

Manuel Irmer

Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem

**Bürgerversicherung - Prämienmodell -
Alternativkonzept?**



Diplomica Verlag

Manuel Irmer

**Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem: Bürgerversicherung –
Prämienmodell – Alternativkonzept?**

ISBN: 978-3-8366-3315-4

Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2009

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH

<http://www.diplomica-verlag.de>, Hamburg 2009

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den beiden Kranken- und Pflegeversicherungszweigen innerhalb der sozialen Sicherung. Es werden die systemimmanenten Konzeptions- und Finanzprobleme lokalisiert, dargestellt und diskutiert. Hierbei werden die jüngsten Reformen mit einbezogen. Darauf aufbauend erfolgt eine Erläuterung und Gegenüberstellung der im politischen und wissenschaftlichen Fokus stehenden Reformoptionen. Als maßgebliches Beurteilungskriterium dient bei der Bewertung die voraussichtliche Beeinflussung der Finanzsituation im jeweiligen Umsetzungsszenario. Des Weiteren fließen auch Vermögensverteilungseffekte und Auswirkungen auf die Leistungs- und Systemstrukturen in die Analyse mit ein. Abschließend wird das jeweils sinnvollste Reformpaket herausgearbeitet und auf seine mögliche politische und gesellschaftliche Realisierung überprüft.

Summary

The present work deals with both health and nursing assurance branches within the social protection. The system-immanent concept and finance problems are localised, shown and discussed. On this occasion, the latest reforms are incorporated. Building up on it an explanation and confrontation of the reform options standing in the political and scientific focus occurs. As a decisive judgement criterion the prospective influencing of the finance situation serves by the assessment in the respective conversion scenario. Besides property distribution effects and consequences on the achievement and system structures also flow into the analysis. Finally the most useful reform package in each case is worked out and checked for its possibly political and social realisation.

Inhaltsverzeichnis

<u>INHALTSVERZEICHNIS</u>	<u>I</u>
<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>II</u>
<u>TABELLENVERZEICHNIS</u>	<u>III</u>
<u>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>IV</u>
<u>1 EINLEITUNG</u>	<u>1</u>
1.1 THEMENEINFÜHRUNG	1
1.2 AUFBAU DER ARBEIT	2
<u>2 SYSTEMSTRUKTUREN IM STATUS QUO</u>	<u>5</u>
2.1 KRANKENVERSICHERUNG	5
2.1.1 PROBLEMFELDER	10
2.1.1.1 Einnahmeproblem	11
2.1.1.2 Ausgabenproblem	13
2.1.2 GESUNDHEITSREFORM 2007	17
2.2 PFLEGEVERSICHERUNG	25
2.2.1 PROBLEMFELDER	28
2.2.2 PFLEGEREFORM 2008	32
<u>3 REFORMOPTIONEN KRANKENVERSICHERUNG</u>	<u>39</u>
3.1 BÜRGERVERSICHERUNG	39
3.1.1 SPD-KONZEPT	40
3.1.1.1 Versichertenkreis	41
3.1.1.2 Beitragsbasis und -bemessung	43
3.1.1.3 Organisatorische Aspekte	47
3.1.2 AUSWIRKUNGEN UND KRITIK	49
3.2 PRÄMIENMODELL	53

3.2.1	CDU-KONZEPT	54
3.2.1.1	Beitragsgestaltung und Finanzierung	55
3.2.1.2	Leistungsumfang und Wettbewerb	57
3.2.2	AUSWIRKUNGEN UND KRITIK	59
3.3	PRIVATMODELL	65
3.3.1	KRONBERGER KREIS-KONZEPT	65
3.3.2	AUSWIRKUNGEN UND KRITIK	68
3.4	NIEDERLÄNDISCHES GESUNDHEITSSYSTEM	70
3.4.1	GESUNDHEITSREFORM 2006	71
3.4.2	AUSWIRKUNGEN UND KRITIK	73
3.5	ZWISCHENFAZIT	76
4	<u>REFORMOPTIONEN PFLEGEVERSICHERUNG</u>	81
4.1	AUSGEWEITETE UMLAGEFINANZIERUNG	81
4.1.1	BÜRGERVERSICHERUNG	81
4.1.2	UMLAGEFINANZIERTES PAUSCHALBEITRAGSSYSTEM	82
4.1.3	AUSWIRKUNGEN UND KRITIK	84
4.2	TEILKAPITALISIERUNG	85
4.2.1	RÜRUP-KONZEPT	86
4.2.2	CSU-KONZEPT	88
4.2.3	AUSWIRKUNGEN UND KRITIK	89
4.3	VOLLSTÄNDIGE KAPITALDECKUNG	91
4.3.1	HERZOG-KONZEPT	92
4.3.2	PFLEGEVORSORGE	93
4.3.3	AUSWIRKUNGEN UND KRITIK	94
4.4	ZWISCHENFAZIT	95
5	<u>SCHLUSSFOLGERUNG</u>	99
6	<u>REFORMAUSBLICK</u>	103
ANHANG		105
LITERATURVERZEICHNIS		109

Abbildungsverzeichnis

<u>2.1</u>	<u>WACHSTUMSVERGLEICH: BEITRAGSPFLICHTIGE EINNAHMEN UND BIP</u>	
	<u>1980 BIS 2000</u>	<u>11</u>
<u>2.2</u>	<u>ENTWICKLUNG DER JÄHRLICHEN GESUNDHEITSAUSGABEN PRO KOPF</u>	
	<u>1996 BIS 2005</u>	<u>14</u>
<u>2.3</u>	<u>FINANZIERUNGSSTRÖME DES GESUNDHEITSFONDS</u>	<u>23</u>
<u>2.4</u>	<u>ANTEILE STATIONÄRER UND AMBULANTER PFLEGE: ENTWICKLUNG</u>	
	<u>1996 BIS 2003</u>	<u>29</u>
<u>3.1</u>	<u>ZWEI-SÄULEN-BEITRAGSVERFAHREN</u>	<u>44</u>
<u>3.2</u>	<u>KAPITAL-STEUERMODELL</u>	<u>46</u>
<u>3.3</u>	<u>VERGLEICH: STATUS-QUO-BEITRAGSHÖHE NACH EINKOMMEN UND</u>	
	<u>PRÄMIENHÖHE</u>	<u>63</u>

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CDU	Christliche Demokratische Union Deutschlands
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkasse
KSM	Kapital-Steuer-Modell
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
vbw	Vereinigung der bayerischen Wirtschaft

1 Einleitung

1.1 Themeneinführung

"Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser werden wird wenn es anders wird; aber so viel kann ich sagen, es muß anders werden, wenn es gut werden soll."¹

Die soziale Sicherung blickt in Deutschland auf eine lange, über 120 Jahre währende Tradition zurück. Im Laufe der Zeit wurde der Sozialstaatsgedanke kontinuierlich durch weitere Versicherungszweige, geschützte Personenkreise und erweiterte Leistungskataloge ausgebaut, wodurch eine umfassende Absicherung der Bevölkerung gegen die finanziellen Lebensrisiken geschaffen wurde. Diese Entwicklung führte zu einem steil ansteigenden Finanzbedarf, der über Beitragssatzsteigerungen aufgefangen wurde. Im Zeitverlauf erhöhten sich die gesamten Sozialversicherungsbeiträge von 26,5 % des Bruttoentgelts im Jahr 1970 auf 35,6 % im Jahr 1990.² Dieser Anstieg der Lohnnebenkosten belastete im zunehmenden Maße den Arbeitsmarkt, wodurch sich die Beschäftigungssituation verschlechterte. Darunter litt wiederum die Einnahmesituation der lohnzentrierten Sicherungssysteme.

Den anteilig größten Beitragsposten bildet nach der Rentenversicherung die Krankenversicherung. Trotz regelmäßiger politischer Kostendämpfungsgesetze konnte die Ausgabenexpansion im Gesundheitsbereich nicht aufgehalten werden. Besonders im Zuge der Wiedervereinigung und durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wuchsen die Gesundheitsausgaben bis heute auf rund 240 Mrd. Euro jährlich an, was rund ein Zehntel der gesamten deutschen Wirtschaftsleistung darstellt.³ Dieses notwendige Finanzvolumen, das in Folge von demografischen und medizinisch-technischen Entwicklungen voraus-

¹ Lichtenberg, G.-C.: Sudelbücher Heft K (293), in: http://www.lichtenberg-gesellschaft.de/l_wirk_sudel_02.html, 10.12.2007.

² Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung: Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge, in: http://www.bpb.de/wissen/5RAYLD,,0,Entwicklung_der_Sozialversicherungsbeitr%E4ge.html, 12.12.2007.

³ Vgl. Robert Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland 2006 - Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006, S.184.

die systemimmanenten Problemfelder aufgezeigt und damit zugleich die Ansatzpunkte für eine Neuadjustierung vorgegeben.

Der darauf folgende Abschnitt umfasst die Darstellung und Beurteilung der in der Diskussion stehenden Reformkonzepte innerhalb der Krankenversicherung. Dominiert wird dieser Teil von den in der politischen Debatte im Mittelpunkt stehenden Konzepten der „Bürgerversicherung“ und der „Gesundheitsprämie“. Als Alternative dazu wird das „Privatmodell“ vorgestellt und für einen internationalen Systemvergleich das kürzlich reformierte, niederländische Gesundheitswesen abgebildet. Anhand eines Zwischenfazits werden die bisherigen Erkenntnisse gegenübergestellt und bewertet.

Danach erfolgt eine gleichartige Darstellung und Beurteilung wesentlicher Vorschläge zur Reformierung der Pflegeversicherung. Hierbei wird eine Abgrenzung nach umlagefinanzierten, teilkapitalisierten und voll kapitalgedeckten Optionen vorgenommen. Ein weiteres Zwischenfazit umschließt danach die Diskussionsergebnisse aus den Ausführungen zur Pflegeversicherung.

Abschließend wird anhand einer Schlussfolgerung das jeweils herausgearbeitete Konzept mit den potentiell größten Erfolgsaussichten bei der Behebung der Problemfelder vertieft und dessen Umsetzbarkeit im politischen und gesellschaftlichen Spannungsfeld beurteilt.

2 Systemstrukturen im Status quo

2.1 *Krankenversicherung*

In der deutschen Krankenversicherungslandschaft existieren im Wesentlichen zwei differenzierte Finanzierungssysteme: die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Einen geringen Anteil haben auch besondere Kostenträger wie die freie Heilfürsorge der Polizei bzw. Bundeswehr oder Sozialhilfeträger.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Form der gesetzlichen Krankenkassen umfasst derzeit einen Bevölkerungsanteil von rund 90 % bzw. 70,5 Mio. Personen. Die private Krankenversicherung (PKV) verfügt über einen Versichertenkreis von 8,5 Mio., die besonderen Kostenträger außerhalb der GKV über rund 3,1 Mio. Personen. Ungefähr 200.000 Bürger besitzen keinen Versicherungsschutz (Stand: Jahr 2006). Die Anlage 1 verdeutlicht diese Struktur des Versicherungssystems anhand eines Gesamtüberblicks über die Krankenversicherungslandschaft.

Die GKV-Versicherer fungieren als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 SGB V), deren vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgabe es generell ist, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. In diesem Zusammenhang haben sie den Versicherten die notwendigen und gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, überwiegend in Form von Sach- und Dienstleistungen (Naturalleistungen), zur Verfügung zu stellen.¹

Der Leistungsanspruch kann durch den Versicherten nur bei vertragsärztlich zugelassenen Leistungserbringern eingelöst werden. Für diese Gesundheitsleistungen müssen die Versicherten entsprechend des so genannten Sachleistungsprinzips in der GKV nicht in finan-

¹ Vgl. Gesundheitspolitik: Die gesetzliche Krankenversicherung, in: http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/krankenversicherung/gkv/KBVfobi02-GKV0006.pdf, S. 30, 18.10.2007.

zielle Vorleistung treten.² Erbrachte Leistungen werden hierbei vom Leistungserbringer mit der Krankenkasse abgerechnet. Der behandelnde Arzt seinerseits gibt den Leistungsanspruch nach Dokumentation der von ihm erbrachten Einzelleistungen an die Kassenärztliche Vereinigung weiter, die dann eine Abrechnung mit dem jeweiligen GKV-Träger vornimmt.³ Bestimmt wird der Leistungskatalog der GKV über Kapitel 3 des SGB V.

Die Aufgaben der GKV werden von ihren Mitgliedern gemeinsam erfüllt. Sie bilden eine Solidargemeinschaft, in der die einzelnen Mitglieder unter Berücksichtigung der Einkommenshöhe Beiträge leisten; unabhängig vom Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht oder Familienstand der einzelnen Versicherten.⁴

Innerhalb der GKV besteht seit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 01. Januar 1996 das Recht auf freie Krankenkassenwahl.⁵ Danach kann der Versicherungspflichtige (§ 5 SGB V) oder der Versicherungsberechtigte (§ 9 SGB V) zwischen so genannten Primär- und Ersatzkassen wählen. Zu den frei wählbaren Primärkassen zählen:⁶

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK`s) des Beschäftigungs- oder Wohnortes.
- Betriebs- (BKK`s) oder Innungskrankenkassen (IKK`s), wenn in der Satzung festgelegt ist, dass nicht nur Betriebs- oder Innungsangehörige beitreten können.
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Zusätzlich hierzu existieren noch Landwirtschaftliche Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Seekasse, in denen jedoch, anders als bei den BKK`s und IKK`s, das System der festgeschriebenen Mitgliedschaft beibehalten wurde. Damit ist die Beschränkung der Versichertenverhältnisse auf die entsprechenden Kernmitglieder gemeint.⁷ Insgesamt verfügten die Primärkassen im Jahr 2006 über 46,9 Mio. Versicherte. Eine Ersatzkasse kann gewählt werden, wenn diese für den Beschäftigungs- oder Wohnort lt. Satzung zuständig

² Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung: Sachleistungsprinzip, in: <http://www.bpb.de/sosi/popup/lexikon.php?id=49>, 18.10.2007.

³ Vgl. Oberender, P. ; Hebborn, A. ; Zerth, J.: Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart 2002, S. 37.

⁴ Vgl. Gesundheitspolitik, a. a. O., S. 31.

⁵ Vgl. Krankenkassentarife: Gesetzliche Krankenkassen - Grundlagen, in: http://www.krankenkassentarife.de/krankenkassen_grundlagen.htm , 18.10.2007.

⁶ Vgl. Gesundheitspolitik, a. a. O., S. 33.

⁷ Vgl. Busse, R. ; Riesberg, A.: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, Berlin 2005, S. 74.

ist. Ersatzkassen hatten im Jahr 2006 ein Versichertenvolumen von rund 23,6 Mio. Personen.

An die entsprechende Kasse ist man für mindestens 18 Monate gebunden; kann anschließend aber mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Monatsende einen anderen Versicherer wählen. Erfolgt eine Beitragssatzerhöhung entfällt die Kündigungsfrist.⁸ Die Anzahl der Kassen ist in der Vergangenheit, vor allem in Folge von Fusionen, kontinuierlich gesunken. Lag die Kassenzahl 1991 noch bei 1146⁹, so umfasste sie im Jahre 2006 nur noch 251 (vgl. Anlage 1).

Innerhalb der Versichertengemeinschaft der GKV unterscheidet man zwischen freiwilligen und Pflichtmitgliedern sowie mitversicherten Familienangehörigen.¹⁰ Pflichtmitglieder sind Arbeitnehmer und Angestellte, deren Jahreseinkommen einen bestimmten Bruttobetrag nicht übersteigt. Diese so genannte Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2007 bei 47.700 Euro.¹¹ Darüber hinaus unterliegen weitere, nicht erwerbstätige Bevölkerungsgruppen der Versicherungspflicht, u. a. Rentner, Studenten und Arbeitslose. Rentner sind, ausgenommen Privatversicherte, in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) versichert, an der als Träger die Krankenkassen aller Kassenarten mitwirken. Die Beiträge werden in der Regel zu gleichen Teilen vom Versicherten und vom Träger der Rentenversicherung gezahlt. Studenten sind bis zum 30. Lebensjahr oder bis zum 14. Fachsemester zu einem günstigeren Tarif gesetzlich versichert, haben jedoch auch die Möglichkeit, der PKV beizutreten.¹² Die GKV-Beiträge für Arbeitslose übernimmt die Bundesagentur für Arbeit.

Personen, deren regelmäßiges Jahresbruttoentgelt die Pflichtgrenze übersteigt sowie Landwirte, Künstler und andere Selbstständige haben die Möglichkeit, nach dem Aus-

8. Vgl. Dewion: Wechsel der Krankenkasse, in: <http://www.dewion.de/krankenversicherung/gesetzliche-kranken-kassen/gesetzliche-kranken-kasse-ww.shtml>, 21.10.2007.

9. Vgl. BKK: Entwicklung der Kassenzahl, in: http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/pressemitteilungen/psfile/downloaddatei/42/PM_05_02_041ff7ecd5e5a2.pdf&name=%DCbersicht%20der%20Anzahl%20der%20Krankenkassenanzahl%20nach%20Kassenarten&id=176&nodeid=15, 21.10.2007.

10. Vgl. Wachstumsmarkt Gesundheit, a. a. O., S. 30.

11. Vgl. BKK: Neuregelung zur Versicherungsfreiheit, in: <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-arbeitgeber/aktuelles/79754,i=1.html>, 25.10.2007.

12. Vgl. Comfortplan: Wer kann eine private Krankenversicherung abschließen?, in: http://www.comfortplan.de/krankenversicherung/krankenversicherung_privat.html, 25.10.2007.

scheiden aus der Versicherungspflicht freiwillig versichert zu bleiben. Sie können aber auch der PKV beitreten oder ohne Versicherungsschutz bleiben. Beitragsfrei in der GKV mitversichert sind, unter bestimmten Voraussetzungen, automatisch der Ehegatte und die Kinder von pflichtgemäß oder freiwillig Versicherten.¹³ Beamte bzw. Angestellte im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch können sich ebenfalls privat versichern. Die PKV ist für sie eine sinnvolle Ergänzung, da Beamte über das Beihilfesystem nur einen so genannten prozentualen Kostenzuschuss zu Ihren Krankheitskosten erhalten. Alternativ dazu können Beamte auch freiwillig der GKV beitreten, müssen dort aber den vollen Beitrag aus ihrem Bruttogehalt zahlen.¹⁴

Die Beiträge zur GKV richten sich nach der Höhe des Verdienstes aus Erwerbstätigkeit oder der Leistungen der Renten- und Arbeitslosenversicherung. Sie steigen proportional mit dem Einkommen bis zu einer Obergrenze.¹⁵ Diese so genannte Beitragsbemessungsgrenze beträgt im Jahr 2007 42.750 Euro pro Jahr.¹⁶

Von 1955 bis 2004 wurden die Krankenversicherungsbeiträge zu gleichen Teilen (paritätisch) von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt. Diese Beitragsparität wurde ab Juli 2005 zu Lasten der Arbeitnehmer verschoben, indem ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 % ohne Beteiligung der Arbeitgeber erhoben wurde.¹⁷ Die einbezahlten Beiträge werden von der GKV im Rahmen des Umlageverfahrens unmittelbar zur Finanzierung der erbrachten Leistungen verwendet.

Um alle gesetzlichen Krankenkassen in eine vergleichbare, wettbewerbliche Ausgangsposition zu versetzen, wurde 1994 ein Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der zu einem Ausgleich der Ausgabenunterschiede zwischen den Kassen aufgrund von unterschiedlichen Risikostrukturen ihrer Versicherten führen sollte. Er berücksichtigt bedarfsbedingte Ausgabenunterschiede bezogen auf Alter, Geschlecht und Erwerbsfähigkeit sowie einkommensbedingte Differenzen im Beitragsaufkommen. Diese Umverteilung erfolgt über

^{13.} Vgl. Gesundheitspolitik, a. a. O., S. 36.

^{14.} Vgl. Comfortplan, a. a. O., 25.10.2007.

^{15.} Vgl. Gesundheitssysteme im Wandel, a. a. O., S. 71.

^{16.} Vgl. Beitragsbemessungsgrenze: Beitragsbemessungsgrenze 2007, in: <http://www.beitragsbemessungsgrenze.com>, 21.10.2007.

^{17.} Vgl. Gesundheitssysteme im Wandel, a. a. O., S. 72.