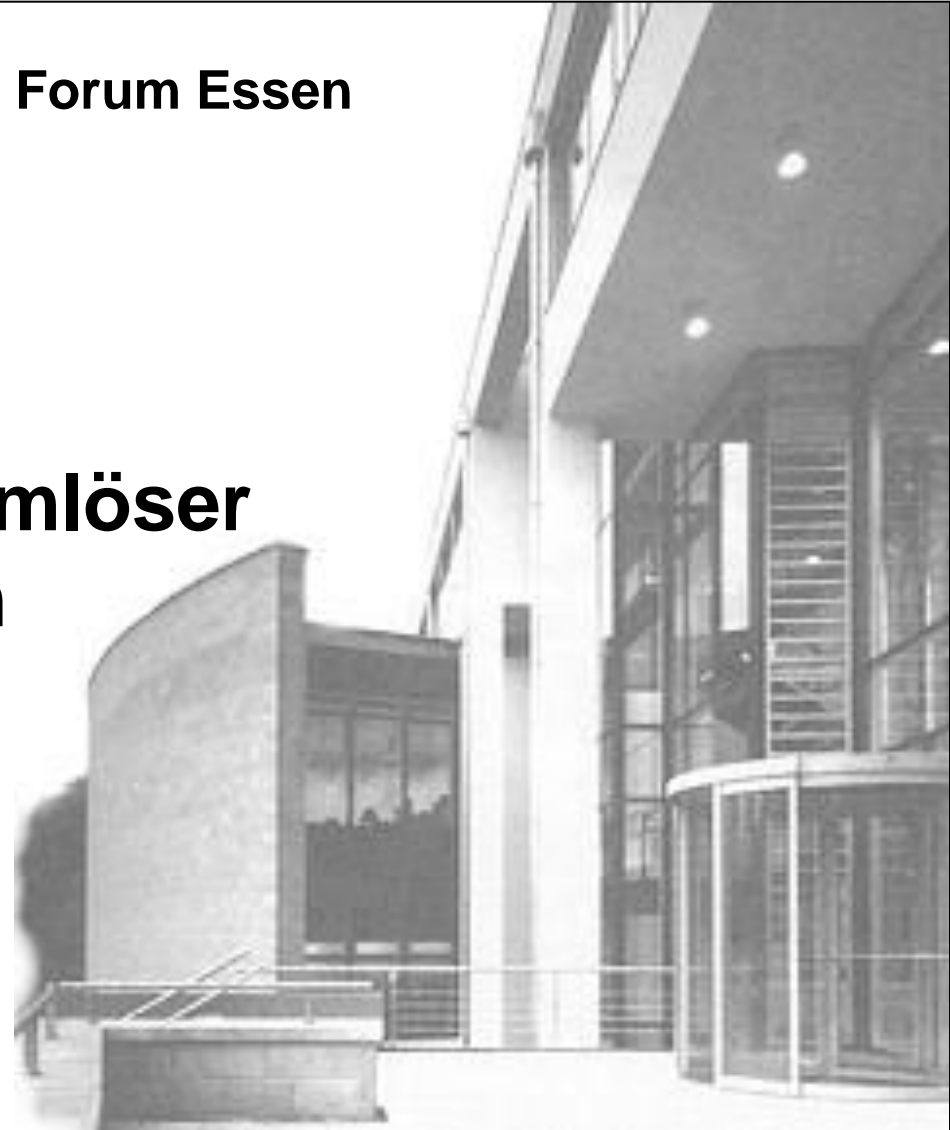


# 1. Wirtschaftswissenschaftliches Forum Essen 28. – 30. September 2011

## Wettbewerb als Problemlöser im Gesundheitssystem

Prof. Dr. Heinz Grimm



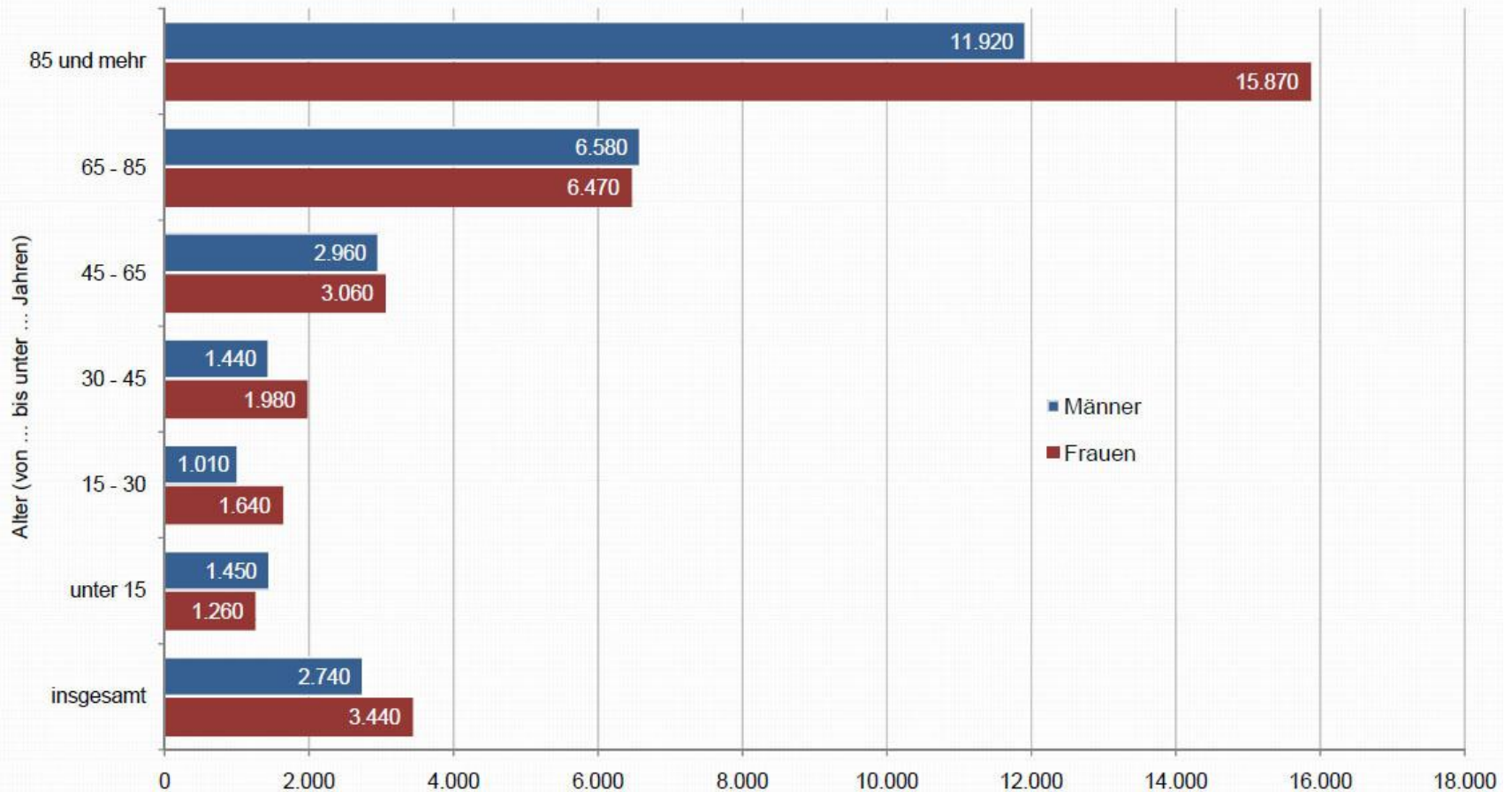
## 1. Demographische Entwicklung

- Rückläufige Geburtenrate (Babyboom/Pillenknick) erhöht das Verhältnis von Leistungsempfängern zu Beitragszahlern.
- Steigendes Durchschnittsalter ist mit höheren durchschnittlichen Gesundheitsleistungen pro Bürger verbunden.
- Steigende Lebenserwartung durch oder in Verbindung mit wachsender Medikalisierung erhöht die Durchschnittsausgaben weiter.
- Verschiebe die steigende Lebenserwartung die Gesundheitsausgaben auf einen späteren Zeitpunkt, so entfielen diese zusätzliche Kostendruck.
- Sollte sogar die Kompressionsthese zutreffen, würde die steigende Lebenserwartung c.p. eine Entlastung bei den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben nach sich ziehen.

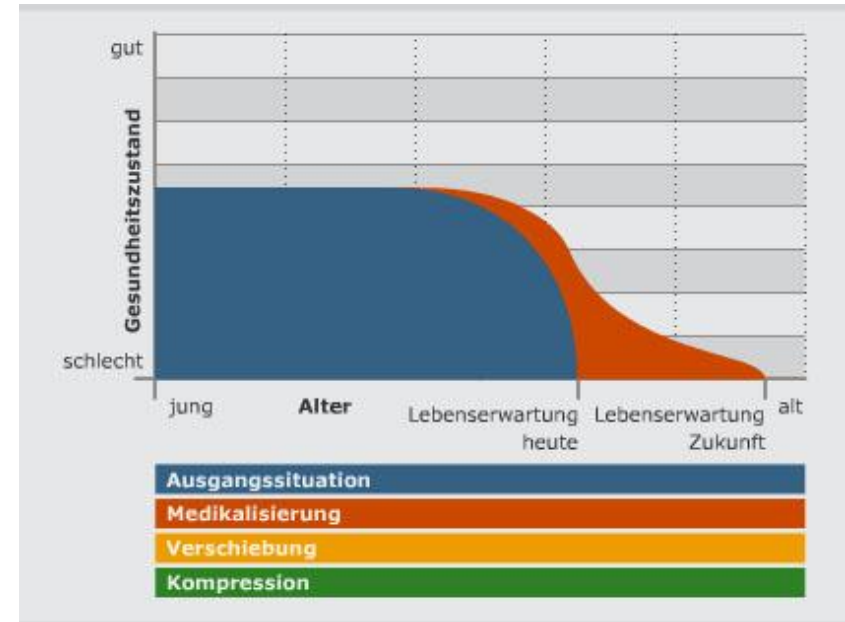
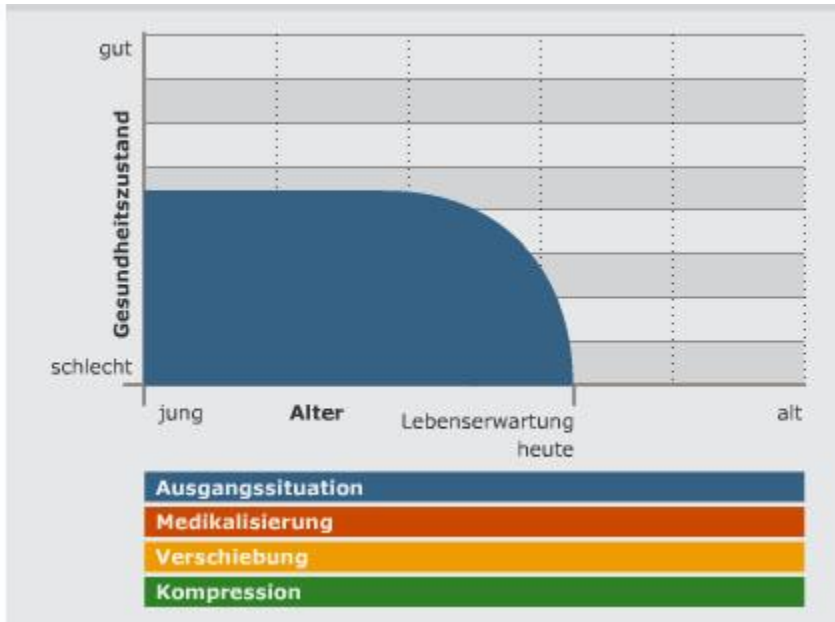
# Gesundheitskosten und Alter

## ■ Krankheitskosten je Einwohner nach Geschlecht und Lebensalter 2008

Durchschnittliche Krankheitskosten im Jahr je Einwohner in Euro



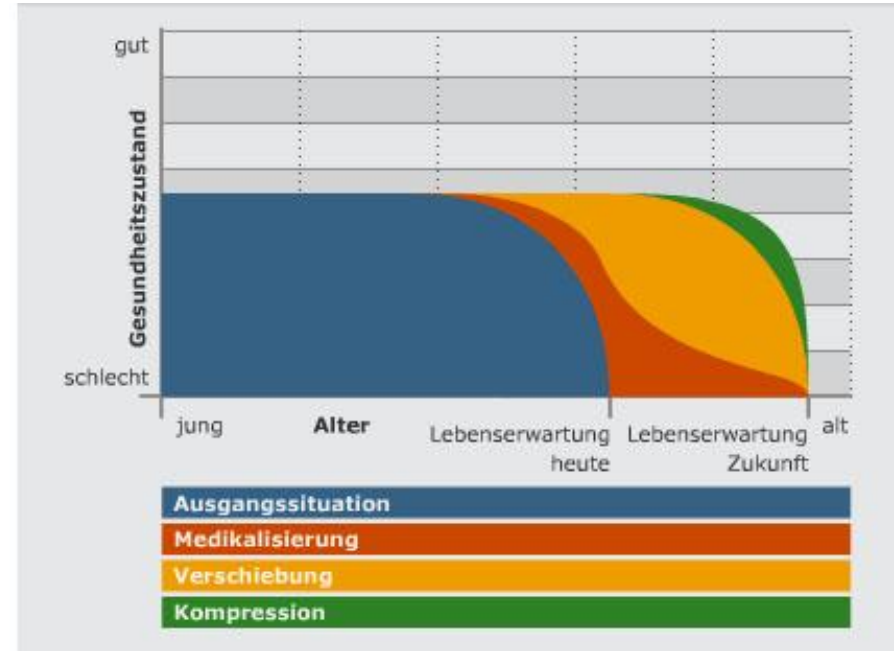
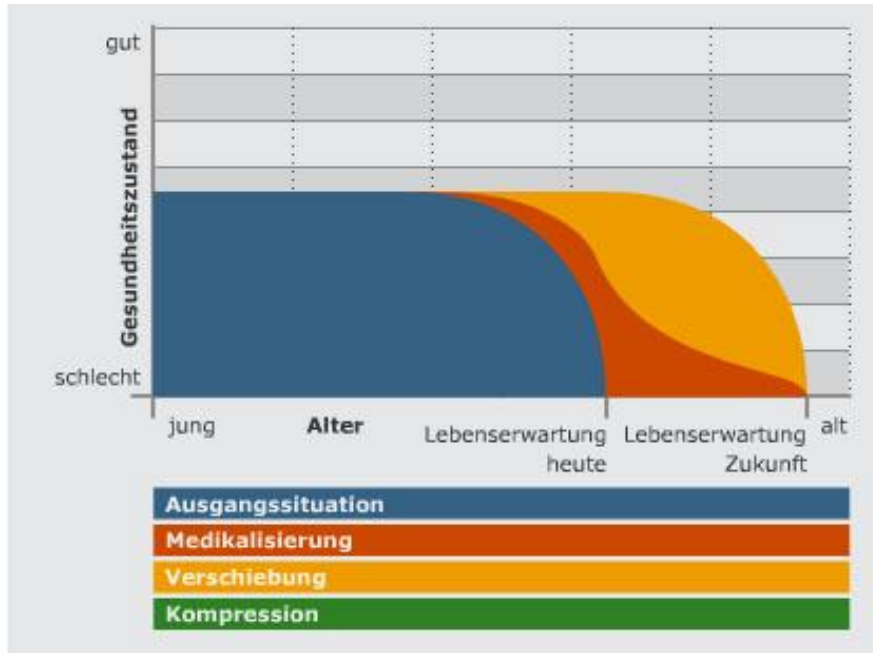
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.2, Gesundheit - Krankheitskosten



Ausgangssituation

Medikalisierung

Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung



## Verschiebung

## Kompression

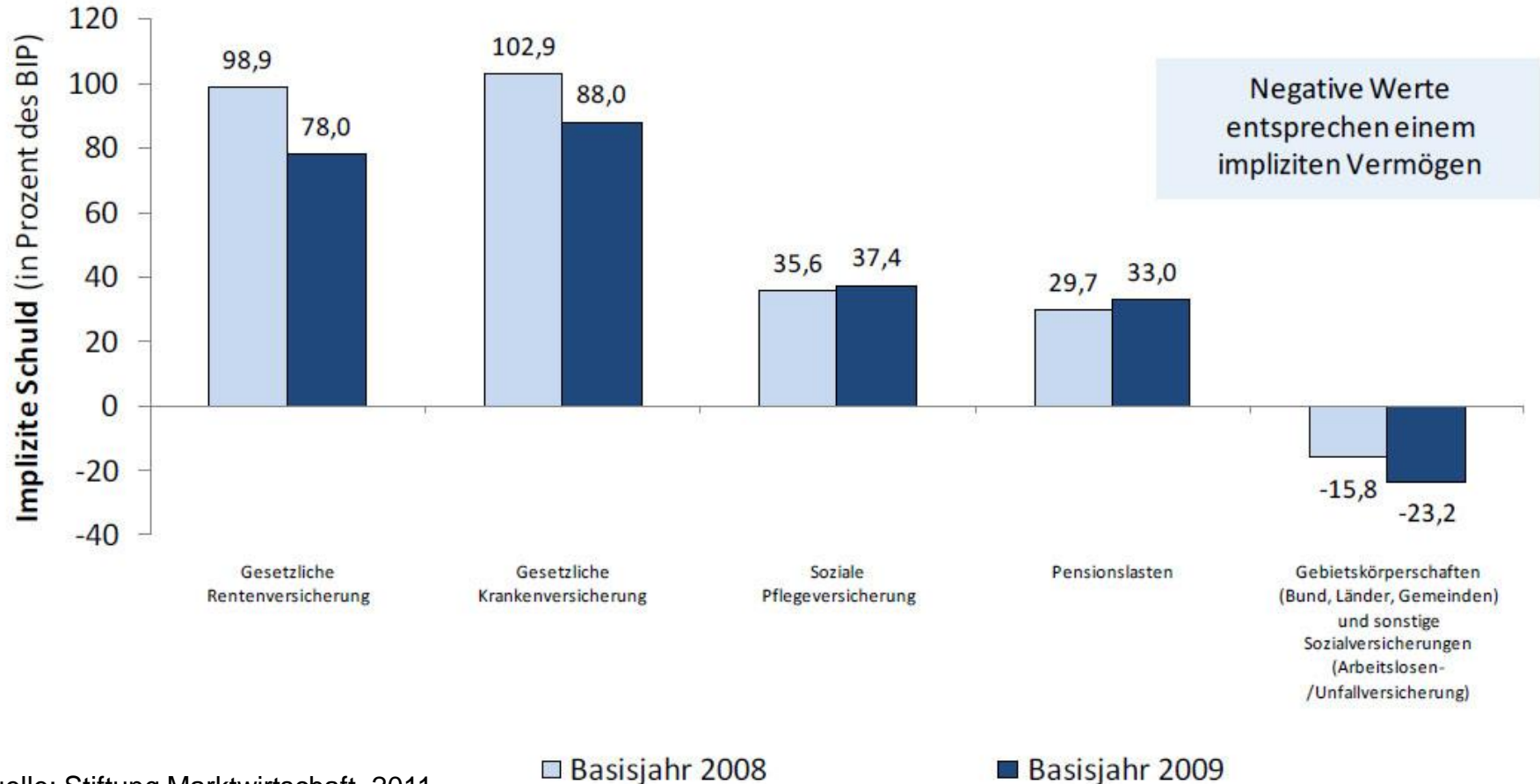
Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung

## 1. Demographische Entwicklung

- Ob zukünftig die Kompressionsannahme oder eher die Medikalisierungshypothese zutrifft, hängt auch von den Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik ab.
- Nach dem Konzept der Generationenbilanz würde eine Beibehaltung des status quo (Abgabesätze und Leistungen konstant) wegen der demographischen Entwicklung zu einer erheblichen Ausweitung der Staatsschuld führen.
- Diese sog. implizite (barwertige) Staatsverschuldung beträgt für die GKV etwa 88% des BIP und für die GPV gut 37% des BIP (2009) .
- Technischer Fortschritt (Erhöhung der Lebenserwartung und Verbesserung der Gesundheitsqualität) kann tendenziell die Gesundheitsausgaben weiter ansteigen lassen.
- Aber auch hier gilt, dass die Richtung des technischen Fortschritts zumindest ansatzweise auch von der Gesundheitspolitik beeinflusst wird.

## Implizite Schulden: Uneinheitliches Bild bei den Sozialversicherungen

( $g = 1,5\%$ ,  $r = 3,0\%$ , 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)



Quelle: Stiftung Marktwirtschaft, 2011

## 2. Abhängigkeit der Lohnkosten von den Beitragssätzen

- Steigende Beitragssätze verschärfen das demographische Finanzierungsproblem dadurch, dass der sog. „Abgabekeil“ steigt.
- Lohnkostensteigerungen führen zu Rationalisierungen, also Abbau von Arbeitsplätzen. Sinkende Einnahmen des Staates bei wachsenden Ausgaben für Arbeitslose wären die Folge.
- Sinkende Nettolöhne verringern die Motivation der Arbeitnehmer und geben Anreize für das vermehrte Abtauchen in die Schattenwirtschaft, damit verbunden wären also noch geringere Staatseinnahmen bei höheren Ausgaben.
- Sinkende Staatseinnahmen bei steigenden Ausgaben könnten über weitere Erhöhungen der Beitragssätze zu einer Abwärtsspirale eskalieren, mit der Folge, dass sich die demographisch bedingten Finanzierungsprobleme noch erheblich verschärfen würden.



### 3. Flucht aus der GKV in private Vorsorgeformen

- Private Krankenversicherungen sind attraktiv für junge gut verdienende alleinstehende Versicherte.
- Im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung bieten sie bei günstigeren Prämien bessere Leistung (Qualität, weniger Wartezeit usw.).
- Solche besseren Standards werden gerne als 2-Klassen-Medizin diffamiert. Deshalb und wegen des fehlenden „Solidarbeitrags“ gut Verdienender wird auch schon mal die Abschaffung des PKV-Systems begründet.

#### 4. Fragwürdige Umverteilungsmodalitäten

- Beiträge sind nur vom Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu zahlen, ohne Berücksichtigung anderer Einkommen, z.B. Kapitaleinkommen. Versicherte mit wenig Arbeitsentgelt zahlen auch dann relativ geringe Beiträge, wenn zusätzlich hohe Vermögenserträge realisiert werden.
- Für jeden Versicherten gibt es zwar prinzipiell die gleichen Leistungen, gegebenenfalls können jedoch ohne Mehrbeiträge Leistungen für nicht sozialversicherungspflichtige Familienangehörige (Ehepartner, Kinder) beansprucht werden – ohne Berücksichtigung der gesamten Einkommenssituation.

„Arme Gesunde finanzieren reiche Kranke“

5. Mangelnder Wettbewerb zwischen den Krankenkassen
- Kontrahierungszwang bei gesetzlich festgelegten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds können zu unerwünschtem wettbewerblichen Verhalten und/oder zu ineffizientem Wettbewerb auf Teilfeldern, wie z.B. beim Wettbewerb auf dem Feld der Verwaltungskosten, führen.
  - Selbst ein perfekter Risikostrukturausgleich kann echten Wettbewerb nicht ersetzen.
  - Private Krankenkassen verfügen über einen Wettbewerbsvorteil ggü. den GKK bei jungen gut verdienenden Versicherten.
  - Für ältere privat Versicherte gibt es nur sehr eingeschränkte Wechselmöglichkeiten (Verlust eines Teils der Altersrückstellungen, zunehmendes Risiko von Vorerkrankungen).

## 6. Unzureichende Transparenz

- Patienten kennen nur in Ausnahmefällen die Rechnungsbeträge für in Anspruch genommene Leistungen.
- Das Interesse daran ist zudem sehr gering: Seit 2004 mögliche Patientenquittungen sind kaum bekannt und werden entsprechend wenig in Anspruch genommen.
- Versicherte kennen in der Regel auch nicht die gezahlten Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge).
- Damit kennen sie folgerichtig auch nicht den individuellen Nettotransfer aus gezahlten Versicherungsbeiträgen und in Anspruch genommenen Leistungen.
- Ein zusätzlicher Nutzen aus in Anspruch genommenen Leistungen wird daher meistens nur mit den geringen, selbst zu übernehmenden Kosten (Praxisgebühr oder Zuzahlungen, z.B. bei Medikamenten) verglichen.

## 7. Probleme asymmetrischer Informationen und/oder Principal-Agent-Beziehungen

- Patient – Arzt: Interessen des Arztes können zu einer Verschlechterung der Leistung führen oder zur Realisierung gemeinsamer Interessen zu Lasten Dritter (Krankschreibungen, Überbehandlung).
- Versicherter – Krankenkasse: Versicherter erhöht Risiko einer Erkrankung mit der Folge steigender Kosten, die wiederum zu allgemeinen Beitragserhöhungen führen.
- Krankenkasse – Kassenärztliche Vereinigung – Ärzte: Abrechnung der ärztlichen Leistungen über kassenärztliche Vereinigung, aber auch Abrechnungen der Ärzte direkt mit den Krankenkassen verleiten zu überhöhten Abrechnungen.

Dadurch bedingte Kostensteigerungen können bei knappen finanziellen Ressourcen zu willkürlichen Deckelungen bei den Ausgaben führen.

## „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ (Friedrich August von Hayek)

- Voraussetzung: Vertragsfreiheit (Wahl- und Handlungsfreiheit).
- Außerdem ein Höchstmaß an Transparenz.
- Nicht zuletzt Rahmenbedingungen (Spielregeln), z.B. Mindestanforderungen an Qualität und Sicherheit, Regeln bei Nichtertragserfüllung oder mangelhafte Vertragserfüllung wie Haftung, Gewährleistung usw.
- Dadurch entsteht gegenseitiges Vertrauen.
- Im Wettbewerbsprozess verfolgt zwar jeder eigennützige Interessen, alle zusammen erreichen jedoch unter den genannten Bedingungen eine Wohlfahrtssteigerung für alle Beteiligten (Adam Smith).

- Der Patient ist bzgl. der Wahlmöglichkeiten überfordert. Er ist nicht in der Lage (insbesondere bei akuter Gesundheitsbeeinträchtigung), die Qualität verschiedener Angebote zu beurteilen.

Das gilt wahrscheinlich für alle Produkte. Ist die Konsequenz daraus, dass wir uns alle bevormunden lassen müssen? Wer weiß denn objektiv, was gut für den Patienten ist. Bei Wettbewerb und ausreichender Transparenz hingegen verschwindet schlechte Qualität im Ausleseprozess von allein.

- Ein Gesundheitsdienstleister darf seine Dienste nicht der Gewinnmaximierung unterwerfen.

Er soll also nicht bestrebt sein, seine Produktqualität im Wettbewerb zu verbessern und/oder seine Kosten zu reduzieren, um bei sinkenden Preisen wettbewerbsfähig zu bleiben? Kritisch wäre allerdings eine kurzfristige (kurzsichtige) Gewinnmaximierung, die der nachhaltigen Gewinnmaximierung zuwiderliefe (i.d.R. ein Principal-Agent-Konflikt).

- Versicherungen sind öffentliche Güter und daher nicht dem sog. Äquivalenzprinzip zu unterwerfen.

Gesundheitsleistungen sowie Versicherungen dieser Leistungen sind keine öffentlichen, sondern private Güter, da es sowohl eine Ausschlussmöglichkeit über den Preis gibt und offenkundig Rivalität bei diesen Leistungen vorliegt.

- Horrende Preise für Gesundheitsleistungen bzw. hohe Versicherungsprämien sind für viele nicht bezahlbar (Einkommensschwache, chronisch Kranke). Die Schwächeren blieben bei Vertragsfreiheit und Wettbewerb auf der Strecke.

Sozialpolitik über Preise ist meistens kontraproduktiv, effizienter und „solidarischer“ ist eine Umverteilung über steuerfinanzierte Transfers.

- Eine Krankenversicherung nach dem Vorbild der Autohaftpflichtversicherung ist unmoralisch, es stellt Menschen mit Autos auf eine Stufe.



## Funktionen von Versicherungen

- Risikotausch (Sicherheit [Prämie] gegen Risiko [Kosten notwendiger Gesundheitsleistungen]).
- Poolen (Zusammenfassen, Bündeln) von Risiken, Risikostreuung nach dem Gesetz der großen Zahl.
- Ermittlung von statistisch signifikanten Risikofaktoren und Berücksichtigung bzw. Beeinflussung dieser Risikofaktoren durch abgestufte Prämien.

Budgetrestriktion bei Versicherungen im Wettbewerb:

Summe aller Einzahlungen (Prämien) =

Summe aller Versicherungsleistungen + Verwaltungskosten.

Prämien werden nach dem Äquivalenzprinzip (Prämie  $\geq$  Erwartungswert + Kosten) für die unterschiedlichen Risikogruppen kalkuliert.

## Voraussetzungen:

- Ausreichende Risikoaversion wegen Transaktionskosten der Versicherungen, alternativ auch eine Versicherungspflicht.
- Unabhängigkeit der Risiken, Kriterium der Zufälligkeit vs. Gewissheit und moral hazard (Risikoerhöhung nach Vertragsabschluss).
- Kalkulierbarkeit
  - Höhe bzw. Eindeutigkeit des Leistungsumfangs (was ist z.B. Krankheit, welche Therapien werden abgedeckt?).
  - Wahrscheinlichkeit des Leistungseintritts (Auswertung von Statistiken).
- „Versicherungsversagen“
  - Wenn das Risiko bereits eingetreten ist.

## Bürgerversicherung

Einbeziehung aller Bürger und prinzipiell aller Einkommensarten bis zur (dann höheren) Beitragsbemessungsgrenze.

## Bürgerpauschale (Gesundheitsprämie, Gesundheitspauschale)

Alle Bürger zahlen gleiche Pauschale bei einer KV, die Pauschalen können von KV zu KV variieren.

Oder

Nur gesetzlich Pflichtversicherte zahlen Gesundheitspauschale, die übrigen bleiben in der PKK.

- Negativ bzw. Verschlechterung durch Einführung

o (neutral)

+ (Positiv bzw. Verbesserung durch Einführung)

Problem	Modell	Gesetzliche KV	Bürgerver- Sicherung	Bürger- pauschale	Private KV
Demographie		-	-	-	o
Lohnkostenabhängigkeit von Beitragssatz		-	o	+	+
Flucht in private Vorsorge		-	+	+	+
Umverteilung		-	+	+	+
Wettbewerb		-	-	-	+

## Problem: Unzureichende Transparenz

- Arbeitgeberbeitrag wird Bruttolohn, Arbeitnehmer hat dann den vollen Sozialversicherungsbeitrag zu zahlen (obwohl diese Pflichtbeiträge zu Leistungsansprüchen führen, müssen diese doch als „Quasi-Steuer“ angesehen werden, da prinzipiell gleiche Leistungen unabhängig von unterschiedlich hohen Beiträgen gewährt werden).
- Dadurch entsteht Transparenz bei den Versicherten hinsichtlich ihres Gesamtbeitrages zur Krankenversicherung.
- Transparenz bezüglich der Gesundheitsleistungen wird durch Rechnungskopien für die Versicherten hergestellt.
- Außerdem sollte Transparenz durch Kalkulation der Versicherungsbeiträge nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen wie bei privat Versicherten durchgeführt und den Versicherten mitgeteilt werden. Aus der Differenz von Beitragszahlung und Kosten des Versicherungsschutzes wird die integrierte Umverteilung sichtbar.

## Wege zu mehr Wettbewerb (II)

Problem: Abhängigkeit der Lohnkosten von den Beitragssätzen

- Mit den Vorschlägen zur Erhöhung der Transparenz ist dieses Problem zumindest formal nicht mehr existent.
- Materiell könnten durch Beitragserhöhungen induzierte Lohnerhöhungsforderungen das Rationalisierungsproblem fortbestehen lassen.
- Sinkende Nettolöhne werden weiterhin Anreize zum Abtauchen in die Schattenwirtschaft geben.

## Problem: Unzureichender Wettbewerb

- Grund für den unzureichenden Wettbewerb ist das Fehlen wettbewerblicher Parameter wie Preise und zugehörige Leistungen. Folge ist die Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleiches (RSA) oder eine Versicherungsverwaltung.
- Wettbewerb hingegen bedingt Prämienenerhebung nach Risiko (Alter, Geschlecht, Vorerkrankung), also zu Konditionen wie bei den PKV.
- Abschaffung des RSA würde zwar sofort zu Marktstrukturveränderungen (Fusionen, Schließungen) führen, allerdings zum Preis einer oder weniger Versicherungsverwaltungen.
- Der Gesundheitsfonds mit modifiziertem RSA könnte jedoch den Übergang vom alten System zu einem neuen Wettbewerbssystem mit differenzierten Versicherungsleistungen und Preisen (Prämien) begleiten.
- Wettbewerb im Sinne eines Entdeckungsverfahrens ist am ehesten in der Lage, moral hazard zu vermeiden, z.B. durch Selbstbehalt, Vorsorgeanreize usw.

## Problem: Fragwürdige Umverteilungsmodalitäten

- Umverteilungsziele sollten nicht durch Preise (also integriert) verfolgt werden, sondern durch steuerfinanzierte Transfers. Bei Steuern entfällt insbesondere die Bemessungsgrenze, die für Beiträge zwingend ist.
- Steuerfinanzierte Transfers dürfen jedoch nicht willkürlich diskriminieren: wird die Notwendigkeit einer Absicherung – unabhängig vom Einkommen – bejaht, so ist diese Leistung allen zu gewähren, insbesondere auch denen, die durch hohe Steuerzahlungen wesentlich zur Finanzierung beitragen.
- Z.B. könnte eine Versicherung von Kindern aus Steuermitteln gewünscht sein, dies müsste dann auch für die Kinder von privat Versicherten gelten.



## Problem: Fragwürdige Umverteilungsmodalitäten

- Konkret entscheidet ein von der Gesellschaft legitimiertes demokratisches Gremium, welche Leistungen erbracht werden müssen, unabhängig davon, ob jemand einen entsprechenden Versicherungsschutz oder das nötige Einkommen hat (also aus ethischen Gründen nicht verwehrbare Leistungen).
- Nicht verwehrbare Leistungen können insbesondere auch Leistungen sein, die nicht versicherbar (chronische Erkrankung von Geburt an) bzw. nur begrenzt versicherbar (Versicherungsausschlüsse) sind.
- Zudem sollte die Gesellschaft eine Entscheidung darüber treffen, welche zusätzlichen Leistungen individuell versichert werden sollten („meritorische“ individuelle Basisabsicherung).
- Darüber hinaus gehende Absicherungen sind ausschließlich Privatsache.

## Problem: Fragwürdige Umverteilungsmodalitäten

- Für die Finanzierung bedeutet dies, dass „nicht verwehrbare Leistungen“ aus Steuermitteln bezahlt werden.
- Die Kosten dieser nicht verwehrbaren Leistungen werden den Krankenkassen über den Gesundheitsfonds erstattet.
- Dies gilt auch für die privaten Krankenkassen.
- Für alle Versicherten (gesetzlich oder privat) wirkt dies beitrags- bzw. prämiensenkend, gleichzeitig steigt aber die Steuerlast, wobei sichergestellt sein muss, dass die Steuerlast proportional für alle Einkommen steigt, da sonst „demokratisch“ immer mehr Leistungen festgelegt werden, die eine Minderheit zu finanzieren hätte.

# Wege zu mehr Wettbewerb (VII)

## Problem: Fragwürdige Umverteilungsmodalitäten

- Die individuelle Basisabsicherung ist Teil des soziokulturellen Existenzminimums. Transferempfänger sowie an der Grenze zum Transferempfang stehende Individuen erhalten Zuschüsse, um die gewünschte Basisversicherung bezahlen zu können.
- Zusätzlich sind Risikozuschläge auf Grund nicht beeinflussbarer Faktoren über eine Zumutungsgrenze unabhängig vom Einkommen aus Steuermitteln zu finanzieren. Beispiele hierfür sind Risiken im Zusammenhang mit Schwangerschaften, genetischen Dispositionen und ähnlichem (Verteilung über Gesundheitsfonds).
- Dies gilt nicht für das Risiko Alter. Die mit zunehmendem Alter auftretenden Risiken sind grundsätzlich durch Bildung von Altersrücklagen beherrschbar und bei den Kosten für die individuelle Basisabsicherung zu berücksichtigen.

# Wege zu mehr Wettbewerb (VIII)

## Problem: Fragwürdige Umverteilungsmodalitäten

- Prämien für Basisabsicherung sind wie andere Aufwendungen zur Lebensführung nicht steuerbegünstigt. Obwohl der Abschluss einer solchen Versicherung prinzipiell freiwillig sein sollte, ist eine „opt-out-Lösung“ bei einer solchen elementar wichtigen Entscheidung zu bevorzugen. Diese opt-out-Erklärung sollte regelmäßig (jährlich) zu erneuern sein.

## Problem: Demographie

- Die individuelle Basisabsicherung sollte auch einen Kapitaldeckungsanteil enthalten.
- Kapitaldeckung sollte außerhalb des Systems Krankenversicherung aufgebaut werden. Portabilität der Rücklagen ist damit kein Problem mehr. Altersabhängige Prämiensteigerungen können dann aus dieser gezahlt werden. In einer Übergangsphase sind den Versicherten virtuelle Rücklagen einzuräumen. Diese sind ja im Umlagesystem gezahlt, aber nicht angelegt worden. Hier ist also wiederum der Steuerzahler gefordert, für die „Altschulden“ einzutreten.

## Problem: Mangelnder Wettbewerb zwischen PKK und GKK

- Der grundsätzliche Unterschied verschwindet. Die Kassen unterscheiden sich eher in der Ausrichtung auf bestimmte Kundengruppen (hier darf man auch tatsächlich wieder von Versicherungskunden sprechen).
- Die Modalitäten (Versicherungsumfang, Selbstbehalt usw.) sind Ergebnisse von Wettbewerbsprozessen.

# Wege zu mehr Wettbewerb (X)

## Fazit

- Echter Wettbewerb ist nur über Preis-Leistungs-Vergleiche möglich.
- Umverteilung wird auch in einem reformierten System nötig sein, allerdings sollte Umverteilung grundsätzlich nicht über Preise, sondern über Steuern und Transfers erfolgen.
- Umfang der Gesundheitsleistungen, die dem Wettbewerb anvertraut werden sollen, kann „sanft“ gesteuert werden. Wettbewerb beginnt bereits bei der ersten Ausgliederung von Leistungen in die individuelle Basisabsicherung. Verteilungserfordernisse werden von Anfang an berücksichtigt.
- Im Wettbewerbsprozess werden Leistungen den Kundenwünschen angepasst (differenzierte Preis-/Leistungsangebote, Viel-Klassen-Medizin).

Problem: (Noch?) nicht konsens- bzw. mehrheitsfähig.