

Können Kostendämpfungsgesetze, Budgetierungen, Positivlisten und weitere Regulierungen, das deutsche Gesundheitswesen effizienter gestalten, oder sollten die eingefahrenen Wege in der Gesundheitspolitik verlassen und mehr marktlicher Wettbewerb im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden?

Generelle Marktfähigkeit von Gesundheitsleistungen

Die Gesundheitsleistungen stellen ein ganzes Bündel höchst unterschiedlicher Waren und Dienstleistungen dar. Dies reicht von Arzneimitteln über ärztliche Behandlung in der Praxis und im Krankenhaus bis hin zum präventiven Verhalten des Einzelnen. Dies macht schon deutlich, dass man nicht von dem Gesundheitsmarkt sprechen kann, sondern einer Vielzahl von Teilmärkten gegenübersteht. Generell kann man aber feststellen, dass die überwiegende Zahl der Gesundheitsleistungen die Kennzeichen von Marktfähigkeit tragen. Lediglich ein kleiner Teilmarkt, nämlich die Behandlung von ansteckenden Krankheiten, muss als generell nicht marktfähig eingestuft werden. In diesem Bereich sind es die externen Effekte, die bei einer Nicht-Behandlung auftreten, welche eine marktliche Regelung verbieten. Zwischen der absoluten Nicht-Marktfähigkeit von ansteckenden Krankheiten bis hin zu den einfachen Hilfsmitteln, wie der Brille oder dem Hörgerät, erstreckt sich eine weite Spanne von verschiedenen Märkten, die einen höchst unterschiedlichen Grad von Marktfähigkeit aufweisen. Gleichwohl kann man feststellen, dass die Eingriffe in die Gesundheitsmärkte in allen Ländern weiter gehen, als dies aus objektiven Marktgegebenheiten erforderlich wäre.

Die Eingriffe von Seiten des Staates in die Gesundheitsversorgung erfolgen vor allen Dingen aus meritorischen Erwägungen heraus. Der Staat hat Bedenken, dass die Verteilungswirkungen von unregulierten Gesundheitsmärkten von der Bevölkerung bzw. den Wählern nicht akzeptiert werden. Gerade in Demokratien ist deswegen die staatliche Regulierung der Gesundheitsversorgung eher höher ausgeprägt als in weniger demokratisch verfassten Gesellschaften. Ist doch das Ri-

siko Krankheit für jeden Bürger allgegenwärtig, ja es wird von der Mehrzahl der Bevölkerung sogar als bedrohlicher empfunden als die anderen klassischen Risiken wie Arbeitslosigkeit, Unfall oder Altersarmut. Aus diesem Grund ist es auch nicht sinnvoll, die ökonomisch vertretbare Position einzunehmen und eine völlig marktwirtschaftliche Steuerung der Gesundheitsversorgung zu verlangen. In Demokratien wird eine solche Forderung wohl nie umgesetzt werden können. Gleichwohl stellen wir fest, dass auch in den europäischen Demokratien, insbesondere in Deutschland, die Diskussion entbrannt ist, wie viel Regulierung die Gesundheitsversorgung braucht und wie viel Markt unter den Gesichtspunkten der Meritokratie zugelassen werden soll. Bevor wir auf diese Diskussion eingehen, werden das deutsche Gesamtsystem und seine Teilmärkte kurz skizziert.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung und seine Teilmärkte

In der nachstehenden Abbildung 1 haben wir das deutsche Gesundheitssystem und seine interdependenten Teilmärkte im Überblick dargestellt.

Es wird deutlich, dass wir drei miteinander verbundene Teilmärkte zu betrachten haben. Beginnen wir mit dem Versicherungsmarkt. Der Versicherungsmarkt wird in Deutschland vor allen Dingen von den Gegebenheiten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geprägt. Der Versichertenkreis ebenso wie der Versicherungsumfang werden vom Gesetzgeber definiert. Die Krankenversicherungsunternehmen (KVU) lassen sich in

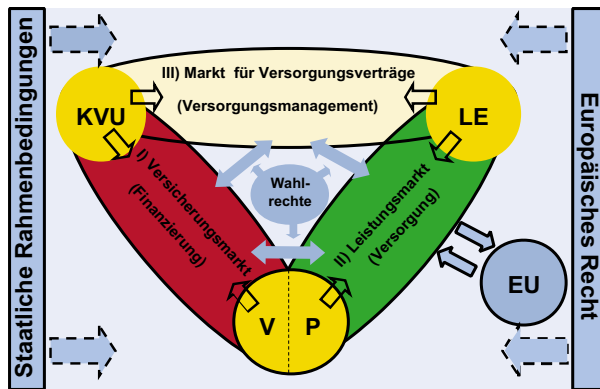


Günther Neubauer*

* Prof. Dr. Günther Neubauer lehrt Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr, München.

Abb. 1

Das Gesamtsystem



gesetzliche und private bzw. öffentliche Unternehmen unterscheiden. Die Gesetzlichen Krankenkassen bzw. Krankenkassen haben im Gegensatz etwa zur Renten- oder Arbeitslosenversicherung sehr viel weitreichendere Rechte. Dies wird vor allem dadurch verursacht, dass die Krankenkassen eigene Marktpartner haben, das sind die Verbände der Leistungserbringer, mit denen sie vom Gesetzgeber beauftragt sind, Versorgungsverträge abzuschließen.

Die Versorgungsverträge werden in der Regel auf der Ebene von Verbänden gemeinsam und einheitlich abgeschlossen. Kennzeichen der Verbände ist es, dass sie in der Mehrzahl Körperschaften des öffentlichen Rechts sind und damit als mittelbare Staatseinrichtungen gelten. Wo keine Körperschaft des öffentlichen Rechts gegeben ist, wie z.B. auf Seiten der Krankenhäuser, herrscht dafür der Betriebstyp des kommunalen Versorgungsbetriebes vor. Die vertraglichen Regelungen auf der Ebene der Verbände erfolgen also weitgehend im Auftrag und unter Aufsicht des Staates. Von daher kann man heute nur sehr bedingt von einem Markt für Versorgungsverträge sprechen.

Der Leistungsmarkt ist ein weitgehend gesetzlich regulierter Markt. Das heißt, Patienten und Leistungserbringer schließen keine direkten Verträge miteinander ab, sondern treten in Verträge ein, die auf der Verbandsebene geschlossen wurden. Es wird damit deutlich, dass im deutschen Gesundheitssystem weder den Versicherten noch den Patienten ein ursprüngliches und unmittelbares Mitwirkungsrecht in der Gestaltung der Versorgung zugeordnet ist. Der Staat selbst ist nicht unmittelbar als Leistungserbringer tätig, lässt aber über die Körperschaften des öffentlichen Rechts und ihm gleichgestellte Leistungserbringer die Versorgung sicherstellen. Wir kommen damit zu dem Ordnungstyp der Gemeinsamen Selbstverwaltung, der das deutsche Gesundheitssystem charakterisiert. Er ist davon geprägt, dass Verbände mit vom Staat definierten Pflichtmitgliedern im Auf-

trag des Staates die Versorgung mit Gesundheitsleistungen regulieren. Wir müssen später prüfen, ob dieser Ordnungstyp heute noch zeitgemäß ist.

Befähigung der Konsumenten zu Marktteilnehmern

Es macht wenig Sinn von vornherein eine Privatisierung und Deregulierung des Gesundheitssystems zu fordern, wenn nicht auf der anderen Seite den Konsumenten, das sind die Versicherten und Patienten, jegliche Marktfähigkeit abgesprochen wird. Letzteres ist ein Prozess der Erziehung, aber auch der Deregulierung und Übereignung von mehr Befugnissen und Verantwortung an die Betroffenen des Systems. Wir wollen im Weiteren kurz auf die drei oben genannten Teilmärkte eingehen und diskutieren, wie weit hier durch mehr Leistungstransparenz und Verfügungsrechte der Konsumenten ein höherer Grad an Marktfähigkeit und damit auch an Marktsteuerung in Deutschland erreicht werden kann.

Wahlrechte für gesetzlich Versicherte

Im Versicherungsmarkt ist vor allen Dingen das Verhältnis der Versicherungspflichtigen gegenüber den Krankenkassen zu privatisieren. Dies beinhaltet, dass weiterhin eine Pflicht zur Versicherung besteht, die gleichzeitig den Versicherungsumfang definiert. Den Versicherten können dabei Wahlrechte sowohl im Bereich der Teilnahme am Versicherungsrisiko als auch bei den Leistungsanbietern eingeräumt werden. Ein großer Schritt der Deregulierung wurde bereits 1996 dadurch getan, dass den Versicherungspflichtigen die Wahl der Krankenkasse freigestellt wurde. Die Wahlfreiheit der Versicherten löst bis heute weitreichende Umstrukturierungen auf Seiten der Krankenkassen aus. Die Versicherungspflichtigen entwickeln ein zunehmendes Preisbewusstsein und wählen gezielt Krankenkassen mit niedrigeren Beitragssätzen aus.

Ein Nachteil bleibt hierbei, dass die Krankenkassen vom Gesetzgeber nach wie vor verpflichtet sind, ihren Versicherten einen einheitlichen Leistungskatalog anzubieten. Hier ist Deregulierung angesagt. Den Krankenkassen muss es erlaubt werden, den Versicherten sowohl im Bereich der Leistungsversorgung als auch im Bereich der Risikoübernahme mehr wettbewerbliche Alternativen anzubieten. So sollte es den einzelnen Versicherten erlaubt werden, einen Teil des Risikos durch Zuzahlung oder auch durch Leistungsausgrenzung zu privatisieren und dafür gleichzeitig den Beitragssatz für sich abzusenken. Gerade aber an diesem Punkt stoßen wir auf ein großes Wettbewerbshemmnis, das zugleich eine unnötige Beeinträchtigung des deutschen Arbeitsmarktes beinhaltet: Die so genannte paritätische Beitragsaufbringung.

Abkoppelung der Versicherungsbeiträge von den Arbeitskosten

Derzeit übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge zur Krankenversicherung und verbucht diese als Personalzusatzkosten. Dadurch wird der »Wachstumsmarkt Gesundheit« automatisch an die durchschnittliche Produktivitätsentwicklung der Volkswirtschaft angebunden, wenn man keine steigenden Arbeitskosten, losgelöst von der Produktivität, akzeptieren will. Dies führt zu einer wenig sinnvollen Drosselung der Wachstumsdynamik im Gesundheitsmarkt, was zugleich einen Verlust an möglichen Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor bedeutet. Gerade hinsichtlich der demographischen Entwicklung und der Innovationsstärke der Gesundheitsindustrie muss dies längerfristig als gravierender Nachteil empfunden werden.

Die Halbierung der Beitragslast zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern führt aber auch zu einer Verringerung des Wettbewerbsdrucks im Gesundheitssystem selbst. Solange nämlich die Arbeitnehmer als Versicherte bei der Wahrnehmung von Beitragssatzvorteilen oder auch bei der Privatisierung von Versicherungsrisiken die Vorteile mit dem Arbeitgeber teilen müssen, besteht nur ein halber Anreiz, sich entsprechend durch Wahlmöglichkeiten im Versicherungsmarkt zu verbessern.

Längerfristig muss es aber auch als eine »volkswirtschaftliche Torheit« bezeichnet werden, wenn man die auf uns zukommende demographisch-medizinische Last weiterhin über die Personalzusatzkosten mitfinanzieren will. So wird das demographisch bedingte Morbiditätsrisiko auf die Arbeitskosten verlagert, obwohl beide miteinander weder direkt noch indirekt zu tun haben. Die zu Bismarcks Zeiten gegebene Berechtigung einer Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung hat sich heute längst aufgelöst. Die gesetzliche Krankenversicherung ist über den Status einer Arbeitnehmerkrankenversicherung hinausgewachsen. Schließlich werden auch die Mehrzahl der heutigen Krankheitsrisiken nicht mehr am oder durch den Arbeitsplatz ausgelöst, sondern an dessen Stelle sind das Freizeitverhalten, der persönliche Lebensstil und das Lebensalter getreten. Dies sind aber Risiken, die weder vom Arbeitgeber beeinflussbar sind, noch mit dem Arbeitsplatz in irgendeinem Zusammenhang stehen.

Eine konsequente Lösung wäre die Ausbezahlung des Arbeitgeberanteils an die Arbeitnehmer, wobei die steuerliche Neutralität gewährleistet sein muss. Da dieser Ansatz derzeit auf wenig Zustimmung in Deutschland stößt, könnte als Zwischenlösung an dessen Stelle die Standardisierung und Einfrierung des Arbeitgeberbeitrages treten. Es würde quasi an Stelle der heute gesetzlich geforderten Beitragssatzstabilität eine Stabilität des Arbeitgeberbeitrages treten. Veränderungen dieses Arbeitgeberbeitrages sollte das Par-

lament zu beschließen haben. Schließlich ist es der politischen Verantwortung zuzurechnen, ob und in welcher Höhe man Personalzusatzkosten vorgeben will.

Leistungstransparenz für Patienten

Die Vorstellung, dass Patienten nicht in der Lage sind, benötigte Leistungen zu beurteilen, muss heute schrittweise reduziert, wenn nicht sogar aufgegeben werden. Zum einen gibt es heute eine Vielzahl von Informationsmöglichkeiten, die in diesem Umfang früher nicht bestand bzw. auch technisch nicht möglich war. Neben der Informationszugänglichkeit haben sich aber auch die Zugangskosten zu verschiedenen Leistungserbringern deutlich verringert. Voraussetzung ist allerdings, dass die technischen Möglichkeiten der Leistungstransparenz von den Leistungserbringern auch entsprechend wahrgenommen werden. So ist es heute kein technisch-organisatorisches Problem, dass Krankenhäuser die Häufigkeit ihrer wichtigsten Eingriffe im Internet zugänglich machen. Neben der Häufigkeit der Eingriffe könnten den Patienten aber auch die Ergebnisse von Eingriffen, wie z.B. die Sterberate oder die Komplikations- und Infektionsrate von standardisierten Eingriffen in Form von Ranking-Listen transparent gemacht werden.

Mehr Leistungstransparenz erfordert Preistransparenz und Preisbewusstsein von Seiten der Patienten. Wird nämlich nur Leistungstransparenz ohne Preisbeteiligung gewährt, so muss befürchtet werden, dass die Patienten die Leistungserbringer ohne Preis- und Leistungsvergleich einseitig nach Leistungsqualität auswählen. Von daher sollte heute zumindest den Patienten und Versicherten die Möglichkeit zugebilligt werden, dass sie sich über Selbstbeteiligungstarife auch an der ökonomischen Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern beteiligen können. Eine sinnvolle Kopplung von freier Wahl der Leistungserbringer mit einer Kostenbeteiligung könnte hier Bewegung bringen. Derzeit hat der Kassenpatient in Deutschland nur eine eng begrenzte Wahlmöglichkeit. Er ist im Wesentlichen auf die Leistungserbringer angewiesen, die mit seiner Krankenkasse Versorgungsverträge abgeschlossen haben. Eine Ausdehnung der Wahlfreiheit für Patienten sollte also an eine Erweiterung der ökonomischen Mitverantwortung gekoppelt sein.

Deregulierung des Vertragsmarktes

Wie wir schon vorgestellt haben, sind die Krankenkassen verpflichtet, mit den Verbänden der Leistungserbringer gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge abzuschließen. Dahinter steht die sozialpolitische Zielsetzung, allen Versicherten eine einheitliche Versorgung zu garantieren. Für Krankenkassen, wie Kassenärzte, besteht nicht nur ei-

ne Kontrahierungspflicht, sondern zugleich auch ein Wettbewerbsausschlussgebot. Hier ist Deregulierung überfällig!

An erster Stelle wäre hier der Wettbewerb proaktiv zu fordern und zu fördern. Jeder einzelnen Krankenkasse bzw. jedem einzelnen Krankenkassenverband sollte es vom Gesetzgeber erlaubt werden, mit Leistungserbringerverbänden oder auch einzelnen Leistungserbringern ihrer Wahl Verträge abzuschließen. Ebenso sollte die Kontrahierungspflicht der Vertragspartner reduziert werden. Um zu verhindern, dass ein vertragsfreier Zustand zu einer Nichtversorgung von Patienten führt, wäre das Recht der Patienten einzubringen, dass diese jedwede Leistungserbringer über das Prinzip der sog. Kostenerstattung in Anspruch nehmen dürfen. Patienten hätten dabei die Freiheit, jeden Leistungserbringer im Inland und auch im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen, müssten jedoch die Mehrkosten selbst übernehmen, die dadurch entstehen. Eine solche Flexibilisierung des Vertragsmarktes würde den Versicherten und Patienten das letzte Urteil über geschlossene Versorgungsverträge geben.

Statt Körperschaften des öffentlichen Rechts wettbewerbsorientierte Unternehmen

Die oben beschriebenen Umstrukturierungen, insbesondere die Befähigung der Versicherten und Patienten zu mehr Teilnahme an den Märkten, würde die Abschaffung der Körperschaften des öffentlichen Rechts zulassen, ja verlangen. Sowohl Krankenkassen wie auch Verbände der Leistungserbringer könnten als private Vereinigungen bzw. Unternehmen etabliert werden. Ein Vorteil einer solchen Privatisierung ist auch darin zu sehen, dass der Staat nicht mehr ohne weiteres staatliche Leistungen innerhalb der Sozialversicherung verschieben kann. Heute muss die Krankenkassen oft Leistungen übernehmen, die eigentlich dem Staat oder einem anderen Zweig der Sozialversicherung zuzuordnen sind. Die Beitragsautonomie der Krankenkassen verführt quasi den Staat, Leistungen zu verschieben und die folgende Beitragssatzsteigerung den Krankenkassen anzulasten. Eine Entstaatlichung und Privatisierung der Betriebe im Gesundheitssektor würde dieser Art von »Verschiebebahnhof«, der in Deutschland seit 25 Jahren zu beobachten ist, einen Riegel vorschieben.

Die Antwort: Mehr marktlicher Wettbewerb!

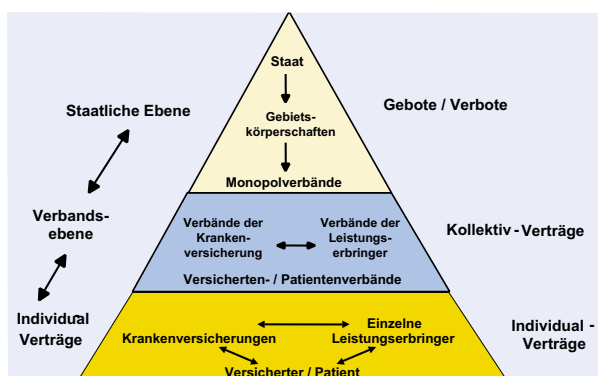
Aus unserer Sicht ist, wie aus den obigen Ausführungen hervorgeht, die Antwort auf die anfangs gestellte Frage eindeutig: Mehr marktlicher Wettbewerb im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kann dem System mehr Effizienz aber auch mehr Zielorientierung geben. Insbesondere meinen wir, dass es heute angebracht ist, die Steuerungssysteme stärker den eigentlichen Betroffenen, nämlich den

Versicherten und Patienten, anzuvertrauen. Es gilt, die staatliche Verantwortung auf eine Rahmenverantwortung zu reduzieren und den Versicherten und Patienten mehr direkte Mitwirkungsmöglichkeit zu eröffnen. In der nachfolgenden Abbildung 2 haben wir unseren gedanklichen Ansatz noch einmal veranschaulicht. Die Steuerungskompetenz, die heute weitgehend beim Staat und den von ihm beauftragten Körperschaften des öffentlichen Rechts liegt, muss dereguliert und dezentralisiert werden. Die Steuerung des Systems muss in Richtung Versicherte und Patienten verlagert werden. Wege hierzu haben wir aufgezeigt.

Die Verbände bleiben im System eine wichtige Steuerungsinstanz, werden jedoch privatisiert und zugleich dereguliert. Letztes Wort hat aber immer der Versicherte und der Patient über entsprechende Wahlmöglichkeiten. Das häufig vorgebrachte Argument, dass insbesondere solche Versicherten und Patienten, die älter und chronisch krank sind, diese Steuerungskompetenz nicht wahrnehmen können, trifft nicht zu. Es ist nämlich auch im Gesundheitssektor so, dass die Entwicklung von wenigen aktiven Marktteilnehmern vorangebracht wird. So ist heute zu beobachten, dass allein die Wanderung von etwa 5% der Versicherten hin zu den beitragsgünstigeren Krankenkassen das Gesamtsystem in Bewegung bringt. Auch auf Seiten der Leistungsmärkte ist ähnliches zu beobachten. Krankenhäuser etwa, die nur 5 bis 10% ihrer Patienten verlieren, drohen in das betriebswirtschaftliche Abseits zu geraten, so dass auch hier die bewusste Wahrnehmung der Wahlmöglichkeiten durch 5 bis 10% der Patienten den übrigen Patienten zugute kommt. Wettbewerbliche Marktsteuerung heißt also das Gebot der Stunde.

Diese Konzeption ist von einer wettbewerblichen Steuerung von »Staatswegen« zu unterscheiden. Häufig wird heute das System Wettbewerb verordnet, das aber nicht auf den Entscheidungen der Patienten und Versicherten aufbaut, sondern das letztlich von der Politik gewollt ist. Eine solche wettbewerbliche Steuerung, die eine Art regulierten Wettbewerb

Abb. 2
Hierarchie der Steuerungskompetenz



darstellt, lehnen wir ab, da dieser von staatlichem Wollen und politischen Absichten geprägt ist. Wir befürworten eine wettbewerbliche Marktsteuerung, welche die Betroffenen zur Basis hat.

Europäische Perspektive

Die Gesundheitsmärkte haben in Europa etwa ein Gewicht von 8 bis 9% des gesamten Inlandsprodukts. Von daher wäre es nicht nur eine Illusion, sondern auch falsch, diese Märkte der europäischen Entwicklung zu entziehen. Eine Europäisierung wäre vor allen Dingen im Bereich der Leistungsmärkte und der Vertragsmärkte schon heute möglich. Warum sollen nicht Patienten auch europäische Leistungserbringer in Anspruch nehmen dürfen, wenn sie bereit sind, Mehrkosten selbst zu übernehmen. Ebenso muss es den Krankenversicherungen möglich sein, mit europäischen Leistungserbringern entsprechende Leistungsverträge schließen zu können. Dabei gilt die Marktlogik, dass eine Integration zunächst mit transportfähigen Waren beginnt und Dienstleistungen mit einer zeitlichen Verzögerung nachfolgen werden. Es lässt sich heute beobachten, dass der Markt etwa für Arznei- oder Hilfsmittel weitgehend europäisiert wird, wenn sich auch noch vielerlei Schranken und Hindernisse der freien Austauschbarkeit in den Weg stellen. Ein jüngstes Beispiel etwa ist die Diskussion des Versandhandels für Arzneimittel.

Erst sehr viel später wird die Finanzierung und damit der Versicherungsmarkt europaweit zu harmonisieren sein. Schließlich wird im Finanzierungsbereich die nationale Sozialpolitik sichtbar. Diese ist aber weiterhin Sache der nationalen Regierungen. Auf längere Sicht erwarten wir hier eine Annäherung. Eine Annäherung wird aber nur auf der Basis einer Grundsicherung möglich sein. Ob diese Grundsicherung dann als staatliche Versorgung oder in Form einer Versicherungspflicht organisiert wird, hängt nicht zuletzt auch davon ab, wie gut es uns in Deutschland gelingt, eine glaubwürdige Alternative zu den ansonsten vorherrschenden staatlichen Gesundheitsdiensten in Europa zu entwickeln.



Peter Zweifel*

Michael Breuer**

Mehr Markt im Gesundheitswesen tut Not

Von Marktwirtschaft im deutschen Gesundheitssystem kann derzeit keine Rede sein

Deutschland hat inzwischen eine zwanzigjährige negative Erfahrung mit Kostendämpfungsgesetzen, Budgetierungen, Positivlisten und ungezählten weiteren Bemühungen, das Gesundheitswesen durch ein zunehmend dichteres System von Regulierungen effizient und gerecht zu machen. Trotzdem sieht es so aus, als würde derzeit kein politischer Entscheidungsträger den Mut aufbringen, die eingefahrenen Pfade in der Gesundheitspolitik zu verlassen. Dabei ist man sich über die Mängel des derzeitigen Gesundheitssystems, z.B. hinsichtlich der falschen Anreize im stationären und ambulanten Sektor oder der mangelhaften Versorgung chronisch Kranker durchaus einig. Als Rezept gegen die Missstände scheint jedoch allein eine weitere Verfeinerung der Regulierung in Betracht zu kommen, wie erst jüngst wieder mit dem »Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs« geschehen. Es werden mit weiteren Regulierungen zumeist punktuelle Verbesserungen angestrebt, ohne jedoch die Nebenwirkungen dieser Eingriffe im Gesamtsystem zu beachten. Besonders bedrückend ist dabei der Umstand, dass zahlreiche dieser regulatorischen Eingriffe Folgeregulierungen darstellen, die allein deshalb notwendig werden, weil der Preis als Steuerungsmechanismus im Gesundheitswesen weitgehend außer Kraft gesetzt wurde.

So ist insbesondere der Risikostrukturausgleich eine direkte Folge der nicht risikogerechten Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die »soziale«, nicht

* Prof. Dr. Peter Zweifel leitet das sozialökonomische Institut der Universität Zürich.

** Dr. Michael Breuer ist Mitarbeiter am sozialökonomischen Institut der Universität Zürich.

risikogerechte Ausgestaltung der Krankenkassenbeiträge gibt nämlich letztlich den Krankenkassen Anreize zur Diskriminierung der schlechten Risiken, die man nur durch weitere Regulierungen wieder eindämmen kann. Hierzu gehören der Kontrahierungszwang und der Risikostrukturausgleich. Allerdings ist auch der Risikostrukturausgleich selbst ein zweischneidiges Schwert: Wenn er perfekt arbeitet und alle Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Kassen vollständig ausgleicht, verlieren Krankenkassen von vorneherein jeden Anreiz zu Produktinnovationen und einer verbesserten Versorgung ihrer Versicherten – werden sie doch für eine Verbesserung der Risikostruktur ihrer Versicherten bestraft und für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ihrer Versicherten entschädigt. Arbeitet der Risikostrukturausgleich (wie in der Realität beobachtbar) nicht perfekt, führen Produktinnovationen der Krankenversicherer zu einer Risikoselektion: Innovationen, die den hohen Risiken, etwa den chronisch Kranken, zugute kämen, werden nicht angeboten, weil sie gerade solche Risiken in eine Krankenkasse ziehen und dort zu höheren Beiträgen führen würden. Ein Versicherer, der mit Produktinnovationen auf dem Markt aufwartet, kommt deshalb unweigerlich in den Verdacht, lediglich gute Risiken zu selektionieren und sich auf diese Weise einen ungerechtfertigten Vorteil durch günstigere Beitragssätze verschaffen zu wollen. Im Resultat schränkt der Risikostrukturausgleich so den Wettbewerb auf den Wettbewerbsparameter Preis ein, und es kommt zu einer weitreichenden, von oben verordneten Vereinheitlichung der Leistungen – durchaus nicht immer im Interesse der Versicherten.

Das Gesundheitswesen ist wettbewerblig zu organisieren

Die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens können nur durch einen innovativen Wettbewerb auf allen Ebenen des Gesundheitssystems gelöst werden. Die Grundzüge eines möglichen künftigen Gesundheitssystems, das konsequent auf dem Wettbewerbsgedanken aufbaut, werden im Folgenden skizziert. Sie setzen voraus, dass die Preise auch im Gesundheitssystem die zentrale Steuerungsfunktion übernehmen. Risikogerechte Versicherungsprämien sind deshalb in einem marktwirtschaftlichem Gesundheitssystem unverzichtbar, um weitere Wettbewerbfelder zu eröffnen. Personen, die ihre risikogerechten Prämien nicht tragen können, sollten direkt durch staatliche Transfers unterstützt werden. Dadurch wird es möglich, einen gezielten sozialen Ausgleich herbeizuführen, ohne die Steuerungsfunktion der Preise im Gesundheitssystem zu beeinträchtigen.

Wahlfreiheit der Versicherten durch risikogerechte Prämien

Erst wenn alle Versicherten den Krankenversicherern gleichermaßen als Kunden willkommen sind, werden umfang-

reiche Wahlrechte der Versicherten in der Krankenversicherung sinnvoll. Dies bedingt jedoch, dass die einzelnen Versicherten Prämien zahlen, die von dem Risiko abhängen, das sie in die Versichertengemeinschaft einbringen. Sie haben dann einen Anreiz, die für sie günstigste Versorgungsform zu wählen. Da hohe Risiken ihre zu erwartenden Behandlungskosten mit ihrer Prämie decken, werden sie von den Versicherern nicht diskriminiert, der Risikostrukturausgleich kann entfallen und seine effizienzmindernden Auswirkungen verschwinden. Insbesondere können die Krankenversicherer vielfältige Formen von Verträgen entwickeln, ohne stets dem Verdacht der Risikoselektion ausgesetzt zu sein. Hierbei sind dann auch individuelle Ausgestaltungen möglich, die z.B. auf dem Weg einer höheren Selbstbeteiligung den Versicherten einen Anreiz zu gesundheitsbewusstem und kostengünstigem Verhalten bieten.

Innovationen im Interesse der Versicherten

Bei einer risikogerechten Prämienhebung können sich die Versicherer durchaus auch Vertragsformen erlauben, die schlechte Risiken anziehen, denn die höheren zu erwartenden Behandlungskosten werden durch die erhöhte Prämie kompensiert. Der Kontrahierungszwang mit den Leistungsanbietern und die Einheitlichkeit der Leistungspakete der Krankenkassen werden aufgehoben. Stattdessen haben die Krankenversicherer die Chance, in einem Einkaufsmodell ihrer Versichertenklientel die Leistungen anzubieten, die von ihr als besonders nützlich angesehen werden. Die Versicherer werden diese Wahl verstärkt mit Beratung unterstützen, um Kunden anzuziehen.

Zu den Aufgaben eines Versicherers gehört es in einem wettbewerblichen System auch, Honorierungsformen (und -niveaus) auszuhandeln, welche die Leistungsanbieter dazu bewegen, sich für die Patienten je nach Typ in optimaler Weise einzusetzen. Dazu wird es einer Vielfalt an ausgehandelten Honorierungsformen bedürfen, die sich im Wettbewerbsprozess frei herausbilden kann.

Notwendige Rahmenbedingungen des Wettbewerbs

Dem Staat verbleibt aber auch in einem marktwirtschaftlichem Gesundheitssystem die wichtige Aufgabe, die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs zu setzen. Der Wettbewerbspolitik fällt sogar die größte Bedeutung für ein funktionierendes und effizientes Gesundheitssystem zu. Insbesondere muss sie verhindern, dass sich die Versicherer bezüglich der Konditionen bei der Beschaffung der Gesundheitsleistungen absprechen. Nur so bleiben die Höhe und die Form der Honorierung zwischen den Versicherern und den Leistungsanbietern verhandelbar. Zu den wichtigsten Rahmenbedingungen eines Wettbewerbs im Gesundheitswe-

sen gehören ferner eine Versicherungspflicht für alle und die Festlegung von Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen in einem durch asymmetrische Information gekennzeichneten Markt. Mit der Versicherungspflicht kann verhindert werden, dass einzelne Personen auf den Abschluss einer Krankenversicherung verzichten und dann im Falle einer größeren medizinischen Maßnahme oder einer dauerhaften Beeinträchtigung ihrer Gesundheit auf die Sozialhilfe zurückgreifen. Damit die Versicherungspflicht nicht unterlaufen werden kann, muss auch mindestens der finanzielle Leistungsumfang eines obligatorischen Versicherungspakets gesetzlich festgelegt werden. Die staatlich festzusetzenden Qualitätsanforderungen sollten insbesondere Mindestanforderungen z.B. an die Ausbildung der Leistungsanbieter und die Sicherheit ihrer Produkte betreffen. Präparate und Verfahren von zweifelhaftem therapeutischen Wert und ohne Nutzen für die Patienten können hingegen statt durch staatliche Order durch den Wettbewerbsprozess ausgeschlossen werden.

Wettbewerb und sozialer Ausgleich sind miteinander vereinbar

Risikogerechte Prämien gelten als unsozial, weil sie notwendigerweise keine Rücksicht auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten nehmen. So können nicht nur die Bezieher niedriger Einkommen überfordert werden, wenn erst einmal eine schwerwiegende oder eine chronische Erkrankung vorliegt. Um allen Bürgern einen Zugang zur Krankenversicherung zu ermöglichen, ist deshalb ein System staatlicher Beihilfen vorzusehen, das bei einer Überforderung der Einzelnen eingreift. Mit einem solchen System kann aber dem Sozialstaatsgedanken vollkommen Rechnung getragen werden, ohne dass, wie bislang, der Versicherungsausgleich und die systematische Umverteilung in unheilvoller Weise miteinander vermischt werden.

Die bisherige Vermischung dieser beiden Ebenen des Ausgleichs führt letztlich zu einer Intransparenz der Umverteilungsströme, die kaum noch erfassbar und kontrollierbar sind.

Zudem steht bei der Umverteilung innerhalb der GKV nicht die individuelle Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Vielmehr findet nicht nur ein systematischer Ausgleich zwischen Beziehern hoher und niedriger Einkommen, sondern auch zwischen Kranken und Gesunden statt. Die Vermischung dieser beiden Arten des sozialen Ausgleichs hat zur Folge, dass auch ein gesundes Individuum, das über relativ wenig Einkommen verfügt, die Krankenversicherung eines Wohlhabenden subventioniert, der unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet. Ähnliche zweifelhafte Umverteilungseffekte ergeben sich auch durch die Familienmitversicherung. Bürger, die nicht Mitglied der GKV sind, werden schließlich erst gar nicht zu dem Solidarausgleich herangezogen.

Gezielte Prämiensubventionierung als ordnungspolitisch adäquate Lösung

Die ordnungspolitisch adäquate Alternative zum bisherigen Ausgleichssystem besteht darin, Haushalten, deren Krankenversicherungsprämien einen festzulegenden Prozentsatz ihres zu versteuernden Einkommens übersteigen, staatliche Prämienzuschüsse zu gewähren. Die Zuschüsse sollten aus dem Steueraufkommen finanziert werden, an dessen Finanzierung alle nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beteiligt sind.

Um auch den subventionierten Versicherten einen Anreiz zur Wahl kostengünstiger Verträge zu geben, sollte die Subventionierung nicht in der vollen Höhe der zu zahlenden Prämien erfolgen. Zusätzlich kann man die Prämiensubventionen für bestimmte Leistungen völlig ausschließen. So kann z.B. gewährleistet werden, dass kein Versicherter das Recht auf ein Einzelzimmer mit Chefarztbehandlung aus Prämien finanziert, die durch die Allgemeinheit subventioniert wurden.

Das Umverteilungsvolumen eines solchen Systems der Prämiensubventionierung ist auch bei Gewährung der gleichen medizinischen Standards, die heute in der GKV geboten werden, geringer als das derzeitige in der GKV, schließlich fließen die Subventionen gezielter zu den Bedürftigen.

Schutz gegen hohe Prämienbelastungen im Alter

Der Steuer-Transfer-Mechanismus wirkt für die Begünstigten schließlich auch als eine Absicherung gegen das langfristige Risiko der Verschlechterung des individuellen Erkrankungsrisikos im Lebenslauf. Da die Bezieher niedriger Einkommen die steigende Prämie, sobald sie einen bestimmten Anteil des Einkommens übersteigt, nicht mehr selbst tragen müssen, erhalten sie automatisch eine effektive Absicherung gegen hohe Prämienbelastungen im Alter. Aber auch die Bezieher hoher Einkommen können sich davor schützen, im Alter sehr hohe Prämienzahlungen an die Krankenversicherung leisten zu müssen. Ihnen bleibt ein freiwilliger Abschluss langfristiger Versicherungsverträge oder eine Zusatzabsicherung gegen das Risiko einer höheren Prämie vorbehalten, auch wenn auf dem Krankenversicherungsmarkt verpflichtend nur das aktuelle Erkrankungsrisiko in kurzfristigen Verträgen (z.B. mit einjähriger) Laufzeit abgesichert wird.

Zusammenfassung

Eine marktwirtschaftliche Reform des Gesundheitswesens ist möglich. Sie bietet die Chance, die eingefahrenen Pfade von Regulierungen und Folgeregulierungen zu verlassen, die das Gesundheitssystem letztlich unflexibel und

zum politischen Spielball der Partikularinteressen gemacht haben.

In einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen kommt den Krankenversicherern eine bedeutende Rolle zu. Sie stellen als Agenten der Versicherten aus den Angeboten der Leistungsanbieter Versicherungspakete zusammen, aus denen dann die Versicherten ihre Wahl treffen. Ein derartiger Wettbewerb der Krankenversicherer bedingt Vertragsfreiheit mit den Leistungsanbietern. Um den Krankenversicherern dabei keine Anreize zu geben, die neu gewonnene Vertragsfreiheit zu unfairer Risikoselektion zu missbrauchen, sind risikogerechte Versicherungsprämien unverzichtbar. Nur dadurch wird es möglich, die wettbewerbshemmenden Regulierungen fallen zu lassen, die mit nicht risikogerechten Versicherungsprämien zwangsläufig einhergehen, und stattdessen einem Wettbewerb um innovative Lösungen im Gesundheitswesen Raum zu geben.

Dem Sozialstaatsgedanken schließlich ist durch ein System von steuerfinanzierten Prämiensubventionen letztlich mindestens genau so gut Rechnung getragen, wie im bisherigen System, ohne dass der Wettbewerb derart stranguliert wird wie heute. Es ist an der Zeit, den Mut für eine konsequente marktwirtschaftliche Öffnung des Gesundheitswesens aufzubringen.



Klaus-Dirk Henke*

Mehr Markt erfordert starken Staat

Der Reformdruck im Gesundheitswesen hält unvermindert an. Die demographische Herausforderung mit den Problemen einer intergenerativen Gerechtigkeit, der medizinische Fortschritt mit steigenden Ansprüchen der Bevölkerung und die chronisch defizitäre Haushaltslage in den Krankenversicherungen und vor allem in den steuerfinanzierten Systemen suchen europaweit eine Antwort.

Das deutsche Gesundheitswesen fällt im internationalen Vergleich durch seinen vergleichsweise hohen Leistungsstand und seine umfassende Absicherung gegen die Wechselfälle des Lebens auf. Es stellt noch immer für jedermann, unabhängig von seinem Einkommen, seinem sozialen Status und seinem Wohnsitz, den Zugang zu einer hochwertigen medizinischen und pflegerischen Versorgung sicher. Im europäischen Vergleich gehört Deutschland zu den wenigen Ländern, die noch weitestgehend frei von Wartelisten sind.

Trotz dieser Gesamteinschätzung wächst die Unzufriedenheit und der Reformdruck nimmt zu. In der nächsten Legislaturperiode steht die Gesundheitspolitik mit Sicherheit weit oben auf der politischen Tagesordnung. Alle Beteiligten möchten die drohende Rationierung vermeiden, die demographischen Gegebenheiten meistern und die personalintensive Zukunftsbranche sichern. Dazu bedarf es eines einfachen, transparenten und dauerhaft gültigen europatauglichen Systems der Absicherung des Krankheitsrisikos, und ein neuer Ordnungsrahmen mit entsprechenden Anreizen gilt als Voraussetzung.

* Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Institut für Volkswirtschaftslehre, Finanzwissenschaft und gesundheitsökonomie, TU Berlin, ist zurzeit Gast des Department of Economics der University of York.

Nur wenn es um das erforderliche Maß an Politikerne, um innovative Wege in der medizinischen Versorgung oder die zukünftige Rolle des Wettbewerbs unter den Krankenversicherungsunternehmen in der Prävention, kurativen und rehabilitativen Behandlung geht, scheiden sich die Geister in Wissenschaft und Praxis gleichermaßen.

Um eine gewisse Annäherung der Interessenslagen zu erreichen, muss man sich auf eine gemeinsame Diagnose einigen, denn wie in der Medizin ist sie allein die Voraussetzung für eine erfolgsversprechende Therapie. Doch die überkommenen Begriffe stehen dem entgegen.

Überkommene Begrifflichkeiten

Es fällt auf, dass sich die historisch gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen einer besonderen Widerstandskraft erfreuen. Dieses Beharrungsvermögen des Status quo besteht auch dann, wenn die gesundheitspolitischen Gegebenheiten trotz aller Pfadabhängigkeit einer Begründung nicht mehr standhalten. Beispielhaft seien hier die solidarische Finanzierung, die Friedensgrenze und das Solidarprinzip genannt. Niemand wird sich gegen diese Merkmale aussprechen, nicht nur weil sie wohlklingend klingen, sondern weil sie sich in vielerlei und höchst unterschiedlicher Form interpretieren lassen.

Aber eine solidarische Finanzierung im Sinne des Leistungsfähigkeitsprinzips, dem im Einkommensteuerrecht eine besondere Rolle zufällt, gibt es bei der gegebenen Bemessungsgrundlage der Sozialversicherungsbeiträge nicht. Und die versicherungsimmanente Umverteilung zwischen gesunden und kranken Menschen im Rahmen eines Äquivalenzprinzips führt sicherlich nicht automatisch zu einer un-solidarischen Finanzierung.

Die im Jahre 1971 eingeführte »Friedensgrenze« zwischen GKV und PKV als Besonderheit der Ausgestaltung der deutschen Krankenversicherung ist nicht nur im Ausland kaum klar verständlich zu machen. Auch die ebenfalls als etwas Positives suggerierte »unauflösbare Wechselbeziehung« zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) gehört hierher: Dass ein Wettbewerb zwischen zwei völlig unterschiedlichen Systemen des Krankenversicherungsschutzes nicht funktionsfähig sein kann, bedarf daher zumindest aus ökonomischer Sicht keiner Erklärung.

Das Solidarprinzip ist darüber hinaus in seiner Interpretation ein Einfallstor für Forderungen an den unverzichtbaren Schadensausgleich, die Einkommensumverteilung, den Familienlastenausgleich oder die intergenerative Gerechtigkeit, jedoch ist es nicht in all den genannten Fällen ein Spezifikum der Krankenversicherung.

Die unverzichtbare Diagnose

Fortschritte in der Medizin und in der Pflege ermöglichen es, mit vielen Krankheiten besser fertig zu werden. In vielen Bereichen werden weitere Fortschritte herbeigesehnt. Der Wunsch, modernste Behandlungsmethoden und Medikamente nutzen zu können, wird im bestehenden Gesundheitssystem nicht hinreichend mit der Kostenverantwortung verknüpft. Die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Leistungen ist von der Entscheidung über die Finanzierung abgekoppelt. Die Bereitschaft der Menschen, für Gesundheitsleistungen mehr zu zahlen, wird weder in einem Marktprozess noch in einem marktähnlichen Vorgang ermittelt. So liegt etwa die Höhe der Selbstbeteiligung in Deutschland im internationalen Vergleich ungewöhnlich niedrig.

Zu wenig Transparenz in der Abrechnung und Vergütung von erbrachten Gesundheitsleistungen, vorhandene Überkapazitäten, insbesondere im noch immer stark segmentierten stationären Bereich, zu wenig Prävention und ein zu wenig entwickeltes Gesundheitsbewusstsein in Verbindung mit Schwierigkeiten bei der erforderlichen medizinischen Orientierung der Bevölkerung führen zu weiteren Problemen im deutschen Gesundheitssystem. Eine Stärkung der Mündigkeit und Kompetenz der gesunden und kranken Menschen mit ihren Angehörigen ist unverzichtbar und nicht von heute auf morgen zu erreichen.

Die globale einnahmenseitige Budgetierung, die in Form der Beitragssatzstabilität im Sozialgesetzbuch seit dem Jahre 1977 kodifiziert ist, stellt eine Rationierung von Gesundheitsausgaben dar. Sie ist politisch trotz zunehmender Ansprüche erwünscht, da die Beitragssätze die Lohnkosten steigern und den Weg zu mehr Beschäftigung versperren. Die derzeitige Koppelung der Sozialversicherungsbeiträge in der GKV an die Löhne und Gehälter ist antiquiert und führt zu erheblichen Wettbewerbsnachteilen für die Bundesrepublik. Die Lohnkosten sind weiterhin zu hoch und gleichzeitig erodiert die Bemessungsgrundlage, da keine Kontinuität in den Arbeitsverhältnissen vorliegt und sich durch die Umlagefinanzierung der Rationierungsdruck erhöht.

Die genannten Defizite stellen die Ausgangslage für die erforderliche Weiterentwicklung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung dar. Hinzu kommen vielfältige Fehlanreize für die beteiligten Personen (Versicherte, Patienten und ihre Angehörigen, Ärzte, Ergotherapeuten, Logopäden, Apotheker etc.) und in den Unternehmen (Krankenversicherungen, Hersteller von Medikalprodukten und Informationstechnologien, forschende Pharmaindustrie etc.) Im Einzelnen handelt es sich um folgende Mängel:

- 1) eine zersplitterte und wenig durchschaubare Finanzierung und Vergütung von ambulant und stationäre erbrachten Leistungen;

- 2) eine fragmentierte Leistungserbringung und -vergütung (ambulante, stationäre und Arzneimittelversorgung; Trennung von Kranken-, Pflege- und Rehabilitationsleistungen) mit fehlenden Anreize für eine sektorübergreifende und über den Krankheitsverlauf koordinierte Krankenbehandlung;
- 3) zu wenig ergebnisorientierte Vergütung und eine verbesserungswürdige Qualitätssicherung;
- 4) zu viel Über-, Unter- und Fehlversorgung nach Bevölkerungsgruppen und Krankheitsbildern nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie
- 5) zu viel selbstverschuldete Krankheiten und Unfälle, die Fragen der Prävention und der Selbstbeteiligung aufwerfen.

Diese Verdachtsdiagnose, wie Mediziner sagen würden, bestätigt eine auch zunehmend von der Öffentlichkeit erkannte Vielfacherkrankung des Gesundheitswesens, also eines Systems, in dem jährlich mehr Geld als über den Bundeshaushalt fließt, in dem über 4 Mill. Menschen Beschäftigung finden und in dem über die letzten Jahrzehnte am meisten neue Berufsfelder entstanden sind.

Für die Zwecke dieser Stellungnahme verzichte ich an dieser Stelle auf eine an Symptomen orientierte Dauertherapie, die zu dem führen würde, was auch als »Weiterwurschteln auf hohem Niveau« bezeichnet werden kann und in einer interessengesteuerten Gesundheitspolitik als Alternative des Inkrementalismus durchaus ernst genommen werden muss. Zu ihren Vertretern zählt auch die Ministerialbürokratie, die Soziale Selbstverwaltung und last but not least die Politik, die in einem solch sensiblen Gebiet wie dem der Krankenversorgung in besonderen Maße auf die erforderlichen Mehrheiten achten muss,

Will man jedoch einer solchen Rationalität, die mehr an den Interessen aller Beteiligten orientiert ist, eine sachlich gebotene Rationalität gegenüberstellen, bedarf es einer marktwirtschaftlichen Vision und die sei als eine Antwort auf die Themenfrage zur Diskussion gestellt.

Ein Radikalmodell als Leuchtturm

Die Erosion auf der Einnahmenseite, der demographische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt stellen die wichtigsten Risiken für die zukünftige Finanzierung der Krankenversicherung dar. Hinzu tritt bei einer an Bedeutung gewinnenden europäischen Wettbewerbspolitik die Unternehmenseigenschaft der Sozialversicherungsträger, die im Falle der gesetzlichen Krankenversicherungen vom Europäischen Wettbewerbsrecht nicht mehr frei gestellt werden können und mit zunehmender Liberalisierung einer Be-

gründung als Ausnahmeregelung immer weniger standhalten.

Die folgende Utopie führt zu einem allmählichen Systemwandel in der Finanzierung der Krankenversicherung und der Struktur ihrer Träger. Über einen langen Zeitraum soll überdies die Umlagefinanzierung in ein kapitalgedecktes System überführt werden. Das in Zusammenarbeit mit der Allianz-Krankenversicherung entwickelte (Radikal-)Modell einer gesetzlichen Mindestversicherungspflicht für alle mit Wahl- und Wechselmöglichkeiten für den Einzelnen umfasst u.a. folgende Elemente:

- Eine dynamische Grundversorgung auf nahezu derzeitigem Niveau (Im Bereich der konsumnahen Gesundheitsleistungen, der sog. versicherungsfremden Leistungen, des Zahnersatzes, der privaten Unfälle, des Krankengeldes und der Selbstbeteiligung sind Ausgrenzungen durchaus möglich.) mit individueller Nachfrage nach weiteren Leistungen im Rahmen der individuellen Lebensführung (Wellness, Fitness, Anti-ageing-Programme etc.).
- Mehr Wettbewerb im gesamten System, vor allem aber in der Erbringung von Gesundheitsleistungen (einschließlich selektiver Kontrahierung, eigener Gesundheitseinrichtungen der Versicherungen und weiterer Zusammenlegung der Versicherungsaufsicht).
- Kontrahierungszwang für alle Versicherungen und Vermeidung von Risikoselektion durch Schadensausgleich; d.h. keine Risikoüberprüfung bei Versicherungsbeginn und beim Wechsel der Versicherung.
- Einführung von Kopfpauschalen für Erwachsene mit sozialem Ausgleich bei gleichzeitiger Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Lohnkosten und Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge.
- Allmähliche Abkehr (etwa 50 Jahre) vom Umlageverfahren hin zu einer individuellen kapitalgedeckten Krankenversicherung (duales System) mit Anrechenbarkeit des angesparten Kapitals beim Wechsel der Versicherungen.

Das visionäre Modell einer Mindestversicherungspflicht für alle, ähnlich wie in der Kfz-Haftpflichtversicherung, kennt auf lange Sicht keine Trennung mehr zwischen der derzeitigen gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, setzt auf mehr Unternehmensverantwortung und eine größere Politikferne.

In diesem europatauglichen Modell einer Mindestversicherungspflicht soll die GKV-Bevölkerung phasenweise in eine kapitalgedeckte Versicherung überführt werden. Die Überleitung in mehr Kapitaldeckung orientiert sich dabei am Alter und am Einkommen der Versicherten. Dabei werden die jüngeren Gesellschaftsmitglieder in die Kapitaldeckung überführt, während die älteren Individuen im Umlageverfahren verbleiben und weiterhin zu alten Konditionen versichert bleiben. So werden alle Personen, die mit 21 Jahren Mitglieder der

Versicherung werden, unabhängig vom Einkommen in den Kapitaldeckungsbestand überführt, ebenso die Personen, die zu Beginn der Umstellung das Grenzalter von z.B. 60 Jahren nicht überschritten haben und deren Einkommen jeweils oberhalb der Beitragsbemessungsgrundlage liegt. Da eine sofortige Umstellung schon aus fiskalischen Gründen scheitert, erfolgt eine kontinuierliche Umstellung über acht oder 16 Jahre, um nur ein Beispiel zu nennen. In diesen Zeiträumen würde die Beitragsbemessungsgrenze linear auf 0 abgesenkt.

Die Höhe des Transferbedarfs hängt von der Länge des Übergangszeitraums und vom Alter der im Umlageverfahren verbleibenden Bevölkerung ab. Bei einem derartigen kontinuierlichen Übergang beläuft sich der Transferbedarf bei einer 15%igen Obergrenze der individuellen Belastung auf etwa 60 Mrd. € jährlich nach acht Jahren (vgl. Grabka et al. 2002).

Erhöhte Beiträge für Kinderlose, ein steigendes Steueraufkommen durch die Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge, eine Belastung der (sehr stark) begünstigten Beitragszahler, das Tabaksteueraufkommen oder ein »Notopfer Demographie« könnten zur Gegenfinanzierung herangezogen werden.

Außerdem sei auf die Unterstützungszahlungen im derzeitigen System durch die Bundesanstalt für Arbeit im Falle der Arbeitslosigkeit, die Zahlungen für die Sozialhilfeempfänger durch die Kommunen, die Beihilfezahlungen der öffentlichen Arbeitgeber, ferner für den Familienlastenausgleich, also die beitragsfrei versicherten Kinder und die beitragsfrei versicherten Ehepartner, verwiesen. Und last but not least sei erwähnt, dass ein Beitragssatz in der GKV derzeit etwa 9 Mrd. € entspricht, so dass man angesichts der prognostizierten Beitragssatzentwicklung ohne Kapitaldeckung bei einem Beitragssatz von etwa 20% in der GKV das Transfervolumen im Kapitaldeckungsmodell erreichte.

Dieses Radikalmodell, zudem ein allmählicher Übergang vom Sozialrecht in das Privatrecht und in das Europäische Wettbewerbsrecht gehört und das durch den zunehmenden Wettbewerb den Abbau des Kartells der Sozialen Selbstverwaltung beschleunigt, hilft zumindest andere Reformvorstellungen zu verdeutlichen und angesichts der fiskalischen Dimensionen das System einer Rechenhaftigkeit mit Hilfe des Sozioökonomischen Panels des DIW (Berlin) näher zu bringen.¹

Weitere Reformen in der stationären Versorgung als ein erster Schritt?

Ein Schritt in die richtige Richtung wäre auf jeden Fall gegeben, wenn man die gesundheitspolitische Aufgabenhäu-

fung in den Landesgesundheitsministerien einmal auf die Tagesordnung und sie damit in den Kontext der sozialen Marktwirtschaft brächte. Weiten Teilen der Öffentlichkeit ist nicht bekannt, dass im Krankenhaussektor nahezu alle Planungskompetenzen in den Händen der Sozialministerien, also der Politik, liegen. Hierzu zählen u.a.

- die Krankenhausbedarfsplanung mit dem sog. Sicherstellungsauftrag (Planungsbehörde);
- die Festlegung der Krankenhausträger, ihrer Struktur und fachlichen Ausrichtung;
- die Gewährung von Investitionspauschalen für Neu- und Ersatzbauten, Erweiterung und Instandhaltung (Förderbehörde);
- die Aufsicht aller Krankenhäuser, also auch der eigenen kommunalen und Landeskrankenhäuser;
- die Aufsicht aller Krankenkassen;
- der öffentliche Gesundheitsdienst und
- die Pflege- und Heimaufsicht.

Diese Politisierung und Politikverflechtung wird von allen Betroffenen und Beteiligten als dringend reformbedürftig angesehen. Letztlich geht es um das Zurückdrängen und die Entlastung der Exekutive, der Politiker und damit um die Stärkung der unternehmerischen Verantwortung für die Krankenhäuser als moderne Dienstleistungsunternehmen. Selbstverantwortung und Wettbewerb müssen hier in den Vordergrund treten, und weniger politische Einflussnahme ist wünschenswert.

Für die Sicherstellung gibt es bestehende kooperativistische Lösungen oder besser Einkaufslösungen, in denen die Krankenkassen die erforderlichen Kapazitäten planen und entsprechende Verträge abschließen. Sicherzustellen wäre die Qualität der Versorgung; und das könnte im Rahmen einer ohnehin zu verändernden Versicherungsaufsicht erfolgen. An die Stelle der bestehenden kooperativistischen Lösung sollten die Krankenversicherungen auch für die Leistungserbringung zuständig sein. Die einfachste Möglichkeit wäre eine neue Krankenversicherung, bei der die Mitglieder für eine feste Prämie eine umfassende Behandlung bei den dafür vorgesehenen Krankenhäusern und Ärzten angeboten bekommen. Mit einem Einschreibemodell und der vorgeschlagenen Versicherungspflicht ließe sich ein praktikables System entwickeln, das entsprechende Änderungen im Sozialrecht ergänzt werden müsste. Ein großer Schritt in diese Richtung ist die Aufgabe der dualen Krankenhausfinanzierung. Für die Krankenhausträger führt das Vorhandensein zweier Financiers zu dem unerwünschten Ergebnis, Investitions- und laufende Betriebskosten nicht unter allein wirtschaftlichen Aspekten abwägen zu können.

Aber selbst dieser einleuchtende Schritt ist nicht einfach, da die Krankenhäuser auf absehbare Zeit mit der wichtigen

¹ Anregend ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf den National Health Service in England (vgl. Bloor 1999; King 2002).

Einführung von Behandlungspreisen (DRG's) beschäftigt sein werden.

»Ein zweites Lahnstein« als Voraussetzung einer Reform, die ihren Namen verdient

Angesichts der Einwände gegen die realitätsfernen Vorschläge, sei darin erinnert, dass historisch gesehen »Utopien von Gestern« oft die »Realität von Heute« ausmachen. Wie beispielsweise die Diskussion über die Vorschläge der Hartz-Kommission zur Reform des Arbeitsmarktes zeigt, lassen sich überkommene Systeme vielleicht doch erneuern. Auch Lahnstein war ein Beispiel, wie in dem sensiblen Gesundheitswesen parteiübergreifend gehandelt werden kann und »größere« Lösungen möglich sind. Um zu verhindern, dass Deutschland auch im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich weiter zurückfällt, sind andere Schritte erforderlich als eine Neuregelung des Kollektivvertragssystems durch die Integration von Disease Management Programmen in den Risikostrukturausgleich.

Literatur

Bloor, K. (Hrsg., 1999), *Radicalism and Reality in the National Health Service: Fifty Years and More*, York.

Grabka, M., H.H. Andersen, K.-D. Henke und K. Borchardt (2002), »Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf Kapitaldeckungsverfahren«, *Diskussionspapiere des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung*, Nr. 275, Berlin.

King, D.R., und E. Mossialos (2002), The Determinants of Private Medical Insurance, *Prevalence in England*, LSE, Discussion Paper Series, Mai.