

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 302

Peter O. Oberender

Gesundheitspolitik: Zwischen Solidarität und Markt

J.P. BACHEM VERLAG

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ will der Information und Orientierung dienen. Sie behandelt aktuelle Fragen u. a. aus folgenden Bereichen:

Kirche, Gesellschaft und Politik

Staat, Recht und Demokratie

Wirtschaft und soziale Ordnung

Ehe und Familie

Bioethik, Gentechnik und Ökologie

Europa, Entwicklung und Frieden

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 0 21 61 / 8 15 96 - 0 · Fax 0 21 61 / 8 15 96 - 21

Internet: <http://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Ein Prospekt der lieferbaren Titel sowie ein Registerheft (Hefte Nr. 1–250) können angefordert werden.

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

2003

© J. P. Bachem Verlag GmbH, Köln

ISBN 3-7616-1574-4

Die Diskussion um eine Reform des Gesundheitssystems beherrscht seit fast 20 Jahren in unterschiedlicher Intensität die öffentliche Diskussion. Insofern reiht sich die gegenwärtige Diskussion um die nächste anstehende Gesundheitsreform fast schon in eine Tradition ein. Trotzdem scheint den politisch Handelnden bewusst zu sein, dass angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung und des medizintechnischen Fortschrittes das gegenwärtig noch prioritäre politische Ziel der Beitragssatzstabilität weitgehend unrealistisch und kaum noch glaubwürdig erscheint. Die Politik steht vor der Entscheidung, entweder den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) drastisch zu kürzen und insbesondere Preis- und Mengenerationierungen vorzunehmen oder in eine Diskussion um die Reform des gesamten Sicherungssystems im Gesundheitswesen einzusteigen.¹

Im Folgenden wird die Frage nach der gesundheitspolitischen Zukunft des Gesundheitswesens bearbeitet; dabei werden sowohl systemimmanente Vorschläge bewertet als auch die Option eines Systemwechsels beleuchtet.

Zielsetzungen der Gesundheitspolitik

Bei Betrachtung der Steuerungsprinzipien der deutschen Gesundheitsversorgung lassen sich durch einen Blick in die wesentliche Rechtsvorschrift des Sozialgesetzbuches (SGB) V drei Grundziele der Gesundheitspolitik identifizieren:

- Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V)
- ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung (§ 72 SGB V)
- angemessene Honorierung der Leistungserbringer (§ 72 SGB V)

Auch im Gesetzentwurf zur Modernisierung des Gesundheitswesens (GMG) werden diese Zielsetzungen aufgegriffen und in anderer Formulierung als Ansatzpunkt einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik verstanden.² Die Überprüfung der genannten Ziele bedarf aber zunächst einer Analyse der konstituierenden Steuerungsprinzipien im Gesundheitswesen (immanente Steuerung). Dabei ist zu überprüfen, ob die Zielsetzungen auf der Makroebene – Sicherstellung einer ausreichenden, wirtschaftlichen und notwendigen Versorgung der Patienten bei gleichzeitiger Sicherstellung des Prinzips der Beitragssatzstabilität – durch das System überhaupt erfüllbar ist.

Im Gesundheitswesen liegt ein Beziehungsgeflecht mit unterschiedlichen Interessen vor. Während der Patient Heilung anstrebt, wird vom Arzt eine möglichst gute medizinische Betreuung erwartet, für die er eine angemessene Honorierung erhalten muss. Soweit die Krankenversicherungen für die erbrachten Leistungen aufkommen, sind sie daran interessiert, ihre Einnahmen

und Ausgaben im Gleichgewicht zu halten. Für sie steht eine wirksame, kostengünstige und bezahlbare medizinische Behandlung im Vordergrund.

Ein derartiges Auseinanderfallen unterschiedlicher Zielgrößen ist Grundlage vieler Austausch- und Wettbewerbsbeziehungen und grundsätzlich nicht problematisch, solange es institutionelle Vorkehrungen gibt, die einen Ausgleich der gegenläufigen Interessen erlauben. Grundlegende Strukturprinzipien der GKV wie Solidarprinzip (einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen) sowie das Sachleistungsprinzip, das ein Auseinanderfallen von Leistungsanspruchnahme und Kostenbeteiligung für den Patienten impliziert, erlauben jedoch keine entsprechende Koordination unterschiedlicher Zielsetzungen auf der Mikroebene, sondern erzeugen noch den Anreiz zur Fehlsteuerung. Bedingt durch das Sachleistungsprinzip wird der Zusammenhang zwischen der Leistungsanspruchnahme und der Steigerung der GKV-Gesamtausgaben für den Versicherten unfühlbar. Gleichzeitig erzwingt die sektorale Trennung der Vergütung beim Arzt den Anreiz, als „teuer“ empfundene Patienten in eine andere Versorgungsstufen zu überweisen. Es liegt ein „Verantwortungsvakuum“ aller Beteiligten vor.

Die Zielsetzungen auf Systemebene laufen konträr zum Anreizverhalten der Beteiligten, es kann eine Art „Rationalitätenfalle“ diagnostiziert werden. Die Verantwortung hierfür ist jedoch nicht bei den Beteiligten zu suchen, sondern das rationale Verhalten der Akteure auf gesetzte Anreize führt dazu, dass sich alle Beteiligten im Sinne der (simultanen) Ziele Beitragssatzstabilität sowie angemessene und notwendige Versorgung kontraproduktiv verhalten, was aber der Rahmensetzung zuzuordnen ist.

Die bisherigen Maßnahmen der Gesundheitspolitik haben versucht, entweder über ausgabenbeschränkende Mittel (Budgetierung, Richtgrößen usw.) oder über einnahmenkonsolidierende Politiken (Erweiterung der Beitragsbemessungsgrenze) das Dilemma zwischen den Zielsetzungen zu beheben. Eine grundsätzliche Reform der zugrundeliegenden Strukturvariablen wurde jedoch nicht vorgenommen.

Durch die Finanzierung über das Umlageverfahren müssen steigende Ausgaben durch steigende Einnahmen (Produkt aus durchschnittlichem Beitragssatz und Grundlohnsumme der gesetzlich Versicherten) gedeckt werden. Wächst die Grundlohnsumme nicht im gleichem Maße wie die Ausgaben, so müssen unter Beachtung der weiteren Nebenbedingungen die Beitragssätze erhöht werden. Durch diesen inhärenten Zielkonflikt ist die politische Diskussion ständig von neuen Gesundheitsreformdebatten geprägt, die letztendlich immer wieder an der Ausrichtung des Gesundheitswesens am Solidarprinzip und an der Finanzierung am Umlageverfahren anknüpfen. Insofern

stellt sich die Frage nach der ordnungspolitischen Grundsatzentscheidung des Gesundheitswesens.

Eine ordnungspolitische Bewertung

Eine ordnungspolitische Bewertung einer Politikmaßnahme braucht ein zugrundeliegendes Leitbild. Dieses muss die Frage regeln, wer innerhalb einer Gesellschaft darüber entscheidet, welcher Bedarf tatsächlich vorhanden ist, welche Leistungen notwendig und wie sie zu erbringen sind und welche Innovationen tatsächlich durchgeführt werden. Die Antwort auf diese Fragen hängt davon ab, welchem Steuerungsmechanismus das Gesundheitswesen unterworfen ist. Es ist die ordnungspolitische Aufgabe, allgemeine Regeln zu schaffen, nach denen in einer arbeitsteiligen Wirtschaft die Aktivitäten der Individuen aufeinander abgestimmt werden.³ Diese Regeln legen Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten fest. Sie etablieren einen Zusammenhang, der individuelles Verhalten koordiniert.

Je nachdem, wo Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten angesiedelt sind, lassen sich im Gesundheitswesen drei grundlegende Steuerungsmechanismen unterscheiden: die Globalsteuerung (Makroebene), die Steuerung auf der Verbandsebene (Mesoebene) und die dezentrale Steuerung (Mikroebene). Die ersten beiden Varianten lassen sich idealtypisch dem Gedanken einer Zentralverwaltungswirtschaft zuordnen, die dezentrale Steuerung entspricht einer marktwirtschaftlichen Ordnung. Auch eine Steuerung auf der Verbandsebene entspricht zentralistischem Gedankengut, wenn die Verbände quasi-hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, wozu es keine Alternativen gibt, wie es in Deutschland mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Vorgabe einheitlicher und gemeinsamer Entscheidungen der Krankenkassenverbände vorgesehen ist. Eine marktwirtschaftliche Ordnung ist dabei nicht chaotisch organisiert, sondern der Staat hält sich grundsätzlich aus den Austauschbeziehungen heraus; vielmehr hat er die Aufgabe, die Austauschprozesse auf dezentraler Ebene mit Hilfe allgemeiner Regeln zu begleiten.

Da das Gesundheitswesen in Deutschland – wie alle Systeme sozialer Sicherung – auch dem Gedanken der sozialen Marktwirtschaft folgt, sind Elemente des Marktes mit dem Anspruch einer am Bedarf orientierten Sozialpolitik zu vereinbaren. Dies ließe sich durchaus mit dem Gedanken einer dezentralen Steuerung verbinden. Jedoch zeigt die bisherige Vorgehensweise der Gesundheitspolitik, dass vornehmlich über Regulierungen die Lösung der Steuerungsprobleme gesucht wird, die sowohl Zielsetzung als auch Vorgehensweise den Akteuren vorgeben (Steuerung über die Makroebene).

Die Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems anstelle des Tagespflegesystems für Krankenhäuser, die Diskussion um die sogenannte Positivliste und die Einführung von Disease-Management-Programmen mit Anknüpfung an den Risikostrukturausgleich (RSA) können als Beispiele der jüngeren Zeit für interventionistisches Handeln betrachtet werden. Alle diese Maßnahmen sind von der Vorstellung geprägt, der Staat könne die richtige Zielsetzung und den richtigen Weg(!) für alle Akteure vorgeben, um den Bedürfnissen des „Gemeinwohls“ zu genügen. Unter evolutorischen Gesichtspunkten ist zu kritisieren, dass staatliche Regulierungsmaßnahmen in aller Regel innovative Kräfte be- wenn nicht sogar verhindern.⁴

Herausforderungen im Gesundheitswesen

Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens muss sich vor allem vor dem Hintergrund der künftigen Herausforderungen messen lassen. Auch wenn die Bedeutung des *medizinisch-technischen Fortschrittes* und der *demographischen Entwicklung* in vielen gesundheitsökonomischen und -politischen Beiträgen berücksichtigt wird, so ist der Zusammenhang der von außen herangetragenen Herausforderungen auf die langfristige Finanzierungsfähigkeit des Sicherungssystems von entscheidender Bedeutung.

Insbesondere sind die Wechselwirkungen zwischen der demographischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt zu berücksichtigen.⁵ Es ist dem medizinisch-technischen Fortschritt zu verdanken, dass heutzutage einige Erkrankungen, die früher noch in bestimmten Bevölkerungsgruppen zum Tode führten, geheilt werden können. Werden Patienten, die sonst eine längere Phase des Siechtums vor sich gehabt hätten, geheilt, kann sich dies unmittelbar kostendämpfend auf die Gesundheitsausgaben auswirken. Gleichzeitig ist aber zu berücksichtigen, dass jede Lebensverlängerung dank moderner Medizin nicht immer auch mit Beschwerdefreiheit und völliger Funktionstüchtigkeit gleichzusetzen ist. Vielmehr sind mit wachsendem Alter stärkere Funktionseinschränkungen und eine daraus resultierende medizinische Nachfrage zu erwarten.

Vor dem Hintergrund der demographisch zu erwartenden Mehrausgaben wird zukünftig die Deckung der Finanzierungslücke immer relevanter (dabei ist auch das Verhältnis von zahlenden Erwerbstätigen zu Leistungsbeziehern zu berücksichtigen). Dabei wird die Frage, wer künftig die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschrittes sowie der demographischen Entwicklung übernimmt immer brisanter. In diesem Zusammenhang nimmt die Bedeutung von Kapitalrückstellung im Sinne der heute oft geforderten Stärkung der Eigenverantwortung zu. Es muss jedoch darüber diskutiert werden, ob

und in welcher Weise über Kapitalrückstellungen die Herausforderungen des Gesundheitswesens gemeistert werden können.

Als dritte wesentliche Herausforderung für das Gesundheitssystem ist das Problem der fehlenden Marktöffnung zu verstehen. Das deutsche Gesundheitssystem ist wie die meisten Gesundheitssysteme in anderen Staaten auch gekennzeichnet durch ein umfassendes, in sich geschlossenes Regulierungssystem, das vor allem die Steuerungsprozesse vom internationalen Wettbewerb abschirmen soll. Gerade jedoch vor dem Hintergrund der Osterweiterung der Europäischen Union wird die Frage nach der Anpassungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme von entscheidender Bedeutung sein. Eine steigende Nachfrage aus den Beitrittsländern ist zu erwarten, gleichzeitig wird es infolge des Gebrauchs der Grundfreiheiten kaum mehr möglich sein, die Gesundheitsmärkte und -systeme vom Integrationsprozess auszunehmen. Insofern wird eine national orientierte zentral vorgegebene Steuerung über beispielsweise Budgets oder Richtgrößen sehr schnell infolge der faktischen Entwicklung obsolet werden.

Ordnungspolitische Neuorientierung

Die bisherige Analyse hat verdeutlicht, dass gemäß ökonomischer Überlegungen an den Anreizstrukturen bzw. Koordinationsmechanismen im Gesundheitswesen anzusetzen ist. Der Umgang mit gesellschaftlichen Anreizstrukturen und ihren Wirkungen auf individuelles Verhalten ist zentraler Untersuchungsgegenstand der ökonomischen Wissenschaft. Die Austauschbeziehungen im Gesundheitswesen können grundsätzlich zentral, korporatistisch und dezentral gestaltet sein. Wie die bisherige Analyse zeigte, existiert in Deutschland kein einheitlicher systemtragender Steuerungsgrundsatz. Es finden sich sowohl Elemente zentraler Lenkung als auch korporatistische Elemente, und darüber hinaus gibt es auch Ansätze der Lenkung durch den Preismechanismus. Dieses weitgehende unkoordinierte und sich häufig widersprechende Nebeneinander von Lenkungsmechanismen ist Teil des Problems des Gesundheitswesens.

Im Zuge einer Reformbestrebung ist es daher sinnvoll, auf einen tragenden Koordinationsmechanismus bzw. zumindest auf ein widerspruchsfreies Ineinandergreifen mehrerer Koordinationsmechanismen zurückzugreifen. Die Frage ist allerdings, woran sich die Auswahl dieser Koordinationsmechanismen orientieren soll. Das ist abhängig von den Zielvorstellungen, die mit dem Gesundheitswesen verbunden sind.

Maßnahmen der Rationierung im Gesundheitswesen

Welche Ansprüche haben die Mitglieder einer modernen Gesellschaft an das Gesundheitswesen? Dies lässt sich grob in zwei Richtungen unterteilen. Auf der einen Seite soll die Gesundheit der Bürger erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Das ist die Aufgabe der medizinischen Leistungserbringer. Auf der anderen Seite muss die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall gewährleistet sein und dafür Sorge getragen werden, dass diese Mittel an die Leistungserbringer so verteilt werden, dass Sie ihre Aufgaben erfüllen können.

Jedes Gesundheitssystem steht daher in einem Spannungsverhältnis zwischen der Frage, wie können die Gesellschaftsmitglieder eine ausreichende medizinische Versorgung erhalten, ohne aber die Volkswirtschaft mit den Ansprüchen an das medizinisch Mögliche zu überfordern. Jede mit dem medizinischen Fortschritt verbundene Leistungsausweitung führt dazu, dass womöglich anderen gesellschaftlich wichtigen Bereichen, wie Bildung, Kultur, innere und äußere Sicherheit, finanzielle Mittel entzogen werden müssen. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass es in verschiedenen Produktionsbereichen, etwa im Verkehr oder im privaten Bereich, zu Unfällen mit Todes- oder Krankheitsfolgen kommen kann. Aus ökonomischer Sicht ist nicht der Gesamtnutzen relevant, sondern die Abwägung des Nutzenzuwachses zum Kostenzuwachs.⁶

Das ökonomische Entscheidungskalkül jedes Individuums zeigt diese Ambivalenz deutlich auf. Es gilt darum, den Nutzen, d. h. die Steigerung der Lebensqualität, sowie die Kosten, d. h. die Wahrscheinlichkeit oder die Art von gesundheitlichen Einbußen, die mit der in Frage stehenden Aktivität verbunden sind, einander gegenüber zu stellen. So lässt sich das individuelle Verhalten erklären, dass trotz Kenntnis der gesundheitsschädigenden Wirkungen des Rauchens oder auch bestimmter Sportarten viele Menschen rauchen oder gefährvolle Freizeitbeschäftigungen ausüben.

Das strategische Problem der Medizin und damit des gesamten Gesundheitswesens ist die Knappheit der Ressourcen. Das taktische Problem, das zu lösen gilt, ist die bestmögliche Verwendung dieser knappen Ressourcen der Gesundheitsversorgung. Dies führt neben Rationalisierungsanstrengungen zwangsläufig zu Maßnahmen der Rationierung im Gesundheitswesen. Solche Maßnahmen, die womöglich die Lebensdauer eines Menschen abkürzen, sind jedoch nur im statistischen Sinn gesellschaftlich akzeptabel. Das heißt, dass mangels geeigneter oder nicht in ausreichendem Umfang verfügbarer medizinischer Ressourcen die Wahrscheinlichkeit einer Lebensverkürzung in Kauf genommen werden muss. Die gesellschaftliche Frage ist nun, nach

welchen Kriterien Rationierungsentscheidungen durchgeführt werden sollten. Wenn berücksichtigt wird, dass die möglichen Ausgaben für medizinische Leistungen infolge der oben herausgearbeiteten Herausforderungen weiterhin stark ansteigen werden, kann die Rationierungsfrage, die immer auch mit dem Gleichheitspostulat verknüpft ist, nur noch absolut zu einem zu erreichenden Niveau betrachtet werden und nicht mehr relativ zum Status anderer Gesellschaftsmitglieder.⁷ Die Festlegung gesundheitspolitischer Zielsetzungen für den Bereich der Versorgung, der kollektiv erfolgen soll, muss jedoch der Pluralität der freiheitlichen Gesellschaftsordnung entsprechen. Im Zweifel werden verschiedene Personen den Inhalt und vor allem den Umfang und die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung unterschiedlich gewichten.

Die Verantwortung des mündigen Bürgers

Grundlage einer marktwirtschaftlichen Ordnung ist deshalb die Orientierung am Individualprinzip. In der Marktlogik bedeutet dies, dass die Präferenzen, d. h. die Konsuminteressen der Bürger Vorrang haben. Produzenten müssen sich danach richten, wenn sie auf Märkten erfolgreich sein wollen. Hinter dem Individualprinzip steht das Prinzip des mündigen Bürgers, der grundsätzlich in der Lage ist, seine Interessen zu artikulieren, sie zur Geltung zu bringen und sie auf der Basis eigenverantwortlicher Entscheidungen zu verwirklichen. Damit ist nicht gemeint, der Bürger sei allwissend. Das Risiko, Fehlentscheidungen treffen zu können, ist unmittelbar damit verbunden. Es ist nur wichtig, dass dem einzelnen auch die Verantwortung für sein Handeln zugeschrieben werden kann.⁸ Es muss das Haftungsprinzip angewandt werden. Gleichzeitig bedarf es einer Wettbewerbsordnung, die der Chance des ungehinderten Markteintritts von Anbietern alternativer Problemlösungen gerecht wird, verbunden mit dem Risiko der Verdrängung für die Marktteilnehmer.

Soziale Ordnungspolitik als Grundlage

Übertragen auf das Gesundheitswesen bedeutet ein derartiges Steuerungsprinzip die Notwendigkeit einer dezentralen Steuerung. Eine dezentrale Steuerung kann einerseits die Selbstbestimmung der Akteure gewährleisten, andererseits bietet eine dezentrale Steuerung ein zweckmäßiges System, unterschiedliches Wissen für Innovation und Organisation zu nutzen. Die Gestaltung eines Gesundheitssystems ist aber neben der Frage der Selbstverantwortung unmittelbar mit der Ausgestaltung der Solidarität verbunden. Solidarität lässt sich einerseits ethisch rechtfertigen, dass niemanden die Mittel vorenthalten werden dürfen, die er benötigt, um seine Existenz auf-

recht zu erhalten. In diesem Zusammenhang ist die medizinische Versorgung als notwendig anzusehen. Darüber hinaus beruhen arbeitsteilige Gesellschaften auch auf der gewissen kollektiven Absicherung extremer, existenzbedrohender Risiken. Die solidarische Absicherung ermöglicht ihm die Teilnahme am modernen Leben bzw. stabilisiert die moderne Gesellschaft und insbesondere das Marktgeschehen.⁹

Die Mündigkeit jedes einzelnen ist aufgrund der Komplexität der Realität unbedingt anzuerkennen. Souveränität des Bürgers ist demnach das Pendant zur Eigenverantwortung. Eine Sozialpolitik muss deshalb die Grundsätze der formalen Gerechtigkeit erfüllen und auf allgemeinen Regeln begründet sein, also als soziale Ordnungspolitik konzipiert werden. Eine subsidiär ausgerichtete Sozialpolitik hat sich hierbei auf die Sicherung schutzbedürftiger Bevölkerungskreise gegen elementare existenzbedrohende Risiken und deren Folgen konzentrieren. Der einzelne Mensch und seine adäquate Bedürfnisbefriedigung und nicht Institutionen sowie deren Schutz müssen demzufolge im Mittelpunkt stehen.

Sozialpolitik im Markt kann beispielsweise bedeuten, Stärkung ökonomisch Schwacher durch Einkommenstransfers bei gleichzeitiger Respektierung der Souveränität des einzelnen, d. h. Geld- statt Sachleistungen. Die Grundsatzfrage sozialpolitischer Fragen (wer wird geschützt?) ist demnach als allgemeines Prinzip auf der Makroebene festzulegen, die konkrete Umsetzung kann durchaus dezentralen, regionalen Einheiten überlassen werden.

Fallbeispiel: Bürgerversicherung oder Prämienkonzept

Ungeachtet der kurzfristigen, weitgehend kostendämpfenden Maßnahmen, die sich im aktuellen Ergebnis der Konsensgespräche wiederfinden, zeigt die gegenwärtige Diskussion um die langfristige Finanzierung des Gesundheitswesens, dass es notwendig ist, das Verhältnis zwischen Solidarität und Eigenverantwortung im Systemzusammenhang neu zu ordnen. Zwei grundsätzliche Richtungen lassen sich dabei aufzeigen. Einerseits wird der Weg des Ausbaus einer „Bürgerversicherung“ vorgeschlagen, die mit der Zeit alle Einkunftsarten berücksichtigen und den Kreis der Beitragszahler auf alle Bürger erweitern will und die am Solidarprinzip, einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen, festhält.

Andererseits gibt es den Vorschlag, ein prämienorientiertes System einzuführen und den solidarischen Ausgleich über die Steuer vorzunehmen. Auch dieser Vorschlag ist nicht revolutionär, greift er doch auf verschiedene Kopfprämienmodelle zurück oder lehnt sich am Schweizer Modell an. Gleichwohl

wird zwischen diesen beiden Polen das eigentliche Dilemma des deutschen Gesundheitswesens deutlich.

Systeminhärente Lösungsansätze – der Vorschlag der Bürgerversicherung lässt sich in diese Systematik einordnen – haben bislang die Politik der Beitragssatzstabilität für unantastbar gehalten, was aber nur zu rechtfertigen ist, wenn unbedingt ein umlagefinanziertes System beibehalten werden soll. Die gegenwärtige Diskussion um die Ausgestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitswesens kann sich der Frage nach der Grundlage der Solidarität aber nicht mehr entziehen, soll nicht langfristig die Entwicklungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems marginalisiert werden.

Unter Berücksichtigung der bereits herausgearbeiteten Herausforderungen des Gesundheitssystems muss mit steigenden Ausgaben und damit einer Verschärfung der Beitragssatzentwicklung gerechnet werden, da insbesondere das grundsätzliche Steuerungsproblem, d. h. das Auseinanderfallen zwischen im Quellenabzugsverfahren erhobenen Einnahmen und Inanspruchnahme der Leistungen nicht behoben wird. Eine Erweiterung des Kreises der Beitragszahler wie bei der Bürgerversicherung würde langfristig in einer allgemeinen Versicherungspflicht ohne Leistungs- und Beitragsdifferenzierung enden, was aber dem Charakter einer Sozialversicherung, ein bestimmter Personenkreis ist einem bestimmten Leistungsanspruch zugeordnet, widersprechen würde. Auch der Hinweis auf die vermeintliche „soziale Gerechtigkeit“ der Bürgerversicherung wäre verfehlt, da mit diesem Konzept letztendlich nur eine Ergebnisgleichheit impliziert wäre und nicht eine Chancengleichheit im Sinne des Schutzes vor existentiellen Risiken angestrebt würde, wie es einer freiheitlichen Ordnung entsprechen würde. Die Gefahr einer Einheitskasse ist demnach nicht zu leugnen, was mit einer freiheitlichen Gesellschaft nichts mehr zu tun hat, vielmehr sozialistischem Gedankengut Rechnung trägt.

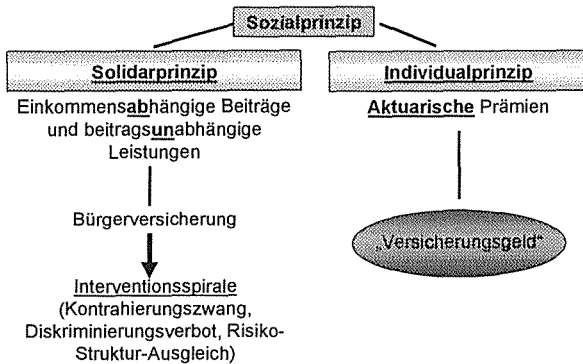
Wirtschaftlichkeitsanreize sind jedoch langfristig nur dann tragfähig, wenn Steuerungs- und Finanzierungseffekte verbunden sind. Es zeigt sich dabei aber, dass solange das Prinzip „einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen“ gilt, die Reformansätze versanden, weil die grundlegende Strukturfrage des Gesundheitswesens „wer soll mit welchen Methoden bei Krankheit geschützt werden“ nicht diskutiert wird.

Rückkehr zum Versicherungsgedanken

Bei einer Nicht- oder Unterversorgung aufgrund fehlender finanzieller Leistungsfähigkeit kann die Unterstützung der Betroffenen sowohl durch die Bereitstellung entsprechender Sachleistungen – wie bislang vorhanden – als auch durch Erhöhung ihrer Kaufkraft erfolgen. Eine soziale Absicherung

über das Solidarprinzip mit einkommensabhängigen Beiträgen und einkommensunabhängigen Leistungen ist aber nicht zwingend notwendig, vielmehr existiert dazu eine Alternative (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Ausgestaltung Sozialer Sicherung



Unter der Annahme, dass sich auch der Gesundheitsbegriff immer mehr ausdifferenziert und bereits heute von der Vorsorge bis zum sogenannten „Wellness“-Bereich reicht, genügt demzufolge lediglich die Gewährung nötiger Kaufkraft an die einzelnen, bedürftigen Bürger. Die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsleistungen obliegt dann der individuellen Verantwortung des einzelnen. In diesem Sinne wären Kopfprämien oder sogar der weitergehende Vorschlag von aktuarischen, risikoäquivalenten Beiträgen denkbar. Damit ökonomisch Schwache und chronisch Kranke in einem solchen System ausreichend gesichert sind, ist – beispielsweise entsprechend dem Wohngeldmodell – eine Subjektförderung in Form eines „Versicherungsgeldes“ möglich. Eine ordnungspolitische Reform muss daher einen Soll-Zustand bestimmen, der explizit das Anliegen der Sicherungspolitik beschreibt.

Ziel der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung muss es sein, Entscheidungskompetenzen auf die Ebene der einzelnen Bürger zurückzuverlagern, gleichzeitig aber eine anreizkompatible Umverteilung zu gewährleisten. Dabei handelt es sich nicht um einen gordischen Knoten, wenn berücksichtigt wird, dass eine Verschwendung der Ressourcen solange systeminhärent ist, solange Anreize bestehen, über fremde Ressourcen ohne finanzielle Verantwortung zu verfügen. Bei einer Zusammenführung von individueller Handlung und finanzieller Verantwortung ließen sich derartige Anreizprobleme lösen.

Ein System aktuarischer Prämien würde die Umverteilungskomponente aus dem Leistungsverhältnis Kostenträger – Versicherter ausgliedern und konsequenterweise auf den Staat übertragen. Folglich wären Fehlanreize aufgrund der Bündelung von Versicherungs- und Umverteilungselementen wie beim Solidarprinzip (einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen) aus der Leistungsbeziehung herausgenommen. In Konsequenz wären somit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot nicht mehr notwendig, auch auf den Risikostrukturausgleich wäre zu verzichten.

Die soziale Absicherung ökonomisch Schwacher könnte über ein steuerfinanziertes Versicherungsgeld gelöst werden.¹⁰ Soweit die individuelle aktuarische Prämie einen zu definierenden Eigenanteil übersteigt, hat jeder Versicherte Anspruch auf die Zahlung eines Versicherungsgeldes. Ihm wird die Differenz zwischen zumutbarem Eigenanteil und aktuarischer Prämie bis zur Höhe einer Kappungsgrenze ersetzt.

Als Illustration mag folgendes Beispiel dienen. Für ein mongoloides Kind müsste beispielsweise eine aktuarische Jahresprämie von € 72.000 pro Jahr gezahlt werden. Unter Berücksichtigung des Eigenanteils von 10 % bei einem Einkommen der Eltern von € 40.000 pro Jahr hätte die Familie € 4.000 selbst zu tragen. Der Versicherungsbeitrag, der diesen Eigenanteil übersteigt, würde in Form des Versicherungsgeldes als Subjektförderung (€ 68.000) pro Jahr gewährt.

Das Versicherungsgeld dient dazu, die Überforderung der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit durch die geforderten aktuarischen Prämien zu vermeiden. Zur Operationalisierung dessen müssen einerseits der anspruchsberechtigte Personenkreis, andererseits der Umfang der abgesicherten Regelversorgung definiert werden. Dazu muss, auch im Hinblick auf fehlende rationale Kriterien zur Abgrenzung einer Grundsicherung, eine politische Entscheidung getroffen werden.

Ein derartiger Systemwechsel hat unmittelbare Konsequenzen für die Organisation der Leistungserstellung im Gesundheitswesen. Im Bereich der ambulanten Versorgung kann es künftig eine Bedarfszulassung nicht mehr geben, die Ärzte müssen sich jedoch den Veränderungen im Vertragsbereich stellen. Es können regional oder je nach Krankenkasse unterschiedliche Versorgungspräferenzen bestehen. Das Vertragsverhältnis von Arzt und Kasse kann sich dadurch vielfältig gestalten. Neben unterschiedlichen Honorierungsformen müssen vielfältige Versorgungsstrukturen wie beispielsweise Managed Care- oder Disease Management-Modelle möglich sein.

Weiterhin muss auch für die Leistungserbringer die Vertrags- und Koalitionsfreiheit gelten. Es können sich durchaus bestimmte regionale oder über-

regionale Ärztegruppierungen bilden, eine Zwangsmitgliedschaft in einer Kassenärztlichen Vereinigung ist jedoch nicht mehr zu rechtfertigen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Absicherung der medizinischen Grundversorgung in der Fläche. Will man aus politischen Gründen eine zu definierende Mindestversorgung gewährleisten, ist dazu nicht zwingend das Vorhalten einer eigenen Regulierungsorganisation wie etwa den Kassenärztlichen Vereinigungen notwendig, vielmehr könnte auf regionaler Ebene eine zeitlich befristete Ausschreibung zur Sicherstellung der Versorgung durchgeführt werden. Es würden sich dann verschiedene Ärzte oder Arztorganisationen um den Zuschlag bewerben können.

Auch im Bereich der stationären Versorgung muss das staatliche Engagement weitgehend zurückgenommen werden, um insbesondere diskriminierende Wettbewerbsverzerrungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abzubauen.

Ausblick

Die Skizzierung eines marktwirtschaftlichen Krankenversicherungsmodells bildet zunächst einen ordnungspolitischen Leitstern, der zur Orientierung bei den gesundheitspolitischen Reformmaßnahmen dienen kann. Die Implementierung des skizzierten zukunftsfähigen Systems käme einer radikalen ordnungspolitischen Kehrtwende gleich: Bestehende Strukturen werden aufgebrochen, gewachsene informelle und formelle Institutionen verlieren an Bedeutung. Es bedarf weiterer wissenschaftlicher und politischer Überlegungen, Strukturen aufzuzeigen, wie dieses Leitbild verwirklicht werden kann. Grundsätzlich bieten sich zwei Implementierungsstrategien an: eine Schocktherapie oder eine graduelle Anpassung. Eine Art „Schocktherapie“ hätte den Vorteil, dass sie nicht zerredet werden kann und die mit den Reformen verbundenen Lasten in relativ kurzer Zeit durchgeführt werden. Dieser Weg lässt sich jedoch nur unter der Voraussetzung einschlagen, dass es gelingt, den mündigen Bürger von der Notwendigkeit der Maßnahmen zu überzeugen.

Es bleibt jedoch notwendig, an einer ordnungspolitisch grundlegenden Reform des Gesundheitswesens zu arbeiten, da die bisherigen Ansätze in einer ständigen Spirale von Intervention und Gegenreaktion der Betroffenen endeten, was gerade nicht einer Konstanz und damit Verlässlichkeit der Wirtschaftspolitik im Sinne *Euckens* entspricht. Das Konzept der Sozialen Marktwirtschaft in einer wohlverstandenen ordnungspolitischen Sicht benötigt zu seiner Durchsetzung einen von Partikularinteressen und wirtschaftlichen Machtzusammenballungen unabhängigen, „starken“ Ordnungsstaat.

Dabei müssen aber insbesondere die Interdependenzen zwischen Marktwirtschaft und Demokratie betont werden, d. h. Einflüsse des Wählerstimmenmarktes müssen Berücksichtigung finden.

Eine Ordnungspolitik für die Sozial- und Gesundheitspolitik muss demnach dem Prinzip der allgemeinen Regeln folgen und möglichst diskriminierungsfreie Politikmaßnahmen generieren. Darüber hinaus sind jedoch auch die Auswahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Politikentwürfen auf der Maßnahmenebene zu ermöglichen, was als Plädoyer für dezentrale Lösungen verstanden werden soll. Gerade dezentrale Strukturen erlauben auch ein kontrolliertes „gesundheitspolitisches Experimentieren“, das innerhalb einer allgemeingültigen Wettbewerbsordnung abläuft.¹¹

Jede grundsätzliche Reform des Gesundheitssystems erfordert Umstellungslasten, die gegebenenfalls sozial abzufedern sind. Gleichwohl wird jedes Aufschieben einer grundlegenden Reform die Probleme im Gesundheitswesen nur verschärfen. Jetzt gilt es auch politischen Mut zu grundlegenden Korrekturen zu haben!

Anmerkungen

- 1 Vgl. schon dazu die Analysen und Vorschläge der *Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“* 1987 sowie *Gitter/Oberender*, 1987.
- 2 Vgl. Oberender, P.: Gesundheitsreformen in Deutschland: alle paar Jahre wieder? Anmerkungen zum GMG, in: *Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 83. Jg. Heft 6 (2003), S. 362–368.
- 3 Oberender, P./Zerth, J.: *Gesundheitspolitik in Deutschland*, 2. Auflage, Bayreuth 2002, S. 11.
- 4 Hamm, W.: Programmierte Unfreiheit und Verschwendung: Zur überfälligen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *ORDO, Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft*, Bd. 35 (1984), S. 21–42, S. 22 ff.
- 5 Vgl. Ulrich, Volker: Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 5 (2000), S. 163–172, S. 163 f.
- 6 Vgl. Oberender, P.: Gesundheitsversorgung zwischen ökonomischer und medizinischer Orientierung, in: Nagel, E./Fuchs, Ch. (Hrsg.): *Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen*, Stuttgart u. a. 1998, S. 10–26, S. 10 ff.
- 7 Vgl. Leist, A.: Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, in: Gutmann, T./Schmidt, V. (Hrsg.): *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist 2002, S. 155–178, S. 175.
- 8 Vgl. Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J.: *Wachstumsmarkt Gesundheit*, Stuttgart 2002, S. 148.

- 9 Vgl. Homann, K./Pies, I.: Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik, in: Pies, I./Leschke, M. (Hrsg.): James Buchanan konstitutionelle Ökonomik, Tübingen 1996, S. 203–239.
- 10 Oberender, P./Zerth, J.: Gesundheitspolitik: quo vadis? Der Weg zu einer marktwirtschaftlichen Reform, in: Schüller, A. (Hrsg.): Orientierungen für ordnungspolitische Reformen: Walter Hamm zum 80. Geburtstag, Stuttgart 2003, S. 7–23, S. 16 ff.
- 11 Okruch, S.: Gesundheitspolitik. Wirtschaftspolitik der Experimente als Ursache und Lösung der Krise des Gesundheitswesens, in: Koch, Lambert (Hrsg.): Wirtschaftspolitik im Wandel, München u. a. 2001, S. 113–136, S. 134.

Zur Person des Verfassers

Prof. Dr. rer. pol. Dr. h. c. Peter O. Oberender, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre (Wirtschaftstheorie) an der Universität Bayreuth; Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie sowie des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Prof. Oberender ist Mitglied des Wissenschaftsrates sowie der Bayerischen Bioethik-Kommission.