

## Zur Reform des Gesundheitswesens – Was jetzt getan werden müsste –<sup>1</sup>

Die meisten entwickelten Volkswirtschaften verzeichneten in der jüngeren Vergangenheit steigende Ausgaben im Gesundheitswesen. Unter Ökonomen ist unstrittig, dass das Kernproblem nicht allein im Ausgabenanstieg sondern vielmehr in den Ineffizienzen des Systems liegt. Das Ziel von Reformüberlegungen sollte daher nicht in erster Linie die Ausgabensenkung sein. Administrativ lässt sich das von den Bürgern gewünschte Maß medizinischer Versorgung absolut oder relativ zur Einkommensposition nicht bestimmen. Vielmehr kommt es darauf an, Fehlanreize zu vermeiden, die zu teuren, uneffektiven, schlimmstenfalls sogar schädlichen Behandlungen führen, sowie die Krankenversicherung in Deutschland zukunftssicher zu gestalten, um die uns nachfolgenden Generationen nicht weiter zu belasten. Diese gesundheitspolitischen Ziele sind nachhaltig nur durch eine Reform des Systems, nicht durch Reformen innerhalb des bestehenden Systems erreichbar.

### **Eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle Bürger ist möglich**

Es steht außer Frage, dass alle Bürger unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen haben müssen. Kern einer solidarischen Gesellschaftsordnung ist, dass jeder, der aus eigenen Kräften keinen hinreichend hohen Versicherungsschutz bezahlen kann, gesellschaftliche Unterstützung erhält. Die absolute Höhe eines hinreichend hohen Einkommens muss dabei gesellschaftlich bestimmt werden. Wichtig ist, dass die Gesundheitsvorsorge Bestandteil des sogenannten sozio-kulturellen Existenzminimums sein sollte. Folglich müssen Prämien, die für eine die notwendige Gesundheitsvorsorge abdeckende Versicherung zu leisten sind, Bestandteil des steuerfreien Existenzminimums sein und bei Bedürftigkeit im Rahmen der Sozialhilfe mit gedeckt werden. Umverteilungsaufgaben sollten aber auf jeden Fall von der Krankenversicherung getrennt werden, da sie im Steuer-Transfer-System zielgenauer erfüllt werden können. Dadurch wird auch die gleiche Behandlung aller Versicherten – unabhängig von der Angehörigkeit zu einem bestimmten Versicherungssystem (private vs. gesetzliche Krankenversicherung) – erreicht.

Um sicherzustellen, dass jeder Bürger über einen hinreichenden Versicherungsschutz verfügt und niemand durch das soziale Netz fällt, muss eine Versicherungspflicht für alle Bürger unabhängig von ihrem beruflichen Status eingeführt werden. Damit eindeutig ist, wann die Versicherungspflicht erfüllt ist, sind Mindestvorgaben über den abzusichernden Leistungsumfang vorzugeben. Gegen zusätzliche Prämien können darüber hinaus Wahlleistungen versichert werden.

---

<sup>1</sup> Dieser Artikel ist erschienen in der Zeitschrift CIVIS mit Sonde 2/2003, S. 20 – 23. Er entstand im Rahmen des Projektes „Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen“ des Otto-Wolf-Instituts für Wirtschaftsordnung.

## **Die notwendige Leistungsabgrenzung muss gesamtgesellschaftlich gelöst werden**

Die Abgrenzung zwischen Mindestleistungen, Wahlleistungen und nicht versicherbaren Leistungen ist nur in wenigen Fällen leicht zu bewerkstelligen. Am leichtesten ist die Abgrenzung der letzten Gruppe. Grundsätzlich können alle Leistungen oder Diagnosen versichert werden, deren Eintritt oder Zeitpunkt des Eintritts ungewiß ist. Nahezu alle medizinischen Leistungen oder Diagnosen zählen zu diesem Bereich. Ein Beispiel hingegen, für das sich wahrscheinlich keine Versicherung finden ließe, sind Operationen rein kosmetischer Natur, deren Inanspruchnahme ausschließlich aus konsumtiven Motiven erfolgt. Die Grenze zwischen Nicht-Versicherbarkeit und Versicherbarkeit ist daher relativ leicht zu ziehen.

Weitaus schwieriger ist die Frage zu beantworten, welche Diagnosen in einen Mindestleistungskatalog aufzunehmen sind und welche man der freiwilligen individuellen Vorsorge überlassen kann. Ganz abstrakt können die Leistungen als sicherer Bestandteil des Mindestleistungskataloges gelten, die einem Bürger ohne Ansehen seiner Zahlungsfähigkeit von jedem Mediziner aufgrund seines Berufsethos sowie der gesetzlichen Verpflichtung zur Hilfeleistung zugestanden werden müssen. Weniger abstrakt sind dies vor allem die Leistungen, die eine unmittelbare oder mittelbare Gefahr der Todesfolge abwenden können. Hierzu gehören Notfälle ebenso wie die Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen.

In der großen Grauzone zwischen diesen beiden Bereichen liegt das Problem der Bestimmung von Mindestleistungen im Rahmen der Versicherungspflicht, das nur durch eine gesellschaftliche Diskussion über das erforderliche Maß an Versicherung gelöst werden kann. Diese Diskussion muss u.a. aufgrund des sich kontinuierlich fortentwickelnden technischen Fortschritts dauerhaft geführt werden und sollte von einer von Einzelinteressen unabhängigen Gruppe von Sachverständigen begleitet werden. Trotz der allgemeinen Rhetorik, dass eine solche Abgrenzung sozial ungerecht sei, ist sie bereits im bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) notwendig, da auch in der GKV bestimmt werden muss, wann die Versicherungspflicht erfüllt ist.

## **Wettbewerb sichert eine hohe Qualität und effiziente Leistungserstellung**

Aber noch bevor man sich der schwierigen Aufgabe widmet, den bestehenden Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu überarbeiten, können auf der Finanzierungsseite der Krankenversicherung und bei der Leistungseffizienz wichtige Reformen angegangen werden. Konkret bedeutet das, im Interesse von Versicherten und Patienten Rahmenbedingungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb im Gesundheitswesen vorzugeben. Dieser Wettbewerb soll in erster Linie zwei Funktionen sichern:

Die Versicherer werden gezwungen, sparsam mit den von ihnen eingenommenen Geldern zu wirtschaften und durch ständige Überprüfung ihrer Organisationen Verwaltungskosten niedrig zu halten. Gleichzeitig werden im Wettbewerb stehende Versicherungen ihren Versicherten auf deren Bedürfnisse zugeschnittene Zusatzangebote über den Mindestleistungskatalog hinaus anbieten.

Bei geänderten Rahmenbedingungen auf der Seite der Leistungserbringer können im Wettbewerb stehende Krankenversicherungen für ihre Kunden neben der reinen

Versicherungsleistung eine weitere wichtige Funktion übernehmen: Versicherte sind selten in der Lage - und in vielen Situationen besteht aufgrund von Notlagen auch keine Gelegenheit - vor der Inanspruchnahme der Leistung die Qualität der Anbieter und deren Preis-Leistungs-Verhältnis zu prüfen. Die Versicherer können – wenn sie die Möglichkeit haben, mit einzelnen Leistungsanbietern oder mit ausgewählten Gruppen von Anbietern individuelle Verträge auszuhandeln – diese Aufgabe im Interesse der Versicherten übernehmen. Im Wettbewerb sind dann insbesondere die Versicherungsgesellschaften erfolgreich, die für ihre Versicherten ein effizientes und den Bedürfnissen der Versicherten entsprechendes Bündel aus Versicherungsprämie und Qualität der Leistungserbringung anbieten.

### **Wettbewerb erfordert risikoäquivalente Prämien**

Ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern kann nur dann entstehen, wenn die Versicherten die von ihnen gezahlte Prämie auch als Preis für die Leistung wahrnehmen. Die Versicherungsprämie muss daher vom Einkommen losgelöst und bei Eintritt in die Versicherung für die erwartete Vertragsdauer (also in der Regel die Restlebensdauer) so festgelegt werden, dass sich die im Zeitablauf erwarteten Einnahmen und Ausgaben der Versicherten im Schnitt decken. Hierzu wird im Gegensatz zum heutigen Umlageverfahren ein Kapitalstock aufgebaut. Der Verlauf der Versicherungsprämie, der bei regelmäßiger Neufestlegung der Beiträge im Alter stark ansteigen müsste, kann dadurch geglättet werden, dass die Beitragsüberschüsse aus jungen Jahren zur Deckung der Beitragsdefizite im Alter genutzt werden. Da der Versicherungseintritt zumeist mit der Geburt stattfindet, profitieren außerdem auch diejenigen weiterhin vom Risikoausgleich in der Versichertengemeinschaft, die bereits in jungen Jahren oder durch Vererbung schwere Krankheiten erleiden.

Der Wunsch nach Glättung des Verlaufs der Versicherungsprämie über den Lebenszyklus betrifft sowohl den Prämienanstieg mit zunehmendem Alter als auch mit steigendem individuellem Risiko durch im Zeitablauf bekannt gewordene Krankheiten. Die Versicherung beider Komponenten des Risikos kann – analog zur Rentenversicherung – auf zwei Wegen erfolgen:

Das heutige Vorgehen in der GKV entspricht dem Umlageverfahren. Sieht man von den verschiedenen Umverteilungskomponenten in der GKV ab, zahlen alle Versicherten einer Versicherung die gleiche Prämie. Da für die Versicherungen in diesem System erhebliche Anreize zur Auswahl überdurchschnittlich gesunder Versicherter bestehen, ist ein Risikostrukturausgleich notwendig, der hohe Ausgaben durch einen relativ alten und kranken Versichertenbestand aus einem Pool ausgleicht. Da eine administrative Festlegung der Ausgleichskriterien schwierig ist, kann der Wettbewerb um die günstigsten Risiken aber nicht ganz vermieden werden. Außerdem bestehen sowohl Spielräume als auch Anreize zu einer „ungenauen“ Einordnung der Versicherten in Risikoklassen. Die unternehmerische Tätigkeit der Krankenversicherer wird sich nicht auf die Leistungsqualität sondern auf die Optimierung der Versichertengemeinschaft und die Ausnutzung von Interpretationsspielräumen konzentrieren. Der Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung der Versicherten wird – insbesondere wenn die Ausgleichshöhe nach tatsächlich angefallenen Ausgaben festgelegt würde – weitgehend verdrängt. Der Risikostrukturausgleich sollte daher zu Gunsten eines effizienteren Systems abgeschafft werden.

Im Kapitaldeckungsverfahren werden die in jungen Jahren relativ zum Risiko zu hohen Beiträge genutzt, um einen Kapitalstock aufzubauen. Die Versicherung berechnet Altersrückstellungen für den Versichertenjahrgang, um die Prämien trotz des Kostenanstiegs im Alter glätten zu können. In der privaten Krankenversicherung haben die Versicherten im Bestand zur Zeit faktisch keine Wechseloption, da sie bei einem Wechsel ihre gesamte Altersrückstellung verlieren würden; der Wettbewerb um diese Gruppe kommt zum Erliegen. Die Rückstellungen müssen daher dem geänderten Risiko angepaßt (individualisiert) werden – das heißt: in Abhängigkeit von den bekannten Vorerkrankungen berechnet – und übertragbar sein. Bei der Übertragung individualisierter Altersrückstellungen wird bei einem Versicherungswechsel die bereits angesammelte Altersrückstellung auf die aufnehmende Versicherung übertragen, so dass sich die Prämien zwischen den Versicherungsgesellschaften ausschließlich aufgrund unterschiedlicher Effizienz und Qualität unterscheiden können und kein Anreiz zur Auswahl besonders günstiger Risiken besteht. Diese Übertragung der individualisierten Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel gewährleistet den bisher nicht existenten Wettbewerb um das Bestandsgeschäft.

Die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung kann in diesem System über kurz oder lang aufgehoben werden. Alle Versicherungen stehen dann in Wettbewerb untereinander, d.h. jeder Versicherte kann die Versicherung nach Belieben wechseln.

### **Kostenbewusstsein durch Transparenz und geeignete Anreizmechanismen**

Bisher deckt der – unvermeidbare – lohnbezogene Beitrag zur Krankenversicherung sämtliche Kosten. Wenn die Versicherungen alle Behandlungskosten in vollem Umfang übernehmen, besteht aber die Gefahr, dass Versicherte mehr Leistungen in Anspruch nehmen, als notwendig, oder dass sie weniger Interesse an der Auswahl möglichst effizient arbeitender Versicherungen und Leistungsanbieter haben. Um den Versicherten zu einer sparsamen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu bewegen, sind Selbstbehalte notwendig. Durch die Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten entstehen Anreize, ärztliche Leistungen nur bei akutem Bedarf in Anspruch zu nehmen, möglichst effiziente Leistungsanbieter und Leistungen auszuwählen sowie Maßnahmen zur Prävention zu ergreifen.

Um diese Anzeizeffekte erzielen zu können, ist es notwendig, die Selbstbehalte auf alle medizinischen Leistungen zu erheben. Das bedeutet nicht, dass beispielsweise Chroniker aufgrund hoher Leistungsanspruchnahme bestraft werden sollen, sondern vielmehr, dass auch diese Versichertengruppe einen Anreiz zur sorgsam Auswahl der behandelnden Leistungserbringer erhält. Einkommensabhängige Obergrenzen der Selbstbehalte oder eine Berücksichtigung im Transfersystem helfen, soziale Härten zu vermeiden.

Die paritätische Finanzierung der Versicherungsbeiträge sollte im Zuge der Reform des Systems aufgegeben werden. Die gegenwärtigen Arbeitgeberbeiträge können als zusätzliche Lohnkomponente – steuerfrei – direkt an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden. Dies erhöht die Planungssicherheit der Unternehmen, da die Arbeitskosten von den kurzfristig schwankenden Sozialversicherungsbeiträgen losgelöst werden. Zudem wird die Transparenz für die Versicherten erhöht, da die Versicherungsprämie und damit einer der

ausschlaggebenden Wettbewerbsparameter der Krankenversicherer unmittelbar vom Versicherten gezahlt wird.

### **Auch die Leistungserbringung muss reformiert werden**

Der Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen kann abgeschafft oder zumindest auf die Krankenversicherungen übertragen werden. Das gesetzliche Quasi-Monopol der kassenärztlichen Vereinigungen muss durch die Möglichkeit ersetzt werden, individuelle Verträge zwischen der Krankenversicherung und den Leistungserbringern abzuschließen. Die duale Finanzierung von Krankenhäusern durch Länder und Krankenkassen muss aufgehoben werden und erfolgt über mit Krankenversicherungen vereinbarte Vergütung.

Durch diese Änderungen würden die Leistungsanbieter gezwungen, im Wettbewerb um Verträge mit den Versicherungsgesellschaften eine hohe Qualität zu einem angemessenen Preis anzubieten und Behandlungsmethoden und Organisationsstrukturen einem kontinuierlichen Verbesserungsprozeß zu unterwerfen. Nur die qualitativ überzeugenden und effizient arbeitenden Leistungsanbieter werden von den Versicherern bevorzugt als Vertragspartner akzeptiert.

Für die Leistungserbringer besteht dann auch die Möglichkeit, enger als heute zusammenzuarbeiten und als Gesundheitszentrum, Klinikverbund etc. in Verhandlung mit den Krankenversicherungen zu treten. Im Wettbewerb werden sich unterschiedliche Formen der Honorierung (z.B. Einzelleistungsvergütung, Fallpauschalen, Kopfpauschalen) herauskristallisieren, die sich für die verschiedenen Leistungsangebote unterschiedlich gut eignen. Wettbewerbsrechtliche Regeln sind hierbei zu berücksichtigen.

Wettbewerbsbeschränkungen müssen auch im Arzneimittelhandel aufgehoben werden. Hierzu gehören Preisregulierungen, das Mehrbesitzverbot bei Apotheken und das Verbot des Versandhandels von Medikamenten.

### **Fazit**

Die notwendige Reform des Gesundheitswesens muss sämtliche Bereiche dieses Systems umfassen, um eine grundlegende und effiziente Neuordnung zu gewährleisten. In dem Beziehungsgeflecht zwischen Krankenversicherungen, Leistungserbringern und Patienten ist der hier dargelegte Wettbewerb mit seinen Rahmenbedingungen, flankiert von einem sozialen „Auffangnetz“, dringend von Nöten. Nur auf diese Weise können die dem System innewohnenden Reserven und Wachstumspotentiale mobilisiert und so die Gesundheitsversorgung für jeden Bürger langfristig sichergestellt werden.