

Drei Systeme des Gesundheitswesens im Vergleich



um**S**teuern
Freiheit braucht Mut!



Charles B. Blankart
Erik R. Fasten

Eine Initiative der
Friedrich-Naumann-Stiftung
für die Freiheit

DREI SYSTEME DES GESUNDHEITS- WESENS IM VERGLEICH

Charles B. Blankart und Erik R. Fasten*

Impressum:

Friedrich Naumann-Stiftung für die Freiheit
Dr. Kerstin Funk
Karl-Marx-Straße 2
14482 Potsdam

Tel.: 03 31.70 19-2 36
Fax: 03 31.70 19-2 16
info@umsteuern.org
www.umsteuern.org

Produktion
COMDOK GmbH
Büro Berlin

1. Auflage

* Die Autoren danken insbesondere Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski von der Humboldt-Universität zu Berlin für konstruktive Hilfe zur Frage der rechtlichen Umsetzung unserer Konzepte. Die Verantwortung für den Inhalt verbleibt jedoch allein bei den Autoren.

Liberales Institut
Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit

Inhalt

I.	Gesundheit ein fast ganz normales Gut	5
II.	Gesundheitsversorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung	8
	a. Arbeitseinkommensabhängige Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	8
	b. Arbeitseinkommensabhängige Prämien, Risikoselektion und die Ölflecktheorie	11
	c. Krankenkassen und Leistungserbringer: Ein neokorporatistisches Verhandlungssystem	12
III.	Gesundheitsversorgung durch einen Gesundheitsfonds	15
	a. Das Design des Gesundheitsfonds	15
	b. Der Gesundheitsfonds – ein politisches Wahlmenu	17
	c. Das Wahlmenu wird politisch gewichtet	18
	d. Der Gesundheitsfonds wie er ursprünglich gedacht war	19
IV.	Gesundheitsversorgung durch Versicherung zu risikoorientierten Prämien	21
	a. Regeln für die Versicherer	21
	b. Regeln für Patienten und Gesundheitsindustrie	23
	c. Soziale Rahmenbedingungen im Wettbewerb	24
	d. Transferierbare Altersrücklagen	25
	e. Zwischenbilanz: Die drei Gesundheitssysteme im Vergleich	28
V.	Politische Ökonomie einer Gesundheitsreform	28

VI. Schlussfolgerungen: Wider das Sisyphos-Syndrom	33
Literatur	35
Über die Autoren	37

I. Gesundheit ein fast ganz normales Gut

Gesundheit ist ein fast ganz normales privates Gut. Öffentlich wird das Gut Gesundheit erst, wenn ansteckende Krankheiten, Epidemien oder gar Pandemien auftreten, die allen Bürgern gemeinsam drohen. In diesen Fällen hat die Wiederherstellung der öffentlichen Gesundheit, wie schon der Name sagt, den Charakter eines öffentlichen Gutes, das am besten durch eine kollektive Aktion des Staates oder der Staatengemeinschaft bereitgestellt wird. Epidemien und Pandemien erreichen manchmal spektakuläre Zahlen von Erkrankten. Doch im Ganzen gesehen stellen sie eher die Ausnahme als die Regel dar. Eine normale Krankheit wie eine Blinddarmentzündung, ein gebrochenes Bein oder eine Herz-attacke generiert Unwohlsein und Schmerzen nur beim betroffenen Kranken, nicht jedoch unmittelbar bei seinen Mitmenschen¹. Deshalb sind Gesundheitsgüter zunächst als private Güter zu betrachten, die dezentral über Märkte nachgefragt und angeboten werden können. Märkte haben die Eigenschaft, Angebot und Nachfrage zum Ausgleich zu bringen und dadurch größere Missstände zu überwinden. Das ist eine wichtige wenn auch nicht hinreichende Anforderung, die ein Gesundheitswesen erreichen sollte.

Ausgehend von dem Referenzmodell „Gesundheit als privates Gut“ gibt es jedoch vier Gründe, warum diese auf den ersten Blick richtige These eines zweiten Blicks bedarf.

- (1) Krankheiten treten im Leben eines Menschen oft unvorhergesehen auf und erfordern dann Mittel, die weit über sein Budget hinausgehen. Auf sich selbst gestellt kann der einzelne solche Lebenslagen oft nicht bewältigen. Wie lässt sich dieses Problem lösen?
- (2) Auf dem dezentralen Markt ist der einzelne Patient zwar Nachfrager. Aber Entscheidungen über die im Krankheitsfall anzuwendende Therapie trifft der Arzt. Es entsteht somit die paradoxe Situation, dass der Anbieter die Nachfrage bestimmt. Die Nachfrage ist „angebotsinduziert“. Wenn sich beispielsweise der Patient im Koma befindet, wer sonst, wenn nicht der Arzt sollte da entscheiden? Wird er die vom Patienten gewünschten Maßnahmen

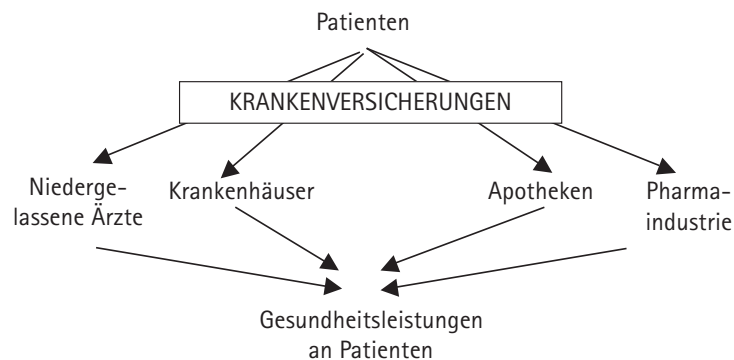
¹ Das ist insofern nicht ganz richtig, als von kranken Menschen psychische externe Effekte ausgehen können, dergestalt dass viele ihrer Mitmenschen mit dem Schmerz der Kranken leiden, was sie wiederum zu Handlungen veranlasst, die sie sonst nicht unternähmen. Organ-spenden sind ein nahe liegendes Beispiel. Doch gerade der große Mangel an Organen zeigt wie begrenzt diese Spendebereitschaft (selbst postmortal) ist und wie gering die externen Effekte tatsächlich ausfallen (Blankart, 2005).

veranlassen? Hier gelte, so wird gesagt, das „Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient“. Doch wie gelangt der Patient zu dem Arzt, zu dem er Vertrauen hat? Gibt es Institutionen, die die richtige Steuerung garantieren?

- (3) Bei nicht wenigen Menschen sind Armut und Krankheit miteinander verknüpft. Patienten mit geringen Einkommen sollen aber nach unserem Werteverständnis nicht allein deswegen von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden, weil sie diese nicht bezahlen können. Ihnen muss geholfen werden, aber wie?
- (4) Aber gerade die Hilfe an die bedürftigen Kranken kann wiederum kontraproduktiv sein. Sie kann Menschen, die der Hilfe eigentlich nicht bedürfen, dazu anreizen, sich freiwillig in die Armengekössigkeit abgleiten lassen, weil sie sich so unter die anderen Bedürftigen mischen und dann als Freifahrer umsonst in den Genuss von Gesundheitsleistungen gelangen. Wie kann in solchen Fällen Selbstverantwortung aufrechterhalten werden?

Die Probleme (1) und (2) lassen sich grundsätzlich über den Versicherungsmarkt lösen. Zu (1) gibt es wettbewerbliche Krankenversicherer, die die Finanzierung bei unerwartetem Spitzenbedarf auffangen. Krankenversicherer haben in solchen Fällen eine *Risikodeckungsfunktion*. Darüber hinaus haben sie eine *Mittlerfunktion* zwischen den Patienten einerseits und der Gesundheitsindustrie der Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Pharmaproduzenten andererseits. Als spezialisierte Wettbewerber schnüren sie für die Patienten Preis-Leistungspakete nach deren Wunsch und Risikobereitschaft und entschärfen so das Problem (2), dass Anbieter für die Nachfrager entscheiden. Diese hervorgehobenen Funktionen der Krankenversicherer sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Krankenversicherungen als Risikoträger und Leistungsvermittler



Schwieriger verhält es sich mit den Problemen (3) und (4). Hier besteht eine potentielle Rolle für den Staat. Denn wo es an Zahlungsfähigkeit fehlt, kann der Markt nichts leisten – der Staat muss eingreifen, um die Lücke zu schließen – und wo es an Zahlungswilligkeit fehlt, da sollte sich der Staat in seiner Tätigkeit nicht ausbeuten lassen. Er muss also einerseits den armen und chronisch Kranken helfen und zum anderen dafür sorgen, dass es keine Freifahrer auf seiner Hilfe gibt und im Übrigen alle Funktionen wie (1 und 2), die sich dezentral lösen lassen, dem Markt überlassen. Aber wie soll das geschehen? Hierzu sind drei Modelle zu diskutieren:

- Gesundheitsversorgung im System der gesetzlichen Krankenkassen
- Gesundheitsversorgung durch einen Gesundheitsfonds
- Gesundheitsversorgung durch Versicherung zu risikoorientierten Prämien.

Die drei Modelle werden im Folgenden unter II. bis IV. erörtert. Unter V. werden die politischen Realisierungschancen abgeschätzt und in VI. die Schlussfolgerungen gezogen.

II. Gesundheitsversorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung

a. Arbeitseinkommensabhängige Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Für die gesetzliche Krankenversicherung gilt nach § 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V):

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Von einer normalen, privatwirtschaftlichen Krankenversicherung unterscheidet sich die gesetzliche Krankenversicherung zunächst nur durch die in ihr geforderte Solidarität, d.h. darin, dass die Beiträge so bemessen sein müssen, dass die Armen nicht ausgeschlossen werden.

Um diesem Ziel zu genügen, haben Ökonomen Systeme *risikoorientierter Beiträge* vorgeschlagen.² Risikoorientierte Beiträge werden in Abschnitt IV dieses Aufsatzes noch ausführlich behandelt. Ihr Ziel besteht darin, zum einen die Versicherten zu motivieren, mit ihren Gesundheitsrisiken sorgsam umzugehen. Hierzu werden sie bei Risikoeinsparungen mit Beitragsabschlägen belohnt und für eingebrachte Risiken mit Zusatzbeiträgen belastet.

Nur diejenigen, die sich risikoorientierte Beiträge wegen ihres geringen Einkommens nicht leisten können (also die bedürftigen Kranken) bezahlen dem Solidaritätsprinzip folgend nach ihrem Einkommen gestaffelte Beiträge, und auch das nur solange, bis sie (wieder) in die Gruppe der risikoorientierten Beitragszahler aufgestiegen sind. Für die Differenz zu den verursachten Kosten erhalten sie eine aus Steuermitteln finanzierte Beitragssubvention. Damit wird die ganze Bevölkerung von der Krankenversicherung, wie § 1 SGB V fordert, solidarisch erfasst (vgl. IV). Gleichzeitig werden die Wettbewerbskräfte nur soweit eingeschränkt, als dies aus sozialpolitischen Erwägungen notwendig ist.

Die Sozialpolitiker der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich die Idee risikoorientierter Beiträge aber nicht zu eigen gemacht, sondern ein System

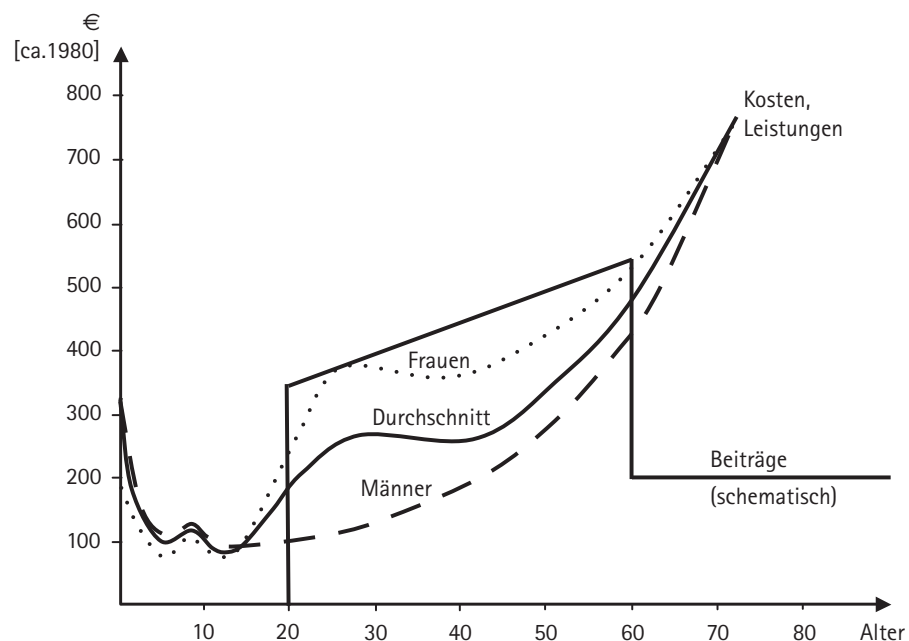
² Zu den verschiedenen Ansätzen vgl. Zweifel und Breuer (2003, 2004), Oberender et al. (2006) und Blankart, Fasten, Schwintowski (2009).

arbeitseinkommensabhängiger Beiträge errichtet. Dieses mag zwar der Solidaritätsauflage von § 1 SGB V genügen, schießt aber über das Ziel hinaus, indem es den Markt soweit zurückdrängt, dass keinerlei Zusammenhang zwischen den Beiträgen des einzelnen und den von ihm eingebrachten Risiken mehr besteht und er daher auch keine Anreize erhält, solche Risiken und die damit verbundenen Kosten zu vermeiden.

Das wird deutlich, wenn die Beiträge, die ein durchschnittlicher Versicherter während seines Lebens an seine gesetzliche Krankenversicherung entrichtet, mit den Leistungen infolge Morbidität verglichen werden, die er aus der Krankenversicherung bezieht. Wie Abbildung 2 verdeutlicht, gibt es hier große Diskrepanzen. Kinder bezahlen keine Beiträge, weil sie bei ihren Eltern mitversichert sind. Wenn sie dann älter und berufstätig werden, nehmen ihre Beiträge kontinuierlich zu. Mit dem Renteneintritt sinkt dann ihr Einkommen auf das Rentenniveau und damit ihr an die Rente geknüpfter Beitrag zur Krankenversicherung. Einen ganz anderen, in der Regel ansteigenden Verlauf nehmen die Krankheitsanfälligkeit und die damit verbundenen Kostenbelastungen der Krankenversicherungen. In Abbildung 2 sind beide Verläufe graphisch übereinander gelegt, damit hervorgeht, wie bedeutend die Quersubventionierung, d.h. die Abweichung von risikoorientierten Prämien ausfällt.³ Grundsätzlich sind die Kosten jedoch – das ist der entscheidende Punkt – nicht allein naturgegeben, sondern in den meisten Altersklassen nicht unwesentlich eine Funktion des Umfangs der Quersubventionierung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Krankheitskosten könnten eingespart werden, wenn es gelänge, die Beiträge verstärkt an die eingebrachten Risiken und die daraus folgenden Kosten zu knüpfen. Inwieweit der einzelne dann in jedem Altersjahr dem Prinzip risikoorientierter Beiträge folgt (und beispielsweise höhere Prämien im Alter hinnimmt), ist eine Frage des Vertrags mit seiner Krankenversicherung. Diese kann einen Vertrag mit Altersrückstellungen vorsehen, und so Risikoorientierung mit Vorsorge verbinden, was jeweils unterschiedliche Preise beinhalten wird. Der Versicherte hat die Wahl.

³ Dieses System der reinen Kollektivlast der gesetzlichen Krankenversicherung ist mittlerweile durch mannigfaltige Zuzahlungen, die der Versicherte leisten muss, etwas an die individuellen Risiken angepasst worden.

Abbildung 2: Krankenbehandlungskosten nach Alter und Geschlecht (nach schweizerischen Daten) im Vergleich zum schematischen Beitragsverlauf in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: Nach von der Schulenburg (1987, S. 283 und 286).

Der unvoreingenommene Betrachter wird sich fragen, wie es kommen konnte, dass Beiträge zu einer Versicherung, deren Aufgabe in der Risikobewältigung liegt, so wenig mit dem Risiko zu tun haben. Hierzu ist die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen. Als Bismarck das Gesetzeswerk im Jahr 1883 einführt, bestanden die Kosten der Krankheit vor allem im Lohnausfall des Versicherten. Diese galt es durch die Krankenversicherung zu decken, wenn der Arbeitgeber seine Zahlungen infolge Krankheit einstellte. Die Heilungskosten waren damals noch vergleichsweise gering. Heute ist dies anders. Der Lohnausfall wird für die ersten sechs Wochen vollumfänglich vom Arbeitgeber übernommen. Er „versichert“ den Arbeitnehmer durch Lohnfortzahlung, nicht die Krankenkassen. Erst danach übernehmen die Krankenkassen 70 Prozent davon, was in der Gesamtbelastung etwa 5:1 für Arbeitgeber im Vergleich zu Kranken-

kassen ausmacht.⁴ Demgegenüber werden die Krankenkassen mit seither stark gestiegenen Heilungskosten belastet, die mit dem Lohnausfall in keiner Verbindung stehen. Das Beitragssystem hat sich aber in der Struktur nicht verändert. Es belastet nach wie vor die Arbeitskosten, gibt dadurch Anreize, am Faktor Arbeit zu sparen, und trägt so zur Arbeitslosigkeit bei, während es richtigerweise an der Krankheit ansetzen sollte, damit die Versicherten einen Anreiz erhalten, ihr Krankheitsrisiko und die bei Krankheit entstehenden Kosten zu vermindern und so volkswirtschaftliche Kosten einzusparen. In dem Maße als das System der gesetzlichen Krankenversicherung diese Aufgabe verfehlt, trägt es zu vermeidbaren volkswirtschaftlichen Kosten des Gesundheitswesens bei.

b. Arbeitseinkommensabhängige Prämien, Risikoselektion und die Ölflecktheorie

Freilich können die verantwortlichen Politiker die Augen schließen und so vorgehen, als seien die Krankheitskosten exogen, d.h. vom Verhalten der Individuen unabhängig, als handle es sich bei der Krankenversicherung nur um ein Finanzierungsproblem, für das eine möglichst verhaltensunabhängige Abgabe, in Annäherung ein Beitrag vom Arbeitseinkommen das Beste sei. Trifft dies aber nicht zu, hängen die Krankheitskosten eben doch vom individuellen Verhalten ab, so werden die Versicherten dies zu ihren Gunsten ausnützen und das Gesundheitssystem mit vermeidbaren Kosten belasten. Um Missstände zu vermeiden, müssen die Politiker gegensteuern, was wieder neue Ausweichreaktionen der Versicherten hervorruft und weitere Staatseingriffe erfordert usw.

Der österreichische Ökonom Ludwig von Mises (1929) beschreibt dieses Phänomen der Kaskaden von Eingriffen als „Ölflecktheorie“. Auf einem Markt rufen anfängliche Staatsinterventionen immer weitere Interventionen hervor. Sie breiten sich aus wie ein Ölfleck auf dem Wasser. Das an einer Stelle vergossene Öl verdirbt letztlich die ganze Wasseroberfläche und macht es ungenießbar. Eben das lässt sich in der in der gesetzlichen Krankenversicherung beobachten.

Krankenversicherungen, denen wie oben angenommen arbeitseinkommensabhängige Tarife vorgegeben werden (erste Intervention), werden Risikoselektion betreiben. Sie werden einkommensschwache Versicherte, die Verluste einbringen, versuchen auszuschließen, um so im Wettbewerb gewinnträchtigen hohen Einkommensbeziehern günstigere Tarife anbieten zu können. Um diesen unerwünschten Effekt zu korrigieren, sieht sich der Staat gezwungen, den Versicherungen einen Kontrahierungszwang für jedermann aufzubürden (zweite

⁴ Nach Sturm (2003).

Intervention). Die Krankenversicherungen müssen also jeden Antragsteller zu den gegebenen Beiträgen aufnehmen. Doch sie werden sich dadurch schadlos halten, dass sie die Aufwendungen für kostspielige Krankheiten wie z.B. Diabetes von der Kostenerstattung ausschließen oder hierfür Spezialversicherungen anbieten. Daraufhin wird der Staat den Versicherungen einen festen Leistungskatalog vorschreiben (dritte Intervention). Zwar kann sich jetzt jedermann an jedem Ort Deutschlands versichern. Um das auszunützen, werden aber Versicherungen gut situierte, niedrige Risiken in ihren Versichertenbestand locken. Diese tragen nämlich zur Quersubventionierung der Einkommensschwachen bei. Um auch dies zu unterbinden, wird der Staat mit einem arbeitseinkommensorientierten Risikostrukturausgleich, d.h. einem Finanzausgleich zwischen den Kassen, reagieren (vierte Intervention) und, um im Weiteren krankheitsbedingte Selektion zu vermeiden, diesen Ausgleich auch noch morbiditätsorientiert gestalten (fünfte Intervention). Insoweit als dieser Risikostrukturausgleich nicht ganz treffsicher ist, werden Versicherungen nach Versicherten Ausschau halten, die aus dem Risikostrukturausgleich mehr erhalten, als sie Kosten verursachen, so dass die erwartete Rendite positiv ist. Dies wird eine weitere Runde von Staatseingriffen nach sich ziehen (sechste und weitere Interventionen). Jede dieser Interventionen schnallt das Korsett der Krankenversicherungen enger und leistet der Bürokratisierung Vorschub. Ein Ende ist nicht abzusehen. Es bestätigt sich die Ölfleck-Theorie als dominierendes Phänomen der gesetzlichen Krankenversicherung.

c. Krankenkassen und Leistungserbringer: Ein neokorporatistisches Verhandlungssystem

Krankenversicherungen haben nicht nur eine Risikodeckungs-, sondern auch eine Mittlerfunktion (vgl. I.). Sie müssen mit Anbietern der Gesundheitsindustrie verhandeln, welche Leistungspakete sie ihren Versicherten zu welchem Preis zukommen lassen wollen. Diese Verhandlungen sollten im Wettbewerb zwischen einer Vielzahl von Krankenkassen und einer Vielzahl von Leistungserbringern erfolgen, damit stets neue Leistungsformen erdacht und ausprobiert werden und die Risiken von Krankheiten auf diese Weise minimiert werden. Der Markt wird darin zu einem Lernverfahren. Tatsächlich hat sich aber im deutschen Gesundheitswesen nicht ein Wettbewerb, sondern ein bilaterales Monopol herausgebildet, in dem in jeder Region die vereinigten Krankenkassen und die vereinigten Leistungsanbieter miteinander verhandeln.

Der Grund für diese Marktform liegt in der hervorgehobenen Stellung der regionalen kassenärztlichen Vereinigungen. Sie haben als Ärzteorganisation einen nach § 75 SGB V mit der Bundesregierung vereinbarten „Sicherstellungsauf-

trag“ der ärztlichen Versorgung (z.B. das Notärztesystem). Im Gegenzug haben sie das Recht, mit den Krankenkassen für alle ihr angehörigen Ärzte bindende Honorarvereinbarungen nach § 83 SGB V zu schließen. Korporatistisch oder neokorporatistisch werden diese Vereinbarungen genannt, weil die Ergebnisse für alle Angehörigen der beiden Seiten bindend sind und damit gesetzesähnlichen Charakter haben, obwohl sie nicht von demokratisch legitimierten Instanzen beschlossen werden.

Durch die Verhandlungen im bilateralen Monopol wird das für den Wettbewerb typische dezentrale Suchen nach neuen Vertragsformen und Leistungspaketen unterbunden. Der Markt als Lernprozess wird weitgehend ausgeschaltet. Arrangements, die zu geringeren Risiken oder besseren medizinischen Behandlungen führen könnten, bleiben unentdeckt. Nur in sehr eingeschränktem Ausmaß können daher die Krankenkassen ihre Funktion als Vermittler zwischen Versicherten und Ärzten wahrnehmen.

Gegenstand der Verhandlungen in einem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ist die Gesamtvergütung aller ärztlichen Leistungen. Diese ergibt sich aus der Steigerung der Grundlohnsumme der Versicherten einerseits und der Steigerung der Beitragsätze andererseits. Die Ansprüche der Ärzte werden demgegenüber aus einem Punktesystem ihrer Leistungen berechnet. Reicht die Grundlohnsumme bei gegebenen Beitragsätzen nicht aus, um die Summe der ärztlichen Leistungen nach bewerteten Punkten zu vergüten, so wird das dem einzelnen Arzt zustehende Honorarvolumen gekürzt. Der einzelne Arzt kann sich zwar durch Mehrarbeit gegenüber seinen Kollegen besser stellen, aber das Gesamthonorarvolumen steigt nicht. Wenn alle Ärzte sich durch Mehrarbeit besser stellen wollen, erhalten sie alle gleich viel wie zuvor. Es tritt ein „Hamsterradeffekt“ auf. Es versteht sich, dass sich die Kassenärztlichen Vereinigungen für ihre Ärzteschaft gegen solche Regelungen wehren und versucht haben, das Gesamthonorarvolumen auf Praxisbudgets aufzuteilen.

Das bilaterale Monopol zwischen Kassen und Ärzten ist konfliktgeladen. Denn bei dieser Marktform ist der Gewinn des einen gleich dem Verlust des andern. Daher liegt es nahe, dass sich die beiden Kontrahenten zu Lasten Dritter einigen. Leidtragende Dritte werden häufig die am Verhandlungsprozess nicht direkt beteiligten Beitragzahler sein. Ihnen drohen höhere Beiträge, wenn die Krankenversicherungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Kuhhandel abschließen. Möglicherweise wird sich aber der Politiker für die gebeutelten Patienten interessieren. Er kann auf Wählerstimmen hoffen, wenn es ihm durch seine Intervention gelingt, die Kassenbeiträge konstant zu halten. Die Lösung liegt nahe: Bei unverrückbaren Positionen von Kassen und kassenärztlichen Ver-

einigungen bleibt zur Verhinderung von Preisanhebungen praktisch nur noch die Einschränkung (Rationierung) der Leistungen, und so ist es vielfach auch gekommen. Erst in neuerer Zeit gibt es Ansätze in Richtung von mehr Wettbewerb. Seit den Gesundheitsreformen 2000 und 2004 ist es den Krankenkassen auf Teilgebieten erlaubt, Verträge mit einzelnen Ärzten und Ärzteguppen zu schließen. Die Gesundheitsreform 2003 verpflichtet die Krankenhäuser weitgehend nach Fallpauschalen abzurechnen, d.h. die Preise aufgrund Basisfallwerten der jeweiligen Behandlungen festzulegen (mit Übergangsfristen bis 2009). Das ist ein kleiner, wichtiger Schritt in Richtung mehr Wettbewerb. Ob und inwieweit diese Lockerungen aber das neokorporatistische bilaterale Monopol zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern tatsächlich aufzubrechen in der Lage sind, lässt sich derzeit noch nicht abschätzen.

Tabelle 1: Gesundheitsreformgesetze seit 1977.

Einführung/ Umsetzung am ⁵ :	Gesetz
1.7.1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
1.12.1981/1.7.1982	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
1.1.1983	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
1.1.1984	Haushaltsbegleitgesetz 1983
1.1.1985	Haushaltsbegleitgesetz 1984
1.1.1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)
21.12.1992	Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)
1.1.2000	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)
1.1.2002	Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG)
1.1.2003	Beitragsatzsicherungsgesetz (BSSichG)
1.1.2003	Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
1.1.2004	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
1.4.2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Quelle: Blankart et al. (2009)

5 Das Inkrafttreten der Gesetzte kann geringfügig in Folge von Übergangsregeln, etc. abweichen.

III. Gesundheitsversorgung durch einen Gesundheitsfonds

a. Das Design des Gesundheitsfonds

Schon im Jahr 2007, also noch ehe das GKV-Modernisierungsgesetz sich voll auswirken konnte, beschloss der Gesetzgeber das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ von 2007/2009. Es bringt als große Neuerung den Gesundheitsfonds. Dessen Funktionsweise ist in der untenstehenden Abbildung 3 schematisch dargestellt. Danach entsteht das Gut Gesundheit für die Krankenversicherten in fünf Schritten:

1. Arbeitseinkommenabhängige Einheits-Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in der Höhe von 128 Mrd. Euro (2007) und Subventionen von 27 Mrd. Euro (2007) fließen in den Gesundheitsfonds. Sie sind oben rechts in Abbildung 3 dargestellt.⁶
2. Die Gesamtsumme von 155 Mrd. Euro wird im Gesundheitsfonds (oben links in der Abbildung) in risikoadjustierte Grundpauschalen aufgeteilt und den Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten zugewiesen.
3. Die Krankenkassen kaufen mit diesem Geld bei der Gesundheitsindustrie die Pflichtleitungen für ihre Patienten (links unten in der Abbildung).⁷
4. Etwaige Defizite lasten sie den Versicherten über Zusatzbeiträge an, bzw. statten sie ihnen Überschüsse als Rückerstattungen wieder zurück. Die Versicherten haben im Falle von Zusatzbeiträgen ein Kündigungsrecht.

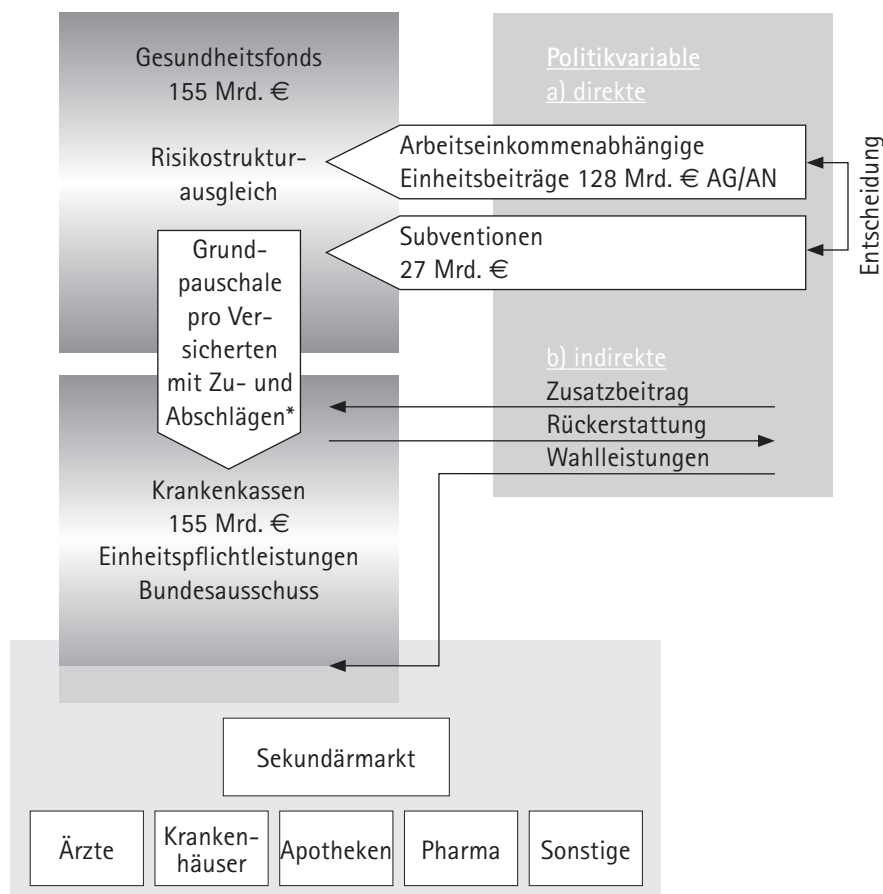
6 Hier wird von der Rechtslage des Jahres 2011 ausgegangen, wenn die Einheits-Pflichtbeiträge nicht mehr über die Krankenkassen, sondern von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern direkt an den Gesundheitsfonds überwiesen werden. Die obigen statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2007 unter der Annahme, dass der Gesundheitsfonds schon verwirklicht ist. Eingerechnet in den Subventionen sind hier auch Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung von Empfängern sozialer Leistungen. Zwar kann sich der Staat ihrer nicht ohne weiteres entledigen, aber in der Gesamtrechnung des Gesundheitsfonds und dessen Überweisungen an die Krankenkassen stellen sie einen wichtigen Finanzierungsbeitrag dar.

7 In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt der Gesetzgeber den Rahmen für die Ausgestaltung der Pflichtleistungen vor. Die Einzelheiten werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen festgelegt. Wichtigstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Eine nähere Darstellung findet sich unten in Fußnote 12.

5. Schließlich können die Versicherten bei ihren Krankenkassen zusätzlich Wahlleistungen auf privatvertraglicher Basis nachfragen.

Während also die Elemente 1 bis 3, die den größten Teil des Gesundheitswesens umfassen, zentralistisch organisiert sind, soll in den Elementen 4 und 5 der Wettbewerb zum Ausdruck kommen.

Abbildung 3: Der Gesundheitsfonds
Statistische Angaben für 2007 unter der Annahme des Gesundheitsfonds



*nach Alter, Geschlecht, Morbidität (§ 266 SGB V).

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach BMAS, Sozialbudget 2007

b. Der Gesundheitsfonds – ein politisches Wahlmenu

Für das Verständnis des Gesundheitsfonds ist es wichtig, nicht nur seine Elemente kennen zu lernen, sondern auch die Austauschbeziehungen, die er eröffnet. Die Politiker können sich ein Wahlmenu zusammenstellen. Sie können mehr vom einen und dafür weniger vom anderen erhalten. Die folgenden fünf Optionen scheinen uns bedeutsam:

1. Je höher die Politiker den Einheitsbeitragsatz ceteris paribus festsetzen, desto weniger Subventionen bedarf das Gesundheitssystem. Sein Kostendeckungsgrad steigt.
2. Umgekehrt gilt: Je niedriger der Einheitsbeitragsatz angesetzt wird, desto höher ist ceteris paribus der Subventionsbedarf, d.h. desto höher ist der Anteil des Gesundheitswesens der steuerfinanziert werden muss. Das Gesundheitswesen nähert sich einer Bürgerversicherung an, die gänzlich steuerfinanziert ist. Als Steuerquelle wird insbesondere eine Steuer auf Arbeits- und Kapitaleinkommen, also eine Einkommensteuer genannt, die bei der Mobilität des Faktors Kapital jedoch nicht ohne weiteres durchsetzbar wäre. Denkbar ist auch eine Finanzierung aus der Mehrwertsteuer. Dies würde im Endeffekt wiederum auf eine Belastung des Faktors Arbeit hinauslaufen. Nur wird dieser nicht individuell, sondern kollektiv über den Mehrwertsteuerpool belastet.
3. Je höher die Pflichtleistungen, die den Versicherten zukommen sollen, desto höher müssen ceteris paribus Einheitsbeitragsatz oder Subventionen festgesetzt werden.
4. Je niedriger der Einheitsbeitragsatz, desto weniger Pflichtleistungen können ceteris paribus angeboten werden und desto mehr sind die Versicherten auf die frei angebotene Wahlleistungen angewiesen, die ihre Versicherungen im Wettbewerb anbieten. Das Gesundheitswesen wird individualistischer.
5. Je niedriger – bei gegebenen Pflichtleistungen – der Einheitsbeitragsatz und die Subventionen, desto mehr kommen die Krankenkassen ceteris paribus unter Kostendruck, den sie versuchen werden, an die Gesundheitsindustrie weiterzugeben. Dies kann dort zu vermehrtem Wettbewerbsdruck mit effizienzfördernder Rationalisierung führen – z.B. durch Abrechnung aufgrund von Fallpauschalen und Basisfallwerten – oder es kann zu Angebotsausfällen kommen, wenn Abrechnungssätze zu gering sind und die Minimalkosten der Leistungserbringung unterschreiten.

c. Das Wahlmenu wird politisch gewichtet

Bis dahin wurden lediglich die Austauschbeziehungen (Trade-Offs) aufgezeigt. Ihre politische Bedeutung wird jedoch erst offenbar, wenn die Gewichte betrachtet werden, die ihnen Politiker nach ihren Ideologien (bei Beachtung, dass sie wiedergewählt werden) zuordnen.

Konservative Politiker werden nach Option 1 versuchen, die Pflichtbeiträge hoch zu setzen, damit das Gesundheitswesen ceteris paribus selbsttragend wird und weniger von Steuern und Subventionen abhängt.

Sozialistische Politiker, die ein kollektivistisches Gesundheitssystem anstreben, werden nach Option 2 die Beitragssätze niedrig ansetzen, wodurch ceteris paribus der Subventionsbedarf und damit die Steuerfinanzierung steigen (Bürgerversicherung).

Liberale Politiker werden nach Option 4 Pflichtbeiträge und Subventionen heruntersetzen, um so zu erzwingen, dass ceteris paribus viele zusatzfinanzierte Wahlleistungen nachgefragt und angeboten werden.

Der Gesundheitsfonds ist so gesehen ein offenes Modell, das sich so umbauen lässt, wie es den gerade herrschenden politischen Ansichten entspricht. Das ist möglicherweise auch der Grund, warum die allseits kritisierte Fondslösung doch noch eine breite politische Mehrheit hinter sich brachte.

Das frühere System der gesetzlichen Krankenversicherung hatte diese politische Beliebigkeit nicht. Die Zentralisierung aller Mittel im Gesundheitsfonds und damit die Koordinierung der Krankenkassen durch die ihnen zugewiesenen Grundpauschalen unterscheidet sich scharf vom zuvor behandelten System der gesetzlichen Krankenkassen (II.), unter dem die Kassen autonom waren und in einem moderierten Beitragswettbewerb standen. Anders gesagt, das Beitrags- und Subventionsvolumen des Fonds von 155 Mrd. Euro wurde früher im Wettbewerb von 200 Krankenkassen mit Beteiligung des Bundes erwirtschaftet, während es heute dem zentralen Einfluss des Bundes untersteht.⁸ Diese einmalige Machtkonzentration ist erstaunlich. Sie wird weiter unten noch zu interpretieren sein.

8 Die jährliche Beitragsanpassung wird auf Empfehlung eines Schätzerkreises aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, dem Bundesversicherungsamt und den Vertretern des Krankenkassen-Spitzenverbandes „Bund der Krankenkassen“ vereinbart.

d. Der Gesundheitsfonds wie er ursprünglich gedacht war

Die gesetzliche Krankenversicherung ist wie oben unter II. dargestellt verpflichtet, dem Solidaritätsprinzip zu folgen. Auch jenen Menschen, die es sich nicht leisten können, soll ein Anspruch auf eine angemessene Versorgung im Krankheitsfall zustehen. Wolfram Richter (2005) von der Universität Dortmund stellt die Frage: Wie können arbeitseinkommensabhängig in die Krankenversicherung einbezahlte Beiträge so auf die Versicherten verteilt werden, dass jeder den gleichen Zugang zu den ärztlichen Dienstleistungen erhält?⁹

Hierzu greift er eine Idee des amerikanischen Ökonomen und späteren Nobelpreisträgers Milton Friedman ([1955] 1962) auf. Friedman fragt bezüglich des amerikanischen Schulsystems: Wenn alle Einwohner eines US-Schuldistrikts vermögensabhängige Steuern bezahlen, wie kann dann sichergestellt werden, dass alle Kinder die gleiche Schulbildung erhalten? Friedman schlägt vor, dass aus dem Steuerertrag Gutscheine mit einem Einheitswert erstellt und an jeden Schüler, bzw. deren Eltern verteilt werden. Aus diesen könnten sich die Eltern für ihre Kinder eine Standardschulbildung an einer öffentlichen oder privaten Schule nach ihrer Wahl kaufen.

In dieser Analogie steht Richters Gesundheitsfonds: Jeder Versicherungspflichtige bezahlt (zusammen mit seinem Arbeitgeber) Beiträge entsprechend seinem Arbeitseinkommen in den Fonds. Er bzw. seine Krankenkasse erhält daraus eine Gutschrift mit einem bestimmten Festbetrag, in dessen Höhe die Kasse eine Einheits-Pflichtleistung erzeugt. Bei Friedman wie bei Richter handelt es sich soweit um Einheitsleistungen pro Kopf.

Solange jeder Versicherte unabhängig von seinem Gesundheitszustand das gleiche Produkt erhält, lässt sich die Analogie zu Friedman aufrechterhalten. Von einer Versicherungsleistung kann dann kaum gesprochen werden. Sobald aber die erwarteten Kosten der Behandlung von Versicherten divergieren, erhalten diese Spielräume zur Risikoselektion. Ferner werden die uneinheitlichen Zuweisungen des Fonds an die Kassen wie vorgeschrieben nach Alter, Geschlecht und Morbidität differenziert, wodurch ebenfalls Risikoselektion Vorschub geboten wird, da der Risikostrukturausgleich nicht perfekt sein kann.

Diese Spielräume werden noch verstärkt durch die in den Gesundheitsfonds eingebauten Wettbewerbselemente. § 242 SGB V legt insbesondere fest: Pauschal, also alle Versicherten betreffend, sind Zusatzbeiträge bis zu 8 Euro pro Monat

9 Einen ähnlichen Ansatz hat kürzlich Kottlikow (2007) vorgestellt.

zulässig, wenn die Kasse Defizite erleidet. Darüber hinausgehende Zusatzbeiträge sollen auf die besser verdienenden Beitragszahler umgelegt werden. Dabei darf eine Grenze von 1 Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens nicht überschritten werden. Es erfolgt also eine kasseninterne Quersubventionierung zu Lasten der Versicherten mit höherem Einkommen. Diese jedoch werden sich nach einer prämiengünstigeren Kasse umsehen und somit die finanzielle Lage ihrer ursprünglichen Versicherung noch mehr belasten. Als Folge wird ein Wettbewerb um Versicherte mit hohem Einkommen und nicht der intendierte Leistungs- und Qualitätswettbewerb stattfinden. Es findet also genau die Risikoselektion statt, die durch den Gesundheitsfonds hätte verhindert werden sollen.

Weitere Verzerrungen ergeben sich in diesem System durch die Wahlleistungen. Die dort ermöglichte freie Tarifgestaltung dürfte dazu genutzt werden, jene Risiken aus dem Pflichtbereich anzulocken, die dort am meisten zur Finanzierung der Kasse beitragen. Kassen mit einem hohen Anteil an Geringverdienern können im Wettbewerb mit hohen Prämien für Hochverdiener nicht bestehen und werden aus dem Markt ausscheiden, obwohl ihre Effizienz sich nicht von der anderer Kassen unterscheiden muss. Diese Überlegungen sind gut gemeint, aber unter einkommensabhängigen Beiträgen nicht umsetzbar.

Konsequenz: Wenn schon Risikoselektion nicht verhindert werden kann, warum sollte denn ein Gesundheitssystem nicht eher *mit* dem Risiko als *gegen* das Risiko konzipiert werden? Das eröffnet die Diskussion zu risikoorientierten Prämien.

IV. Gesundheitsversorgung durch Versicherung zu risikoorientierten Prämien

In einem System arbeitseinkommensabhängiger Beiträge sind Versicherte mit hohem Risiko für die Krankenversicherungen unattraktiv. Auch ein Risikostrukturausgleich kann daran nichts Grundsätzliches ändern. Bei risikoorientierten Prämien ist dies anders. Es sind dann nicht nur gute, sondern auch schlechte Risiken für die Versicherungen attraktiv. Denn jeder bezahlt entsprechend seinem Risiko. Er hat daher ein Interesse, sein Risiko und damit seine Beiträge zu minimieren und umgekehrt hat die Versicherung im Wettbewerb einen Anreiz, ihm dabei zu helfen. Allerdings sind einige Regeln zu beachten (vgl. insbesondere Zweifel und Breuer, 2002, 2003, ferner Oberender et al., 2006, Eekhoff, Bünnagel, Kochskämper, Menzel 2008).

a. Regeln für die Versicherer

(i.) Beitragsautonomie

In einem System risikoorientierter Beiträge herrscht für jede Kasse *Beitragsautonomie*. Dem Versicherten werden Prämien nach seinem mutmaßlichen Risiko angelastet. Daher hat er einen Anreiz, Risiken zu vermeiden und so Kosten einzusparen. Auch die Kassen haben Anreize, die Leistungen im Wettbewerb risikomindernd zusammenzustellen. Es besteht freie Kassenwahl. Ein Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Kassen existiert nicht.

(ii.) Getrennte Risiken, getrennte Prämien

In einer Versicherungsgesamtheit ist zwischen *durchschnittlichen* und *individuellen* Risiken zu unterscheiden. Als durchschnittliche Risiken (a) lassen sich beispielsweise Spaziergänger ansehen. Individuelle Risiken sind jene Spaziergänger, die auch Extremsport betreiben (b). Ein Versicherungsunternehmen wird beispielsweise eine Versicherung für Spaziergängerunfälle anbieten und erst nicht erkennen, dass sich unter ihnen auch Extremsportler befinden. Nach der ersten Runde stellt sich jedoch heraus, dass das Versicherungsunternehmen ad-verser Selektion (schiefer Auswahl) und darüber hinaus dem moralischen Risiko der Extremsportler unterlag und daher Verluste erlitt. Das wird sich die Versicherung merken und vor Beginn der nächsten Runde die beiden Risikogruppen teilen und jedem Versicherten je nach Zugehörigkeit risikoorientierte Prämien in Rechnung stellen. Der Extremsportler muss folglich für sein Hobby höhere

Beiträge einkalkulieren und entscheiden, ob er den Sport auch dann noch ausüben bereit ist. Dadurch gehen nicht nur für den Einzelnen, sondern für die Volkswirtschaft als ganzes die Risiken zurück.

(iii.) Verbundene Risiken, verbundene Prämien

Krankheitsanfällige Menschen haben eine kürzere Lebenserwartung. Für sie ist das Schicksal ungerecht. Dafür dass sie kurz leben, bezahlen sie noch höhere Prämien für die Krankenversicherung. Doch risikoorientierte Prämien können auch dazu beitragen, ihr Schicksal zu lindern. Denn für sie läuft das Krankheitsrisiko dem Langlebigkeitsrisiko der Rentenversicherung entgegen. Daher kann es von Vorteil sein, die beiden Versicherungen zu poolen und dadurch günstigere Versicherungsprämien zu erhalten. Umgekehrt scheint es unfair, die Krankheitsanfälligen zum Abschluss einer Standard-Rentenversicherung zu zwingen, die sie mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in Anspruch nehmen können.

(iv.) Patienten und Ärzte sind aktiv in die Kostensenkung einbezogen

Auch die Gefahr angebotsinduzierter Nachfrage (vgl.I.) lässt sich durch risikogerechte Prämien bannen. Zum einen haben die Patienten von sich aus einen Anreiz, sich über alternative Therapien und ihre vergleichsweise Kosten zu informieren, weil sie so ihre Prämien senken können. Zum anderen haben die Ärzte Anreize, sich im Wettbewerb eine Reputation für effiziente Preis-Leistungspakete aufzubauen. Anders als im jetzigen System kommt es für sie nicht mehr nur auf die Menge der Behandlungen, sondern auf die kostengünstige Heilung an, um sich so einen kostenbewussten Patientenstamm zu erhalten.¹⁰

¹⁰ Anders im traditionellen System, in dem Therapien für den Arzt Einkommen bedeuten und dieser daher einen Anreiz, mehr davon zu verordnen als zwingend notwendig ist. Es entsteht eine angebotsinduzierte Nachfrageausweitung (vgl.I.). Diese kann gerade dann zu einem Kostenproblem für das Gesundheitswesen werden, wenn die Ärztedichte und damit die Konkurrenz unter den Ärzten in einer Region zunimmt. Der intensive Wettbewerb drückt sich dann nicht notwendigerweise in einem besseren Service und in niedrigeren Preisen aus. Vielmehr werden die Ärzte versuchen, ihr Einkommen dadurch zu halten, dass sie mehr Einzelleistungen gegenüber den Krankenkassen abrechnen. Das Fazit lautet also, dass eine zunehmende Ärztezahle oft nicht zu einer Dämpfung, sondern zu einer Aufblähung der Gesundheitsausgaben beiträgt.

(v.) Separatverträge der Kassen mit den Leistungsanbietern beflügeln den Wettbewerb in der Gesundheitsindustrie

Erst unter risikoorientierten Prämien haben Krankenkassen Anreize, ihre eigentliche Aufgabe als Mittler den Heilungsprozess zwischen den Patienten und den Leistungsanbietern zu organisieren und dadurch Risiken und Kosten zu senken. Es wird dann nicht mehr nur am Patienten liegen, von Arzt zu Arzt zu gehen, mehrfach die gleichen Untersuchungen in Anspruch zu nehmen und dann, wenn nichts übersehen wird, gesund zu werden. Vielmehr organisieren die Krankenkassen die Heilung des Patienten in einem Guss als Managed Care. Hierzu schließen sie mit Ärzte- und Krankenhausgruppen, Apothekern und Physiotherapeuten feste Verträge, in denen der Kranke als Ganzer in einem integrierten Verlauf behandelt wird. Ebenso wird der Wettbewerb auch an die Krankenhäuser herangetragen. Für die Vergütung zählt nicht mehr der Input an Pflegetagen, sondern der nach Fallpauschalen oder anderen innovativen Vergütungsstrukturen berechnete Output. Umgekehrt ist es auch denkbar, dass von der Ärzteseite her sich Gesundheitszentren bilden, die den Kassen eine solche Gesamtversorgung pro Patient anbieten. Alte Spartenrennungen zwischen den verschiedenen Anbietern werden überwunden und weichen einer ganzheitlichen koordinierten Behandlung.

Durch Separatverträge zwischen einzelnen Kassen, Ärzteguppen und Krankenhäusern wird das bilaterale Monopol zwischen den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, den Ländern im Krankensektor und den Krankenkassen aufgebrochen. Alte Besitztümer müssen aufgegeben werden. Hier sind in den vergangenen Jahren Fortschritte erzielt worden. Den Anfang machte das in II.c schon erwähnte Fallpauschalengesetz, das parallel zu den traditionellen Kollektivverträgen die Tür zu Einzelverträgen öffnete. Nachfolgegesetze haben weitere Öffnungen gebracht (vgl. Tabelle 1). Noch sind die Neuerungen zögerlich. Sie umfassen nur einen kleinen Teil des Gesundheitsbudgets. Risikoorientierte Prämien würden die Reform wesentlich beschleunigen.

b. Regeln für Patienten und Gesundheitsindustrie

Gänzlich ohne Regulierung kommt das Modell risikoorientierter Prämien nicht aus. Staatlicherseits sind insbesondere verbleibende Informationsasymmetrien zu überwinden und Vorkehrungen zu treffen, dass der Wettbewerb funktionieren kann.

Erstens gehört zu risikogerechten Prämien eine *Versicherungspflicht* für jedermann. Dadurch wird vermieden, dass sich Individuen sorglos in Not bringen, weil sie damit rechnen, später von der Sozialhilfe aufgefangen zu werden.

Zweitens ist eine *Qualitätsregulierung* erforderlich. Einige ärztliche Dienstleistungen lassen sich in ihrer Qualität gut einschätzen. Bei ihnen funktioniert der Leistungswettbewerb. Andere sind typischerweise Vertrauensgüter. Ihre Qualität lässt sich häufig weder ex ante vor dem Kauf noch ex post aus der Erfahrung nach beurteilen. Denn auch ex post ist vielfach nicht klar, warum sich ein Patient nach der Krankheit erholt oder auch nicht erholt hat. Das Gut entsteht typischerweise aus dem Zusammenwirken von Arzt und Patient. Wer wie viel beiträgt, lässt sich manchmal nur schwer ergründen. Als einzig sichtbares Merkmal bleiben die angewandten Heilmethoden (also die inputs). Daher ist staatlicherseits zu regulieren, was anerkannte Heilmethoden sind und was nicht.

Drittens sind *gefährliche Heilmittel* zu verbieten, bzw. unter Rezept zu stellen, damit möglichst niemand aus Unkenntnis Schaden nimmt.

Viertens sind alle Formen von *Kartellen und sonstigen Preisabsprachen* zu verbieten. Weder Krankenkassenverbände noch kassenärztliche Vereinigungen dürfen Preise und Bedingungen vereinbaren. Sonst kann der Wettbewerb seine kreativen Kräfte nicht entfalten.

c. Soziale Rahmenbedingungen im Wettbewerb

Um soziale Härten zu vermeiden, soll festgelegt werden, dass Versicherte nicht mehr als beispielsweise 15 Prozent ihres Einkommens (etwa in der Höhe des derzeitigen Beitragssatzes in der GKV) für die Krankenversicherung aufzubringen haben. Damit soll auch für weniger bemittelte Chronisch-Kranke die Versicherung erschwinglich bleiben. Der Beitrag steigt also für Niedrigeinkommensbezieher mit steigendem Einkommen langsam an, bis die risikoorientierte Prämie erreicht ist. Damit bleiben Anreize, Risiken zu vermeiden, bestehen. Auch bei subventionierten Prämien ist es vorteilhaft, mit dem Versicherer kostensenkende Vereinbarungen zu treffen, die dann nicht sofort, sondern in größeren zeitlichen Abständen an den Beitragssatz angerechnet werden (so genannte „regulatorische Verzögerung“) und der Versicherte zwischenzeitlich aus Einsparmaßnahmen profitieren kann. Wichtig ist nur, dass der Beitragssatz nie gänzlich und dauerhaft auf Null zurückgeht. Die Lücke zwischen der tatsächlichen und der risikogerechten Prämie wird durch Steuermittel gedeckt, zu denen alle Bürgerinnen und Bürger (und nicht etwa nur einzelne Versicherte) beitragen. Es findet also eine echte Umverteilung statt.

Kritiker geben zu bedenken, dass den untersten Einkommensschichten ein Anreiz zur Prämieinsparung fehle. Sie seien eher bestrebt, zusammen mit dem Arzt kostspielige Therapien auf Kosten der Krankenversicherung zu vereinbaren; denn ihr Beitrag könne ja nicht über 15 Prozent des Einkommens steigen. Diese Gefahr mag für chronisch kranke Arme bedeutsam sein, weniger jedoch für gesunde Arme, deren risikoorientierte Prämien unter 15 Prozent ihres Lohneinkommens liegen und durch ein geeignetes Bonussystem zu sparsamem Gebrauch angehalten werden. Wohl sind aber für die erstere Gruppe regulatorische Vorkehrungen erforderlich. Sie müssen auf ein Bündel von Pflichtleistungen festgelegt werden, wie es derzeit schon der Fall ist, wodurch Auswüchse der Ansprüche z.B. auf Chefarztbehandlung im Einzelzimmer ausschließt.

Die „15-Prozent“-Regelung mit Pflichtleistungen kann ferner für ältere Versicherte greifen, deren individuelles Risiko altersbedingt ansteigt. Zweifel und Breuer (2002, 2003) schlagen vor, auch hier die Lücke zwischen tatsächlichen und risikogerechten Prämien durch Steuermittel zu decken. Denn es handle sich um ein Risiko (b) im oben definierten Sinn, das vom durchschnittlichen Erkrankungsrisiko (a) abweicht.

d. Transferierbare Altersrücklagen¹¹

Statt das Altersrisiko (b) wie bei Zweifel und Breuer über steuerfinanzierte Prämiensubventionen aufzufangen, könnten auch rechtzeitig Altersrücklagen gebildet werden. Dann könnten altersbedingte Beitragssteigerungen vermieden werden. So gehen beispielsweise die privaten Krankenkassen vor.

Doch Altersrücklagen, so wird kritisiert, behinderten den Versicherungswechsel und damit den Wettbewerb, wenn sie nicht von einer Versicherung zur anderen transferierbar seien. Insbesondere schlechte Risiken müssten am neuen Ort hohe Prämien hinnehmen. Um das zu vermeiden, wird ein Wechsel zu einer anderen Versicherung gar nicht erwogen. Alle Versicherten bleiben bei ihrer einmal gewählten Versicherung hängen.

Doch dieses Argument ist verfehlt. Versicherungswechsel unter Transferierbarkeit der Altersrücklagen kann im Interesse der Krankenkassen liegen und daher ohne Regulierung gelingen. Denkt ein Versicherungsunternehmen, dass es für ihren Versicherten V eine Rücklage R benötigt, während ihre Konkurrentin wegen ihrer Spezialisierung glaubt, V mit einer Rücklage R-x versichern zu können, so stellen sich die beiden Unternehmen besser, wenn V zum neuen Unterneh-

¹¹ Dieser Abschnitt ist teilweise entnommen aus Blankart, Fasten, Schwintowski (2009).

men wechselt, wobei auch dem Versicherten ein Teil des Wanderungsgewinns zugesprochen wird.

Tabelle 2 gibt ein vereinfachtes schematisches Beispiel über die bilanziellen Folgen des Transfers eines Versicherten von einer Versicherung A zur anderen Versicherung B unter der Annahme, dass Kasse B den Versicherten zu günstigeren Konditionen versorgen kann. Betrachtet man allein die Versicherung A, so wird ersichtlich, dass der Versicherte I durch den Versicherten II subventioniert wird, da die zu erwartenden Ausgaben von Versichertem I 50.000 Euro über den zu erwartenden Einnahmen liegen und vice versa. Gute Risiken werden die schlechten Risiken unterstützen, weil bei Vertragsabschluss die Zugehörigkeit zur jeweiligen Risikogruppe noch offen war. Im Mittel wird die Umverteilung innerhalb der Kasse ausgeglichen sein. Jedenfalls werden die Ausgaben die Einnahmen nicht übersteigen, da die Versicherung nicht überlebensfähig wäre.

Tritt nun eine Versicherung B hinzu, so können beide Versicherungen von einem Wechsel profitieren. Betrachtet man zuerst Versicherten I in Tabelle 2.

Tabelle 2: Beispiel der Bilanzveränderungen eines Versichertenwechsels für die Versicherungsunternehmen

Versicherter I – Schlechtes Risiko:

Versicherung A		Versicherung B	
Aktiv	Passiv	Aktiv	Passiv
Erwarteter Barwert der Prämien:	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben):	Erwarteter Barwert der Prämien:	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben):
150.000 €	200.000 €	150.000 €	180.000 €
	Verlust: -50.000 €		Gewinn: 20.000 €
		Kassenbestand: 50.000 €	

Versicherter II – Gutes Risiko:

Versicherung A		Versicherung B	
Aktiv	Passiv	Aktiv	Passiv
Erwarteter Barwert der Prämien:	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben):	Erwarteter Barwert der Prämien:	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben):
150.000 €	100.000 €	150.000 €	80.000 €
	Gewinn: +50.000 €		Gewinn: +20.000 €
		Verbindlichkeiten: - 50.000 €	

Quelle: Eigene Darstellung

Der Versicherte mit einem schlechten Risiko generiert einen zu erwartenden Verlust i.H.v. 50.000 Euro in der Versicherung A. Würde er zu Versicherung B wechseln, die ihn besser betreuen könnte, so würde er jedoch nur einen Verlust von 30.000 Euro erzeugen (Differenz aus erwartetem Barwert der Prämien und Ausgaben). Die Ersparnis der Versicherung B ist folglich 20.000. Versicherung B würde jedoch bei Nichtmitnahme der Rückstellungen den Versicherten nicht übernehmen, da sie einen Verlust von 30.000 Euro ausweisen müsste. Damit ein Wechsel stattfindet kann, wird nun Versicherung A der Versicherung B eine Zahlung anbieten, mit der sie die Aufnahme des schlechten Risikos subventioniert. Diese individuelle Rückstellung, die dem Versicherten bei einem Wechsel mitgegeben werden müsste, wäre somit mindestens 30.000 Euro (Verlust von Versicherung B) und maximal 50.000 Euro hoch (Verlust von Versicherung A). In diesem Band würden sich die Verhandlungen der Versicherungen abspielen. Damit der Versicherte selbst einen Wechselanreiz hat, müsste ein Teil des Effizienzgewinns auch an ihn fließen. Beispielsweise würde er zukünftig weniger Prämien zu zahlen haben, sodass der Barwert seiner Prämien von 150.000 Euro auf beispielsweise 145.000 Euro fällt. Der Verhandlungsspielraum für die Versicherungen würde sich somit auf 35.000 bis 50.000 Euro an zu transferierenden Rückstellungen verringern. Analog würde ein Wechsel für einen Versicherten II mit gutem Risiko funktionieren. Die abgebende Kasse müsste jedoch für den Weggang kompensiert werden, da sie durch das Versicherungsverhältnis einen Gewinn von 50.000 Euro realisieren würde. Da annahmegemäß auch dieser Versicherte II von Versicherung B kostengünstiger versorgt werden kann, wird die individuelle Rückstellung, die der abgebenden Versicherung übergeben wird,

zwischen 50.000 (Gewinn von Versicherung A) und 70.000 Euro (Gewinn von Versicherung B) liegen.

Sowohl für schlechte Risiken, als auch für gute Risiken besteht wie gezeigt ein Anreiz für die Krankenversicherungen, einem Wechsel zuzustimmen. Auch der Versicherte wird durch die Verhandlungen gewinnen, da er an den Effizienzgewinnen beteiligt werden kann. Somit ist ein Wechsel eine Pareto-Verbesserung für alle Beteiligten.

e. Zwischenbilanz: Die drei Gesundheitssysteme im Vergleich

Ein zentraler Nachteil des *Systems der gesetzlichen Krankenkassen* liegt in den arbeitseinkommensabhängigen Prämien. Unter ihnen haben die Versicherten, keine Anreize, Risiken zu vermeiden, neue Arrangements und bessere Qualität zu suchen und so Kosten einzusparen. Dieses innovative Element fehlt auch dem Zentralismus des *Gesundheitsfonds*. Auch er beruht auf einkommensabhängigen Beiträgen und bringt insofern keine Verbesserung gegenüber dem System der gesetzlichen Krankenkassen.

Beide Systeme unterliegen dem Problem der Risikoselektion. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung soll die Risikoselektion durch eine Vielzahl von Auflagen unterbunden werden, was am Ende in die Ölflecktheorie mündet. Im Gesundheitsfonds wird der Risikostrukturausgleich über einen gemeinsamen Ressourcen-Pool vorgenommen. Obwohl die Krankenkassen aus diesem je Versicherten eine alters-, geschlechts- und morbiditätsorientierte Überweisung erhalten, wird sie dies nicht davon abhalten, diese Zahlungen mit den tatsächlichen Kosten zu vergleichen, gute Risiken zu pflegen und schlechte Risiken zu verdrängen. Damit überlebt nicht notwendigerweise die effizienteste Kasse, sondern jene, die es am besten versteht, schlechte Risiken zu verdrängen.

Diese Probleme lassen sich überwinden, wenn das Risiko endogenisiert und zur Zielvariablen gemacht wird. *Risikoorientierte Prämien* motivieren die Versicherten, Risiken zu vermeiden, und sie geben den Krankenversicherungen Anreize neue, Risiko senkende Arrangements zu suchen und dadurch volkswirtschaftliche Kosten zu sparen.

V. Politische Ökonomie einer Gesundheitsreform

Im Markt setzt sich eine neue Idee durch, wenn sie, ohne Rücksicht auf den Status quo und ohne Rücksicht auf das, was andere Gruppen als richtig oder falsch ansehen, mehr Kaufkraft an sich zieht als konkurrierende Ideen. In der Politik

ist das anders. Hier müssen Neuerungen über Gesetze durchgesetzt werden. Danach gilt solange der Status quo, bis das neue Gesetz nicht angenommen worden ist. Der Rechtfertigung bedarf also nicht das Bestehende, sondern das Neue. Daher ist die Politik in der Regel konservativer als der Markt. Wer ein Projekt in der Politik durchsetzen will, muss abschätzen, wie viel Vetospieler sich ihm entgegenstellen.

Der amerikanische Politikwissenschaftler *George Tsebelis* (2002) hat eine Vetospielertheorie entwickelt, die es ermöglicht die Entscheidungsfähigkeit von politischen Systemen einzuschätzen. Vetospieler können individuelle, institutionelle oder parteipolitische Akteure sein. Einspruchsrechte von institutionellen Vetospielern sind in Verfassungen verbrieft, während parteipolitische Vetos sich beispielsweise aus Wahlen ergeben. Darüber hinaus sind Vetospieler in Form von Interessengruppen oder Verbänden relevant. Jeder Vetospieler, so die Annahme, kann durch sein Veto den politischen Prozess vorübergehend oder endgültig stoppen. Den Untersuchungen von Tsebelis zufolge korreliert die Wahrscheinlichkeit von Entscheidungen im Modellrahmen mit:

- a) der Menge an der Entscheidung beteiligter individuellen oder kollektiven Entscheider (negative Korrelation),
- b) der Höhe der Kongruenz der Präferenzen der Vetospieler (positive Korrelation),
- c) Kohäsion oder Homogenität der Beteiligten (negative Korrelation),
- d) ideologischer Differenz.

Tsebelis entwickelt ein Distanzmaß, welches die Präferenzen der Beteiligten abbildet und argumentiert, dass nicht alleinig die Anzahl an Vetospielern den politischen Reformprozess bestimmt, sondern vielmehr deren Präferenzabstand zueinander. Mit steigender Unstimmigkeit steigt die politische Stabilität, d.h. es verfestigt sich der Status quo. In einem Systemvergleich verschiedener Staaten findet Tsebelis ferner Evidenz für die These, dass mit steigender Anzahl an Vetospielern die Anzahl an Gesetzen, die nachhaltige Änderungen mit sich bringen, sinkt, während in Ländern mit einem, oder wenigen Vetospielern, die Anzahl der signifikanten Gesetze vergleichsweise höher ist.

Übertragen auf eine Reform des deutschen Gesundheitswesens lassen sich anhand dieser Theorie eine Reihe von Vetospielern identifizieren. Am Anfang eines Gesetzgebungsverfahrens stehen in der Regel Divergenzen zwischen Ge-

sundheitskosten erwarteten Beitragseinnahmen und Subventionen, und damit die Notwendigkeit, etwas zu tun, um vor dem Hintergrund von Wahlen eine massive Steigerung der Beitragssätze zu verhindern.

Solche Probleme geben den Politikern Anlass, den Status quo zu verlassen, um nicht nur Abhilfe zu schaffen, sondern bei dieser Gelegenheit wenn möglich auch seit langem gehegte ideologische Ziele durchzusetzen. So kämpfte die SPD auch deshalb für den Gesundheitsfonds, weil sie in ihm einen Schritt hin zur Realisierung einer Bürgerversicherung brachte. Von den Parteigremien geht der Antrag an den zuständigen Minister, der die ihm zugetragene Idee aufnimmt, entweder um sich zu profilieren oder weil er nicht in den Ruf eines Untätigen geraten möchte. Erst im weiteren Prozess stellen sich dem Minister und seinem Projekt Tsebelis' Vetospieler entgegen. Wahrscheinlich könnten Dutzende von Spielern aufgeführt werden, die da und dort ihr „Geht Nicht“ einwerfen. Wir beschränken uns auf fünf, die im institutionellen Prozess offensichtlich sind.

Zunächst wird im Ministerium auf der Basis der wichtigsten Variablen wie Beitragssatz, Subventionen und Leistungsumfang ein Referentenentwurf erstellt. Die Verbände des Neokorporatismus (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Apotheken und vielfach auch der Pharmaindustrie) können in Textentwürfen ihre Vorstellungen einbringen und dort wo sie ihre verbrieften Rechte betroffen glauben, auch mit ihrem Veto drohen (1. Vetostufe).

Bevor aus dem Referentenentwurf ein Gesetzesentwurf wird, können sich die anderen Ministerien äußern. Diese setzen sich mit dem Ministerium „ins Benehmen“ oder können, wenn „Einvernehmen“ erforderlich ist, Vetopositionen einnehmen (2. Vetostufe). Auch auf dieser Stufe können Verbände Einfluss nehmen.

Der Entwurf des Ministeriums wird dann dem Kabinett vorgelegt. Hier haben die Koalitionspartner eine starke Vetomacht im Sinne von Tsebelis. Denn ohne Zustimmung aller Koalitionspartner der Regierung hat der Gesetzesentwurf keine Chance im Parlament. Wichtig sind vorangegangene Vereinbarungen wie der Koalitionsvertrag. Blockaden werden nicht selten durch Stimmentausch zwischen verschiedenen Vorlagen überwunden (3. Vetostufe).

Der Kabinettsentwurf wird sodann an den zuständigen Parlamentsausschuss weitergeleitet. Erst wenn dieser grünes Licht gegeben hat, kommt er ins Parlament (4. Vetostufe). Im Bundestag selbst ist die Vorlage wegen des Fraktionszwangs meist nicht mehr gefährdet. Allerdings kann bei zustimmungspflichtigen Gesetzen der Bundesrat sein Veto einlegen, und das Vermittlungsverfahren einberufen (5. Vetostufe), bevor schließlich das Gesetz beschlossen wird.

Obsiegen wird dabei, wer im gegebenen institutionellen Rahmen sein Veto am erfolgreichsten durchsetzen kann.

Werden die dreizehn in Tabelle 1 angeführten Reformen des Gesundheitswesens seit 1977 betrachtet, so wird deutlich, dass das neokorporatistische Modell sich behaupten konnte. Nach wie vor steht das Dreigestirn von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Deutscher Krankenhausgesellschaft im Vordergrund, so insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss, wo alle drei Verbände zusammen verbindliche Beschlüsse zu Sektoren übergreifenden Fragen der ambulanten und stationären Versorgung treffen.¹² Der Gemeinsame Bundesausschuss legt vor allem innerhalb des Gesetzes die Einzelheiten der ärztlichen Pflichtleistungen fest. Allerdings hat diese Trias insbesondere seit der Einführung von Fallpauschalen und der teilweisen Zulassung von Separatverträgen zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern in der Gesundheitsreform 2007 etwas an Macht eingebüßt. Verlierer der Reformen sind auch die Privaten Krankenkassen, deren Markt durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und andere Regulierungen stark eingegrenzt worden ist. Auf der anderen Seite hat die Macht der gewählten Politiker zugenommen, was am Beispiel der bundesweit regulierten Beiträge zum 155 Mrd. Euro umfassenden zentralen Gesundheitsfonds schon hervorgehoben worden ist.¹³ Insgesamt scheint es, dass die Renten der Politiker eher zu und die der neokorporatistischen Verbände eher abgenommen haben.

Ob diese ganzen Reformen wie von Politikern behauptet zugunsten der Bürger und Konsumenten durchgeführt worden sind, scheint zweifelhaft. Denkbar ist auch, dass die Bürger und Konsumenten von den Politikern instrumentalisiert worden sind. Ein Politiker braucht, um im Wahlkampf zu überleben, eine von ihm abhängige Wählerklientel. Ihr muss er Subventionen, Beitragsnachlässe und andere Vergünstigungen zukommen lassen. So wird sie von ihm belohnt, so bleibt sie von ihm abhängig, und so wird sie für ihn stimmen. Der Gesund-

12 Die genaue Zusammensetzung lautet nach § 91 Abs. 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss 21 Mitglieder, davon 3 unparteiische Mitglieder (davon ein Vorsitzender), 9 Vertreter der Krankenkassen (benannt von deren Spitzenverbänden), 9 Vertreter der Leistungserbringer (davon 4 Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 1 Vertreter der Kassenärztlichen Zahnärztlichen Bundesvereinigung und 4 Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft). Hinzu kommen 9 ausgewählte Patientenvertreter ohne Stimmrecht (entsprechend der Zahl der Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen). Nicht direkt vertreten sind die Apotheken und die Pharma Industrie.

13 Die Patienten sind bei diesen Reformen im Prinzip durch die Krankenkassen vertreten. Einer gesonderten Vertretung der Patienten wäre die Gefahr immanent, dass sich diejenigen Gruppen unter ihnen, die schon über eigene Organisationsstrukturen verfügen, besonders hervortun könnten, vgl. vorangehende Fußnote.

heitsfonds leistet durch seine große Finanzmasse einer solchen Abhängigkeit Vorschub. Nicht auf der Agenda dieses Politikers steht das Ziel, jeden Deutschen in die Lage zu versetzen, selbstverantwortlich für seine Gesundheit vorzusorgen und so von staatlichen Subventionen los zu kommen. Politiker, die mit solchen Ideen werben, haben es schwer, weil sie keine klar definierbare Wählerschaft mobilisieren können. Aus diesem Grund ist es schwer vorstellbar, dass die Deutschen in ihren derzeitigen Institutionen aus eigener Kraft den Weg zu einem Gesundheitssystem finden, das – wie die Versicherung zu risikoorientierten Prämien – zu Selbstverantwortung der Bürgerinnen und Bürger führt.

Es bleibt aber noch der Weg über die Europäische Union. Könnte die Europäische Kommission, die ja für Wettbewerb zuständig ist, ein wettbewerbliches Gesundheitssystem auf der Basis risikoorientierter Prämien in Deutschland durchsetzen? Könnte sie als Vetospieler den Status quo in Deutschland in Frage stellen? Das kürzlich durch den Europäischen Gerichtshof ergangene FENIN-Urteil vom 11. Juli 2006 gibt zu Skepsis Anlass.¹⁴ Zur Anklage stand die Ausübung von Marktmacht beim Einkauf von medizinischem Material durch die Föderation des spanischen nationalen Gesundheitssystems. Das Gericht befand jedoch, dass dieser Einkauf nicht eine wirtschaftliche Tätigkeit im Sinne des EG-Vertrags darstelle. Er unterliege daher nicht den europäischen Wettbewerbsregeln. Allerdings hält der EuGH diese Haltung nicht konsequent durch. So wendet er die Regeln der Dienstleistungsfreiheit bei grenzüberschreitender ärztlicher Versorgung in vollem Umfang an, scheint aber in solchen Fällen die Regeln des Wettbewerbsrechts (Kartellverbot/Missbrauchsverbot) ruhen zu lassen. Anwendung finden die Wettbewerbsregeln des Vertrages ferner immer dann, wenn es sich um Unternehmen handelt, die wirtschaftlich tätig sind. Dies gilt in beträchtlichem Umfang für die deutschen gesetzlichen Krankenkassen, z.B. durch Wahltarife (SGB V § 53). Unternehmerisch tätig werden die gesetzlichen Krankenkassen auch, wenn sie Leistungspakete mit Ärzten und Krankenhäusern aushandeln und diese ihren Versicherten anbieten. Vor dieser neuen, von der Bundesregierung geförderten Wirklichkeit wird der EuGH seine Augen nicht verschließen können. Früher oder später wird er nicht umhin können, die (politisch gewollte) Unternehmertätigkeit der Krankenkassen festzustellen und sie damit schrittweise den Wettbewerbsregeln des Europäischen Vertrages (Art. 81, 82, 86 EG) zu unterwerfen. Dann müssten die Krankenkassen Farbe bekennen. Der Gesundheitsfonds würde auf Missbrauch wirtschaftlicher Macht überprüft, und risikoorientierte Beiträge könnten schwerlich verhindert werden.

14 Sammlung der Rechtsprechung 2006, I-06295. Quellen für die nachfolgend aufgeführten Urteile finden sich in Blankart, Fasten, Schwintowski (2009, Teil III).

VI. Schlussfolgerungen: Wider das Sisyphos-Syndrom

Der gesetzlichen Krankenversicherung harren große Probleme. Der demographische Wandel bringt zusätzliche Lasten, und der technische Fortschritt verstärkt sie. Denn natürlicherweise konzentrieren die Produzenten neuer medizinischer Technologien ihr Angebot auf jene, deren Bevölkerungsanteil am raschesten zunimmt, also auf die älteren Menschen. Sie leben länger, was erfreulich ist, haben nunmehr als Wählergruppe ein höheres Gewicht und Vermögen so voraussichtlich mehr öffentliche Mittel an sich zu ziehen. Dies wird die Produzenten weiter anspornen, lebensverlängernde Innovationen auf den Markt zu bringen usw. Es entsteht das so genannte Sisyphos-Syndrom¹⁵, als letztlich erfolgloses Bemühen Unsterblichkeit zu erlangen (Fr. Breyer, P. Zweifel und M. Kifmann, 2005).

Wie soll diese Entwicklung bewältigt werden? Manche möchten eine Altersobergrenze der gesetzlichen medizinischen Behandlung einführen, um eine Explosion der Gesundheitsausgaben zu verhindern. In einem Versicherungssystem mit arbeitseinkommensabhängigen Beiträgen sind solche unmenschlichen Maßnahmen gleichsam vorprogrammiert. Sowohl das System der gesetzlichen Krankenkassen (II.) wie das des Gesundheitsfonds (III.) laufen in diese Falle. Sie versprechen mehr als sie halten können. Zunächst wird niemand dazu angehalten, selbst mit den Kosten des Gesundheitssystems zu rechnen. Denn jedermann wird aus den Mitteln des gemeinsamen Topfes bedient. Wenn diese Mittel aber einmal nicht mehr ausreichen, sind drastische Einschränkungen bei der Behandlung unumgänglich. Das Gesundheitswesen wandelt sich von einer Versicherung zu einem Rationierungssystem. Dem wird hier die Alternative einer Versicherung zu risikoorientierten Prämien (IV.) gegenübergestellt. Es werden keine Illusionen vorgelegt, sondern ein Weg aufgezeigt, wie ein Individuum mit dem Problem wachsender Gesundheitskosten umgehen kann, konkret: wie viel der Risiken es durch Verhaltensänderung einsparen, wie viel es selbst tragen und wie viel es bei einer Kasse seiner Wahl versichern will, aber auch muss.

Das System risikoorientierter Beiträge ist kein Radikalsystem. Es wird bedacht, inwiefern ein Individuum aufgrund seiner Einkommenslage überhaupt in der Lage ist, hinreichend Alternativen wahrzunehmen. Bei Beziehern geringer Einkommen ist dies nur beschränkt der Fall. Für sie sollen daher bis zu einem be-

15 Benannt nach *Sisyphos*, dem ersten König von Korinth, der nach der Sage so schlau war, dass er die Götter überlistete und daher zur Strafe in der Unterwelt einen schweren Marmorblock einen Berg hoch rollen musste, was ihm aber, wie Homer es beschrieb, nie gelang; denn immer kurz vor dem Gipfel „hurtig mit Donnergepolter entrollte“.

stimmten Einkommen für einen bestimmten Leistungskatalog arbeitseinkommensabhängige Beiträge gelten. Die zu erwartende Kostenunterdeckung wird durch Subventionen ausgeglichen, für die nach dem Solidaritätsprinzip alle und nicht nur einige Bürger aufkommen. Für die Bezieher höherer Einkommen werden risikoorientierte Beiträge angewandt. Die Versicherten wählen einen Leistungskatalog und finanzieren sich diesen selbst. Der kollektiv aus Steuermitteln zu finanzierende Anteil des Gesundheitswesens wird damit zugunsten jener eingeschränkt, die der Hilfe der Gemeinschaft bedürfen.

Literatur

Blankart, Ch.B. (2005), Spender ohne Rechte. Das Drama der Organtransplantation, Perspektiven der Wirtschaftspolitik Bd. 6, Nr. 2, S. 275-301.

Blankart, Ch.B., Fasten, E.R. und Schwintowski, H.P. (2009). Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten: Patientenseite stärken – Reformfähigkeit überwinden, Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.

Breyer, Friedrich, Peter Zweifel & Mathias Kifmann (2005), Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.

Eekhoff, Johann, Vera Bünnagel, Susanna Kochskämper, und Kai Menzel (2008), Bürgerprivatversicherung: Ein neuer Weg für das Gesundheitswesen, Tübingen: Mohr Siebeck.

Friedman, M. (1962), Capitalism and Freedom, Chicago und London (Univ. of Chicago Press), deutsch: Kapitalismus und Freiheit, Stuttgart (Seewald) 1971.

Kotlikoff, L. J. (2007), The Healthcare Fix Universal Insurance for All Americans, MIT.

Mises, I. von (1929), Kritik des Interventionismus, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik und Wirtschaftsideologie der Gegenwart (Reprint), Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft) 1976.

Oberender, P., Stefan Felder, Volker Ulrich, Udo Schneider, Andreas Werblow, Jürgen Zerth, J. (2006), Bayreuther Versichertenmodell, Bayreuth, PCO-Verlag.

Richter, W. F. (2005), Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, *Wirtschaftsdienst*, 85: 693 – 697.

Richter, W. F. (2007), Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Ein Ausblick, in: Hans Adam, Cornelia Behrens, Dirk Göppfarth & Beate Jochimsen, eds., Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomik, Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat (2006), Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Schulenburg, J.-M. Graf von der (1987), *Selbstbeteiligung. Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen*, Tübingen (Mohr).

Sturm, N. (2003), *Sozialversicherung: Abschied von Bismarck*, Sueddeutsche.de 27.06.2003.

Tsebelis, G. (2002), *Veto Players: How Political Institutions Work*, Princeton: University Press und Russell Sage Foundation.

Über die Autoren:

Prof. Dr. Charles Beat Blankart ist Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschaftspolitik und öffentliche Finanzen an der Humboldt-Universität zu Berlin. Er ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft, Mitglied des Wissenschaftlichen Arbeitskreises für Regulierungsfragen der Regulierungsbehörde für Telekommunikation und Post (WAR), Mitglied der Mont Pelerin Society und gehört dem Vorstand des Instituts für Unternehmerische Freiheit in Berlin an. Seine Forschungsgebiete sind die Politische Ökonomie öffentlicher Institutionen (Public Choice), die Theorie öffentlicher Unternehmen und der Föderalismus.

Erik R. Fasten studierte Volkswirtschaft und Management an der Humboldt-Universität zu Berlin und der University of Toronto (Kanada). Derzeit promoviert er als Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes an der Humboldt-Universität zu Themen der Öffentlichen Finanzen, Public Choice und Finanzmärkten und ist Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. Charles B. Blankart.

Bitte ausfüllen und faxen an 03 31.70 19-1 03

Zusendung von Informationen

Vorname

Nachname

Straße

PLZ, Wohnort

Um Sie noch besser und schneller informieren zu können (auch per Telefon), bitten wir Sie auch um folgende Angaben (freiwillig):

Telefon

Telefax

E-Mail

Beruf

Geburtsjahr

Meine Daten werden zum Zweck der Veranstaltungseinladung und -organisation sowie Versendung von Informationen elektronisch gespeichert. Wenn ich keine Informationen mehr von der Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit wünsche, wird sie dieses nach entsprechender Mitteilung durch mich beachten (§ 28 Abs. 4 BDSG).

Datum, Unterschrift

Ich interessiere mich für (bitte ankreuzen):

Themen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Werte und Prinzipien des Liberalismus | <input type="checkbox"/> Bildungspolitik | <input type="checkbox"/> Europapolitik |
| <input type="checkbox"/> Kommunalpolitik, Bürgergesellschaft, Föderalismus | <input type="checkbox"/> Rechtsstaat und Bürgerrechte | <input type="checkbox"/> Berlin – Hauptstadt und Regierungssitz |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaft und Forschung | <input type="checkbox"/> Menschenrechte und Minderheiten | <input type="checkbox"/> Länderkundliche Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Wirtschaft und Arbeit | <input type="checkbox"/> Internationale Politik | <input type="checkbox"/> Medienpolitik |
| <input type="checkbox"/> Finanz- und Steuerpolitik | <input type="checkbox"/> Globalisierung und Entwicklung | <input type="checkbox"/> Kunst und Kultur |
| <input type="checkbox"/> Umweltpolitik | <input type="checkbox"/> Friedens- und Sicherheitspolitik | <input type="checkbox"/> Seniorenpolitik |
| <input type="checkbox"/> Verkehrspolitik | | <input type="checkbox"/> Gesundheit und Soziales |

Politische Fertigkeiten und methodisches Know-how

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Strategisches Planen | <input type="checkbox"/> Presse- und Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Rhetorik Grundlagen | <input type="checkbox"/> Internet und Multimedia |
| <input type="checkbox"/> Rhetorik Aufbau | <input type="checkbox"/> Politisches Management |
| <input type="checkbox"/> Diskussionstraining | |
| <input type="checkbox"/> Moderation und Präsentation | |

Virtuelle Akademie

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Online-Seminare |
| <input type="checkbox"/> Newsletter |

Publikationen

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Jahresbericht |
| <input type="checkbox"/> Programm-Magazin |

Wenn Sie unsere Arbeit unterstützen wollen:
Commerzbank Berlin
BLZ 100 400 00
Spendenkonto: 266 9661 04
Spendenbescheinigungen werden ausgestellt.

Die Initiative „umSteuern – Freiheit braucht Mut!“ verdeutlicht anhand ausgewählter Politikvorschläge einen Gesellschaftsentwurf, der mit einer an freiheitlichen Prinzipien orientierten Politik die bedrängte gesellschaftliche Mitte stärken kann.

Im Zentrum dieser Politikvorschläge stehen ein vereinfachtes, familienfreundliches Steuersystem, ein sozial gerechtes Bürgergeld und eine Verantwortung stärkende Eigentumsbildung.

Die Stiftung für die Freiheit will mit ihrer Initiative Anreize schaffen, statt Ansprüche zu verewigen.

Wir bieten Ihnen:

- Informationen
- Veranstaltungen
- Publikationen
- Meinungen

Im Internet begleiten wir die Initiative mit einer vielseitigen Online-Plattform.

Besuchen Sie uns, informieren Sie sich und machen Sie mit.

www.umsteuern.org

Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit
Dr. Kerstin Funk
Karl-Marx-Straße 2
14482 Potsdam

Tel.: 03 31.70 19-236
Fax: 03 31.70 19-2 16
info@umsteuern.org

