

Leuchttürme einer rationalen Gesundheitspolitik

I. Prolog

Man mag es schon gar nicht mehr hören: Deutschland ist in der Krise, die Deutschen sind in der Krise und vor allem ihr Gesundheitssystem. Die Symptome der Krise im Gesundheitswesen sind leicht aufgezählt: hohe und steigende Kosten, schlechte Versorgungsqualität, Über-, Fehl- und Unterversorgung und verkrustete Strukturen. Bei den Ursachen scheiden sich dann schon die Geister: Neben bekannten Fakten – wie der Alterung der Bevölkerung und dem teureren medizinischen Fortschritt – werden vor allem Schuldige gesucht. Die Gesundheitsministerin Ursula Schmidt beklagt den „ständigen Druck von Lobbyisten und Anbietern“ und „die vielen Anreize, auf Kosten der Beitragszahler ungenügende Leistungen zu erbringen“ (Eckpunktepapier vom 5.2.2003). Die CDU-Abgeordneten Andreas Storm und Annette Wiedemann-Mauz machen „Budgets und Nullrunden, die zu einer Einschränkung der Therapiefreiheit führen“ und „die Verbürokratisierung der Medizin in Arztpraxen und Krankenhäusern“ sowie die „versicherungsfremden Leistungen“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich (Positionspapier vom 3.2.2003).

Angesichts der Diskussion, welche wir in den vergangenen Monaten in Deutschland hatten und die ihren vorläufigen Abschluss mit der Verabschiedung des am 1.1.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) gefunden hat, mag man sich fragen, ob es sinnvoll ist, das Thema nochmals zu behandeln. Hat dieses Gesetz, welches einem breiten Konsens der großen Volksparteien entspricht nicht die Zukunftsfragen des Gesundheitswesens gelöst? Müssen wir nun noch die durch die sogenannte Rürup-Kommission angeregte theoretisch anmutende Diskussion, welches Ende des Y das richtige ist, die von Professor Karl Lauterbach vorgeschlagene Bürgerversicherung oder die von Rürup präferierte Kopfpauschale (auch Schweizer Modell genannt) weiter führen? Dabei hatte sich die Herzog-Kommission weitgehend der Kopfpauschale angeschlossen. Politiker der Regierungspartei wie der Opposition – wie Horst Seehofer – halten zudem die Bürgerversicherung für die sozial ausgewogene und gerechte Lösung.

Die schlechte Nachricht ist: keine der drängenden Zukunftsfragen im Gesundheitswesen ist mit dem GMG gelöst. Zudem wird keine der Zukunftsfragen durch die Verwirklichung einer der beiden vorgeschlagenen Modelle gelöst werden. Deswegen kamen in den letzten Monaten zwei weitere Modelle auf den „Markt der politischen Ideen“, nämlich das von der Herzog-Kommission vorgeschlagene Kopf-Pauschalen Modell mit Kapitaldeckung und das Modell des Vorstandsvorsitzenden der AXA Deutschland, Dr. Claus-Michael Dill.

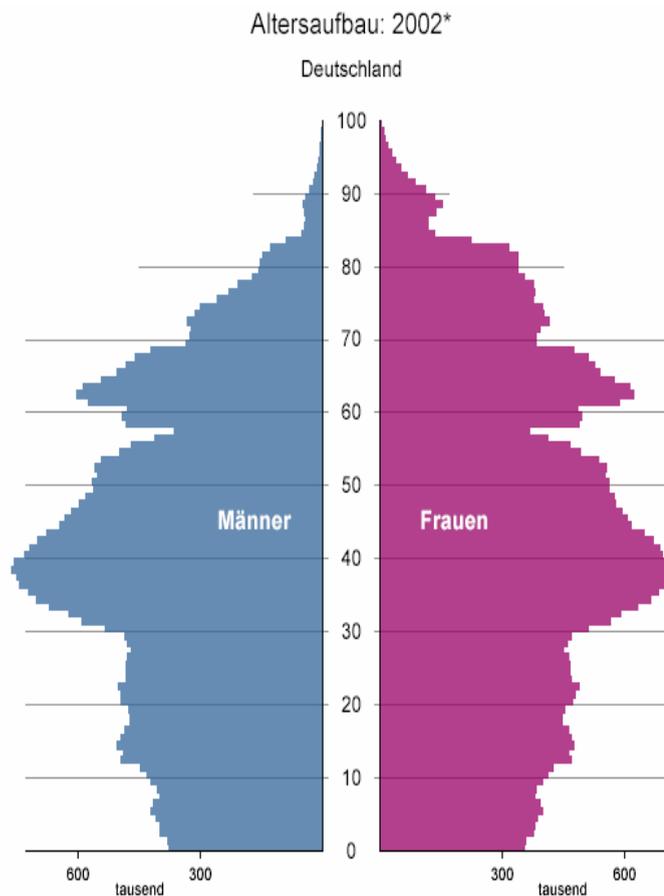
Die gute Nachricht ist: Die Wissenschaft hat Antworten auf die Fragen und irgendwann werden die Entscheidungsträger nicht umhin kommen, sie zu adoptieren. In meinem Referat werde ich die Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft im Gesundheitswesen formulieren und die Leuchttürme aufzeigen.

II. Was sind die Zukunftsfragen im Gesundheitswesen?

In einer dynamischen Welt verändern sich die Bedürfnisse der Menschen, die Bevölkerungsstrukturen, die Ressourcenausstattungen und die Produktionsmöglichkeiten. Dramatische Veränderungen dieser Größen führen zu dramatischen Auswirkungen. Im Folgenden sollen kurz diese vier Faktoren näher betrachtet werden und die Auswirkungen von deren Veränderungen.

Das Bedürfnis der Menschen, in ihre Gesundheit zu investieren ist enorm gestiegen, da Gesundheit ein superiores Bedürfnis ist. Uwe Reinhardt hat aufgrund von OECD-Daten eine Pro-Kopf-BIP-Elastizität der Gesundheitsausgaben von 1,4 ermittelt, d.h. steigt das Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt um 10 %, so nehmen die Gesundheitsausgaben um 14 % zu. Das Einkommen erklärt 95 % der internationalen Unterschiede in den Gesundheitsausgaben (Uwe E. Reinhardt, Gesundheitssysteme weltweit auf dem Prüfstand, Aventis Magazin, 2/2002, andere Schätzungen präsentieren Friedrich Breyer, Volker Ulrich, Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapier 1/99, Ernst Moritz Arndt Universität Greifswald). Ausdruck dieser Superiorität ist die überproportionale Zunahme der Gesundheitsausgaben in Bezug auf den Wohlstand eines Landes und die relativ niedrige Preiselastizität der Nachfrage. Man beachte den Sprachgebrauch: Ökonomen sehen den Gesundheitszustand als eine Bestandsgröße, die über die Zeit abgeschrieben wird (Krankheit als ungeplante überproportionale Abschreibung) und Gesundheitsleistungen als eine Stromgröße, eine Investition in den Gesundheitszustand (M. Grossman, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, Journal of Political Economy, Vol. 80, 1972, S. 223 ff).

Die Bevölkerungsstruktur hat in den letzten Jahrzehnten einen drastischen Wandel erlebt: Schon lange ist die bekannte Bevölkerungspyramide (die graphische Darstellung des Altersaufbaus der Bevölkerung) für Deutschland keine Pyramide mehr, sondern eher ein unförmiges Gebilde, das an einen Tannenbaum erinnert. Betrachtet man es für die 50er Jahre des 20. Jahrhunderts, so sind die tiefen Einkerbungen zu erkennen, welche die enormen Geburtenausfälle am Ende des 1. und des 2. Weltkrieges kennzeichnen. In der zweiten Hälfte der 60er Jahre tritt ein neues Phänomen auf: die ungemein starken neuen Geburtenjahrgänge, die so genannten Baby Boomer. In den 70er Jahren gingen die Geburtenzahlen wieder drastisch zurück, nämlich auf das Niveau von 1945. Seit dem spielen wir sozusagen – was die Geburtenzahlen in Deutschland angeht – permanenten Krieg: Die Geburtenzahlen verbleiben. Denn die Geburtenzahlen stagnieren auf dem Niveau von 1945.



Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland 2003

Spätestens bei der Betrachtung des Altersaufbaus der Bevölkerung in den 90er Jahren wird deutlich, dass die Baby Boomer sowohl Ursache als auch Auslöser einer demographischen Katastrophe sind, die die umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme zum Kollaps bringen können: Die Baby Boomer sind nicht nur äußerst zahlreich auf die Erde gekommen und werden ab 2020 zahlreich in Rente und zum Arzt gehen, sondern sie haben auch sehr wenige für Nachkommen gesorgt. Die Generation, die ihre Alters- und Krankensicherung finanzieren soll, fehlt weitgehend. 1999 waren 16,84 % der Bevölkerung in Deutschland über 65 Jahre alt. Bis 2050 wird sich der Anteil verdoppeln. Ohne Änderungen der sozialen Sicherungssysteme ist der Zusammenbruch der Renten-, dann der Kranken- und anschließend der Pflegeversicherung vorprogrammiert. Verstärkt wird die Entwicklung durch die immer noch steigende Lebenserwartung und die damit gestiegene Zeitspanne als Rentner. Auf der anderen Seite steht die Baby-Boomer Generation noch im Arbeitsprozess und ist in einem Alter, in dem die Produktivität von Menschen am höchsten ist. Diese Karte sollte gespielt werden im Kampf um die Sanierung des Sozialversicherungssystems, bevor es zu spät ist und die Baby-Boomer unproduktiver und schließlich Rentner werden.

Die Ressourcenausstattung unseres Landes ist ebenfalls ein Risikofaktor für die Soziale Sicherung. Die wichtigste Ressource ist das Human Capital. Ob man nun feststellt, dass das deutsche Bildungssystem schlecht ist – wie die erste „Pisa-Studie“ zeigt - oder mittelmäßig ist, und uns Eliteuniversitäten fehlen – wie die SPD behauptet, die den Begriff „Elite“ bislang wie der Teufel das Weihwasser hasst - eins zeigen internationale Vergleiche deutlich: die Investitionen in Human Capital sind in vielen Ländern in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen, bei uns in Deutschland aber tendenziell gesunken (einziger Lichtblick war das „Möllemann-

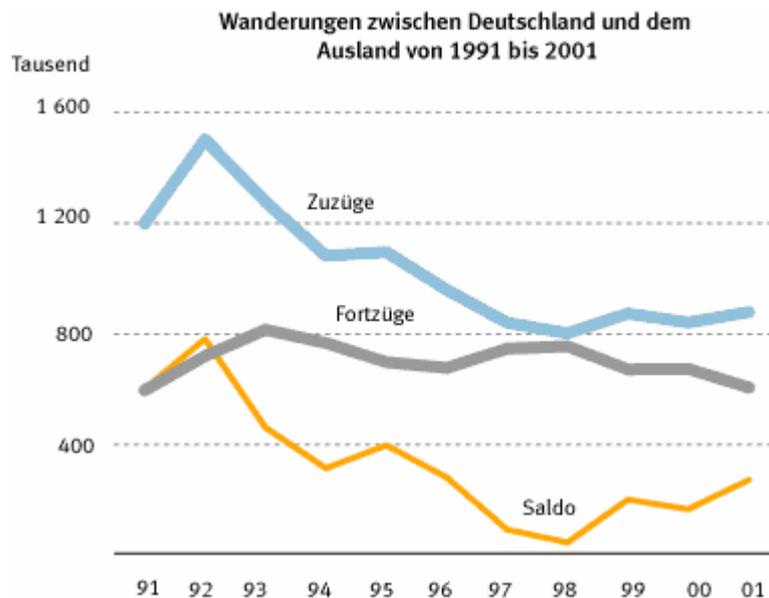
Programm“). Zwar ist die Messung der Bildungsausgaben eine komplexe Angelegenheit, die Schlussfolgerungen aus internationalen Vergleichszahlen schwierig macht. Nach Schätzungen der Deutschen Bundesbank betragen die Bildungsausgaben in Deutschland 2001 rund 131,9 Mrd. € Das entspricht 6,4 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Im langfristigen Trend sank der Anteil der Schulen und Hochschulen von 4,2 % im Jahr 1975 auf 3,2 % im Jahr 2001 (Reduktion von 23 %), und der allgemeinbildenden Schulen von 3,2 % im Jahr 1975 auf 2,2 % im Jahr 2001 (Reduktion von 31 %). Damit liegt Deutschland in den Bildungsausgaben sowohl absolut wie prozentual unter dem OECD-Durchschnitt (Deutsche Bundesbank, Monatsbericht Oktober 2003). Die USA, das Land mit den tatsächlichen Eliteuniversitäten, wendet rund 2 % seines BIP für Universitäten auf. Davon sind die Hälfte staatliche Mittel. Die vergleichbare Zahl liegt für Deutschland bei 0,9 %, wobei 0,8 % vom Staat stammt. Der amerikanische Staat gibt somit nicht nur absolut und relativ mehr für Hochschulen aus als der deutsche Staat, sondern jeder \$ staatlichen Geldes zieht sehr viel mehr privates Geld nach sich. Dieses ist ein echtes Public-Private-Partnership Programm, wie wir es uns auch für Deutschland wünschen.

Je höher der Bildungsstand ist, umso höher ist die Produktivität der im Erwerbsleben stehenden Bevölkerung. Hohe Produktivität ist Voraussetzung für hohe Erwerbseinkommen. Hohe Erwerbseinkommen sind wiederum notwendig um die steigende Last der Sozialen Sicherung schultern zu können. Wer auf ausreichende Investitionen in die zukünftige Generation verzichtet, nimmt ihr die Möglichkeit, für das eigene Alter später aufzukommen. Auch dieser Faktor gefährdet offenbar die finanzielle Stabilität unseres Sozialversicherungssystems.

Deutschland ist bekanntlich ein Einwanderungsland, was bedeutet, dass Menschen, die in unser Land umziehen, integriert und häufig im Rahmen unseres Bildungssystems noch qualifiziert werden müssen. Aber Deutschland ist nicht nur ein Einwanderungsland, sondern auch ein Auswanderungsland: Als Zeitungleser hat man so eine Zahl um die 200.000 im Kopf, die jedes Jahr aus dem Ausland nach Deutschland zieht. Die Zahl gibt aber einen falschen Eindruck. Tatsächlich ziehen rund 850.000 vom Ausland nach Deutschland, während rund 650.000 Deutschland den Rücken kehren (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2003). Die Integrationslast ist enorm und die Wirkungen der Wanderungsbewegungen auf das Human Capital sehr groß. Dies ist vor allem deshalb der Fall, weil die durchschnittliche Qualifikation derer die Deutschland verlassen, wesentlich höher ist als die derjenigen, die nach Deutschland strömen. Hierzu gibt es meines Wissens noch keine zitierbaren empirischen Untersuchungen, aber die Aussage scheint plausibel. Nach meiner Beobachtung sind es häufig die besten Studenten, die sich vom Ausland angezogen fühlen, dort ihre Praktika machen und schließlich auch dort arbeiten. Die einwandernden Ausländer hingegen sprechen häufig sehr schlecht deutsch und haben eine Schul- und Hochschulbildung erhalten, die nur einen begrenzten Wert hat.

Was hat dieser Sachverhalt mit dem Gesundheitswesen zu tun?

Im Umlageverfahren finanzieren die heutigen Erwerbstätigen die Sozialversicherung und die zukünftigen Erwerbstätigen finanzieren die Sozialversicherung von morgen. Dies gilt auch in der Krankenversicherung. Der Quotient aus Beitragszahlern und Empfänger teurer Leistungen wird aber in Zukunft angesichts des demographischen Wandels nicht nur sinken, sondern auch die Produktivität und damit die Zahlungsfähigkeit werden stagnieren. Würde hingegen das Human Capital pro Kopf stark steigen, so würde es den zahlenmäßig kleineren zukünftigen Generationen leichter fallen, die auf sie zukommende große Last zu schultern.



Quelle: Statistische Bundesamt Deutschland 2003

Dieser Zusammenhang ist von der Wissenschaft intensiv im Rahmen von Wachstumsmodellen mit überlappenden Generationen (overlapping generations models) analysiert worden. Dabei schälte sich als einer der Meilensteine die Aaron-Bedingung heraus (Henry Aaron, *The Social Insurance Paradox*, *Canadian Journal of Economics and Political Science* 32, 371-374; vgl. Friedrich Breyer, *Ökonomische Theorie der Alterssicherung*, München (Verlag Franz Vahlen) 1990, 21ff): Sie besagt, dass das in der Sozialversicherung praktizierte Umlageverfahren dann Vorteile für die Gesellschaft bietet (wobei eine Vielzahl von modelltheoretischen Bedingungen zu beachten sind, die hier nicht weiter erörtert werden), wenn gilt:

$$\text{Bevölkerungswachstumsrate} + \text{Lohn- bzw. Produktivitätssteigerungsrate} > \text{Zinssatz}$$

oder

$$g + l > z$$

Sind hingegen die ökonomischen Rahmenbedingungen wie folgt

$$g + l < z,$$

dann ist das Umlageverfahren relativ teuer und wird auf Dauer zur Instabilität der Sozialversicherung führen. Es ist dann ein Finanzierungsverfahren mit Kapitaldeckung, wie es in der Lebens- und Privaten Krankenversicherung praktiziert wird, sowohl volkswirtschaftlich als auch für die Versicherten das günstigere Finanzierungsverfahren. Anders ausgedrückt: Wenn wir schon ein geringes oder sogar negatives Bevölkerungswachstum und eine stagnierende Produktivität haben, dann sollten wir zur Rettung der Sozialversicherungssysteme im Allgemeinen und der Gesetzlichen Krankenversicherung im besonderen auf ein hohes qualitatives Wachstum, d.h. die Produktivität erhöhendes Human Capital hinwirken und in der Sozialversicherung Kapital akkumulieren.

Die Aaron-Bedingung gibt auch eine Antwort auf die viel diskutierte Frage, ob wir durch Zuwanderung die Sozialversicherung retten können. Zuwanderung erhöht die Bevölkerungswachstumsrate. Aber erhöht sie auch die Produktivität? Dies gilt nur dann, wenn Erwerbsfähige zuwandern, die eine höhere Durchschnittsproduktivität haben als die inländische Bevölkerung. Hier sind Zweifel anzumelden. Dies ist leicht einzusehen: Wandert jemand zu, der relativ geringe oder – weil er arbeitslos ist – gar keine Krankenkassenbeiträge zahlt, aber gleichzeitig für sich und seine mitversicherten Familienangehörigen die vollen Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nimmt, ist aus Sicht der Krankenkasse ein „schlechtes Geschäft“ und erhöht deren Defizit.

Zudem finden Zuwanderer oft keine Arbeit, weil deren Lohnerwartungen über deren Produktivität liegen. Wohlgermerkt, es gibt nicht zu wenige Arbeitsplätze für diese Qualifikationsstufen, sondern die Lohnerwartungen sind zu hoch im Vergleich zu der Wertschöpfung der Arbeitskräfte. Warum die Lohnerwartungen zu hoch sind, hat viele Gründe. Hauptgrund ist aber das System der Sozialhilfe, das Anreize gibt, lieber auf Arbeit zu verzichten, wenn der Arbeitslohn nicht hoch genug ist.

Die Produktionsmöglichkeiten ändern sich aufgrund des technischen Fortschritts. Vor allem haben wir in der Medizin einen enormen technischen Fortschritt zu verzeichnen. Er ermöglicht es, Krankheiten, die früher als unheilbar galten, zu heilen und kranken Menschen eine höhere Lebensqualität und eine gestiegene Lebenserwartung zu verschaffen. Aber das verursacht zusätzliche Kosten, die es zu finanzieren gilt. Als Erfahrungswert gilt, dass der medizintechnische Fortschritt zu Kostensteigerungen bei sonst gleichen Bedingungen von rund 1,5 % p.a. über der Inflationsrate führt (vgl. hierzu auch die Berechnungen von Reinhardt und Breyer/Ulrich in den oben angegebenen Veröffentlichungen). Krankenkassenbeiträge müssen somit real um 1,5 % jährlich steigen. Will man die Krankenkassenbeiträge konstant halten, so wird man um Leistungskürzungen und erhöhte Selbstbeteiligung nicht herum kommen.

Natürlich sind auch Änderungen der Präferenzen der Bevölkerungen festzustellen: Lifestyle-Produkte haben Konjunktur, und die Erhöhung der Lebensqualität und nicht nur die medizinisch einwandfreie Versorgung der Kranken wird zum zentralen Ziel erklärt. Die Krankenversicherung fördert das Verhalten, dass kein Aufwand zu viel ist, im Krankheitsfall Lebensqualität zu erhöhen und zu sichern. Gleichzeitig wird dieser hohe Aufwand zum Sargnagel für die Krankenversicherung.

So bedrohlich die aufgezeigten Trends und die daraus resultierenden Zukunftsfragen für das Gesundheitswesen sind, so beruhigend ist die Botschaft der Ökonomen, dass es Lösungen gibt. Ausgangspunkt der ökonomischen Analyse ist die Annahme, dass Menschen vor allem ihren Eigennutzen im Sinn haben. So werden Patienten das System ausbeuten, wenn die Leistungen für sie kostenlos sind; Ärzte werden Nachfrage nach ihren eigenen Leistungen schaffen, wenn sie nach Einzelleistungen honoriert werden; Krankenhäuser maximieren Liegezeiten, wenn sie nach Liegetagen bezahlt werden; und Heil-, Hilfs-, und Arzneimittelhersteller fordern Premiumpreise, wenn Verschreibungen kostenlos sind.

Da dies so ist, müssen die Rahmenbedingungen so geändert werden, dass der individuelle Egoismus der Menschen dazu führt, dass auch kollektiv das Beste herauskommt: Ein Gesundheitswesen, in dem alle Bürger unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen nach modernen medizinischen

Standards versorgt werden, falls sie krank sind, das aber auch finanzierbar bleibt und nicht zu einer Wachstumsbremse und einem Jobkiller wird.

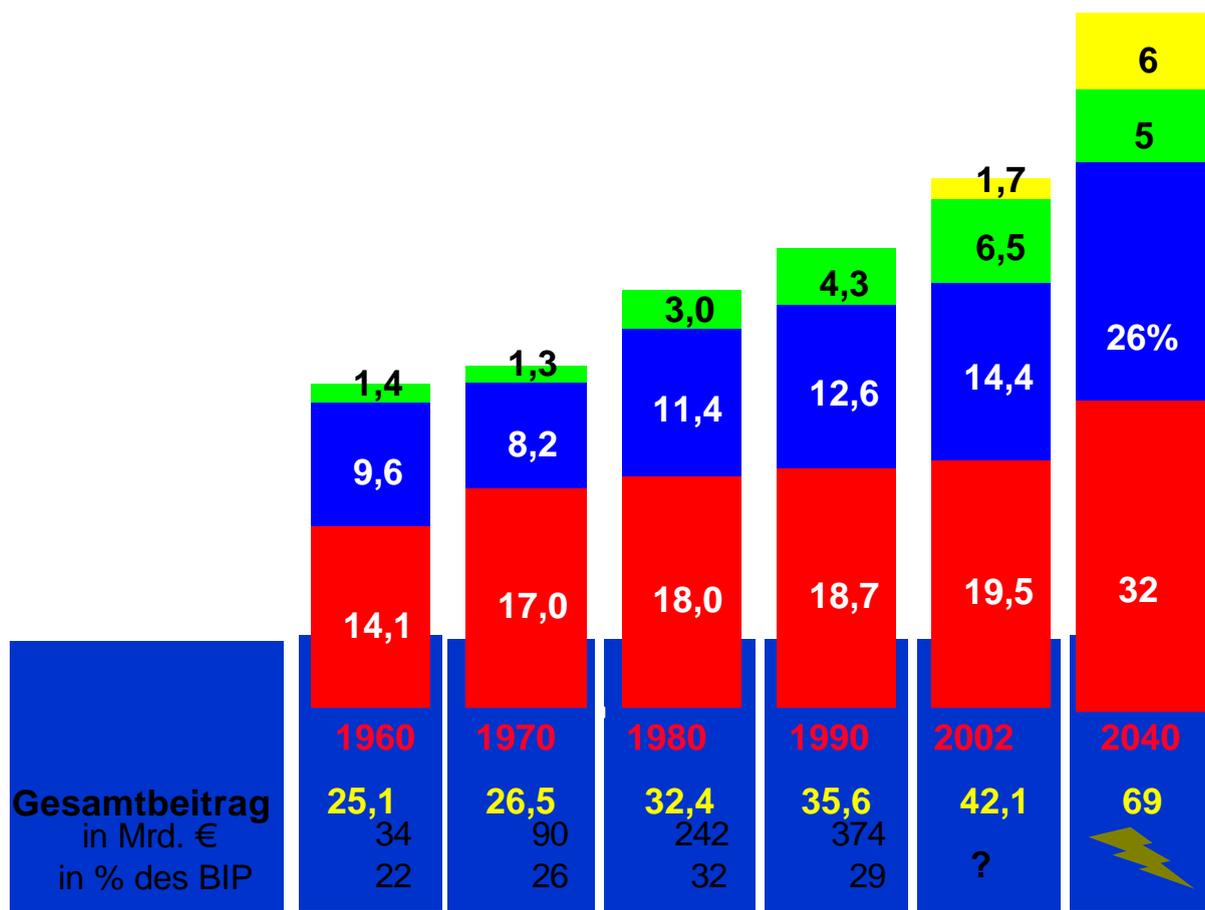
III. Wie reagiert der Staat auf die Zukunftsfragen?

Bevor wir analysieren, wo die Leuchttürme stehen, den zu folgen ist, soll kurz beschrieben werden, wie der Staat in der Regel auf die beunruhigenden Veränderungen reagiert. Die politischen Entscheidungsträger in unserem Lande haben natürlich die Notwendigkeiten von Strukturveränderungen und grundlegenden Reformen seit langem erkannt. Nie wurde so viel über Reformen gesprochen wie heute (strategisches Problem). Auch werden die politischen Entscheidungsträger durch steigende Beitragssätze alarmiert, die sowohl Arbeitgeber als Träger der Lohnnebenkosten sowie Erwerbstätige und Rentner als Träger des Versichertenanteils an den Beiträgen zu Protesten veranlassen. So stehen dann auch schließlich Maßnahmen im Vordergrund, die dazu geeignet sind oder aber zumindest geeignet erscheinen, die Beitragssätze kurzfristig zu stabilisieren (operatives Problem).

Entsprechend handelt die Regierung mit einer Serie regulativer Eingriffe, was an folgender Liste bedeutender Gesetze deutlich wird:

- 1977 Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)
- 1982 Krankenversicherungsergänzungsgesetz (KVEG)
- 1989 Gesundheits-Reformgesetz (GRG)
- 1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
- 1996 Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG)
- 1997 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1. NOG, 2. NOG)
- 1998 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)
- 2000 GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG)
- 2001 Arzneimittelbudget-Ablösegesetz (ABAG)
- 2002 Fallpauschalengesetz (FPG)
- 2004 Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)

Daneben gab es jährlich eine Vielzahl für das Gesamtsystem weniger bedeutsame Gesetze, die Einzelaspekte, wie z.B. die Ausbildung von Angehörigen von Heilberufen, betreffen sowie eine große Zahl an Verordnungen.



Beitragsentwicklung zur Sozialversicherung
 Quelle: Statistische Bundesamt und eigene Berechnungen

Überblickt man die große Zahl der Gesetze in dem letzten Vierteljahrhundert, so fallen einige Punkte auf:

1. Der Ideenreichtum des Gesetzgebers im Erfinden immer neuer Namen für Gesetze ist unerschöpflich, aber es geht immer um das gleiche Ziel: Beitragsstabilität (§ 75 SGB V).
2. Strategische Elemente – wie der Kassenwettbewerb - sind in den Gesetzes enthalten, doch dominiert das operative Ziel: Ausgaben senken, Beitragssatz stabilisieren.
3. Die Gesetze enthalten in der Regel beide Elemente: mehr staatliche Regulierung und mehr Wahlfreiheit. Ein klares Bekenntnis zu Staat oder Markt wagt keine Regierung.
4. Keines der Gesetze gibt eine befriedigende Antwort auf die Zukunftsfragen des Gesundheitssystems.
5. Ökonomische Zusammenhänge werden grundsätzlich nicht beachtet.

Der letzte Punkt bedarf ggf. der Erläuterung. Menschen und Institutionen reagieren in ihrem Verhalten auf Änderungen der Rahmenbedingungen. Wer Sekundärwirkungen einer Veränderung nicht berücksichtigt, wird von den „Nebenwirkungen“ der Reformgesetze überrascht bleiben. Hierzu zwei Beispiele:

1993 wurde das Arzneimittelbudget in Deutschland eingeführt. Ärzte, die im Kollektiv mehr als einen bestimmten Umsatz an Arzneimitteln verschreiben, laufen beim Arzneimittelbudget Gefahr, mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfungen behelligt zu werden. Wie sich zeigte, sank der Umsatz der

verschriebenen Arzneimittel im ersten Jahr der Einführung. Gleichzeitig erhöhten sich aber die Krankenhauseinweisungen – vor allem bei den Patientengruppen, die sehr Arzneimittel intensive Therapien benötigen (Vgl.: Schulenburg/Schöffski, Transformation des Gesundheitssystems im Spannungsfeld zwischen Kostendämpfung und Freiheit, in P. Oberender (Hrsg.), Probleme der Transformation im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos 1994, S. 45-81). Zwischenzeitlich ist das Budget wieder abgeschafft und durch ein Richtgrößensystem ersetzt worden, dessen Sekundärwirkungen ebenfalls unterschätzt werden.

1997 wurden den Gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit zu integrierten Versorgungsvorhaben gewährt, mit der Begründung, dass diese in der Versorgungsqualität besser und kostengünstiger seien (§§ 63 ff SGBV: Modellvorhaben, § 73a SGB V: Strukturverträge). Wenig passierte, denn weder die Krankenkassen noch die Ärzteschaft hatten sehr viel Interesse an diesen Modellen. Im Gegenteil: laufende Modellvorhaben wurden mit der Begründung wieder eingestellt, wenn unsere Krankenkasse ein bei den Patienten beliebtes Versorgungsmodell hat, dann kommen alle chronischen Kranken zu uns und wir bekommen eine ungünstige Morbiditätsstruktur. Ob diese These stimmt, wurde – wie im Gesundheitswesen üblich – empirisch nie überprüft. Zudem ergab sich, dass die Kosten nicht gespart werden, da gut geführte Patienten nach den innovativsten aber auch teuersten Medikamenten verlangen. Der Gesetzgeber reagierte mit dem Ende 1999 ins Sozialgesetzbuch V eingeführten § 140, der die Gründung von integrierten Versorgungsformen vorschreibt. Da wiederum nichts passierte, hat nun der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, welches zum 1.1.2004 in Kraft getreten ist, viele Einzelvorschriften und ein gesondertes Budget für die integrierte Versorgung erlassen, in dem er die §§ 65 a, 129 Abs. 5 a und 5b, 140 a und 140 d SGB V geändert bzw. ergänzt hat. Wiederum wurden Sekundärwirkungen der Regelungen nicht beachtet, so dass Frau Schmidt schon ein GKV-Modernisierungs-änderungsgesetz ausarbeiten lässt.

Immer wieder wird der gleiche Fehler begangen: Es werden einfache ökonomische Wahrheiten nicht beachtet, dass jeder Akteur in der Wirtschaft im Allgemeinen und im Gesundheitswesen im Besonderen seinen Eigennutz verfolgt und deshalb auf eine Änderung der finanziellen Rahmenbedingungen mit Verhaltensänderungen reagiert. Z.B. schätzte das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung im letzten Jahr, durch die geplante Erhöhung der Tabaksteuer eine zusätzliche Finanzierung der Krankenversicherung in Höhe von 6,5 Mrd. € durch Steuermehreinnahmen. Die Berechnungen gingen natürlich von einem unveränderten Zigarettenkonsum aus. Empirische Erfahrungen zeigen aber, dass man sich bei der Tabaksteuer schon auf der Höhe der Laffer-Kurve befindet: D.h. eine Erhöhung des Steuersatzes führt zu einer erheblichen Verminderung des Tabakkonsums, so dass zu erwarten ist, dass das Steueraufkommen fast stagniert.

IV. Wo sind die Leuchttürme für eine Gesundheitspolitik der ökonomischen Vernunft?

Um Lösungen oder Konzepte zur Schaffung eines funktionierenden und bezahlbaren Gesundheitswesens und Leuchttürme für ein umfassendes strukturelles Reformprogramm zu schaffen, sollte man sich den Grundprinzipien der ärztlichen Kunst und den Forderungen des Arzneimittelgesetzes bedienen.

Eine ärztliche Behandlung besteht aus den Phasen Anamnese, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Wie gute Ärzte wissen, ist eine sorgfältige Anamnese der Schlüssel zum Erfolg. Die Krankengeschichte des Gesundheitswesens zeigt deutlich, dass die Misere der niedrigen Qualität und der Ineffizienz nicht von der Alterung oder dem medizin-technischen Fortschritt kommt, sondern von verfehlten, komplizierten und völlig verkrusteten Anreizstrukturen, fehlendem und fehl gelenktem Wettbewerb und einer über Jahrzehnte gezüchteten Nulltarifmentalität: die Leistungen sind umsonst und haben daher keinen Wert. Außerdem orientiert sich das Finanzierungssystem an Vorstellungen über die Sozialstruktur von vor hundert Jahren. Die mit diesen Erkenntnissen eingeleitete Diagnose ist jedoch nicht ohne eine saubere Analyse und empirische Erforschung der Wirkungszusammenhänge zu leisten. Es ist bezeichnend für die heutige gesundheitspolitische Diskussion, dass sie dominiert wird von Behauptungen und Vorschlägen von „Experten“, die viel zu oft jeder empirischen Grundlage entbehren.

Die Therapie ist so auszuwählen, dass sie unter den möglichen Alternativen am besten dem Patienten hilft. Dabei sind Kompromisse häufig die schlechtesten Lösungen. Das sieht man an folgendem Beispiel: Wenn einer von drei Ärzten bei einem Arterienverschluss bei einem Patienten eine Operation, der andere eine konservative medikamentöse (z.B. Lyse) und der dritte eine interventionelle Behandlung (z.B. PTCA) vorschlägt, so muss man sich entscheiden. Das schlechteste ist ein bisschen operieren, ein wenig Medikamente und ein halber interventioneller Eingriff. Die meisten Gesetze sind genau so faule Kompromisse zwischen verschiedenen politischen Lagern und Interessengruppen.

Wichtig ist bei jeder Maßnahme die Nachsorge. Sie sollte vor allem eine kritische Bewertung des Erreichten und des Nicht-Erreichten oder Versäumten umfassen. Diese Evaluation unterbleibt jedoch häufig, weil sie ja auch ein vernichtendes Urteil über die Qualität der Gesetze hervorbringen könnte.

Diese Überlegungen vorausgeschickt, werden wir im Folgenden die Eckpunkte einer Reform des Krankenversicherungssystems darlegen, die der ökonomischen Vernunft folgt, sozialpolitische Grundwerte unserer Gesellschaft anerkennt und interessanterweise weit mehr als die Hälfte der Paragraphen des Sozialgesetzbuches überflüssig und die restlichen auf ein Viertel des jetzigen Textes zusammenschrumpfen würden.

1. Versicherungspflicht für alle

Anamnese: Es gibt eine seit Jahrzehnten laufende Diskussion, wo die Grenze zwischen GKV und PKV zu ziehen ist und inwieweit innerhalb der GKV, innerhalb der PKV und zwischen GKV und PKV Wettbewerb zugelassen werden sollte und wie dieser zu gestalten ist. Immer wieder hat der Gesetzgeber die Regeln verändern, was aber keineswegs die Diskussion beendet hat.

Diagnose: Die meisten Menschen in Deutschland sind so wohlhabend und so gebildet, dass sie selber darüber entscheiden könnten, auf welche Weise und in welchem Umfang sie sich vor den Kosten einer Krankheit schützen. Dennoch gibt es in der Krankenversicherung eine Pflichtversicherungsgrenze von 3.862 €(2004), die fast 80 % der Bevölkerung der Versicherungspflicht unterwirft. Auf der anderen Seite gilt keine Pflichtversicherung für Selbstständige mit niedrigem Einkommen. Auch führt die Versicherungspflichtgrenze zu offensichtlichen Ungereimtheiten: Z.B. muss ein Ehepaar, bei dem beide Ehepartner 3.700 € also zusammen 7.400 € pro Monat als Angestellte verdienen, sich in der GKV versichern, während ein Selbstständiger mit einem monatlichen Gewinn von 3000 € und ein Ehepaar, bei dem nur ein Ehepartner arbeitet und 4000 € verdient, frei in der Wahl der Absicherung für den Krankheitsfall sind. Diese unterschiedliche Behandlung ist weder mit sozialpolitischen noch mit ökonomischen oder distributiven Argumenten begründbar.

Therapie: Es sollte, um ein klares System zu schaffen, entweder die Versicherungspflichtgrenze ganz abgeschafft oder die Versicherungspflicht für alle Bürger eingeführt werden. Letzteres wird hier vorgeschlagen, da eine finanzielle Absicherung im Krankheitsfall zu den traditionellen Grundwerten der sozialen Marktwirtschaft gehört, und das Monatseinkommen kein guter Indikator für den dauerhaften Wohlstand eines Bürgers ist. Die administrative Umsetzung ist dann analog zur Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung, für die auch nach dem Pflichtversicherungsgesetz für Kfz.-Halter eine Versicherungspflicht besteht (vgl. Pflichtversicherungsgesetz PflVersG), wie folgt: Jeder Bürger muss einen Nachweis eines Versicherungsvertrages bei einem Versicherer (egal ob gesetzliche oder private Krankenkasse) nachweisen. Es ist gesetzlich festzulegen, was im Rahmen der Versicherungspflicht an Leistungen von Seiten des Versicherers zu erbringen ist. Als Gegenstück zur Versicherungspflicht gilt der Kontrahierungszwang für alle Krankenversicherer (analog zu § 5 PflVersG). Wer seiner Versicherungspflicht nicht nachkommt, erhält eine Ordnungsstrafe und wird zwangsversichert (wie bei Sozialhilfeempfängern derzeit auch schon eine Zuweisung zu einer Kasse erfolgt).

Wer die Kriterien der „sozialen Bedürftigkeit“ erfüllt, kann einen Antrag auf einen Zuschuss zur Krankenversicherungsprämie stellen, der – wie unter Punkt 9 genauer erklärt - durch einen Unterstützungsfond aller Krankenversicherungen finanziert wird (analog zum Entschädigungsfond nach § 12 PflVersG).

Nachsorge: Eine gemeinsame Institution der Verbände der Krankenkassen und Krankenversicherer und des Bundesversicherungsamt sammelt Daten zum Versicherungsschutz der Bevölkerung, stattet jährlich einen Bericht ab und macht Vorschläge zur Weiterentwicklung des Systems.

2. Wettbewerb auf allen Ebenen

Diagnose: Im heutigen Gesundheitssystem gibt es wenig Wettbewerb und viele Beschränkungen der Vertragsfreiheit. Und da wo Wettbewerb herrscht – wie z.B. zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen – ist es so reglementiert, dass er nicht zu mehr Effizienz und Kundenorientierung führt. Der Krankenkassenwettbewerb hat nicht funktioniert, da der Arbeitgeberzuschuss dazu geführt hat, dass die Ersparnisse eines Kassenwechsels nicht voll dem Versicherten zu gute kommen und die Einkommensabhängigkeit der Beiträge zu einer erheblichen Wettbewerbsverzerrung geführt hat. Diese konnte nur durch einen zusätzlichen Regulierungsapparat – dem Risikostrukturausgleich – teilweise neutralisiert werden.

Therapie: Auf allen Ebenen muss Vertragsfreiheit soweit wie möglich umgesetzt werden, damit ein intensiver Wettbewerb zwischen Krankenkassen, Anbieterverbänden, einzelnen Leistungsanbietern und Medizinprodukten entsteht. Auch muss ein Wettbewerb um die besseren Ideen zur Lösung von Problemen und die besseren Angebote zugelassen werden. Der Grundsatz muss lauten, so viel Wettbewerb wie möglich und so wenig Regulierung wie nötig. Auch muss vollständige Freiheit zwischen den Vertragspartnern bestehen, die Form der Honorierung von Arzt- und Krankenhausleistungen und die Preise von Arzneimitteln und Hilfsmitteln frei auszuhandeln (vgl. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Systeme der Honorierung ärztlicher Leistungen und ihre Allokationswirkungen, Tübingen: Mohr/Siebeck 1982).

In diesem Zusammenhang wird häufig – übrigens von links und rechts – eine Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgeschlagen. Dabei wird übersehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre vielfältigen Aufgaben - beginnend mit der Erteilung der Lizenz zur Ausübung der Tätigkeit eines Vertragsarztes, über die Verhandlung von Gesamtvergütungen als auch die Verteilung der Honorarsumme – auch und gerade zum Wohle der Krankenkassen und ihrer Versicherten wahrgenommen haben. Deswegen wird nicht für eine Abschaffung sondern für eine Neuorientierung der Kassenärztlichen Vereinigungen plädiert. Zur Förderung von Wettbewerb und Vertragsfreiheit werden – wie z.T. schon oben erwähnt - die staatlichen Gebührenordnungen, die Krankenhausbedarfsplanung, die duale Krankenhausfinanzierung, der Sicherstellungsauftrag, die Pflichtversicherungsgrenze, der Arbeitgeberzuschuss, die diversen Preisregulierungen, die Verbote zu Neugründungen von Krankenkassen und die Vorschriften für die Organisation der Selbstverwaltung abgeschafft.

Nachsorge: Die Entwicklung einer Marktordnung für den Bereich der Gesundheitsleistungen und des Krankenversicherungsmarktes unter Einbeziehung aller Anbieter (gesetzliche wie private Krankenversicherer) ist eine Aufgabe, die nicht auf einen Schlag vollzogen und umgesetzt werden kann. Auch die Neuorientierung der Kassenärztlichen Vereinigungen in einem System mit Vertragsfreiheit bedarf einer sorgsamten Analyse und Überwachung. Diese Aufgabe ist von der Regierung zu organisieren, wobei der Sachverstand von Ökonomen und von Wettbewerbsspezialisten genutzt werden muss.

3. Zusammenlegung komplementärer Sozialversicherungen

Anamnese: Trotz der schrittweisen Überführung der verschiedenen Gesetze und großen Teilen der Reichsversicherungsordnung in die Sozialgesetzbücher ist ein unübersichtlicher Verhauf an Gesetzen entstanden, die das Gesundheitswesen regulieren. Das GMG beinhaltet allein die Änderung von 35 Einzelgesetzen.

Diagnose: Die Systeme der Sozialen Sicherung sind z.T. nicht gut aufeinander abgestimmt. Verschwendung, Koordinationsaufwand, Abgrenzungsschwierigkeiten und bürokratischer Aufwand und Verunsicherung der Betroffenen aufgrund von Inkonsistenzen sind die Folge. Zum Teil werden auch gleiche Gesundheitsleistungen von verschiedenen Sozialversicherern unterschiedlich entlohnt. Dies gilt insbesondere in der Zusammenwirkung der Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung.

Therapie: Die Kranken- und Pflegeversicherung werden zusammengelegt. Außerdem werden die Leistungen der Unfallversicherung für medizinische Versorgung in die Kranken/Pflegeversicherung integriert. Konkret bedeutet das die Zusammenlegung der Sozialgesetzbücher V und XI und die

Integration von SGB VII, §§ 27 bis 34. Jeder Versicherer – auch die privaten Krankenversicherer, die Verträge im Rahmen der Versicherungspflicht anbieten - hat seinen Versicherten eine integrierte Kranken/Pflege/Unfallversicherung anzubieten.

Nachsorge: Um das Regelungswerk der neu geschaffenen Kranken/Pflege/Unfallversicherung übersichtlich und auf das Notwendige beschränkt zu halten, erhält eine Kommission bestehend aus Sozialrechtlern, Sozialrichtern und Wissenschaftlern den Auftrag, das Sozialgesetzbuch ständig dahingehend zu überprüfen, wie es vereinfacht und klarer gestaltet werden kann.

4. Klare Regelungen der Kompetenzen, der Finanzierung und der Institutionen

Anamnese: Da – wie der Sozialrechtler Schnapp es formuliert - der Gesetzgeber es verlernt hat, in die Gesetze das rein zuschreiben, was er will, müssen häufig erst Sozialgerichte klären wie denn einzelne Paragraphen zu deuten sind. Nach vielen Jahren, wenn die Verfahren durch die Instanzen dann gewandert sind und häufig die Paragraphen längst revidiert sind, wird dann höchstrichterlich festgelegt, was der Gesetzgeber eigentlich gemeint hat. Ein Beispiel ist das Psychotherapeutengesetz, das zwar vorschreibt, dass die Psychotherapeuten nun Teil der kassenärztlichen Versorgung sind, aber nicht daraus hervorgeht, wer denn nun für deren Leistungen zu bezahlen hat, die Kassen die Kassenärztlichen Vereinigung oder beide (der Gesetzgeber hatte einen Mindestpunktwert vorgeschrieben, nicht aber genau gesagt, wer die Stützung des Punktwertes zu finanzieren hat). Gute Gedanken in Gesetze gegossen, werden deshalb auch gar nicht erst umgesetzt. Leichen pflastern den Weg der Gesundheitspolitik. Zu denken sind an das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips von 2002 sowie die § 63 ff (Modellvorhaben), § 65a (Hausarztbonus), § 65 b (Stärkung der Beratung), § 73a (Strukturverträge) und §§ 140 a ff SGB V (Integrierte Versorgung). Diese viel gepriesenen Reformvorhaben stellten sich genauso als Flop heraus, wie es die Disease Management Programmen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs wahrscheinlich sein werden.

Diagnose: Die handwerklichen Qualität vieler Gesetze und Verordnungen ist mangelhaft. Zudem erzeugen sie eine große Rechtsunsicherheit und lassen Klarheit und Transparenz vermissen. Beispiele sind die Vorschriften im GMG zu der Ausnahme chronisch Kranker von der Zuzahlungspflicht, zur Belastungsgrenze und zu den Festbetragsgruppen für patentgeschützte Arzneimittel. Auch besteht im bundesdeutschen Gesundheitswesen ein Kompetenzwirrwarr – nicht nur zwischen den Sozialversicherungsträgern – aber auch zwischen den staatlichen Institutionen. So wird beispielsweise ein PKV-Unternehmen von einer anderen Aufsichtsbehörde überwacht (BAFin), wie eine Ersatzkasse (BVA) und diese wiederum von einer anderen Behörde wie eine Ortskrankenkasse (Landessozialministerium). Die Aufsichtsbehörden geben Direktiven – die sich nicht nur untereinander differieren – sondern auch noch den Gesetzesinterpretationen des Bundessozialministeriums widersprechen. Dies ist z.B. bei der Anwendung der Bonusregelung, der Erlassung von Selbstbeteiligungen, der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes und Gesetzes zum Wohnortprinzip geschehen.

Therapie: Bei der Formulierung von Gesetzen sollte der Gesetzgeber die Standards anwenden, die er im Arzneimittelgesetz als „drei Hürden für die Arzneimittelzulassung“ vorgeschrieben hat: Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit.

Die derzeitige Flut von Gesetzen verwirrt und verunsichert nicht nur die Betroffenen sondern führt auch zu einer mangelhaften Qualität. Dabei ist bei der Begründung der erlassenen Vorschriften die

Wirksamkeit nachzuweisen. Bei Arzneimitteln wird diese durch empirische Studien (klinische Studien) festgestellt. Der Gesetzgeber operiert hingegen mit Absichtserklärungen und nicht belegten Hypothesen. So verwundert es auch nicht, dass es wohl ebenso viele Kostendämpfungsgesetze gibt, nach denen die Ausgaben der Krankenkassen stiegen, wie solche, nach denen sie fielen. Außerdem passen sich Menschen, Unternehmen und Institutionen an neue regulative Rahmen sehr schnell an, so dass auch der Gesetzgeber immer analysieren muss, welche Sekundärwirkungen von neuen Regulierungen ausgehen. Ein Gesetz muss auf seine Nebenwirkungen hin überprüft werden. Der Risikostrukturausgleich zum Beispiel hat nicht eben den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erhöht, sondern allen deutlich gemacht, dass der der am lautesten schreit, eine Reform des gesetzlichen Rahmens zu seinen Gunsten erreicht.

Nachsorge: Jedes Gesetz muss in seinen Wirkungen und Nebenwirkungen evaluiert werden. Der Evaluationsbericht muss veröffentlicht werden. Geschieht dies nicht, verliert ein Gesetz nach drei Jahren automatisch seine Gültigkeit.

5. Selbstbeteiligung auf alle Versicherungsleistungen

Anamnese: Ein großer Teil der Ausweitung der Ausgaben und des gedankenlosen Umgang mit den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen liegt daran, dass die Menschen Gesundheitsleistungen zum Nulltarif erhalten.

Diagnose: Um den Wert von Gesundheitsleistungen für den Bürger zu verdeutlichen, muss er an den Kosten dieser Leistungen beteiligt werden. Die ökonomische Theorie lehrt, dass bei gleicher monetärer Belastung der Versicherten, eine proportionale Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten wirkungsvoller ist, die Effizienz des Mitteleinsatzes zu erhöhen, als pauschale Gebühren oder nur auf einzelne Leistungsgruppen beschränkte Selbstbeteiligungen (führen zu Substitutionseffekten). Noch besser wirkt ein Indemnitätsstarif, der aber relativ schwierig zu vermitteln ist. Empirische Untersuchungen zeigen eindrucksvoll, dass Selbstbeteiligungen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nachhaltig einschränken und ein wirkungsvolles Mittel gegen die sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage der Leistungserbringung sind. Analysen lassen vermuten, dass eine 10 %ige Selbstbeteiligung die Ausgaben der Krankenversicherung um 19 % senkt: 10 % aufgrund der Selbstbeteiligung selbst und 9 % aufgrund der Nachfragereduktion. In eindrucksvollen ökonomischen Untersuchungen ist belegt worden, dass Selbstbeteiligungen den Effizienten Einsatz der knappen Ressourcen, die intergenerative Ungerechtigkeit, die regionale Ungleichverteilung von Gesundheitsleistungsanbietern und die angebotsinduzierte Nachfrage verbessern (vgl. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Selbstbeteiligung, Tübingen: Mohr/Siebeck 1987).

Therapie: Es wird eine 15 %-ige Selbstbeteiligung auf alle Gesundheitsleistungen im Leistungskatalog von Krankenversicherung eingeführt. Die Vielzahl der derzeit geltenden Selbstbeteiligungsregelungen und Ausnahmetatbeständen wird gleichzeitig abgeschafft. Die Selbstbeteiligungszahlungen, die ein Versicherter im Laufe eines Jahres zu tätigen hat, werden auf einen individuellen maximalen Geldbetrag beschränkt. Hier wird ein 13tel des Prokopfamilieneinkommen (Gesamteinkommen der Familie aus allen Einkunftsarten geteilt durch die Zahl der davon lebenden Familienangehörigen) vorgeschlagen.

Nachsorge: Im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation werden die ökonomischen, sozialen, distributiven und medizinischen Wirkungen der Regelung untersucht und ggf. Anpassungen des Satzes und des Maximalbetrages vorgeschlagen. Dies ist notwendig, da sowohl der Selbstbeteiligungssatz als auch der Maximalbetrag geprüfte Größen sind.

6. Definition eines Mindestleistungskatalogs

Anamnese: Seit Jahren wird eine Begrenzung und Neudefinition des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Angesichts der Vorgaben des Sozialgesetzbuches, dass Leistungen und die Bezahlung der Leistungen den Kriterien der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit, medizinischen Wirksamkeit und dem Primat der Beitragssatzstabilität zu genügen haben, schien es bislang nicht möglich, abzugrenzen, was Teil der Leistungen im Rahmen der Versicherungspflicht und der eigenen Vorsorge vorbehalten sein sollte. Auch der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (seit 1.1.2004 Gemeinsamer Bundesausschuss) konnte in der Vergangenheit diese Aufgabe angesichts der gesetzlichen Vorgaben und der bestehenden Interessenunterschiede aller Beteiligten nicht befriedigend lösen.

Therapie: Für den Bereich der Versicherungspflicht wird ein Katalog von Leistungen gesetzlich definiert, der von den Krankenkassen abzüglich der Selbstbeteiligungen zu erbringen sind. Dieser Katalog entspricht weitgehend dem derzeitigen Leistungskatalog der gesetzlichen Kranken-, Pflege und Unfallversicherung. Ausgenommen werden jedoch die zahnärztlichen Behandlungen und der Zahnersatz, Krankengeld, Sterbegeld und Leistungen, die in einer Negativliste festgehalten werden. Über den Pflichtleistungskatalog hinaus können Krankenversicherer zusätzliche Leistungen anbieten oder die Gewährung von bestimmten Leistungen an Bedingungen knüpfen, wie z.B. die Inanspruchnahme von Leistungen von bestimmten Leistungserbringern oder der Teilnahme an einem Disease Management Programm (vgl. zur Bewertung medizinischer Leistungen J.-Matthias Graf von der Schulenburg / Wolfgang Greiner, Gesundheitsökonomie, Mohr/Siebeck 1999).

Nachsorge: Es wird ein Institut zur Definition des Pflichtleistungskatalogs eingerichtet. Träger des Institutes sind alle Krankenversicherer, die Verträge im Rahmen der Versicherungspflicht anbieten. Erstattet werden nur ärztliche Leistungen und Arzneimittel, die durch ein Institut als genügend wirksam und wirtschaftlich eingestuft worden sind. Hierzu sind Health Technology Assessment und ökonomische Evaluationsstudien zu erstellen. Alle im Rahmen dieser Evaluationen gesammelten Erkenntnisse sind in einer nationalen Datenbank festzuhalten.

7. Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages

Anamnese: Die steigenden Beiträge zur Krankenversicherung führen automatisch zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten der Unternehmen und damit zu einer Schwächung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Unternehmen. Die unterschiedliche Behandlung der Angestellten und Arbeiter sowie der Beamten und Selbstständigen wird kritisiert als auch das alleinige Heranziehen des Einkommens aus unselbstständiger Arbeit zur Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Therapie: Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung wird abgeschafft. Die unselbstständig Beschäftigten erhalten eine Lohnerhöhung in Höhe der Hälfte der durchschnittlichen Beiträge der

Krankenversicherer. Beamte und Pensionäre erhalten eine Erhöhung der Bezüge um die durchschnittliche Höhe der bisher gezahlten Beihilfe.

Nachsorge: Das Problem gilt als dauerhaft gelöst. Zu beachten ist, da sich die Lohnspreizung verringert, da die Lohnerhöhung in den unteren Einkommensbereichen höher ist als in oberen.

8. Finanzierung der Krankenversicherer: Fixbeiträge und partielle Kapitaldeckung

Anamnese: Die Einkommensabhängigkeit der Krankenkassen hat in der Vergangenheit eine Vielzahl von Problemen erzeugt, wie zum Beispiel die Unmöglichkeit eines Kassenwettbewerbs bei Fehlen eines administrativ sehr aufwendigen Risikostrukturausgleichs.

Diagnose: Die umlagefinanzierte Krankenversicherung läuft in eine demographische Falle, da die starken Geburtenjahrgänge der 60er Jahre nicht genügend Nachkommen haben. Dies führt nicht nur bei unverändertem Leistungskatalog zu inakzeptabel ansteigenden Beitragssätzen sondern auch zu intergenerativen Ungerechtigkeiten.

Therapie: Die Beiträge zur Krankenversicherung sind in € zu definieren. Die Krankenversicherer können die Beiträge nach Geschlecht, Alter, Eintrittsalter, Zugehörigkeit zur Krankenversicherung und dem angebotenen Versicherungsleistungskatalog differenzieren. Dieses Konzept wird auch derzeit unter dem Begriff Kopfpauschale oder Schweizer Modell diskutiert. Die Beiträge sind so zu kalkulieren, dass sich ein Kapitalstock bildet. Dafür wird vorgeschrieben, dass die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherer um 5 % jedes Jahr geringer sein müssen als deren Einnahmen, so dass sich sukzessive ein Kapitalstock bildet, der durch seine Verzinsung zur Finanzierung beiträgt. Es ist intendiert, dass vor allem die „Baby Boomer“ zur Finanzierung des Kapitalstocks beitragen, da sie derzeit noch in der Mitte des Arbeitslebens stehen aber in 20 Jahren die Rentnerquote extrem anheben werden.

Nachsorge: In Zukunft werden alle Krankenversicherer von einer gemeinsamen Abteilung des Bundesaufsichtsamtes für Finanzdienstleistungen und des Bundesversicherungsamt beaufsichtigt, die auch die Prämien-/Beitragsberechnung und Entwicklung überwacht. Auch überwacht sie die Einhaltung der Leistungspflicht der Versicherer und die Einhaltung des Kontrahierungszwanges sowie die Kapitalbildung und die Kapitalanlagenpolitik (wie es derzeit schon bei der PKV der Fall ist). Zu einem späteren Zeitpunkt kann das Informationssystem über die geleisteten Krankenkassenbeiträge und von der Krankenkasse bezahlten Leistungen zu einem MediSave Programm à la Singapur ausgebaut werden. Wer mit seinen Ausgaben sorgsam umgegangen ist, erhält einen Bonus.

9. Finanzierung der Beiträge von Personen mit niedrigem Einkommen oder Vermögen

Anamnese: Unselbstständig Beschäftigte mit niedrigem Einkommen sowie Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose und Auszubildende werden durch die derzeitigen einkommensabhängigen Beiträge unterstützt. Sie werden durch die Umstellung auf feste Beiträge zusätzlich belastet. Es muss aber sichergestellt sein, dass jeder sich den vorgeschriebenen Versicherungsschutz leisten kann.

Therapie: Wer ein Prokopfamilieneinkommen (Gesamteinkommen der Familie aus allen Einkunftsarten geteilt durch die Zahl der davon lebenden Familienangehörigen) hat, das geringer ist, als ein gesetzlich festgelegter Betrag kann unter Vorlage entsprechender Unterlagen bei seiner

Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme eines Teils der Krankenversicherungsbeiträge stellen. Die Zuschüsse werden über eine Umlage aller Krankenversicherer finanziert, die wiederum durch fixe Zahlungen pro Versicherungsnehmer finanziert werden. Dadurch wird vermieden, dass der Steuerzahler mit der Unterstützung der Bedürftigen belastet wird und die Staatsquote und die Belastung der öffentlichen Haushalte weiter steigen. Die Krankenkassenbeiträge und –prämien bestehen somit aus drei kalkulatorischen Teilen: einem fixen Geldbetrag zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen, einem Zuschlag für die Verwaltung und Reservebildung des Krankenversicherers und einem fixen Zuschlag, der in den Fonds zur Finanzierung der Unterstützungen der Bedürftigen dient. Außerdem wird der Risikostrukturausgleich abgeschafft, da er den Wettbewerb einschränkt.

Nachsorge: Es ist vom Bundesversicherungsamt das Abgabe- und Verteilungssystem zu überwachen. Der Gesetzgeber hat die Aufgabe die Einkommensgrenze festzulegen und fortzuentwickeln, ab der das Kriterium der Bedürftigkeit gilt.

10. Schaffung von Transparenz

Anamnese: Versicherte und Patienten haben geringe Informationen über die sie betreffenden finanziellen und medizinischen Fakten. Unabhängig von den Steuerungswirkungen eines erhöhten Informationsstandes gehört es zu den Elementen eines modernen demokratischen und marktwirtschaftlichen Rechtsstaats, dass der Bürger über die ihn betreffenden Angelegenheiten ausreichende Informationen erhält.

Therapie: Der Versicherte erhält jedes Jahr einen Kontoauszug auf dem verzeichnet ist, wie viel er in seinem Leben an Krankenkassenbeiträgen bezahlt hat und wie viel die Krankenkasse für seine Gesundheitsleistungen aufgewendet hat.

Nachsorge: Außerdem wird ein umfassendes Informationssystem über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten aufgebaut. Anders als das geplante Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139 SGB V) soll diese Institution nicht dazu dienen Leitlinien aufzustellen und den Leistungskatalog der Krankenversicherer zu definieren, sondern eine wirklich Beratungsstelle für die Versicherten darstellen (analog der Stiftung Warentest). Dabei werden auch Informationen über Krankenversicherer gesammelt und ausgewertet.

Soweit die Leuchttürme, die den Weg zeigen. Neben Leuchttürmen brauchen wir auch Eisbrecher, die uns den Weg bahnen. Auch hieran fehlt es in Deutschland - aber das ist eine andere Geschichte.