

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Henke, Klaus-Dirk

Working Paper

Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze

Diskussionspapiere // Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, No. 2004/2

Provided in cooperation with:

Technische Universität Berlin

Suggested citation: Henke, Klaus-Dirk (2004) : Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze, Diskussionspapiere // Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, No. 2004/2, <http://hdl.handle.net/10419/36424>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen> nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

Was ist uns die Gesundheit wert?

Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze

Klaus-Dirk Henke, TU Berlin, 21. Februar 2004

Summary

“Who pays what and to whom”? this is one of the central questions in the German health care system. This question must be answered to guarantee a sustainable system of financing. Taxes, social security contributions, health insurance premiums, co-payments, and out-of-pocket-expenditures are internationally under review. The process of spending these resources in order to pay health care services needs not only a solid analysis but a major reform as well.

The basis of this article is a new framework including a minimum insurance obligation (basis health care for all) with freedom to choose between different health insurances and benefit structures and through different service packages. The minimum insurance obligation includes more competition within the production of health services, a decoupling of contributions from the wage bill and the build-up of more capital.

Innovations in financing, providing and reimbursing health care services are indispensable for a cost-effective health insurance and health care provision that meet the needs of the population.

Einleitung und Zusammenfassung

„Wer bezahlt was und an wen“? – dies ist eine zentrale Frage im deutschen Gesundheitswesen. Sie muss beantwortet werden, wenn durch zukünftige Reformen eine dauerhafte Finanzierung gewährleistet werden soll. Die Mittelaufbringung, sei es über Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Krankenversicherungsprämien, durch Selbstbeteiligung oder direkt aus den Konsumausgaben, steht auch im internationalen Zusammenhang zur Diskussion. Dabei zeigt sich, dass die Verwendung dieser Mittel für die Bezahlung und Vergütung der ambulant oder stationär erbrachten Gesundheitsleistungen ebenfalls reformbedürftig ist.

Grundlage dieses Beitrags ist die Forderung nach einer Mindestversicherungspflicht für alle bei einer weitgehenden Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Krankenversicherungen und Leistungspaketen. Diese Forderung ist verbunden mit einer neuen Anbieterpluralität und Versicherungsstruktur für die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos.

Dieser Vorschlag stützt sich auf drei Hauptelemente: Mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung, die Abkoppelung der Beiträge von den Lohnkosten und mehr Kapitalbildung. Innovative Finanzierungs-, Leistungs- und Vergütungsregeln sind unabdingbar für die erwünschte kostengünstige und bedarfsgerechte Krankenversorgung und die Gesundheitsförderung der Bevölkerung.

Ausgangslage: Unverminderter Reformdruck

Was ist uns die Gesundheit wert? Auf diese Frage wird die Standardantwort lauten: Das kommt ganz darauf an und hängt von verschiedenen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren ab. Beantwortet man die Frage aus individueller Sicht, so wird die Antwort sicherlich vom jeweiligen Gesundheitszustand bestimmt. Einerseits ist die Zahlungsbereitschaft bei einer schweren Erkrankung sehr hoch. Unter dem Motto „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ wird der Kranke mit seinen Angehörigen alle seine Ressourcen für die Heilung seiner Krankheit und die Wiederherstellung der Gesundheit einsetzen. Die individuellen Ansprüche an die medizinische Versorgung, die Hoffnung auf einen raschen medizinischen Fortschritt aber auch die Forderung nach Übernahme der Kosten durch die Krankenversicherung oder die Gesellschaft stehen einzig und allein im Vordergrund. Andererseits zeigt ein Blick auf die Menschen, die nicht krank sind, und das ist die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung, wie wenig sie den Wert der Gesundheit im normalen Alltag schätzen. Prävention und gesundes Verhalten stehen in aller Regel nicht im Vordergrund. Rauchen, Übergewicht, Alkoholkonsum und ein riskanter Lebensstil gehören zur Realität des alltäglichen Lebens. Der Wert der Gesundheit wird also von gesunden und kranken Menschen ganz unterschiedlich wahrgenommen. Das gesunde Individuum unterschätzt in aller Regel die Risiken von Krankheit und die zukünftig zu erwartenden Leistungen bei Krankheit.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht fällt die Antwort auf die Frage, was uns die Gesundheit wert ist, ebenfalls nicht leicht. Es gibt keine praktikable wissenschaftlich ableitbare optimale Gesundheitsquote. In der gesundheitspolitischen Diskussion stehen Begriffe wie der Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt, die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Versicherten, die Höhe der Beitragssätze oder Prämienzahlungen im Vordergrund, und es wird über steigende Gesundheitsausgaben geklagt. Aber ein Konsens über die wünschenswerte Höhe ist nicht absehbar.

Aus ökonomischer Sicht lässt sich lediglich fordern, dass die Gesundheitsausgaben so eingesetzt werden sollen, dass mit ihnen ein möglichst hoher Ertrag erzielt wird (Börsch-Supan, 2004; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2000/2001; Institut für Weltwirtschaft, 2003). Dieses Ziel kann zwar über die

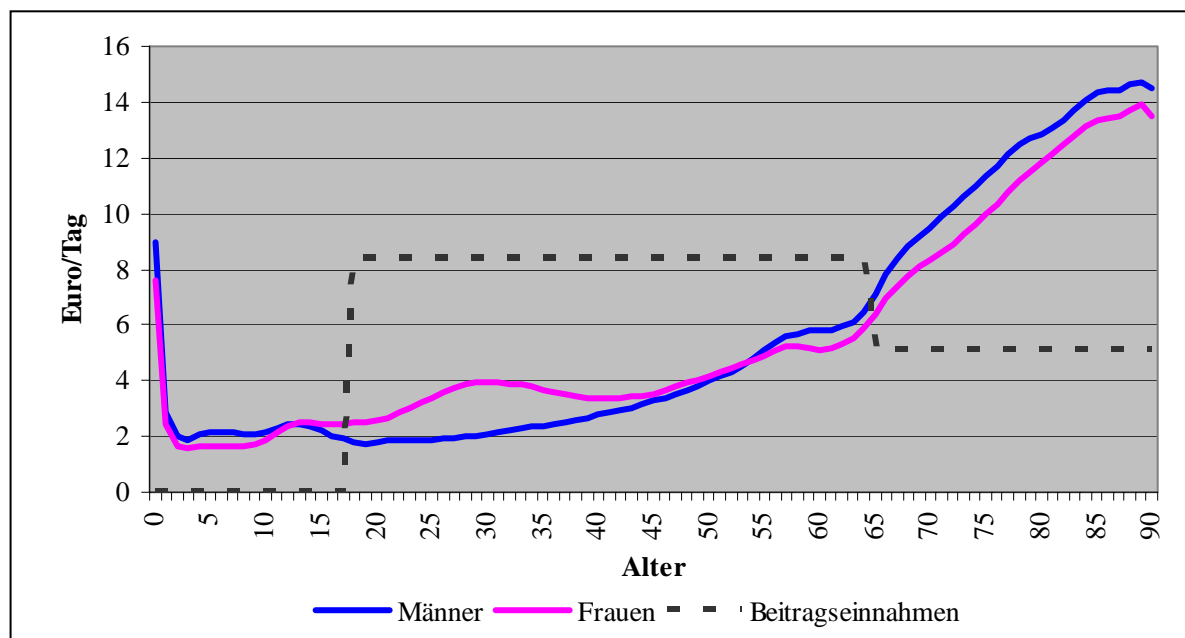
Indikatoren einer zu vermeidenden Mortalität und Morbidität sowie die Steigerung der Lebensqualität in der Bevölkerung konkretisiert werden. Die praktische Umsetzung scheitert aber solange bis nicht festgelegt wird, um den Wert wessen Leben es bei der Beantwortung der aufgeworfenen Themenfrage gehen soll (Henke, 1993). Schon ein flüchtiger Blick über die Grenzen der Industrienationen zeigt die schichtenspezifischen Unterschiede im Gesundheitsstand und macht deutlich, dass bei der Allokation der Ressourcen die Erträge der Gesundheitsausgaben höchst unterschiedlich ausfallen können. Beschränkt man sich im folgenden auf die hoch entwickelten Volkswirtschaften mit ihren Gesundheitssystemen, so geht es bei der Suche nach einer ersten Antwort auf die Themenfrage aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht um einen Ordnungsrahmen, um institutionelle Strukturen, um eine dauerhafte Finanzierung und um Anreize, die eine wirtschaftliche, präferenzen- und bedarfsgerechte Krankenversorgung der Bevölkerung ermöglichen und nachhaltig sicherstellen. Zu dieser wünschenswerten Situation gehören auch und zunehmend mehr Prävention und eine intensive Gesundheitsförderung. Dieses übergreifende Ziel einer Gesundheitspolitik reicht allerdings nicht aus, um die Frage nach dem Wert der Gesundheit aus individueller und gesellschaftlicher Sicht und um die drängenden Zukunftsfragen auf diesem Gebiet zu beantworten. Dazu gilt es die vielfältigen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu thematisieren und dann nach Lösungsansätzen zu suchen.

Mit dem Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 1. Januar 2004 wurde im Rahmen einer Großen Koalition mehr Mitsprache der Patienten, mehr Qualität und mehr Effizienz im Gesundheitswesen zu Recht nicht nur gefordert sondern auch umgesetzt. Patientenquittungen und die elektronische Gesundheitsakte, der Versichertenbonus und das Hausarztssystem, integrierte Versorgung durch medizinische Versorgungszentren und ambulante Behandlung im Krankenhaus, neue Festbetragsregeln und Versandhandel bei Arzneimitteln, neue Honorare für Apotheker und Versandhandel, feste Preise für rezeptfreie Produkte, neue Zuzahlungsregeln und bessere Vertretung der Patienten, mehr Vorsorge und Früherkennung sollen die drängendsten Probleme lösen. Zielsetzung dieser Maßnahmen ist es, die Beiträge zu senken, die Ausgaben zu bremsen und den Wettbewerb zu entfachen. Trotz oder gerade wegen all dieser Einzelschritte ist die nächste Gesundheitsreform bereits vorprogrammiert.

Die Politik versucht, mit immer neuen Gesetzen das Gesundheitssystem zu steuern und die politisch gewünschte Beitragssatzstabilität zu verwirklichen. Dadurch werden die Eingriffsintervalle immer kürzer und die Steuerungsvielfalt und -intensität nehmen zu. Daraus allein einen Vorwurf an die Politik abzuleiten, ist zwar verbreitet und medienwirksam, reicht aber zur Erklärung nicht aus. Vielmehr liegen die Reformschwierigkeiten in der über lange Zeiträume gewachsenen Überkomplexität von Systemen begründet (Nullmeider, 2004). Vielleicht ist das „Durchwurschteln auf hohem Niveau“ die einzig erreichbare Rationalität in einem Gesundheitssystem, das sicherlich an Intransparenz der Rentenversicherung und dem Steuersystem in nichts nachsteht (Voigt und Wagner, 2000).

Drängende Zukunftsfragen wie die reformbedürftige Finanzierung der Gesundheitsausgaben angesichts der bestehenden demographischen Herausforderung wurden erst durch die Vorschläge der Rürup- und der Herzog-Kommission sehr spät in die politische Diskussion gebracht (Rürup-Kommission, 2003 und Herzog-Kommission, 2003).

Abbildung 1: Standardisierte Leistungsausgaben Bund 2002, ohne Erwerbsminderungsrentner

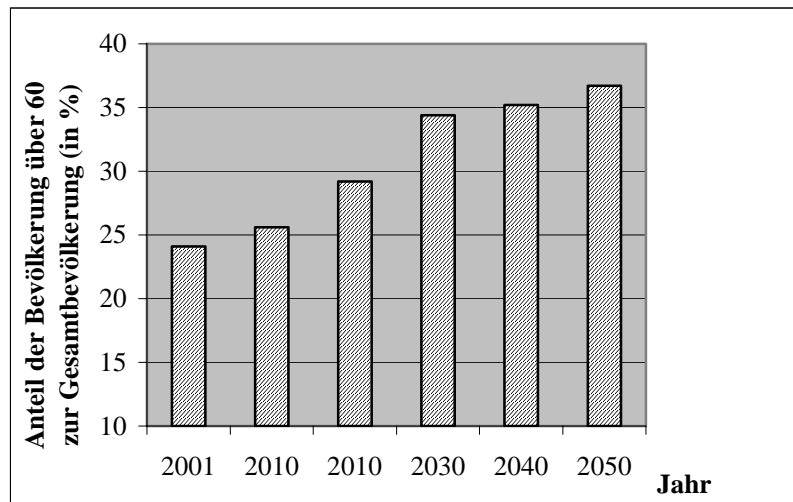


Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Bundesversicherungsamt 2003 und Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit 2003.

Aus der Abbildung 1 sind die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben deutlich zu erkennen und diese Situation wird sich in der absehbaren Zukunft eher noch verschärfen. Mit Ausnahme des „Babybauches“ beim Verlauf der Kurve der Gesundheitsausgaben für Frauen, laufen die Ausgaben im Vergleich von Männern und Frauen nahezu parallel und fallen erst ganz am Ende des Lebens wieder ab. Im Durchschnitt sind die Ausgaben der über 60-jährigen dreimal so hoch wie im Durchschnitt die der erwerbstätigen Personen zwischen 20 und 60 Jahren. Nimmt man die Beitragseinnahmen – schematisch der aktiven Erwerbsbevölkerung und den Rentners zugeordnet - in der Betrachtung dazu, zeigt sich die erwartete gegenläufige Entwicklung. Angesichts des steigenden Altenanteils werden im bestehenden Umlageverfahren immer weniger Erwerbstätige die Beiträge entrichten können, die im Generationenvertrag alter Art normalerweise hätten aufgebracht werden müssen. Übernahme die Gesetzliche Rentenversicherung den mit dem Eintritt in den Ruhestand entfallenden Arbeitgeberbeitrag nicht, lägen die Beiträge der Personen über 60 noch niedriger als ohnehin. Der demographische Wandel mit der weiter zunehmenden Lebenserwartung und einem hoffentlich gesunden Altern, dem anhaltenden Geburtenrückgang und der rückläufigen Gesamtbevölkerung sucht dringend nach einer Antwort.

Durch die demographische Herausforderung und die zunehmende Lastenverschiebung zwischen den Generationen wird eine Diskussion der intergenerativen Gerechtigkeit mit jedem Jahr zwingender. Die Anzahl der Menschen, denen Deutschland den Wiederaufbau nach dem zweiten Weltkrieg verdankt und die sich über zusätzliche finanzielle Lasten im Alter zu Recht beklagen würden, nimmt ab. Im Gegensatz dazu verstärkt sich die Belastung der jüngeren Bevölkerung, was sich in der Erhöhung des Altersquotienten widerspiegelt (siehe. Abb. 2). Eine Neudefinition der intergenerativen Lastenverteilung kann sich aber nicht nur auf das geforderte Wahlrecht für Kinder beschränken (von der Schulenburg, 1991), sondern muss auch neue Finanzierungsformen umfassen.

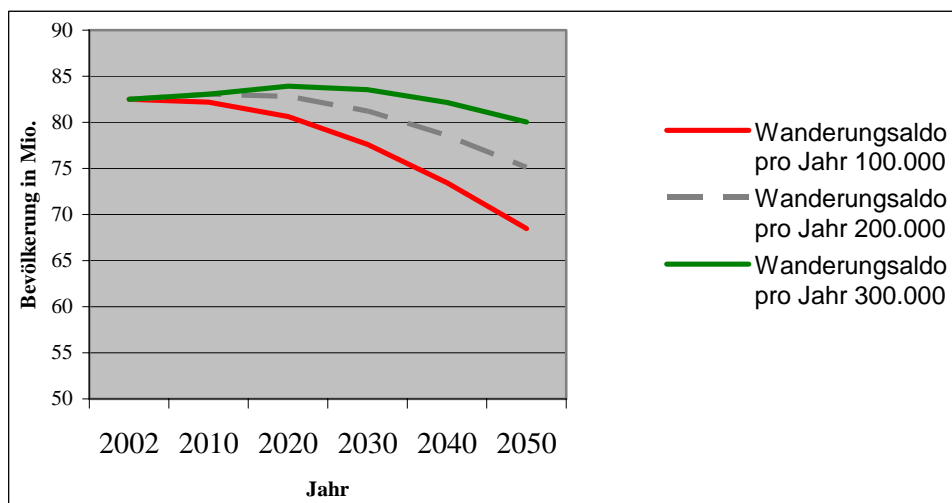
Abbildung 2: Entwicklung des Altersquotienten bis zum Jahre 2050, (bei einer mittleren Lebenserwartung und einem Wanderungssaldo von 200.000)



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2003.

Zu wenig wird bisher thematisiert, was im Zusammenhang mit der demographischen Herausforderung die in Abbildung 3 ersichtliche rückläufige Gesamtbevölkerung bedeutet. Einer zunehmenden Zahl alter Menschen stehen immer weniger Arbeitskräfte und damit Beitragszahler gegenüber. Der drohende Produktionsausfall, weniger Wachstum und ein sinkendes Innovationspotential können nur durch eine höhere Erwerbsbeteiligung, eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit und eine höhere Arbeitsproduktivität aufgefangen werden (World Economic Forum, 2004).

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2003.

Ein weiteres und völlig anders geartetes Problem in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung liegt in der Dichotomie zwischen nationalem Sozialrecht und der Freizügigkeit im Europäischen Binnenmarkt mit seinen vier Grundfreiheiten und dem Europäischen Wettbewerbsrecht (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, 2000; Steinmeyer, 2000 sowie Mossialos und McKee, 2002). Der „Reformdruck von oben“ gehörte nicht zu den Untersuchungsaufgaben der beiden genannten Kommissionen, d.h. er wird politisch noch gar nicht wahrgenommen. Aufgrund zahlreicher Urteile des EuGH gilt das sog. Territorialprinzip im Europäischen Binnenmarkt aber nur noch eingeschränkt. Über die Europäisierung des Sozialrechts wird in der Gesundheitspolitik zu wenig diskutiert, obwohl die gemeinschaftsrechtlichen Regelungen zu mehr Koordinierung und Konvergenz führen werden (Pitschas, 2002; Schulte, 2001a; Schulte, 2001b; von Maydell, 1998; Schulte, 2000; Henke, 2003; Henke, 2002; Henke und Schaub, 1998; Schaub, 2001; Marhold, 2001). Eng mit der europäischen Herausforderung verbunden ist die Zukunft der stationären Versorgung mit ihren Überkapazitäten, der dualen Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausbedarfsplanung. Wenn mehr und mehr kommunale Häuser zum Verkauf anstehen und das Europäische Beihilferecht die Steuerfinanzierten Krankenhausinvestitionen als Subventionen auslegt, kommt auch diese Thematik zumindest auf die Tagesordnung einer europäischen Gesundheitspolitik (Kuchinke und Schubert, 2002). Fragen nach der Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern werden im Kontext des europäischen Binnenmarktes auch neu gestellt werden (Henke, Berhanu und Mackenthun, 2003).

Schließlich steht das Nebeneinander von PKV und GKV mit der sog. Friedensgrenze genauso wenig auf der politischen Agenda wie die Beitragsfreiheit von mitversicherten Familienangehörigen in der GKV und die viel beschworene Solidarität in der paritätischen Finanzierung mit ihren Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen (Grabka, Andersen, Henke und Borchardt, 2003).

Letztendlich wird das Gesundheitswesen zwar auch von der Politik als personalintensive Dienstleistungsbranche erkannt und der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt als wünschenswert eingestuft. Die Fortschritte in der Orthopädie, - man denke nur an künstliche Hüft-, Knie- und Ellenbogengelenke, die Herzschrittmacher oder die Wirbelsäulenstabilisierung -, in der Molekularbiologie und Gentechnologie, in der

Telemedizin, bei den forschenden Arzneimittelherstellern und in der Medizintechnik sind unbestritten und je nach individuellem Gesundheitsstand herbeigesehnt oder doch wünschenswert. Es bleibt aber oft ein Unterton, dass die dadurch steigenden Gesundheitsausgaben etwas Schlechtes seien und die damit verbundenen Gewinne im Gesundheitswesen unethisch. Schließlich wird der technische Fortschritt als Kostentreiber gesehen und in seiner Wertigkeit durch die geforderte Technologiefolgenabschätzung so stark relativiert bis der in Deutschland so dringlich erforderliche Technologieschub fast nur noch im Ausland stattfindet. Man denke nur an die Gentechnologie, die Arzneimittelforschung oder die Herstellung medizinisch-technischer Geräte. Im Grunde bleibt es mit der positiven Einschätzung des Gesundheitswesens als Wachstumsbranche bei einem Lippenbekenntnis. Verbandsfunktionäre und Ministerialbürokraten tragen gewollt oder ungewollt dazu bei, dass die Grundstrukturen im Gesundheitswesen erhalten bleiben. Dabei hat sich das System überlebt und braucht dringend marktwirtschaftlichere Strukturen. Auch mit dem ständigen Hinweis auf die Mobilisierung von zweifellos und immer vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven kann man das historisch gewachsene System aus ökonomischer Sicht auf Dauer nicht mehr finanzieren. Der Reformdruck ist unübersehbar und nicht nur im deutschen Gesundheitssystem anzutreffen sondern europaweit (Henke und Schreyögg, 2004).

Steuerung des Gesundheitswesens: Wirklichkeit und Anspruch

Die zahlreichen Reformen und Gesetze sowie die Unzahl an Verordnungen zeigen eindrucksvoll, dass der Staat nicht untätig ist. Seine ständigen Eingriffe belegen zum einen die schon genannte Überkomplexität dieses Zweiges der Sozialversicherung. Gleichzeitig bestätigen sie aber auch eindrucksvoll die These von der Interventionsspirale zu der immer währenden Eingriffe des Staates führen. „Ad hocery“ und die „Politik am runden Tisch“ treten an die Stelle einer Gesamtsicht (Siebert, 2004). Die Systemverantwortung geht verloren.

In der gesundheitspolitischen Diskussion werden Gegensatzpaare verwendet, die die Öffentlichkeit bewusst oder unbewusst in die Irre führen. So werden immer wieder wettbewerbliche Regelungen staatlichen Interventionen als ein Entweder-Oder gegenübergestellt. Dabei wird übersehen, dass mehr Markt und Wettbewerb stets einen starken (Ordnung-)Staat verlangen. Der Gewährleistungsstaat ist kein Leistungs-, sondern

ein Ordnungsstaat. Ähnlich sieht es mit dem Gegensatzpaar Wettbewerb und Solidarität aus; beide Begriffe werden unzureichend erläutert, so dass der Eindruck entsteht, man könne nur das eine oder das andere verwirklichen. Ein mögliches und auch sinnvolles Miteinander von Markt und Sozialem Ausgleich, also von Allokation und Distribution, wird einer politischen Öffentlichkeit als Handlungsmöglichkeit gar nicht erst erklärt (Henke und Rachold, 1998).

Fragt man bei der Steuerung im Gesundheitswesen nach den treibenden Kräften, kommen die Interessen der Beteiligten und Betroffenen ins Spiel, die eine Zielorientierte Steuerung nicht gerade erleichtern. Neben die fachlichen Rationalitäten tritt das Eigennutzstreben. Wiederwahl, Prestige, Machterhaltung, Umsatz- und Einkommensmaximierung sowie persönliche Neigungen gehören ebenfalls zu den Handlungszielen der handelnden Akteure. Fragt man nach den wichtigsten Akteuren mit ihren Zielen und Interessen, dann gehören dazu u. a.

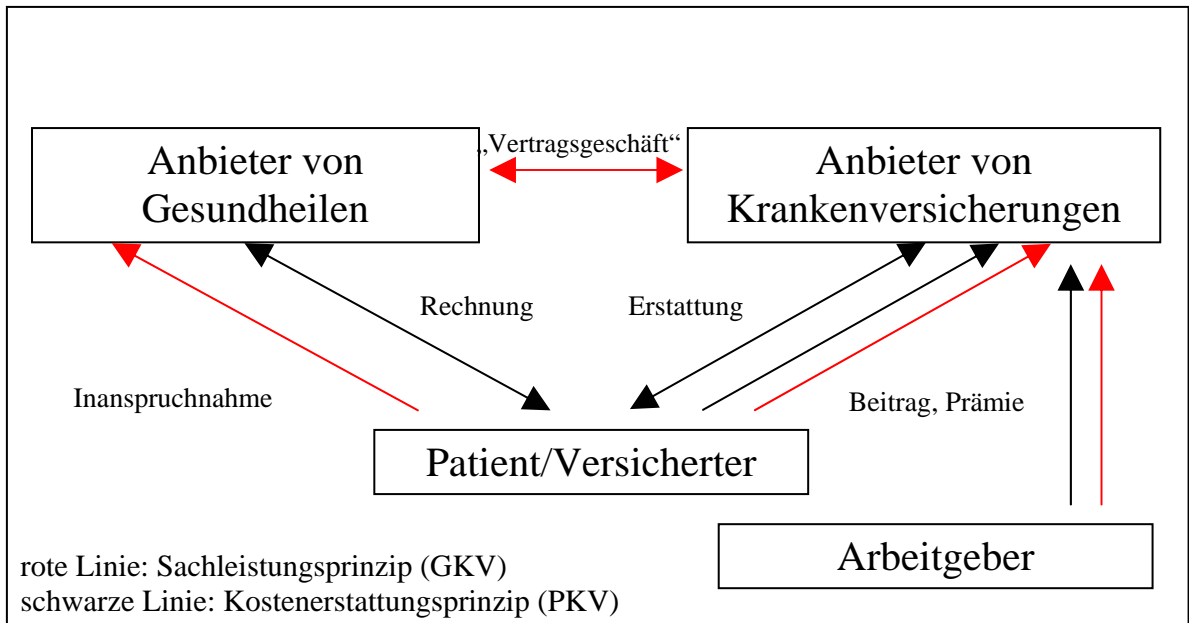
- die derzeit etwa 300 Gesetzlichen und etwa 50 Privaten Krankenversicherungen,
- die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhausärzte,
- die Träger der Krankenhäuser,
- die Pharmaindustrie,
- die Selbstverwaltung mit den dazugehörigen Aufgaben der Verbände,
- die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- die Versicherungsaufsicht, getrennt für die GKV und PKV und getrennt nach landesunmittelbaren und bundesunmittelbaren Krankenkassen,
- die Ministerialbürokratie,
- die Sachverständigenräte, Wissenschaftlichen Beiräte und Kommissionen sowie
- die Medien.

Die Schwierigkeiten bei einer Erneuerung überkommener Strukturen, bei der Einführung neuer Instrumente sowie der Entwicklung eines veränderten Ordnungsrahmens müssen vor diesem facettenreichen Hintergrund gesehen werden. Dabei treffen Forderungen wie die nach mehr Wettbewerb, mehr Solidarität, mehr Bedarfsgerechtigkeit und mehr Wirtschaftlichkeit gleichzeitig auf die Patientenversorgung, die finanzielle Absicherung des Krankheits- und Pflegerisikos, die Hersteller von Arzneimittel und medizinisch-technischen Geräten, auf die Ärzte und zahlreiche andere Heilberufe, die Apotheken, kurzum auf eine Branche, die in Deutschland knapp 300 Milliarden EURO umsetzt, also

mehr Ausgaben als der Haushalt des Bundes aufweist. Die unterschiedlichen Interessen bei der Planung und den Eingriffen zu bündeln, wird nicht oder nur durch einen neuen Ordnungsrahmen gelingen.

Um welche Steuerungsaufgaben es im Einzelnen geht, lässt sich exemplarisch der Abbildung 4 entnehmen. Dort zeigt sich an der Inanspruchnahme und Erstattung von Gesundheitsleistungen, dass die Steuerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ungleich komplexer ist als die in der Gesetzlichen Rentenversicherung (mit Ausnahme der Rehabilitationsleistungen). Nutzen und Kosten von Gesundheitsleistungen fallen bei den Konsumententscheidungen stärker auseinander als im normalen Wirtschaftsleben. Hierdurch werden vielfältige Fehlanreize im Sinne eines ex-ante- und ex-post-moral hazard auf Seiten der Leistungserbringer und Versicherten sowie Patienten ausgelöst (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, 2000). Erschwerend kommt hinzu, dass es Krankenversicherungen und Leistungsanbietern gesetzlich verboten ist zu fusionieren. Das sog. Übernahmeverbot führt dazu, dass Krankenkassen z.B. keine Ärzte einstellen dürfen. Auch ist es ihnen verboten, sich an Krankenhäusern zu beteiligen oder sie gar zu kaufen. Ein Gesundheitsnetzwerk, wie es in Abbildung 5 zu erkennen ist, lässt sich derzeit nicht aufbauen, obwohl erste Vorkehrungen dafür in Ansätzen getroffen wurden (Mühlbacher, Henke und Troschke, 2000; Mühlbacher, 2003; Mühlbacher, 2002; Mühlbacher, Berhanu und Happich, 2003). Fusionen und Übernahmen sind aber nach wie vor im Gesundheitswesen verboten, so dass die in der Abbildung 4 wiedergegebene Grundstruktur nach wie vor gilt.

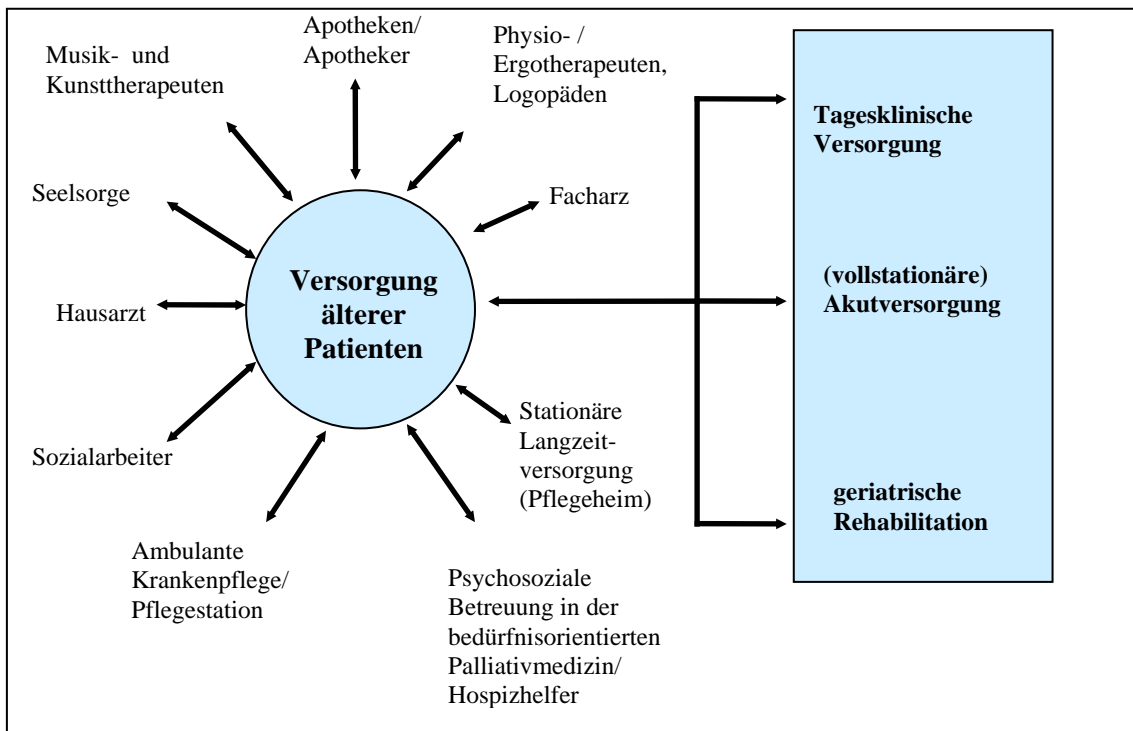
Abbildung 4: Inanspruchnahme und Kostenerstattung aus gesundheitsökonomischer Sicht



Quelle: Eigene Darstellung

Leitet man von diesen Gegebenheiten über zu einer wünschenswerten integrierten Versorgung für ältere, schwer oder chronisch erkrankte Menschen, dann lässt sich bereits aus der Abbildung 5 die Schwierigkeit von Abrechnung und Vergütung der Gesundheitsleistungen erkennen. Hinzu kommt, dass neben der Privaten und Gesetzlichen Krankenversicherung noch die Gesetzliche Pflegeversicherung und Unfallversicherung sowie die Gesetzliche Rentenversicherung im Falle von Rehabilitationsleistungen zu den Abrechnungspartnern zählen. Eine konsistente Finanzierung und Vergütung ist derzeit nicht vorstellbar (Mühlbacher, Berhanu und Happich, 2003).

Abbildung 5: Integrierte Versorgung im Alter als Beispiel



Quelle: Eigene Darstellung.

Sieht man die integrierte Versorgung einmal als ein Versorgungsnetz an, dann bedarf es hierfür nicht nur eines Budgets, sondern vor allem eines integrierenden Managements und der damit verbundenen Abrechnungsmodalitäten. Dies ist aber derzeit nicht gegeben, wenn man sich die unterschiedlichen gesetzlichen Vorschriften ansieht, denen zu Folge noch immer viele Regelungen im Leistungs- und Abrechnungsbereich nur „gemeinsam und einheitlich“ über alle Gesetzlichen Kassen abgeschlossen werden dürfen und damit jeglicher wettbewerblicher Erneuerung zuwiderlaufen. Die Finanzierung und Vergütung in den bestehenden Strukturen gleicht einem Flickenteppich (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2001). Äußere und innere Finanzierung sind zu wenig aufeinander abgestimmt. Leistungs- und Finanzierungsverantwortung fallen noch immer auseinander.

Finanzierung und Vergütung: Ein neuer Ordnungsrahmen

Eine Grundversicherungspflicht für alle mit unverzichtbarem Sozialausgleich, mit mehr Wahlmöglichkeiten und mit mehr Wettbewerb ist eine weit verbreitete Wunschvorstellung, die über eine sog. Bürgerversicherung oder eine sog. Bürger- oder Kopfpauschale

verwirklicht werden soll. Folgte man tatsächlich dem Modell einer Bürgerversicherung, würde die gesamte Bevölkerung in den bestehenden Gesetzlichen Krankenkassen zwangsversichert. Beamte und bisher privat versicherte Personen, also Freiberufler und Selbstständige sowie die freiwillig in der GKV versicherten Personen würden verpflichtet, in eine der Gesetzlichen Krankenversicherung zu gehen und ihr auf Dauer anzugehören. Die bestehende Private Krankenversicherung würde damit in existenzielle Bedrängnis geraten und auf das Geschäft mit Zusatzversicherungen verwiesen. Die paritätische Finanzierung über die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge mit der sozialen Selbstverwaltung bliebe erhalten. An der bestehenden Einkommensumverteilung und dem Familienlastenausgleich würde sich ebenfalls grundsätzlich nichts ändern (Henke, 2004; Grabka, Andersen, Henke und Borchardt, 2003; Konrad, 2003; Jacobs, 2003; Breyer, F. (2003); Kolmar, 2003; Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft, 2003; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997). Mit diesem Vorschlag verbunden ist die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, indem die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau in der GRV erhöht wird und neben Löhnen und Gehältern auch Mieterträge und Kapitaleinkünfte einbezogen werden. Im Grunde gleicht die Finanzierung in diesem Modell einer proportionalen Einkommensteuer, so dass das System zumindest psychologisch in die Nähe einer Steuerfinanzierten Krankenversorgung rückt. Wie mehr Wettbewerb in diesem System wirken soll, bleibt unklar.

Das hier vorgeschlagene Modell einer Mindestversicherungspflicht, das der Kraftfahrzeughaftpflicht-Versicherung ähnelt, arbeitet mit Bürgerpauschalen, die unabhängig sind vom Einkommen, vom Alter und vom Geschlecht (Henke, 2004; Henke, 2002; Rürup-Kommission, 2003). Dieses Modell schafft neue Versicherungsstrukturen und hebt die bestehende Dualität von PKV und GKV zugunsten einer neuen Anbieterpluralität und neuer Versicherungsstrukturen auf. Im Wettbewerb soll entschieden werden, wer welche Versicherung zu welchen Bedingungen wählt. Zu der Qualitätsgesicherten Grundversorgung tritt für alle die Möglichkeit einer individuellen Nachfrage nach weiteren Gesundheitsleistungen. Selbstbehalts- und Bonusregeln gehören genauso zu den Wettbewerbsparametern wie eine wählbare Einschränkung in der Arzt- und Krankenhauswahl. Neue Wege zu mehr Gesundheit werden zu den wichtigsten Wettbewerbsparametern. Für die Versicherungen gilt Kontrahierungszwang, d.h. jeder Bürger muss versichert werden. Gleichzeitig gilt die Möglichkeit selektiver Kontrahierung der Versicherungen mit Ärzten und Krankenhäusern, so dass Leistungs- und

Finanzierungsverantwortung in eine Hand kommen. Mit der vorgeschlagenen Bürgerpauschale bei gleichzeitiger sozialer Absicherung werden die besten Wege zu mehr Gesundheit ermittelt.

Erste Anhaltspunkte über die Höhe dieser absolut gleich hohen Gesundheitsbeiträge ergeben sich aus Tabelle 1 (Der Verfasser dankt Herrn D. Göppfarth, Bundesversicherungsamt, für die Datenzusammenstellung bzw. Berechnungen).

Tabelle 1: Leistungsausgaben in Euro je Kopf (2002)

	Ost	West	Bund
Leistungsausgaben	21.967.861.249	106.583.872.276	128.551.733.525
Zahl der Versicherten	11.929.043	58.854.102	70.783.145
Leistungsausgaben je Versicherten	1.841,54	1.810,98	1.816,13
Monatswert	153,46	150,92	151,34
Zahl der Versicherten ohne Familienangehörige unter 20	9.997.149	47.502.000	57.499.149
Leistungsausgaben je Versicherten ohne Familienangehörige unter 20	2.197,41	2.243,78	2.235,72
Monatswert	183,12	186,98	186,31
Leistungsausgaben für familienversicherte Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren	1.690.391.778,27	9.299.524.595,56	10.989.916.373,83
Leistungsausgaben (bei steuerfinanzierter Familienversicherung für Kinder und Jugendliche) je Versicherten, Monatswert	169,03	170,67	170,38

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit 2003.

Da in diesem Modell die Kinder im Rahmen der Familienleistungen beitragsfrei gestellt werden sollen (in dieser Variante werden die Ausgaben nicht vom Steuer-Transfersystem getragen, sondern von den übrigen GKV-Versicherten), läge der Beitragssatz etwas über 185 EURO monatlich, wenn aus der Zahl der Versicherten die Familienangehörigen unter 20 Jahren herausgenommen würden. Dieser Betrag ist allerdings variabel, da nicht alle Menschen bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen die gleichen Präferenzen

aufweisen werden. Eine Institution, die dem bestehenden Gemeinsamen Bundesausschuss vergleichbar ist oder besser eine neue Versicherungsaufsicht für alle Krankenversicherungen müsste die dynamische Grundsicherung für jedermann definieren und sicherstellen, dass sie auch jedermann zur Verfügung steht, wenn auch in unterschiedlicher Form. Die dadurch erzielbaren Kostenersparnisse im Wettbewerb um die Versicherungsnachfrage würden an die Versicherungsnehmer weitergegeben. Bei der Bürgerversicherung mit überwiegend einkommensabhängigen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen wird dieser alloкатive Vorteil entfallen.

In dem vorgeschlagenen Modell einer Mindestversicherungspflicht als Bürger- oder Kopfpauschale werden Versicherungsaufgaben also von den Umverteilungsaufgaben getrennt. Letztere werden über die Steuer- und Transfermechanismen des allgemeinen Fiskus erfüllt. Da der Familienlastenausgleich in diesem Modell nicht nur für die in der GKV versicherte Bevölkerung gelten soll, muss der Bund einspringen und Mittel hierfür aufbringen. Aus Tabelle 2 ergeben sich die erforderlichen Größenordnungen. Auf etwa 20 Mrd. EURO beläuft sich derzeit der Familienlastenausgleich in der GKV insgesamt. Der Anteil der unter 20jährigen, der knapp 11 Mrd. EURO beträgt, muss herausgerechnet werden, so dass die Kopfpauschale entsprechend auf etwa 170 EURO monatlich sinkt (siehe Tabelle 1). Im Vergleich zum Status Quo ergibt sich damit in der Tendenz eine finanzielle Erleichterung für die erwerbstätige und eine zusätzliche Belastung für die nicht erwerbstätige und ältere Bevölkerung.

Tabelle 2: Beitragsbedarf für mitversicherte Familienangehörige (2002), in Euro

	Ost	West	Bund
Männer	966.268.174,96	5.575.862.915,40	6.542.131.090,36
Frauen	1.197.805.994,59	12.604.836.194,08	13.802.642.188,67
Gesamt	2.164.074.169,55	18.180.699.109,48	20.344.773.279,03

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage vom Bundesversicherungsamt 2003 und Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit 2003.

Tabelle 3: Beitragsbedarf für mitversicherte Familienangehörige unter 20 Jahren (2002), in Euro

	Ost	West	Bund
Männer	858.207.483,87	4.877.548.562,11	5.735.756.045,98
Frauen	832.184.294,40	4.421.976.033,45	5.254.160.327,85
Gesamt	1.690.391.778,27	9.299.524.595,56	10.989.916.373,83

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004.

Mit den Bürger- bzw. Kopfpauschalen geht die Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge einher. Ihre Existenz lässt sich aus ökonomischer Sicht schon lange nicht mehr mit der Fürsorgepflicht der Arbeitgeber wie seinerzeit bei ihrer Einführung rechtfertigen (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, 1993). Aus Gründen der Risikomischung sollte zukünftig eine zusätzliche Kapitalbildung mit Portabilität eingebaut und als individuelles Sparkonto für Zwecke der sozialen Sicherung im Alter verfügbar gemacht werden (Henke und Borchardt, 2003; Schreyögg, 2003). Damit würde das Umlageverfahren entlastet. Mit einer solchen Neuregelung zeigt sich ebenfalls die Notwendigkeit von neuen Versicherungsstrukturen; die traditionelle private Krankenversicherung ermöglicht keine Portabilität der Alterungsrückstellung und hat ein zu kleines Klientel, und der bestehenden Gesetzlichen Krankenversicherung ist Kapitalbildung bisher untersagt.

Alles in allem kommt es mit dem Vorschlag einer obligatorischen Grundsicherung für alle mit einheitlichen Bürgerpauschalen bei gleichen Leistungspaketen und sozialem Ausgleich zu einem neuen Ordnungsrahmen für die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos. Private und Gesetzliche Krankenversicherungen werden in eine neue Versicherungsstruktur überführt. Umverteilungsaufgaben werden systemgerecht und zielgenau durch den allgemeinen Fiskus übernommen, und eine Teilkapitalbildung bei gleichzeitiger Portabilität sorgt für ein Stück Demographieresistenz. Durch den Kontrahierungszwang der Versicherer wird eine adverse Selektion vermieden und mit der Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen Kassen und Leistungserbringern wird Vertragsfreiheit ermöglicht wie sie außerhalb des Gesundheitswesens gang und gäbe ist. Der dauerhafte Ordnungsrahmen im Gewährleistungsstaat mit Ergebnisorientierten Anreizen erlaubt die wünschenswerte Selbststeuerung, verringert moral hazard-Effekte und führt zu mehr Transparenz bei gleichzeitiger Stärkung einer personalintensiven Dienstleistungsbranche. Damit ergibt sich nicht planerisch und „am runden Tisch“ sondern

im Rahmen eines wettbewerblichen Entdeckungsverfahrens unter staatlicher Aufsicht eine Antwort auf die Frage „Was ist uns die Gesundheit wert?“. Wie viel das sein wird, ist unter den neuen Bedingungen eine nachrangige Frage.

Literatur

Börsch-Supan, A. (2004), Die Produktivität des Gesundheitssystems, Was kann die Wissenschaft dazu beitragen, sie zu messen und zu verbessern, Vortragsmanuskript, Mainz.

Breyer, F. (2003), Gesundheitsreform, Solidarität und Eigenverantwortung stärken, in: Zimmermann, Klaus F., Hrsg., Reformen – jetzt! So geht es mit Deutschland wieder aufwärts, Wiesbaden.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001), Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Alter und Gesellschaft, Drucksache 14/5130, Berlin.

Bundesversicherungsamt (2003), Daten zum RSA-Jahresausgleich 2002, abrufbar unter: www.bva.de.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (2003), Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung (KM1, KM6, KJ1), abrufbar unter: www.bmgs.bund.de.

Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003), Vorläufiger Ergebnisbericht des Gemeinschaftsprojektes „Reform der Sozialen Sicherung“, 1 – 160.

Grabka, M. M., Andersen, H. H., Henke, K.-D., Borchardt, K. (2003), Kapitaldeckung für die GKV? Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren, in: Schmollers Jahrbuch 123 , Heft 2, 265-283.

Henke, K.-D. (2004), Plädoyer für die Kopfprämie, in: Universitas, Orientierung in der Wissenschaft, Nummer 691, Januar, 23-29.

Henke, K.-D. (2003), Braucht Europa einen „subsidiarity watchdog“?, in: Adam, K. G./Franz, W. (Hrsg.), Instrumente der Finanzpolitik, Frankfurter Allgemeine Buch.

Henke, K.-D. (2002), Die Bezahlbarkeit einer zukünftigen Finanzierung des Krankheitsrisikos mit Kapitalbildung - Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Rürup, B., Henke, K.-D.: Alternde Gesellschaft – Lösungsansätze für die Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung, Verein zur Förderung der Versicherungswissenschaft, Berliner Reihe, Heft 21, 25-42.

Henke, K.-D. (1993), Die Kosten der Gesundheit und ihre Finanzierung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 82, 97 - 122.

Henke, K.-D., Berhanu, S., Mackenthun, B. (2003), Die Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern, Technische Universität Berlin, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, Diskussionspapier 2003/14.

Henke, K.-D., Borchardt, K. (2003), Capital funding versus pay-as-you-go in health care financing reconsidered, in: CESifo DICE Report – Journal for Institutional Comparisons, 3/2003.

Henke, K.-D., Mackenthun, B., Schreyögg, J. (2003), Gesundheit als Wirtschaftsfaktor – Eine ökonomische Analyse des Berliner Gesundheitsmarktes, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, August 2003, 642-647.

Henke, K.-D., Rachold, U. (1998), Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Materialsammlung zur Tagung „Soziale Sicherheit in Europa 1997“ der Evangelischen Akademie Bad Boll, der EU-Kommission/GD V und des Sozialministeriums Baden-Württemberg, Bad Boll.

Henke K.-D., Schaub V.E. (1998), Daseinsvorsorge für die Zeiten von Krankheit und Alter, in: Morath, K. (Hrsg.), Verlässliche soziale Sicherung, Bad Homburg, 177-198.

Henke, K.-D., Schreyögg, J. (2004), Towards sustainable health care systems: Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands – A comparative study – , Draft 18. Februar.

Herzog-Kommission (2003), Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin.

Institut für Weltwirtschaft (2003), Ressourcen und Ergebnisse der globalen Gesundheitsökonomie – Einführung und Überblick – von Michael Stolpe, Manuskript, 1 – 89.

Jacobs, K. (2003), Die GKV als solidarische Bürgerversicherung, in: Wirtschaftsdienst, Heft 2, 88-90.

Kolmar, M. (2003), Bürgerversicherung? Alle Mann an Bord des sinkenden Schiffs!, in: Newsletter der Europäischen Akademie, Akademie-Brief, No. 42, 1-2.

Konrad, K. A. (2003), Bürgerversicherung nicht sinnvoll. Zur Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WZB-Mitteilungen, Heft 102, 10- 12.

Kuchinke, B.A., Schubert, J.M. (2002), Europarechtswidrige Beihilfen für öffentliche Krankenhäuser in Deutschland, Diskussionspapier Nr. 28, Technische Universität Ilmenau, April 2002.

Marhold, F.(2001), Auswirkungen des Europäischen Wirtschaftsrechtes auf die Sozialversicherung, in: Theurl, E. (Hrsg.), Der Sozialstaat an der Jahrtausendwende. Analyse und Perspektiven, Heidelberg, 242-243.

Maydell, B. B., Baron von (1998), Der "Kernbereich" der medizinischen Versorgung in ausgewählten europäischen Industriestaaten. Einführung, in: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS) Jg. 12, Heft 3-4., 301-303.

Mossialos, E., McKee, M. (2002), EU law and the social character of health care, Peter Lang, Brussels.

Mühlbacher, A. (2003), Die Organisation der „virtuellen“ Integration von Versorgungsleistungen durch Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung, in: Henke, K.-D., Rich, B., Stolte, A., Die Integrierte Vergütung – Organisation und Vergütung, Baden-Baden, 659-667.

Mühlbacher, A. (2002), Integrierte Versorgung - Management und Organisation, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto Seattle.

Mühlbacher, A., Berhanu, S., Happich, M. (2003), Alternative Vergütungskonzepte zur Finanzierung der Integrierten Versorgung, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 79. Jahrgang, 2003, 559-563.

Mühlbacher, A., Henke, K.-D., Troschke, J.v. (2000), Die Integrierte Versorgung: Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 76. Jahrgang, 2000, 592-598.

Nullmeier, F. (2004), Dauerreform ohne Reform. Paradoxien der Steuerungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens, in: Selbstverwaltung der Selbstbedienung? Die Zukunft des Gesundheitssystems zwischen Korporatismus, Wettbewerb und staatlicher Regulierung, (Hrsg.) Lange, J., Locomer Protokolle 24/03, Rehburg-Loccum.

Pitschas, R. (2002), Die Rolle des europäischen Wettbewerbsrechts für die Leistungserbringung im Gesundheitswesen, Berlin.

Rürup-Kommission (2003), Bericht der Kommission in der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997), Sondergutachten, Das Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band 2, Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003), Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/04, Wiesbaden.

Schaub, V.E., (2001), Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb, Baden-Baden.

Schreyögg, J. (2003), Medical Saving Accounts – eine ökonomische Analyse von Gesundheitssparkonten unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitssystems in Singapur, Baden-Baden.

Schreyögg, J. (2002), Finanzierung des Gesundheitssystems durch „Medical Savings Accounts“, in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Band 28, Heft 2, 157-173.

Schulenburg, J.-M. Graf von der (1991), Bevölkerungsentwicklung und intergenerative Verteilungsgerechtigkeit: Messkonzepte, empirische Untersuchungen, in: Fickl, S. (Hrsg.): Bevölkerungsentwicklung und öffentliche Haushalte, Frankfurt a. M. 1991, 113-134.

Schulte, B., (2001a), Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das Deutsche Gesundheitswesen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 7-8, 36-49.

Schulte, B. (2001b), EG-rechtliche Rahmenbedingungen für nationale Sozialpolitik, in: Schmähl, W. (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Band 281, Berlin, 9-91.

Schulte, B. (2000), Europäisches Wirtschaftsrecht und die vier Grundfreiheiten der EU als Rahmenbedingungen für die nationale Sozialgesetzgebung – Erfahrungen in der Vergangenheit, Perspektiven für die Zukunft, in: Ebsen, I. (Hrsg.) Europarechtliche Gestaltungsvorgaben für das deutsche Sozialrecht, Baden-Baden, 13-42.

Siebert, H. (2004), Mehr Markt für mehr Wachstum, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 20, 24.01.2004, 13.

Statistisches Bundesamt (2003), Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Presseexemplar, Wiesbaden.

Steinmeyer, H.-D. (2000), Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen, Kartellrechtliche Beschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Beiträge zur Sozialpolitik und zum Sozialrecht, Band 28, Berlin.

Voigt, S., Wagner, G.G. (2000), Zur Reform der Rentenversicherung – ein institutionenökonomischer Vorschlag, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 49. Jg., Heft 3, 235 – 249.

Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2000), Freizügigkeit und soziale Sicherung in Europa, Gutachten erstattet vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Heft 69 der Schriftenreihe des Bundesministeriums der Finanzen, Bonn.

Wissenschaftlicher Beirat Bundesministerium der Finanzen (1993), Perspektiven staatlicher Ausgabenpolitik, Gutachten erstattet vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Heft 51 der Schriften des Bundesministeriums der Finanzen, Bonn.

World Economic Forum (2004) Living Happily Ever After: The Economic Implication of Aging Societies, Report of the World Economic Forum, Pension Readiness Initiative developed in partnership with Watson&Wyatt Worldwide.