

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

Wille, Eberhard; Felder, Stefan; Oberender, Peter; Olbrich, Anja

Article

Modernisierung des Gesundheitssystems?

Wirtschaftsdienst

Suggested citation: Wille, Eberhard; Felder, Stefan; Oberender, Peter; Olbrich, Anja (2003) :
Modernisierung des Gesundheitssystems?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Vol. 83, Iss. 6,
pp. 355-368, <http://hdl.handle.net/10419/42062>

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.

Modernisierung des Gesundheitssystems?

Die Bundesregierung hat kürzlich einen Gesetzentwurf zur „Modernisierung des Gesundheitssystems“ vorgelegt. Welche Änderungen des Gesundheitswesens sind beabsichtigt? Wie sind sie zu bewerten? Eberhard Wille, Stefan Felder und Anja Olbrich sowie Peter Oberender nehmen Stellung.

Eberhard Wille

Anmerkung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Modernisierung des Gesundheitssystems“

Obgleich der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (Stand 2.6.2003) mit

- der Stärkung der Patientensouveränität und der Patientenrechte,
- der Steigerung der Qualität der Patientenversorgung,
- der Verbesserung von Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Leistungserstellung sowie
- der Erhöhung der Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

ein wesentlich breiteres Zielspektrum anvisiert, bildeten fiskalische Probleme der GKV den entscheidenden Anlass der Gesetzesinitiative. Steigende Beitragssätze in der GKV erhöhen die Lohnnebenkosten der Arbeitgeber und vermindern das verfügbare Einkommen von Arbeitnehmern und Rentnern. Vor dem Hintergrund, dass ohne fiskalisch wirksame Reformmaßnahmen weitere Beitragssatzsteigerungen drohen, geht es in diesem Gesetzentwurf zunächst um die Sicherung der Finanzierung im Sinne einer nachhaltigen Senkung der Beitragssätze

und damit um eine Entlastung des Faktors Arbeit, von der „beschäftigungswirksame Impulse“ (Gesetzentwurf, S. 158) ausgehen.

Neuordnung der Finanzierung

Zur finanziellen Stabilisierung der GKV veranschlagt der Gesetzentwurf ein jährliches Entlastungsvolumen von ca. 8,5 Mrd. Euro, das sich wie folgt zusammensetzt:

- Leistungsbegrenzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ca. 1,0 Mrd. Euro,
- Veränderung von Zuzahlungen ca. 1,9 Mrd. Euro,
- Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen, Sterilisation, künstlicher Befruchtung und Entbindungsgeld ca. 0,7 Mrd. Euro,
- Streichung des Sterbegeldes ca. 0,4 Mrd. Euro,
- höhere Beiträge von Rentnern auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen ca. 1,6 Mrd. Euro sowie
- Steuerungs- und Struktureffekte rund 3,0 Mrd. Euro.

Entgegen dem Entwurf vom 12.5.2003, der noch eine Steuerfinanzierung krankensicherungs-fremder Leistungen in Höhe von

4,5 Mrd. Euro vorsah, erhält die GKV nun „die derzeit noch nicht quantifizierbaren Mehreinnahmen aus den in den Jahren 2004 bis 2005 erfolgenden Erhöhungen der Tabaksteuer“ (S. 4). Der jetzige Gesetzentwurf stellt hier der GKV für die Jahre 2004, 2005 und 2006 zunächst Abschlagszahlungen in Höhe von nur 1 Mrd. Euro, 1,5 Mrd. Euro und 2 Mrd. Euro zur Verfügung. Dies bedeutet, dass das geplante Entlastungsvolumen im Jahre 2004 jetzt nicht mehr, wie ursprünglich intendiert, bei 13 Mrd. Euro, sondern nur noch bei 9,5 Mrd. Euro liegt. Hinzu tritt die aufkommensneutrale Aufhebung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes mit einer Entlastung der Arbeitgeber bzw. einer Belastung der Arbeitnehmer in Höhe von ca. 3,5 Mrd. Euro.

Die veranschlagte Entlastung der GKV in Höhe von jährlich 3 Mrd. Euro, die aus Steuerungs- und Struktureffekten der geplanten Maßnahmen resultieren soll, entspringt – zumindest für die nächsten Jahre – mehr fiskalischem Wunschdenken als einer nüchternen Einschätzung der realen Gegebenheiten. Strukturelle Reformen führen selbst bei

erfolgreicher Umsetzung erst mit teilweise erheblichen Verzögerungen zu Ressourceneinsparungen und/oder Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes, d.h. der Lebenserwartung und/oder der Lebensqualität. Insoweit sie vornehmlich die gesundheitlichen Outcomes verbessern, was unter normativen Aspekten keineswegs einen geringeren Wert als Kosteneinsparungen besitzt, vermögen sie zunächst kaum einen Finanzierungsbeitrag zu leisten. Berücksichtigt man diese Aspekte, reduziert sich das jährliche Entlastungsvolumen auf eine realistische Größenordnung von 7 bis 7,5 Mrd. Euro.

Unter der Annahme, dass der durchschnittliche Beitragssatz der GKV infolge der andauernden Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis Ende 2003 etwa 14,8% beträgt und die Krankenkassen zur Entschuldung und Auffüllung ihrer Rücklagen zusätzlich noch ca. 6 Mrd. Euro benötigen, liegt der „ungeschönte Beitragssatz“ auch nach dieser Reform immer noch bei 14,6% und damit weit entfernt von 13,0%. Die Bundesregierung scheint jedoch den Schuldenabbau und die Auffüllung der Rücklagen, wie auch in der Begründung erwähnt (S. 317), für weniger wichtig zu erachten, denn sie schreibt in § 220 des Gesetzesentwurfes den Krankenkassen vor, die durch die Steuerfinanzierung der krankensicherungs fremden Leistungen „bewirkten Einsparungen in vollem Umfange und die übrigen durch das Gesetz bewirkten Einsparungen mindestens zur Hälfte für Beitragssatzsenkungen“ zu verwenden.

Die mangelnde fiskalische Nachhaltigkeit der geplanten Reformen geht unter anderem auf die unzureichende Umfinanzierung der krankensicherungs fremden Leistungen und die unterbliebene Reform der Beitragsgestaltung

zurück. Bei gegebener Beitragsgestaltung hält das relativ schwache, d.h. zur Steigerung des Bruttoinlandsproduktes unterproportionale, Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied noch auf absehbare Zeit

Die Autoren
unseres Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Eberhard Wille, 61, Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft der Universität Mannheim, ist u.a. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und Vorsitzender des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Stefan Felder, 43, lehrt Gesundheitsökonomie an der Universität Magdeburg und leitet das Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie; Anja Olbrich, 26, Dipl.-Volkswirtin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an diesem Institut mit dem Schwerpunkt Ökonomie der Arzthaftung.

Prof. Dr. Peter Oberender, 62, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschaftstheorie, an der Universität Bayreuth und Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie. Er war Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik und ist gegenwärtig Mitglied des Wissenschaftsrates, stellvertretender Vorsitzender des Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung sowie Mitglied der Bayerischen Bioethik-Kommission.

an. Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis geht nicht nur auf konjunkturelle, sondern auch auf folgende eher strukturelle Faktoren zurück:

- den Druck auf die Arbeitsentgelte, insbesondere in den unteren Lohngruppen, infolge der Globalisierung,
- veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z.B. unstete Beschäftigung, nicht-versicherungspflichtige Dienst- und Werkverträge),
- die Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge,
- eine weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion sowie
- eine längere Lebens- und damit Verrentungszeit.

Die Bundesregierung beansprucht nicht, „mit einer allumfassenden, einmaligen Reform alle Probleme der Zukunft lösen zu können“ (S. 158) und betont zurecht den Prozesscharakter der Gesundheitspolitik. Die begrenzte fiskalische Reichweite des Gesetzesentwurfes dürfte freilich schon bald den nächsten Reformschritt erzwingen.

Verbesserung von Effizienz und Effektivität

Mit der Freigabe der Krankenkassenwahl für die überwiegende Mehrheit der Versicherten in der GKV schuf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) den Ausgangspunkt für eine Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen. Dabei zielte das GSG auch darauf ab, dass der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte auf das Verhältnis zwischen diesen und den Leistungserbringern übergreift und auf diese Weise die Effizienz und

Effektivität der Gesundheitsversorgung verbessert. In dieser Hinsicht blieben die realen Prozesse bisher in bescheidenen Ansätzen stecken. Der Wettbewerb stellt, um Missverständnissen vorzubeugen, auch im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck dar, sondern dient instrumental vornehmlich folgenden allokativen und distributiven Zielen bzw. Funktionen:

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Präferenzen der Versicherten,
- Erfüllung der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten,
- effektive Zielerreichung durch Erhöhung der gesundheitlichen Outcomes,
- effiziente Leistungserstellung durch kostengünstige Produktion,
- Auslösung von dezentralen Suchprozessen für Produkt- und Prozessinnovationen,
- leistungsgerechte Vergütung der Produktionsfaktoren sowie
- Vorbeugung gegen monopolistischen Machtmissbrauch durch Krankenkassen und/oder Leistungserbringer.

Intensivierung des Wettbewerbs

Dem Ziel einer Intensivierung des Wettbewerbs dienen vornehmlich die folgenden Reformvorhaben:

- die Möglichkeit kassenartenübergreifender Vereinigung von Krankenkassen,
- die Anpassung des Sozialrechts an die im EG-Vertrag normierten Grundsätze des freien Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit,
- die Flexibilisierung des Vertragsrechtes im Bereich der ambulanten und belegärztlichen fachärztlichen Versorgung,
- die Abschwächung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen mit den im Krankenhaus-

plan eines Landes zugelassenen Krankenhäusern,

- die Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung,
- die Öffnung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie
- die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes und der Arzneimitteldistribution, unter anderem durch die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und die Zulassung des Versandhandels.

Daneben können noch von folgenden Reformelementen wettbewerbsfördernde Impulse ausgehen:

- dem Ausbau von Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patienten,
- einer Verbesserung der Transparenz, z.B. durch Einführung einer Patientenquittung und einer elektronischen Gesundheitskarte,
- der Änderung von Umfang und Struktur der Zuzahlungen sowie
- der Modifikation der Vergütungssysteme.

Die meisten dieser Vorhaben zur Intensivierung des Wettbewerbs auf der Stufe der Leistungserbringer entsprechen langjährigen Forderungen von Gesundheitsökonomern und auch Empfehlungen des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Problematisch erscheint allerdings die Privilegierung des Hausarzt systems im Wettbewerb mit anderen Versorgungsalternativen. Zunächst verpflichtet der Gesetzentwurf die Krankenkassen ein Hausarzt system anzubieten. Sodann muss ein Patient, der ohne Überweisung einen Facharzt (ausgenommen: Frauen- oder Augenarzt sowie Psychotherapeuten) aufsucht, eine Praxisgebühr von 15 Euro pro Quartal zahlen, die keine Berücksichtigung im Rahmen der

Überforderungsklausel findet. Ferner entrichten Patienten, die am Hausarzt system, an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f-g SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V teilnehmen, geringere Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln. Schließlich sehen sich nur neu niedergelassene Fachärzte verpflichtet, Einzelverträge mit den Krankenkassen abzuschließen, während alle Hausärzte ebenso wie Frauen- und Augenärzte im kollektivvertraglichen System verbleiben. Sofern das Hausarzt system belegbare medizinische und/oder ökonomische Vorteile gegenüber allfälligen alternativen Versorgungsformen aufweist, bedarf es zu seiner Durchsetzung im Wettbewerb keiner subventionsähnlichen Unterstützung, sondern nur einer adäquaten Wettbewerbsordnung.

Da die Krankenkassen oder ihre Verbände nach § 106b des Gesetzentwurfs Einzelverträge mit Fachärzten schließen, fällt ihnen auch die Sicherstellung in diesen fachärztlichen Versorgungsbereichen zu. Die Verpflichtung zu Einzelverträgen mit den Krankenkassen gilt allerdings nur für die sich neu niederlassenden Fachärzte, während die bereits zugelassenen hier ein Optionsrecht erhalten. Sofern sie dies nicht wahrnehmen, bleibt die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung auf absehbare Zeit weiterhin weitgehend im Kollektivvertragssystem. Unabhängig davon, ob die meisten Krankenkassen und/oder ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag überhaupt mit vertretbarem Aufwand wahrnehmen können, erfordert gerade die Umstellung der Vergütung im Krankenhausbereich auf diagnoseabhängige Fallpauschalen und die damit einhergehende Spezialisierung eine flächendeckende ambulante spezialärztliche Versorgung.

Um einen qualitäts- und effizienzsteigernden Wettbewerb im Rahmen der ambulanten Versorgung zu verwirklichen, bedarf es allerdings nicht zwangsläufig einer Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) oder einer Begrenzung ihres Wirkungsbereichs. Die Krankenkassen können auch innerhalb eines kollektiven Rahmens mit Leistungsanbietern Einzelverträge abschließen, die z.B. andere Versorgungsformen, höhere Qualitätsstandards und auch abweichende Vergütungsformen vorsehen. Sofern die Krankenkassen zur Erfüllung bestimmter Aufgaben unter den Leistungserbringern auswählen, handelt es sich um einen kartellrechtlich relevanten Vorgang und es greifen das deutsche und das europäische Kartellrecht. Dies bedeutet, dass z.B. eine Ortskrankenkasse sich keineswegs nach Belieben bestimmte Leistungsanbieter aussuchen darf, sondern allen (Vertrags-) Ärzten und (Plan-)Krankenhäusern die gleiche Chance zur Teilnahme gewähren muss. Für die größeren Kassen besteht insofern in jedem Falle die Verpflichtung, nach transparenten und gerichtlich überprüfbare Kriterien auszuschreiben, was dann auch über die KVen geschehen kann.

Allerdings sollten auch die Nicht-Vertragsärzte – und analog Nicht-Plankrankenhäuser – bei Erfüllung der Auswahlkriterien die Chance zum Vertragsabschluss erhalten. Ausbeutungsversuchen der Leistungserbringer durch inakzeptable Angebote stehen zum einen die Freiwilligkeit bzw. Vertragsfreiheit und bei marktbeherrschenden Krankenkassen die Vorschriften des Kartellrechts entgegen. Eine marktbeherrschende Krankenkasse darf mit den Leistungserbringern auch keine Ausschlussverträge vereinbaren, kann ihre Nachfragemacht bzw. Kapazitätsauslastung in Grenzen aber bei Vergütungsvereinbarungen geltend machen. Den

Leistungserbringern steht es frei, die angebotenen Einzelverträge zu vereinbaren oder ausschließlich im „kollektiven Rahmen“ zu bleiben. Mit zunehmender quantitativer Bedeutung der Einzelvertragsverhältnisse geht ihr völliger Verzicht für die Leistungserbringer allerdings mit ökonomischen Einbußen einher. Die Einzelverträge können insofern auch in einem kollektiven Rahmen bei den Angebotskapazitäten eine qualitative Steuerungsfunktion ausüben.

Vorhaben zur Erhöhung der Versorgungsqualität

Maßnahmen zur Erhöhung der Versorgungsqualität sollten neben medizinischen Leistungskriterien auch die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen und darüber hinaus auch entsprechende Anreize bei den Leistungserbringern setzen. In dieser Hinsicht beinhaltet der Gesetzentwurf zur Erhöhung der Versorgungsqualität vor allem folgende Neuerungen:

- Entsendung von Beauftragten für die Belange der Patienten oder Patientenvertretern in entscheidungsbefugte Gremien,
- Gründung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin,
- Umstellung der Vergütung bei ambulanten Leistungen auf Vergütungspauschalen für hausärztliche und auf Fallpauschalen sowie Komplexgebühren für fachärztliche Tätigkeit; im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung Einführung eines preisunabhängigen Festzuschlags für Apotheken sowie
- verbesserte Bedingungen für die integrierte Versorgung.

Von diesen Reformelementen verdienen die Einbindung von Patientenorganisationen in allokativ relevante Entscheidungen, eine pauschaliertere Vergütungsregelung, die medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen entgegenwirkt, und die Vereinfachung

der Bedingungen für die integrierte Versorgung weitgehend Zustimmung. Die integrierte Versorgung litt vor allem an dem überfrachteten Regelwerk des § 140a ff. und hier insbesondere an dem im Entwurf zurecht suspendierten Hindernis der Beitragssatzstabilität. Diese behinderte die notwendigen Investitionen, die sich kaum in demselben Jahr amortisieren können. Unklar bleibt in diesem Kontext allerdings immer noch das Verhältnis zwischen der integrierten Versorgung nach § 140a ff. und den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f-g, denn letztere erfordern ebenfalls zumeist eine „integrierte“ Versorgung.

Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin besitzt als fachlich unabhängige Anstalt des öffentlichen Rechts unter anderem die Aufgabe, Empfehlungen an die Bundesausschüsse und den Ausschuss Krankenhaus, z.B. über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, abzugeben. § 139c des Entwurfs verpflichtet die Ausschüsse, eine von diesen Empfehlungen abweichende Entscheidung zu begründen. Damit erscheinen Konflikte zwischen der korporativen Koordination der Ausschüsse und den zentralen Vorgaben eines juristisch unabhängigen Instituts vorprogrammiert. Zur Abgabe von Empfehlungen über vorläufige Festbeträge bei so genannten Analogpräparaten hätte ein unabhängiges pharmakologisch-medizinisches Institut, das den Ausschüssen zuarbeitet, völlig ausgereicht. Die Gründung eines basisfernen Zentrums für Qualität impliziert letztlich ein mangelndes Vertrauen in subsidiäre bzw. dezentrale Lösungen dieser Probleme. Der Gesetzentwurf enthält insgesamt, insbesondere bei der ärztlichen Selbstverwaltung, mehrere Abweichungen vom Subsidiaritätsprinzip, die dem gesteckten Ziel eines „Abbaus von Überreglementierung“ (S.2) zuwiderlaufen.

Stefan Felder, Anja Olbrich

Der Entwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz: zaghaft und widersprüchlich¹

Die Rürup-Kommission hat der Politik für die zukünftige Finanzierung der GKV bekanntlich das Y-Modell vorgelegt, Kopfbeiträge oder Bürgerversicherung. Die zentrale Frage bei der Reform ist jedoch, ob es mehr Staat oder mehr Wettbewerb im Gesundheitssektor geben soll. Die von vielen beklagte Fehlallokation von Ressourcen ist eine Folge der überkommenen Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitswesens. Ohne Reformen auf breiter Front sind die Herausforderungen des technischen Fortschritts in der Medizin, des demografischen Wandels sowie steigender Ansprüche der Versicherten nicht zu meistern.

Das Ziel des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) ist in diesem Sinn formuliert: „Durch Aufbrechen starrer historisch gewachsener Strukturen und Weiterentwicklung einer solidarischen Wettbewerbsordnung werden Anreize auf allen Ebenen gesetzt, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen sowie die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung deutlich zu steigern. Um die Lohnzusatzkosten spürbar zu entlasten und den Beitragssatz deutlich zu senken, wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Belastungsgerechtigkeit und gesamtwirtschaftliche Wirkun-

gen neu geordnet. Damit wird sichergestellt, dass die bewährten Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarität, Sachleistungsprinzip und gleicher Leistungsanspruch für alle – zu bezahlbaren Bedingungen für die Zukunft Bestand haben.“²

Anhand ausgewählter Reformvorschläge wird im Folgenden der Zielerreichungsgrad des GMG-Entwurfs gemessen. Dazu zählen die Felder Wettbewerb der Krankenkassen, neue Vertragsmöglichkeiten der Kassen mit den Leistungserbringern, Selbstbeteiligung der Versicherten und die Stärkung der Patientenrechte. Es wird deutlich werden, dass der Gesetzgeber in vielen Bereichen gleichzeitig einen Schritt nach vorne und einen Schritt zurück macht. Eine Gesundheitsreform, die sich Raum und Wirkung erschließt, ist es nicht. Die Bundesregierung tut sich aus ideologischen Gründen scheinbar schwer, auf mehr Wettbewerb zu vertrauen. Das ist schade, denn ein regulierter Wettbewerb kann Solidarität und Effizienz besser erreichen als die jetzigen ineffizienten Strukturen.

Die Kassenverbände werden zurückgebunden

In Deutschland ist der überwiegende Teil der Bevölkerung, d.h. 88% der Bundesbürger, über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gegen die finanziellen Risiken einer Erkrankung abgesichert³. Zu viele und zu kleine Kassen tragen jedoch zur Schwerfälligkeit dieses Krankenversicherungs-

systems bei. Die Organisation in Kassenarten auf Länder- und Bundesebene schränken die Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Kassen stark ein. Der Wettbewerb auf regionaler Ebene ist darüber hinaus verzerrt durch eine fehlende Option, Beitragssätze regional zu differenzieren.

Der Entwurf zum GMG ermöglicht nach § 171a SGB V die kassenartenübergreifende Fusion. Ortskrankenkassen können sich zudem auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch dann vereinigen, wenn sich der Bezirk nach der Vereinigung über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt (§ 144 Abs. 1). Organisationsprivilegien für bestimmte Kassenarten werden abgeschafft. Gleichzeitig erlaubt der Entwurf nach § 194 Abs. 1a die Kooperation zwischen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen im Zusatzversicherungsbereich, der die Wahlarztbehandlung und den Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie die Auslandsreisekrankenversicherung umfasst.

Insgesamt stärken diese Änderungen den Kassenwettbewerb. Da Skalenerträge in der Distribution und im Datenmanagement sowie das Gesetz der großen Zahl durch eine größere Versichertenanzahl besser ausgenutzt und so die Kosten gesenkt werden können, wird die Zahl der Kassen zurückgehen. Zudem kommt die Verbändewirtschaft auf der Kassenseite auf den Prüfstand. In dem Maße, wie die Vertragsfreiheit der einzelnen Kassen mit Versicherten und Leistungserbringern ausgebaut wird, schwindet die Legitimation

¹ Die Würdigung stützt sich auf den Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) vom 9. Mai 2003 sowie auf die Agenda 2010 der SPD. Vgl. http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/1_politik/gkv_reform_gmg_2003_05_09.pdf zum GMG und http://www.bundesregierung.de/emagazine_entw,-482912/Gesundheitsreform.htm zur Agenda 2010.

² Vgl. GMG, S. 2.

³ Vgl. Statistisches Bundesamt: Mikrozensus April 1999.

der Bundes- und Landesverbände. Es ist daher kein Wunder, dass die Kassenverbände unterstützt von den spiegelbildlichen Bürokratien bei Bund und Ländern bereits heftig gegen diese Änderungen opponieren. Es erscheint deshalb fraglich, dass der Bundesrat den Erleichterungen zur Fusion von Kassen zustimmt.

Die Monopolstellung der KVen wankt

Die neuen Spielräume der Krankenkassen setzen sich im Verhältnis zu den Leistungserbringern fort. § 106b lockert den Kontrahierungszwang, indem er Einzelverträge mit ambulant tätigen Fachärzten, Gesundheitszentren, Krankenhausärzten mit Ausnahme der Versorgung mit Leistungen der Hausärzte, der Augenärzte und der Frauenärzte zulässt. Die Krankenkassen allein bestimmen die Rahmenbedingungen für Vertragsabschlüsse. § 116b öffnet Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, wenn sie an einem Disease-Management-Programm (DMP) nach § 137g teilnehmen. Hochschulambulanzen sollen nach § 117 Abs. 1 neu durch die Krankenkassen kontrahiert werden. § 95 lässt Gesundheitszentren als fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu, die wiederum direkt durch die Kassen kontrahiert oder gar nach § 140b Abs. 2 als Eigeneinrichtung der Kassen betrieben werden können.

§ 125 Abs. 2 erlaubt den Krankenkassen zur Versorgung mit Heilmitteln gleicher Qualität Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen zu schließen. Bisher galten die durch Landesverbände vereinbarten Preise als Festbeträge. In der vertragsärztlichen Vergütung sind die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen neben Leistungskomplexen auch neu zu

Fallpauschalen zusammenzufassen (§ 87 Abs. 2a). Die Vergütung der gesamten hausärztlichen Versorgung eines Versicherten im Rahmen von Hausarztssystemen soll über Pauschalen erfolgen, die soweit erforderlich durch Vergütungen für Einzelleistungen oder Leistungskomplexe ergänzt werden können (§ 87 Abs. 3). Schließlich erhalten auch Vertragsärzte und Krankenhäuser für ambulante Operationen Fallpauschalen (§ 115b Abs. 1).

Diese Änderungen bedeuten gegenüber dem Status quo einen Fortschritt. In der fachärztlichen Versorgung können die Krankenkassen zukünftig Preise und Mengen direkt mit den Leistungserbringern vereinbaren. Ein entscheidendes Defizit bleibt jedoch bestehen. Die Kassen zahlen weiterhin Kopfpauschalen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen⁴. Dies trennt die Budgets in Sektoren auf und verhindert einen tatsächlichen Durchgriff der Krankenkassen bei der Setzung von Anreizen für eine qualitäts- und kostenbewusste Versorgung. Ohne monistische Finanzierung des stationären Sektors – die der Bundesrat bei der Gesundheitsreform 2002 verhindert hat – und einer Liquidation der Ärzte durch die Krankenkassen kommt man allerdings an der für die Entwicklung des Gesundheitswesens entscheidenden Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht wirklich weiter.

Zaghafte Anreize für Versicherte

Eine Verhaltensbeeinflussung durch finanzielle Anreize ist auch bei der Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu erwarten und empirisch nachweisbar⁵. Im Sinne dieser Steuerungsabsicht stehen einige Regelungen im GMG-Entwurf. Der § 31 Abs. 3 verstärkt die Kostenbeteiligung in Form einer erhöhten Zuzahlung zu Medikamen-

ten auf 4, 6 oder 8 Euro, die Klinikpauschale in den ersten zwei Wochen wird laut § 39 Abs. 4 pro Tag auf 12 Euro erhöht und § 28 Abs. 3 führt eine Praxisgebühr in Höhe von 15 Euro für alle Nicht-Teilnehmer am Hausarztssystem ein. Es ist davon auszugehen, dass diese Maßnahmen eine direkte Wirkung auf die Versicherten ausüben, denn sie erhöhen die Preise für einzelne medizinische Dienstleistungen.

Andere Steuerungsvorschläge erscheinen dazu im Vergleich weniger stark. Im § 62a wird Versicherten, die an einem Hausarztssystem oder an einem DMP teilnehmen, ein reduzierte Zuzahlung in Aussicht gestellt. Auch wenn dieser Anreiz zur Einschreibung in eine Versorgungsform anregt, die grundsätzlich zu einem effizienten Ressourceneinsatz führen kann, ist er dennoch kritisch zu betrachten. Die geringere Zuzahlung steigert die Nachfrage nach Arzneimitteln und führt zu Mehrkosten in einem Bereich, der in den letzten Jahren die höchsten Zuwächse erfahren hat. Die derzeitige Konzeption, die den Krankenkassen zusätzliche Transferzahlung pro eingeschriebenem Versicherten zukommen lässt, regt vor allem zu einer vermehrten „Rekrutierung“ von chronisch Kranken an, aber nicht zur Entwicklung von effizienten Versorgungskonzepten.

Positiv aber unbestimmt im Wirkungsvolumen ist der erstmals explizit im SGB V verankerte fi-

⁴ Die Kopfpauschalenregelung ist ein Ladenhüter aus der Zeit, in der es noch keinen Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen gab. Jetzt bedeuten sie faktisch eine Verdoppelung des Risikostrukturausgleichs und verzerren somit den Kassenwettbewerb (Vgl. S. Felder, B.-P. Robra: Die Verzerrung des Kassenwettbewerbs durch die Kopfpauschalen in der ambulanten Vergütung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 3-4/2003, S. 18-25.).

⁵ Siehe A. Werblow, S. Felder: Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz, erscheint in: Schmollers Jahrbuch, 2/2003.

nanzielle Anreiz zur Erkrankungsprävention zu bewerten. Nach dem geänderten § 65a können die Krankenkassen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung oder Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention nachfragen, Anspruch auf einen Bonus haben. Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung des Arbeitgebers sollen bonusfähig sein. Da eine Krankenkassen grundsätzlich ein Interesse an gesunden Versicherten hat, wird sie aufgrund dieser Regelung überlegen, wie sie diese Erlaubnis zur Beitragsdifferenzierung umsetzt, um damit Präventionsanstrengungen möglichst attraktiv zu machen. Die Gefahr übermäßiger und, wie manche Opponenten befürchten, unnötiger Diagnostik besteht im Grundsatz nicht. Die Krankenkassen werden nur solche Präventionsleistungen fördern, deren Kosten in einem bestimmten Verhältnis zur erwarteten Kosteneinsparung durch vermiedene schwere Erkrankungen stehen.

Insgesamt reichen die neuen Anreize für die Versicherten nicht aus. Selbstbehalte auf breiter Basis sind unabdingbar für ein stärker kostenbewusstes Verhalten der Versicherten.

Stärkung der Patienteninteressen auf die falsche Weise

Die Patientensouveränität soll durch das GMG eine Stärkung erfahren. Die hierzu vorgesehenen Änderungen deuten jedoch auf die spezielle Vorstellung der Verfasser zur Struktur eines reformierten Gesundheitssystems hin, welches offenbar weiterhin korporatistische Züge trägt. Logisch konsequent ist in dieser Denkweise nämlich, die Patienteninteressen durch mehr Mitbestimmungsrechte zu unterstützen⁶.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen werten daher

auch Patientenorganisationen die Besetzung der Stelle eines Patientenbeauftragten bei der Bundesregierung als einen entscheidenden Wurf. Dieser „[...] soll auf die Beachtung der Belange der Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen hinwirken und die Weiterentwicklung der Patientenrechte fördern.“⁷ Daneben erhalten auch Selbsthilfegruppen erweiterte Rechte. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Beteiligungs- und Anhörungsrechte im Kuratorium des neuen Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (§ 139f). Die jeweiligen Vertreter entscheiden darin mit über die Auswahl und Prioritätensetzung der Aufgaben des Zentrums.

Dem neuen § 92 Abs. 7b zufolge sollen jetzt auch der Patientenbeauftragte oder die Vertreter spezieller Patientenvereine bei der Richtlinienermittlung mitwirken. Sie dürfen das bisher ausschließlich den Leistungserbringern und Produzenten vorbehaltene Recht der Stellungnahme zu den Richtlinien nutzen. Im § 135 Abs. 1 wird dem Beauftragten ein Antragsrecht auf eine Empfehlung der Bundesausschüsse zu bestimmten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeräumt. Weiterhin kann er in speziellen Fragen zur Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin hinzukommen (§ 137b).

Darüber hinaus können sich Patientenorganisationen mit der Annahme des GMG-Entwurfs auch am Abschluss der Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 111b), der Entwicklung von Rahmenempfehlungen für Heilmittel (§ 125 Abs. 1), Hilfsmittel (§ 128) und

häusliche Krankenpflege (§ 132a Abs. 1) beteiligen.

Auch wenn die neu eingeräumten Rechte sehr vielfältig sind, erscheint es fragwürdig, dass die Souveränität der Patienten dadurch tatsächlich gestärkt wird. Die gesetzliche Verpflichtung zur Beteiligung von Patientenvertretern am Entscheidungsprozess sagt über deren Durchsetzungschancen relativ wenig aus. Bedenkt man die Macht einzelner Korporationen im deutschen Gesundheitswesen, die ganze Gesetzesvorhaben blockieren können, sind diese Maßnahmen zur Stärkung der Patientenrechte sehr schwach. Probleme treten zudem bei der Legitimation der Patientenvertreter auf. Angesichts heterogener Patienteninteressen wird es nicht möglich sein, einen neutralen Vertreter für alle Patienten zu finden. Eher wird er in einem informellen Abstimmungsverfahren von den bisher schon vertretenden Korporationen bestimmt. Gehört er andererseits einer bestimmten Selbsthilfegruppe an, wird er auch nicht die Interessen aller Patienten vertreten.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen machen die Patienten von Lobbyisten abhängig. Dabei läge es eigentlich näher, die Souveränität der Patienten als Nachfrager von Gesundheitsleistungen auf einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssektor zu stärken. Patienten könnten damit täglich und überall im Land ihre Macht als Nachfrager gegenüber den Anbietern demonstrieren. Die Berücksichtigung der Nachfragerpräferenzen bei der Leistungserbringung stünde damit ganz von allein im Interesse der Anbieter.

Auf der anderen Seite nutzt der GMG-Entwurf die Chance der Regelung von erst jüngst wieder festgestellten Defiziten zum Schutz der Patienten vor medizinischen Fehlbehandlungen nicht. Zum einen beklagt der Sachverständigenrat

⁶ Vgl. Bundesministerien für Gesundheit und der Justiz: Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland: Fortentwicklungsbedarf und Fortentwicklungsmöglichkeiten“, 2001, S. 7 ff. zum derzeitigen Stand der Mitbestimmungsrechte für Patienten.

⁷ Vgl. GMG, S. 211.

in seinem letzten Gutachten⁸ die mangelhafte Medizinschadensforschung in Deutschland. Dabei zeigen die Erfahrungen in vielen Ländern, dass der Aufbau einer umfassenden Datenbank zu Fehlbehandlungen und deren gezielte Auswertung in absehbarer Zeit von großem Nutzen geprägt ist. Zum anderem ist hierzulande eine im Verhältnis zum Behandlungsvolumen relativ geringe Zahl von tatsächlich verfolgten Haftungsfällen festzustellen. Zu vermutende Ursachen dafür sind die hohen Kosten für den Patienten zur Durchsetzung seiner Ansprüche. Die Stärkung außergerichtlicher Schlichtungsverfahren könnte Besserung bringen, da diese im Vergleich zu einer Gerichtsverhandlung Kosten sparen und zugleich eine verringerte Reputationsbedrohung für den Arzt darstellen.

Warten auf die große Reform

Der Ansatz des GMG führt in manchen Aspekten in die richtige Richtung. Die verbandswirtschaftlichen Strukturen bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern müssen zur Verbesserung des Angebotes aufgebrochen werden. Neben der Erleichterung von Kassenfusionen und der Aufhebung des Kontrahierungsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen sind vor allem auch die im Arzneimittelbereich verfolgten Reformen

⁸ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, 2003, S. 294 ff.

positiv zu bewerten. Der Versandhandel mit Arzneimitteln kommt, die vertikale Preisbindung mit festen Margen auf Großhandels- und Einzelhandelsebene kann durch Rabatte durchbrochen werden (§ 130 b) und das Mehrfachbesitzverbot von Apotheken fällt (§ 2 Abs. 4 ApoG). Offenbar weist die durchschnittliche Apothekerfamilie drei Kinder auf, denn nur so ist zu erklären, weshalb neuerdings die maximale Zahl auf fünf beschränkt wurde.

Trotzdem: sieht man vom Arzneimittelmarkt ab, sind alle Vorschläge zaghaft. Bestenfalls bereitet das GMG das Terrain für eine große Reform vor. Auf der anderen Seite überzieht das GMG die GKV mit neuer Regulierung. Ein Zentrum für Qualität in der Medizin soll eingeführt werden. Wenn auch vom Ansatz her als Alternative zu den korporatistischen Institutionen der GKV bedenkenswert, ist doch die Gefahr groß, dass ein weiterer bürokratischer Moloch entsteht. Von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die der Gesetzgeber ja eigentlich entmachten will, macht er sich noch stärker abhängig, indem er ihnen Pflichten sowohl zur Dokumentation als auch zur Veröffentlichung der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung auferlegt. Dafür sorgte der Markt ganz alleine, wenn man den Kassen freie Kontrahierung der Leistungserbringer einräumte. Die Vorstellungen zur Stärkung der

Patientensouveränität über die Einräumung von Mitspracherechten in den bestehenden Entscheidungsstrukturen erscheinen ebenfalls wenig visionär und haben mit einer Verbesserung der Verhandlungsposition als Nachfrager auf den Gesundheitsmärkten wenig zu tun.

Das GMG schweigt sich über eine neue Finanzierung der GKV aus. Auch die Agenda 2010 bietet in dieser Hinsicht Enttäuschendes. Eine nachhaltige Finanzierung der GKV kann durch eine Erhöhung der Tabak-Steuer nicht erreicht werden. Erschreckt ob des fehlenden ökonomischen Sachverständes ist man beim Vorschlag, das Krankengeld aus der paritätischen Finanzierung auszugliedern. Das Krankengeld ist die einzige Versicherungsleistung in der GKV, die nach dem Äquivalenzprinzip finanziert ist. Es verzerrt damit weder das Angebot noch die Nachfrage nach Arbeit. Mit anderen Worten ändert sich durch die Ausgliederung des Krankengeldes nichts, außer dass man den Arbeitgebern einen Teil des Anreizes nimmt, auf die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung ihrer Beschäftigten einzuwirken. Es ist nicht das Krankengeld, sondern die Finanzierung der Gesundheitsleistungen, welche die Arbeit besteuert. Offenbar kann oder will die Bundesregierung keine Vorschläge machen, wie die GKV mit einem deutlich reduzierten Rückgriff auf den Produktionsfaktor Arbeit finanziert werden kann.

Peter Oberender

Gesundheitsreformen in Deutschland: alle paar Jahre wieder? Anmerkungen zum GMG

Analysen zur Problematik des deutschen Gesundheitswesens sind mittlerweile Legion und

lassen sich – kurz gefasst – in exogene Herausforderungen der Demographie und des medizinisch-

technischen Fortschrittes sowie impliziten Steuerungsmängeln, die an der Gestaltung der Struktur

sowie den Anreizbeziehungen anzusetzen, unterteilen:

- Die vorhandenen Anreizsysteme und ein Großteil der Sanktionsmechanismen sind nicht qualitätsorientiert.
- Es besteht keine effektive Kontrolle der Angebotsmenge sowie der Qualität.
- Der Wettbewerbsprozess zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Versicherten/Patienten ist durch eine Vielzahl an interventionistischen Regulierungen und Reglementierungen eingeschränkt, die sich teilweise gegenseitig widersprechen.
- Es mangelt an Anreizen und Wahlmöglichkeiten für ein kostenbewusstes Verhalten der Versicherten. Selbstbeteiligungsregelungen haben häufig eher dem fiskalischen Zweck als der Steuerung zu dienen.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) versucht die Bundesregierung, die Ziele Qualität, Wirtschaftlichkeit, solidarischer Wettbewerb und Transparenz zu realisieren. So soll durch die vorgesehenen Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2004 ein geschätztes finanzielles Entlastungsvolumen von ca. 13 Mrd. Euro erzielt werden. Kann mit diesem Gesetzesvorhaben eine zukunftssichere Reform des Gesundheitswesens erreicht werden, oder reiht es sich ein in den immerwiederkehrenden Prozess von Reform und Gegenreform im Gesundheitswesen?

Ordnungsökonomische Prüfung des GMG

In einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung gilt zunächst die Vermutung, dass auch das Gesundheitswesen freiheitlich-wettbewerblich organisiert sein sollte. Allerdings darf dies nicht als Argument benutzt werden, um vorschnell einer Laissez-Faire-Po-

litik gegenüber Regulierungen das Wort zu reden.

Reformen im ordnungspolitischen Sinn bedeuten daher, dass die Rahmenordnung (Institutionen) dieser Märkte so gestaltet werden muss, dass die Marktkräfte (individuelles Verhalten entlang dieser Rahmenordnung) in die gewünschte Richtung gelenkt werden (Regulierung). Ethische Aspekte fließen dabei über die Rahmenordnung in die Betrachtung mit ein, d.h., es wird nicht darauf vertraut, dass Einzelne von sich aus moralisch handeln – sie sind damit häufig überfordert –, sondern es wird sichergestellt, dass Marktteilnehmer einen Anreiz haben – also aus ihrem Eigeninteresse heraus – dies zu tun¹. Gesundheitsleistungen sind zunächst private Güter im ökonomischen Sinn, da sich sowohl das Ausschlussprinzip als auch das Prinzip der Nicht-rivalität im Konsum realisieren lässt. Gleichwohl existieren bei Gesundheitsleistungen, auch bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen, Wechselwirkungen, welche einen „kollektiven“ Charakter aufweisen. So ist es durchaus sachgerecht, davon auszugehen, dass Hygienestandards oder allgemeine Impfprogramme durchaus volkswirtschaftliche Kosten sparen helfen und somit problemadäquat sein können. Zwingend ist daraus kein Marktversagen abzuleiten, die Alternative wäre die Zuweisung in das allgemeine Haftungsprinzip, was bei ansteckenden Krankheiten infolge der hohen Transaktionskosten jedoch nicht sinnvoll erscheint.

Auch das Vorhandensein unterschiedlicher Grade individuell verfügbarer Information (asymmetrische Information) ist kein zwingendes Argument für ein ge-

nerelles Marktversagen. Es ist vielmehr die Frage zu stellen, ob die Transaktionskosten aufgrund einer derartigen Informationsverteilung zu einem bestimmten Zeitpunkt die Austauschbeziehungen derart behindern, dass Regulierungsbedarf vorhanden ist. Gleichwohl ist eine asymmetrische Informationsverteilung Kennzeichen vieler Marktbeziehungen und wird durch bestimmte Institutionen des Marktsystems, wie Garantien, Standards usw. gelöst. Bei der Diskussion des Gesundheitswesens ist also weiterhin zu fragen, ob die Problematik der asymmetrischen Informationsverteilung nicht wiederum Resultat bestehender Regulierungen im System selbst ist. Bei Aufrechterhaltung des Sachleistungsprinzips und institutioneller Festigung sektoraler Versorgungsstrukturen ist kaum ein Anreiz zur Herausbildung entsprechender Informationsmärkte vorhanden. Sind durch das GMG Lösungswege aus diesem Dilemma zu erwarten?

Zielkategorien des GMG

Als Kernelemente jeder Diskussion um die Ausgestaltung des sozialen Sicherungssystems und auch im Entwurf des GMG lassen sich drei Kernelemente herausarbeiten:

- Verbesserung der Qualität der Leistungserstellung,
- Struktur der Leistungserstellung,
- Ausgestaltung der Finanzierung.

Zentrum für Qualität

Sozusagen im Mittelpunkt des Gesetzentwurfes steht die Einführung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“. In der Begründung des Gesetzentwurfes heißt es dazu, dass es das Ziel des Zentrums sein soll, den medizinischen Nutzen und die Qualität von Leistungen zu bewerten. In diesem Zusammenhang sollen vor allem auch Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln eine wesentliche Rolle einnehmen (so genannte

¹ Vgl. K. H o m a n n: Homo oeconomicus und Dilemmastrukturen, in: H. Sautter (Hrsg.): Wirtschaftspolitik in offenen Volkswirtschaften. Festschrift für Helmut Hesse, Göttingen 1994, S. 387-411.

„vierte Hürde“ bei der Zulassung). Die Begründung eines derartigen Instituts ist aus ordnungsökonomischer Sicht jedoch unmittelbar mit Skepsis zu betrachten. Einerseits greift ein derartiges Institut zwar die Problematik der fehlenden Transparenz von medizinischen Leistungen auf und kann insofern beitragen, Unsicherheiten in der Leistungsanspruchnahme und Leistungsdefinition zu reduzieren, gleichwohl stellt sich die Frage, ob es andererseits notwendig ist, ein zentrales Qualitätssicherungsinstitut zu implementieren und ob die selbstgestellte Aufgabe nicht zu komplex ist. Die Hypothese bei jeder Form administrierter Qualitätssicherung - nichts anderes stellt das Institut dar - ist, dass durch die zentrale Vorgabe auch auf der Ebene der einzelnen Handlungsträger - der Patienten, der Ärzte usw. - in Übereinstimmung mit der zentral vorgegebenen, im Idealfall evidenzbasierten Zielvorgabe gehandelt wird.

Wenn jedoch Qualitätsaspekte, zumindest die Bewertung von Qualität, sehr stark von subjektiven Elementen geprägt sind, ist es schwierig, ein einheitliches Qualitätsanforderungsprofil zu erstellen, das über die Maßgabe von Mindestanforderungen hinausgehen soll. Vor allem die Konzeption und Sicherstellung der Diffusion von Behandlungsergebniskriterien durch das Institut muss daher unbefriedigend bleiben. Das Problem ist, dass ohne Berücksichtigung der Interaktionsphänomene zwischen Beteiligten ein auf der einzelwirtschaftlichen Ebene erfolgreiches System wie etwa eine Kosten-Nutzen-Analyse nur schwer auf die Ebene des Gesamtsystems übertragen werden kann. Weder die Präferenzen der Patienten noch die Anreizsituation der Leistungserbringer spielen bei Methoden der administrierten Qualitätssicherung² eine Rolle, was

aber notwendig wäre, um Auswirkungen auf das Gesamtsystem überhaupt einschätzen, oder gar prognostizieren zu können.

Liberalisierung des Vertragsrechts

Nach dem Gesetzentwurf soll vor allem das Vertragsrecht in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung flexibilisiert werden. Mit der Entflechtung der engen kollektivvertraglichen Regelungen ist durch das GMG ein Schritt in eine Liberalisierung der Vertragsbeziehungen gelungen. Die Option, dass Fachärzte - wobei diese Regelung nur für Neuzulassungen gelten soll - per selektiven Verträgen mit den Kostenversicherungen verhandeln sollen, ist grundsätzlich zwar als positives Element eines Vertrags- und Qualitätswettbewerbs zu bewerten, gleichwohl macht aber dieser Vorgang die Notwendigkeit einer Reform der gesamten Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen notwendig, die auch die Diskriminierung der Fachärzte gegenüber den Hausärzten wieder aufhebt. Sollen die Vertragsärzte mit den Krankenkassen auch nur einigermaßen unter gleichen Bedingungen über selektive Verträge verhandeln können, müssen die Krankenversicherungen als Unternehmen betrachtet werden, die dem Kartellrecht untergeordnet sind. Abgestimmte Verhaltensweisen, wie dies bei einheitlichen und gemeinsamen Verträgen der Verbände der Krankenversicherungen bislang möglich ist, können daher nur als Zwangskartell bezeichnet werden.

Eine offene Flanke der Vertragsflexibilisierung liegt auch in der Vergütungsfrage. Da der Hausarztbereich, dem künftig auch die Augen-, Kinder- und Frauenärzte

zugeschlagen werden sollen, weiterhin nach Kopfpauschalen vergütet werden wird, die Fachärzte langfristig aber über Fallpauschalen honoriert werden, ist die Sektorenabschottung und damit ein wesentliches Schnittstellenproblem im Endeffekt nur verschoben worden. Eine Budgetverantwortung im Sinne einer ganzheitlichen integrierten Versorgung muss vor allem an der Längsschnittverantwortung des Behandlungsverlaufes ansetzen.

Durch die sektorale Budgetierung war es bislang möglich, Patienten aus dem jeweiligen Finanzierungssystem „heraus zu überweisen“ und damit die Kosten auf andere Leistungserbringer zu externalisieren. Notwendig sind deshalb kombinierte Budgets, die das Morbiditätsrisiko eindeutig einem Versorgungsnetz zuordnen. Konkret bedeutet dies, dass auf dezentraler Ebene zwischen dem einzelnen Netz und einer einzelnen Krankenkasse eine Pauschale je Versicherten ausgehandelt werden müsste, der sich für das Netz entscheidet. Korrespondierend dazu ist über materielle und/oder immaterielle Anreize für Versicherte nachzudenken, die sich für die integrierte Versorgung entscheiden. Die Ausgestaltung der Patientensouveränität im Gesundheitswesen ist somit unmittelbar mit den Möglichkeiten der integrierten Versorgung verbunden.

Die optimale Höhe der Eigenbeteiligung der Versicherten hängt entscheidend sowohl vom individuellen Krankheitsrisiko als auch von den jeweiligen Präferenzen ab. Eine für alle Versicherten einheitlich vorgeschriebene Versicherungsdeckung kann somit nicht zielführend sein. Vielmehr ist auch im Hinblick auf die Effizienz dezentraler Vertragslösungen zu empfehlen, dass der Gesetzgeber lediglich einen Mindestumfang der Versicherungsdeckung (Regelleistung) verbind-

² Vgl. zu dieser Frage P. Oberender, F. Daumann: Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung, in: H.-J. Jaster (Hrsg.): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, New York u.a.O. 1997, S. 210-248.

lich vorschreibt. Die Einführung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung des Hausarztes stärkt zwar einerseits das Bewusstsein des Patienten für seine Leistungsanspruchnahme, gibt aber andererseits einen konkreten Versorgungsweg vor, ohne die Gewissheit zu haben, dass damit Qualität und Wirtschaftlichkeitsanreize zwingend vorhanden sein müssen.

Es muss sich auch für den Leistungserbringer lohnen, sparsam mit Ressourcen umzugehen und Versorgungsstrukturen zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Nachfrager (Patienten) entsprechen. Allerdings kann es nicht Aufgabe der Gesundheitsreform sein, Patentlösungen für eine optimale Angebotsstruktur zu präsentieren. Ziel muss es vielmehr sein, Experimente mit neuen Versorgungsformen anzuregen und starre Strukturen aufzubrechen.

Finanzierung im Gesundheitssystem

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

Der Entwurf des GMG setzt daran an, den Charakter der „Krankenversicherung“ stärker hervorzuheben. So ist es sinnvoll, rein umverteilungspolitische Aufgaben wie das Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die in erster Linie zur eigenen Lebensplanung der Versicherten gehören, künftig eigenverantwortlich bzw. als all-

gemeine Staatsaufgabe über Steuermittel zu finanzieren. Auch die Herauslösung des Krankengeldes vom Arbeitgeberanteil lässt sich in diese Systematik einordnen.

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

Zwischenergebnis

Das GMG ist hinsichtlich seiner Zielerreichung ambivalent. Einerseits sollen die Qualität und die Autonomie des Patienten im Vordergrund stehen, andererseits geht es sehr vordergründig um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Ein derartiges Auseinanderfallen unterschiedlicher Zielgrößen ist Grundlage vieler Austausch- und Wettbewerbsbeziehungen und grundsätzlich nicht problematisch, solange es institutionelle Vorkehrungen gibt, die einen Ausgleich der gegenläufigen Interessen erlauben. Grundlegende Strukturprinzipien der GKV wie Solidarprinzip (einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen) sowie das Sachleistungsprinzip, das ein Auseinanderfallen von Leistungsanspruchnahme und Kostenbeteiligung für

den Patienten impliziert³, erlauben jedoch keine entsprechende Koordination unterschiedlicher Zielsetzungen auf der Mikroebene, sondern erzeugen noch den Anreiz zur Fehlsteuerung. Bedingt durch das Sachleistungsprinzip wird der Zusammenhang zwischen der Leistungsanspruchnahme und der Steigerung der GKV-Gesamtausgaben für den Versicherten un-fühlbar (Freifahrer- und Moral-Hazard-Effekte, angebotsinduzierte Nachfrage). Gleichzeitig erzwingt die sektorale Trennung der Vergütung beim Leistungserbringer den Anreiz, als „teuer“ empfundene Patienten in das andere Versorgungssystem zu überweisen. Es liegt ein „Verantwortungsvakuum“⁴ aller Beteiligten vor.

Da das Gesundheitswesen in Deutschland – wie alle Systeme sozialer Sicherung – auch dem Gedanken der sozialen Marktwirtschaft folgt, sind Elemente des Marktes mit dem Anspruch einer am Bedarf orientierten Sozialpolitik zu kombinieren. Dies ließe sich durchaus mit dem Gedanken einer dezentralen Steuerung verbinden. Jedoch zeigt die bisherige Vorgehensweise der Gesundheitspolitik, dass vornehmlich über Regulierungen die Lösung der Steuerungsprobleme gesucht wird, die sowohl Zielsetzung als auch Vorgehensweise den Akteuren vorgeben (vgl. Abbildung). Es wird damit eine Prozesspolitik betrieben, die einzelne Anbieter nicht nur entmündigt, sondern zugleich stellt eine solche Politik eine „Anmaßung von Wissen“ (von Hayek) dar. Eine ordnungspolitische Variante würde an der Selbstverantwortung der Individuen ansetzen. Diese marktwirtschaftliche Ordnung ist dabei nicht chaotisch organisiert, sondern der Staat hält sich grundsätzlich aus

³ Vgl. hierzu P. Oberender, A. Hebborn, J. Zerth: Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart u.a.O. 2002, hier S. 33 ff.

⁴ Ebenda, S. 55.



Quelle: eigene Darstellung.

den Austauschbeziehungen heraus und hat die Aufgabe, die Austauschprozesse auf dezentraler Ebene mit Hilfe allgemeiner Regeln zu begleiten.

Sowohl die Einführung des Zentrums für Qualität als auch die Etablierung der „vierten Hürde“ oder die Vorgabe eines Hausarzttarifes können als Beispiele der jüngeren Zeit für interventionistisches Handeln betrachtet werden. Gleichzeitig sind im GMG wiederum Liberalisierungstendenzen, wie etwa die Möglichkeit des Arzneimittelverhandels oder die Lockerung des Angebotsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen vorhanden, die prima facie als wettbewerbliche Maßnahmen interpretiert werden können. Letztendlich sind diese aber auch nur Ausdruck des Steuerungsoptimismus, der wie ein roter Faden den gesamten Gesetzentwurf durchzieht und von der Vorstellung geprägt ist, der Staat könne die richtige Zielsetzung und den richtigen Weg(!) für alle Akteure vorgeben, um den Bedürfnissen des „Gemeinwohls“ zu genügen. Unter evolutorischen Gesichtspunkten ist zu kritisieren, dass staatliche Regulierungsmaßnahmen in aller Regel innovative

Kräfte behindern wenn nicht sogar verhindern⁵. Es ist daher mehr als fraglich, ob die erhofften Effizienzreserven durch die Vorgaben des GMG zu realisieren sind.

Darüber hinaus stellt jede Gesundheitsreform natürlich auch ein Gut auf dem politischen Wählerstimmenmarkt dar. Argumentationsgrundlage ist hierbei regelmäßig der Gleichheitsgrundsatz: Die Solidargemeinschaft müsse allen Bürgern unterschiedslos den Zugang zur modernen Hochleistungsmedizin ermöglichen. Diese Egalisierungstendenzen hemmen jedoch wieder den Willen, Leistungen der solidarischen Finanzierung zu entziehen, oder haben eine weitergehende Tendenz zur Leistungsausdehnung zur Folge. Die Sicherung einer marktwirtschaftlichen Ordnung, die allgemeingültigen, möglichst diskriminierungsfreien Regeln folgt, wird von einer derartigen Politik massiv beeinträchtigt, es liegt die Tendenz zu einer Interventionsspirale vor.

Ordnungspolitik als Reformperspektive

Die bisherige Analyse hat verdeutlicht, dass gemäß ökonomischer Überlegungen an den Anreiz-

strukturen bzw. Koordinationsmechanismen im Gesundheitswesen anzusetzen ist. Der Umgang mit gesellschaftlichen Anreizstrukturen und ihren Wirkungen auf individuelles Verhalten ist zentraler Untersuchungsgegenstand der ökonomischen Wissenschaft⁶. Übertragen auf die Austauschbeziehungen im Gesundheitswesen kann das allgemeine Ziel unterstellt werden, dass ein Gesundheitssystem der Befriedigung der Patientenbedürfnisse unter der Einschränkung der Knappheit zu dienen hat.

Ziel: Soziale Ordnungspolitik

Grundlage einer marktwirtschaftlichen Ordnung ist die Orientierung am Individualprinzip. Hinter dem Individualprinzip steht das Prinzip des mündigen Bürgers, der grundsätzlich in der Lage ist, seine Interessen zu artikulieren, sie zur Geltung zu bringen und sie auf der Basis eigenverantwortlicher Entscheidungen zu verwirklichen. Damit ist nicht gemeint, der Bürger sei allwissend. Das Risiko, Fehlentscheidungen treffen zu können, ist unmittelbar damit verbunden, es ist nur wichtig, dass dem Einzelnen auch die Verantwortung für sein Handeln zugeschrieben werden kann. Es muss also das Haftungsprinzip angewandt werden. Gleichzeitig bedarf es einer Wettbewerbsordnung, die der Chance des ungehinderten Markteintritts von Anbietern alternativer Problemlösungen gerecht wird, verbunden mit dem Risiko der Verdrängung für etablierte Marktteilnehmer.

Übertragen auf das Gesundheitswesen bedeutet ein derartiges

⁵ Vgl. dazu bereits W. Hamm: Programmierte Unfreiheit und Verschwendung: Zur überfälligen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: ORDO, Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, Bd. 35 (1984), S. 21-42.

⁶ Damit ist nicht ein ökonomischer Imperialismus gemeint. Eine erfolgreiche Reform im Bereich des Gesundheitswesens kann sicherlich nicht gelingen, wenn nicht insbesondere ein Zusammenspiel zwischen Medizin, Ethik und Ökonomik gewährleistet ist.

Steuerungsprinzip die Notwendigkeit dezentraler Steuerung. Eine dezentrale Steuerung kann einerseits die Selbstbestimmung der Akteure gewährleisten, andererseits bietet eine dezentrale Steuerung ein zweckmäßiges System, unterschiedliches Wissen für Innovation und Organisation zu nutzen. Die Gestaltung eines Gesundheitssystems ist aber neben der Frage der Selbstverantwortung unmittelbar mit der Ausgestaltung der Solidarität verbunden. Solidarität lässt sich einerseits ethisch rechtfertigen, dass niemanden die Mittel vorenthalten werden dürfen, die er benötigt, um seine Existenz aufrecht zu erhalten. In diesem Zusammenhang ist die medizinische Versorgung als notwendig anzusehen. Darüber hinaus beruhen arbeitsteilige Gesellschaften auch auf der gewissen kollektiven Absicherung extremer, existenzbedrohender Risiken. Die solidarische Absicherung ermöglicht dem Einzelnen die Teilnahme am modernen Leben, insbesondere auch am Marktgeschehen und stabilisiert so die moderne Gesellschaft⁷.

Die Mündigkeit jedes Einzelnen ist aufgrund der Komplexität der Realität unbedingt anzuerkennen. Souveränität des Bürgers ist demnach das Pendant zur Eigenverantwortung. Eine Sozialpolitik muss deshalb die Grundsätze der formalen Gerechtigkeit erfüllen und auf allgemeinen Regeln begründet sein, also als soziale Ordnungspolitik konzipiert werden. Eine subsidiär ausgerichtete Sozialpolitik hat sich hierbei auf die Sicherung schutzbedürftiger Bevölkerungskreise gegen elementare existenzbedrohende Risiken und deren Folgen zu konzentrieren.

Der einzelne Mensch und seine adäquate Bedürfnisbefriedigung und nicht Institutionen sowie deren Schutz müssen demzufolge im Mittelpunkt stehen. Sozialpolitik im

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

Rückkehr zum Versicherungsgedanken

Ziel der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung muss es sein, Entscheidungskompetenzen auf die Ebene der einzelnen Bürger zurückzuverlagern, gleichzeitig aber eine anreizkompatible Umverteilung zu gewährleisten. Dabei handelt es sich nicht um einen gordischen Knoten, wenn berücksichtigt wird, dass eine Verschwendung der Ressourcen solange systeminhärent ist, solange Anreize bestehen, über fremde Ressourcen ohne finanzielle Verantwortung zu verfügen. Bei einer Zusammenführung individueller Handlung und finanzieller Verantwortung ließen sich derartige Anreizprobleme lösen. Bei einer Nicht- oder Unterversorgung aufgrund fehlender finanzieller Leistungsfähigkeit kann die Unterstützung der Betroffenen sowohl durch die Bereitstellung entsprechender Sachleistungen – wie bislang vorhanden – als auch durch Erhöhung ihrer Kaufkraft erfolgen.

⁷ Insbesondere Homann und Pies diskutieren eine „Sozialpolitik für den Markt“, die versucht, gemeinsame Interessensfelder zwischen Freiheit und Sicherheit herauszuarbeiten, vgl. K. Homann, I. Pies: Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik, in: I. Pies, M. Leschke (Hrsg.): James Buchanan konstitutionelle Ökonomik, Tübingen 1996, S. 203-239.

Unter der Annahme, dass sich auch der Gesundheitsbegriff immer mehr ausdifferenziert, genügt demzufolge lediglich die Gewährung nötiger Kaufkraft an die einzelnen Bürger. Die konkrete Ausgestaltung der nachgefragten Gesundheitsleistungen obliegt dann der individuellen Verantwortung des Einzelnen. In diesem Sinne wären auch aktuarische Beiträge möglich, d.h., eine Kalkulation entsprechend dem individuellen Risiko. Ein System aktuarischer Beiträge würde die Umverteilungskomponente aus dem Leistungsverhältnis Kostenträger/Versicherter ausgliedern und konsequenterweise auf den Staat übertragen. Folglich wären Fehlanreize aufgrund der Bündelung von Versicherungs- und Umverteilungselementen wie beim Solidarprinzip (einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen) aus der Leistungsbeziehung herausgenommen. In Konsequenz wären somit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot nicht mehr notwendig, auch auf den Risikostrukturausgleich wäre zu verzichten. Die soziale Absicherung ökonomisch Schwacher könnte über ein steuerfinanziertes Versicherungsgeld gelöst werden⁸.

Mit einem freiheitlichen und wettbewerblichen System sind zentral festgelegte Budgetierungen für die Leistungserbringer nicht vereinbar. Im Bereich der ambulanten Versorgung kann es künftig eine Bedarfszulassung nicht mehr geben, die Ärzte müssen sich jedoch den Veränderungen im Vertragsbereich stellen. Es können regional oder je nach Krankenkasse unterschiedliche Versorgungspräferenzen bestehen. Das Vertragsverhältnis von Arzt und Kasse kann sich dadurch vielfältig gestalten. Neben unterschiedlichen Honorierungsformen müssen vielfältige Versorgungsstrukturen wie etwa

Managed Care- oder Disease Management-Modelle möglich sein.

Weiterhin muss auch für die Leistungserbringer die Koalitionsfreiheit gelten. Es können sich durchaus bestimmte regionale oder überregionale Ärztegruppierungen bilden, eine Zwangsmitgliedschaft in einer Kassenärztlichen Vereinigung ist jedoch nicht mehr zu rechtfertigen.

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

Vom Modell zur Realität

Das Modell des dargelegten marktwirtschaftlichen Krankenversicherungssystems bildet zunächst einen ordnungspolitischen Leitstern, der zur Orientierung bei den gesundheitspolitischen Reformmaßnahmen dienen kann. Die Implementierung des skizzierten zukunftsfähigen Systems käme einer radikalen ordnungspolitischen Kehrtwende gleich: Bestehende Strukturen werden aufgebrochen, gewachsene informelle und formelle Institutionen verlieren an Bedeutung. Es bedarf weiterer wissenschaftlicher und politischer Überlegungen, Strukturen aufzuzeigen, wie dieses Leitbild verwirklicht werden kann. Grundsätzlich bieten sich zwei Implementierungsstrategien an: eine Schocktherapie oder eine graduelle Therapie. Eine Schocktherapie hat den Vorteil, dass in der Regel unumkehrbare Fakten geschaffen werden, die Frage ist aber zu stellen, ob sich die unter Umständen höheren Anpassungslasten auf dem Markt für Wählerstimmen verkaufen lassen. Eine graduelle Herangehensweise vermeidet hingegen hohe Anpassungslasten. In kleinen Schritten können Reformelemente im Sinne

einer Stückwerksozialtechnik ausprobiert werden. Jedoch wirkt die oben skizzierte Reform nur dann, wenn alle Elemente in ihrer Gesamtheit implementiert werden und es vor allem kein dauerhaftes Nebeneinander von marktwirtschaftlichen und nicht-marktwirtschaftlichen Elementen gibt.

Es bleibt also notwendig, an einer ordnungspolitisch grundlegenden Reform des Gesundheitswesens zu arbeiten, da die bisherigen Ansätze in einer ständigen Spirale von Interventionen endeten, was gerade nicht einer Konstanz und damit Verlässlichkeit der Wirtschaftspolitik im Sinne Euckens entspricht. Das Konzept der Sozialen Marktwirtschaft in einer wohlverstandenen ordnungspolitischen Sicht benötigt zu seiner Durchsetzung einen von Partikularinteressen und wirtschaftlichen Machtzusammenballungen unabhängigen, „starken“ Ordnungsstaat. Dabei müssen aber insbesondere die Interdependenzen zwischen Marktwirtschaft und Demokratie betont werden, d.h. Einflüsse des Wählerstimmenmarktes müssen Berücksichtigung finden.

Eine Ordnungspolitik für die Sozial- und Gesundheitspolitik muss demnach dem Prinzip der allgemeinen Regeln folgen und möglichst diskriminierungsfreie Politikmaßnahmen generieren. Darüber hinaus sind jedoch auch die Auswahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Politikentwürfen auf der Maßnahmenebene zu ermöglichen, was als Plädoyer für dezentrale Lösungen verstanden

⁸ Vgl. dazu P. Oberender, J. Zerth: Gesundheitspolitik: quo vadis? Der Weg zu einer marktwirtschaftlichen Reform, in: Alfred Schüller (Hrsg.): Orientierungen für ordnungspolitische Reformen: Walter Hamm zum 80. Geburtstag, Stuttgart 2003, S. 7-23. Soweit die individuelle aktuarische Prämie einen zu definierenden Eigenanteil übersteigt, hat jeder Versicherte Anspruch auf die Zahlung eines Versicherungsgeldes. Ihm wird die Differenz zwischen zumutbarem Eigenanteil und aktuarischem Beitrag bis zur Höhe einer Kappungsgrenze ersetzt.

werden soll. Gerade dezentrale Strukturen erlauben auch ein kontrolliertes „gesundheitspolitisches Experimentieren“⁹, das innerhalb einer allgemeingültigen Wettbewerbsordnung abläuft.

Jede grundsätzliche Reform des Gesundheitssystems bedingt Umstellungslasten. Es wird eine „Umlagebevölkerung“ verbleiben und Unterstützungsbedarf auslösen. Gleichzeitig ist von einer anderen Bevölkerungsgruppe zusehends Kapital zu bilden. Im Gegensatz zum Umlageverfahren wird die Umverteilungslast somit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe von allen Steuerzahlern getragen. Folglich ist die verdeckte Umverteilung im GKV-System beseitigt worden. Eine zukunftsfähige Gesundheitsreform muss sich daher die Frage stellen, ob es nicht Zeit ist, künftig anstatt auf staatliche Entwürfe mehr auf die Innovationskraft der Beteiligten im System zu setzen. Dies macht ebenfalls staatliches Handeln notwendig, aber in einer mutigen und kreativen Weise. Es gibt sicherlich nicht die Reform, die alle Zukunftsprobleme des Gesundheitswesens mit einem Schlag lösen würde, wie es in der Gesetzesbegründung des GMG heißt, doch eine marktwirtschaftliche Reform setzt nicht auf die Flexibilität des Regulierers, der im Zweifel immer mit einem zeitlichen Nachhang zu kämpfen hat, sondern auf die Flexibilität der Beteiligten. Jedoch bedeutet Ordnungspolitik im strengen Sinn auch eine Abkehr von tagespolitischer Intervention, was nicht immer im Sinne der Politiknachfrager wie Politikanbieter sein mag.

⁹ Vgl. dazu S. Okruch: Gesundheitspolitik. Wirtschaftspolitik der Experimente als Ursache und Lösung der Krise des Gesundheitswesens, in: L. Koch (Hrsg.): Wirtschaftspolitik im Wandel, München u.a.O. 2001, S. 113-136. Wie Okruch betont, muss dabei jedoch von der rigiden ordoliberalen Vorstellung Abstand genommen werden, es ließe sich „die quasi zeitgemäße ‘Ordnung der Wirtschaft’ ex ante .. bestimmen“.