

# Gesundheitspolitik

von Friedrich Breyer

**Zusammenfassung:** Bundesgesundheitsminister Rösler sieht in einer der Reform der Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung sein wichtigstes Projekt. Diese hat eine große Bedeutung für die Stärkung des Wettbewerbs in der GKV. Jedoch sind andere Themen für Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland ebenso wichtig: mehr Vertragsfreiheit für Krankenkassen, Zuzahlungen mit größerer Steuerungswirkung, ökonomisch sinnvollere Bewertungsmethoden für neue Arzneimittel, eine bessere Wettbewerbsordnung für die Private Krankenversicherung sowie mehr Spenderorgane durch Einführung der Widerspruchslösung bei der Organentnahme. Schließlich ist eine breite gesellschaftliche Diskussion über den langfristig finanzierbaren Leistungskatalog der GKV erforderlich.

**Summary:** Federal Health Secretary Rösler deems a reform of the wage-related contribution system in German social health insurance (GKV) his most important project for the next 4 years. Indeed such a reform would greatly enhance competition in the GKV system. However, other topics are equally important for efficiency, quality and sustainability of the German health care system: more freedom of contract for sickness funds, a better design of copayments to control health care demand, better methods for evaluating new pharmaceuticals, more competition in private health insurance, and the procurement of more organ transplants through introducing the presumed consent rule. Finally, Germany needs a broad social debate on the benefit package of social health insurance to secure long-run sustainability of the system.

## 1 Einleitung

Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag vom 27. Oktober 2009 eine weitreichende Reform im Gesundheitswesen angekündigt – nämlich den Einstieg in ein Finanzierungssystem für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen (Seite 78).

Daneben hat sie eine Vielzahl von Zielen und Prinzipien genannt, ohne klar zu sagen, welche konkreten Reformen sie sich auf diesen Gebieten vornimmt, so etwa:

- Krankenkassen sollen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können (Seite 77),
- Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln müssen praktikabel nach klaren, eindeutigen Kriterien erfolgen (Seite 79),
- bei der Zahl der Spenderorgane wird Handlungsbedarf gesehen (Seite 83).

JEL Classifications: I18, I11, I10

Keywords: Social health insurance, sickness fund competition, sustainability

Darüber hinaus bestehen im Gesundheitswesen weitere Defizite, die einen Handlungsbedarf begründen, die jedoch im Koalitionsvertrag nicht explizit aufgeführt werden, so etwa:

- bei der Gestaltung der Zuzahlungen in der GKV im Hinblick auf eine effiziente Nachfragesteuerung,
- bei der langfristigen Gestaltung des Leistungskatalogs in der GKV und
- bei der Wettbewerbsordnung für die Private Krankenversicherung.

Im Folgenden wird auf jeden der genannten Punkte eingegangen, und es wird eine mögliche Agenda für die Gesundheitspolitik in der laufenden Legislaturperiode entworfen.

## 2 Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge

Seit der Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Bismarck im Jahr 1883 werden die Beiträge (annähernd) hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gezahlt und als Prozentsatz vom Arbeitseinkommen bis zu einer Bemessungsgrenze erhoben. Da die Leistungen in der Gründungsphase zu mehr als der Hälfte aus Lohnersatzleistungen (Krankengeld) bestanden, entsprach diese Art der Beitragserhebung dem auch sonst in der Sozialversicherung (vor allem in der Renten- und Arbeitslosenversicherung) verankerten Äquivalenzprinzip. Mit dem Anwachsen des Ausgabenanteils für Krankenbehandlung und dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969, das das Krankengeld bis zur sechsten Krankheitswoche dem Arbeitgeber aufbürdete und damit aus dem Leistungskatalog der GKV strich, war das Äquivalenzprinzip jedoch mehr und mehr verletzt und die lohnbezogene Beitragserhebung ist zu einem zweiten System der Einkommensumverteilung – neben dem Steuer-Transfer-System – mutiert.

Die Bemessung der Beiträge am Arbeits- beziehungsweise Lohnersatz Einkommen (Rente, Arbeitslosengeld) bei gleichzeitiger Geltung einer Beitragsbemessungsgrenze sowie die Aufteilung der Beiträge auf den Versicherten selbst und seinen Arbeitgeber sind jedoch mit einer Reihe gravierender Nachteile verbunden:

- Erstens lässt sich die Lohnabhängigkeit der Beiträge nicht mehr gut begründen, auch nicht mit dem Prinzip der Zahlung nach Leistungsfähigkeit, denn dafür ist das Arbeitseinkommen ein sehr unvollkommenes Maß. Unter diesen Vorzeichen wäre ferner weder die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze noch die einer Versicherungspflichtgrenze zu begründen. Denn die genannten Grenzen implizieren, dass sich – anders als im Steuersystem – gerade die Personen in den hohen Einkommensgruppen nicht (als Beamte oder Selbständige) oder nur in begrenztem Ausmaß (als abhängig Beschäftigte) an der Umverteilung beteiligen müssen.
- Zweitens bedeutet eine Bemessung der Beiträge am Arbeitseinkommen bei gleichzeitigem Absinken der Lohnquote einen Verlust an Transparenz: So entstand durch die ständig steigenden Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen in den vergangenen drei Jahrzehnten der Eindruck einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, obwohl die Hauptursache für diesen Anstieg nicht etwa in einem rasanten Wachstum der Gesundheitsausgaben, sondern eher in einem Zurückbleiben der Beitragsbemessungsgrundlage hinter der Entwicklung des Sozialprodukts insgesamt zu sehen ist. So wuchs der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zwischen 1980 und

2008 von 5,6 Prozent auf 6,1 Prozent, also um weniger als zehn Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg jedoch der durchschnittliche GKV-Beitragssatz von 11,4 Prozent auf 14,9 Prozent, also um gut 30 Prozent, weil sich gleichzeitig die Relation zwischen der Bemessungsgrundlage der Beiträge und dem BIP erheblich verringerte (zu den Zahlen vergleiche BMAS 2009).

- Auch die hälftige Zahlung des Beitrags durch den Arbeitgeber, die offiziell mit dem Solidarprinzip begründet wird, bisweilen auch damit, dass sie das Interesse des Arbeitgebers an einer Gesunderhaltung seiner Beschäftigten stärke, war – zumindest vor Einführung des Gesundheitsfonds – mit einer Schwächung der Transparenz verbunden. Denn die scheinbare Übernahme des halben Beitrags durch den Arbeitgeber schaffte beim Versicherten die Illusion, dass er zum Beispiel den Vorteil eines Wechsels zu einer kostengünstigeren Kasse mit seinem Arbeitgeber teilen musste, während er den etwaigen Nachteil eines schlechteren Services alleine zu erdulden hatte.

Die Bundesregierung plant nun nach eigenen Aussagen eine Umstellung des Arbeitnehmerbeitrags auf eine einkommensunabhängige „Kopfpauschale“. Der Arbeitgeberbeitrag könnte weiterhin als Anteil vom Bruttolohn entrichtet werden, wobei der Beitragssatz gesetzlich fixiert werden könnte, etwa auf den gegenwärtig geltenden Satz von sieben Prozent.<sup>1</sup> Geht man etwa davon aus, dass circa die Hälfte des Finanzbedarfs der Krankenkassen durch diese Arbeitgeberbeiträge sowie durch Bundeszuschüsse – sie betragen im Jahr 2010 15,7 Milliarden Euro und decken damit knapp zehn Prozent der Ausgaben der Kassen ab –, so müsste der Rest durch Kopfpauschalen aufgebracht werden. Deren Höhe könnte unterschiedlich gestaltet werden, nämlich

- a) für alle versicherten Personen gleich hoch,
- b) für Erwachsene und Kinder unterschiedlich und jeweils kostendeckend,
- c) nur für Erwachsene gleich hoch, während Kinder beitragsfrei versichert werden.

Variante b) kommt dabei dem Vorgehen in der Schweiz nahe, in der es allerdings keinen Arbeitgeberbeitrag gibt und zwischen drei Altersgruppen (unter 18, zwischen 18 und 25 sowie über 25 Jahren) unterschieden wird.<sup>2</sup>

Auf der politischen Bühne haben die Pläne des Gesundheitsministers Rösler bereits heftigen Protest ausgelöst, nicht zuletzt von Seiten des Koalitionspartners CSU. So wird beklagt, es widerspreche den Grundprinzipien eines Sozialstaats, wenn „der Generaldirektor den gleichen Krankenkassenbeitrag entrichten muss wie seine Sekretärin“. Abgesehen davon, dass in Deutschland der Generaldirektor mit seinem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze typischer Weise ohnehin nicht in der GKV versichert ist, ist das Argument nicht triftig, da der deutsche Sozialstaat überwiegend durch die Umverteilung von *Einkommen* gekennzeichnet ist und nicht durch die Subventionierung von *Preisen*.

<sup>1</sup> Richter schlägt die Ersetzung des Arbeitgeberbeitrags durch eine drastische Erhöhung der Mehrwertsteuer vor. Diese hat jedoch den Nachteil, dass die Belastung langfristig proportional zum Einkommen ist, während man mit einer Reform des Tarifverlaufs in der Einkommensteuer die Be- und Entlastungen zielgenauer auf die Änderungen in der Beitragsbelastung in der GKV abstimmen kann (Richter 2009).

<sup>2</sup> Daneben unterscheidet sich die Soziale Krankenversicherung in der Schweiz von der GKV noch dadurch, dass ihr alle Bürger angehören müssen („Bürgerversicherung“).

Auch für Grundnahrungsmittel, Energie und Wohnen (je Quadratmeter) zahlen Geringverdiener und Spitzenverdiener die gleichen Preise.

Diesem Prinzip entsprechend soll die Einführung einer Kopfpauschale von einem sozialen Ausgleich im Steuer-Transfer-System begleitet werden. Dieser könnte sich am System der Prämienverbilligung in der Schweiz orientieren. Dort erhält jeder Bürger eine Ausgleichzahlung, wenn die Summe der „Referenzprämien“ aller Haushaltsmitglieder höher ist als ein bestimmter – von Kanton zu Kanton variierender – Prozentsatz des „maßgeblichen Einkommens“. Das maßgebliche Einkommen ist das Bruttoeinkommen zuzüglich eines Anteils des Vermögens. Die Referenzprämie ist nicht die tatsächlich gezahlte Prämie, sondern entweder die niedrigste Prämie einer wählbaren Krankenkasse oder eine kantonale Durchschnittsprämie; der Anreiz für den Versicherten, eine kostengünstige Kasse zu wählen, bleibt also voll erhalten. An einem solchen Sozialausgleich bemängeln Gegner des Modells, dass durch dieses System ein großer Teil der Bevölkerung zu Bittstellern degradiert würde. Diese Kritik ist ebenfalls nicht triftig, da der Sozialausgleich gemeinsam mit dem Lohnsteuer-Jahresausgleich beim Finanzamt vorgenommen und auch durch die Eintragung eines Freibetrags auf der Lohnsteuerkarte zeitlich vorgezogen werden könnte.

Unrichtig ist daher allerdings auch die Charakterisierung der Kopfpauschale als „einkommensunabhängiger Beitrag“ im Koalitionsvertrag. Denn für Personen, die einen sozialen Ausgleich beanspruchen können, ist die effektiv gezahlte Prämie natürlich vom Einkommen abhängig. Der Unterschied besteht vielmehr darin, dass neben dem Arbeitseinkommen auch andere Einkommensarten Berücksichtigung finden. Für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung als Ganzes hätte die beschriebene Umstellung allerdings den Vorteil, dass die reine Einkommensumverteilung aus der Krankenversicherung, wo sie ein systemfremdes Element darstellt, in das Steuer-Transfer-System ausgelagert würde. Dies ist besonders unter dem Aspekt positiv zu bewerten, dass das Steuer-Transfer-System anders als die GKV alle Bürger, auch die Privatversicherten, erfasst.

Ein verbreitetes Argument gegen die Kopfpauschale lautet, dass der damit einhergehende Sozialausgleich zu teuer wäre, um sie aus einem ohnehin stark strapazierten Bundeshaushalt finanzieren zu können. Im Falle einer Umstellung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen werden Beträge von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr genannt; stellt man, wie oben beschrieben, nur die Arbeitnehmerbeiträge um, so wäre etwa die Hälfte fällig. Für diesen Fall schätzt die Prognos AG den Ausgleichsbedarf allerdings nur auf 12,3 Milliarden Euro (Vbw 2009: 4). Die Kritik übersieht ferner, dass es für die Bürger auf die Gesamtheit der Abgabenbelastung ankommt. Wird diese aufseiten der Krankenkassenbeiträge durch Auslagerung der Einkommensumverteilung reduziert, so entsteht ein Spielraum zur Erhöhung der Steuersätze in dem Einkommensbereich zwischen dem Durchschnittseinkommen und der Beitragsbemessungsgrenze, in dem die Entlastung bei den Krankenversicherungsbeiträgen anfällt. Mit den entsprechenden Mehreinnahmen könnten die Ausgaben für den Sozialausgleich gegenfinanziert werden, ohne die Gesamtbelastung zu erhöhen. Im Übrigen wird von einigen Autoren darauf verwiesen (zum Beispiel von Eekhoff 2009), dass man auch den im Bundeshaushalt 2010 vorgesehenen Bundeszuschuss zur GKV in Höhe von 15,7 Milliarden Euro zur Finanzierung des Sozialausgleichs umwidmen könnte.

Nicht zuletzt sollte man sich die Vorteile der Umstellung des Arbeitnehmerbeitrags auf eine feste Kopfpauschale klarmachen: Die Unterschiede in den Prämien zwischen den Krankenkassen würden in Euro-Beträgen ausgedrückt und damit transparenter als ein Pro-

zentsatz vom Einkommen (wie es vor 2009 der Fall war). Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen würde dadurch vermutlich angekurbelt, auch im Vergleich zur Situation seit dem 1.1.2009, in der zwar Zusatzbeiträge in Euro möglich, diese aber auf acht Euro beziehungsweise ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt sind. Diese „Überforderungsklauseln“ könnten und sollten bei Einführung des oben beschriebenen sozialen Ausgleichs entfallen.

### 3 Krankenkassen-Wettbewerb und Vertragsfreiheit

Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen ist allerdings kein Selbstzweck, sondern dient, wie es der Koalitionsvertrag auf Seite 77 postuliert „den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung“. In der Tat sind sich die am System Beteiligten weitgehend einig, dass das deutsche Gesundheitssystem noch beträchtliche Effizienzreserven aufweist. So widmete der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen sein Gutachten 2000/01 dem Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (SVRiG 2001) und zeigte anhand von sieben häufigen Krankheitsgruppen die gegenwärtigen Defizite auf. Er kam dabei zu folgendem Schluss:

„Ein nachhaltiger Abbau von Über- und damit verbundener Fehlversorgung [...] erfordert eine längerfristige Umsteuerung des Systems durch eine mehrschrittige aber ziel- und gestaltungsorientierte und in ihren Zielen beständig angelegte Gesundheitspolitik. Sie verlangt eine grundlegende Veränderung von Strukturen und Anreizen, von Wissen und Werten“ (ebenda: 21).

Wirtschaftlichkeit kann jedoch nicht staatlich verordnet werden, denn zum einen können Politiker und Ministerialbürokraten die Ineffizienzen nicht identifizieren und zum anderen ist eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit auf politischem Wege gegen die Betroffenen nicht durchsetzbar, denn jeder verschwendete Euro stellt für einen Leistungsanbieter einen Euro seines Einkommens dar, gegen dessen Entzug er sich mit Händen und Füßen zur Wehr setzen wird. Der Anreiz, innovative und effiziente Lösungen zu erarbeiten, kann dagegen durch den Wettbewerb ausgeübt werden, der die Teilnehmer zwingt, die Qualität ihrer Leistungen und ihren Ressourcenaufwand ständig zu überprüfen. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kann dabei als Hebel für den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern fungieren.

Die Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen werden in Deutschland nach Paragraph 82 f. sowie 85-87 SGB V durch ein zweiseitiges Zwangskartell ausgehandelt, in dem sich auf der einen Seite die Kassenärztliche Vereinigung und auf der anderen Seite die Verbände der Krankenkassen gegenüberstehen. Das gleiche gilt für Vereinbarungen über die Höhe der Arzneimittelverordnungen: Auch diese müssen von den Kassen nach Paragraph 84, Absatz 7 „gemeinsam und einheitlich“ abgeschlossen werden. Davon abweichend können nach Paragraph 73c für „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ Selektivverträge jeweils einer Kasse mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen werden. Das gleiche gilt nach Paragraph 73b für die hausarztzentrierte Versorgung. Wichtig ist hier das Verhältnis zwischen Pflicht und Kür: Kollektivverträge *müssen*, Selektivverträge *können* geschlossen werden. Damit haben Selektivverträge nur dort eine Chance, wo sie beiden Vertragspartnern im Vergleich zum Kollektivvertrag einen Vorteil bringen – eine Bedingung, die nur selten erfüllt sein dürfte. Darüber hinaus müssen die Vertragspartner

der Kollektivverträge festlegen, um welche Beträge die Kollektivvergütung aufgrund der Leistungen in den Selektivverträgen zu bereinigen ist. Ohne eine solche Bereinigung (als sogenannte „Add-on-Verträge“) würden sie die Gesamtausgaben der Kassen erhöhen und lägen damit nicht im Interesse der Kassen, kämen also nicht zustande. Da die Gemeinsamkeit der Kassenseite jedoch auch bei den Verträgen über die Bereinigung festgeschrieben ist, eignen sich Selektivverträge kaum noch als Gestaltungsparameter im Wettbewerb der Kassen untereinander (vergleiche Jacobs 2007: 338).

Durch das GKV-WSG hat sich an dieser Situation nichts Grundlegendes geändert (vergleiche dazu ausführlich Cassel et al. 2008). Zwar ist in der vertragsärztlichen Versorgung als innovatives Element die sogenannte hausarztzentrierte Versorgung (Paragraph 73b SGB V) hinzugekommen, die Selektivverträge zwischen den einzelnen Kassen und Gruppen von Hausärzten vorsieht. Allerdings wurde diese Neuerung gleich wieder mit dem Hemmschuh versehen, dass die Kassen nun gezwungen sind, die Option des Hausarzt-Modells allen ihren Versicherten flächendeckend anzubieten. Damit verschafft der Gesetzgeber auf der Marktgegenseite größeren Ärzteverbänden wie der Kassenärztlichen Vereinigung einen Wettbewerbsvorteil, da nur sie ein flächendeckendes Angebot bereitstellen und es somit den Kassen ersparen kann, eine aufwändige Akquise zu betreiben.

Nach Paragraph 109 SGB V gilt zu oben Analoges für die stationäre Versorgung: Auch hier müssen die Landesverbände der Kassen gemeinsam und einheitlich einen Versorgungsvertrag mit dem jeweiligen Krankenhaus schließen, und dieser kann auch nur von allen Kassenverbänden gemeinsam gekündigt werden. Überdies werden nach Paragraph 112 SGB V die Rahmenbedingungen für derartige Verträge kollektiv zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Landes-Krankenhausgesellschaft abgeschlossen und sind für die einzelnen Kassen beziehungsweise Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Das Leitbild des zweiseitigen Kartells ist also auch hier kennzeichnend für die Marktform.

Wirksamer Wettbewerb setzt demgegenüber voraus, dass die einzelnen Marktteilnehmer, hier vor allem die Krankenkassen, nicht gezwungen werden, an Kollektivverträgen teilzunehmen, sondern sich ihre Vertragspartner selbst aussuchen und mit ihnen – unter Wahrung der Grundsätze einer solidarisch verfassten Sozialversicherung – den Inhalt der Verträge frei vereinbaren können. Zu den Grundsätzen zählt vor allem, dass den Kassen vom Gesetzgeber ein einheitlicher Leistungskatalog vorgeschrieben wird, damit sie nicht durch Manipulation des Leistungsumfangs versuchen können, Risikoselektion unter den Versicherungsnachfragern zu betreiben. Auf der anderen Seite muss es jedoch jeder Kasse vorbehalten bleiben, welche Vertragspartner sie zur Erfüllung des Leistungskatalogs gegenüber ihren Versicherten heranzieht. Dazu ist es unabdingbar, dass die einzelne Kasse für ihre Versicherten den Sicherstellungsauftrag allein übertragen bekommt, denn die gemeinsame Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags mit der Kassenärztlichen Vereinigung nimmt der Kasse die Unabhängigkeit im Vertragsgeschäft.

Insbesondere muss es den Kassen überlassen bleiben, nur so viele Leistungserbringer in ihren Anbieter-Pool aufzunehmen, wie es zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags erforderlich ist („selektives Kontrahieren“), denn erst die Drohung, überhaupt keinen Vertrag zu erhalten, wird die Anbieter im Falle eines Überangebots letztlich dazu bewegen, Preiskonzessionen zu machen, die den Versicherten in diesen Regionen zugute kommen.



Bei einem vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Leistungskatalog bleiben als Gegenstände von Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur die Form und Höhe der Vergütung erhalten. Bezüglich der Vergütungsform existiert eine Vielzahl von Möglichkeiten (Kostenerstattung, Einzelleistungs-Vergütung, Pauschalen je Behandlungsfall, Perioden-Budget etc.), und es hat sich mittlerweile eine breit gefächerte Literatur (vergleiche dazu Breyer, Zweifel und Kifmann 2005: Kapitel 10) darüber entwickelt, welche Form optimale Anreize für angemessene Behandlungsqualität und geringe Kosten setzt. Aus dieser Literatur folgt keineswegs, dass ein und dieselbe Vergütungsform unter allen Umständen die einzig richtige ist. Ganz im Gegenteil hängen die Anreizwirkungen der verschiedenen Vergütungsformen in entscheidendem Ausmaß et al. davon ab, welche Präferenzen bezüglich der Leistungsqualität die Anbieter haben, ob die Qualität der Behandlung von der Kasse beobachtet werden kann und ob es objektiv messbare Indikatoren für die Schwere eines Behandlungsfalls gibt. Alle diese Parameter hängen von der Besonderheit der Situation ab.

Aus dem Gesagten folgt, dass der Gesetzgeber davon Abstand nehmen sollte, die Vergütungsform für einen gesamten Versorgungsbereich, wie etwa Fallpauschalen im Krankenhaus, dauerhaft festzulegen. Vielmehr kann der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hier in besonderem Maße als Entdeckungsverfahren wirken, indem verschiedene Kassen unterschiedliche Kombinationen von Vergütungen mit ihren Vertragspartnern erproben und aus den dabei resultierenden Ergebnissen bezüglich Kosten und Leistungsqualität Erkenntnisse gewonnen werden, die die Wahl der Vergütungsqualität in der Zukunft beeinflussen können. Erst durch einen solchen Prozess von Versuch und Irrtum kann die Effizienz des Leistungsgeschehens in der Gesundheitsversorgung nachhaltig gesteigert werden.

Als besondere Quelle von Effizienzmängeln im deutschen Gesundheitswesen wird immer wieder die unzureichende Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung identifiziert, die aus der – im Vergleich etwa zu den USA – radikalen Abschottung der beiden Sektoren herrührt und zu kostspieligen Doppeluntersuchungen und Einbußen in der Behandlungsqualität aufgrund von Informationsmängeln führt. Als Folgerung bemüht sich der Gesetzgeber seit langer Zeit, die „integrierte Versorgung“ durch spezielle Vergütungsregelungen zu fördern (vergleiche Paragraph 140 a-d SGB V). Sektorübergreifende Versorgung muss jedoch nicht verordnet werden. Wenn die Kassen den Sicherstellungsauftrag erhalten, können sie selbst entscheiden, ob sie ihre Versorgungsaufträge für die Sektoren separat ausschreiben oder als Gesamtauftrag für ambulante und stationäre Versorgung. Durch eine Gesamtausschreibung würde der Anreiz auf der Seite der Leistungserbringer entstehen, Netzwerke von Ärzten und Krankenhäusern zu bilden und die brach liegenden Effizienzreserven für Preissenkungen und Qualitätserhöhungen nutzbar zu machen.

#### 4 Effiziente Steuerung der Nachfrageseite

Erstaunlicher Weise schweigt sich der Koalitionsvertrag darüber aus, wie die Zuzahlungen in der GKV weiter entwickelt werden sollen. Diese sollten grundsätzlich so gesetzt werden, dass sie den Zielkonflikt zwischen dem bei Risikoscheu wünschenswerten Versicherungsschutz und der Verzerrung der Verhaltensanreize möglichst gut lösen. Aus dieser Überlegung lassen sich folgende Grundsätze ableiten:

1. Der Selbstbeteiligungssatz sollte umso höher sein, je elastischer (sensibler) die Nachfrage auf Preisänderungen reagiert, weil nur bei preisabhängiger Nachfrage von der Selbstbeteiligung der gewünschte Steuerungseffekt ausgeht, nämlich ein Verzicht auf die Inanspruchnahme weniger dringlicher Behandlungen.
2. Bei vollkommen unelastischer Nachfrage sollte die Selbstbeteiligung dagegen null betragen. Es sollten also keine Selbstbehalte erhoben werden, die allein einem Finanzierungszweck dienen, da sie lediglich den Versicherungsschutz aushöhlen, ohne die tatsächlichen Kosten medizinischer Behandlung zu senken.

Ein besonders krasses Beispiel für einen Selbstbehalt ohne Steuerungswirkung ist die durch das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 auf 28 Tage im Jahr ausgeweitete Zuzahlung von zehn Euro je Krankenhaustag.

Dagegen ist die Entscheidung zu einem Arztbesuch weitgehend im Ermessen des Versicherten, und daher ist eine Praxisgebühr prinzipiell ein geeignetes Steuerungsinstrument. Jedoch sollten die Erfahrungen mit der bisher geltenden Praxisgebühr ausgewertet und zum Anlass einer Reform gemacht werden. Nach einem Rückgang der Zahl der Arztbesuche im Jahr ihrer Einführung ist inzwischen keine Steuerungswirkung der Praxisgebühr mehr feststellbar. Dies ist auch nicht verwunderlich, da es wenig plausibel ist, dass ausgerechnet der erste Arztbesuch in einem Quartal „unnötig“, alle weiteren jedoch medizinisch indiziert sein sollten. Überdies ist der bürokratische Aufwand zu ihrer Erhebung groß, und den Versicherten wird eine unzumutbare Last auferlegt, wenn sie vor jedem Arztbesuch zuerst den Arzt aufsuchen müssen, den sie im jeweiligen Quartal als ersten konsultiert haben, sei dieser nun ihr Hausarzt oder irgendein Spezialist. Aus Gründen der Steuerung und der Vermeidung von Verwaltungsaufwand wäre es empfehlenswert, die Praxisgebühr – natürlich unter Wahrung der Obergrenze von zwei Prozent des Einkommens für alle Zuzahlungen – für jeden einzelnen Arztbesuch vorzusehen. Es kann den Kassen dann freigestellt werden, in speziellen Programmen (zum Beispiel Hausarzt-Modellen) auf die Erhebung der Gebühr zu verzichten.

## 5 Kosten-Nutzen-Bewertungen für Arzneimittel

Unter diesem Stichwort kündigt der Koalitionsvertrag an, die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

„unter dem Gesichtspunkt stringenter und transparenter Verfahren [zu] überprüfen“.

Angesichts der vernichtenden Kritik, die das IQWiG auf die Vorstellung seines Methoden-Papiers (IQWiG 2009) in der Fachwelt geerntet hat, erscheint dies in der Tat erforderlich.

Das Institut ist seinem gesetzlichen Auftrag, die Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung

„auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der [...] Gesundheitsökonomie“ (Paragraph 35b SGB V)



festzulegen, nicht nachgekommen. Das von ihm vorgeschlagene Konzept der „Effizienzgrenze“ entstammt einem vollkommen anderen Bereich der Wirtschaftswissenschaft, nämlich der optimalen Wahl eines Finanzportfolios und lässt sich auch nicht durch einen Analogieschluss auf das Problem der Bestimmung eines angemessenen Preises für ein neues Therapeutikum auf der Basis der im Markt vorhandenen Preise anwenden, da diese keinerlei normative Relevanz besitzen.

Insbesondere weigert sich das IQWiG, zur Messung der Gesundheitswirkung eines Arzneimittels ein universelles, vom Indikationsgebiet unabhängiges Nutzenmaß zu verwenden. Damit unterstützt es nicht die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Spitzenverbandes der Krankenkassen, die regelmäßig Beschlüsse über verschiedene Therapiegebiete fassen müssen und daher die Konsequenzen der Gesamtheit ihrer Entscheidungen bedenken müssen. Nur ein indikationsübergreifendes Nutzenmaß würde es erlauben, die Opportunitätskosten einer einzelnen Entscheidung adäquat zu erfassen und damit den maximalen gesundheitlichen Ertrag aus einem gegebenen Aufkommen aus Versichertenbeiträgen zu ziehen.

Aus diesem Grund ist das Methodenkonzept in seiner ersten Version nicht nur von der internationalen Fachwelt (vergleiche Jönsson 2008) einmütig abgelehnt worden, sondern gilt auch bei Sozialrechtlern als rechtlich problematisch (Huster 2008), ohne dass die vielfach geäußerte Kritik in der Überarbeitung berücksichtigt worden wäre. Es ist daher der Bundesregierung dringend zu raten, dass sie auf eine Revision der Methoden drängt.

## 6 Langfristige Gestaltung des Leistungskatalogs

Auch zu diesem Thema findet sich kein Wort im Koalitionsvertrag. Das bereits heute erreichte Ausmaß verdeckter Rationierung in der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten (vergleiche etwa Strehl et al. 2008) weist auf die Dringlichkeit eines Problems hin, das auch Ärztekammer-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe seit dem Frühsommer 2009 immer wieder anspricht, allerdings ohne positive Resonanz aus der Politik: Der Leistungskatalog der GKV verspricht allen den nahezu kostenlosen Zugang zu den jeweils neuesten Errungenschaften der medizinischen Entwicklung; gleichzeitig sollen sich die Gesundheitsausgaben an der Grundlohnsumme orientieren. Bei wachsenden medizinischen Möglichkeiten führt dies in ein Dilemma, das derzeit durch Zuteilung knapper Ressourcen durch die Ärzte oder durch unbezahlte Mehrarbeit bei weitgehend budgetierten Praxiseinnahmen beantwortet wird. Hoppes Vorschlag, die Ressourcen prioritär für die Versorgung der Schwerkranken einzusetzen, weist in die richtige Richtung, bedarf aber einer Präzisierung. Insbesondere wird es erforderlich sein, den Leistungskatalog so einzugrenzen, dass medizinisch Machbares und Finanzierbares aufeinander abgestimmt sind. Dies ist sicher eine schwierige Aufgabe, bei der man sich keinen Zuwachs an Popularität erhoffen kann, es ist jedoch notwendig sie anzupacken.

Ansätze zu einer Lösung finden sich etwa in der derzeitigen Arbeit des Deutschen Ethikrats, der sich mit dem Thema „Ressourcenallokation im Gesundheits- und Sozialwesen“ beschäftigt, und in der Arbeit der DFG-Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin“ (Diederich et al. 2009), die unter anderem die Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich Priorisierungsregeln erforscht. Auf der Basis der dabei zu erwartenden Ergebnisse und

Vorschläge sollten Bundesregierung und Bundestag eine breite gesellschaftspolitische Debatte zur zukünftigen Gestaltung des GKV-Leistungskatalogs in Gang setzen.

## 7 Wettbewerbsordnung für die Private Krankenversicherung

Während vielen Ökonomen die Private Krankenversicherung als leuchtendes Beispiel für nachhaltiges Wirtschaften dient, da sie für die demographische Last durch Alterungsrückstellungen vorsorgt, war gerade diese Institution für einen gravierenden Mangel an Wettbewerb zwischen den Versicherern ursächlich. Lediglich im Neugeschäft herrschte Wettbewerb, jedoch hatten diese Kunden es mangels Erfahrung schwer, den „richtigen“ Versicherer zu wählen. Später waren sie jedoch wegen der fehlenden Portabilität der Alterungsrückstellungen an ihren Anbieter gefesselt. Der Mangel an Wettbewerb und das damit zusammenhängende Fehlen jedes Kostenmanagements aufseiten der Privatversicherer machen es erklärlich, dass die PKV mehr noch als die GKV einen sehr dynamischen Ausgabenanstieg aufweist (Grabka 2006).

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 hat den Mangel an Wettbewerb nicht nachhaltig behoben. Bestandsversicherte durften nur einmalig, nämlich im ersten Halbjahr 2009 ihren Versicherer unter Mitnahme eines Teils der Alterungsrückstellungen wechseln. Neuversicherte dürfen ihn zwar jederzeit wechseln, dürfen aber auch nur die Rückstellungen mitnehmen, die dem Basistarif entsprechen.

Ein weiterer Konstruktionsfehler besteht darin, dass in diesen Fällen die kalkulatorischen Rückstellungen übertragen werden, das heißt, wenn sich 100 Gleichaltrige in einem Tarif befinden und einer den Versicherer wechselt, so wird ihm ein Prozent der Rückstellungen in diesem Tarif mitgegeben. Aktuarisch richtig wäre es dagegen, ihm die individuell-prospektiven Rückstellungen ausbezahlen, denn nach einer gewissen Versicherungsdauer sind die Versicherten in einem Tarif heterogen. Die Folge ist, dass niedrige Risiken einen zu großen Anreiz zum Wechseln erhalten, während hohe Risiken wegen des beim neuen Versicherer zu zahlenden Prämienzuschlags faktisch am Wechsel gehindert sind. In der Fachwelt hat es einen langen und intensiven Disput darüber gegeben, ob beziehungsweise mit welchem Aufwand es möglich ist, risikoäquivalente Alterungsrückstellungen zu kalkulieren.

Diese Frage ist inzwischen auf elegante und marktkonforme Weise beantwortet. Die von Nell und Rosenbrock (2008) vorgeschlagene „Summenregel“ zwingt jeden Versicherer, einmal im Jahr die Summe seiner Alterungsrückstellungen auf die bei ihm Versicherten aufzuteilen, lässt ihm aber völlige Freiheit, wie er es tun möchte. Im Falle eines Wechsels sind dann die zuletzt festgelegten Rückstellungen mitzugeben. Diese Regel vermittelt dem Versicherer den Anreiz, die Aufteilung so gut wie möglich – natürlich unter Berücksichtigung der Berechnungskosten – nach dem tatsächlichen Risiko aufzuteilen, denn wenn er einer Gruppe zu hohe Beträge zuweist, so besteht die Gefahr, dass er gerade aus dieser Gruppe einen hohen Anteil verliert.

Gerade eine dem Wettbewerb verpflichtete Bundesregierung sollte diesen Makel der letzten Reform ausbügeln. Bei einer solchen aktuarisch begründbaren Kalkulation der portablen Rückstellungen besteht auch keine Rechtfertigung mehr, sie auf die Höhe des Basistarifs zu beschränken.

## 8 **Knappheit an Spenderorganen**

In Deutschland sterben jedes Jahr circa eintausend Patienten, die auf ein überlebenswichtiges Organ gewartet haben und keines erhalten konnten. Es ist daher begrüßenswert, dass die Regierung dieses Problem im Koalitionsvertrag benannt hat. Ihre Lösung,

„mit einer umfassenden Kampagne in der Bevölkerung dafür [zu] werben, durch Organ-spende Leben zu retten“ (Seite 83),

kann dagegen nicht überzeugen, da dies alle Vorgänger-Regierungen auch schon getan und damit wenig Erfolg gehabt haben. So ist die Aufklärungskampagne auch nur der erste Teil eines Stufenplans, den der Nationale Ethikrat (2007) vorgeschlagen hat. Als zweite Stufe schlägt er die Einführung der Widerspruchslösung für die Organentnahme bei hirntoten potenziellen Spendern vor.

Die Diskrepanz zwischen der mehrheitlich geäußerten prinzipiellen Bereitschaft, seine Organe nach dem Tod zu spenden, und der geringen Verbreitung von Spenderausweisen ist darauf zurückzuführen, dass für die meisten Menschen die Beschäftigung mit dem eigenen Tod etwas äußerst Unangenehmes ist (Breyer und Kliemt 2007). Vergleichbare Situationen werden von der modernen Verhaltensökonomik häufig untersucht: man hat sich prinzipiell zu einem bestimmten Verhalten entschlossen, ist aber zu träge, um noch bestehende Widerstände zu überwinden. Für diese Situationen schlägt die philosophische Richtung des „liberal paternalism“ (Thaler und Sunstein 2008), vor, den Menschen durch Setzen von Automatismen („defaults“) von einer aktiven Entscheidung zu Gunsten des gewünschten Verhaltens zu entbinden. Der Automatismus der Organspende, den die Widerspruchslösung auslöst, ist vergleichbar etwa mit dem automatischen Abziehen der Altersvorsorgebeiträge von einer Gehaltsüberweisung.

## 9 **Fazit**

Der Bundesgesundheitsminister hat kürzlich (am 1.2.2010 in der ARD) seinen Verbleib im Amt mit einem Erfolg bei der Reform der Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung verknüpft und damit diesem Thema überragende Bedeutung zugewiesen. Das Thema hat gewiss eine Bedeutung für die Stärkung des Wettbewerbs in der GKV. Wir haben jedoch gezeigt, dass andere Themen für Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland ebenso wichtig sind. Es wäre wünschenswert (und eventuell Erfolg versprechender), wenn der Minister auch diesen Themen die gebührende Aufmerksamkeit widmen würde.

## **Literaturverzeichnis**

- Breyer, F. und H. Kliemt (2007): Der Mangel an Spenderorganen – Ursachen und Lösungsmöglichkeiten aus ökonomischer Sicht. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 227, 466–484.
- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2005): *Gesundheitsökonomik*, 5. Aufl. Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2009): *Statistisches Taschenbuch 2009, Arbeits- und Sozialstatistik*. Bonn.

- Cassel, D., I. Ebsen, S. Greß, K. Jacobs, S. Schulze und J. Wasem (2008): *Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition*. Bonn.
- CDU, CSU und FDP (2009): *Wachstum, Bildung, Zusammenhalt*. Koalitionsvertrag vom 27.10.2009 zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode.
- Diederich, A., M. Schnoor, J. Winkelhage und M. Schreier (2009): Präferenzen in der Bevölkerung hinsichtlich der Allokation medizinischer Leistungen – Entwicklung eines Fragebogens für eine repräsentative Bevölkerungsbefragung. Diskussionspapier FOR 655. Nr. 21.
- Eckhoff, J. (2009): Sozialausgleich über Steuern ist billiger. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 11.11.2009.
- Grabka, M. M. (2006): Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Wochenbericht des DIW Berlin*, Nr. 46, 653–659.
- Huster, S. (2008): Die Methodik der Kosten-Nutzen-Bewertung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Analyse der rechtlichen Vorgaben – Gutachterliche Stellungnahme, Juni.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009): *Entwurf einer Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung*. Version 2.0. Köln.
- Jacobs, K. (2007): Alles bloß Etikettenschwindel? Der künftige Kassenwettbewerb nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. In: V. Ulrich et al. (Hrsg.): *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden, Nomos, 325–341.
- Jönsson, B. (2008): IQWiG: an opportunity lost? *European Journal of Health Economics*, 9, 205–207.
- Nationaler Ethikrat (2007): *Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland*. Berlin.
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2008): Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 9, 173–195.
- Richter, W. (2009): Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 10, 469–479.
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Unter-, Über- und Fehlversorgung*. Gutachten 2000/2001. Stuttgart, Kohlhammer.
- Strech, D., M. Synofzik und G. Marckmann (2008): How Physicians Allocate Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Medicine and Philosophy*, 33, 80–99.
- Thaler, R.H. und C.R. Sunstein (2008): *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New Haven, CT, Yale University Press.
- Vbw (2009): Der regionale Gesundheits-Kombi, Berechnungen zum Finanzvolumen eines sozialen Ausgleichs in der Krankenversicherung. [www.vbw-bayern.de](http://www.vbw-bayern.de)