

Gesundheitsreformen – Und kein Ende in Sicht!

von Bernd Raffelhüschen*

Zumindest semantisch scheint die Sache geklärt zu sein, denn mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum Beginn des nächsten Jahres durch die große Koalition sind die Zeichen der Zeit gesetzt: Modern und mit mehr Wettbewerb soll es in Zukunft zugehen. Aber bieten diese Reformschritte – und um Schritte wird es immer gehen – den demografischen und ökonomischen Herausforderungen wirklich Paroli oder sind es tatsächlich nur administrative Moloche, die eher schaden, als dass sie wirklich helfen? Wie schon so oft fällt die oberflächliche Antwort der öffentlichen Diskussion verheerend aus: Keine Jahrhundertreform (als ob es so etwas gäbe) – keine echte Problemlösung. Das ökonomische Diskussionsergebnis hingegen ist deutlich neutraler, denn im Grundsatz gilt: Die Reformen helfen nicht besonders, aber schaden tun sie auch nur wenig. Um dieses Urteil zu verstehen, muss man doch etwas weiter ausholen.

Piano 1: Die Problemanalyse

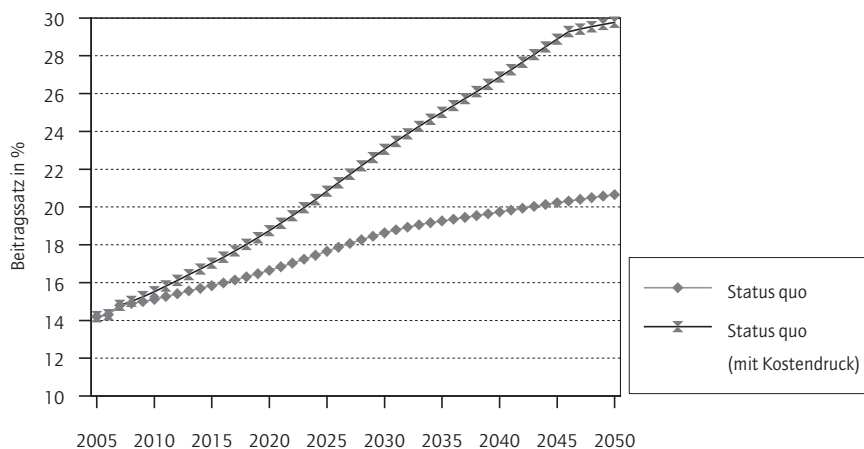
Das Problem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegt klar auf der Hand: Das umlagefinanzierte System der GKV wird schon in naher Zukunft aufgrund zweier Faktoren in massive Finanzierungsschwierigkeiten geraten. Der erste Faktor ist der doppelte Alterungsprozess, welcher das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung aufgrund niedriger Geburtenraten und einer zunehmenden Lebenserwartung in den nächsten Dekaden stark ansteigen lässt. Da in der GKV Beiträge hauptsächlich von den künftig relativ weniger werdenden Personen im erwerbsfähigen Alter bezahlt, Leistungen aber überwiegend vom künftig zunehmendem Anteil der Rentnergenerationen in Anspruch genommen werden, führt der doppelte Alterungsprozess zu einer größer werdenden Lücke zwischen GKV-Einnahmen und GKV-Ausgaben. Hinzu kommt der zweite Faktor – der medizinisch-technische Fortschritt – der, aufgrund der Dominanz kostensteigernder Produkt- gegenüber kostensenkenden Prozessinnovationen, bereits in der Vergangenheit zu einer stetigen Zunahme der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) geführt hat.

Paranthesebemerkung: Immer wieder ist davon die Rede, dass das deutsche Gesundheitssystem einem solchen Kostendruck bislang nicht unterlegen hat und das Verhältnis Gesundheitsausgaben zu BIP in den letzten Jahrzehnten konstant geblieben wäre. Daraus wird dann fälschlicherweise der Schluss gezogen, dass das Problem der GKV ein reines Einnahmenproblem sei. Tatsache ist jedoch, dass sich der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP laut jüngsten OECD-Gesundheitsdaten von 4,4 Prozent im Jahr

* Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, und Universität Bergen, Norwegen, E-Mail: bernd.raffelhueschen@wwl.uni-freiburg.de

Abbildung 1

Entwicklung des GKV-Beitrags mit und ohne medizinisch-technischen Kostendruck von 2005 bis 2050



1970 über 6,3 Prozent in 1990 auf nunmehr 8,2 Prozent in 2005 fast verdoppelt hat. Ganz analog aber auf höherem Niveau ist die Entwicklung der Gesamtausgaben verlaufen.

Was die kombinierte Wirkung von demographischer Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt für die Finanzierung der GKV nun bedeutet, ist anhand der Beitragssatzprojektion in der beigefügten Abbildung abzulesen. Dabei werden zwei Szenarien unterschieden. Das Szenario ohne Kostendruck konzentriert sich auf den Faktor des doppelten Alterungsprozesses, während im Szenario mit Kostendruck auch der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt wird. Dieser unterstellt ein Wachstum der Ausgaben für medizinische Leistungen, welches um einen Prozentpunkt höher ausfällt als das Wachstum des BIP (Zum Vergleich: Laut OECD-Statistik liegt die Diskrepanz wohl eher bei 1,7 Prozentpunkten).

In beiden Szenarien kommt es zu einem sukzessiven Ansteigen des Beitragssatzes – so allein aufgrund des doppelten Alterungsprozesses auf etwa 20 Prozent im Szenario ohne Kostendruck. Wird realistischerweise ein zukünftig wirkender medizinisch-technischer Kostendruck unterstellt, so klettert der Beitragssatz auf knapp 30 Prozent. Ein solches Szenario ist insofern aber unwahrscheinlich, als dass die deutsche Bevölkerung in 40 Jahren kaum bereit sein wird, fast ein Drittel ihres Einkommens für eine gesetzlich obligatorische Gesundheitsversicherung auszugeben – zumal die Beiträge zu den anderen Sozialversicherungen ebenso wie sämtliche Steuerzahlungen noch hinzukämen. Auch ist die Problematik, welche ein solches Szenario über die Lohnnebenkosten auf den Arbeitsmarkt ausübt, offensichtlich: Schon heute werden als Hauptargument für die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit zu hohe Lohnnebenkosten angeführt. Würden sich die GKV-Beiträge binnen der nächsten 50 Jahre verdoppeln, so hätte dies verheerende Auswirkungen auf den „Standort Deutschland“.

Piano 2: Die Reform der Einnahmeseite

Schon in der jüngeren Vergangenheit sind die Einnahmen deutlich weniger stark gestiegen als die Ausgaben der GKV. Dies lag im Wesentlichen daran, dass die gesamtwirtschaftliche Lohnquote aufgrund des großen Zugangs der geburtenstarken Jahrgänge in den Arbeitsmarkt gesunken ist und sich einkommensstarke Bevölkerungskreise dem solidarischen gesetzlichen System durch Abwanderung in die private Krankenversicherung entzogen haben. Weiterhin sind weder die Beitragsbemessungsgrundlage noch die Versicherungspflichtgrenze adäquat angehoben worden.

So oder so ähnlich jedenfalls lautet die gängige Argumentation, und aus diesem Blickwinkel heraus sind auch die tatsächlichen Reformschritte zu erklären: Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) kam es erstmals zu einer Spreizung von Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze, wobei beide angehoben wurden. Das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (WSG) ging dann noch weiter, indem es den Ausstieg aus der GKV durch die dreijährige Sperrfrist nochmals erschwerte. Manchen gehen selbst diese Reformschritte nicht weit genug, denn sie fordern letztlich eine Abschaffung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze und damit die Einführung einer allgemeinen Bürgerversicherung. Ganz zu Ende gedacht sollte dann die Bemessungsgrundlage auch nicht nur Lohneinkommen, sondern auch alle anderen Einkunftsarten – beispielsweise Miet- oder Kapitalerträge – umfassen. Ein Beispiel für eine solche Entwicklung ist schnell gefunden, denn mit dem GMG wurden auch bestimmte Kapitalleistungen der betrieblichen Altersvorsorge beitragspflichtig. Über all das lässt sich vielschichtig streiten – allein, der Streit lohnt nicht.

Tatsächlich ist die Diskussion der Bemessungsgrundlage wie auch der Abgrenzung GKV vs. PKV viel grundsätzlicher zu führen. Selbstverständlich würde auf der berühmten grünen Wiese gedacht kein vernünftiger Mensch auf die Idee kommen, eine Bemessungsgrenze oder gar eine Versicherungspflichtgrenze zu legitimieren. Systemimmanent wäre allein deren Abschaffung legitim. Nur sind wir erstens nicht auf der grünen Wiese und zweitens ist die lohn- wie auch einkommensbezogene Erhebung der Beiträge schlicht falsch oder – im Ökonomendeutsch – nicht äquivalent. Konkret: Eine Versicherung poolt ein Risiko, indem es risikoäquivalente Beiträge von den Versicherten erhebt und den zufällig aufgetretenen Schaden/Krankheit entsprechend behebt/kuriert. Eine Sozialversicherung macht dies ebenso, allerdings für alle und mit sozialem Ausgleich. Damit korreliert aber der Beitrag mehr oder weniger präzise mit der Schadeneintritts- sprich Krankheitswahrscheinlichkeit. Im Falle der gesetzlichen Krankenversicherung ist dies ganz anders, denn die Äquivalenz zwischen lohnbezogenen Beiträgen und dem Krankheitsrisiko ist hier einfach nicht gegeben. Um es plakativ zu sagen: Eine Lohnerhöhung macht nicht krank, führt aber zu erhöhten Abgaben bei gleichbleibendem Risiko. Mehr noch, einkommensstarke Teile der Bevölkerung zahlen mehr, obwohl deren Gesundheitszustand statistisch gesehen eher besser ist als derjenige weniger einkommensstarker Erwerbstätiger. Genau genommen müsste dann der Beitragssatz mit steigendem Einkommen sogar sinken. Schon dies macht die ganze Absurdität der GKV-Finanzierung deutlich.

Wie aber kam es zu diesem Konstruktionsfehler und war er von vornherein so angelegt? Die Antwort ist in der Entstehungsgeschichte der GKV nachzulesen. Die Bismarcksche Tradition der Sozialversicherung hat einen klaren roten Faden im System: die Beitragsäquivalenz. Der Arbeiter zahlt lohnabhängige Rentenversicherungsbeiträge und erhält ei-

ne lohnabhängige Rentenzahlung. Er/Sie zahlt lohnabhängige Arbeitslosenbeiträge und erhält im Gegenzug eine lohnabhängige Arbeitslosengeldzahlung im Falle der Arbeitslosigkeit. Wer also viel zahlt, bekommt viel und wer wenig zahlt, bekommt wenig, so dass die Relation Ein- zu Auszahlung immer gleich – sprich äquivalent – war. Und genauso war es auch in den Anfängen der GKV, die im Wesentlichen eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall darstellte. Fast alle Ausgaben der GKV waren zu Beginn Krankengeldzahlungen und nicht Leistungsentgelte für ambulante oder gar stationäre Behandlungen. Das Krankengeld stellt auch heute noch die einzige lohnabhängig ausgezahlte Leistung der GKV dar – ist aber in ihrer Bedeutung nur noch als Rudiment einer grauen und vergessenen Vorzeit anzusehen.

Was ist zu tun? Die Antwort auf diese Frage ist für den Ökonomen recht einfach zu beantworten und sie liegt in der schlichten Trennung von sozialem Ausgleich und beitragsäquivalenter Finanzierung. Will heißen: Jede Form des Ausgleichs zwischen „Arm“ und „Reich“ hat durch die Einkommensteuer zu erfolgen. Dort und nur dort trägt nämlich jeder „Reiche“ nicht nur absolut sondern durch die Progression auch relativ steigend, also überproportional, zur Entlastung der „Armen“ bei. Analoges gilt auch für die familienpolitischen Komponenten der GKV, die eben nicht durch den Beitragszahler, sondern über das allgemeine Steueraufkommen zu finanzieren sind.

Paranthesebemerkung: Insofern ist die Einführung eines Bundeszuschusses eigentlich zu begrüßen, allein die Ausführung lässt zu wünschen übrig, denn weder die Zweckbindung der Tabaksteuererhöhung im GMG noch die fehlende Legitimation des Zuschusses im WSG ergeben Sinn. Im Sinne der Zweckbindung des GMG müsste dann nämlich die Rentenversicherung Zigarettenpackungen gratis verteilen. Der Bundeszuschuss des WSG wäre eigentlich als Kinderzuschuss richtig legitimiert. Dies hätte dann aber auch zur Folge, dass die Kinder von Privat-Versicherten den entsprechenden Staatszuschuss bekommen müssten. An diesem Beispiel ist deutlich abzulesen wie sich systematische Rationalität und politische Interessensvertretung gegenüber stehen, denn zur Umgehung der Konsequenz wurde auf die Kopplung des Bundeszuschusses an die Kinder verzichtet.

Wohlgemerkt, durch die Entscheidung den sozialen Ausgleich aus der GKV herauszunehmen wäre nicht präjudiziert, wie viel Einkommensumverteilung oder Familienlastenausgleich wir als Gesellschaft denn letztlich wollten. Dieses Werturteil muss politisch gefällt werden und unterliegt damit dem Abstimmungsprozess. Nur das adäquate Vehikel zur Durchsetzung der politischen Entscheidung darf nicht die GKV, sondern muss der allgemeine Steuertopf und dessen Progressionsgrad in seiner Erhebung sein. Wenn dann der Familien- und Sozialausgleich aus dem System der GKV verbannt sind, verbleibt nur noch eine Aufgabe – die Stärkung der Beitragsäquivalenz. Hier gibt es aus der Wissenschaft zwei Standpunkte.

Der wohl extremste Standpunkt zur Stärkung der Beitragsäquivalenz würde die Einführung eines risikoäquivalenten individuellen Versicherungssystems nach Vorbild der PKV für alle bislang GKV-Versicherten vorsehen. Im Übergang führt dies zu erheblichen Belastungen der älteren Generation, deren Prämien schon im Durchschnitt vier- bis fünfmal so hoch wären, wie deren heutige „einkommensbezogenen“ Beiträge. Somit wären große Teile der heutigen Rentner im Prinzip auf den wie auch immer gestalteten sozialen Ausgleich angewiesen. Etwas weniger problematisch sind die Vorschläge zur Einführung der sogenannten „Kopfpauschale“, die sich aus dem Schweizerdeutschen ins Hochdeutsche

übersetzt zur „Solidarischen Gesundheitspämie“ mauserte. Gemeint ist aber immer dasselbe: Jedes Individuum zahlt immer einen Pauschalbetrag und bekommt dafür als Gegenleistung einen Leistungskatalog der eine mehr oder weniger großzügige „Basisversorgung“ abdeckt. Die Pauschale kann als Bürgerpauschale für alle oder auch allein für die heute GKV-Versicherten eingeführt werden. Ähnlich wie das System der Individualprämien bewirkt eine solche Beitragsbemessung eine deutlich stärkere finanzielle Belastung der älteren Jahrgänge – allerdings auf niedrigerem Niveau – sodass der soziale Ausgleich moderater ausfällt.

Wie auch immer man zur Frage „Bürgerversicherung vs. Pauschale“ steht, die Entscheidung ist und bleibt offen. Zwar wird von Seiten der großen Koalition betont, dass beide bereits mit Einführung des Gesundheitsfonds durch das WSG im Jahr 2009 ihrem jeweiligen Standpunkt zum Durchbruch verholfen hätten, tatsächlich ist allerdings nur die Einführung selbst beschlossen. Ob der Gesundheitsfonds dann dahingehend weiterentwickelt wird, dass er sich vom hässlichen Entlein zum Schwan „Bürgerversicherung“ oder gar zum Schwan „Gesundheitspauschale“ entwickelt ist eine offene Entscheidung – beides wäre nämlich möglich. Im Prinzip könnte man durch Ausweitung des Bundeszuschusses unter Beibehaltung der lohnbezogenen Beiträge zu einer stärker steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung kommen – in der langen Frist wäre sogar ein rein steuerfinanziertes Modell nach britischem oder skandinavischem Vorbild denkbar. Genauso vorstellbar ist es allerdings auch, dass die ungeliebte Minipauschale, die bislang eher zur Deckung von defizitären Situationen einzelner Kassen vorgesehen ist, sich unter Abschaffung des Arbeitnehmeranteils zu einer größeren Gesundheitsprämie entwickelt und langfristig sogar das alleinige Finanzierungselement nach Schweizer Vorbild darstellen könnte. Und genau in dieser Unbestimmtheit des Ausgangs liegt der Charme dieses ungeliebten Kindes – nichts ist entschieden, alles ist möglich und zwar nach der nächsten Bundestagswahl. Mit dem WSG wurde von der großen Koalition quasi der Bau einer Weiche in Richtung Kopfpauschale oder Bürgerversicherung beschlossen, allerdings wird die Weichenstellung dann offen gelassen. Nebenbei bemerkt ist das Label „Wettbewerbsstärkung“, jedenfalls was die Einnahmeseite angeht, nur als semantische Verballhornung zu werten – der Gesundheitsfonds führt geradewegs in eine wie dann auch immer finanzierte Einheitskasse nach dem Motto „Einer wird schon übrig bleiben“. Jede defizitäre Kasse, die Minipauschalen erhebt, wird durch Abwanderung weiter in die Schiefelage geraten und durch andere Kassen quasi sukzessive übernommen werden. Wie Restbestände in die Insolvenz gehen, ist dabei weiterhin offen, genauso wie die Sanktion nicht wirtschaftlich operierender Wahltarife in der GKV, etc. pp.

Piano 3: Die Reform der Ausgabenseite

Welcher Ausprägung der momentan diskutierten Vorschläge – Fondsmodell mit oder ohne Kopfpauschale oder Steuerfinanzierung – gelingt es aber nun besser, das oben beschriebene Nachhaltigkeitsproblem zu lösen? Die Antwort auf diese Frage lautet schlicht: Keinem. Denn ebenso wie der zukünftige Beitragszahler für das jetzige System nicht geboren wurde, fehlt künftig der Beitrags- bzw. Steuerzahler für den wie auch immer gearteten Fonds. Was die GKV für die Zukunft benötigt ist eben eine Ausgabenreform – unabhängig davon, wie sie ihre Einnahmen generiert. Damit ist nicht gesagt, dass wir kein Einnahmeproblem in der GKV hätten; wir haben sogar zwei, wovon allerdings nur eines lösbar ist. Das lösbare Einnahmeproblem ist die Entkopplung der Gesundheitsausgaben von den Löhnen

bzw. Lohnnebenkosten durch die Einführung der Kopfpauschale. Damit hätten wir das gesundheitsinduzierte Arbeitsmarktproblem bewältigt; aber weil eben auch jene zukünftigen Zahlerköpfe in den vergangenen vier Jahrzehnten nicht geboren worden sind und es in der Natur der Sache liegt, dass Vergangenheit nicht änderbar ist, müssen wir mit dem demographischen Einnahmeproblem leben – ändern können wir es nicht.

Wenn aber eine wirklich nachhaltige Reform der GKV gar nicht auf der Einnahmeseite ansetzen kann, sondern zwingend eine Ausgabenreform sein muss, wie genau sollte eine solche Ausgabenreform aussehen? Oberflächlich gesehen ist die populäre Antwort einfach, denn wie alle Welt zu meinen weiß, bezahlen wir im Gesundheitsbereich einen Oberklassewagen und erhalten einen Kleinwagen. Durch Über-, Unter- und Fehlversorgung bedingt unser System signifikante Ineffizienzen, die es dann zu heben gilt. Auch hier gilt es Vorsicht walten zu lassen und nicht vorschnell Katastrophensituationen herbeizureden: Das deutsche Gesundheitssystem hat sicher seine Mängel, es zählt dennoch zu den besten und breitesten medizinischen Versorgungssystemen weltweit. Damit das allerdings auch angesichts der demographischen Herausforderungen so bleiben kann, muss tatsächlich verstärkt über den Abbau von Ineffizienzen nachgedacht werden und vor allem darüber, welcher Allokationsmechanismus diese Aufgabe übernehmen soll. Beide Reformen, das GMG wie auch das WSG, sehen hier ganz eindeutig den Staat und seine regulativen Instanzen als verantwortliche Institutionen in der Pflicht.

Im Tenor dieser Gesetzesvorhaben gibt es eine ganze Reihe ausgabenseitiger Reformmaßnahmen, die ziemlich unkonkret formuliert wurden, so dass letztlich noch keine Mutmaßung darüber möglich ist, wie und wann sie welche Wirksamkeit entfalten. Hierzu zählen die integrierte Versorgung ebenso wie die geplante Abschaffung der ärztlichen Budgetdeckung oder der anvisierte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, über den zur Zeit nur gemutmaßt werden kann. Auch die Möglichkeit zur Einführung von Bonusmodellen, Wahlтарifen und das selektive Kontrahieren mit stationären Einrichtungen klingt auf den ersten Blick wie ein Griff in die marktwirtschaftliche Instrumentenkiste. Tatsächlich ist dies nur sehr beschränkt der Fall, denn beispielsweise macht ein Wahlтарif keinen Sinn, wenn der Versicherte sich jederzeit wieder ohne spürbare Sanktion in den Normalтарif zurückwählen kann. Dies macht jeden Steuerungseffekt zunichte. Deutlich konkreter als im WSG wurden Kostenbeteiligungsansätze mit dem GMG ausgeweitet. Dies betrifft nicht nur die höheren Zuzahlungen bei Medikamenten bzw. Heil- und Hilfsmitteln sondern ganz prominent auch die Beteiligung im ambulanten Bereich durch die heftigst umstrittene Praxisgebühr. Letztere war und ist ein Symbol für die Fähigkeit in der Politik auch den Versicherten zuvor Undenkbares zuzumuten. Zugleich war sie aber auch das Symbol für die Kleinkariertheit des populistischen Kompromissfindungsprozesses, der nicht ohne eine Zumutbarkeitsgrenze nebst dadurch induziertem bürokratischem Höchstaufwand auszukommen vermochte. Dennoch, mit der Einführung der Praxisgebühr ist die stärkere individuelle Eigenbeteiligung und deren höchst effiziente allokative Lenkungsfunktion als Weg vorgezeichnet und ein Zurück kann und darf es nicht geben. Mehr noch, der Weg sollte konsequent weiter beschritten werden.

Eine marktwirtschaftlich orientierte Reform braucht dabei im Wesentlichen drei Elemente: Zum einen gilt es die überproportionale Kostenentwicklung im stationären Bereich mit den langen Aufenthaltsdauern zu bremsen. Sowohl die duale Finanzierung wie auch die breite Aufstellung der deutschen Krankenhäuser fördern Ineffizienzen, die es gilt durch entsprechende Spezialisierungen abzubauen. Nur ein wettbewerbliches System mit ent-

sprechenden selektiven Kontrakten zwischen Anbietern und Nachfragern der stationären Leistungen, welches frei ausgehandelte Preise und auch den Marktaustritt bei Unwirtschaftlichkeit kennt, kann hier eine solche Tendenz bewerkstelligen. Sicher würden unter Umständen nur zwei Drittel – eventuell sogar weniger – stationäre Einrichtungen dem Preis- und Qualitätswettbewerb Stand halten. Dennoch heißt die Alternative hierzu, das gleiche Ergebnis durch administrative Selektionen von ineffizient aufgestellten Krankenhäusern zu erzeugen – allerdings gegen den Widerstand so mancher Gebietskörperschaft im ländlichen Raum. Wer auch nur die Spur einer Empfindung von polit-ökonomischen Prozessen hat, weiß genau: Ohne den Schleier der Unwissenheit hinsichtlich des Ausgangs wird kein Bürgermeister oder Kreistagsvorsitzender dieser Republik davon zu überzeugen sein, den notwendigen Weg zu gehen.

Das zweite Element besteht darin, die Preisführbarkeit für den Patienten überall dort zumindest partiell wiederherzustellen, wo seine Zahlungsbereitschaft im Rationalen verbleibt. Irrational wird es natürlich immer dort, wo aufgrund unendlicher Zahlungsbereitschaft der Preis seine steuernde Funktion ohnehin verlieren würde, d.h. im notfallmedizinischen Bereich, bei lebensbedrohlichen Krankheiten etc. In allen anderen Bereichen allerdings sind über hohe allgemeine Selbstbehalte hinreichende Steuerungsmaßnahmen zu erwarten, die für ein deutlich effizienteres Nachfrageverhalten sorgen würden. Dass dies so ist, zeigt nicht umsonst die Einführungsphase der Praxisgebühr. Im Gegensatz zu Strukturen mit spezifischen Selbstbeteiligungen für Medikamente, Arztbesuche, Heilmittel, Hilfsmittel etc. zeigen allgemeine Selbstbehalte weit bessere Steuerungswirkungen. Dies ist nicht zuletzt dank den Erfahrungen aus dem Schweizer Franchisensystem und auch aus der deutschen PKV nachweisbar. Unmittelbare Voraussetzung ist dabei natürlich die Abkehr vom Sachleistungsprinzip hin zur Kostenerstattung – ein Element, das sich zumindest in Ansätzen, allerdings in Form der wirkungslos freiwillig anzufordernden Patientenquittung, auch im GMG wiederfindet.

Als drittes Element einer effizienzorientierten Reform der GKV ist die Überprüfung des Leistungskatalogs anzunehmen. Auch hier sind die gesetzlichen Bestimmungen zwar in die richtige Richtung betrieben worden, allerdings ist das Ausmaß schlicht nicht der Rede wert. Konkret: In den meisten nationalen Gesundheitssystemen findet sich weder der Zahnersatz noch die Zahnbehandlung im obligatorischen Leistungskatalog. In Deutschland glaubt man immer noch, dass für den Fall der Ausklammerung die Armen am Zustand ihrer Zähne zu erkennen wären. Dabei wissen wir doch genau, dass beispielsweise die Schweizer tendenziell mehr „naturgesunde“ Gebisse aufweisen als wir, obgleich dies nicht durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt ist. Offensichtlich führen Preisanreize auch zur effizienten Prophylaxe – man putzt sorgfältiger, gerade weil das Unterlassen finanzielle Auswirkungen hat! Ganz ähnlich verhält es sich mit selbstverschuldeten Kosten, beispielsweise den berühmten Skiunfällen, der Nachbehandlung bei Schönheitsoperationen oder allgemein den Unfällen durch Inkaufnahme offensichtlich erhöhter Risiken. Auch hierfür steht die Allgemeinheit gerade – ein schlicht ineffizienter Zustand. Und auch in dieser Frage ist der Gesetzgeber nur ein vernachlässigbar kleines Stück in die richtige Richtung gegangen: Korrigierende Nachbehandlungen bei Piercings sind selbst zu tragen – mit sozialer Überforderungsklausel, versteht sich!

Piano 4: Fazit

Jede Schlussbemerkung knüpft bekanntlich an die Einleitung an und schließt den Bogen über den Hauptteil des Aufsatzes. Diese alte Schülerweisheit befolgend kann man sich kurz fassen: Es ist wenig passiert in der GKV und wir wissen nicht in welche Richtung es geht, aber es hätte schlimmer kommen können!

Was wirklich passieren muss bleibt unausgesprochen, weil es die Schauspielkunst so manchen Politikers überfordert: Tatsache ist, dass zukünftig etwa doppelt so viele Menschen das Gesundheitssystem um das Jahr 2035 beanspruchen werden und diese selbst durch ihr eigenes Zeugungsverhalten die Anzahl der Träger des Generationenvertrags GKV auf etwa drei Viertel der heutigen Beitragszahler reduziert haben. Dabei hat die ganze Sache mit Zukunft eigentlich nichts zu tun. Denn das, was die meisten aus einem schlichten Vorurteil heraus für etwas halten was noch kommt, das war schon – ist eine schlichte und nicht zu ändernde Reflexion der Vergangenheit in der Zukunft. Damit ist klar, dass wir nicht für alle alles medizinisch Notwendige auf Dauer durch die umlagefinanzierte GKV finanzieren können, wir müssen rationieren.

Hier stehen wir an einem gesellschaftlichen Scheideweg: Entweder verstaatlichen wir dieses schon sehr kollektivistische System weiter und überlassen die Rationierung dem Staat mit seiner administrativen Bürokratie. Ärzte werden dann quasi zu Beamten, die nach Wartelisten und Punktesystemen behandeln, alle paar Jahre vom „Qualitätssicherungshauptamt“ überprüft werden und täglich um fünf Uhr nach Hause gehen. Klingt abschreckend, geht aber – der Preis ist jedoch eine Zwei-Klassen-Medizin per se: Der Arme bekommt die Grundversorgung, der Reiche geht, wie in England, woanders hin. Die Alternative dazu ist die Rationierung durch den Markt, und der macht das durch Wettbewerb und Preise. Ärzte und Krankenhäuser werden dann zu Unternehmen, die mit der Gesundheit Geld verdienen wollen und sollen! Die Patienten sind dann Kunden und bekommen für die Leistungen eine Rechnung, die sie begleichen und deshalb gut kontrollieren, weil sie die Rechnung nur zum Teil erstattet bekommen.

Welcher Weg allerdings beschritten werden soll, bleibt ein politisches Werturteil, bei dem der Ökonom als Gesellschaftsingenieur nur die Qual der Wahl beschreiben kann und nichts mit dem Ausgang zu tun hat. Statistisch gesehen handelt es sich um die Entscheidung zwischen zwei Verteilungen. Der kollektivistische Weg sorgt dafür, dass bei einer relativ schlechten Durchschnittsversorgung kaum eine Varianz im Versorgungsniveau auftritt. Er ist also essentiell egalitär im Gegensatz zur marktwirtschaftlichen Allokation der Gesundheitsversorgung, die toleriert, dass der Reiche sich viel mehr vom Gut „Gesundheit“ leisten kann als der „Arme“, wobei letzterer allerdings durch Formen der Quersubventionierung im Durchschnitt besser versorgt wird. Der Markt schafft also einen guten Durchschnitt bei hoher Varianz. In einer populistischen Mediendemokratie ist leicht zu verstehen, warum die jüngsten Reformen mit einem (allerdings leichten) Kick zum Kollektivismus antraten. Für die meisten (noch gesunden) Bürger ist das Versorgungsniveau nicht entscheidend, viel entscheidender ist, dass der Nachbar im Falle des Falles auch nicht mehr bekommt. Wohl bekommt's!

Literaturverzeichnis

- Fetzer, S. und B. Raffelhüschen (2005): Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 6 (2), 255–274.
- Fetzer, S., B. Raffelhüschen und L. Slawik (2005): Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten? *ifo Schnelldienst*, 58 (18), 3–7.
- Hagist, C., N. Klusen, A. Plate und B. Raffelhüschen (2005): *Social Health Insurance – the major driver of unsustainable fiscal policy?* CESifo Working Paper No. 1574. München.
- Hagist, C. und B. Raffelhüschen (2004): Friedens- versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein kriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 93 (2), 185–206.
- Moog, S. und B. Raffelhüschen (2006): *Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse*. Studie im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft.