

Kernpunkte einer Krankenversicherungsreform

- 1. Historische Entwicklung**
- 2. Freie Arztwahl**
- 3. Freie Entscheidung des Patienten**
- 4. Kein politisches Preisdiktat**
- 5. Wo liegt der Vorteil einer kollektiven Lösung ?**
- 6. Trennung von Allokation und Distribution**
- 7. Wahltarife versus Selbstbeteiligung**
- 8. Allgemeine Kosten und Nachfrage nach Sozialleistungen**
- 9. Versicherungszwang versus Zwangsversicherung**
- 10. Wettbewerb im Pharmaziebereich**
- 11. Doppeluntersuchungen**
- 12. Diagnosemethoden**
- 13. Der Bias in den medizinischen Innovationen**
- 14. Krankenhausaufenthalt**
- 15. Positiv- versus Negativlisten**
- 16. Honorierungssysteme**
- 17. Risiko-Ausgleich**
- 18. Sachleistungsprinzip versus Kostenerstattung**

19. Heranziehung von Nichtlohneinkommen
20. Zur Problematik eines Gesundheitsfonds

1. Historische Entwicklung

Die deutsche Krankenversicherung geht auf die Sozialgesetzgebung Bismarcks Anfang der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts zurück. Sie galt lange Zeit innerhalb der europäischen Staaten als vorbildlich. Erst in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts geriet die deutsche gesetzliche Krankenversicherung in eine schwerwiegende Krise, aus der sie sich trotz wiederholter Reformversuche bis heute nicht befreien konnte.

Wie ist es zu erklären, dass eine gesetzliche Einrichtung, die über Jahrzehnte hinweg als vorbildlich galt, plötzlich in eine Krise abstürzt? Zwei Ursachenkomplexe sind denkbar: Entweder hat sich die innere Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung so gewandelt, dass sie aus diesen Gründen ihre Aufgaben nicht mehr befriedigend erfüllen kann; oder aber die Ordnung der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Prinzip erhalten geblieben, die Rahmenbedingungen der Volkswirtschaft jedoch, innerhalb der die Krankenversicherung agieren muss, haben sich grundlegend geändert und die Krisenerscheinungen der gesetzlichen Krankenversicherung hängen dann damit zusammen, dass verabsäumt wurde, die Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung an diese veränderte Umweltbedingungen anzupassen. Wir werden sehen, dass für den Krisenzustand der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung beide Faktoren verantwortlich sind.

Worin äußerten sich nun die Krisenerscheinungen der gesetzlichen Krankenversicherung? In der ersten Hälfte der 70er Jahre stiegen die Ausgaben im Gesundheitsbereich der BDR um 138% an, während zur gleichen Zeit das Volkseinkommen, aus dem letztendlich die Ausgaben zu bestreiten sind, nur um 63% zunahm. In den Folgejahren ist es nicht gelungen, dieses überhöhte Niveau zurückzufahren.

Oft wird davon gesprochen, dass dieser explosionsartige Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen einfach Folge der Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft sei. Der Dienstleistungssektor zeichnet sich nach Jean Fourastié dadurch aus, dass in diesem Bereich kaum technischer Fortschritt stattfindet und dass gerade deshalb hier die Preise überproportional ansteigen. Es ist jedoch nicht möglich, dieses explosionsartige Wachstum der Gesundheitsausgaben auf die allgemeine Entwicklung zu einer Dienstleistungs-

gesellschaft zu erklären. Diese Entwicklung setzte in der BRD sehr viel später als in den 70er Jahren ein, auch die These, dass im Dienstleistungssektor kaum technischer Fortschritt stattfindet ist weder im allgemeinen noch speziell im Gesundheitssektor richtig.

Ein beachtlicher Anteil des tatsächlichen Anstiegs in den Ausgaben des Gesundheitsbereiches ist vielmehr darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der Pflichtversicherten um etwa 3 Millionen angestiegen ist, dass gleichzeitig der Leistungskatalog ausgeweitet wurde und dass schließlich der GKV versicherungsfremde Leistungen übertragen wurden. Allerdings bleibt die Frage offen, wie es möglich war, dass das Parlament diese Ausgabensteigerungen beschlossen hat, obwohl Einigkeit darüber bestand, dass das hierdurch verursachte Ausgabenniveau von allen Parteien als zu hoch angesehen wurde. Auch ist seit den 90 er Jahren die Zahl der Versicherten in der GKV wiederum um circa 2 Mill. zurückgegangen, ohne dass sich die Finanzsituation der Krankenkassen verbesserte.

Der Anstieg in den Ausgaben für Gesundheit lässt sich weiterhin vor allem auch damit erklären, dass innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung die sozialen Kontrollmechanismen nicht reibungslos funktionieren und dadurch systematische Fehlanreize ausgeübt werden.

So findet ein Bias zugunsten des qualitativen (und zuungunsten des kostensenkenden) technischen Fortschrittes statt. Die Nachfrage ist exzessiv, da die Beiträge nicht bei der Inanspruchnahme, sondern periodisch erhoben werden. Der Umstand, dass die Arbeitgeber die Hälfte des Beitrages zahlen, täuscht einen zu geringen Preis der Gesundheitsleistungen vor. Auch die politische Kontrolle der Selbstverwaltung ist wegen zu geringer Beteiligung bei den Sozialwahlen nicht ausreichend.

Unmittelbar nach Auftreten der Kostenexplosion Mitte der 70 er Jahre schuf man ähnlich wie auf dem Arbeitsmarkt eine Konzertierte Aktion, bei der in periodischen Abständen Politiker, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und die Tarifpartner nicht bindende Vorschläge der Ausgabenbegrenzungen machten. Ähnlich wie auf dem Arbeitsmarkt brachte die Konzertierte Aktion auch hier nur in den Anfangsjahren einen gewissen Erfolg.

Dieser langfristige Misserfolg erklärt sich damit, dass Interessengruppen nur in vorübergehenden Notzeiten bereit sind, aus Gemeinwohlüberlegungen heraus auf die Durchsetzung von Einzelinteressen zu verzichten, dass innerhalb der Konzertierten Aktion weiterhin Fehlverhalten materiell belohnt und nicht bestraft wird und dass die Ausrichtung der Preise an Kostenwerten jedes Interesse an kostensenkendem Fortschritt verringert.

Die Regierung Kohl versuchte die Kostenexplosion u.a. durch Einführung einer begrenzten Selbstbeteiligung bei der Inanspruchnahme der Krankenkassen zu dämpfen. Gegen eine Selbstbeteiligung wurde eingewandt, dass sie zur Verschleppung von Krankheiten führe und deshalb die Krankheitskosten sogar noch anstiegen. Dieser negative Effekt kann allerdings weitgehend vermieden werden, wenn man nicht den ersten Gang zum Arzt mit einer Selbstbeteiligung an den Kosten belegt.

Weiterhin wird gegen eine Selbstbeteiligung eingewandt, dass auf diesem Wege das ursprüngliche Ziel jeder Krankenversicherung, die Umverteilung zugunsten der Kranken, in sein Gegenteil verkehrt werde, da die Selbstbeteiligung gerade den Kranken treffe. Inwieweit dieser Vorwurf richtig ist, hängt wiederum von der Art der Selbstbeteiligung ab.

Wenn es nämlich gelingt, die Inanspruchnahme der Kassen bei Bagatellfällen zu reduzieren, können die knappen Geldmittel verstärkt für die Behandlung der schwereren Krankheitsfälle eingesetzt werden und deshalb gerade den Schwerkranken Vorteile bringen. Wir werden allerdings später in dieser Arbeit sehen, dass die Selbstbeteiligung bei der Inanspruchnahme der Krankenkassen liberalen Prinzipien der Selbstbestimmung widerspricht und dass es sehr viel effizientere Instrumente (wie z. B. die Wahltarife) gibt, die Finanzkrise in der GKV zu überwinden.

Anfang der 90er Jahre wurden weiterhin erste Ansatzpunkte für einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eingeleitet. Vor dieser Zeit konnten nur Angestellte, nicht aber Arbeiter zwischen einer Versicherung bei der AOK oder bei einer Ersatzkasse wählen. Diese Wahlmöglichkeit wurde nun auch für die Arbeiter geschaffen. Allerdings wird von einem verschärften Wettbewerb nur dann eine effizienzsteigernde Wirkung ausgehen, wenn die einzelnen Krankenkassen das Recht erhalten, unterschiedliche Leistungskataloge und damit auch unterschiedliche Beitragssätze anzubieten. Auch der in der Zwischenzeit eingeführte Risiko-Ausgleich vermindert – wie wir später noch sehen werden – wieder den positiven Wettbewerbseffekt, da ein Teil der eigenen Erfolge nun an Kassen mit geringem Erfolg überwiesen werden müssen.

Die Anfangsbemühungen der rotgrünen Koalition, über zwangsweise Kürzungen der Ausgaben, über Positiv-Listen der verschreibungsmöglichen Medikamente, über die Stärkung des Hausarztes und über Nullrunden bei den Ärzten, die jedoch wegen der Lohnsteigerungen de facto zu Negativrunden wurden, brachten keine sichtbare Erfolge und stießen auf den Widerstand der Opposition, die im Bundesrat die Mehrheit inne hatte und

somit den zustimmungspflichtigen Gesetzen der gesetzlichen Krankenversicherung zustimmen musste.

In der Zwischenzeit hatten sich Regierung und Opposition auf gewisse Eckwerte geeinigt, die vor allem darauf hinausliefen, dass ein Teil der bisherigen Leistungen aus dem Leistungskatalog entfernt wurden und dass die Versicherten sozial abgestaffelt eine höhere Selbstbeteiligung bei der Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen und beim 1. Besuch eines Arztes im Quartal (die sogenannte Praxisgebühr) übernehmen müssen.

An einen langfristigen Erfolg glaubte jedoch kaum jemand, man diskutierte sehr schnell über neue, grundlegendere Reformen, so war innerhalb der rotgrünen Koalition eine allgemeine zwangsweise Bürgerversicherung, bei der nicht nur alle Bürger zwangsversichert wären, sondern auch Nichtlohnneinkommen zur Finanzierung herangezogen werden, im Gespräch, obwohl eine solche Maßnahme kaum Erfolg haben wird, denn auf der einen Seite entsprechen den Mehreinnahmen auch Mehrausgaben, auf der anderen Seite dürfte der Missbrauch erneut zunehmen, da diejenigen, die bisher bei privaten Versicherungen versichert waren, ein weitaus besseres Beitrags-Leistungsverhältnis erzielten und ihre Enttäuschung dadurch wettzumachen versuchen werden, für ihre Beitragszahlungen ein Maximum an Leistungen zu erreichen. Wir werden auf diese Problematik noch weiter unten ausführlich zu sprechen kommen.

Die CDU/CSU schlug demgegenüber vor, den Arbeitgeberbeitrag einzufrieren bzw. zu kürzen, die Beiträge nicht mehr einkommensproportional zu staffeln und den sozialen Ausgleich nicht mehr über Beiträge, sondern über das allgemeine Steuersystem zu finanzieren.

In der Zwischenzeit hat die große Koalition eine weitere Krankenversicherungsreform beschlossen, deren Kernstück die Einführung eines Gesundheitsfonds darstellt. Danach sollen die Krankenversicherungsbeiträge sowie Steuermittel in diesen Fonds eingezahlt werden, aus dem dann die einzelnen Kassen ihre Einnahmen beziehen. Gleichzeitig erhalten die Krankenkassen das Recht, bei Bedarf einen Zusatzbeitrag bis zu einer kritischen Höhe von x Euro von ihren Mitgliedern zu erheben.

Ich habe hier nicht die Absicht, einen vollständigen Plan einer Krankenversicherungsreform zu entwickeln. Es geht mir vielmehr darum, aufzuzeigen, dass eine Versicherung nur funktionieren kann, wenn bestimmte Kernpunkte erfüllt werden und weiterhin, dass die Politiker wohl fast aller Parteien heute noch nicht erkennen lassen, dass sie diese Kernpunkte wirklich erfüllen wollen.

2. Freie Arztwahl

Zu den liberalen Grundprinzipien zählt die Freiheit des Versicherten, seinen Arzt selbst auszuwählen. Dies ist nicht nur ein selbstverständliches Recht eines freien Bürgers, das für die Nachfrage nach jedem Gut und nach jeder Dienstleistung gelten sollte, die freie Arztwahl ist darüber hinaus auch notwendig, um einen medizinischen Erfolg zu garantieren. Vom Vertrauen, das der Patient seinem Arzt entgegenbringt, hängt der Heilungserfolg entscheidend ab. Dies gilt nicht nur für sogenannte psychosomatische Erkrankungen, sondern gilt ganz generell.

Ein Heilungserfolg setzt erstens voraus, dass der Patient den Weisungen des Arztes auch folgt und diese Bereitschaft ist größer, wenn er dem Arzt vertraut. Empirische Untersuchungen über Placebo-Medikamente zeigen weiterhin eindeutig, welch großen Anteil das Vertrauen des Patienten in den behandelnden Arzt für den Heilungserfolg hat. Placebo-Medikamente enthalten keine medizinisch wirksamen Wirkstoffe. In den Untersuchungen hierzu wurden die Patienten in zwei Gruppen mit sonst gleichen Krankheitsmerkmalen geteilt, die eine Gruppe erhielt ohne Wissen des Patienten ein Placebo-Medikament, die andere Kontrollgruppe ein echtes Medikament mit dem heilenden Wirkstoff überreicht. Erstaunlicherweise trat auch in der Gruppe, die nur das Placebo-Medikament verabreicht bekam, eine hohe Rate des Erfolgs ein.

Für den Erfolg des Placebos ist allerdings von Bedeutung, dass der Patient davon überzeugt ist, ein echtes Medikament mit wirksamen Wirkstoffen erhalten zu haben. Noch größer war in den Untersuchungen der Erfolg, wenn auch der behandelnde Arzt von der Placebo-Eigenschaft des Medikaments nichts wusste und somit von der vollen Überzeugung ausging, wirksame Medikamente verschrieben zu haben.

Dieses Recht auf freie Arztwahl ist eingeschränkt, wenn in gesetzlichen Krankenkassen der Patient immer nur während eines neuen Quartals seinen Arzt wechseln darf. Diese Einschränkung ist nicht berechtigt, da ein auftretendes Misstrauen des Patienten gegenüber dem Arzt den Heilungserfolg in Frage stellt.

Oft wird damit argumentiert, dass ein häufiger Arztwechsel mit hohen Kosten verbunden sei und deshalb nicht erlaubt sein sollte. Diese hohen Kosten ergeben sich jedoch zumeist nur dann, wenn bei Arztwechsel fast alle bisherigen Untersuchungen erneut vorgenommen werden. Wir werden sehen, dass dies nicht notwendig ist; möglich und erwünscht wäre, dass jeder behandelnde Arzt (selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes) Zugang zu allen bisherigen Untersuchungen erhalten würde. In diesem Falle sind die durch den Wechsel verursachten Kosten gering. Tatsächlich trotz-

dem entstehende Wechselkosten sollten dann in der Tat von demjenigen Patienten getragen werden, der den Wechsel verursacht hat.

Auch die Einführung der Vorschrift, wonach man zwingend zunächst einen Hausarzt aufsuchen muss, widerspricht dem Recht auf freie Arztwahl. Es mag durchaus richtig sein, dass viele Versicherte das Hausarztsystem freiwillig wählen, weil sie ihrem Hausarzt vertrauen, richtig behandelt zu werden und bei Bedarf jeweils zu dem besten Facharzt überwiesen zu werden. Es ist jedoch falsch, dies erzwingen zu wollen.

Warum sollte ein Versicherter, der z.B. mit großem Erfolg bereits früher von einem Orthopäden behandelt wurde, bei Neuauftreten bestimmter orthopädischer Beschwerden nicht diesen Spezialisten ohne Vermittlung des Hausarztes aufsuchen dürfen. Der direkte Gang zum Spezialisten kann bisweilen sogar billiger und erfolgversprechender sein als der Umweg über den Hausarzt, da in diesem Beispiel der Facharzt die Krankheitsgeschichte des betreffenden Patienten u. U. besser kennt als der behandelnde Hausarzt.

Es besteht auch die Gefahr, dass der Hausarzt den Patienten an einen Facharzt überweist, von dem der Patient in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gemacht hat oder von dem er von Personen seines Vertrauens „schlechtes“ gehört hat, so dass sich kein Vertrauensverhältnis aufbauen kann. Ärzte bilden gerne wechselseitige Beziehungen zu anderen Fachärzten (überweist Du mir Deine Patienten, überwiese ich Dir meine Patienten) und werden deshalb kaum bereit sein, dem Vorschlag des Patienten, zu einem anderen Facharzt überwiesen zu werden, zu folgen.

Im übrigen könnte der Hausarzt auch versucht sein, selbst Erfahrungen zu sammeln und den Patienten nicht oder zu spät an einen Facharzt zu überweisen. Wiederum gilt aber auch hier, dass dann, wenn die Wahl des Patienten zu einem Facharzt nach eigener Wahl zu gehen tatsächlich zusätzliche Kosten verursacht, diese Kosten ihm und nicht der Versichertengemeinschaft anzurechnen sind.

3. Freie Entscheidung des Patienten

Es entspricht weiterhin dem Selbstbestimmungsrecht des Versicherten, dass er über alle anstehenden ihn betreffenden wichtigen Fragen selbst entscheiden darf, dies gilt auch für den medizinischen Bereich, sowohl bei Fragen der anstehenden Diagnose als auch der darauf folgenden Therapie.

Dem heutigen Recht entspricht es zwar, dass der Patient bei allen anstehenden Operationen eine Einverständniserklärung unterschreiben muss. Diese Erklärung dient jedoch gar nicht so sehr dem freien Selbstbestimmungsrecht des Patienten, sondern eher dem Ziel, den Patienten auf mögliche Gefahren aufmerksam zu machen und auf diese Weise eventuelle Haftungsansprüche bei Misserfolg vom operierenden Arzt abzuwenden.

Bei Behandlungen ohne operativen Eingriff findet sich heute eine sehr unterschiedliche Praxis vor. Eine erste Gruppe von Ärzten berät in allen Fragen der Diagnose und Therapie den Patienten, macht ihn auf die verschiedenen Möglichkeiten und Gefahren aufmerksam und überlässt die eigentliche Entscheidung dem Patienten. Wenn die Beratung dann noch auf einem Niveau erfolgt, dem der zumeist nicht medizinisch vorgebildete Patient folgen kann, dann liegt in der Tat genau die richtige Vorgehensweise des Arztes vor: des sachkundigen Beraters, der doch dem Patienten die letzte Entscheidung überlässt.

Eine zweite Gruppe von Ärzten verfährt im Prinzip ähnlich, nur dass sie es nicht verstehen, die Beratung so durchzuführen, dass der nichtkundige Patient den Ausführungen auch folgen kann. Vielleicht ist der Arzt auch gar nicht in der Lage dazu, weil während seiner Ausbildung dieses pädagogische Wissen nicht oder nur unzureichend vermittelt wurde. Auf jeden Fall sollte die Fähigkeit der Wissensvermittlung an fachlich Unkundige auf dem Lehrplan jeder medizinischen Ausbildung stehen.

Eine dritte Gruppe von Ärzten geht offensichtlich von der Vorstellung aus, dass sie als einzige Sachkundige auch das Recht der Entscheidung zu allen Diagnose- und Therapiefragen haben, dass es gar nicht möglich sei und unzweckmäßig sei, die Entscheidungen den Patienten fällen zu lassen. Ein Arzt aus dieser Gruppe verhält sich wie ein wohlmeinender Diktator, der aufgrund seines besseren Wissens die Aufgabe habe, meritorisch, d.h. in wohlwollender Absicht für seine Untertanen (hier: seinen anvertrauten Patienten) tätig zu werden. Dies widerspricht jedoch ganz eindeutig dem liberalen Kriterium der Selbstbestimmung.

Es ist klar, dass in den Beratungsgesprächen des Arztes mit seinem Patienten die unterschiedlichen Möglichkeiten, ihre Erfolgsaussichten, die möglichen Risiken, die Beschwerden, denen sich der Patient bei der Untersuchung unterziehen muss wie auch schließlich die Kosten dieser Untersuchungen und Behandlungen zur Sprache kommen müssen. Wie wir noch weiter unten sehen werden, gehen wir davon aus, dass es neben einem Pflichtleistungskatalog auch Wahlkataloge und Wahltarife gibt, zwischen denen der Versicherte wählen kann. Wie teuer nun ganz konkrete Untersuchungen und Behandlungen den Patienten im konkreten Fall kommen werden, hängt dann ganz entscheidend davon ab, wieweit der Patient im Hinb-

lick auf die Versicherung abgesichert ist. Im konkreten Einzelfall soll der Patient sich im Prinzip immer für alle möglichen Alternativen entscheiden können, es ist aber klar, dass der Patient um so mehr kostspielige und nicht unbedingt notwendige Behandlungen vermeidet, je geringer sein Versicherungsschutz ist und um so größer seine Selbstbeteiligung in diesem Falle ist.

4. Kein politisches Preisdiktat

Politiker neigen dazu, Preise politisch festzulegen. So wird von fast allen Parteien verkündet, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse eine bestimmte Höchstgrenze nicht überschreiten dürfen, und wenn sie dies in der Vergangenheit taten, dass es dann primäre Aufgabe des Staates sei, für eine Herabsetzung der Kassenbeiträge zu sorgen und diese notfalls per Diktat zu verordnen.

Nun mag es ärgerlich sein, wenn die Kassenbeiträge tatsächlich über 14 oder sogar 15% ansteigen und es ist sicherlich erwünscht, dass die Beiträge so bald wie möglich wieder sinken. Dies gilt jedoch nicht nur für die Kassenbeiträge, sondern für die Preise aller Güter und Dienstleistungen, die man kaufen kann. Falsch ist an dieser Denkungsweise, dass man diese erwünschte Preissenkung durch Eingriff in den Preismechanismus erzwingen will. Eine solche Vorgehensweise führt im allgemeinen nicht zum Erfolg, ganz im Gegenteil.

Setzt man den marktlichen Gleichgewichtsprozess außer Kraft und erzwingt Ungleichgewichtspreise, so wird man das Ungleichgewicht, das in diesem Falle in einer Knappheit besteht, zementieren, man verhindert die Marktkräfte, die bei Ungleichgewicht im allgemeinen auf einen schnellen Abbau des Ungleichgewichtes und damit auch eine Senkung des Preises hinwirken. Die vorübergehende Preiserhöhung ist notwendig, um die vorübergehende Knappheit zu beseitigen. Der Preisanstieg bietet dem Anbieter einen Anreiz mehr zu produzieren, gleichzeitig überlegt sich der eine oder andere Nachfrager, ob er sein Einkommen nicht effizienter bei anderen Gütern anlegt. Der vorübergehende Preisanstieg ist zwar ärgerlich und schmerzlich, er hat jedoch genau so wie das Fieber bei einer Grippe eine Funktion, das Fieber trägt dazu bei, die körperlichen Abwehrkräfte zu intensivieren und damit den Krankheitsprozess zu verkürzen und den Heilungsprozess zu ermöglichen.

Stellen also die Politiker fest, dass das Preisniveau (die Beitragssätze) höher sind als erwünscht, dann lässt sich an diesem Zustand kurzfristig fast nichts

ändern. Im Gegenteil wird man befürchten müssen, dass kurzfristige Eingriffe in den Markt die Lage nur verschlimmern.

Dies bedeutet nicht, dass die Politiker die Hände in den Schoß legen sollen und dem Preisantrieb tatenlos zusehen müssen. Aufgabe der Politik ist es für eine Rahmenordnung zu sorgen, die es gar nicht zu Knappheit und zu übermäßigen Preissteigerungen nach Möglichkeit kommen lässt. Eine solche Rahmenordnung muss weitsichtig sein und schon einsetzen, bevor die Knappheit eingetreten ist.

Preissteigerungen auf lange Sicht wird man allein dadurch verhindern können, dass man den Anbietern Anreize setzt, möglichst alle Kostensenkungen vorzunehmen. Im freien Markt geschieht dies in aller erster Linie durch den Wettbewerb, der die Anbieter nach kostensenkenden Innovationen Ausschau halten lässt und der gleichzeitig dafür sorgt, dass die Anbieter die Kostensenkungen baldmöglichst an den Konsumenten weitergeben.

An einem solchen Wettbewerb hat es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung schon immer gefehlt. Die freie Arztwahl war eingeschränkt, ein Großteil der Versicherten (die Arbeiter im engeren Sinne) konnte bis vor kurzem gar nicht zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen, auch heute, wo auch für die Arbeiter Ersatzkassen möglich sind, ist dieser Wettbewerb kein echter, denn die Leistungskataloge, mit denen die Krankenkassen echten Wettbewerb durchführen könnten, sind weitgehendst vorgegeschrieben und der Umstand, dass in einem Risikoausgleich Gewinne an die Krankenkassen mit schlechteren Ergebnissen abgeführt werden müssen, verringert die Anreize, nach Kostensenkungen Ausschau zu halten. Auch der Vorschlag eines bindenden Hausarztssystem mit alleinigem Überweisungsrecht sowie die Begrenzung des Arztwechsels auf ein Quartal behindern den freien Wettbewerb.

Weiterhin haben die Versicherten im gegenwärtigen System auch gar kein Interesse, jeweils den Arzt aufzusuchen, der einen vernünftigen Kompromiss zwischen den Kosten und der Qualität ansteuert. Für einen Versicherten würde es sich nicht lohnen, einen Arzt - sagen wir zu einer Operation aufzusuchen -, der etwas bescheidenere Preise für eine Operation berechnet, dessen Komfort jedoch auch etwas geringer als bei den Spitzenärzten (Krankenhäusern) ausfällt. Da der Patient bisher ohnehin nahezu nicht für die unmittelbaren Kosten aufkommen musste, hatte er selbstverständlich nur ein Interesse: den Arzt mit der besten Qualifikation ohne Rücksicht auf die Kosten zu wählen.

Auf den freien Märkten ist der Konflikt zwischen Qualität und Kosten ganz anders geregelt. Der Käufer hat natürlich zunächst auch ein Interesse dar-

an, die qualitativ besten Güter zu kaufen, da diese ihm jedoch in der Regel zu teuer sein werden, wird er sich schließlich für eine etwas geringere Qualität entscheiden, die er jedoch noch bezahlen kann.

Beim Gesundheitsbereich fehlt diese Mischung von Qualität und Kosten fast ganz. Es herrscht die Maxime: für die Gesundheit ist das beste gerade gut genug. Man vergisst hierbei zu bedenken, dass es sich auch im Gesundheitsbereich um knappe Ressourcen handelt und dass auch hier nicht das Einzelprodukt entscheidet, sondern die Wohlfahrt, die aus dem gesamten Güter- und Leistungspaket schließlich gezogen werden kann.

Gerade der Umstand, dass man sich in dem einen Bereich für die kostenreichste Methode entschieden hat, bedeutet eben gleichzeitig, dass für andere Leistungen weniger knappe Ressourcen zur Verfügung stehen. Im Endergebnis hätte bei einer kostengünstigeren Wahl bei der ersten Leistung die Gesamtwohlfahrt eben doch höher ausfallen können, da man dann mehr Ressourcen für andere Leistungen hätte einsetzen können.

5. Wo liegt der Vorteil einer kollektiven Lösung ?

Die Versicherungsgemeinschaft ist im allgemeinen ein sehr effizientes Mittel, das Problem des Schutzes vor den Folgen der Risiken wie Krankheit, Alter, Unfall und Arbeitslosigkeit adäquat zu lösen. Allerdings gilt es zu bedenken, dass - wählt man anstelle einer rein individuellen Vorsorge den Versicherungsweg – zunächst zusätzliche Kosten entstehen. Es muss eine Verwaltung aufgebaut werden, um die Mitglieder zu registrieren, ihren Beitrag zu berechnen, die Aufwendungen, die bei der Behandlung der einzelnen Versicherten entstehen, festzustellen und zu überprüfen und schließlich an die Anbieter der Leistungen direkt oder indirekt zu überweisen.

Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, dass bei allen kollektiven Lösungen die Gefahr missbräuchlicher Inanspruchnahme einzelner entsteht, was die Leistungen für die übrigen in der Versichertengemeinschaft teurer macht. Weiterhin bedarf es wiederum des Einsatzes von knappen Ressourcen, um dem Missbrauch entgegenzuwirken.

Die Gefahr missbräuchlicher Inanspruchnahme ist bei einer Krankenversicherung besonders hoch. Der Versicherungsvertrag regelt zwar wie jeder andere Vertrag, unter welchen Bedingungen die Versicherung Leistungen zahlen muss. Voraussetzung für eine Zahlungspflicht ist im allgemeinen das Eintreten einer Krankheit und die Behandlung dieser Krankheit. Da der tatsächliche Krankenstand niemals exakt angegeben werden kann, besteht die Gefahr einer missbräuchlichen Inanspruchnahme der Krankenkasse.

Wenn trotzdem davon gesprochen werden kann, dass der Weg über die Versicherung im allgemeinen einer individuellen Lösung (der Patient geht unmittelbar zum Arzt und bezahlt ihn direkt aus eigenen Ersparnissen) effizienter ist, so liegt dies daran, dass zwar im allgemeinen eine sehr große Gruppe von Personen befürchten muss, von einem bestimmten Risiko befallen zu werden und deshalb auch ein Interesse an einer Versicherung hat, dass aber de facto immer nur ein relativ kleiner Bruchteil dieser Gruppe tatsächlich von diesem Risiko betroffen wird. Dieser Unterschied bringt es mit sich, dass der einzelne bei individueller Vorsorge nur dann einen vollen Risikoschutz erfährt, wenn er für die höchstmögliche finanzielle Belastung Rücklagen ansammelt, während in einer Versichertengemeinschaft unter gewissen Bedingungen nur das wesentlich niedrigere Durchschnittsrisiko der Versicherten für die Festsetzung des Beitragssatzes maßgebend ist.

Voraussetzung für diesen Erfolg ist einmal, dass die Versichertengemeinschaft groß genug ist, also einige Tausend Mitglieder umfasst und zum andern, dass die Versicherten im Hinblick auf die Risiken zufällig ausgewählt sind. Eine Versicherung, die z.B. nur bei Nierenversagen Leistungen anbieten würde und die nur solche Personen als Mitglieder aufnehmen würde, die von Nierenversagen tatsächlich betroffen sind, könnte selbstverständlich keinen Beitrag verlangen, der im Prinzip niedriger ausfällt, als die höchstmögliche Belastung bei individueller Vorsorge.

Der Vorteil der Versicherung – d.h. die Differenz zwischen dem höchstmöglichen Risiko und dem Durchschnittsrisiko steigt mit der Differenz der Versichertengruppengröße, die mit einem bestimmten Risiko rechnen muss und der Größe derjenigen Versicherten, die tatsächlich von diesem Risiko betroffen werden.

Im allgemeinen ist diese Differenz so groß, dass die Versichertenlösung weit billiger als die individuelle Vorsorge ist, trotz der zusätzlichen Verwaltungskosten, die bei einer Versichertenlösung hinzukommen und trotz eines gewissen geringfügigen Missbrauches, mit dem immer zu rechnen ist.

Die Versicherungslösung wird zum Problem, wenn diese Differenz zwischen dem höchstmöglichen Risiko und dem Durchschnittsrisiko immer kleiner wird. Dafür können die unterschiedlichsten Gründe verantwortlich sein. Es leuchtet ohne weiteres ein, dass ein starkes Anwachsen der Verwaltungskosten den Vorteil der Versicherungslösung vermindert. Weiterhin kann eine Aufblähung des Leistungskataloges dazu beitragen, diese Differenz zu verringern und damit den Vorteil der Versicherungslösung in Frage stellen. Werden nämlich in den Leistungskatalog immer mehr Leistungen aufgenommen, die zum Alltagskonsum gehören und deshalb von fast

allen Versicherten in Anspruch genommen werden, so wird für diese Leistungen die Differenz beider Gruppen immer kleiner. Die Versicherung kann nun teurer kommen als eine individuelle Lösung, da bei der individuellen Lösung die Verwaltungskosten und die Kosten des Missbrauchs und der Missbrauchskontrolle entfallen würden. Der Leistungskatalog sollte sehr genau daraufhin überprüft werden und es sollten nur solche Leistungen beibehalten werden, bei denen nur eine Minderheit diese Leistungen in Anspruch nehmen muss.

Bei der Diskussion der Wahltarife werden wir sehen, dass man zwischen einem Mindestleistungskatalog unterscheiden muss, der für alle Versicherten verpflichtend ist und weiteren Leistungspaketen, die zusätzlich - natürlich gegen einen Beitragsaufschlag - gewählt werden können. Der Mindestleistungskatalog sollte wirklich nur solche Leistungen enthalten, die auf der einen Seite nur bei einem kleinen Bruchteil von Versicherten tatsächlich anfallen und/oder die einen so hohen finanziellen Aufwand verursachen, dass sie niemals von einem einzelnen aus seinem normalen Erwerbseinkommen bezahlt werden können.

Die Differenz zwischen den beiden Gruppen hängt natürlich auch davon ab, in welchem Maße Missbrauch getrieben wird. Von missbräuchlicher Inanspruchnahme muss man dann ausgehen, wenn Leistungen in Anspruch genommen werden, die eigentlich nach der Intention des Versicherungsvertrages in diesem Falle gar nicht in Anspruch genommen werden sollten, aber wegen mangelnder Kontrollmöglichkeiten in Anspruch genommen werden. Ein Arzt mag den Missbrauch unterstützen, um keine Patienten zu verlieren, ein Arzt kann aber auch ohne unlautere Absicht eine Leistung verschreiben, obwohl sie objektiv nicht notwendig sein mag, aber der Meinung sein, dass der Schaden geringer ist, wenn er eher zuviel Untersuchungen durchführt als zuwenig; da der Arzt auch die Nichtnotwendigkeit einer Leistung im Einzelfall nicht nachweisen kann, entgeht er auf diese Weise möglichen Regressansprüchen.

Ich hatte bereits erwähnt, dass mit einer gewissen Zahl von missbräuchlichen Inanspruchnahmen stets zu rechnen ist und die Effizienz einer Versicherung auch nicht gefährdet. In den letzten Jahrzehnten hatten wir jedoch einen so starken Anstieg an Missbrauch, dass die gesetzliche Versicherung in eine Krise geriet, wobei das Fatale darin liegt, dass wie bei einem Teufelskreis die Maßnahmen zur Reform der Versicherung den Missbrauch sogar noch vergrößert haben.

Die Bereitschaft der Versicherten, keinen Missbrauch zu betreiben, hängt nämlich entscheidend von dem Verhältnis von Leistung und Beitragshöhe ab. Steigen nun die Beiträge ohne gleichzeitigem Anstieg der Leistung an,

so besteht die Gefahr, dass sich bei immer mehr Versicherten folgendes Verhalten einstellt: Entsprechend der gestiegenen Beiträge erwartet der Versicherte auch gestiegene Leistungen und versucht nun aus der Versicherung das an Leistungen wieder herauszuholen, das er in Form von Beiträgen einzahlen musste. Das Fatale daran ist, dass viele Versicherte davon überzeugt sind, dass sie im Sinne eines *do et des* auch zu einem solchen Verhalten berechtigt sind.

In Wirklichkeit kann natürlich eine Versicherung überhaupt nur funktionieren, wenn der überaus größere Teil der Versicherten die Versicherung unterproportional in Anspruch nimmt. Nur so können die hohen finanziellen Lasten der überproportional vom Krankheitsrisiko Betroffenen überhaupt von der Versichertengemeinschaft getragen werden.

Wir haben davon auszugehen, dass in jeder Versicherung, die groß genug ist und deren Mitglieder nach dem Zufallsprinzip in Hinblick auf das Krankheitsrisiko ausgewählt sind, die einzelnen Mitglieder unterschiedlich stark vom Krankheitsrisiko betroffen sind, so dass ein Teil der Versicherten die Krankenkasse unterproportional, ein anderer Teil überproportional in Anspruch nehmen muss. Der Sinn einer Versicherungslösung besteht gerade darin, dass die relativ „Gesunden“ die relativ „Kranken“ finanziell entlasten können. Dies setzt aber voraus, dass ein Großteil der Versicherten *ex post* gesehen sehr viel weniger Leistungen erhalten wird als er in Form von Beiträgen eingezahlt hat.

Wie kommt es nun zu einem solchen Missverhältnis zwischen Leistung und Beiträgen und damit zu einem Anstieg im Missbrauch? Über einen möglichen Anstieg der Verwaltungskosten haben wir schon gesprochen. Eine weitere mögliche Ursache liegt darin, dass der Staat die Kassen zur Übernahme von Fremdleistungen zwingt. So hatten die Übersiedler, obwohl sie in der Vergangenheit nie in die gesetzliche Versicherung eingezahlt hatten, Anspruch auf Rente und Leistungen aus der Krankenkasse. Steigen jedoch aufgrund der genannten Kostensteigerungen die Beitragssätze bei gleichem Leistungsniveau, so nimmt im allgemeinen die Unzufriedenheit und damit auch der Missbrauch zu, es beginnt nun der Teufelskreis von Beitragserhöhung, die erhöhten Missbrauch auslöst, der selbst wiederum die Kosten steigert und neue Beitragserhöhungen nach sich zieht. Es sollte einleuchten, dass eine solche durch Zunahme an Missbrauch ausgelöste Krise auch nicht einfach dadurch gelöst werden kann, dass die Beiträge erhöht oder die Leistungen reduziert werden.

6. Trennung von Allokation und Distribution

Es entspricht der Tradition der deutschen Sozialversicherung, die einzelnen Versicherungszweige mit zusätzlichen risikofremden Umverteilungen zu belasten. Zunächst findet ex post gesehen immer eine risikobezogene Umverteilung statt. In jeder Krankenversicherung werden die Versicherten, die überproportional vom Krankenrisiko betroffen sind, begünstigt zu Lasten derjenigen Versicherten, die ein unterdurchschnittliches Krankenrisiko aufweisen. Diese ex post Umverteilung findet in allen, auch in den privaten Krankenversicherungen statt, wenn man so will, liegt in dieser ex post - Umverteilung eines der Ziele jeder Versicherung.

Ex ante gesehen liegt zumindest in der privaten Versicherung keine echte Umverteilung vor, denn die Versicherungsbeiträge werden nach der Höhe der erwarteten Risiken berechnet. Nun entspricht es der Zielsetzung jeder sozialen Versicherung, auch diejenigen zu schützen, die – ohne eigenes Verschulden - höhere Risiken als der Durchschnitt der Bevölkerung aufweisen. Für ein solches höhere Risiko können zwei Faktoren verantwortlich gemacht werden. Entweder liegen Erbschäden vor, es ist also das Risiko schon vor oder bei der Geburt höher als bei anderen Versicherten. Oder aber jemand ist im Laufe seines Lebens an einer Krankheit so stark erkrankt, dass Schäden auch nach der Ausheilung übrig blieben, sodass aufgrund dieser „alten Leiden“ das Risiko, erneut von dieser oder anderen Krankheiten betroffen zu werden, steigt. In diesem Falle würde bei einem reinen Privatversicherungssystem ein Versicherungsaufschlag erhoben werden.

Beide Aufschläge (aufgrund von Erbschäden und aufgrund von alten Leiden) sind in einer sozialen Versicherung unerwünscht. Man kann dieses Problem allerdings auch innerhalb einer Privatversicherung relativ einfach lösen, in dem der Staat die Kosten für Erbschäden übernimmt und gleichzeitig jeden Bürger zwingt, von Geburt an in einer Versicherung versichert zu sein. In diesem Falle erübrigt sich auch, für alte Leiden zusätzliche Beitragszuschläge zu erheben. Der Versicherungsvertrag beginnt bei der Geburt und insoweit gehören dann auch Folgeschäden einer später auftretenden Krankheit zu den Risiken, die von Anbeginn an versichert sind.

Ein gewisses Problem entsteht in diesem Falle dann, wenn ein Privatversicherter seine Versicherung wechseln will. Je älter er ist, um so höher ist das Risiko, das die neue Versicherung übernimmt, das würde einen höheren Beitrag mit wachsendem Alter nach sich ziehen. Die Folge wäre natürlich , dass sich ein Wechsel der Krankenkasse mit zunehmendem Alter weniger lohnen würde und deshalb auch gar nicht mehr stattfinden würde. Damit würde aber auch der Wettbewerb der Kassen untereinander eingeschränkt.

Normalerweise legen die Privatkassen für ihre Versicherten Rücklagen an, damit nicht die Notwendigkeit besteht, den Versicherten gestiegene Beiträge mit wachsendem Alter zu berechnen. Mit anderen Worten: es werden den jüngeren Versicherten Beiträge abverlangt, die höher sind als das durchschnittliche Risiko dieser Jahrgänge, es werden also Rücklagen für das Alter gebildet. Dies hat aus der Sicht der Versicherer den Vorteil, dass die sonst altersbedingten Beitragserhöhungen nicht den Wunsch beim Versicherten auslösen, sich nach einer anderen Versicherung umzuschauen. Da also die Privatkassen Rücklagen für das Alter bilden, bestehen bei einem Wechsel des Versicherten zu einer anderen Versicherung im Prinzip zwei Möglichkeiten: Der ausscheidende Versicherte erhält seine Altersrücklage ausgezahlt und kann damit den altersbedingt höheren Beitrag bei der neuen Versicherung finanzieren oder aber die Versicherungen verständigen sich untereinander, auf eine Auszahlung der Rücklagen und auf eine altersbedingte Erhöhung der Beiträge zu verzichten und den Ausgleich der Rücklagen innerhalb des Versicherungssystems zu regeln.

Wie bereits vermerkt, besteht die Tendenz, in den sozialen Versicherungen weitere Umverteilungsziele zu etablieren: Dadurch, dass die Arbeitgeber die Hälfte der Versicherungsbeiträge übernehmen, will man eine Umverteilung zu Lasten der Unternehmer erreichen. Dadurch, dass man den Beitragssatz proportional zum Einkommen erhebt, obwohl die Sachleistungen (im Gegensatz zu den Geldleistungen, vor allem Entschädigung für Lohnausfall) vom Einkommen unabhängig anfallen, sollen die Reichen stärker belastet werden als die Ärmern.

Dadurch, dass Kinder und Ehegatten (unter Umständen bei reduzierten Beitragssätzen für die Mitversicherten) mitversichert sind, soll eine Art Familienlastenausgleich im Rahmen der Krankenversicherung durchgeführt werden.

Ich halte diesen Versuch, risikofremde Umverteilungsziele im Rahmen der sozialen Versicherung zu etablieren, für falsch. Auf der einen Seite kann man nachweisen, dass die beabsichtigte Umverteilung zumeist misslingt. Auf der anderen Seite wäre es jedoch in mehrerer Hinsicht effizienter, etwaige Umverteilungsziele getrennt von den Einrichtungen der Sozialversicherung durchzuführen. Damit ist die Frage, ob die im Rahmen der Sozialversicherung angestrebten Umverteilungsziele erwünscht sind, in keiner Weise entschieden.

Die Umverteilung mittels der Arbeitgeberbeiträge misslingt im allgemeinen deshalb, weil Zwangsbeiträge wie Steuern je nach Elastizität von Angebot und Nachfrage überwältigt werden und weil damit ganz andere Personen belastet werden als beabsichtigt. Die angestrebte Umverteilung findet nicht

statt, insofern ist die Einrichtung des Arbeitgeberbeitrages ineffizient auch im Hinblick auf das Verteilungsziel.

Darüber hinaus führt diese Form der Umverteilung zum Entstehen neuer Ungerechtigkeiten, da der Überwälzungsprozess die einzelnen Belasteten keinesfalls gleichmäßig trifft, sondern je nach Elastizität von Angebot und Nachfrage die Marktteilnehmer recht ungleichmäßig belastet. Auf diese Weise werden durch die Umverteilungs-Gesetzgebung neue Ungerechtigkeiten geschaffen.

Die Umverteilung von Reich nach Arm misslingt zumindest teilweise, da die Superreichen und die Ärmsten gar nicht der Sozialversicherung angehören.

Auf freien Märkten wird in den Preisen sowohl über die Allokation als auch über die Distribution *uno actu* entschieden. Ein funktionierender Wettbewerbsmarkt führt hierbei im Gleichgewicht zu einer optimalen Allokation. Jeder Versuch aus verteilungspolitischen Gründen die Preise politisch zu beeinflussen, führt damit zu einer Änderung der Allokation und damit zu einer Fehlallokation. Damit wird nicht nur der allgemeine Wohlstand der Nation vermindert, es ist auch aus verteilungspolitischer Sicht ein Nachteil, da geringerer allgemeiner Wohlstand immer auch bedeutet, dass für soziale Zwecke weniger Mittel zur Verfügung stehen.

Unabhängig davon lässt sich eine gerechte Verteilung immer nur von einer zentralen Stelle aus realisieren. Der Versuch, Umverteilungsziele dezentral an den unterschiedlichsten Stellen (bei Fahrten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, bei den Sozialversicherungsstellen, bei Benutzung von Stadtbibliotheken, Theatern u.s.w.) vorzunehmen, führt dazu, dass die Wohlfahrtslage der Ärmsten sehr unterschiedlich ausfällt, je nachdem, wie sie die öffentlichen Einrichtungen ausnutzen.

Hierbei kann es wiederum zu Fehlallokationen kommen, wenn z.B. Kinder ihre freie Zeit in öffentlichen Verkehrsmitteln verbringen und damit zu einer Überfüllung dieser Transportmittel beitragen. Wichtiger ist jedoch die Tatsache, dass auf dezentrale Weise keine gerechte an allgemeinen Gerechtigkeitskriterien orientierte Umverteilung herbeigeführt werden kann. Die Höhe der Subventionierung hängt dann immer auch von der Einkommensverwendung der einzelnen aus dieser Gruppe ab.

7. Wahltarife versus Selbstbeteiligung

Bei den bisherigen Reformvorschlägen wurde meistens vorgeschlagen, die Nachfrage nach Leistungen dadurch zu dämpfen, dass man eine Selbstbeteiligung bei der Inanspruchnahme der Leistungen vorsieht. Die Selbstbeteiligung kann als Selbstbehalt vorgesehen sein, bei dem der Versicherte bis

zu einem bestimmten Betrag die Leistungen selbst zahlen, bei weiterer Inanspruchnahme jedoch keine weiteren Geldbeträge entrichten muss. Die Selbstbeteiligung kann jedoch auch ein prozentualer Betrag von der Rechnungssumme sein, wobei zumeist Höchstgrenzen und auch soziale Abstufungen vorgesehen sind. Selbstbeteiligung ist ein Zwangsmittel, das im Prinzip jeder entrichten muss, der Zweck liegt ganz eindeutig in der Reduzierung der Nachfrage.

Genau dieser Zweck widerspricht jedoch dem Prinzip der Selbstbestimmung. Richtig gesehen gibt es kein Zuviel an Nachfrage nach sozialen Leistungen, jeder sollte selbst bestimmen können, wie viel seines Einkommens er für Gesundheit und Vorsorge aufwenden will, er darf mit dieser Entscheidung nur nicht die Gesamtheit belasten und muss für die hierbei entstehenden Kosten selbst aufkommen.

Genau dieses Ziel wird erreicht, wenn man anstelle der Selbstbeteiligung Wahltarife vorsieht. Jeder Versicherte muss ein bestimmtes Mindestpaket an Leistungen akzeptieren, da die Gesunderhaltung zum Existenzminimum zählt und entsprechend den Menschenrechten jeder ein Recht auf das Existenzminimum hat. Wenn der Staat aber notfalls für den einzelnen aufkommen muss, darf er ihn auch zwingen, sich rechtzeitig gegen Gesundheit zumindest soweit zu versichern, dass die existenziellen Ansprüche abgesichert sind.

Man wird jedoch davon ausgehen können, dass ein Großteil der Personen mehr als einen minimalen Gesundheitsschutz wünscht und dafür sind die Wahltarife vorgesehen. Wir haben davon auszugehen, dass sich die einzelnen Personen gerade auch im Hinblick auf den Gesundheitsschutz unterscheiden, es wird Versicherte geben, die von der Möglichkeit der Wahltarife nur einen sehr kleinen Gebrauch machen werden, während andere Versicherte hingegen die Möglichkeiten der Wahltarife voll ausschöpfen. Es versteht sich von selbst, dass in dem Maße, in dem man Wahltarife hinzuwählt, Beitragszuschläge entsprechend dem Wert der Zusatzleistungen anfallen.

Das Instrument der Wahltarife entspricht nicht nur besser als die Selbstbeteiligung dem Selbstbestimmungskriterium, es hilft auch, den Missbrauch einzudämmen. Stellt ein Versicherter fest, dass die Beiträge bei bestimmten Leistungen wegen Zunahme missbräuchlicher Inanspruchnahme stark steigen, kann er einen anderen Wahltarif wählen, der diese Leistungen nicht enthält oder bei dem Leistungen erst ab einer bestimmten Summe von der Krankenkasse gezahlt werden. Je mehr Versicherte auf diese Weise reagieren, um so mehr fallen die Kosten des Missbrauchs bei denjenigen an, die diesen Missbrauch begehen. Man kann sich immer weniger auf Kosten der

Versichertengemeinschaft bereichern, Missbrauch lohnt sich immer weniger und wird deshalb auch zurückgehen. Eine Erhöhung der Selbstbeteiligung verschlechtert hingegen das Leistungs-Beitragsverhältnis, dies führt jedoch - wie wir gesehen haben - im allgemeinen zu einer Zunahme des Missbrauchsverhalten.

8. Allgemeine Kosten und Nachfrage nach Sozialleistungen

Im allgemeinen wird beklagt, dass die Sozialleistungen in der BRD zu hoch seien und dass deshalb die internationale Wettbewerbsfähigkeit gefährdet sei. Man muss sich darüber klar sein, dass an und für sich die Sozialleistungen und die Wettbewerbslage zunächst nichts mit einander zu tun haben. Bei der Höhe der Sozialleistungen geht es um die Frage, welcher Anteil des Sozialproduktes für Sozialleistungen aufgewandt werden soll. Es gibt hier kein Zuviel und kein Zuwenig.

Es ist die freie Entscheidung der Bürger einer Volkswirtschaft, wie viel sie für soziale Zwecke und speziell für Gesundheit ausgeben wollen. Es gibt kein objektives Kriterium dafür, wie viel für Gesundheit ausgegeben werden soll und es gibt auch nichts das dagegen spricht, wenn eine Nation für Gesundheit mehr ausgibt als die anderen Nationen.

Davon getrennt ist die Frage der Wettbewerbsfähigkeit einer Volkswirtschaft, sie hängt davon ab, ob die Unternehmer dieser Volkswirtschaft es verstehen, sich auf die Güterproduktion zu spezialisieren, in denen die eigene Volkswirtschaft komparative Vorteile aufweist. Erst dadurch, dass man die Unternehmungen zwingt, im Arbeitgeberanteil einen Teil der Kosten der Sozialen Sicherheit mit zu übernehmen, kann ein hoher Anteil an Sozialen Leistungen für die Wettbewerbsfähigkeit zum Problem werden.

Mit den Arbeitgeberbeiträgen steigen im Prinzip die Kosten bei allen im Inland produzierten Gütern und damit wird die allgemeine internationale Wettbewerbsfähigkeit gefährdet, wenn im Ausland geringere Arbeitgeberbeiträge erhoben werden. Wir haben oben bereits darauf hingewiesen, dass Arbeitgeberbeiträge nicht zu der erwünschten Umverteilung beitragen, sodass es auch keinen vernünftigen Grund gibt, Arbeitgeberbeiträge beizubehalten und damit die internationale Wettbewerbsfähigkeit zu behindern. In diesem Falle sollten jedoch auch die Arbeitgeberverbände aus der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkasse ausscheiden.

9. Versicherungszwang versus Zwangsversicherung

Wir haben gesehen, dass es gute Gründe gibt, alle Bürger zu einer Krankenversicherung zu zwingen. Man spricht hierbei vom Versicherungs-

zwang, der notwendig erscheint, um sicherzustellen, dass jeder zumindest die existenzielle Grundlage der Gesundheit notfalls erhält. Nochmals: Der Staat ist zu einer existenziellen Absicherung verpflichtet, weil diese zu den Menschenrechten zählt (Recht auf Leben und Gesundheit), er kann aber dieser Pflicht nur nachkommen, wenn auch jeder Bürger dazu angehalten wird, sich rechtzeitig selbst zu versichern. Nur wenn ein relativ kleiner Kreis der Bevölkerung in Not gerät, ist der Staat überhaupt in der Lage, jedem ein Existenzminimum zu garantieren.

Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es jedoch keiner Zwangsversicherung. Der finanzielle Schutz gegenüber den Krankheitsrisiken kann sehr viel effizienter von Privatversicherungen erfüllt werden. Sie stehen in Konkurrenz zueinander und haben deshalb starke Anreize, stets nach kostensenkenden und qualitätssteigernden Innovationen Ausschau zu halten und die dadurch hervorgerufenen Kostensenkungen auch an die Versicherten weiterzugeben. Eine Zwangsversicherung ist ein Monopolgebilde, auch dann, wenn es regional verteilt viele einzelne gesetzliche Krankenkassen gibt. Und gerade deshalb entfallen die in einer freien Marktwirtschaft üblichen Anreize zu Kostensenkung und Qualitätsverbesserung.

Nun hat man versucht, auch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen Wettbewerb zuzulassen. So können z. B. gegenüber früher heutzutage auch Ersatzkassen für Arbeiter (nicht nur wie bisher für Angestellte) gebildet werden. Von diesem Wettbewerb gehen jedoch nur dann die oben beschriebenen Anreize zur Effizienz aus, wenn die Krankenkassen auch mit unterschiedlichen Leistungskatalogen in Wettbewerb treten können und wenn etwaige Kostensenkungen an die Versicherten weitergegeben werden und wenn darüber hinaus die im Wettbewerb erreichten Vorteile nicht in einem zwangsweise verfügbaren Risikoausgleich an diejenigen Kassen verteilt werden müssen, die geringere Erfolge aufweisen.

10. Wettbewerb im Pharmaziebereich

Ein freier Markt führt im allgemeinen dazu, dass in allen Gegenden für das gleiche Produkt auch ein gleicher Preis gezahlt wird. Nun wird immer wieder berichtet, dass Medikamente, die für chronische Kranke benötigt werden, bei denen also ein andauernder Bedarf besteht, im Inland bis zu dem 10-fachen des Preises kosten, der bei einem Kauf bei ausländischen Firmen im Internet zu entrichten ist. Dies ist ein typisches Zeichen für eine Monopolisierung. Entweder bestehen Absprachen oder aufgrund einer Monopol-situation kann eine Preisdiskriminierung durchgeführt werden oder aber Krankenkassen sind aus rechtlichen Gründen nicht in der Lage, Medikamente aus dem Ausland zu bezahlen.

Hier kann die realisierte Zulassung eines Internethandels auch im Apothekenbereich unter Umständen Abhilfe bringen. Die Kritik des Apothekenhandels ist nicht berechtigt, auf der einen Seite könnten sich ja auch die deutschen Apotheken am Internet beteiligen (soweit dies aus rechtlichen Gründen noch nicht möglich ist, muss die Rechtslage geändert werden), weiterhin gilt, dass ein Kauf in der Apotheke wesentliche Vorteile (Beratung, Sicherheit) mit sich bringt, sodass der deutsche Apothekenhandel keine Konkurrenz zu scheuen braucht. Ganz davon abgesehen wird der rigorose Abbau monopolistischer Beschränkungen sehr schnell dazu führen, dass die gleichen Medikamente auch innerhalb des gesamten europäischen Raumes zu gleichen Preisen angeboten werden.

11. Doppeluntersuchungen

Das derzeitige System gilt u.a. als ineffizient, da die für die Diagnose notwendigen Untersuchungen bei fast jedem Arztwechsel, auch bei Überweisungen zu einem Facharzt oder in ein Krankenhaus zumeist wiederholt werden. Dies teilweise sogar dann, wenn der überweisende Arzt die Ergebnisse der Untersuchungen zur Verfügung stellt. Dies ist sicherlich ein ärgerlicher Tatbestand und deutet auf eine enorme Vergeudung knapper Ressourcen hin. Es wird vorgeschlagen und diesem Vorschlag ist zu folgen, eine Chipkarte einzuführen, aufgrund derer jeder behandelte Arzt - natürlich unter Wahrung des persönlichen Datenschutzes – Zugriff auf sämtliche Diagnoseergebnisse der behandelten Person über eine zentrale Datenbank hat.

Zweckmäßigerweise sollte dieses System so angelegt werden, dass der behandelnde Arzt nicht nur Zugriff auf die Daten der letzten Untersuchungen, deretwillen der Patient in Behandlung ist, erhalten sollte, sondern bei Bedarf die gesamte Krankenbiographie des betreffenden Patienten einsehen könnte. Wir werden an anderer Stelle sehen, dass auf diese Weise die Diagnose sehr viel effizienter gestaltet werden könnte.

Dass in der Vergangenheit soviel Doppeluntersuchungen durchgeführt wurden, hatte seine Gründe. Es ist in erster Linie das Misstrauen, das viele Ärzte gegenüber den Untersuchungen äußern, die nicht unter ihrer Leitung durchgeführt wurden. Und in der Tat wird man die Vermutung äußern können, dass in der Realität die Aufzeichnungen und Röntgen-Bilder bisweilen sehr ungenau sind (z.B. reicht es aus, dass der Patient während der Aufnahme sich bewegt oder auch nur geatmet hat, um die Ergebnisse zu verfälschen oder aber die Aufnahmen wurden mit veralterten Geräten aufgenommen). Auch muss darauf hingewiesen werden, dass einwandfreie Bilder nicht von jedem Arzt richtig gedeutet werden u.s.w. Auch ist die Ge-

fahr, dass bei Blutuntersuchungen Verwechslungen vorkommen oder auch durch Verunreinigungen falsche Ergebnisse ermittelt werden, gegeben.

Es mag also im Einzelfall durchaus gute Gründe geben, Untersuchungen zu wiederholen, bzw. zunächst einzelne Laboruntersuchungen auf ihre Richtigkeit zurückzuverfolgen. Gute Gründe liegen z.B. dann vor, wenn einzelne Ergebnisse aus dem Rahmen fallen und mit den übrigen in sich stimmigen Ergebnissen in Widerspruch liegen.

Es sollte aber klar sein, dass das dann ein Ausnahmefall darstellt, der in keiner Weise rechtfertigt, dass beim Arztwechsel ohne nähere Prüfung der vorliegenden Ergebnisse die gesamten diagnostischen Verfahren wiederholt werden.

12. Diagnosemethoden

Diagnosen erfolgen heutzutage oftmals nach dem Schema, einen möglichst weiten Bereich möglicher Krankheiten zu umfassen, nach der Vorstellung, es sei besser, wenn unter 100 Untersuchungen 90 keinen positiven Befund bringen, in diesem Sinne also nicht notwendig waren, aber 10 Untersuchungen positive Ergebnisse erbringen, bei denen man auf Anhieb einen Krankheitsherd nicht vermutet hätte. Es wird hierbei so getan, als seien die hierbei eingesetzten Ressourcen freie Güter und nicht knapp. Selbstverständlich handelt es sich hierbei stets langfristig gesehen um knappe Ressourcen, die an anderer Stelle im Gesundheitsbereich unter Umständen einen höheren Nutzen gestiftet hätten.

Wenn man nach den Gründen für diese Vorgehensweise fragt, so stößt man vor allem auf zwei Gründe. Auf der einen Seite wollen sich die Ärzte gegen mögliche Regressansprüche absichern, indem sie alle möglichen Krankheitsfaktoren mitberücksichtigen, auf der anderen Seite muss man berücksichtigen, dass Ärzte, welche die für die moderne Diagnose notwendigen Apparaturen einmal angeschafft haben, natürlich ein massives Interesse daran haben, diese Geräte auch zu amortisieren.

Im Hinblick auf den erstgenannten Grund (rechtliche Absicherung) liegt das Problem darin, dass nach herrschender Praxis der Arzt der einzige ist, der für Diagnose und Therapie verantwortlich ist. Wir haben oben bereits dafür plädiert, dass die letztliche Entscheidung über einzuschlagende Diagnose und Therapie beim Versicherten selbst liegen sollte und der Arzt mehr die Rolle eines beratenden Sachkundigen darstellt, der den Patienten darüber berät, welche Diagnosemöglichkeiten offen stehen und erwünscht sind und welche Therapiemaßnahmen danach durchgeführt werden können, wobei auf die Risiken und Chancen jeweils *expressis verbis* hingewiesen wird.

Ein Arzt kann dann nur noch belangt werden, wenn er falsch beraten hat oder eindeutige, vermeidbare Fehler z.B. bei einer Operation begangen hatte, während der Patient für die Folgen seiner Entscheidung - bei richtiger, sachkundiger Beratung – selbst aufkommen muss.

Man muss sich im Hinblick auf den zweitgenannten Grund (Anschaffung teurer Apparaturen, die sich amortisieren müssen) die Frage stellen, ob im Gesundheitswesen effizient überhaupt noch Arztpraxen mit nur einem Arzt betrieben werden können. Sehr viel effizienter wäre, wenn Ärzte - wie dies ja teilweise bereits getan wird – Ärztegemeinschaften bilden, bei denen die einzelnen Ärzte wie bisher ihre Praxen betreiben, mit dem einzigen Unterschied, dass sie teure Apparaturen gemeinsam anschaffen und benutzen. Besonders effizient wäre es, wenn diese Ärztegemeinschaften ihre Praxen in einem Haus beziehen, sodass die Wege der Patienten zu den einzelnen Apparaturen denkbar gering wären.

Gegenüber der bisherigen „Rasenmähermethode“, bei der möglichst viele Diagnosemöglichkeiten eingesetzt werden, zeichnet sich eine weit effizientere Methode ab, wenn man den Einsatz einer Datenbank - wie oben besprochen - berücksichtigt. Der Arzt könnte dann erstens auf der Grundlage des Krankheitsberichtes des Patienten, zweitens der aus der Datenbank abgerufenen Krankenbiographie und drittens seiner persönlichen Erfahrung sehr viel gezielter vorgehen und solche Methoden außer Acht lassen, bei denen in der Vergangenheit bei dem betroffenen Patienten keine Befunde erzielt wurden und bei denen nach Beschreibung der Krankheit positive Befunde sehr unwahrscheinlich sind. Wobei der Patient es ist, der letztlich die Entscheidung trifft, ob eine bestimmte Methode angewandt werden soll oder nicht. Wobei weiterhin die Kostenfrage davon abhängt, ob der Patient einen entsprechenden Wahltarif gewählt hat oder nicht. In dem einen Fall würde die Kasse zahlen, im andern Fall müsste der Patient die Zusatzkosten selbst tragen.

13. Der Bias in den medizinischen Innovationen

Wir haben oben schon festgestellt, dass gerade im medizinischen Bereich in den letzten Jahrzehnten medizinischer Fortschritt in starkem Maße stattgefunden hat und dass deshalb die Krisenerscheinungen seit Mitte der 70 er Jahre nicht mit der Fourastie - These begründet werden können, wonach im Dienstleistungssektor angeblich kein mit der Industrie vergleichbarer technischer Fortschritt stattfindet.

Wohl unterscheidet sich die Art und Zusammensetzung der Innovationen, die in den letzten Jahrzehnten im industriellen und im medizinischen Bereich stattgefunden haben. Während man im industriellen Bereich eine ausgewogene Struktur von kostensenkenden und qualitätssteigernden Innovationen feststellen kann, fand im medizinischen Bereich schwerpunktmäßig ein qualitativer Fortschritt statt. Operationen und Eingriffe, an die man vor einigen Jahrzehnten noch nicht denken konnte, sind heute möglich. Zur allgemeinen Kostensenkung hat der medizinische Fortschritt hingegen sehr viel weniger beigetragen.

Allerdings gibt es nicht nur einen Bias festzustellen zwischen kostensenkenden und qualitätssteigernden Innovationen. Zwei weitere einseitige und unerwünschte Tendenzen lassen sich beobachten. Auf der einen Seite gelang es der medizinischen Wissenschaft, die Lebenserwartung der Menschen in den letzten 40 Jahren drastisch zu erhöhen, stieg die Lebenserwartung der Neugeborenen in diesem Zeitraum immerhin im Durchschnitt um etwa 7-8 Jahren, auch bei Frauen, obwohl diese im Durchschnitt immer schon etwa 6 Jahre älter wurden als die Männer.

Diese Entwicklung könnte als ein großer Triumph gefeiert werden, wenn nicht gleichzeitig festgestellt werden müsste, dass die Schwere und Häufigkeit der Krankheiten im Alter nicht wesentlich reduziert werden konnten. Erklären lässt sich dieser Tatbestand vor allem dadurch, dass zwar einzelne Krankheiten, wie etwa einige Epidemien ganz entscheidend reduziert oder sogar ausgerottet werden konnten, dass aber gleichzeitig vorwiegend bei den älteren Menschen die Krankheiten zunehmen, sodass man feststellen muss, dass es nicht gelungen ist, die ältere Menschen für eine längere Zeit von Jahren gesund zu erhalten. Dieses Faktum hängt teilweise damit zusammen, dass bestimmte Krankheiten wie Krebs, Parkinson aber auch Verschleißerscheinungen von der Natur der Krankheit her erst in späteren Lebensjahren vermehrt auftreten. Das bedeutet, dass früher viele Menschen von diesen Krankheiten nur deshalb verschont blieben, da sie gar nicht das Lebensalter erreicht haben, in dem diese Krankheiten vermehrt auftreten.

Es ist ganz sicher, dass der Wohlfahrt der Bevölkerung besser gedient wäre, wenn die Lebenserwartung vielleicht etwas langsamer wachsen würde, dafür aber der Zugewinn an älteren Jahren gleichzeitig Jahre wären, in denen die Menschen so gesund wären, dass sie die zusätzlichen Jahre auch genießen könnten.

Die überdurchschnittliche Krankenhäufigkeit im Alter bringt auch den Systemen der Sozialversicherung zusätzliche Probleme. Auf der einen Seite steigen die Krankheitskosten in dem Maße an, in dem der Durchschnitt der

Versicherten überdurchschnittlich krank ist, auf der anderen Seite kommt auch die Rentenversicherung in diesem Falle in größere Schwierigkeiten. Bei grundsätzlich gesunden Alten könnte man das Finanzierungsproblem der Rentenversicherung vor allem dadurch lösen, dass ein Teil des Gewinns an Jahren für eine längere Erwerbszeit und nur der restliche Teil für mehr Freizeit eingesetzt wird. Die Rentenversicherung würde auf diese Weise auf doppelte Weise entlastet. Auf der einen Seite würden die Erwerbstätigen längere Zeit Beiträge entrichten, auf der anderen Seite müssten weniger Renten an die jüngeren Alten, die nun noch in der Erwerbstätigkeit verharren, gezahlt werden.

Ein weiterer Bias lässt sich feststellen, wenn man einerseits auf den Erfolg der innovativen Maßnahmen achtet und andererseits die Beschwerden berücksichtigt, denen die betroffenen Patienten in Diagnose und Therapie teilweise ausgesetzt sind. In der Vergangenheit wurde offensichtlich bei der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden einseitig auf den Diagnoseerfolg bzw. auf den Heilungserfolg gesetzt. Man kümmerte sich sehr wenig darum, die Behandlung so angenehm wie möglich zu gestalten.

Wenn man bedenkt, dass sich gerade ältere gebrechliche Menschen mit akuten Beschwerden diesen Untersuchungen und Behandlungen unterziehen müssen, scheint es dringlich zu sein, dass die Forschung vermehrt gerade auf diese menschlichen Begleiterscheinungen ihr Augenmerk legt. Es gilt zu bedenken, dass solche Eingriffe in den menschlichen Körper aus Diagnosegründen oftmals im Nachhinein umsonst waren, nicht nur weil kein negativer Befund vorlag, sondern weil u.U. dieser Befund so negativ ist (Krebsgeschwüre mit Metastasen z.B.), dass operative Entfernungen der Krebsgeschwulst gar nicht mehr möglich oder anzuraten sind.

14. Krankenhausaufenthalt

Bekanntlich finden in Krankenhäusern und Kliniken - sieht man einmal von den Notfallabteilungen ab – während des Wochenendes keine maßgeblichen Untersuchungen oder Behandlungen statt. Insofern erfordert eine effiziente Krankenhausverwaltung, dass Patienten falls alle Untersuchungen und Behandlungen bereits abgeschlossen sind, auch noch rechtzeitig vor dem Wochenende entlassen werden und umgekehrt, dass Patienten nicht bereits vor dem Wochenende (Freitags nachmittags) eingeliefert werden.

Nun mag es natürlich im finanziellen Interesse eines Krankenhauses liegen, die Betten soweit wie möglich auch über das Wochenende zu belegen. Insofern besteht hier ein Interessenkonflikt zwischen der Versichertengemeinschaft und den Betreibern der Krankenhäuser. Mit etwas Phantasie ließe

sich jedoch dieser Interessenkonflikt lösen. So sehen die meisten Krankenhäuser geistliche Betreuung vor und besitzen kirchliche Räume. Man kann diesen Umstand dazu ausnutzen, über die Wochenende geistliche Veranstaltungen abzuhalten, wie etwa Exerzitien oder Kontaktseminare mit Kranken usw. zu veranstalten. Auf diese Weise wäre dem berechtigten Interesse der Krankenhausbetreiber an einer rentablen Organisation genauso entsprochen wie dem Interesse der Versichertengemeinschaft nach möglichst geringen Krankenhauskosten.

15. Positiv- versus Negativlisten

Kostensenkungen erhofft man sich weiterhin durch die Aufstellung einer Positivliste der Medikamente, die verschrieben werden dürfen. Man spricht von einem Wildwuchs von Medikamenten, wobei sehr viele unterschiedliche Medikamente denselben Wirkstoff besitzen und insofern vom medizinischen Standpunkt aus als gleichwertig angesehen werden. Mit Hilfe der Positiv-Listen will man diesen Wildwuchs bekämpfen und die Kosten hierdurch senken.

Es ist jedoch unklar, wie eine Reduzierung der Medikamentenanzahl kostensenkend wirken soll. Zunächst reduziert eine Positiv-Liste nur den Wettbewerb zwischen den Unternehmungen. Auf Dauer behindert eine Positiv-Liste auch die Innovation. Es dauert eine lange Zeit, bis ein Medikament ausreichend geprüft und von den Kontrollbehörden für den Markt zugelassen wird. Ist dieser Testprozess zu Ende, sollte dieses Medikament auch schnell für die Patienten zur Verfügung stehen. Dieser Prozess wird jedoch verzögert, wenn nur Medikamente verschrieben werden dürfen, die auf der Positiv-Liste aufgeführt werden. Denn es dauert immer eine längere Zeit, bis die Positiv-Listen überprüft werden und neue Medikamente in diese Liste aufgenommen werden.

Sinnvoll dagegen wäre es, wenn man Medikamente, die besonders teuer sind, bei denen aber andere billigere Medikamente mit dem gleichen Wirkstoff vorliegen, auf eine Negativ-Liste setzen würde; oder noch besser und einfacher ist die Bestimmung, dass die Ärzte immer nur das billigste Medikament von den Präparaten mit gleichem Wirkstoff verschreiben dürfen. Bevorzugt der Versicherte ein Medikament, das nicht das billigste ist, so sollte ihm der Preisunterschied in Rechnung gestellt werden.

16. Honorierungssysteme

Die Ärzte werden bei Privatversicherungsverträgen nach Einzelleistungen entsprechend der Gebührenordnungen ADGIO etc. bezahlt. Sie richten ihre Rechnungen unmittelbar an die Patienten, die ihrerseits die Rechnungen unmittelbar zahlen und dann die Rechnungen im Prinzip mit gewissen Ab-

strichen, je nach Tarif erstattet bekommen (= Prinzip der Kostenerstattung).

Bei der gesetzlichen Krankenversicherung stellen die Ärzte ihre Rechnungsforderungen wiederum nach Einzelleistungen entsprechend der Gebührenordnungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese zahlen lediglich einen Prozentsatz der Forderungen, wobei sich dieser Prozentsatz errechnet aus der Gesamthonorarsumme, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen ausgehandelt haben, bezogen auf die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingegangene Gesamtforderungssumme der Ärzte.

Ergeben also z.B. die Gesamtrechnungen der Ärzte die doppelte Summe der zur Verfügung stehenden Gesamthonorarsumme, so wäre der an die Ärzte ausgezahlte Prozentsatz 50% der angemeldeten Forderungen. Die Gesamthonorarsumme, welche die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen auszahlen, richtet sich einmal an der Zahl der versicherten Patienten, zum andern an einer Kopf-Pauschale aus, das in etwa dem Durchschnittsbetrag entspricht, das für einen Versicherten an Ärztehonorare anfällt.

Es gibt darüber hinaus Vorschläge, die Ärzte entweder nach der Zahl der behandelten Patienten oder aber nach der Zahl der behandelten Fälle (Krankheit pro Patient mal Patientenzahl) zu entlohnen. Dem marktwirtschaftlichen Prinzip entspricht sicherlich am ehesten die Entlohnung nach der Einzelleistung. Dass dieses Prinzip aber auch überfordert werden kann, zeigt der Umstand, dass die Privatkrankenkassen in den letzten Jahren sehr viel stärkere Beitragserhöhungen zu verzeichnen hatten als die gesetzlichen, ein Umstand, der nur so erklärt werden kann, dass in dem Maße, in dem die gesetzlichen Krankenkassen Kürzungen vornahmen, die Ärzte vermehrt Untersuchungen und Behandlungen bei den privaten Patienten durchgeführt haben.

Nun ist eine solche Vorgehensweise nur möglich bei monopolistischen Machtstrukturen. In dem Maße, in dem sich die oben vorgeschlagenen Pläne durchsetzen, dass letztlich die Patienten nach sachkundiger Beratung über Umfang der Untersuchungen und Behandlungen entscheiden, ist eine solche Verlagerung der Aktivitäten hin zu den Privatversicherten nicht mehr so leicht möglich. Es fände ein echter Wettbewerb zwischen den Ärzten statt und es käme mehr als heute nur noch zu solchen Behandlungen und Untersuchungen, die auch von den Patienten gewollt sind.

Es gibt Vorschläge, die Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschaffen und Ärzte unmittelbar bei den Krankenkassen als Vertragsärzte zu führen. Dies

würde den Wettbewerb unter den Ärzten verringern, da die Patienten jetzt nur noch zu den Vertragsärzten ihrer Versicherung gehen könnten, die Patienten würden die freie Wahl eines Arztes verlieren. Mit dem Wettbewerb würden auch die Leistungsanreize zurückgehen, ganz davon abgesehen, dass bei nicht freier Arztwahl der medizinische Erfolg in den Fällen zurückgehen könnte, in denen der Versicherte gezwungen würde, den Arzt seines Vertrauens aufzugeben.

17. Risiko-Ausgleich

In dem bisherigen System der gesetzlichen Krankenkassen waren die Risiken sehr unterschiedlich verteilt. Es gab Krankenkassen, die in Regionen angesiedelt waren, die überdurchschnittlich hohe Risiken aufwiesen. Dementsprechend war auch der Beitragssatz dieser Krankenkassen überdurchschnittlich hoch. Dies widerspricht natürlich der Idee des Risikoausgleiches zwischen Gesunden und Kranken. Gleichzeitig war man der Meinung, dass es für Krankenkassen mit „schlechten Risiken“ unzumutbar sei, mit den übrigen Krankenkassen in einen Wettbewerb einzutreten.

Aus diesen Tatsachen heraus entstand die Idee eines Risiko-Ausgleiches zwischen den Krankenkassen mit hohem und mit niedrigem Risiko. Die Folge war, dass die Krankenkassen mit hohem Erfolg und deshalb niedrigen Beitragssätzen einen Teil ihrer „Gewinne“ an die übrigen Krankenkassen mit Defiziten abzuführen haben. Diese Art von Risiko-Ausgleich behindert jedoch den Wettbewerb. Eine Kasse, die einen Teil ihres Erfolges wieder abführen muss an die Kassen, die nicht so erfolgreich gewirtschaftet haben, hat nur geringe Anreize, seine Erfolge zu vergrößern.

Auch packt dieser Risiko-Ausgleichsfond das Problem am falschen Ende an. Wir würden auch nicht von einer berechtigten Forderung sprechen, wenn ein Metzger in einer Siedlung mit vorwiegend Vegetariern sein Geschäft eröffnen würde und nun einen Ausgleich für seine fehlenden Verkäufe bei den Metzgern suchen würde, die in Gegenden mit Fleisch essenden Bewohnern ihre Verkaufsläden hätten und dementsprechend hohe Gewinne erzielen könnten. Man würde dem klagenden Metzger empfehlen, in solche Gegenden zu ziehen, in denen auch eine Nachfrage nach Fleischwaren bestehe.

Genauso verkehrt ist es natürlich, einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu fordern und die Struktur der bisher regionalen Monopolen beizubehalten. Jede Krankenkasse muss das Recht und die Möglichkeit haben, den Versichertenkreis so auszuwählen, dass im Hinblick auf die Risiken mit einem Ausgleich innerhalb der Versicherten gerechnet werden kann. Für eine AOK hieße dies z.B., dass sie auch die Möglichkeit erhalten

muss, neue Mitglieder in Nachbargemeinden anzuwerben. Im Zeitalter des Internet dürfte dies nicht zu schwierig sein.

Wir hatten oben schon davon gesprochen, dass eine Versicherungslösung nur dann einer individuellen Vorsorge überlegen ist, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: Jede Versicherungsgemeinschaft muss eine Mindestgröße aufweisen und die Mitglieder müssen quasi zufallsbedingt ausgewählt sein. Nur in diesen beiden Fällen kann die Versicherung ihrer eigentlichen Aufgabe nach kommen, nämlich einen Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken herbeizuführen. Dieses Prinzip ist bei den bisherigen gesetzlichen Versicherungen sehr oft verletzt, sodass man die regionale Struktur der Kassen ändern und jede Form von regionalem Monopol aufheben muss.

18. Sachleistungsprinzip versus Kostenerstattung

In der Privatversicherung gilt das Prinzip der Kostenerstattung. Der Arzt rechnet mit dem Patienten ab, der Versicherte reicht die Rechnung an die Privatkrankenkasse und erhält die Kosten erstattet. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Sachleistungsprinzip. Die Ärzte werden direkt von den Kassenärztlichen Vereinigungen, indirekt jedoch von den Krankenkassen bezahlt. Die Krankenkasse ist für eine ausreichende ärztliche Versorgung verantwortlich.

Es wird in der Öffentlichkeit vorgeschlagen, dass auch in der gesetzlichen Krankenversicherung das Kostenerstattungsprinzip eingeführt wird. Schon der Umstand, dass der Versicherte die Höhe der anfallenden Kosten erfährt, wirke auf den Versicherten dahin, die Kasse nur bei Bedarf in Anspruch zu nehmen. Es muss bezweifelt werden, ob die Kostenerstattung tatsächlich ein effizientes Mittel darstellt. Ganz davon abgesehen, dass ein Großteil der Versicherten gar nicht in der Lage wäre, die Rechnungen aus ihrem Einkommen zu bezahlen, also die Kosten vorzustrecken, muss man berücksichtigen, dass gerade die Kranken, die ohnehin in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind, mit dem Ausfüllen von Formularen stark belastet würden. Eine direkte Abrechnung mit den Kassen (Kassenärztlichen Vereinigungen) ist sicher sehr viel effizienter.

Der erzieherische Wert, der darin gesehen wird, dass der Versicherte bei Kostenerstattung von der Höhe der verursachten Kosten erfährt, lässt sich auch auf andere Weise erzielen, so z.B. dann, wenn - wie oben vorgeschlagen - der Arzt den Patienten über die Möglichkeiten der Untersuchung und Behandlung berät, wobei in diesen Gesprächen auch die jeweils anfallenden Kosten erwähnt werden sollten.

19. Heranziehung von Nichtlohneinkommen

Die Regierungsparteien der Rot-Grünen-Koalition planten weiterhin, eine Bürgerversicherung vorzusehen und zur Finanzierung dieser Versicherung nicht nur die Lohnneinkommen, sondern auch Einkommen aus sonstigen Einkommen heranzuziehen. Ich hatte bereits darauf hingewiesen, dass eine solche Maßnahme wohl kaum Erfolg zeigen wird, da auf der einen Seite den Mehreinnahmen auch Mehrausgaben entsprechen, auf der anderen Seite dürfte der Missbrauch erneut zunehmen, da diejenigen, die bisher bei privaten Versicherungen versichert waren, ein weitaus besseres Beitrags-Leistungsverhältnis erzielten und ihre Enttäuschung dadurch wettzumachen versuchen werden, um für ihre Beitragszahlungen ein Maximum an Leistungen zu erreichen.

Es ist dies ein weiterer Versuch, Umverteilungsziele über Eingriffe in den Markt durchzuführen. Wie oben bereits gezeigt, ist jedoch ein solcher Versuch aus mehreren Gründen unerwünscht. Eine effiziente Erstellung der Dienstleistungen ist auf diesem Wege nicht möglich, da Überwälzungsprozesse überall dort stattfinden, wo in den Marktprozess unmittelbar eingegriffen wird, es wird die Umverteilungsabsicht nicht erreicht, gleichzeitig treten zusätzliche unerwünschte Veränderungen in der Einkommensverteilung auf. Nochmals sei darauf hingewiesen, dass berechnete Umverteilungsziele sehr viel effizienter und gerechter zentral über das allgemeine Steuersystem verfolgt werden können und deshalb auch sollten.

20. Zur Problematik eines Gesundheitsfonds

Zu den Kernstücken der Krankenversicherungsreform der Großen Koalition zählt die Einführung eines vom Staat verwalteten Gesundheitsfonds. In diesen Fonds sollen einerseits die Beitragseinnahmen der Arbeitnehmer sowie der Arbeitgeber andererseits Steuerzuschüsse von Seiten des Staates eingezahlt werden. Die Krankenkassen sollen hierbei die Sozialversicherungsbeiträge zunächst einziehen und an die neue Zentralbehörde übertragen. Die bisher unterschiedlichen Beitragssätze der Krankenkassen werden durch einen einheitlichen Beitragssatz abgelöst, der durch das Bundesgesundheitsministerium festgelegt wird, wobei der Arbeitgeberanteil auf seinem bisherigen Niveau eingefroren werden soll. Krankenkassen, die mit den ihnen aus dem Gesundheitsfonds zugeteilten Mitteln nicht auskommen, können zusätzliche Beiträge (bis 8 € pro Monat ohne Einkommensprüfung, bei höheren Pauschalsätzen beschränkt auf 1% des Einkommens) von ihren Mitgliedern erheben.

Die Einzahlungen aus Steuermitteln dienen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (wie z.B. Beiträgen für Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Bedarf von rund 16 Mrd. €), sollen allerdings erst ab 2008 mit 1,5 Mrd. € und 2009 mit 3 Mrd. € beginnen. Nach Kriterien der Morbidität sollen dann diese Einnahmen des Gesundheitsfonds den Krankenkassen zur Finanzierung ihrer Ausgaben zugeteilt werden, wobei die Höhe der Zuteilungen so zu wählen ist, dass 90% der erwarteten Erkrankungen durch die Fixierung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches abgedeckt sind. Der Gesundheitsfond tritt somit offensichtlich an die Stelle des bisherigen Risiko-Strukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.

Umstritten bleibt die Frage, ob und in welcher Weise auch die Privatkrankeasse zur Finanzierung des Gesundheitsfonds herangezogen werden sollen und inwieweit bei der Berechnung der Beitragspflichten auch andere Einkommen als Lohnneinkommen herangezogen werden sollen. Nach den bisherigen Beschlüssen der Großen Koalition sollen zunächst die Privatversicherungen unberücksichtigt bleiben.

Obwohl der Gesundheitsfonds auf große Ablehnung in der Öffentlichkeit stößt, wird seine Einführung damit verteidigt, dass auf diese Weise einerseits die Einnahmen nach sozialen Gesichtspunkten verteilt werden können, andererseits ein Wettbewerb der einzelnen Kassen stattfindet.

Vollkommen unverständlich bleibt, wie der Gesundheitsfonds den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stärken soll. Genauso wie auch schon der bisherige Risiko Strukturausgleich den Wettbewerb behindert hat, wird dies in verstärktem Maße auch für den Gesundheitsfonds gelten. Eine Stärkung des Wettbewerbes zwischen den Kassen wird von Seiten der Wissenschaft gefordert, um den Krankenkassen einen Anreiz zu geben, das Beitrags-Leistungsverhältnis zu verbessern; diese Anreize erlöschen jedoch, wenn die Zuteilung der Geldmittel von einer bürokratischen Behörde und nach politischen Kriterien vorgenommen wird; eine Krankenkasse verbessert in diesem Falle ihre Chancen auf Zuteilungen nicht mehr dadurch, dass sie sich um kostensenkende Maßnahmen bemüht, ganz im Gegenteil dürften solche Anstrengungen in der Regel dazuführen, dass diese Krankenkassen wegen geringeren Bedarfs auch weniger Zuteilungen erhalten.
