

Merten, Iris; Pallentien, Oliver

**Article — Digitized Version**

## Auf dem Weg zu einer effizienteren Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Merten, Iris; Pallentien, Oliver (1997) : Auf dem Weg zu einer effizienteren Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 77, Iss. 3, pp. 141-147

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/137449>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Iris Merten, Oliver Pallentien

## Auf dem Weg zu einer effizienteren Krankenversicherung

*Die immer wieder auftretenden Finanzprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden in der Vergangenheit vor allem durch eine Kostendämpfungspolitik nur kurzfristig bewältigt. Mit den erforderlichen grundlegenden Reformen der Krankenversicherung hat sich auch der Sachverständigenrat in seinem letzten Jahresgutachten eingehend befaßt. Von welchen Leitlinien sollte die Reform ausgehen? Wie sollte eine effizientere Krankenversicherung ausgestaltet sein?*

In der Gesetzlichen Krankenversicherung sind gut 90% der Bevölkerung abgesichert, ihre Ausgestaltung hat daher besondere Bedeutung für die Funktionsweise des gesamten Gesundheitswesens in Deutschland. Die seit zwei Jahrzehnten immer wieder auftretenden Finanzierungsprobleme und die hohen Defizite der letzten beiden Jahre haben gezeigt, daß grundlegende Reformen in diesem Bereich dringend erforderlich sind. Diese Finanzierungsprobleme sind in beträchtlichem Maße auf systemimmanente Steuerungsmängel zurückzuführen. Die zahlreichen Kostendämpfungsprogramme in den vergangenen zwanzig Jahren konnten daher nicht mehr als vorübergehende finanzielle Entlastungen bewirken. Demgegenüber eröffnete das Gesundheits-Strukturgesetz aus dem Jahre 1992 mit der Orientierung am Wettbewerbsgedanken einen Weg, die Steuerungsmechanismen zu verändern. Nur bei konsequenter Umsetzung und Weiterentwicklung dieser Grundidee besteht eine Chance, die finanzielle Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf längere Sicht zu verbessern.

Auf der Ausgabenseite ist jede Krankenversicherung mit kostensteigernden Faktoren durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die Personalintensität des Gesundheitssektors konfrontiert<sup>1</sup>. Darüber

hinaus wirkt auch die demographische Entwicklung auf die Ausgaben; in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die nach dem Umlageverfahren arbeitet, kommt dieser Problematik besondere Bedeutung zu. Die Tatsache steigender Ausgaben für Gesundheitsleistungen ist an sich nicht bedenklich, solange sich darin die Präferenzen der Bürger widerspiegeln, also ihre Bereitschaft, einen höheren Teil des Einkommens für die Absicherung des Krankheitsrisikos und für die Versorgung im Krankheitsfall zu verwenden. Die Forderung nach Beitragssatzstabilität, wie sie seit dem Jahre 1989 als Zielsetzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgegeben ist, und eine darauf zielende Kosteneindämmung erscheinen vor diesem Hintergrund nicht gerechtfertigt<sup>2</sup>. Das gleiche gilt für Überlegungen, der Anteil der Gesundheitsleistungen am Bruttoinlandsprodukt dürfe nicht ansteigen<sup>3</sup>. In dem Maße jedoch, in dem steigende Ausgaben nicht auf eine gestiegene Wertschätzung zurückzuführen sind, sondern durch Ineffizienzen auf der Angebotsseite, und falsch gesetzte Anreize auf der Nachfrageseite entstehen, wird den Bürgern ein unnötig teures Gesundheitswesen zugemutet. Anreiztheoretische Überlegungen und Reformvorschläge, insbesondere die des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, deuten darauf hin, daß

---

*Iris Merten, 30, Dipl.-Volkswirtin, und Oliver Pallentien, 28, Dipl.-Volkswirt, sind wissenschaftliche Mitarbeiter im Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die Autoren bringen ihre persönliche Meinung zum Ausdruck.*

<sup>1</sup> Vgl. zum Gesundheitswesen als Zukunftsbranche Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1996, insbesondere Ziffern 297 ff.

<sup>2</sup> Vgl. D. Cassel: Mehr Wettbewerb wagen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 76. Jg. (1996), H. 2, S. 69 f.

<sup>3</sup> Vgl. F. Breyer, P. Zweifel: Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 1997, S. 8 ff.

es im deutschen Gesundheitswesen beträchtliche Wirtschaftlichkeitsreserven gibt<sup>4</sup>.

Auf der Einnahmenseite ist die Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Kopplung der Versicherungspflicht an den Arbeitsvertrag abhängig von der Arbeitsmarktlage. Die Verknüpfung von Arbeitsentgelt und Versicherungspflicht erscheint dabei grundsätzlich sachfremd, da das Risiko, Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, nicht von der Erzielung und der Höhe eines Arbeitseinkommens abhängt. Steigende Arbeitslosigkeit und Veränderungen im Erwerbsverhalten verringern die Einnahmen der Krankenkassen aus Beitragszahlungen.

Damit die Absicherung für den Krankheitsfall für alle Bürger zu einem möglichst günstigen Tarif gewährleistet werden kann, muß es aus ordnungspolitischer Sicht das Ziel sein, die Rahmenbedingungen für eine möglichst effiziente Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zu schaffen. Reformmaßnahmen auf der Ausgabenseite ebenso wie auf der Einnahmenseite müssen daher in erster Linie darauf gerichtet sein, verborgene Effizienzpotentiale freizusetzen, um das System leistungsfähig und finanzierbar zu erhalten, um eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung und die Absicherung für Notlagen für die gesamte Bevölkerung auch zukünftig zu gewährleisten<sup>5</sup>. Die finanziellen Lasten gilt es dabei sachgerecht zu verteilen. Aus diesem Grunde können sich Reformüberlegungen nicht allein auf die Gesetzliche Krankenversicherung beschränken, sondern müssen auf das Steuer- und Transfersystem ausgedehnt und mit den Regelungen in den anderen Zweigen der Sozialversicherung koordiniert werden<sup>6</sup>.

### Ordnungspolitische Herausforderung

Um Ansatzpunkte für konsistente Reformen herauszuarbeiten, ist es hilfreich, die Ziele und Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Blick zu nehmen<sup>7</sup>. Die Gesetzliche Krankenversicherung verfolgt nicht allein gesundheitspolitische, sondern auch sozialpolitische Ziele. Die Wahrnehmung einer gesundheitspolitischen Aufgabe in Form einer Pflicht-

versicherung für die Bevölkerung kann im Rahmen der Staatstätigkeit durchaus begründet werden<sup>8</sup>. Auch die Vorgabe eines Kontrahierungszwangs und Diskriminierungsverbots für die Pflichtversicherung lassen sich aus theoretischer Sicht zur Gewährung eines Krankheitslastenausgleichs rechtfertigen<sup>9</sup>. Jeder weitergehende direkte Eingriff ist zur Erfüllung der gesundheitspolitischen Aufgabe nicht zwingend und birgt die Gefahr, Angebot und Nachfrage zu verzerren oder das System auf andere Weise indirekt zu belasten.

Die angestrebten sozialpolitischen Ziele in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind vielfältiger Natur und zeigen sich in eingebauten Umverteilungselementen. Neben dem unmittelbaren Krankheitslastenausgleich vollzieht sich eine Umverteilung beispielsweise von Beziehern mit höheren Einkommen zu Beziehern mit niedrigeren Einkommen (Einkommensbelastungsausgleich) und von Einzelpersonen ohne Familie zu Versicherten mit beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen (Familienlastenausgleich). Umverteilungselemente können mit dem Solidarprinzip begründet werden. Es gehört zu den Zielsetzungen eines Sozialstaates, dem einzelnen in bestimmten Bereichen und für besondere Lebenslagen eine Absicherung zu bieten. Vor diesem Hintergrund ist es jedoch inkonsistent und kann zu nicht gewünschten Belastungen und Begünstigungen führen, wenn Umverteilungsziele in beträchtlichem Umfang allein innerhalb der Versichertengemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden sollen. Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsziele können mit größerer sozialer Treffsicherheit über das Steuer- und Transfersystem und damit über die gesamte Bevölkerung hinweg erreicht werden.

In welchem Umfang Gesundheitsleistungen solidarisch finanziert werden sollen, wird letztlich von der Gesellschaft entschieden werden. Jedoch ist es Aufgabe des Staates, bei der Gestaltung eines Ordnungsrahmens zu berücksichtigen, daß eine Abweichung vom Äquivalenzprinzip und eine in weiten Teilen solidarische Finanzierung die Anreize zur Bereitstellung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verändert<sup>10</sup>. Es ist daher wichtig, daß der institutionelle Rahmen angemessene Instrumente bietet, damit ein Bewußtsein für Eigenverantwortung be-

<sup>4</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht 1994, Kapitel 8 und 9; Sondergutachten 1995, Kapitel 3 und 4; Sondergutachten 1996, Kapitel 5.

<sup>5</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1996, Ziffer 227; Sondergutachten 1995, Ziffern 52 f.

<sup>6</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Reformen voranbringen, Jahresgutachten 1996/97, Ziffern 376 bis 472; vgl. M. Hüther, M. Premer: Zwischen individueller und solidarischer Absicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 77. Jg. (1997), H. 2, S. 117 ff.

<sup>7</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Ziffern 427 ff.

<sup>8</sup> Vgl. H.-G. Petersen: Sozialökonomik, Köln 1989, S. 54 ff. und S. 86 ff.

<sup>9</sup> Vgl. F. Breyer, P. Zweifel, a.a.O., S. 163 ff.

<sup>10</sup> Vgl. H.-G. Petersen, a.a.O., S. 96.

steht und sich sowohl Angebot als auch Nachfrage nicht losgelöst von den Kosten entwickeln können.

### Marktversagen

Die Schaffung eines angemessenen ordnungspolitischen Rahmens im Bereich des Gesundheitswesens ist eine komplexe Aufgabe, da sowohl der Markt für Gesundheitsleistungen als auch der Markt für die Absicherung des Krankheitsrisikos (Versicherungsmarkt) durch Funktionsstörungen gekennzeichnet sind<sup>11</sup>. So prägt Informationsasymmetrie das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, zwischen Versicherungsunternehmen und Arzt sowie zwischen Versicherungsnehmer (potentieller Patient) und Versicherungsunternehmen. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist durch einen Informationsvorsprung des Arztes gekennzeichnet, da der Patient in der Regel nicht das nötige Wissen hat, um die Leistungen des Arztes kritisch beurteilen zu können. Der Arzt ist daher weitgehend Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen in einer Person. Hierdurch wird ein wichtiges Kontrollinstrument, das in funktionsfähigen Märkten von der Nachfrageseite her auf eine effiziente Ressourcenallokation hinwirkt, außer Kraft gesetzt.

Ähnlich stellt sich die Beziehung zwischen dem die Gesundheitsleistungen bezahlenden Versicherungsunternehmen und den Anbietern von Leistungen dar. Der Versicherer ist gegenüber dem Versicherten in einem Informationsrückstand bezüglich des Gesundheitszustands des zu Versichernden und bezüglich dessen Neigung, sich bei der Nachfrage von Gesundheitsleistungen kostenbewußt zu verhalten. Für den Versicherungsnehmer ist es nicht leicht, sich über die von den Versicherern angebotenen relativen Preis-Leistungsverhältnisse ein fundiertes Bild zu verschaffen; er kann keine vollständige Kenntnis der internen Kalkulation der Versicherungsunternehmen erhalten.

Einige dieser Funktionsstörungen sind über eine entsprechende Ausgestaltung bilateraler Verträge zumindest teilweise zu beheben. So gibt eine ärztliche Untersuchung bei Vertragsabschluß dem Versicherer die Möglichkeit, sich ein Bild vom Gesundheitszustand des zu Versichernden und damit von zu erwartenden

tenden Ausgaben zu verschaffen. Versicherungsunternehmen können den Versicherten durch Selbstbehalte und Eigenbeteiligungen Anreize für eine kostenbewußte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bieten. Auf diese Weise besteht eine Chance, daß die kostenbewußtere Nachfrage der Versicherten auf den Markt für Gesundheitsleistungen durchwirkt, den Wettbewerb zwischen den Anbietern erhöht und damit zu einem insgesamt kostengünstigeren Angebot führt. Auch für Versicherer erscheint es denkbar, daß sie sich stärker direkt in der Qualitätskontrolle und der Quantitätskontrolle der Leistungserbringung engagieren. Der Versicherungsnehmer kann sich Informationen über Versicherungsunternehmen und ihre Angebote bei entsprechend spezialisierten Dienstleistern beschaffen.

Es sollte keine Illusion darüber bestehen, daß der Markt für Gesundheitsleistungen und der Markt zur Absicherung des Krankheitsrisikos nicht eine Reihe von Besonderheiten aufweisen. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, daß es keine Ansatzpunkte gibt, das Gesundheitswesen mit dem Ziel der Freisetzung von Wirtschaftlichkeitsreserven der Marktsteuerung näher zu bringen. Dies bedeutet, daß die Marktkräfte gestärkt werden und daß zwangsläufig das Ausmaß staatlichen Eingriffs zurückgeführt und auf das Notwendige beschränkt wird. Erforderlich sind eine Überprüfung der Regulierungsintensität im Gesundheitswesen und die Bereitschaft des Gesetzgebers zu grundlegenden Veränderungen<sup>12</sup>.

### Leitlinien einer Reform

Eine tragfähige Reform in der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte sich an den folgenden Leitlinien orientieren<sup>13</sup>:

- In allen Teilbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung sollten so weit wie möglich Bedingungen für einen Leistungswettbewerb hergestellt werden.
- Die Eigenverantwortung der Bürger beim Krankenversicherungsschutz sollte gestärkt werden.
- Solange einkommensabhängige Beiträge erhoben werden, sollten die Arbeitnehmer den vollen Beitrag entrichten, bei entsprechender einmaliger Anhebung des Bruttolohns.
- Im bestehenden System der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte das Äquivalenzprinzip gestärkt werden.
- Der Familienlastenausgleich müßte teilweise oder ganz in das allgemeine Steuer- und Transfersystem verlagert werden.

<sup>11</sup> Vgl. F. Breyer, P. Zweifel, a.a.O., S. 153 ff. und S. 160 ff.

<sup>12</sup> Vgl. D. Cassel, E. Knappe, P. Oberender: Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 77. Jg. (1997), H. 1, S. 29 ff., vgl. auch die dort abgedruckte Stellungnahme von 20 Gesundheitsökonomern mit dem Titel: Geben Sie Handlungsfreiheit im Gesundheitswesen, Herr Minister Seehofer!, S. 31.

<sup>13</sup> In Anlehnung an: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Ziffern 431 f.

Diese Leitlinien sind unmittelbar im bestehenden System der Gesetzlichen Krankenversicherung umsetzbar. Eine weitergehende Reform besteht in einer konsequenten Hinwendung zum Äquivalenzprinzip in der Krankenversicherung. Dies würde die Versicherungspflicht für jeden einzelnen bedeuten. Die zu entrichtenden Beiträge wären einkommensunabhängig und nur von den individuellen Krankheitsrisiken der Versicherten abhängig. Ein Lastenausgleich würde über das Steuer- und Transfersystem geleistet werden.

### Bisherige Strukturreformen

Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz von 1992 wurden erste Schritte für tiefgreifende Reformen im bestehenden System unternommen. Das Ziel des Gesetzes war unter anderem eine Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>14</sup>. Diese bestand vor allem aus der Einführung der freien Kassenwahl für den Großteil der Pflichtversicherten (mit Ausnahme der Sondersysteme), aus der Einführung eines bundesweiten, kassenartenübergreifenden und permanent angelegten Risikostrukturausgleichs, aus einer Änderung der Selbstverwaltung der Krankenkassen hin zu unternehmerischen Organisationsformen sowie aus der Neuregelung des Zusammenschlusses und des Marktein- und Marktaustritts von Krankenkassen.

Durch die Freigabe der Kassenwahl entstand eine neue Konkurrenzsituation unter den Krankenkassen. Die allgemeinen Ortskrankenkassen befinden sich seitdem mit den Ersatzkassen, die die Aufnahme eines Versicherten nicht mehr von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe abhängig machen dürfen, und den Betriebs- und Innungskrankenkassen, soweit diese sich öffnen, in direktem Wettbewerb um die Versicherten<sup>15</sup>.

Auf die Herstellung gleicher Ausgangsbedingungen bei der Freigabe der Kassenwahl zielte die Einführung des Risikostrukturausgleichs. Durch die eingeschränkten Wahlmöglichkeiten in der Vergangenheit waren je nach Kassenart Versichertenstrukturen ent-

standen, die sich hinsichtlich der Morbiditätsrisiken, der Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und der beitragspflichtigen Einkommen stark unterschieden. Dementsprechend differierten die Beitragssätze je nach Kassenart beträchtlich. Der Risikostrukturausgleich zielt darauf, durch Ausgleichszahlungen die jeweilige historisch bedingte Risikobelastung der einzelnen Krankenkasse in eine durchschnittliche Risikobelastung zu transformieren<sup>16</sup>. Berücksichtigt werden als Risikofaktoren neben Indikatoren für das allgemeine Morbiditätsrisiko (Alter, Geschlecht, Invalidität) auch die zu tragende solidarische Belastung (Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen) und die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder. Krankenkassen mit einer nach diesen Kriterien ungünstigen Versichertenstruktur erhalten Transfers, solche mit einer eher günstigen Struktur müssen Zahlungen leisten<sup>17</sup>.

Käme es zu einer Aufnahme weiterer Ausgleichstatbestände (wie Regionalfaktoren für Ballungsräume oder zusätzlicher Morbiditätsfaktoren), würde der Risikostrukturausgleich den Charakter eines Finanzausgleichs annehmen<sup>18</sup>. Die Folge wäre letztendlich eine Nivellierung der Beitragssätze, wodurch Anreize zu wirtschaftlichem Handeln gemindert würden; der intendierte, auf eine Steigerung der Effizienz hinwirkende Leistungswettbewerb käme nicht zustande. Der Risikostrukturausgleich sollte daher nicht weiter ausdifferenziert werden<sup>19</sup>.

Die bisherigen strukturellen Reformmaßnahmen reichen jedoch nicht aus, um die Steuerungsmechanismen in der Gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend zu verändern. Die Krankenkassen müssen dazu in die Lage versetzt werden, daß sie das Angebot an Versicherungsleistungen weiter ausdifferenzieren und auch stärker auf die Leistungserbringung einwirken können. Ansonsten bestehen die Wettbewerbsspielräume für die Krankenkassen nur im

<sup>14</sup> Vgl. D. Cassel: Organisationsreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, H. 2, (1993), S. 103 ff.

<sup>15</sup> Zur Beschreibung des alten Zuweisungssystems und der bestehenden Wahlmöglichkeiten siehe O. Schöffski, E. Galas, J.-M. Graf v. d. Schulenburg: Der Wettbewerb innerhalb der GKV unter besonderer Berücksichtigung der Kassenwahlfreiheit, in: Sozialer Fortschritt, H. 12, (1996), S. 293 ff.

<sup>16</sup> Zur Ausgestaltung und Wirkungsweise des Risikostrukturausgleichs siehe D. Schneider: Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1994.

<sup>17</sup> Dadurch, daß schlechte Risiken zu Ausgleichszahlungen führen und die Krankenkassen dann indirekt höhere Einnahmen erhalten, besteht hier eine Annäherung an das Äquivalenzprinzip. Allerdings findet dadurch, daß beitragsfrei Mitversicherte sowie die Einkommenshöhe in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch als Risikofaktoren aufgefaßt werden, eine weitdefinierte Interpretation von (Risiko-) Äquivalenz Anwendung; vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Ziffer 434.

<sup>18</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1995, Ziffer 361.

<sup>19</sup> Der Sachverständigenrat schlägt vor, die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs in gewissen Zeitabständen von unabhängigen Experten überprüfen zu lassen. Dann könnte darüber entschieden werden, ob bestimmte Regelungen beibehalten oder zurückgeführt werden sollten oder abgeschafft werden könnten; vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Ziffer 434.

Service-, Marketing- und Randsortimentsbereich<sup>20</sup>. Das den Versicherten zugestandene Wahlrecht kann nur dann Steuerungswirkungen entfalten, wenn der einzelne unter mehreren Angeboten einen Versicherungsschutz wählen kann, der hinsichtlich Preis und Umfang seinen Präferenzen entspricht. Damit ein wirklicher Leistungswettbewerb zwischen den Krankenkassen stattfinden kann, müssen sie den Spielraum erhalten, strategische Wettbewerbsinstrumente entwickeln zu können<sup>21</sup>.

### Reformen auf der Absatzseite

Auf dem Versicherungsmarkt müssen die Krankenkassen den angebotenen Versicherungsschutz und den Beitragssatz – den zentralen Wettbewerbsparameter auf der Absatzseite – flexibler gestalten können:

Vorstellbar ist eine Trennung der angebotenen Gesundheitsleistungen in Grundleistungen, die die medizinisch notwendige Versorgung sicherstellen und zu deren Erbringung jede Krankenkasse verpflichtet wäre, und in Zusatzleistungen, über deren Angebot jede Krankenkasse frei entscheiden könnte. Die Art und der Umfang der Grundleistungen wäre vom Gesetzgeber in einem entsprechenden Katalog festzulegen. Dabei ist nicht zu verkennen, daß die Auswahl der Grundleistungen eine schwierige Aufgabe ist<sup>22</sup>. Objektive Kriterien, die in allen Fällen gelten, lassen sich kaum bestimmen, letztlich sind Werturteile und Ermessensspielräume nicht zu vermeiden und für eine flexible und sachgerechte Versorgung auch durchaus erforderlich. Auf jeden Fall müßte es aber darum gehen, Leistungen aus der solidarischen Finanzierung über die Krankenkasse herauszunehmen, die einen konsumnahen Charakter haben. Diese wären in Wahlleistungen zu überführen.

Die Leistungen nach einem Grundsicherungskatalog könnten weiterhin in einem Umlageverfahren mit einkommensbezogenen Beitragssätzen finanziert werden, wobei es grundsätzlich wünschenswert wäre, strengere Anforderungen an die Tatbestände des Familienlastenausgleichs zu stellen. Die Beitragssatzge-

staltung bezüglich der Grundleistungen sollte den Krankenkassen überlassen werden. Für die Finanzierung der von den Krankenkassen angebotenen Zusatzleistungen hätten die Krankenkassen Beiträge zu erheben, die nach dem Prinzip der Risikoäquivalenz für jedes einzelne Familienmitglied zu kalkulieren wären. Auf dem Markt für Zusatzleistungen würden die gesetzlichen und privaten Krankenkassen in direkte Konkurrenz zueinander treten. Dabei müßte jedoch sichergestellt sein, daß die gesetzlichen Krankenkassen Einnahmen aus der umlagefinanzierten Grundabsicherung nicht dazu benutzen können, die Beiträge für die Zusatzleistungen durch Zuschüsse gering zu halten. Zum Schutz der Versicherten ist bei der Beitragssatzgestaltung eine effektive Versicherungsaufsicht gefordert.

Durch die Einführung von freiwilligen Selbstbeteiligungen könnte einerseits der Spielraum der Krankenkassen in der Beitragssatzgestaltung erhöht werden, andererseits würden die Versicherten bei Bestehen einer maßgeblichen (und spürbaren) Selbstbeteiligung zu einer kostenbewußteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen veranlaßt. Für den Risikostrukturausgleich würde die Einführung solcher Instrumente im Rahmen der Grundabsicherung neue Anforderungen an die Berechnung der Transfers stellen.

### Effizientere Leistungserbringung

Auf dem Markt für Gesundheitsleistungen, auf der Beschaffungsseite, müssen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Handlungsparameter zu entwickeln, damit bei der Leistungserbringung Effizienzreserven genutzt und Einsparpotentiale erschlossen werden.

Die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern im Rahmen der Vertragsgestaltung müssen liberalisiert und an Wettbewerbsbedingungen angepaßt werden. Die einzelnen Krankenkassen sollten die vollständige Vertragsfreiheit gegenüber den Leistungserbringern erhalten; sie sollten über die Art und die Qualität der zu erbringenden Gesundheitsleistungen wie auch über die Vergütungsformen verhandeln können. Letztlich könnten Krankenkassen auch Ärzte und Zahnärzte direkt unter Vertrag nehmen. Im stationären Bereich wären dann Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenhäusern denkbar. Bei einem Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung wäre es möglich, daß mittelfristig Krankenhäuser von den Krankenkassen in eigener Regie betrieben würden. Die Flexibilisierung der Vertragsgestaltung würde es den Krankenkassen dar-

<sup>20</sup> Vgl. D. Cassel: Mehr Wettbewerb wagen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 76. Jg. (1996), H. 2, S. 70.

<sup>21</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Ziffern 436 f.

<sup>22</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht 1994, Kapitel 6; Sondergutachten 1995, Ziffern 106 ff.

<sup>23</sup> Vgl. K.-D. Henke: Die Stärkung des Wettbewerbs ist eine sinnvolle Option, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 76. Jg. (1996), H. 9, S. 449.

<sup>24</sup> Bei allen Vorschlägen, die Zahl der Arbeitgeber zu verändern, sind Detailprobleme zu klären, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

über hinaus erlauben, in größerem Umfang als bisher alternative Steuerungsinstrumente und Versorgungsformen zu testen<sup>23</sup>.

□ Die Krankenkassen müßten sich um eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Patienten bemühen, um auf diese Weise auf eine wirksame Kontrolle der Leistungserbringer hinsichtlich der notwendigen Quantität, der Qualität und des Preis-Leistungsverhältnisses hinzuwirken. Ein Schritt in diese Richtung wäre ein Abgehen vom Sachleistungsprinzip und statt dessen die Einführung des Kostenerstattungsprinzips für alle Pflichtversicherten.

Die dargelegten Reformmaßnahmen auf dem Versicherungsmarkt und dem Markt für Gesundheitsleistungen können die Bedingungen für einen Leistungswettbewerb verbessern. Damit könnten Effizienzreserven erschlossen werden, und die Chancen würden sich erhöhen, daß es zu positiven Rückwirkungen auf die Ausgabenhöhe kommt.

Damit die tatsächliche Beitragsbelastung für die Versicherten transparenter wird, sich die Fühlbarkeit von Beitragssatzsteigerungen erhöht und die Anreize steigen, gegebenenfalls in eine Krankenkasse mit niedrigeren Beitragssätzen zu wechseln, ist es von zentraler Bedeutung, daß die Versicherten (Arbeitnehmer) die vollen Beiträge entrichten. Im Gegenzug wären die Bruttolöhne und -gehälter anzuheben. Die Lohnnebenkosten wären auf diese Weise von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der Entwicklung der Beitragssätze entkoppelt. In die gleiche Richtung zielen Vorschläge, den Arbeitgeberanteil festzuschreiben oder für diesen eine Obergrenze einzurichten<sup>24</sup>. Zu berücksichtigen ist bei allen Überlegungen, daß die Arbeitnehmer auch bei der heutigen Regelung, bei der sie nur die hälftige Zahllast trifft, die volle Traglast übernehmen müssen.

Darüber hinaus sind im System der Gesetzlichen Krankenversicherung noch weitere Maßnahmen vorstellbar, um es stärker auf die Aufgabe der Prävention und der Absicherung im Krankheitsfall zu konzentrie-

ren. So ist darüber nachzudenken, in welchem Maße an die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen strengere Maßstäbe angelegt werden können. Beispielsweise erscheint es durchaus begründet, die beitragsfreie Mitversicherung auf Kinder zu beschränken sowie sie nichterwerbstätigen Ehepartnern nur für einen Zeitraum zu gewähren, in dem diese Kinder erziehen oder Familienangehörige pflegen.

### Weitergehende Reformen

Ein weitergehendes Reformmodell, das mit einer Stärkung der Äquivalenz und einer Erreichung von Umverteilungszielen allein über das Steuer- und Transfersystem in Einklang steht, beinhaltet einen Übergang zu einer privaten Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung; dabei sind die folgenden Grundsätze zu berücksichtigen<sup>25</sup>:

□ Der Beitrag zur Krankenversicherung würde für alle Personen nach versicherungsmathematischen Prinzipien risikoäquivalent ermittelt. Damit wäre die Absicherung des Krankheitsrisikos vom Arbeitsvertrag gelöst, und für jedes einzelne Familienmitglied würde ein entsprechender Beitrag gezahlt.

□ Für alle Personen würde eine gesetzliche Mindestversicherungspflicht eingeführt. Die Beiträge würden vom Staat bei nachgewiesener Bedürftigkeit bezuschußt. Durch eine angemessene Erhöhung des Kindergeldes blieben die Versicherungsbeiträge für Kinder im Rahmen des Steuersystems ein Tatbestand des Familienlastenausgleichs.

□ Für alle Versicherungsunternehmen müßte hinsichtlich der Mindestversicherungspflicht Kontrahierungszwang bestehen. Durch die risikoäquivalent kalkulierten Beiträge, die bei Personen mit großem Risiko sehr hoch sein können und in vielen Fällen staatlich bezuschußt werden müßten, ergäben sich entsprechende Anforderungen an die Versicherungsaufsicht.

Das Modell einer privaten Absicherung könnte dazu beitragen, daß die Anreize für alle Akteure im Gesundheitswesen besser gesetzt werden: Für die Versicherten wird der Zusammenhang zwischen Umfang der Absicherung und Beitragszahlung transparenter. Da alle Versicherer – auch die bislang gesetzlichen Krankenkassen – in Konkurrenz zueinander träten, bestünde eine Chance, daß für alle Krankenversicherer der Druck größer würde, wirtschaftlich zu handeln und auch auf der Ausgabenseite kostensenkende Instrumente zu entwickeln. Die Marktsteuerung könnte gestärkt werden<sup>26</sup>. Dadurch könnte das Gesundheitswesen in Deutschland an Effizienz gewinnen. Gleichzeitig würde dieses Modell den Vorteil bieten, daß Umver-

<sup>24</sup> In Anlehnung an: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Ziffern 440 ff.

<sup>25</sup> Allerdings ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß Monopolkommission und Deregulierungskommission den Bereich der privaten Krankenversicherung als einen wettbewerbsrechtlichen Sonderfall betrachten; vgl. Monopolkommission: 7. Hauptgutachten 1986/87 Ziffern 600 ff. und 617 f.; Deregulierungskommission, Marktöffnung und Wettbewerb (Erster Bericht 1990), Ziffern 100 ff. und 122.

<sup>26</sup> Vgl. ausführlich hierzu: Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter, Bundestags-Drucksache 13/4945 vom 18. 6. 1996.

teilungsziele allein über das angemessen auszugestaltende Steuer- und Transfersystem verfolgt werden, also innerhalb der gesamten Bevölkerung, wodurch eine höhere soziale Treffsicherheit erreicht werden könnte.

### Probleme bei der privaten Versicherung

Gegen das Modell der privaten Pflichtversicherung für alle spricht jedoch, daß der Markt für private substitutive Krankenversicherungen, die in Deutschland nach Art der Lebensversicherung zu betreiben sind, derzeit nicht unbeachtliche Funktionsstörungen aufweist, die einem kostensenkenden Wettbewerb entgegenstehen. Der Wettbewerb unter den privaten Krankenversicherern im Bereich der substitutiven Krankenversicherung beschränkt sich weitgehend auf Neuzuversichernde<sup>27</sup>. Dies liegt insbesondere an der Kalkulation der Beiträge, die idealtypisch ein Leben lang konstant bleiben sollen. Die Beitragszahlungen dienen zum einen dazu, das aktuelle Krankheitsrisiko des Versicherten abzudecken, zum anderen dienen sie dazu, Rückstellungen (Alterungsrückstellungen) für das mit steigendem Alter zunehmende Krankheitsrisiko zu bilden. Die Mobilität der Versicherungsnehmer auf dem Markt für substitutive Krankenversicherungen wird bei der derzeitigen Beitragskalkulation dadurch gemindert, daß Versicherte mit zunehmendem Alter bei einem Wechsel zu einem neuen Versicherungsunternehmen in der Regel einen höheren Beitragssatz als beim vorherigen zu zahlen haben. Die Mobilität wird darüber hinaus erschwert, da das System zwar eine Ansammlung von Alterungsrückstellungen vorsieht, aber bislang keine Möglichkeiten bestehen, den Versicherten diese bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens angemessen zuzurechnen und mitzugeben. Faktisch ist für den Versicherten ein Wechsel nicht attraktiv oder unter finanziellen Gesichtspunkten sogar unmöglich. Skeptisch stimmen muß in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, daß die privaten Versicherer das Problem stark steigender Beiträge im Alter anscheinend nicht in den Griff bekommen haben. Die idealtypisch über die Versicherungszeit hinweg konstanten Beiträge mußten in der Vergangenheit wegen veränderter Rechnungsgrundlagen immer wieder angepaßt werden<sup>28</sup>. Letztlich sind die Wahlmöglichkeiten privat

Versicherter eingeschränkt, und der Sanktionsmechanismus der Nachfrageseite wird in weiten Teilen ausgeschaltet. Es entfällt für Versicherungsunternehmen der Anreiz, Maßnahmen zu ergreifen, die die Versicherung auch für bereits Versicherte attraktiv erhält.

Tatsächlich besteht also auch im Bereich der privaten Krankenversicherung Reformbedarf. „Die Wettbewerbsidee, die im Gesundheits-Strukturgesetz angelegt ist, sollte vernünftigerweise auf das gesamte Gesundheitswesen projiziert werden. Es wäre schon merkwürdig, wenn am Ende der Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung ein funktionsfähiger Leistungswettbewerb zwischen den Krankenkassen herrschte, den die Versicherten dank ihres Kassenwahlrechts erzwingen, und daneben die privaten Krankenversicherungen, die derzeit rund 9% der Bevölkerung erfassen, diesem Wettbewerbsdruck in dem Maße ausweichen könnten, wie sie ihren Versicherten die Abwanderung durch das Festhalten an überkommenen Kalkulationsgrundsätzen im Ergebnis verwehren. Auch in der Privaten Krankenversicherung bedarf es der faktischen Austrittsoption. Nur dann wird das Potential für eine effektive und kostengünstige Gesundheitsversorgung voll ausgeschöpft“<sup>29</sup>.

### Fazit

Das Modell einer privaten Pflichtversicherung mit den genannten Grundsätzen für die ganze Bevölkerung könnte erst dann eine Alternative darstellen, wenn auch bei den privaten Versicherern der Wettbewerb und der Einsatz kostensenkender Instrumente auf der Beschaffungsseite gestärkt würde und die sich aus der Beitragskalkulation ergebenden Schwierigkeiten behoben werden könnten. Grundsätzlich wäre dies unter dem Gesichtspunkt der Transparenz des Systems, mit Blick auf die Stärkung des Äquivalenzprinzips und auf die Zielgenauigkeit von Umverteilung allein über das Steuer- und Transfersystem, ein konsistentes Modell. Die skizzierten Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung können diese der Marktsteuerung bereits näher bringen, und sie können, bei konsequenter Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Umsetzung der eröffneten Reformoptionen, die Möglichkeiten zur Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven erheblich verbessern. Durch die Freigabe von Wettbewerbsparametern besteht eine Chance, daß die Eigenverantwortung des einzelnen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips gestärkt wird und daß für alle Akteure Anreize zu einem sparsameren Umgang mit knappen Gesundheitsgütern bestehen. Auf beides ist eine Solidargemeinschaft in besonderem Maße angewiesen.

<sup>28</sup> Kritisch zu der Vorgabe idealtypisch konstanter Beitragssätze so D. Cassel: Private Krankenversicherung und ältere Versicherte, Korreferat, in: P. Oberender (Hrsg.): Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, S. 167 ff.

<sup>29</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Ziffer 444.