

Osterkamp, Rigmar

**Article**

## Das deutsche Gesundheitswesen: Reformvorstellungen der politischen Parteien und der Gesundheitsökonomien

ifo Schnelldienst

**Provided in Cooperation with:**

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

*Suggested Citation:* Osterkamp, Rigmar (2002) : Das deutsche Gesundheitswesen: Reformvorstellungen der politischen Parteien und der Gesundheitsökonomien, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 55, Iss. 18, pp. 21-29

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/163826>

**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.*

Die Vorstellungen der politischen Parteien über die notwendigen Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen gehen zum Teil weit auseinander. Daher erscheint es zu Beginn der Legislaturperiode angebracht, die Probleme des deutschen Gesundheitswesens noch einmal zusammenfassend darzustellen und die Reformvorschläge bzw. Reformvorhaben der relevanten politischen Parteien mit den Vorschlägen von Gesundheitsökonominnen zu vergleichen.

Es ist unstrittig, dass das deutsche Gesundheitswesen dringender Reformen bedarf. Die Meinungen in der Politik, bei den Interessengruppen und in der Wissenschaft darüber, wo die Reformen ansetzen und in welche Richtung sie gehen sollen, divergieren aber erheblich, zum Teil sind die Unterschiede fundamental. Um die verschiedenen Reformansätze besser vergleichen zu können, ist in Übersicht 1 der Versuch unternommen worden, die im deutschen Gesundheitswesen bedeutsamen Problemfelder aufzulisten und sie durch Beispiele sowie durch die Angabe (einiger) ihrer Ursachen zu charakterisieren.

## Die Problemlage

Das in der öffentlichen politischen und wirtschaftspolitischen Diskussion am meisten beachtete und wohl auch am schwersten wiegende Problemfeld ist die Belastung des Arbeitsmarkts durch hohe Kosten und Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Da die Hälfte der Beiträge zur GKV von den Arbeitgebern aufgebracht werden muss, entstehen Lohnnebenkosten, deren Überwälzung auf den Arbeitnehmer – durch entsprechend niedrigere Lohnabschlüsse – vermutlich nicht, vor allem kurzfristig nicht, vollkommen gelingen dürfte.

Unabhängig von der Wirkung, die hohe Kosten(steigerungen) auf den Arbeitsmarkt ausüben, sind diese besonders als Übel zu betrachten, wenn sie »unnötig« hoch sind, wenn also die Patienten und Versicherten für ihre Beiträge und Zuzahlungen nicht den Gegenwert erhalten, den sie bei wettbewerblicher Organisation der Märkte und sinnvollen Anreizen – für Leistungserbringer und Versicherungen eben-

so wie für sie selbst – erhalten könnten. Dabei kann allein die Tatsache, dass die Kosten im Gesundheitswesen permanent und schneller als das nominale BIP steigen, noch nicht zur Schlussfolgerung führen, die Kosten seien zu hoch oder unnötig hoch. Denn bis zu einem gewissen Grade sind höhere Aufwendungen erwünscht und notwendig, nämlich dann, wenn dadurch bisher unbehandelbare Krankheiten behandelt oder wirksamer behandelt werden und mehr Menschen ein längeres gesundes Leben führen können. Allein schon wegen der Alterung der deutschen Gesellschaft ist mit einem steigenden Aufwand für ärztliche Behandlung zu rechnen.

Dennoch geht die Mehrheit der Gesundheitsökonominnen davon aus, dass die Kosten im deutschen Gesundheitswesen unnötig hoch sind, weil die Märkte, auf denen Gesundheitsdienstleistungen, Arzneimittel und Krankenversicherungen angeboten und nachgefragt werden, nicht wettbewerblich organisiert sind und erhebliche Fehlanreize aufweisen. Derartige Fehlanreize bestehen für die Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen (Tagespauschalen im Krankenhaus; Abrechnung nach Einzelleistung in den Praxen) ebenso wie für die Nachfrager (sehr großzügig ausgestaltetes System, praktisch ohne Mengenbeschränkungen [Osterkamp 2001; 2002]).

Dass trotz hoher Kosten auch die Qualität der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland Mängel aufweist, haben manche chronisch kranke Patienten vielleicht schon immer gewusst oder geahnt. Dokumentiert wurden derartige Mängel bei der Behandlung einiger schwerwiegender Erkrankungen nun in einer groß angelegten Studie des

Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit 2000/2001).<sup>1</sup>

Die geringen Wahlmöglichkeiten, die der Einzelne bei der Gestaltung seines Krankenversicherungsschutzes in

Deutschland besitzt, sind sicher ein Nachteil des gegenwärtigen Systems. Allerdings muss man die Wirkungen beachten, die von einer erhöhten Gestaltungsfreiheit auf die Verteilung der Belastungen und auf die Zugangsmöglichkeiten zu einer erforderlichen Krankheitsbehandlung ausgehen. Viele GesundheitsökonomInnen sind der Ansicht, dass zwischen diesen beiden – im Konflikt liegenden – Zielen ein besserer Kompromiss möglich ist als der derzeit in Deutschland realisierte.

Unabhängig von den Verteilungseffekten, die durch erhöhte Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsschutz ausgelöst

<sup>1</sup> Die Studie basiert überwiegend auf Umfragen bei Experten. Die aktuellen Arbeiten des SVR-Gesundheit behandeln vor allem medizinische und betriebswirtschaftliche Fragen des Gesundheitssektors. Der SVR-Gesundheit sollte nicht verwechselt werden mit dem Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-Wirtschaft). Dieser hat sich – unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten – mehrfach mit dem deutschen Gesundheitswesen befasst.

**Übersicht 1  
Problemfelder im deutschen Gesundheitswesen**

Problemfelder	Beispiele	Ursachen
1. Belastung des Arbeitsmarkts durch Kostensteigerungen im Gesundheitswesen	Laufende Kostensteigerungen des Gesundheitswesens erhöhen die Lohn(neben)kosten und beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit; in späteren Lohnverhandlungen vermutlich nur teilweise Überwälzung auf die AN.	(Häufige) Mitfinanzierung der GKV-Beiträge durch die AG
2. Unnötig hohe Kosten (-steigerung)		
a. durch mangelnden Wettbewerb	Die KVen sind Regionalkartelle; Verhandlungen über Ärzthonorare und -leistungen nur zwischen den (regionalen) KÄV und GKV; Wettbewerb zwischen PKV und GKV eingeschränkt durch „Friedensgrenze“; eingeschränkter Wettbewerb und hohe Kosten auf dem Arzneimittelmarkt	Zwangsmitgliedschaft der KÄ in den KVen; Kontrahierungszwang der GKV mit jedem Arzt der KÄV und jedem KH (aus dem Bedarfsplan)
b. durch Fehlanreize für LE und Versicherer	KH: hohe KH-Kosten, auch durch hohe Aufenthaltsdauer und Überkapazitäten an Betten; Ambulante Behandlung: Anreiz zur Angebotsausweitung, Doppeluntersuchungen; Der jetzige Wettbewerb zwischen den GKV-Kassen um Versicherte führt zu volkswirtschaftlich ineffizienter Risikoselektion; daher RSA notwendig. keine volle Ausschöpfung der Möglichkeit, Generika-Präparate zu verschreiben	KH-Tagespauschalen; gemischte Finanzierung (Bund und Länder); Interesse der Länder an KH mit hoher regionaler Dichte; Praxen: Honorar nach Einzelleistung; kapitalintensiv ausgestattete Facharztpraxen; RSA zu einfach ausgestaltet, da Morbidität als Ausgleichsparameter fehlt;
c. durch Fehlanreize für Nachfrager	Intensive Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems; sehr hohe Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten; passive Haltung der Patienten, dadurch Begünstigung einer medikamentenintensiven Behandlung	Geringe Selbstbeteiligung; kein materieller Anreiz für Vorsorge; kostenintransparentes Sachleistungsprinzip; sehr umfassender Leistungskatalog; freie Arztwahl, auch freie Facharztwahl (einzig in der Welt); im Prinzip keine Wartezeiten für Konsultation, Behandlung und Operation; großzügige Regelung von LFZ und KG; insgesamt luxuriöses System
d. durch Organisationsmängel	Strikte Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung; Bettenüberangebot in KH; Doppeluntersuchungen; mangelnde Kenntnis über individuelle Krankheiten, Behandlungsart und Behandlungskosten; diese ist detailliert nur bei KV, nicht bei GKV verfügbar	Verbot von Polikliniken; sektorale Budgets; duale KH-Finanzierung führt zu Bettenüberangebot; GKV führt keine individuellen Konten für die Versicherten
3. Geringe Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsschutz	Zwar seit 1996 freie GKV-Kassenwahl, aber keine Möglichkeit der Wahl von Zuzahlungen oder Abwahl von Leistungen	System der Pflichtversicherung, nicht der Versicherungspflicht
4. Leistungsniveau niedriger als möglich	Über-, Unter- und Fehlversorgung, v.a. bei Herzinfarkt, Brustkrebs, Diabetes, Schmerztherapie und anderen chronischen Krankheiten; Existierende Behandlungsleitlinien (evidenzbasierte Behandlung) werden überwiegend von den Ärzten nicht akzeptiert.	Weitgehende, auch weitgehend unkontrollierte Therapiefreiheit; Chronisch Kranke sind „schlechte Risiken“ für die GKV

Fortsetzung Übersicht 1:

5. Verteilungseffekte der GKV	Solidarität in der GKV ist mangelhaft und intransparent; z.T. unerwünschte Verteilungseffekte (Bezieher hoher Einkommen mit einem Verdiener und vielen Kindern profitieren von GKV-Beiträgen); nicht „alterungsresistent“ (unterschiedliche Belastung von Generationen nicht nur in der RV, auch in der GKV)	Exit-Option für „Besserverdienende“ in die PKV; Bemessungsgrundlage für Beiträge in der GKV nur Arbeitseinkommen; Umlageverfahren; Pflichtversicherung; GKV als „Verschiebehahnho“ für versicherungsfremde Leistungen
6. Drohender Ärztemangel	Ärzteeinkommen (v.a. Einkommen über das gesamte Leben) im intern. Vergleich nicht mehr sehr hoch; Ärzteeinkommen auch regional unterschiedlich; Krankenhausärzte belastet mit hohen Arbeitszeiten	Budgets; Variierende und regional unterschiedliche Geldwerte der „Punkte“
7. GKV-System im europäischen Wettbewerb	GKV nicht wettbewerbstauglich in Europa	EU-Wettbewerbsordnung verlangt langfristig die Einbeziehung auch der nationalen Gesundheitssysteme.

AN: Arbeitnehmer; AG: Arbeitgeber; BBG: Beitragsbemessungsgrenze; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; KÄ: Kassenärzte; KV: Kassenärztliche Vereinigung; KG: Krankengeld (durch GKV); KH: Krankenhaus; LE: Leistungserbringer; LFZ: Lohnfortzahlung (durch Arbeitgeber); PKV: Private Krankenversicherung; RSA: Risikostrukturausgleich; RV: Rentenversicherung; SVR: Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung; VPG: Versicherungspflichtgrenze.

Zusammenstellung: ifo Institut.

würden, ist aber schon das bisherige System der Gesetzlichen Krankenversicherung durch umfassende Umverteilungswirkungen gekennzeichnet. Diese machen zwar teilweise Sinn und sind erwünscht, teilweise aber sind sie fragwürdig und ineffizient, in jedem Fall aber wenig transparent.

Der Behauptung, dass in Deutschland ein Ärztemangel drohe, sollte man zunächst einmal Skepsis entgegenbringen, da diese Befürchtung ja vor allem von Seiten der ärztlichen Interessenvertreter vorgebracht wird. Allerdings wird die Behauptung nicht allein dadurch schon falsch. Jedenfalls scheint es so zu sein, dass die ärztlichen Einkommen, die ja die Berufswahl mitentscheiden, keineswegs – anders als früher – außergewöhnlich hoch sind. Die Einkommen frei praktizierender Ärzte – besonders über das gesamte Leben gesehen – differieren erheblich zwischen den einzelnen Sparten und zwischen einzelnen Praxen, sind aber im Durchschnitt weder im Vergleich mit anderen Berufsgruppen noch im Vergleich mit Ärzten im Ausland besonders hoch.<sup>2</sup>

Schließlich besteht das Problem, dass das System der Gesetzlichen Krankenversicherung insofern noch nicht »in Europa angekommen« ist, als es von europaweiten wettbewerblichen Prozessen nach wie vor ausgenommen wird.

### Die Reformvorstellungen der politischen Parteien

In Übersicht 2 sind die gesundheitspolitischen Reformabsichten der relevanten politischen Parteien zusammengestellt. Quelle der Übersicht sind die Wahlprogramme, die die Parteien für die Bundestagswahl 2002 vorgelegt haben.<sup>3</sup> Es

erscheint sinnvoll, hier auch die Vorstellungen des kleineren Koalitionspartners sowie die der Oppositionsparteien mit aufzunehmen, da tatsächliche Reformschritte in jedem Fall Ergebnis eines politischen Kompromisses (im Rahmen von Koalitionsverhandlungen oder/und über den Bundesrat) sein werden.

Zum Problem der Belastung des Arbeitsmarkts mit hohen und steigenden Beitragssätzen äußern sich die beiden großen Parteien nur summarisch und wollen eine Entlastungswirkung durch Maßnahmen auf anderen Problemfeldern erzielen. Dagegen scheuen sich die beiden kleineren Parteien nicht, das Problem direkt anzusprechen. Die Grünen bleiben mit ihren Vorstellungen ganz im Rahmen des gegebenen Systems und wollen die Basis verbreitern, auf der die Beiträge erhoben werden. Im Unterschied dazu läuft die Absicht der FDP auf einen (gewissen) Systemwechsel hinaus, denn sie will die – von den meisten Ökonomen seit langem geforderte – Abkoppelung der Lohnnebenkosten von den Kosten des Gesundheitswesens erreichen. Zu diesem Zweck soll der bisherige Arbeitgeberanteil an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden – und zwar einkommensteuerneutral, also so, dass die Einkommensteuerlast des einzelnen Arbeitnehmers durch diese Umstellung nicht steigt. Anschließend wäre dann die gesamte Beitragslast – ebenso wie jegliche zukünftige Steigerung der Beitragslast – allein vom Arbeitnehmer aufzubringen.

Eine verbreitete Vorstellung über ein etwas moderateres Vorgehen besteht darin, dass es bei einer geteilten AG-AN-Finanzierung bleibt, die Teilung aber nicht mehr hälftig ist, sondern der AG-Anteil auf dem jetzigen Stand eingefroren wird. Die zukünftigen Steigerungen würden dann voll von den Arbeitnehmern aufzubringen sein. Materiell besteht aller-

<sup>2</sup> Vgl. Breyer und Zweifel (1997, S. 421 ff.); Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2002); Osterkamp (2002).

<sup>3</sup> Die PDS hat kein derartiges Programm vorgelegt und fehlt daher hier.

dings kein Unterschied zwischen der erst genannten und der moderateren Version.

Dem Problem der unnötig hohen Kosten(steigerungen) wollen alle Parteien, außer den Grünen, durch verstärkten Wettbewerb begegnen. Die CDU/CSU will den Kassen erlauben, ihr Angebot zu differenzieren und wahlweise Selbstbehalte einzuführen, während die SPD Einzelverträge ermöglichen und den Kontrahierungszwang lockern will.

Die FDP will die Gesundheitskosten durch eine Senkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel reduzieren, was ei-

ne Lastverschiebung von den Beitragszahlern auf die Steuerzahler bedeutet. Die SPD beabsichtigt, an die Neuzulassung von Medikamenten strengere Maßstäbe der Wirksamkeit anzulegen, während die Grünen konsequenter sind und die – von Gesundheitsökonomern seit langem geforderte – Positivliste einführen wollen.

Fehlanreize im Angebotsverhalten der Ärzte – etwa ausgelöst durch das Honorierungssystem der Vergütung von Einzelleistungen – werden von keiner der Parteien angesprochen. Allerdings wollen CDU und SPD wenigstens durch einen – allerdings freiwilligen – Gesundheitspass der Pa-

**Übersicht 2**  
**Die Reformabsichten der politischen Parteien**

Problemfelder	Bündnis 90/ Die Grünen	CDU/CSU	FDP	SPD
	Geplante (Änderungs-) Maßnahmen			
1. Belastung des Arbeitsmarkts durch Kostensteigerungen im Gesundheitswesen	Einbeziehung von Selbständigen und Beamten; Anhebung der BBG; Einbeziehung von Nicht-Arbeitseinkommen, z.B. Zinsen, Mieten, Spekulationsgewinne	Hinwirken auf stabile Beiträge, v.a. durch Maßnahmen im 2. Problemfeld	Einkommensteuer-neutrale Auszahlung des gegenwärtigen AG-Beitrags zur KV; dadurch Abkoppelung der Beiträge von den Lohnzusatzkosten; Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen	Hinwirken auf stabile Beiträge, v.a. durch Maßnahmen im 2. Problemfeld
2. Unnötig hohe Kosten (-steigerung)				
a. durch mangelnden Wettbewerb	Positivliste für Arzneimittel	Mehr Wettbewerb zwischen Kassen und zwischen LE; Kassen sollen ihr Angebot differenzieren können (Mehrleistungen, Selbstbehalte)	Mehr Wettbewerb zwischen Kassen und zwischen LE; Senkung des MWSt-Satzes auf Arzneimittel	Mehr Wettbewerb zwischen Kassen und zwischen LE; neben Kollektivverträgen sollen auch Einzelverträge möglich werden; Kontrahierungszwang ist dementsprechend zu lockern; Erstattung neuer und teurerer Arzneimittel nur, wenn Zusatznutzen gegeben ist; Liberalisierung von Vertrieb und Preisbildung von Arzneimitteln
b. durch Fehlanreize für LE und Versicherer	Keine Ausführungen	RSA soll beibehalten, aber vereinfacht werden; „intelligente Versicherungskarte“ auf freiwilliger Basis soll Doppeluntersuchungen vermeiden helfen.	RSA soll schrittweise abgebaut werden.	RSA soll um Morbidität erweitert werden; Gesundheitspass auf freiwilliger Basis soll Doppeluntersuchungen vermeiden helfen.
c. durch Fehlanreize für Nachfrager	Keine Ausführungen	Wahrmöglichkeit zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip; Patientenquittung über die erbrachten Leistungen und deren Kosten; Anreize für mehr Vorsorge; Verbesserung der Prävention	Kostenerstattung statt Sachleistungsprinzip	Keine Ausführungen
d. durch Organisationsmängel	Integrierte Versorgung als Regelversorgung; Zentrale Rolle für Hausärzte	Abschaffung aller Budget	Abschaffung der Budgets	Aufbau von integrierter (ambulant-stationär) Versorgung

Fortsetzung Übersicht 2:

3. Geringe Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsschutz	Keine Ausführungen	Größere Wahlfreiheiten für die Versicherten über Leistungsumfang und Selbstbehalte	Größere Wahlfreiheiten für die Versicherten über Leistungsumfang und Selbstbehalte; Zwangsbeiträge senken durch Beschränkung auf Kernleistungen	Günstigere GKV-Tarife mit Hausarzt/Lotsenarzt
4. Leistungs-niveau niedriger als möglich	Schaffung eines Instituts für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen; Stärkung von Prävention und Rehabilitation	Keine Ausführungen	Keine Ausführungen	Behandlungsleitlinien auf Evidenzbasis sollen bei der Vertragsgestaltung zwischen Kassen und LE (bzw. zwischen Kassen und KÄV) berücksichtigt werden.
5. Verteilungseffekte der GKV	Bekenntnis zur Solidarität des Systems	Bekenntnis zur Solidarität des Systems	Bekenntnis zur Solidarität des Systems	Bekenntnis zur Solidarität des Systems
6. Drohender Ärztemangel	Keine Ausführungen	Keine Ausführungen	Leistungsgerechte, feste Preise für die einzelnen ärztlichen Leistungen; Lockerung des Werbeverbots	Umsetzung der geltenden Normen des Arbeitszeitrechts
7. GKV-System im europäischen Wettbewerb	Keine Ausführungen	Keine Ausführungen	Keine Ausführungen	Keine Ausführungen

Abkürzungen: siehe Tab. 1.

Zusammenstellung: ifo Institut.

tienten die Ärzte besser über frühere Untersuchungen bei anderen Ärzten informieren und dadurch wiederholte Untersuchungen derselben Art vermeiden helfen.

Die einzelnen gesetzlichen Versicherungen befinden sich durch die 1996 eingeführte Wahlfreiheit der Pflichtversicherten im Wettbewerb um Kunden. Um ihr Wettbewerbsstreben auf preisgünstige Angebote hinzulenken – und von dem Werben um Kunden »guter Risiken« wegzulenken –, war es notwendig, einen Risikostrukturausgleich (RSA) einzuführen, der den Einfluss, den Versichertenbestände mit unterschiedlichem Risiko auf den Beitragssatz haben, ausgleichen soll. Diese Aufgabe erfüllt der gegenwärtige RSA aber nur unzureichend, da in ihm nicht alle relevanten, das Risiko bestimmenden Variablen erfasst werden, wozu vor allem die tatsächliche Anfälligkeit für Krankheiten, die Morbidität, gehört.

Wie soll es nun mit diesem RSA nach Meinung der Parteien weitergehen? Außer den Grünen machen hier alle Parteien eine Aussage, und zwar eine dezidierte und jeweils sehr unterschiedliche. Die CDU will den RSA beibehalten, aber »vereinfachen« – was auch immer das bedeutet. Die SPD nimmt den Vorschlag der Mehrheit der Gesundheitsökonominnen auf und will den RSA um die Erfassung der Morbidität ergänzen. Ganz anders die FDP, die ihn – in Übereinstimmung mit einer strikt marktwirtschaftlichen Gruppe von Gesundheitsökonominnen – schrittweise abschaffen will, weil ein RSA – wenn er funktioniert – den

Wettbewerb letztlich einschränkt, nämlich auf einen reinen Preiswettbewerb.

Besondere Zurückhaltung legen sich die Parteien auf, wenn es um die Beseitigung von Fehlanreizen für die Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen geht. Während die SPD und die Grünen sich zu diesem Punkt überhaupt nicht äußern, geht die FDP mit ihrer Forderung nach Ersetzung der Sachleistung durch die – wie in der privaten Krankenversicherung praktizierte – Kostenerstattung noch am weitesten. Die CDU/CSU will lediglich eine Wahlmöglichkeit zwischen Sachleistung und Kostenerstattung schaffen, aber darüber hinaus alle Patienten durch eine »Patientenquittung« über die erbrachten ärztlichen Leistungen und deren Kosten informieren. Erhöhte obligatorische Zuzahlungen – möglicherweise nach Einkommen und Behandlungskosten gestaffelt – zieht keine Partei in Betracht.

Erhöhte Zuzahlungen und ein eingeschränkter Leistungsumfang – bei entsprechend reduziertem Beitragssatz – sollen allerdings nach Ansicht von CDU/CSU und FDP freiwillig vereinbart werden können, um die Wahlmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen. Dagegen sieht die SPD günstigere Tarife dann vor, wenn sich die Versicherten zu einer Einschränkung ihres Rechts auf freie Arztwahl verstehen und vor einem Facharztbesuch zunächst einen Hausarzt aufsuchen.

Der die Behandlungseffizienz hemmende Organisationsmangel der weitgehenden Trennung von stationärer und

ambulanter Versorgung (in der Welt einmalig) wird von allen Parteien als Problem gesehen. CDU/CSU und FDP wollen die Abschottung durch die Aufhebung aller Budgets erreichen, wobei es aber in diesem Zusammenhang ausreichen würde, die *sektoralen* Budgets abzuschaffen. Die SPD und die Grünen formulieren nur das Ziel, geben aber keinen Weg dahin an. Die Grünen wollen darüber hinaus allerdings den Hausärzten eine zentrale Rolle zuweisen.

Außer den Grünen wollen alle Parteien den Versicherten eine größere Wahlfreiheit (z.B. höhere Zuzahlungen, Hausarzt-Modell) einräumen, wobei dies auch zu niedrigeren Prämien führen können soll.

Das Problem, dass das Leistungsniveau des deutschen Gesundheitswesens niedriger ist, als es angesichts der Kosten sein könnte, sprechen nur SPD und die Grünen an. Zentrale Vorstellung bei der SPD ist die Einführung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien, deren Beachtung oder Nicht-Beachtung durch die Ärzte auch in den Honorarverträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten eine Rolle spielen soll. Die Grünen wollen dagegen ein Institut zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen schaffen und im Übrigen Prävention und Rehabilitation – anstelle der vorherrschenden kurativen Behandlung – stärken.

Zu dem Problem der intransparenten und zum Teil unerwünschten Verteilungseffekte, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgelöst werden, nimmt keine Partei Stellung. Sie bekennen sich jedoch alle pauschal zum Solidarcharakter der Versicherung. Insbesondere wird von keiner Partei das Problem der unterschiedlichen Belastung der Generationen angesprochen, das nicht nur bei der Rentenversicherung, sondern auch bei der Krankenversicherung besteht.

Auch das Problem eines möglicherweise drohenden **Ärztemangels** wird von keiner Partei explizit thematisiert. Die FDP will allerdings die Attraktivität des Arztberufs durch »leistungsgerechte« und feste Preise (gegenwärtig schwanken sie) für Leistungen niedergelassener Ärzte bewahren und das bestehende Werbeverbot lockern. Die SPD hat vor allem die angestellten Ärzte in Krankenhäusern im Blick und will erreichen, dass dort die geltenden Normen des Arbeitszeitrechts eingehalten werden.

Die gegenwärtige »Europa-Untauglichkeit« des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung wird ebenfalls von keiner Partei angesprochen.

### Die Reformvorschläge der Gesundheitsökonominnen

Die von Ökonomen gemachten Vorschläge zur Reformierung des deutschen Gesundheitswesens lassen sich grob

in zwei Kategorien einteilen. Die erste kann als »Systemevolution«, die zweite als »marktwirtschaftliche Lösung« bezeichnet werden. Für die Systemevolution hat der Sachverständigenrat (Wirtschaft) in seinem Jahresgutachten 2000/2001 ein detailliertes Konzept vorgelegt. In eine ähnliche Richtung gehen die Vorstellungen von Dieter Cassel (2001) und (weniger weitgehend) von Jürgen Ahrens (2001), dem Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbands. Erst kürzlich ist Peter Zweifel zusammen mit Michael Breuer (2002a; 2002b) für eine radikal marktwirtschaftliche Lösung eingetreten, während Günter Neubauer (2002) und Klaus Dirk Henke (2002) etwas weniger radikale Positionen vertreten, aber dabei unterschiedliche Schwerpunkte setzen.<sup>4</sup> Auch der Sachverständigenrat (Wirtschaft) hat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 neben der systemevolutionären Konzeption eine marktwirtschaftliche Lösung erarbeitet.<sup>5</sup>

Um die Vorstellungen der politischen Parteien umfassend beurteilen zu können, sind in Übersicht 3 die systemevolutionären – und nicht die radikaleren – Vorschläge des Sachverständigenrats zusammengefasst und anhand der auch in den Übersichten 1 und 2 verwendeten Problemklassifizierung dargestellt. Der Vergleich zeigt, dass die Vorstellungen aller Parteien zusammengenommen gar nicht so weit von den Vorschlägen der Ökonomen entfernt sind. Bei der Korrektur von Fehlanreizen für die Marktteilnehmer geht der Sachverständigenrat zum Teil weniger weit als die Parteien. So hält er z.B. die Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip für organisatorisch zu aufwendig und glaubt auch nicht, dass durch erhöhte Zuzahlungen ein erheblicher Einspareffekt zu erzielen ist.<sup>6</sup>

### Die radikale Konzeption

Der Sachverständigenrat (Wirtschaft) lässt jedoch keinen Zweifel daran, dass das eigentliche Ziel eine deutlich weitergehende Reform sein müsste. Die dazu entwickelten Vorschläge werden weiter unten dargelegt. Zunächst soll hier aber die radikalste Reformvariante erwähnt werden, die Zweifel und Breuer entwickelt haben. Danach würden alle wesentlichen Regulierungen des Gesundheitssektors – bis auf zwei – entfallen. Die eine wäre das Gebot einer obligatorischen Mindestversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung. Die Bürger müssten unter den Angeboten auf dem freien Versicherungsmarkt wählen und sich individuell versichern. Das impliziert vor allem, dass die Krankenversicherungsprämien individuell risiko-äquivalent wären. Die Versicherten müssten Prämien zahlen, deren Höhe ihrem indi-

<sup>4</sup> Ausführlicher in Henke, Neubauer et al. (2002).

<sup>5</sup> Eine Übersicht über Reformoptionen findet sich auch in Osterkamp (2001).

<sup>6</sup> Im Hinblick auf den Effekt von Zuzahlungen vertritt der SVR unter den Gesundheitsökonominnen eine Minderheitsmeinung.

**Übersicht 3:**

**Reformkonzeption „Systemevolution“ (des Sachverständigenrats Wirtschaft)**

Problemfelder	Reformelemente
1. Belastung des Arbeitsmarkts durch Kostensteigerungen im Gesundheitswesen	Einkommensteuer-neutrale Auszahlung des gegenwärtigen AG-Beitrags zur KV; Erweiterung der Beitragsgrundlage um Vermögenseinkommen; Einbeziehung aller Erwerbstätigen; Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen
2. Unnötig hohe Kosten (-steigerung) a. durch mangelnden Wettbewerb	Fehlleitung des Wettbewerbs zwischen den GKV-Kassen beseitigen durch Einschluss von Morbidität in den RSA; Schaffung eines Hochrisikopools
b. durch Fehlanreize für LE und Versicherer	Positivliste für Medikamente; Kopf- und Fallpauschalen statt Einzelleistungsvergütung für LE
c. durch Fehlanreize für Nachfrager	Begrenzung des Leistungskatalogs durch Aufspaltung in Grund- und Wahlleistungen oder durch erweiterte Negativliste; Praxisgebühr bei Erstbesuch; (Dagegen wird eine Umstellung von Sachleistungs- auf Kostenerstattungsprinzip als organisatorisch aufwendig und mit Budgetierung nicht kompatibel angesehen. Eine Anreizfunktion erhöhter Zuzahlungen wird skeptisch gesehen.) Anreize zur Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl
d. durch Organisationsmängel	Ausbau der integrierten Versorgung
3. Geringe Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsschutz	Wahlmöglichkeit für Hausarztssystem
4. Leistungsniveau niedriger als möglich	Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien; Ausbau der integrierten Versorgung;
5. Verteilungseffekte der GKV	Umverteilung innerhalb der GKV-Systems nur noch zwischen Gesunden und Kranken; weitere Umverteilungen durch Steuern und Transfers; d.h. auch, dass die beitragsfreie Mitversicherung vom Familienangehörigen durch Steuerfinanzierung ersetzt wird; Überprüfung, ob die Exit-Option (von der GKV in die PKV) beibehalten werden kann
6. Drohender Ärztemangel	Keine Ausführungen
7. GKV-System im europäischen Wettbewerb	Kostenerstattung muss grenzüberschreitend ermöglicht werden; GKV-Kassen müssen auch mit ausländischen LE kontrahieren dürfen;

Abkürzungen: siehe Tab. 1.

Zusammenstellung: ifo Institut.

viduellen Erkrankungsrisiko entspricht. Das heißt aber auch, dass die Prämien in manchen Fällen außerordentlich hoch wären und auch untragbar hoch sein könnten, so dass in solchen Fällen direkte Unterstützungszahlungen – die zweite Art von Regulierung – vorzusehen wären.

Die Vorteile eines derartigen Systems würden insbesondere darin liegen, dass

- das Gesundheitswesen kein wettbewerblicher Ausnahmehereich mehr wäre;
- mit einem großen Angebot an differenzierten Krankenversicherungsverträgen zu rechnen wäre, die auf die individuellen Präferenzen eingingen;
- kein Versicherter – auch keiner mit hohem Risiko – mehr unwillkommen wäre;
- ein Risikostrukturausgleich nicht mehr erforderlich wäre;
- die Versicherungen Interesse hätten, die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen zu einem kostengünstigen Ver-

halten anzureizen und entsprechende Angebotsstrukturen (z.B. integrierte Versorgung, Hausarztprinzip, Behandlungsleitlinien) zu fördern;

- die Kosten des Gesundheitswesens zu einem privaten Problem würden.

Die Nachteile bzw. Risiken würden jedoch darin bestehen, dass

- die Belastung des öffentlichen Haushalts mit direkten Unterstützungszahlungen außerordentlich groß sein kann – je nachdem, wo die Grenze für eine »untragbare Prämienbelastung« gezogen wird;
- für (besonders hohe) Risiken, die die Versicherungen möglicherweise nicht versichern wollen, eine Sonderlösung (z.B. »Hochrisikopool«) gefunden werden muss;
- ein gleichmäßiger Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr bestehen bzw. sich auf die Leistungen im Rahmen der Mindestversicherung beschränken würde;



- eine Belastung mit Prämien nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit nicht mehr stattfinden würde.

Nicht zuletzt kann als Nachteil bzw. Risiko dieser radikalen Reformkonzeption auch die Tatsache angesehen werden, dass ein derartiges System in keinem Land der Welt besteht, auch nicht in den Ländern mit einem traditionell individualistischen Gesundheitswesen, nämlich in der Schweiz und den USA. Die Schweiz hat sogar vor einigen Jahren ihr altes System individuell risiko-äquivalenter Prämien abgeschafft, u.a. weil die dabei erforderlichen Unterstützungszahlungen an die Versicherten für den öffentlichen Haushalt zu hoch wurden. Jetzt gibt es – stark regulierte – Tarife, die nicht individuell, sondern für ganze Gruppen risiko-äquivalent sind. Diese Tarife gelten für die Versicherten eines Versicherungsunternehmens in einem Kanton und sind nur (dürfen nur) nach Eintrittsalter und Geschlecht differenziert (werden).

Die Gruppentarife in den USA (community rating) werden vor allem für die Beschäftigten eines Unternehmens vereinbart. (Sie unterliegen im Übrigen nicht der Einkommensteuer.) Echte individuell risiko-äquivalente Prämien sind die Ausnahme. Um Bürger außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses (Rentner) oder solche geringen Einkommens nicht diesen individuell risiko-äquivalenten Prämien auszusetzen, wurden die öffentlich finanzierten Krankenversicherungen Medicare (für die Rentner) und Medicaid (für die Geringverdiener) geschaffen – anstatt den Weg der direkten Unterstützung zu gehen.

### Reform des deutschen Gesundheitswesens nach Schweizer Vorbild?

Neben der systemevolutionären Konzeption hat der Sachverständigenrat (Wirtschaft) eine Variante entwickelt, die etwas weniger radikal ist als das Konzept von Zweifel und Breuer, aber deutlich »marktwirtschaftlicher« als das gegenwärtige – und das in den kommenden Jahren zu erwartende – System. Eine solche »gemäßigt marktwirtschaftliche Konzeption« findet sich auch in den oben erwähnten Diskussionsbeiträgen von Neubauer (2002) und Henke (2002). Diese gemäßigte Variante wird, soweit sie über die reine Systemevolution hinausgeht, im Folgenden kurz charakterisiert. Die Konzeption ist von folgenden Eigenschaften geprägt:

- Obligatorische Mindestversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung;
- zu einer solchen Mindestversicherung müsste auch das Lohnersatzgeld (bisher: Lohnfortzahlung und Krankengeld) gehören;
- Erhebung von individuell zu zahlenden Kopfprämien, die nur nach Alter und Geschlecht, nicht nach Einkommen und nicht nach Krankheitsanfälligkeit differenziert sind;

das hieße auch, dass es keine beitragsfreie Mitversicherung mehr geben würde;

- es würde Zuzahlungen geben; diese könnten einen obligatorischen und einen frei zu vereinbarenden Teil enthalten;
- die Übernahme von Gesundheitsrisiken wäre damit vollständig vom Beschäftigungsverhältnis abgekoppelt;
- Beschränkung der Umverteilung auf den Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken; weitere Umverteilungen wie gegenwärtig (von Reich zu Arm, von Jung zu Alt, von kleinen zu großen Familien, von Ledigen zu Verheirateten) wären im Rahmen des Steuersystems vorzunehmen;
- die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen würden von aktiveren Krankenversicherungen (»players statt payers«) zu innovativen und effizienteren Formen der Angebotserstellung angeregt (z.B. »managed care«, Praxisnetze, Hausarztmodell) und müssten auch andere Formen der Honorierung (z.B. Fallpauschalen statt Einzel Leistungsvergütung) akzeptieren;
- die Versicherungen müssten Altersrückstellungen bilden (wie jetzt bereits in der Privaten Krankenversicherung vorgeschrieben und praktiziert), die beim Wechsel der Versicherung mitgenommen werden können (gegenwärtig nicht der Fall); dadurch würde die individuelle Beitragslast nicht nur unabhängig vom Altersaufbau der Bevölkerung sein, sondern auch nicht (oder weniger als ohne Altersrückstellung) mit zunehmendem Alter des Einzelnen ansteigen;<sup>7</sup>
- nach dem in diesem Punkt weitergehenden Vorschlag von Henke soll die GKV-Versicherung grundsätzlich (schrittweise) von der Umlagenfinanzierung auf die Kapitaldeckung umgestellt werden.

Die Grundzüge einer derartigen gesundheitspolitischen Konzeption sind in der Schweiz durch die Reform von 1996 weitgehend umgesetzt worden. Die aufgetretenen Probleme konnten damit allerdings nicht vollständig gelöst werden. Insbesondere ist eine Eindämmung der steigenden Kosten des Gesundheitswesens bisher nicht im erhofften Maße möglich geworden. Außerdem waren Ergänzungen der Reform notwendig und werden es wohl auch weiterhin sein. Mängel bestehen z.B. nach wie vor im System des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen sowie in unzureichenden Anreizen für Prozessinnovationen (statt nur Produktinnovationen) auf der Seite der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Dennoch scheint es vielversprechend, in Deutschland die Erfahrungen der Schweiz zu verfolgen, vor allem dann, wenn sich am Ende der kommenden Legislaturperiode in Deutschland an dem bestehenden Reformdefizit im Gesundheitswesen wenig geändert haben sollte.

<sup>7</sup> Der Vorschlag von Henke (2002) bzw. Henke und Neubauer (2002) geht weiter, da er eine grundsätzliche (schrittweise) Umstellung von der Umlagenfinanzierung auf die Kapitaldeckung vorsieht.

## Literatur

- Ahrens, H.-J. (2001), »Es braucht Mut zu den richtigen Reformen, nicht zu radikalen«, *ifo Schnelldienst* 54 (16), 6–7.
- Breyer, F. und P. Zweifel (1997), *Gesundheitsökonomie*, Berlin et al.: Springer.
- Cassel, D. (2001), »Das deutsche Gesundheitswesen braucht weniger Regulierung und mehr Wettbewerb«, *ifo Schnelldienst* 54 (16), 3–5.
- Henke, K.-D. (2002), »Mehr Markt erfordert starken Staat«, *ifo Schnelldienst* 55 (17), 10–14.
- Henke, K.-D., G. Neubauer et al. (2002), *Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland*, hrsg. von der Vereinten Krankenversicherung AG, München.
- Neubauer, G. (2002), »Generelle Marktfähigkeit von Gesundheitsdienstleistungen«, *ifo Schnelldienst* 55 (17), 3–7.
- Osterkamp, R. (2002), »Warten auf Operationen«, *ifo Schnelldienst* 55 (10), 14–21.
- Osterkamp, R. (2001), »The German Health Care System in an International Comparison: Assessment and Reform Options«, *CEifo Forum*, Herbst 2001.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001), *Jahresgutachten 2000/2001*.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Bd. 1–3.
- Zentralrat für die Kassenärztliche Versorgung (2002), *Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis*, Köln.
- Zweifel, P. und M. Breuer (2002a), »Mehr Markt im Gesundheitswesen tut Not«, *ifo Schnelldienst* 55 (17), 7–10.
- Zweifel, P. und M. Breuer (2002b), *Das Gesundheitssystem zukunftsfähig machen*, Verband Forschender Arzneimittelhersteller, Reihe »Zur Sache«, Heft 7, Berlin.
- Programme der politischen Parteien zur Bundestagswahl 2002.