

Jankowski, Markus; Zimmermann, Anne

Working Paper

Versicherungspflichtige Leistungen in einer obligatorischen Krankenversicherung

Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2004,01

Provided in Cooperation with:

Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

Suggested Citation: Jankowski, Markus; Zimmermann, Anne (2004) : Versicherungspflichtige Leistungen in einer obligatorischen Krankenversicherung, Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 2004,01, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (owiwo), Köln

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/23834>

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.

OTTO-WOLFF-INSTITUT für Wirtschaftsordnung

Direktoren: Professor Dr. Juergen B. Donges
Professor Dr. Johann Eekhoff
Geschäftsführer: Dr. Peter Danylow
Dr. Steffen J. Roth

Versicherungspflichtige Leistungen in einer obligatorischen Krankenversicherung

Markus Jankowski

Anne Zimmermann

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 1/2004

(Februar 2004)

Versicherungspflichtige Leistungen in einer obligatorischen Krankenversicherung*

I. Einführung.....	2
II. Ökonomische Rechtfertigung einer Versicherungspflicht.....	2
III. Zu versichernde Risiken in einer obligatorischen Krankenversicherung.....	5
1. Die Definition des Leistungskataloges im Sozialgesetzbuch	5
2. Von Prävention bis Pflege.....	7
3. Versicherte Leistungen oder versicherte Diagnosen?	15
4. Opportunitätskosten von Krankheit: Lohnfortzahlung und Krankengeld.....	17
5. Der Kriterienkatalog.....	18
IV. Ist die Rationierung von Gesundheitsleistungen unausweichlich?.....	19
V. Fazit.....	21
Literatur.....	23

Kontakt:

Markus Jankowski
Wirtschaftspolitisches Seminar
Universität zu Köln
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln
Tel.: 0221 – 470 / 6609
Fax.: 0221 – 470 / 5188
<mailto:m.jankowski@wiso.uni-koeln.de>

* Unser Dank gilt den Mitarbeitern des Wirtschaftspolitischen Seminars der Universität zu Köln für hilfreiche Anmerkungen sowie dem Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung für die finanzielle Unterstützung unseres Forschungsprojektes.

I. Einführung

Immer wenn die Bürger staatlicherseits zur Absicherung bestimmter elementarer Risiken gezwungen werden, wird die Definition des Leistungsspektrums, welches innerhalb dieses Rahmens zu erbringen ist, unvermeidbar. Dies betrifft nicht nur steuerfinanzierte nationale Gesundheitsdienste oder Sozialversicherungsmodelle kontinentaleuropäischer Couleur.¹ Auch die von vielen Ökonomen propagierte Lösung einer Krankenversicherungspflicht auf grundsätzlich wettbewerblich organisierten Versicherungsmärkten erfordert die Festlegung auf die verpflichtend zu versichernden Leistungen.² Dies gilt unabhängig davon, welche Begründung für die Existenz einer obligatorischen Krankenversicherung man wählen möchte. Folgt man der üblichen sozialpolitischen Begründung, dann ist festzulegen, wie weit gesellschaftliche Solidarität im Gesundheitswesen gehen soll und welche Leistungen dem Subsidiaritätsgedanken folgend in Eigenverantwortung abzusichern sind. Der ökonomischen Begründung für eine obligatorische Krankenversicherung folgend ist zu prüfen, welches Leistungspaket zu versichern ist, um anderenfalls auftretendes free-rider-Verhalten in einer steuerfinanzierten sozialen Mindestsicherung zu vermeiden. Mit der vorliegenden Arbeit wird versucht, auf dieser Basis und aus ökonomischer Perspektive einen Beitrag zur Diskussion um Leistungsbegrenzungen in einer obligatorischen Krankenversicherung zu leisten. Dabei soll deutlich werden, dass eine eindeutige Abgrenzung obligatorisch zu versichernder Diagnosen oder Leistungen anhand zu definierender Kriterien Vorrang haben muss vor der Rationierung von Leistungen unter heutigen Rahmenbedingungen.

II. Ökonomische Rechtfertigung einer Versicherungspflicht

Ein von den meisten Bürgern aufgrund intuitiver Gerechtigkeitsvorstellungen nachvollziehbares Ziel gesundheitspolitischer Reformbemühungen ist der Zugang zu medizinischen Leistungen unabhängig von der eigenen Leistungsfähigkeit. Dieses Ziel steht grundsätzlich nicht im Widerspruch zum ökonomischen Effizienzkriterium. Im Gegenteil: sozialer Ausgleich der Ergebnisse eines marktwirtschaftlichen Prozesses kann in begrenztem Umfang allokativ effizient sein.³ Es kommt auf die Gestaltung der Ausgleichsmechanismen an. Ohne hier eine vertiefende Analyse vornehmen zu können, soll im Folgenden zunächst von der Existenz eines bedürftigkeitsgeprüften sozialen Sicherungssystems wie der deutschen Sozialhilfe ausgegangen werden. Der subsidiäre Grundgedanke eines be-

¹ Vgl. hierzu Breyer (2003), S. 12.

² Vgl. exemplarisch Donges et.al. (2002), S. 91 ff..

³ Buchanan/Tullock (1962) leiten erstmals hinter dem Schleier der Unsicherheit verschiedene Versicherungsmotive ab, die eine soziale Absicherung mindestens auf existenzsicherndem Niveau allgemein zustimmungsfähig erscheinen lassen. Vgl. hierzu Watrin (1996).

dürftigkeitsgeprüften Systems erfordert, dass die gesellschaftliche Unterstützung erst dann einsetzt, wenn der Bürger alle ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten genutzt hat, die Bedürftigkeit zu vermeiden. Da notwendige medizinische Leistungen häufig ohne vorherige Prüfung der Zahlungsfähigkeit erbracht werden, impliziert dies eine Pflicht für alle Bürger, einen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen.⁴ Anderenfalls bestünde bei sehr niedrigem Einkommen oder einer sehr niedrigen Einschätzung des eigenen Erkrankungsrisikos ein starker Anreiz, zu Lasten des gesellschaftlichen Unterstützungssystems auf die Versicherung des Krankheitskostenrisikos zu verzichten.⁵ Die Versicherungspflicht erfüllt damit zwei gesellschaftliche Funktionen: Erstens wird das soziale Mindestsicherungssystem vor einer übermäßigen, ungerechtfertigten Inanspruchnahme geschützt. Zweitens wird für alle Bürger gleichermaßen eine qualitativ hochwertige und effiziente medizinische Versorgung gewährleistet.⁶

Die hierzu notwendige Versicherungspflicht umfasst neben dem Pflichtleistungskatalog aus dem gleichen Grund auch die obligatorische Absicherung gegen Prämienvariationen im Zuge der Alterung oder einer verschlechterten Morbidität. Hieraus folgt keineswegs die Forderung nach einer einheitlichen Prämie (der sogenannten Kopfpauschale). Die Versicherungen konkurrieren über risikoäquivalente Prämien und portable risikoangepasste Altersrückstellungen um die Versicherten. Da der erste Eintritt in die Versicherung üblicherweise bei Geburt erfolgt, sind Prämien differenzierungen zwischen einzelnen Versicherten einer Versicherung in den ersten Jahren nicht zu erwarten. Später sind allerdings Prämienvariationen als Ausdruck unterschiedlicher Effizienz der (von den Eltern) gewählten Krankenversicherungen zu erwarten. Eine alters- oder morbiditätsbedingte Prämien differenzierung ist aufgrund der Portabilität risikoangepasster Altersrückstellungen hingegen nicht zu befürchten.⁷ Ferner ist es notwendig, dass die Versicherer über eine weitgehende Vertragsfreiheit mit den Leistungsanbietern verfügen, um die notwendigen Kontroll- und Steuerungsfunktionen im Leistungsgeschehen effizient erbringen zu können.

Gleichzeitig bedeutet die Einführung bzw. Existenz einer generellen Versicherungspflicht in einem leistungsfähigkeitsorientierten Steuersystem, dass die Beiträge zur Krankenver-

⁴ Alternativ besteht die Möglichkeit, der Pflicht zur Absicherung von Krankheitskosten durch ein hinreichend hohes gesperrtes Vermögen nachzukommen. Ein ähnlicher Weg wird in einigen Ländern mit sog. medical saving accounts gegangen (vgl. Schreyögg [2003]). Diese Variante wird hier nicht weiter verfolgt.

⁵ Vgl. hierzu v. Hayek (1991), S. 377: „[V]ielleicht spricht auch einiges dafür, sie [die Krankenversicherung, Anm. d. Verf.] obligatorisch zu machen, weil viele, die auf diese Weise für sich vorsorgen können, sonst der Allgemeinheit zur Last fallen würden.“

⁶ Dieses Ziel wird ökonomisch von einigen Autoren mit dem Argument der psychischen Externalität allokativ begründet. Vgl. im Zusammenhang mit der Rationierungsdiskussion Wambach (2003), S. 25 ff, und die dort zitierte Literatur. Ein weiteres Argument für die Versicherungspflicht wird in der Vermeidung negativer Auslese aufgrund bestehender Informationsasymmetrie gesehen. Vgl. als Überblick zu beiden Argumenten Breyer et.al. (2003), S. 170 f. resp. 178 ff.

⁷ Jankowski/Zimmermann (2004) zeigen, dass durch dieses Verfahren ein funktionsfähiger Wettbewerb auf einem privaten Krankenversicherungsmarkt etabliert werden kann, der keinen Raum für ineffiziente Risikoselektion belässt, starke Anreize zu Prävention liefert und daher kollektiv-äquivalent finanzierten Systemen mit Risikostrukturausgleich überlegen ist. Vgl. auch Meyer (1992), S. 189 ff.

sicherung von der Steuerbemessungsgrundlage abziehbar sein müssen. Steuerbare Leistungsfähigkeit liegt erst dann vor, wenn sowohl lebensnotwendige Ausgaben⁸ als auch durch staatliche Vorgaben unausweichliche Ausgaben – also z.B. Versicherungsbeiträge, die das Existenzminimum absichern – gedeckt sind. Dieses steuerfreie Existenzminimum determiniert gleichzeitig die Höhe des Einkommensniveaus, ab dessen Unterschreitung die ergänzende Sozialhilfe gezahlt wird. Damit kann gewährleistet werden, dass jeder Bürger die von ihm zu tragenden Krankenversicherungsaufwendungen auch auf einem privaten, nach dem Kriterium der individuellen Äquivalenz gestalteten Krankenversicherungsmarkt leisten kann.

Mit der Versicherungspflicht ist zwangsläufig die Festlegung der Leistungen verbunden, die von jedem Versicherten mindestens abgesichert werden müssen. Häufig wird die mit der Begrenzung auf Basisleistungen drohende Zwei-Klassen-Medizin – also eine systematische Diskriminierung derjenigen, die sich nur dieses Leistungspaket leisten können – kritisiert. Diese Sichtweise dreht freilich die Logik des ökonomischen Argumentes um. Die Abgrenzung der Leistungen erfolgt nicht, weil sich der Staat (also die Gesellschaft) aus der Verantwortung gegenüber dem Einzelnen zurückziehen möchte oder muss. Die Abgrenzung des Mindestleistungskatalog ist notwendig, damit der Einzelne die Verantwortung für sein Handeln – hier: die Vorsorge für die Kosten notwendiger medizinischer Leistungen – nicht auf die Gesellschaft abwälzen kann; obgleich Eigenvorsorge möglich gewesen wäre. Leistungen unterliegen nicht der Versicherungspflicht, wenn hinreichend gut begründet werden kann, dass die Bürger diese Leistungen eigenverantwortlich erbringen können. Mit anderen Worten: Aufgabe der obligatorischen Krankenversicherung ist es nicht, jedes Leid zu lindern, sondern lediglich jenes Leid, welches in der Gesellschaft als nicht hinnehmbar empfunden wird, dessen finanzielle Folgen also bei fehlender Zahlungsfähigkeit durch die gesamte Gesellschaft getragen würden. Die im Folgenden vorzunehmende Abgrenzung von Kriterien zur Definition eines Pflichtleistungskataloges folgt dieser grundlegenden Rechtfertigung einer obligatorischen Krankenversicherung im Rahmen des skizzierten Versicherungsmodells.

These 1: Der Umfang des zu versichernden Leistungspaket in der obligatorischen Krankenversicherung richtet sich nach dem Umfang der für die Leistungsschwächsten der Gesellschaft in Notlagen von der Gesellschaft finanzierten Leistungen.

⁸ Hier definiert als sozio-kulturelles Existenzminimum.

III. Zu versichernde Risiken in einer obligatorischen Krankenversicherung

Grundsätzlich können alle Leistungen oder Diagnosen versichert werden, deren Eintritt oder Zeitpunkt des Eintritts ungewiss ist. Die meisten medizinischen Leistungen oder Diagnosen zählen zu diesem Bereich. Die Festlegung einer Versicherungspflicht erfordert aber gleichzeitig die Bestimmung des Leistungskataloges, von dessen Absicherung sich niemand ausnehmen kann. Aus ökonomischer Sicht sind der obigen Argumentation folgend all jene Leistungen obligatorisch abzusichern, deren – unvermeidbare – Inanspruchnahme ohne Versicherung über kurz oder lang zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führen könnte. Dieses Kriterium eröffnet ein weit über medizinische Notfall-Behandlungen hinausgehendes Spektrum zu versichernder Leistungen, das im Folgenden ausführlicher diskutiert wird.

Bei der Definition des Leistungskataloges können zwischen Prävention und Pflegeleistungen unterschiedliche Behandlungsstadien unterschieden werden, die im bestehenden Sozialgesetzbuch teilweise verschiedenen Institutionen zugeordnet werden. Ferner ist zu unterscheiden zwischen dem unmittelbaren Kostenrisiko aufgrund notwendiger diagnostischer und therapeutischer Behandlungen einerseits und dem Einkommensrisiko aus der (vorübergehenden) Erwerbsunfähigkeit andererseits. Neben der Rechtfertigung einer obligatorischen Absicherung der einzelnen Elemente soll geprüft werden, ob eine institutionelle Trennung oder Zusammenführung eine höhere Effizienz des Gesamtsystems vermuten lässt – und somit eine potentielle Ursache für unerwünschte Leistungsbeschränkungen vermieden bzw. abgebaut werden könnte.

1. Die Definition des Leistungskataloges im Sozialgesetzbuch

Bereits im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Abgrenzung des Pflichtleistungskataloges notwendig, da auch in der GKV bestimmt werden muss, wann die Versicherungspflicht erfüllt ist. Das Dritte Kapitel des SGB V enthält daher Vorschriften über die versicherten Leistungsblöcke der GKV. Diese Vorschriften sind allerdings nicht als Verpflichtung sondern als Anspruch auf Prävention, Krankenbehandlung, Rehabilitation und Krankengeld formuliert. Häufiger Kritikpunkt an diesem Leistungskatalog ist das Einbeziehen sogenannter versicherungsfremder Leistungen. Hierzu zählen Beske et.al. (1996), S. 17 ff., etwa verschiedene fortpflanzungsmedizinische Leistungen oder Sterbegeld. Ohne ein vorschnelles Urteil fällen zu wollen (dies kann letztlich erst nach Herleitung von Beurteilungskriterien geschehen), kann etwa das Sterbegeld tatsächlich als versicherungsfremd bezeichnet werden. Die Aufwendungen hierfür sind für jeden Bürger absehbar und Eigenvorsorge im Rahmen der üblichen Leistungsfähigkeitskriterien möglich. Weitere Vorschriften zur medizinischen Leistungserbringung im weitesten Sinne sind in den Sozialgesetzbüchern VII (Unfallversicherung), IX (Rehabilitation und Teilha-

be) und XI (Pflegeversicherung) enthalten. Hier bestehen oftmals Abgrenzungsprobleme und es ist von Anreizen zur Lastverschiebung auszugehen.

Dem Wirtschaftlichkeitsgebot von § 12 SGB V folgend sind jeweils Leistungen Bestandteil des GKV-Kataloges, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, die gleichzeitig das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ärztevertreter sehen sich hier allerdings dem Problem gegenüber, dass sie aus dem Begriffspaar „notwendig und ausreichend“ keine Einschränkung der Leistungspflicht ableiten können. Für Hege (2001) ist ärztliches Wissen auf die Entscheidung beschränkt, wo Therapie nicht möglich ist. Die Notwendigkeit der Therapie folgt für ihn aus der subjektiven Einschätzung einer Notlage, die den im SGB V festgeschriebenen Anspruch auf Heilung, Früherkennung, Linderung und Verhütung begründet. Dass der Arzt im Falle der Notwendigkeit immer auch das Ausreichende leistet, ist für ihn eine unter anderem in der Berufsethik begründete Selbstverständlichkeit.⁹

Den unbestimmten Rechtsbegriffen versucht der Gesetzgeber durch den Auftrag zur Konkretisierung des Leistungsgeschehens an den Gemeinsamen Bundesausschuss Herr zu werden. Die Vorgängerinstitutionen, der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen sowie der Ausschuss Krankenhaus, versuchten die Begriffe zu operationalisieren, indem therapeutischer und diagnostischer Nutzen anhand evidenzbasierter Studien zur Effektivität der jeweiligen Leistung beurteilt wurden. Ferner wurden bei den Fragen der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Vergleich des Zusatznutzens bzw. der Kosten neuer Methoden mit dem Nutzen bzw. den Kosten alter Methoden in den Vordergrund gestellt.¹⁰ Künftig werden Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bei den Entscheidungen Berücksichtigung finden. Damit ist zwar die Auswahl bestimmter Leistungen kriteriengeleitet. Die quasi-monopolistische Auswahl durch den Gemeinsamen Bundesausschuss trägt allerdings der Vielfalt diagnostischer und therapeutischer Methoden zu wenig Rechnung. Die Verfahren sind langwierig und im Rahmen der Beurteilung ist Raum für die Berücksichtigung von Partikularinteressen.¹¹ Die Auswahl obligatorisch abzusichernder Leistungsblöcke hingegen erfolgt nicht kriteriengeleitet, sondern sie wurden im SGB V gesetzlich festgelegt. Darin liegt die Gefahr, dass einerseits Leistungen ausgeschlossen werden, die nach allgemein zustimmungsfähigen Kriterien gerechtfertigt werden könnten, andererseits könnten – wie die Diskussion um vermeintlich versicherungsfremde Leistungen zeigt – Leistungen bezahlt werden, die sich unter Anwendung dieser Kriterien nicht rechtfertigen ließen. Unabhängig davon, ob das in Abschnitt I skizzierte Versicherungsmodell durchsetzbar ist, oder ob sich die Politik (wenn überhaupt) auf ein anderes Reformkonzept einigt, scheint die Überarbeitung des Sozialgesetzbuches dahingehend erforderlich, dass sich die gesetzlichen Regeln auf die Festlegung der Versicherungspflicht für einen näher zu bestimmenden Pflichtleistungskata-

⁹ Vgl. etwa Hege (2001), S. A 234, der das genannte Begriffspaar aus ärztlicher Sicht als „weißen Schimmel“ bezeichnet.

¹⁰ Vgl. Niebuhr et.al (2003), S. 13 f..

¹¹ Vgl. hierzu die Beispiele bei Niebuhr et.al. (2003), S. 16 ff..

talog beschränken. Einzelne Leistungsblöcke, Diagnosen oder Leistungsarten sollten dann in einer interessenunabhängigen Institution von Fachleuten festgelegt, nicht aber von Interessenvertretern (eines Teils) der jeweilig betroffenen Berufsstände verhandelt werden.

These 2: Leistungsblöcke werden heute ohne Bezug auf nachvollziehbare Kriterien per Gesetz festgelegt. Die Kriterien zur Definition des Leistungskataloges im Sozialgesetzbuch sind teilweise diffus. Das Verfahren zur Bewertung von Leistungen anhand dieser Kriterien erlaubt interessengeleitete Einflussnahme.

2. Von Prävention bis Pflege

Die verschiedenen medizinischen Güter und Leistungen lassen sich grob nach dem Krankheitsstadium ordnen. In einem ersten Schritt sind präventive Maßnahmen zu nennen. Hierzu gehören Aufklärung über Gesundheitsrisiken als schwächste Form, allgemeine Vorsorgeprogramme zur Reduzierung der Eintrittswahrscheinlichkeit weit verbreiteter „Volkskrankheiten“, die Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen mit ggfs. angeschlossenen Maßnahmen zur Reduzierung der Eintrittswahrscheinlichkeiten spezifischer Krankheiten für die beim Untersuchten eine überdurchschnittliche Risikodisposition festgestellt wurde, bis hin zu Impfungen zur Vermeidung des Erkrankungsausbruch und zur Epidemiebekämpfung. Die nächste Stufe umfasst die Behandlung von akuten und chronischen Leiden, gefolgt von rehabilitativen Leistungen. Als letzte Stufe sind Pflegeleistungen zu betrachten, die zwar gegenwärtig in einer separaten Versicherung abgesichert werden, für deren Absicherung innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung aber gute Gründe gefunden werden können.

a) Prävention

Die derzeitige politische Diskussion um ein Präventionsgesetz weist in die falsche Richtung. Nicht alles, was Krankheit vermeidet bzw. deren Eintrittswahrscheinlichkeit reduziert muss zwangsläufig von der Gesellschaft finanziert werden. Für den Einzelnen wünschenswert ist zunächst das, was in seiner Bewertung jeweils einen Nutzen stiftet, der mindestens seinen Opportunitätskosten – also den Kosten des Verzichtes auf alternative Verwendungsmöglichkeiten knapper Ressourcen wie z.B. Geld, Zeit o.ä. – für die jeweilige Maßnahme entspricht. Die Beispiele dafür, dass sich die Bürger auch im Umgang mit ihrer Gesundheit entsprechend verhalten sind unzählig und sollen hier nicht wiederholt werden. Grundsätzlich sorgt die individuelle Abwägung für den hierzu notwendigen Ausgleich zwischen den Preisen für angebotene Güter und marginaler Zahlungsbereitschaft. Damit sorgt das Eigeninteresse für das höchstmögliche Maß an Nutzenerzielung – sofern die Funktionsfähigkeit der Märkte nicht durch inhärente Mängel oder rechtliche Rahmenbedingungen eingeschränkt wird.

Eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus kann hinsichtlich der Nachfrage nach Maßnahmen zum Zwecke der Epidemieeindämmung festgestellt werden. In das individuelle Nachfragekalkül werden lediglich die Nutzen aus der Vermeidung der eigenen Erkrankung den Opportunitätskosten in Form von Behandlungskosten, Zeitaufwand und ggfs. anderen Unannehmlichkeiten der Behandlung gegenübergestellt. Der Nutzen, der dadurch erwächst, dass mit jeder zusätzlichen Impfung auch die Erkrankungswahrscheinlichkeit aller anderen Bürger reduziert wird, bleibt im individuellen Kalkül unberücksichtigt. Allokationstheoretisch ist damit die notwendige Bedingung für einen staatlichen Eingriff in marktliche Austauschprozesse erfüllt.¹² Dieser staatliche Eingriff könnte nun in Form eines Zuschusses oder einer vollständigen Kostenübernahme aus Steuermitteln erfolgen. Dadurch würde das individuelle Entscheidungskalkül dahingehend geändert, dass zumindest die unmittelbaren Behandlungskosten als Entscheidungsparameter reduziert würden bzw. entfielen. Da aber das für die Finanzierung unter dem Gesichtspunkt der fiskalischen Äquivalenz relevante Kollektiv mit der Gesamtheit der Versicherten übereinstimmt (Annahme: allgemeine Versicherungspflicht für alle Bürger), kann diese Aufgabe zu vermutlich geringeren Kosten auch von den Krankenversicherern übernommen werden. Eine Versicherungspflicht beispielsweise für Impfungen zum Zwecke der Epidemiebekämpfung kann also gerechtfertigt werden.¹³

Darüber hinaus sind präventive Leistungen als verpflichtender Bestandteil einer obligatorischen Versicherung abzulehnen, wenngleich sie nicht ausgeschlossen sind. Zunächst verursacht Prävention Kosten, ohne dass eine Notlage vorliegt, wie sie oben zur Begründung der Versicherungspflicht herangezogen wurde. Insofern erscheint eine Aufnahme in einen Mindestleistungskatalog fragwürdig. Leistungen deren heutige Kosten geringer sind, als die abgezinsten erwarteten Erträge in Form geringerer künftiger Leistungsausgaben, die langfristig also ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Versicherung aufweisen, werden den Versicherten als Wahlleistungen mit entsprechenden finanziellen Anreizen angeboten, da auf diesem Weg Wettbewerbsvorteile durch günstigere Ausgabenstrukturen erzielt werden können. Eine verpflichtende Aufnahme dieser Leistungen in einen obligatorisch abzusichernden Pflichtleistungskatalog ist folglich nicht notwendig, da sie am Markt auch ohne administrative Regelungen angeboten werden.

Leistungen, die in erster Linie zu einer Verbesserung der Lebensqualität oder mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu einer Lebensverlängerung führen, ohne eine Entlastung der Versichertengemeinschaft durch geringere erwartete Leistungsausgaben in der Zukunft zu ermöglichen, liegen ausschließlich im Eigeninteresse und damit in der Eigenverantwortung des Versicherten. Sie sind daher ebenfalls nicht notwendiger Bestandteil eines Mindestleistungskataloges, sondern würden bei einer obligatorischen Absicherung

¹² Vgl. Breyer et.al. (2003), S. 169 f..

¹³ Je nach Höhe der gesellschaftlichen Kosten einer Epidemie kann über weitergehende staatliche Maßnahmen nachgedacht werden. Unter bestimmten Umständen (Seuchengefahr bei hochgradig lebensbedrohlichen Krankheiten) muss das gesellschaftliche Wohl möglicherweise sogar gegen die individuelle Entscheidungsautonomie abgewogen werden.

im Gegenteil zu einer Vergesellschaftung von Kosten für individuell zurechenbare konsumtive Leistungen führen.

Notwendige Bedingung für diese Einschätzung ist, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Krankenversicherungsmarkt den Wettbewerb nicht dahingehend verzerren, dass keinerlei Anreize für Prävention mehr bestehen. Werden etwa die potentiellen Erträge aus der „Investition“ in Prävention durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vergesellschaftet, besteht für die im Wettbewerb stehenden Krankensicherer kein Anreiz mehr, effiziente – d.h. in diesem Fall die erwarteten Kosten senkende – präventive Maßnahmen durchzuführen.¹⁴ Auf dieses Problem sollte allerdings durch eine Anpassung der Rahmenbedingungen des Versicherungswettbewerbs reagiert werden und nicht durch den Zwang zur Absicherung bestimmter präventiver Maßnahmen.

These 3: Die Aufnahme einer Verpflichtung zur Versorgung mit präventiven Leistungen in einen obligatorischen Leistungskatalog lässt sich ausschließlich für Leistungen mit dem Ziel der Epidemiebekämpfung rechtfertigen.

b) Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen

Ganz abstrakt können im Zusammenhang mit akuten oder chronischen Erkrankungen sämtliche notwendigen Leistungen als sicherer Bestandteil des Mindestleistungskataloges gelten, die jedem Bürger ohne Ansehen seiner Zahlungsfähigkeit zugestanden werden müssen. Weniger abstrakt sind dies vor allem die Leistungen, die unmittelbar oder mittelbar tödliche Gefahren abwenden können. Hierzu gehören also notfallmedizinische Leistungen ebenso wie die Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen.

In diesem Zusammenhang wird stellenweise gefordert, Leistungsbereiche auszunehmen, die auf individuelles (Fehl-)Verhalten zurückzuführen sind. Beispielhaft angeführt werden kann in diesem Zusammenhang die Forderung, für Raucher die Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten oder von bestimmten Krebsleiden von der Finanzierung durch eine obligatorische und damit über den Steuer-Transfer-Mechanismus sozial abgesicherte Krankenversicherung auszunehmen. Auch Unfälle in Folge der Ausübung von Risikosportarten sollen begründet mit dem Verschuldensargument aus der obligatorischen Versicherung herausgenommen werden. Die Definition des Leistungsspektrums dürfte aber bereits durch die Frage erschwert werden, was Risikosportarten sind und welche Sportarten im Gegenteil gesundheitsförderlich sind.

Darüber hinaus dürfte es in der Gesellschaft nicht zustimmungsfähig sein, dass Notleidende zunächst daraufhin untersucht werden, ob die Notlage selbst verschuldet ist und wenn dies der Fall sein sollte, ob hinreichendes Einkommen oder Vermögen oder ein entsprechender Versicherungsschutz zur Übernahme der Behandlungskosten vorliegt. Selbst für

¹⁴ Vgl. Jankowski/Zimmermann (2004), S. 10 f..

den Fall, dass all dies nicht gegeben ist, dürfte es der medizinischen Ethik ebenso wie der rechtlichen Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notlagen widersprechen, wenn Hilfebedürftige aufgrund mangelnder Zahlungsfähigkeit ihrem im Grenzfall tödlichen Schicksal überlassen werden. Sollte sich die Selbsthilfebefähigung durch die unzureichende Behandlung von Unfallfolgen oder Erkrankung so stark einschränken, dass mit anschließendem Sozialhilfebezug gerechnet werden muss, könnte sich die Gesellschaft ferner einen Bären dienst erweisen, da die Kosten der unterbliebenen Hilfeleistungen dann auf diesem Weg sozialisiert würden.

Wenn die Leistungen hingegen erst erbracht würden, sich dann im Anschluss aber die mangelnde Zahlungsfähigkeit des Patienten herausstellte, so wäre ebenfalls eine Sozialisierung der Kosten die Folge. Zwar könnte argumentiert werden, dass man der Sozialisierung der Behandlungskosten die Sozialisierung der Kosten durch versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen gegenüberstellen muss. Da sich aber zumindest letztere Kostenkategorie kaum seriös quantifizieren lassen dürfte, kann an dieser Stelle keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, welche der beiden Kostenkategorien schwerer wiegen. Eine abschließende Beurteilung einer Versicherungspflicht für nachvollziehbar selbstverschuldet oder „fahrlässig herbeigeführte“ Notfälle kann allein auf der Basis dieses Arguments nicht vorgenommen werden.

Problematisch ist weiterhin die Abgrenzbarkeit von eigenem Verschulden und zufälligem Eintritt. Zumindest bei dem jetzigen Stand der diagnostischen Möglichkeiten dürfte es schwer fallen, in allen Fällen jeweils zweifelsfrei nachzuweisen, ob eine Verletzung eine reine Unfallfolge oder zumindest auch teilweise auf eine zufällige, bisher unbekannte Krankheitsdisposition zurückführbar ist, oder ob eine Erkrankung verhaltensbedingte oder zufällige Faktoren als maßgebliche Ursache hat. Die genannten Probleme sprechen unseres Erachtens gegen eine Ausgliederung von Leistungen nach dem Kriterium „Verschulden des Leistungseintritts“.

Die unerwünschten Verhaltensänderungen durch den Abschluss der Versicherung wird man mit Hilfe von Selbstbehaltregeln zumindest reduzieren können. Eine Versicherung induziert zwangsläufig Verhaltensänderungen bei den Versicherten, da sie für ihr kosten erzeugendes Verhalten nicht mehr den vollständigen Preis zu zahlen haben, sondern die Kosten von der Versicherung (zu einem großen Teil) erstattet bekommen. Damit werden vermeidbare Ausgaben für die Einzelnen kaum spürbar auf die Versichertengemeinschaft überwältigt, die Gesamtausgaben für Gesundheitsdienstleistungen liegen höher als in einem Zustand ohne Versicherung(spflicht). Selbstbeteiligungen sind daher in Versicherungssystemen notwendig, um eine übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund scheinbar kostenloser Inanspruchnahme zu vermeiden. Sie stellen insofern keine Rationierung dar, sondern sind im Gegenteil der Versuch, die preisverzerrenden Wirkungen einer Versicherung teilweise aufzuheben (siehe Abschnitt I).¹⁵

¹⁵ Weitere Ausführungen zu Selbstbeteiligungen in optimalen Versicherungsverträgen finden sich bei Breyer et.al. (2003), Kap. 6. Kriterien für die Gestaltung von Selbstbeteiligungen in einer obligatorischen Krankenversicherung entwickeln Donges et.al. (2002), S. 84 ff.

Im Bereich zwischen theoretischer Versicherbarkeit und die physische Existenz sichernden Leistungen liegt das Problem der Bestimmung der Leistungen im Rahmen der Versicherungspflicht. Auf der Basis der oben hergeleiteten Begründung für eine obligatorische Krankenversicherung kann diesbezüglich ein weiteres Kriterium abgeleitet werden. Bei einer dynamischen Betrachtung müssen über die Leistungen zur Sicherung der physischen Existenz zu einem bestimmten Zeitpunkt hinaus zweifelsfrei auch solche Leistungen versichert werden, die geeignet sind, eine dauerhafte Hilfebedürftigkeit im Sozialhilfesystem abzuwenden. Es sind also zusätzlich Leistungen zu versichern, die eine Befähigung zur Selbsthilfe durch eigenständige Erwerbstätigkeit wieder herstellen können bzw. einen Verlust der Selbsthilfebefähigung vermeiden können.¹⁶ Darüber hinaus könnte ähnlich wie bei präventiven Leistungen argumentiert werden: Leistungen zum Erhalt der Eigenständigkeit würden von den Versicherern getragen, sofern sich dadurch der Übergang in eine kostenintensivere Abhängigkeit von Pflegeleistungen vermeiden ließe. Für eine Aufnahme von Leistungen mit Ziel der Erhaltung der Eigenständigkeit in den Pflichtleistungskatalog spricht allerdings, dass die Aufrechterhaltung dieser Eigenständigkeit, also die möglichst weitgehende Unabhängigkeit von der Hilfe Dritter ein gesellschaftlich weitgehend anerkannter Wert und damit vertragstheoretisch begründbar zu sein scheint. Das würde bedeuten, dass derartige Behandlungen ohne Ansehen der Zahlungsfähigkeit von der Gesellschaft getragen würden. Insofern gelten Leistungen, die eine entsprechende Unabhängigkeit von der Hilfe Dritter ermöglichen, als sichere Kandidaten für den Pflichtleistungskatalog mit dem sichergestellt wird, dass leistungsfähige Bürger die Kosten nicht auf die Gesellschaft abwälzen können.

Die Behandlungen von Krankheiten, die üblicherweise durch die Selbstheilungskräfte des Körpers in überschaubarer Zeit und zufriedenstellender Weise kuriert werden, oder solche deren Behandlung zwar medizinisch möglich ist, bei denen der Verzicht auf Behandlung aber nicht zur Vergesellschaftung von Kosten führt, können aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen werden. Eindeutig sind dies Maßnahmen, die tendenziell „konsumtiven“ Charakter haben, deren Inanspruchnahme nicht stochastisch ist sondern auf individuellen Wahlhandlungen beruht, also beispielsweise die meisten kosmetischen Operationen. Eine Operationalisierung dieses Kriteriums fällt darüber hinaus jedoch schwer. Aus ökonomischer Sicht könnte die Preiselastizität der Nachfrage, also die Reaktion der Nachfrage auf geänderte Preise zumindest als Indiz hierfür gelten. Eine sehr niedrige Preiselastizität der Nachfrage wäre etwa bei der Linderung extremer Schmerzen (deren Empfinden allerdings wiederum eine subjektive und damit schwer nachvollziehbare Kategorie ist) zu erwarten.

¹⁶ Vgl. hierzu auch § 1 SGB IX: „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ Der an das Kriterium der Teilhabe oder Selbsthilfebefähigung geknüpfte Leistungsanspruch wird im Sozialgesetzbuch lediglich in Buch XIV explizit formuliert. In Buch V zur Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in Buch VII zur Gesetzlichen Unfallversicherung wird eine Eingrenzung der Leistungen anhand bestimmter Kriterien bislang nicht vorgenommen. Hier finden sich lediglich „weiche“ Vorgaben wie beispielsweise „medizinisch notwendig“ oder „wirtschaftlich“. Vgl. Abschnitt III. 1.

Eine äußerst geringe Preiselastizität dürfte auf eine absolut lebensnotwendige Leistung hindeuten und spricht folglich für eine Aufnahme in den Mindestleistungskatalog. Eine hohe Preiselastizität hingegen dürfte den weitgehend konsumtiven Charakter der jeweiligen Leistungen widerspiegeln und spräche daher für den Ausschluss der Leistung aus einem obligatorischen Leistungskatalog.¹⁷ Beispielhaft können hier verschiedene Leistungen der Fortpflanzungsmedizin genannt werden, der allerdings eindeutig abzugrenzen ist von Leistungen der Geburtsvorbereitung und –hilfe.¹⁸ Letztlich stößt die Ökonomie mit diesem Bereich an ihre Grenzen, die Lösung des weiteren Abgrenzungsproblems bedarf einer ausgiebigen gesellschaftlichen Diskussion um eine weitergehende Konkretisierung des Leistungskataloges.

These 4: Leistungen aus dem Bereich der Akut-Behandlung lassen sich rechtfertigen soweit sie medizinische Notfälle betreffen, mittelbar oder unmittelbar drohende Lebensgefahren abwenden oder verringern können, zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit von (potentiellen) Erwerbspersonen und zur Sicherung der Eigenständigkeit von nicht (potentiell) Erwerbstätigen dienen. Weiterhin sind symptomlindernde Maßnahmen zu versichern, sofern eine niedrige Preiselastizität hinsichtlich der Leistungsanspruchnahme unterstellt werden kann.

c) Rehabilitation und Pflege

Zum Katalog der Krankheitsfolgekosten gehören sämtliche Ausgaben, die ihre Ursache in der Abwendung von gesundheitlichen Schäden aufgrund von Erkrankungen und/oder Verletzungen haben. Hierzu zählt nicht allein die Wiederherstellung eines bestimmten Gesundheitszustandes durch medizinische Akut-Behandlungen. Auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Pflegeleistungen haben ihren Ursprung in Krankheiten und die Struktur des Eintrittsrisikos entspricht weitgehend dem Erkrankungs- und Verletzungsrisiko. Neben Akut-Leistungen liefert das Kriterium der Vermeidung von Freifahrerverhalten zu Lasten der Sozialhilfe auch eine Rechtfertigung zur Aufnahme von Rehabilitationsleistungen in den Pflichtleistungskatalog. Leistungen der medizinischen Rehabilitation ermöglichen in vielen Fällen erst wieder die Aufnahme eigenständiger Erwerbstätigkeit und damit der Chance zur Erfüllung der subsidiären Selbsthilfeverpflichtung. Dies gilt allerdings nur dann, wenn im Falle unterbliebener Rehabilitationsleistungen tatsächlich die Gefahr der Abhängigkeit von der Gesellschaft gegeben ist. Rehabilitationsleistungen,

¹⁷ U.a. von Schreyögg (2003) werden einige empirische Ergebnisse zur Preiselastizität einzelner Leistungsbereiche vorgestellt, in diesem Fall im Zusammenhang mit der Abgrenzung von Hochrisikoversicherung und Medical Savings Accounts.

¹⁸ In diesem Fall ist zwar einerseits auch von individuellen Wahlhandlungen der Eltern auszugehen, andererseits ist hier ein besonderes Schutzbedürfnis des ungeborenen Lebens zu unterstellen, das eine Versicherungspflicht für entsprechende Leistungen nahe legt. Insofern könnten Maßnahmen der Geburtsvorbereitung und –hilfe gedanklich bereits dem Leistungskatalog der Versicherung für das Neugeborene zugeordnet werden.

die nicht lediglich auf die Wiedererlangung der Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Tätigkeiten abzielen, sondern darüber hinaus die Erwerbsfähigkeit sicherstellen sollen, können daher für Rentenbezieher ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang dürfte also die in der Diskussion um altersbezogene Rationierung von einigen Autoren¹⁹ diskutierte Leistungsbegrenzung – hier: bei Rentenbezug – gerechtfertigt sein, ohne dass explizit von Rationierung gesprochen werden könnte.

These 5: Rehabilitative Maßnahmen müssen insoweit abgesichert werden, als sie die Erwerbsfähigkeit von (potentiellen) Erwerbspersonen und die Eigenständigkeit von nicht (potentiell) Erwerbstätigen sichern.

Eine dauerhafte Abhängigkeit von Sozialhilfe wird außerdem durch die Pflicht zur Absicherung von Pflegeleistungen für den Fall vermieden, dass eine Wiederherstellung der Befähigung zur Selbsthilfe nicht mehr möglich erscheint und insoweit diese Pflegeleistungen ihrerseits Leistungen sind, die in Abwesenheit einer Versicherung von der Gesellschaft ohne Ansehen der Zahlungsfähigkeit erbracht würden. Hierzu gehören Leistungen einer ambulanten oder stationären Pflege, die zur Gewährleistung eines „menschenwürdigen Lebens“ der pflegebedürftigen Person notwendig ist.²⁰ Bei stationärer Pflege ist zwischen sogenannten Hotelleistungen und pflegerischem Aufwand zu unterscheiden. Als Hotelleistung müssen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung aus den Gesamtkosten der stationären Unterbringung und Pflege herausgerechnet werden. Diese Aufgabe dürfte allerdings Schwierigkeiten bereiten, sofern die Unterbringung bauliche Besonderheiten erfordert und spezifische Einrichtungsgegenstände von Nöten sind, und sofern es einer speziellen Ernährung des Pflegebedürftigen bedarf. Eine Annäherung dürfte hier die Verwendung einer ortsüblichen Vergleichsmiete für die Hotelleistungen sowie eines geeigneten Indexes der Lebenshaltungskosten ermöglichen. Ungleich schwerer dürfte der Leistungsumfang zu bestimmen sein, der obligatorisch für die ambulante Pflege abzusichern wäre. Es dürfte sich hierbei um eine Abgrenzung handeln, die letztlich der zunehmenden Einschränkung von Fähigkeiten zur Verrichtung von Tätigkeiten zur Ernährung und zur Einhaltung bestimmter hygienischer Mindestniveaus folgt. Die heute verwirklichte Einteilung in Pflegestufen ist aus pragmatischen Überlegungen nachvollziehbar. Die Leistungshöhe kann hier selbstverständlich nicht diskutiert werden. Sofern reine Geldleistungen festgelegt werden, ist eine adäquate Indexierung notwendig, damit die Leistungen nicht – wie heute der Fall – aufgrund von Preissteigerungen für Pflegeleistungen real entwertet werden. Eine ähnliche Begründung für die Versicherungspflicht von Pflegeleistungen war

¹⁹ Exemplarisch Breyer und Schultheiss (2002).

²⁰ Ein eindeutiges Kriterium zur Definition des menschenwürdigen Zustandes dürfte allerdings schwer zu finden sein. Auch diesbezüglich ist eine gesellschaftliche Diskussion erforderlich.

auch das zentrale Argument bei der Einführung der obligatorischen Pflegeversicherung in Deutschland im Jahre 1995.²¹

These 6: Spezifische Kosten für stationäre und ambulante Pflegeleistungen müssen abgesichert werden. Dabei sind Verfahren zu entwickeln, nach denen Pflegeleistungen von reinen Hotelleistungen getrennt ermittelt und indexiert werden können.

d) Keine „Spartentrennung“ in der obligatorischen Krankenversicherung

Eine Aufteilung in unterschiedliche Versicherungssysteme – wie es für Krankheitskosten, Berufsunfälle, Rehabilitation und Pflege heute der Fall ist²² und für die Unterscheidung z.B. von Krankheitskosten und Unfallfolgekosten zeitweilig gefordert wird – ist nicht nur unnötig, sondern wirkt zusätzliche Ineffizienzen auf. Aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten ist die Zuordnung der Kostenübernahme zu den einzelnen Kostenträgern häufig problematisch und Gegenstand juristischer Auseinandersetzungen. Die auf diese Weise entstehenden Kosten belasten zwangsläufig eine der jeweiligen Versichertengemeinschaften – ohne dass es hierfür eine sachliche Notwendigkeit gäbe. Entscheidend ist aber im Zusammenhang mit dem in dieser Arbeit skizzierten Versicherungsmodell²³ der Informationsfluss und die Kostenverteilung zwischen den einzelnen Versorgungsstufen, der im Idealfall zu einer Optimierung des gesamten Behandlungsablaufes über alle Leistungsanbieter führen soll. Bei separater Versicherung kann sich die Versicherung für die jeweils vorgelagerte Leistungsebene von Belastungen befreien, indem die Möglichkeiten zur Vermeidung des Übergangs in die Folgestufe nicht optimal ausgeschöpft werden und so Kosten auf die nächste Stufe abgewälzt werden. Bei einer Integration über alle Versorgungsstufen wird diese Möglichkeit zur Externalisierung von Kosten vermieden und eine Optimierung der Behandlungsabläufe über alle Stufen erreicht. Insofern Leistungen der Akut- und Chroniker-Behandlung, Rehabilitation und Pflege also im Rahmen eines Mindestleistungskataloges obligatorisch abzusichern sind, sollte die Versicherung der Ausgaben für unterschiedliche Leistungsstufen daher von einem Versicherer gebündelt vorgenommen werden.

These 7: Zur Vermeidung ineffizienter Kostenverlagerungen und zur Optimierung von Behandlungsabläufen ist es notwendig, die heute nach den unterschiedlichen Büchern des SGB von unterschiedlichen Institutionen zu tragenden gesundheitsspezifischen Leistungen einheitlich in einem Krankenversicherungsvertrag zu versichern.

²¹ Vgl. Greiner / v.d. Schulenburg (1996), S. 111.

²² Vgl. Sozialgesetzbücher (SGB) V, VII, IX und XI.

²³ Vgl. Abschnitt II.

3. Versicherte Leistungen oder versicherte Diagnosen?

Auf der nächsten Stufe bei der Bestimmung der Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung ist die Frage angesiedelt, ob im strengen Sinne ein Leistungskatalog verbindlich vorzuschreiben ist oder ob die obligatorische Absicherung bestimmter Diagnosen oder Diagnosegruppen – bei weitestgehender Therapiefreiheit – die geeignetere Wahl ist. Aus ökonomischer Perspektive handelt es sich hierbei in erster Linie um ein Informations- oder Wissensproblem. Zwei gegenläufige Argumente müssen abgewogen werden.

Einerseits ist nicht in allen Fällen eindeutig, welche Behandlungsmethoden bei welchen Diagnosen bezogen auf die individuellen Besonderheiten der Patienten die besten Ergebnisse versprechen, das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen oder auch von den Bürgern als Behandlungsmethode präferiert werden. Soweit keine wissenschaftlich eindeutigen Aussagen zu diesen Fragen möglich sind, führt die verbindliche Vorgabe möglicherweise zu Ineffizienzen in der Behandlung, da falsche, zu teure oder nicht präferenzgerechte Behandlungsformen bestimmt werden könnten. Die fortschreitende Entwicklung von Behandlungsmethoden führt außerdem dazu, dass das mit der Festlegung beauftragte Gremium den Leistungskatalog kontinuierlich auf effizientere Alternativen überprüfen müsste. Auch hier besteht wieder das Risiko einer nicht hinreichend fundierten und die Präferenzen der Bürger verfehlenden Vorfestlegung.

Bei der Festlegung auf obligatorisch zu versichernde Diagnosen hingegen kann das Wissensproblem im Zusammenspiel zwischen Krankenversicherungen, Leistungserbringern und Wissenschaftlern im Zuge eines wettbewerblichen Entdeckungsprozesses²⁴ gelöst werden. Sofern Krankenversicherer nicht alleine über den Parameter „Preis für die Versicherungsleistung“ konkurrieren, sondern gleichzeitig durch Verträge mit Leistungsanbietern in einen Qualitätswettbewerb treten, wird dieser Qualitätswettbewerb die effizientesten Behandlungsmethoden für die einzelnen Diagnosen identifizieren und in einem innovativen Prozess zu kontinuierlichen Anstrengungen zur Verbesserung des Leistungsangebotes führen. Unterschiedliche Leistungsangebote sind in diesem Prozess die logische Folge von unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich der Kombination aus Preis und Qualität und insofern auch wünschenswert.

Andererseits überträgt sich das Wissensproblem bei der Auswahl geeigneter Behandlungsmethoden auf die Versicherten bzw. die in deren Namen handelnden Versicherungsgesellschaften. Entscheidende Frage ist, inwieweit Versicherte in der Lage sind, unterschiedliche Qualitäten hinreichend genau zu beurteilen und ob die mit einer Fehleinschätzung verbundenen – im Grenzfall existenziellen – Risiken besser durch die Festlegung von Leistungsarten durch eine zentrale Instanz überwunden werden können, als im Qualitätswettbewerb der Krankenversicherungen. Im Kern handelt es sich bei dieser Überlegung um ein Problem asymmetrischer Informationsverteilung zwischen Versicherungsanbietern und Versicherten. Theoretisch besteht die Gefahr, dass qualitativ hochwertige An-

²⁴ Vgl. exemplarisch Hayek (1969).

bieter aus dem Markt gedrängt werden, wenn es einen positiven Zusammenhang zwischen Preis und Qualität gibt und sich die individuelle Zahlungsbereitschaft aufgrund der mangelnden Beobachtbarkeit der Leistungsqualität lediglich auf durchschnittliche Qualität beschränkt. Als Folge würde sich schlechte Qualität am Markt durchsetzen.²⁵

Allerdings ist zu erwarten, dass sich im Zeitablauf geeignete Instrumente zum Abbau der Informationsasymmetrie herausbilden werden. Varianten bestehen in der Informationsbereitstellung zum einen von Seiten der Krankenversicherer und zum anderen durch unabhängige Informationsmedien. Die Glaubhaftigkeit dieser Informationsbereitstellung ist dann eine Frage des Reputationsaufbaus im Zeitablauf. Da diese Verfahren zeitaufwändig sind, können Zweifel an der Funktionsfähigkeit dieser „Informationsmärkte“ durch staatlich organisierte Anbieter – etwa im Sinne von Stiftung Warentest – die Skepsis überwinden helfen, die einem wettbewerblichen System in diesem Zusammenhang entgegengebracht wird. Eine Instanz wie das neu geschaffene Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann als unabhängiges Gremium institutionalisiert werden, um Beurteilungskriterien zu entwickeln und ggfs. eigenständige Empfehlungen auszusprechen. Da aber die Risiken aus der in einer Anfangsphase möglicherweise unzureichenden Informationsbasis der Versicherten klein gehalten werden können, dürften die Chancen durch eine stetige Verbesserung der Versorgungsqualität in der wettbewerblichen Gestaltung von Behandlungsabläufen für die gesamte Versichertengemeinschaft überwiegen. Sofern sich die steuerliche Anrechenbarkeit der Vorsorgeaufwendungen sowie die Berücksichtigung im Sozialhilfesatz nicht auf ein am niedrigsten Beitrag orientiertes Fixum beziehen, sondern eine durchschnittliche Prämie angerechnet wird, ist auch das verteilungspolitische Argument, dass sich insbesondere Einkommensschwache für billigste Verträge mit schlechter Qualität entscheiden werden, zu vernachlässigen. Auf verbindliche Vorgaben zur Behandlung einzelner Erkrankungen im Mindestleistungskatalog sollte daher zunächst verzichtet werden.

These 8: Zur Vermeidung allgegenwärtiger Wissensprobleme und ineffizienten Verzerrungen der Innovationsanreize müssen Diagnosen, nicht aber Einzelleistungen oder Behandlungsleitlinien vorgegeben werden. Der Qualitätswettbewerb der Versicherer sorgt für eine Offenlegung der für die Versicherten notwendigen Informationen über unterschiedliche Behandlungsprogramme und Leistungskataloge.

²⁵ Grundlegend Akerlof (1970)

4. Opportunitätskosten von Krankheit: Lohnfortzahlung und Krankengeld

Im Zusammenhang mit der Diskussion um das Leistungsspektrum einer obligatorischen Krankenversicherung muss auch berücksichtigt werden, dass durch Krankheit nicht allein Behandlungskosten sondern auch Opportunitätskosten durch entgangenes Arbeitseinkommen entstehen. Zur Zeit werden diese Opportunitätskosten durch die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers, also als implizite Versicherung im Arbeitsvertrag, sowie bei Überschreiten des Zeitraumes der Lohnfortzahlung durch Krankengeld getragen. Die Versicherung des Einkommensrisikos im Rahmen der Krankenversicherung ist insoweit sachlich richtig, als es sich um ein aus Krankheit resultierendes Einkommensrisiko handelt. In Abwesenheit einer Versicherungspflicht würde im Grenzfall die Gesellschaft über die Sozialhilfe zur Finanzierung dieser Krankheitsfolgekosten herangezogen. Folglich kann in Höhe der Sozialhilfe eine Versicherungspflicht begründet werden.

Bei der Bemessung der Höhe der Lohnersatzleistung sollte darüber hinaus noch berücksichtigt werden, dass es für die meisten Haushalte aufgrund langfristig eingegangener Verträge (z.B. Miete, Darlehensverpflichtungen) vermutlich schwer sein dürfte, sich kurzfristig und vorübergehend in ihren Konsumgewohnheiten dem niedrigeren Sozialhilfeniveau anzupassen. Wenn derartige Anpassungsschwierigkeiten ebenfalls zu einer Vergesellschaftung von Kosten führen könnten, dann sollte auf eine einkommensbezogene Bemessung der Lohnersatzleistung im Rahmen der obligatorischen Versicherung zurück gegriffen werden.²⁶

Um negative Anreize bei der Inanspruchnahme von Krankengeld zu vermeiden muss auch hier die Höhe der Leistung durch Formen des Selbstbehaltes wie z.B. Karenztage oder Abschläge bei der Höhe des Zahlbetrages begrenzt werden. Von der Leistungsart (Einkommensersatzleistung) her können diesbezüglich Anleihen bei der optimalen Gestaltung der Arbeitslosenversicherung genommen werden, eine Integration in die Arbeitslosenversicherung hingegen ist aufgrund gänzlich unterschiedlicher Risikostrukturen in den beiden Versicherungszweigen und wegen höherer Informationskosten nicht empfehlenswert.

Weiterhin kann bei mehreren Einkommen, flexiblen Konsumgewohnheiten, hohem Vermögen oder ähnlichem auch auf eine obligatorische Versicherung verzichtet werden. In diesen Fällen müsste der Nachweis über die Verfügbarkeit entsprechender finanzieller Mittel ausreichen. Die Leistungen einer Krankengeldversicherung dürften aufgrund des zeitlich befristeten Charakters überschaubar sein, sodass ein Verzicht auf die Absicherung bei bestimmten Einkommens- und Vermögensverhältnissen nicht zu einer zusätzlichen gesellschaftlichen Belastung führen würde. Entsprechend müssten die Versicherungsprämien zwischen Krankengeldbeziehern, Lohnfortzahlungsempfängern und privat Absicherten variieren.

²⁶ Dies würde dann zu einer Differenzierung von Prämien auch nach Einkommen und Branche führen, die allerdings dem Äquivalenzprinzip folgte.

Weniger eindeutig ist die Begründung des Krankengeldes bei der Erkrankung von Kindern oder anderen, vom Haupteinkommensbezieher unmittelbar abhängigen Personen. Mit der Erkrankung von Kindern ist kein unmittelbarer Einkommensausfall für den jeweiligen Haushalt verbunden. Ein potentieller Einkommensausfall resultiert bei für die Betreuung oder den Heilungserfolg zwingend notwendiger Anwesenheit eines erziehenden, gleichzeitig aber auch berufstätigen Elternteils. Besteht auch in diesem Zusammenhang die Gefahr, dass Krankheitsfolgekosten von den jeweiligen Eltern vergesellschaftet werden könnten, so sollte auch für diese Kostenkategorie eine Absicherungspflicht nach obigem Muster beibehalten werden.

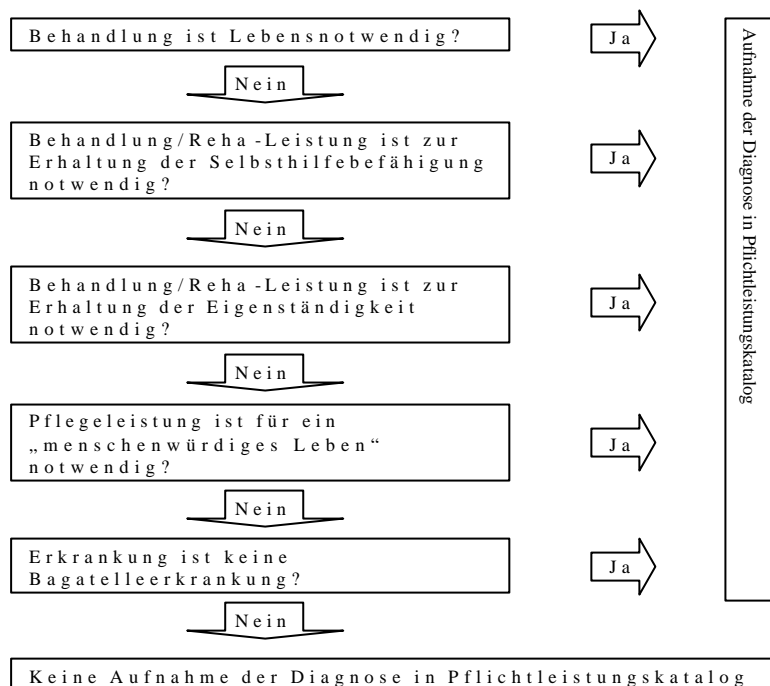
These 9: Es lässt sich festhalten, dass eine obligatorische Absicherung des Einkommensrisikos durch Krankheit begründbar ist. Diese Absicherung hat allerdings nicht zwangsläufig im Rahmen der Krankenversicherung zu geschehen, sondern kann auch als Lohnfortzahlung oder Vermögensbildung gedeckt werden. Gleiches gilt für die Versicherung des Einkommensrisikos im Krankheitsfall der Kinder.

5. Der Kriterienkatalog

Abschließend lässt sich zusammenfassen: Obligatorisch abzusichernde Krankheitsfolgekosten umfassen Kosten der Akut- und Chroniker-Behandlung, Rehabilitation und Pflege und sollten, um Interessenkonflikte zwischen einzelnen Anbietern zu vermeiden, von einem Versicherungsanbieter als Gesamtpaket abgesichert werden. Obligatorisch abzusichern sind die Behandlungen aufgrund definierter Diagnosen, nicht hingegen Einzelleistungen oder Leistungen im Rahmen von administrativ vorgegebenen Behandlungsleitlinien. Für den Mindestleistungskatalog kommen solche Diagnosen in Frage, die eine mittelbar oder unmittelbar tödliche Gefahr darstellen und Diagnosen, die zu einer dauerhaften Einschränkung der Selbsthilfebefähigung führen. Bestandteil des Mindestleistungskataloges ist auch die Absicherung des mit einer Erkrankung verbundenen Einkommensrisikos. Abbildung 1 gibt einen schematischen Überblick über die Kriterien zur Bestimmung des Leistungskataloges.

Welche Diagnosen diese Kriterien erfüllen und welche aus anderen Gründen darüber hinaus obligatorisch abzusichern sind, muss auf der Basis einer gesellschaftlichen Diskussion letztlich von einem Gremium aus von Einzelinteressen unabhängigen Experten definiert werden. Diese Diskussion muss kontinuierlich geführt werden, um die aufgrund der steigenden Lebenserwartung und möglicherweise auch durch technischen Fortschritt weiterhin ansteigenden Ausgaben für ein obligatorisches System rechtfertigen zu können und ggfs. auf weitergehende Herausforderungen an die Konkretisierung des Leistungskataloges frühzeitig reagieren zu können.

Abbildung 1: Entscheidungsabfolge bei der Bestimmung des Pflichtleistungskataloges einer obligatorischen Krankenversicherung



IV. Ist die Rationierung von Gesundheitsleistungen unausweichlich?

Die oben dargestellten Kriterien liefern einen Anhaltspunkt für die Bestimmung eines Mindestleistungskataloges. Problematisch wird die Eingrenzung dann, wenn über diese Definition hinaus Beschränkungen notwendig werden. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Aufwendungen für die soziale Unterstützung der Krankenversicherungsprämien ein gesellschaftlich erwünschtes Maß überschreiten. Ursachen hierfür können in kostentreibendem Fortschritt sowie in steigender Lebenserwartung der Bevölkerung einerseits sowie in sinkendem Wohlstand und damit einhergehend sinkender Bereitschaft zur Unterstützung Bedürftiger andererseits liegen.

Das Krankheitskostenrisiko umfasst auch die Ungewissheit über den Verlauf von Krankheitskosten aufgrund mangelnder Erkenntnisse über künftigen technischen und organisatorischen Fortschritt. Abgesehen von der Unmöglichkeit, aufgrund der Unkenntnis über künftige Entwicklungen Aussagen über die Größenordnung des Einflusses auf die Krank-

heitskosten treffen zu können, machen gegenläufige Entwicklungen selbst Aussagen in der Richtung des Einflusses unmöglich. Zwar kann für die vergangenen Jahrzehnte empirisch ein ausgabentreibender Einfluss von medizinischem Fortschritt festgestellt werden. Unklar ist allerdings, ob diese Entwicklung zwangsläufig in der Natur der medizinischen Wissenschaften liegt oder ob die Anreizstrukturen in den verschiedensten Gesundheitssystemen in erster Linie für diese Entwicklung verantwortlich sind.²⁷ Anreize zu Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen sollen hingegen dazu beitragen, dass insbesondere durch institutionelle und organisatorische Neuerungen Ausgaben reduziert werden können. Unabhängig davon, ob durch Reformen im Gesundheitswesen auch Anreize zu kostensenkenden technologischen Innovationen im Gesundheitswesen gesetzt werden, kann aufgrund der voraussichtlich gegenläufigen Effekte keine eindeutige Aussage über die Richtung der Ausgabenentwicklung abgeleitet werden.

Von der Tendenz her eindeutiger ist hingegen die Erwartung steigender Ausgaben aufgrund steigender Lebenserwartung. Das Ausmaß des Anstiegs ist davon abhängig, ob der Zuwachs an Lebensjahren in einer Verlängerung der gesunden Zeit liegt, den typischen Krankheitskostenverlauf im Lebenszyklus also streckt, oder ob der Zuwachs an Lebensjahren die im Alter stark ansteigenden Krankheitsausgaben lediglich fortschreibt, also einen weiteren exponentiell steigenden Kostenverlauf zur Folge hat. Unterstellt man, dass die Krankenversicherungsprämie auch eine Vorsorgekomponente gegen altersbedingt steigende Beiträge enthält, steigen die Krankenversicherungsprämien differenziert nach den einzelnen Geburtsjahrgänge mit steigender Lebenserwartung c.p. an.²⁸

Wenn der Lebenserwartungseffekt nicht durch einen Effizienzeffekt aufgrund von kostensenkendem technischen oder organisatorischen Fortschritt kompensiert wird, ist mit kontinuierlich wachsenden Ausgaben im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung zu rechnen. Wenn zusätzlich dieses Wachstum höher ist, als das Wachstum der für Umverteilungszwecke zur Verfügung stehenden Einkommensbasis, dann kann die Gesellschaft trotz grundsätzlicher Bereitschaft zur Unterstützung Bedürftiger aufgrund von finanziellen Engpässen zu einer Einschränkung jener Unterstützungsleistung tendieren. Dieser Fall ist nicht auszuschließen, die Lösung des Problems stellt die Gesellschaft aber vor große Probleme, da sich die Rationierung von medizinischen Leistungen dann nicht mehr vermeiden lässt. Der Rationierungsbegriff muss in diesem Zusammenhang allerdings erst sachgemäß definiert und dann vorsichtig verwendet werden. Rationierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass allen Versicherten oder bestimmten Personengruppen (bei bestimmten Diagnosen) ausgewählte Leistungen nicht zugestanden werden oder bei bestimmte Diagnosen (die obigem Kriterienkatalog genügen) gar nicht mehr behandelt werden.

Folgende Fragen müssen bei der Wahl eines Rationierungskriteriums unter anderem beantwortet werden: Welcher Gesundheitszustand soll nach der Behandlung erreicht wer-

²⁷ Vgl. hierzu Oberdieck (1998), S. 24 ff. und Pimpertz (2001), S. 177 ff..

²⁸ Ebenda, S. 74 ff. bzw. 204 ff..

den? Ein ‚natürlicher Zustand‘, der durch medizinische Maßnahmen nicht weiter verbessert werden kann oder ein Zustand, der die zum Überleben notwendigen Körperfunktionen sichert? Dürfen Kosten-Nutzen-Überlegungen eine Rolle bei der Bestimmung der Leistungen spielen? Wie wird mit medizinisch-technischem Fortschritt verfahren? Welcher Art soll die Rationierung sein (explizit/implizit, hart/weiche)?

Diese Diskussion kann in diesem Papier nicht mehr zufriedenstellend geführt werden. Nach unserer Auffassung sollten allerdings zunächst sämtliche Möglichkeiten genutzt werden, eine drohende Rationierung durch die Überprüfung des Leistungskataloges anhand nachvollziehbarer Kriterien sowie durch die Gestaltung von Rahmenbedingungen für eine effizientere medizinische Versorgung und für kostensenkenden Fortschritt zu vermeiden. Die bestehende Unsicherheit bei der Frage, welche Rationierungskriterien eine effiziente und gerechte Nutzung der dem Umfang nach administrativ bestimmten Gesundheitsressourcen erlauben, unterstützt diese Auffassung.²⁹ Hiervon ist man in der Gesundheitspolitik noch weit entfernt. Insofern lohnt es, sich bereits auf eine früher oder später drohende Rationierungsdiskussion vorzubereiten. Ob die Ökonomie hierzu überhaupt mehr beitragen kann, als auf die Folgen unterschiedlicher Rationierungsmethoden etwa auf den medizinischen Fortschritt hinzuweisen (dieser dürfte etwa bei einer harten Rationierung, also dem Verbot der Bereitstellung von Leistungen, die über die Pflichtleistungen hinausgehen, nur noch sehr eingeschränkt voranschreiten) oder Methoden zur Kosten-Nutzen-Analyse bereitzustellen und zu bewerten, ist allerdings fraglich.

V. Fazit

Mit der vorliegenden Darstellung konnte gezeigt werden, dass sich die Diskussion um die Begrenzung des Leistungskataloges einer obligatorischen Krankenversicherung versachlichen lässt, wenn man sich auf die Gründe für das Obligatorium besinnt. Auf dieser Basis lassen sich Kriterien ableiten, deren Anwendung nicht erst bei der Auswahl einzelner Leistungsarten zum Tragen kommt und damit bereits den Verdacht der Rationierung aufkommen lässt. Vielmehr kann durch die Anwendung von gesellschaftlich zustimmungsfähigen Kriterien ein versicherungspflichtiger Diagnosekatalog abgeleitet werden, innerhalb dessen die gesellschaftliche Solidarität nach Erfüllung der subsidiären Selbsthilfepflichtung gewährleistet werden kann – auch bzw. gerade in einer wettbewerblichen Ordnung des Gesundheitswesens. Ob sich allerdings eine weitergehende Rationierung von Gesundheitsleistungen im Rahmen dieses obligatorischen Diagnosekataloges verhindern lässt, muss offen bleiben. Auch wenn endlich Anreize zu einer höheren Effizienz des Gesamtsystems gesetzt würden, bestünde die Gefahr, dass durch demografische Effekte, durch medizinisch-technischen Fortschritt aber auch durch die allgemeine Wirtschaftsentwicklung Grenzen der Finanzierbarkeit des mit der obligatorischen Krankenversiche-

²⁹ Vgl. die ausführliche Diskussion bei Schmidt und Gutmann (2002), S. 14 ff.

rung verbundenen solidarischen Ausgleichs erreicht werden könnten. Ob dies jedoch sein muss, kann erst nach entsprechend grundlegenden Reformen erkannt werden.

Literatur

- Akerlof, George A. (1970): The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics* 84, S. 488 – 500.
- Beske, Fritz, Johannes F. Hallauer und Axel Olaf Kern u.M.v. Gerd Hörnemann (1996): Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen. Kiel.
- Breyer, Friedrich und Carlo Schultheiss (2002): ‚Alter‘ als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. In: Gutmann, Thomas und Volker H. Schmidt (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, S. 121 – 153. Weilerswist.
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Matthias Kifmann (2003): Gesundheitsökonomie. 3. Auflage, Heidelberg.
- Donges, Jürgen B., Johann Eekhoff, Wolfgang Franz, Wernhard Möschel, Manfred J.M. Neumann und Olaf Sievert (Kronberger Kreis) (2002): Mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Schriftenreihe des Frankfurter Instituts – Stiftung Marktwirtschaft, Bd. 39. Berlin.
- Greiner, Wolfgang und J.-Matthias Graf von der Schulenburg (1996): Leitlinien für eine Systemkorrektur in der Pflegeversicherung. In: Siebert, Horst (Hrsg.): Sozialpolitik auf dem Prüfstand – Leitlinien für Reformen, S. 111 – 147. Tübingen.
- Hayek, Friedrich A. von (1969): Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. In: Ders. (Hrsg.): Freiburger Studien. Tübingen.
- Hayek, Friedrich A. von (1991): Die Verfassung der Freiheit. 3. Aufl., Tübingen.
- Hege, Hans (2001): Die unbestimmten Rechtsbegriffe im SGB V – Die Politik muss entscheiden. *Deutsches Ärzteblatt* 98, Heft 5, S. A 233 – A 236.
- Jankowski, Markus und Anne Zimmermann (2004): Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem Deutschen Krankenversicherungsmarkt. *List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik* 30, Heft 1, S. 1 – 19.
- Meyer, Ulrich (1992): Zwei unnötige Wettbewerbshemmnisse in der Privaten Krankenversicherung. In: Bock, Teresa (Hrsg.): Sozialpolitik und Wissenschaft, S. 185 – 202. Frankfurt am Main.
- Niebuhr, Dea, Stefan Greß, Heinz Rothgang und Jürgen Wasem (2003): Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *ZeS-Arbeitspapier* Nr. 5/2003, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen. Bremen.

- Oberdieck, Veit (1998): Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung? Hamburg.
- Pimpertz, Jochen (2001): Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung. Köln
- Schmidt, Volker H. und Gernot Gutmann (2002): Einleitung. In: Dieselben (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, S. 7 – 40. Weilerswist.
- Schreyögg, Jonas (2003): Medical Savings Accounts. Baden-Baden.
- Wambach, Achim (2003): Elemente einer Basisversicherung. In: Wille, Eberhard (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, S. 21 – 39. Baden-Baden.
- Watrin, Christian (1996): James M. Buchanans Entwurf einer konstitutionellen Ökonomik. In: Pies Ingo und Karl Homann (Hrsg.): James Buchanans konstitutionelle Ökonomik, S. 253 – 271. Tübingen.