

# MEHR ORDNUNGSPOLITISCHEN MUT, BITTE!

*Peter Oberender*

*In seinem Gastkommentar für das Handelsblatt spricht sich der Bayreuther Gesundheitsökonom Prof. Peter Oberender für einen grundsätzlichen Systemwechsel in der Gesundheitspolitik aus. Die Koalition dürfe nicht länger mit der alten Stellschraubenpolitik hantieren, sondern solle mutig auf ein marktwirtschaftliches Modell und auf ein transparentes, wettbewerbliches Versicherungssystem setzen.*

Die zentralen Ziele der Gesundheitspolitik in einer marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft sind zum einen die bedarfsgerechte, zum anderen die kosteneffiziente Gesundheitsversorgung. Von beiden Zielen ist das deutsche Gesundheitssystem weit entfernt. Das gilt für die Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und die Abgrenzung zur Rehabilitation genauso wie für die Tatsache, dass wir deutlich zu viele Krankenhausbetten finanzieren. Beide Beispiele machen deutlich, dass die Probleme im institutionellen Umfeld, in den Anreizsystemen des Gesundheitswesens, zu suchen sind. Darüber hinaus sollte klar sein, dass es im Gesundheitswesen nicht um Einsparungen schlechthin gehen kann, sondern darum, mit den finanziellen Mitteln die bestmögliche Qualität zu erzielen.

Hilft dabei mehr Wettbewerb? Die Antwort ist einfach und doch nicht so eindeutig: Ja, wir brauchen mehr im Gesundheitswesen, aber wir brauchen hierbei vor allem eine eindeutige ordnungspolitische Neuausrichtung. Die zentralen Kernfragen lauten deshalb: Wollen wir - erstens - ein transparentes, wettbewerbliches Versicherungssystem? Nur wenn die Bürger die tatsächlichen Belastungs- und Begünstigungswirkungen der diskutierten Finanzierungssysteme kennen, können sie die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in rationaler Weise beeinflussen. Es ist deshalb nötig, dass sich die Politik darauf festlegt, die Transparenz der Finanzierung zu erhöhen, auch wenn damit die gegenwärtig vorherrschende „Stellschraubenökonomie“ aufgegeben werden müsste. Dabei ist ein System mit risikoorientierten Prämien und individuellen Altersrückstellungen der am stärksten wettbewerblich ausgerichtete Vorschlag.

Die zweite Frage lautet: Soll die Umverteilung von der Versicherungsaufgabe getrennt werden? Ein wettbewerbliches Versichertenmodell, wie gerade beschrieben, kann nur dann sinnvoll funktionieren, wenn die Umverteilungsaufgabe in das allgemeine Steuersystem überführt wird. Dabei geht es nicht darum, das gesellschaftlich unbestrittene Sozialprinzip aufzugeben, sondern dieses nur anders auszurichten. Sobald die personenorientierte Prämie dabei eine individuelle Belastungsgrenze übersteigt, zahlt der Staat aus Steuermitteln die Differenz zu einer durchschnittlichen Prämie – analog etwa zum jetzigen Wohngeldmodell.

Die Vorteile liegen auf der Hand: Da das Steuersystem alle Einkünfte ohne Obergrenze erfasst und die Steuersätze mit dem Einkommen steigen, werden Gutverdiener und Kinderlose an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs stärker beteiligt, während Geringverdiener und Familien mit Kindern geringer belastet werden. Darüber hinaus würden die Bedürftigen treffsicherer gefördert, das heißt, Mitnahmeeffekte oder Unterstützungslücken könnten besser kontrolliert werden.

Drittens: Gelingt es, eine nachhaltige Finanzierungsbasis zu schaffen? Die Herausforderung besteht darin, eine hochwertige medizinische Versorgung der Patienten zu gewährleisten und zugleich die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme zu sichern. Künftig muss jede Generation stärker als bisher an der Finanzierung der eigenen Gesundheitskosten beteiligt werden. Die Krankenversicherungen werden dazu verpflichtet, die Prämien so zu berechnen, dass daraus personenbezo-

gene Altersrückstellungen gebildet werden. Die Versicherten wiederum erhalten das Recht, diese Rückstellungen im Falle eines Versicherungsverwechsls mitzunehmen, damit sich der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen nicht länger nur auf die Zielgruppe der Neukunden konzentriert.

Viertens: Gelingt eine wettbewerbliche Gestaltung der Leistungsbeziehungen? Mit dem Übergang auf eine Preissteuerung im Gesundheitswesen bedarf es beim Versicherungsschutz keiner staatlichen oder halbstaatlichen Organisation mehr. Die gesetzlichen Krankenkassen sind daher nicht mehr nötig. Entscheidend bleibt, dass jedes Versicherungsunternehmen, das bei einer allgemeinen Versicherungspflicht Leistungen anbietet, den Vorgaben des Regelleistungskatalogs folgen muss.

Hierbei müssen sowohl Krankenversicherungen als auch Leistungserbringer dem allgemeinen Wettbewerbsrecht unterliegen. Dies hat zur Folge, dass Absprachen zwischen Versicherungen und Kooperationen zwischen Leistungserbringern der Missbrauchskontrolle und der Kartellprüfung unterzogen werden. Die Leistungserbringer beispielsweise konkurrieren auf dezentraler Ebene miteinander. Dabei müssen verschiedene Formen der Vertrags- und Kooperationsbeziehungen zur Wahl stehen. Es ist also durchaus möglich, dass sich Ärzte zu gemeinsamen Organisationen zusammenschließen und mit einzelnen oder mehreren Kassen kontrahieren.

Als Ergebnis lässt sich festhalten: Auch in Zukunft wird es keine Gesundheitspolitik geben, die alle Probleme mit einem Schlag löst. Doch die ordnungspolitische Frage lautet: Kann die Lösung der Probleme in unserem Gesundheitssystem in einer Fortführung einer Regulierungspolitik liegen, die versucht, mit zeitlichem Nachhang die Probleme im bestehenden System zu reparieren? Oder brauchen wir nicht viel eher eine Neuformulierung des Sozialprinzips und damit des Sicherungsgedankens in der Gesellschaft, die und Kreativität aller Beteiligten einfordern müsste?

Die Gesundheitspolitik muss sich entscheiden, ob sie den Schritt zu einem grundsätzlichen Systemwechsel wagen will, der vor allem auf die Leistungsfähigkeit und Innovationskraft der Beteiligten setzt. Ein marktwirtschaftliches Modell ist sicherlich mutig und ohne Beispiel. Es könnte aber gerade deshalb ein Beitrag zur ordnungspolitischen Debatte sein, die in der Vergangenheit häufig von Deutschland vorangetrieben wurde.