
Moderne Konzepte für Gesundheitssysteme¹

Charles B. Blankart

*„Alle Menschen müssen sterben“,
meinte einst Nicolas Boileau,
Dichter am Hofe Ludwigs XIV.
Als der Sonnenkönig ihn darauf
scharf ansah, korrigierte sich
Boileau sofort: „Fast alle Menschen,
Sire, fast alle!“*

A. Gesundheit, ein fast ganz normales Gut – aber mit vier Problemen

Seit die Menschen wissen, dass sie sterben müssen, setzen sie alles daran, ihr Ableben durch Pflege der Gesundheit hinauszuschieben. Daher stellt die Gesundheit ein sehr begehrtes, aber ganz normales privates Gut dar. Jeder Mensch weiß, was ihn erwartet, er verfolgt seine eigenen Ziele und ist daher für sich selbst verantwortlich.²

1. Die vier Probleme im Überblick

Doch bei der Verfolgung des Gesundheitsziels stellen sich ihm u. a. vier Probleme:

- (1) *Das Risikoprobem:* Krankheiten treten im Leben eines Menschen meist unvorhersehbar auf und erfordern dann oft Mittel, die weit über sein Budget hinausgehen. Auf sich selbst gestellt kann der Einzelne solche Lebenslagen nicht bewältigen.

- (2) *Das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage:* Der Einzelne ist zwar Nachfrager nach Gesundheit, aber die Entscheidungen über die im Krankheitsfall erforderliche Therapie treffen die Ärzte sowie andere Akteure des Gesundheitswesens. Was ist von dieser Umkehr bzw. Verschiebung der Angebots-Nachfrage-Beziehung zu halten? Ist das Ergebnis verlässlich?
- (3) *Das Problem von Armut und Krankheit:* Bei nicht wenigen Menschen sind Armut und Krankheit miteinander verknüpft. Doch hierin sind sich alle Menschen einig: Arme Mitmenschen sollen nicht der Gesundheitsleistungen entbehren und verfrüht sterben, nur weil ihnen die Mittel zur Therapie fehlen. Ihnen muss also geholfen werden.
- (4) *Das Trittbrettfahrerproblem:* Umgekehrt kann es Menschen geben, die sich freiwillig in die Hilfsbedürftigkeit abgleiten lassen, weil sie dann erwarten, vom sozialen Netz aufgefangen zu werden. Sie könnten sich selbst helfen, lassen es aber darauf ankommen, dass ihnen jemand hilft. Gegen solche Trittbrettfahrer müssen sich die Mitmenschen schützen.

Zur Lösung dieser Probleme stehen zwei Wege zur Verfügung: Markt und Staat. Weil der Markt in der Regel auf Freiwilligkeit beruht und der Staat auf Zwang, ist im Folgenden erst zu untersuchen, was der Markt leistet, und dann zu fragen, wo der Staat nachhelfen muss.

2. Die vier Probleme mehr im Detail

a. Das Risikoproblem

Das Problem hoher unvorhergesehener Kosten ist zugegeben für den Einzelnen schwer zu bewältigen. Doch könnte er es mithilfe privater Krankenversicherungen lösen? Sie oder er bezahlt zeitkonstante „Beiträge“ (wie man in Deutschland sagt) oder „Prämien“ (wie diese Preise in der Schweiz ge-

nannt werden), um zeitvariabel anfallende Ausgaben tragen zu können. Drei Modelle sind zu unterscheiden.

a. *Gleiche Individuen*: Wenn alle Menschen mit der gleichen Wahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres krank werden und dann auch gleich schwere Krankheiten durchstehen, dann kann ein privater wettbewerblicher Krankenversicherungsmarkt funktionieren. Die Individuen bezahlen Beiträge an eine Versicherung nach Wahrscheinlichkeit und Höhe des Schadens und erhalten dafür individuelle Leistungen im Krankheitsfall.

b. *Ungleiche Individuen, eine Versicherung*: Wie steht es aber, wenn die Population der Versicherten aus unterschiedlichen, mehr und weniger krankheitsanfälligen Menschen besteht? Hier entstehen die ersten Zweifel an der Leistungsfähigkeit des Marktes. Angenommen, es gibt nur einen Versicherungsvertrag. Die Nachfrager kommen an den Schalter der Krankenversicherung. Doch die kann nicht erkennen, welche die sog. guten und welche die sog. schlechten Risiken sind. Sie setzt einen Einheitspreis, der weniger die guten als vielmehr die schlechten Risiken veranlasst, einen Versicherungsvertrag abzuschließen. Ein solcher Markt kann nicht Bestand haben. Das Versicherungsunternehmen erleidet Verluste. Es wird daher die Beiträge anheben. Dies aber führt zum schrittweisen Rückzug der guten Risiken. Diese werden sich selbst versichern oder auf eine Versicherung verzichten, und erneut werden die schlechten Risiken zurückbleiben (adverse Selektion). In der Folge muss das Versicherungsunternehmen die Beiträge weiter anheben, was dann die noch verbliebenen guten Risiken zum Abwandern bewegt – und so weiter, bis der Versicherungsmarkt ausgetrocknet ist.

c. *Ungleiche Individuen, zwei Versicherungsverträge*: Die Autoren M. Rothschild und J. E. Stiglitz (1976) sowie C. Wilson (1976) sind der Frage nachgegangen, ob das Marktversagen verschwindet, wenn statt eines einzigen Versicherungsvertrags zwei Verträge, einer mit hoher De-

ckung für die schlechten Risiken und einer mit geringer Deckung für die guten Risiken, angeboten wird, ob sich die Versicherten selbst in den ihnen zugedachten Markt gruppieren, sich also selbst selektionieren. Leider gibt es aber Schwierigkeiten, ein solches trennendes Gleichgewicht für die schlechten und guten Risiken zu erreichen. Dies lässt sich an folgendem Modell veranschaulichen.

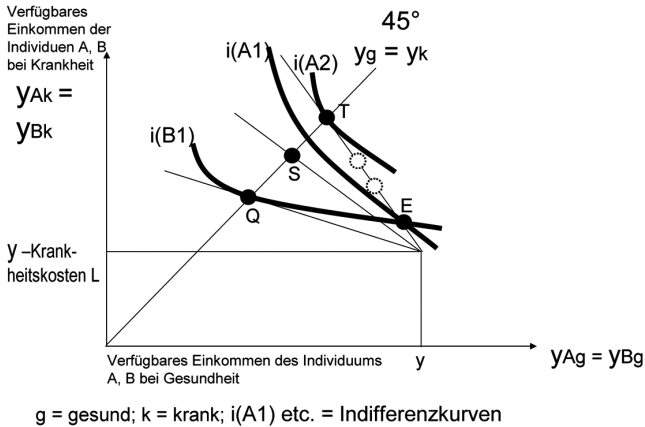


Abb. 1: Marktversagen im Versicherungsmarkt

Quelle: Eigene Darstellung nach Breyer / Zweifel / Kifmann 2005

Die in Abbildung 1 betrachtete Population bestehe aus zwei Risikogruppen. Risikogruppe A sei durch eine niedrige, Risikogruppe B durch eine hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit gekennzeichnet. In gesundem Zustand (g) geht es beiden Risikogruppen gleich gut, sie erzielen das Einkommen $y_{Ag} = y_{Bg}$. Bei Krankheit (k) verringert sich ihr Einkommen um die Krankheitskosten L . Idealerweise versichern sich die Individuen so, dass sie (jedes für sich) bei Gesundheit wie bei Krankheit das gleiche, auf der 45° -Linie liegende verfügbare Einkommen erzielen. Nur ist der hierfür erforderliche Beitrag für Mitglieder der A-Gruppe niedriger als für Mitglieder der B-Gruppe. Effizient ist nicht ein vereinendes Gleichgewicht

bei S, sondern ein trennendes Gleichgewicht bei T für die A-Gruppe und bei Q für die B-Gruppe. Allerdings haben dann die Angehörigen der B-Gruppe einen Anreiz, sich zu den günstigeren Beiträgen unter die A-Gruppe zu mischen. Um dies zu verhindern, müssen die Angehörigen der A-Gruppe ihre Deckung vermindern, bis sie bei E einen Punkt mit einer Deckung erreicht haben, die für die Angehörigen der B-Gruppe nicht mehr attraktiv ist. Dies bringt den A-Angehörigen eine geringere Versicherung und einen geringeren Wohlstand als bei T, was durch die Indifferenzkurven $i(A1)$, $i(A2)$ für die Gruppe A bzw. $i(B1)$ für die Gruppe B gekennzeichnet ist. Es liegt also ein Marktversagen vor.

Allen drei Modellen liegt die kritische Annahme zugrunde, dass das Versicherungsunternehmen die Versicherten nicht identifizieren kann. Sie alle treten anonym an den Schalter und möchten eine Versicherung gegen Krankheit. Diese Anonymität ist typisch für das Marktsystem und im Normalfall von Angebot und Nachfrage von Gütern auch genau richtig. Niemand muss sich identifizieren, gleichgültig, ob er beispielsweise eine, zehn oder gar hundert Flaschen Coca Cola kauft. Auch eine Krankenversicherung könnte nach diesem Prinzip funktionieren: Der Käufer besorgt sich am Schalter einen Versicherungsschein, der für x Tage eine Versicherung gegen Krankheit beinhaltet, den er im Schadensfall vorlegt und für den er die angefallenen Kosten erstattet erhält. Doch hier kommt es zu Problemen. Die Anonymität erlaubt es den schlechten Risiken, sich unter die guten zu mischen. Der Markt versagt und bricht zusammen. Ein Staatseingriff scheint unumgänglich. Nur ist dieser anonyme Markt bei Versicherungen nicht typisch. In der Regel wird das Versicherungsunternehmen Akten über die Versicherten anlegen, die ein Dauervertragsverhältnis errichten. Weshalb genau diese Aktenkundigkeit, (im Sinne von Nachweisbarkeit in Akten) das Marktversagen zu überwinden in der Lage ist, wird weiter unten in Abschnitt B zu behandeln sein.

b. Das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage

Ein Patient liegt bewusstlos im Krankenhaus – wie kann er da rational über die von ihm gewünschte Therapie entscheiden und diese dem Arzt gegenüber ausdrücken? Offenbar muss ein Dritter für ihn entscheiden. Daraus entsteht ein Auftraggeber-Sachwalter- oder, wie auch gesagt wird, ein Prinzipal-Agent-Problem. Aber auch wenn der Patient bei Sinnen ist, ist eine rationale Nachfragerentscheidung oft schwierig. Die Leistung, die der Patient nachfragt, ist weder ein Inspektionsgut, dessen Qualität durch Betrachten erkennbar wäre, noch ein Erfahrungsgut, dessen Qualität sich nach wiederholtem Konsum herausstellt, sodass dieses Erfahrungswissen bei den Marktteilnehmern zur Qualitätsverbesserung führt. Sie ist ein Vertrauensgut, dessen Qualität auch nach dem Konsum für den Patienten nicht leicht erkennbar ist und daher nicht verlässlich dafür sorgt, dass die guten Leistungen im Markt verbleiben und die schlechten eliminiert werden. Man kann dies auch so sehen: Die Leistung entsteht aus dem Zusammenwirken von Arzt und Patient. Der Patient muss die vorgeschriebene Therapie befolgen. Aber auch wenn er diese befolgt und gesund wird, ist oft nicht klar, ob er vielleicht auch ohne die Behandlung durch den Arzt wieder gesund geworden wäre. Wie viel von der Leistung dem Arzt und wie viel dem Patienten zuzuschreiben ist, ist also nicht ohne Weiteres klar.

Wie also kann der Patient rational entscheiden? Oft ist der Arzt sein Sachwalter. Es wird vom „Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient“ gesprochen. Das ist nicht unrichtig: Denn wie könnte ohne ein enges Vertrauensverhältnis die Leistung überhaupt zustande kommen? Aber Vertrauen ist nicht das einzige Element, das den Markt erklärt. Ein Arzt mag beispielsweise unterschiedlich entscheiden, je nachdem, ob sein Wartezimmer voll oder leer ist. Im letzteren Fall ist er möglicherweise geneigt, den Patienten noch einmal zur Kontrolle kommen zu lassen. „Zur Sicherheit des Patienten“, sagt der Arzt, ja richtig, „aber auch zur Ver-

besserung seines Einkommens“, ließe sich hinzufügen. Aber es kann auch viel bedenklicher sein. Die Therapie kann nutzlos oder gar nachteilig sein, was sich bei einem Vertrauensgut möglicherweise gar nicht herausstellt. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist also nicht immer ein Garant für Qualität. Es bleibt das Problem, dass der Arzt als Anbieter über die Nachfrage des Patienten entscheidet, oder, in der Fachsprache ausgedrückt, das Problem der „angebotsinduzierten Nachfrage“.

c. Armut und Krankheit

Auch arme Menschen haben ein Recht auf ärztliche Versorgung. Das ist unumstritten. Armen Menschen zu helfen, ist ein wesentliches Ziel unserer Gesellschaft. Auch hier leistet der Markt Wesentliches. Durch die Entwicklung von Medikamenten und Therapien hilft er allen, Reichen wie Armen, länger zu leben. Das ist das Wesentliche. Aber der Markt hilft nicht speziell armen Menschen, sich diese Medikamente und Therapien auch zu kaufen. Hier ist also der Staat gefordert. Aber er darf nicht übers Ziel hinausschießen und Menschen helfen, die der Hilfe gar nicht bedürfen. Deswegen ist es hilfreich, sich die relevanten Fälle in einem Vierfelderschema zu vergegenwärtigen:

	Gesund	Krank
Arm	Kein Staatseingriff	Staatseingriff
Reich	Kein Staatseingriff	Kein Staatseingriff

Nur Menschen im Feld „arm und krank“ bedürfen der staatlichen Hilfe. Dort befinden sich beispielsweise einkommensschwache chronisch Kranke. Auch sie sollen mit den notwendigen Medikamenten versorgt werden, die ihnen ein erträgliches Leben ermöglichen. Deren Kosten müssen auf andere Mitglieder der Gesellschaft umgelegt werden. In diesem Bereich ist Zwang unumgänglich. Für die Menschen in den drei anderen Feldern ist dies nicht ohne Weiteres einsichtig.

Dies zu erwähnen ist deswegen nicht überflüssig, weil die Existenz des Feldes „arm/krank“ häufig zum Anlass genommen wird, die ganze Bevölkerung in ein staatliches Zwangssystem einzubinden. Doch das ist nicht notwendig.

d. Das Trittbrettfahrerproblem

Insbesondere bedürfen die armen Gesunden der staatlichen Fürsorge nicht. Sie haben keine Kosten und brauchen daher (aus diesem Grund) nicht unterstützt zu werden. Allerdings können sie sich sorglos verhalten. Erforderlich ist daher, dass sie sich versichern. Denn sie könnten ja einmal krank werden. Ohne Versicherung würden sie dann zu Trittbrettfahrern des sozialen Netzes. Der Staat sollte dies verhindern. Auch hier besteht ein Marktversagen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Nicht bei jedem der vier Probleme ist das Marktversagen gleich schwerwiegend. Folglich braucht es zur Organisation des Gesundheitswesens nicht durchweg gleich viel Staat. Es ist zu differenzieren.

In Abschnitt B wird erörtert, wie sich das Risikoproblem als Teil des Marktmechanismus betrachten und wie sich daraus eine Krankenversicherung zu risikoorientierten Preisen entwickeln lässt. Wenn dies gelöst ist, dann lassen sich die drei anderen Probleme – angebotsinduzierte Nachfrage, Armut und Trittbrettfahrer – relativ leicht in diesen Ansatz einbauen.

Im ganzen Beitrag stellt die Krankenversicherung zu risikoorientierten Prämien das Referenzmodell dar. Die beiden in der Politik diskutierten Konkurrenzmodelle der Krankenversicherung zu Festprämien wie in der Schweiz und zu arbeitseinkommensabhängigen Prämien wie in Deutschland stellen weniger weitgehende bzw. weitergehende Abweichungen vom Referenzmodell dar. Sie werden in den Abschnitten C und D behandelt. So ist auch die Logik dieses Beitrags verständlich. Manche Lehrbücher gehen allerdings umgekehrt

vor. Sie beginnen z. B. mit den arbeitseinkommensabhängigen Beiträgen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und verweisen am Schluss auf risikoabhängige Prämien als ferne Option. Doch damit wird um das Risiko als zentrales Problem einer Versicherung sozusagen herumargumentiert, bevor es schließlich angesprochen wird.

B. Gesundheitsversorgung durch Versicherung zu risikoorientierten Beiträgen

Als Erstes stehen in diesem Abschnitt die risikoorientierten Beiträge auf dem Prüfstand, in die nachfolgend die drei anderen Grundprobleme – angebotsinduzierte Nachfrage, Armut und Trittbrettfahrer – eingebaut werden.

1. Wie kann Wettbewerb unter Krankenversicherungen funktionieren?

Wie erinnerlich, versagt das Standardmodell des Versicherungswesens von M. Rothschild und J. E. Stiglitz (1976) sowie C. Wilson (1976) bei Anonymität der Nachfrager. Wenn das Versicherungsunternehmen jedoch ein Dauervertragsverhältnis mit Akten einrichtet, in denen das Verhalten der Versicherten registriert wird, so kann es verfolgen, ob sich hohe Risiken unter die Versicherten mit geringem Risiko mischen und dadurch die Tragfähigkeit des Angebots untergraben. Bei Aktenkundigkeit mutiert die Selbstselektion von einem Störfaktor zu einem tragenden Faktor des Versicherungsmarktes.

Es kommt zu einer wechselseitigen Anpassung:

- Einerseits reagieren die Versicherungsunternehmen auf unterschiedliche Schadensverläufe mit Prämien differenzierung. Sie kündigen alte Verträge und legen neue Verträge mit angepasstem Risikozuschnitt auf (*experience rating*).

- Andererseits signalisieren die Versicherten ihrerseits dem Versicherungsunternehmen, dass sie gute Risiken sind, um durch Schadensfreiheit Rabatte zu erzielen.
- Sinn des Wettbewerbs ist also der Effizienzgewinn, der sich bei risikoorientierten Prämien Zug um Zug verbessert. Die wechselseitige Anpassung stellt ein „Win-win-Spiel“ dar. Der Wettbewerb ist das Öl, das den Prozess in Gang hält. Er trägt zu einem Rückgang der Risikokosten in der Volkswirtschaft bei.

Das hier dargestellte Ergebnis ist nachfragegesteuert. Eine sorgfältig geführte Versicherung wird aber auch auf die Kosten des Angebots achten. Gerade bei Versicherungen ist es wichtig, zwischen kostentreibenden und kostensenkenden Leistungsbündeln zu unterscheiden. Denn es kommt auf das Portfolio von Risiken an. Beispielsweise wäre es wohl unklug, sich auf das Portfolio der Leiden von Rauchern, Vielesern und Trinkern zu spezialisieren, weil deren Risiken in der Regel kumulativ vorkommen. Hingegen kann es sich lohnen, gegenläufige Risiken zu kombinieren. Z. B. haben krankheitsanfällige Menschen hohe Kosten, aber eine geringere Lebenserwartung. Dies könnte ein wettbewerbliches Versicherungsunternehmen sich zunutze machen und eine kombinierte Krankheits- und Lebensversicherung für diese Problemgruppe anbieten. Auch in diesem Fall hilft der Wettbewerb. Er ist das Entdeckungsverfahren, das solche Kombinationen überhaupt zum Vorschein bringt. Verbieter jedoch die Regulierung solche Portfolios, so steigen die Risikokosten unnötig an; die Gesellschaft ist schlechter dran.

2. Überwindung der angebotsinduzierten Nachfrage durch Wettbewerb unter Sachwaltern

Angenommen, ein Wettbewerb zu risikoorientierten Prämien habe sich durchgesetzt, so bleibt den Versicherten immer noch das Problem, ihre Therapien aus ambulanten und

stationären Behandlungen und Medikamenten möglichst wirksam und kostengünstig zu kombinieren und einzukaufen. Der Patient befindet sich gleichsam in einem großen Warenhaus, das aus verschiedenen Boutiquen besteht. In jeder Boutique steht ein Verkäufer, der sagt: „Ich als Ihr Agent, ich an Ihrer Stelle, wenn ich mich in Ihre Lage versetze, würde das von mir angebotene Produkt anwenden.“ Weil der Patient sich nicht auskennt, wird er sich für irgendeine Kombination von Anbietern und Produkten entscheiden. Diese ist angebotsbestimmt, vermutlich unausgewogen und zu teuer.

Wie kommt der Patient aus diesem Syndrom heraus? Die Antwort des Ökonomen lautet: (a) durch Spezialisierung und (b) durch Wettbewerb. Er delegiert seine Nachfrageentscheidung (a) an einen Spezialisten, der nichts anderes tut, als Behandlungen und Produkte der Gesundheitsindustrie miteinander zu vergleichen und in ihrer Wirksamkeit zu beurteilen. Der Spezialist hat einen Vorteil als Fachmann in der Beurteilung von Therapien. Er lässt sich von den Anbietern nichts vormachen. Doch was nützt es dem Patienten, wenn er dem Fachmann auf Gedeih und Verderben ausgeliefert ist? Hier kommt das Element (b) Wettbewerb hinzu. Es muss einen Wettbewerb der Fachleute geben, so dass der Patient wählen kann.

Wenn das im Prinzip akzeptiert ist, so bedarf es nur noch eines kleinen Schrittes, dieses abstrakte Modell zu konkretisieren: Es werden die Krankenkassen als Sachwalter der Patienteninteressen bestimmt, und es wird im Weiteren dafür gesorgt, dass Wettbewerb unter den Sachwaltern herrscht.

Was kommt dabei für den Patienten heraus?

- Er braucht sein Produktbündel nicht mehr selbst zusammenzustellen (womit er ja überfordert wäre).
- Von seiner Krankenversicherung erhält er nicht mehr einzelne Produkte, sondern eine Gesamttherapie angeboten, die seine Gesundheit insgesamt zu verbessern verspricht.

- Obwohl er Entscheidungen abgetreten hat, bleibt er Herr seiner Gesundheit. Denn dank dem Wettbewerb kann er seinen Vertrag je nach Vereinbarung kündigen und sich einem anderen Sachwalter anvertrauen.

Die Idee von Krankenkassen als Sachwaltern der Patienteninteressen hat sich verschiedenerorts schon konkretisiert. Ihren Anfang nahm diese Bewegung in den sog. Health Maintenance Organizations in den Vereinigten Staaten. Sie waren die ersten Organisationen, die Gesundheitsbündel der beschriebenen Art anboten, meist in Zusammenarbeit mit den betroffenen Arbeitgebern. Verbreitet sind Health Maintenance Organizations auch in der Schweiz. Der Patient beginnt seine Behandlung beim Hausarzt und wird dann weiter an Vertragsärzte der Krankenversicherung vermittelt. Außerdem gibt es Managed Care Programme auch in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, auch in der Form von Disease-Management-Programmen und Integrierter Versorgung.

In Abbildung 2 ist dargestellt, wie sich Krankenkassen als integrierte Gesundheitsanbieter über die ganze vorbestehende Struktur des Gesundheitswesens legen.

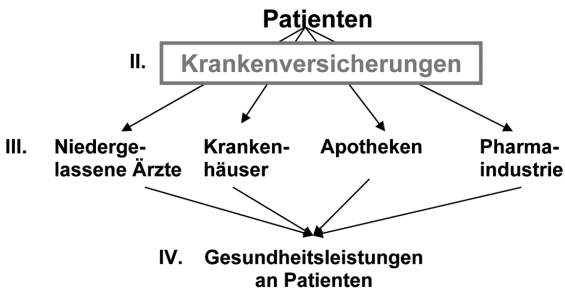


Abb. 2: Brokerfunktion von Krankenkassen
Quelle: Eigene Darstellung

3. Armut und Krankheit bei risikoorientierten Beiträgen

Risikoorientierte Prämien erlauben eine kostensparende Bewältigung des Risikos. Dies hilft allen Menschen, lässt aber die Frage offen, was mit den armen Kranken geschieht, die sich eine Versicherung nicht leisten können.

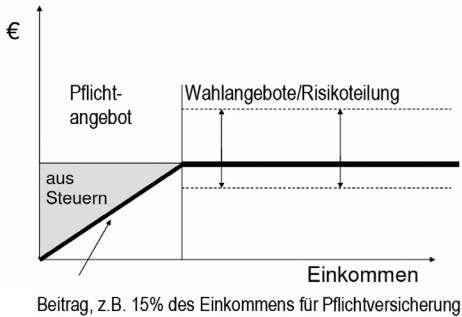


Abb. 3: Mindestversicherung für Einkommensschwache
Quelle: Eigene Darstellung

Um diese Lücke zu schließen, sieht das System risikoorientierter Beiträge einen Mindestversicherungsschutz vor, der armen Menschen zu einem reduzierten Preis von z. B. 15 % des Einkommens abgegeben wird (vgl. Abb. 3). Hierzu ermittelt der Gesundheitsminister in einem ersten Schritt den Beitrag, den die günstigste Krankenversicherung für den von ihm definierten Mindestversicherungsschutz verlangt. Dann legt er den Prozentsatz des Einkommens fest, den ein Versicherter für diesen Schutz maximal ausgeben soll, z. B. 15 % des Einkommens. Der Versicherte bezahlt dann also 15 % seines Einkommens als Versicherungsbeitrag, auch wenn der kostendeckende Beitrag der genannten günstigsten Versicherung darüber liegt. Die Differenz wird aus Steuern finanziert. Wächst das Einkommen des Versicherten, so nähern sich die 15 % dem vollen Versicherungsbeitrag für die Mindestversicherung an. Weil der Min-

destversicherungsschutz im Wettbewerb angeboten wird, können die Individuen wählen.

Ab dem Einkommen, wo der Versicherte mit 15 % seines Einkommens den vollen Beitrag bezahlt, ist er frei, beliebige Verträge abzuschließen, z. B. mit einer höheren Deckung oder mit mehr Selbstbeteiligung oder höheren Bonusgutschriften bei Schadensfreiheit.

Alle Versicherten, die unter diese Schwelle liegen, erhalten eine steuerfinanzierte Subvention in der Differenz zur vollen Prämie. Im Gegensatz zu anderen Subventionen ist diese Subvention zielgerichtet auf Individuen mit geringem Einkommen. Umgekehrt wird sie über das progressive Steuersystem und damit durch Bezieher höherer Einkommen finanziert. Allokation und Verteilung werden nicht miteinander vermischt. Wettbewerb bleibt auch im subventionierten Bereich bestehen.

4. Das Problem der Trittbrettfahrer

Nun bleibt schließlich noch das Problem der Trittbrettfahrer, die sich ohne Versicherung aus Nachlässigkeit in das soziale Netz abgleiten lassen. Für sie scheint eine Mindestpflichtversicherung nach dem Vorbild der Versicherung für die Einkommensschwachen (Abb. 3) angebracht. So lässt sich freiwillige Hilfsbedürftigkeit vermeiden.

5. Transferierbare Altersrückstellungen – ein Sonderproblem

Wettbewerb unter Krankenversicherungsunternehmen ist nur möglich, wenn die Versicherten den Anbieter wechseln können. Dem steht nichts im Wege, solange die Versicherten jeweils ihrem Alter entsprechend aktuarisch faire Prämien bezahlen.³ Faktisch aber bilden Versicherungsunternehmen Altersrückstellungen, damit die Beiträge nicht allzu stark ansteigen, wenn die Versicherten älter und krankheitsanfälliger

werden. Dies ist begrüßenswert, erschwert aber den Versicherungswechsel in vorgerücktem Alter, wenn die Altersrückstellungen hoch sind und das Versicherungsunternehmen sich auf den Standpunkt stellt, die Altersrückstellungen gehörten dem Unternehmen, nicht dem Versicherten. Wenn dieser zu einem anderen Unternehmen wechsele, müsse er sich dort eben wieder neu einkaufen, was für schlechte Risiken prohibitiv teuer sein kann. Würden umgekehrt die Altersrückstellungen freigegeben, so würden nur die guten Risiken wechseln. Das Unternehmen bleibe auf den schlechten Risiken sitzen. So bleibt der Versicherte an das Versicherungsunternehmen gebunden, und der Wettbewerb versiegt.

Hier soll jedoch gezeigt werden, dass die Transferierbarkeit der Altersrückstellungen im Interesse des abgebenden wie des empfangenden Versicherungsunternehmens liegen und daher auch ohne staatliche Regulierung gelingen kann. Denkt ein Versicherungsunternehmen, dass es für seinen Versicherten V eine Rücklage R benötigt, während sein Konkurrent wegen seiner Spezialisierung glaubt, V mit einer Rückstellung $R-x$ versichern zu können, so stellen sich die beiden Unternehmen besser, wenn V zum neuen Unternehmen wechselt, wobei auch dem Versicherten ein Teil des Wanderungsgewinns zugesprochen wird.

Tabelle 1 gibt ein vereinfachtes schematisches Beispiel für die bilanziellen Folgen des Transfers eines Versicherten von einem Versicherungsunternehmen A zum anderen Versicherungsunternehmen B unter der Annahme, dass Versicherungsunternehmen B den Versicherten zu günstigeren Konditionen versorgen kann. Betrachtet man allein Versicherungsunternehmen A, so wird ersichtlich, dass der Versicherte I durch den Versicherten II subventioniert wird, da die zu erwartenden Ausgaben von Versichertem I 50.000 Euro über den zu erwartenden Einnahmen liegen und umgekehrt. Gute Risiken unterstützen die schlechten Risiken, weil bei Vertragsabschluss die Zugehörigkeit zur jeweiligen Risikogruppe noch offen war. Im Mittel wird die

Umverteilung innerhalb des Versicherungsunternehmens ausgeglichen sein. Jedenfalls werden die Ausgaben die Einnahmen nicht übersteigen, da das Versicherungsunternehmen sonst nicht überlebensfähig wäre.

Tritt nun ein Versicherungsunternehmen B hinzu, so können beide Unternehmen von einem Wechsel profitieren. Betrachtet sei zuerst der Versicherte I in Tabelle 1.

Tabelle 1: Beispiel der Bilanzveränderungen eines Versichertenwechsels für die Versicherungsunternehmen

Versicherter I (schlechtes Risiko):

Versicherung A		Versicherung B	
Aktiv	Passiv	Aktiv	Passiv
Erwarteter Barwert der Prämien: 150.000 €	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben): 200.000 €	Erwarteter Barwert der Prämien: 150.000 €	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben): 180.000 €
	Verlust: -50.000 €		Gewinn: 20.000 €
		Kassenbestand: 50.000 €	

Versicherter II (gutes Risiko):

Versicherung A		Versicherung B	
Aktiv	Passiv	Aktiv	Passiv
Erwarteter Barwert der Prämien: 150.000 €	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben): 100.000 €	Erwarteter Barwert der Prämien: 150.000 €	Rückstellungen (erwarteter Barwert der Ausgaben): 80.000 €
	Gewinn: +50.000 €		Gewinn: +20.000 €
		Verbindlichkeiten: -50.000 €	

Quelle: Eigene Darstellung

Der Versicherte mit einem schlechten Risiko generiert einen zu erwartenden Verlust in Höhe von 50.000 Euro im Versicherungsunternehmen A. Würde er zu Versicherungsunternehmen B wechseln, das ihn besser betreuen könnte, so würde er jedoch nur einen Verlust von 30.000 Euro erzeugen (Differenz aus erwartetem Barwert der Prämien und Ausgaben). Die Ersparnis des Versicherungsunternehmens B beträgt folglich 20.000 Euro. Versicherungsunternehmen B würde jedoch bei Nichtmitnahme der Rückstellungen den Versicherten nicht übernehmen, da es einen Verlust von 30.000 Euro ausweisen müsste. Damit ein Wechsel stattfindet kann, wird nun Versicherungsunternehmen A dem Versicherungsunternehmen B eine Zahlung anbieten, mit der es die Aufnahme des schlechten Risikos subventioniert. Diese individuelle Rückstellung, die dem Versicherten bei einem Wechsel mitgegeben werden müsste, wäre somit mindestens 30.000 Euro (Verlust von Versicherungsunternehmen B) und maximal 50.000 Euro hoch (Verlust von Versicherungsunternehmen A). In diesem Band würden sich die Verhandlungen der Versicherungsunternehmen abspielen. Damit der Versicherte selbst einen Wechselanreiz hat, müsste ein Teil des Effizienzgewinns auch an ihn fließen. Beispielsweise würde er zukünftig weniger Prämien zu zahlen haben, sodass der Barwert seiner Prämien von 150.000 Euro auf beispielsweise 145.000 Euro fällt. Der Verhandlungsspielraum für die Versicherungen würde sich somit auf 35.000 bis 50.000 Euro an zu transferierenden Rückstellungen verringern.

Analog würde ein Wechsel für einen Versicherten II mit gutem Risiko funktionieren. Das abgebende Versicherungsunternehmen müsste jedoch für den Weggang kompensiert werden, da sie durch das Versicherungsverhältnis einen Gewinn von 50.000 Euro realisieren würde. Da annahm gemäß auch dieser Versicherte II vom Versicherungsunternehmen B kostengünstiger versorgt werden kann, wird die individuelle Rückstellung, die dem abgebenden Versicherungsunternehmen übergeben wird, zwischen 50.000 (Ge-

winn von Versicherungsunternehmen A) und 70.000 Euro (Gewinn von Versicherungsunternehmen B) liegen.

Sowohl für schlechte Risiken als auch für gute Risiken besteht, wie gezeigt, ein Anreiz für die Krankenversicherungen, einem Wechsel zuzustimmen. Auch der Versicherte wird durch die Verhandlungen gewinnen, da er an den Effizienzgewinnen beteiligt werden kann. Somit ist ein Wechsel eine Pareto-Verbesserung für alle Beteiligten. Daher sollten Altersrückstellungen für jeden Versicherten offen ausgewiesen werden. Dann kann ein Kunde erkennen, ob sich ein Transfer zu einem anderen Versicherungsunternehmen lohnt oder nicht.

6. Zusammenfassung: Krankenversicherung zu risikoorientierten Prämien

Eine Krankenversicherung zu risikoorientierten Prämien beruht auf dem einfachen Prinzip, dass jeder Versicherte mit der Prämie für die Kosten seines Risikos aufkommt. Kosten und Preise sind aneinander geknüpft. Keiner wird zusätzlich belastet oder keiner subventioniert. Jeder trägt, was er verursacht. Nur auf dieser Grundlage kann ein unverzerrter Wettbewerb zwischen Anbietern wie Nachfragern zustande kommen und nachhaltig bleiben. Anbieter wie Nachfrager ziehen am selben Strick. Beide wollen Risiken vermeiden, indem sie ihre eigenen und dadurch die volkswirtschaftlichen Kosten einsparen. Das Verteilungsproblem fällt dabei nicht unter den Tisch, sondern es lässt sich durch steuerfinanzierte verminderte Prozentprämien in das Konzept integrieren.

Die nachfolgend in Abschnitt C und D zu behandelnden Konzepte von Festprämien und arbeitseinkommensabhängigen Prämien weisen diese Verknüpfung von Preisen und Kosten nicht auf. Der Wettbewerb ist daher verzerrt bzw. wird erst entzerrt, wenn Korrekturfaktoren wie der Risikostrukturausgleich eingebaut werden. Solch ein künstlicher Wettbewerb läuft Gefahr, immer dem tatsächlichen Wettbewerb hinterherhinken. Auch der regulatorische Auf-

wand ist zu bedenken. Es lässt sich auch nicht sagen, Krankenversicherungen zu Festprämien und zu arbeitseinkommensabhängigen Prämien seien aus verteilungspolitischen Gründen vorzuziehen. Sie bedürfen beide besonderer Mechanismen, um Verteilungsgerechtigkeit anzustreben.

C. Krankenversicherung zu Festprämien

1. Die Grundidee von Festprämien im Vergleich zu risikoorientierten Beiträgen

Bei einem Festpreissystem bezahlt jeder Versicherte einen von seiner Person unabhängigen Preis; Gesundheit wird zu einem Gut, für dessen Erwerb jeder den gleichen Preis bezahlt. So wie Restaurants untereinander im Wettbewerb stehen, sollen auch Versicherungsunternehmen im Wettbewerb stehen und mit Preis und Qualität werben. Das scheint attraktiv.

Ein konsequentes Festpreissystem der Krankenversicherungen besteht in der Schweiz. Es gibt zwar an die hundert Krankenkassen, aber jede verlangt ihren festen Preis, die sog. Einheitsprämie, die seit Erlass des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) von 1996 einheitlich für Frauen und Männer gilt. Die früher um 10 % höheren Prämien für Frauen wurden damals abgeschafft.

Eine Einheitsprämie hat unausweichlich zur Folge, dass schlechte Risiken durch gute Risiken subventioniert werden. Im Wettbewerb würden Versicherungen die schlechten Risiken meiden und nur noch die guten Risiken versichern. Sie würden Risikoselektion betreiben. Um dies zu verhindern, ist anders als bei risikoorientierten Beiträgen eine Regulierung erforderlich: Die Krankenkassen werden einem staatlich verordneten Kontrahierungszwang unterworfen, zu dem sie allen Bewerbern eine einheitliche Grundversicherung anbieten müssen. Einkommensschwache bezahlen (wie auch im Modell der risikoorientierten Prämien) ei-

nen einkommensproportionalen Beitrag, der allerdings in der Schweiz nicht ganz auf null zurückgeht (vgl. Abb. 3). Bei hoher Wechselbereitschaft der Nachfrager setzt sich die preisgünstigste Versicherung durch.

2. Risikostrukturausgleich

Mit der Auflage, allen Bewerbern eine einheitliche Grundversicherung zu einem Festpreis anzubieten, ist jedoch der Anreiz der Versicherungen, Risikoselektion zu betreiben, noch nicht beseitigt. Krankenversicherungen haben subtile Methoden, den Kontrahierungszwang abzuschwächen oder gar zu umgehen. Wege dazu sind:

- Sonderkonditionen, günstige Einstiegsprämien und günstige Zusatzversicherungen für gute Risiken, insbesondere junge Menschen;
- Zurückhaltung bei der Übertragung von Altersrückstellungen, was den Versicherungswechsel erschwert;
- subtiler Abbau von Leistungen für Altversicherte, insbesondere wenn sie schlechte Risiken sind und geringe Chancen haben, den Anbieter zu wechseln, wenn Altersrückstellungen nicht transferierbar sind.

So setzen sich durch die Hintertür doch wieder Elemente von risikoorientierten Prämien durch.

Die Gefahr besteht, dass solche Risikoselektionen den Krankenversicherungen mehr einbringen als eigentliche Innovationen wie Managed Care und dergleichen. So soll beispielsweise die Versicherung Groupe Mutuel in der Schweiz durch solche Maßnahmen ihren Versichertenbestand von 192.000 im Jahr 1992 auf 836.000 im Jahr 2006 gesteigert und dadurch ihre Kostenstruktur wesentlich verbessert haben.

Um solchen Tendenzen entgegenzuwirken, wird ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Krankenversicherungen mit ungünstiger Risikostruktur werden durch Kassen mit günstiger Risikostruktur zwangsweise subventioniert.

Beispiel: Für alle Kassen zusammen kostet ein Versicherter im Durchschnitt 200 Geldeinheiten. Ebenfalls im Durchschnitt aller Versicherungen ergibt sich für Männer und Frauen jeweils unter und über dreißig Jahren die Kostenverteilung in Tabelle 2.

Tabelle 2: Modell eines Risikostrukturausgleichs

Alter	< 30	> 30	Insgesamt
Männer	150	200	350
Frauen	240	210	450
Beide	390	410	800 : 4 = 200

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Risikostrukturausgleich wird erreicht, wenn pro Versichertem die Versicherung mit $M < 30$ GE 50 abgibt, $M > 30$ nichts abgibt und nichts erhält ($+/- 0$), $F < 30$ GE 40 erhält und $F > 30$ GE 10 erhält. Das Nettobudget des Risikostrukturausgleichs beträgt dann null. Wie viel die einzelne Krankenkasse tatsächlich ausgibt, ist dann ihre Sache. Damit behält sie den Anreiz, Kosten einzusparen.

Merke: Kosten werden immer am (kantons- oder landesweiten) Durchschnitt gemessen. Dadurch wird Risikoselektion im Prinzip unattraktiv.⁴

Ein effizienter Risikostrukturausgleich gibt Anreize zu effizientem Leistungsmanagement und geringen Verwaltungskosten.

Es gilt jedoch:

- Je grobmaschiger der Risikostrukturausgleich, desto mehr Risikoselektion ist möglich, aber desto größer ist auch der Anreiz für die Versicherung, eigene, patientenspezifische Leistungen anzubieten.
- Je feinmaschiger der Risikostrukturausgleich – d. h. je mehr außer dem Alter auch die Morbidität (in Deutschland ca. 90 Krankheiten), die Teilnahme an Disease-Management-Programmen etc. berücksichtigt werden –,

desto geringer ist der Spielraum zur Risikoselektion, aber desto höher der Anreiz, Kosten zu erhöhen, und desto geringer der Anreiz, den Versicherten das Produkt ihrer Wahl anzubieten. Es besteht ein Abwägungsproblem.

Das Festpreissystem der Schweiz kennt nur einen relativ groben Risikostrukturausgleich. Daher bleiben den Versicherern Lücken für innovative Angebote und auch zur Risikoselektion. Andererseits bringt es die kantonsweise Berechnung des Risikostrukturausgleichs mit sich, dass einzelne Zellen nur sehr dünn besetzt sind und der Durchschnitt sehr nahe beim Einzelfall liegen kann, sodass Anreize zur Effizienzsteigerung abnehmen.

Die folgenden Abbildungen 4 und 5 illustrieren den Risikostrukturausgleich in der Schweiz. Abbildung 4 zeigt den Transfer von Frauen zu Männern in fast allen Altersklassen außer den 66- bis 80-Jährigen. Wie erwähnt, sind die Tariffdifferenzierungen zwischen Frauen und Männern im Jahr 1996 abgeschafft worden. Abbildung 5 zeigt den Risikostrukturausgleich von Jung zu Alt.

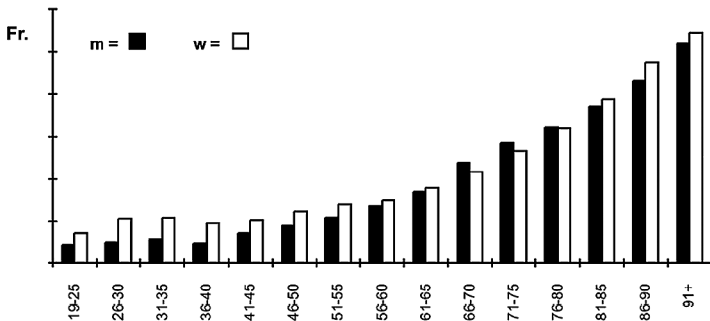


Abb. 4: Der Risikostrukturausgleich zwischen Männern und Frauen in der Schweiz

Quelle: Leu / Beck 2007

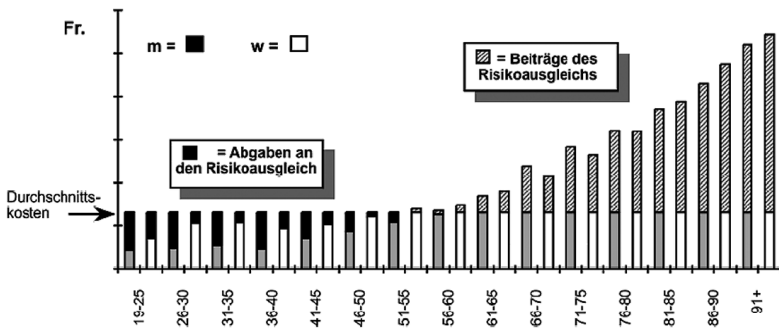


Abb. 5: Der Risikostrukturausgleich zwischen Jung und Alt in der Schweiz
Quelle: Leu / Beck 2007

3. Prämienverbilligungen in der Schweiz

Genau wie bei risikoorientierten Prämien erfordern auch Festprämien eine Prämiensubvention für einkommensschwächere Versicherte. Diese erfolgt über das progressive Steuersystem und ist insofern zielgerichtet geregelt und von der Krankenversicherung abgekoppelt (Trennung von Allokation und Verteilung). Allerdings gelangen mit der im Vergleich zum Pro-Kopf-Einkommen überdurchschnittlichen Steigerung der Gesundheitskosten und den entsprechenden Beitragssteigerungen immer mehr Versicherte in den Genuss staatlich subventionierter Prämien. Derzeit wird Prämienverbilligung im Kanton Zürich bis zu einem steuerpflichtigen Einkommen von 37.200 Franken (Einzelpersonen) bzw. 47.500 Franken (Verheiratete, Alleinerziehende) gewährt. Immer mehr, derzeit je nach Kanton 60–70 % der Bevölkerung, fallen in diese Gruppe. Das heißt: Das Festpreissystem wird zunehmend zu einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen und entsprechend geringeren Anreizen, Einsparungen wahrzunehmen.

D. Gesundheitsversorgung durch Versicherung zu arbeitseinkommensabhängigen Beiträgen

1. Die Idee der Solidargemeinschaft

Im Zentrum der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung steht die Idee der Solidargemeinschaft. Der zentrale § 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) verlangt: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Solidarität wird im deutschen System der gesetzlichen Krankenversicherung durch Pflichtmitgliedschaft und Pflichtbeiträge in der Höhe von derzeit 15,5 % des Arbeitseinkommens zu erreichen versucht. Allerdings reicht die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 44.550 Euro/Jahr = 3713 Euro/Monat. Jenseits dieser Grenze kann das Individuum zu einer privaten Krankenkasse wechseln. Es entrichtet dann Festbeiträge (entsprechend Abschnitt C) und leistet daher keinen direkten Beitrag mehr zur Umverteilung.⁵ Derzeit gehören rund 80 % der Bevölkerung einer gesetzlichen Krankenkasse an.

Durch die zwei Stufen von Pflichtmitgliedschaft unter und Nichtpflichtmitgliedschaft über der Beitragsbemessungsgrenze werden zwei Gruppen von Versicherten gebildet, von denen die einen zur Solidarität beitragen, die anderen nicht (oder jedenfalls nicht direkt). Auch die unentgeltliche Mitversicherung von Familienangehörigen und die Begünstigung von Rentnern durchkreuzt die Solidarität.

Schematisch lässt sich die Umverteilung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung durch die folgende Grafik darstellen: Die Kosten verlaufen je nach Alter und Geschlecht wie in Abbildung 6 dargestellt, mit einem starken Anstieg im Alter. Ganz anders verlaufen die Beiträge je nach Alter. Kinder und Rentner bezahlen keine Beiträge

oder Beiträge, die unter den von ihnen verursachten Kosten liegen. Männer bezahlen vergleichsweise mehr als Frauen, und Versicherte im mittleren Alter bezahlen mehr als die Jungen und Alten, insbesondere wenn sie ein gehobenes Arbeitseinkommen beziehen. Kapitaleinkommensbezieher bleiben unbelastet. Im Ganzen herrscht eine große Intransparenz im Vergleich zur klaren Tarifierung und Steuerfinanzierung bei risikoorientierten Prämien nach Abbildung 3.

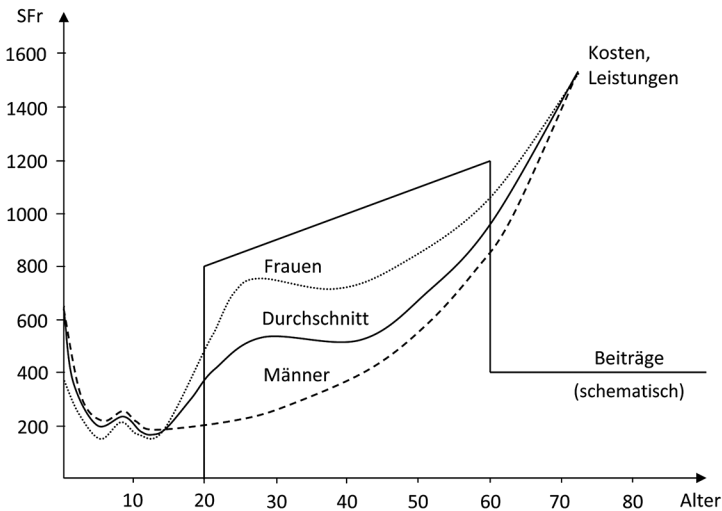


Abb. 6: Schematische Darstellung der Quersubventionierung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Quelle: Eigene Darstellung nach von der Schulenburg 1989

2. Der Ausgleich von Angebot und Nachfrage

Die ausgiebige interne Subventionierung zwischen Patientengruppen nach Abbildung 6 wirft die Frage auf, wie denn die Kosten der Anbieter mit den Zahlungen der Nachfrager in Übereinstimmung gebracht werden.

Dies wird unter den Trägern des Gesundheitswesens, d. h. den Krankenversicherungen einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits, in kollektiven Verhandlungen festgelegt. Verhandlungsmasse ist das Produkt aus Grundlohnsumme mal Beitragssätzen, wie es von den gesetzlichen Krankenversicherungen eingenommen wird.

Die Entgelte, die die Ärzte und Krankenhäuser daraus erhalten, werden zwischen den Krankenkassen und den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. zwischen diesen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart. Im ambulanten Bereich errechnen sich die Entgelte nach den Arztleistungen, die in Punkten bewertet werden, und einem Gewichtungsfaktor in Euro. Analog erhalten die Krankenhäuser Fallpauschalen für ihre Leistungen. Ärzte und Krankenhäuser produzieren, solange diese Entgelte die Kosten decken. Umgekehrt werden die Patienten Leistungen nachfragen, solange Behandlungen von Ärzten und Krankenhäusern angeboten werden. Es gilt im Wesentlichen das Gesetz der angebotsinduzierten Nachfrage.

In Abbildung 7 ist mit Punkt A der Fall angenommen, dass die Verhandlungspartner für ein Jahr Angebot und Nachfrage punktgenau in Übereinstimmung gebracht haben. Jetzt kommt als exogener Schock eine bedeutende neue Behandlungsmethode auf den Markt. Sie verschiebt die Nachfragekurve von $N(1)$ nach $N(2)$. Die Kosten des Angebots steigen von A nach E. Da jedoch die Preise für die Nachfrager unverändert bleiben, haben diese keinen Anlass, ihre Nachfrage aufgrund der gestiegenen Kosten zu reduzieren. Ihre Nachfrage umfasst die Menge C.

Bei Punkt C treten jedoch Finanzierungsprobleme bei den Krankenversicherungen auf. Diese möchten die Beitragssätze auf E anheben, wogegen die Politiker Einspruch erheben, weil sie einen Verlust an Wählerstimmen befürchten. Daher wird die gestiegene Nachfrage durch Rationierungsmaßnahmen auf eine Menge von z. B. D zurück-

geführt und nur eine ermäßigte Beitragssatzerhöhung auf B zugelassen. Als Sieger fühlen sich die Politiker, weil sie eine größere Beitragserhöhung verhindert haben ($BD < CE$). Zufrieden ist auch die Gesundheitsindustrie, weil sie ihre Leistungen wenigstens teilweise ausdehnen kann, auch wenn sie dafür mit den bürokratischen Einschränkungen der Rationierung leben muss.

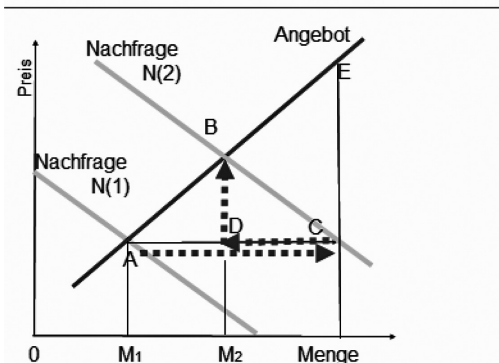


Abb. 7: Der Ausgleich von Angebot und Nachfrage in der gesetzlichen Krankenversicherung
Quelle: Eigene Darstellung

3. Das Gesetz der zunehmenden Staatseingriffe

Abbildung 7 zeigt nur eine Momentaufnahme. Tabelle 3 bringt demgegenüber zum Ausdruck, dass es nicht nur eine, sondern eine ganze Reihe von Gesundheitsreformen nach dem Muster von Abbildung 3 gegeben hat. Wie auch immer der Name war, es ging fast immer um die Dämpfung überbordender Nachfrage. Deswegen wird auch häufig vom Gesetz zunehmender Staatseingriffe gesprochen.⁶

Tabelle 3: Gesundheitsreformgesetze 1977 bis 2011

Einführung/ Umsetzung am⁷:	Gesetz
1.7.1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
1.12.1981 / 1.7.1982	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
1.1.1983	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
1.1.1984	Haushaltsbegleitgesetz 1983
1.1.1985	Haushaltsbegleitgesetz 1984
1.1.1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)
21.12.1992	Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)
1.1.2000	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)
1.1.2002	Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG)
1.1.2003	Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)
1.1.2003	Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
1.1.2004	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
1.4.2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
1.1.2011	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Quelle: Blankart / Fasten / Schwintowski 2009

4. Die Gesundheitsreform von 2008 und der Gesundheitsfonds

Wie das System der Festprämien bedarf auch das System der gesetzlichen Krankenversicherung eines Risikostrukturausgleichs. Weil bei den Arbeitseinkommen angesetzt wird, ist dieser sogar noch wichtiger als im System der Festpreise. Sonst würden die Krankenversicherer versuchen, nicht nur gute Risiken, sondern vor allem auch wohlhabende Beitragszahler zu selektionieren. Dem Rechnung tragend, beschloss der Gesetzgeber im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) von 2007/2009, den Risikostrukturausgleich nicht mehr als Finanzausgleich von Kasse zu Kasse durchzuführen, sondern ihn in einem großen Fonds, dem sog. Gesundheitsfonds, zu zentralisieren. Dessen Funktionsweise ist in Abbildung 8 schematisch dargestellt. Danach entsteht das Gut Gesundheit für die Krankenversicherten in fünf Schritten:

- (1) Arbeitseinkommensabhängige Einheits-Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in Höhe von 128 Mrd. Euro (2007) und Subventionen von 27 Mrd. Euro (2007) fließen in den Gesundheitsfonds. Sie sind in Abbildung 8 oben rechts dargestellt.⁸
- (2) Die Gesamtsumme von 155 Mrd. Euro wird im Gesundheitsfonds (oben links in der Abbildung) in risikoadjustierte Grundpauschalen aufgeteilt und den Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten zugewiesen.
- (3) Die Krankenkassen kaufen mit diesem Geld bei der Gesundheitsindustrie die Pflichtleistungen für ihre Patienten (links unten in der Abbildung).⁹
- (4) Etwaige Defizite wälzen sie über Zusatzbeiträge auf die Versicherten ab bzw. geben Überschüsse als Rückerstattungen an sie zurück. Die Versicherten haben im Falle von Zusatzbeiträgen ein Kündigungsrecht, sodass

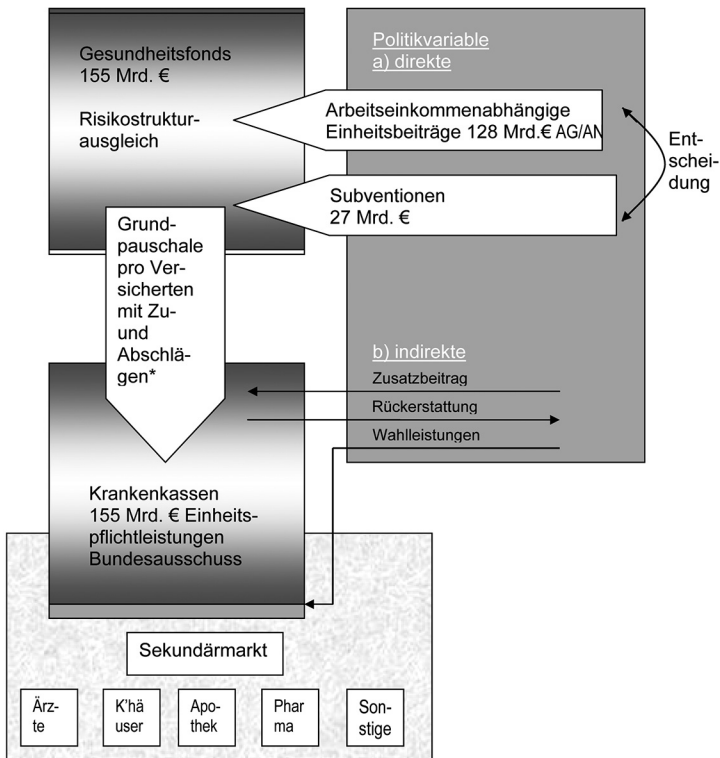
sie gegebenenfalls zu einer günstigeren Kasse wechseln können.

- (5) Schließlich können die Versicherten bei ihren Krankenkassen zusätzlich Wahlleistungen auf privatvertraglicher Basis nachfragen.

Während also die Elemente 1 bis 3, die den größten Teil des Gesundheitswesens umfassen, zentralistisch organisiert sind, soll in den Elementen 4 und 5 der Wettbewerb zum Ausdruck kommen.

Für das Verständnis des Gesundheitsfonds ist es wichtig, nicht nur seine Elemente kennenzulernen, sondern auch die Austauschbeziehungen, die er eröffnet. Die Politiker können sich ein Wahlmenü zusammenstellen. Sie können mehr vom einen und dafür weniger vom anderen erhalten. Die folgenden fünf Optionen sind von Bedeutung:

- (1) Je höher die Politiker den Einheitsbeitragssatz *ceteris paribus* festsetzen, desto weniger Subventionen braucht das Gesundheitssystem. Sein Kostendeckungsgrad steigt.
- (2) Umgekehrt gilt: Je niedriger der Einheitsbeitragssatz angesetzt wird, desto höher ist *ceteris paribus* der Subventionsbedarf, d. h. desto höher ist der Anteil des Gesundheitswesens, der steuerfinanziert werden muss. Das Gesundheitswesen nähert sich einer Bürgerversicherung an, die gänzlich steuerfinanziert ist. Als Steuerquelle wird insbesondere eine Steuer auf Arbeits- und Kapitaleinkommen, also eine Einkommensteuer, genannt, die bei der Mobilität des Faktors Kapital jedoch nicht ohne Weiteres durchsetzbar wäre. Denkbar ist auch eine Finanzierung aus der Mehrwertsteuer. Dies würde im Endeffekt wiederum auf eine Belastung des Faktors Arbeit hinauslaufen. Nur wird dieser nicht individuell, sondern kollektiv über den Mehrwertsteuerpool belastet.
- (3) Je höher die Pflichtleistungen, die den Versicherten zukommen sollen, desto höher müssen *ceteris paribus* Einheitsbeitragssatz oder Subventionen festgesetzt werden.



* nach Alter, Geschlecht, Morbidität (§ 266 SGB V).

Abb. 8: Der Gesundheitsfonds
 Statistische Angaben für 2007 unter der Annahme des Gesundheitsfonds
 Quelle: Eigene Zusammenstellung nach dem Sozialbudget für 2007 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

- (4) Je niedriger der Einheitsbeitragsatz, desto weniger Pflichtleistungen können ceteris paribus angeboten werden und desto mehr sind die Versicherten auf die frei angebotene Wahlleistungen angewiesen, die ihre Versicherungen im Wettbewerb anbieten. Das Gesundheitswesen wird individualistischer.

- (5) Je niedriger – bei gegebenen Pflichtleistungen – der Einheitsbeitragssatz und die Subventionen sind, desto mehr kommen die Krankenkassen *ceteris paribus* unter Kostendruck, den sie an die Gesundheitsindustrie weiterzugeben versuchen werden. Dies kann dort zu vermehrtem Wettbewerbsdruck mit effizienzfördernder Rationalisierung führen – z. B. durch Abrechnung aufgrund von Fallpauschalen und Basisfallwerten –, oder es kann zu Angebotsausfällen kommen, wenn die Abrechnungssätze zu gering sind und die Minimalkosten der Leistungserbringung unterschreiten.

Bis hierher wurden lediglich die Austauschbeziehungen (Trade-Offs) aufgezeigt. Ihre politische Bedeutung wird jedoch erst offenbar, wenn die Gewichte betrachtet werden, die ihnen Politiker nach ihren Ideologien (und gemäß ihren Wunsch, wiedergewählt zu werden) zuordnen.

Konservative Politiker werden nach Option 1 versuchen, die Pflichtbeiträge hoch zu setzen, damit das Gesundheitswesen *ceteris paribus* selbsttragend wird und weniger von Steuern und Subventionen abhängt.

Sozialistische Politiker, die ein kollektivistisches Gesundheitssystem anstreben, werden nach Option 2 die Beitragssätze niedrig ansetzen, wodurch *ceteris paribus* der Subventionsbedarf und damit die Steuerfinanzierung steigen (Bürgerversicherung).

Libérale Politiker werden nach Option 3 Pflichtbeiträge und Subventionen heruntersetzen, um so zu erzwingen, dass *ceteris paribus* viele zusatzfinanzierte Wahlleistungen nachgefragt und angeboten werden.

Der Gesundheitsfonds ist so gesehen ein offenes Modell, das sich so umbauen lässt, wie es den gerade herrschenden politischen Ansichten entspricht. Das ist möglicherweise auch der Grund, warum die allseits kritisierte Fondslösung doch noch eine breite politische Mehrheit hinter sich gebracht hat.

Die Zentralisierung aller Mittel im Gesundheitsfonds und damit die Koordinierung der Krankenkassen durch die ihnen zugewiesenen Grundpauschalen unterscheidet sich sehr deutlich vom bisherigen System, in dem die Kassen autonom waren und in einem moderierten Beitragswettbewerb standen. Diese einmalige und kaum widersprochene Machtkonzentration angesichts eines Beitrags- und Subventionsvolumens von insgesamt 155 Mrd. Euro ist erstaunlich. Sie wird weiter unten noch zu interpretieren sein.

5. Die Gesundheitsreform von 2010

Zum 1. Januar 2011 trat die Gesundheitsreform unter dem Titel „Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“ in Kraft. Allzu große Änderungen bringt die Reform nicht. Es bleibt beim arbeitseinkommensabhängigen Einheitsbeitragssatz in der Höhe von 14,6 % (hälftig durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber). Allerdings wird der Arbeitgeberbeitrag bei 7,3 % eingefroren. Zusätzlich werden 0,9 % beim Arbeitnehmer für Zahnersatz erhoben. Insgesamt ergeben sich die genannten 15,5 %.

Neu ist in der Gesundheitsreform 2011, dass Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ausschließlich durch Zusatzbeiträge finanziert werden. Das ist ein Schritt in Richtung eines Festpreissystems, d. h. der sog. Gesundheitsprämie nach Abschnitt C mit allem Für und Wider. Sieht sich eine Krankenkasse (wie die die City BKK im Jahr 2011) wegen hoher Kosten genötigt, Zusatzbeiträge zu erheben, so kann dies zwei Gründe haben:

- (1) Die Kasse arbeitet bei intaktem Risikostrukturausgleich ineffizient. Dann ist es betriebswirtschaftlich gerechtfertigt, dass sie schließt. Die Versicherten, deren Vertrag gekündigt wird, finden, da ja der Risikostrukturausgleich perfekt ist, ohne Weiteres ein neues Versicherungsunternehmen.

- (2) Arbeitet die Kasse jedoch effizient und sieht sich wegen eines unvollkommenen Risikostrukturausgleichs genötigt, die Beiträge anzuheben, dann werden die guten Risiken die Krankenversicherung verlassen und die schlechten Risiken zurückbleiben und die Kasse in den Ruin treiben. Dieser Fall soll offenbar bei der City BKK vorgelegen haben. Das Unternehmen erhob ab Januar 2011 Zusatzbeiträge, was zahlreiche Austritte verursachte, die Quersubventionierung untergrub und zu ihrer Schließung zum 1. Juli 2011 führte. Schlechte Risiken (vor allem ältere Versicherte), die die City BKK zwangsweise verlassen mussten, fanden vielfach oft nur schwer eine alternative Versicherungsmöglichkeit. Letzteres zeigt, dass der Risikostrukturausgleich nicht perfekt funktioniert. Je mehr es gelingt, risikoorientierte Prämien nach Abschnitt B zu verwirklichen, desto weniger bedeutsam ist das beschriebene Problem der Risikoselektion.

Weitgehend ausgeklammert blieb in der Gesundheitsreform 2010 die Idee, die Krankenkassen weitergehend als Broker heranzuziehen. Während vorangegangene Gesundheitsreformen Möglichkeiten für Selektivverträge im ambulanten Bereich zulassen, ist die Ausdehnung solcher Möglichkeiten im stationären Bereich noch weitgehend verschlossen. Insbesondere ist es nicht möglich, dass einzelne Kassen in eigener Initiative handeln. Nur ein kollektives Vorgehen auf Landesebene ist in diesem Bereich zulässig, was den unternehmerischen Elan hemmt.¹⁰

Schließlich scheint es fraglich, ob die Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Arbeitseinkommen angesichts der alternden Bevölkerung noch längere Zeit möglich sein wird. Ein Übergang zu festen oder risikoorientierten Beiträgen mit ergänzender Steuerfinanzierung wird über kurz oder lang wohl unumgänglich sein.

E. Politische Ökonomie einer Gesundheitsreform

1. Reformen in Markt und Politik: Die Bedeutung des Status quo

Im Markt setzt sich eine neue Idee durch, wenn sie mehr Kaufkraft an sich zieht als konkurrierende Ideen. Was andere Gruppen als richtig oder falsch ansehen und welche Bedenken sie äußern, ist hier irrelevant. In der Politik ist das anders. Hier müssen Neuerungen über Gesetze durchgesetzt werden. Danach gilt solange der Status quo, als das neue Gesetz nicht angenommen worden ist. Der Rechtfertigung bedarf also nicht das Bestehende, sondern das Neue. Daher ist die Politik in der Regel konservativer als der Markt. Wer ein Projekt in der Politik durchsetzen will, muss abschätzen, wie viel Vetospieler sich ihm entgegenstellen.

2. Vetospieler – ein politologisches Modell

Der amerikanische Politikwissenschaftler George Tsebelis hat 2002 eine Vetospielertheorie entwickelt, die es ermöglicht, die Entscheidungsfähigkeit von politischen Systemen einzuschätzen. Vetospieler können individuelle, institutionelle oder parteipolitische Akteure sein. Einspruchsrechte von institutionellen Vetospielern sind in Verfassungen verbrieft, während parteipolitische Vetos sich beispielsweise aus Wahlen ergeben. Darüber hinaus sind Vetospieler in Form von Interessengruppen oder Verbänden relevant.

In Abbildung 9 sind kreisförmig die Präferenzen zweier Abgeordneter P und P' gezeichnet. Sie haben zwischen arbeitseinkommensabhängigen Beiträgen und Festbeiträgen für die Krankenversicherung oder einer Mischung zwischen beiden zu entscheiden. Am besten ist für jeden von ihnen das individuelle Optimum I bzw. I'. Alle Punkte um den jeweiligen „Wohlfahrtsgipfel“ herum werden von ihnen weniger ge-

schätzt. Für eine Gesundheitsreform sind diese individuellen Optima I und I' aber ungeeignet. Weder kann sich P für I' noch P' für I entscheiden. Allein für sich hat keiner von beiden eine Mehrheit. Jeder ist machtlos, aber auch gleichzeitig Vetospieler, der den anderen blockiert. Nur einstimmig können sie eine Gesundheitsreform erreichen. Solange dies aber nicht gelingt, bleibt es beim Status quo.

Nicht unmöglich scheint es aber, bei Kompromissbereitschaft beider Seiten eine Teil-Gesundheitsreform in Richtung der schattierten Linse zu erreichen. Tsebelis bezeichnet die Linse als Winset – in der Sprache der Wohlfahrtsökonomik ausgedrückt ist das eine Paretoverbesserung für die beiden Abgeordneten P und P'. Der Status quo wird ein Stück weit verlassen. Er beengt aber immer noch den Möglichkeitsspielraum.

Zwei wesentliche Veränderungen treten ein, wenn drei und mehr Spieler auftreten. Ein gemeinsames Winset wird zwar noch schwieriger zu erreichen, doch es eröffnet sich die Möglichkeit, mehrheitlich zu entscheiden, d. h. eine Minderheit zu überstimmen (Abb. 10). In einem Einkammersystem mit den Abgeordneten BT1, BT2, BT3, BR1, BR2 und BR3 und Mehrheitsabstimmung müssen vier von sechs Wählern einen gemeinsamen Punkt vorziehen. Das Winset liegt jetzt in der hell getönten Fläche und umfasst die Abgeordneten BT3&BR1&BR2&BR3. Im Zweikammersystem mit Bundestag (BT) und Bundesrat (BR) ist eine Mehrheit von jeweils zwei Stimmen in jedem Haus erforderlich, was durch die Abgeordneten BT1&BT3 einerseits und BR1&BR3 andererseits gelingt. Offenbar ist das Winset, dargestellt durch die dunkle Fläche, noch kleiner geworden, der Status quo also noch stärker dominant als im Einkammersystem.¹¹

Allgemein ausgedrückt kann jeder Vetospieler den politischen Prozess vorübergehend oder endgültig stoppen. Den Untersuchungen von Tsebelis zufolge ist die Wahrscheinlichkeit von Vetos im Modellrahmen korreliert mit:

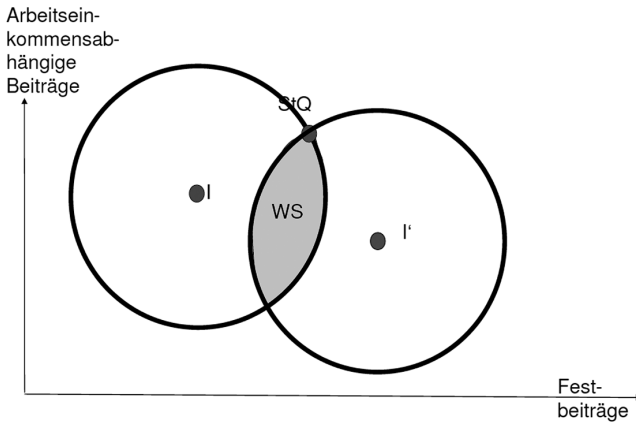


Abb. 9: Zwei Vetospieler und deren Winset (WS)
Quelle: Darstellung nach Tsebelis 2002

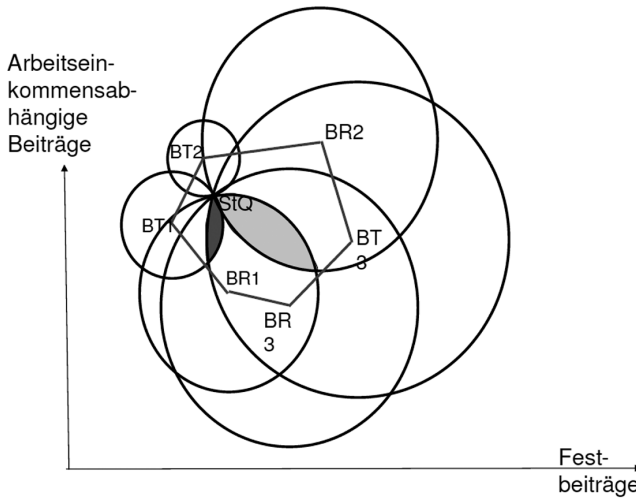


Abb. 10: Das Winset bei mehreren Vetospielern im Ein- und im Zweikammersystem
Quelle: Darstellung nach Tsebelis 2002

- (1) der Menge der an der Entscheidung beteiligten individuellen oder kollektiven Entscheider (positive Korrelation),
- (2) der Höhe der Kongruenz der Präferenzen der Vetospieler (negative Korrelation),
- (3) der Kohäsion oder Homogenität der Beteiligten (negative Korrelation),
- (4) der ideologischen Differenz (positive Korrelation).

3. Die Unerbittlichkeit der Kosten – der Fokus der politischen Ökonomen

Im politologischen Ansatz von George Tsebelis ist die Politik durch die Zwänge der Institutionen gekennzeichnet, aus denen die politischen Entscheidungsträger infolge konkurrierender Interessen nicht herauskommen. Politische Ökonomen argumentieren, dass es nicht nur auf diese Zwänge der Institutionen, sondern auch auf die Kosten ankommt. An einem bestimmten Punkt werden Vetos zu teuer, es setzt sich das Diktat der Kosten durch, und eine Reform wird möglich. Der Großteil der in Tabelle 3 angeführten großen Gesundheitsreformen entstand, wie in Abschnitt D dargelegt, aus den steigenden Kosten des Gesundheitssystems, d. h. aus dem Zusammenwirken politischer wie ökonomischer Kräfte.

Solche Reformen führen in der Regel zu einem geringeren Defizit oder für eine gewisse Zeit gar zu einer Kostendeckung im Gesundheitswesen. Beseitigt werden aber nicht notwendigerweise Ineffizienzen, sondern es werden die Präferenzen jener Gruppen beschnitten, die sich am wenigsten wehren können. So wurde im Gesundheitsreformgesetz von 2011 nicht das vom Koalitionsausschuss 2009 intendierte Festpreissystem der „Gesundheitsprämie“ eingeführt, sondern es blieb beim Status quo der arbeitseinkommensabhängigen Beiträge, obwohl Ersteres von den meisten Ökonomen trotz Risikoselektion hinsichtlich der Effizienz vorgezogen wird.¹² Auch der Gesundheitsfonds, der einst bei der Opposi-

tion so viel Kritik hervorgerufen hat, blieb bestehen. Es setzte sich also eine Lösung durch, die weder den Effizienzzielen von CDU und FDP entsprach noch den Umverteilungszielen der SPD. Vielmehr konnte sich die CSU als Sieger aufspielen, indem sie auf den Status quo pochte.

F. Zusammenfassung

Gesundheit ist weitgehend ein privates Gut, aber seine effiziente Allokation birgt Probleme: (1.) das Versicherungsproblem, (2.) das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage, (3.) Armut und Krankheit und (4.) das Trittbrettfahren. Eine Krankenversicherung zu risikoorientierten Prämien bringt eine Lösung des ersten Problems und lässt durch Anpassung die Berücksichtigung des zweiten bis vierten Problems zu.

Die Krankenversicherung zu Festprämien verlockt durch ihre Preisklarheit, birgt jedoch das Problem der Risikoselektion. Dasselbe gilt für eine Krankenversicherung zu arbeitseinkommensabhängigen Beiträgen wie die deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Diese zeichnet sich darüber hinaus durch beträchtliche Intransparenz aus.

Im Vergleich nehmen die Staatseingriffe von risikoorientierten Prämien über Festbeiträge zu arbeitseinkommensabhängigen Beiträgen stetig zu.

- *Risikoorientierte Prämien* erforderten im Wesentlichen nur zwei Staatseingriffe: ermäßigte Prämien für einkommensschwache Kranke und die Einführung einer Pflicht zum Abschluss einer Mindestversicherung.
- *Festprämien* erfordern zusätzlich einen Kontrahierungszwang für die einheitliche Grundversicherung und einen Risikostrukturausgleich, damit Risikoselektion vermieden wird.
- *Arbeitseinkommensabhängige Prämien* erfordern zusätzlich die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung (jedenfalls bis zur Beitragsbemessungsgrenze), die Abgrenzung zwischen öffentlichen und privaten Kas sen, einen um ungleiche Einkommen erweiterten Risi kostrukturausgleich, eine Ausgabenplafondierung u. a. m.

Interessengruppen versuchen, ihre eigenen Ziele auf Kosten anderer Gruppen zu realisieren. Darin werden sie von an ihrer Wiederwahl interessierten Politikern unterstützt. Der amerikanische Politologe George Tsebelis nennt solche Politiker Vetospieler. Steigen jedoch die von den Vetospielern verursachten Kosten zu stark an (d. h. sind die Opportunitätskosten in anderen Politikbereichen zu groß), so müssen auch sie nachgeben und auf einen Teil ihrer Ziele verzichten. Im Ergebnis kommt es nicht selten zu Kompromissen auf Kosten der Versicherten.

Literatur

- Akerlof, G. A.: The Market for „Lemons“: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism. In: Quarterly Journal of Economics 84 (1970), 488–500.
- Blankart, Ch. B.: Öffentliche Finanzen in der Demokratie. München⁸2011.
- Blankart, Ch. B. / Fasten, E. R. / Schwintowski, H. P.: Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten: Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit überwinden. Berlin/Heidelberg 2009.
- Blankart, Ch. B. / Fasten, E. R.: Drei Systeme des Gesundheitswesens im Vergleich. Potsdam 2009.
- Breuer, M. / Zweifel, P.: Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems (Gutachten im Auftrag des Verbands forschender Arzneimittelhersteller). Zürich 2003.
- Breuer M. / Zweifel, P.: Plädoyer für risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst 83 (2003), 85–88.
- Breyer, F. / Buchholz, W.: Ökonomie des Sozialstaats. Berlin/Heidelberg 2007.
- Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.: Gesundheitsökonomik. Berlin/Heidelberg⁵2005.
- Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.: Health Economics. Berlin/Heidelberg²2009.

- Donges, J. B. / Eekhoff, J / Franz, W. / Möschel, W. / Neumann, M. J. M. / Sievert, O.: Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Kronberg 2002.
- Henke, K. D. / Borchardt, K. / Schreyögg, J. / Farhauer, O.: Eine Systematisierung der Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung in Deutschland. In: *Journal of Public Health* 12 (2004), 10–19.
- Leu, R. E. / Beck, K.: Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz. In: *Wille, E. / Ulrich, V. / Schneider, U. (Hrsg.): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich*. Baden-Baden 2007.
- Richter, W. F.: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. In: *Wirtschaftsdienst* 85 (2005), 693–697.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: *Widerstreitende Interessen – ungenutzte Chancen*. Wiesbaden 2006.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: *Das Erreichte nicht verspielen*. Wiesbaden 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007 (Bundestags-Drucksache 16/6339).
- Graf von der Schulenburg, J.-M.: *Selbstbeteiligung. Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen*. Tübingen 1987.
- Seitz, R. / König, H.-H. / Graf von Stillfried, D.: *Grundlagen von Managed Care*. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart 1997.
- Tsebelis, G.: *Veto Players. How Political Institutions Work*. Princeton 2002.

Anmerkungen

¹ Dem Text liegt Kap. 19 aus *Blankart, Ch. B.: Öffentliche Finanzen in der Demokratie*. München ⁸2011, zugrunde.

² Eigenschaften eines öffentlichen Gutes hat Gesundheit im Fall von Epidemien, in denen die Individuen sich gegenseitig anstecken. Epidemien treten zwar gelegentlich auf und werden dann durch staatliche Aktionen, z. B. Impfprogramme, bisher rasch bewältigt. Im Vergleich zum privaten Gut Gesundheit ist das öffentliche Gut

Gesundheit in Europa jedoch nicht von primärer Bedeutung und wird daher in diesem Beitrag nicht behandelt.

³ Bedürftige, zu denen auch ein großer Teil der Rentner gehören, bezahlen freilich nur den genannten Prozentbeitrag (Zweifel / Breuer 2002 und 2003). Dadurch könnte allerdings die Zahl der subventionierten Versicherten bald einen größeren Teil der Bevölkerung umfassen und dadurch das Modell risikoorientierter Prämien unterhöhlen. Über ein System von Altersrückstellungen könnte dieses Problem umgangen werden.

⁴ Für Deutschland bestimmt sich der Durchschnitt nach § 266 Abs. 2 SGB V wie folgt: „Die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse wird durch Vergleich ihres Beitragsbedarfs mit ihrer Finanzkraft ermittelt. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben. *Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen jährlich so bestimmt, dass das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zueinander entspricht.*“ Hervorhebung durch den Verf.

⁵ Allerdings gewährt die private Krankenversicherung den Ärzten höhere Honorare, die als eine Art Quersubventionierung den Pflichtversicherten zugute kommen.

⁶ Alternativ wird auch von der Ölflecktheorie (gemäß der Metapher eines sich auf dem Wasser verbreitenden Ölflecks) und von einer Interventionsspiralen gesprochen.

⁷ Das Inkrafttreten der Gesetze kann infolge von Übergangsregeln etc. geringfügig abweichen.

⁸ Die obigen statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2007 unter der Annahme, dass der Gesundheitsfonds schon verwirklicht ist. Eingerechnet in den Subventionen sind hier auch Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung von Empfängern sozialer Leistungen. Zwar kann sich der Staat ihrer nicht ohne Weiteres entledigen, aber in der Gesamtrechnung des Gesundheitsfonds und in dessen Überweisungen an die Krankenkassen stellen sie einen wichtigen Finanzierungsbeitrag dar.

⁹ In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt der Gesetzgeber den Rahmen für die Ausgestaltung der Pflichtleistungen vor. Die Ein-

zelheiten werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen festgelegt.

Wichtigstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der *Gemeinsame Bundesausschuss*. Die Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt sich aus § 91 Abs. 2 SGB V: 21 Mitglieder, davon drei unparteiische Mitglieder (davon ein Vorsitzender), neun Vertreter der Krankenkassen (benannt von deren Spitzenverbänden), neun Vertreter der Leistungserbringer (davon vier Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft). Hinzu kommen 9 ausgewählte Patientenvertreter ohne Stimmrecht (entsprechend der Zahl der Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen). Nicht direkt vertreten sind die Apotheken und die Pharma-Industrie.

¹⁰ Vgl. Breyer 2010.

¹¹ Freilich kann ein Winset in vielen Fällen durch eine Gegenkoalition wieder umgeworfen werden, wenn Mehrheitsentscheidungen zugelassen sind.

¹² Vgl. Breyer 2010.