



FRANKFURTER FORUM : DISKURSE



Heft 12
Oktober 2/2015
ISSN 2190-7366

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums – ein Rückblick

- Heft 1: Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft
- Heft 2: Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft
- Heft 3: Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung
- Heft 4: Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze
- Heft 5: Versorgung in einer alternden Gesellschaft
- Heft 6: Chancen und Risiken individualisierter Medizin
- Heft 7: Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren
- Heft 8: Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten
- Heft 9: Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen
- Heft 10: Menschen in ihrer letzten Lebensphase –
selbstbestimmt leben, in Würde sterben
- Heft 11: Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Alle Diskurs-Hefte sind online abrufbar unter: <http://frankfurterforum-diskurse.de>

Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 12
Oktober 2/2015
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Zusatznutzen durch Wettbewerb?
Die Liste nicht eingelöster Versprechen ist lang 4

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

FRIEDHELM HENGSBACH

**Wettbewerb im Gesundheitswesen:
Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit?** 6

STEFAN HUSTER

**Marktwirtschaft und Versorgungsgerechtigkeit –
passt das zusammen?** 18

VOLKER ULRICH

**GKV und PKV: Reformierte Dualität
oder integrierter Versicherungsmarkt?** 28

HERBERT REBSCHER | EVA WALZIK

**Solidarität und Effizienz als Widerspruch?
Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen** 38

Die Verwirklichung der normativen Grundlagen
der GKV erfordert einen ständigen Balanceakt 46

Zusatznutzen durch Wettbewerb? Die Liste nicht eingelöster Versprechen ist lang

GU DRUN SCHAICH-WALCH, STAATSSSEKRETÄRIN A.D. | DR. JÜRGEN BAUSCH



Wettbewerb entsteht, wenn Waren oder Dienstleistungen Ansprüche befriedigen. Dieser wird bei einer ausreichenden Zahl von Anbietern umso intensiver, je größer die Zahlungsbereitschaft und die Zahlungsfähigkeit des Kunden ist. Und er gewinnt an Fahrt, wenn der Kunde unter den Leistungsangeboten wählen darf. Da wird der „Billigfluglinie“ vor den Linienflügen der Vorrang gegeben, selbst wenn die Rahmenbedingungen bezüglich Zeit und Ort miserabel sind.

Mit Wucht hat diese Sucht nach dem ultimativen Billigangebot in Deutschland längst auch das Gesundheitswesen erreicht. Ein System, das seit Bismarck „konservativ“ in Kassenarten für die jeweiligen Beschäftigungsgruppen gegliedert war und das die Ärzte in einen Kollektivvertrag mit den Kassen eingebunden hat. Da hat sich manches geändert.

Versicherte wechseln bedenkenlos die Kasse, wenn irgendwo ein niedrigeres Beitragsangebot auf den Tisch des Hauses flattert. Kliniken selektieren ohne Skrupel ihr Leistungsangebot nach Ertragslage und Profit. Und Ärzte suchen ihre Kundschaft, wo immer es möglich ist, nach dem Prinzip der besseren Zahlungsbereitschaft, indem Privatzahler und IGEL-Angebote gegenüber Kassenpatienten privilegiert werden.

Im Internet-Apothekenmarkt entstehen wunderliche Bezugsströme für Arzneien aus billigen Quellen, die bis in den hintersten Vogelsberg sprudeln. Und der Wettbewerb um Generika-Rabattverträge mit den Kassen zwingt zum Einkauf von Billigstware aus Bangladesch, Indien und Vietnam. Viele überlebensnotwenige generische Wirkstoffe gegen häufige chronische Krankheiten werden fast ausschließlich in Asien hergestellt.

Dieser Tage hat die Europäische Arzneimittelagentur über 500 Generika indischer Provenienz vom Markt genommen. Der Grund: gefälschte Zulassungsstudien. Der Rabattwettbewerb hat die ehemalige „Apotheke der Welt“ in Lieferabhängigkeiten von weit entfernten Weltregionen gebracht. Eine Konsequenz, die wie so viele Folgen der wettbewerblichen Umstrukturierung des Gesundheitswesens bezüglich ihres klinisch relevanten Nutzens nicht systematisch untersucht wird. Immerhin bringen diese Rabatte pro Jahr inzwischen mehr als drei Milliarden Euro Ersparnis für die GKV.

Seit dem Jahr 1996 können alle Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Kasse frei wählen. Die Wahlfreiheit beseitigte die herkömmlichen Unterschiede in der Kassenzugehörigkeit zwischen Arbeitern und wahlberechtigten Angestellten. Es war eine Zeit, in der vom Wettbewerb viel erwartet wurde. Er würde

schon Kräfte frei setzen und zurechtrücken, was zurecht gerückt werden sollte – so die Hoffnung. Die Erwartungen der Politik an einen sich entwickelnden Wettbewerb waren hoch, und die richtigen Rahmenbedingungen für einen ganz besonderen Wettbewerb in einem solidarischen Krankenversicherungssystem mit einem einheitlichen Leistungskatalog waren schwer zu setzen.

Dessen ungeachtet waren die Ziele ehrgeizig: Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte ein entscheidendes Instrument zur Erreichung von Zielen sein. Qualität und Effizienz in der Versorgung sollten verbessert, Transparenz und Service erhöht werden.

Bekommen haben wir das eine oder andere Leuchtturmprojekt, aber keine für alle Versicherten bessere Versorgung, keine gesteigerte Qualität oder deutlich mehr Transparenz im System. Ein Wettbewerb der Kassen um Kranke ist jedoch ausgeblieben. Wir haben allerdings eine durchgängig verbesserte Servicequalität der Kassen, aber leider nach wie vor zu viel Preiswettbewerb, der durch neuere Gesetzgebung verschärft wurde und Fortschritt eher behindert.

Im Kern liegen die Gründe darin, dass wir zum einen zu strenge Regulierungen bei der Genehmigung der Verträge haben, und zum anderen zu geringe Anforderungen an die Transparenz und die wissenschaftliche Evaluation gestellt wurden. Kassen nutzen Selektivverträge im Wettbewerb, um neue Behandlungsmöglichkeiten zu erproben. Die Ergebnisse bleiben jedoch weitgehend unbekannt und sind damit für die allgemeine Versorgung von geringer Relevanz. Dort sollte vorsichtig regulierend eingegriffen werden, um dem Wettbewerb um eine bessere Krankenversorgung eine größere Chance zu geben. Ein Allheilmittel wird der Wettbewerb nie sein können.

In einem wichtigen Bereich aber versagt die wettbewerbliche Ausrichtung des Systems. Das ist der gesamte

Pflegesektor. Einerseits, weil die Zahlungsfähigkeit die vielen Alten und chronisch Kranken samt ihrer Pflegekassen überfordert. Andererseits, weil es an genügend geeigneten jungen Frauen und Männern, die für Pflegeberufe in Frage kommen, massiv mangelt. Hinzu kommt, dass die Aussteigerquote aus den Pflegeberufen dramatisch hoch ist. Das einzige Wettbewerbselement, welches hier „funktioniert“, besteht darin, dass wir das Pflegepersonal aus östlichen Grenznationen mit schwächerer Wirtschaftskraft abwerben. Sie fehlen in ihren Heimatländern für die Versorgung. Und in der Hauskrankenpflege greifen wir ohnehin auf zum Teil ungeschultes Personal aus Polen, den baltischen Staaten und anderen Anrainern zurück. Eine grenzübergreifende Evaluation dieser für Deutschland unverzichtbaren systemstabilisierenden Pflegewelt ist überfällig.

Ohne Zweifel haben viele Wettbewerbselemente im deutschen Gesundheitswesen zu Anpassungen an den allgemeinen Trend unserer Wirtschaftsordnung geführt. Das Rad der Geschichte wird nicht mehr zurückgedreht auf ein monopolistisches Kollektivvertragssystem für Ärzte und ein Arzneiversorgungssystem mit reiner Herstellerdominanz, um zwei Beispiele zu nennen. Aber viele der neuen Wege sind auf den Prüfstand zu stellen, man kann sie ergebnisorientiert ausbauen oder auch verlassen.

Denn die Menschen, die durch Krankheit und Alter in die Vollabhängigkeit von unserem Gesundheits- und Pflegesystem gelangen, erfahren nach wie vor eine zu hohe Dosis systemimmanenter Unzulänglichkeit. Was mit wachen Augen jeder beobachten kann, der Angehörige auf einer Pflegestation eines Versorgungskrankenhauses oder im Altersheim besuchen muss.

Kontakt:

**Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. |
Mozartstraße 5 | 63452 Hanau |
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de
<http://frankfurterforum-diskurse.de>**

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit?

PROF. DR. FRIEDHELM HENGSBACH SJ, NELL-BREUNING-INSTITUT



Das Thema meines Referats ist ein Ensemble abstrakter Begriffe wie Gesundheitssystem, Gleichheit, Gerechtigkeit sowie von Vorstellungen individueller oder kollektiver Akteure. Indem ich diese Totalität zu entflechten versuche, stoße ich in einem ersten Schritt auf Ansprüche von Patienten, die zugleich gesetzlich oder privat Versicherte sind. Diese richten sich auf ein Gesundheitssystem, das auf verschiedenen Ebenen ausdifferenziert ist, auf der staatlichen Ebene etwa in Bund, Ländern und kommunaler Verwaltung, auf der Ebene der Selbstverwaltung unter anderem in Verbände, Vereinigungen, Gesellschaften und Kammern sowie auf der unteren Ebene in Patientinnen und Patienten bzw. Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und Angehörige der Heilberufe. Veränderungen, die sich in diesem komplexen System seit Beginn des Jahrhunderts haben beobachten lassen, will ich in einem zweiten Schritt erläutern. In einem dritten Schritt soll geprüft werden, welche normativen Überzeugungen als Antwort auf den Wechsel von Ansprüchen der Versicherten und Patienten sowie auf den politischen Umbau des Gesundheitssystems vertretbar sind.

1. Ansprüche von Versicherten und Patienten

In Deutschland werden durchschnittlich 80 Prozent der Gesundheitsleistungen von 20 Prozent der Versicherten in Anspruch genommen. Das bedeutet, dass gesunde Versicherte eher gegen ein allgemeines Krankheitsrisiko geschützt sein wollen, während Patienten, die episodenhaft, chronisch oder akut krank sind, die Heilung von einem konkreten Leiden anstreben.

1.1 Traditionelle Anspruchsmuster

In der Nachkriegszeit legte ein Patient, der den Arzt aufsuchte, sein Unwohlsein vertrauensvoll in die Hände des Experten. Er akzeptierte die Informations- und Kompetenzasymmetrie zwischen diesem und sich. Mit der eingespielten Arbeitsteilung von Primär- und Fachärzten, ambulanter und stationärer Versorgung sowie Diagnostik, Therapie und solidarischer Finanzierung war er einverstanden.

1.2 Ökonomisch aufgeklärte Narrative

In den 1980er Jahren hatten sich ausgehend von den USA ökonomische Narrative verbreitet, die den kommerziellen Tausch und den marktwirtschaftlichen Wettbewerb zur Grundnorm menschlicher Beziehungen erklärten und dessen hegemoniale Geltung auch für das Gesundheitswesen beanspruchten.

Im ökonomischen Narrativ ist der individuelle Konsument, der „König Kunde“ die zentrale Stellgröße des wirtschaftlichen Kreislaufs. Er wird als mündig unterstellt, kennt seine authentischen Bedürfnisse, die eine suggestive Werbung nicht manipulieren kann. Er ordnet sie in eine eindeutige Skala ein, und wägt ab, wie wertvoll ihm

Ökonomisch aufgeklärte Narrative

König Kunde

- Bedürfnisskala
- Wohlinformiert
- Abwägen der Alternativen
- Entscheiden gemäß der Präferenzen

Der mündige Patient

- Vitale Bedürfnisse, Gesundheitsgüter
- Erworbenes Wissen
- Präzise Erwartungen
- Autonome Auswahl

Aquivalenzbewusstsein

Prävention in eigener Regie

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Im ökonomischen Narrativ ist „König Kunde“ die zentrale Stellgröße des wirtschaftlichen Kreislaufs.

die Gesundheitsgüter im Verhältnis zu anderen Gütern sind. Gemäß seinen individuellen Präferenzen entscheidet er, welchen Anteil seines verfügbaren Einkommens er für das Gut Gesundheit und für andere Güter reserviert. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen können also mit mündigen Patienten rechnen, welche in der Lage sind, die Kosten einer medizinischen oder therapeutischen Behandlung mit deren Nutzen zu vergleichen.

Der Transfer des ökonomischen Narrativs auf das Gesundheitssystem hat zur Folge, dass aus dem ahnungslosen

Patienten ein informierter, selbstbewusster und mündiger „Kunde“ wird. Als durch und durch rational denkender „homo oeconomicus“ vergleicht er nüchtern die Kosten des Gutes Gesundheit mit dem Nutzen, den es für sein persönliches Empfinden und seine Lebensqualität bietet. Er unterwirft auch den Erwerb dieses Gutes der Nutzenoptimierung und bestimmt autonom, welchen Anteil seines Einkommens er bereit ist, diesem Nutzen zu widmen. Folglich wehrt er sich gegen die Entscheidung der politisch Verantwortlichen, mit der Entscheidung für eine Beitragsatzstabilität eine Gesundheitsquote für die Individuen zu fixieren. Niemand könne sich vorstellen, dass der Staat den Haushalten eine Autoquote oder eine Quote für Kühlschränke und Fernsehgeräte festlegen würde.

Dass Gesundheit ein Gut ist, das weit in die Zukunft hineinreicht und unsicheren Erwartungen unterliegt, ist selbst noch kein Grund, es der Risikokalkulation eines ökonomisch denkenden Individuums zu entziehen. Denn das Gesundheitsrisiko ist vor allem davon abhängig, wie die einzelnen gesundheitlich riskant oder gesundheitsbewusst leben. Folglich unterliegt der Umgang mit ihm einem individuellen Nutzen/Kosten-Vergleich. Dieser folgt nicht anderen Kriterien, als sie für das Risiko gelten, einen Autounfall zu erleiden, oder jenes Risiko, das eigene Haus abbrennen zu sehen.

Der mündige Kunde von Gesundheitsleistungen gehört einer höheren Einkommensschicht an; während die Befriedigung seiner materiellen Bedürfnisse einen Sättigungsgrad erreicht hat, ist das Gut Gesundheit in der Bedürfnisskala aufgestiegen. Zudem spürt der „Kunde“ sensibler die Regungen und Rhythmen des eigenen Körpers, registriert bereits eher geringfügige Abweichungen.

Er tritt den professionellen Anbietern von Gesundheitsdiensten mit präzisen Erwartungen, häufig auch mit einer fordernden Besserwisserei und Arroganz gegenüber, nachdem er sich in den Printmedien und im Internet über deren Profil, ihre Behandlungsmethoden und darüber, wie sie von anderen Kunden bewertet werden, erkundigt hat. In der Wahl der Ärzte, des Krankenhauses und auch der

*Gesundheit ist ein persönliches Gut.
Es kann von der Person, die gesund
oder krank ist, nicht abgetrennt werden.*

Krankenkasse entwickelt er ein ausgesprochenes Äquivalenzbewusstsein, indem er den Saldo zwischen den bisher gezahlten Solidarbeiträgen und den bisher beanspruchten gesundheitlichen Leistungen kühl kalkuliert.

1.3 Realitätsnahe Beobachtungen

Gegen das Narrativ eines mündigen Patienten spricht, dass auch der moderne, medizinisch aufgeklärte Mensch mit seiner Gesundheit sehr irrational umgeht. Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus können dies bestätigen. Die meisten Menschen unterschätzen, solange sie gesund sind, den Wert ihrer Gesundheit. Und sie überschätzen ihn, sobald sie das kleinste Wehwehchen verspüren. Diese subjektive Einschätzung belegt eine Anekdote aus der Antike: Nachdem ein wohlhabender Patient von einem lebensbedrohenden Insektenstich geheilt worden ist, fragt er den behandelnden Arzt, was er ihm schulde. Der Arzt erklärt: „Ich bin zufrieden mit zehn Prozent des Honorars, das Sie mir zu geben bereit waren, als Sie in Lebensgefahr schwebten.“

Gesundheit ist ein persönliches Gut. Es kann von der Person, die gesund oder krank ist, nicht abgelöst oder gar getrennt werden. In der alltäglichen Routine eines Krankenhauses mögen Ärztinnen und Pflegekräfte vom Magen auf Zimmer 7 oder von der Hüfte auf Station 3a sprechen. Aber spätestens bei der Visite und im persönlichen Gespräch mit dem Patienten werden sie daran erinnert, dass sie es mit leidenden Menschen zu tun haben, deren Würde nicht teilbar und in Körperquanten zerlegbar ist.

Gesundheit ist kein ausschließlich privates, sondern ein quasi-öffentliches Gut. Für öffentliche Güter gelten die Grundsätze der Ausschließlichkeit und Rivalität nicht. Wer ein privates Gut erwirbt, ist berechtigt und in der Lage, andere von deren Nutzung auszuschließen. Und in der Konkurrenz um ein knappes Gut wird es derjenige

erhalten, der den höchsten Preis dafür bietet. Öffentliche Güter werden gemeinsam genutzt und durch öffentliche Entscheidungen bereitgestellt. Zudem werden dem Gut Gesundheit äußere Wirkungen zugesprochen. Gesunde Menschen üben eine positive Ausstrahlung auf andere aus. Sich krank empfinden wirkt ansteckend. Die Initiativen von „Health Care“ und gesellschaftlicher Prävention sind aus solchen Einsichten entstanden. Gesundheitliche Risiken können den Individuen nicht ausschließlich zugerechnet werden. Notorsche Krankheiten sind schichtenspezifisch gestreut. Armut macht krank. Arme Menschen haben eine deutlich geringere Lebenserwartung.

Die Häufigkeit psychosomatischer Störungen hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt. Arbeitslos oder prekär beschäftigt zu sein, in brüchigen Partnerschaften und in Haushalten mit mehreren Kindern zu leben, verursacht ein überdurchschnittliches Krankheitsrisiko. Spezifische Krankheitsformen treten regional und national ebenso abweichend auf wie die Art und Weise, sie zu behandeln. Ein kollektiv bestimmter Konsumstil oder ein spezifisches Arbeits- und Freizeitverhalten verursachen spezifische Krankheitsbilder.

Das Gut Gesundheit ist der Kategorie der Vertrauensgüter zuzuordnen. Zwischen den Akteuren, die Gesundheitsdienste insbesondere mit Merkmalen multipler Morbidität anbieten, und denen, die sie nachfragen, existiert ein ungleiches Verhältnis der Kompetenz und Information. Patienten sind darauf angewiesen, dem Anbieter zu vertrauen. Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen brauchen eine Verhandlungsposition, damit sie nicht einfach der Marktmacht des Anbieters ausgesetzt sind. Von daher legen gute Gründe es nahe, die Organisation oder die Bereitstellung von Gesundheitsgütern öffentlich zu regeln. Damit ist nicht gesagt, dass der Staat ausschließlich selbst Gesundheitsdienste anbieten oder nachfragen müsste, wohl aber, dass gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die nicht über eine angemessene Kaufkraft und ein überdurchschnittliches Sachwissen verfügen, ohne eine verlässliche öffentliche Regulierung des Gesundheitswesens unangemessen benachteiligt würden.

In demokratischen Gesellschaften wird eine angemessene Ausstattung aller Bürgerinnen und Bürger mit solchen Gesundheitsgütern, die notwendig sind, um eine sozio-kulturelle Beteiligung am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten, als Grundrecht anerkannt, das nicht an die individuelle Kaufkraft und das persönliche Leistungs-

vermögen gebunden ist. In demokratischen Gesellschaften sollen weder das eigene Einkommen noch das der Eltern den Zustand der Zähne oder den allgemeinen Gesundheitszustand der Gesellschaftsmitglieder bestimmen. Von daher sind der Staat oder die Gesellschaft berechtigt, einen Teil des Volkseinkommens und des Volksvermögens zu beanspruchen, um jene Ausgaben zu finanzieren, die der Bereitstellung einer als notwendig erachteten Gesundheitsversorgung aller Bürgerinnen und Bürger dienen.

2. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Versicherte und Patienten adressieren spezifische Ansprüche an das Gesundheitssystem. Das komplexe deutsche Gesundheitssystem enthält unterschiedliche Steuerungsformen – die staatliche Regelung, die kollektive Verhandlung und das individuelle Regime von Angebot und Nachfrage. Im Folgenden sollen das real existierende aktuelle Gesundheitssystem und dessen Konstruktionslinien skizziert werden.

2.1 Ordoliberalismus und Christliche Sozialethik

Vertreter eines dogmatisch nicht verfestigten Ordoliberalismus der Freiburger Schule und Vertreter einer Christlichen Sozialethik verbindet eine gemeinsame Überzeugung, dass eine Marktwirtschaft vier offene Flanken aufweist, die durch einen rechtlichen und politischen Rahmen zu ordnen sind: Der Wettbewerb regelt und sichert sich nicht selbst, die Geldverfassung lässt sich nicht allein durch private Konkurrenz regeln, öffentliche Güter werden privatwirtschaftlich nicht angeboten, der soziale Ausgleich bedarf einer öffentlichen Intervention.

I. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Ordoliberalismus / Christliche Sozialethik

- Vier offene Flanken der Marktsteuerung
- Marktanalyse ↔ Dessen Voraussetzungen
- Haushalte / Produktionsprozess
- Wirtschaftliche Machtverhältnisse
- Ungleiche Lebensrisiken

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Gemeinsame Überzeugung beider Ansätze ist, dass der Wettbewerb sich nicht selbst regelt und sichert.

Abweichungen in der wirtschaftsethischen Beurteilung bestehen darin, dass Ordoliberele eine Intervention des Staates nicht zulassen, wenn diese die Funktionsfähigkeit des Marktes beeinträchtigt oder gar außer Kraft setzt, während christliche Sozialethiker auch eine Korrektur von Marktergebnissen rechtfertigen, damit sozial befriedigende Ergebnisse erzielt werden. Zudem argwöhnen christliche Sozialethiker, dass die Ordoliberalen sich nur auf die Funktionsebene des Marktes beschränken und die Ebenen der Haushalte und der Produktionssphäre ausblenden. Dabei seien die Verbraucherhaushalte unterschiedlich mit Kaufkraft ausgestattet, um sich als gleichrangige Tauschpartner auf dem Markt zu behaupten. Und innerhalb der Haushalte lebten kranke, schwache und ältere Personen, die nicht markt-, erwerbs- und geldwirtschaftlich für sich sorgen können.

Zudem lasse sich in der Produktionssphäre nicht ausblenden, unter welchen Machtverhältnissen die Produkte einschließlich der Gesundheitsgüter hergestellt werden, bevor sie auf den Markt gelangen. Die konzeptionellen Reflexionen der Ordoliberalen seien verkürzt auf das Leitbild einer reinen „Händlergesellschaft“ fixiert. Aber die Lebenslage

Die Konstruktionslinien der GKV folgen mehr als in der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung dem Grundsatz der Solidarität.

abhängiger Arbeit setzt die unselbständig Erwerbstätigen gesellschaftlichen Risiken und insbesondere Gesundheitsrisiken aus, die mit den miserablen Arbeitsverhältnissen der frühen Industrialisierung verbunden waren. Um sich gegen solche Risiken solidarisch abzusichern, haben Arbeiter ursprünglich freie Hilfsvereine und Hilfskassen eingerichtet. Mit der gesetzlichen Krankenversicherung unter Bismarck wurden sie staatlich überformt. Als Bestandteil der paritätischen Selbstverwaltung behauptet die solidarische Krankenversicherung den Rest eines zivilgesellschaftlichen Anscheins, steht jedoch unter dem verfassungsrechtlichen Schutz des Sozialstaats.

2.2 Steuerungsform der Solidarität

Die Konstruktionslinien der gesetzlichen Krankenversicherung folgen mehr als die der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung dem Grundsatz der Solidarität. Diese ist eine gesellschaftliche Steuerung, die vergleichbar der Liebe in der Partnerschaft, der Zahlungsfähigkeit in der Wirtschaft oder der Macht in der Politik das Handeln von Individuen

wechselseitig aufeinander abstimmt und einen Ausgleich ungleicher gesellschaftlicher Risiken oder Interessen herstellt. Die charakteristischen Merkmale der Solidarität sind erstens eine gemeinsame Grundlage, für die es zwar objektive Anhaltspunkte gibt, die aber eine gesellschaftliche Option darstellt und in erster Linie, gefühlt, empfunden sowie absichtlich anerkannt wird. Eine solche Grundlage können die Klasse oder das Geschlecht, die gemeinsame Abstammung, Geschichte, Sprache, Kultur, Religion oder ein kollektiv erlittenes Schicksal sein. Trotz der gemeinsamen Grundlage sind zweitens im nationalen Rahmen die großen Lebensrisiken etwa der Altersarmut, Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie im transnationalen Rahmen die der sozio-ökonomischen Lebensverhältnisse und

Der Markt ist eine anonyme Form des Interessenausgleichs. Auf ihm herrscht Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung.

der Männer und Frauen extrem ungleich verteilt. Drittens werden gegenseitige Rechte und Pflichten für den Interessenausgleich durch die Verfassung oder internationale Verträge (rechts-)verbindlich festgelegt. Und viertens folgt aus der gemeinsamen Grundlage und den unterschiedlichen Lebensrisiken eine asymmetrische Gegenseitigkeit: Beiträge werden gemäß der Leistungsfähigkeit entrichtet, Hilfeansprüche gemäß dem akuten Bedarf.

Das Besondere der Solidarität als Steuerungsform lässt sich verdeutlichen, indem sie der Marktsteuerung gegenüber gestellt wird. Der Markt ist eine entgrenzte, anonyme Form des Interessenausgleichs. Auf ihm herrscht strenge Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung – und zwar sofort oder zumindest in einer berechenbaren Periode. Die Solidarität dagegen regelt den Interessenausgleich innerhalb einer abgegrenzten Gruppe. Sie ist exklusiv. Die Gegenseitigkeit von Beitrag und Hilfeanspruch ist durch einen Erwartungswert verknüpft, der weit in die Zukunft hineinreicht und einem subjektiven Urteil unterliegt. Das „Geheimnis“ der Solidarität besteht in einer asymmetrischen Beziehung, dass die weniger Schwachen für die Schwächeren, die weniger Armen für die Ärmeren und die seltener Kranken für die häufiger Kranken eintreten.

2.3 Erosion solidarischer Sicherungen

Zu Beginn der 1980er Jahre erreichte ein marktradikales wirtschaftsliberales Credo, das in den USA und in Groß-

britannien politisch Fuß gefasst hatte, die Bundesrepublik. Seine drei Glaubenssätze lassen sich so formulieren: Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte des Marktes, der schlanke Staat ist der beste aller möglichen Staaten, und eine autonome Zentralbank, die rigoros die Inflation der Güterpreise bekämpft, macht eine Wirtschaftspolitik unter staatlicher Regie überflüssig. Ein bürgerlicher Feldzug attackierte den Sozialstaat, dessen umlagefinanzierte, solidarische Sicherung sei zu teuer, angesichts der demographischen Entwicklung auf Dauer nicht finanzierbar und zudem fehlgeleitet, weil er die herkömmliche familiäre Solidarität unterwandert. Aus solchen Legenden wurden die Forderungen abgeleitet, die unteren Lohngruppen und die Sozialleistungen abzusenken, die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zu beseitigen und die Bevölkerung anzuleiten, beim Arztbesuch und während des Krankenhausaufenthalts private Zuzahlungen zu leisten.

Die rot-grüne Koalition unter Gerhard Schröder kündigte mit der so genannten Agenda 2010 drastische soziale Einschnitte an und verankerte sie in Gesetzesform. Solidarische Sicherungssysteme wurden deformiert, Arbeitsverhältnisse entregelt, so dass sich atypische Arbeitsformen wie ein Krebsgeschwür ausbreiten konnten, und eine Transformation der so genannten sozialen Marktwirtschaft in einen Finanzkapitalismus vorbereitet, der den Finanzmärkten als „5. Gewalt in der Demokratie“ eine quasi-religiöse Weihe verlieh.

Die Nationalstaaten gaben offensichtlich dem Drängen der Großbanken und Industriekonzerne nach und ließen sich auf eine Art „Rattenrennen“ um Wettbewerbsvorteile ein. Sie wirkten wie Getriebene wirtschaftlicher und finan-

II. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

- Das narrative Umfeld
 - Marktradikale Parolen
 - Staatenkonkurrenz
 - Regierung als „Territoriumsunternehmer“
- Stärkung der Wettbewerbs Elemente in der staatl. Planung / im Verhandlungssystem

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Zu Beginn der 1980er Jahre wurden in den USA und Großbritannien die Grundlagen für „neoliberales“ Denken gelegt.

zieller Interessen, um den nationalen Standort im rauen Wind des globalen Marktes wettbewerbsfähig zu halten. Der Leistungswille eines orientierungslosen, schwach motivierten Teils der Bevölkerung sollte gefordert und gefördert werden. Das Verhältnis von Rechten und Pflichten des Staates und bedürftiger Bürgerinnen und Bürgern wurde auf den Kopf gestellt: Während der Sozialstaat der Nachkriegszeit jedem bedürftigen Mitglied der Gesellschaft das Recht zugestand, ein sozio-kulturelles Existenzminimum zu beanspruchen, forderte der „aktivierende Sozialstaat“ nun von arbeitssuchenden bedürftigen Mitgliedern eine Vorleistung, bevor sie eine finanzielle Leistung beanspruchen durften. Der Sozialstaat mutierte in einen „Territoriums-Unternehmer“.

2.4 Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Dem deutschen Gesundheitssystem, das mit drei abweichenden Steuerungsformen ausgestattet ist, sind marktwirtschaftlicher Wettbewerb und infolgedessen kommerzielle Elemente nicht fremd. Es gab bereits einen begrenzten marktähnlichen Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen, zwischen niedergelassenen Ärzten oder Ärztinnen, zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen ambulanten und stationären Behandlungen, zwischen den Apotheken, zwischen den Pharma-Unternehmen oder zwischen den Firmen, die medizinisch-technische Geräte herstellen.

Das eigentlich Neue der lauter gewordenen Forderung nach „mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ besteht meiner Meinung nach in einer fahrlässigen Entscheidung des Gesetzgebers (I), in der kommerziellen Landnahme insbesondere von Krankenhäusern „nach außen“ (II) wie „nach innen“ (III). Der Begriff der „kommerziellen Land-

„Kommerzialisierung“ ist durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb und betriebswirtschaftliche Kalkulation charakterisiert.

nahme“ oder „kommerziellen Steuerung“ ist nicht identisch mit dem Begriff der „Ökonomisierung“. Ökonomisches Handeln besteht nämlich darin, ein bestimmtes Ziel mit möglichst geringem Mitteleinsatz zu erreichen, oder umgekehrt: mit begrenzt vorhandenen Mitteln einen möglichst hohen Zielerreichungsgrad zu realisieren. Wirtschaftliches Handeln ist mit vernunftgemäßem Handeln identisch. Diese Logik wirtschaftlichen Handelns gilt für Gesundheits-

Pflege- oder Therapie-Einrichtungen unabhängig davon, ob sie privat- oder gemeinwirtschaftlich organisiert sind. „Kommerzialisierung“ dagegen ist durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb (Makro-Kommerzialisierung) und betriebswirtschaftliche Kalkulation (Mikro-Kommerzialisierung) charakterisiert.

- I. Der markanteste Einschnitt zugunsten der kommerziellen Landnahme von Krankenhäusern erfolgte unter Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm. Als 1995 die Pflegeversicherung eingeführt wurde, beugten sich die politisch Verantwortlichen dem Drängen interessierter Lobbyisten und marktradikaler Ökonomen. Sie kündigten die privilegierte Kooperation der sechs großen freien gemeinnützigen Wohlfahrtsverbände mit dem Sozialstaat auf. Diesen war vorgeworfen worden, dass sie sich zu bürokratisch verkrusteten Kartellen entwickelt hätten, ineffizient wirtschafteten und sich Leistungen vom Staat finanziell erstatten ließen, die sie nie erbracht hatten. Daraufhin wurden neben den gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden private Anbieter für Pflege- und Gesundheitsdienste zugelassen, die versprachen, solche Dienstleistungen „kundennäher“ und dazu kostengünstiger anzubieten. Nach knapp zehn Jahren wurde das System der öffentlichen Finanzierung und Abrechnung umgestellt. Während vorher den Wohlfahrtsverbänden die entstandenen Ausgaben voll refinanziert wurden, definierten nun der Staat und die sozialen Selbstverwaltungen spezifische Leistungen bzw. Leistungskomplexe, denen feste Entgelte zugeordnet waren.
- II. Die kommerzielle Landnahme insbesondere von Krankenhäusern nach außen sollte mit einer offensiven Markterschließung verbunden sein. Man erwartete einen international explosiv wachsenden Gesundheitsmarkt, der einer rentablen Verwertung privaten Finanzkapitals unermessliche Chancen bietet. Einer offensiven Markterschließung stünden zahlreiche Facetten offen: Krankenhäuser sollten im Wettbewerb unverwechselbare Profile ausbilden, sich spezialisieren und auf ein so genanntes Kerngeschäft verlegen. Sie sollten sich bewährter Werbemittel bedienen – mit der exzellenten Kompetenz einzelner Ärzte oder eines Ärzteteams, mit medizinischer Hochleistungstechnik, zahlenmäßigen Erfolgen komplizierter Operationen und mit komfortablen Privatabteilungen für exklusiv reiche Ausländer. Pflegeeinrichtungen sollten das Angebot an Einzelzimmern, abwechselnder Unter-

III. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

Resümee: Kommerzielle Übergriffe

- Markterschließung / Markterweiterung
 - Wachsende Anteile der Privaten
 - Zielloses Wachstum
 - Medizinsch-technisch-therapeutische Zuspitzung
 - Nebenarena: Ganzheitliche Heilung
 - Selektion von Angebotsmärkten
 - Verdrängungswettbewerb

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Eine stärkere wettbewerbliche Orientierung zieht eine Vielzahl von Verhaltensänderungen bei den Anbietern nach sich.

haltung und anregenden Aktivierungsprogrammen ausweiten. In ansprechenden Broschüren sollten ihre Entscheidungsprozesse transparent, Widersprüche in der Behandlung von Patienten öffentlich zugänglich und bürokratische Reibungsverluste innerhalb der Organisation aufgedeckt werden.

III. Die Innenseite der kommerziellen Landnahme, die betriebswirtschaftliche Kalkulation, hat den Arbeits- und Umgangsstil des Gesundheitssystems insbesondere der Krankenhäuser tiefgreifend verändert. Alle Einsatzfaktoren (Input) sind streng auf das Ergebnis (Output) hin instrumentalisiert worden. Betriebswirtschaftlich ausgebildete Geschäftsführer haben die Stellen von Chefarzten eingenommen, die in erster Linie medizinisch, pflegerisch oder sozial sensibilisiert waren. Exakt definierte Therapieverfahren (diagnosebezogene Behandlungsprogramme) wurden präzisen Therapieresultaten zugeordnet und über so genannte Fallpauschalen refinanziert. Sie orientieren sich an einem durchschnittlichen Aufwand. Weicht der konkrete Aufwand davon ab, entstehen Verluste oder Zusatzgewinne. Je komplizierter eine Diagnose beim Zusammentreffen verschiedener Symptome ausfällt, umso größer ist die Versuchung, bei der Abrechnung zu manipulieren.

Die Empfehlung, sich auf ein Kerngeschäft zu spezialisieren, verstärkt die Tendenz, profitable Behandlungen auszuwählen, private Patienten den gesetzlich Versicherten vorzuziehen, Mengeneffekte auszunützen, standardisierte Behandlungen oder komplizierte Fälle an andere Häuser oder Einrichtungen weiterzureichen. Eine Angebotsverdichtung in den urbanen Zentren wird gegen räumliche

Nähe, technisch-medizinische Praxis gegen Gesprächstherapie, betriebswirtschaftlicher Nutzen gegen medizinisch-pflegerische Kompetenz ausgespielt. In der Pflege werden für bestimmte Einzelleistungen eng bemessene Zeitquanten vorgegeben, so dass sich inzwischen die Parole von der „Pflege im Minutentakt“ herumgesprochen hat. Umsatzsteigerung und die Überprüfung steigender Zielmarken stehen im Konflikt mit dem Berufsethos von Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern, die innerlich emigrieren oder ihren Beruf aufgeben. Die Schlüsselgröße der Kostensenkung wurde den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen auferlegt.

2.5 Resümee

Ein Vergleich zwischen der zunehmenden kommerziellen Landnahme und der Konstellation des Gesundheitssystems am Ende des vorigen Jahrhunderts trifft auf erhebliche methodische Barrieren. Vergleiche machen nämlich neugierig, bestätigen jedoch auch vorhandene Vorurteile, stochern in jedem Fall im Nebel. Nur das lässt sich vergleichen, was vergleichbar ist. Ein ganzes System ist gar nicht, allenfalls einzelne seiner Komponenten sind vergleichbar. Aber was gilt als Vergleichsmaßstab? Die Wahl dessen, was abzählbar ist, klingt trivial. Beim analogen Vergleich ist die Unähnlichkeit jedoch immer größer als die Ähnlichkeit. Unter einem solchen Vorbehalt kann ein behutsamer Vergleich erfolgen, können schwerwiegende, aber vermeidbare Fehlentwicklungen identifiziert und Korrekturen verlangt werden.

1. Dazu gehört erstens jener ruinöse Verdrängungswettbewerb, der zwischen frei-gemeinnützigen, öffentlichen und privaten Anbietern um profitable Serviceleistungen, Behandlungsmethoden und Patienten, Auszubildende und Investoren entfesselt ist und auf dem Rücken der abhängig Beschäftigten ausgetragen wird. Er verlangt eine staatliche Intervention; diese muss gleiche Marktbedingungen und gleiche Arbeitsbedingungen, insbesondere soziale und ökologische Mindeststandards bei allen Einrichtungen, die Gesundheitsdienste anbieten, für die sie öffentlich refinanziert werden, sicherstellen. Durch eine Bindung aller Unternehmen an einen Branchentarifvertrag, der für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens gilt und durch eine staatliche Allgemeinverbindlichkeitserklärung abgesichert wird, ließe sich der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser entschärfen.

2. Zweitens ist der Sog, durch zielloses Wachstum zusätzliche Marktmacht und Rentabilitätsgewinne zu erzielen, volkswirtschaftlich destruktiv und deshalb zu unterbinden. Der Anstieg des Bruttoinlandsprodukts ist kein Gradmesser erhöhter Lebensqualität.
3. Drittens ist der öffentliche blinde Fleck gegenüber dem Engagement, das von Krankenschwestern, Pflegekräften, Therapeutinnen, technischem Personal und Reinigungskräften für die Wertschöpfung einer Einrichtung erbracht wird, demotivierend und ungerecht. Die wiederholt beschworene „Kunden“-Orientierung verlangt von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zusätzliche Anstrengungen, die in der Regel ohne Aufstockung des Personals nicht zu leisten sind. Bisher jedenfalls werden Rentabilitätsgewinne und die Steigerung der Effizienz eher über erhöhten Zeitdruck und die Arbeitsverdichtung auf die Belegschaft abgewälzt. Die sich vertiefende Spaltung der Belegschaft in hegemoniale Ärzteteams, in extern und intern entwertetes Pflege- und therapeutisches Personal sowie in Kollegen und Kolleginnen, die bei ausgelagerten Firmen mit abweichender Entlohnung beschäftigt sind, wirkt sich negativ auf das Betriebsklima und den sozialen Zusammenhalt aus, sie untergräbt die Identifizierung der Kolleginnen und Kollegen mit der Einrichtung.
4. Viertens ist die Übernahme industrieller Produktivitätskennzahlen und tayloristischer Effizienzkriterien für personennahe Gesundheitsdienste nur begrenzt oder überhaupt nicht geeignet, auch wenn private Krankenhauskonzerne zum Teil ein profitables und wettbewerbsfähiges Geschäftsmodell darauf aufbauen. Denn

die Dienste des Heilens, Helfens, Pflegens, Begleitens und Aufrichtens setzen nicht in erster Linie eine funktional-technisch getaktete Kooperation derer, die sie anbieten, und derer, die sie nachfragen, voraus. Sie gelingen nur dann, wenn es zu einer wechselseitig sensiblen Verständigung und einer gleichzeitigen Beteiligung der Patienten, Pflegekräfte und Ärzte kommt. Zudem sind Gesundheits- und Pflegedienste keine homogenen Güter, ihre Adressaten nicht austauschbar und die Risiken und die Zeitdauer der Begleitung etwa bei Multimorbidität oder psychosomatischen Beeinträchtigungen nicht exakt vorhersehbar.

5. Deshalb sind fünftens die propagierten Qualitätskriterien der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen personennahen Dienste entschlossen vom Merkmal technisch-industrieller Produktivität zu befreien. Die „Strukturqualität“ ist für eine angemessene Bewertung des Behandlungserfolgs wenig aussagefähig. Die „Prozessqualität“ einer Behandlung und Begleitung kann nicht von außen oder von oben, schon gar nicht durch rein betriebswirtschaftliche Kennziffern, sondern eher unter aktiver Mitwirkung und Zustimmung der an diesem Prozess direkt Beteiligten ermittelt werden. Ebenso kann die „Ergebnisqualität“ eines komplexen Behandlungsverfahrens, etwa nach längerer Krankheit ein eigenständiges Leben trotz leichter gesundheitlicher Beeinträchtigung führen zu können, wohl nur nach Ablauf eines längeren Zeitraums festgestellt werden.
6. Sechstens ist zu verhindern, dass diagnosebezogene Behandlungsprogramme, sofern sie ausschließlich einer betriebswirtschaftlichen Rationalität folgen, die fachliche, personale und kommunikative Kompetenz von Ärztinnen, Pflegerinnen und Therapeutinnen verdrängen. Die spezifische Qualität personennaher Dienste lässt sich nicht unter einem Regime von Beschleunigung und Arbeitsverdichtung gewinnen, wie sie derzeit in Krankenhäusern zu beobachten ist. Qualifiziertes Arbeitsvermögen, das kultiviert und veredelt werden müsste, wird so in eine Abwärtsspirale der Entwertung hineingetrieben. Sollte im Verlauf des so genannten Reformprozesses eine innere Emigration oder eine Fluchtbewegung aus den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Diensten einsetzen, wäre es an der Zeit, das System der kommerziellen Landnahme selbst einer Kosten-/Nutzen-Analyse zu unterwerfen.

IV. Vom Sozialstaat zum Wettbewerbsstaat

- Betriebswirtschaftliche Kalkulation
 - Ausschöpfung von Effizienzressourcen
 - Tayloristisch-industrielle Produktivitätsmaße
 - Effizienzkomponenten: Personal / Zeit
 - Weiterwälzen von Kosten-, Zeitdruck
 - Spaltung der Belegschaft: Ärzte / Pflegekräfte
 - Auslagerung von Teilbetrieben
 - Selektive Qualitätsmaßstäbe



Quelle: Nell-Breuning-Institut

Die Übernahme tayloristischer Effizienzkriterien ist für den Bereich personennaher Gesundheitsdienste untauglich.

3. Der normative Grundsatz gleicher Gerechtigkeit

Nach der Diagnose des paradigmatischen Wechsels individueller Ansprüche von Versicherten bzw. Patienten an das Gesundheitssystem wurden die gravierenden Veränderungen des real existierenden deutschen Gesundheitssystems und dessen Konstruktionslinien skizziert. Vor allem seit dem Ende des vergangenen Jahrhunderts konnte ein Prioritätenwechsel beobachtet werden – von der solidarischen zur kommerziellen Steuerung, von der öffentlichen Bereitstellung zur privaten Vorsorge, von der umlagefinanzierten zur kapitalgedeckten Finanzierung von Gesundheitsleistungen, deren ambivalente Folgen zunehmend erkannt und diskutiert werden. Welche Rolle spielen normative Überzeugungen gleicher Gerechtigkeit angesichts der veränderten individuellen Selbstdeutungen und Anspruchshaltungen sowie angesichts eines hegemonialen Trends zunehmender kommerzieller Steuerung des Gesundheitssystems?

3.1 Gerechtigkeit im Parteiendiskurs

Zu Beginn des neuen Jahrhunderts warben führende Parteienvertreter der SPD und der CDU mit einer normativ aufgeladenen Rhetorik für sozialpolitische Reformen, die sie anstrebten. Die herkömmlichen Begriffe der Gerechtigkeit seien den globalen und säkularen Herausforderungen nicht mehr gewachsen. Die Deutschen sollten sich von der Verteilungsgerechtigkeit verabschieden, weil diese auf die Umverteilung materieller Güter oder finanzieller Mittel sowie die Gleichheit der Ergebnisse fixiert sei. Der neue Name für Gerechtigkeit: sei „Chancengleichheit“.

Jeder Person müssten gleiche Startbedingungen und ein gleicher Zugang zu den gesellschaftlichen Grundgütern garantiert sein. Da die Talente und der Leistungswille der Menschen unterschiedlich sind, sei es gerecht, diese stärker anzuerkennen und zu fördern. Davon hänge entscheidend die Wettbewerbsfähigkeit einer Wirtschaft ab. Die Gerechtigkeit, die unterschiedliche Begabungen und Leistungen berücksichtigt, heiße Leistungsgerechtigkeit. Und die ihr gemäße Steuerungsform sei der Markt. Deshalb sollte der Markt- oder Tauschgerechtigkeit der Vorrang vor der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit eingeräumt werden.

3.2 Normative Überzeugungen im Dialog mit der Situation

Aus der nachgezeichneten parteipolitischen Debatte lassen sich drei Einsichten gewinnen: Erstens unterliegt die

Frage der Gerechtigkeit als politischer Ordnungsform einer gesellschaftlichen Verständigung. Es gibt keinen außenstehenden neutralen Schiedsrichter, dem das Urteil über das, was gerecht ist, überlassen werden kann. Es können auch nicht die Angehörigen einer Teilgruppe der Gesellschaft die eigenen Vorstellungen gelingenden Lebens allen Gesellschaftsmitgliedern verpflichtend vorschreiben. Vielmehr sind die Mitglieder moderner Gesellschaften gehalten, sich gemeinsam über das, was sie einander schulden, zu verständigen.

Zweitens fallen normative Grundsätze nicht vom Himmel, sie werden kollektiv entworfen, situativ ausgelegt und kreativ angewendet. Die Güterverteilung in der antiken Stadt, die Empörung der Bürger über die Freiheitsberaubung durch absolute Monarchen oder der Protest notleidender Arbeiter gegen die Übermacht kapitalisti-

Die Frage der Gerechtigkeit als politischer Ordnungsform unterliegt einer gesellschaftlichen Verständigung.

scher Unternehmer sind ein Beleg dafür, dass normative Grundsätze auf eine jeweils andere gesellschaftliche Situation antworten, die das kollektive Handeln herausfordert.

Drittens ist die Formulierung normativer Grundsätze ein Ausdruck gesellschaftlicher Entscheidungsfreiheit; sie lässt die souveräne Wahl einer Anpassung an die Situation oder eines normativen Gegenentwurfs zu dieser Situation offen. Die Ausgangsfrage, ob unsere Vorstellungen von Gleichheit und Gerechtigkeit noch realitätskonform sind, löst die Gegenfrage aus: Sind die bloße Anpassung an die Situation oder ein kreativer Gegenentwurf dazu eher „realitätskonform“? Angesichts wachsender sozialer Ungleichheit und gesellschaftlicher Polarisierung, die das Risiko gewaltsamer Konflikte in sich bergen, hat der Grundsatz gleicher Gerechtigkeit gegenüber der Option für mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem wohl eine höhere Priorität.

3.3 Gerechtigkeit als Gleichheitsvermutung

Gegen die Behauptung, der Gerechtigkeitsbegriff enthalte im Kern eine Gleichheitsvermutung, werden starke Einwände erhoben. Erstens sei jeder Mensch einzigartig. Die Kompetenzen und Interessen, die ihm zu eigen sind, sowie seine elementaren Bedürfnisse an denen anderer zu messen, sei nicht zulässig. Folglich habe er das Recht, differenzierte gesellschaftliche Positionen zu beanspruchen, die er sich

auf Grund eigener Talente und Anstrengungen erworben hat. Zweitens sei die Gesellschaft nicht die Eigentümerin eines verborgenen Reservoirs, aus dem sie alle individuellen Kompetenzen schöpfen kann. Drittens könne eine aufwendige sozialstaatliche Bürokratie die Gleichheit aller Bürger nicht herstellen. Sie würde die weniger Talentierten im Rennen um gesellschaftliche Positionen nur in eine aussichtslose Aufholjagd treiben, die auf einen Ausgleich zielt, der nie erreicht wird. Viertens habe die Gesellschaft kein Mandat, das ihr gestattet, das Schicksal zu korrigieren.

Solchen Einwänden kann mit dem formalen Hinweis begegnet werden, dass der Begriff der Gerechtigkeit immer den Bezug zu anderen enthält und den Vergleich mit anderen zulässt. Der empirische Begriff der Gleichheit bedeutet nicht Identität: Selbst Zwillinge sind gleich, aber nicht identisch. Gleichheit ist die qualitative Übereinstimmung von Subjekten oder Sachverhalten in einem Merkmal, während andere Merkmale verschieden sind. In welcher Hinsicht sind zwei Subjekte gleich? Beispielsweise hinsichtlich musischer Talente oder technischer Begabung, hinsichtlich der Herkunft aus einer Region oder hinsichtlich ihrer Kleidung.

Verhältnismäßige Gleichheit ist also eine erste Präzision der Gleichheitsvermutung. In der Forderung „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ drückt sich diese Einsicht aus. In der wohlgeordneten antiken Stadt oder in der mittelalterlichen, feudal gegliederten Gesellschaft wurde den einzelnen Mitgliedern „das Gleiche“ im Verhältnis zu ihren Talenten, Verdiensten, Funktionen oder Positionen zugewiesen. Seit der Neuzeit ist „das Gleiche“ im Verhältnis zu sich selbst bestimmt – zum selbstbewussten, selbstbestimmten individuellen Subjekt und seiner Absicht, sich als Person selbst zu verwirklichen und darin eine eigenständige Identität zu finden. Die Gleichheitsvermutung legt sich daraufhin als Grundsatz moralischer Gleichheit aus.

3.4 Moralische Gleichheit

Moralische Gleichheit besagt, dass jede Person einen moralischen Anspruch darauf hat, mit der gleichen Rücksicht und Achtung behandelt zu werden wie jede andere. Sie ist von einem Standpunkt der Unparteilichkeit und der Allgemeinheit als autonomes Lebewesen zu achten und als Gleiche – nicht gleich – zu behandeln und zu respektieren. Der Grundsatz moralischer Gleichheit ist zugleich eine Verfahrensregel, um die real existierenden gesellschaftlichen Verhältnisse daraufhin zu überprüfen, ob sie vom Standpunkt der Unparteilichkeit und Allgemeinheit gerechtfertigt

werden können. Gemäß einer solchen Verfahrensregel ist die Gerechtigkeit einer Gesellschaft daran zu messen, dass ihre Gerechtigkeitsnormen gegenüber jedem Mitglied der Gesellschaft und insbesondere gegenüber den am wenigsten begünstigten Mitgliedern, die von ihrer Geltung betroffen sind, angemessen begründet und gerechtfertigt werden können.

3.5 Egalitäre Auslegung der Menschenrechte

Aus dem Grundsatz moralischer Gleichheit lässt sich nicht direkt und unmittelbar eine Gleichheitsvermutung für die Verteilung gesundheitlicher Grundgüter ableiten. Wer dies versuchen wollte, stolpert in eine politische Moralfalle. Dennoch kann eine Korrespondenz von moralischer Gleichheit und der tendenziell gleichmäßigen Verteilung von Gesundheitsgütern angenommen werden – und zwar auf dem Umweg über die egalitäre Auslegung gleicher Menschenrechte.

Folgt man einer solchen Methodik, steht bei der Proklamation der Menschenrechte den politischen Beteiligungsrechten der erste Rang zu. „Beteiligung“ als politische Dimension der Gerechtigkeit meint das gleiche Recht eines jeden Bürgers, sich an den Prozessen der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Meinungsbildung und Entscheidungsfindung aktiv zu beteiligen und darin selbst zu vertreten. Beteiligungsgerechtigkeit wird zu einer Suchbewegung auf diejenigen hin, denen die Mitwirkung an politischen Entscheidungen versagt ist, und eine Parteinahme zugunsten der Schwächeren am Rand der Gesellschaft. Um das Beteiligungsrecht zu sichern, ist der gleiche Mindestanteil einer Grundausstattung an Gesundheitsgütern zu garantieren. Der sozio-ökonomische und

Um das Beteiligungsrecht zu sichern, ist der gleiche Mindestanteil einer Grundausstattung an Gesundheitsgütern zu garantieren.

kulturelle Anspruch einer gesundheitlichen Grundsicherung verhindert den Ausschluss der Menschen von jenen Gütern, die für eine Gesellschaft als unverzichtbar gelten.

Wie kann das magische Dreieck von moralischer Gleichheit, gleicher Rechte auf politische Beteiligung und einer tendenziell gleichmäßigen Verteilung von Gesundheitsgütern aufgelöst werden? Da die erwerbswirtschaftliche Grundlage einer solidarischen Absicherung von Gesundheitsrisiken brüchig geworden ist, bietet sich eine

erweiterte, „demokratische“ Grundlage an, die das feudale Erbe einer nach Berufsständen und Klassen gegliederten Vielfalt von Gesundheitskassen sprengt und alle Personen einschließt, die im Geltungsbereich der Verfassung ihren Lebensmittelpunkt haben, und alle Einkommen, die dort entstehen, beitragspflichtig werden lässt. Die solidarischen Leistungen bewegen sich in einem Korridor, der von unten her gesockelt und von oben her gedeckelt ist. Damit sind auch diejenigen, die über kein eigenes Einkommen verfügen, in die Solidargemeinschaft einbezogen, während sich die Wohlhabenden zusätzlich privat absichern können, falls ihnen die Standardleistungen nicht genügen.

Es sieht so aus, als müsse die Eingangsfrage umgestellt werden: Sind das real existierende Gesundheitssystem und die Ansprüche von Versicherten und Patienten,

Der Ruf nach mehr Markt und Wettbewerb erzeugt das paradoxe Resultat verschärfter staatlicher Regulation.

die an dieses System gerichtet sind, mit den Gerechtigkeitsvorstellungen einer Gesellschaft konform, deren Verfassung auf der Anerkennung gleicher Menschenrechte gründet? Die Antwort enthält ein methodisches und ein inhaltliches Urteil.

1. Methodisch kommt es erstens darauf an, einen individualistischen Fehlschluss zu vermeiden. Der Wechsel der Ansprüche von Versicherten und Patienten ist nämlich nicht die Schlüsselgröße jener strukturellen Veränderungen, denen ein solidarisches Gesundheitssystem seit den 1980er Jahren in zwei Schüben gefolgt ist. Die solidaritätskritische Mentalität individueller Subjekte ist als abgeleitete „rationale“ Reaktion auf den beherrschenden Trend der Kommerzialisierung aller Lebensbereiche zu begreifen.
2. Zweitens sollte ein moralischer Fehlschluss vermieden werden. Die strukturellen Veränderungen des Gesundheitssystems, die aus jenen Kampagnen hervorgegangen sind, die mehr Wettbewerb auf ihre Fahne geschrieben hatten, lassen sich nämlich nicht einfach als absoluter Kontrast zum Grundsatz der Solidarität als dem Anderen der Gerechtigkeit stilisieren. Denn schon vorher gab es auf allen Ebenen Wettbewerbselemente. Erst recht würde eine totale Unterwerfung von Wettbewerbsregeln unter ein ausschließlich normatives Regime gleicher Gerechtigkeit der Balance eines dia-

logischen Wechselspiels von Situationsdeutung und normativen Überzeugungen widersprechen.

Innerhalb dieses methodischen Rahmens ist ein inhaltlich kritisches Urteil über die beobachtbaren Wettbewerbs-Prioritäten vertretbar:

1. Erstens verletzt jenes Mehr an Wettbewerb, dem sich insbesondere Krankenhäuser auf einem so genannten Gesundheitsmarkt aussetzen, das von wirtschaftlicher Konzentration, Konzernbildung, oligopolistischen Strukturen und Marktbeherrschung begleitet ist und in einen ruinösen Verdrängungswettbewerb mündet, die Grundsätze gleicher Gerechtigkeit und Solidarität. Zudem erzeugt der Ruf nach mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen die paradoxen Resultate verschärfter staatlicher Regulation und asymmetrischer Verhandlungsmacht der Anbieter auf der korporativen Verhandlungsebene. Dabei ist nicht zu übersehen, dass der verstärkte Ruf nach einer Regulation durch den Staat dessen Organe dem Einfluss mächtiger privater medizinisch-technisch-pharmazeutischer Lobbyisten ausliefert. So werden die bereits knapp gehaltenen Finanzmittel innerhalb des Gesundheitssystems umverteilt. Noch stärker ist der Einfluss der Industrie- und Finanzlobbyisten auf den Gesetzgeber und die Exekutive, die den Ehrgeiz entwickeln, ein naturwissenschaftlich und technisch orientiertes Bildungssystem sowie die Exportindustrie global wettbewerbsfähig zu machen, diese Segmente zu subventionieren und dem Gesundheitssystem jene finanziellen Ressourcen zu entziehen, die Versicherte und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Recht beanspruchen.
2. Zweitens kollidieren die Rentabilitäts- und Profitorientierung mancher Krankenhauskonzerne mit dem Berufsethos sowohl der Chef- und Assistenzärzte als auch der Pflegekräfte, Küchenangestellten und Reinigungsdienste. Sie erwarten Beteiligungsgerechtigkeit, sind jedoch faktisch ausgeschlossen von einer Mitbestimmung in einer beteiligungsgerechten Unternehmensverfassung.
3. Drittens beeinträchtigt die betriebswirtschaftliche Logik der Effizienzsteigerung die Grundsätze der Beteiligungsgerechtigkeit und der Solidarität, da Ärzte ihre Hegemonie gegenüber den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behaupten können und einen Teil des finanziellen und personellen Drucks auf sie weiter wälzen. Andererseits verhindert die Neigung zur Selbstausbeutung, die den Trägerinnen und Trägern

medizinischer, pädagogischer und religiös aufgeladener Berufsbilder anhaftet, dass diese sich solidarisch verbinden und um ihre Beteiligungsrechte kämpfen, indem sie Bündnispartner in der Branche suchen, mit denen sie gemeinsam die politisch Verantwortlichen unter Druck setzen können, die öffentlichen Haushalte zugunsten des Gesundheitssystems umzusteuern. Denn die häufig beschworenen Knappheitsbedingungen des Gesundheitssystems sind politisch verursacht und gewollt.

4. Viertens werden die Grundsätze gleicher Gerechtigkeit und demokratischer Solidarität entwertet, solange der Trend der Privatisierung des Gesundheitsrisikos infolge der wachsenden Ungleichheit der Anteile von Kapital- und Arbeitseinkommen an der gesamten Wertschöpfung, die staatlich begünstigt wird, ungebrochen bleibt. Dieser Trend ließe sich mit einer Versicherung umbiegen, die alle Bürgerinnen und Bürger einschließt sowie alle Einkommen zur Finanzierung heranzieht.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: hengsbach@jesuiten.org

.....
PROF. DR. FRIEDHELM HENGSBACH SJ



Friedhelm Hengsbach SJ, Prof. em. Dr. oec., Jahrgang 1937, hat Philosophie, Theologie und Wirtschaftswissenschaft in München, Frankfurt und Bochum studiert. Er promovierte über die Assoziierung afrikanischer Staaten an die EG und habilitierte sich über das Thema Arbeitsethik. Von 1977 bis 2005 lehrte er im Fach Christliche Gesellschaftsethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main. Von 1992 bis 2006 leitete Hengsbach das Nell-Breuning Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik. Er lebt und arbeitet seit 2009 im Heinrich Pesch-Haus – Katholische Akademie Rhein-Neckar in Ludwigshafen.



Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Marktwirtschaft und Versorgungsgerechtigkeit – passt das zusammen?

PROF. DR. STEFAN HUSTER, INSTITUT FÜR SOZIAL- UND GESUNDHEITSRECHT DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Die Gesetzliche Krankenversicherung ist gekennzeichnet durch eine Mischung aus staatlicher Regulierung und Selbstverwaltung sowie Wettbewerbselementen. Das korporatistische Modell einer „regulierten Selbstregulierung“ ist in den vergangenen Jahren einerseits durch die zentrale Steuerungsinstanz des Gemeinsamen Bundesausschusses gestärkt, andererseits durch einen „Wettbewerbskorporatismus“ überformt worden. Ein konsistentes Ordnungsmodell muss durch die Einführung eines Qualitätswettbewerbs flankiert werden und zudem eine Ökonomisierung von Versicherungs- und Versorgungsentscheidungen verhindern. Diskutiert werden daher Wege, wie die Knappheit von Ressourcen und das Bemühen um Versorgungsgerechtigkeit zusammengeführt werden können. Vorgeschlagen wird ein Ergänzungsmodell, bei dem der Leistungsanspruch sich nicht mehr am absoluten Bedarf des Einzelfalls ausrichtet. Die im öffentlichen System gewährleistete Standardversorgung wird regelmäßig um die Leistungen ergänzt, die Bürger mit durchschnittlichem Einkommen in ihre Versorgung investieren.

I. Aufgaben und Struktur des Versorgungssystems

1. Das Spannungsverhältnis von Marktwirtschaft und Versorgungsgerechtigkeit

Die gesundheitliche Versorgung gilt – zumindest in Deutschland – als differenzierungsfeindlich. Damit ist selbstverständlich nicht gemeint, dass jeder Bürger buchstäblich die gleichen medizinischen Leistungen erhalten muss; dies wäre weder sinnvoll noch gerecht. Unter dem Begriff der Versorgungsgerechtigkeit ist vielmehr von vornherein eine am medizinischen Bedarf ausgerichtete Versorgung zu verstehen. Nicht ausdifferenzieren soll sich die Versorgung nach verbreiteter Überzeugung dagegen in einer anderen Hinsicht: Ob ein Mitglied unseres Gemeinwesens eine erforderliche, gar lebensnotwendige Behandlung erhält, sollte nicht von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit abhängen. Dies gilt jedenfalls für einen Kernbestand an Versorgungsleistungen („basic package“) und – wie zu begründen ist – in einer Ordnung, die sich – wie das Grundgesetz – zur Sozialstaatlichkeit bekennt, wohl auch für das „normale“ Versorgungsniveau.

Damit steht das Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit von vornherein in einem gewissen Spannungsverhältnis zum Gedanken der Marktwirtschaft – jedenfalls dann, wenn man unter einer Marktwirtschaft einen Mechanismus der dezentralen Güterallokation versteht, der geprägt ist durch Wettbewerb und das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage. Dass Versorgungssysteme – soweit ersichtlich – in keinem modernen Gemeinwesen rein marktwirtschaftlich ausgestaltet sind, dürfte auf zwei Gründen beruhen: Zum einen besteht bekanntlich zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und den nachfragenden

Patienten eine erhebliche Informationsasymmetrie. Zum anderen – und hier wichtiger – führte eine rein marktwirtschaftliche Ausgestaltung dazu, dass der Versorgungszugang von der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängt – mit der Folge, dass sich die Pflege und Erhaltung des zentralen Guts der Gesundheit durch die medizinische Versorgung in

Die rein marktwirtschaftliche Ausgestaltung würde den Versorgungszugang von der Zahlungsfähigkeit abhängig machen.

einer freiheitlichen und damit unvermeidlicherweise auch immer ungleichen Gesellschaft sozial aufspalten. Diese Form der sozialen Ungleichheit soll aber mit Blick auf den Versorgungszugang gerade vermieden werden.

2. Marktwirtschaftliche und wettbewerbliche Elemente im Versorgungssystem

Dass ein rein marktwirtschaftliches Versorgungssystem nicht plausibel ist, bedeutet aber nicht, dass in der Versorgung marktwirtschaftliche und wettbewerbliche Elemente keine Rolle spielen dürfen:

- Geht man von den Versorgungsansprüchen der Bürger aus, so muss der Staat gewährleisten, dass jeder Mann Zugang zu einer funktionsfähigen Versorgung hat. Dies bedeutet aber nicht, dass er diese Versorgung selbst leisten muss. Vielmehr genügt er seiner Gewährleistungspflicht, wenn er in geeigneter Weise den Zugang sicherstellt. Das kann in Form eines staatlichen Gesundheitsdienstes, aber auch in einem marktförmigen System geschehen, soweit er dann finanzielle Zugangsbarrieren durch entsprechende

Transferleistungen beseitigt. Auch das korporatistische deutsche Versorgungssystem der sozialen Selbstverwaltung ist daher nach herrschender und zutreffender juristischer Ansicht verfassungsrechtlich nicht gewährleistet; der Gesetzgeber könnte sich auch für eine andere – staatliche oder marktförmige – Organisation des Versorgungssystems entscheiden. Da die Sozial- und Gesundheitspolitik immer pfadabhängig ist und sich derartige Großsysteme nicht von heute auf morgen umkrempeln lassen, ist eine plötzliche umstürzende Veränderung nicht sehr wahrscheinlich, aber verfassungsrechtliche Prinzipien ständen ihr nicht entgegen. Sowohl das Grundgesetz als auch der Grundsatz der Versorgungsgerechtigkeit schreiben ein bestimmtes Ziel fest, nicht aber die Organisation des Versorgungssystems. Viele Wege führen hier nach Rom.

- In den meisten modernen Staaten finden wir Mischsysteme der Versorgung: weder rein staatlich noch rein marktwirtschaftlich. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist dafür ein gutes Beispiel: eine Mischung aus staatlicher Regulierung und Selbstverwaltung, aber inzwischen auch aus Wettbewerbselementen. Gerade in den letzten Jahren hat der Gesetzgeber zunehmend versucht, die produktiven Kräfte des Wettbewerbs auch in der GKV zu nutzen. Dabei waren die Leistungserbringer in der GKV schon immer überwiegend privatwirtschaftlich organisiert und konkurrieren um die Versicherten als Patienten; dieses Wettbewerbsverhältnis ist durch die Einführung von pauschalierten Vergütungssystemen – insbesondere im Bereich der Krankenhausver-

sorgung – verstärkt worden. In den letzten Jahren ist nun aber auch in die anderen Rechtsbeziehungen – der Krankenkassen als Kostenträger untereinander und im Verhältnis der Kassen zu den Leistungserbringern – ein wettbewerblicher Gedanke eingezogen. Durch die Kassenwahlfreiheit der Versicherten und die Zusatzbeiträge hat der Gesetzgeber einen Kassenwettbewerb installiert. Durch die Einführung von Selektivverträgen konkurrieren nun auch die Leistungserbringer untereinander um Verträge mit den Kostenträgern. Diese Entwicklungen zeigen, dass wettbewerbliche Elemente der GKV keineswegs mehr fremd sind.

3. Friktionen und Probleme

Allerdings führen unterschiedliche Anforderungen an das Versorgungssystem und das Nebeneinander von unterschiedlichen Prinzipien zu Friktionen und Problemen, die im Folgenden beleuchtet werden sollen. Im Einzelnen geht es zum einen um Schicksal und Weiterentwicklung des korporatistischen Ordnungsmodells (II.), zum anderen um die Frage, wie sich Versorgungsgerechtigkeit und eine stärker dezentrale, marktwirtschaftliche Steuerung miteinander vereinbaren lassen (III.).

II. Das Schicksal des Korporatismus

1. Das Ordnungsmodell des Korporatismus

Gemeinhin werden das deutsche Sozialversicherungssystem und auch die GKV als „korporatistische“ Ordnungen eingeordnet. „Korporatismus“ ist allerdings kein Rechtsbegriff, in Gesetzestexten taucht er nicht auf. Es handelt sich vielmehr um einen analytischen Begriff der Politikwissenschaft, mit dessen Hilfe ein bestimmtes Re-

„Korporatismus“ ist kein Rechtsbegriff, sondern ein analytischer Begriff der Politikwissenschaft.

gulierungsarrangement in modernen politischen Ordnungen beschrieben werden soll. Er bezeichnet dabei „eine politisch-wirtschaftliche Verfassung, in der organisierte Interessen dauerhaft eingebunden – inkorporiert – sind und an der Formulierung und Ausführung von politischen Entscheidungen teilnehmen“ (Klenk/Weyrauch/Haarmann/Nullmeier 2012, S.19). Damit knüpft der Begriff an vor-

Regulierungsmix im Korporatismus

Das Ordnungsmodell des Korporatismus

- kein Rechtsbegriff, sondern analytischer Begriff der Politikwissenschaft
- „politisch-wirtschaftliche Verfassung, in der organisierte Interessen dauerhaft eingebunden – inkorporiert – sind und an der Formulierung und Ausführung von politischen Entscheidungen teilnehmen“
- Gegenbegriff zu Pluralismus



Quelle: Prof. Stefan Huster

Der Begriff Korporatismus knüpft an vormoderne, ständische Ordnungsmodelle an, wird aber mit Blick auf die Nachkriegszeit der Bundesrepublik verwendet.

moderne ständische Ordnungsmodelle an, bezieht sich in der politikwissenschaftlichen Diskussion aber auf die politische und gesellschaftliche Entwicklung in der Nachkriegszeit („Neokorporatismus“).

Mit der Betonung der institutionalisierten Einbindung von Verbänden in den politischen Entscheidungsprozess grenzt sich die Korporatismustheorie von interessenpluralistischen Ansätzen ab. Deutlich wird dies in der klassischen Definition: „Korporatismus kann definiert werden als ein System der Interessenvermittlung, dessen wesentliche Bestandteile organisiert sind in einer begrenzten Anzahl singulärer Zwangsverbände, die nicht miteinander in Wettbewerb stehen, über eine hierarchische Struktur verfügen und nach funktionalen Aspekten voneinander abgegrenzt sind. Sie verfügen über staatliche Anerkennung oder Lizenz, wenn sie nicht sogar auf Betreiben des Staates hin gebildet worden sind. Innerhalb der von ihnen vertretenen Bereiche wird ihnen ausdrücklich ein Repräsentationsmonopol zugestanden, wofür sie als Gegenleistung bestimmte Auflagen bei der Auswahl des Führungspersonals und bei der Artikulation von Ansprüchen oder Unterstützung zu beachten haben“ (Schmitter 1979, S. 94 f.) Es geht also nicht einfach um eine Vielfalt von konkurrierenden Interessen und Interessenverbänden, die man in modernen Gesellschaften überall findet, sondern sehr viel spezifischer um die Integration organisierter Interessen in staatliche Entscheidungsprozesse.

Allerdings realisiert sich dieses korporatistische Modell nirgendwo in Reinform. Auch in der GKV lassen sich deutliche Differenzierungen erkennen. So ist die

Steuerung der ambulanten Versorgung, auf die mit den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen als öffentlich-rechtlichen Körperschaften tatsächlich „Zwangsverbände“ maßgeblichen Einfluss haben, sehr viel korporatistischer als in der stationären Versorgung, in der die Krankenhäuser als Leistungserbringer nicht „verkammert“ sind und in der die Bundesländer aufgrund ihrer verfassungsrechtlich abgesicherten Kompetenz zur Krankenhausplanung von besonderer Bedeutung sind.

2. Tendenz zum „Wettbewerbskorporatismus“?

Im Einzelnen stellen sich die Regelungsarrangements und ihre Entwicklungen in verschiedenen politischen Ordnungen und Sozialbereichen durchaus unterschiedlich dar. Idealtypisch kann man eine Makroebene zentraler staatlicher Steuerung, eine Mesoebene verbandlicher Mitbestimmung und eine Mikroebene dezentraler individueller Entscheidungen unterscheiden; dementsprechend lassen sich die Regelungsarrangements danach klassifizieren, ob sie im Schwerpunkt durch staatliche Vorgaben, marktförmige Prozesse oder eben das Wirken intermediärer, auf Kompromissfindung angelegter Einrichtungen geprägt sind. In der GKV finden wir einen Mix aus allen drei Steuerungsinstrumenten.

Dabei ist auch das korporatistische Modell immer in Entwicklung begriffen. Nachdem es geraume Zeit als eine überzeugende Antwort auf die allfälligen Probleme zentraler staatlicher Steuerung gelten durfte und als Form der „regulierten Selbstregulierung“ auch in verwaltungswissenschaftlichen und juristischen Diskussionen Anerkennung genoss, ist es aufgrund veränderter gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen nach verbreiteter Auffassung inzwischen an seine Grenzen geraten. Nicht nur brechen das „industriekapitalistische Arrangement“ und die stabilen Milieus weg, an die die inkorporierten Großverbände der „Sozialpartnerschaft“ anschließen konnten; auch erweist sich das korporatistische Selbstverwaltungsmodell als schwerfällig, wenn interne Knappheits- und Verteilungsfragen beantwortet werden müssen.

Allerdings sind und waren die politischen Reaktionen auf diese Probleme und Defizite differenziert und gehen keineswegs nur in die eine Richtung eines „Wettbewerbskorporatismus“. Dies wird jedenfalls für die Entwicklung der GKV in den letzten 20 Jahren konstatiert. So lassen sich hier mehrere, durchaus gegensätzliche Entwicklungen beobachten. Am auffälligsten ist dabei sicherlich die Ein-

Regulierungsmix im Korporatismus

Entwicklung zum „Wettbewerbskorporatismus“?

a) Regulierungsebenen:

- Makroebene zentraler staatlicher Steuerung
- Mesoebene verbandlicher Mitbestimmung
- Mikroebene dezentraler individueller Entscheidungen
- Regulierungsmix in GKV
- „Regulierte Selbstregulierung“ vs. Entscheidungsblockade

b) Regulierungsentwicklung: gleichzeitig Stärkung von

- wettbewerblichen Instrumenten (Kassenwettbewerb, Selektivverträge)
- staatlicher Steuerung (Gesundheitsfonds)
- korporatistischer Steuerung (G-BA)
- Angewiesenheit von Wettbewerb auf Rahmenordnung/Regulierung
- Fehlen verfassungsrechtlicher Maßstäbe

Quelle: Prof. Stefan Huster



Das traditionelle Modell des Korporatismus ist in den vergangenen 20 Jahren sukzessive von einem „Wettbewerbskorporatismus“ überformt worden.

führung wettbewerblicher Elemente in die GKV; erinnert sei insoweit nur an den Kassenwettbewerb und die Selektivverträge. Daneben lässt sich aber auch eine Zunahme staatlicher Steuerung – etwa durch die Einführung des Gesundheitsfonds – beobachten.

Schließlich ist in einzelnen Hinsichten auch eine Stärkung zentraler korporatistischer Steuerungsinstanzen – insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – zu konstatieren. Das ist nur auf den ersten Blick überraschend: Aus anderen Bereichen des Regulierungsrechts ist bekannt, dass die Einführung von Wettbewerb der intensiven Begleitung durch eine rechtliche Rahmenordnung bedarf, die zunächst eine Intensivierung der hoheitlichen Steuerungsaktivitäten bewirkt. Auch in der GKV wären ein Kassenwettbewerb ohne Risikostrukturausgleich und ein Wettbewerb der Leistungserbringer ohne verbindliche Qualitätsvorgaben schwerlich vorstellbar. Insgesamt überwiegt allerdings die Einschätzung, dass die korporatistischen Strukturen durch eine parallele Vermarktlichung und Verstaatlichung zunehmend unter Druck geraten. Das Bild ist aber recht bunt; dies wird in den einschlägigen Analysen auch betont.

Aus juristischer Sicht ist es grundsätzlich zulässig, wenn die Gesundheitspolitik die traditionellen korporatistischen Strukturen zu einem „Wettbewerbskorporatismus“ oder zu einem gelegentlich etwas konzeptionslos wirkenden Mischmodell umformt. Die Ausgestaltung des Versorgungssystems liegt nämlich – wie bereits betont – weithin in der Gestaltungsfreiheit des parlamentarischen Gesetzgebers. Wird der Staat seiner Gewährleistungspflicht gerecht und beachtet auch die grundrechtlich geschützten Rechtspositionen der Leistungserbringer und das Erfordernis hinreichender Legitimationsstrukturen, kann er das System nahezu beliebig reformieren. Das Grundgesetz anerkennt die traditionelle korporatistische Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme, gewährt ihnen aber weder Bestandsschutz noch ein „Reinheitsgebot“.

3. Korporatismus und Wettbewerb

Allerdings ist nicht zu übersehen, dass der Mix von unterschiedlichsten Steuerungsinstrumentarien zu Konsistenz- und damit letztlich auch zu Rechtsproblemen führen kann. Am augenfälligsten ist das sicherlich für das Verhältnis von Korporatismus einerseits und Wettbewerbselementen andererseits. Hier muss kein unauflösbarer Widerspruch bestehen, aber es ist doch bezeichnend, dass die Entwicklung korporatistischer Strukturen nicht zuletzt gerade gegen

Es besteht ein Spannungsverhältnis zwischen korporatistischer Struktur und wettbewerblicher Orientierung.

die Verwerfungen gerichtet war, die wettbewerbliche und marktförmige Lösungen mit sich gebracht haben oder mit sich bringen können.

In einem kollektiven Versorgungssystem wie der GKV sind insbesondere in drei Hinsichten wettbewerbliche Beziehungen denkbar:

- Die Leistungserbringer konkurrieren um Patienten bzw. Versicherte.
- Die Krankenkassen konkurrieren um Mitglieder.
- Die Leistungserbringer konkurrieren um Verträge mit den Kostenträgern.

In allen drei Beziehungen sind die korporatistischen Strukturen in der GKV gerade entstanden, um die Nachteile wettbewerblicher Steuerung zu vermeiden:

- Die Versicherten oder Patienten können die Qualität medizinischer Leistungen kaum beurteilen („Infor-

Regulierungsmix im Korporatismus

Korporatismus und Wettbewerb

a) Wettbewerbliche Beziehungen in der GKV:

- Die Leistungserbringer konkurrieren um Patienten bzw. Versicherte.
- Die Krankenkassen konkurrieren um Mitglieder.
- Die Leistungserbringer konkurrieren um Verträge mit den Kostenträgern.

b) Spannungsverhältnis von Korporatismus und Wettbewerb

- Versicherte/Patienten als Wettbewerbsakteure: Informationsasymmetrie und fehlende Zahlungsfähigkeit
- KVen als genossenschaftliche Einrichtungen der Selbsthilfe
- KVen als Reaktion auf Marktmacht der Kassen

c) Folge: Probleme sinnvoller Zuordnung

Quelle: Prof. Stefan Huster



Die Integration der verschiedenen Steuerungsmodi von Korporatismus und Wettbewerb wird künftig eine Daueraufgabe in der Gesetzlichen Krankenversicherung sein.

mationsasymmetrie“) und fallen daher als Wettbewerbsakteure weithin aus – ganz abgesehen davon, dass wir in dem sensiblen Bereich der medizinischen Versorgung auch keine Versorgung nach Zahlungsfähigkeit wollen.

- Die Krankenkassen sind nicht als Wettbewerbsorganisationen ins Leben gekommen, sondern als genossenschaftliche Einrichtungen der Selbsthilfe, die an vorrechtliche berufsständische Solidaritätsbeziehungen anknüpfen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen verdanken ihre Entstehung nicht zuletzt der Erfahrung, dass der einzelne Leistungserbringer der Marktmacht der Kassen wehrlos ausgeliefert ist.

Es besteht daher schon aus historischen Gründen ein Spannungsverhältnis zwischen der korporatistischen Struktur des traditionellen GKV-Systems und einer wettbewerblichen Orientierung. Dies muss – wie gesagt – kein unauflösbarer Widerspruch bleiben, weist aber bereits auf die Probleme hin, die eine Integration dieser Steuerungsmodi mit sich bringt. Es wird sicherlich eine der vornehmsten Aufgaben der Gesundheitspolitik sein, sich insoweit um ein halbwegs konsistentes und funktionsfähiges Ordnungsmodell zu bemühen.

4. Wettbewerbsrecht, Sicherstellungsauftrag und Qualitätssicherung

Insoweit wirft insbesondere die Ergänzung oder – perspektivisch – sogar Ersetzung des kollektivvertraglichen Systems durch Selektivverträge (insbesondere zur integrierten und Hausarztzentrierten Versorgung, Paragraphen 140a ff. und 73b SGB V) zwischen den Krankenkassen als Kostenträgern und einzelnen Leistungserbringern eine Reihe von Fragen auf.

Am augenfälligsten ist insoweit ein wettbewerbsrechtlicher Bedarf: Die einzelnen Leistungserbringer dürfen der Marktmacht der Kassen nicht schutzlos ausgeliefert werden. Wer Wettbewerb sät, wird daher Wettbewerbsrecht ernten. Der Gesetzgeber hat sich dieses Problems in Paragraph 69 II SGB V mit der Anordnung der Anwendbarkeit des Kartell- und Vergaberechts bereits angenommen. Schon die wechselvolle Geschichte dieser Norm zeigt aber, dass hier sicherlich immer wieder Abstimmungs- und Weiterentwicklungsbedarf besteht.

Ein weiteres Problem dieser Entwicklung liegt darin, dass mit einer Zunahme der selektivvertraglich organisierten Versorgung der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (Paragraph 75 Abs. 1 SGB V) in der Luft hängt. Dies ist nicht nur deshalb misslich, weil es an einer plausiblen Regelungsalternative fehlt; ob es politisch klug wäre, den Krankenkassen diesen Auftrag zu übertragen, mag schon deshalb zweifelhaft sein, weil sie selbst miteinander im Wettbewerb stehen. Eine zunehmende Entleerung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen würde auch dazu führen, dass deren Legitimation brüchig wird. Dies hätte Auswirkungen auf das gesamte korporatistische Design der GKV.

Schließlich haben die Reformbemühungen der letzten Jahre um die Einführung eines Qualitätswettbewerbs gezeigt, dass sich die Gemeinsame Selbstverwaltung schwer tut, Qualitätsstandards aufzustellen, die angesichts der grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit der Leistungserbringer einer rechtlichen Überprüfung standhalten; erinnert sei insoweit nur an die Rechtsstreitigkeiten zu den Mindestmengen. Auch die transparente Darstellung von Qualitätsunterschieden zwischen den Leistungserbringern erweist sich als mühsam und anfällig für Rechtsfehler. Die vielfach diskutierte und eingeforderte, aber bisher nur in Ansätzen verwirklichte (vgl. Paragraph 136 Abs. 4 SGB V) Anknüpfung der Leistungsvergütung an die Leistungsqualität (Pay for Performance – P4P) wirft ebenfalls

Fragen im Verhältnis zur „Normalversorgung“ auf, die ja an das allgemeine Qualitätsgebot des Paragraphen 2 Abs. 1 S. 3 SGB V gebunden bleibt: Woher sollen die Mittel für eine höhere Vergütung gesteigerter Qualität

Die transparente Darstellung von Qualitätsunterschieden erweist sich als mühsam und anfällig für Rechtsfehler.

eigentlich kommen, wenn auch der Leistungserbringer, der „normale“ Qualität liefert, einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung hat?

5. Die Gefahr einer Ökonomisierung von Versicherungs- und Versorgungsentscheidungen

Dass Geld im Rahmen der medizinischen Versorgung keine Rolle spielen dürfe oder eine Diskussion über Kosten sogar unethisch sei, ist eine verbreitete, aber mindestens missverständliche Überzeugung. Selbstverständlich steht auch das Versorgungssystem unter der Bedingung der Ressourcenknappheit; hier muss wie überall überlegt werden, welche Mittel zur Verfügung stehen und wie sie eingesetzt werden sollen. Die entscheidende Frage ist nur, wer in welchem Rahmen die notwendigen Entscheidungen treffen soll.

In einem korporatistischen Regelungsarrangement geschieht dies – innerhalb eines gesetzlichen Rahmens – im Wege der Vereinbarung und der Aushandlung der unterschiedlichen Interessen auf einer mittleren Ebene. Der Einbau von Wettbewerbselementen birgt nun die Gefahr, dass die einzelne Krankenkasse und der einzelne Leis-

Regulierungsmix im Korporatismus

Die Gefahr einer Ökonomisierung/Kommerzialisierung

a) Die Bedingung der Knappheit: kein Gegensatz von Ökonomie und (medizinischer) Ethik

b) Aber:

- explizite und transparente Allokationsentscheidungen auf höherer Ebene (Regeln)
- oder implizite Zuteilung auf unterer Ebene (Budgetierung)

Quelle: Prof. Stefan Huster



Werden einzelne Versorgungsentscheidungen durch monetäre Anreize überlagert, kann dies einen Vertrauensverlust bei den Versicherten nach sich ziehen.

tungserbringer sich nicht mehr an ihrem Sicherungs- und Versorgungsauftrag orientieren, sondern an monetären Anreizen. Dieses Übergreifen sachfremder Maßstäbe ist für die GKV fatal: Wer sich nicht sicher sein kann, ob ihm eine Behandlung aus medizinischen oder finanziellen Gründen zukommt oder versagt wird oder seine Kasse nur aus Eigeninteresse zum Wechsel rät, wird jedes Vertrauen in das System verlieren.

Ob etwa bei den Krankenhäusern eine DRG-verursachte „Flucht in die Menge“ stattfindet, ist nicht unumstritten, auch wenn viele Indizien dafür zu sprechen scheinen. Da es sich um ein massives Problem handelt, wird sowohl

Das Übergreifen sachfremder Maßstäbe bei der Versorgung ist für die GKV eine fatale Entwicklung.

die Legitimation der Selbstverwaltung als auch die Zukunft wettbewerblicher Instrumente maßgeblich davon abhängen, ob die Beteiligten derartige Fehlentwicklungen einer Ökonomisierung oder Kommerzialisierung in den Griff bekommen.

6. Die Legitimation der (gemeinsamen) Selbstverwaltung

Wenn die Beobachtung richtig ist, dass das korporatistische Modell durch eine parallele Vermarktlichung und Verstaatlichung zunehmend unter Druck gerät, bleibt dies auch auf die Legitimationsstrukturen der (gemeinsamen) Selbstverwaltung nicht ohne Wirkung. So wird die Legitimation der Kassenärztlichen Vereinigungen umso brüchiger, je stärker das Versorgungsgeschehen durch Selektivverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern gesteuert und der Sicherstellungsauftrag entkernt wird. Auch eine zunehmende Verdichtung der Vorgaben des staatlichen Rechts stellt das gesamte Modell der Selbstverwaltung in Frage.

Betroffen davon ist letztlich auch der G-BA als zentrale Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der enorme Bedeutungszuwachs, den er in den letzten Jahren erfahren hat, führt ihn vielleicht an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit. Auch wenn über seine Legitimation in juristischer Hinsicht immer noch kontrovers diskutiert wird, erheben sich jedenfalls politisch Bedenken gegen die Machtfülle eines Gremiums, das in seiner Konstruktion nicht unumstritten ist.

Dass ausschließlich Vertreter der Krankenkassen, der Vertragsärzte und der Krankenhäuser im G-BA vertreten

sind, kann nur einen Grund haben: Sie tragen gemeinsam die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung (vgl. Paragraph 72 Abs. 1 SGB V). Vor diesem Hintergrund mag es vertretbar erscheinen, dem G-BA die Entscheidungsbefugnis über die Leistungskonkretisierung zuzuweisen, soweit dies die Art und Weise der Leistungserbringung und ihre Qualität betrifft. Allerdings ist die Beteiligung von Patientenvertretern – wenn auch bisher noch ohne Stimmrecht (vgl. Paragraph 140f Abs. 2 SGB V) – bereits ein Beleg für die Brüchigkeit der Konstruktion: Sie weist nämlich zum einen darauf hin, dass die Belange der Patienten bisher nicht hinreichend berücksichtigt worden sind, was wiederum zeigt, dass hier doch heiklere Entscheidungen getroffen werden, als man sie einem derartigen Selbstverwaltungsgremium zuschreiben möchte. Und zum anderen lassen sich die Patientenvertreter in der Legitimationslogik des G-BA nur schwer unterbringen.

Wenn der Eindruck nicht täuscht, werden auf die GKV Entscheidungen zukommen, die sich der bisherigen Legitimationsstruktur des G-BA nicht fügen. Dies gilt insbesondere offene Kosten-Nutzen-Abwägungen, die angesichts medizinischer Innovationen mit extrem hohen Kosten und einem gleichzeitig sehr begrenzten Zusatznutzen auf die Dauer nicht vermeidbar sein werden. Es dürfte ausgeschlossen sein, den GBA mit derartigen Abwägungen zu betrauen. Welcher medizinischer (Zusatz-)Nutzen wie viel wert ist und welche medizinisch nützlichen Leistungen aus Kostengründen von der Versorgung ausgeschlossen werden, mögen der Gesetzgeber oder die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten klären; die Ärzte und Krankenhäuser geht es grundsätzlich nichts an, wie viel die Bürger und Versicherten für ihre medizinische Versorgung zu zahlen bereit sind.

III. Versorgungsniveau und Marktwirtschaft

1. Knappheit und Versorgungsgerechtigkeit

Das zuletzt erwähnte Problem der Festlegung des Versorgungsniveaus und der dabei zu treffenden Wertentscheidungen wirft die Frage auf, ob man insoweit nicht zu marktwirtschaftlicheren und damit plausibleren Entscheidungen gelangen könnte. Diese Frage stellt sich insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich alle modernen Gesellschaften angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung überlegen müssen, wie sie auch durch Beschränkungen auf der

Leistungsseite verhindern, dass die Kosten der medizinischen Versorgung ein unakzeptables Ausmaß erreichen. In diesem Sinne sind – ungeachtet eines hohen Standes der Versorgung und der erheblichen aufgewendeten Ressourcen – die Mittel auch im Versorgungssystem notwendigerweise knapp.

In anderen Lebensbereichen können wir Versorgungs- und Konsumententscheidungen den Bürgern selbst überlassen und dadurch das politische System entlasten: Private Konsumententscheidungen bleiben den einzelnen Bürgern und ihrer grundrechtlich geschützten Lebensplanung überlassen; wir müssen deshalb nicht kollektiv überlegen, wie viel für Autos, Wohnzimmerschrankwände und Urlaubsreisen ausgegeben wird. Gewährleistet der Staat aber eine allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung, muss er entscheiden, welche medizinischen Leistungen jedermann zur Verfügung stehen sollen. Wenn das Versorgungssystem – wie in Deutschland die GKV – öffentlich-rechtlicher Natur ist, ist dies offensichtlich; es hängt aber nicht von der Organisationsform ab: Wenn die öffentliche Gewalt auch nur einen Mindestkatalog medizinischer Leistungen definiert, müssen Zusammensetzung und Kosten dieses Leistungskatalogs geklärt werden.

Leistungsbeschränkungen sind in einer freiheitlichen Gesellschaft und im europäischen Binnenmarkt allerdings nur als „weiche“ Rationierung möglich; den privaten Zukauf der ausgeschlossenen Versorgungsmaßnahmen – etwa in Form von Zusatzversicherungen – wird man weder

In einer freiheitlichen Gesellschaft wird nur eine „weiche“ Rationierung möglich sein, die den Zukauf von Leistungen erlaubt.

verhindern können noch wollen. Da dieser Zukauf nicht allen Bürgern möglich sein wird, droht dann tatsächlich eine „Zwei-Klassen-Medizin“. Wie verträgt sich das damit, dass wir sozialen Differenzierungen äußerst kritisch gegenüberstehen, weil die medizinische Versorgung ein derartig fundamentales Gut betrifft? Was bedeutet soziale Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung unter den Bedingungen knapper Mittel? Was schulden wir uns gegenseitig auch dann, wenn wir nicht alles medizinisch Sinnvolle in einem öffentlichen Versorgungssystem gewährleisten können? Wie können private Versorgungsentscheidungen und Versorgungsgerechtigkeit in Einklang gebracht werden?

Versorgungsgerechtigkeit und Marktwirtschaft

Das Ergänzungsmodell

- Versorgungsansprüche können sich daher nicht am absoluten Bedarf orientieren, sondern müssen am üblichen Versorgungsniveau ausgerichtet werden.
- Der Versorgungsanspruch kann sich daher grundsätzlich an der Absicherungsentscheidung eines Durchschnittsbürgers orientieren.
- Die kollektive Gesundheitsversorgung ist daher regelmäßig um diejenigen Leistungen aufzustocken, die der Durchschnittsbürger freiwillig zusätzlich versichert.

Quelle: Prof. Stefan Huster



Im „Ergänzungsmodell“ wird der Anspruch auf Versorgungsleistungen nicht mehr am absoluten Bedarf des einzelnen Versicherten ausgerichtet.

2. Das Ergänzungsmodell

Das verfassungsrechtliche und moralische Recht auf Leistungen der Gesundheitsversorgung kann sich dann jedenfalls nicht mehr ausschließlich am „absoluten“ Bedarf im Einzelfall ausrichten: Könnte unter Hinweis auf die individuelle Behandlungsbedürftigkeit jeweils die bestmögliche verfügbare Medizin eingeklagt werden, wären Leistungsbeschränkungen gar nicht mehr möglich. Ansprüche können daher nur systemrelativ, als Rechte auf Teilhabe an einem existierenden und diskriminierungsfrei ausgestalteten Versorgungssystem und -standard verstanden werden: Jeder hat einen Anspruch auf eine angemessene medizinische Behandlung, aber die Frage, was angemessen ist, lässt sich nicht absolut (also nur im Blick auf den Gesundheitszustand des Betroffenen und die entsprechende medizinische Erforderlichkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung) definieren, sondern nur im Verhältnis zu den Ausgaben für Medizin, die – in Abwägung mit anderen Gütern – allgemein für angemessen gehalten werden.

Was insoweit angemessen ist, stellt keine feste Größe dar, sondern hängt von den Präferenzen der Bürger und verschiedenen Randbedingungen ab. So wird wohl bei steigendem Wohlstand und weitgehender Erfüllung anderer (Grund-)Bedürfnisse die Bereitschaft zunehmen, zusätzliche Ressourcen in die Gesundheitsversorgung zu investieren. Andererseits kann deren Kosten-Nutzen-Verhältnis auch so schlecht werden, dass auf einen Zukauf verzichtet wird. Grundsätzlich ließe sich aber leicht feststellen, was allgemein für angemessen gehalten wird: Man

bräuchte nur festzustellen, welche Mittel ein Bürger mit durchschnittlichem Einkommen und Gesundheitszustand zusätzlich in seine Versorgung investiert. Ist das in dieser Vergleichsgruppe für angemessen gehaltene Niveau ermittelt worden, ist es nicht unfair, wenn sich auch die Gesundheitsversorgung der Bürger, die über kein eigenes Einkommen verfügen und deshalb keine eigene Entscheidung über das Niveau ihrer medizinischen Behandlung treffen können, an diesem Standard orientiert. Dabei könnte man sich mindestens theoretisch folgenden Kontrollmechanismus vorstellen: Die im öffentlichen System

Das „Ergänzungsmodell“ könnte einen Weg weisen, wie wir neu über Versorgungsgerechtigkeit nachdenken können.

gewährleistete Standardversorgung wird regelmäßig um die Leistungen ergänzt (wobei im Gegenzug gegebenenfalls andere Leistungen herausgenommen werden), die üblicherweise über diese Standardversorgung hinaus freiwillig eingekauft werden. Dieses „Ergänzungsmodell“ ist sicherlich nicht unmittelbar in ein Entscheidungsverfahren umsetzbar, aber es könnte einen Weg weisen, wie wir auch unter Bedingungen der Ressourcenknappheit über Versorgungsgerechtigkeit nachdenken können.

3. Die Relativität der Versorgungsansprüche und -gerechtigkeit

Dass der Versorgungsanspruch damit system- und kulturrelativ wird, ist weder erstaunlich noch bedenklich. Der Sozialstaat will keine Maximalversorgung oder materielle Gleichheit, sondern eine gleichberechtigte, nicht ausgegrenzte Existenz in unserem Gemeinwesen, also soziale Inklusion gewährleisten. Dabei ist die medizinische Versorgung so wichtig, dass niemand von deren Normal- oder Standardniveau abgehängt werden darf.

Tatsächlich teilt die Rechtsordnung diese Wertung: Während wir in anderen Lebensbereichen deutliche Unterschiede zwischen Mindest-, Normal- und gehobener Versorgung kennen, schließt etwa die medizinische Versorgung der Sozialhilfeempfänger genau an das in der GKV gewährleistete Standardniveau an. Dass sich für Asylbewerber die Medizin dagegen auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ beschränkt (so das Asylbewerberleistungsgesetz), kann allenfalls dadurch gerechtfertigt werden, dass diese Regelung gerade kein

gleichberechtigtes Leben in unserem Gemeinwesen auf Dauer, sondern – von ihrer Abschreckungsintention abgesehen – nur eine Übergangslösung bis zur Ausreise oder Anerkennung eines Asylbewerbers gewährleisten soll.

Im Übrigen hat der Sozialstaat die Teilnahme an der medizinischen Normalversorgung für alle Bürger sicherzustellen – was aber nichts daran ändert, dass diese sich überlegen müssen, was ihnen diese Versorgung wert ist. Ergeben sich dann aus dieser Überlegung bestimmte Leistungseinschränkungen, kann dagegen nicht der Einwand der Ungerechtigkeit erhoben werden: Warum sollten die Mittellosen Ansprüche auf medizinische Maßnahmen haben, die sich der Durchschnittsbürger nicht leisten will? Natürlich wird es immer einige Superreiche geben, die sich auch darüber hinausgehenden medizinischen Luxus kaufen, aber das kann kein Maßstab für unsere Solidaritätspflicht sein.

Der Sozialstaat muss verhindern, dass ganze Bevölkerungsgruppen von der Normalversorgung abgekoppelt werden, aber er sollte gar nicht erst versprechen, dass jedermann seine Knieprobleme wie die Fußballprofis behandeln lassen kann. Anders gesagt: Ungerecht ist es, wenn sich die Gesundheitsversorgung in dem Sinne sozial ausdifferenziert, dass ganze Gruppen aus finanziellen Gründen nicht mehr an den üblichen medizinischen Möglichkeiten teilhaben können. Überhaupt nicht ungerecht, sondern sehr gut nachvollziehbar hingegen ist es, wenn die Bürger die Gesundheitskosten begrenzen und daher auf bestimmte Leistungen verzichten wollen.

Nun sind allerdings Gesellschaften denkbar, deren Einkommens- und Vermögensverteilung so extrem ungleich ist, dass nicht auf die Absicherungsentscheidung des Durchschnittsbürgers abgestellt werden kann: Wo kei-

Der Sozialstaat muss verhindern, dass ganze Bevölkerungsgruppen von der Normalversorgung abgekoppelt werden.

ne „Mitte der Gesellschaft“, sondern nur eine Kombination aus massenhaftem Elend und unfassbarem Reichtum einiger Weniger existiert, gibt es keine durchschnittliche Versorgungsentscheidung, die den Standard der sozialen Inklusion definieren könnte; dass die Bürger hier aus blinder Not auf Medizin verzichten, rechtfertigt gar nichts. Aber in Deutschland und anderen vergleichbaren Ländern will der Durchschnittsverdiener einen Anstieg der Gesund-

heitskosten verhindern, um weiterhin Urlaubsreisen machen oder Autos und Wohnzimmerschrankwände kaufen zu können. Dann kann noch keine Rede davon sein, dass uns das aus dieser Abwägung resultierende Niveau der medizinischen Normalversorgung aus moralischen oder verfassungsrechtlichen Gründen zu einer radikalen Kritik der gegenwärtigen Vermögensverteilung zwingt oder uns dazu nötigt, alle irgendwie verfügbaren Mittel in die Gesundheitsversorgung zu investieren.

IV. Fazit

Ob und inwieweit wettbewerbliche und marktwirtschaftliche Elemente in einem öffentlichen Versorgungssystem eine Rolle spielen sollten, ist keine Frage grundlegender Prinzipien, sondern der pragmatischen Klugheit der Gesundheitspolitik. Vermutlich wird es auf diese Frage nur sehr differenzierte, bereichs- und maßnahmespezifische Antworten geben können. Zu übersehen ist allerdings nicht, dass hier überall schwierige Zuordnungs- und Abwägungsprobleme lauern, die auch den Grundsatz der Versorgungsgerechtigkeit betreffen.

Anders als bei diesen institutionellen Fragen drängen sich fundamentale materielle Prinzipien geradezu auf, wenn es um das Versorgungsniveau geht, das jedermann beanspruchen kann. Auch hier ist es aber prinzipiell möglich, die individuellen Entscheidungen der Bürger mit dem Grundsatz der Versorgungsgerechtigkeit zu versöhnen.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: stefan.huster@rub.de

PROF. DR. JUR. STEFAN HUSTER



Stefan Huster, Jahrgang 1964, Studium der Philosophie und Rechtswissenschaft in Bielefeld und Frankfurt/Main. Nach dem Ersten Juristischen Examen wissenschaftlicher Mitarbeiter, Referendar und Wissenschaftlicher Assistent an der Juristischen Fakultät in Heidelberg. Dort Promotion 1993 und Habilitation 2001 für die Fächer Staats- und Verwaltungsrecht, Europarecht, Sozialrecht und Rechtsphilosophie. Ab 2002 Lehrstuhl (C 4) an der FernUniversität in Hagen; seit 2004 Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht (W 3) an der Ruhr-Universität Bochum und Geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht. Huster war im akademischen Jahr 2010/2011 Fellow am Wissenschaftskolleg zu Berlin.

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

GKV und PKV: Reformierte Dualität oder integrierter Versicherungsmarkt?

PROF. DR. VOLKER ULRICH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III, UNIVERSITÄT BAYREUTH



Das im internationalen Vergleich seltene Zwei-Säulen-Modell aus GKV und PKV wirft die Frage auf, ob und in welchem Ausmaß beide Versicherungszweige in einem Systemwettbewerb stehen. Für beide Säulen gelten fast durchgängig unterschiedliche Rahmenbedingungen. Ebenso sind GKV und PKV auch unterschiedlich gut auf künftige Herausforderungen etwa mit Blick auf die demographische Entwicklung eingestellt. Nachdem in den vergangenen Jahren immer wieder die polaren Modelle „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ die Diskussionen beherrscht haben, ist angesichts der zahlreichen Probleme eines Systemübergangs mittlerweile Ernüchterung eingetreten. Dabei zeigen auch die vom Gesetzgeber eingeführten Elemente, die auf eine Systemmischung von GKV und PKV hin angelegt waren, keine nachhaltige Wirkung – sie haben die Systemgrenzen nicht wirklich durchlässiger gemacht. Vor diesem Hintergrund ist derzeit das Bemühen um eine reformierte Dualität von PKV und GKV zu beobachten. Ziel ist es dabei, jeweils beide Versicherungssäulen auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite weiterzuentwickeln.

1. Der Markt für Krankenversicherungsschutz in Deutschland

1.1 Einleitende Aspekte

Die deutsche Lösung der Absicherung der mit biometrischen Risiken verbundenen finanziellen Gefährdungen besteht im Wesentlichen aus einer Mischung aus Sozialhilfe (Bedürftigkeit) und gesetzlich verfügbarer sowie individueller Risikoversicherung (Sozial- und Individualprinzip der Risikoversicherung). Die steuerfinanzierte Sozialhilfe setzt dabei eine Prüfung der Bedürftigkeit voraus (Fürsorgeprinzip), während der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Sozialprinzip und der privaten Krankenversicherung (PKV) das Individualprinzip zu Grunde liegt. Sozialversicherung stellt eine kollektive, gesetzlich verfügte Absicherung von Einkommens- und Vermögensrisiken infolge von Krankheit, Unfällen, Alter, Arbeitslosigkeit und Pflegebedürftigkeit dar (Sozialprinzip).

In der englischsprachigen Literatur wird gegenwärtig eine interessante Diskussion geführt, die am Unterschied zwischen der Krankenversicherung und Ansätzen zur Verringerung von Gesundheitsrisiken ansetzt. Thomas Philipson (2014) beginnt einen Beitrag mit dem provokanten Titel „why no one on this planet has health insurance“ und weist darauf hin, dass eine Krankenversicherung den Patienten nur gegen die finanziellen Folgen einer Erkrankung absichert, nicht aber gegen den tatsächlichen Verlust an Lebensqualität oder Lebenslänge, die mit einer Krankheit einhergehen können. Unter diesem Aspekt können ausschließlich medizinische Innovationen als eine Art von „Gesundheitsversicherung“ angesehen werden, da sie dazu beitragen können, die Gesundheitsrisiken für die Versicherten zu verringern.

Im internationalen Vergleich ist Deutschland eines der wenigen Länder, das neben der gesetzlichen Vollversicherung unter bestimmten Voraussetzungen eine private Vollversicherung zulässt, während andere Länder in dem Sinne einen integrierten Versicherungsmarkt geschaffen haben, indem die Privatversicherung auf ergänzende Leistungsangebote beschränkt bleibt. Verfechter eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts betonen die Verzerrungen des bestehenden dualen Systems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung und versprechen sich allokativen und distributiven Vorteile für die Krankenversicherung bei einem Übergang zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Allerdings wird bei der Kritik an der PKV gerne über die bestehenden Schwächen des umlagefinanzierten GKV-Systems im demographischen Wandel und insbesondere über die fehlende Nachhaltigkeit der GKV hinweggesehen.

Aus wissenschaftlicher Perspektive ist daher die Frage, ob und in welchem Ausmaß GKV und PKV in einem Systemwettbewerb stehen, von Interesse. Daher geht der folgende Beitrag der Frage nach, ob ein integrierter Versicherungsmarkt anzustreben ist oder doch eher eine reformierte Dualität von GKV und PKV, welche eine Pfaddurchbrechung zwischen den Systemen durch Wettbewerb und/oder Vernetzung anstrebt.

1.2 Rahmenbedingungen für GKV und PKV

Die GKV ist die zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems und unterliegt dem Solidaritätsprinzip. Das Leistungsangebot der PKV wird im Gegensatz dazu durch das Äquivalenzprinzip bestimmt. Der Leistungsanspruch der GKV richtet sich nach dem Bedarf und Einkommen

der Versicherten und nicht nach den persönlichen Risikoumständen.

Es gibt in Deutschland somit ein so genanntes Zwei-Säulen-Modell, bestehend aus GKV und PKV, von gleichlangen Spießern kann aber keine Rede sein. Etwa 90 Prozent der Versicherten (52 Millionen Mitglieder und 17,7 Millionen beitragsfrei Mitversicherte) umfasst die GKV, deren Beiträge aus sozialpolitischen Gründen einkommensorientiert sind (mit Beitragsbemessungsgrenze), während etwa neun Millionen Menschen einen vollständigen Versicherungsschutz in der PKV besitzen und risikoorientierte Prämien entrichten. Nur die Hälfte aller Privatversicherten gehört zur Gruppe der Erwerbstätigen. Die Beamten bilden zwar die größte Personengruppe, aber ihr Anteil am gesamten PKV-Kollektiv beträgt lediglich etwa 25 Prozent. Rund elf Prozent der Privatversicherten sind Arbeitnehmer.

Nur rund 20 Prozent aller PKV-Versicherten verfügen über eine Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, so dass in der PKV sicherlich nicht nur Besserverdienende versichert sind. Die gesetzlichen Kassen besitzen eine öffentliche Rechtsform (geringes Eigenkapital, keine Gewinnerzielung, öffentliche Aufsicht), die Privatversicherer haben eine private Rechtsform mit definierten Eigenkapitalanforderungen (Solvency II) und der Möglichkeit zur Gewinnerzielung.

Leistungen und Zuzahlungen in der GKV werden durch den Gesetzgeber (Sozialgesetzbuch V) geregelt. Es besteht ein freies Kassenwahlrecht für die Mitglieder, Differenzierungen des geregelten Leistungsumfangs sind möglich (Wahltarife, Satzungsleistungen). Weiterhin bestehen Vertragsmöglichkeiten mit den Leistungserbringern, es

existieren Ausschreibungen und Rabattverträge. In der PKV stellt der Versicherungsnehmer seine Leistungen individuell nach seinen Bedürfnissen zusammen. Leistungen in der GKV können im Rahmen von Reformen und Gesetzesänderungen gekürzt bzw. gestrichen werden. In der PKV werden die gewünschten Leistungen vertraglich vereinbart und können nachträglich nicht oder nur bedingt eingeschränkt werden. Ärzte und Krankenhäuser rechnen direkt mit der GKV ab. Für den Versicherungsnehmer gilt das Sachleistungsprinzip. In der PKV wird die Rechnung direkt an den Privatpatienten übermittelt. Die Erstattungskosten werden erst nachträglich von der PKV beglichen. Unter bestimmten Umständen sind Familienmitglieder wie Kinder kostenlos in der GKV mitversichert. In der PKV muss für jede versicherte Person ein eigener beitragspflichtiger Vertrag abgeschlossen werden.

Die GKV ist verpflichtet, jedem Antragssteller Versicherungsschutz zu gewähren. Die PKV wählt sich Ihre Mitglieder aus und kann „ungesunde“ Antragsteller ablehnen. Dennoch besteht auch im GKV-System die Möglichkeit zur adversen Selektion, wie das Beispiel der insolventen City BKK mit ihren 168.000 Versicherten im Jahr 2011 anschaulich gezeigt hat. Obwohl die Versicherten der City BKK von den anderen gesetzlichen Krankenkassen hätten aufgenommen werden müssen, gab es zahlreiche Beschwerden, dass dies nicht erfolgte. Das Problem lag nicht etwa in einer ungünstigen Risikostruktur der City BKK-Versicherten, sondern in der ungünstigen Kostenstruktur, da die Großstädte

Hamburg, Berlin und Stuttgart über ein ausdifferenziertes und teures Angebot verfügen, das im bestehenden Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt wird.

Beide Versicherungszweige sind unterschiedlich gut und schlecht mit Blick auf künftige Herausforderungen aufgestellt. Mit Blick auf die demographische Entwicklung sprechen die Alterungsrückstellungen für die PKV, die GKV kann auf das bestehende Leistungs- und Versorgungsmanagement und auf vorhandene Präventionspotenziale zur Steuerung setzen. Mit Blick auf den medizinisch-technischen Fortschritt profitiert die PKV bei Arzneimittel-Innovationen seit dem AMNOG von der frühen Nutzenbewertung und den zentralen Preisverhandlungen, welche der GKV-Spitzenverband mit den Herstellern führt.

Mit Blick auf eine aktive Ausgabensteuerung stehen der PKV die Instrumente Leistungsmanagement und Prämiengestaltung zur Verfügung, die GKV kann unmittelbar die Behandlungskosten beeinflussen, auch durch Variationen beim Vertragsmanagement. Die Einkommensentwicklung tangiert unmittelbar die GKV-Beiträge und auch die Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze. In der PKV werden bei Einkommensschwankungen eher indirekt Prämienänderungen in Verbindung mit einem möglichen Tarifwechsel stattfinden.

Mit Blick auf die Finanzierung gilt in der GKV das Umlageverfahren, während die PKV mit Alterungsrückstellungen arbeitet und daher das Kapitaldeckungsprinzip gilt. Von der Theorie her ist kein Finanzierungsverfahren dem anderen per se überlegen. Falls der Kapitalmarktzins der Wachstumsrate der Bevölkerung (genauer der Lohnsumme) entspricht, liefern beide Verfahren äquivalente Ergebnisse.

Abbildung 1 zeigt zentrale Unterschiede beider Verfahren. Ein Unterschied betrifft die Verkettung der Generationen in beiden Verfahren. Das Umlageverfahren führt zu einer intergenerativen Umverteilung, indem es drei unterschiedliche Generationen (B1 „junge Generation“, A2 „Erwerbstätige“ und Y3 „Rentner“) durch einen impliziten Generationenvertrag miteinander verkettet. In dem Umlagesystem steht zu erwarten, dass künftig entweder die Beiträge erhöht oder die Leistungen gesenkt werden müssen, um die Auswirkungen des demographischen Wandels auszugleichen. Dagegen kennt das Kapitaldeckungsverfahren keine intergenerative Umverteilung. Das Kapitaldeckungsverfahren verknüpft über die Lebensphasen hinweg immer die „gleiche“ Generation (A1, A2, A3), einmal wenn sie jung ist, dann als Erwerbstätige und schließlich als Rentner in der späten Lebensphase.

Kapitaldeckung versus Umlage

Periode/ Lebensphase	1	2	3	4	5
Erwerbstätigkeit	A1	B1	C1	D1	E1
	Y2	A2	B2	C2	D2
Rentner	X3	Y3	A3	B3	C3

Erläuterung:
 Kapitaldeckungsverfahren —————
 Umlageverfahren - - - - -

Quelle: Eigene Darstellung



Abb. 1: In der GKV gibt es eine intergenerative Umverteilung, die PKV verknüpft über Lebensphasen hinweg die „gleiche“ Generation.

Als Sozialversicherungsparadoxon bezeichnete Aaron (1966) die Möglichkeit, dass ein Umlagesystem eine höhere soziale Wohlfahrt (im Sinne höherer verfügbarer Lebenseinkommen und damit auch höherer Konsummöglichkeiten) erbringen könne als ein kapitalgedecktes System. Das ist immer dann der Fall, wenn die Summe der Wachstumsrate der Bevölkerung und der Wachstumsrate des Reallohns den Realzinssatz des Kapitals übersteigt. In diesem Fall einer dynamisch ineffizienten Ökonomie wird insgesamt zu viel gespart und investiert und es kommt zu einer Überakkumulation von Kapital, die nicht wohlfahrtsoptimal ist. Dieser Fall ($n > r$) dürfte aber aufgrund der demographischen Entwicklung in der Realität in entwickelten Volkswirtschaften keine größere Rolle mehr spielen.

Nach der Mackenroth-These (1952) haben kapitalgedeckte und umlagefinanzierte Renten aus realwirtschaftlicher Sicht dieselbe Wirkung, da aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss. Auch dieses Argument stimmt zunächst nur für eine geschlossene Volkswirtschaft. In einer offenen Volkswirtschaft kann Kapital im Ausland investiert werden. Damit besteht im Kapitaldeckungsverfahren die Chance im Ausland höhere Renditen zu erzielen. Börsch-Supan et al. (2000) gehen davon aus, dass der durch den demographischen Wandel ausgelöste Renditerückgang im Kapitaldeckungsverfahren geringer wäre als der Rückgang der internen Rendite im Umlageverfahren.

Diese Betrachtung lässt aber außer Acht, dass sowohl Kapital- als auch Humankapitalinvestitionen zum Wachstum einer Volkswirtschaft beitragen. Die Investitionen in das Humankapital der heranwachsenden Generation, also deren Größe und deren Qualifikation, bestimmen ebenfalls das künftige Bruttoinlandsprodukt, aus dem dann die sozialen Leistungen bestritten werden müssen. Damit muss das Umlageverfahren nicht automatisch den genannten Renditenachteil besitzen. Die eigentliche Schwachstelle der Mackenroth-These liegt in der Annahme, dass die Bevölkerungswachstumsrate konstant bleibt. Das wird jedoch durch die gegenwärtige Entwicklung widerlegt. Die aktuelle Erwerbstätigengeneration rechnet zur Generation der geburtenstarken Jahrgänge der 60er und frühen 70er Jahre. Sie selbst haben allerdings keine Kinder mehr in die Welt gesetzt (Dinks: double income no kids). Damit sind Erwerbstätige gemeint, die hohe Einkommen erzielen und damit hohe Ansprüche aus den Umlagesystemen besitzen, dabei aber keine Kinder bekommen haben. Aus ihren Beiträgen wer-

den die heutigen sozialen Leistungen finanziert, während die nächste Generation, die für die Rente der Dinks aufkommen muss, zahlenmäßig deutlich kleiner ausfällt (CESifo 2015).

Das Beispiel Griechenland zeigt weiterhin sehr anschaulich, dass die Geldanlage im Ausland riskant ist und auch die Ansprüche aus Staatsanleihen keine garantierten Leistungsansprüche darstellen und verloren gehen können. Es hängt daher entscheidend von der Art der Kapitalbildung ab. Letztlich muss es sich um die Bildung von Realkapital handeln, d.h. man erwirbt mit seiner Geldanlage einen Anteil am Kapitalstock eines Unternehmens, der dann zur Glättung der Belastungen des Umlageverfahrens zur Verfügung steht. Viele Länder wählen inzwischen den Weg hin zu solchen Mehssäulenmodellen oder hybriden Strukturen.

Lange Jahre wurde die Diskussion Umlage versus Kapitaldeckung mit der Frage verknüpft, ob Kapitaldeckung nicht zu höheren Ersparnissen und damit auch zu höheren Investitionen und damit einem höheren Wachstumspfad führt. Im Prinzip ist es bei offenen Grenzen sogar möglich, dass in einem Land zwar viel gespart, aber wenig investiert wird, weil die heimische Bevölkerung ihre Ersparnisse lieber im Ausland anlegt. Neuere Studien zeigen, dass die Verbindung zwischen heimischen Investitionen und Ersparnissen abgenommen hat. Deutschland ist dafür ein gutes Beispiel: die Ersparnisse sind teilweise deutlich größer als die heimischen Investitionen, die Folge ist der derzeit kontrovers diskutierte Leistungsbilanzüberschuss.

Aktuell wird die Diskussion aber weniger unter Wachstums- oder Effizienzaspekten geführt, als unter Verteilungsgesichtspunkten. Analysen mit Hilfe von Generationenbilanzen (Raffelhüschen 2014) und Tragfähigkeitsanalysen (BMF 2013) zeigen, dass die im Umlagesystem vertraglich existierenden Leistungsansprüche zu einer enormen Lastverschiebung in Form impliziter Schulden auf künftige Generationen führen (siehe auch unten). Unter dem Gesichtspunkt der Begrenzung der intergenerativen Umverteilung besitzt das Kapitaldeckungsverfahren, das eine implizite Schuld nicht kennt, deutliche Vorteile.

2. Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt versus reformierte Dualität

Verfechter eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts betonen die Verzerrungen des bestehenden dualen Systems aus GKV und PKV und versprechen sich ökonomische Vorteile und eine bessere Versorgung bei einem Übergang

zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Alle international bekannten Versorgungs- und Versicherungssysteme sind historisch gewachsen. Würde man heute einen Neubeginn „auf dem Reißbrett“ initiieren, würde jedes System erkennbar anders ausgestaltet sein bzw. hätte sowohl mit dem bestehenden GKV- als auch mit dem PKV-System wenig gemeinsam.

Wegbereiter eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts könnte eine schrittweise Annäherung der Versicherungssysteme sein. Es gibt aber letztlich keinen eleganten oder einfachen Weg in einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Eine Bürgerversicherung, die nicht nur die gesamte Wohnbevölkerung umfasst, sondern auch ihre Finanzierungsbasis um weitere Einnahmearten verbreitert, entspricht letztlich einer Einkommensteuer II, die neben das bestehende Einkommensteuer- und Transfersystem tritt. Hier sind die Gefahren, dass es zu einer Zwei-Klassen-Medizin und zu langen Wartelisten kommt, sehr groß. Zahlungskräftige Menschen können sich die erwünschten Leistungen jenseits des einheitlichen Versorgungsniveaus der Bürgerversicherung einkaufen. Beispiele aus anderen Ländern gibt es zahlreiche. Hinzu kommen die nach wie vor ungelösten Probleme des Übergangs.

Die Einführung einer Bürgerversicherung würde wohl mit langen Übergangszeiten einhergehen und dürfte – aus meist sehr unterschiedlichen Gründen – auch im Lager der meisten gesetzlichen Krankenkassen wenig Begeisterung auslösen. So warnte die Geschäftsführerin des Ersatzkassenverbandes (vdek), Ulrike Elsner, im Juli 2013: „Die Bürgerversicherung, das hört sich gut an, ist aber bei der Umsetzung mit vielen Unwägbarkeiten behaftet“ (Handelsblatt 2013). Ähnliche Vorbehalte äußerte auch Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes: „Denn eine Bürgerversicherung würde eine Revolution bedeuten, und das Gesundheitswesen ist für Revolutionen denkbar ungeeignet“ (Passauer Neue Presse 2013).

Noch deutlicher wurde die Hanseatische Krankenkasse (HEK) in der Ablehnung der Bürgerversicherung. Der Verwaltungsrat der HEK sprach sich sogar explizit für den Erhalt der Privaten Krankenversicherung aus: „Wir treten ein für Wettbewerb und Kassenvielfalt, denn beides garantiert die bestmögliche Versorgung der Versicherten“, so Verwaltungsratschef Horst Wittrin im Juli 2013. Würden die privaten Versicherer abgeschafft, so HEK-Vorstand Jens Luther weiter, sei außerdem eine „Art Einheitsversicherung“ zu befürchten (Hamburger Abendblatt 2013).

Aus wissenschaftlicher Perspektive käme eine Annäherung der beiden Systeme wohl am ehesten durch die Einführung eines Modells in Frage, das der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bereits im Jahr 2004 vorgeschlagen hat und das die Umstellung der Arbeitnehmerbeiträge in der GKV auf kassenspezifische Kopfpauschalen vorsieht (vgl. SVR 2004). Dieses Modell stößt in der Bevölkerung aber auf keine Akzeptanz und wird zurzeit von keiner Partei gefordert oder unterstützt.

Gegen einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt spricht tendenziell auch die Theorie der organisatorischen Pfadabhängigkeit (vgl. Sydow 2014). Pfadabhängigkeit ist ein Konzept in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, das zeitliche Verläufe von Prozessen beschreibt. Wie bei einem Pfad gibt es dort Kreuzungen und Abzweigungen, an denen mehrere Alternativen zur Auswahl stehen. Sind bestimmte Entscheidungen getroffen, folgt ein stabilerer Verlauf, der allerdings auch kaum noch Richtungsänderungen zulässt (vgl. Abbildung 2). Daher wird an einem Pfad unter Umständen selbst dann festgehalten, wenn sich später herausstellt, dass eine andere Alternative überlegen gewesen wäre.

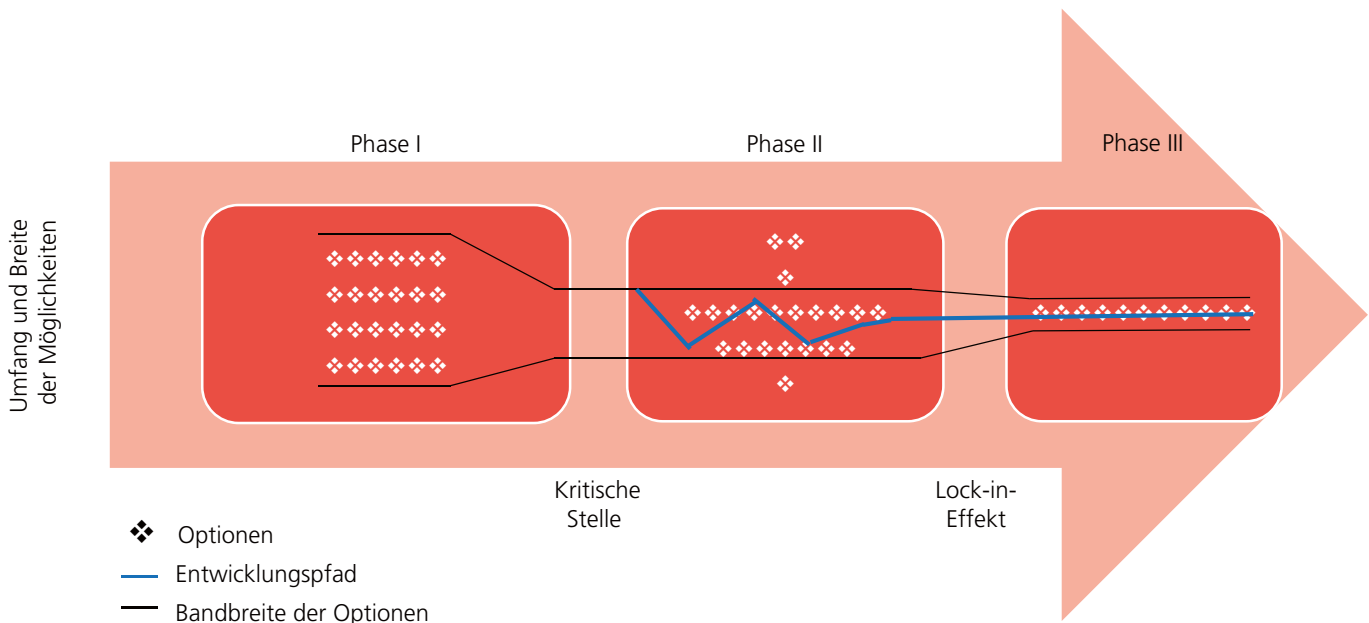
Interessanterweise wird die Beibehaltung der bestehenden Dualität in den letzten Monaten wieder mit mehr Nachdruck diskutiert und eingefordert. Ausgehend von der Wahrnehmung, dass die Koexistenz von GKV und PKV zu den Stärken des deutschen Gesundheitssystems zählt, wird häufig von reformierter Dualität gesprochen. Letztlich geht es um Reformen in den Systemen.

Über das Für und Wider der Dualität aus GKV und PKV ist schon viel gestritten worden (vgl. SVR 2004, Richter 2005 und 2009, Breyer 2012, Rothgang et al. 2012, Albrecht et al. 2013, BÄK 2013, Wasem et al. 2013). Fest steht dabei – ob ursächlich oder nicht –, dass das Modell der Dualität aus GKV und PKV mit einem fast einheitlichen Versorgungssystem für alle Patienten in der Vergangenheit die Versorgungsnachteile der meisten staatlichen Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und Zweiklassenmedizin vermieden hat (vgl. Finkenstädt und Niehaus 2013).

Die seit 2008 andauernde Schulden- und Finanzmarktkrise hat kapitalgedeckte (niedrige Zinsen) als auch umlagefinanzierte Versicherungssysteme (stagnierendes Lohnwachstum) auf sehr unterschiedliche Art und Weise „asymmetrisch“ betroffen. Gerade deshalb spricht vieles dafür, dass hybride Modelle mit Bezug auf die konjunkturelle Stabilität, intergenerative Umverteilung und steuerpolitische



Theorie der organisatorischen Pfadabhängigkeit



Quelle: Sydow 2014



Abb. 2: Die Theorie der organisatorischen Pfadabhängigkeit beschreibt zeitliche Verläufe von Prozessen. Das Konzept geht davon aus, dass nach einer einmal getroffenen politischen Richtungsentscheidung alternative Regelungsoptionen kaum noch in Betracht kommen.

Abhängigkeit risikominimierend auf die Gesamtstabilität der Gesundheitsversorgung wirken können. Mit einer (Teil-) Kapitaldeckung können grundsätzlich sowohl die demographischen Belastungen als auch die Ausgabeneffekte des medizinisch-technischen Fortschritts gleichmäßiger über die Zeit verteilt und damit partiell vorfinanziert werden. Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Innerhalb des bewährten hybriden GKV-PKV-Systems sind weitere Reformschritte notwendig. Gerade Versorgungs- und Qualitätsfragen werden in einer alternden Gesellschaft an Bedeutung zunehmen. Diese Fragen müssen in den Mittelpunkt des Interesses von Reformen gestellt werden.

3. Rahmenbedingungen für die Sozial- und Privatversicherung

3.1 Der Erfolg der Sozialversicherung im 20. Jahrhundert

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat die Bedeutung der Sozialversicherung in den meisten Industrieländern zu Lasten der Privatversicherung zugenommen. Dafür zeichnet im Wesentlichen die Krankenversicherung verantwortlich. Im

Jahre 1980 wendeten die Industrieländer durchschnittlich 16 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Sozialausgaben auf; früher war dieser Anteil deutlich niedriger. Im Jahre 2011 betrug die Sozialausgabenquote dagegen durchschnittlich bereits 22 Prozent (vgl. OECD 2012). In Deutschland hat diese Quote im gleichen Zeitraum von 23 Prozent auf 26 Prozent zugenommen. Dieser Anstieg geht in der OECD wesentlich auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben zurück, deren Quote in Deutschland von 6,6 Prozent auf 8,6 Prozent (2009) zunahm.

Seit dem berühmten Artikel „Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information“ von Michael Rothschild und Joseph Stiglitz im *Quarterly Journal of Economics* (1976) gilt für die Mehrheit der Ökonomen die adverse Selektion als einer der zentralen Schwachpunkte der Privatversicherung. Da der private Versicherer nicht zwischen günstigen und ungünstigen Risiken unterscheiden kann, muss er einen so genannten Mischvertrag anbieten, der langfristig aber keinen Bestand haben dürfte. Der Grund ist darin zu sehen, dass ein Mischvertrag von einem Konkurrenten unterboten werden kann, der eine geringere Versicherungsdeckung zu einer niedrigeren Prämie anbietet, dadurch die guten

Risiken aus dem bestehenden Vertrag abzieht und den bisherigen Versicherer vom Markt verdrängt.

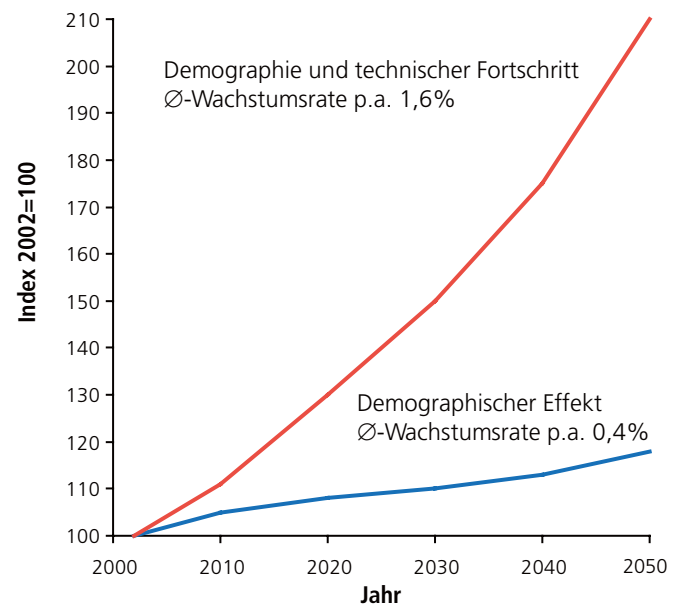
Insbesondere aufgrund des Artikels von Rothschild und Stiglitz sehen viele Ökonomen die Effizienzvorteile auf Seiten der Sozialversicherung. Der Träger der Sozialversicherung hat überwiegend durch das ihm vom Gesetzgeber zugewiesene und nicht bestreitbare Monopol die ganze oder nahezu die ganze Bevölkerung in seinem Versichertenbestand, so dass ein Hinausoptieren in der Regel nicht möglich ist. Weiterhin kann der Träger der Sozialversicherung den Mischvertrag, den auch er anbietet, stets politisch durchsetzen.

Das Wachstum der Sozialversicherung lässt sich weiterhin durch die politische Ökonomie erklären: Die politische Ökonomie wendet das wirtschaftliche Nutzen-Kosten Kalkül auf die politischen Entscheidungsträger an. Dabei sehen politische Ökonomen es als Kerngeschäft der heutigen Politiker an, die Umverteilung von Einkommen und Vermögen zu steuern und auch voranzutreiben. Jedes Mal, wenn Wiederwahlen anstehen, kommt es so zu Versuchen, die Privatversicherung neu zu regulieren und/oder die Sozialversicherung auszudehnen. Damit lassen sich jeweils entscheidende Wählergruppen gewinnen. Auch wenn die Thesen der politischen Ökonomie nicht unumstritten sind, liefert sie zahlreiche empirische Befunde, die das Wachstum der Sozialversicherung über die Zeit (mit) erklären (vgl. Zweifel 2012).

3.2 Nachhaltigkeit als Herausforderung

Die demographische Entwicklung in Deutschland beeinflusst alle Systeme der sozialen Sicherung. Neben der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), die vor allem durch die steigende Zahl der Rentenempfänger, die längere Bezugsdauer und die abnehmende Zahl der Beitragszahler belastet wird, unterliegen auch die GKV sowie die soziale Pflegeversicherung (SPV) den Auswirkungen der so genannten „doppelte Alterung“ (Börsch-Supan 2000, S. 24). Darunter versteht man eine verlängerte Lebenserwartung im Zusammenspiel mit einer sinkenden Geburtenrate. Ob der demographische Wandel den Hauptfaktor für die steigenden Belastungen der GKV in Form von Beitragssatzsteigerung darstellt, erscheint unsicher. Grundsätzlich beruhen die mit ihm verbundenen Probleme auf dem zugrunde liegenden Umlageverfahren, da lediglich bei einer konstanten Altersstruktur der Bevölkerung keine Lastverschiebung zwischen den Generationen auftritt (vgl. Ulrich 2006, S. 82ff.).

Medizinisch-technischer Fortschritt, Demographie und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben



Quelle: Felder 2012, Breyer und Ulrich 2000, AOK 2012.

Abb. 3: Der demographische Wandel macht nur einen kleinen Teil künftiger Ausgabensteigerungen in der GKV aus.

Neben der demographischen Entwicklung stellt der medizinisch-technische Fortschritt eine zentrale Determinante der Entwicklung der Gesundheitsausgaben dar. Vieles spricht dafür, dass sich beide Größen in ihrer Wirkung auf die Gesundheitsausgaben verstärken (vgl. Rausch und Gasse 2014). Das Gesundheitswesen unterliegt einer zunehmenden Technisierung, „teure“ Produktinnovationen dominieren „günstige“ Prozessentwicklungen, und die künftigen Möglichkeiten des technischen Fortschritts erscheinen nahezu unbegrenzt; man denke nur an die Möglichkeiten der Gentechnik, der Transplantationsmedizin oder der Biotechnologie.

Setzt sich diese Entwicklung fort, trägt sie zu einem Phänomen bei, für das sich der Begriff „Versteilerung der Ausgabenprofile“ (Buchner 2002, S. 167) eingebürgert hat. Darunter versteht man, dass die Gesundheitsausgaben bei älteren Versicherten, bedingt durch die Wechselwirkungen zwischen Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt, schneller wachsen als bei jüngeren Versicherten. Das zu erwartende Wechselspiel zwischen demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt dürfte auch künftig die Gesundheitsausgaben überproportional steigen lassen. Damit ergibt sich für die GKV keine begrenzte demographische Belastung, welche

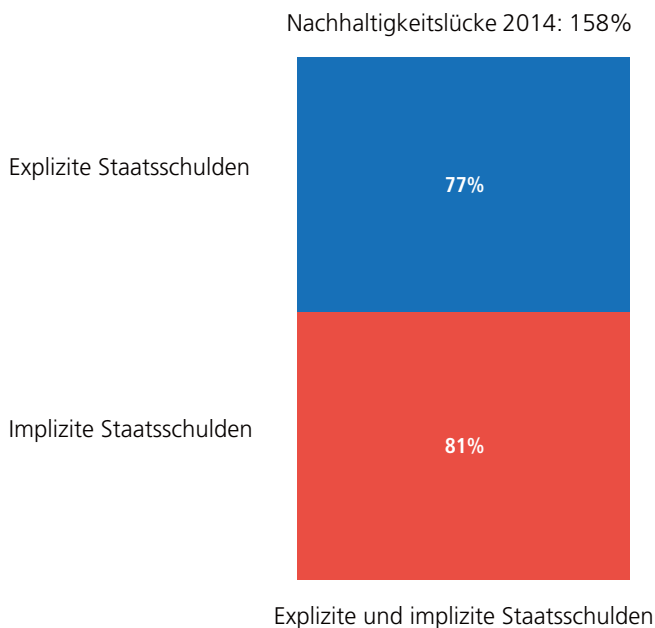
relativ einfach abzuschätzen bzw. durch alternative Finanzierungsmodelle abzufedern wäre.

Inzwischen liegen zahlreiche Prognosen für die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung für die GKV in den nächsten Jahrzehnten vor. Abbildung 3 zeigt eine Berechnung, die auf den geschätzten Ausgabenprofilen für Verstorbene und Überlebende sowie der Prognose für die deutsche Bevölkerung anhand von Daten des Statistischen Bundesamts (2009) beruht.

Nach einer Prognose führt der reine demographische Wandel zu einem Ausgabenanstieg in Höhe von 0,4 Prozent p.a. und macht einen kleineren Anteil künftiger Ausgabensteigerungen in der GKV bis zum Jahr 2050 aus. Der kombinierte Effekt von Demographie und technischem Fortschritt führt dagegen zu einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Höhe von 1,6 Prozent p.a. Für die finanziellen Effekte des technischen Fortschritts wird dabei davon ausgegangen, dass er pro Jahr um ca. ein Prozentpunkt über der allgemeinen Ausgabenentwicklung liegt.

Abbildung 4 zeigt die Höhe der expliziten und der impliziten Schulden in den Systemen der sozialen Sicherung in

Nachhaltigkeitslücke in Deutschland 2014

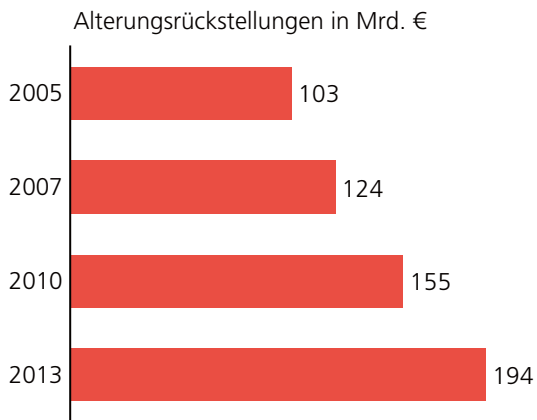


Quelle: Stiftung Marktwirtschaft (2014): EU-Nachhaltigkeitsranking 2014, Bilanz ehrbarer Staaten?, Pressemitteilung, Berlin, 10.12.2014.



Abb. 4: Implizite Schulden resultieren aus Leistungsansprüchen an das Sozialsystem, die heute noch nicht gegenfinanziert sind.

Der Kapitalstock in der PKV (Kranken- und Pflegeversicherung)



Davon 2013:

Krankenversicherung: 166,9 Mrd. €

Pflegeversicherung: 27,1 Mrd. €

Quelle: Eigene Darstellung mit Hilfe von Daten des PKV-Verbands 2015.



Abb. 5: Die seit 2005 stetig gestiegenen Rückstellungen in der PKV unterstreichen die Bedeutung der Kapitalakkumulation.

Deutschland. Während die explizite Schulden nach den Kriterien von Maastricht 60 Prozent des BIPs nicht übersteigen dürfen, gegenwärtig bei 80 Prozent liegen, belaufen sich die impliziten Schulden auf 226 Prozent des BIP. Implizite Schulden resultieren aus den gesetzlich fixierten Leistungsansprüchen an die Systeme der sozialen Sicherung, die heute noch nicht gegenfinanziert sind. Die Höhe der impliziten Schulden deutet darauf hin, dass aktuell erheblich Leistungszusagen bestehen, die im Sinne intergenerativer Transfers auf künftige Generationen übertragen werden.

Die Alterungsrückstellungen der privaten Versicherung belaufen sich gegenwärtig 194 Milliarden Euro (Abbildung 5). Dabei trugen die Alterungsrückstellungen der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mit einem Anteil von 6,4 Prozent (2013) bzw. 6,1 Prozent (2012) zum Nettosparvolumen Deutschlands bei (vgl. Wild 2015). Der Anstieg gegenüber 2011 (5,4 Prozent) ist die Folge einer steigenden Zufuhr zu den Alterungsrückstellungen bei gleichzeitig leicht abnehmender gesamtwirtschaftlicher Ersparnis in Deutschland. Die Ergebnisse unterstreichen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Kapitalakkumulation. Dabei ermöglicht Kapitalakkumulation letztlich mehr Investitionen und erhöht in der Folge die Arbeitsproduktivität,

wovon letztendlich indirekt auch die umlagefinanzierte Sozialversicherung profitiert.

Mit Blick auf die langfristige Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherung zeigt Abbildung 6, dass die staatliche Finanzierung von Gesundheitssystemen an Grenzen stößt oder zumindest mittel- bis langfristig nicht einfacher werden dürfte. Lediglich drei Länder (Estland, Luxemburg und Slowakei) erfüllen gegenwärtig die beiden Maastricht-Kriterien zum Staatsdefizit und zur Schuldenquote, wodurch der künftige Handlungsspielraum eingeschränkt wird. Zudem haben sich alle Euro-Staaten durch die Einführung einer so genannten Schuldenbremse zur Konsolidierung ihrer Haushalte verpflichtet.

3.3 Systemwettbewerb oder Konvergenz

Regulierung der PKV

Es hat immer wieder regulatorische Eingriffe auch in den gesetzlichen und den privatwirtschaftlichen Markt gegeben, wodurch systemfremde Elemente in die GKV und PKV gelangt sind. Mit Blick auf die PKV kann man sagen, dass der Kontrahierungszwang, das Verbot von Risikozuschlägen bei Vorerkrankungen, die Übernahme von Deckungslücken durch die Gemeinschaft der PKV-Versicherten und die festgesetzte Höchstgrenze bei der Beitragserhebung im Basistarif den Grundsätzen der PKV widersprechen. Ziel der Einführung des Basistarifs war es, alle in Deutschland lebenden Nicht-Versicherten wieder Krankenversicherungsschutz zukommen zu lassen und einen, auch bei Bedürftigkeit, bezahlbaren Versicherungsschutz zu gewährleisten. Trotz dieser massiven Eingriffe in die Funktionsweise der PKV durch den Basistarif kann dennoch nicht von einer Tendenz hin zur GKV gesprochen werden. Denn nur 0,3 Prozent der privat Vollversicherten sind im Basistarif eingeschrieben. Das PKV-Kerngeschäft der klassischen privaten Vollversicherung wird deshalb von der Einführung des Basistarifs bislang nicht beeinträchtigt.

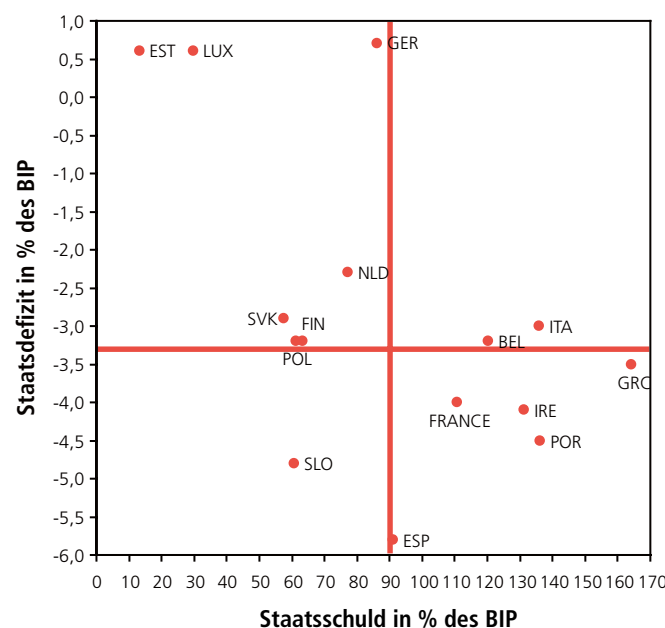
Regulierung der GKV

Ein Ansatz zur Systemvermischung könnte sich durch die Annäherung der GKV an die PKV ergeben. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden im Jahr 2004 die gesetzlichen Krankenkassen ermächtigt, im Bereich der Zusatzversicherungen als Vermittler zwischen ihren Versicherten und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufzutreten.

Unter die Zusatzversicherung fallen beispielsweise die Chefarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzimmer und auch die Auslandsreisekrankenversicherung. Damit werden Leistungen bezeichnet, die letztlich über den Leistungskatalog der GKV hinausgehen. Von den günstigen Sondertarifen der PKV, die bei solchen Kooperationen angeboten werden, profitieren zum einen die Versicherten, die ihre Grund- und Zusatzversorgung aus einer Hand erhalten. Weiterhin nutzt die GKV diese Zusatzversicherungsoptionen als Instrument der Kundenbindung, da die Sondertarife an die Mitgliedschaft in der jeweiligen Krankenkasse gebunden sind (vgl. Schulze Ehring 2011). Durch derartige Kooperationen kommt es zwar zu einer Annäherung im Sinne einer engeren Zusammenarbeit, die eigentlichen Systemgrenzen werden aber nicht wirklich durchlässiger.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz führte im Jahr 2007 verschiedene Wahltarife ein, beispielsweise etwa Selbstbehalts- oder Beitragsrückerstattungstarife. Speziell die in der Regel nach Einkommen gestaffelten Tarife mit Selbstbehalt sind aber letztlich ein Fremdkörper innerhalb der GKV. Die finanziellen Anreize sind hier so gesetzt, dass

Grenzen der staatlichen Finanzierung von Gesundheitssystemen in EURO-Ländern



Quelle: Eigene Darstellung anhand von OECD-Daten



Abb. 6: Der Vergleich zeigt, dass nur drei Länder zur Zeit die Maastricht-Kriterien zu Defizit- und Schuldenquote erfüllen.

adverse Selektion auftritt, d.h. es kommt zu einer verstärkten Nachfrage nach den Wahlтарifen bei den jungen und einkommensstarken Versicherten.

Das PKV-Prinzip wird durch die Wahlтарife in der GKV und durch die Möglichkeit einer späteren Rückkehr in den Normaltarif ohne Gesundheitsprüfung allerdings verletzt. Die GKV-Versicherten können solange in den für sie günstigeren Wahlтарifen verbleiben, bis sich dies nicht mehr lohnt und wechseln dann ohne Gesundheitsprüfung zurück in ihren alten Tarif. Die gesetzlichen Kassen nutzen diese Angebote vor allem, um freiwillig Versicherte an sich zu binden und den Wechsel zur PKV zu verhindern. Auch Kostenerstattungstarife der GKV genügen wegen des Verzichts auf Risikoprüfung und damit unzureichender Kalkulation sowie fehlender Vertragssicherheit nicht annähernd dem Standard in der PKV. Trotz dieser Gestaltungsmöglichkeiten ist aber nicht davon auszugehen, dass sich die GKV in Richtung PKV bewegt, dafür spielen die aufgezeigten Gestaltungselemente nur eine untergeordnete Rolle.

Ausblick

Das deutsche Gesundheitswesen mit seiner dualen Struktur aus GKV und PKV lässt sich sicherlich nicht rein ökonomisch erklären. Wie in allen anderen Gesundheitssystemen finden sich auch in Deutschland historisch gewachsene Strukturen, die das jeweilige System prägen. Da die beiden polaren Modelle „Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“ bislang an konkreten Umsetzungs- und Übergangsproblemen scheiterten, erfährt die reformierte Dualität eine Renaissance.

Das Nebeneinander von GKV und PKV ist gegenwärtig sicherlich nicht bestmöglich ausgestaltet, da ein großer Teil der Bevölkerung keine Wahlmöglichkeiten hat. Rund drei Viertel der deutschen Wohnbevölkerung sind als Mitglieder oder deren mitversicherte Angehörige in der GKV pflichtversichert. Die Beamten und ihre beihilfeberechtigten Angehörigen sind zwar nicht rechtlich, aber faktisch der PKV zugeordnet, weil sie im Fall einer freiwilligen GKV-Versicherung den gesamten Versicherungsbeitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung selbst entrichten müssen.

Ein Wahlrecht haben letztlich nur Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze sowie Selbständige. Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV konzentriert sich bislang auf diese Gruppen von Personen. Die Zielrichtung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV sollte daher sein, eine qualitativ möglichst hochwertige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, welche den Ver-

sicherten weitergehende Handlungs- und Wechseloptionen ermöglicht. Das setzt weitere Reformen sowohl bei GKV und PKV voraus. Hinzu kommt, dass im Rahmen eines indirekten Wettbewerbsverhältnisses zwischen GKV und PKV die Existenz der PKV mit ihrer Innovationsoffenheit Druck auf das GKV-System ausübt, wenigstens mit Verzögerung neue medizinische Verfahren zu akzeptieren beziehungsweise den gesetzlich definierten Leistungskatalog nicht zu stark einzuschränken (vgl. Augurzyk und Felder 2013, S. 44).

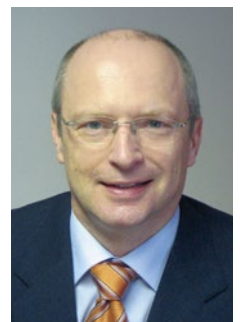
Insgesamt geht es momentan im deutschen Gesundheitswesen daher weniger um eine Konvergenz, sondern vielmehr um eine reformierte Dualität, welche das GKV- und PKV-System auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite zielorientiert weiterentwickelt.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt:
volker.ulrich@uni-bayreuth.de

PROF. DR. POL. VOLKER ULRICH

Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth. Er ist Mitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik –, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Bundesverbands Managed Care (BMC). Im akademischen Turnus 2010/11 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ). Seit 2015 ist er Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).



Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Solidarität und Effizienz als Widerspruch?

Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen

PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER | EVA WALZIK, DAK-GESUNDHEIT



In dem Maße, wie der Begriff „Wettbewerb“ in der politischen Rhetorik in der Vergangenheit inflationär bemüht wurde, ist eine konsequente ordnungspolitische Ausrichtung des Gesundheitswesens aus dem Blick geraten. Die Idee, wettbewerbliche Suchprozesse könnten zur Versorgungssteuerung genutzt werden, blieb dem sozialrechtlichen System fremd. Entsprechend haben sich bisher auch die mit dem selektivvertraglichen Wettbewerb verknüpften Hoffnungen nicht erfüllt, dieser könnte innovative Versorgungsformen hervorbringen. Tatsächlich haben die in den vergangenen Jahren veränderten Bedarfe und Strukturen die Probleme bei der Gestaltung von Wettbewerb noch erhöht. Der vorliegende Beitrag skizziert die Herausforderungen für ein Konzept des selektiven Kontrahierens. Ein kassenindividuelles Innovationsbudget könnte verbunden mit entsprechenden Evaluations- und Publikationspflichten dazu beitragen, dass erfolgreiche Selektivverträge einzelner Krankenkassen durch Nachahmung in die Regelversorgung des Kollektivvertrags übergehen.

1. Ausgangslage

In den letzten Jahren ist verstärkt zu beobachten, dass die Zahl staatlicher Eingriffe in das komplexe Gesundheitssystem zunimmt, obwohl die politische Rhetorik das Wort „Wettbewerb“ geradezu inflationär verwendet. Jeder Eingriff provoziert weitere Regelungen und setzt letztlich eine Interventionsspirale in Gang. Eine konsequente ordnungspolitische Ausrichtung: Fehlanzeige. So gerät zusehends das eigentliche Ziel einer sozialen Krankenversicherung aus dem Blick, nämlich eine populationsorientiert effiziente, also wirksame, qualitätsorientierte und gleichzeitig kostengünstige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Gewährleistungsträger sind im Rahmen gesetzlich übertragener Aufgaben die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das bedeutet Strukturverantwortung für ca. 90 Prozent der Bevölkerung (GKV-Versicherte) und implizit auch für die zehn Prozent der Privatversicherten.

Das ordnungspolitische Konzept für die Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen blieb in der alten Bundesrepublik jahrzehntelang fokussiert auf die kollektive Interessenvertretung aller (Zahn-) Ärzte durch Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, den öffentlichen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser (Krankenhausplanung / Investitionsfinanzierung der Länder) und das kollektive Handeln der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt. Anfang der 1990er Jahre war das meist verwendete Begriffspaar der gesetzgeberischen Normierung „gemeinsam und einheitlich“ – und dies trotz der schrittweise eingeführten Wahlfreiheit für alle Versicherten.

Den strukturellen Ausgabenproblemen des Systems begegnete man einerseits durch eine gezielte Begrenzung des

Leistungsrahmens oder durch Budgetvorgaben, andererseits durch die Schaffung neuer Finanzierungsinstrumente, wie etwa die Einführung von privaten Zuzahlungen. Beide Strategien machten Gesundheitspolitik zu einer extrem unpopulären Veranstaltung im politischen Prozess. Der Gedanke, wettbewerbliche Suchprozesse zur Gestaltung des Leistungsangebotes, der Versorgungsprozesse, der Kapazitätssteuerung und der Vertragspartnerschaften zu nutzen, blieb dem sozialrechtlichen System fremd.

2. Das Konzept der Solidarischen Wettbewerbsordnung

Genau in dieser Zeit – Anfang der 1990er Jahre – beschäftigten sich namenhafte Experten aus Wissenschaft und Verbänden mit der Frage, wie in einem solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem die Versorgung effizient, also auf hohem Qualitätsniveau und zugleich wirtschaftlich organisiert werden kann. Bereits damals wurde deutlich, dass Solidarität und Effizienz kein Widerspruch sind, sondern sich geradezu bedingen. Der damalige Diskussionsprozess innerhalb der GKV führte zu dem gemeinsamen Grundsatzpapier „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte Krankenversicherung“ (ARGE 1994). Es wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen einstimmig als Grundlage der gesundheitspolitischen Forderungen beschlossen.

Das Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ (zum Begriff: Rebscher 1993) sollte zunächst das politische Dilemma überwinden, das Ausgabenproblem im Gesundheitswesen mit geradezu rituellen Forderungen nach Leistungsbegrenzungen bzw. Finanzschöpfung

anzugehen. Die Grundlage dieses Konzepts war dagegen „Rationalisierung vor Rationierung“ und „Solidarität durch Effizienz“. Seitdem hat sich nicht nur die Politik – gleichgültig welcher Couleur – den Begriff der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ zu eigen gemacht. Auch zahlreiche Experten nahmen und nehmen in ihren Veröffentlichungen Bezug auf dieses Konzept, wie etwa das erst jüngst – im Jahre 2014 – von Cassel, Jakobs, Vauth und Zerth herausgegebene Werk „Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung“.

Die Erwartung, dass selektivvertraglicher Wettbewerb in größerem Ausmaß innovative Versorgungsformen hervorbringt, hat sich allerdings bislang nicht erfüllt.

So zeigt sich, dass nach zwanzig Jahren ein Update der Solidarischen Wettbewerbsordnung notwendig ist. Was hat der Wettbewerb im Gesundheitswesen bisher gebracht? Wo taugt er? Wo stößt er an Grenzen? Angesichts des hochkomplexen Gesundheitswesens ist eine differenzierte Betrachtung notwendig.

Zu Beginn der Analyse ist festzuhalten, dass die Grundidee des Konzepts der Solidarischen Wettbewerbsordnung noch heute gilt: einen Suchprozess zur Lösung komplexer und selten eindeutig definierbarer Versorgungszusammenhänge zu etablieren. Selektives Kontrahieren ist das wettbewerbliche Instrument, das zielführend Effizienz in einem normativ auf Solidarität und Umverteilung gegründeten System schaffen kann. D. h. das Streben nach Effizienz gefährdet in diesem Kontext nicht die normativ gesetzten Ziele (Solidarität, populationsorientierte Versorgung, gleicher Zugang), sondern stützt sie.

Veränderung der Bedarfe und Strukturen

Medizinischer Bedarf ...



© locrifa / Fotolia

- Älter werdende Gesellschaft
- Zunahme chronischer Erkrankungen

und Markttrends ...



© locrifa / Fotolia

- Zunehmende Spezialisierung in der Medizin
- Zunahme der Schnittstellen in der Versorgung

werfen Fragen auf.



© Photographereu / Fotolia

- Adäquate Versorgungsangebote und -modelle (auch für Betriebe)
- Koordination der Versorgung

Quelle: DAK-Gesundheit, 2015



Wenn die Schnittstellen in der Versorgungskette zunehmen, wird die Koordination der Versorgung im Wohnumfeld immer wichtiger.

Wettbewerb hat die ordnungspolitische Funktion, einen Suchprozess durch Einzelne zu ermöglichen, um die Versorgung aller zu verbessern. Die Suche ist notwendig, weil man nicht weiß, was das Beste ist. Erst im Suchprozess kann es sich herauskristalisieren. Wettbewerb im Gesundheitswesen darf nicht zu Risikoselektion oder Mehrklassenmedizin und damit zunehmender Ungleichheit führen. Er strebt daher keine dauerhafte Exklusivität des Angebotes an. Auf den Punkt gebracht, heißt dies in den Worten von Stefan Huster: „Dass wir Gesundheit als ein Gut betrachten, für das soziale Ungleichheiten folgenlos sein sollen, ist eine zivilisatorische Errungenschaft, die wir nicht leichter Hand aufgeben sollten“ (Huster 2011).

Die ökonomische Wissenschaft rückt zunehmend von der These ab, dass Wettbewerb immer Allokationseffizienz schafft. Es gibt gesellschaftliche Bereiche der Regulierung und politischen Gestaltung, in denen Normen und rechtliche Ansprüche die Wohlfahrt erhöhen. Märkte benötigen institutionelle Regeln und Kontrollinstrumente; sie benötigen einen Ordnungsrahmen. Dies gilt nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern für alle Märkte (Stiglitz, Akerlof, Sandel, Krugman, Binswanger), was übrigens bereits lange vor der Finanzmarktkrise diskutiert wurde. So ist zum Beispiel auch zu berücksichtigen, dass der Wettbewerb nicht für alle Gü-

ter geeignet ist. Michael J. Sandel stellt in seinem bekannten Buch „What money can't buy“ die provokative Frage, ob man mit Allem handeln darf. An einigen empirisch gut belegten Beispielen, wie etwa Transplantation, Blutspende, Verspätung im Kindergarten und Stimmrechte, macht er plastisch deutlich, dass die Ökonomie den Charakter dieser Güter verändert. Sein Fazit: Preise können ethische Normen verletzen.

Die politische Debatte um die allokative Effizienz von Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen ist oft von einer erhabenen Banalität und weitgehenden Nichtbeachtung von Bedingungen, Grenzen und Perspektiven gekennzeichnet. Aufgabe der Gesundheitsökonomie ist es, zur Versachlichung dieser Debatte beizutragen. Dies gilt ebenso angebots- wie nachfrageseitig. Dazu gehört es, die „kommerzielle Landnahme“ (siehe den Beitrag von Hengsbach in dieser Publikation) zu verhindern und trotzdem die Innovationskraft zu erhalten.

3. Zum Bedingungsrahmen

Veränderung der Bedarfe und Strukturen

Die Bedarfe und Strukturen haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Da ist zum einen der medizinische Be-

darf. Durch die älter werdende Gesellschaft müssen wir mit einer weiteren Zunahme langer chronischer Behandlungsverläufe und steigender Multimorbidität rechnen. Wohnortnahe Behandlungskonzepte müssen auf die individuellen komplexen Bedarfe abgestimmt werden (Stratifizierung). Wir werden uns also auf die Koordination komplexer Versorgungszusammenhänge einstellen können. Gleichzeitig erleben wir eine zunehmende Spezialisierung der Professionen auch in der Medizin. Das führt zu immer mehr Schnittstellen in den Versorgungsketten. Dies wiederum wirft Fragen nach den adäquaten Angeboten und Modellen und nach der Koordination der Versorgung im Wohnumfeld der Patienten auf.

Effizienz versus Preiswettbewerb – das Problem der Marktspaltung

Ein grundlegender Sachverhalt wird häufig übersehen, nämlich die Tatsache, dass in jedem Krankenversicherungssystem (ob staatlich als Sozialversicherung oder privat) zwar alle Mitglieder Beiträge zahlen, aber nur wenige Versicherte Leistungen in einem nennenswerten Umfang in Anspruch nehmen. Empirische Untersuchungen belegen, dass 20 Prozent der Menschen 80 Prozent der Gesundheitsleistungen benötigen.

Für die Ökonomie der Systemsteuerung ist allerdings der Umkehrschluss bedeutsam, dass 80 Prozent der Menschen lediglich 20 Prozent der Leistungen beanspruchen. Gerade dieses Verhältnis problematisiert die Aspekte Zahlungsbereitschaft, individuelle Nutzenkalküle und Präferenzäußerungen. Verschärfend kommt hinzu, dass es eine enorme Kompression der Ausgaben auf wenige Jahre vor dem Tod gibt.

Diese empirisch gut gesicherte Ausgangslage ist bei der Beurteilung gesundheitsökonomischer Instrumente von zentraler Bedeutung (Rebscher/Walzik 2011). Wenn nämlich 80 Prozent der Menschen keinen nennenswerten, aktuellen und konkreten Nutzen aus dem System ziehen, bleibt es eine zentrale Aufgabe, deren Zahlungsbereitschaft durch eine Beitragsverpflichtung zu erhalten. Individuelle, am persönlichen Nutzen orientierte Preismodelle (Zusatzprämien, Zusatzversicherungen, Wahltarife etc.) scheitern deshalb schon im Ansatz und schwächen perspektivisch die Finanzausstattung des Systems.

Nimmt man diesen Tatbestand ernst, sind naive Preissteuerungsmodelle, wie die mit dem Gesundheitsfonds eingeführte und mittlerweile wieder abgeschaffte „kleine Prämie

Effizienz vs. Preiswettbewerb

Effizienz entwickelt sich in der aufwändigen Versorgung der Wenigen

Preiswettbewerb richtet sich an die Vielen ohne relevanten Versorgungsbedarf



Quelle: DAK-Gesundheit, 2015



Das Problem der Marktspaltung ist für die Beurteilung gesundheitsökonomischer Instrumente von zentraler Bedeutung.

/ pauschaler Zusatzbeitrag“ (Richter 2005) kontraproduktiv. Denn Prämienmodelle richten sich ausschließlich an preisreagible Gesunde, die keine oder kaum Leistungen benötigen. Notwendig sind dagegen Reformansätze, die die Effizienz der Versorgung in den Vordergrund rücken, denn wirkliche Effizienz bei der Leistungserbringung zeigt sich vor allem im Bereich der aufwändigen gesundheitlichen Versorgung (80 Prozent) der wenigen erkrankten Versicherten (20 Prozent).

Ein durch Risikoselektion und Leistungsverweigerung erzielt Prämienrückgang für ausschließlich preisreagible gesunde Versicherte darf nicht als „effizient“ interpretiert werden. Mit tatsächlicher Wirtschaftlichkeit oder Effizienz einer Krankenkasse hat dies nichts zu tun. Zudem widerspricht ein Wettbewerb um Prämienvermeidung jeder Idee von Wettbewerb als Suchprozess und behindert die Innovationsfähigkeit des Systems. Die individuelle Informationspflicht der Krankenkassen bei Beitragssatzsteigerungen und der geforderte explizite Hinweis auf billigere Krankenkassen sind daher ein wettbewerbsschädlicher Nachklapp eines längst gescheiterten Ansatzes. Die dadurch ausgelösten fehlleitenden ökonomischen Anreize zwingen alle Beteiligten zu einer kalten, betriebswirtschaftlichen Logik, die Risikoselektion befördert.

Ein Wettbewerb, der die Optimierung der Versorgung zum Ziel hat, wird damit grob diskriminiert. Zudem werden Krankenkassen zu harten Strategien der Ausgabenvermeidung gezwungen. Alles wird getan, um kurzfristige Zusatzbeiträge zu vermeiden. Es gibt keinen Anreiz für einen Wettbewerb um effizientere, an den Versorgungsnotwendigkeiten orientierte Abläufe. Kurzfristig attraktive Angebote werden gezwungenermaßen auf betriebswirtschaftlich attraktive Zielgruppen ausgerichtet (Junge und Gesunde) statt auf langfristige Versorgungsstrategien (kranke, chronisch kranke, multimorbide Patienten).

Als Zwischenfazit ist daher festzuhalten: Die veränderten Bedarfe und Strukturen sowie das Problem der Marktpaltung erhöhen die methodischen Probleme der Gestaltung von Wettbewerbsbedingungen um Koordinations- und Organisationsfragen komplexer Produktionszusammenhänge.

4. Herausforderungen für ein Konzept des selektiven Kontrahierens

Messung von Qualität und Effizienz

Das Konzept des „selektiven Kontrahierens“ ist nur dann zielführend zu administrieren, wenn eine hinreichend si-

chere Verständigung über die Verwendung des Begriffs der Effizienz erfolgt, und zwar „Effizienz“ in Bezug auf ihre allokativen und distributiven Ziele und Wirkungen. Gerade wenn im Ansatz des „selektiven Kontrahierens“ ökonomische Vorteile vermutet werden, muss umso sorgfältiger auf die konkreten Bedingungen, die Messbarkeit der Effekte und die sichere Beurteilbarkeit der Ergebnisse Wert gelegt werden.

Viele politische und wissenschaftliche Beiträge erschöpfen sich in der Hoffnung, dass selektive Verträge quasi von sich aus Effizienz produzieren und für Qualität und Innovation sorgen, ohne mitzudenken und vorzulegen, was die inhaltliche Dimension ist, die eine effiziente und qualitätsgesicherte Versorgung ausmacht, und wie man dies in Abgrenzung unterschiedlicher Anbieter und deren Leistungsversprechen messen und beurteilen kann.

So müssen angebotsseitig zum Beispiel die Fragen der Effizienzmessung, der risikoadjustierten Qualitätsvergleiche und der Umgang mit komplexen Interventionen beantwortet werden. Nachfrageseitig ist zu klären, wie die Versorgungsorientierung verbessert und der Patientennutzen stärker berücksichtigt werden kann. Versicherungsseitig ist vor allem darauf zu achten, dass keine Anreize zur Risikoselektion gesetzt werden. Dazu gehört es auch, den Risikostrukturausgleich weiterzuentwickeln.

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Solidarprinzip und Wettbewerb gleichzeitig zu ermöglichen, ist Aufgabe des Risikostrukturausgleichs. Durch ihn soll gewährleistet werden, dass Krankenkassen für alle Versicherten – unabhängig von deren Einkommen und Morbidität – eine risikoäquivalente Zuweisung erhalten. Gleichzeitig wird so die Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb geschaffen. Der Beitragssatz soll nicht ausdrücken, dass eine Krankenkasse zufällig gesündere Versicherte oder besser verdienende Mitglieder als eine andere hat, vielmehr soll er Ausdruck der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sein. Der Ausgleich der Risikostrukturen schafft so eine idealtypische Form individueller risikoäquivalenter Finanzzuweisung bei der einzelnen Krankenkasse, und zwar genauer als im realen privaten Versicherungsmodell.

Wegen dieser systematischen Portabilität bietet der Risikostrukturausgleich die Grundlage einer umfassenden Wahlfreiheit der einzelnen Versicherten (Wettbewerb). Der Risikostrukturausgleich ist somit entscheidende Vorausset-

zung und zugleich Mindestbedingung für Wettbewerb im Solidarmodell der GKV.

Ziele des Wettbewerbs

Die ökonomische Perspektive ist eine wichtige, aber nicht die einzige bei der Beurteilung konkreter Versorgungskonzepte. Die Perspektiven der Versicherten, der betroffenen Patienten, der Leistungserbringer, der beteiligten Institutionen, der Politik, der Medizin, des Sozialrechts etc. sind ebenso rational begründbar und legitim. Selektives Kontrahieren gegen die Interessenlagen und die Perspektiven der Beteiligten zu richten, wird scheitern. Vor diesem Hintergrund verfolgt der Wettbewerb folgende Zielsetzungen:

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Präferenzen der Versicherten,
- Lenkung der Gesundheitsleistungen zum Bedarf,
- effektive Zielerreichung durch Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes, d.h. durch Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität,
- effiziente Leistungserstellung durch optimale bzw. kostengünstige Produktion sowie
- Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung der Produktionsfaktoren.

Funktionen des Ordnungsrahmens

Die Innovationsfähigkeit des Systems muss gesichert bzw. gefördert werden. Sie ist abhängig von der Investitionsfähigkeit seiner Akteure. Dazu gehört zentral ein Finanzierungs- und Honorierungssystem, in dem die Innovationsperspektiven in ihrer zeitlichen Dimension mit den Investitionsperspektiven harmonisieren. Eine kurzfristige Preisreagibilität (etwa durch Zusatzprämien) zerstört diesen Zusammenhang und ist deshalb innovationsfeindlich.

Es muss möglich sein, Innovationen rechtzeitig zu bewerten und für das Versorgungssystem verfügbar zu machen. Eine Kultur des Nachweises durch gute klinische Studien (Fokus: Evidenz) und einer integrierten Versorgungsforschung (Fokus: patientenorientierte Outcomes) sind zwingende Bedingungen einer Innovationsstrategie.

Es ist ein verlässliches internes und externes Qualitätsmanagement zu implementieren, das mit entsprechenden Qualitätsindikatoren und Verfahren zur Risikoadjustierung zu einem vertrauensstiftenden und fairen Unterscheidungsmodell entwickelt wird.

Eine experimentelle Kultur, die den jeweils aktuellen Versorgungszusammenhang kritisch hinterfragt und alternative Problemlösungsszenarien ermöglicht, ist zu etablieren und zu fördern. Dies ist mit einer Evaluationskultur zu verbinden, die den neu gefundenen Versorgungszusammenhang beurteilbar und damit das System durch Benchmarks lernfähig macht.

Ein unterstützendes liberales Vertragsrecht ist als Ergänzung zur kollektivvertraglichen Grundstruktur des Systems notwendig, um die Suchprozesse Einzelner zum Zwecke der Optimierung für Alle dienstbar zu machen. Dabei ist darauf zu achten, dass es weder durch staatliche Instanzen, noch Krankenkassen oder Leistungserbringer zu einem monopolistischen Marktmissbrauch kommen kann.

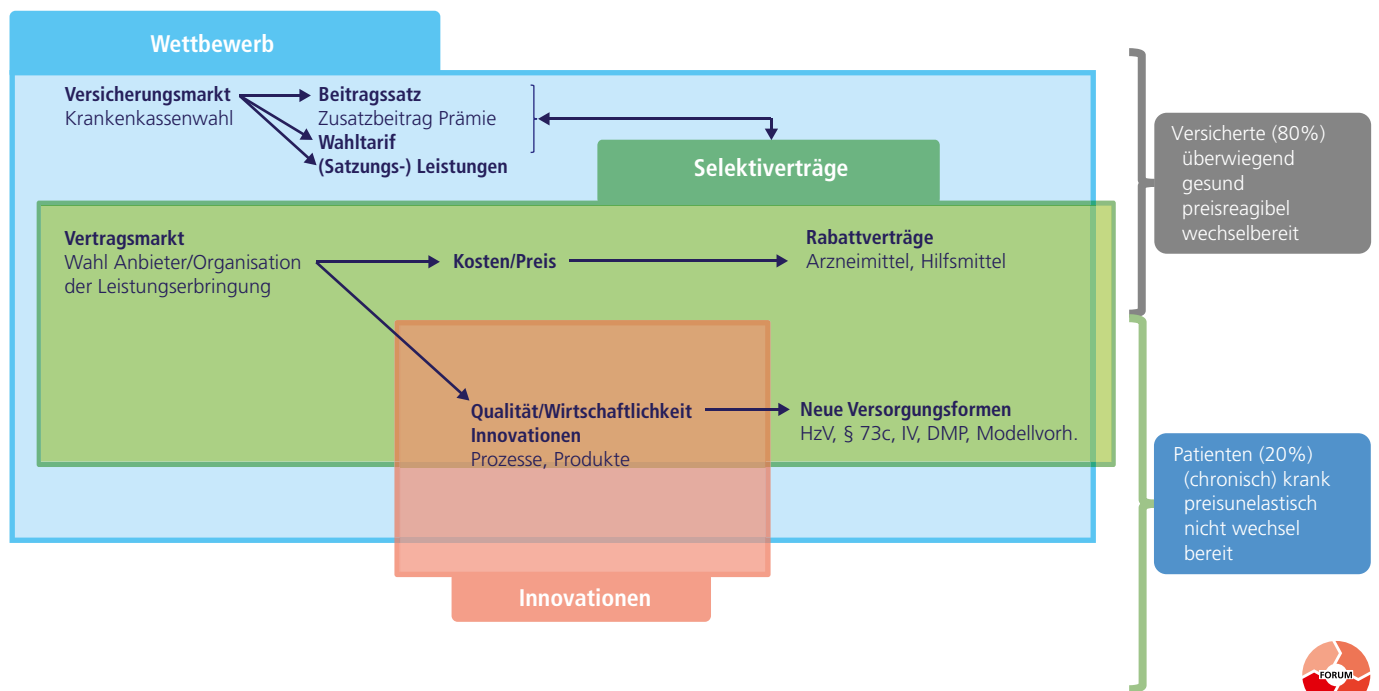
Methodisches Rüstzeug

Zu den unterschätzten Faktoren des Konzepts der Selektivverträge zählen die Anforderungen an ein Methodenset und der Umgang mit der immanenten Begrenztheit aller Methoden. Prädiktion, Evaluation, die Gestaltung geeigneter Klassifikationsmodelle zur Honorierung und die Transaktionskosten kleinteiliger Umsetzungen führen bei der Entwicklung selektiver Vertragsmodelle oft zum Stillstand oder – schlimmer – zu rein marketinggetriebenen Angeboten.

Bei der Implementierung wettbewerblicher Instrumente im regionalen Kontext mit seinen kleinteilig agierenden Akteuren wird die Veränderung gewachsener Versorgungszusammenhänge als Problem häufig unterschätzt. Gerade wenn „selektives Kontrahieren“ eine gesundheitsökonomisch wünschenswerte Ergänzung der bestehenden korporatistischen Koordinationsordnung sein soll, gilt es bei einer seriösen Beurteilung die jeweiligen allokativen Stärken und Schwächen der alternativen Konzepte zu benennen und anhand überprüfbarer Kriterien zu gewichten.

Am Beispiel der Krankenhausversorgung wird deutlich, dass man sehr genau die konkreten Bedingungen, die Messbarkeit der Effekte und die sichere Beurteilbarkeit der Ergebnisse im Blick haben muss. Da in der Krankenhausversorgung (wie auch bei der Wahlentscheidung zu Versicherungskollektiven) ausdrücklich keine Zufallsverteilung stattfindet, sondern sogar eine von Experten (in der Regel den niedergelassenen Fachärzten) ausgelöste Ein- und Zuweisung der Patienten, hat dies Konsequenzen: Die Zuweisung oder die gezielte Konzentration von einfachen „Routinefällen“ innerhalb einer DRG auf bestimmte

Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb



Quelle: IGES 2015

Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen braucht Anreize – wie etwa durch ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget.

Einrichtungen im DRG-Ranking bildet eine hohe „Wirtschaftlichkeit“ ab, während eine wegen ihrer besonderen Qualität oder ihrer optimierten sächlichen Ausstattung gezielt für komplexe Fälle gesuchte Einrichtung im Modell des DRG-Rankings eine „Unwirtschaftlichkeit“ ausweist.

Daher sind für die DRG-Kalkulation hinreichende Regelungen für die Erfassung der Komplexität der Versorgung zu entwickeln und für die Qualitätsvergleiche robuste Verfahren der Risikoadjustierung vorzusehen. Erst beide Instrumente machen Vergleiche bezüglich Wirtschaftlichkeit (Effizienz) und Qualität möglich und sinnvoll.

Die Beurteilung der Qualität ist wiederum methodisch aufwendig und besitzt ihrerseits dringend vorab zu klärende Begrenzungen, z. B. auf die Zahl der Qualitätsparameter, deren Messbarkeit, deren Relevanz für die Versorgungsqualität und für den therapeutischen Nutzen beim Patienten. Als Grundlage für die Isolierung bestimmter Qualitätsziele und Kriterien dienen die jeweiligen Guidelines der entsprechenden nationalen oder internationalen Fachgesellschaften.

Auch ein einfacher Vergleich von Qualitätsindikatoren zwischen einzelnen Krankenhäusern wäre ohne eine Risikoadjustierung innerhalb der genannten Qualitätskriterien

überaus fragwürdig. Ein fairer Vergleich, insbesondere von Ergebnisindikatoren, erfordert daher eine Adjustierung für die Risikosituation der Patienten. „Selektives Kontrahieren“ setzt deshalb einen offenen und transparenten Umgang sowohl mit den ökonomischen Kennziffern, den Qualitätskennziffern und der Risikoadjustierung voraus.

5. Fazit: Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb

Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Selbstzweck. Er dient der Suche nach der besseren Versorgungslösung und ist daher vor allem ein Vertrags- und kein Preiswettbewerb. Wettbewerb um die bessere Versorgungslösung braucht vor allem Anreize für Krankenkassen, deren Versicherte überproportional von Multimorbidität betroffen sind. Dies sollte durch ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget geschehen. Die dazugehörigen Evaluations- und Publikationspflichten werden dafür Sorge tragen, dass erfolgreiche Selektivverträge einzelner Krankenkassen für einen begrenzten Versichertenkreis durch Nachahmung in die Regelversorgung bzw. den Kollektivvertrag übergehen und damit dem Ziel

der GKV, eine populationsorientierte bessere Versorgung anzustreben, entsprechen.

Ziel ist es, den Wettbewerb als einen Suchprozess zu begreifen, bei dem die Erfahrung der Wenigen (Vertragspopulationen) zum Benchmark für die Verbesserung der Versorgung Aller (Gesamtpopulation) wird. Es entstehen demnach also zunächst zusätzliche Wahlmöglichkeiten für die Patienten zwischen Regelversorgung und innovativen Behandlungsformen. Selektivverträge üben dadurch eine Stachelfunktion auf die Kollektivverträge aus und bauen Verbesserungsdruck auf. In der Folge entwickelt sich ein lernendes System, in dem Erfolge nachgeahmt und Fehler vermieden werden.

Die Suche nach der besseren Versorgung für Patienten, die Evaluation des Wirkungszusammenhangs, die Publikation der Ergebnisse mit dem Ziel der Nachahmung des Guten, aufbauend auf einem Modell der risikoäquivalenten Finanzzuweisung an Krankenkassen – das ist der ordnungspolitische Kern des Konzeptes einer Solidarischen Wettbewerbsordnung.

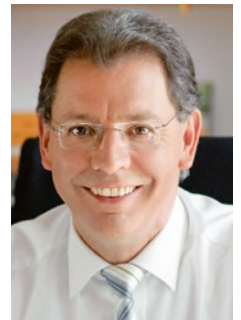
Literatur bei den Autoren

E-Mail-Kontakt:
Eva.Walzik@dak.de

.....
PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER
.....



Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit; Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth; 1996 bis 2003 Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK).



.....
EVA WALZIK
.....



Diplom-Volkswirtin, Leiterin des Berliner Büros der DAK-Gesundheit, 1999 bis 2008 Leiterin der Außenstelle der Ersatzkassenverbände in Berlin.



Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Die Verwirklichung der normativen Grundlagen der GKV erfordert einen ständigen Balanceakt

DR. FLORIAN STAECK

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland stellt sich als Balanceakt zwischen Solidarität und dem Versuch dar, durch wettbewerbliche Elemente Effizienz zu implementieren. Dabei ist es wenig hilfreich, Solidarität und Wettbewerb als unvereinbare Pole für die Gestaltung der Versorgung hinzustellen. Aus der Tatsache, dass marktwirtschaftliche Strukturen allein keine Versorgungsgerechtigkeit herstellen können, dürfe nicht gefolgert werden, dass diese Elemente generell untauglich im Gesundheitswesen seien. Vielmehr komme es auf die konkrete Ausgestaltung an. In dieser Position zeigte sich das 12. Frankfurter Forum in seiner Plenums-tagung am 17./18. April 2015 in Fulda überwiegend einig.

Versorgungsgerechtigkeit als Ziel: Die Entwicklung des Gesundheitswesens in den vergangenen Jahren sei nicht allein durch eine Zunahme wettbewerblicher Elemente geprägt gewesen, gaben Teilnehmer zu bedenken. Gleichmaßen seien zusätzliche Elemente der staatlichen Steuerung (z.B. der Gesundheitsfonds) und der korporatistischen Steuerung (etwa größere Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses) etabliert worden. Eine undifferenzierte Gegenüberstellung von „Ethik“ und „Monetik“ führe nicht weiter, mahnten Teilnehmer. Vielmehr bestehe die Herausforderung darin, Versorgungsgerechtigkeit unter der Bedingung der Knappheit zu definieren. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass wettbewerbliche Elemente nicht zu einer sozialen Differenzierung beim Zugang zu Gesundheitsleistungen führen. Entsolidarisierung durch Wettbewerb könne nicht zielführend sein.

Ebenso gelte es zu berücksichtigen, dass konkrete Maßstäbe des Verfassungsrechts für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung kaum existieren. Als Grundidee des

sozialen Rechtsstaats wurde vor diesem Hintergrund postuliert, alle Bürger müssten an der Normalversorgung teilhaben können. Ein Vorschlag zur Operationalisierung, der in die Debatte eingebracht wurde, lautete, wenn Leistungen in der GKV von Angehörigen der Mittelschicht in größerem Umfang privat hinzugekauft werden, sei dies ein starkes Indiz dafür, dass der Leistungskatalog angepasst werden müsse. Allerdings, so wurde eingewandt, erfolge der Zukauf solcher Leistungen allzu häufig auf Basis einer ärztlichen Angebotspalette, deren Validität sehr kontrovers diskutiert werde.

Auch aus diesem Grund wurde gegen diesen Vorschlag von verschiedener Seite Kritik erhoben. So würden beispielsweise jüngere Versicherte das Risiko der späteren Pflegebedürftigkeit chronisch unterschätzen, hieß es. Hätte der Gesetzgeber vor 20 Jahren nicht ein sozialstaatliches Arrangement geschaffen, die soziale Pflegeversicherung, dann gäbe es diese Versicherungssäule bis heute nicht.

Andere Teilnehmer betonten, gesetzlich Krankenversicherte erhielten ein umfassendes Leistungsangebot auf „Chipkarte“, allenfalls im Krankenhaus bestehe aus Sicht der Versicherten die Bereitschaft, für zusätzliche Leistungen – wie etwa für ein Einzelzimmer – den Versicherungsumfang zu erweitern. Als weiteres Gegenargument zur Maxime, erst das umfangreiche Hinzukaufen von Leistungen der Mittelschicht solle Indikator für eine Erweiterung des Leistungskatalogs sein, wurden seltene Erkrankungen angeführt. Patienten mit einer der weltweit rund 8000 seltenen Erkrankungen hätten nach dieser Maxime eine geringere Chance, am medizinisch-technischen Fortschritt teilzuhaben, wurde moniert.

Ausgestaltung von Wettbewerb: Besonderes Augenmerk legten die Diskussionsteilnehmer auf die Frage, in welcher

Form und mit welchem Ziel Wettbewerb im Gesundheitswesen ausgestaltet werden soll. Wettbewerb solle Suchprozesse beispielsweise nach besseren Versorgungslösungen in Gang setzen, ohne aber die normative Grundlage der sozialen Krankenversicherung zu gefährden. Dies verlange zugleich die Bereitschaft, temporäre Ungleichheiten für Versicherte etwa im Zugang zu bestimmten Versorgungsarrangements zu akzeptieren.

Suchprozesse seien insbesondere nötig für eine bessere Organisation der Behandlungsabläufe von Patienten. Denn angesichts der demografischen Entwicklung nehme die Zahl der Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen zu, die oftmals gut behandelbar sind. Als „geronnene Idee des Wettbewerbs“ hätten sich in den vergangenen Jahren vielerorts Selektivverträge etabliert. Hier müsse der Gesetzgeber viel konsequenter als bisher fordern, dass die Ergebnisse besonderer Versorgungsformen zwingend evaluiert und publiziert werden. Wenn ein Selektivvertrag zu überzeugenden Ergebnissen führt, sollte dieser in die Kollektivversorgung implementiert werden, wurde argumentiert. Erinnert wurde in diesem Zusammenhang daran, dass die die „Vollversorger“-Selektivverträge in Baden-Württemberg – im Gegensatz zum Kollektivvertrag – inzwischen zweimal wissenschaftlich evaluiert wurden.

Kritisch wurde weiterhin angemerkt, es gebe in der GKV viele Wettbewerbselemente auf der Preis- und Mengenebene, hingegen sei der Qualitätswettbewerb bisher nur schwach ausgeprägt. Und Qualitätsindikatoren, betonten Teilnehmer, werde man nicht im Wettbewerb organisieren können. Aktuelle Versuche des Gesetzgebers, neue Anreize für die Etablierung von Versorgungsinnovationen zu schaffen, wurden skeptisch beurteilt. Dies gelte

beispielsweise für die Ausgestaltung des Innovationsfonds im Versorgungsstärkungsgesetz. Die Dominanz der Exekutive im Entscheidungsgremium mit gleich drei Vertretern bei der Mittelverteilung spreche stärker für Kameralistik als für Wettbewerb, bemerkten Teilnehmer.

Kontrovers wurden die Folgen der Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus debattiert. Einzelne Teilnehmer merkten an, mit den DRG sei das „Hamsterrad“ etabliert worden, das Krankenhäuser zu einem beständigen Mengenwachstum bei den erbrachten Leistungen zwingt. Dem wurde entgegengehalten, man möge die Verhältnisse vor Geltung der Fallpauschalen nicht schön reden. Ein zentrales Ziel der DRG sei die Schaffung von mehr Leistungstransparenz in Krankenhäusern gewesen – und dieses sei der überwiegenden Ansicht nach erreicht worden, wurde erklärt. Nun gelte es aber, Transparenz in der Mittelverwendung und Qualität zusammenzuführen. Hierbei stellten sich nach wie vor ungelöste Fragen hinsichtlich der Messung und Messbarkeit von Qualität, ergänzten Teilnehmer. Und selbst wenn sie gelöst würden, bliebe der „Hamsterradefekt“ des DRG-Systems bestehen.

Dualer oder integrierter Versicherungsmarkt: Aus einer idealen wissenschaftlichen Perspektive sollten alle Akteure im Gesundheitswesen in fairem Wettbewerb miteinander stehen. Als ein Instrument gilt dafür ein einheitlicher, integrierter Krankenversicherungsmarkt, über dessen Für und Wider seit Jahren gestritten wird. Tatsächlich gehe der Status quo des dualen Systems von GKV und PKV mit ungelösten ordnungspolitischen Problemen einher, betonten Teilnehmer. Dies gelte beispielsweise für die gegenwärtig willkürliche und nicht begründbare Abgrenzung des Pflicht-

versichertenkreises in der GKV. Zugleich habe der Staat die eigenen Beamten aus der Solidarität der GKV-Versicherten herausgenommen, für Freiberufler insbesondere der niedrigeren Einkommensklassen mit der Künstersozialkasse und der Versicherung für Landwirte dagegen eigene Optionen der GKV-Versicherung geschaffen. Die Widersprüche gingen noch weiter, betonten Teilnehmer: Für die PKV gilt mit der GOÄ eine staatlich festgesetzte Vergütungsstruktur, in der GKV hingegen ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab Ergebnis eines Verhandlungsprozesses.

Die seit mehr als einer Dekade geführte Diskussion über Modelle wie die Bürgerversicherung oder die Gesundheitsprämie sei inzwischen abgeflaut, resümierten Teilnehmer. Dies verdanke man einerseits der Stilllegung dieses Grundkonflikts im Rahmen der großen Koalition. Andererseits habe sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass politische Entscheidungen der Vergangenheit eine Pfadabhängigkeit produzieren. Das gelte auch für die PKV und das Verfahren der Kapitaldeckung.

Alle bisher bekannten Modelle einer Konvergenz oder gar „Abwicklung“ der PKV gingen mit ungelösten (verfassungs-)rechtlichen, ökonomischen und praktischen Problemen einher. Es gebe gegenwärtig schlichtweg nicht den politischen Willen zu solchen Modellen, resümierten Teilnehmer. Gäbe es sie, dann hätte ein Bundesland längst im Rahmen eines Modellversuchs seinen Beamten das Wahlrecht für PKV oder GKV einräumen können. Im letzteren Fall müsste den GKV-versicherten Beamten dann der Arbeitgeberanteil ausbezahlt werden.

Zentraler Trigger für das Fortbestehen der dualen Krankenversicherungsstruktur seien die unterschiedlichen Vergütungssysteme von GOÄ und EBM für Ärzte, wurde betont. Eine Angleichung auf GOÄ-Niveau, die auch die Bevorzugung von PKV-Patienten bei der Terminvergabe obsolet machen könnte, zöge jährliche Mehrausgaben von vier bis sechs Milliarden Euro in der GKV nach sich. Hierzu gebe es gegenwärtig keine Bereitschaft – weder bei den Parteien, noch bei den gesetzlichen Krankenkassen, hieß es.

Neuere Denkansätze gehen daher auch von einem Fortbestehen der dualen Struktur aus, proklamieren aber für PKV- und für GKV-Versicherte umfassende Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den Systemen: PKV-Versicherte sollen individualisierte, prospektive Altersrückstellungen im Falle eines Wechsel mit auf den Weg bekommen, gleiches gelte für fiktiv erworbene Ansprüche, die GKV-Versicherte

im Falle eines Wechsels in die PKV geltend machen können. Über akademische Zirkel hinaus haben diese Konzepte bislang aber nicht Platz gegriffen, betonten Teilnehmer.

Auch die Impulse für eine Konvergenz der Versicherungssysteme, die der Gesetzgeber gegeben hat, wurden als überwiegend nicht erfolgreich angesehen. Dies gelte etwa für den Basistarif in der PKV, der so unattraktiv konzipiert ist, dass er nur von Versicherten mit finanziellen Schwierigkeiten gewählt werde. Umgekehrt wurden auch Wahltarife in der GKV – ein typisches Element der PKV – überwiegend zwiespältig bewertet. Es handele sich beispielsweise bei Bonusmodellen nur um „Vorteilshopping“, die der Selbstselektion dienten, wurde kritisiert. Dennoch hielten alle gesetzlichen Krankenkassen aus Marketinggründen an diesen Angeboten fest, obwohl das Prinzip der solidarischen Krankenversicherung massiv verletzt werde.

Kontrovers beurteilten Teilnehmer die Vor- und Nachteile des Umlageverfahrens und der Kapitaldeckung. Einvernehmlich wurde festgehalten, dass beide Verfahren verschiedene Generationen auf unterschiedliche Weise miteinander verketten. Das Umlageverfahren, wurde argumentiert, benötige eine stabile Bevölkerungsstruktur. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sei es daher sinnvoll, es durch Kapitaldeckung zu ergänzen. Denn eine alternde Bevölkerung müsse kapitalintensiver werden, um den erreichten Stand der Produktivität zu sichern oder zu erhöhen. Dem wurde entgegengehalten, in der GKV richte sich die implizite Schuld der erworbenen Versicherungsansprüche an ein laufendes Volkseinkommen – das sei immer stabiler als eine implizite Schuld, die wie im PKV-System individualisiert angelegt ist. Die Gegenthese dazu lautete, es handele sich im Fall des Umlageverfahrens um eine unverbriefte Schuld, bei der PKV hingegen seien die Ansprüche der Versicherten vertraglich geregelt.

Patienten in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen: Die Position der Versicherten respektive Patienten in einem zwischen Sozialstaatsgebot und Wettbewerb gestalteten Gesundheitswesen wurde als situativ sehr unterschiedlich beschrieben. So träten Patienten mit landläufigen Beschwerden in der ambulanten Versorgung mitunter als Nachfrager auf, die den Wettbewerb zwischen Ärzten nutzen, um bestimmte Leistungen zu erhalten, berichteten mit dem Versorgungsalltag Vertraute. Hingegen seien schwer kranke Patienten im Krankenhaus das schwächste Glied in der Kette – dies insbesondere vor dem

Hintergrund des Spardrucks, der in der Vergangenheit zu einem Abbau beim nicht-ärztlichen Personal geführt hat.

Für die Gesundheitsversorgung typisch sei darüber hinaus eine Marktsplaltung: 20 Prozent der Versicherten, die rund 80 Prozent der Leistungen benötigten und im Gegensatz dazu 80 Prozent der Versicherten, die die übrigen 20 Prozent der Leistungen nachfragen. Letztere Gruppe sei überwiegend preisreagibel und bereit, für sie günstige Angebote zu wählen – um sie werde ein Preiswettbewerb geführt. Insbesondere mit Blick auf diese Mehrheit erhoben Teilnehmer die Forderung nach mehr Eigenverantwortung. Hingegen sei die Gruppe der chronisch Kranken in der Regel weder preissensitiv noch wechselbereit. Für diese rund 20 Prozent der Versicherten umfassende Gruppe gehe es darum, die aufwändige Versorgung effizient zu koordinieren und organisieren.

Insbesondere bei chronisch Kranken trügen Selbsthilfegruppen durch intensive Nutzung des Internets dazu bei, die Informationsasymmetrie im Vergleich zu Ärzten zu reduzieren. Für jüngere Versicherte sei „Consumer Dri-

ven Healthcare“ längst Realität, wurde angemerkt. Diese Vorstellung von einem Gesundheitswesen, in dem Patienten in zunehmendem Maße auch als ‚Konsumenten‘ wahrgenommen werden, zeige sich beispielsweise in der Nutzung von Apps. Jüngere Menschen seien eher bereit, ihre Gesundheitsdaten Dritten zu überlassen. Ein erstes PKV-Unternehmen habe diesen „Trend zur Selbstoptimierung“ aufgegriffen und biete den Kunden entsprechend günstigere Konditionen. Diese von den Versicherten selbst ermöglichte Transparenz über ihre Daten werde ökonomische Konsequenzen haben, wurde gewarnt.

Die Ausgestaltung des Gesundheitswesens zwischen Sozialstaatsgebot und Wettbewerb wirft beständig neue und sich verändernde Herausforderungen auf. Das „Frankfurter Forum“ wird im Herbst 2015 in einer weiteren Tagung die Folgen wieder aus interdisziplinärer Perspektive beleuchten.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Prof. Dr. med. Helmut Buchner

Eugen Brysch

Dr. med. Rosa-Adelinde Fehrenbach

Dr. rer. nat. Liane Fickler

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer

Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke

Dr. med. Jan Geldmacher

Magda Geldmacher

Dr. med. Kay Großmann

Prof. Dr. rer. oec. Friedhelm Hengsbach SJ

Eike Hovermann

Prof. Dr. jur. Stefan Huster

Thomas Keck

Claudia Korf

Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong

Prof. Dr. med. Norbert Niederle

Dietmar Preding

Prof. Dr. h.c. rer. pol. Herbert Rebscher

Gudrun Schaich-Walch

PD Dr. med. Jan Schildmann

Dr. med. Hubert Schindler

Rechtsanwalt Gerhard Schulte

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ

Dr. phil. Florian Staeck

Oliver Stahl

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Michael Weller

Katharina Werner



Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

Philosophie / Theologie :	Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moralthologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigungen :	Dr. med. Jürgen Bausch, Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., Hanau Dr. med. Margita Bert, Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin
GKV-Spitzenverband :	Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin
Krankenkassen :	Eva Walzik, DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin
Krankenhaus :	Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) :	Claudia Korf, Geschäftsführerin Wirtschaft, Soziales und Verträge, Berlin
Politik :	Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt, stellvertretende Vorsitzende Frankfurter Forum e. V., Hanau
Ökonomie / Gesundheitsökonomie :	Prof. Dr. rer.pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth
Gesundheitsmanagement :	Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
Kommunikation :	Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Direktor Nachrichten und Politik, Chefredakteur ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg Dr. phil. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft, ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg
Projektmanagement :	Dietmar Preding, stellvertretender Vorsitzender, Frankfurter Forum e. V. , Hanau
Forschende Pharmaindustrie :	Oliver Stahl, Direktor Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H.

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:

Dietmar Preding
Mozartstraße 5, 63452 Hanau
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Verlag:

Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH
Am Forsthaus Gravenbruch 5,
63263 Neu-Isenburg

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Prof. Dr. Friedhelm Hengsbach, Prof. Dr. Stefan Huster,
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Dr. Florian Staeck,
Prof. Dr. Volker Ulrich, Eva Walzik

Titelbild:

© XtravaganT / Fotolia

Layout / Grafik:

Linda Benz

Druck:

F&W Mediencenter GmbH, Kienberg

Springer Medizin

© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,
Neu-Isenburg, Oktober 2015



ISSN 2190-7366

Partner

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Als neue Partner sind in 2013 die IMS HEALTH GmbH & Co. OHG in Frankfurt und die „Ärzte Zeitung“ aus dem Haus der Springer Medizin Verlagsgesellschaft mbH in Neu-Isenburg hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik. Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.



Antworten, auf die es ankommt.





FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen