



Direktoren: Professor Dr. Johann Eekhoff
Professor Achim Wambach, Ph. D.
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

Gesundheitspolitik in Europa: Rationalisierung und Rationierung in einem wettbewerblichen Gesundheitssystem

von Susanna Kochskämper

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 3/2010

(November 2010)

Gesundheitspolitik in Europa: Rationalisierung und Rationierung in einem wettbewerblichen Gesundheitssystem

Susanna Kochskämper*

Inhalt

1	Einleitung.....	2
2	Grundzüge eines wettbewerblichen Gesundheitssystems	3
2.1	Marktliche Bereitstellung von medizinischen Gütern und Dienstleistungen... 3	
2.2	Medizinische Versorgung als Teil der Mindestsicherung.....	5
3	Mindestleistung oder Mindestdiagnose? Optionen für den obligatorischen Krankenversicherungsschutz.....	8
3.1	Staatliche Festlegung von Therapien oder individuelle Entscheidung?.....	8
3.2	Wettbewerb der Versicherungen als Innovationsmotor	10
4	Fazit und Ausblick	12
	Literaturverzeichnis	14

* Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln. Das Manuskript entstand im Rahmen des vom Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung geförderten Forschungsprojekts „Herausforderungen für die nationale Gesundheitspolitik im Europäischen Integrationsprozess“ und wurde beim 7. Workshop Ordnungsökonomik und Recht 17. bis 20. November 2010 am Walter Eucken Institut in Freiburg vorgestellt.

1 Einleitung

„Obwohl wir es alle nicht gern haben, dass wir immaterielle Werte wie Gesundheit und Leben gegen materielle Vorteile abwägen müssen, und wünschen würden, dass diese Wahl unnötig wäre, müssen wir alle diese Wahl treffen, weil wir die Tatsachen nicht ändern können.“¹

Dennoch wäre diese Wahl nicht weiter Gegenstand eines ordnungsökonomischen Problems, wenn sie jeder einzelne für sich persönlich treffen müsste. In den europäischen Staaten ist diese Wahl jedoch nicht dem einzelnen überlassen: Es existieren umfassende Gesundheitssysteme, die alle durch starke staatliche Regulierung bis hin zu staatlicher Bereitstellung von medizinischen Leistungen gekennzeichnet sind. Die Entscheidung darüber, wie viele Ressourcen für die medizinische Versorgung verwendet werden, wird dabei größtenteils nicht vom einzelnen, sondern vom jeweiligen Staat getroffen.

Vor dem Hintergrund steigender Kosten durch technischen Fortschritt und durch alternde Gesellschaften finden in den europäischen Staaten wiederholt Diskussionen über Reformen in den Gesundheitssystemen statt. Rationalisierung und Rationierung sind die beiden Stichwörter, unter denen sie sich zusammenfassen lassen. Die gängige Auffassung ist es, zunächst zu rationalisieren und erst nach Ausschöpfen der Effizienzreserven die Rationierungsfrage zu stellen.²

In diesem Beitrag wird davon abweichend für ein generelles Umdenken in der Gesundheitspolitik und für eine Neustrukturierung der europäischen Gesundheitssysteme plädiert. Rationierung wird hier nicht als (staatliches) Vorschreiben einzelner optimierter Abläufe verstanden. Vielmehr steht eine vollständige Neuordnung der Gesundheitssysteme im Vordergrund, die eine bessere Nutzung der Ressourcen verspricht. Es wird dabei nicht das Ziel in Frage gestellt, allen Bürgern unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit eine gewisse medizinische Grundversorgung zu gewährleisten.

Die vorherrschende Organisation der Gesundheitssysteme in Form staatlicher Gesundheitsdienste oder streng regulierter Sozialversicherungssysteme allerdings ist nicht zwingend notwendig, um medizinische Versorgung auch für Bedürftige sicherzustellen. Sie birgt im Gegenteil an vielen Stellen nicht überwindbare Ineffizienzen durch fehlgeleitetes Verhalten der Akteure in sich. Vielmehr ist es möglich, den Markt

¹ Hayek (1991), S. 378.

² Vgl. z.B. Marckmann (2007), S. 99.

zu nutzen, um Ressourcen zu allozieren, und dem Staat ausschließlich die Aufgaben zu übertragen, die zu Ihrer Bewältigung einer hierarchischen Organisation bedürfen. Ein Modell für ein solches Gesundheitssystem wird hier vorgestellt. In diesem Fall sind Rationalisierung, wie sie hier verstanden wird, und Rationierung nicht zu trennen, sondern gehören zusammen. Die Auswahl und damit die Rationierung von medizinischen Leistungen, die man allen Bürgern gewähren möchte, ist unumgänglich, solange Ressourcen knapp sind. Gleichzeitig ist die Art und Weise, wie diese Auswahl vorgenommen wird, entscheidend, um funktionsfähige Märkte im Gesundheitswesen zu etablieren. Dies wird im Folgenden gezeigt. Dargestellt wird zunächst der Aufbau eines wettbewerblichen Gesundheitssystems. Anschließend wird diskutiert, wie ein Verfahren zur Auswahl der medizinischen Leistungen in diesem System ausgestaltet werden kann.

2 Grundzüge eines wettbewerblichen Gesundheitssystems

2.1 Marktliche Bereitstellung von medizinischen Gütern und Dienstleistungen

Folgt man dem Argument, dass in einer liberalen Gesellschaft, in der die Mitglieder unterschiedliche individuelle Ziele verfolgen, der Preismechanismus auf Wettbewerbsmärkten die effizienteste Methode zur Lösung von Knappheitsproblemen ist³, so stellt sich die Frage, ob entscheidende Gründe gegen seine Nutzung auch im Gesundheitssystem sprechen.

Mehrere Autoren haben sich in der Vergangenheit mit der Frage auseinandergesetzt, ob ein auf allen Ebenen wettbewerblich gestaltetes Gesundheitssystem prinzipiell möglich ist, oder ob gravierende Marktversagenstatbestände existieren, die grundsätzlich starke staatliche Eingriffe erforderlich machen. Die Ergebnisse dieser Überlegungen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass, selbst wenn man Gesundheit selbst als „spezielles“ und besonders wichtiges Gut betrachten mag, medizinische Güter und Dienstleistungen sowie Krankenversicherungsleistungen sich nicht grundsätzlich von anderen Gütern und Dienstleistungen unterscheiden und daher auch nicht auf grundsätzlich andere Art und Weise reguliert werden müssen.⁴ Einer wettbewerblichen Gestaltung des Gesundheitssystems steht kein ökonomisches Argument entgegen. Entscheidend ist dabei, sich des Zusammenhangs zwi-

³ Vgl. u.a. Hayek (1968), Hayek (1969).

⁴ Vgl. z.B. Zweifel, Breyer, Kifmann, (2009), S. 159 ff; Eekhoff et al. (2008), S. 75ff, Jankowski (2006), S. 109 ff.

schen Finanzierungs- und Leistungsebene bewusst zu sein – nur eine der beiden als Markt zu gestalten und die andere staatlicher Kontrolle und Regulierung zu unterstellen, führt zu weiteren Verzerrungen und Verwerfungen, die nicht die erwünschten Ressourceneinsparungen und Vorteile einer Wettbewerbsordnung erwarten lassen.

Wie kann ein wettbewerbliche Gesundheitssystem aussehen?⁵

Auf der Finanzierungsseite stehen private Krankenversicherungsunternehmen, die risikoäquivalente Prämien verlangen. Gleichzeitig wirtschaften die Unternehmen auf Kapitaldeckungsbasis, da eine Umlagefinanzierung einen zusätzlichen unternehmensübergreifenden externen Ausgleichsmechanismus erforderlich machte, um eine Entmischung aufgrund des Faktors Alter zu vermeiden. Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen um die bestmögliche Versorgung aller Versicherten findet statt, da Versicherte ohne finanzielle Nachteile für sich und für das verbleibende Versichertenkollektiv den Versicherungsanbieter wechseln können. Die Übertragung individueller risikoäquivalenter Altersrückstellungen, berechnet von jedem einzelnen Unternehmen für seine Versicherten, ist dabei der Mechanismus, der dies ermöglicht. Prämienunterschiede zwischen guten und schlechten Risiken existieren nicht, da bereits vor Geburt eine Versicherungszusage erfolgt, wenn noch nicht zwischen den individuellen Risiken unterschieden werden kann.⁶ Das bedeutet, dass mindestens alle Versicherten eines Jahrgangs dieselbe Prämie für denselben Leistungskatalog zahlen.

Die Beziehung zwischen Versicherung und Leistungserbringern ist so ausgestaltet, dass selektive Verträge möglich, aber nicht gesetzlich vorgeschrieben sind. Auch ist denkbar, dass Versicherungen selbst Ärzte anstellen und eigene Krankenhäuser betreiben können – auch das sollte jedoch nicht vorgeschrieben, sondern als Möglichkeit eingeräumt werden. Die Entscheidung, welches Versicherungspaket mit welcher Art der Anbieterwahl vorzuziehen ist, sollte beim einzelnen Versicherten und seinen individuellen Vorlieben liegen und somit auch hier der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren um die beste Vertrags- und Vergütungsform genutzt werden. Da die Versicherungen im Wettbewerb um alle Versicherte stehen, ist in einem solchen System nicht davon auszugehen, dass Selektivverträge zu Ungunsten bestimmter Patientengruppen abgeschlossen werden, um diese von der Versicherung fernzuhalten.

⁵ Eine ausführliche Beschreibung des Systems findet sich bei Arentz, Wolfgramm, Kochskämper (2009), Eekhoff et al. (2008), Zimmermann (2007), Jankowski (2006).

⁶ Wie genau ein solches Verfahren aussehen kann, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden, entscheidend ist die institutionelle Ausgestaltung, um Risikoselektion zu vermeiden.

Auch ob Patienten Selbstbehalte zahlen müssen, um moral hazard zu vermeiden, oder nicht, kann dem einzelnen Versicherer überlassen werden.⁷ In diesem Gesundheitssystem entscheidet somit letztlich jeder einzelne, welche Versicherung seinen Vorlieben entspricht. Es ist davon auszugehen, dass, neben rechtstaatlichen Institutionen wie beispielsweise dem Haftungsrecht, zusätzlich Reputationsmechanismen dafür sorgen, die größtmögliche Transparenz zu schaffen und die Marktteilnehmer zu disziplinieren.

Der Staat nimmt in dieser Art der Gestaltung eines Gesundheitssystems keinerlei allokativen Aufgaben wahr, diese werden ausschließlich durch den Markt erfüllt. Ihm kommt zum einen die Aufgabe zu, rechtliche Institutionen bereitzustellen, die sich aber für den Gesundheitsmarkt nicht grundsätzlich von denen anderer Märkte unterscheiden müssen.

Gleichzeitig bedarf es des Staates, um allen Bürgern den Zugang zu bestimmten medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Dass der Zugang zu einer medizinischen (Grund-)Versorgung unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit in den europäischen Staaten als essentieller Bestandteil der sozialen Sicherung angesehen wird, wird an dieser Stelle angenommen und nicht in Frage gestellt. Hierfür ist es jedoch nicht notwendig, grundsätzlich andere Mechanismen zu implementieren als diejenigen, die für die Mindestsicherung insgesamt genutzt werden.

2.2 Medizinische Versorgung als Teil der Mindestsicherung

Um herauszustellen, wie eine medizinische Grundversorgung für alle Bürger gewährleistet werden kann, ohne auf den Markt als Allokationsmechanismus zu verzichten, ist es hilfreich, sich des konstitutionenökonomischen Argumentationsrahmens zu bedienen⁸: In diesem Gedankenkonstrukt leiten sich Existenz und Umfang der sozialen Mindestsicherung, und die damit verbundene Umverteilung von materiellen Mitteln, direkt aus den individuellen Präferenzen der Gesellschaftsmitglieder ab. Der Umfang der Mindestsicherung bestimmt sich aus konkreten Zielen, die mit ihr erreicht werden sollen, und damit der Entscheidung aller Gesellschaftsmitglieder, welche Bedingungen, die aus Armut entstehen, gerade nicht mehr ausgehalten werden können

⁷ Allerdings ist hierbei das Dilemma zu lösen, dass ein zu hoher Selbstbehalt die Versicherungspflicht (s. Abschnitt 2.2) unterlaufen kann. An dieser Stelle soll dies nicht weiter diskutiert werden, es ist allerdings ein weiterer Punkt, der beachtet werden muss.

⁸ Basierend auf den Überlegungen u.a. von Buchanan und Tullock (2007), wurden diese hier genannten Prinzipien der sozialen Mindestsicherung von verschiedenen Autoren weiterentwickelt, vgl. z.B. Roth (2002), S.57-128.

und gesellschaftlich nicht tragbar sind. Medizinische Güter und Leistungen sind somit dann Bestandteil der Mindestsicherung, wenn ein gesellschaftlicher Konsens vorausgesetzt werden kann, auch eine medizinische (Grund-)Versorgung zum Existenzminimum zu rechnen. Allgemein verspricht die staatliche Bereitstellung einer Mindestsicherung in dem Fall Effizienzgewinne, in dem eine Absicherung Bedürftiger trotz positiver Zahlungsbereitschaft der Gesellschaftsmitglieder privatwirtschaftlich nicht bzw. nur in unzureichendem Ausmaß zustande kommt. Die staatliche Verteilung von Mitteln hin zu bedürftigen Individuen sollte dann der Staat im Rahmen eines Steuer-Transfer-Systems vornehmen.

Es gibt keinen Grund, bei medizinischen Gütern und Dienstleistungen grundsätzlich anders zu verfahren als mit anderen Gütern, die ebenfalls dem Existenzminimum zugerechnet werden. Das Prinzip, Bedürftige innerhalb eines Steuer-Transfer-Systems mit Geldmitteln auszustatten, damit diese auf Märkten die für das Existenzminimum als notwendig erachteten Leistungen nachfragen können, gilt prinzipiell auch hier. Eine staatliche Bereitstellung der Güter kann aus diesem Grund nicht abgeleitet werden.

Konkret bedeutet das für die medizinische Grundversorgung, dass auf gesamtgesellschaftlicher Ebene die medizinischen Güter und Leistungen ausgewählt werden müssen, die als medizinische Grundversorgung zum Existenzminimum gerechnet werden. Diese Auswahl lässt sich analytisch in folgende Schritte zerlegen: Zum einen gilt es festzulegen, welche Diagnosen behandelt werden sollen und welche nicht. Zweitens ist zu klären, was das Ziel der Behandlung sein soll. Die Wahl der Diagnose verbunden mit der des Behandlungsziels ist dabei direkt aus den Präferenzen der Gesellschaftsmitglieder ableitbar. Hierbei geht es einzig darum, was die Individuen glauben dulden zu können und was nicht. Ein gesellschaftlicher Diskurs darum, was erreicht werden soll, ist dabei unumgänglich. Drittens ist zu entscheiden, welche Therapien zur Erreichung dieser Ziele herangezogen werden. All das zusammen ergibt dann den medizinischen Leistungskatalog, der aus der Sicht der jeweiligen Gesellschaft jedem einzelnen mindestens zusteht. Die Kosten dieses Katalogs setzen sich wiederum aus den drei Elementen ausgewählte Diagnosen, ausgewählte Ziele und ausgewählte Therapien zusammen.

Eine Besonderheit im Gegensatz zu anderen Gütern des täglichen Bedarfs in der Mindestsicherung ergibt sich dadurch, dass medizinischen Kosten nicht täglich, sondern nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit auftreten, im Fall der eingetretenen Krankheit aber nicht zu umgehen sind: Es ist nicht notwendig und wäre sehr kosten-

intensiv, jeden einzelnen im Vorfeld mit Mitteln auszustatten, die alle eventuell auftretenden Krankheitskosten decken, um das gesellschaftliche Ziel einer einkommensunabhängigen medizinischen Grundversorgung zu erreichen. Da zukünftige Kosten durch Krankheit wie oben dargestellt auf einem Markt versicherbar sind, besteht die Möglichkeit, den Bedürftigen einen Geldbetrag zukommen zu lassen, der die Kosten eines Versicherungsschutzes im Umfang des gesellschaftlich bestimmten Leistungskatalogs deckt.

Dieser Mindestleistungskatalog erfüllt gleichzeitig jedoch noch einen weiteren Zweck: Im Gegensatz zu dem Einkommensrisiko, für dessen Versicherung der Staat notwendig ist, kann wie oben gezeigt das Kostenrisiko durch Krankheit grundsätzlich privatwirtschaftlich abgesichert werden. Durch die Implementierung einer bevölkerungsumfassenden Versicherungspflicht wird ausgeschlossen, dass jemand bewusst der Allgemeinheit zur Last fällt, indem er selbst die private Vorsorge unterlässt, um im Bedarfsfall auf gesellschaftliche Unterstützung zurückzugreifen.⁹ Somit muss jeder Bürger mindestens eine Versicherung in Höhe des Umfangs des Mindestleistungskatalogs abschließen. Dadurch hat die Festlegung eines Mindestleistungskatalogs nicht nur Auswirkungen auf die Höhe des individuellen Beitrags, die jeder leistungsfähige Bürger zur Finanzierung Bedürftiger bereitstellt. Denn es werden Mittel für den Krankenversicherungsschutz zweckgebunden, über die der Einzelne nicht mehr anderweitig verfügen kann.

Bei der Definition eines Mindestumfangs an Versicherungsschutz ist unstrittig, dass die Auswahl der Diagnosen und der Behandlungsziele staatlich und für alle Bürger verbindlich festgelegt werden müssen, da ansonsten das gesellschaftliche Dilemma, im Bedarfsfall trotz unterlassener eigener Vorsorge Unterstützung leisten zu müssen, nicht gelöst wird. Das bedeutet auch, dass bezüglich der Diagnosen, die Teil des Mindestleistungskatalogs sind, kein individueller Gestaltungsspielraum auf Versicherungsebene existieren kann, indem einzelne Diagnosen von vorneherein ausgeschlossen werden, um Kosten zu sparen.

Die Frage ist allerdings, ob dies auch für die Therapien gilt, die herangezogen werden, um ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen oder ob es in diesem Bereich die Möglichkeit gibt, den Wettbewerb zwischen den Versicherungen als Entdeckungsverfahren im Hayek'schen Sinn¹⁰ zu nutzen, um fortlaufend neue, günstigere

⁹ Vgl. Hayek (1991), S. 377.

¹⁰ Vgl. Hayek (1968).

und präferenzgerechtere Therapien zu finden. Denn bei einem rigiden staatlichen Vorschreiben von Therapien, die beispielsweise ein Expertengremium auswählt, tut sich ein Informations- und Wissensproblem auf¹¹: Ein Expertengremium müsste wissen, welche Behandlungsmethoden bei welchen Diagnosen, unter Berücksichtigung etwaiger individueller Besonderheiten der Patienten, die besten Ergebnisse liefern, welche Methoden das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen und damit von den Bürgern als Behandlungsmethode präferiert werden. Solche Therapien herauszufiltern, wird schon aus dem Grund schwierig, da Vorlieben der einzelnen nicht als identisch angenommen werden können und sich daher auch die individuelle Kosten-Nutzen-Bewertung der Methoden unterscheiden. Zusätzlich muss dieses Expertengremium Innovationen kontinuierlich gegen bestehende Methoden abwägen und überprüfen, ob sie eine effizientere Alternative darstellen. Auch an dieser Stelle ist die Gefahr der Präferenzverfehlung gegeben. Darüber hinaus kann die zentrale Entscheidung Innovationstätigkeiten verteuern: Versicherungen, Ärzte und Unternehmen, die im Bereich des Mindestleistungskatalog neue, effizientere Behandlungsmethoden entwickeln und hierfür Kosten aufwenden, können sich nicht sicher sein, ob diese trotz bestehender Nachfrage seitens der Patienten zugelassen werden. Manche Innovationstätigkeit wird daher vielleicht unterlassen.

3 Mindestleistung oder Mindestdiagnose? Optionen für den obligatorischen Krankenversicherungsschutz

3.1 Staatliche Festlegung von Therapien oder individuelle Entscheidung?

Um die Nachteile einer staatlichen Therapieauswahl zu überwinden, schlagen Jankowski, Zimmermann (2004, S. 15-16) vor, die Therapien in einem wettbewerblichen Entdeckungsprozess auszuwählen, in dem die Entscheidung über die geeignete Therapie auf Versicherungsebene getroffen wird:

„Sofern Krankenversicherer nicht alleine über den Parameter „Preis für die Versicherungsleistung“ konkurrieren, sondern gleichzeitig durch Verträge mit Leistungsanbietern in einen Qualitätswettbewerb treten, wird dieser Qualitätswettbewerb die effizientesten Behandlungsmethoden für die einzelnen Diagnosen identifizieren und in einem innovativen Prozess zu kontinuierlichen Anstrengungen zur Verbesserung des Leistungsangebotes führen. Unterschiedliche Leistungsangebote sind in diesem Prozess die logische Folge von unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich der Kombination aus Preis und Qualität und insofern auch wünschenswert.“¹²

¹¹ Vgl. Jankowski, Zimmermann (2004), S. 15.

¹² Jankowski, Zimmermann (2004), S. 15.

Zwar identifizieren Jankowski und Zimmermann bei dieser Art der Therapiewahl das Problem asymmetrischer Informationsverteilung zwischen Versicherungsanbietern und Versicherungsnehmern und damit das Problem adverser Selektion. Sie argumentieren jedoch, dass die Entwicklung von Informationsmärkten zu erwarten ist, auf denen durch geeignete Instrumente die Informationsasymmetrie abgebaut werden kann.

So attraktiv das Konzept zunächst erscheint, die Therapiewahl innerhalb des Mindestleistungskatalogs dem Markt zu überlassen, so kritisch ist ein Punkt, der in Jankowskis und Zimmermanns Analyse nicht angesprochen wird: Wie verhält sich die Gesellschaft in dem Fall, in dem ein Patient eine andere Therapie benötigt als die, die er versichert hat, um das gesellschaftlich definierte Behandlungsziel zu erreichen? Dabei ist letztlich irrelevant, ob der Patient oder seine Versicherung vorher wissentlich bestimmte Therapien ausgeschlossen haben, um Kosten zu sparen, oder ob sich erst im Krankheitsverlauf herausstellt, dass der Patient einer bestimmten Therapie bedarf, was bei Versicherungsabschluss noch nicht abzusehen war.

Zwar könnte man zunächst die individuelle Versicherung für diesen Fall haften lassen. Damit ergibt sich jedoch ein weiteres Problem: Besteht gleichzeitig die Möglichkeit für den Versicherten, Behandlungsziele einzuklagen – und dieses Recht muss in einer solchen Ordnung vorhanden sein, um opportunistisches Verhalten seitens der Versicherung auszuschließen – ist letztlich doch eine zentrale Idee und Vorgabe darüber nötig, was als „notwendige“ Therapie und was als „Luxustherapie“ und damit als unnötig einzustufen ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass diese Entscheidung zwar von keinem zentralen Expertengremium vorab getroffen, aber ex post der richterlichen Willkür überantwortet wird. Damit wäre letztlich gegenüber der zentralen Vorgabe von Therapien bzw. dem Ausschluss bestimmter Therapien innerhalb des Mindestleistungskatalogs keine Verbesserung erreicht. Im Gegenteil: Für eine Versicherung wäre es unmöglich, eine Prämie für einen Leistungskatalog zu kalkulieren, da sie immer Gefahr läuft, nachträglich bestimmte Therapien aufnehmen zu müssen. Cassel, Wille (2009) schlagen für Medikamente innerhalb der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vor, zwar zentral einen Katalog mit Arzneimitteln zu erstellen. Auf diesem Katalog werden aber verschiedene Substitute angegeben. Die Versicherungen können selbst entscheiden, welche der substituierbaren Arzneimittel sie in ihren Leistungskatalog übernehmen. Für den Fall, dass ein Patient eine andere Therapie empfohlen bekommt, sehen sie u.a. vor, dass dieser die zusätzlich entstehen-

den Kosten selbst trägt oder die Versicherung wechselt. In dem in Abschnitt 2.1 beschriebenen wettbewerblichen Versicherungsmarkt würde das jedoch bedeuten, dass die Prämie bei einem anderen Versicherer möglicherweise höher liegt, wenn er ein teureres Medikament in seinem Leistungskatalog vorsieht. Ein Wechsler müsste in diesem Fall eine höhere Versicherungsprämie zahlen. Sie läge wahrscheinlich noch oberhalb der Prämien der Versicherten, die von Beginn an bei dem neuen Versicherer versichert waren. Das ist der Fall, wenn die Altersrückstellungen, die bei dem Wechsel übertragen werden, nicht ausreichen, um die Differenz zwischen künftigen Kosten und künftigen Prämien des Versicherten zu decken. Kann sich der Versicherte weder die Zuzahlung noch die höhere Prämie bei einer neuen Versicherung leisten, handelt es sich hierbei jedoch nur um eine Variation des bei Jankowski, Zimmermann (2006) beschriebenen Problems: Die Gesellschaft steht auch hier vor dem Dilemma, ob sie nachträglich den Betroffenen unterstützen soll oder nicht.

Greift man den Gedanken auf, dass es letztlich darum geht, jedem Bürger eine medizinische Grundversorgung zukommen zu lassen und dabei gleichzeitig gesellschaftliche Dilemmata zu vermeiden, so folgt daraus, dass eine vollständig freie Therapiewahl innerhalb des Mindestleistungskatalogs bei Versicherungsabschluss nicht möglich ist.¹³ Auch bezüglich der Therapien ist damit die Vorauswahl der Therapien, die als notwendig erachtet werden, um bestimmte Behandlungszielen zu erreichen, auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zwingend.

3.2 Wettbewerb der Versicherungen als Innovationsmotor

Dennoch besteht die Möglichkeit, den Wettbewerb zwischen den Versicherungen zusätzlich zu nutzen, um im Bereich des Mindestleistungskatalogs Therapieinnovationen zu ermöglichen: Zwar muss jede einzelne Versicherung obligatorisch den staatlich vorgegebenen Mindestleistungskatalog versichern. Wird aber gleichzeitig die Möglichkeit eingeräumt, neue, kostengünstigere Therapien in eigener Verantwortung zu nutzen und durch mögliche Kostenersparnisse am Ende jeder Versicherungsperiode Gewinne zu erzielen, besteht für die Versicherungsunternehmen der Anreiz, nach neuen, effizienteren Therapien zu suchen. Im Einzelnen kann der Prozess folgendermaßen beschrieben werden:

¹³ Dass Versicherte, die über die finanziellen Mittel verfügen und die eine entsprechende Präferenz für Gesundheitsgüter besitzen, zusätzlich Therapien versichern können, wird hierbei nicht in Frage gestellt. Der Fokus liegt an dieser Stelle auf diejenigen, die weniger und/oder substitutiv Therapieverfahren versichern möchten, als die für gesellschaftlich notwendig erachteten, um ihre finanziellen Ressourcen anders zu verwenden.

Ein Versicherer bietet die Versicherung über den staatlich vorgeschriebenen Mindestleistungskatalog und damit über bestimmte Diagnosen und dafür ausgewählte Therapien an. Gleichzeitig kann er aber Patienten mit einer bestimmten Diagnose vorschlagen, ihnen eine andere ebenso wirksame, aber kostengünstigere Therapie zu finanzieren, die beispielsweise der behandelnde Arzt vorschlägt. Die Patienten haben immer einen Rechtsanspruch auf die staatlich festgelegten Therapien, dürfen sich aber auch für alternative Therapien entscheiden. Erreicht diese neue Therapie bei allen Patienten, die sie gewählt haben, dieselben Ergebnisse wie die staatlich vorgegebenen Therapien, kann der Versicherer einen Gewinn verbuchen. Dieser kann dann beispielsweise am Ende der Versicherungsperiode an die Versicherten ausgeschüttet werden. Dadurch verschafft sich der Versicherer einen Wettbewerbsvorteil. Schlägt die Therapie bei einzelnen Versicherten nicht an, muss der Versicherer ihnen die staatlich vorgeschriebenen Therapien (und gegebenenfalls entstandenen Folgekosten) finanzieren, die sie aber grundsätzlich versichert haben. Die Kosten, die ihm durch die Anwendung der ersten, unwirksamen Therapie entstehen, muss der Versicherer selbst tragen. Handelt es sich jedoch nur um einen kleinen Teil der Patienten, bei denen die vom Versicherer vorgeschlagene Therapie versagt, kann er insgesamt dennoch einen Gewinn verbuchen und die Kosten daraus kompensieren. Erleidet der Versicherer hingegen einen Verlust, muss er gegebenenfalls die Prämien erhöhen. In diesem Fall kommt es zu einem Wettbewerbsnachteil: Er wird zum einen keine Neukunden attrahieren können. Zusätzlich kann es sein, dass er Versicherte verliert, auch wenn diese bei einem Wechsel möglicherweise höhere Prämien bei einem anderen Versicherer in Kauf nehmen müssen. Diese werden aber dann akzeptiert, wenn die Wechsler nicht wiederholt Fehlentscheidungen ihres ursprünglichen Versicherungsunternehmens ausgesetzt sein möchten. Es ist relativ unwahrscheinlich, dass Akteure in den Versicherungsunternehmen den Anreiz haben, nur für eine kurze Zeit auf dem Markt zu bleiben und bewusst geschäftsschädigende Risiken eingehen. Sind die unternehmensinternen Prinzipal-Agenten-Beziehungen durch ein entsprechendes Regelwerk ausgestaltet, lassen sich durch staatliche Regulierungen keine Fehlanreize erwarten, und existiert ein funktionierendes Haftungsrecht, das beispielsweise keine bail out-Klausel für Versicherungsunternehmen vorsieht, kann opportunistisches Verhalten seitens der Versicherer im Allgemeinen ausgeschlossen werden.¹⁴

¹⁴ Vgl. z.B. Eekhoff, Jankowski, Zimmermann (2006).

Opportunistisches Verhalten seitens der Versicherten ist deshalb nicht zu erwarten, weil sie grundsätzlich die staatlich vorgegebenen Therapien versichern müssen. Erst in dem Fall, in dem sie tatsächlich aufgrund einer bestimmten Diagnose zu Patienten werden, haben sie die Wahl zwischen den vorgegebenen und zwischen alternativen Therapien, die der Versicherer vorschlägt. Sie werden sich dann für die Therapie entscheiden, die ihnen aus ihrer Sicht den höchsten Nutzen verspricht. Zwar wäre es theoretisch denkbar, dass sich der Patient risikofreudig für die vom Versicherer vorgeschlagene Therapie entscheidet, um Prämienrückerstattungen zu erhalten, obwohl er selbst weiß, dass die Heilungschancen in seinem Fall gering wären. Sollte sein Kalkül nicht aufgehen, könnte er immer noch eine Therapie aus dem staatlichen Katalog erhalten. Allerdings ist ein solches Verhalten unwahrscheinlich, ruft man sich vor Augen, dass der Leidenswille bei den meisten Patienten doch eher als gering eingestuft werden kann und sie wahrscheinlich an einer schnellen Heilung interessiert sind.

Ist der Mindestleistungskatalog so ausgestaltet, dass er diesen Spielraum für Versicherungsunternehmen offen lässt, ist damit der Anreiz bei den Marktakteuren, neue Verfahren zu testen, gegeben. Bewähren sich bestimmte Therapien auf dem Markt, können sie auch in den staatlichen Mindestleistungskatalog aufgenommen werden. Da dies mit einer bestimmten Verzögerung geschieht, können die innovativen Unternehmen Pioniergewinne erhalten. Der entscheidende Unterschied zu den Vorschlägen von Jankowski, Zimmermann (2006) und Cassel, Wille (2009) ist der, dass bei Versicherungsabschluss bestimmte staatlich festgelegte Therapien nicht ausgeschlossen werden dürfen. Dadurch können moralische Dilemmata der Gesellschaft vermieden werden. Innovationen werden dadurch ermöglicht, dass erst bei Krankheitseintritt alternative Therapien auf Kosten des Versicherers zur Anwendung gebracht werden können, und erst nachträglich Prämien rückerstattet werden.

4 Fazit und Ausblick

Entgegen der Auffassung, Rationalisierung und Rationierung könnten in einem Gesundheitssystem unabhängig voneinander behandelt werden, wurde hier argumentiert, dass beides zusammengehört. Wird Rationalisierung tatsächlich ernst genommen und so verstanden, dass die Bereitstellung medizinischer Güter und Dienstleistungen mit dem geringst möglichen Ressourcenaufwand erfolgt und gleichzeitig

Innovationen ermöglicht werden, so ist der Markt hierfür das geeignetste Mittel. Für die Umverteilung von Mitteln hin zu Bedürftigen hingegen bedarf es des Staates. Die Herausforderung besteht darin, die Instrumente für die Umverteilung zu finden, die die gewünschten Ziele erreichen, und gleichzeitig die Handlungsfreiheit der einzelnen Akteure nur in dem Maß, das dazu gerade notwendig ist, einzuschränken. Hier wurde argumentiert, dass ein marktlich ausgerichtetes Gesundheitssystem, flankiert von einem Steuer-Transfer-System, in dem Einkommen umverteilt wird, und von Versicherungspflicht eines staatlich vorgegebenen Leistungskatalogs mit gleichzeitigem Spielraum bei der Therapieanwendung geeignete Instrumente für das Gesundheitssystem darstellen.

Die gegenwärtigen europäischen Gesundheitssysteme sind jedoch von diesem Modell noch weit entfernt.¹⁵ Ob die europäischen Staaten aber weiterhin ihre Gesundheitspolitik auf das Kurieren von Symptomen ausrichten wollen, ohne die tatsächlichen Ursachen der existierenden Probleme zu bekämpfen, müssen letztlich die Gesellschaftsmitglieder entscheiden. Angesichts des demographischen Wandels, der sich in Europa vollzieht und anderer zu erwartenden Kostensteigerungen, die sich nicht nur mit Qualitätssteigerungen erklären lassen, werden diese Probleme noch weitreichendere Folgen haben als es gegenwärtig der Fall ist.

Von Hayek schrieb bereits vor einigen Jahrzehnten zur Gesundheitspolitik in den europäischen Staaten: „Eines der stärksten Argumente gegen sie [ein einheitliches staatliches Versicherungssystem und ein freier Gesundheitsdienst für alle] ist gerade, dass ihre Fortführung zu den politisch unwiderrufbaren Maßnahmen gehört, die fortgeführt werden müssen, auch wenn sie sich als Fehler erweisen.“¹⁶

Es bleibt zu hoffen, dass sich dieser pessimistische Blick in die Zukunft nicht bewahrheitet.

¹⁵ Arentz, Wolfgramm und Kochskämper (2009), Eekhoff et al (2008) S. 144ff und Zimmermann (2007), S. 171 ff. zeigen verschiedene Wege auf, wie eine Umstellung auf dieses Modell durchgeführt werden kann, ohne dass es zu einer Doppelbelastung der Umstellungsgeneration kommt.

¹⁶ Vgl. Hayek (1991), S. 377.

Literaturverzeichnis

- Arentz, O., Wolfgramm, C., Kochskämper, S.** (2009): „In Zukunft kapitalgedeckt – Umstellung der europäischen Gesundheitssysteme auf eine nachhaltige und effiziente Finanzierung“, in: Gellner, W., Schmöller, M. (ed.) Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften. Nomos, Baden-Baden.
- Buchanan, J.M.; Tullock, G.** (2007) [1962]: “The Calculus of Consent. Logical Foundations of Constitutional Democracy”, Ann Arbor Michigan.
- Cassel, D.; Wille, E.** (2009): „Weiterentwicklung des Arzneimittelmarktes. Kernelemente eines Reformkonzepts zur wettbewerblichen Steuerung der GKV-Arzneimittelversorgung“, in: Klusen, Norbert; Meusch, Andreas (Hrsg.), Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 27, Nomos, Baden-Baden, S. 79-162.
- Eekhoff, J., Bünnagel, V., Kochskämper, S., Menzel, K.** (2008): „Bürgerprivatversicherung“, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Eekhoff, J., Jankowski, M., Zimmermann, A.** (2006): “Risk-Adjustment in Long-Term Health Insurance Contracts in Germany”, in: The Geneva Papers 31, pp. 692-704.
- Hayek, F. A. von** (1968): „Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“, Kieler Vorträge, N.F. 56, hrsg. von E. Schneider, wieder abgedr. 1969 in: Ders., Freiburger Studien, Mohr Siebeck, Tübingen, S. 249-265.
- Hayek, F. A. von** (1969): Grundsätze einer liberalen Gesellschaftsordnung, in: Ders., Freiburger Studien, Mohr Siebeck, Tübingen 1969, S. 108–125; wieder abgedr. in: Ders., Grundsätze einer liberalen Wirtschaftsordnung: Aufsätze zur Politischen Philosophie und Theorie (Hayek, Gesammelte Schriften A5), hrsg. von Viktor Vanberg, Mohr Siebeck, Tübingen 2002, S. 69–87.
- Hayek, F.A. von** (1991): „Die Verfassung der Freiheit“. 3. Aufl., Mohr Siebeck, Tübingen.
- Jankowski, M.** (2006): „Versicherungspflicht und Risikoanpassung. Zur Begründung und Gestaltung einer obligatorischen Krankenversicherung in der Wettbewerbsordnung“. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 130, Köln.
- Marckmann, G.** (2007): „Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive“, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2007, 12 (2), S. 96-100.

Roth, S. (2002): „Beschäftigungsorientierte Sozialpolitik – Gemeinnützige Beschäftigung als Brücke zwischen Sozialsystem und Arbeitsmarkt“. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 125, Köln.

Zimmermann, A. (2007): „Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Status Quo und Perspektiven der Ausgestaltung“. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 132, Köln.

Zweifel, P., Breyer, F., Kifmann, M. (2009): „Health Economics“, 2. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg.