

**Vom Schnupfen zur Grippe:
Der Patient und sein Gesundheitswesen**

Axel Börsch-Supan

27-2003

Februar 2003

Vom Schnupfen zur Grippe: Der Patient und sein Gesundheitswesen

Axel Börsch-Supan

Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA)
der Fakultät für Volkswirtschaftslehre, Universität Mannheim, und
National Bureau of Economic Research (NBER), Cambridge, Massachusetts, USA.

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem mag einen hartnäckigen Schnupfen haben, aber mit einem Schnupfen kann man leben, und andere Gesundheitssysteme haben auch ihre Probleme. An der Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems muß aber gezweifelt werden, da viele Selbstheilungskräfte im deutschen System nicht funktionieren oder bewußt ausgeschaltet wurden. Aus dem Schnupfen droht daher eine ernsthafte Grippe zu werden.

Die Kernprobleme des deutschen Gesundheitssystems sind die korporatistische Marktstruktur, die ökonomisch einen Ausgleich zwischen Qualität und Kosten verhindert und politisch Reformansätze im Kern erstickt sowie die ausschließliche Umlagefinanzierung, die im Zuge des demographischen Wandels eine kaum erträgliche Beitragslast für die nächste Generation verursachen wird. Die Wiederherstellung der Selbstheilungskräfte liegt daher im Zentrum der Reformvorschläge, mit denen dieser Beitrag endet.

ADRESSE:

Prof. Axel Börsch-Supan, Ph.D.
Mannheim Research Institute for the
Economics of Aging (MEA)
Universität Mannheim
D-68131 Mannheim
Fax: +49-621-181-1861
E-Mail: axel@boersch-supan.de

DANKSAGUNGEN: *Dieser Artikel wurde geschrieben, als der Autor Harris-Gastprofessor am Dartmouth College, New Hampshire, USA, war. Er bedankt sich für die Gastfreundschaft, und bei Anette Reil-Held, Jon Skinner und Joachim Winter für ihre hilfreichen Kommentare.*

Vom Schnupfen zur Grippe: Der Patient und sein Gesundheitswesen

von Axel Börsch-Supan, MEA, Universität Mannheim

Der Patient Deutschland hat viele Patienten. In Zukunft werden es deutlich mehr werden, und ihre Behandlung wird noch teurer sein als sie es ohnehin schon heute ist. Ist das deutsche Gesundheitswesen auf diesen Ansturm vorbereitet?

Dieser Beitrag diagnostiziert einen hartnäckigen Schnupfen im deutschen Gesundheitssystem. Mit einem Schnupfen kann man jedoch leben, und auch andere Gesundheitssysteme haben ihre Probleme. Das deutsche Gesundheitswesen ist ein Pfeiler unseres Sozialsystems, um das uns viele Länder zu Recht beneidet haben und auch immer noch beneiden.

An der Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems muß jedoch gezweifelt werden, da viele Selbstheilungskräfte im deutschen System nicht funktionieren oder bewußt ausgeschaltet wurden. Aus dem Schnupfen droht daher eine ernsthafte Grippe zu werden.

Wir beginnen, wie sich das gehört, mit der Diagnose. Was funktioniert heute, und was funktioniert heute nicht im deutschen Gesundheitswesen? Welche Bedrohungen kommen in der Zukunft auf uns zu? Welche Bedrohungen sind eigentlich keine, obwohl sie oft als solche dargestellt werden?

Eine einfache Therapie kann es bei einem so komplexen Gut wie unserer Gesundheit nicht geben. Und doch gibt es einfache Grundprinzipien, gegen die in eklatanter Weise im deutschen Gesundheitswesen verstoßen wird. Dieser Beitrag will die Bedeutung dieser Grundprinzipien für die Selbstheilungskräfte eines Gesundheitssystems hervorheben, um so die Grundzüge einer nachhaltigen Gesundheitsreform in Deutschland aufzuzeichnen.

1. Licht und Schatten im deutschen Gesundheitswesen

Gesundheit ist kein Gut, das sich den Gesetzen der Marktwirtschaft einfach unterordnen läßt. Zum einen sind wir fast immer auf den Rat anderer angewiesen, wenn es um Gesundheit geht. Die Vorzüge eines freien Marktes können sich aber nur schwer entfalten, wenn man diejenigen um Rat fragen muß, die das Gut auch verkaufen. Der Staat spielt daher als Finanzier und Regulator des Gesundheitswesens selbst in den Ländern eine wichtige Rolle, in denen der Wirtschaftsli-

beralismus hoch im Kurs steht. Zum anderen gehört die soziale Komponente des Gutes Gesundheit zu den Errungenschaften unserer Gesellschaft. Daher haben wir eine gesetzliche Krankenversicherung, die bis auf diejenigen, denen man eine eigene Gesundheitsversorgung zumuten kann, alle einschließt. Die Vorreiterrolle Deutschlands bei der Einführung einer öffentlichen Krankenversicherung hat zu vielen Vorzügen des deutschen Gesundheitswesens geführt: Wir haben eine alle Einkommensschichten umfassende Gesundheitsversorgung, anders als in den USA; die Kindersterblichkeit ist deutlich niedriger als im EU-Durchschnitt; dabei liegen die Kosten unseres Gesundheitssystem nicht so hoch wie in den USA.

Dennoch ist der derzeitige Zustand alles andere als zufriedenstellend. Denn was die Kosten angeht, liegen wir nur sehr knapp unter dem Spitzenplatz: Zusammen mit dem schweizerischen ist das deutsche nach dem amerikanischen Gesundheitssystem das teuerste auf der Welt. Die Kosten, gemessen am Bruttosozialprodukt, liegen weit über dem EU- und dem OECD-Durchschnitt, vgl. Abbildung 1.

Und bei genauerer Betrachtung erweist sich, daß das bei uns gängige Vorurteil – die deutsche Medizin liefere aus „handwerklicher“ Sicht im internationalen Vergleich hervorragende Ergebnisse – nicht frei von Selbstüberschätzung ist: Das deutsche Gesundheitswesen liefert lediglich gute, aber keineswegs Spitzenresultate. Die Resultate eines Gesundheitswesens sind nicht einfach zu quantifizieren. Dennoch zeigt sich ein klares Muster, vgl. Abbildung 2. Ein erstes und sehr pauschales Maß ist die Lebenserwartung bei Geburt. Deutschland liegt hier, gemäß den jüngsten OECD-Statistiken, mit 77.5 Jahren leicht unter dem EU-Durchschnitt von 77.8 Jahren. Italien, die skandinavischen Staaten und die Schweiz sind uns weit voraus. Auch die Kindersterblichkeit ist in diesen Ländern niedriger als in Deutschland. Die noch verbliebene Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, ein weiteres Maß für den das Leben verlängernden Erfolg des Gesundheitswesens, liegt in Deutschland deutlich unter dem Durchschnitt der EU-Staaten. Jedes einzelne dieser einfachen Maßgrößen hat seine Vor- und Nachteile – es ist das Muster, das uns stutzig machen sollte. Ein komplexes, aber einigermaßen zuverlässiges Maß für die Leistungen eines Gesundheitssystems ist der Heilungserfolg bei präzise definierten Krankheiten, da hier der Einfluß von Ernährungsgewohnheiten, Umwelt usw. weitgehend ausgeschaltet wird. Gerade bei diesem Maß schneidet das deutsche Gesundheitswesen jedoch gar nicht überzeugend ab. So ist, einmal diagnostiziert, die Überlebenschance bei einer Krebserkrankung in den USA wesentlich höher als bei uns.

Das deutsche Gesundheitswesen ist teuer, ohne durchgehend Spitzenleistungen zu produzieren. Betriebswirtschaftlich ausgedrückt, leidet es unter einer niedrigen Produktivität: Bei nur knapp überdurchschnittlichen, oft sogar unterdurchschnittlichen Leistungen hat das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich einen weit überdurchschnittlichen Ressourcenverbrauch: Deutschland beschäftigt laut den neuesten OECD-Statistiken pro Kopf 35% mehr Ärzte und 20% mehr Krankenhauspersonal als die USA, hat eine mehr als doppelt so hohe Krankenhauskapazität und verschreibt etwa 20% mehr Medikamente.

Eine niedrige Produktivität schadet allen Parteien im Gesundheitswesen, denn die entsprechenden Ressourcen sind für die Volkswirtschaft verloren. Der durch die niedrigere Produktivität entstehende Mehraufwand birgt umgekehrt ein Einsparpotential, das nicht auf Kosten der Gesundheitsleistungen gehen muß.

Die niedrige Produktivität ist nur ein Symptom – nach den tieferen Ursachen für sie müssen wir suchen, denn sie läßt für die zukünftige Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems nichts Gutes ahnen.

2. Echte und vermeintliche Bedrohungen in der Zukunft

Das deutsche Gesundheitssystem wird durch drei Entwicklungen bedroht: durch den andauernden Kostenanstieg, durch den demographischen Wandel und durch die schmäler werdende Beitragsbasis, auf der die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beruht.

Über die Gründe des andauernden Kostenanstiegs ist viel geschrieben worden. Man ist sich weitgehend einig, daß neben der säkularen Einkommensentwicklung, die es uns heute erlaubt, auch anteilmäßig mehr für Gesundheit auszugeben als früher, die Änderungen der Behandlungsmethoden aufgrund des technischen Fortschritts Hauptursache für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen sind. Das Wort Kostenanstieg ist allerdings irreführend: Tatsächlich handelt es sich um einen Ausgabenanstieg, dem gestiegene Leistungen entsprechen. Dieser semantische Unterschied ist wichtig. Denn der technische Fortschritt hat uns Behandlungsmethoden beschert, die früher gar nicht möglich waren. Diese weiten den Leistungsumfang aus, daher auch die Gesundheitsausgaben. Sehr ökonomisch ausgedrückt, hat die technische Entwicklung im Gesundheitswesen neue Produkte auf den Markt gebracht, z.B. Organtransplantationen und Zytostatika, für die wir, unserer Gesundheit wegen, auch mehr Geld ausgeben.

Diese Leistungsausweitung als sozialpolitisches Problem zu brandmarken und daraufhin die dementsprechenden Ausgaben durch die Globalbudgetierung zu "deckeln", ist ökonomisch nicht gerechtfertigt. Niemand würde auf die Idee kommen, dem Wachstumsmarkt der elektronischen Datenverarbeitung einen Deckel aufzusetzen, nur weil die Ausgaben für Computer in unserer Volkswirtschaft sprunghaft angestiegen sind. Das Gesundheitswesen gehört zu den Wachstumsbranchen einer modernen Volkswirtschaft und schafft ein breites Spektrum von Arbeitsplätzen vom Pflegepersonal bis hin zu hochspezialisierten Technikern in der Zuliefererindustrie. Es wäre ein Unding, einem solchen HiTech-Wachstumsmarkt durch eine Globalbudgetierung den Boden zu entziehen.

Die Kostenfrage des technischen Fortschritts stellt sich weitaus subtiler. Die entscheidende sozialpolitische Frage ist, ob der Ausgabenanstieg im Gesundheitssystem aus Sicht der gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrt zu hoch ist. Dies wäre der Fall, wenn volkswirtschaftlich unnötige Leistungen angeboten werden, die sich jedoch betriebswirtschaftlich für die Anbieter rechnen oder wenn Kosten sparende Behandlungsmethoden nicht eingesetzt werden, weil dies nicht im Interesse der Anbieter liegt. Beide Gründe haben aber mehr mit der bereits angesprochenen Frage der Produktivität des Gesundheitssystems zu tun als mit dem technischen Fortschritt der Medizin. Dementsprechend ist eine Deckelung der Gesundheitsausgaben das falsche Mittel. Vielmehr muß darauf geachtet werden, wo und inwieweit die betriebswirtschaftlichen Anreizeffekte unseres gemischt privat/staatlichen Gesundheitssystems zu einer volkswirtschaftlich nicht vertretbaren Ausgabensteigerung beigetragen haben.

Um konkret zu werden: In Deutschland lag 1998 laut OECD die durchschnittliche Dauer einer stationären Behandlung (Akutversorgung, vgl. Abbildung 1) bei 10,7 Tagen, eine ungefähr doppelt so lange Liegedauer wie in den skandinavischen Ländern, Großbritannien und den USA, wo diese zwischen 4,5 und 6,1 Tagen betrug -- und das, wie bereits betont, ohne offensichtliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes in diesen Ländern. Die Globalbudgetierung der Gesamtausgaben ist viel zu unspezifisch, um diese lange Liegedauer in deutschen Krankenhäusern zu reduzieren. Vielmehr muß darüber nachgedacht werden, warum seit Jahren des Klagens über die lange durchschnittliche Liegedauer immer noch keine durchschlagenden Mechanismen in Kraft gesetzt wurden, die sie signifikant reduzieren.

Als Zwischenbilanz können wir konstatieren, daß der Ausgabenanstieg, der durch den technischen Fortschritt entsteht, keine volkswirtschaftliche Bedrohung unseres Gesundheitssystems

darstellt, sondern eine willkommene Ausweitung unserer Lebensmöglichkeiten. Ein ökonomisches Problem ist allerdings die Ressourcenverschwendung durch die mangelnde Produktivität, denn den Kosten, die diese Verschwendung verursacht, steht keine gesundheitsfördernde Leistung gegenüber.

Eine echte Bedrohung der Finanzierungsgrundlage ist die Alterung der Bevölkerung. Aber auch hier sind die Argumente subtiler als oft dargestellt. Die Tatsache, daß die Lebenserwartung steigt, hat unmittelbar keine negativen Finanzierungsfolgen, da sich die anfallenden Kosten nur ins höhere Alter verschieben. Das Geschenk einer längeren Lebenszeit wird nach neuesten Daten des US-amerikanischen National Institute of Aging nicht durch eine längere Zeit der Invalidität erkaufte. Nicht nur die Lebenszeit, sondern auch die gesunde Lebensspanne verlängert sich.

Der demographische Wandel bedingt, daß sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung ändert: Auf jeden jüngeren Bürger werden mehr ältere Bürger kommen als es derzeit der Fall ist. Und da die Krankheitskosten älterer Bürger deutlich höher sind als die der jüngeren, wird sich der Anteil des Volkseinkommens, der für Gesundheit ausgegeben wird, erhöhen. Auch dies ist zunächst einmal keine volkswirtschaftliche Bedrohung. Die Nachfragestruktur einer älteren Volkswirtschaft ist ganz natürlich verschieden von der einer jüngeren. Salopp formuliert: weniger Babyschaukeln, dafür mehr Lehnstühle. Insgesamt wird das einen gewissen Strukturwandel mit sich bringen, da einige Industriezweige eine geringere Nachfrage nach ihren Gütern, andere dafür eine steigende erfahren werden. Und der Gesundheitssektor ist, auch aus dieser Warte, eine Wachstumsbranche. Strukturwandel kostet Arbeitsplätze, baut sie aber an anderer Stelle wieder auf; es gibt Übergangsprobleme, zumal auf einem so starren Arbeitsmarkt wie in Deutschland, aber da der demographische Wandel nicht überraschend kommt, werden diese sich in Grenzen halten.

Die echte Bedrohung durch die Alterung – verstärkt durch den bereits diskutierten Leistungsanstieg – liegt in der Art und Weise, wie Gesundheitsleistungen derzeit finanziert werden. Da die gesetzliche Krankenversicherung größtenteils aus den Beiträgen der Erwerbstätigen finanziert wird, wird die Finanzierungslast pro Erwerbstätigem stark ansteigen – selbst wenn die Ausgaben je ältere Person die gleichen blieben wie heute. Diese Finanzierungslast hat bedrohliche Ausmaße. Der Anteil älterer Bürger wird sich in etwa verdoppeln, daher in erster Näherung auch die Finanzierungslast für die Erwerbstätigen. Abgemildert wird dieser Mechanismus durch die Beteiligung der Rentner an der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitet man diese mit ein, wird

sich der Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung alterungsbedingt um fast die Hälfte von heute ca. 13,5 % auf über 19 % des Bruttoeinkommens erhöhen, eine schmerzhaftige Kürzung des Nettoeinkommens der Erwerbstätigen. Das Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht im übrigen exakt dem Finanzierungsproblem der gesetzlichen Rentenversicherung, und es kann nur auf dem gleichen Weg gemildert werden, den die Riesterische Rentenreform bereits eingeschlagen hat.

Der dritte Problembefund ist die Flucht aus der Sozialversicherung, die so bedenkliche Ausmaße angenommen hat, daß sich die Gesundheitsministerin zur Notoperation entschlossen hat und den mühsam etablierten Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt wieder einschränken will. Hier wird aber das Symptom, nicht die Ursache kuriert. Das eigentliche Problem liegt darin, daß in der Gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge und Leistungen nicht in einer Äquivalenzbeziehung stehen. So sind im Unterschied zu einer reinen Versicherung die Beiträge zur deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung einkommensabhängig, während die Leistungen von der Familiengröße abhängen. Einkommensstärkere Mitglieder, kinderarme Familien und Mehrverdienerhaushalte subventionieren Einkommensschwächere, Kinderreiche und Einverdienerhaushalte. Das mag sozialpolitisch erwünscht sein. Gut gemeint ist aber nicht unbedingt gut gemacht, denn die Nebeneffekte einer nicht von allen erwünschten Umverteilung können das gut Gemeinte wieder unterminieren.

Zwei Beispiele machen das deutlich: Die Beiträge eines Haushalts, dessen Einkommen exakt der Beitragsbemessungsgrenze entspricht, übersteigen um etwa 25% die durchschnittlich zu erwarteten Leistungen. Nebeneffekt ist, daß solche Haushalte versuchen, der Sozialversicherung auf mehr oder weniger legale Weise zu entfliehen. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze würde diesen Druck noch erhöhen. Die Anknüpfung der Gesetzlichen Krankenversicherung an das Arbeitseinkommen kann zu perversen Umverteilungswirkungen führen, die ebenfalls die Flucht aus einem solchen System fördert. So zahlt eine relativ arme Familie mit mehreren Einkommen höhere Beiträge als eine relativ reiche Familie mit einem einzigen Einkommensbezieher, dessen Beiträge durch die Bemessungsgrenze gekappt werden.

Alle diesen Verwerfungen haben zur Folge, daß die Gesetzliche Krankenversicherung die „schlechten Risiken“ (geringe Beiträge, hohe Leistungen) anzieht, während die "guten Risiken" (hohe Beiträge, geringe Leistungen) überproportional aus der Sozialversicherung fliehen und an die Privatversicherungen abwandern. Da der Anreiz, das System so auszunutzen, daß man mög-

lichst wenig zahlt und dennoch gut abgesichert wird, um so stärker ist, je höher der Beitragssatz ist, werden sich diese Ausweichmechanismen in Zukunft noch verstärken, wenn bedingt durch Alterung und technischem Fortschritt die Beiträge weiter ansteigen.

3. Der Kern des Problems

Die bisherige Argumentation zeigt, daß drei Problembereiche den Kern des kränkelnden deutschen Gesundheitssystem ausmachen:

- mangelnde Anreize zur Produktivität, so daß für eine gegebene Leistung unnötig viele Ressourcen verbraucht und so unnötig hohe Kosten verursacht werden,
- die Umlagefinanzierung, die in dem historisch bislang einmaligen Fall des demographischen Wandels die jüngere Generation sehr stark belastet,
- eine Anreizstruktur, die die "guten Risiken" aus der Sozialversicherung fliehen läßt und die "schlechten Risiken" dort behält oder sogar anzieht.

Warum also nicht zur Reform schreiten? Oder besser gefragt: warum haben so viele Gesundheitsminister/innen frustriert eine wirkliche Gesundheitsreform aufgegeben? Um dies zu verstehen, muß der ökonomischen Diagnose die institutionelle Analyse folgen.

Das deutsche Gesundheitswesen enthält als zentrales institutionelles Element die gemeinsame, korporatistisch organisierte Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten, die zugleich die Einweisung in eine stationäre Behandlung und die Versorgung mit Arzneimitteln veranlassen. Zudem wurden die Kassen beauftragt, die Verhandlungen mit den Krankenhäusern zu führen. Recht offen wurde auch versucht, auf die Preisgestaltung von Einzelunternehmen der pharmazeutischen Industrie Einfluß zu nehmen. Diese korporatistische Koordination wurde akzentuiert durch die Schaffung der "Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen".

Durch die korporatistische Koordinierung ist der Marktmechanismus in weiten Teilen des Gesundheitssektors außer Kraft gesetzt und nur im Bereich des Arzneimittelangebots seitens der pharmazeutischen Industrie voll wirksam, jedoch schon nicht mehr im Bereich der Apotheken. Zwar wurde auf dem Versicherungsmarkt mit der jüngeren Gesetzgebung Wettbewerb dadurch eingeführt, daß die Versicherten einmal im Jahr zu einer Kasse nach freier Wahl wechseln können. Der Versuch der Initiatoren dieser Gesetzgebung, dadurch das Gesundheitswesen effektiver und damit kostengünstiger zu machen, hat sich jedoch als illusionär erweisen. So mußte zuletzt,

sozusagen als Notnagel, die Globalbudgetierung eingeführt werden, eine Maßnahme, die wiederum nur in einer korporatistischen Marktorganisation möglich ist.

Der Versuch, über den Wettbewerb im Versicherungsmarkt das Gesundheitswesen selbst effizienter zu machen, mußte scheitern, weil wegen der korporatistischen Koordination des deutschen Gesundheitswesens einzelne Krankenkassen und einzelne Leistungserbringer keine Leistungspakete schnüren dürfen, die in Preis und Qualität variieren. Die wichtigsten Parameter für die in Wettbewerb stehenden Krankenkassen sind für diese gar nicht verfügbar, nämlich die Wahl qualitativ und preislich günstiger Anbieter von Gesundheitsleistungen, da sie an die korporatistische Verhandlungsstruktur gebunden sind und nur en bloc in einer Art bilateralem Monopol verhandeln dürfen, vgl. Abbildung 3. Sie können z.B. nicht kostengünstige und medizinisch wie organisatorisch besonders effektive Versorgungsformen wählen, da einzelne Ärzte und Krankenhäuser nicht frei sind, mit einzelnen Kassen Verträge zu schließen. Die einzige Ausnahme hiervon waren vereinzelte Modellversuche und Strukturverträge, die jedoch von den kassenärztlichen Vereinigungen genehmigt werden mußten und nach der letzten Gesundheitsreform durch Globalbudgetierung und Katalogabrechnung sinnlos geworden sind. Organisatorische Innovationen, zum Beispiel eine effizientere Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, sind damit im Keim erstickt worden. Statt dessen beschränken sich die Bemühungen der Krankenkassen um ihre Kunden auf Kosteneinsparungen, um die Beiträge niedrig zu halten.

Der prinzipiell mögliche Prämienwettbewerb der Kassen um Versicherungskunden kann daher nur die Krankenversicherungen selbst zu Effizienz zwingen, nicht aber diesen Effizienzdruck an die eigentlichen Leistungserbringer weiterleiten. Deswegen können die Krankenversicherungen ihre Funktion als Wächter sparsamen Ressourcenverbrauchs nicht wahrnehmen. Dies wäre erst dann möglich, wenn einzelne Kassen einzelne Leistungserbringer belohnen und bestrafen können. Dies wird aber durch den Zwang, Verhandlungen en bloc führen zu müssen, durch die fehlende Möglichkeit freier Verhandlungen über Leistungspakete und deren Preise und schließlich durch das Globalbudget unmöglich gemacht. Verhandlungsführer und wirtschaftliche Akteure sind getrennt: ein im Korporatismus verwurzeltes Kernproblem des deutschen Gesundheitswesens.

Der mangelnde Effizienzdruck hat in Deutschland zu dem im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Ressourcenverbrauch geführt, den wir bereits beschrieben haben. Mehr Ärzte, mehr Krankenhausbetten, mehr Medikamente. Die Kausalkette ist transparent: Der größte Teil des hohen Ressourceneinsatz läßt sich auf die längere Liegedauer im Krankenhaus zurückführen,

gefolgt von einer ineffizienten Arbeitsteilung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Beides folgt wiederum aus den ökonomischen Anreizen des Abrechnungssystems, das lange Liegezeiten immer noch in vielen Fällen betriebswirtschaftlich belohnt, und den institutionellen Restriktionen, die die Substitution zwischen stationärer und ambulanter Behandlung beschränken. Das Abrechnungssystem ist seinerseits ein Kind des Korporatismus: es ist der Dreh- und Angelpunkt der kassenärztlichen Vereinigungen. Aber auch die Substitutionsbeschränkungen sind Folge der korporatistischen Marktstruktur im deutschen Gesundheitswesens, denn niedergelassene Ärzte wollen ebenso wie die Krankenhäuser aus Gründen kurzfristiger „Marktsicherung“ ihre Kunden nicht abwandern lassen. Man muß kein Verfechter uneingeschränkt freier Märkte sein, um zu dem Schluß zu kommen, daß das korporatistische System des deutschen Gesundheitswesens die Selbstheilungskräfte ausschaltet, die für eine bessere Ausnutzung der teuren Ressourcen sorgen könnten.

4. Reformansätze

Jede nachhaltig wirksame Gesundheitsreform muß drei Ingredienzen enthalten, die in der Medizinmixtur der bisherigen deutschen Gesundheitsreformen fehlten. Erstens müssen die korporatistischen Marktbeschränkungen aufgebrochen werden, damit die Selbstheilungskräfte des Versicherungswettbewerbs auf die Produktionsseite des Gesundheitswesens durchgreifen können. Zweitens wird man wie in der Rentenversicherung von der ausschließlichen Umlagefinanzierung Abschied nehmen müssen. Und drittens muß der Leistungskatalog entpolitisiert werden, weil sonst jede Reformanstrengung in fatalen Detaildiskussionen stecken bleibt.

Beginnen wir beim Aufbrechen der korporatistischen Marktstruktur. Daran ist bislang noch jede Reform gescheitert. Noch können wir uns den Luxus leisten, große Produktivitätsspielräume unausgenutzt zu lassen. Noch sind wir reich genug, uns mehr Ärzte, mehr Medikamente, mehr Krankenhausbetten und längere Krankenhausaufenthalte zu leisten als andere Länder, selbst wenn uns das nachweislich nicht mehr Gesundheit einbringt. Auf Dauer wird das jedoch nicht funktionieren. In der Verschärfung des Problems liegt daher die Chance zur Reform. Selbst ohne den demographischen Wandel bekommen wir ein Anreizproblem, wenn im Zuge des technischen Fortschritts eine Finanzierung über die Sozialversicherungsbeiträge immer schmerzhafter wird. Wenn dann in etwa zehn Jahren die Last der Bevölkerungsalterung hinzukommt, wird der Finanzierungsdruck schließlich ebenso unerträglich wie er es ohne die Riester-Reform in der Renten-

versicherung geworden wäre. Spätestens dann wird es unumgänglich, alle Spielräume auszunutzen und Ressourcen nicht mehr unnötig zu verschwenden.

Die Deckelung der Gesundheitsausgaben ist der falsche Ansatz. Er verspielt nicht nur Arbeitsplätze auf einem Wachstumsmarkt, die Globalbudgetierung verschleiert auch die Produktivitätsprobleme und zementiert die korporatistische Marktstruktur. Sie bewirkt keine Kostendämpfung, sondern eine Ausgabendämpfung: Es wird weniger getan, nicht besser organisiert. Erst der Durchgriff des Versicherungswettbewerbs auf die Produktionsseite des Gesundheitswesens belohnt diejenigen Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte, die es sich dank hoher Produktivität erlauben können, ohne Einnahmeverluste für die gleiche Leistung weniger abzurechnen.

Eine nachhaltige Reform wird auch nicht umhin kommen, Elemente einer breiteren Eigenvorsorge einzuführen. Wie in der Riesterschen Rentenreform, wird die Babyboom-Generation der jetzt 35- bis 50-jährigen auch einen Teil ihrer im Alter anfallenden Krankenkosten vorfinanzieren müssen. Die Beitragslast ihrer Kinder wird ansonsten auf dem Höhepunkt der Bevölkerungsalterung unerträglich hoch. Die reine Umlagefinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung stößt in diesem historisch einmaligen demographischen Wandel ebenso wie die Umlagefinanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung an ihre Grenzen. Es hilft nichts: Man wird eine zweite Säule einziehen müssen, in der Privatversicherungen schon jetzt einen Kapitalstock aufbauen, der in 30 Jahren zur Verfügung steht, um den dann schlagartigen Anstieg der Gesundheitsausgaben abzufedern. Vernünftigerweise wird die Gesetzliche Krankenversicherung den Basisteil des Leistungskatalogs finanzieren, die zweite Säule den Rest.

Dies wirft die schwierige Frage nach dem verbleibenden Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung auf. Was ist Basisversorgung, was ist Rest? Da die Gesundheitsversorgung ein Gut ist, das nach mehrheitlicher Überzeugung der Gesellsprich Wählerschaft jedem Bürger zusteht, wird man sich dieser Frage nicht völlig entziehen können, man kann sie jedoch auf das Festlegen von Mindeststandards reduzieren. Die Entpolitisierung des Leistungskatalogs – also die Festlegung von Versicherungsleistungen in einem Spektrum von Leistungspaketen, die in Preis und Qualität unterschiedlich sein können, anstatt der politischen Festlegung einer Einheitsleistung innerhalb der Gesetzlichen Krankenkasse – muß eine vorrangige Reformaufgabe sein, da politische Diskussionen über nötige und unnötige Leistungen ebenso wie die korporatistische Marktkonzentration jeglicher Reform schnell das Wasser abgraben. Sobald Politiker beginnen, über Details des Leistungskatalogs zu reden, stecken sie schon in der Falle des Sozialabbaus.

Eine Reduzierung des Leistungskatalogs im Detail scheitert an der Beliebigkeit der Wahl derjenigen Leistung, die zuerst gekürzt werden soll. Erst eine drastische Reform kann Erfolg haben, weil dann die Summe, nämlich das übergeordnete Ziel einer Strukturreform, Priorität vor den Teilen haben kann, den vielen kleinen Einschnitten im Leistungskatalog.

Eine solche Fundamentalreform trennt die Versicherungsaufgabe, Essenz jeder Krankenversicherung, von der Umverteilungsaufgabe, Essenz des Sozialstaates. Anstatt in der gesetzlichen Krankenversicherung beides zu vermengen, indem Kinder und erwerbslose Ehepartner kostenlos mitversichert und die Prämien nach dem Einkommen (anstatt der Versicherungsleistung) gestaffelt werden, wird im Zuge einer solchen Reform die steuerliche Familienförderung um den Betrag erhöht, der dem Entfall der kostenlosen Mitversicherung der Familienangehörigen entspricht. Die Versicherungsleistung selbst kann der Markt der Privatversicherungen übernehmen. Das Verhandlungsmonopol der staatlichen Versicherungen im korporatistischen System kann entfallen. Das staatliche Monopol ist für andere Aufgaben wichtig und unverzichtbar, wie gleich betont wird, aber nicht für Versicherungsleistungen. Die konsequente Trennung von Umverteilung und Versicherung hat den großen Vorteil, daß sie den Leistungskatalog weitgehend entpolitisiert und die Selbstheilungskräfte auf der Produktionsseite des Gesundheitswesens reaktiviert. Das Angebotsspektrum ist nun Sache der Versicherungsanbieter, und die Wahl daraus Sache der Versicherungsnehmer.

Fundamental ist nicht gleich radikal. Keineswegs kann sich der Staat aus dem Gesundheitswesen zurückziehen. Nach wie vor hat er unverzichtbare Aufgaben als Monopolist. Zum einen muß der Staat weiterhin sowohl auf dem Versicherungsmarkt als auch bei den Gesundheitsleitungen selbst regulativ eingreifen und wie bisher die Finanzaufsicht führen und die Qualität sichern.

Zum zweiten muß der Staat den Kontrahierungszwang auch bei den Privatversicherungen einführen. Derzeit können Privatversicherungen nicht gezwungen werden, jeden Kunden anzunehmen. Welche Privatversicherung nimmt aber dann chronisch Kranke auf? Der Kontrahierungszwang ist die notwendige Folge eines stärker auf Privatversicherungen bauenden Gesundheitssystems: Privatversicherungen dürfen keine Kunden mehr abweisen. Da private Krankenversicherungen normalerweise ein ganzes Spektrum von Versicherungen anbieten – sozusagen von der Haftpflicht- bis zur Vollkaskoversicherung – muß sich dieser Kontrahierungszwang auch auf die gesamte Angebotspalette beziehen, weil ansonsten gerade denen, die es am nötigsten haben, nur der schwächste Versicherungsschutz angeboten wird.

Drittens ist die einer sozialen Marktwirtschaft angemessene Umverteilung eine vornehme Aufgabe des Staates: wie hoch soll der Wert der Steuerentlastung sein, die den Bürgern zustehen, denen die familienpolitisch motivierten Quersubventionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung entzogen werden? Hier kommt durch die Hintertür wieder der politisch motivierte Leistungskatalog ins Spiel, der letztlich den Umfang dieser Steuerentlastung determinieren muß. Dennoch ist viel gewonnen, denn der Ausgangswert ist durch den heutigen Subventionsumfang vorgegeben. Diesen Ausgangswert kann man in der Zukunft als Geldbetrag erhöhen oder senken, ohne im Bundestag jede medizinische Einzelleistung in tränenreicher Debatte erörtern zu müssen.

Ohne diese drei Elemente – Aufbrechen der korporatistischen Marktbeschränkungen, Abschied von der ausschließlichen Umlagefinanzierung und Entpolitisierung des Leistungskatalogs – wird der Schnupfen, der uns stört, aber noch nicht plagt, zu einer Grippe werden, die dem Patienten Deutschland die Erwerbskraft raubt.

Discussion Paper Series

Mannheim Research Institute for the Economics of Aging Universität Mannheim

To order copies, please direct your request to the author of the title in question.

Nr.	Autoren	Titel	Jahr
11-02	Axel Börsch-Supan	Labor market effects of population aging	02
12-02	Axel Börsch-Supan	Kann die Finanz- und Sozialpolitik die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf den Arbeitsmarkt lindern?	02
13-02	Florian Heiß, Jens Köke	Dynamics in ownership and firm survival: Evidence from corporate Germany	02
14-02	Axel Börsch-Supan	„Global Aging“ an der Jahrtausendwende: Die demographischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts	02
15-02	Axel Börsch-Supan	Nach der Reform ist vor der Reform: Weitere Schritte für eine nachhaltige Reform der Altersvorsorge in Deutschland	02
16-02	Florian Heiss	Specification(s) of Nested Logit Models	02
17-02	Axel Börsch-Supan	What We Know and What We Do NOT Know About the Willingness to Provide Self-Financed Old-Age Insurance	02
18-02	Axel Börsch-Supan, Agar Brugiavini	Savings: The Policy Debate in Europe	02
19-02	Axel Börsch-Supan, Lothar Essig	Stockholding in Germany	02
20-02	Axel Börsch-Supan, Simone Kohnz, Reinhold Schnabel	Micro Modeling of Retirement Decisions in Germany	02
21-02	Joachim Winter	The impact of pension reforms and demography on stock markets	02
22-02	Axel Börsch-Supan	Mehr Zuwanderung? Zur Rolle des Auslands bei der Stabilisierung der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland	02
23-02	Axel Börsch-Supan, Florian Heiss, Alexander Ludwig, Joachim Winter	Pension reform, capital markets, and the rate of return	02
24-02	Axel Börsch-Supan, Annamaria Lusardi	Saving Viewed from a Cross-National Perspective	02
25-02	Barbara Berkel, Axel Börsch-Supan, Alexander Ludwig, Joachim Winter	Sind die Probleme der Bevölkerungsalterung durch eine höhere Geburtenrate lösbar?	02
26-02	Max Wolf	Zur Effizienz des deutschen Gesundheitssystems	02
27-03	Axel Börsch-Supan	Vom Schnupfen zur Grippe: Der Patient und sein Gesundheitswesen	03