

08.10.05

## Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell

### Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen

In der Diskussion um eine Reform des deutschen Gesundheitssystems stehen zwei Ziele in offenbarem Konflikt: Die Stärkung des Wettbewerbs und die Wahrung tradierter Vorstellungen über eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten. Unterschiedliche Auffassungen über die gerechte Finanzierung kennzeichnen die Auseinandersetzung zwischen Anhängern der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie. Der Beirat möchte mit dem hier in seinen Grundzügen dargestellten Konsensmodell einen Weg aufzeigen, auch ohne Festlegung auf eine bestimmte Finanzierungsalternative Wettbewerbskräfte freizusetzen.

Der Vorschlag baut auf dem gegenwärtigen System der GKV auf, weicht aber von den geltenden Regelungen in der folgenden Weise ab:

- Die Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile) werden nicht unmittelbar an die einzelnen Träger der GKV, sondern an eine zentrale Inkassostelle überwiesen. Von dieser Inkassostelle erhält jeder Versicherte eine Gutschrift in Höhe des Beitrages, der *im Durchschnitt* je Versicherten geleistet wird.
- Jeder Versicherungspflichtige muss eine Versicherung bei einem Anbieter seiner Wahl abschließen, wobei er zur Abgeltung seiner Versicherungsprämie seine Gutschrift einsetzt. Liegt der Beitrag der von ihm gewählten Versicherung über dem Betrag seiner Gutschrift, ist eine Zuzahlung zu leisten, im umgekehrten Fall kommt es zu einer Rückerstattung.
- Jeder Versicherungsanbieter legt die Höhe seines Beitrags selbständig fest, ist aber verpflichtet, die medizinisch definierten Standardleistungen (im Sinne des SGB V) abzudecken. Über diesen Standard hinaus gehende Gesundheitsleistungen sind auf freiwilliger Basis individuell abzusichern.

- Auch private Versicherungen können als Anbieter auftreten, unterliegen aber in Bezug auf die Standardleistungen - genau wie die gesetzlichen Anbieter - dem Kontrahierungszwang.

Der Beirat erwartet von einem solchen Modell, dass es erhebliche Wettbewerbsimpulse auslöst, insbesondere bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Erfolgreiche Versicherer werden mit niedrigen Beiträgen und/oder zusätzlichen Leistungen werben, während die Versicherten auf ein attraktives Angebot drängen. Im Ergebnis werden die Kosten des Gesundheitssystems und damit auch die Lohnnebenkosten sinken. Dies wird erreicht, ohne dass sich an der Beitragsfinanzierung irgend etwas ändert.

Dieses Modell lässt auch Raum für weitergehende Reformschritte.

- Einerseits könnte im Sinne der Bürgerversicherung der Versichertenkreis erweitert werden. Dabei würden Arbeitnehmer, die bisher nicht pflichtversichert waren, wie z.B. Beamte, in die Versicherung einbezogen werden. Wenn politisch gewollt, könnten neben Lohnenkünften auch andere Einkünfte zur Erweiterung der Bemessungsgrundlage herangezogen werden.
- Andererseits könnten die lohnbezogenen Pflichtbeiträge gesenkt und damit das System in Richtung der Gesundheitsprämie weitergeführt werden, bei dem im Grenzfall jeder Versicherte einen einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag zahlt, einkommensschwache Haushalte allerdings durch Ausgleichsmittel aus allgemeinen Steuermitteln entlastet werden.

In beiden Reformvarianten kommt es zu einer weiteren Senkung der Lohnnebenkosten. Darüber hinaus werden die Wettbewerbskräfte im Gesundheitswesen gestärkt. Insoweit sind marktwirtschaftliche Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit keine unüberwindbaren Gegensätze.

## **I Gestaltung des Krankenversicherungsschutzes**

Auf der Grundlage des geltenden GKV-Systems lassen sich die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile (z.B. in der Höhe von jeweils 5.5 %) an einen zentralen Fonds überweisen (zentrale Inkassostelle)

Von dieser zentralen Inkassostelle erhält jeder Versicherte eine Gutschrift (eine Prämie) in Höhe des Beitrags, der im Durchschnitt je Versicherten geleistet wird. Damit sind Wirkungen auf die Einkommensverteilung verbunden, da die Beitragszahlung nicht mit der Höhe der Prämie korrespondieren muss.

Der Versicherte kauft mit diesem Betrag bei dem Anbieter seiner Wahl Versicherungsschutz. Liegt der Beitrag der gewählten Versicherung höher als seine Prämie, ist eine Zuzahlung zu leisten. Im umgekehrten Falle kommt es zu Einsparungen bei den einzelnen Versicherten.

Die Versicherungen legen die Höhe der erforderlichen Beiträge/Prämien fest, müssen aber sicherstellen, dass die medizinisch definierten Standardleistungen im Sinne des SGB V abzudecken sind. Über diesen Standard hinaus gehende Leistungen sind freiwillig und individuell abzusichern.

Auch private Versicherungen können als Anbieter auftreten und insoweit eine Vollversicherung für jedermann anbieten, unterliegen aber genau wie alle anderen Anbieter dem Kontrahierungszwang.

## **II Wirkungen**

Dieses Modell soll erhebliche Wettbewerbsimpulse auslösen, insbesondere bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Dadurch werden die Ausgaben der Gesundheitsversorgung weniger schnell steigen und damit auch die Lohnnebenkosten weniger stark ansteigen.

In dieses Modell kann, falls gewünscht, die gesamte Bevölkerung, z.B. die Beamten, einbezogen werden (und theoretisch auch die Bemessungsgrundlage beim Beitragseinzug verbreitert werden). Senkt man die lohnbezogenen Pflichtbeiträge lässt sich das Modell stärker in Richtung der Gesundheitsprämien entwickeln („Mehr Prämie bringt mehr Arbeit“). Einkommensschwache Haushalte müssen eine Unterstützung erfahren, was ja derzeit auch der Fall ist, z.B. bei Arbeitslosigkeit.

Marktwirtschaftliche Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit könnten parallel zueinander verwirklicht werden<sup>1</sup>. Abkoppelung von den Lohnkosten geht einher mit mehr Wettbewerb; damit wird zwei Grundanliegen einer Reform des Krankenversicherungsschutzes Rechnung getragen.

KDH, 29. März 2006

---

<sup>1</sup> Der Vorschlag geht zurück auf eine kurze Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen vom 8.10.2005. Siehe auch das Gutachten des gleichen Beirats „Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung“, Band 77 der Schriftenreihe des BMF, Berlin 2004.

## **Wege aus der Kompromissfalle in der Gesundheitsreform**

- Der floatende Arbeitnehmerbeitrag und der festgeschriebene Arbeitgeberbeitrag -

Klaus-Dirk Henke, TU Berlin

Wie zu erwarten fällt es der Bundesregierung auch nach der nächtlichen Einigung über die Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform vom 4. Juli 2006 nicht leicht, sich über den ersten Gesetzesentwurf vom 17. August 2006 zu verständigen. Besonders stark ist der Widerstand der gesetzlichen Krankenkassen gegen den Fonds, der als Konsensmodell überhaupt erst eine Einigung zwischen CDU/CSU und SPD ermöglichte. Dieser Fonds hat es in sich, obwohl sein Modell in Holland nach den üblichen Übergangsschwierigkeiten recht gut funktioniert und dort erheblich zum Wettbewerb beigetragen hat. Über 30 % der Versicherten haben in relativ kurzer Zeit die Kassen gewechselt.

Der Wissenschaftliche Beirat im Bundesministerium der Finanzen, der den Fonds als Konsensmodell für die Große Koalition vorschlug, hatte sich die Auszahlung der Beiträge ganz anders vorgestellt als es in den Eckpunkten aufgegriffen werden konnte. Würde es entsprechend seines Überlegungen zur vollen Auszahlung der Beiträge an die Versicherten kommen, hätte sich die Bevölkerung auf der Grundlage einer unverzichtbaren Grund- oder Mindestversorgung mit Sozialausgleich auch ihren Krankenversicherungsschutz selbst aussuchen können. Die bereits vorliegenden Modelle der Integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren auf der Grundlage des GMG vom Januar 2004, das zunächst übrigens von allen Akteuren genauso heftig abgelehnt wurde wie die Eckpunkte und schließlich auch im Konsens einer großen Koalition beschlossen wurde hätten hier einfließen und sehr leicht ausgebaut werden können. Das Kartell der etwa 250 Gesetzlichen Krankenkassen wäre weiter aufgebrochen worden, und der Wettbewerb hätte dazu beigetragen, dass die Kassen nicht nur in erster Linie die automatisch fließenden Beiträge ihrer Versicherten im Grunde immer noch „gemeinsam und einheitlich“ administrierten. Es würden neue Leistungsbündel geschnürt, so dass jedermann mit der Unterstützung von Einrichtungen des Verbraucherschutzes eine Auswahl hätte treffen können. Präventionstarife, strukturierte Behandlungsprogramme, neue Versorgungsformen und Selbstbehaltsmodelle würden sich mit der Nachfragemacht der Versicherten und ihrem Gesundheitsguthaben zum Vorteil der Versicherten und Patienten entwickeln. Und das dieser Wettbewerb die Ausgaben nicht so schnell steigen lässt wie es im Status Quo immer wieder der Fall war und ist, lässt sich empirisch bei der Einführung von Managed-Care-Programmen in den USA für den Zeitraum der Einführung zweifelsfrei zeigen.

Leider geraten diese Möglichkeiten durch die derzeitige Lobbyarbeit eines Teils der GKV aus dem Blickwinkel. Anstatt immer nur zu beklagen, z. B: darüber, dass die Miniprämie zur Schließung von Krankenkassen führt und die Härtefallregelung jede Entfaltung von mehr Eigenvorsorge und Selbstbeteiligung verhindert, ließe sich doch eine Verbesserung der Eckpunkte ohne weiteres erreichen, wenn man den Arbeitnehmeranteil als Gesundheitsguthaben freigibt und auf diese Weise den Krankenversicherungsschutz als Kaufgegenstand in Bewegung bringt. Der floatende Arbeitnehmerbeitrag bei festgeschriebenem Arbeitgeberbeitrag zeigt in die richtige Richtung: auch in Holland sind um die 50 % der individuellen Ausgaben frei zur Entfaltung von Nachfragemacht. Diesen Mut müssten Partei- und Fraktionsvorsitzende sowie die Kanzlerin aufbringen und ihren weiteren Entscheidungen beim Abgleich der Eckpunkte mit dem ersten Gesetzesentwurf unter Berücksichtigung der Kritik durch die Lobby der GKV zugrunde legen. Die beiden Fraktionsvorsitzenden müssten diesen Vorschlag des Sachverständigenrates des Gesundheitswesens aus dem Jahre 1995 aufgreifen und im Parlament mehrheitsfähig bekommen, die Medien müssten das einfache Modell verständlich einer breiten Bevölkerung

auch auf Bildzeitungsniveau erklären und der Fonds würde sich eins zwei drei zu einem innovativen Modell entwickeln können. Das wäre ein Stück Marktwirtschaft in einer wachsenden sozialen Gesundheitswirtschaft, einer Dienstleistungsbranche, die in Konkurrenz zu anderen Wirtschaftszweigen steht. Die Nachfrage würde sich mehr und mehr umstrukturieren zwischen dem, was auch in Zukunft eine Grundsicherung für jedermann sein wird, und dem was wir alle zusätzlich im Rahmen unserer Konsumententscheidungen für unsere Gesundheit tun wollen. Ein Blick auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen zeigt bereits in die richtige Richtung; der Anteil der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben nimmt kontinuierlich zu.

Und was die Bürokratie eines aufzubauenden Fonds anbelangt, so haben sich die Sprecher des Kassenkartells mit ihrer Kritik sehr weit vorgewagt und damit im Grunde gezeigt, wie groß das Beharrungsvermögen des Status Quo ist und wie sehr sie die Nachfragemacht der Versicherten fürchten. Nach vorliegenden Papieren des Bundesversicherungsamtes muss der Fonds keineswegs zu mehr Bürokratie und zu einer „Mammutbehörde“ (wie die jetzige GKV mit ihren Verbänden) führen, sondern kann auf vorhandene regionale Strukturen aufbauen. Der zukünftige Wettbewerb unter den Kassen konzentriert sich zunächst allein auf die Leistungsseite und wird nicht nur durch die Krankenkassen bestimmt sondern durch die zunehmende Nachfrageautonomie der Versicherten bei einem floatenden Arbeitnehmerbeitrag sehr gestärkt.

Konkurrenz belebt das Geschäft auch in der gesetzlichen Krankenkasse und stünde im Einklang mit dem Wettbewerbsrecht, das im Rahmen des europäischen Binnenmarktes immer mehr an Bedeutung gewinnt. Letztendlich wird der Bevölkerung deutlich, wie sehr das Sozialrecht mit den vielen Gesetzesbücher notwendige Veränderungen immer auch ver- und behindert. Daher fordern einige Juristen bereits visionär den Ersatz des Sozialrechts durch das Privatrecht. In der augenblicklichen Kompromissfindung würde es schon helfen wenn im Rahmen von Experimentierklauseln private Trägerstrukturen für GKV-Kassen erlaubt würden. Der Unterschied zwischen den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit und einer genossenschaftlich organisierten GKV ist minimal und seine Überwindung ein Schritt in eine wünschenswerte und dringend erforderliche neue Anbieterpluralität unter den Krankenkassen.

## **„Mindestversicherungs- oder Grundsicherungspflicht für alle bei individueller Wahlfreiheit, sozialem Ausgleich und einer neuen Anbieterpluralität der Krankenversicherungen“**

Forderungen an die Gesundheitsreform der Großen Koalition 2006/2007

- 1. Mittelaufbringung über lohnbezogene Beiträge (zumindest teilweise) abschaffen und durch Prämienzahlungen ersetzen**
- 2. Arbeitgeberbeiträge auszahlen oder wenigstens festschreiben bei floatenden Gesundheitsprämien**
- 3. Kinderlastenausgleich (versicherungsfremde Leistung) ausgliedern, um auf diesem Wege den Versicherungscharakter der gesetzlichen Krankenkassen zu stärken**
- 4. Neue Anbieterpluralität von GKV und PKV mit Teilkapitalbildung (Privatisierung der GKV ins Spiel bringen, Privatrecht versus Sozialrecht, keine Einheitskasse, gesetzliche Krankenversicherungspflicht wie Autohaftpflicht)**
- 5. Mehr Transparenz aller Behandlungsabläufe, ihrer Preise bzw. der Vergütung von Gesundheitsleistungen in vernetzten und patientenorientierten Strukturen**
- 6. Qualität der Gesundheitsleistungen weiter verbessern durch Zertifizierung, best practice etc. und als zentraler Parameter im Wettbewerb**
- 7. Stärkung der Attraktivität des Arztberufes und der Leistungserbringer im Gesundheitswesen: Deutschland hat im internationalen Vergleich keine Unter- Fehl- und Überversorgung. Deutschlands Ärzte trotz Unterbezahlung besser als ihr Ruf**
- 8. Mehr Eigenverantwortung und Eigenvorsorge (bei 5 Millionen Arbeitslosen leichter gesagt als umgesetzt!), daher auch neue Netzwerke aufbauen und bestehende stärken, wie z.B. Selbsthilfegruppen, Präventionsaktivitäten, Nachbarschaftshilfe, kirchliche Arbeit, Alters-WGs, Sportvereine etc. mit mehr individuellen Engagement**
- 9. Staat als Gewährleistungsstaat. Setzt die Spielregeln, aber nicht die Spielzüge (Reform der unterschiedlichen Versicherungsaufsichten in der GKV und zwischen der GKV und PKV, weniger Selbstverwaltung, weniger Verbandseinfluss und mehr Unternehmensverantwortung)**
- 10. Regelmäßig und regelhaft anzupassende Grundsicherung (im Umlageverfahren mit Teilkapitalbildung) für die gesamte Bevölkerung plus individuelle Vorsorge in einer wachsenden Gesundheitswirtschaft**

# Gesundheitsreform in der Kompromissfalle

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke, TU Berlin

## Vortrag beim Spreestadtforum

Am 6. November 2006, 18 Uhr bis 20 Uhr

Technische Universität Berlin



2

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Agenda

- I Ausgangslage
- II Reformen: Anzahl, Inhalte, Aufnahme in den Medien
- III Gibt es eine rationale Gesundheitspolitik?
- IV Gesundheitsreformen in einer Großen Koalition
- V Wege aus der Kompromissfalle

## I Wirtschaftliche Ausgangslage

negativ

- Zu hohe Arbeitslosigkeit, zu wenig Wachstum, zu hohe Staatsverschuldung
- Rückläufiger Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Gesamtbevölkerung
- Absehbare Finanzierungslücke in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Steigende Beitragssätze in der GKV

➔ Jedoch: Erste Lichtblicke

3

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Versorgungslage in Deutschland

weit überdurchschnittlich

- Ineffizienzen finden sich in allen vergleichbaren Ländern und Systemen (in England, Frankreich, Holland)
- Deutsche Wiedervereinigung als Reformleistung bewältigt
- Art und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen sind europaweit am stärksten ausgeprägt
- Infrastrukturelle Qualität der Gesundheitsversorgung sehr gut
- Mehr als 95% der Weltbevölkerung beneiden uns um die Versorgungslage in den europäischen Wohlfahrtsstaaten

4

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Arbeitsmarkt Gesundheitswesen

positiv

- 4,5 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen (4x soviel wie in der Automobilindustrie)
- Jobchancen/Gesundheitsberufe in:  
Gesundheits- und Krankenpflege, Labor und Technik, Sport und Physiotherapie, Pflege und Soziales, Medizin und Arzneimittel, Management und Informatik, Psycho- und Verhaltenstherapie, Ernährung und Haushaltswirtschaft, Forschung und Entwicklung, Fitness/Wellness
- Im Gesundheitswesen entstanden in den letzten 20 Jahren die meisten neuen Berufe
- „Erster“ und „zweiter Markt“ in der Gesundheitswirtschaft

5

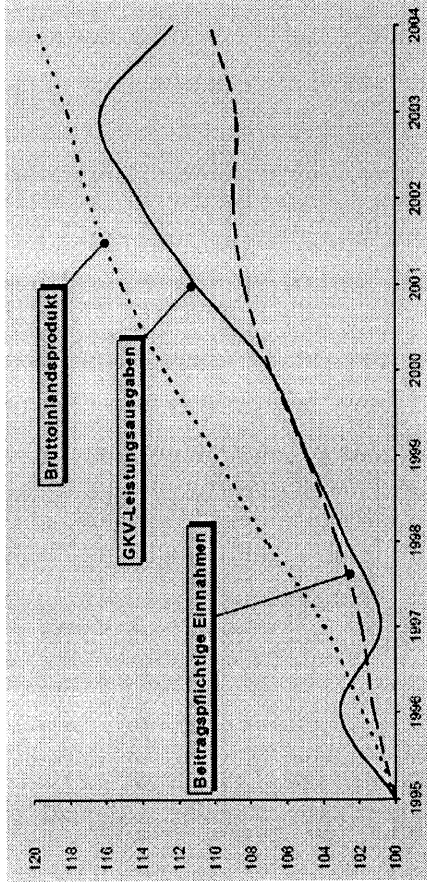
Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Bruttoinlandsprodukt, GKV-Leistungsausgaben und beitragspflichtige Einnahmen, 1994 - 2004

Keine „Kostenexplosion“



Index: 1995=100

Quellen: VDA/IAEV, Statistisches Bundesamt, Bundesministerium für Gesundheit.

6

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Institutionelle Ausgangslage

schwierig

- 16 autonome Bundesländer und Dauerkampfkampf im bundesdeutschen Föderalismus (Landtagswahlen als Stimmungsbarometer)
- Korporatistische Verbandsstruktur: Zuviel Verbände, zu starkes Lobbying
- Entscheidender Standortnachteil: politische Willensbildung komplizierter als in anderen OECD-Ländern (z.B. in England)

Zusätzlich:

- Verfassungsgerichts- und Sozialgerichtsurteile
- Einfluss des Europäischen Binnenmarktes und der Rechtsprechung des EuGH nehmen zu

7

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Gesundheitspolitische Ausgangslage

Unverminderter Reformdruck

- Älter werdende und rückläufige Gesamtbevölkerung
- Zunahme chronischer Krankheiten
- Steigende Anzahl von Menschen mit mehreren Krankheiten
- Wünschenswerter medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt
- Zunehmende Nachfrage nach qualitativ hochwertiger Versorgung

8

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke





## Reformpolitische Ausgangslage

Große Anzahl an Gutachten mit einer Vielfalt von Reformvorschlägen

I Reformvorschläge

- Kommissionsberichte (Rürup-, Herzogkommission)
- Sachverständigenratgutachten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen, Wissenschaftliche Beiräte im BMF und im BMWi), Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften

II Ein unglücklicher Reformstart zur Frage einer nachhaltigen Finanzierung: Bürgerversicherung versus Kopfrämie (Wie wichtig ist die Wortwahl?)

III Konsensbildung in einer Großen Koalition als Herausforderung und als Umsetzungsproblem angesichts des breiten Spektrums an Reformvorschlägen

9

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## II Reformen: Anzahl, Inhalte, Aufnahme in den Medien

- Seit Gründung der Bundesrepublik: Mehr als 80 Gesetze, bei denen das BMG die Federführung hatte
- Zwischen 1977 und 2000 gab es mehr als 46 Gesetze mit über 6.800 Einzelbestimmungen und Verordnungen
- Mittlerweile 13. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahr 1994

Interventionsspirale als berechtigter Vorwurf  
aus ordnungspolitischer Sicht

10

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Hauptinhalte der Gesundheitsreformgesetze (1)

Jahr	Gesetz	Hauptinhalte
1972	Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duale Krankenhausfinanzierung eingeführt</li> <li>• Selbstkostendeckungsprinzip</li> </ul>
1973	Bundespflegegesetz-verordnung (BPFV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelung der Details der pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhausvergütung (voll- und teilstationäre Krankenhausaufleistungen)</li> </ul>
1977	Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Zusammenkünfte maßgeblicher gesundheitspolitischer Akteure (77 Mitglieder und teilnehmende Regierungsinstanzen sowie später der SVR KAIG)</li> <li>• Grundsatz der Beitragsstabilität als politische Zielgröße</li> </ul>
1984	Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investitionsfinanzierung nur noch über die Bundesländer</li> <li>• Leistungsorientierte, differenzierte Pflegesätze</li> </ul>
1988	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen, GRG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kürzungen bei den erstattungsfähigen Leistungen</li> <li>• Höhere Selbstbeteiligung bei Zahnersatz, Kuren, Fahrkosten</li> <li>• Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel</li> </ul>
1992	Gesundheitsstrukturgesetz, GSG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgetierung der Ausgaben in allen Leistungsbereichen</li> <li>• Freie Kassenwahl der Versicherten</li> <li>• Bedarfsplanung im ambulanten Sektor</li> <li>• Einführung des RSA</li> </ul>

Quelle: Nach Lampert, H./Althammer, J. (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin, S. 258ff.

11

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Hauptinhalte der Gesundheitsreformgesetze (2)

Jahr	Gesetz	Hauptinhalte
1996	Beitragslastengesetz (BeitrEntfG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Zahlungen, Streichung von Zuschüssen bei Brillengestellen und Zahnersatz</li> <li>• Absenkung des Krankengeldes auf 70% des Bruttoarbeitsentgelts</li> </ul>
1997	Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (NOG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satzungs- und weitere zusätzliche Leistungen</li> <li>• Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung, Zuschlungen, Sonderbeiträge für zusätzliche Leistungen</li> <li>• Möglichkeit für Kostenerstattungs-, statt Sachleistungsprinzip</li> <li>• Einführung von Praxisbudgets</li> <li>• Höhere Zahlungen und Dynamisierung der Selbstbeteiligungen</li> </ul>
1998	Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückgängigmachung der erhöhten Zahlungen, der Gestaltungsleistungen und des Kostenerstattungsprinzips</li> </ul>
2000	GKV-Reformgesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umstellung der Krankenhausbürgerversicherung auf Fallpauschalen</li> <li>• Einführung der integrierten Versorgung</li> </ul>

Quelle: Nach Lampert, H./Althammer, J. (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin, S. 258ff.

12

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Hauptinhalte der Gesundheitsreformgesetz (3)

Jahr	Gesetz	Hauptinhalte
2001	Gesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrechte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatorische Mindestbindung von 18 Monaten an eine Kasse</li> </ul>
2002	Fallpauschalengesetz (FPG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen durch DRGs</li> </ul>
2002	Beitragsatzsicherungs-gesetz (BSSichG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhebung der Versicherungspflichtgrenze</li> </ul>
2003	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsausschlüsse (z.B. nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, Zahnersatz, Brillen, Fahrtkosten)</li> <li>• Veränderte Zuzahlungsregeln, Überforderungsregel, Praxisgebühr</li> <li>• Gestaltungsleistungen</li> <li>• Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (ca. € 700 Mio.)</li> </ul>

Quelle: Nach Lampert, H./Althammer, J. (2004): Leinbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin, S. 25ff.

13

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Die Aufnahme der Gesundheitsreform in den Medien

1. „Selten gab es bei einem Reform-Vorhaben so viele Kontroversen“ (*Manager Magazin*)
2. „Soziale Krankenversicherung wird unsolidarischer“ (*Süddeutsche Zeitung*)
3. „Chance zu einer grundlegenden Strukturreform vertan“ (*FAZ*)
4. „Kranke und Versicherte werden schamlos zur Kasse gebeten“ (*Handelsblatt*)
5. „Alles Flickschusterei“ (*Süddeutsche*)
6. „Ein Lehrstück für Lobbyisten“ (*Die Zeit*)

„Sind wir ein Volk von Versagern, unfähig zum Fortschritt, regiert von Stümpfern?“ (*Der Spiegel*)

15

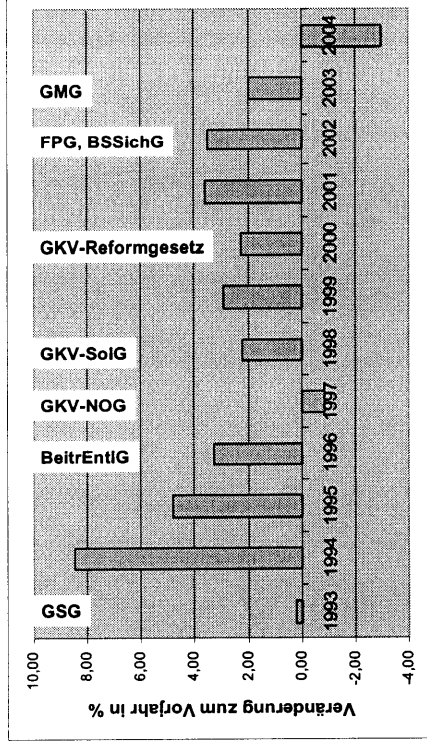
Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Veränderungsraten der GKV-Ausgaben und ausgewählte Reformgesetze

### Stop-and-Go



Quelle: Statistisches Bundesamt

14

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



Alle Aussagen bezogen sich auf das GMG, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat.

16

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



### III Gibt es eine rationale Gesundheitspolitik?

- Was ist eine Reform?  
laut **Duden**: Umgestaltung, Verbesserung des Bestehenden, Neuordnung  
laut **Brockhaus**: Verbesserung, planmäßige Umgestaltung
- Was ist ein Kompromiss?  
laut **Duden**: Übereinkunft, Ausgleich, Zugeständnis  
laut **Brockhaus**: Vergleich, Übereinkunft, Zwischenlösung
- Was ist Rationalität?  
laut **Duden**: Vernünftigkeit  
laut **Brockhaus**: vernunftgemäße Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse

17

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



### Wirtschaftswissenschaftliche Erklärungsansätze zum Verhalten der Akteure und zur Rationalität der Gesundheitspolitik

1. Eigennutz- und Vorteilsstreben (Rent-Seeking) der Beteiligten und Betroffenen
2. Theorie der Stimmenmaximierung, der Wiederwahl und des Machterhalts
3. Asymmetrische Informationen und Moral Hazard in der Krankenversicherung
4. Der sog. Endowment (Ausstattungs)-Effekt und Informationsediting (Beharrungsvermögen des Status Quo)

18

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



### Eigennutzstreben, auch im Gesundheitswesen

#### Markverhalten:

Unternehmer maximieren ihren Gewinn und Konsumenten ihren Nutzen

#### Übertragung des Eigennutzstrebens auf die Akteure im Gesundheitswesen:

- Anbieter von Gesundheitsleistungen: Qualität der erbrachten Leistungen und angemessenes Einkommen
- Versicherte: viele erstattungsfähige Leistungen bei niedrigen Beitragssätzen
- Patienten: möglichst schnelle und umfassende Hilfe bei Krankheit
- Verbandsvertreter: Nutzenmaximierung für die Mitglieder
- Gesundheitspolitiker: gute Versorgung der Bevölkerung, Machterhalt und Wiederwahl

19

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



### Eigennutzstreben und Rent-Seeking

- Knappe Ressourcen werden mit dem Ziel eingesetzt, im politischen Entscheidungsprozess private Vorteile in Form von Transfers, Regulierungen, Vorrechten und Machtspielräumen zu erwirken.
- Für die einzelne Interessengruppe lohnen sich Lobby-Ausgaben solange, wie der aus der Einflussnahme erzielte Gewinn größer ist als die eingesetzten Ressourcen für die Verbandsarbeit.
- Gesamtwirtschaftlich kommt dieser Aufwand jedoch einer Vergeudung von Ressourcen gleich.

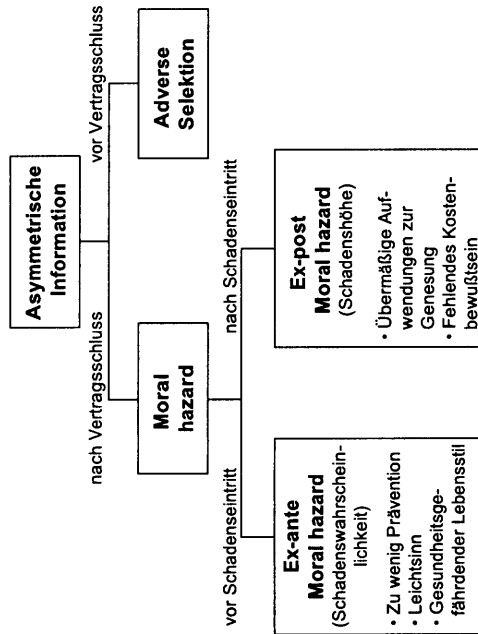
555 Mitarbeiter im BMG stehen etwa 3.500 Verbandsvertretern gegenüber.

20

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



## Ausnutzung asymmetrischer Informationen und Moral hazard im Versicherungswesen



21

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke

## Der Endowment-Effekt (Ausstattungs- bzw. Besitzeffekt) und der Editing-Effekt

### Möglichst keine Veränderung

1. Vor einer Entscheidung gibt es eine sog. Editierungsphase: Wo stehe ich jetzt? Wie wird sich meine Vermögensposition nach der Entscheidung verändern?
  2. Dabei wird im Besitz befindlichen Gütern und Dienstleistungen (Endowment) ein höherer Nutzen zugemessen als denselben Gütern vor dem Besitz. (Nobelpreisträger Kahneman [2002] und Tversky)
- ➔ **Übertragung auf das Gesundheitswesen:** Eine durchgesetzte Reform erhält eine höhere Zustimmung als ihr Entwurf.
- ➔ **Beide Effekte verstärken das Beharrungsvermögen des Status Quo.**

22

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke

## Rationale Gesundheitspolitik

1. „Gesundheitspolitik aus einem Guß und aus einer Hand“ (Tribbergen, Schiller)
2. Eine rationale Gesundheitspolitik müsste auf
  - „ein planmäßig auf die Verwirklichung eines umfassenden, wohldurchdachten und in sich ausgewogenen Zielsystems gerichtet“ sein und
  - „dabei den höchsten Erfolgsgrad erreichen, der unter den jeweiligen Umständen möglich ist.“ (nach Giersch 1961, S. 22)

23

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke

## Effiziente Gesundheitspolitik

- "As we all should have recognized (but needed to be told), all feasible forms of organization - government included - are flawed.
- "[...] an extant mode of organization for which no superior *feasible* alternative can be described and *implemented* with expected net gains is *presumed* to be efficient."<sup>1</sup>
- Danach wäre der derzeitige Stand der gesundheitspolitischen Reform effizient sofern alle machbaren Verbesserungen tatsächlich ausgeschöpft sind.
- **Social Piecemeal engineering (Popper)**

➔ **Ergebnis: Gesundheitspolitik als Kunst des Machbaren**

<sup>1</sup> Williamson, Oliver E., The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead, in: Journal of Economic Literature, 2000, p.601, Hervorhebungen im Original.

23

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke

## IV Zu Gesundheitsreformen in Großen Koalitionen

- 1923 (SPD, DDP, Zentrum, DVP und BVP) 100-Tage-Regierung unter Gustav Stresemann (DVP)
- 1928-30 (die gleichen Parteien) unter Hermann Müller (SPD); noch keine Gesundheitsministerien
- Erste Große Koalition nach dem 2. Weltkrieg 1966 bis 1969 (CDU/CSU und SPD unter Kanzler Kiesinger; Gesundheitsministerin Käthe Strobel; Zeit der außerparlamentarischen Opposition)
- Informelle große Koalition im Gesundheitswesen in der rot-grünen Bundesregierung (1998-2005) beim GMG (trat am 1.1.2004 in Kraft); Gesundheitsministerin Schmidt und Gesundheitsminister a. D. Seehofer, MdB
- Große Koalition SPD und CDU/CSU: Am 22. November 2005 wählte der Deutsche Bundestag Angela Merkel (CDU) zur Bundeskanzlerin; Gesundheitsministerin Schmidt

25

**Technische Universität Berlin**

Klaus-Dirk Henke



## Koalitionsvertrag (11. November 2005)

### „Gemeinsam für Deutschland – mehr Mut und Menschlichkeit“

1. Zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ im Laufe des Jahres 2006 ein Konzept zu entwickeln, „das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert“;
2. Zur „wettbewerbsfähigen und freizeithilflichen Ausrichtung des Gesundheitswesens“ den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeschlagenen Weg „struktureller Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbsfähige Anreize“ konsequent weiterzugehen – u. a. durch „die Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit“; und
3. Außerdem „zur Förderung der Beschäftigung die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 Prozent“ zu senken.

26

**Technische Universität Berlin**

Klaus-Dirk Henke



## Die Eckpunkte vom 4. Juli 2006

- Die Kanzlerin, die Parteivorsitzenden und die Fraktionsvorsitzenden entschieden über die Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform
- Eine Gruppe von Unterhändlern war/ist seit März im operativen Geschäft tätig  
(Gesundheitsministerin, Staatssekretäre, leitende Ministerialbeamte, Bundestagsabgeordnete und Landesminister der SPD und der CDU plus Teilnehmer aus dem Bundeskanzleramt)

27

**Technische Universität Berlin**

Klaus-Dirk Henke



## Flohirkus Eckpunkte und Arbeitsentwürfe



28

**Technische Universität Berlin**

Klaus-Dirk Henke



## Ziele im Gesetzesentwurf der Bundesregierung (1)

### GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

1. Gesundheitsversorgung für jedermann einschließlich Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt
2. Versicherungsschutz für alle Einwohner
3. Abbau von Ineffizienzen und Qualitätsmängeln, insbesondere auf der Ausgabenseite durch Intensivierung des Vertrags- und Preiswettbewerbs

29

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



## Ziele im Gesetzesentwurf der Bundesregierung (2)

### GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

4. Zusätzlicher Finanzbedarf erforderlich; Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit
5. Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen
6. Einstieg in die Nachhaltigkeit der Finanzierung mit Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit
7. Mehr Wahl- und Wechselmöglichkeiten in der PKV

30

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



## 13 ausgewählte Instrumente (1)

### GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

1. Gesundheitsfonds mit morbiditätsorientiertem RSA
2. Rückzahlungen/Zusatzprämie
3. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
4. Neue Leistungen (u.a. in der Palliativmedizin)
5. Kinderlastenausgleich ausgliedern, um Lohnnebenkosten zu senken
6. Neues Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung
7. Portabilität der Altersrückstellungen und Basistarif in der PKV

31

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



## Ausgewählte Instrumente (2)

### GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

8. Einheitlicher Spitzenverband
9. Erleichterung der Kassenfusionen
10. Politische Festlegung der Beitragssätze
11. Mehr Wettbewerb zwischen den Kassen, den Leistungsanbietern und im Krankenversicherungsschutz
12. Mehr Effizienz in der Versorgung mit Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln
13. Ausgabensenkung bei den Fahrkosten

32

**Technische Universität Berlin**  
Klaus-Dirk Henke



## Zwischenfazit (1)

### GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

1. Mehr Staat, mehr Markt, weniger Selbstverwaltung
2. Versicherungsschutz für Alle
3. Entwicklung und Förderung der Palliativmedizin
4. Fonds stärkt die Position der Versicherten und mehr Wahlmöglichkeiten im Versicherungsschutz; ein kleines Element des Pauschalprämienmodells
5. Finanzierung auf mehreren Säulen (herkömmliche Beiträge, Steuermittel und ggfs. Eigenbeiträge); kein Element einer Bürgerversicherung

33



## Zwischenfazit (2)

### GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

6. Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern
7. Weitere Stärkung der Integrierten Versorgung und neuer Versorgungsformen
8. Vereinfachte Fusionen und Zusammenschlüsse zwischen Krankenkassen
9. Bildung eines Bundesverbandes statt sieben Spitzenverbände der Krankenkassen

➔ Die nächste Reform kommt bestimmt

34



## V Wege aus der Kompromissfalle



### Operation abgeschlossen

Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung

35



## Vier Wege aus der Kompromissfalle (1)

### Türe wieder schließen

- Berliner Erklärung „Für Vielfalt und Freiheit im Gesundheitswesen“ vom 15. September 2006:  
Weiterentwicklung unter Einbeziehung des Sachverständigen aller Akteure (ABDA, BÄK, BFB, BPI, BZÄK, Dbb, DKG, HDE, KBV, KZBV, PKV-Verband, VFA)
- Gesundheitspolitische Resolution vom Oktober: Gegen Verstaatlichung und Vereinheitlichung  
Neuanfang mit dem Sachverständigenrat der Krankenkassen und Leistungserbringern (ABDA, BÄK, BZÄK, DKG, KBV, KZBV, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, PKV-Verband)

36



## Vier Wege aus der Kompromissfalle (2)

### Türe wieder schließen

- Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/die GRÜNEN, der Fraktion der FDP und der Fraktion DIE LINKE
- Raus aus der Fundamentalkritik und mit den Gegenanträgen der Oppositionsparteien in einen konstruktiven Dialog in der laufenden gesundheits-politischen Willensbildung (laufende Anhörungen vom 6.11. bis 14.11 im Bundestag)

anhand der folgenden Tagesordnung

37

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## Struktur der Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit

- I Finanzierung (14.11.)
- II Organisation (6.11.)
- III Versicherungsrecht, Leistungsrecht (6.11.)
- IV Medizinische Versorgung (13.11.)
  - Ärzte und Zahnärzte
  - Krankenhaus
  - Weitere Versorgung
- V Private Krankenversicherung (14.11.)

38

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## I Finanzierung (6 Stunden); 22 Verbände, 4 Einzelsachverständige

1. Einrichtung des Gesundheitsfonds (§§ 271 ff SGB V)
2. Beitragseinzug (§§ 28ff SGB V)
3. Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V)
4. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (§§ 267-272 SGB V, Art. 30-RSA-AV)
5. Steuerfinanzierung (§ 221 SGB V)
6. Liquiditätshilfen des Bundes (§271 SGB V)
7. Insolvenzfähigkeit von Kassen (§§ 155, 164, 171, 171 b SGB V)

39

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke



## II Organisation (3 Stunden); 27 Verbände, 3 Einzelsachverständige

1. Kassenfusionen und -öffnungen (§ 171a SGB V)
2. Neuorganisation der Verbandsstruktur/Errichtung eines Spitzenverbandes Bund (§§ 91, 94, 135 SGB V)
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (§§ 91, 94, 135 SGB V)
4. Medizinischer Dienst der Krankenkassen (§ 275 SGB V)

40

Technische Universität Berlin

Klaus-Dirk Henke





### III Versicherungsrecht- Leistungsrecht (4 Stunden); 5. Verbände, 4 Einzelsachverständige

Neue Leistungen bzw. leistungsrechtliche Änderungen für Versicherte der GKV, insbesondere:

1. Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§ 37b, 132 d SGB V)
2. Geriatrische Rehabilitation als Pflichtleistung (§ 40 a SGB V)
3. Mutter-Vater-Kind-Kuren als Pflichtleistung (§ 41 SGB V)
4. Präventionsmaßnahmen (§ 20 SGB V)
5. Zuzahlungsregelungen für chronisch Kranke (§ 62 SGB V)
6. Selbstverschuldung (§ 52 SGB V)
7. Wahltarife (53 SGB V)
8. Leistungen der Pflegeversicherung
9. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifisch Pflegemaßnahmen (§ 37 SGB V)
10. Häusliche Krankenpflege: Rahmenvereinbarungen (§ 132a SGB V)

41



### IV Medizinische Versorgung (9 Stunden); 41 Verbände, 3 Einzelsachverständige

#### A Ärztliche und zahnärztliche Versorgung (4 Stunden)

1. Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung ( §§ 85 a, 85 b SGB V)
2. Einzelverträge (§ 73 c SGB V)
3. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V)
4. Integrierte Versorgung ( § 140 a ff. SGB V)
5. Bedarfsplanung

42



### IV Medizinische Versorgung; 45 Verbände, 2 Einzelsachverständige

#### B Krankenhausversorgung (2 Stunden)

1. Sanierungsbeitrag (Art. 14 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Art. 15 Krankenhausentgeltgesetz)
2. Öffnung der Krankenhäuser für hoch spezialisierte Leistungen (§ 116 b SGB V)

43



### IV Medizinische Versorgung; 55 Verbände, 2 Einzelsachverständige

#### C Weitere Versorgung ( 3 Stunden)

1. Arzneimittelversorgung einschließlich der Aspekte der integrierten Versorgung (§§ 31, 35b, 73b, 84, 129, 130, 130a, 140a, 305a, AMG, AMPV)
2. Heil- und Hilfsmittelversorgung (§§ 125-127 SGB V)
3. Fahrkosten (§ 133 SGB V)

44



## V Private Krankenversicherung (4 Stunden); 27 VL - ände, 3 Einzelsachverständige

1. Portabilität der Altersrückstellungen (Art. 35 Versicherungsvertragsgesetz, Art. 36 Versicherungsaufsichtsgesetz, Art. 37), Kalkulationsverordnung, Organisation des Risikoausgleichs
2. Einführung eines Basisstarifs in der PKV (Rechtsvorschriften s. Punkt 1), Festlegung des Leistungsumfangs
3. Vergleichbare Vergütungen für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich (§ 75 SGB V)
4. Absicherung im Krankheitsfall für alle Einwohner (§ 5 SGB V)
5. Sozialklausel
6. Erschwerung der Zugangsbedingungen

45



## Vier Wege aus der Kompromissfalle (3)

- Stärkere Rolle des Kanzlers/der Kanzlerin nach Art. 63, Satz 1 GG: Mehr Durchsetzungskraft in einer Großen Koalition im deutschen Föderalismus tatsächlich möglich?
- Durch eine neue experimentelle Kultur: Mehr Freiräume für Modellversuche
- Änderung des Wahlrechts (Mehrheits- anstelle des Verhältniswahlrechts) Zusammenlegung der Wahltermine (Bundes- und Landtagswahlen) Mehr direkt-demokratische Elemente (Beispiel in der Schweiz)

46



## Vier Wege aus der Kompromissfalle (4)

### Konstanz in den Rahmenbedingungen

- durch einen Staat, der das Gesundheitswesen vor den Politikern und Verbandsfunktionären schützt (Gewährleistungsstaat; mehr Hoheits- und Machtstaat, weniger Wohlfahrtsstaat)
- Politik- und Verbandsferne durch ein unabhängiges Gremium (à la Zentralnotenbank) für die Sozialversicherung oder nur für die Krankenversicherung als kompliziertester Zweig der Sozialversicherung.

47



## Mein eigener langfristiger Weg aus der Kompromissfalle (1)

### Vom Leistungs- zum Gewährleistungsstaat

1. Grundsicherung für gesamte Bevölkerung
2. Neuen Versorgungsformen gehört die Zukunft
3. Private Absicherung gewinnt an Bedeutung
4. Wellness- und Fitness-Revolution nicht aufzuhalten

In einem dauerhaften Ordnungsrahmen mit sozialem Ausgleich, Teilkapitalbildung und mehr Wahlmöglichkeiten bei privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie am wachsenden 2. Markt der Gesundheitswirtschaft

48



## Mein eigener langfristiger Weg aus der Kompromissfalle (2)

Wir brauchen:

- ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum
- eine zunehmende Geburtenrate
- mehr qualifizierte Einwanderer, die Steuern und Beiträge zahlen
- weniger Abwanderung
- mehr Teilkapitalbildung in der Sozialen Sicherung
- höhere Beiträge der älteren Menschen

49



## Anhang

- Ziele zukünftiger Gesundheitsreformen
- Bausteine künftiger Reformen
- Finanzierungswege i.w.S.
- Erster und zweiter Markt in der Gesundheitswirtschaft
- Periodizität von Innovationszyklen:  
Theorie der langen Wellen

50



## Ziele zukünftiger Gesundheitsreformen

- Nachhaltige Finanzierung
- Mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung
- Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche umsetzen

51



## Bausteine künftiger Reformen: Gesundheitsreform

1. Bestimmung des Kreises der Versicherten
2. Der Leistungsumfang
3. Die Organisation der Finanzierung
4. Zukünftige Rolle der Arbeitgeberbeiträge
5. Neue Rahmenbedingungen für mehr Wettbewerb
6. Finanzierung der Familienversicherung
7. Umfang des Risikostrukturausgleichs
8. Sicherstellungsauftrag
9. (Teil-)kapitalbildung

52



## Finanzierungswege i.w.S.

- mehr Marktwirtschaft und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen
- mehr Vernetzung von den Herstellern über das Klinikum bis zum Patienten über Datenbanken und Internettechnologien
- Bildung von Kompetenzzentren für ausgewählte Krankheiten
- Teleportalkliniken als regionale Gesundheitszentren
- mehr Ziel- und Ergebnisorientierung in der Krankheitsbekämpfung sowie
- Mehr experimentelle Kultur, z.B. Pilotprojekte

53



## Periodizität von Innovationszyklen: Theorie der langen Wellen

- **Technologieanstoß-Hypothese** à la Kondratieff und Schumpeter: Gesundheitstechnologie als 6. Kondratieff-Zyklus bis 2050, Medizintechnik/Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche
- **Nachfragesog-Hypothese:** individuelle Nachfrage und Ansprüche: „Jung bleiben, auch wenn man älter wird“; „Health as a macroeconomic driver“

## vor dem Hintergrund der Fortschrittsfalle (Wolfgang Krämer)

55



## „Erster“ und „zweiter Markt“ in der Gesundheitswirtschaft?

- Arbeitshypothese: Der zweite Markt stärkt den ersten Markt
- Wachstum, Beschäftigung, Gewinne und Steuereinnahmen kommen der Gesamtwirtschaft zugute und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung
- Die Gesundheitswirtschaft unterscheidet sich im 2. Markt überhaupt nicht mehr von anderen Wirtschaftszweigen
- Schlussfolgerung: Zukünftige Reformen der Krankenversicherungen könnten von diesem Markt lernen

54



## Offene Fragen

- Warum sind die mittel- und osteuropäischen Länder so reformfreudig im Transformationsprozess?
- Die deutsche Wiedervereinigung als Reformleistung
- Unterschiede zwischen der Großen Koalition beim GMG (2004) und in dem GKV-WSG (2007)?
- Welche Rolle fällt zukünftig den Medien zu (öffentliche Rhetorik, Agenda-Setting)?
- Was leistet das Fernsehen?
- Zukünftige Rolle des Internets?
- Rolle der Boulevard- und der überregionalen Presse?
- Professionalität und Eigennutzstreben der Journalisten
- Welche Rolle spielt die Wissenschaft?

56



## Literatur

- Henke, K.-D. (2006): Gute Ideen setzen sich langfristig durch – Was kann wissenschaftliche Politikberatung leisten? Wo liegen die Grenzen?, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 6, S. 306-308.
- Henke, K.-D. (2005): Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Nr. 6, S. 95-111.
- Henke, K.-D. (2002): Die Bezahlbarkeit einer zukünftigen Finanzierung des Krankheitsrisikos mit Kapitalbildung – Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Rürup, B. / Henke, K.-D. (2002): Alternde Gesellschaft: Lösungsansätze für die Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung, S. 28.
- Ministerie van Volksgezondheit, Welzijn en Sport: Health Insurance in the Netherlands – The new health insurance system from 2006, Den Haag 2005, S. 29.
- Reimers, L. (2006): Die Gesundheitsreform 2006 aus wirtschaftspolitischer Sicht, in: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Nr. 9, S. 588-594.
- Richter, W.F. (2005): Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Nr. 11, S. 1-5.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten, Berlin.
- Simon, M. (2005): Das Gesundheitswesen in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern.

