

## Plädoyer für ein freiheitliches Gesundheitswesen

Sascha G. Wolf<sup>1</sup>

„Was geht es den Staat an, was die Bürger privat für ihre Gesundheit ausgeben? Wenn die Menschen für ihre Gesundheit viel ausgeben, hat der Staat das nicht zu kritisieren.“ Das deutsche Gesundheitswesen hätte weitaus weniger Probleme, wenn es sich an diesen Worten des ehemaligen Gesundheitsministers, Horst Seehofer, orientieren würde. Denn im Umkehrschluss folgt daraus, dass es nicht Aufgabe des Staates ist, die Menschen im Bereich Gesundheit zu bevormunden.

Doch genau dies geschieht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland: Anstatt sich nach den individuellen Interessen der Einzelnen zu richten, werden fast sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Versorgung für alle Menschen einheitlich durch administrative Eingriffe und staatliche Regulierung geregelt. Gesetzlich definierter Leistungskatalog, Budgetierungen und lohnabhängige Beiträge lassen kaum Spielräume für freiheitliche, individuelle Entscheidungen. An Stelle eines Marktes, der Präferenzen der Menschen und Kosten der Leistungserstellung zusammenführt, treten in der GKV autoritäre Vorgaben eines komplexen Interessenkonglomerats von Verbänden, Bürokratie, Politik und Industrie. Der Versicherte ist weitestgehend entmündigt.

Von den zwei Leitlinien der sozialen Marktwirtschaft, dem Sozialen und dem Markt, dominiert im Gesundheitswesen allein die erste. Wettbewerbsaspekte spielen in der GKV nahezu keine Rolle. Zwar ist die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit seit Jahren das erklärte Ziel der Gesundheitspolitik. Ein durch Risikostrukturausgleich regulierter Kassenwettbewerb und zaghafte Ansätze der integrierten Versorgung stellen jedoch nichts Weiteres als den untauglichen Versuch dar, ein hochgradig ineffizientes Staatssystem durch punktuelle Eingriffe für einen marginalen, staatlich kontrollierten Wettbewerb zu öffnen.

Eine erfolgreiche Reformstrategie sieht anders aus. Funktionierenden Wettbewerb mit den Umverteilungszielen, den starren Kollektivvertragsstrukturen und der Egalisierung individueller Gesundheitsrisiken in der GKV vereinbaren zu wollen, gleicht dem Versuch einer Quadratur des Kreises. Anstatt danach zu fragen, wie viel Wettbewerb mit den Strukturen der GKV zu vereinbaren ist, muss daher der umgekehrte Ansatz verfolgt werden: Wie sähe ein Gesundheitswesen ohne staatliche Regulierung aus? Welche Probleme ergäben sich? Welche staatlichen Eingriffe würden benötigt? Statt punktuell Wettbewerb punktuelle Regulierung. Streng nach der Devise: So viel Markt wie möglich, so viel Staat wie nötig.

Die beiden zentralen Ziele eines Gesundheitswesens lauten: Krankenversicherungsschutz für alle und qualitativ möglichst hochwertige medizinische Versorgung. Doch inwieweit wird der Staat benötigt, um diese Ziele zu erreichen?

Beginnen wir mit dem ersten Ziel: Das Krankheitsrisiko stellt ein typisches privates Versicherungsproblem dar. Insbesondere die Kombination aus mitunter sehr hohen Behandlungskosten und Verdienstausfall macht es für einen durchschnittlich Verdienenden kaum möglich, sich mit Hilfe privater Ersparnis gegen das Krankheitsrisiko abzusichern. Damit ergibt sich ein Markt für Versicherungen, die durch Pooling der unterschiedlichen Gesundheitsrisiken Gewinne erzielen können. Wie bei anderen Versicherungen auch wird sich der Preis an den zu erwartenden Kosten ausrichten. Die Unternehmen werden demnach

---

<sup>1</sup> Institut für Öffentliche Finanzen an der Humboldt-Universität zu Berlin.

individuell risikoäquivalente Prämien anbieten. Funktionierender Wettbewerb unter den Versicherungen wird dabei weitgehend aktuarisch faire Prämien erzwingen.

Für junge, gesunde Menschen werden diese gering sein, für Alte und/oder Kranke können sie jedoch sehr hohe, durchaus Existenz bedrohende Werte annehmen. Selbst mit Bildung von Altersrückstellungen kann der Marktmechanismus nicht verhindern, dass einige Personengruppen finanziell überbelastet werden. Das Ziel „Krankenversicherungsschutz für alle“ kann also allein über den Markt nicht erreicht werden. Hingegen, wenn der Staat die Krankenversicherungsprämie in der sozialen Bedürftigkeitsprüfung berücksichtigt und bei gegebener Überbelastung eines Versicherten einen Zuschuss aus dem Steuer-Transfer-System gewährt, dann ist sichergestellt, dass jeder sich seine Krankenversicherung leisten kann. Im Gesundheitswesen müssen hierfür keinerlei versicherungsfremde Umverteilungselemente implementiert werden.

Was aber für den Fall, wenn einige sich nicht versichern wollen? Da eine zivilisierte Gesellschaft einem Menschen im Notfall medizinische Versorgung nicht versagen kann, haben vor allem Gesunde den Anreiz, privat keine Krankenversicherung abzuschließen, um sich im Bedarfsfall der Fürsorge des Staates anzuvertrauen. Ein typisches Trittbrettfahrerproblem. Daher ist es notwendig, eine gesetzliche Mindestversicherungspflicht einzuführen. Der Mindestversicherungsschutz muss gewährleisten können, dass niemand durch eine Erkrankung zum Sozialhilfefall wird. Kostspielige Erkrankungen müssen daher ausreichend abgesichert sein, wohingegen für weniger schwerwiegende und Bagatellerkrankungen weitreichende Spielräume für Selbstbehalte oder Wahlleistungen verbleiben können.

Die individuelle Pflicht zum Abschluss einer Mindestkrankenversicherung und die Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge in der Bedürftigkeitsprüfung des Steuer- und Transfersystems genügen somit, das Ziel „Krankenversicherung für alle“ zu garantieren. Aber wie steht es um die Effizienz und Qualität dieser Krankenversicherungen?

In einem unregulierten Gesundheitssektor werden die Krankenversicherungen zum zentralen Akteur. Durch den Wettbewerb um Versicherte sind sie gezwungen, attraktive medizinische Versorgung zu einem günstigen Preis anzubieten. Unterschiedliche Versorgungsmodelle werden sich herauskristallisieren: einige Versicherungen werden Leistungserbringer im direkten Angestelltenverhältnis beschäftigen, um weitgehende Kontrollmöglichkeiten zu erlangen, andere werden Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Ärzte-Netzwerken, Gruppenpraxen, medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern eingehen, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Letztendlich entscheiden die Versicherten, welche Form der Bereitstellung medizinischer Leistungen sie wählen.

Die Überwindung sektoraler Grenzen durch integrierte Versorgung werden Case- und Disease-Management ermöglichen und zu Synergieeffekten und Kosteneinsparungen führen. Versorgungsqualität und -struktur werden zu zentralen Wettbewerbsfaktoren. Dabei werden große Unternehmen tendenziell Wettbewerbsvorteile besitzen. Eine Konsolidierung und Internationalisierung des Versicherungsmarktes erscheint daher wahrscheinlich. Wie in anderen Wirtschaftszweigen auch, obliegt es der Verantwortung des Staates, den Markt durch eine Wettbewerbsaufsicht zu überwachen. Dies kann jedoch kaum als spezielle staatliche Regulierung im Gesundheitswesen bezeichnet werden. Zudem muss verhindert werden, dass Versicherte durch Insolvenz ihrer Versicherung den Versicherungsschutz verlieren. Dies kann z.B. über eine staatlich vorgeschriebene Auffanggesellschaft oder Rückversicherung geschehen. Ebenso wären jedoch auch private Lösungen des Insolvenzproblems denkbar.

Durch die Konsolidierung und Öffnung des Versicherungsmarktes für ausländische Versicherungskonzerne steigt die Verhandlungsmacht der Versicherungsanbieter auch gegenüber den Arzneimittelherstellern. Bei patentfreien Medikamenten führt dies zu einer Stärkung des Wettbewerbs und damit zu einem Rückgang der Arzneimittelpreise. Das Marktsurrogat „Festbetragssystem“ wird überflüssig. Problematisch erweist sich die Situation hingegen bei patentgeschützten Präparaten, also in den Bereichen, in denen der Staat dem Hersteller ein temporäres Monopol gewährt. Die bewusste Inkaufnahme vorübergehend erhöhter Preise mag bei innovativen Medikamenten mit Hinblick auf die hohen Entwicklungskosten gerechtfertigt sein. Anders hingegen bei reinen Analog-Präparaten („Me-too“). Es bleibt somit Aufgabe des Staates zu bestimmen, welche Medikamente dem Marktmechanismus unterworfen werden und welche nicht. Entscheidende Stellschraube ist daher das Patentrecht.

Die von Kritikern des Wettbewerbsansatzes angeführte Notwendigkeit für weitreichende staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen reduziert sich somit auf wenige, gezielte Regulierungsmaßnahmen. Diese bilden einen Ordnungsrahmen, der freiheitliche Entscheidungen der Individuen sowie Wettbewerb zwischen Versicherungsunternehmen und Leistungserbringern mit sozialer Sicherheit und medizinisch umfassender Versorgung zu verbinden vermag.

Natürlich verbleiben viele offene Fragen. Ein wettbewerblicher Regelungsrahmen stellt nur die Grundlage für einen kontinuierlichen Anpassungsprozess dar. Konkrete Antworten auf viele Details können daher nicht vorhergesehen werden. Es bleibt Aufgabe des Staates, den Gesundheitsmarkt zu überwachen und gegebenenfalls gezielt zu modifizieren, wenn dies aus wirtschafts- oder sozialpolitischer Sicht als notwendig erachtet wird. Wenn jedoch akzeptiert wird, dass Wettbewerb zu Qualität und Wirtschaftlichkeit führt, dann ist es der falsche Weg, auf ein Staatssystem mit punktuellen Wettbewerb zu setzen, sondern dann muss umgekehrt ein Wettbewerbssystem mit punktuellen Staatseingriffen implementiert werden. Alles andere stellt den untauglichen Versuch dar, das Pferd vom Schwanz her aufzuzäumen.