

Christian Warns
Spielregeln eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs



Spielregeln eines solidarischen
Krankenversicherungswettbewerbs

Wettbewerb, Solidarität
und Nachhaltigkeit
nach der Gesundheitsreform 2007

Christian Warns



Herbert Utz Verlag · München

ta ethika

herausgegeben durch

*Prof. Dr. Nikolaus Knoepffler, Universität Jena
und*

Prof. Dr. Elke Mack, Universität Erfurt

Band 8



*Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.*

*Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung,
des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Wiedergabe
auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung
in Datenverarbeitungsanlagen bleiben – auch bei nur auszugsweiser
Verwendung – vorbehalten.*

Copyright © Herbert Utz Verlag GmbH · 2009

ISBN 978-3-8316-0864-5

Printed in Germany

*Herbert Utz Verlag GmbH, München
089-277791-00 · www.utzverlag.de*

Zugl.: Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena, 2008

Die Dissertation wurde gefördert durch ein Graduiertenstipendium der Hans-Seidel-Stiftung e.V. aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

Vorwort

Am 1. Januar 2009 trat mit dem Gesundheitsfonds das Herzstück der Gesundheitsreform 2007 in Kraft. Damit wurde das wohl umstrittenste Reformprojekt der Großen Koalition trotz aller Widrigkeiten umgesetzt. Das öffentliche Interesse an der Gesundheitsreform hat die Bedeutung der Auseinandersetzung mit gesundheitspolitischen Fragestellungen gezeigt. Aus dieser Motivation ist die vorliegende Arbeit entstanden, die es sich zum Ziel gesetzt hat, aus ökonomischer und auch ethischer Perspektive die Grundlagen eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs zu analysieren. Dabei werden nicht nur zentrale Prinzipien, wie Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit, aufbereitet, sondern darüber hinaus vor dem Hintergrund der Sozialen Marktwirtschaft ein Vorschlag für die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes unterbreitet. In einer Analyse der vorherrschenden Rahmenbedingungen des deutschen Krankenversicherungsmarktes werden die Defizite herausgearbeitet und verglichen, in wieweit die Gesundheitsreform 2007 in der Lage ist, Verbesserungen herbeizuführen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Rupert Windisch für die Annahme der Arbeit als Promotionsprojekt am Lehrstuhl für Finanzwissenschaft. Er hat bereits während meines Studiums wesentlich dazu beigetragen, mein Interesse für ökonomische Fragestellungen im Allgemeinen und finanzwissenschaftlichen Themen im Speziellen zu wecken. Ebenfalls möchte ich sehr herzlich Herrn Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler für die Übernahme des Zweitgutachtens sowie die Veröffentlichungsmöglichkeit in seiner Herausgeberreihe danken. Ihm verdanke ich einen Zugang zu ethischen Sichtweisen, der mir bei den zahlreichen interdisziplinären Fragestellungen in meiner Arbeit weitergeholfen hat.

Neben meinen akademischen Lehrern möchte ich weiteren Personen herzlich danken, die mich während der Promotionszeit unterstützt haben: Herrn Dipl.-Volkswirt Martin Abel als kritischer Korrekturleser, den Mitarbeitern des Ethikzentrums Jena für engagierte Diskussionen sowie meiner Lebensgefährtin Andrea, die immer ein offenes Ohr für mich hatte. Schließlich gilt mein Dank auch meinen Eltern, die mich stets gefördert haben.

Düsseldorf, im Januar 2009
Christian Warns

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Abbildungsverzeichnis | 17 |
| Tabellenverzeichnis | 19 |
| Abkürzungsverzeichnis | 21 |
| Symbolverzeichnis | 23 |
| | |
| 1 Hinführung | 25 |
| 1.1 Ausgangslage und Problemstellung | 25 |
| 1.2 Zielsetzung und Forschungsstand | 27 |
| 1.3 Vorgehensweise | 29 |
| | |
| 2 Zur Sozialen Marktwirtschaft als Wettbewerbsordnung ... | 33 |
| 2.1 Die marktwirtschaftliche Dimension der Sozialen Marktwirtschaft | 33 |
| 2.1.1 Zum Wettbewerbsbegriff | 33 |
| 2.1.2 Marktwirtschaft als Wettbewerbswirtschaft | 35 |
| 2.1.3 Wettbewerb und Preismechanismus | 37 |
| 2.1.4 Funktionen des Wettbewerbs | 38 |
| 2.1.5 Regeln und Wettbewerbsordnung | 43 |
| 2.1.6 Das Paradoxon der Marktwirtschaft | 50 |
| 2.2 Die soziale Dimension der Sozialen Marktwirtschaft | 54 |
| 2.2.1 Anerkennung der Menschenwürde als Voraus- setzung | 54 |
| 2.2.2 Grundsätzlicher Anspruch auf Gleichheit als Folge .. | 57 |
| 2.2.3 Zum Verständnis einer »sozialen Gerechtigkeit« | 62 |
| 2.2.4 Zur Kritik am »Wohlfahrtsstaat« und der »sozialen Gerechtigkeit« | 66 |
| 2.2.5 Solidarität als Institutionalisierung von Gerechtigkeit | 70 |
| 2.2.6 Nachhaltigkeit als Problem intergenerativer Gerechtigkeit | 73 |
| 2.3 Fazit: Wettbewerbsordnung und Krankenversicherung | 77 |

| | |
|--|-----------|
| 3 Allokative und distributive Überlegungen zur Ausgestaltung von Krankenversicherungsinstitutionen | 81 |
| 3.1 Vorbemerkungen | 81 |
| 3.2 Funktionen und Besonderheiten von Krankenversicherungen | 83 |
| 3.2.1 Funktionen von Versicherungen | 83 |
| 3.2.2 Zum Wert von Krankenversicherungen | 86 |
| 3.2.3 Herausforderungen bei der Institutionalisierung von Wettbewerb in Krankenversicherungsmärkten | 90 |
| 3.2.3.1 Das Moral Hazard Problem als Resultat asymmetrischer Informationen | 90 |
| 3.2.3.2 Das Problem der Negativauslese als Resultat asymmetrischer Informationen | 97 |
| 3.2.3.3 Transaktionskosten | 102 |
| 3.2.3.4 Externe Effekte, Kollektivgutproblematik und Meritorik als Rechtfertigung staatlicher Eingriffe in den Gesundheitssektor | 103 |
| 3.2.3.5 Mangelnde Zahlungsfähigkeit als Gerechtigkeitsproblem | 110 |
| 3.2.4 Implikationen für einen Ordnungsrahmen | 117 |
| 3.3 Zur Ausgestaltung eines Krankenversicherungsmarktes ... | 118 |
| 3.3.1 Organisation und Finanzierung idealtypischer Gesundheitssysteme | 118 |
| 3.3.2 Managed Care als anreizkompatibles Privatversicherungsmodell | 123 |
| 3.3.2.1 Das Konzept des Managed Care und seine Ursprünge | 123 |
| 3.3.2.2 Instrumente zur anreizkompatiblen Steuerung der Nachfrageseite | 125 |
| 3.3.2.3 Instrumente zur anreizkompatiblen Steuerung der Angebotsseite | 129 |
| 3.3.2.4 Evidenz für Kostensenkung und Qualitätserhöhung | 135 |

| | |
|---|------------|
| 3.3.2.5 Managed Care als Vorbild für Deutschland? – Eine Betrachtung vor dem Hintergrund der Sozialen Marktwirtschaft | 139 |
| 3.4 Fazit: Solidarischer Krankenversicherungswettbewerb als ordnungspolitisches Leitbild | 143 |
| 4 Befund und Therapieversuch: Analyse des Marktes für Krankenversicherungen in Deutschland vor und nach der Gesundheitsreform 2007 | 147 |
| 4.1 Einleitung | 147 |
| 4.2 Die Anamnese: Entwicklungslinien der Kranken- versicherung | 148 |
| 4.2.1 Vom mittelalterlichen Zunftwesen bis zum Ende des Dritten Reiches | 148 |
| 4.2.2 Von der Gründung der Bundesrepublik bis heute ... | 153 |
| 4.2.3 Komplement oder Substitut – Das Spannungsverhältnis der PKV zur GKV | 159 |
| 4.2.4 Eine rückblickende Bewertung der Entwicklung des Krankenversicherungsmarktes in Deutschland . | 164 |
| 4.3 Der Befund: Der deutsche Krankenversicherungsmarkt vor der Gesundheitsreform 2007 | 167 |
| 4.3.1 Überblick | 167 |
| 4.3.2 Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit im System der GKV | 169 |
| 4.3.2.1 Eingeschränkter Wettbe- werb durch fehlende Preissignale und mangelnde Konsumentensouveränität . | 169 |
| 4.3.2.2 Zwangssolidarität, Paternalismus und Gerechtigkeitsprobleme in der GKV | 179 |
| 4.3.2.3 Fehlende Generationengerechtigkeit durch Nachhaltigkeitslücke | 185 |
| 4.3.3 Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit im System der PKV | 193 |
| 4.3.3.1 Wettbewerb und Wahlfreiheit – Wunsch- denken statt Realität | 193 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 4.3.3.2 | Schwache freiwillige Solidarität als Ausdruck marktwirtschaftlicher Orientierung ... | 197 |
| 4.3.3.3 | Altersrückstellungen als Instrument zur nachhaltigen Finanzierung | 200 |
| 4.3.3.4 | Spezialfall in der PKV: Die Beihilfe als Krankheitsfürsorge für Beamte | 201 |
| 4.3.4 | Zum Nebeneinander von GKV und PKV | 206 |
| 4.3.4.1 | Die Dualität von GKV und PKV als Systemwettbewerb? | 206 |
| 4.3.4.2 | Quersubventionierung als Ausdruck der Solidarität der PKV mit der GKV oder umgekehrt? | 208 |
| 4.3.4.3 | Nachhaltigkeit: Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren | 211 |
| 4.3.5 | Diagnose: Strukturelle Reform der Finanzierungsseite notwendig | 213 |
| 4.4 | Der Therapievorschlag: Die Gesundheitsreform 2007 | 215 |
| 4.4.1 | Die schwere Geburt des GKV-WSG | 215 |
| 4.4.2 | Darstellung und Analyse der Neuerungen im Bereich der GKV | 217 |
| 4.4.2.1 | Darstellung der Neuerungen | 217 |
| 4.4.2.2 | Analyse der neuen institutionellen Finanzierungsstrukturen | 225 |
| 4.4.2.2.1 | Trennung von Mittelaufbringung und Mittelverwendung durch den Gesundheitsfonds | 225 |
| 4.4.2.2.2 | Die Rolle des Zusatzbeitrages als Wettbewerbsinstrument | 228 |
| 4.4.2.2.3 | Morbiditätsorientierter RSA | 235 |
| 4.4.2.2.4 | Wahltarife als Anreiz- und Wettbewerbsinstrument | 238 |
| 4.4.2.2.5 | Solidarität und Nachhaltigkeit – Große Worte, k(l)eine Taten | 243 |
| 4.4.3 | Darstellung und Analyse der Neuerungen im Bereich der PKV | 245 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4.4.3.1 | Darstellung der Neuerungen | 245 |
| 4.4.3.2 | Mehr Wettbewerb durch die Portabilität von Altersrückstellungen? | 249 |
| 4.4.3.3 | Der Basistarif als solidarisches Arrange- ment in der PKV | 253 |
| 4.4.4 | Darstellung und Analyse der Neuerungen im Systemwettbewerb | 256 |
| 4.4.4.1 | Darstellung der Neuerungen | 256 |
| 4.4.4.2 | Analyse des neuen Systemwettbewerbs | 258 |
| 4.5 | Therapieansatz mangelhaft – Nach der Reform ist vor der Reform | 261 |

5 Wege zur Institutionalisierung eines solidarischen

| | | |
|--|--|-----|
| Krankenversicherungswettbewerbs | 263 | |
| 5.1 | Vorüberlegungen | 263 |
| 5.2 | Wettbewerb erfordert Flexibilisierung des Leistungs- katalogs | 265 |
| 5.2.1 | Literaturüberblick | 265 |
| 5.2.2 | Leistungsanspruch in der GKV im Status Quo | 269 |
| 5.2.3 | Rationierung und Prioritätensetzung | 271 |
| 5.2.4 | Kriterien für eine Flexibilisierung des Leistungs- katalogs | 274 |
| 5.2.4.1 | Der Krankheitsbegriff als Ausgangspunkt .. | 274 |
| 5.2.4.2 | Effektivität und Wirtschaftlichkeit | 278 |
| 5.2.4.3 | Eigenverantwortung | 287 |
| 5.2.4.4 | Zusammenspiel der Kriterien als Entschei- dungsmodell | 291 |
| 5.2.5 | Zur Finanzierung und Organisation einer Basis- versorgung | 294 |
| 5.3 | Zur Institutionalisierung von Solidarität | 298 |
| 5.3.1 | Zum Bezahlbarkeitsproblem für ex-ante »schlechter Risiken | 298 |
| 5.3.1.1 | Prämienregulierung versus Prämien- subventionierung | 298 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.3.1.2 | Zur Ausgestaltung einer risikoadjustierter Prämien- subvention | 303 |
| 5.3.1.3 | Flankierende Maßnahmen als Übergangs- lösung | 305 |
| 5.3.2 | Zum Bezahlbarkeitsproblem für Geringverdiener und Sozial Schwache | 309 |
| 5.3.3 | Zum Nebeneinander von Prämien- subventionierung und Steuergutschriften | 311 |
| 5.4 | Zur Institutionalisierung von Nachhaltigkeit | 313 |
| 5.4.1 | Unsicherheit über zukünftig zu leistende Prämien als Ausgangsproblem | 313 |
| 5.4.2 | Individuell prospektive Altersrückstellungen als optimale Lösung? | 316 |
| 5.4.3 | Zum Konzept der zeitkonsistenten Krankenversicherung und dem »guaranteed renewability«-Ansatz | 320 |
| 5.4.4 | Risikoäquivalente Prämien mit Prämien- subvention als Alternativlösung | 324 |
| 5.4.5 | Absicherung des systematischen Ausgabenrisikos als flankierende Maßnahme | 326 |
| 5.5 | Fazit: Solidarischer Krankenversicherungswettbewerb | 328 |
| 6 | Zusammenfassung und Ausblick | 333 |
| | Anhang | 341 |
| | Literaturverzeichnis | 351 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|---|-----|
| Abbildung 1: | Einfaches Gefangenendilemma | 44 |
| Abbildung 2: | Euckens Wettbewerbsordnung einer Markt- wirtschaft | 48 |
| Abbildung 3: | Nachhaltigkeitsproblem beim Generationen- vertrag | 75 |
| Abbildung 4: | Gerechtigkeit und Wettbewerb als konstituier- ende Elemente der Sozialen Marktwirtschaft | 78 |
| Abbildung 5: | Kosten des Markt- und Staatsversagens | 83 |
| Abbildung 6: | Formen von Moral Hazard nach Abschluss von Krankenversicherungskontrakten | 92 |
| Abbildung 7: | Mehrstufiges Prinzipal-Agenten Problem in der Krankenversicherung | 93 |
| Abbildung 8: | Nichtexistenz eines vereinenden R/S Gleich- gewichts | 99 |
| Abbildung 9: | Vergleich von GKV und PKV | 168 |
| Abbildung 10: | Gesundheitsreformen und Beitragssatzentwick- lung 1970–2007 | 172 |
| Abbildung 11: | Transfervolumen im Risikostrukturausgleich 2006 | 175 |
| Abbildung 12: | Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit Alters- grenzen 20 und 65 Jahren | 187 |
| Abbildung 13: | Ausgabenprofile im RSA ohne Erwerbs- minderungsrentner im Jahr 2005 | 189 |
| Abbildung 14: | Generationenbilanz der GKV im Status Quo | 192 |
| Abbildung 15: | Prinzip der Altersrückstellungen | 194 |
| Abbildung 16: | Prämienentwicklung in der PKV zwischen 1996 und 2005 | 196 |
| Abbildung 17: | Die neue Finanzarchitektur der Mittelauf- bringung in der GKV | 218 |
| Abbildung 18: | Anreize zur Kassenwahl im Gesundheitsfonds . | 230 |
| Abbildung 19: | Nachhaltigkeitslücken in der GKV unter Berück- sichtigung der Gesundheitsreform | 245 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 20: Portabilität von Altersrückstellungen und Wechselanreize | 251 |
| Abbildung 21: Konstruktion der Effizienzgrenze | 281 |
| Abbildung 22: Einstufung des neu zugelassenen Medikaments X | 283 |
| Abbildung 23: Von den Kriterien zur solidarischen Basisversorgung | 292 |
| Abbildung 24: Varianten eines risikoorientierten Subventionsystems | 302 |
| Abbildung 25: Organisation des »solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs« | 329 |
| Abbildung A 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland | 341 |
| Abbildung A 2: Ausgabenverteilung im U.S. Gesundheitssystem nach Kostenträgern, 2006 | 342 |
| Abbildung A 3: Anteil der Neuabschlüsse betrieblicher Krankenversicherungen nach Versicherungsplan, 1988–2007 | 345 |
| Abbildung A 4: Anteil der Firmen mit einem betrieblichen Krankenversicherungsangebot nach Firmengröße, 1999–2007 | 347 |
| Abbildung A 5: Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP, OECD Länder, 2006 | 348 |
| Abbildung A 6: Die historische Entwicklung von GKV und PKV | 349 |
| Abbildung A 7: Mechanismus des RSA in der GKV | 350 |

*«Wir müssen für die Freiheit planen und nicht für die Sicherheit,
wenn auch vielleicht aus keinem anderen Grund als dem,
daß nur die Freiheit die Sicherheit sichern kann.»
Karl Popper (2003/1945), britisch-österreichischer Philosoph*

1 Hinführung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor enormen Herausforderungen. Der medizinisch-technische Fortschritt, der demographische Wandel und die systemimmanenten Fehlanreize bei den Finanzierungs-, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen führen zu einem steigenden Kostendruck bei knapper werdenden Ressourcen.¹ In den letzten zwei Jahrzehnten hat der Gesetzgeber daher immer wieder Gesetze zur Kostendämpfung im deutschen Gesundheitswesen erlassen, um die Gesundheitsausgaben in Grenzen zu halten. Die Bemühungen fanden ihren Höhepunkt in einer strikten Ausgabenbegrenzung (Budgetierung), die sich in der Form von Höchstbeträgen für die Verschreibung von Arzneimitteln und in der Form von Obergrenzen für die Summe der Arztvergütungen niederschlugen. Als Folge dieser Maßnahmen stiegen die Wartezeiten für Behandlungstermine der gesetzlich Krankenversicherten an, da es sich für die Ärzte nach Ausschöpfen des Budgets nicht mehr lohnt, weitere Patienten zu behandeln.² Daneben wurde versucht, die Finanzierungsprobleme

1 Das deutsche Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich bei den Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP hinter den USA, der Schweiz und Frankreich das viertteuerste Gesundheitssystem der Welt (Quelle: OECD (2008)).

2 Siehe zu den Wartezeiten die Studie von LÜNGEN ET AL. (2008). LAMERS ET AL. (2003), S. 58, spricht auch von »centrally planned scarcity«.

durch Beitragssatzerhöhungen und durch das Anheben der Beitragsbemessungsgrenze abzumildern.

Die Maßnahmen der Kostendämpfungspolitik zielten allerdings vorrangig auf eine Bekämpfung der Symptome ab, ohne jedoch die grundlegenden Probleme des deutschen Gesundheitswesens zu lösen. Die Hauptprobleme liegen dabei in einem mangelnden Wettbewerb und einer Überregulierung sowohl auf der Finanzierungsseite als auch bei den Leistungserstellern. Als Folge sind die individuellen Freiheiten der Bürger stark eingeschränkt. Somit sind die Individuen nicht mehr in der Lage, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gegen den alternativ möglichen Konsum anderer Güter abzuwägen. Diese von persönlichen Präferenzen gesteuerte Konsumententscheidung findet auf Gesundheitsmärkten kaum statt. Einen kritischen Bereich bildet dabei der Krankenversicherungssektor. Der Besitz von Krankenversicherungsschutz ist in Deutschland der Schlüssel für den Zugang zu medizinischen Leistungen. Die Finanzierungsseite spielt daher eine große Rolle, da hier das Mittelaufkommen generiert wird, welches erst in einem weiteren Schritt im Leistungs- und Behandlungsmarkt weiterverteilt wird (Mittelverwendung). Anreize, die das Mittelaufkommen steuern, schlagen somit auch auf andere Bereiche des Gesundheitswesens durch. Aus diesen Gründen konzentriert sich die vorliegende Arbeit im Wesentlichen auf den Krankenversicherungssektor. Andere Sektoren werden lediglich dann in die Betrachtung mit eingebunden, wenn es für das Verständnis notwendig ist.

Der deutsche Krankenversicherungssektor bietet sich für eine tiefer gehende Analyse geradezu an, da er eine weltweit einzigartige Kombination aus zwei institutionell verschiedenen Krankheitskostenvollversicherungssystemen darstellt: einerseits die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und andererseits die private Krankenversicherung (PKV). Diese Konzeption ist jedoch nicht das Resultat eines wissenschaftlich fundierten Diskurses, sondern das Ergebnis eines historischen und politischen Prozesses. Im Laufe der Arbeit wird sich zeigen, dass dieses duale Krankenversicherungssystem aus wettbewerbspolitischer, aber auch gerechtigkeitstheoretischer Sicht kein »optimales« Marktgeschehen zulässt. Mit der Gesundheitsreform

2007 hat die Große Koalition den Versuch unternommen, eine strukturelle Reform auf den Weg zu bringen, die mit dem Gesundheitsfonds als Kernelement auch eine Neuordnung der Finanzierungsseite beinhaltet. In wieweit die Reform eine Verbesserung gegenüber dem Status Quo bedeutet, wird ebenfalls Gegenstand einer umfangreichen Analyse sein.

Zusammenfassend tragen die vorherrschenden institutionellen Rahmenbedingungen dazu bei, dass die Mittel nicht in ihre effizienteste Verwendung fließen, so dass es zu einer Fehlallokation von Ressourcen kommt. So hat der SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT in einer viel beachteten empirischen Untersuchung festgestellt, dass im deutschen Gesundheitswesen eine kostenträchtige Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Gesundheitsleistungen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zu beklagen ist.³ Insgesamt sind die Probleme bereits so stark an ihren Wurzeln verzahnt, dass zu ihrer Lösung an sehr vielen Stellen angesetzt werden muss, um in vielfältiger Weise Verhaltensänderungen hervorzurufen. Sprich: die Anreize im deutschen Gesundheitssystem müssen grundlegend neu adjustiert werden und als Schlüssel hierzu dient der Krankenversicherungsmarkt. Diese Ausgangssituation bildet die zentrale Grundlage dieser Dissertation.

1.2 Zielsetzung und Forschungsstand

Ausgegangen wird von der These, dass ohne eine institutionelle Neuorganisation des Krankenversicherungsmarktes eine dauerhafte ökonomische und politische Stabilität des Gesundheitswesens nicht möglich ist. Ferner wird argumentiert, dass ein gegenüber dem Status Quo stärker an marktwirtschaftlichen Prinzipien ausgerichteter Krankenversicherungssektor in allokativer und distributiver Sicht zu einer besseren Ressourcenallokation führen wird. Die Tatsache, dass Ressourcenknappheit auch im Gesundheitswesen gilt, mag

³ Siehe SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001).

dabei zunächst eine triviale Feststellung sein. »Im Gesundheitssystem gewinnt diese schlichte Tatsache aber besondere Brisanz dadurch, dass das Gesetz der Knappheit von Gütern hier sehr schnell eine existenziell bedrohliche Dimension annehmen kann, die alles andere ist als trivial.«⁴ Aus diesem Grund stellt sich immer auch die Frage nach Gleichheit und Gerechtigkeit beim Zugang zu und der Nutzung von medizinischen Ressourcen. In dieser Arbeit wird vor allem der Zugang thematisiert. Vor dem Hintergrund der Sozialen Marktwirtschaft wird der Frage nachgegangen, wie ein solidarischer Krankenversicherungswettbewerb gestaltet werden kann, der sowohl ein Höchstmaß an individueller Freiheit als auch eine Absicherung der Benachteiligten ermöglicht.

Das Hauptziel der Arbeit besteht somit darin, institutionelle Arrangements für die Neugestaltung des Krankenversicherungsmarktes zu finden, die gegenüber dem Status Quo hinsichtlich Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit überlegen sind. Mit dieser Fragestellung steht die Arbeit in der Forschungslandschaft nicht alleine da. Sowohl zur Neuordnung des Gesundheitswesens allgemein als auch des Krankenversicherungsmarktes im Speziellen haben sich bereits viele wissenschaftliche Studien beschäftigt. Reformvorschläge für die Finanzierungsseite reichen dabei von einer Beibehaltung des bisherigen dualen Systems, über die Abschaffung der PKV als Krankheitskostenvollversicherung bis hin zur Abschaffung bzw. Privatisierung der GKV. Allerdings haben die Reformvorschläge es bisher nicht geschafft, einen Konsens hinsichtlich Reformziele und Reformschritte zu erzielen.⁵ Überhaupt fehlt es gerade den marktwirtschaftlich orientierten Studien an einer systematischen Aufarbeitung der beiden zentralen Prinzipien Wettbewerb und Solidarität. Die Frage, wie konkret diese beiden Prinzipien für eine institutionelle Reorganisation austariert werden sollen, bleibt in der Regel offen. Dies findet seinen Ausdruck darin, dass zwar die meisten wettbewerblich ausgerichteten Autoren eine Aufteilung des Krankenversicherungsschutzes

4 ZUDE (2006), S. 109.

5 Vgl. GETHMANN ET AL. (2005), S. 1.

in einen Basisschutz und einen privat zu finanzierenden Zusatzschutz fordern, ohne allerdings konkret die wichtige Frage zu beantworten, nach welchen Kriterien der Umfang des Basisschutzes definiert werden soll.

Als Folge der Forschungsdefizite wurde bei der Herangehensweise an das Thema bewusst ein interdisziplinärer Ansatz gewählt, da im Gesundheitswesen neben der ökonomischen Sichtweise, die vor allem auf die Kräfte des Marktes setzt, auch eine ethische Sichtweise notwendig ist, wenn es um der Frage nach Freiheit und Gerechtigkeit geht. Es wird daher untersucht, wie ein ethisch gerechtfertigtes und ökonomisch vernünftiges Krankenversicherungssystem aussehen könnte.

1.3 Vorgehensweise

In der Arbeit wird ein institutionenökonomischer Ansatz verfolgt, der in deutscher Tradition seine Wurzeln im Ordoliberalismus findet. Der ordoliberale Ansatz bildete 1948 in Deutschland die theoretische Grundlage für das Konzept der Sozialen Marktwirtschaft, welches die Wirtschaftspolitik der Nachkriegsjahre beeinflusste und für den enormen wirtschaftlichen Aufschwung (Wirtschaftswunder) mit verantwortlich gemacht wird. Heute, nach genau 60 Jahren Sozialer Marktwirtschaft, verwässert das Konzept zunehmend.⁶ Eigenverantwortliches Handeln und freie Initiative werden durch einen überbordenden Umverteilungsstaat immer weiter beschränkt. Dies gilt insbesondere für die Sozialversicherungszweige, die durch staatlichen Dirigismus gekennzeichnet sind. Vor diesem Hintergrund ist eine Rückbesinnung auf die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft geboten. Kapitel 2 diskutiert daher, wie die Soziale Marktwirtschaft als Rahmenordnung für die Neugestaltung des Krankenversicherungsmarktes fruchtbar gemacht werden kann. Dazu werden die

⁶ Siehe den Jenaer Aufruf zur Erneuerung der Sozialen Marktwirtschaft: o.V. (2008).

zwei Dimensionen der Sozialen Marktwirtschaft näher betrachtet: Zum einen muss geklärt werden, was unter einer Marktwirtschaft verstanden wird und zum anderen geht es um die Frage, was genau das »Soziale« an der Marktwirtschaft ausmacht. Hier wird anhand des ethischen Ansatzes der Menschenwürde argumentiert, da diese als zentrales Grundrecht im Grundgesetz normiert ist. Schließlich soll geklärt werden, wie die Soziale Marktwirtschaft für die Neuordnung des Krankenversicherungsmarktes einen Rahmen darstellen kann, um möglichst viel Freiheit für den Einzelnen zu schaffen und gleichzeitig einen marktkonformen sozialen Ausgleich zu schaffen. Dabei werden insbesondere drei zentrale Prinzipien herausgearbeitet: Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit.

Dem gegenüber beinhaltet das institutionelle Arrangement der Krankenversicherung einige Besonderheiten, die eine wettbewerbliche Ausrichtung erschweren. Diesem Thema widmet sich das Kapitel 3, welches als Schwerpunkt auf die Herausforderungen der Institutionalisierung von Wettbewerb eingeht. Die hier herausgearbeiteten Implikationen dienen der Entwicklung einer Skizze für einen »solidarischen Krankenversicherungswettbewerb«. Dabei wird die These vertreten, dass dem Krankenversicherungsmarkt eine zentrale Rolle zukommen sollte, da die Krankenversicherungsunternehmen als Sachwalter des Patienten ein echtes Interesse an einer effizienten Leistungserstellung haben. Um diese Sachwalterrolle zu stärken, muss auch über neue Formen der stärkeren Verzahnung zwischen Leistungserstellung und Leistungsfinanzierung nachgedacht werden. Hierzu wird als Beispiel das Managed Care System in den USA vorgestellt, welches ein in großem Maße privatwirtschaftlich organisiertes Krankenversicherungssystem darstellt. Schließlich wird verglichen, welche Lehren für das deutsche Gesundheitssystem gezogen werden können.

Das Kapitel 4 analysiert den gegenwärtigen Zustand des deutschen Krankenversicherungsmarktes hinsichtlich der Prinzipien Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit. Dabei wird auf die beiden Krankenversicherungsmärkte zunächst jeweils separat eingegangen, bevor dann noch der Systemwettbewerb betrachtet wird. Schließlich wird die Gesundheitsreform 2007 ebenfalls intensiv kritisch gewürdigt.

Das Kapitel 5 zeigt abschließend Wege zur Institutionalisierung eines »solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs« auf. Dabei gilt ein Hauptaugenmerk der Frage, nach welchen Kriterien ein Basisleistungsumfang definiert werden kann. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der Organisation und Finanzierung diskutiert sowie auf die Institutionalisierung von Solidarität und Nachhaltigkeit im Rahmen der Basisversorgung eingegangen.

Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und einem Ausblick.

ta ethika

herausgegeben von

Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler, Universität Jena
und
Prof. Dr. Elke Mack, Universität Erfurt

- Band 8: Christian Warns: **Spielregeln eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs** · Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit nach der Gesundheitsreform 2007
2009 · 388 Seiten · ISBN 978-3-8316-0864-5
- Band 7: Martin O'Malley: **Wilhelm Ketteler and the Birth of Modern Catholic Social Thought** · A Catholic Manifesto in Revolutionary 1848
2008 · 204 Seiten · ISBN 978-3-8316-0846-1
- Band 6: Sabine Odparlik, Peter Kunzmann, Nikolaus Knoepffler (Hrsg.): **Wie die Würde gedeiht** · Pflanzen in der Bioethik
2008 · 318 Seiten · ISBN 978-3-8316-0818-8
- Band 5: Martin O'Malley, Antje Klemm (Hrsg.): **Cancer Research is a Social Endeavor** · An Interdisciplinary Introduction to Ethics in Cancer Research
2008 · 100 Seiten · ISBN 978-3-8316-0755-6
- Band 4: Peter Kunzmann, Sabine Odparlik (Hrsg.): **Eine Würde für alle Lebewesen?**
2007 · 148 Seiten · ISBN 978-3-8316-0741-9
- Band 3: Dirk Preuß: **... et in pulverem reverteris?** · Vom ethisch verantworteten Umgang mit menschlichen Überresten in Sammlungen sowie musealen und sakralen Räumen
2007 · 104 Seiten · ISBN 978-3-8316-0739-6
- Band 2: Nikolaus Knoepffler, Antje Klemm (Hrsg.): **Ernst Abbe als Unternehmer und Sozialreformer – Ein Beitrag zur Wirtschaftsethik**
2007 · 74 Seiten · ISBN 978-3-8316-0705-1
- Band 1: Elke Mack: **Familien in der Krise** · Lösungsvorschläge Christlicher Sozialethik
2005 · 106 Seiten · ISBN 978-3-8316-0543-9

Erhältlich im Buchhandel oder direkt beim Verlag:
Herbert Utz Verlag GmbH, München
089-277791-00 · info@utz.de

Gesamtverzeichnis mit mehr als 3000 lieferbaren Titeln: www.utz.de