



MANAGERKREIS DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG

**Wachstumsfeld Gesundheit  
12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik**

von:

Dr. Heik Afheldt (Federführung)

Edmund Fröhlich

Dr. Stefan Harant

Christiane Krajewski

Prof. Robert Leicht

Dr. Hans-Peter Wagner

unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. Stefan Sell

Nicole Breyer

Dr. Peter Oesterdiekhoff

Berlin, Juni 2003

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Die Forderungen im Überblick</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Ausgangslage und Szenarien für die nächsten drei Jahrzehnte</b>	<b>2</b>
	Zur Lage	2
	Die Probleme verschärfen sich in den kommenden Jahrzehnten	4
<b>4.</b>	<b>Unverzichtbare Grundsätze einer wirksamen Reform</b>	<b>6</b>
	Das gesamte Gesundheitssystem im Visier	6
	Klarheit über die Ziele der Gesundheitspolitik	7
	Entscheidung für ein Steuermodell	8
<b>5.</b>	<b>Die 12 Forderungen des Managerkreises</b>	<b>9</b>
	1. Eine wirkliche Systemreform – das Ganze im Überblick	9
	2. Bessere Ergebnisse durch mehr Transparenz und Wettbewerb	9
	3. Keine Bindung der Versicherungsbeiträge an die Arbeitseinkommen – statt dessen Kopfpauschalen für alle	10
	4. Keine Trennung zwischen PKV und GKV – Wettbewerb zwischen den Kassen	12
	5. Zusatzversicherungen für Sonderrisiken und differenzierte Prämien für unterschiedliche Staffeln der Selbstbeteiligung	13
	6. Monistische Finanzierung der Krankenhäuser – und mehr Wettbewerb	13
	7. Raus mit versicherungsfremden Leistungen – Einbezug der Pflegeversicherung	13
	8. Integration der niedergelassenen und der Fachärzte an Krankenhäusern, sowie der ambulanten und stationären Versorgung – kein Hausarztzwang	14
	9. Messung und Überwachung der Qualität der Einrichtungen und ärztlichen Leistungen	15
	10. Abschaffung des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigung – Vertragsfreiheit für alle Kassen	16
	11. Anreize für Prävention und gesundheitsbewusstes Verhalten	16
	12. Liberalisierung des Arzneimittelhandels	17
<b>6.</b>	<b>Probleme des Übergangs – schrittweise Umsetzung des Systemwechsels</b>	<b>18</b>

# 1 Vorwort

Noch ein Gutachten zur Gesundheitsreform. Liegen nicht schon ausreichend Vorschläge auf dem Tisch - und mangelt es nicht lediglich an einer konsequenten Umsetzung?

Der Managerkreis ist anderer Auffassung. Die bisherigen Reformen zielten vornehmlich auf Kostendämpfung, wobei sie allenfalls temporäre Erfolge hatten. Heute wächst zwar die Einsicht, dass nur ein grundsätzlicher Reformansatz zum nachhaltigen Erfolg führen kann. Aber auch die jüngsten Vorschläge bleiben im wesentlichen innerhalb des bestehenden Systems.

Der Managerkreis legt seine Vorschläge und Forderungen für eine nachhaltige Reform der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor allem aus der Sorge um zwei drohende Entwicklungen vor:

- Ein großes gesellschaftlich, wirtschaftlich und beschäftigungspolitisch **zentrales Wachstumsfeld** droht nicht nur nicht genutzt, sondern stranguliert zu werden.
- **Die** steigende Belastung des Faktors Arbeit **mit Sozialabgaben und Krankenkassenbeiträgen bedroht die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Unternehmen und des Standortes Deutschland. Sie überfordert außerdem die derzeitigen Beitragszahler und treibt viele Arbeitnehmer in die Schattenwirtschaft.**

Die Bundesregierung hat diese Gefahren erkannt und spätestens mit den „Eckpunkten zur Modernisierung des Gesundheitswesens“ und dem Entwurf des „Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ eine Reihe von Maßnahmen angekündigt, die in die richtige Richtung zielen. Der Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung begrüßt die von der Bundesregierung vorgesehenen Schritte, insbesondere die Flexibilisierung des Vertragsrechtes, die den Krankenkassen ermöglicht, Einzelverträge zu schließen, die Änderungen in der Arzneimittelversorgung (Abschaffung des Mehrbesitz- und Versandhandelsverbots, Abbau von Fehlanreizen), Modifizierung des Leistungskatalogs durch Verschiebung einiger Leistungen auf den öffentlichen Haushalt und Streichung anderer, Weiterentwicklung der Versichertenkarte zur elektronischen Gesundheitskarte, sowie alle Maßnahmen zur Stärkung der Patientenrechte und Markttransparenz.

Der Managerkreis vertritt die Auffassung, dass der Bundesregierung damit der Einstieg in einen Reformprozess gelungen ist, der nicht nur am Symptom kuriert, sondern durchaus an Wurzeln – z.B. die geringe Wettbewerbsintensität – geht. Doch wird die Reform noch keinen Durchbruch in Richtung eines effizienten und zukunftsfesten Gesundheitssystems zustande bringen. Sie müsste in einigen entscheidenden Punkten über die z.Z. bekannten Reformelemente hinausgehen. Die Regierung muss über den Tag der Verabschiedung des vorliegenden Gesetzentwurfes hinausdenken und insbesondere in der Finanzierungsfrage den Mut zu einem Wechsel des Systems aufbringen, da langfristig eine Umlagefinanzierung aus Lohneinkommen nicht durchzuhalten ist. Der Managerkreis legt seine Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik in einem 12-Punkte-Katalog vor.

## **2 Die Forderungen im Überblick**

1. Eine wirkliche Systemreform – das Ganze im Blick
2. Bessere Ergebnisse durch mehr Transparenz und Wettbewerb

### *Die Finanzierungsseite*

3. Keine Bindung der Versicherungsbeiträge an die Arbeitseinkommen - statt dessen Kopfpauschalen für alle
4. Keine Trennung zwischen PKV und GKV – Wettbewerb zwischen allen Kassen
5. Zusatzversicherungen für Sonderrisiken und differenzierte Prämien für unterschiedliche Staffeln der Selbstbeteiligung
6. Monistische Finanzierung der Krankenhäuser – und mehr Wettbewerb

### *Die Leistungsseite*

7. Raus mit versicherungsfremden Leistungen – Einbezug der Pflegeversicherung
8. Integration der niedergelassenen und der Fachärzte an Krankenhäusern, sowie der ambulanten und stationären Versorgung - kein Hausarztzwang.
9. Messung und Überwachung der Qualität der Einrichtungen und ärztlichen Leistungen, Managed Care.
10. Abschaffung des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigung - Vertragsfreiheit für alle Kassen
11. Anreize für Prävention und gesundheitsbewusstes Verhalten
12. Liberalisierung des Arzneimittelhandels

## **3 Ausgangslage und Szenarien für die nächsten drei Jahrzehnte**

### **Zur Lage**

Gesundheit ist für die meisten Menschen ein absolut prioritäres Gut. Viele sind bereit für ihre Gesundheit und für eine möglichst gesunde Verlängerung ihres Lebens so viel Zeit, Anstrengung und Geld auszugeben, wie sie eben aufbringen können. Das Bestreben der Politik muss sein, die institutionellen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, um den Menschen diesen Wunsch nach „mehr Gesundheit“ mit einem vertretbaren eigenen Beitrag und einem möglichst günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis zu ermöglichen. Für Ökonomen heißt das, die „Produktivität“ des Gesundheitsversorgungssystems stetig zu optimieren. Das beginnt bei der Gesundheitserziehung, reicht über die Aus- und Weiterbildung qualifizierten medizinischen Personals, über die Prüfung und Zulassung nützlicher Medikamente bis zur Sorge um ausreichende Behandlungsmöglichkeiten auch für mittellose Bürger und – ganz aktuell – bis zum Seuchenschutz.

Um Qualität und Produktivität ständig zu erhöhen, braucht es aber vor allem einen „institutionellen Druck“, der am wirkungsvollsten über Wettbewerb auf möglichst transparenten Märkten organisiert werden kann.

Es ist im Grunde nicht beunruhigend, wenn die Aufwendungen der Menschen für ihre Gesundheit – und damit der Anteil der „Gesundheitskosten“ am BIP – mit zunehmendem Wohlstand und höherer Lebenserwartung in einem Land wie in Deutschland immer weiter ansteigen. Es ist im Gegenteil ein wesentliches Element qualitativen Wachstums,

vorausgesetzt, die Systeme der Gesundheitsversorgung bieten den Menschen für ihr Geld wirklich gute Leistungen in Form von „mehr Gesundheit“ (Gesundheitsgewinne) – und die Formen der Finanzierung, der Lastenverteilung und Leistungserbringung führen nicht zu unnötigen, schädlichen, volkswirtschaftlichen Kosten, zu Engpässen und negativen Leistungsanreizen. Beides ist in Deutschland heute der Fall.

Wie haben sich die **Kosten für Gesundheit** in Deutschland in den vergangenen zwei Jahrzehnten tatsächlich entwickelt?

Die **Ausgaben für Gesundheit steigen**, wie zu erwarten ist, weiter an. Das gilt sowohl für die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte als auch für die Anteile an den öffentlichen Haushalten und am Bruttoinlandsprodukt (Abb. 1). Allerdings erscheint der Anstieg moderat. Die Anteile der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am Bruttosozialprodukt sind von 1980 bis 2000 nur von 5,84 % auf 6,24 % gestiegen. Das Hauptproblem der GKV besteht also weniger im ungebremsten Ausgabenwachstum als in ihren erodierenden Einnahmen. Zusammen mit den übrigen direkt zuordenbaren privaten Ausgaben für Gesundheit reden wir in diesem Lande aber von gut **250 Mrd. Euro**. Die Leistungsausgaben der GKV machen davon etwa die Hälfte aus.

Abb. 1: Gesamtausgaben des deutschen Gesundheitswesens (ohne Einkommensleistungen)

Jahr	in Mrd. EURO	in % des Bruttoinlandsprodukts	Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte in Deutschland (in Mrd. Euro)
1992	163,2	10,1	17,4
1993	168,1	10,2	
1994	180,2	10,4	20,1
1995	194,0	10,8	
1996	203,0	11,1	22,9
1997	203,9	10,9	
1998	208,4	10,8	26,4
1999	214,3	10,8	
2000	218,8	10,8	26,7
2001	225,9	10,9	27,8

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie S2

Es macht durchaus Sinn, das große Beschäftigungspotenzial des Gesundheitssektors auch künftig sinnvoll zu nutzen. Mit heute gut **4,1 Millionen Beschäftigten** ist das **Gesundheitswesen** die größte Branche im Lande. Sie beschäftigt weit mehr Menschen als alle klassischen Industriebranchen (EDV-Büromaschinen, Bergbau, Medientechnik, Metallerzeugung, Elektrotechnik, Ernährung, Chemie und Automobilbau) zusammen, davon rund 900.000 in Arztpraxen. Seit 1980 hat sich die **Zahl der Jobs** im Gesundheitswesen **verdoppelt**. Gesundheit ist zu einer eigentlichen „Jobmaschine“ geworden, obwohl die Lohnquote im Gesundheitswesen in derselben Zeit von 77% auf 68% gefallen ist.

Trotz der gewaltigen Ausgaben für die Gesundheit befriedigen – abgesehen von einigen beachtlichen Spitzenleistungen – weder die Qualität noch die Produktivität des deutschen Systems, wie internationale Vergleiche zeigen. So weist Deutschland im Vergleich der Industrieländer überdurchschnittlich hohe Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit auf, erreicht jedoch nur eine leicht unterdurchschnittliche Lebenserwartung (vgl. Jan Böcken et al., Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh 2000, S. 38). (Siehe Abb. 2)

Abb. 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Lebenserwartung (1997)

Land	Gesundheitsausgaben pro Kopf in \$-KKP <sup>1</sup>	Lebenserwartung <sup>2</sup>	
		Frauen	Männer
USA	4095	79,4	72,7
Schweiz	2611	81,9	75,7
<b>Deutschland</b>	2364	79,9	73,6
Kanada	2175	81,5	75,7
Dänemark	2042	78,0	72,9
Niederlande	1933	80,4	74,7
Finnland	1525	80,5	73,0
Großbritannien	1391	79,5	74,3
<i>Durchschnitt</i>	2267	80,1	74,1

1) umfasst ausgaben für stationäre und ambulante Gesundheitsdienstleistungen, Arznei- und Hilfsmittel, Prävention und öffentliche Gesundheit, Krankenversicherungen, Gesundheitsverwaltungen, Investitionen in Gebäude und Ausstattungen, Ausbildung, Forschung und Entwicklung

2) Lebenserwartung bei Geburt in Jahren

Quelle: Böcken, Jan/Butzlaff, Martin/Esche, Andreas (Hrsg.) 2000: Reformen im Gesundheitswesen

Außerdem empfindet ein wachsender Teil der Bevölkerung subjektiv einen Mangel in der Gesundheitsversorgung, weil ihr die Wahlmöglichkeiten zunehmend gestutzt werden und sie die Leidtragenden eines Zweiklassen-Systems zu werden meinen.

### Die Probleme verschärfen sich in den kommenden Jahrzehnten

Mit den absehbaren demographischen Trends verändern sich die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung kräftig. Die Zahl der Älteren nimmt relativ und auch absolut kräftig zu. Damit ändert sich das „Krankheitsbild“ der deutschen Bevölkerung (das Morbiditätsprofil) und mit ihm der Bedarf an Gesundheitsleistungen – und vor allem an Pflegeleistungen: weniger Geburten und weniger Kinderkrankheiten bei sehr viel mehr gerontologischen Befunden und entsprechenden Gesundheitsleistungen und ein explodierender Bedarf an Altenpflege.

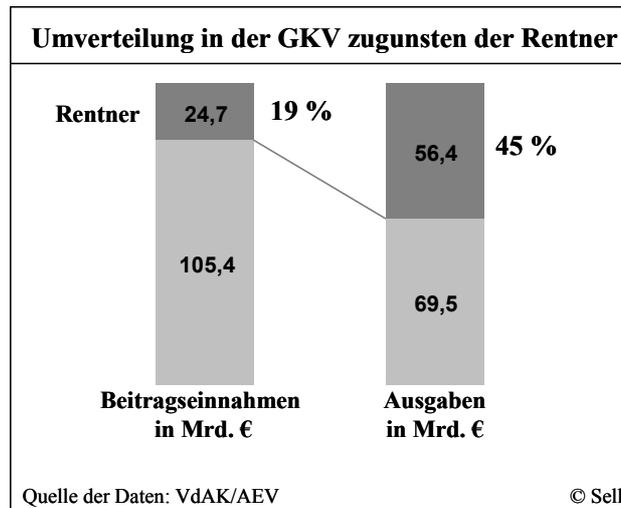
Ob die „Überalterung“ der deutschen Bevölkerung allerdings per Saldo zu mehr oder weniger Gesundheitskosten führt, ist noch nicht eindeutig geklärt. Die höchsten Ansprüche - und damit 70 bis 80 Prozent der gesamten Kosten - verursachen die Menschen nämlich in den letzten ein bis zwei Jahren vor ihrem Tode – egal wie alt sie werden.

Sowohl die These der wachsenden Ausgaben infolge von höherer Lebenserwartung („Medikalisierungsthese“) als auch die These, dass sich die von Krankheiten geprägte Lebensspanne vor dem Tod reduziert („Kompressionsthese“) treffen zu – dann nämlich, wenn man nach dem sozioökonomischen Status unterscheidet:

„Für die Angehörigen der oberen Mittelschicht und der Oberschicht ist „compression of morbidity“ keine Utopie, sondern Realität. Sie leben länger und erwerben ihre chronischen Erkrankungen immer später. Die Angehörigen der Unterschicht und der unteren Mittelschicht verbringen hingegen ihre auf niedrigerem Niveau hinzugewonnenen Lebensjahre mit relativ früh erworbenen chronischen Einschränkungen, für sie gilt die „Verschlechterungsthese.“ (Kühn 2001: Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, P 01-204, S. 13).

Insgesamt sind die Menschen während ihres längeren Lebens aber heute sehr viel gesünder als früher. Im jetzigen System wird für Rentner die Diskrepanz zwischen den von ihnen

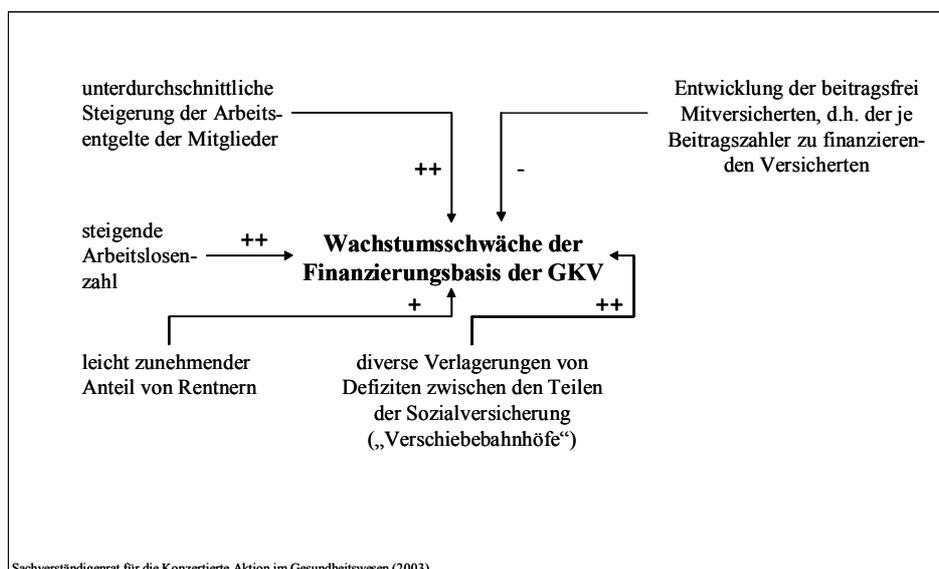
gezahlten Beiträgen und den von ihnen erhaltenen Leistungen mit wachsender Lebenserwartung und wachsendem Anteil der Alten anwachsen. Siehe Abb.3:



1970 kostete ein Erwerbstätiger der GKV 390 €, für einen Rentner waren mit 420 € etwa **8%** höhere Kosten anzusetzen  
 1998 waren es 1.980 € für einen Erwerbstätigen und mit nunmehr 3.630 € für einen Rentner **mehr als 80%** höhere Kosten!

Von der wissenschaftlichen und medizintechnischen Seite ist auch in absehbarer Zukunft – so wie in der jüngsten Vergangenheit - ein beachtlicher technischer Fortschritt mit einer entsprechenden hohen „Gesundheitsrendite“ zu erwarten. Gentechnische Erkenntnisse, neue krankheitsvermeidende Vorsorge und kostensparende und die Gesundheit schonende Operationsmethoden werden entstehen. Insgesamt können wir davon ausgehen, dass die Produktivitätspotentiale im gesamten Gesundheitssektor enorm sind. Deshalb kommt es auch darauf an, diese Reserven durch einen kräftigen Wettbewerb um die jeweils bessere Lösung und durch wirkungsvolle Anreizsysteme (Qualität muss sich lohnen!) zu heben.

Abb. 4: Einflussfaktoren auf die Wachstumsschwäche der GKV-Finanzierungsbasis



## 4 Unverzichtbare Grundsätze einer wirksamen Reform

### Das gesamte Gesundheitssystem im Visier

Gesundheitspolitik beschränkt sich bisher oft auf die Frage, wie der **Kostenanstieg in der Krankenversorgung** (Arzneien, Therapien, Liegedauer in Krankenhäusern) gedämpft werden kann (Rosenbrock, WZB). In der Regel wird dabei zu dirigistischen Instrumenten (wie der Budgetierung nach dem Vorbild Kriegswirtschaft) gegriffen.

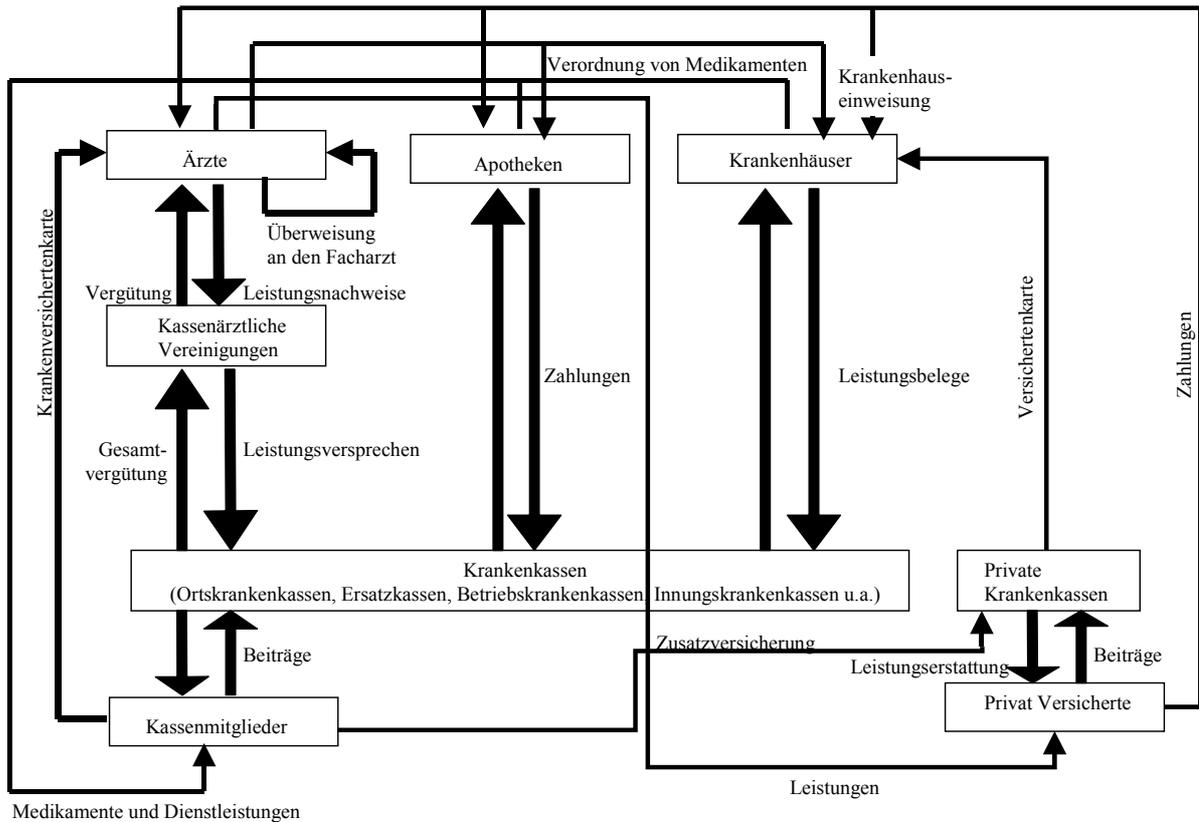
Die Sorge um das hohe Gut Gesundheit führt bei vielen Akteuren zu einem tiefen Misstrauen gegenüber marktwirtschaftlichen Regelungen, gegenüber Wettbewerb und Transparenz. Mit der Einengung der Reformabsichten auf die Kostenseite und auf Behandlung und Versorgung von Kranken wird der Blick auf die wichtigsten Akteure, die Instrumente und die Wirkungen einer richtig verstandenen ganzheitlichen und nachhaltigen Gesundheitspolitik (Public Health) aber verstellt. Sie müsste alle gesundheits- und krankheitsrelevanten Faktoren, die politischer Gestaltung zugänglich sind, erfassen und Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt Rechnung tragen umfassen (siehe Abb. 5 und 6).

**Abb. 5:** Interventionsfelder und Interventionstypen der Gesundheitspolitik

<b>Zustand</b>				
Gesundheit und Wohlbefinden	spezifische und unspezifische Gesundheitsrisiken, Befindlichkeitsstörungen	behandlungsfähige Befunde ohne Symptome	akute und chronische Erkrankungen, Behinderungen	Tod
<b>Interventionstypen</b>				
Gesundheitsförderung	Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Primärintervention)	Früherkennung und Frühbehandlung, Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Sekundärprävention)	medizinische Behandlungen; medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation; Pflege; Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Tertiärprävention)	

Quelle: Rosenbrock 1998

Abb. 6: Das gegenwärtige Gesundheitssystem



## Klarheit über die Ziele der Gesundheitspolitik

Die Gesundheit ist des modernen Menschen höchstes Gut. Aber dies wäre noch lange kein Grund, dafür höchste Preise zu bezahlen. Das tun wir in Deutschland derzeit auch nicht. Aber selbst wenn sich der Anteil des Bruttosozialprodukts, den wir Deutschen für unser Gesundheitssystem aufwenden, letztlich in den zurückliegenden Jahrzehnten nicht dramatisch erhöht hat, ist damit die Frage noch lange nicht beantwortet: Lässt sich das gesamte System nicht vernünftiger organisieren – effektiver, preisgünstiger, insgesamt menschengerechter? Ein menschengerechtes, also ein sozial gerechtes und zielgerichtetes Gesundheitssystem zu möglichst günstigen Preisen, setzt zweierlei voraus: Ein **hohes Maß an persönlicher Autonomie** und verantworteter **Gestaltungsmöglichkeit des Einzelnen** (als „Verbraucher“) und ein hohes Maß an **Wettbewerb** zwischen den „Anbietern“. Der funktionierende Wettbewerb zwischen den Anbietern ist die unabdingbare Voraussetzung für die Autonomie, **Wahlfreiheit** und Verantwortung des versicherten Patienten – und zwar *vor* jeder Erkrankung ebenso wie in der Phase seiner Krankheit. An diesen Voraussetzungen fehlt es derzeit in Deutschland in vielfacher Weise.

Die Gesundheit ist ein Gut, mit dem im Normalfall der Mensch geboren wird. Aber sie ist zugleich ein paradoxes Gut. Denn ursprünglich, jedenfalls im „Normalfall“, hat der Mensch dieses Gut als Bestandteil seiner Grundausstattung. Dann jedoch, im Verlauf seines Lebens, verliert der Mensch dieses Gut immer wieder; er versucht aber, und zwar mit Hilfe des Gesundheitssystems (das eigentlich ein „Krankheitssystem“ ist), seine Gesundheit immer wieder herzustellen. Aber auch unser Gesundheitssystem arbeitet im Grunde paradox: Dort,

wo der Mensch seine Gesundheit am leichtesten und zu günstigsten Preisen (und zugleich mit einem hohen Maß an persönlicher Autonomie) bewahren könnte, nämlich auf dem Gebiet der Prävention, geht das Gesundheitssystem am allerwenigsten auf sein Verhalten ein, weder reaktiv noch pro-aktiv – etwa bei der Gestaltung der Versicherungstarife, der Unterstützung der Prävention. Dort aber, wo es besonders teuer ist, die Gesundheit wiederzugewinnen, im intensiven kurativen Sektor, schrumpfen die Optionen eines privatautonomen Verhaltens des Patienten auf ein Minimum.

Wer sich also nicht nur damit zufrieden gibt, den Anteil der Gesundheitsaufwendungen am Bruttosozialprodukt in etwa konstant zu halten, und wer es außerdem nicht nur darauf anlegt, die im Grunde systemwidrige und wachstumshemmende Verknüpfung der Krankenversicherung mit den Arbeitskosten aufzuheben, der muss das Gesundheitssystem so reformieren, dass es seine ersten Impulse möglichst früh dort setzt, wo schon dem Entstehen von Krankheiten wirksam vorgebeugt werden kann; und er muss das Gesundheitssystem so organisieren, dass im weiteren Verlauf der Versicherte (und Patient) ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Gestaltungsfreiheit behält – eine Wahlfreiheit und Chancenvielfalt, die einen echten Wettbewerb der Anbieter und Versicherer zwingend voraussetzt. Erst wenn diese Voraussetzungen so weit wie eben möglich erfüllt sind, lässt sich das wichtigste Ziel jeder Gesundheitspolitik in einem Sozialstaat erreichen: die **gerechte und gleichmäßige Sicherung der elementaren Gesundheitsleistungen der Vorsorge und Nachsorge** – und zwar für alle zu tragbaren Preisen.

### **Entscheidung für ein Steuerungsmodell**

Als Steuerungsmodell für das Gesundheitswesen stehen im Prinzip als Extreme auf der einen Seite ein staatliches Gesundheitssystem, bspw. ‚National Health Service‘ (NHS) in Großbritannien, oder auf der anderen Seite ein rein marktorientiertes System, wie es sich in den USA findet, und dann alle möglichen Mischsysteme zur Verfügung.

**Staatliche Gesundheitssysteme** können steuer- oder beitragsfinanziert sein. Die Gesundheitsdienstleistungen stehen hier allen Bürgern kostenfrei zur Verfügung. Diese Systeme bieten aufgrund des geringen Wettbewerbs wenig Anreize zur Effizienz, wenig Wahlfreiheit für die Kunden und tendieren zur Rationierung. Sie bieten dem Staat im Prinzip aber ein hohes Kostendämpfungspotential bei entsprechenden Leistungsdeckeln. So ist z.B. das englische System des NHS gemessen am Anteil am BIP das billigste in Europa. Ältere und chronisch Kranke werden allerdings aus Budgetgründen oft von der Behandlung ausgeschlossen – sogar bei lebensbedrohlichen Krankheiten.

**Marktorientierte Systeme** basieren auf dem Versicherungsprinzip mit risikoadäquaten Prämien, Wettbewerb unter den Versicherern und unter den Leistungserbringern. Sie haben allerdings den Nachteil, dass ein hoher Anteil der Bevölkerung sich nicht oder nicht ausreichend versichern kann, weil sie sich die kosten- und risikogerechten Prämien aus finanziellen Gründen nicht leisten können.

Dennoch sind, nach Meinung des Managerkreises, die Anreize zur Effizienz- und Produktivitätssteigerung, die vom Wettbewerb zwischen Versicherern und zwischen Leistungserbringern ausgehen, entscheidend für die Forderung nach einem markt- und wettbewerbsbestimmten Gesundheitssystem in Deutschland. Dann aber muss ein solches System der Gesundheitsfürsorge und Vorsorge solidarisch so abgedeckt und über Steuern mitfinanziert werden, dass niemand aus finanziellen Gründen von der medizinisch notwendigen Versorgung ausgeschlossen wird.

Versicherer und Leistungserbringer stehen hier im Wettbewerb und die Versicherten sollten möglichst viele Wahlmöglichkeiten haben. Um Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden, muss in diesem System ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (RSA) etabliert werden.

Das künftige System bezieht die gesamte Bevölkerung ein – auch Beamte und Selbständige - und nicht nur die relativ immer kleiner werdende Zahl der unselbständigen Erwerbstätigen. Die Finanzierung der Versicherung kann über Kopf-Pauschalen oder Beiträge auf das gesamte zu versteuernde Einkommen erfolgen. Der Managerkreis hält die Einführung von Kopf-Pauschalen für vorteilhaft (siehe S. 12-14).

## **5 Die 12 Forderungen des Managerkreises**

### **1. Eine wirkliche Systemreform – das Ganze im Blick**

Es kommt nun darauf an, endlich ein ganzheitliches und nachhaltiges Gesundheitssystem zu schaffen.

Die Eckpfeiler eines solchen Systems sind:

- ein **umfassender Ansatz** des Systems Gesundheit (einschl. Prophylaxe, Ernährung, Rehabilitation, Sport, Pflege, etc.),
- ein **gesunder Wettbewerb** in möglichst vielen Teilmärkten, um dauerhaft hohe Effizienz und bestmögliche Qualität zu erreichen,
- Wirkungsvolle **Anreize** zur technologischen und organisatorischen **Innovation**.
- eine deutliche **höhere Eigenverantwortung** der Bürger für ihre Gesundheit und die dafür anfallenden Kosten.
- eine **allgemeine Grundversorgung** und eine Sicherung (Versicherung) gegen Großrisiken für alle.
- eine **gesellschaftliche Absicherung** und Kostenübernahme für diejenigen, die materiell von Vorsorge- oder Krankheitskosten überfordert werden (Risikogemeinschaft/Solidarität).

### **2. Bessere Ergebnisse durch mehr Transparenz und Wettbewerb**

Das bestehende deutsche System der Gesundheitsversorgung ist durch eine Vielzahl von standesrechtlichen Zügeln (z.B. Werbeverbot), von gesetzlichen Vorschriften und Regelungen und von widersinnigen und teuren bürokratischen Regelungen geprägt. Korporationen wie die Kassenärztliche Vereinigung führen zu Monopolen und damit zu unnötigen Zugangshemmnissen für neue und vielleicht bessere Anbieter (Ärzte, Therapien oder Kliniken). Das System ist durch einen Mangel an Transparenz und Wettbewerb geprägt.

Der „Kunde“ aber ist angesichts der vielen Regulierungen und der mangelnden Transparenz im System der Gesundheitsversorgung zunehmend skeptischer, ob er die von ihm gewünschte Qualität der Betreuung findet. Beim heutigen System kennt er nicht einmal die Kosten seiner ärztlichen Betreuung, weil sie ihn eben auch nicht interessieren müssen.

Andererseits sind die Menschen aber immer besser und umfangreicher über Gesundheitsthemen informiert und deshalb auch motiviert, Gesundheitsleistungen – häufig auch ohne Grund - nachzufragen. Eine schnell wachsende multimediale „Fachpresse“ für die Privaten bietet immer mehr Informationen zum Thema Gesundheit an.

Es ist deshalb nicht nur logisch, sondern unabdingbar, dass eine nachhaltige Gesundheitsreform den Tatbestand immer besser informierter, fordernder und oft kompetenter „Klienten“ wahrnimmt und berücksichtigt, und nicht durch Kappung der Leistungen die Kluft zwischen Erwartungen und Ansprüchen weiter vergrößert. Gefordert sind mehr Transparenz und Wettbewerb und mehr Eigenleistungen.

Um die Transparenz der angebotenen Leistungen für die Menschen zu erhöhen und um ihnen eine bessere Beurteilung der Qualität zu ermöglichen, erscheint dem Managerkreis die Schaffung eines „Gesundheitsinstituts“ nach dem Muster der Stiftung Warentest zweckmäßig.

Eine größere Informiertheit führt mit hoher Wahrscheinlichkeit auf absehbare Zeit zu einer erhöhten Nachfrage und Inanspruchnahme nach Gesundheitsleistungen.

## Die Finanzierungsseite

### 3. Keine Bindung der Versicherungsbeiträge an die Arbeitseinkommen – statt dessen Kopfpauschalen für alle

Das bestehende System der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung ist aus mehreren Gründen überholt und den wachsenden Anforderungen an eine stabile Finanzierungsgrundlage für das Gesundheitswesen nicht mehr gewachsen. Es stellt nicht auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Einzelnen ab, weil es weder die übrigen Einkunftsarten noch die Vermögenslage berücksichtigt. Es belastet einseitig den Produktionsfaktor Arbeit und dort gerade die niedrigeren Lohnklassen (Beitragsbemessungsgrenze). Es führt zu „unsichtbaren“, nicht finanzierten Leistungen an Ehepartner und Kinder. Und es fehlen volle Beiträge bzw. Beiträge überhaupt für Erwerbslose und Rentner. Und das für immer längere Rentenbezugs- bzw. Lebensjahre.

Von den 71,7 Mio. (1997) Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung waren nur 35,7 Mio. – also rund die Hälfte voll zahlende Pflichtmitglieder oder freiwillige (6,1 Mio.) Mitglieder. 15,2 Mio. Mitglieder waren Rentner und 20,8 Mio. Familienangehörige. (Quelle: Datenreport 1999)

Der Managerkreis fordert daher in Anlehnung an die Position des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sowie einiger Mitglieder der Rürup-Kommission die Einführung von **Pro-Kopf-Prämien**, analog dem Schweizer System. Das System sollte zukünftig alle Erwachsenen (auch Selbständige und Beamte, etc.) einschließen. Besonders geeignet erscheint dem Managerkreis das von Knappe/Arnold (2002) vorgeschlagene Pauschalprämienmodell.

Die durchschnittlichen Krankheitskosten liegen nach Knappe/Arnold (Pauschalprämie in der Krankenversicherung, München 2002) etwa um einen Betrag von € 200 p.c., wenn die Kosten nur auf Erwachsene umgelegt werden, Kinder und Jugendliche bis zu 21 Jahren also beitragsfrei versichert sind. Wären Kinder in voller Höhe beitragspflichtig, würden sich die Pro-Kopf-Ausgaben auf EURO 145 im Monat reduzieren. Bei einem reduzierten Beitragssatz von EURO 80 für Kinder und Jugendliche fallen im Durchschnitt für jeden Erwachsenen EURO 170 an. Der Managerkreis plädiert aus Gründen der intergenerativen und sozialen Gerechtigkeit für eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen.

Im Fall der Bedürftigkeit werden die Prämien aus Steuermitteln subventioniert. Zur Messung der Bedürftigkeit wird das Äquivalenzeinkommen eines Haushaltes ermittelt. Es zieht

sämtliche Einkunftsarten des Haushaltes (nicht allein Löhne und Gehälter) in Betracht und legt sie mit den Bedarfsgewichten, wie sie von der OECD und dem Statistischen Bundesamt verwendet werden, auf die Haushaltsmitglieder um. Das Einkommen einer Person wird mit dem Gewicht von 1 berücksichtigt, jeder weitere Person über 14 Jahre wird mit 0,7 gewichtet, während Kindern unter 14 Jahre ein Bedarfsgewicht von 0,5 zugeordnet wird (die neue OECD-Skala operiert mit etwas anderen Gewichten, Knappe/Arnold ziehen jedoch die alte Skala vor, u.a. weil sie Kindern ein höheres Gewicht gibt).

Liegt das Äquivalenzeinkommen eines Haushalts unter EURO 620, was etwa dem Sozialhilfeniveau entspricht, so erhält jedes Haushaltsmitglied den gesamten Zuschuss, der die Pauschalprämie vollständig deckt. Für ein kinderloses Ehepaar z.B. liegt die Freibetragsgrenze bei einem Nettoeinkommen von € 1054 (entspricht einem Äquivalenzeinkommen von € 620). Leben Kinder in dem Haushalt, so verschiebt sich die Freibetragsgrenze um weitere € 310 pro Kopf (z.B. auf ein Nettoeinkommen von € 1674 bei zwei Kindern in einem vierköpfigen Haushalt). Der linear abfallende Subventionsbereich liegt auf der Äquivalenzeinkommensspanne von € 620 bis € 1360. Jenseits dieser Grenze trägt der Haushalt die Beitragslast vollständig aus eigenen Mitteln. Entscheidend ist, dass nicht allein das **Nettoeinkommen**, sondern auch die **Größe** und **Altersstruktur** eines Haushaltes darüber entscheiden, ob die Prämien vollständig, teilweise oder gar nicht subventioniert werden. Der Schwellenwert ist so gesetzt, dass die Beitragslast des ärmeren Drittels der Bevölkerung bezuschusst wird.

Bei der sozialverträglichen Ausgestaltung des Kopfprämien-Modells gibt es eine Reihe von Optionen: Beispielsweise beträgt in der Schweiz die Kopfprämie zur Zeit durchschnittlich € 180 pro Person, Jugendliche zahlen 75 % und Kinder 30 %. Der Leistungskatalog deckt 90 bis 95 % der medizinischen Leistungen ab (keine Zahnbehandlung oder Zahnersatz). Wenn die Kopfprämie 15 % des Einkommens übersteigt (das ist der Fall bei etwa der Hälfte der Versicherten), zahlt der Kanton einen Zuschuss. Der obligatorische Selbstbehalt beträgt SFr 230 pro Jahr + 10 % an allen Kosten bis max. 600 SFr. Das sind maximal 830 SFr im Jahr. Es gibt vier Stufen von Selbsthalten und Rabatte bei freiwilliger Einschränkung von Ansprüchen (nur Ärzte und Krankenhäuser im eigenen Kanton) und Beteiligung an Managed Care Programmen.

Der Managerkreis empfiehlt, diese Optionen durchzurechnen und für die Ausgestaltung der Gesundheitsreform in Betracht zu ziehen. Für den Übergang auf ein Pauschalprämienmodell sprechen gewichtige Argumente, die sich nicht allein auf den Gesundheitssektor beziehen:

- Die vielen intransparenten, zum Teil sehr ungerechten Umverteilungsprozesse, die das gegenwärtige System kennzeichnen, werden sichtbar und politischer Korrektur zugänglich gemacht. Durch das Steuer-Transfer-System kann das **Solidarprinzip** erheblich zielgenauer umgesetzt werden.
- Bei gleicher Prokopf-Prämie für Erwachsene aller Altersstufen ist das System weniger sensitiv gegenüber **Änderungen der Altersstruktur**. Es ist zudem nur im Sinne der Generationengerechtigkeit, wenn neben der Rente alle sonstigen Einkünfte in die Erfassung des Haushaltseinkommens einbezogen werden.
- Die Abschaffung der lohnbezogenen Beitragsbemessung hat den wünschenswerten Effekt, dass die **Finanzierung des Gesundheitssystems** nicht mehr unter dem Diktat des Arbeitsmarktes steht.
- Umgekehrt ist die **Entlastung der Lohnnebenkosten** von steigenden GKV-Beiträgen aus beschäftigungs- und wachstumspolitischen Gründen erstrebenswert.
- Das Prokopf-Prämienmodell schafft Raum für die **Etablierung eines funktionsfähigen Wettbewerbs** der Krankenkassen.

Die Einführung der Kopfprämie ist aus diesen Gründen ein wichtiger Schritt in die Richtung eines nachhaltigen, zukunftsgerechten und wachstumsförderlichen Systems der sozialen Sicherung. Das von Knappe/Arnold auf ca. EURO 20 Milliarden bezifferte Transfervolumen bedeutet keineswegs, dass auf den Staatshaushalt neue Lasten zukommen. Es macht lediglich einen Teil der Umverteilungsmasse des gegenwärtigen Systems sichtbar und führt diesen über die beschriebene Prämiensubventionierung einer sozial gerechteren Aufteilung zu. Die Gegenfinanzierung findet nach Arnold/Knappe (2002) im wesentlichen über die Einkommensteuer auf den an die Arbeitnehmer ausgezahlten Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung, ferner über Einsparungen in der Sozialhilfe, der Beihilfe und dem Bundeszuschuss für die Krankenversicherung von Landwirten statt. Trotz der Umverteilungen zwischen einzelnen Versichertengruppen, die im Sinne der Verbesserung sozialer Gerechtigkeit mit dem Prokopfprämien-Modell beabsichtigt sind, werden weder die Versicherten insgesamt noch der öffentliche Haushalt zusätzlich belastet.

#### 4. Keine Trennung zwischen PKV und GKV – Wettbewerb zwischen allen Kassen

Die Trennung zwischen PKV und GKV hat historische Gründe und sollte aufgehoben werden. Alle Kassen bewerben sich um Versicherungsnehmer. Die Mitgliedschaft in einer Kasse, die die Grundversorgung anbietet, ist für jeden verpflichtend. Für die Kassen besteht **Kontrahierungszwang**, d.h. sie müssen jeden Antragsteller aufnehmen.

Der derzeit bestehende Leistungskatalog der GKV sollte im Kern zum **Grundleistungskatalog** deklariert werden. Ausgegliedert wird der **Zahnersatz**. Das Schweizer Beispiel zeigt, dass dies nicht zu einer „zahnlosen Unterschicht“ führen muss, wenn die notwendigen gesundheitspädagogischen Schritte (Erziehung zur Zahnpflege schon im Kindergarten und in der Schule) mit eingeführt werden. Das **Risiko Unfall** sollte im Grundkatalog verbleiben – mit Ausnahme gewisser Extremsportarten.

Um den Wettbewerb auf eine faire Grundlage zu stellen und die Selektion „guter Risiken“ seitens der Kassen zu unterbinden, fordert der Managerkreis in Anlehnung an die Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens die Einführung eines **morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs** zwischen den Versicherungsgesellschaften. Er sollte ergänzt werden durch einen einnahmeorientierten Ausgleich für die mitversicherten Kinder.

Der Managerkreis befürwortet das **Kostenerstattungsprinzip**. Es führt zu einem deutlich niedrigeren Verwaltungsaufwand bei den Kassen. Bei Krankenhausaufenthalten oder hohen Kosten - etwa für Untersuchungen - sollten die Versicherungen eine Kostenübernahmegarantie gewähren. Das Kostenerstattungsprinzip erleichtert zudem den Handel mit medizinischen Produkten und Dienstleistungen innerhalb der Europäischen Union.

Zwischen den PKV findet infolge der mangelnden Mitnahmefähigkeit der Altersrückstellungen kaum Wettbewerb um Bestandskunden statt. Neue Kunden, vorzugsweise solche mit geringem Risiko, werden mit attraktiven Konditionen geworben, wechselwillige Altkunden sind jedoch gezwungen, auf die für sie angesammelten Rückstellungen zu verzichten und sich einer neuen Risikoprüfung zu unterziehen, die aufgrund des gestiegenen Eintrittalters in der Regel zu höheren Prämien führt. Die Verteuerung der Kassenwechsels hat zur Folge, dass die Wettbewerbsintensität zwischen den privaten Krankenversicherungen geringer ist als zwischen den GKV. Der Managerkreis plädiert dafür, die **Mitgabe von Altersrückstellungen** zu ermöglichen, damit die

Wahlfreiheit der Versicherten erhöht und damit der Wettbewerb zwischen den privaten Kassen gestärkt wird.

## **5. Zusatzversicherungen für Sonderrisiken und differenzierte Prämien für unterschiedliche Staffeln der Selbstbeteiligung**

Die **Prämien** sollten zwischen den Gesellschaften **variieren** können, um den Wettbewerb der Kassen anzuregen. Damit wird auch ein Anreiz für niedrigere Verwaltungskosten geschaffen. Die Kassen werben am Markt mit **Service-Qualität** und **Zusatzleistungen** (Wellness-Pakete etc.). Je nach Leistungsfähigkeit und Lebensphase können unterschiedliche **Selbstbeteiligungsmodelle** angeboten und vereinbart werden. Ebenso sinnvoll sind „Schadensfreiheitsrabatte“ als Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten. Für zusätzliche Leistungen (1. Klasse, Zahnersatz etc.) können auch in Zukunft Zusatzversicherungen angeboten und abgeschlossen werden.

## **6. Monistische Finanzierung der Krankenhäuser – und mehr Wettbewerb**

Krankenhäuser in Deutschland werden formal immer noch dual finanziert. Faktisch gibt es in den neuen Ländern (wegen der leeren öffentlichen Kassen) schon heute weitgehend eine monistische Finanzierung. Während die Krankenkassen über die Pflegesätze die laufenden Betriebskosten abdecken, obliegt den Bundesländern bzw. den von ihnen beauftragten Kommunen und Landkreisen die Finanzierung der Investitionen (Neubau, baulicher Unterhalt und apparative Ausstattung) nach Maßgabe laufend revolvierender Krankenhausbedarfspläne.

Begreift man ein Krankenhaus als Unternehmen, wird die Marktferne der entstandenen Situation unmittelbar ersichtlich. Die Gehaltsvergütung erfolgt meist nach BAT – ist also weder leistungs- noch ergebnisbezogen. Es wäre so, als würde bei Daimler Benz die Investitionsplanung vom Land Baden Württemberg und der Betriebsmitteleinsatz vom ADAC entschieden – und der Vorstandsvorsitzende nach A 16 im Range eines leitenden Verwaltungsdirektors bezahlt. Die ordnungspolitisch bedingte unabweisbare Aufgabe der dualen Finanzierungsstruktur zugunsten einer die unternehmerische Gesamtverantwortung generierenden, monistischen Finanzierung durch den Krankenhausträger ist der Grundstein für ein wettbewerbsorientiertes Krankenhauswesen der Zukunft in Deutschland. Im Verlauf dieser ordnungspolitischen Neugestaltung der Rahmenbedingungen unserer stationären Versorgung werden die Krankenversicherungen einen wesentlich größeren Einfluss auf die Planung und Gestaltung des stationären Versorgungsangebotes erhalten als heute.

## **Die Leistungsseite**

## **7. Raus mit versicherungsfremden Leistungen – Einbezug der Pflegeversicherung**

Es ist mit Recht, und nun jüngst auch von der Rürup-Kommission, gefordert worden, die Krankenkassen von **versicherungsfremden Leistungen** (Schätzung der Rürup-Kommission

4,5 Mrd. Euro) zu entlasten. Dieser Forderung schließt sich der Managerkreis im Grundsatz an.

Es gibt zwei verschiedene Arten von versicherungsfremden Leistungen. Diejenigen auf der Ausgabenseite beinhalten Leistungen wie Sterbegeld, Schwangerschaftsleistungen, Sterilisation u.a.. Eine Ausgliederung dieser Leistungen aus dem Versicherungskatalog würde zu jährlichen Einsparungen von ca. 2,5 Mrd. € führen. Der Managerkreis befürwortet ebenso wie der Sachverständigenrat diese Ausgliederung.

Die versicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmeseite entstehen durch Beitragsausfälle bei Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder mitversicherten Familienangehörigen. Hier entstehen den Krankenkassen jährlich Mindereinnahmen von mehr als 6 Mrd. € (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003: 28-29). Durch die vom Managerkreis vorgeschlagene Einführung von Pro-Kopf-Prämien würden diese Einnahmeausfälle (mit Ausnahme der Kinder) vollständig wegfallen, da jeder Erwachsene – unabhängig von seiner sozialen Situation – eine Prämie zu leisten hat.

Das Risiko, im Alter (oder bereits früher) ein **Pflegefall** zu werden, ist für den Betroffenen nicht zu unterscheiden vom allgemeinen Krankheitsrisiko – und den damit verbundenen Kosten und Lasten. Der Managerkreis fordert, die bei Einführung künstlich getrennte Pflegeversicherung in die allgemeine Krankenversicherung einzubeziehen. Dabei ist sicher zu stellen, dass der bisherige Leistungsrahmen der Pflegeversicherung nicht ausgedehnt und eine zusätzliche Dynamik auf der Kostenseite vermieden wird. Es gibt jedoch auf Dauer keine Rechtfertigung für zwei administrativ getrennte, von der Sache aber kaum zu unterscheidende Sicherungssysteme gegen allgemeine Krankheit und Alterskrankheit.

## **8. Integration der niedergelassenen und der Fachärzte an Krankenhäusern, sowie der ambulanten und stationären Versorgung - kein Hausarztzwang**

Die Trennung in niedergelassene Fachärzte und in Fachärzte an Krankenhäusern ist ein teurer und lästiger Anachronismus. Er führt zu Doppelleistungen (auch aufgrund der strengen haftungsrechtlichen Vorschriften) und zu oft unnötigen „stationären“ Behandlungen um der Belegung von Klinikbetten wegen. Jeder unnötige Krankenhaustag kostet rund 500 Euro pro Patient. Deutschland hat heute die höchste Facharztdichte weltweit. Diese Trennung ist aufzuheben.

Das ärztliche Berufs- und Standesrecht muss entsprechend überarbeiten werden.

Der Managerkreis befürwortet ebenso die Einrichtung von **Verbundpraxen** und **Ambulatorien**. Effiziente Versorgungsstrukturen werden ansonsten durch die scharfkantige Abschottung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor verhindert. Entsprechende **sektoralisierte Vergütungssysteme** setzen falsche Anreize.

Die Idee, prinzipiell einen **Hausarztbesuch** jeder Behandlung zwingend vorzuschalten („Gatekeeper“) oder durch finanzielle Anreize bzw. Strafen herbeizuführen, überzeugt nur auf den ersten Blick. Es setzt eine gänzlich unrealistische breite und hohe Qualifikation und einen neutralen Überblick der Hausärzte über die Facharzt-Szene voraus, verkennt die Tendenz zu Gefälligkeitsüberweisungen und übersieht, das bei dem heutigen Wissensstand der Patienten über die für ihr Leiden zuständigen Fachrichtungen in vielen Fällen eine überflüssige zusätzliche kostentreibende Konsultation entstehen würde.

## 9. Messung und Überwachung der Qualität der Einrichtungen und ärztlichen Leistungen, Chipkarte

Der Managerkreis unterstützt die Vorschläge der Bundesgesundheitsministerin zur Einrichtung eines staatsfernen und von Interessengruppen unabhängigen „**Deutschen Zentrums zur Qualität in der Medizin**“. Wie im Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems vorgesehen, soll das Zentrum Vorschläge zur Fortschreibung des Leistungskatalogs erarbeiten, Behandlungsleitlinien entwickeln, Kosten-Nutzen-Bewertungen für neue Arzneimittel durchführen und die verpflichtende Weiterbildung von Ärzten zertifizieren. Ein Schwerpunkt sollte auf die Informationsarbeit des Zentrums gelegt werden, denn die Verbesserung der Effizienz des Gesundheitssystems kann nur mit mündigen Patient(inn)en gelingen. Das von ungleicher Informationsverteilung gekennzeichnete Verhältnis zwischen Arzt und Patient(in) ist ein Konstruktionsfehler des Gesundheitsmarktes, der die aufklärende Intervention des Zentrums aus marktpolitischen Gründen rechtfertigt. Der Managerkreis empfiehlt aber, das Zentrum mit minimalem bürokratischen Aufwand zu führen und die vielfältigen Möglichkeiten der Vernetzung mit anderen wissenschaftlichen Institutionen zu nutzen.

Der Plan der Bundesregierung, praktizierende Ärzte einer **Weiterbildungspflicht** zu unterwerfen, ist begrüßenswert. Grundsätzlich sollte die kassenärztliche Zulassung zeitlich begrenzt und an den regelmäßigen Nachweis der Weiterbildung geknüpft werden. Zum Aufgabenkreis des „Deutschen Zentrums zur Qualität in der Medizin“ würde u.a. die Zertifizierung der Weiterbildung von Ärzten stehen. Dabei sollten die Erfahrungen in Holland und in anderen Ländern aufgegriffen werden, die zu einem kooperativen Verhältnis mit den Ärzten bei der Zertifizierung von Weiterbildungen geführt haben.

Das Zentrum könnte anhand klarer Kriterien (z.B. nach dem QUALY-Konzept = qualitätsbereinigte Lebensjahre) neue Technologien bewerten und entsprechend in den Leistungskatalog der Krankenkassen einführen. Veraltete Techniken und Behandlungsmethoden würden entsprechend ausgesondert.

Mit Hilfe eines so genannten „**Innovationsfonds**“ kann die Einrichtung und Erprobung neuer Methoden finanziert werden. Gespeist wird er durch einen zu bestimmenden Prozentanteil am Prämienaufkommen.

Der Managerkreis begrüßt die flächendeckende Einführung der **Gesundheitskarte**. Die elektronische Bereitstellung medizinischer Daten wird dazu beitragen, die Qualität medizinischer Behandlung zu verbessern, wie z.B. durch eine zuverlässige Dokumentation der Diagnose und verschriebener Arzneimittel. Sie kann Informationsflüsse und administrative Abläufe im Gesundheitswesen effizienter gestalten und die Verwaltungskosten eindämmen. Wie groß der Spielraum für Effizienzgewinne ist, geht aus der Tatsache hervor, dass 20 bis 40% der Leistungen im Gesundheitssystem aus Datenerfassung und –verarbeitung bzw. Kommunikation bestehen. Schließlich ist sie die Grundlage für ein elektronisch vernetztes System, das die Vorteile der Telematik für Diagnose und medizinische Eingriffe verfügbar macht. Die Gesundheitskarte besitzt daher das Potential, die Produktivitätsreserven des Gesundheitssystems zu mobilisieren und eine Reihe technologischer Innovationen in einem der größten Sektoren unserer Wirtschaft anzustoßen.

Sie erleichtert zudem den grenzüberschreitenden Handel mit Arzneimitteln und medizinischen Dienstleistungen zwischen den **Mitgliedstaaten der Europäischen Union**. Der Managerkreis begrüßt die Initiative des BMGS, die nationale Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit Planungen für eine europäische Gesundheitskarte abzustimmen.

## 10. Abschaffung des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigung – Vertragsfreiheit für alle Kassen

Eine Voraussetzung für Innovationen bei der kosteneffizienten Versorgung der Patienten ist die **Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen den Versicherungen und den Leistungserbringern**. Das gegenwärtige System der Kollektivverträge erweist sich als Hemmnis für neue, innovative Versorgungsformen. Eine große Mehrheit der GesundheitsökonomInnen plädiert immer offener für eine *Zerschlagung der kollektivvertraglichen Strukturen und hierbei vor allem der Kassenärztlichen Vereinigungen*. Bei aller Zustimmung sollte man aber nicht vergessen, dass der Übergang zu einzelvertraglichen Regelungen zwischen den Kassen und einzelnen Leistungserbringern bzw. Gruppen von diesen zu deutlich höheren Transaktionskosten als im heutigen System führen wird. Das ist kein Argument für die Beibehaltung des bestehenden Systems, aber es sollte wieder bewusst werden, dass die Flexibilisierung der Vertragslandschaft auch enorme Verwaltungs- und Managementkosten induzieren wird. Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass in den USA 25 % der gesamten Gesundheitsausgaben administrative Kosten sind. In Deutschland betragen die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen zwischen 6 und 7 %. Was aber kaum bekannt ist: die Verwaltungsausgaben der PKV-Unternehmen belaufen sich auf etwa 25 %. Über diesen Weg kurz- oder auch mittelfristig Kosten reduzieren zu wollen, ist vorsichtig formuliert eine Illusion. Trotzdem ist die *sukzessive* Überführung des Sicherstellungsauftrags auf die Kassen - so wie auch vom BMGS im Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems vorgesehen - ein unvermeidbarer Weg hin zu höheren Freiheitsgraden im Versorgungssystem.

Die Substitution der Kollektivverträge mit kassenärztlichen Vereinigungen durch direkte Einzelabsprachen mit Leistungserbringern wirft allerdings das Problem auf, dass die Kassen direkte Verhandlungen mit einem vielfältigen Spektrum von Einzelanbietern, die u.U. ihre neue Position auszunutzen versuchen, aufnehmen müssen. Daher empfiehlt der Managerkreis, konfliktregelnde Mechanismen einzuführen und die Ärzte einer **Friedenspflicht** zu unterwerfen.

## 11. Anreize für Prävention und gesundheitsbewusstes Verhalten

„Die höchsten Kosten im Gesundheitswesen entstehen durch Störungen des Fettstoffwechsels und Bewegungsmangel. 30 % der Bevölkerung sind körperlich kaum aktiv, 45 % treiben keinen Sport und nur 13 % bewegen sich so viel, dass ein präventiver Effekt erreicht wird. Körperlich Inaktive haben eine bis zu 90% höhere Wahrscheinlichkeit, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken. Regelmäßige körperliche Aktivität reduziert die kardiovaskuläre Mortalität um 35 %“ (Quelle: Deutsches Ärzteblatt 15/2003).

Alleine diese Tatsachen machen jedem klar, dass die größten Gewinne im Gesundheitssystem durch eine breite und nachhaltige Prävention erzielt werden können. Sie erhöht nicht nur markant die Gesundheit der von den Maßnahmen erreichten Menschen, sondern sie würde auch die Ausgabenseite im medizinischen Sektor spürbar entlasten. Der Managerkreis unterstützt daher die Forderung der Bundesregierung, dass das Gesundheitssystem nicht nur Reparaturbetrieb für bereits entstandene Krankheiten sein darf, sondern Prävention als festen Bestandteil der Versorgung integrieren muss.

Neben den Säulen der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Pflege muss die Prävention eine gleichberechtigte Stellung einnehmen. Die bisherigen Gesetze (§§ 20 bis 23 SGB V), die die Verpflichtung der Krankenkassen enthalten, über die Verhütung von

Krankheiten und über Gesundheitsgefährdungen aufzuklären und zu beraten, müssen neu formuliert werden. Insbesondere in der **Schule** sollten die Krankenkassen ihre Aktivitäten erhöhen. Denn die Institution Schule dient als Zugangsweg für Information, Beratung und Unterstützung in Gesundheitsfragen. Den Kindern müssen gesundheitsdienliche Lebensweisen erklärt und nahe gebracht werden. Stärkt man außerdem das Selbstbewusstsein und die Gesundheitsbildung der Kinder, erweitert man ihre individuellen Handlungsspielräume, und trägt zur Krankheitsvermeidung bei. Zahlreiche Krankheiten werden durch Lebensweisen beeinflusst, deren Wurzeln bis in das Kindes- und Jugendalter zurückreichen. Daher sind Kinder eine zentrale Zielgruppe für Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Zusätzlich zu diesen eher bewusstseinsfördernden Maßnahmen gibt es ganz konkrete Instrumente, wie beispielsweise Schutzimpfungen, Vitamin D-Prophylaxe und Fluoridprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen, die gut in der Schule durchgeführt werden können. Die Schweiz weist große Erfolge bei der Gruppen-Zahnprophylaxe vor. Dort führte ein spezielles Präventiv-Programm in Kindergärten und Schulen dazu, dass in Basel rund 70 % der Zehnjährigen ein kariesfreies Dauergebiss aufweisen. Der Managerkreis befürwortet die Umsetzung dieses Programms auch in Deutschland.

Das Fazit des Managerkreises lautet: durch Prävention lässt sich die Entwicklung des medizinischen Bedarfs maßgeblich beeinflussen und die Gesundheitserwartung sozial benachteiligter Gruppen deutlich verbessern. Die Anreize für gesundheitsgefährdendes Verhalten müssen beseitigt werden. Statt dessen geht es um den **Aufbau von positiven sozialen Anreizen** zur persönlichen Auseinandersetzung mit der Gesundheit. Es sollten **Normen für risikominderndes Verhalten** gesetzt werden.

Der Managerkreis schließt sich daher der Forderung von Ulla Schmidt an, gesundheitsförderndes rationales Verhalten innerhalb der Krankenversicherung zu belohnen. Wer erfolgreich an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen teilnimmt und regelmäßig Vorsorge-Untersuchungen durchführen lässt, dem könnte beispielsweise ein **Bonus bzw. Rabatt beim Versicherungsbeitrag** gewährt werden (vgl. Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens, Punkt 4 „Entscheidungsfreiheit für Versicherte“).

Vorstellbar sind für den Managerkreis auch Gesundheitsrabatte von ca. 10% für Personen, deren Gesundheitswerte (Body-Mass-Index, Cholesterin, Harnsäure, Blutdruck und Blutzucker) im Normbereich liegen. Die Versicherten müssten sich hierzu regelmäßigen Untersuchungen stellen. Zuletzt führte die private Krankenversicherung „HanseMerkur“ einen solchen „Start Fit“ Tarif in ihr Versorgungssystem ein.

Beispiele aus der Schweiz zeigen, dass es möglich ist, spezielle Nichtraucher-Versicherungsverträge abzuschließen. Dies führt zu einer Prämienverbilligung von bis zu 33%, die dadurch möglich wird, dass raucherbedingte Leistungen aus dem Katalog ausgeschlossen werden. Leidet der Patient z.B. unter Krankheiten, bei denen das Rauchen eine wesentliche Ursache darstellt (z.B. Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs oder chronische Bronchitis), so übernimmt die Krankenversicherung nicht die Kosten für deren Behandlung. Diese Beispiele zeigen, dass man *sehr wohl* über eine intelligente Gestaltung der Versicherungsverträge Anreize zu gesundheitsbewusstem und gesundheitskontrollierendem Verhalten setzen kann.

## 12. Liberalisierung des Arzneimittelhandels

Der Managerkreis spricht sich dafür aus, dass der Wettbewerb auch für die Zulieferer der Gesundheitsindustrie gilt. Insbesondere sollte - zur Dämpfung der Arzneimittelkosten - der

Versandhandel mit Medikamenten zugelassen werden. In Anlehnung an die Eckpunkte von Ulla Schmidt (Punkt 7 „Verbesserung der Arzneimittelversorgung“) fordert der Managerkreis ebenfalls die **Aufhebung des Mehrbesitzverbots** für Apotheken. Eine wohnortnahe Versorgung mit Arzneimitteln muss selbstverständlich gewährleistet bleiben. Zusätzlich zu den in den Eckpunkten genannten Forderungen befürwortet der Managerkreis die **Aufhebung des Fremdbesitzverbotes** von Apotheken.

## 6. Probleme des Übergangs – schrittweise Umsetzung des Systemwechsels

Der Managerkreis hat sich in mehrfacher Hinsicht für einen grundlegenden Systemwechsel entschieden. Ein solcher Wechsel erfordert erhebliche Anpassungsmaßnahmen insbesondere auf der Finanzierungsseite. Die Argumente der Gegner des Systemswechsels sind bekannt. Sie reichen von „wir müssen nur die im System liegenden Leistungsreserven ausschöpfen, dann kommen wir schon klar“ über „steuerfinanzierte Zuschüsse passen nicht in die heutige Zeit – die Kassen sind leer“ bis zu „die Umverteilungswirkungen halten wir nicht aus“. Der Managerkreis spricht sich gleichwohl dafür aus, dass der Systemwechsel gewagt wird.

Beim **Übergang zu den Kopf-Pauschalen** auf der Basis des Knappe/Arnold-Modells sind die Umverteilungswirkungen zwischen Kassen, Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Leistungserbringern und Staat zu berechnen. Der Ausgleich besonderer Belastungen für eine Übergangszeit ist zu prüfen. Die schrittweise Umsetzung kann dann entweder durch Umwandlung des bisherigen Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung in Teil-Kopf-Pauschale oder durch paritätische Absenkung, z.B. Halbierung der lohnbezogenen Beiträge und Einzahlung als Teil-Kopf-Pauschale erfolgen.

Die **Einbeziehung von Leistungen der Rehabilitation** (bisher überwiegend Rentenversicherung) **und der Pflege** (bisher Pflegeversicherung) in das System der Kopf – Pauschalen erfordert ebenfalls eine Berechnung der Umverteilungswirkungen zwischen den Systemen und zwischen den Beteiligten. Auch hier sollte eine schrittweise Umsetzung auf der Zeitachse vereinbart werden.

Schließlich beeinflusst auch die **monistische Finanzierung der Krankenhäuser** die bisherige Lastenverteilung zwischen Krankenkassen, Ländern und Krankenhausträgern. Hier muss ebenfalls ein Übergang diskutiert und gefunden werden.

Vor allem in **strukturschwachen Regionen** finden sich Krankenhäuser und andere gesundheitliche Einrichtungen, die mangels Investitionen in Aufbau und Erhaltung nicht wettbewerbsfähig sein können. Es wäre nicht fair und aus Gründen der Effizienz nicht gerechtfertigt, diese Einrichtungen unmittelbar der Konkurrenz von Einrichtungen mit überlegener Ausstattung auszusetzen. Für die benachteiligten Einrichtungen muss daher eine Übergangsregelung gefunden werden.

Der Managerkreis weiß, dass allein dieser Teil der Neugestaltung des Systems eine große Herausforderung darstellt und noch viele offene Fragen aufweist. Die angestrebte wirkliche Systemreform – das Ganze im Blick habend – lohnt die Mühe.