

Eine CNE-Konferenz

10 Schritte zur Genesung der deutschen Wirtschaft

Reform des deutschen Gesundheitsmarktes

Prof. Dr. Stefan Felder

Deutsche Version des Konferenzbeitrages am 8. Mai 2002 in Berlin
(15. Juli 2002)



Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem steckt in einer Sackgasse. Experten und Politiker jeglicher Couleur sind sich über die Dringlichkeit von Gesundheitsreformen einig. Aus der Sicht eines Gesundheitsökonomen sollte das System von extensiver Regulierung seitens des Staates und korporatistischer Körperschaften befreit werden. Immerhin gibt es einen Lichtschimmer: die Europäische Union und den von ihr ausgeübten Reformationsdruck. Neuere Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes haben klar gemacht, dass das europäische Kartellrecht sowohl im Gesundheits- als auch im Krankenversicherungsmarkt Anwendung finden muss,

In diesem Aufsatz werde ich mich auf diejenigen Reformen konzentrieren, die auf der Nachfrageseite des Gesundheitswesens notwendig sind. In Deutschland haben Gesundheitsleistungen für die Patienten keinen Preis, eine Situation, die zu einem Nachfrageüberschuss führt. Zuzahlungen stellen die beste Lösung für dieses Problem dar. In der Schweiz haben Selbstbehalte für die Versicherten eine lange Tradition. Viele Deutsche betrachten das Schweizer Modell als eine Blaupause für den Umbau des deutschen Gesundheitssystems. Bevor ich die beiden Länder in Bezug auf die Krankenversicherung näher vergleiche, möchte ich einige Zahlen zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der OECD präsentieren.

Fakten und Zahlen

Es ist eine wohlbekannte Tatsache, dass alle OECD-Staaten in den vergangenen Jahrzehnten einen stetigen Anstieg der Gesundheitsausgaben verzeichneten, nicht nur in absoluten Zahlen, sondern auch im Verhältnis zum Wachstum des Bruttoinlandprodukts (BIP). *Abbildung 1* zeigt exemplarisch für vier Länder die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, und zwar in Form des prozentualen Anteils am BIP seit den 60er Jahren. Die Vereinigten Staaten, ein Land, in dem staatliche Regulierung und staatlicher Besitz im Gesundheitswesen minimal sind, begann 1960 mit einem BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben von 5,1% und endete 1999 mit 12,9%, was einen 2,5-fachen Zuwachs in 40 Jahren bedeutet. Am anderen Ende der Skala befindet sich Großbritannien mit seinem verstaatlichten Gesundheitssystem, das seinen prozentualen Anteil am BIP im gleichen Zeitraum von 3,4% auf 6,9% verdoppelte. Die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland und der Schweiz ist ähnlich: Sie zeigt wiederum einen stetigen Anstieg der Gesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP.

Außer im Ausmaß staatseigener Gesundheitsversorgung und im Regulierungsumfang unterscheiden sich die Systeme auch im Hinblick auf den Anteil privater Gesundheitsausgaben. Dieser umfasst Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Prämien für private Zusatzversicherungen.

Abb. 1: Gesamte Gesundheitsausgaben (Anteil am BIP in %)

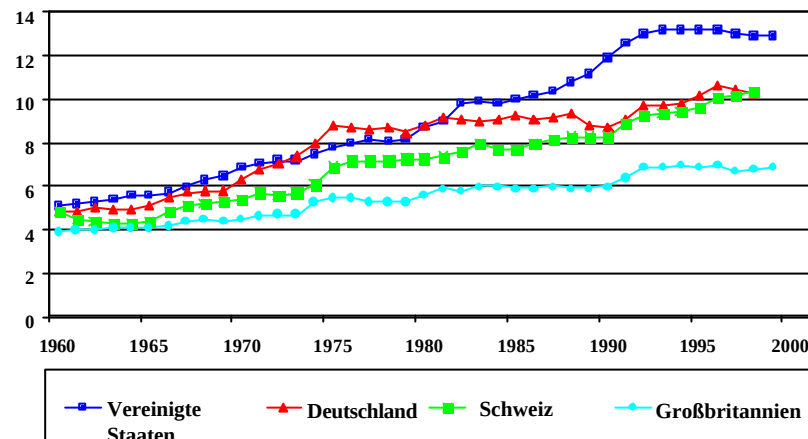
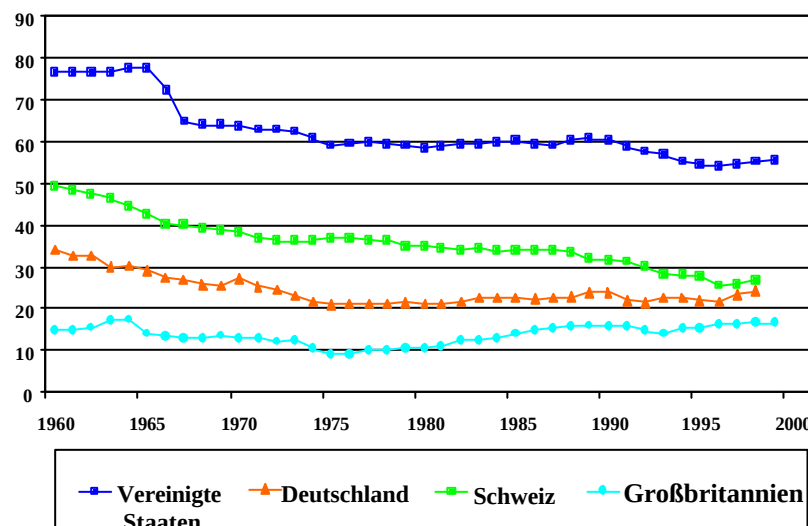


Abb. 2: Private Gesundheitsausgaben (Anteil an gesamten Gesundheitsausgaben in %)



Gemäß Abb. 2 ist der Anteil privater Gesundheitsausgaben in den Vereinigten Staaten sehr hoch, gefolgt von der Schweiz. In beiden Ländern ist der private Anteil jedoch in den letzten 40 Jahren stetig gesunken. Im Vergleich dazu ist er in Deutschland und Großbritannien, die beide einen geringeren Anteil privater Gesundheitsausgaben vorweisen, seit Mitte der 70er Jahre angestiegen.

Eine einfache Regressionsschätzung für sechs OECD-Länder (ich habe Italien und Frankreich hinzugefügt) weist den privaten Anteil an den Gesundheitsausgaben als einen signifikanten Faktor zur Erklärung des Wachstum des Gesundheitssektors aus (siehe *Tab. 1*).

Tabelle 1: Erklärung des Wachstums der Gesundheitsausgaben (1960-1999: 6 OECD-Länder)

$$\log (THCE) = 0.015 \cdot t + 1.21 \cdot \log (GDP) - 0.010 \cdot PHCE\%$$

<i>THCE</i>	Gesamte Gesundheitsausgaben (Total health care expenditure) (in \$ 1995)
<i>GDP</i>	Bruttoinlandsprodukt (Gross domestic product) (in \$ 1995)
<i>PHCE%</i>	Private Gesundheitsausgaben (Private health care expenditure) in % des <i>THCE</i>

Der gemeinsame Trend im Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Jahr beträgt 1,5%. In Ländern mit einem hohen Einkommenszuwachs (gemessen am BIP) ist die Wachstumsrate höher: die Einkommenselastizität beträgt 1,2. Mit anderen Worten erhöht ein Ansteigen des BIP um 1% die Gesundheitsausgaben um 1,2%. Daß die Gesundheitsnachfrage einkommenselastisch ist – Ökonomen reden in diesem Zusammenhang von einem Luxusgut –, ist zwar eine seit vielen Jahren beobachtbare Tatsache. Nichtsdestotrotz wird sie in der Öffentlichkeit noch nicht anerkannt. Die öffentliche Aufmerksamkeit konzentriert sich viel mehr auf die Kostenseite der Gesundheitsversorgung.

Besonders bemerkenswert ist, dass der Koeffizient des Anteils privater Gesundheitsausgaben signifikant negativ ist. Mit anderen Worten geht ein hoher Anteil privater Gesundheitsausgaben mit einem niedrigeren Wachstum einher. Wenn zum Beispiel der private Anteil an den Gesundheitsausgaben 50% beträgt, liegt die Wachstumsrate statt bei 1,5% lediglich bei 1%, also um einen Drittel niedriger. Der Anteil privater Gesundheitsausgaben scheint demnach für die langfristige Entwicklung von Gesundheitsausgaben sehr wichtig zu sein.

Das Schweizer System als Vorbild für die Gesundheitsreform in Deutschland

Welches sind die Hauptunterschiede zwischen dem deutschen und dem Schweizer Gesundheitssystem? In Deutschland gibt es ein nicht obligatorisches, gesetzlich festgelegtes Krankenversicherungssystem mit einer speziellen Rolle für private Versicherungen. Die private Abdeckung des Krankheitsrisikos ist ein Substitut zur gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings ist der Zugang zur Privatversicherung auf Selbständige (z.B. Anwälte, Ärzte) und Personen mit einem Einkommen höher als € 40.000 beschränkt. Diese Gruppe repräsentiert ungefähr 10% der Bevölkerung. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ist über ihre Arbeitsverträge in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Familienangehörige sind ohne entsprechende Beitragszahlungen mitversichert

Im Vergleich dazu hat die Schweiz eine für alle Bewohner obligatorische gesetzliche Krankenversicherung. Laut Gesetz muss jeder das auf dem Verordnungswege definierte Grundversicherungspaket erwerben. Die private Krankenversicherung dient dagegen ausschließlich der Ergänzung. Sie deckt zusätzliche Leistungen ab, die im öffentlichen Versicherungspaket nicht enthalten sind, z.B. Einzelzimmerbelegung, Zugang zum Chefarzt, zahnärztliche Versorgung, etc. Hierin liegt eine der wichtigsten Unterschiede zwischen dem deutschen und dem Schweizer System: In Deutschland können Personen mit hohem

Einkommen aus dem öffentlichen System und der darin enthaltenen Umverteilung aussteigen. Diese Ausstiegsoption führt zu einer regressiven Finanzierung des Gesundheitswesens: Ärmere Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen einen höheren Anteil ihres Einkommens für ihre Gesundheitsversorgung als Versicherte in der privaten Krankenversicherung. Die Schweiz hingegen bezuschusst die Krankenversicherungsprämien für Geringverdiener. Diese Zuschüsse werden durch Steuergelder finanziert. Eine Staffelung im Steuersystem garantiert, dass die Finanzierung der Krankenversicherung progressiv ist.

In der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands existiert über die Art der Finanzierung ebenfalls eine Umverteilung. Die Beiträge werden als prozentualer Satz auf dem Arbeitseinkommen erhoben, wobei Arbeitnehmer und Arbeitgeber je 50% leisten. Die gegenwärtige Rate liegt bei 14%. Die Schweiz finanziert die gesetzliche Krankenversicherung über Kopfprämien, die nicht vom Einkommen des Versicherten abhängen. Kinder und Jugendliche in der Ausbildung zahlen eine niedrigere Prämie. Um zu verhindern, dass Krankenkassen gute Risiken (Versicherte mit geringen erwarteten Kosten) selektieren, existiert ein Risikostrukturausgleich. Dieser kompensiert die Unterschiede bei der Alters- und Geschlechtsverteilung der Mitglieder. Der deutsche Risikoausgleich schließt darüber hinaus die Einkommenseite ein, da die Einkünfte der Kassen vom Einkommen ihrer Mitglieder und der Zahl mitversicherter Familienangehöriger abhängen.

Die Krankenversicherungsprämien sind in der Schweiz von Region zu Region je nach Höhe der Gesundheitsausgaben unterschiedlich. Die regionale Differenzierung ist signifikant; sehr hohe Prämien werden im französischen Teil erhoben, insbesondere in Städten wie Genf und Lausanne. In ländlichen Gegenden, insbesondere im Osten des Landes, sind die Prämien viel niedriger. Im Vergleich dazu erlaubt das deutsche System den Krankenkassen nicht, ihre Prämien regional zu differenzieren. Dies führt zu einer Verzerrung der Beitragssätze zwischen Krankenkassen, die nur lokal agieren, und solchen, die bundesweit tätig sind.

Der erste Schritt zur Reform des deutschen Gesundheitssystems

Die gegenwärtige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist von ihrer Wirkung her mit einer Lohnsteuer zu vergleichen. Sie verschärft die durch andere Sozialversicherungsabgaben und die Einkommensteuer bestehenden Verzerrungen bei den Entscheidungen der Unternehmen über Produktion und Arbeitsnachfrage und der Versicherten über ihr Arbeitsangebot. Im Gegensatz dazu verzerrt eine Prämienfinanzierung die individuellen Entscheidungen von Unternehmen und Versicherten nicht, da Prämien die zu erwartenden Leistungen des Versicherers reflektieren. Ein Prämiensystem würde darüber hinaus die Möglichkeit bieten, das Verhältnis von gesetzlichem und privatem Krankenversicherungsbereich neu zu definieren. Private Versicherer sollten Zugang zum gesetzlichen System erhalten. Umgekehrt sollten Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung die Erlaubnis erhalten, ergänzende Versicherungspolice im privaten Bereich anzubieten. Dies würde natürlich eine tiefgreifende Umstrukturierung des deutschen Krankenversicherungsmarktes bedeuten.

Die Auswirkungen von Zuzahlungen

In der Schweiz existiert eine obligatorische minimale Zuzahlung von € 180 pro Jahr, ergänzt um eine zehnprozentige Selbstbeteiligung für alle Gesundheitsausgaben. Die finanzielle Beteiligung der Patienten ist jedoch nach oben begrenzt: Die maximale Kostenbeteiligung pro

Jahr beschränkt sich auf die gewählte Zuzahlung plus € 400. Vier wählbare Zuzahlungsstufen bis zu € 1000 werden angeboten, die maximale Reduktion der Prämie beträgt 40 Prozent.

Die große Frage ist natürlich, ob Zuzahlungen im Krankenversicherungswesen funktionieren? Es ist offensichtlich, dass im Falle optionaler Selbstbeteiligungen die Versicherte die Höhe der Zuzahlung entsprechend ihres individuellen Gesundheitszustandes auswählen. Deshalb wäre es irreführend, den Effekt der Selbstbeteiligungen durch eine naive Beobachtung der Gesundheitsausgaben in den einzelnen Zuzahlungsstufen zu messen. In der Schweiz sind die durchschnittlichen Ausgaben in der Kategorie der niedrigsten Zuzahlungsklasse fünfmal höher als die Ausgaben in der höchsten Kategorie; dieser Unterschied kann nicht ausschließlich durch die unterschiedlichen Zuzahlungsregelungen in diesen beiden Kategorien zustande kommen. Eine Einschätzung des Effekts der Zuzahlung muss die endogene Wahl von Krankenversicherungsverträgen berücksichtigen.

Abb. 3: Die Auswirkungen der Zuzahlung auf die Gesundheitsausgaben

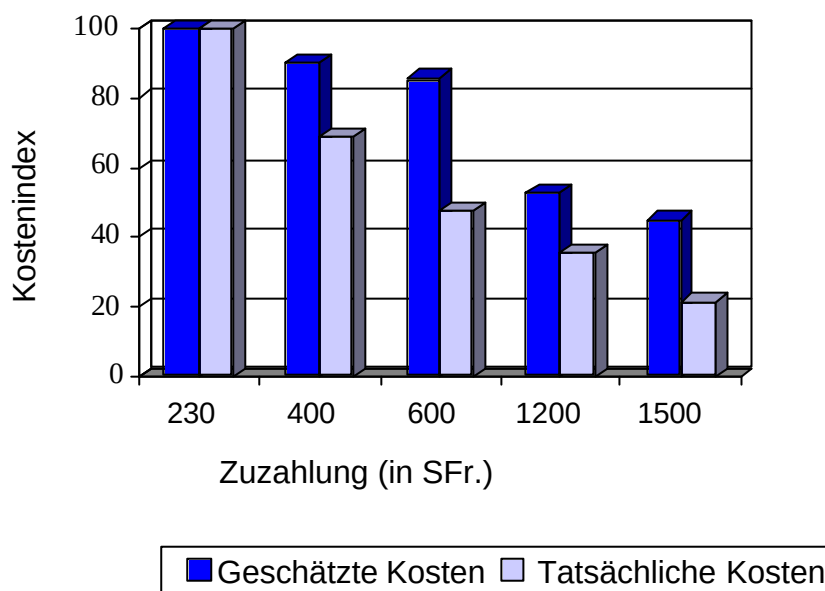


Abbildung 3 zeigt die Ergebnisse einer Schweizer Untersuchung zur Selbstbeteiligung, welche die Vertragswahl der Versicherten in die Schätzung miteinbezog. Die dunklen Säulen repräsentieren die geschätzten Ausgaben pro Zuzahlungskategorie, d.h. diejenigen Kosten, die wir von einer Person erwarten können, wenn sie eine der fünf Zuzahlungsstufen wählt. Die hellen Säulen zeigen die tatsächlichen Ausgaben pro Kategorie. Alle Ausgaben werden als Anteil der Ausgaben auf der niedrigsten Zuzahlungsstufe gemessen. Die Wirkung der Zuzahlungen erschließt sich jeweils aus dem Unterschied der Säulenhöhen auf den einzelnen Stufen.

Die Effekte verstärken sich mit der Höhe der Zuzahlung. In den beiden unteren Kategorien betragen sie 30% der Gesamtveränderung (d.h., 70% des Rückgangs bei den Gesundheitsausgaben beruhen auf Selektion bei der Vertragswahl, 30% auf der Zuzahlung). In den beiden höchsten Kategorien beträgt die Selektion 30%, während die Selbstbeteiligung 70% der Veränderungen bei den Gesundheitsausgaben bewirkt. Diese Resultate für die Schweiz zeigen deutlich, dass Zuzahlungen für die Höhe der Kosten der Gesundheitsversorgung von Bedeutung sind.

Der zweite Schritt zur Reform des deutschen Gesundheitssystems

Deutschland kennt keine signifikante Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten der medizinischen Versorgung. Es gibt geringfügige Zuzahlungen bei Arzneimitteln: entsprechend der Packungsgröße zahlen Patienten 4, 4.5 oder 5 €. Die Opposition im deutschen Parlament hat die Einführung höherer Selbstbeteiligungen im Sinne des Schweizer Modells vorgeschlagen. Darüber hinaus gibt es eine Diskussion über die Bandbreite von Gesundheitsleistungen, die ins soziale Versicherungssystem einzubeziehen sind. Die regierende Koalition ist aus Gleichheitsgründen prinzipiell gegen eine Selbstbeteiligung der Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der vorliegende Aufsatz sollte jedoch verdeutlicht haben, dass die Gesellschaft einen hohen Preis bezahlen muss, wenn sie Gesundheitsleistungen umsonst erbringt. Wenn Zuzahlungen den Versicherten einen Anreiz zur Kostenersparnis bieten, dann erhöht sich der Spielraum auch für die Verteilungspolitik. Es scheint, als ob in Deutschland den Zielkonflikt zwischen Gleichheit und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht optimal gelöst hat.