

## Forum 4

### **Gesundheit ein besonderes Gut? – zur Begründung und Zukunft einer sozialen Krankenversicherung**

**Prof. Dr. Jürgen Zerth, Wilhelm-Löhe-Hochschule, Fürth**

*Die Kombination aus demographischer Entwicklung, medizinischem Fortschritt und veränderten Präferenzmustern einerseits als auch die Veränderungen der Art und Weise der Organisation von Gesundheit und Pflege andererseits prägen Gesundheits- und Sozialsysteme. Aufbauend auf einer Einordnung von Gesundheitssystemen im europäischen Vergleich schildert Prof. Dr. Jürgen Zerth die Eigenheiten des Gesundheitsmarktes sowie aktuelle gesundheitspolitische Fragestellungen.*

#### **Gesundheitssysteme im europäischen Vergleich**

Die in Europa existierenden Gesundheitssysteme lassen sich vereinfacht in zwei Kategorien unterteilen: Steuerfinanzierte und beitragsfinanzierte (sog. Bismarck- oder Kassensysteme). Steuerfinanzierte Systeme werden, wie es der Name bereits vermuten lässt, überwiegend durch Steuereinnahmen finanziert. Großbritannien, Dänemark und auch in Finnland praktizieren derartige Systeme. In beitragsfinanzierten Systemen erfolgen die Einnahmen über Sozial(versicherungs)beiträge. Deutschland, Österreich und die Niederlande sind Länderbeispiele hierfür. Darüber hinaus gibt es auch Länder mit Mischformen. Hier erfolgt die Finanzierung aus Steuern und Sozialbeiträgen.

#### **Herausforderungen auf dem Gesundheitsmarkt**

Steigende Gesundheitsausgaben sind die zentrale Herausforderung in allen Gesundheitssystemen – unabhängig von ihrer Finanzierungsart. Der Anstieg der Kosten hat dabei vielfältige Ursachen. In alternden Gesellschaften wie in Deutschland spielt der demographische Wandel eine Rolle. Bei steigender Lebenserwartung ist eine Zunahme von Multimorbidität festzustellen. So leiden mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland ab dem 65. Lebensjahr an mindestens einer chronischen Erkrankung. Ab dem 75. Lebensjahr sind es bereits ca. 30 % der Menschen, die an mindestens 5 chronischen Erkrankungen leiden. Demzufolge geht die höhere Lebenserwartung mit einem Anstieg der Gesundheitskosten einher (Medikalisierungsthese). Eine höhere Lebenserwartung muss aber nicht zwangsläufig zu höheren Kosten führen. Vielmehr entstehen die höchsten Gesundheitskosten in der letzten Lebensphase. Mit steigender Lebenserwartung verlängert sich somit nicht zwingend die Phase der Behandlung, sondern diese Phase verschiebt sich vielmehr in das höhere Lebensalter (Kompressionsthese).

Auch die Einkommensentwicklung ist ursächlich für die Entwicklung der Kosten. In Gesellschaften mit zunehmendem Wohlstand steigt das Gesundheitsbewusstsein - oder volkswirtschaftlich ausgedrückt: Gesundheit ist ein superiores Gut: Mit steigendem Einkommen steigen die Ausgaben für Gesundheit.

Und nicht zuletzt treibt auch der medizinisch-technische Fortschritt – aus Sicht des Patienten ist dieser positiv zu bewerten – die Kosten weiter in die Höhe. Hinzu kommen zahlreiche Besonderheiten, die der Gesundheitsmarkt im Vergleich zu anderen Märkten aufweist.

#### **Besonderheiten auf dem Gesundheitsmarkt**

Treffen auf gewöhnlichen Märkten Anbieter und Nachfrager aufeinander, so ist der Gesundheitsmarkt vielmehr durch eine Dreieckskonstellation gekennzeichnet: Versicherte/Patienten – Krankenversicherungen – Leistungserbringer (z. B. Ärzte). Die beteiligten Akteure verfolgen dabei nicht immer kongruente Ziele. Gesundwerden bzw. Gesundbleiben ist das oberste Ziel des Patienten. Die Ärzte erzielen mit den Behandlungen Einkommen, das von den Krankenkassen vergütet wird. Die Krankenkassen wiederum müssen durch Versicherungsangebote und die damit verbundenen Beiträge ihre Ausgaben decken.

„Den“ Gesundheitsmarkt gibt es zudem nicht. Vielmehr lassen sich hier zwei Märkte unterscheiden. Es gibt einen regulierten Markt, auf dem es keine Preissteuerung geben soll. Dieser Markt hat eine Größenordnung von ca. 200 Mrd. € in Deutschland. Daneben gibt es im Umfang von ca. 100 Mrd. € noch einen freien Markt. Auf Letzterem können die Patienten frei über Gesundheitsleistungen entscheiden. Auf Ersterem gibt es hingegen zahlreiche Vorschriften und Regelungen. So heißt es in § 12 SGG V (Fünftes Buch) in Abs. 1: (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Prof. Dr. Jürgen Zerth erläutert anhand dieser Gesetzesgrundlage folgende Problematik: Was ist überhaupt eine „medizinisch notwendige Versorgung“? Für die Feststellung, welche Leistungen zur Prävention, Diagnostik oder Behandlung medizinisch notwendig sind, gibt es einen eigenen Bundesausschuss, in dem über die verschiedenen medizinischen Leistungen der Krankenkassen beraten und abgestimmt wird. Dieser setzt sich aus den verschiedenen Akteuren des Gesundheitsmarkts, Patienten, Ärzten und Krankenkassen zusammen. Dabei treffen ganz unterschiedliche Vorstellungen, medizinische sowie wirtschaftliche, aufeinander. Folgendes Beispiel hierzu: Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ist ein hochempfindliches Verfahren der nuklearmedizinischen Diagnostik. Gegenüber anderen nuklearmedizinischen Verfahren wird hierbei eine etwa 100-fach höhere Empfindlichkeit und eine erhöhte Ortsauflösung erreicht. Das heißt, dass Stoffwechselvorgänge früher und genauer im Körper sichtbar gemacht werden können, als mit jedem anderen Verfahren. Könnte dieses Verfahren bei verschiedenen Krankheiten angewandt werden, so wird es aufgrund hoher Kosten nur bei ganz wenigen Krankheiten als „medizinisch notwendig“ eingestuft.

Auch die gesetzlichen Krankenversicherungen stellen eine Besonderheit dar. Sie fungieren als Parafisci, d. h. sie stellen im Gesundheitssystem einen intermediären Bereich zwischen privatem und öffentlichem Sektor dar. Durch diese Stellung der Krankenkassen (Körperschaften des öffentlichen Rechts) herrscht somit gleichzeitig eine Markteintrittsbarriere. Durch den gesetzlich festgelegten Beitragssatz besteht zwischen ihnen zudem kaum Wettbewerb, was die Einnahmen betrifft. Wettbewerb besteht primär über die Leistungen (Kosten). Gleichzeitig besteht für die Krankenkassen Kontrahierungszwang, d. h. sie müssen Versicherer unabhängig von deren Gesundheitsrisiken aufnehmen und diese zu gleichen Prämien versichern (Sozialprinzip). Vor diesem Hintergrund wurde der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (RSA) geschaffen, d. h. die gesetzlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds einen festgelegten Betrag, der an das Morbiditätsrisiko der einzelnen Versicherten angepasst ist.

Auch die Prinzipal-Agent-Problematik tritt auf dem Gesundheitsmarkt auf. So ist der Arzt (Agent) zwar per se aufgrund seines hippokratischen Eids verpflichtet, den Patienten (Prinzipal) zu heilen. Durch die gewählte Art der Behandlung oder durch Zusatzbehandlungen hat er aber in gewissen Umfang auch die Möglichkeit, zusätzliche Einnahmen zu generieren. Zudem herrscht Informationsasymmetrie. Der Arzt verfügt über vielmehr Information gegenüber dem Patienten, dessen Ziel vielmehr die Heilung und weniger die vom Arzt gewählte Art der Behandlung ist.

### **Solidarisches Versorgungsniveau**

Neben den verschiedenen Besonderheiten gilt es auch auf dem Gesundheitsmarkt, ein optimales Versorgungsniveau zu gewährleisten. Aus theoretischer Sicht (s. Abbildung) erläutert Prof. Dr. Jürgen Zerth, dass mit zunehmenden Ausgaben im Gesundheitssystem auch die Qualität steigt (Punkt B). Werden die Ausgaben weiter erhöht, so nimmt ab einem gewissen Punkt die Qualität nicht weiter zu bzw. können durch negative Wechselwirkungen (z. B. zu viel Medikation) auch Nachteile entstehen. Punkt C weist im Vergleich zu Punkt B somit keine höhere Qualität auf und würde aus volkswirtschaftlicher Sicht Verschwendung darstellen. Fraglich bleibt, welche Qualität das gesellschaftlich effektive und effiziente Maß ist. Hierbei gilt es das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern zu berücksichtigen. So verursachen ca. 80 % der Versicherten 20 % der Gesundheitskosten, während ca. 20 % der Versicherten 80 % der Kosten verursachen. Wird eine Qualitätssteigerung beabsichtigt, die mit einer Erhöhung der Kosten einhergeht, so entsteht bei einem Großteil der Versicherten schnell Unmut, da sie (alle) höhere Beiträge zahlen müssen, aber nur wenige von der neuen Qualität profitieren. Das optimale Versorgungsniveau unterliegt letztendlich einem ständigen gesellschaftlichen Diskurs und somit laufenden Veränderungen. Mit Veränderungen und der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems beschäftigte sich der abschließende Teil des Vortrags.

### **Gesundheitssystem – quo vadis?**

Prof. Dr. Jürgen Zerth konstatiert vorab, dass wir trotz zahlreicher Kritik und auch negativer öffentlicher Berichtserstattung in Deutschland ein gut funktionierendes Gesundheitssystem haben. Eine große Problematik sind immer noch die Schnittstellen: Ambulante Versorgung mit Fachärzten, teilstationäre Versorgung, vollstationäre Versorgung, Trennung von Gesundheit und Pflege usw. Durch die Digitalisierung ist ein einfacherer Informationsaustausch möglich. Gleichwohl besteht hier dringender Handlungsbedarf, um die Chancen der Digitalisierung schnell zu nutzen und somit Kosten einsparen zu können.

Die Komplexität des Systems, wie oben bereits geschildert, erschwert es zudem, dass nicht alle Folgewirkungen von gut gemeinten Änderungen sofort im Detail genau vorhergesagt werden können. Vor diesem Hintergrund lobt Prof. Dr. Jürgen Zerth den neu eingeführten Innovationsfonds im Gesundheitssystem, der mit 230 Mio. € ausgestattet wurde. Ziel des Innovationsfonds ist es, neue Versorgungssysteme zu etablieren. Dazu waren die Krankenkassen bislang aufgrund des hohen Risikos nicht bereit. Durch den Fonds wurde hingegen ein Anreiz für Verbesserungen geschaffen. Krankenkassen mit innovativen Konzepten müssen sich um die finanziellen Mittel bewerben. Damit steht nun Geld – von Prof. Dr. Jürgen Zerth auch als „Spielgeld“ bezeichnet – für neue „Wettbewerbsexperimente“ ganz nach dem Motto „Wer nicht wagt, der nicht gewinnt!“ zur Verfügung, um langfristig eine bessere Versorgung zu schaffen.

*Matthias Dirmeier*