



**WITTENBERG-ZENTRUM FÜR GLOBALE ETHIK**  
***WITTENBERG CENTER FOR GLOBAL ETHICS***

**DISKUSSIONSPAPIER NR. 2007-2**  
***DISCUSSION PAPER NR. 2007-2***

**Dominique Nicole Friederich**

**Gesundheitsreform auf dem Prüfstand –  
Solidarität durch Wettbewerb in der Krankenversicherung**

**Herausgegeben vom**  
***Edited by***

**Wittenberg-Zentrum für Globale Ethik e.V.**



## Haftungsausschluss

Diese Diskussionspapiere schaffen eine Plattform, um Diskurse und Lernen zu fördern. Die Herausgeber teilen daher nicht notwendigerweise die in diesen Diskussionspapieren geäußerten Ideen und Ansichten. Die Autoren selbst sind und bleiben verantwortlich für ihre Aussagen.

**ISSN 1862-6289**

**ISBN 978-3-86010-929-8**

## Autorenanschrift

**Dr. Dominique Nicole Friederich**  
The Boston Consulting Group GmbH  
Ludwigstrasse 21  
D-80539 München

## Korrespondenzanschrift

**Wittenberg-Zentrum für Globale Ethik e.V.**  
Collegienstraße 62  
D-06886 Lutherstadt Wittenberg  
Tel.: +49 (0) 3491-466-257  
Fax: +49 (0) 3491-466-258  
Email: [info@wcge.org](mailto:info@wcge.org)  
Internet [www.wittenberg-center.org](http://www.wittenberg-center.org)

# Gesundheitsreform auf dem Prüfstand

—

## Solidarität durch Wettbewerb in der Krankenversicherung

von Dominique Nicole Friederich, München

### 1 Einleitung

Deutsche Gesundheitspolitiker stehen seit Jahren unter Druck: Die demographische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt, die angespannten Finanzierungsbedingungen und vor allem auch die Unzufriedenheit der unterschiedlichen Interessengruppen stellen die gesundheitspolitischen Akteure mit zunehmender Dringlichkeit vor die Aufgabe, grundlegende Reformen durchzuführen.

Das "Wettbewerbsstärkungsgesetz" vom April 2007 ist ein erneuter Versuch, diese Probleme anzugehen. Von dem großen Versuch, systematische Lösungen zu erarbeiten und zufrieden stellende Ansätze für alle Beteiligten zu finden, ist bei näherem Betrachten allerdings auch bei dieser Reform nicht viel geblieben.

Zwar wurden in unterschiedlichen Bereichen Veränderungen erzielt: (1) die Einführung der bisher in der Bundesrepublik fehlenden allgemeinen Krankenversicherungspflicht, (2) der Abbau von Bürokratiehürden in Versorgungsstrukturen und Kassenorganisation sowie (3) die Einführung von Basistarif und portablen Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung. Die Finanzierung des Krankenversicherungssystems – seit jeher eines der politisch umstrittensten Probleme - wird allerdings auch bei dieser Reform nicht systematisch diskutiert. Der geplante Gesundheitsfonds stellt die Finanzierungsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung nur *aus organisatorischer Sicht* auf neue Säulen; die Finanzierungs- und Anreizprobleme des Systems vermag er nicht zu lösen. Im Gegenteil: Statt die derzeitige einkommensabhängige Finanzierungsform als solche auf den Prüfstand zu stellen, beschränkt sich das Konstrukt darauf, die Sammlung und Verteilung der Gelder weiter zu bürokratisieren. Geschaffen wurde - verdeckt unter dem Beisatz der Wettbewerbsstärkung - ein neues Instrumentarium zur weiteren Einschränkung des qualitätsfördernden und kostensenkenden Leistungswettbewerbs, das die Probleme des Krankenversicherungssystems nicht zu lösen weiß.

Auch dieses Mal bleibt damit die Frage, warum die Finanzierung des Krankenversicherungssystems trotz der Vielzahl an ökonomisch überzeugenden Lösungsalternativen wieder nicht systematisch angegangen worden ist und keine Einigkeit für ein umfassendes Reformkonzept erzielt werden konnte. Warum haben sich Politik und Gesellschaft wieder einmal auf den Beschluss punktueller Maßnahmen zur Lösung akuter Probleme beschränkt und die Reform der Finanzierung – über deren Notwendigkeit sich zweifelsfrei jeder bewusst ist – ein weiteres Mal auf eine spätere Legislaturperiode verlagert?

## 2 Die Problematik der gesundheitspolitischen Diskussion

Analysiert man das Problem näher, ist schnell feststellbar, dass ein wesentliches Hindernis in der fehlenden Vereinbarkeit vieler ökonomisch überzeugender Reformvorschläge mit den vorherrschenden Solidaritäts- und Gerechtigkeitsvorstellungen in der Gesellschaft besteht. Kopf- oder Risikoprämien, Leistungskürzungen und Erhöhungen von Zuzahlungen erscheinen nur allzu häufig ungerecht und unsolidarisch und werden entsprechend nicht selten grundsätzlich abgelehnt.

Um die Zustimmung für grundlegende Reformen in der Gesellschaft zu erzielen, ist es erforderlich, dass Vorschläge zur Reform der Krankenversicherung nicht nur technisch-institutionell überzeugend sind, sondern vor allem auch moralisch-intuitiv in der Gesellschaft akzeptiert werden. Die Solidaritäts- und Gerechtigkeitsvorstellungen, konkreter: die *Vermittelbarkeit der unterschiedlichen Reformvorschläge mit den moralischen Vorstellungen* der Gesellschaft von Solidarität und Gerechtigkeit werden damit zu einer wesentlichen Voraussetzung für eine mögliche Umsetzbarkeit. Und dies gilt umso mehr, wenn die Reformvorschläge vertraute Gewohnheiten erheblich in Frage stellen, wie es u. a. alle marktwirtschaftlichen Konzepte zur Reform der Krankenversicherung vorsehen.

Auch die marktwirtschaftlich orientierten Reformkonzepte verzichten nicht auf die Einbindung normativer Leitbegriffe wie Solidarität oder Gerechtigkeit. Jedoch findet diese Einbindung i.d.R. nicht systematisch statt, was nicht selten den Eindruck hinterlässt, dass der Ökonomie der Vorzug vor Solidaritäts- und Gerechtigkeitsüberlegungen gegeben wird. Zudem sind die gängigen Vorstellungen von Solidarität und Gerechtigkeit nicht selten problematisch und geprägt durch historisch bedingte Erwartungen. Oftmals werden weder die gezielte Verbindung zu den Bedingungen der realen Umwelt hergestellt, noch die systematischen Zusammenhänge des Krankenversicherungssystems ausreichend reflektiert. Die Konsequenzen sind eindeutig: Unter Rekurs auf eine missverstandene Solidarität werden Fehlschlüsse hinsichtlich der Güte möglicher Reformkonzepte in der öffentlichen Gesundheitsdiskussion geradezu provoziert und sinnvolle Reformen des Krankenversicherungssystems systematisch verhindert. Besonders prägnant ist das Beispiel einkommensabhängiger Beiträge als Finanzierungsinstrument in der GKV: In der öffentlichen Diskussion überwiegt die Meinung, dass eine Krankenversicherung nur dann als solidarisch zu bezeichnen ist, wenn sowohl die Solidarität im Krankheitsfall als auch eine gewisse Einkommenssolidarität im Falle einer finanziellen Überforderung in der Beitragszahlung berücksichtigt werden. Im Vordergrund stehen damit weniger die nachhaltige gemeinschaftliche Haftung, sondern ganz bestimmte soziale Umverteilungen. Selbstbehalte und Zuzahlungen oder die Abkehr von der einkommensabhängigen Finanzierung hin zu einem Prämiensystem werden sofort als Angriffe auf die Solidarität betrachtet, obwohl die gemeinschaftliche Haftung im Krankheitsfall durch solche Veränderungen nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird. Im Gegenteil: Aus Gründen der Transparenz sind Überlegungen, die eine Trennung (nicht die Abschaffung!) von einkommens- und krankheitsbedingten Komponenten des Versicherungsschutzes vorschlagen, durchaus als Stärkung des originären Solidaritätsgedankens, nicht aber als unsolidarisch zu bewerten.

Macht man sich diese grundlegende Problematik der gesundheitspolitischen Diskussion bewusst, wird deutlich, dass eine nachhaltige Reform des Krankenversicherungssystems die Veränderung genau dieser problematischen Solidaritäts- und Gerechtigkeitsvorstellungen

unter Einbezug der systematischen Zusammenhänge des Gesundheitssystems als unabdingbare, jedoch bisher nicht ausreichend berücksichtigte Voraussetzung abverlangt: Um die gesellschaftliche Zustimmung für mögliche Reformvorschläge zu erlangen, ist es erforderlich, neben den im Fokus der traditionellen Gesundheitsökonomie stehenden technisch-institutionellen Handlungsrestriktionen auch die im öffentlichen Diskurs existierenden normativen Ansprüche und Erwartungen systematisch in die konzeptionelle Analyse einzubeziehen. Und dies erfordert nicht nur die technische Arbeit an den unterschiedlichen Reformvorschlägen, sondern auch die Arbeit an den moralischen Vorstellungen der Gesellschaft im Hinblick auf die normativen Leitbegriffe Solidarität und Gerechtigkeit. Sind diese charakterisiert durch ein mangelhaftes Verständnis von Zusammenhängen, eine fehlende Berücksichtigung empirischer Rahmenbedingungen oder systematische Fehlschlüsse, kann dies die Einigung auf sinnvolle Konzepte verhindern und durch problematische Schlussfolgerungen gesellschaftlich unerwünschte, nicht-intendierte Handlungsergebnisse erzeugen. Ein besonders prägnantes Beispiel ist in diesem Zusammenhang die Forderung nach der Verfügbarkeit aller medizinischer Leistungen für alle im Leistungskatalog der GKV: Der medizinische Möglichkeitsrahmen wächst kontinuierlich an und immer mehr Ressourcen könnten in die Erfüllung sich daraus ergebender Bedürfnisse investiert werden. Bei konsequenter Beachtung des Prinzips eines ausgewogenen Verhältnisses von Leistung und Gegenleistung, bedeutet dies jedoch gleichzeitig auch den Verzicht auf eine alternative Verwendung eben dieser Geldmittel, etwa für andere Konsumgüter oder Institutionen wie z. B. das Bildungswesen. Und dieser Verzicht kann aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive durchaus unerwünscht sein! Bereits der heutige Leistungskatalog der GKV entspricht eher einer Abdeckung nahezu aller möglichen Leistungen und geht somit weit über das lebenserhaltende Einsteigen im ungewissen Krankheitsfall hinaus. Kürzungen in bestimmten Leistungsbereichen können daher durchaus mit der originären Solidarität vereinbar sein – nicht zuletzt vor dem Aspekt der Finanzierung alternativer gesellschaftlicher Bedürfnisse.

Für Politik und Gesellschaft bedeutet dies vor allem Folgendes: Wir brauchen eine *rationalisierte Sichtweise* der Begriffe Solidarität bzw. Gerechtigkeit und ihrer Vereinbarkeit mit marktwirtschaftlichen Finanzierungsalternativen und Elementen eines erwünschten Leistungswettbewerbs. Nur dann können wir ökonomisch sinnvolle und vor allem auch solidarische Reformen des Krankenversicherungssystems ermöglichen und *gleichzeitig* den Rahmenbedingungen, Ressourcenbeschränkungen und Verhaltensmustern der modernen Großgesellschaft ausreichend gerecht werden.

### **3 Ein rationalisiertes Verständnis von Solidarität und Gerechtigkeit**

Im Zentrum eines rationalisierten Solidaritäts- und Gerechtigkeitsverständnisses sollten entsprechend nicht mehr einzelne Maßnahmen oder Ausgestaltungen der Krankenversicherung, insbesondere bestimmte Umverteilungen, sondern die Sicherstellung der *nachhaltigen Versicherung* des Krankheitsfalls für alle Gesellschaftsmitglieder unter Berücksichtigung relevanter institutioneller und gesellschaftlicher Zusammenhänge stehen. Solidarität sollte verstanden werden als ein Unternehmen der gesellschaftlichen Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil, von dem jeder profitiert, das jedoch gleichzeitig auf die Akzeptanz und Beitragsleistung aller Beteiligten angewiesen ist. Die konkrete Ausgestaltung der Krankenversicherung ist dann eine Frage der Gerechtigkeit, die ebenfalls nicht an einzelnen Spielzügen und Einzelfällen, sondern an Regeln zur Sicherstellung der nachhaltigen Funktionsfähigkeit des

Krankenversicherungssysteme festgemacht werden sollte. Im Einzelfall kann dies heißen, dass der Betroffene auch einmal kurzfristige (zumutbare!) Nachteile in Kauf nimmt, da sich die Lösung auch für ihn insgesamt und auf Dauer gesehen als die beste Alternative herausstellt. Die Krankenversicherung ist genau dann solidarisch, wenn nachhaltig sichergestellt werden kann, dass

- (1) jeder, ob als Patient und Beitragszahler oder Arzt, Kassenfunktionär, Versicherer, Arzneimittelhersteller o.ä., seinen Beitrag leistet – worin genau auch immer dieser bestehen mag – und
- (2) keiner ausgebeutet wird, was u. a. den im bisherigen Krankenversicherungssystem vernachlässigten Gedanken der Reziprozität – also das ausgewogene und transparente Verhältnis von Leistung und Gegenleistung – zu einer wesentlichen Voraussetzung hat.

#### **4 Institutionalisierte Leistungswettbewerb zur Generierung von Kooperationsgewinnen**

Ähnlich bedarf auch der in der gesundheitspolitischen Diskussion bereits stark überdehnte Begriff des Wettbewerbs einer Rückbesinnung auf seine institutionellen Zusammenhänge und Wirkungen. Sinnvollerweise sollte Wettbewerb verstanden werden im Sinne eines durch eine geeignete Rahmenordnung *institutionalisierten Leistungswettbewerbs* zur Generierung von gesellschaftlichen Kooperationsgewinnen. Durch die institutionalisierte Konkurrenz können die Bedürfnisse von Nachfragern und Anbietern aufeinander abgestimmt, der sparsame Umgang mit den knappen Ressourcen des Gesundheitswesens angeregt und innovative, qualitativ hochwertige und differenzierte Angebote geschaffen werden, die an den Präferenzen der Nachfrager orientiert sind. Dabei ist sich durchaus bewusst zu machen, dass der Wettbewerb grundsätzlich ambivalent ist: Er kann die angesprochenen Kooperationsgewinne generieren, gleichzeitig jedoch auch zu einer stärker ausgeprägten Individualisierung und größeren Spreizungen bei der Nutzung des neuen, ausdifferenzierten Angebots führen. Und gerade dies erscheint im gesellschaftlich hochsensiblen Gesundheitsbereich oftmals nicht akzeptabel („Mehr-Klassen-Medizin“).

Hinzu kommt, dass der Wettbewerb grundsätzlich zu einem erhöhten Kostendruck führt. Dieser kann erwünscht sein, wenn damit der sparsame Umgang mit knappen Ressourcen und das Angebot eines adäquaten Preis-Leistungs-Verhältnisses erzielt werden; gleichzeitig weist dieser Kostendruck jedoch immer auch die Gefahr auf, zu Lasten der Qualität zu gehen oder zu einem ruinösen Wettbewerb der Konkurrenten untereinander zu führen. Eine geeignete Rahmenordnung muss daher festlegen, wo die Wirkungen des Leistungswettbewerbs gesellschaftlich erwünscht bzw. unerwünscht sind und den erwünschten Wettbewerb entsprechend forcieren und unerwünschte Formen effektiv unterbinden.

In der Krankenversicherung ist hier insbesondere die Verbesserung bzw. Lösung grundlegender Informationsasymmetrien, die Problematik des Trittbrettfahrerverhaltens sowie die Bestimmung des Handlungsspielraums für die Entfaltung von Wettbewerbsprozessen zu nennen. Der Handlungsrahmen ist dabei umso größer

- je risikoindividueller die Kalkulation der Prämie erfolgt, je besser sichtbar also das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung ist,

- je weniger auf die verzerrenden Wirkungen eines Risikostrukturausgleichs zurückgegriffen werden muss und
- je größer der Spielraum für den Abschluss selektiver Verträge mit den Leistungsanbietern ist.

Sicherlich verlangen Rahmenordnungen mit einem weiten Handlungsspielraum, wie ihn prämienbasierte Versicherungslösungen vorschlagen, dem Einzelnen stets deutlich mehr ab als eine standardisierte Einheitsversicherung. Gleichzeitig weiten sie aber auch die Möglichkeiten für gesellschaftliche Kooperationsgewinne erheblich aus. Auch diese Rahmenordnungen können daher damit rechnen, die Zustimmung in der Gesellschaft finden, sofern es nur gelingt, dies im öffentlichen Diskurs hinreichend deutlich zu machen.

### **5 Drei Prinzipien einer rationalen Gesundheitspolitik**

Für eine verbesserte Strukturierung der gesundheitspolitischen Diskussion und zur strukturierten Analyse von Institutionen und institutionellen Veränderungen des Krankenversicherungssystems können die Gedanken von rationalisierter Solidarität, anreizkompatibler Eigenverantwortung und institutionalisiertem Leistungswettbewerb gezielt anhand von drei „Prinzipien einer rationalen Gesundheitspolitik“ zusammengebracht werden:

- (1) dem Prinzip der gesellschaftlichen Solidarität im Krankheitsfall,
- (2) dem Prinzip der anreizkompatiblen Eigenverantwortung und
- (3) dem Prinzip des institutionalisierten Leistungswettbewerbs.

Das erste Prinzip konkretisiert die moralische Grundforderung, die der Ausgestaltung der Krankenversicherung zugrunde liegt: die Realisierung gesellschaftlicher Solidarität im Krankheitsfall. Dem Prinzip unterliegt das erweiterte, rationalisierte Verständnis von Solidarität, das nicht allein die bekannten Umverteilungsmechanismen der GKV, sondern die Sicherstellung nachhaltiger Stabilität und Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems in den Vordergrund stellt. Das Prinzip weist darauf hin, dass auch bei der Umsetzung von Solidarität im Krankheitsfall unterschiedliche Interessen aufeinander stoßen: das gemeinsame Interesse an der Absicherung des Krankheitsfalls auf der einen und die erheblichen Kosten für den Einzelnen auf der anderen Seite. Nicht immer ist die Wirkung der eigenen Solidarleistung sofort erkennbar und das "Nicht-Investieren" in Solidarität, etwa in Form einer Übernutzung des Systems ("Selbstbedienungsmentalität"), stellt in den Augen vieler Betroffener nicht selten die kurzfristig (!) überlegene Strategie dar. Genau hier leitet das Prinzip an, nach Mechanismen zu suchen, die die moralische Grundforderung der Solidarität so zur Geltung bringen, dass sich die Beteiligten im eigenen Interesse systemerhaltend, also anreizkompatibel, verhalten und der Einzelne die Vorteile seiner Investition in Solidarität klar erkennen kann.

Den Rahmen für die anreizkompatible Umsetzung, also die Überlegungen, wie gesellschaftliche Solidarität im Krankheitsfall so umgesetzt werden kann, dass eine „Ausbeutung aller durch alle“ verhindert und qualitativ hochwertige Leistungen erbracht werden, legt das zweite Prinzip dar. Es baut auf dem Grundsatz auf, dass Menschen stets eigenorientiert handeln – auch im Gesundheitswesen. Gerade durch eine dezentrale Steuerung und das Vertrauen auf die grundsätzliche Verantwortung der Menschen kann dabei eine Form von nachhaltiger und systematisch stabiler Solidarität im Krankheitsfall umgesetzt werden, die bei einer zentral-

sierten Steuerung unmöglich wäre. Auch in der Krankenversicherung kann das Verhalten des Einzelnen durch eine geeignete Rahmenordnung derartig kanalisiert werden, dass das Verfolgen eigener Interessen nicht zu einer kollektiven und damit eigenen (!) Schädigung führt, sondern eine im Interesse aller stehende, gesellschaftliche Solidarität realisiert wird. Selbstbehalte sind ein besonders prägnantes Beispiel für diesen wichtigen Zusammenhang: Da der Versicherte Krankheitskosten in Höhe der Selbstbeteiligung neben der Versicherungsprämie selbst zu tragen hat, existiert ein gewisser Anreiz, medizinische Leistungen nicht unnötig in Anspruch zu nehmen, um die eigene finanzielle Belastung durch den Selbstbehalt so gering wie möglich zu halten. Durch dieses kostensparende Verhalten erreicht der Versicherte jedoch nicht nur den eigenen finanziellen Vorteil, sondern verhindert gleichzeitig die finanzielle Überbeanspruchung der Versicherungsgemeinschaft und trägt somit zu ihrer dauerhaften Stabilität bei.

Weitere Konkretisierung erfährt das Verständnis anreizkompatibler Eigenverantwortung im Prinzip des institutionalisierten Leistungswettbewerbs. Der durch eine passende Rahmenordnung institutionalisierte und damit erwünschte (!) Leistungswettbewerb ist ein Instrument, das den Individuen grundsätzlich erhebliche Freiräume zugesteht, durch seine funktionalen Zusammenhänge jedoch gleichzeitig auch dafür sorgt, dass diese Freiräume in einer gesellschaftsförderlichen Weise genutzt werden. Aufgrund seiner leistungssteigernden Wirkung sorgt er für eine qualitativ hochwertige, innovative und ressourcensparende Umsetzung des Solidaritätsgedankens, was gerade auch mit Blick auf die Bedingung ständiger Knappheit eine Grundvoraussetzung zur seiner dauerhaften Erfüllbarkeit darstellt.

Die Prinzipien verdeutlichen, dass Solidarität bzw. Gerechtigkeit und Wettbewerb, prämiensbasierte Finanzierungsmodelle, Selbstbehalte und Zuzahlungen einander in der Krankenversicherung keinesfalls ausschließen. Im Gegenteil: Ein durch eine geeignete Rahmenordnung institutionalisierter und entsprechend zustimmungsfähiger Leistungswettbewerb, prämiensbasierte Finanzierungsmodelle, Zuzahlungen und Selbstbehalte stellen unter den Bedingungen der modernen Gesellschaft wesentliche Instrumente zur Umsetzung des rationalisierten Solidaritätsgedankens dar. Sie führen den Einzelnen – im eigenen Interesse – dazu, individuelle Freiräume in einer sinnvollen Art und Weise zu nutzen und kanalisieren das Verhalten der Akteure derart, dass die unerwünschte Übernutzung der knappen Ressourcen des Gesundheitssystems verhindert und die gesellschaftlich erwünschte Solidarität für den Krankheitsfall nachhaltig zur Geltung gebracht werden kann.

### **6 Reformvorschläge aus Sicht der Prinzipien rationaler Gesundheitspolitik**

Bewertet man aus dieser Perspektive die gängigen gesundheitspolitischen Vorschläge zur Reform der Krankenversicherung, lassen sich sehr überzeugende Argumente für den Vorzug von prämiensbasierten Modellen zur nachhaltigen Umsetzung der Idee der rationalisierten Solidarität finden. Im Vergleich zu der insbesondere auf sozialdemokratischer Seite verfochtenen Idee der „Bürgerversicherung“, die systematisch nur wenige Änderungen gegenüber dem Status Quo vorsieht und grundsätzlich viele Anreizprobleme des heutigen Krankenversicherungssystems ungelöst lässt, beziehen prämiensbasierte Vorschläge genau die (vernünftige!) Eigenverantwortlichkeit der Menschen ein, die die unerwünschte Ausnutzung diskretionärer Handlungsspielräume unterbinden kann und damit die Solidarität für den Krankheitsfall anreizkompatibel und nachhaltig zur Geltung bringt.

Die Bürgerversicherung, die die Ausweitung der einkommensabhängigen Finanzierung der GKV auf die gesamte deutsche Bevölkerung unter Einbezug einer größeren Finanzierungsbasis darstellt, mag zwar dem traditionellen Solidaritäts- und Gerechtigkeitsverständnis zunächst am nächsten kommen. Langfristig erscheint sie problematisch. Aufgrund der an sich fehlenden Integration des Gedankens einer sinnvollen Eigenverantwortung bleiben viele bekannte Anreiz- und Informationsprobleme des jetzigen Krankenversicherungssystems fortbestehen, was den Vorschlag anreizinkompatibel und damit weder ökonomisch *noch* ethisch überzeugend erscheinen lässt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass aufgrund des Fortbestands einer Ausnutzung diskretionärer Handlungsspielräume die „Ausbeutung aller durch alle“ (Peter Oberender) in einer ausgedehnten Art und Weise fortgeführt wird, da nunmehr:

- (1) die gesamte deutsche Bevölkerung in das institutionelle Gefüge einbezogen wird und
- (2) Intransparenzen aufgrund der Ausweitung der Bemessungsgrundlage weiter vergrößert werden.

Unter diesen Voraussetzungen erscheint es unerreichbar, die nachhaltige Stabilität und Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems garantieren zu können, die für die dauerhafte Umsetzung der Solidarität im Krankheitsfall erforderlich sind, was die Bürgerversicherung zu einer ungeeigneten Lösungsalternative für die Umsetzung der gesellschaftlichen Solidarität im Krankheitsfall macht.

Marktwirtschaftlich orientierte, prämienbasierte Konzepte hingegen legen ein rationalisiertes Verständnis des Solidaritätsgedankens zugrunde, das nicht mehr die Umverteilungen des momentanen GKV-Systems als einzig akzeptablen Ausdruck gesellschaftlicher Solidarität bewertet, sondern längerfristige gesellschaftliche Zusammenhänge systematisch in die Überlegungen einbezieht. Entsprechend werden mit kopf- und risikoprämienbasierten Finanzierungsmodellen Vorschläge präsentiert, die neben den Problematiken von adverser Selektion und „Cream skimming“ auch die Problematik der Nullkostenmentalität adressieren und dem Versicherten gleichzeitig größere Wahlfreiheiten in der Ausgestaltung des Krankenschutzes einräumen. Ausdruck der Solidarität im Krankheitsfall sind in diesen Konzepten nicht mehr die einzelnen Spielzüge eines einkommensabhängigen Beitragssystems, sondern die Gewährleistung für den Einzelnen, Zugang zu einem System der Krankenversicherung zu erhalten, das durch eine Lösung relevanter Anreiz- und Informationsprobleme und den ausgeweiteten Einbezug der Interessen der Versicherten einen langfristig gesicherten Schutz für den Krankheitsfall darstellt.

Entsprechend finden sich in allen prämienbasierten Konzepten auch wesentliche Überlegungen zu einer vernünftigen Eigenverantwortung wieder. Ihre Umsetzung wird vor allem durch die Trennung von Krankenversicherung und Einkommensausgleich und das daraus resultierende gestärkte Kostenbewusstsein des Versicherten für den Krankenschutz begünstigt. Ein verstärkter Effekt dieser Wirkung könnte darüber hinaus durch die von unterschiedlichen Vertretern vorgeschlagene Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags und den Umstieg auf das Kostenerstattungsprinzip erzielt werden. Aufgrund einer besseren Transparenz von Leistung und Gegenleistung kann der Versicherte in diesen Konzepten zum einen seine Kontroll-

funktion als Gutachter von Preis und Leistung des angebotenen Schutzes erheblich besser wahrnehmen; zum anderen wird durch die neue Transparenz auch die systematische Aus- und Fehlnutzung – die „Ausbeutung aller durch alle“ - stark eingeschränkt. Im Hinblick auf die dauerhafte Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems und die nachhaltige Erfüllung des Solidaritätsgedankens stellt dies somit eine erhebliche Verbesserung dar. Hinzu kommt, dass diese Verbesserungen der Wahrnehmung von Leistungen und Kosten erweiterte Möglichkeiten für die Entfaltung von erwünschten Wettbewerbsprozessen und, damit verbunden, der Verbreitung von dezentral vorhandenem Wissen eröffnen. Auch aus Wettbewerbsgesichtspunkten sind prämiensbasierte Vorschläge der Bürgerversicherung damit weit überlegen.

Prämienmodelle erfordern allerdings auch die weitreichendsten Veränderungen der Vorstellungen der Gesellschaft hinsichtlich des Verständnisses von Solidarität, Gerechtigkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Ein rationalisiertes Solidaritäts- und Gerechtigkeitsverständnis und das grundlegende Verständnis von institutionellen Zusammenhängen stellen die Voraussetzung für die Akzeptanz von sinnvollen, marktwirtschaftlichen Reformvorschlägen dar. Ohne eine Veränderung des traditionellen Solidaritäts- und Gerechtigkeitsverständnisses als "Umverteilung" wird es trotz der Vorzüge einer Übernahme eigener Verantwortung und einer Ausweitung des institutionalisierten Leistungswettbewerbs wohl kaum eine Zustimmung für prämiensbasierte Modelle in der Gesellschaft geben. Eine Diskussion der Reformgüte einzelner Vorschläge sollte diese wichtige Erkenntnis daher stets berücksichtigen und neben der ökonomischen Güte immer auch in der Lage sein, die Überlegenheit auch im Hinblick auf Solidarität und Gerechtigkeit nachweisen zu können.

Dabei muss man sich immer auch bewusst machen, dass sich gerade normative Leitbegriffe und Vorstellungen von Solidarität und Gerechtigkeit nicht über Nacht oder durch polemisierendes Zureden verändern. Eine grundlegende Veränderung erfordert insbesondere auch bei meinungsbildenden Interessengruppen eine rationale gesellschaftliche Gesundheitsdiskussion, die bereit ist, nicht nur den Einzelfall im Blick zu haben, sondern vor allem die Folgen für das System in den Vordergrund zu stellen.

Die jüngste Gesundheitsreform hat bisher wieder einmal auf diese systematische Diskussion verzichtet. Die grundlegenden Herausforderungen des Krankenversicherungssystems bleiben allerdings auch nach Verabschiedung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes bestehen. Damit werden auch in zukünftigen Legislaturperioden die Themen Finanzierung und damit die Vereinbarkeit von Solidarität und Wettbewerb ihren festen Platz in der gesundheitspolitischen Diskussion erhalten. Die hinreichende Offenheit der aktuellen Reformbestrebungen, insbesondere in der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds, lässt ausreichend Raum für alternative Finanzierungs- und Lösungsoptionen und auf ihre erneute Diskussion können wir uns schon jetzt einstellen. Der Ökonom kann hierfür nur „self-enforcing arguments“ derart zur Verfügung stellen, wie sie in diesem Papier erörtert worden sind. Auf ihr Verständnis und ihre umsichtige Verbreitung ist in unserem eigenen Interesse zu hoffen, denn: Wir werden letztlich immer das Krankenversicherungssystem bekommen, das wir – im doppelten Sinne – verdient haben.

Dr. Dominique Nicole Friederich (Dipl.-Kffr., MSc, Diplômée Grande Ecole de Gestion) hat Internationale Betriebswirtschaftslehre an der Universität Hamburg und der ESCP-EAP in Paris, Oxford und Berlin studiert und wurde im Oktober 2004 an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt mit einer volkswirtschaftlichen Arbeit zur Gesundheitspolitik promoviert. Ihre Dissertation „Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung - Ein Ansatz diskursiver Politikberatung zur Reform des Gesundheitswesens“ ist im Oktober 2005 in der Reihe „Gesundheitsökonomische Beiträge“ im Nomos-Verlag, Baden-Baden erschienen. Frau Dr. Friederich ist als Unternehmensberaterin bei The Boston Consulting Group in München tätig und berät als Mitglied der Praxisgruppen Insurance und Healthcare insbesondere Unternehmen aus dem Versicherungs- und Gesundheitsbereich.

**WITTENBERG-ZENTRUM FÜR GLOBALE ETHIK**  
**WITTENBERG CENTER FOR GLOBAL ETHICS**

**DISKUSSIONSPAPIERE**  
**DISCUSSION PAPERS**

- Nr. 03-1            **Ingo Pies**  
WELT-GESELLSCHAFTS-VERTRAG: Auf dem Weg zu einer  
ökonomisch fundierten Ethik der Globalisierung
- Nr. 03-2            **Ingo Pies**  
GLOBAL SOCIAL CONTRACT  
On the road to an economically-sound Ethics of Globalization
- Nr. 03-3            **Ingo Pies**  
Weltethos versus Weltgesellschaftsvertrag – Methodische Wei-  
chenstellungen für eine Ethik der Globalisierung
- Nr. 03-4            **Karl Homann**  
Braucht die Wirtschaftsethik eine „moralische Motivation“?
- Nr. 03-5            **Johanna Brinkmann, Ingo Pies**  
Der Global Compact als Beitrag zu Global Governance:  
Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven
- Nr. 03-6            **Ingo Pies**  
Sozialpolitik und Markt: eine wirtschaftsethische Perspektive
- Nr. 03-7            **Ingo Pies**  
Korruption: Diagnose und Therapie aus wirtschaftsethischer  
Sicht
- Nr. 04-1            **Ingo Pies, Markus Sardison**  
Ethik der Globalisierung: Global Governance erfordert einen  
Paradigmawechsel vom Machtkampf zum Lernprozess
- Nr. 04-2            **Ingo Pies, Cora Voigt**  
Demokratie in Afrika – Eine wirtschaftsethische Stellungnahme  
zur Initiative  
„New Partnership for Africa’s Development“ (NePAD)
- Nr. 04-3            **Ingo Pies**  
Theoretische Grundlagen demokratischer Wirtschafts- und Ge-  
sellschaftspolitik - Der Beitrag Milton Friedmans
- Nr. 04-4            **Henry Meyer zu Schwabedissen, Ingo Pies**  
Ethik und Ökonomik: Ein Widerspruch?

- Nr. 04-5           **Ingo Pies**  
Wirtschaftsethik als Beitrag zur Ordnungspolitik – Ein interdisziplinäres Forschungsprogramm demokratischer Politikberatung
- Nr. 04-6           **Karl Homann**  
Gesellschaftliche Verantwortung der Unternehmen. Philosophische, gesellschaftstheoretische und ökonomische Überlegungen
- Nr. 04-7           **Andreas Suchanek**  
Überlegungen zu einer interaktionsökonomischen Theorie der Nachhaltigkeit
- Nr. 04-8           **Thomas Fitschen**  
Der „Global Compact“ als Zielvorgabe für verantwortungsvolles Unternehmertum – Idee mit Zukunft oder Irrweg für die Vereinten Nationen?
- Nr. 04-9           **Markus Beckmann, Thomas Mackenbrock, Ingo Pies, Markus Sardison**  
Mentale Modelle und Vertrauensbildung – Eine wirtschaftsethische Analyse
- Nr. 04-10          **Ingo Pies**  
Nachhaltige Politikberatung: Der Ansatz normativer Institutionenökonomik
- Nr. 04-11          **Markus Beckmann, Johanna Brinkmann, Valerie Schuster**  
10 Thesen zu Corporate Citizenship als Ordnungsverantwortung – Ein interaktionsökonomisches Forschungsprogramm
- Nr. 04-12          **Markus Beckmann, Ingo Pies**  
Sustainability by Corporate Citizenship
- Nr. 04-13          **Ingo Pies, Alexandra von Winning**  
Wirtschaftsethik
- Nr. 04-14          **Markus Sardison**  
Macht - eine interaktionsökonomische Betrachtung
- Nr. 05-1           **Johanna Brinkmann, Ingo Pies**  
Corporate Citizenship: Raison d'être korporativer Akteure aus Sicht der ökonomischen Ethik
- Nr. 05-2           **Ingo Pies, Markus Sardison**  
Wirtschaftsethik
- Nr. 05-3           **Ingo Pies**  
Theoretische Grundlagen demokratischer Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik – Der Beitrag von Karl Marx

- Nr. 2005-4      **Andreas Suchanek**  
Is Profit Maximization the Social Responsibility of Business?  
Milton Friedman and Business Ethics
- Nr. 2006-1      **Karl Homann**  
Gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen in der globalisierten Welt: Handlungsverantwortung – Ordnungsverantwortung – Diskursverantwortung
- Nr. 2006-2      **Doris Fuchs**  
Private Actors in Tropical Deforestation Governance
- Nr. 2006-3      **Karl Homann**  
Wirtschaftsethik: ökonomischer Reduktionismus?
- Nr. 2006-4      **Karl Homann**  
Competition and Morality (Wettenberb und Moral 1990)
- Nr. 2006-5      **Karl Homann**  
The Sense and Limits of the Economic Method in Business Ethics (Sinn und Grenze der ökonomischen Methode in der Wirtschaftsethik 1997)
- Nr. 2006-7      **Andreas Suchanek, Nick Lin-Hi**  
Eine Konzeption unternehmerischer Verantwortung
- Nr. 2006-8      **Ingo Pies**  
Entrepreneurial spirit and the logic of commitment –  
A vision for NePAD
- Nr. 2006-9      **Ingo Pies**  
Unternehmergeist und die Logik produktiver Bindungen –  
eine Vision für NePAD
- Nr. 2006-10     **Karl Homann**  
Changing Paradigm Fostering Entrepreneurial Spirit (Deutsche Version)
- Nr. 2006-11     **Karl Homann**  
Changing Paradigm Fostering Entrepreneurial Spirit
- Nr. 2007-1      **Herman Bailey**  
Entrepreneurial spirit as Crucial driver for Development and Co-operation
- Nr. 2007-2      **Dominique Nicole Friederich**  
Gesundheitsreform auf dem Prüfstand – Solidarität durch Wettbewerb in der Krankenversicherung