

Zur Entwicklung des Leistungskatalogs eines gesetzlich regulierten Krankenversicherungssystems – Inwieweit sind Leistungs-Ausschlüsse sinnvoll?

Gekürzte Fassung eines Vortrags auf der
Jubiläums-Tagung der Evangelischen Akademie Berlin
und des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
»Gesundheit verteilen« am 27./28. Juni 2003 in Berlin

von Gert G. Wagner

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 19. August 2003

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·

German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 27 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medicin.uni-halle.de/journal/>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

In this paper, it is shown that excluding medically effective treatments with proven efficacy from the benefits catalogue of the German statutory health insurance system (GKV) is not only difficult to justify in ethical terms, but also would be difficult to implement practically because of the fact that uninsured welfare recipients cannot be refused medically effective treatments. Treating members of statutory health insurance worse than welfare recipients is not only politically disadvantageous, but probably also unconstitutional. This paper sketches out a pragmatic way of using specifically regulated competition in health insurance based on the status quo of the GKV benefits catalogue to permanently exclude medically effective treatments without proven efficacy and to include new treatments in the standard catalogue of government-provided benefits.

Schlagworte

- Effizienz
 - Leistungskatalog
 - regulierter Krankenversicherungswettbewerb
 - efficiency
 - benefits catalogue
 - regulated competition in health insurance
-
-

Über den Autor

Gert G. Wagner, geb. 1953, ist Lehrstuhlinhaber für Volkswirtschaftslehre an der TU Berlin und dort Mitglied im Berliner Zentrum für Public Health (BZPH). Er ist auch Forschungsdirektor am DIW Berlin und u.a. Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Bundesministeriums für Verbraucherschutz (BMVEL).

Der Autor dankt Michael Happich und Monika Huber für Literaturrecherchen und wichtige Hinweise sowie dem Ko-Referenten Engelbert Theurl und den Diskussionsteilnehmern der Mannheimer Sitzung des gesundheitsökonomischen Ausschusses des »Ver eins für Socialpolitik«.

Dieser Beitrag erscheint überarbeitet in einem von Eberhard Wille herausgegebenen Sammelband zu Fragen der Rationierung im Gesundheitswesen.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Motivation und Problemaufriss | 2 |
| 2 | Begriffe | 3 |
| 3 | Leistungs-Ausschlüsse als technische Effizienzreserve? | 6 |
| 4 | Leistungs-Ausschlüsse als Instrument zur Gestaltung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung | 6 |
| 5 | Exkurs: Ist Rationierung in Deutschland »gesamtwirtschaftlich notwendig«? | 8 |
| 6 | Die Realität der Festlegung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland | 9 |
| 7 | Mehr Wettbewerb als Instrument zur Aufdeckung von Effizienzreserven und Entdeckungsverfahren für neue Leistungen | 11 |
| 8 | Fazit | 13 |
| | Literatur | 13 |

1 Motivation und Problemaufriss

Ausgangspunkt dieses Beitrags ist kein theoretisches Problem, sondern ein konkreter (politischer) Anlass: Im Frühjahr 2001 wurde im Berliner Bundeskanzleramt auf der »Arbeitsebene«, die politische Entscheidungen vorbereitet, offenbar ernsthaft darüber nachgedacht, den Leistungskatalog der GKV deutlich zu verkleinern, das heißt, dass es neben »Pflichtleistungen« (für lebensnotwendige Behandlungen) noch »Wahlleistungen« (zum Beispiel Akupunktur, Massagen usw.) gäbe, für die eine private Zusatzversicherung abgeschlossen werden müsste. Damit soll eine spürbare Entlastung des Beitragssatzes, der von Versicherten und ihren Arbeitgebern gemeinsam gezahlt wird, erreicht werden.

In dem Papier, das der *Süddeutschen Zeitung* zugespielt wurde, hieß es, dass eine notwendige Kostenentlastung »nicht erreicht werden kann, wenn nur Bagatell-Leistungen und medizinisch nicht notwendige Leistungen ausgesteuert werden«. Wenn Versicherte zum Beispiel auch Hilfsmittel wie Krücken oder Krankengymnastik selbst bezahlen müssten bzw. dafür eine risikoäquivalente Zusatzversicherung abschließen, könnte durch diese »Leistungs-Ausschlüsse« der Beitragssatz um bis zu zwei Prozentpunkte gesenkt werden.

Damit würde die Bundesregierung die Lohn»neben«kosten schlagartig senken können – dies war vermutlich auch das eigentliche Ziel des Vorschlags, auf das aber hier nur in einem Exkurs (Abschnitt 5) eingegangen werden wird.

Interessanter ist, dass das Arbeitspapier aus dem Kanzleramt nach seiner Veröffentlichung heftig kritisiert wurde und es hat deswegen nie die politische Entscheidungsebene erreicht. Aber die Diskussion um »Leistungs-Ausschlüsse« ist damit keineswegs beendet. Mit der »Umfinanzierung« von Leistungen, die im Sommer 2003 sowohl im von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesundheitsmodernisierungsgesetzes wie in den Vorschlägen der von der CDU eingesetzten »Herzog-Kommission« vorgesehen sind, ist die Debatte sogar aktueller denn je.

Zwar wollen weder Bundesgesundheitsministerin Schmidt noch der Bundeskanzler Ausschlüsse von medizinischen Leistungen¹, aber selbst in ihrer eigenen Partei sind auch andere Stimmen zu hören.² In einer Expertenbefragung hat Korczak (2002, S. 10) ermittelt, dass »zahlreiche Multiplikatoren« damit rechnen, dass es in Deutschland zu einer gesetzlichen »Basisversorgung«, die allen zusteht, kommt, die Leistungs-Ausschlüsse impliziert.³

Die folgende Analyse beginnt mit der Diskussion des Begriffes »Leistungs-Ausschluss«, da es keineswegs offensichtlich ist, was unter einem derartigen Ausschluß zu verstehen ist. In diesem Beitrag wird unter diesem Begriff der Ausschluss einer medizinisch *wirksamen* Maßnahme verstanden. Es wird gezeigt, dass es wichtig ist, zwei Situationen zu unterscheiden: einerseits der Ausschluss von Leistungen, die bereits im Leistungskatalog sind, und andererseits der Ausschluss von neuartigen Leistungen, die (noch) nicht im Leistungskatalog sind. Aufbauend auf dem von Wambach (2002) vorgeschlagenen Kriterium »*In eine Basisversicherung gehören die Leistungen, die eine Gesellschaft Unversicherten nicht verweigern würde*« wird ein pragmatischer Weg gezeigt, wie mit Hilfe eines geeignet regulierten Krankenversicherungswettbewerbs nicht nur Effizienzreserven ausschöpft, sondern auch den Leistungskatalog einer gesetzlich bestimmten Versicherung fortentwickelt werden kann.

Den folgenden Überlegungen liegt kein geschlossenes theoretisches Modell zugrunde. Dies ist bei Reformdiskussionen im komplexen Bereich des Gesundheitswesens allerdings nicht ungewöhnlich (vgl. zum Beispiel Zweifel 2000).

2 Begriffe

Es wird sich als nützlich erweisen an die Definition einiger Basis-Begriffe in der Volkswirtschaftslehre zu erinnern:

- Effektivität ist die zielgerechte Erbringung einer Leistung.

¹Vgl. zum Beispiel »GKV-Katalog soll nicht aufgespalten werden«, in: Ärzte Zeitung, Jg. 21, 2002, S. 1

²Insbesondere der Rheinland-Pfälzische Sozialminister Florian Gerster hat sich – bevor er die Leitung der Bundesanstalt für Arbeit übernahm – mehrfach in diese Richtung geäußert (vgl. zuletzt Gerster 2002, Abschnitt Primärprävention – Gesundheit erhalten).

³Befragt wurden 105 Experten, die als Multiplikatoren identifiziert wurden.

- Technische Effizienz ist die sparsame Erbringung einer vorgegebenen Leistung.
- Pareto-effizient ist eine Situation, in der aus gegebenen Mitteln das Optimum an Leistung herausgeholt wird. Pareto-Effizienz geht also über technische Effizienz heraus, da bei der Pareto-Effizienz auch Opportunitätskosten berücksichtigt werden.
- Pareto-optimal ist eine Situation, bei der eine andere Situation (alternative Allokation) niemanden mehr besser stellen kann.

Weiterhin gilt: In einer Gesellschaft mit knappen Ressourcen ist eine »statistische Rationierung« von Gesundheitsleistungen unvermeidbar und sinnvoll, da wir nicht alle Ressourcen für das Gesundheitswesen ausgeben können und dies auch nicht wollen. Würde Gesundheit unter allen Umständen angestrebt, gäbe es keine gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen oder Trinken (vgl. auch Breyer und Schultheiss 2002). Das heißt es sollten auf jeden Fall nicht beliebig viele medizinische Kapazitäten vorgehalten werden; man nennt dies auch »primäre Rationierung«.

Bei einer primären Rationierung der Kapazitäten hat jedoch jeder die Chance, die vorgehaltenen Leistungen zu erhalten (vgl. Krämer 2002). Wenn die Kapazitäten geeignet bemessen und verteilt sind, werden in einer *reichen* Gesellschaft nur wenige Individuen von dieser Rationierung betroffen sein – und es wird vor allem die Betroffenen weitgehend *zufällig* treffen. Leistungs-Ausschlüsse wirken hingegen selektiv.

Der Begriff »Leistungs-Ausschluss« ist nur zu verstehen, wenn der Staat seinen Bürgern einen bestimmten Leistungskatalog garantiert, sei es durch eine staatliche Gesundheitsversorgung oder durch eine gesetzlich festgelegte Versicherungspflicht für ein »Standard«-Paket von Leistungen und Kontrahierungszwang für Krankenversicherungen.⁴ Wenn eine medizinisch sinnvolle Maßnahme nicht im staatlich garantierten Leistungskatalog enthalten ist, handelt es sich um einen Leistungs-Ausschluss.

Leistungs-Ausschlüsse stellen eine »weiche Rationierung« dar, wenn sie sich nur auf ein kollektiv geregeltes Versorgungssystem beziehen, aber der private Kauf der ausgeschlossenen Leistungen möglich ist. Als »hart« wird Rationierung bezeichnet, wenn der private »Zukauf« gesetzlich verboten wird, um »Gerechtigkeit« herzustellen.

Im Falle eines staatlichen Gesundheitssystems oder einer gesetzlichen Versicherungspflicht sind alle Wohnbürger von einem Leistungs-Ausschluss betroffen. Gegenwärtig können in Deutschland jedoch nur die GKV-Versicherten auf diese Weise gesetzlich rationiert werden, da alle anderen sich ohnehin freiwillig versichern. Entsprechend geht es in der aktuellen Diskussion nicht um eine abstrakte Definition von wirksamen bzw. nicht-wirksamen medizinischen Leistungen, sondern es geht konkret um den Ausschluss von Leistungen aus dem jetzigen Leistungspaket der GKV, die zum Beispiel von privaten Krankenversicherungen erstattet und/oder out-of-pocket gezahlt werden können.⁵

⁴Es kann an dieser Stelle nicht ausführlich begründet werden, warum ein reguliertes Krankenversicherungssystem einer freien Marktlösung überlegen sein dürfte, sondern dieses wird unterstellt (vgl. auch Abschnitt 4 unten). Vgl. zum Beispiel auch Wambach (2002) und Buchholz (2001).

⁵Die Zentrale Ethikkommission definiert Rationierung im Gesundheitsbereich als »gegeben, wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Grün-

Man kann Leistungs-Ausschlüsse auch negativ definieren: sie ergeben sich, wenn eine »Grund-Versorgung« oder »Basis-Versicherung« definiert würden.

Unstrittig sollte sein, dass von zwei Maßnahmen mit gleicher Effektivität diejenige nicht in einen gesetzlich festgelegten Leistungskatalog gehört, die höhere Kosten verursacht, das heißt technisch ineffizient ist. Es ist offensichtlich, dass dies im Detail nicht trivial festlegbar ist. Aber konzeptionell handelt es sich hier nicht um einen Leistungs-Ausschluss. Als Leistungs-Ausschluss sollte ein Ausschluss nur bezeichnet werden, der Leistungen ausschließt, die effektiv wirken.⁶

Für eine differenziertere Definition und Diskussion von Leistungs-Ausschlüssen ist es nützlich den von Wambach (2002) zitierten Vorschlag einer Basisversorgung durch den Bundesvorsitzenden des Verbands der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Dr. Maximilian Zollner, zu betrachten. Eine solche Basis-Versicherung sollte folgende Leistungs-Ausschlüsse kennen:

1. Versicherungsfremde Leistungen
2. Leistungen ohne Effektivität
3. Leistungen in eigener Verantwortung und Absicherung
4. Leistungen mit Gestaltungs- und Konsumcharakter
5. Leistungen ohne Effizienz.

Wambach bezeichnet den Punkt 1 als unstrittig. Dies ist formal richtig, allerdings deckt sich die gesellschaftliche Bewertung von Versicherungsleistungen nicht unter allen Umständen mit einer versicherungsimmanenten Logik. Doch darauf soll hier nicht weiter eingegangen werden, sondern es wird unterstellt, dass eine gesetzlich regulierte Krankenversicherung – gemessen an den Wünschen der Gesellschaft – sinnvoll konstruiert ist.⁷

Auch Punkt 2 bezeichnet Wambach als »klar und unstrittig«. Dies gilt freilich nur in einer statischen Welt ohne Informationsunvollkommenheiten. Darauf wird unten in Abschnitt 4 noch ausführlich eingegangen werden.

Insoweit mit Punkt 3 Fälle gemeint sind, die »moralisches Risiko« darstellen, stellt sich nach Wambach in der Tat die Frage, »ob hier die Trennung Grund-Zusatzversorgung sinnvoll ist, oder ob nicht andere Methoden wie finanzielle Selbstbeteiligung bessere Maßnahmen darstellen«. Auch darauf wird noch eingegangen werden.

Unter Punkt 4 versteht Zollner zum Beispiel Akupunktur und Homöopathie, deren Effektivität strittig ist; wie gesagt (siehe Punkt 2): auch darauf wird noch ausführlich eingegangen werden.

Punkt 5, das Effizienz-Gebot, bezeichnet Wambach als den »kritischsten in der Liste«. Er schreibt weiter: »Zollner appelliert hier an die Verantwortung der Ärzte, zum Beispiel Leistungen mit geringer Nutzen-Kosten-Relation nicht durchzuführen. Hierzu ist

den offen oder verborgen vorenthalten werden« (Zentrale Ethikkommission 2000). Vgl. auch Breyer und Schultheiss (2002).

⁶Zumindest für einen – ex-ante nicht bekannten – Teil der Patienten.

⁷Diese Annahme ist für das »System« der GKV und PKV wahrscheinlich nicht erfüllt (vgl. zum Beispiel DIW 2001, Abschnitt 5).

allerdings anzumerken, dass es fragwürdig ist, ob und inwiefern Ärzte in ihrer praktischen Arbeit einen Kanon der Grundversorgung definieren können und sollen«. Dieses Problem gilt freilich nur für den Teil des Effizienzproblems, der entsteht, weil die Effektivität einer Maßnahme gering ist, da sie nur wenigen (zufällig) hilft. Dadurch ergibt sich ex-post im Durchschnitt eine geringe Effizienz. Hier wird also wieder das unter Punkt 4 schon genannte Effektivitäts-Problem wieder angesprochen.

3 Leistungs-Ausschlüsse als technische Effizienzreserve?

Es ist definitionsgemäß klar – was im politischen Raum aber durchaus nicht überall bekannt ist – dass ein Leistungs-Ausschluss kein Instrument zur Verbesserung der technischen Effizienz des Gesundheitswesens darstellen kann. Technische Effizienz ist die sparsame Erbringung einer Leistung. Man kann diese Effizienz nicht dadurch steigern, dass man die Leistung nicht erbringt oder kürzt.

Leistungs-Ausschlüsse können nur dann ein Mittel zur Steigerung der technischen Effizienz sein, wenn »moralisches Risiko« unbeherrschbar ist. Dann handelt es sich freilich streng genommen nicht um einen Leistungs-Ausschluss, sondern um die Nicht-Versicherbarkeit einer Verhaltensweise.

Im Falle der grundsätzlichen Versicherbarkeit eines Risikos wird man »moralisches Risiko«, das heißt überflüssige Inanspruchnahme einer Versicherung, in der Regel mit Selbstbehalts-Regelungen beherrschen. Derartige Selbstbehalte stellen wiederum keinen Leistungs-Ausschluss im engeren Sinne dar, da sie ja »lediglich« Überinanspruchnahme verhindern. Das es in der Praxis schwierig ist festzulegen, ob ein Selbstbehalt lediglich Überinanspruchnahme verhindert, oder faktisch einen Leistungs-Ausschluss darstellt, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

Die viel diskutierte freiwillige Beschränkung der Wahlfreiheit von Ärzten (Hausarzt-Modell) stellt auch keinen Leistungs-Ausschluss dar⁸, sondern dies ist eine Maßnahme, um Ineffizienz zu verhindern – allerdings um den Preis von etwas weniger Freiheit.⁹

4 Leistungs-Ausschlüsse als Instrument zur Gestaltung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung

In einer Gesellschaft mit knappen Ressourcen wird es im allgemeinen eine »statistische Rationierung« notwendig geben, das heißt es werden für effektiv wirksame modifizierte Diagnoseverfahren und Therapien nicht beliebig Kapazitäten vorgehalten werden. Eine solche Rationierung kann zum Beispiel legitimiert werden, weil ansonsten zu wenig Einkommen »zum Leben« bleibt, zum Beispiel gemessen in Form von »zu geringen«

⁸Die Versicherungsaufsicht muss freilich kontrollieren, dass keine Tarife angeboten werden, die zum Beispiel für chronisch Kranke völlig unattraktiv sind, wodurch sich für »gute Risiken« niedrige Beiträge ergeben würden.

⁹Durch die beschränkte Arztwahlfreiheit kann es ex-post zu einem faktischen Leistungs-Ausschluss kommen. Dieser wird dann aber mit medizinischer Vernunft begründet und ist medizinisch angemessen.

Raten des Wirtschaftswachstums oder durch Arbeitslosigkeit, die durch hohe Zwangsabgaben zur Pflicht-Krankenversicherung entsteht. Aber genau in diesem Falle kann ein Leistungs-Ausschluss nicht dadurch gerechtfertigt werden, dass es nur wenige Fälle gibt, die dieser Leistung überhaupt bedürfen. Denn in diesem Falle gilt nicht das Argument, dass ein Ausschluss wegen ihrer hohen Kosten und den daraus resultierenden negativen Rückwirkungen auf den Wirtschaftskreislauf notwendig sind. Freilich kann das gesamte Abgabenniveau so hoch sein, dass die Gesellschaft eine Begrenzung wünscht.

Eine »weiche Rationierung«, das heißt der Ausschluss bestimmter Leistungen aus dem Leistungskatalog eines gesetzlich geregelten und kollektiv finanzierten Gesundheitssystems, wobei der private Kauf dieser Leistungen (cash oder durch eine Zusatzversicherung) erlaubt ist, maximiert mit großer Wahrscheinlichkeit die gelebten (und gesunden) Jahre (QUALYS) in einer Bevölkerung (Breyer 2000) – dies gilt jedoch bei unverbundenen Nutzenfunktionen. Wenn es »Neid« in dem Sinne gibt, dass Menschen wünschen, dass unmittelbar von dem Tod alle Menschen gleich sein sollen (vgl. Krämer 2002), dann kann eine harte Rationierung, also das Verbot des privaten Kaufs einer bestimmten ärztlichen Leistung, von einer Gesellschaft günstiger bewertet werden als die weiche Rationierung. Alle würden – ex ante vor dem Schleier der Unwissenheit – *gleich benachteiligt* (vgl. dazu neuerdings auch Bommier und Stecklov 2002). Derartige Verbote sind angesichts von liberalen Reisemöglichkeiten aber nur für Akutfälle ohne Transportfähigkeit durchsetzbar. Gegen eine harte Rationierung spricht aber die pragmatische Überlegung, dass diese Rationierung in einem liberalen Staat nicht vollständig durchhaltbar ist, da keine Ausreiseverbote erlassen und damit der private Kauf ärztlicher Leistungen im Ausland nicht effektiv verhindert werden kann. Herrscht harte Rationierung, zum Beispiel in ganz Europa, wird die Wahrscheinlichkeit extremer Verletzungen des Gleichheitsprinzips im Angesicht des Todes sogar sehr wahrscheinlich, da dann nur besonders vermögende Personen sich eine – illegale – Behandlung im Ausland leisten könnten.

Pragmatisch betrachtet würden explizite Leistungs-Ausschlüsse wahrscheinlich am Widerstand der Bevölkerung scheitern. Unabhängig davon, ob vorher der einzelne in den Entscheidungsprozess über Behandlung und Nichtbehandlung einbezogen wurde, ist die Manifestation eines bestimmten Krankheitsbildes eine andere Erfahrung, als die vorherige bloße Reflexion.¹⁰ Wird dann eine Behandlung verweigert, steht das in deutlichem Gegensatz zur bisherigen Praxis der Vollversorgung und ist leichte Beute medialer Aufmerksamkeit. Rationierung kann gebrandmarkt werden als »effektivitäts-getriebene Wissenschaft ohne moralischen Kompass« (Jackson 2001, 326). Wenn letztendlich andere darüber entscheiden, ob die eigene Krankheit überhaupt behandelt wird, obwohl eine Therapie existiert, wiegt das schwerer, als wenn eine solche Therapie nicht zur Verfügung stünde.

Diese Überlegungen lassen das jetzige System in Deutschland in einem keineswegs schlechten Licht erscheinen: es wird durch beschränkte Kapazitäten implizit weich rationiert, wobei faktisch das Lebensalter bzw. die verbleibende Lebenserwartung eine Rolle spielt, was von vielen Menschen – Breyer und Schultheiss (2002) referieren die Literatur

¹⁰Jackson (2001, 326) schreibt: »For an individual, the outcome, once known, is the outcome whatever the prior probability«.

– als durchaus sinnvoll angesehen wird. Durch die implizite Form der Rationierung kann jeder hoffen, dass ihm geholfen wird; Ausweichreaktionen, das heißt Behandlungen im Ausland, sind nur selten zu beobachten (und keineswegs immer auf Basis eines großen Vermögens, sondern oft auch solidarisch durch Spenden finanziert).

5 Exkurs: Ist Rationierung in Deutschland »gesamtwirtschaftlich notwendig«?

Immer wieder wird die »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen als ein Argument für unvermeidbare Leistungs-Ausschlüsse aus der GKV genannt. Dieses Argument ist freilich nicht tragfähig.¹¹

Der steigende Beitragssatz zur GKV darf nicht mit einer Kosten»explosion« der Leistungen verwechselt werden. Und zudem gibt es auch keine unzweifelhaft messbaren negativen Kreislaufwirkungen der Kosten des Gesundheitswesens.

Dies liegt zum einen daran, dass sich der Beitragssatz – im wesentlichen aufgrund einer in den letzten Jahren aufgrund der Verschiebungen in der funktionalen Einkommensverteilung deutlich schmaler gewordenen Bemessungsgrundlage – völlig anders entwickelt als der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP. Während der Beitragssatz steigt, stagniert seit 1975 der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP.

Zum Zweiten führt ein steigender Beitragssatz nicht unmittelbar zu steigenden Arbeitskosten und damit auch nicht unmittelbar zu steigender Arbeitslosigkeit. Freilich kann man die Auswirkungen des Beitragssatzes der Sozialversicherungen auf das Wirtschaftswachstum aufgrund der kurzen Zeitreihen, die seit der deutschen Wiedervereinigung vorliegen, für die letzten Jahre nur schwer ökonomisch abschätzen. Für Westdeutschland zeigen Bauer und Riphahn (1998) in einer neueren Untersuchung, die methodisch sehr sauber angelegt ist, für 1982 bis 1994, dass von den steigenden Sozialversicherungsbeiträgen keine wirtschaftspolitisch nennenswerten Einflüsse auf die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in West-Deutschland ausgegangen sind. Eine Senkung der Arbeitgeberbeiträge um 2 Prozentpunkte im ganzen Untersuchungszeitraum hätte demnach nur zu einer Senkung der Arbeitslosigkeit um 1,7 Prozent geführt. Man beachte: Prozent, nicht Prozentpunkte. Dieses ist auch theoretisch nicht unplausibel, da bei Lohnverhandlungen nicht nur über den ausgezahlten Direktlohn, sondern von den Arbeitgebern über die Arbeitskosten verhandelt wird, die die Sozialversicherungsbeiträge einschließen. Aufgrund des zentralen Lohnverhandlungssystems in Deutschland richten sich die Gewerkschaften – mittelfristig – nach der Produktivitätsformel für die Lohnpolitik und seit Jahren verschlechtern sich die Lohnstückkosten (in heimischer Währung gemessen) nicht gegenüber den Hauptkonkurrenzländern (vgl. auch Lindlar und Scheremet 1999).

Hier kann auf die gesamtwirtschaftlichen Rückwirkungen des Gesundheitswesens nicht weiter eingegangen werden. Die obigen Ausführungen sollen lediglich zeigen, dass aus gesamtwirtschaftlichen Gründen keine *Sofortbremsung* der Ausgaben des Gesundheitswesens durch massive Leistungs-Ausschlüsse notwendig ist. Um den Beitragssatz

¹¹Vgl. für diesen Abschnitt DIW (2001, Abschnitt 2.3).

zu stabilisieren, stehen andere Mittel zur Verfügung; zum Beispiel eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage oder – besser – die Umstellung auf Kopfbeiträge (siehe Abschnitt 7 unten).

Inwieweit eine – gesamtwirtschaftlich notwendige – Bremsung in den nächsten Jahren, das heißt mittelfristig, notwendig sein wird, ist offen. Wahrscheinlich ist eine solche Notwendigkeit angesichts der aufgrund der *demographischen* Entwicklung nur langsam ansteigenden Ausgabensteigerungen in den nächsten Jahren nicht (vgl. zum Beispiel Breyer und Ulrich 2000, Oberdieck 1998, Knappe 1995).

Langfristig sind aufgrund der Kostenentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts Beitragssätze für die GKV in der Größenordnung von 30% und mehr nicht auszuschließen. Dann könnte auch aus gesamtwirtschaftlichen Gründen eine stärkere gesellschaftliche Rationierung der Leistungen der GKV notwendig werden als sie jetzt gegeben ist. Diese muss jedoch nicht zwangsläufig mit Leistungs-Ausschlüssen erfolgen, sondern kann auch durch primäre Rationierung erfolgen, das heißt durch nicht vorgehaltene medizinische Möglichkeiten.¹²

Freilich besteht – auch wenn es keinen Zusammenbruch des »Standorts Deutschland« aufgrund des Gesundheitswesens gibt – ständig die Notwendigkeit den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. eines staatlich regulierten Krankenversicherungsmarktes festzulegen. Darauf wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

6 Die Realität der Festlegung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Bei der Planung von Leistungsarten und Kapazitäten gibt es kein hartes Kriterium, wenn man verbundene Nutzenfunktionen unterstellt, die das QUALY-Konzept nicht streng anwendbar machen. (vgl. Abschnitt 4 oben).

Auch wenn in Zeiten knappen Kassen die Diskussion um Leistungs-Ausschlüsse aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vordergrund der Diskussion steht, muss darauf verwiesen werden, dass bei der Festlegung des Leistungskatalogs der GKV nicht nur Ausschlüsse, sondern auch Einschlüsse, das heißt die Aufnahme neuer Leistungen, eine wichtige Rolle spielen. Faktisch spielen bezüglich der Einschlüsse die privaten Krankenversicherungen (PKV) eine entscheidende Rolle. Sie werben geradezu damit, dass sie die Kosten für neue und neuste Diagnose- und Therapieverfahren erstatten. Die PKV treibt damit indirekt den Leistungskatalog der GKV voran, da die PKV als »Vorbild« wirkt und zudem ein Wettbewerb um freiwillig Versicherte zwischen PKV und GKV stattfindet. Freilich erfüllt die PKV ihre Vorreiterrolle auf Kosten derer, die sich als schlechtere Risiken in der GKV sammeln und dadurch c.p. höhere Beiträge zahlen als PKV-Versicherte.

¹²Als Fußnote sei angefügt, dass angesichts der zeitlichen Opportunitätskosten, die Arztbesuche und ähnliches haben, es unwahrscheinlich ist, dass jemals die Situation auftreten wird, dass aufgrund der medizinisch-technischen Möglichkeiten, die ein weit fortentwickeltes Gesundheitswesen bietet, von den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern eines Landes gewünscht wird, nahezu das gesamte Volkseinkommen für das Gesundheitswesen zu verausgaben.

Für die Bestimmung von kollektiv finanzierten Leistungen ist das von Wambach (2002)¹³ vorgeschlagene Abgrenzungskriterium für eine »Basis-Versicherung« nützlich, wobei in meinen Augen das Wambach-Kriterium eine Standard-Versicherung konstituiert.¹⁴ Ich schlage – leicht modifiziert – vor:

Ein Standard-Krankenversicherungspaket umfasst die medizinischen Leistungen, die eine Gesellschaft Unversicherten nicht verweigern würde.

Das Kriterium schließt also keineswegs Rationierung, zum Beispiel implizite Primärrationierung, aus; es schließt lediglich sozial selektive Rationierung in Form von Leistungsausschlüssen aus.

Der Umfang des Standard-Pakets ist nur politisch festlegbar. Diese Festlegung sollte in einer regelhaften Prozedur erfolgen, um überholte Leistungen nicht unnötig länger im Leistungspaket zu halten.

Betrachtet man die deutsche Situation, stellt man fest, dass die Prozeduren, mit denen der Leistungskatalog der GKV festgelegt werden, alles andere als rational und transparent. Es ist nicht auszuschließen, dass der derzeitige Leistungskatalog wirklich überholte Leistungen enthält, während neuartige wichtige Leistungen fehlen.¹⁵ Bevor auf ein sinnvolles Procedere in Abschnitt 7 eingegangen wird, seien einige kursorische Anmerkungen über Unter- und Obergrenzen gemacht.

In Deutschland werden Sozialhilfeempfänger faktisch vor keinerlei Leistungen der GKV ausgeschlossen. Dies ist sinnvoll¹⁶, und markiert die Untergrenze für den künftigen Leistungskatalog der GKV, der nur verkleinert werden kann, wenn Leistungen als unwirksam erkannt werden und deswegen – mit großen Gewinnen – Sozialhilfeempfängern vorenthalten werden können.

Die entscheidende Frage, die aber sehr schwer zu beantworten ist, ist also die nach der Feststellung der »Sinnhaftigkeit«, das heißt die nach der medizinischen Effektivität einer Diagnose bzw. Therapie. Wie kann diese angesichts der bescheidenen Prognosefähigkeit der Medizin festgestellt werden? Das Ausmaß dessen, was als effektiv angesehen wird, hängt sicherlich auch von den Opportunitätskosten ab und ist damit nicht ein für allemal festlegbar. Grundsätzlich gilt: in reichen Gesellschaften wünschen sich die Bürger umfassenden Krankenversicherungsschutz.¹⁷ In reichen Gesellschaften gehört dazu

¹³Vgl. auch Pimpertz 2002, S. 35f.

¹⁴Dieser semantische Unterschied kann in Debatten um Zwei-Klassen-Medizin eine große Rolle spielen.

¹⁵Gegeben dem Status Quo und gegebenen den beschränkten Ressourcen, die für eine systematische Entwicklung des Leistungskatalogs zur Verfügung stehen, kann der Prozess der Festlegung medizinischer Notwendigkeiten nur nach und nach das gesamte medizinische Leistungsgeschehen durchgehen. Mediziner neigen dazu ihre Prioritäten nach den »drängendsten Gesundheitsproblemen« zu setzen. Im Hinblick auf die Effektivität von Leistungen ist es sinnvoll. Aber die Analyse von Bereichen, in denen die großen Effizienzreserven vermutet werden, könnte sinnvoller sein, da dadurch Ressourcen für eine effektivere Verwendung freigemacht werden könnten.

¹⁶Diese grundsätzliche Forderung bedeutet nicht, dass die Leistungsgewährung für Sozialhilfeempfänger bzw. von »Härtefällen«, die von Selbsthalten (»Zuschlägen«) freigestellt sind (vgl. Pfaff 2002) in Deutschland durchweg sinnvoll geregelt ist. Eberhard Wille wies in der Diskussion darauf hin, dass durch das völlige Fehlen von Zuschlägen Härtefälle mit besserem Zahnersatz versorgt werden als Nicht-Härtefälle. Die Gewährung eines Festbetrages, wie zum Beispiel bei Sehhilfen, wäre sinnvoller.

¹⁷Vgl. zum Beispiel Stollorz (2002) für eine vom IGES Berlin durchgeführte Umfrage.

auch Prävention (diagnostisch und therapeutisch), aber auch Leistungen, die im Prinzip auch durch Sparen selbst versichert werden könnten (»Bagatell-Krankheiten«).¹⁸

Dies kann man in den Niederlanden und in der Schweiz besonders gut beobachten, wo nach teilweise jahrelangen Debatten um die Reform des Krankenversicherungssystems der Leistungskatalog nicht gekürzt wurde.¹⁹ Der Leistungskatalog bei unseren Nachbarn ist auch im Hinblick auf Alternativmedizin nicht wirklich kürzer als in Deutschland. Angesichts des beschränkten Wissens der Schulmedizin kann man zurecht nicht ausschließen, dass Akupunktur, Hypnose oder gar Blütenduft nicht helfen können.

Das Gesagte schließt keineswegs aus, dass Selbstbehalte gefordert werden, um Überinanspruchnahme zu minimieren.

7 Mehr Wettbewerb als Instrument zur Aufdeckung von Effizienzreserven und Entdeckungsverfahren für neue Leistungen

Im Hinblick auf Effizienzressourcen und der Aufnahme neuer Leistungen in den Katalog eines gesetzlich regulierten Krankenversicherungssystems, bietet sich ein pragmatischer Weg an: Versicherungswettbewerb kann *gleichermaßen* als »Entdeckungsverfahren« für die Ausweitung des Leistungskatalogs und das Ausschöpfen von Effizienzreserven dienen, wobei der Wettbewerb *schlicht und einfach* mit dem Status Quo-Katalog *startet*.

Die Effizienzspielräume, die sich geschickt wirtschaftende Versicherungen schaffen können, können systematisch Raum für die versicherungsspezifische Ausweitung des Leistungskatalogs schaffen. Durch die freiwillige Ausweitung des Leistungskatalogs gut wirtschaftender Versicherungen kämen andere Versicherungen unter Druck – auch der Gesetzgeber müsste kurz oder lang bei der Definition des Standard-Pakets nachziehen. Durch eine Versicherungspflicht für alle Wohnbürger würde die jetzige Funktion der PKV für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf eine allokativ einwandfreie Grundlage gestellt.

Damit der Wettbewerb zwischen den Versicherungen zielgerichtet wirkt, muss er in einem komplexen Regulierungsrahmen ablaufen, der hier nur angedeutet werden kann. Neben der schon genannten Versicherungspflicht für alle Wohnbürger²⁰ wäre es notwendig ein gesetzlich festgelegtes »Standard-Leistungspaket« festzulegen, damit der Wettbewerb starten kann. Dieses Paket kann – wie gesagt – das jetzige GKV-Paket sein. Dann kann in Verbindung mit einem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich nicht nur die Versorgung im Hinblick auf alle von der Gesellschaft als absicherungsnotwendig angesehenen Krankheiten gewährleistet werden, sondern es können zugleich geringe Ko-

¹⁸Der Ausschluss von Bagatell-Leistungen kann auch ineffizient sein, da sie dann durch Leistungen auf Basis schwerwiegender Diagnosen substituiert werden. Ich danke Eckard Knappe für diesen Hinweis.

¹⁹Sieht man von Zahnersatz ab, der auch in Deutschland für Jüngere bereits zeitweise nicht mehr zum Leistungskatalog gehörte.

²⁰Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur sozialen Pflegeversicherung ist inzwischen klar, dass eine allgemeine Versicherungspflicht nicht dem Grundgesetz widerspricht (was immer wieder von Juristen behauptet wurde).

sten und eine hohe Versorgungsqualität (im Hinblick auf medizinische Versorgung und Service) mittels Versicherungswettbewerb erreicht werden.²¹

Jenseits des Standard-Leistungspakets sind alle *Parameter* von Krankenversicherungen sind von den einzelnen Versicherungen *frei setzbare* »Wettbewerbsparameter«, solange sie – was von der Versicherungsaufsicht zu kontrollieren ist – nicht wie Risiko-Prämien bzw. risikospezifisch ansetzende Selbstbehalte wirken. Zulässig – und finanziell wirksam – wären zum Beispiel Beschränkungen bei der Arztwahl (»Hausarzt-Modell«). Den Krankenkassen bleibt zum Beispiel auch freigestellt, ob sie ihre Versicherten per Sachleistung (wie gegenwärtig in der GKV) oder mit Hilfe von Kostenerstattung (wie bei der gegenwärtig privaten Krankenversicherung) versorgen.²²

Obwohl der Wettbewerb zwischen den Versicherungen theoretisch für eine permanente Angleichung des Leistungskatalogs nach oben sorgen kann, sollte – vorsichtshalber – die Festlegung des gesetzlichen Standard-Katalogs permanent und regelhaft erfolgen. Von Versicherungen aufgedeckte Ineffizienzen werden die Verkleinerung des Leistungskatalogs erleichtern, der Eins zu Eins auf die Versorgung von Sozialhilfeempfängern zu übertragen ist.

Die Festlegung medizinischer Notwendigkeit darf nicht zu restriktiv erfolgen und muss Ärzten Handlungsalternativen eröffnen (»Behandlungskorridore«): Ein solcher Prozess ist auch immer die Suche nach einem akzeptablen und praktikablen Mittelweg: Eine zu starke Individualisierung und Diversifizierung ist nicht praktikabel und intransparent, ein zu geringe Differenzierung wird dem Einzelfall nicht gerecht und verführt zu Missbrauch. Im Rahmen eines auf das medizinisch Notwendige begrenzten Leistungskatalogs müssen unbedingt Wege zur Erprobung neuer Methoden offen bleiben. Dabei entstehen schwierige Probleme des Haftungsrechts für Ärzte: Leistungserbringer, die sich

²¹Vgl. auch Buchholz et al. (2001). Hinzu kommen (in Anlehnung an das Schweizerische Modell): (1) Kontrahierungszwang für alle Versicherungen. (Opt-out-Verträge sind für Versicherte und Versicherungen nicht zugelassen). Die Unterscheidung in gesetzliche und private Krankenversicherungen wird aufgehoben. Beide traditionellen Versicherungstypen können sich am Markt bewähren. (2) Versicherungsspezifische Kopfbeiträge sichern den Wettbewerb zwischen den Versicherungen. Eine individuelle Ex-ante-Differenzierung für einzelne Versicherte (»Risikoprämien«) und entsprechend wirkende Selbstbehalte (Ex-post Differenzierung) werden gesetzlich verboten. Vorsorge gegen die Kosten der »demographischen Alterung« wird grundsätzlich außerhalb des eigentlichen Krankenversicherungsschutzes getroffen. (3) Sozialer Ausgleich, der verteilungspolitische Ziele erfüllt, wird in einem getrennten System realisiert. Die Umverteilung, die über den Ausgleich zwischen krank und gesund sowie jung und alt hinausgeht, erfolgt über die Besteuerung bzw. das Transfersystem. (4) Ein umfassender Risikostrukturausgleich verhindert den Anreiz zum »Rosinenpicken«, das heißt das Attrahieren überdurchschnittlich Gesunder, wodurch die versicherungsspezifische Kopfprämie günstiger würde. Obwohl aufgrund des Kontrahierungszwangs theoretisch kein Risikoausgleich zwischen den Versicherungen notwendig ist, da Versicherte jederzeit zwischen den Versicherungen wechseln können und sich so keine Pools »schlechter Risiken« bilden, ist es nicht nur in einer Übergangszeit, sondern auf Dauer sinnvoll, einen gesetzlichen Risiko- bzw. Schadensausgleich zu etablieren, um auch bei nicht-perfekter Mobilität den Anreiz für Rosinenpicken durch Versicherungen zu zerstören (vgl. Breyer und Kifmann 2001, Felder 2000).

²²Viele erhoffen sich durch die Transparenz, die durch Kostenerstattung entsteht, mehr Kostenbewusstsein bei den Versicherten. Allerdings muss man bedenken, dass bei einem System, bei dem Sachleistungen gewährt werden, das Vermeiden von unnötigen Verwaltungskosten durch eine Bagatellgrenze gar nicht notwendig ist.

auf anerkannt medizinisch notwendige Maßnahmen beschränken, dürfen nicht mit eventuellen Regressforderungen konfrontiert werden.

Als Vorbild für eine neue Art der Bestimmung des gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsumfangs von Krankenversicherungen könnten die von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung entwickelten »Leitlinien für Leitlinien« sowie das von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) gemeinsam herausgegebene Leitlinien-Manual dienen. Diese geben nicht nur eine Handreichung zum Vorgehen und den Methoden der Leitlinienentwicklung, sondern erlauben auch deren systematische Qualitäts-, das heißt Effizienzbeurteilung.

8 Fazit

Ausschlüsse wirksamer medizinischer Maßnahmen aus dem Katalog eines staatlich regulierten Gesundheitssystems haben nichts mit einer Steigerung der technischen Effizienz im Gesundheitswesen, das heißt Sparsamkeit, zu tun. Mehr Effizienz bedeutet, ein Ziel kostengünstiger zu erreichen, und nicht, dass man ganz auf ein Ziel verzichtet. Freilich werden im politischen Raum fälschlicherweise Maßnahmen zur Steigerung der technischen Effizienz oft mit dem Begriff des Leistungs-Ausschlusses belegt.

Im vorliegenden Beitrag konnte – aufbauend auf Wambach (2002) – gezeigt werden, dass Ausschlüsse medizinisch wirksamer Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV nicht nur ethisch schwer begründbar, sondern faktisch auch nicht machbar wären, da medizinisch wirksame Leistungen nichtversicherten Sozialhilfeempfängern nicht verweigert werden können. Pflichtversicherte GKV-Mitglieder schlechter als Sozialhilfeempfänger zu stellen ist nicht nur politisch aussichtslos, sondern wahrscheinlich auch verfassungsrechtlich nicht zulässig.²³

Der Beitrag skizziert einen pragmatischen Weg, wie mit Hilfe eines gezielt regulierten Krankenversicherungswettbewerbs, der vom Status Quo des GKV-Leistungskatalogs ausgeht, sowohl medizinisch unwirksame Leistungen permanent ausgeschlossen wie neue Leistungen in den vom Staat garantierten Standard-Leistungskatalog eingeschlossen werden können.

Literatur

- Bauer, T. und Riphahn R. T. (1998), Employment Effects of Payroll Taxes – An Empirical Test for Germany, IZA Discussion Paper 11/98, Bonn.
- Baur, R. et al. (2000), Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, in: Böcker, J. et al. (Hg.), Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh 2000, 123-128.
- Bommier, A. and Stecklov, G. (2002), Defining health inequality: why Rawls succeeds where social welfare theory fails, Journal of Health Economics 21, 497-513.

²³Dieses Ergebnis impliziert zwangsläufig eine Begrenzung (Primärrationierung) der medizinischen Kapazitäten.

- Breyer, F. (1995), The political economy of rationing in social health insurance, *Journal of Population Economics* 8, 137-148.
- Breyer, F. (2000), Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung, in: R. Hauser (Hg.), *Die Zukunft des Sozialstaats*, Berlin, 166-199.
- Breyer, F. und Kliemt, H. (1994), Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter? – Ein Beitrag zum Thema »Rationierung im Gesundheitswesen«, in: Hohmann, K. (Hg.), *Wirtschaftsethische Perspektiven I: Theorie – Ordnungsfragen – Internationale Institutionen*, Berlin, 131-158.
- Breyer, F. und Ulrich, V. (2000), Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, in: *DIW-Wochenbericht* 24.
- Breyer, F. und Schultheiss, C. (2000), »Alter« als Kriterium der Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine ethisch-ökonomische Analyse, Ms., Konstanz.
- Breyer, F. und Kifmann, M. (2001), Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, *DIW Diskussionspapier* 236, Berlin.
- Buchholz, W. (2001), Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen, in: *Schmollers Jahrbuch* 121, 83-104.
- Buchholz, W. et al. (2001), Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken, *DIW Diskussionspapier* 247, Berlin.
- DIW (2001), *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen*, Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- dpa (2002), SPD und Union streiten um Gesundheitspolitik, URL: <http://www.yahoo.de> (15.Mai 2002)
- Felder, S. (2000), Anreize zur Risikoselektion, in: *Schmollers Jahrbuch* 120, 187-206.
- Gerster, F. (2002), Patientenorientierung statt Anbieterkartelle, URL: <http://www.fr-aktuell.de> (13.01.2002)
- Henke, K. -D. (1999), Socially Bounded Competition in Germany, in: *Health Affairs* 14, 203-205.
- Huber, M. (2001), Medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen, Ms., Berlin.
- Jackson, J. (2001), Rationing versus Rationality: Observations from outside the United States, in: *Medical Decision Making* 21.
- Kifmann, M. (2000), The premium risk problem in health insurance, in: *Schmollers Jahrbuch* 120, 567-586.
- Knappe, E. (1998), Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Gesundheitssektor, in: P. Oberender (Hg.), *Transplantationsmedizin*, Baden-Baden, 11-41.
- Korczak, D. (2001), *Relevante Trends im Gesundheitswesen bis zum Jahr 2010*, München: Eigenverlag GP Forschungsgruppe.
- Krämer, W. (2002), Koreferat zu Friedrich Breyer und Carl Schultheiss (2002), in diesem Band.
- Leidl, R. (2002), Koreferat zu Achim Wambach (2002), in diesem Band.
- Lindlar, L. und Scheremet, W. (1999), Does Germany have the World's Highest Wage Costs?, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 218.
- Oberdieck, V. (1998), *Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?*, Hamburg.
- o.V. (2001), Kassen sollen sparen, in: *Der Spiegel* (40), 20.
- Pfaff, A. et al. (2002), Auswirkungen von Selbstbeteiligungen, in diesem Band.

- Pimpertz, J. (2002), Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 271, Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft.
- Stollorz, V. (2002), Sind Patienten die besseren Reformer? in; Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 21.04.2002, S. 63.
- Wagner, G. G. (1997), Steine auf dem Weg zu einer effizienten Krankenversicherung, in: Beihefte der Konjunkturpolitik – Zeitschrift für angewandte Wirtschaftsforschung 46, 89-115.
- Wambach, A. (2002), Elemente einer Basisversicherung, in diesem Band.
- Zentrale Ethikkommission (2000), Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?, Deutsches Ärzteblatt 97, 1.
- Zweifel, P. (2000), Eine Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert: Zehn Reformvorschläge, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2, 81-98.