



Munich Personal RePEc Archive

Health Care Reform 2007: Justice and Allocational Consequences

Honekamp, Ivonne and Rehmann, Adelheid

University of Bamberg, Chair in economics, especially empirical microeconomics

2 September 2009

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/22904/>

MPRA Paper No. 22904, posted 26 May 2010 11:42 UTC

GESUNDHEITSÖKONOMIK**Gerechtigkeit und Verteilungswirkungen
der Gesundheitsreform 2007**Ivonne Honekamp¹ • Adelheid Rehmann¹¹Universität Bamberg**Kontakt**

Dipl.-Volksw. Ivonne Honekamp, MSc
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre,
insbesondere Empirische Mikroökonomik
Universität Bamberg
Feldkirchenstr. 21
96047 Bamberg

Tel.: Phone: +49 (0)951 / 863-2603
Fax: +49 (0)951 / 863-2599
E-Mail: ivonne.honekamp@uni-bamberg.de

Zusammenfassung

Mit der Diskussion von Gesundheitsreformen stellt sich immer wieder die Frage, ob durch die vorgeschlagenen Veränderungen die Gerechtigkeit der Finanzierung von Gesundheitsleistungen gewährleistet werden kann. In diesem Beitrag wird die Deutsche Gesundheitsreform, welche im Jahre 2007 in Kraft getreten ist, im Hinblick auf ihre Finanzierungsgerechtigkeit analysiert. Dazu werden mit Hilfe der Gerechtigkeitstheorien von Rawls und Nozick Maßstäbe zur Einordnung der Finanzierungsinstrumente in ein Gerechtigkeitskonstrukt erarbeitet. Diese Maßstäbe sind gekennzeichnet durch eine Unterscheidung zwischen Leistungs- und Bedarfsprinzip sowie durch das Ausmaß der Umverteilung der einzelnen Finanzierungsinstrumente. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass die Gesundheitsreform weder im Sinne von Rawls noch von Nozicks Gerechtigkeitsvorstellungen zu einer Abnahme der Finanzierungsgerechtigkeit geführt hat.

Schlüsselwörter: Finanzierungsgerechtigkeit, Gesundheit, Rawls, Nozick, Gesundheitsreform, Wahlenleistungen, Deutschland

Health Care Reform 2007: Justice and Allocational Consequences**Abstract**

Discussions of health care reforms are always tightly connected with the question of ensuring equity in financing health care. This paper analyses the German health care reform 2007 and its effect on the equity of health care financing. To do this Rawls' and Nozick's perceptions of justice will be

applied to develop benchmarks to classify new financing options introduced with the reform. These benchmarks are indicated through a differentiation between the two principles „fair compensation for performance“ and „equitable support based on need“ and the extent of income redistribution of the new financing modes. Overall, it can be concluded that the health care reforms have not reduced equity in health care financing neither if Rawls' perception of justice is applied nor if the conception of justice held by Nozick is applied.

Keywords: Equity, Financing, Healthcare, Rawls, Nozick, Health care reform, Optional services, Germany

Einleitung

Die Diskussion um die Gerechtigkeit in der Finanzierung der Gesundheitsleistungen entbrannte 2002, als zwei mögliche Reformoptionen vorgestellt wurden. Eine Option war die „Bürgerversicherung“, durch die der Kreis der gesetzlich Versicherten auf alle Bürger und Bürgerinnen ausgeweitet werden sollte und bei der nicht nur das Arbeitseinkommen, sondern auch andere Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen werden sollten. Zum anderen wurde die „Solidarische Gesundheitsprämie“ vorgeschlagen, welche eine Entkopplung der Versicherungsbeiträge von den Erwerbseinkommen vorsah. Dies sollte mit einer einheitlichen bzw. grob gestaffelten Pauschale erreicht werden, welche jeder zu zahlen hätte (Härpfer, Cacace und Rothgang 2009).

Die im September 2002 wieder gewählte Koalition (SPD/Grüne) hatte sich in ihrer Koalitionsvereinbarung darauf verständigt eine umfangreiche Strukturreform der Krankenversicherung vorzubereiten. Daraus ergab sich das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz), das in seinen wesentlichen Teilen im Januar 2004 in Kraft trat. Ziel sollte es sein durch strukturelle Reformen Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Außerdem sollten alle Beteiligten in adäquatem Rahmen ihren

Beitrag zu den Sparmaßnahmen leisten: Versicherte sollen angemessen (mit Rücksichtnahme auf soziale Belange) an ihren Krankheitskosten beteiligt werden. Im Ergebnis sollen so die Finanzmittel zielgerichteter eingesetzt werden, Beitragssenkungen möglich gemacht und eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle Versicherten gewährleistet werden.

Nach der Bundestagswahl im Herbst 2005 bildete sich die Große Koalition aus CDU/CSU und SPD. Die Große Koalition hatte sich vorgenommen die nachhaltige und gerechte Finanzierung durch ein Konzept zu gewährleisten, welches auf den unterschiedlichen Lösungsansätzen einer „Solidarischen Gesundheitsprämie“ und einer „Bürgerversicherung“ aufbaut. Dieses Vorhaben wurde durch das im April 2007 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsgesetz) umgesetzt. Ein wesentliches Element dieses Gesetzes ist der Gesundheitsfonds, auf welchen in dieser Arbeit noch weiter eingegangen wird.

Diese Gesundheitsreform trat ab April 2007 schrittweise in Kraft, nachdem sie im Vorfeld zu vielen Kontroversen geführt hatte. Hitzige Debatten um Neustrukturierung, Finanzierung und Leistungsansprüchen waren geführt worden, mit dem zentralen Ziel, das Gesundheitssystem für die kommenden Jahrzehnte finan-

zierbar zu machen. Eine immer größer werdende Rentnerschaft mit immer höherer Lebenserwartung und entsprechenden Gesundheitsausgaben steht einer immer kleiner werdenden Zahl an leistungsstarken Beitragszahlern gegenüber.

Die Frage der Umverteilung wird dadurch umso brisanter. Alle Parteien haben gemäß ihrer Auffassung von Gerechtigkeit Konzepte vorgelegt, die für eine solche Gerechtigkeit sorgen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit sicherstellen sollen. Doch in wie weit erfüllen jene Konzepte diesen Anspruch? Eine rein rechnerische Antwort kann darauf nicht gegeben werden. Trotzdem ist es möglich, Gerechtigkeitsvorstellungen und Finanzierungsformen systematisch zueinander in Bezug zu stellen und im Vergleich zu anderen Finanzierungsmodellen auf ihren Entsprechungsgrad zu testen.

Der vorliegende Beitrag erörtert die Möglichkeiten Gerechtigkeit und Verteilungswirkungen der Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Bezug zueinander zu stellen. Der Fokus liegt hierbei auf der vertikalen Finanzierungsgerechtigkeit, auf die horizontale Finanzierungsgerechtigkeit wird nicht eingegangen.¹ Der Begriff Gerechtigkeit wird anhand von zwei gegensätzlichen Theorien diskutiert, auf deren Grundlage Maßstäbe für die Evaluation der neuen Finanzierungsinstrumente entwickelt werden. Dazu werden zu-

¹ Horizontale Gerechtigkeit: Folgt die Finanzierung der Gesundheitsleistungen dem Leistungsfähigkeitsprinzip, dann sollen Haushalte mit gleichem Einkommen auch gleiche Beiträge zahlen. Erfolgt die Finanzierung aber über das Äquivalenzprinzip, dann bedeutet horizontale Gerechtigkeit, dass Personen, die die gleichen Dienste in Anspruch nehmen auch denselben Beitrag dafür zahlen. Die Definition der vertikalen Gerechtigkeit ist schwieriger, da sie lediglich besagt, dass Menschen in unterschiedlichen Lebensumständen, dementsprechend unterschiedlich und gerecht behandelt werden sollen (Samuelson und Nordhaus 2007). So wird in diesem Artikel von vertikaler Gerechtigkeit gesprochen, wenn Personen mit einem höheren Einkommen auch zu höheren Beitragszahlungen herangezogen werden.

nächst die Gerechtigkeitsvorstellungen von Rawls' egalitärer und Nozicks libertärer Theorie vorgestellt. Daraus werden Maßstäbe zur Bewertung der Gerechtigkeit von Finanzierungsinstrumenten erarbeitet. Ziel ist es weiterhin festzustellen, inwieweit die Gesundheitsreform 2007 Einfluss auf die gerechte Finanzierung der Gesundheitsleistungen hat.

Zwischen Rawls und Nozicks Gerechtigkeitsvorstellungen

Wie kann Gerechtigkeit überhaupt in die volkswirtschaftlichen Theorien eingebettet werden? Was für den einen als gerecht gilt, mag für den anderen ungerecht erscheinen. Noch größer werden die Unterschiede, wenn Gerechtigkeitsvorstellungen zwischen verschiedenen Kulturen verglichen werden, in denen Elemente wie Alter, Familie und Individualismus völlig unterschiedlich bewertet werden.

Aus diesem Grund beschränkt sich diese Arbeit auf den Rahmen westlicher Vorstellung von Gerechtigkeit und spannt einen Bogen von John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit bis zu Robert Nozicks Anspruchstheorie. Diese beiden Theorien werden im Folgenden kontrastiert und insbesondere im Bezug auf eine gerechte Finanzierung von Gesundheitsleistungen analysiert.

Rawls' Theorie der Gerechtigkeit

Bereits die Grundannahmen der beiden Theoretiker spiegeln die unterschiedlichen Perspektiven auf die Gesellschaft wider. Rawls (1971) verfolgt einen egalitären Ansatz, bei dem rational zu verallgemeinernde Grundsätze die Basis für eine gerechte Gesellschaft darstellen. Dabei ist er sich durchaus der Tatsache bewusst, dass es in einer sozial heterogenen Gesellschaft kaum möglich ist Grundsätze zu finden, denen alle im gleichen Maße zustimmen. Deshalb kreiert er den *Schleier der Unwissenheit* (*veil of ignorance*), bei dem

die Gesellschaftsmitglieder jegliches Wissen über die Faktoren, die ihre soziale Stellung in der Gesellschaft beeinflussen, wie z.B. Einkommen, Bildung und familiäre Herkunft, verlieren. Über politische und sozio-ökonomische Zusammenhänge sind sie jedoch vollständig informiert. Unter diesen Beschränkungen und mit dem Wissen, dass sie genau über die Strukturen und Regeln abstimmen, innerhalb derer sie leben müssen, einigen sich die Gesellschaftsmitglieder auf folgende Grundsätze (Schreyögg 2004, S. 10).

Grundlegend für alle gilt das *rechtlich-politische Gerechtigkeitsprinzip* (auch *Freiheitsprinzip* genannt). Es gewährt jedem die gleichen Grundfreiheiten, sofern diese innerhalb des Systems für alle verträglich sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass allen der gleiche Grad an Wohlfahrt zugestanden werden muss. Das zweite, darauf aufbauende sozio-ökonomische Gerechtigkeitsprinzip besagt, dass Ungleichheiten legitim sind, solange, erstens, alle gesellschaftlichen Ämter und Positionen für alle offen stehen und somit Chancengleichheit gewährleistet ist. Zweitens verlangt das *Differenzprinzip* (auch *Maximin-Regel* genannt), dass eine Einkommensumverteilung immer zu einem maximalen Vorteil des am schlechtesten Gestellten in der Gesellschaft führen muss (Rawls 1975).²

Dieses Axiom für das Konstrukt von Gerechtigkeitsvorstellungen wird von Kritikern jedoch hinterfragt (z.B. Harsanyi 1975). Grundlegend für diese Kritik ist die Annahme, dass die Menschen über eine allgemein gültige risikoaverse Einstellung verfügen, die auf-

grund des *Schleiers des Unwissens* – der eben jegliche Information über Charaktereigenschaften löscht – nicht uneingeschränkt als gegeben betrachtet werden kann. Schroeder (2007) zeigt mit Hilfe der Entscheidungs- und Spieltheorie aber, dass diese Kritik nicht grundsätzlich gerechtfertigt ist. So fehlt den Individuen unter dem *Schleier der Unwissenheit* nicht nur ihre Risikoeinstellung, sondern auch die Vorstellungskraft für die Wahrscheinlichkeit, dass ein besonderer Umweltzustand eintritt. Nach Rawls ist es zum Beispiel nicht gerechtfertigt von der Annahme auszugehen, dass die Wahrscheinlichkeit krank zu werden genauso groß ist, wie die gesund zu bleiben. Somit ist es den Individuen nicht möglich den Erwartungsnutzen von verschiedenen Alternativen zu kalkulieren, was wiederum dazu führt, dass aus den getroffenen Entscheidungen kein Maß der Risikoneigung abgeleitet werden kann. Es bleibt die Frage, wie man sich verhalten soll, wenn man nicht weiß, wie wahrscheinlich die möglichen Umweltzustände sind. Rawls argumentiert, dass in diesem Fall die Maximin-Regel angewendet wird.

Nozicks Anspruchstheorie

Nozicks Anspruchstheorie entfaltet eine libertaristische Sichtweise des Gerechtigkeitskonzepts. Als Grundlage für die Gesellschaftsform bezieht er sich auf das Lockesche Naturrecht, das die Freiheit, Gleichheit und Unverletzbarkeit von Person und Eigentum zu den höchsten Rechtsgütern zählt (Euchner 1969). Darauf aufbauend betrachtet er die Gesellschaft als eine Art großen Marktplatz, auf dem Güter frei getauscht werden können. Der Besitz der einzelnen Güter ist dabei direkt an den Erzeuger gebunden, da die Güter „bereits an die Menschen geknüpft [sind], die Anspruch auf sie haben“ (Nozick 1976). Verteilungsansprüche begrenzen sich damit allein auf die naturrechtliche Ausgangssituation, so z.B. ein Erbe, und den individuellen Beitrag

² Hier ein Beispiel für die Maximin-Regel: Die Bürger wissen, dass es in der Bevölkerung drei Gruppen geben wird. Sie haben nun folgende zwei Alternativen (1,2), wobei die Zahlen den Nutzen repräsentieren. Alternative 1: Gruppe A: 20 Gruppe B: 30 Gruppe C: 40; Alternative 2: Gruppe A: 21, Gruppe B: 22, Gruppe C: 23. Nach der Maximin-Regel werden die Individuen die Alternative wählen, die den Nutzen des am schlechtesten Gestellten maximiert. Dieses ist Alternative 1.

zum Produktionsergebnis. Jegliche weitere Umverteilung darf nur im Rahmen einer angemessenen Kompensation stattfinden (Schreyögg 2004).

Die Grundprinzipien der Gerechtigkeit folgen und verfestigen diese Rechtsanschauung: Mit dem Grundsatz der gerechten Aneignung wird der rechtmäßige Besitz gewährleistet. Der Grundsatz der gerechten Übertragung beschreibt den legitimen Besitzwechsel z.B. durch Tausch, Schenkung oder freiwilligen Kauf. Als Korrektiv für unrechtmäßige Besitzaneignungen in dem Sinne, dass sie nicht den beiden erst genannten Grundsätzen entsprechen, kommt schließlich der Grundsatz der Berichtigung ungerechter Besitzverhältnisse zum Tragen (Schreyögg 2004).

Aus egalitärer Sicht zeichnet sich dieser Gerechtigkeitsansatz dadurch negativ aus, dass wohlfahrtsstaatliche Elemente fehlen. Zwar geht Nozick davon aus, dass sich auf freiwilliger Basis ein privates karitatives Sozialsystem etabliert, jedoch wird diese Annahme von Kritikern mit Skepsis betrachtet. Insbesondere Alte, Kranke und Behinderte würden unter einer massiven wirtschaftlichen Benachteiligung und deutlichen Einbußen in ihrer Lebensqualität leiden. Schließlich gibt es eine große Wahrscheinlichkeit, dass sich breite Gesellschaftsschichten aus dem Teufelskreislauf der Armut nicht befreien können, da Nozick das Recht auf Chancengleichheit verneint (Schreyögg 2004).

Bezug der Rawls'schen und der Nozick'schen Theorie zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen

Welche Bedeutung haben diese beiden Theorien für das Gesundheitswesen eines Staates? Rawls bezieht seine Theorie in erster Linie auf soziale Güter wie Freizügigkeit, Berufswahl, Macht und Vorrechte von Ämtern, Einkommen und Wohlstand, grundlegende Freiheiten sowie die soziale Basis der Selbstach-

tung. Das Gut „Gesundheit“ ist damit nicht explizit aufgelistet.

Darüber hinaus sprechen zwei Punkte gegen die Einordnung von Gesundheitsausgaben in die Rawls'sche Perspektive: zum einen würde das Maximieren des Nutzens für den am schlechtesten Gestellten zu einer Kostenexplosion im Gesundheitssektor führen und die Gesellschaft verarmen lassen. Zweitens vermeidet Rawls den Vergleich mit interpersonellem Nutzen, den zum Beispiel ein Trade-off zwischen Grundgütern wie Gesundheitsvorsorge und Einkommen oder Wohlstand mit sich bringen würde (McGuire 1988).

Trotzdem kann durch eine Einbettung der Gesundheitsleistungen in die Grundgüter der Gesellschaft die Basis für eine Analyse der Gesundheitsfinanzierung aus der Perspektive der Gerechtigkeit geschaffen werden. Insbesondere das Prinzip der Chancengleichheit und im indirekten Sinne die Maximin-Regel können hier als Anspruch an das Gesundheitssystem und Gradmesser der Gerechtigkeit dienen (McGuire 1988). Schreyögg (2004) argumentiert, dass sich eine Gesundheitsversicherung herausbilden würde, die eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken sowie von Reichen zu Armen vorsehen würde. Dies begründet er mit dem *Schleier der Unwissenheit*. Da es nicht möglich ist Krankheiten vorherzusehen, werden sich alle für eine Versicherung entscheiden.³ Ähnlich argumentiert er auch für die Umverteilung. Niemand weiß über welche Mittel er zu einem bestimmten Zeitpunkt in seinem Leben verfügen wird. Deshalb wird er sich für ein System entscheiden, das Beiträge in Abhängigkeit der individuellen ökonomischen Leistungsfähigkeit erhebt. Daraus folgt allerdings kein An-

³ Die Individuen entscheiden sich also das Risiko zu der Gruppe der Kranken zu gehören in soweit abzuschern, dass sie sich eine medizinische Versorgung über einen längeren Zeitraum leisten können ohne in Armut leben zu müssen.

spruch auf eine staatlich garantierte Maximalversorgung, da dieses einen Verlust von Leistungsanreizen in der Gesellschaft bedeuten würde (Schreyögg, 2004).

Ähnlich argumentieren Horgby und Wittkau-Horgby (1998), indem sie davon ausgehen, dass sich ein zwei Stufen System bilden würde. Die erste Stufe wäre ein solidarisches Gesundheitssystem mit dem die Grundversorgung sichergestellt wird. Die zweite Stufe wäre ein privates Gesundheitssystem, welches sich am Markt bildet, um die Nachfrage nach zusätzlichen Gesundheitsleistungen zu decken.

Staatliche Interventionen, wie die zwangsweise Umverteilung im Rahmen einer Gesundheitsversicherung, sind nach Nozicks Vorstellungen nur möglich, wenn die Bürger dies einstimmig entscheiden (Schreyögg 2004). Der Arme hat keinen Anspruch an den Reichen und kann allein durch eine freiwillige Schenkung eine Steigerung seiner Wohlfahrt, die auf dem Besitztum des Reichen basiert, erfahren. Im Falle des Gesundheitssystems wäre aber die Etablierung eines Mindestmaßes einer verpflichtenden Gesundheitsversicherung auch unter diesen Gesellschaftsvorstellungen möglich. Schließlich sind sowohl der Arme als auch der Reiche vom Unsicherheitsfaktor Gesundheit betroffen und unter der Annahme, dass durch eine breite Beitragsbasis die Zahlung der Versicherungsprämie zumindest für den Reichen keine zu großen materiellen Einbußen darstellt, könnte sich ein allgemeiner Konsens für eine Pflichtversicherung ergeben. Ergibt sich keine solche Einigung, so entsteht ein Markt für private Krankenversicherungen, der risikoaverse und zahlungsfähige Kunden bedienen würde (Schreyögg 2004). Horgby und Wittgau-Horgby (1998) halten es für möglich, dass eine Umverteilung in kleine Gruppen stattfinden würde. Individuen, die sich moralisch für schwächere verantwortlich fühlen, werden eine so-

ziale Institution errichten, welche es schlechter Gestellten ermöglicht eine Gesundheitsversorgung zu entsprechenden Preisen zu erhalten.

Welche Kriterien sind nun sinnvoll, um Finanzierungsformen den Gerechtigkeitsvorstellungen von Rawls und Nozick zuzuordnen? Grundsätzlich schließen beide Theorien weder die staatliche Organisation des Gesundheitswesens noch die private Organisation aus. Nichtsdestotrotz scheint eine staatliche Organisation nach der Vorstellung von Nozick unwahrscheinlich. Nach Nozick würde ein Gesundheitssystem eher nach dem Leistungsprinzip organisiert, während ein egalitäres Gesundheitssystem eher dem Bedarfsprinzip folgen würde. Bei dem Leistungsprinzip ergeben sich die Konsummöglichkeiten nach der wirtschaftlichen Leistung des Individuums. Hat jemand ein hohes Einkommen, so könnte er viele Gesundheitsgüter konsumieren. Bei dem Bedarfsprinzip ist der Konsum von Gesundheitsgütern nicht vom Einkommen oder Vermögen abhängig. Stattdessen wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen an den Bedarf aus medizinischer Sicht geknüpft (Zimmermann und Henke 2001).

Zudem scheint eine Einordnung der Theorien in den Grad der Umverteilung von reich zu arm und von gesund zu krank sinnvoll. Eine Umverteilung von gesund zu krank entspricht den Gerechtigkeitsvorstellungen beider Theorien.⁴ Eine Umverteilung von reich zu arm ist jedoch grundsätzlich nur mit den Gerechtigkeitsvorstellungen nach Rawls vereinbar.⁵

⁴ Unter Umverteilung von Gesund zu Krank ist zu verstehen, dass der Beitrag gesundheitsunabhängig ist.

⁵ Einen Literaturüberblick sowie eine Auseinandersetzung mit dem Gerechtigkeitsprinzip und den Instrumenten zur Gesundheitsfinanzierung allgemein bietet der Artikel von Wagstaff und van Doorslaer (2000).

Das Deutsche Gesundheitssystem

Im Folgenden soll nun das deutsche Gesundheitssystem in seiner jetzigen Form beschrieben werden, um es anschließend anhand der erarbeiteten Gerechtigkeitskriterien zu analysieren.

Überblick

Seit dem 1. Januar 2009 gilt ein bundesweit einheitlicher Beitragsatz von 15,5 Prozent welcher zum 1. Juli 2009 im Rahmen des Konjunkturpakets II (Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland) auf 14,9 Prozent gesenkt wurde. Die Höhe des Beitragsatzes wird von der Bundesregierung festgelegt. Die Beiträge sind weiterhin einkommensabhängig und werden von Arbeitnehmern (7,9 Prozent) und Arbeitgebern (7,0 Prozent) getragen. Die Beiträge fließen zusammen mit Steuermitteln in den neuen Gesundheitsfonds. Aus diesem erhalten die Krankenkassen ihre Finanzmittel. Die Höhe der Zuweisungen richtet sich nach der Versichertenstruktur der Krankenkasse. Krankenkassen mit vielen älteren oder kranken Versicherten erhalten mehr als Krankenkassen mit jungen gesunden Versicherten. Somit hat der Gesundheitsfonds eine ähnliche Aufgabe wie der ehemalige Risikostrukturausgleich.

Kommt eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht aus, kann sie einen Zusatzbeitrag erheben, der ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten nicht übersteigen darf. Bei Zusatzbeiträgen von bis zu 8,- € wird keine Einkommensprüfung durchgeführt. Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag haben Versicherte grundsätzlich ein Sonderkündigungsrecht.⁶ Erwirtschaftet die Krankenkasse dagegen einen Überschuss, kann sie diesen in

Form von Prämien an ihre Versicherten weitergeben.

Zu diesem Grundsystem wurden zusätzlich Wahltarife eingeführt, die größtenteils eine Kosten reduzierende Wirkung hervorrufen sollen. So verpflichtet sich der Versicherte beispielsweise mit dem Hausarzttarif dazu, im Krankheitsfall immer zunächst den Hausarzt aufzusuchen und erhält dafür von seiner Krankenkasse Vergünstigungen. Letztere werden auch beim Selbstbehalttarif gewährt, bei dem der Versicherte sich dazu verpflichtet, einen gewissen Betrag seiner Behandlungskosten selbst zu tragen. Andererseits erlaubt es ein weiterer Tarif gegen Zahlung einer Prämie, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die nicht zum regulären Leistungskatalog der gesetzlichen Versicherungen gehören. Zudem gibt es einen Kostenerstattungstarif, der eine Vorausfinanzierung seitens des Patienten fordert (Bundesministerium für Gesundheit 2007).

Es sollen nun die mit dem GKV-Wettbewerbsgesetz eingeführten Wahlleistungen analysiert werden, welche die intendierte Umverteilung im Gesundheitssystem gravierend verändern können (Honekamp und Possenriede 2008, WHO 2000).

Wahlleistungen unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten

Wahlleistungen werden im Fünften Buch, § 53, des Sozialgesetzbuches geregelt. Jeder, der für seinen Krankenkassenbeitrag selbst aufkommt, kann zwischen den Tarifen frei wählen. Personen, die keinen eigenen Beitrag zahlen (z. B. Bezieher von Arbeitslosengeld), können keine Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarife wählen, wohl aber Wahltarife zu besonderen Vorsorgeformen (Hausarzttarif) (Bundesministerium für Gesundheit 2007). Entscheidet sich ein Versicherter für einen Wahltarif, ist er drei Jahre daran gebunden. In diesen drei Jahren hat er zudem kein außeror-

⁶ Ausgenommen sind Personen, die sich durch die Entscheidung für einen Wahltarif für drei Jahre an die Krankenkasse gebunden haben.

dentliches Kündigungsrecht, wenn seine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt. Hiervon ausgenommen sind Wahltarife, bei denen man sich auf eine spezielle Behandlungsform festlegt, wie zum Beispiel der Hausarzttarif. Prämienzahlungen, welche der Versicherte aufgrund eines Wahltarifes von der Krankenkasse erhalten kann, dürfen maximal 20 Prozent der vom Mitglied getragenen Jahresbeiträge betragen, jedoch nicht mehr als 600 € bei einem oder 900 € bei mehreren Tarifen.

„Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahme erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen“ (§53 Abs. 9 SGB V). Es darf also keine Quersubventionierung der Wahltarife zu Lasten der „Normalversicherten“ geben.⁷ Die Wahltarife werden zudem von der Aufsichtsbehörde genehmigt. Sollte es dennoch der Fall sein, dass die Ausgaben die Einnahmen übersteigen, müssen, laut Bundesversicherungsamt, für die folgenden Jahre die Wahltarife so angepasst werden, dass das Defizit ausgeglichen werden kann (Bundesversicherungsamt 2009). Die Deckung des Fehlbetrages aus den allgemeinen Zuweisungen durch den Gesundheitsfonds wäre somit nur kurzfristig.

Da alle Krankenkassen den gleichen Beitragsatz haben, läuft der Wettbewerb nun über die Wahltarife und Zusatzleistungen. Für Kunden ist es sehr schwer, die Tarife der einzelnen Kassen zu vergleichen. Viele Kassen beschreiben ihre Tarife nur mit Hilfe eines Beispiels. Diesem ist dann meistens nicht zu entnehmen, für welche Einkommensklasse er gilt (z.B. Homepage der Techniker Krankenkasse,

⁷ Normalversicherte in diesem Sinne sind Versicherte, welche keinen Wahltarif abgeschlossen haben.

Barmer oder DAK im September 2009). Möchte man genauer wissen, wie der Tarif für die eigene Einkommensklasse ausgestaltet wurde, muss man persönlich mit der Kasse in Kontakt treten. Im Folgenden sollen nun im Allgemeinen die möglichen Wahltarife kurz vorgestellt werden und hinsichtlich ihrer Implikationen für die Finanzierungsgerechtigkeit evaluiert werden.

Der Hausarzttarif

Hier wird vorgeschrieben, dass jede Krankenkasse ihren Versicherten einen speziellen Hausarzttarif anbieten muss. Versicherte, die an einem Hausarztmodell teilnehmen, verpflichten sich, im Krankheitsfall immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Die Versicherten können selbst entscheiden, ob sie an dem angebotenen Modell teilnehmen. Entscheiden sie sich für die Teilnahme, erhalten sie von der Krankenkasse eine Vergünstigung. Meistens wird den Teilnehmern die Praxisgebühr von 10 € je Quartal erlassen.

Durch die Teilnahme am Hausarztmodell entstehen keine Kosten; somit können alle Versicherten diesen Tarif ohne finanzielle Nachteile wählen. Der Praxisgebühr ist regressiv, da sie für Personen mit einem geringen Einkommen eine höhere Belastung darstellt als für jemanden mit hohem Einkommen. Haushalte, die sich aufgrund eines geringen Einkommens ohne Hausarzttarif eher gegen eine Konsultation des Arztes entschieden hätten, werden sich jetzt weniger scheuen im Bedarfsfall einen Arzt aufzusuchen. Somit führt dieser Tarif dazu, dass Gesundheitsleistungen nach dem Bedarfsprinzip in Anspruch genommen werden können. Das Gesundheitssystem wird somit gerechter im Sinne von Rawls. Zugleich wird die Finanzierung des Gesundheitssystems aber auch gerechter im Sinne von Nozick. Vor der Einführung des Tarifs wurden alle Patienten dazu gezwungen einmal im Quartal, bei der Konsultation des Arztes, eine Praxisgebühr zu entrichten, was

nach Nozicks Gerechtigkeitsvorstellungen unrechtmäßig ist. Bei Wahl des Hausarzttarifs bekommt nun jeder seine unrechtmäßig einbehaltene Praxisgebühr zurückerstattet.

Der Wahltarif für Integrierte Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme

Seit Januar 2004 ermöglicht das GKV-Modernisierungsgesetz, dass Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Verträge zur Integrationsversorgung miteinander schließen können. Die integrierte Versorgung sowie die strukturierten Behandlungsprogramme sollen zu mehr Qualität in der Versorgung führen (Bundesministerium für Gesundheit 2007).

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme), welche bereits 2002 in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurden, schaffen die Grundlage für eine koordinierte und sinnvolle Behandlung chronisch Kranker (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009, 5/431). Die an der Behandlung beteiligten Partner sind angehalten eng zusammenzuarbeiten und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Ärzte in Praxen und Krankenhäusern sollen nicht nur ihre Zusammenarbeit stärken, sondern auch mit anderen Leistungserbringern wie Apotheken oder Krankengymnasten kooperieren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009, 5/433). Versicherte, die diesen Tarif wählen bekommen eine Geld- oder Sachleistung. Dies kann zum Beispiel eine Erstattung der Praxisgebühr oder der Zuzahlung zu Medikamenten sein.

Ziel ist es, die medizinische Versorgung chronisch Kranker effizienter zu gestalten. Durch die verbesserte Kommunikation kann das gemeinsame Behandlungsziel klar definiert werden und die Leistungen der einzelnen Akteure können darauf abgestimmt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Behandlung

von Patienten, die an diesem Programm teilnehmen, erfolgreicher verlaufen wird als die Behandlung von Patienten, die unkoordiniert von einem zum anderen Behandelnden wechseln. Dies wurde bereits mit verschiedenen Studien belegt. So zeigte sich bei Behandlungsprogrammen für Typ-2-Diabetes-Patienten ein häufiger Verzicht auf Tabakkonsum und eine konstante oder verbesserte Blutzucker-Einstellung (HbA1c) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009, 5/438).

Da diese Leistung keine Kosten für den Versicherten verursacht, sondern im Gegenteil noch eine Prämie verspricht, ist jeder chronisch Kranke in der Position entscheiden zu können, ob er teilnimmt oder nicht. Aufgrund der hohen finanziellen Belastung von chronisch Kranken durch die Zuzahlungen bei Medikamenten, kann dieser Tarif eine finanzielle Entlastung schaffen. Somit schwächt er die Umverteilung von krank zu gesund, welche durch die Zuzahlung hervorgerufen wird oder hebt sie sogar ganz auf. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird durch diesen Tarif gerechter im Sinne beider Theorien, da hierdurch das Risiko krank zu werden je nach Art und Höhe der Prämie sogar komplett versichert wird. Zusätzlich kann die integrierte Versorgung mit strukturiertem Behandlungsprogramm dem Bedarfsprinzip zugeordnet werden. Stellt der Arzt oder ein anderer an der Behandlung Beteiligter den Bedarf fest, kann der Patient entscheiden, ob er an diesem Programm teilnimmt. Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob er hohe oder niedrige Beiträge zur Krankenversicherung gezahlt hat. Im Gegenteil, es ist sogar eine Prämie für ihn vorgesehen, wenn er sich für eine Kooperation entscheidet. Insgesamt kann dieser Tarif damit als ein Schritt zu mehr Gerechtigkeit eingestuft werden.

Der Selbstbehalttarif

Der Versicherte zahlt im Laufe eines Jahres seine Behandlungskosten bis zu einem be-

stimmten Betrag selbst. Vorsorgeuntersuchungen sind hiervon ausgenommen. Die Prämie sowie der Selbstbehalt sind nach dem Einkommen gestaffelt. Hier ein Beispiel der AOK Bayern: jemand der 1300 € beitragspflichtige Einnahmen im Jahr hat, erhält einen Grundbonus von 100 € im Kalenderjahr. Dieser Bonus erhöht sich für das Jahr, in dem keine Kassenleistungen in Anspruch genommen wurden um 30 €. Der Selbstbehalt, um welchen sich der Bonus reduziert, setzt sich aus 25 € je Arztbesuch und 50 € je Krankenhausaufenthalt zusammen. Der Höchstbetrag des Selbstbehaltes ist 175 €. Das Risiko beträgt also 75 € im Jahr und der maximal erreichbare Bonus 130 €. Das gleiche Risiko trägt auch jemand, der ein beitragspflichtiges Monatseinkommen von 3300 € hat. Er kann bei einem Selbstbehalt von 425 € allerdings einen Bonus von 380 € erreichen. Der Bonus verringert sich um 87,50 € je Arztbesuch und 175 € je Krankenhausaufenthalt. Für alle Einkommensgruppen würden vier Arztbesuche den Bonus auf null reduzieren. Bei anderen Kassen erhöht sich meistens mit dem Einkommen nicht nur der Selbstbehalt, sondern auch das Risiko, welches der Einzelne trägt.

Steigt wie im oben genannten Beispiel die Prämie mit dem Einkommen bei gleich bleibendem Risiko, wird der Anreiz für den Abschluss eines Selbstbehalttarifs für Personen mit hohem Einkommen größer sein, als für Personen mit geringem Einkommen. Da die Einsparungen, welche durch weniger Arztbesuche oder gesundheitsbewussteres Verhalten (verringertem Moral Hazard auf Seiten der Patienten) erzielt werden, nicht zwischen den Einkommensgruppen unterscheiden, findet eine Umverteilung zugunsten der Besserverdienenden statt. Steigt, wie es bei den meisten anderen Krankenkassen der Fall ist, mit der Prämienhöhe auch das Risiko im Krankheitsfall einen hohen Betrag aus eigener Tasche bezahlen zu müssen, wird der Anreiz diesen

Wahltarif abzuschließen weniger zwischen den Einkommensgruppen variieren. In diesem Fall ist es ohne empirische Analysen nicht möglich eine Aussage zu möglichen Verteilungswirkungen zu machen.

Im Allgemeinen wird sich für schlechte Risiken, also für Individuen, die besonders krankheitsanfällig sind oder für chronisch Kranke, ein Selbstbehalt nicht auszahlen. Somit wird dieser Gruppe die Möglichkeit der Beitragsminderung durch eine Prämie verwehrt. Da, wie oben erwähnt, gesetzlich festgeschrieben wurde, dass die Ausgaben für die Wahltarife durch deren Einnahmen gedeckt werden müssen, wird die Versicherungssituation der Nicht-Teilnehmer nicht berührt. In Sachen Finanzierungsgerechtigkeit ändert sich für diese Personen nichts.

Da Versicherte mit hohem Einkommen höhere Prämien erwirtschaften können, aber nicht unbedingt höhere Einsparungen generieren, ist es wahrscheinlich, dass eine Umverteilung von Arm zu Reich stattfinden wird. Da eine Umverteilung laut Rawls dazu genutzt werden sollte, um den am schlechtesten Gestellten besser zu stellen, entspricht dieser Wahltarif nicht den Gerechtigkeitsvorstellungen nach Rawls. Betrachtet man den Tarif als Teil des Gesundheitssystems, dann kann man auch argumentieren, dass er die Umverteilung von reich zu arm abschwächt, welche durch den einkommensabhängigen Krankenkassenbeitrag hervorgerufen wird. Somit wird denjenigen ein Teil zurückgegeben, denen etwas ggf. „unrechtmäßig“ weggenommen wurde. Dies führt zu mehr Gerechtigkeit im Sinne Nozicks.

Der Kostenerstattungstarif

Bei der Wahl des Kostenerstattungstarifs werden medizinische Leistungen gegen Rechnung erbracht. Diese muss der Patient zunächst selbst begleichen und sich später von der Krankenkasse erstatten lassen. Es ist

möglich, den Kostenerstattungstarif auf ausgewählte Versorgungsbereiche, wie zum Beispiel stationäre oder zahnärztliche Leistungen, zu beschränken. Diesen reinen Kostenerstattungstarif können gesetzlich Versicherte bereits seit 01.01.2004 abschließen. Zudem ist es seit 01.04.2007 bei einigen Kassen möglich gegen eine höhere Prämie höhere Vergütungen für medizinische Leistungen zu vereinbaren. Hierdurch kann der Versicherte den Status eines Privatpatienten erlangen. Die im Leistungskatalog aufgeführten Behandlungen werden dann mit einem höheren Tarif vergütet. Nicht im Leistungskatalog enthaltene Behandlungen, wie zum Beispiel bestimmte homöopathische Arzneien, werden jedoch meistens nicht erstattet. In diesem Fall ist es möglich einen Tarif für besondere Therapierichtungen abzuschließen, dieser wird unten näher erläutert. Der Versicherte trägt bei diesem Tarif das Risiko, dass seine Rechnungen nicht komplett von der Krankenkasse übernommen werden, zum Beispiel, wenn die abgerechneten Leistungen nicht erstattungsfähig sind oder der Arzt ein höheres Honorar in Rechnung stellt, als der Regelsatz der Krankenversicherung vorsieht.

Ist der Versicherte zum einen bereit einen Teil der Arztkosten selber zu tragen und scheut zum anderen nicht den Aufwand jede Rechnung selber zu begleichen, um sie dann später bei der Krankenkasse zur Rückerstattung einzureichen, wird er wie ein Privatpatient behandelt. Es handelt sich hierbei um eine Zusatzleistung, die sich wahrscheinlich nur besser Verdienende leisten können. Der Abschluss dieses Tarifs führt nicht zu einer Rückerstattung von Beiträgen (nur eine Rückerstattung eines Teils der Arztrechnung), somit hat er keinen Einfluss auf die Verteilungswirkung der Krankenkassenbeiträge zwischen arm und reich und gesund und krank. Zudem ist eine adäquate Gesundheitsversorgung durch den gesetzlich festgeschrie-

benen Leistungskatalog für jeden Versicherten gewährleistet. Somit ist es sehr unwahrscheinlich, dass Personen ohne den Kostenerstattungstarif, *ceteris paribus*, in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung sind als Personen, die den Kostenerstattungstarif gewählt haben. Diese können zwar mit geringeren Wartezeiten und Luxuswartzimmern rechnen, ob dies aber ihren Gesundheitszustand verbessert, ist fraglich.

Den Kostenerstattungstarif können sich nur Personen mit entsprechender Zahlungsbereitschaft leisten, er entspricht also dem Leistungsprinzip und damit den Gerechtigkeitsvorstellungen von Nozick. Dennoch verkörpert er auch die Gerechtigkeitsvorstellungen von Rawls, da hiernach keiner einen Anspruch auf die maximale Gesundheitsversorgung hat. Eine höhere Vergütung von Ärzten geht weit über die Grundleistungen hinaus und sollte am Markt angeboten werden. Man kann nicht von einer Verletzung des Bedarfsprinzips sprechen, da auch Patienten ohne diesen Tarif im Krankheitsfall behandelt werden.

Tarife für besondere Therapierichtungen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Möglichkeit alternative Heilmethoden, wie zum Beispiel Homöopathie oder Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), als Zusatzleistung anzubieten. Hierfür wird ein Zusatzbeitrag erhoben, welcher die Mehrkosten dieser Behandlung decken soll. Der Gesetzgeber verbietet eine Quersubventionierung, welche dann auf den normalen Beitragszahler zurückfallen würde.

Versicherte, die besonderen Wert auf alternative Heilmethoden legen oder hierin die letzte Hoffnung zur Heilung ihrer Krankheit sehen, können sich diesen Tarif bei entsprechender finanzieller Zahlungsfähigkeit leisten. Sollte sich in der Zukunft herausstellen, dass sich Personen, *ceteris paribus*, mit diesem Zusatz-

tarif in einer besseren gesundheitlichen Verfassung befinden, als „Normalversicherte“, kann hieraus eine Ungerechtigkeit hergeleitet werden. Nicht derjenige, der einer Behandlung bedarf, wird sie bekommen, sondern lediglich der, der sie sich leisten kann. Hier findet also das Leistungsprinzip Anwendung, was somit auf ein Gerechtigkeitsempfinden nach Nozick schließen lässt. Nun hat aber auch nach der Gerechtigkeitsvorstellung von Rawls nicht jeder den Anspruch auf maximale Gesundheitsleistungen. Auch hier sollen die Leistungen, die über die Grundleistungen hinausgehen, über den Markt angeboten werden. Für eine Aussage, ob der Wahltarif gerecht im Sinne von Rawls ist müsste vorher festgestellt werden, ob es sich bei der über den Wahltarif erworbenen Therapie um eine Grundleistung handelt oder nicht. Geht man davon aus, dass die Bundesregierung bei der Festlegung des gesetzlichen Leistungskataloges alle Grundleistungen aufgenommen hat, dann wäre dieser Wahltarif auch gerecht im Sinne von Rawls.

Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit

Entscheidet sich ein Versicherter für diesen Tarif, so bekommt er eine Beitragserstattung, sofern er und die mitversicherten Familienmitglieder in einem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen haben. Vorsorgeuntersuchungen sowie medizinische Behandlungen von Personen unter 18 Jahren zählen nicht dazu. Die Erstattungen dürfen 20 Prozent des Jahresbeitrages bzw. 600 € nicht überschreiten. Der Abschluss dieses Tarifes zieht kein Risiko nach sich, wie es beim Selbstbehalttarif der Fall ist. Der einzige Nachteil ist, dass die Tarifwahl den Versicherten drei Jahre an die Versicherung bindet und er bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch seine Krankenkasse nicht von seinem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen kann.

Da die Höhe der Beitragsrückerstattung im Allgemeinen von der Höhe der eingezahlten Beiträge abhängt, ist der Anreiz diesen Tarif zu wählen für Besserverdienende höher als für Geringverdiener. Auch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen mit hohem Einkommen eine positive Prämie erhalten, höher als für Geringverdiener. Dieses ist damit zu erklären, dass Individuen, bei denen ein Arztbesuch ansteht, überlegen werden, ob sie diesen selbst begleichen oder über die Kasse abrechnen. Je höher die erwartete Prämie, desto eher lohnt es sich die Kosten zu übernehmen, um den Differenzbetrag zwischen eigenen Ausgaben und Prämie zu erhalten. Zudem wird es Geringverdienern schwerfallen, die Kosten selbst zu begleichen, auch wenn die erwartete Prämie die Kosten übersteigt. Diese Überlegungen verringern noch einmal den Anreiz für Geringverdiener einen solchen Vertrag abzuschließen.

Die weitere Argumentation ist analog zum Selbstbehalttarif. Da die Einsparungen durch besseres Gesundheitsverhalten und weniger Arztbesuche für jeden Patienten die gleichen sind, findet eine Umverteilung von arm zu reich statt. Zudem haben schlechte Risiken, wie chronisch Kranke, nicht die Möglichkeit einen Vorteil aus diesem Tarif zu ziehen. Für die Auswirkungen des Wahltarifes auf die Finanzierungsgerechtigkeit wird ebenfalls auf die Ausführungen zum Selbstbehalttarif verwiesen.

Der einheitliche Beitragssatz unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten

Die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes führt dazu, dass nun einige einen höheren und andere einen niedrigeren Beitrag als zuvor leisten müssen. Gemäß Nozick darf der Staat ohne Einwilligung des Individuums kein Geld für Umverteilungszwecke von ihm verlangen. Somit entspricht der Einheitsbeitrag für all diejenigen, die eine Beitragssatzsteigerung hinnehmen mussten, nicht den Gerech-

tigkeitsvorstellungen nach Nozick. Da es wahrscheinlich ist, dass sich Individuen hinter dem *Schleier des Unwissens* für den gleichen Beitragssatz für alle entschieden hätten, wurde durch die Reform Gerechtigkeit im Sinne von Rawls hergestellt.

Zusammenfassung

Mit Hilfe der Gerechtigkeitstheorien von Rawls und Nozick wurden Maßstäbe zur Einordnung von Finanzierungsinstrumenten der Krankenversicherung erarbeitet. Das Leistungsprinzip bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen entspricht den Gerechtigkeitstheorien von Nozick, während das Bedarfsprinzip Rawls zugeordnet wird. Zudem wurde nach dem Grad der Umverteilung zwischen reich und arm unterschieden. Da eine derartig staatlich organisierte Umverteilung nach Nozicks Vorstellungen von der Bevölkerung einstimmig beschlossen werden müsste, wird eine Umverteilung von reich zu arm auf diese Weise kaum stattfinden. Rawls auf der anderen Seite lehnt einen staatlichen Eingriff zur Umverteilung zugunsten der Schwachen nicht ab. Somit wird angenommen, dass Reformen, die zu (mehr) Umverteilung zwischen reich und arm führen, gerecht im Sinne von Rawls Vorstellungen sind, nicht aber im Sinne von Nozick. Gegen eine Umverteilung von Gesund zu Krank spricht dagegen nichts. Nach beiden Theorien ist es wahrscheinlich, dass die Bevölkerung sich für eine derartige Umverteilung ausspricht.

Betrachtet man nun die Hauptmerkmale der Reform, welche die Finanzierung des Gesundheitswesens betreffen, kommt man zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die Hauptmerkmale sind zum einen der einheitliche Beitragssatz und zum anderen die Wahltarife. Es wurde festgestellt, dass die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes zu mehr Gerechtigkeit im Sinne von Rawls führte, während die meisten Wahltarife eher den Gerechtigkeitstheorien von Nozick entspre-

chen. So führt zum Beispiel die Einführung der Wahltarife „Selbstbehalt“ sowie „Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit“, zu mehr Gerechtigkeit nach Nozick, da durch die damit verbundenen Prämien (Beitragsrückerstattungen) die Umverteilung von reich zu arm reduziert wird. Von Gerechtigkeit im Sinne von Rawls Theorie kann in diesem Fall aber nicht gesprochen werden. Die integrierte Versorgung und die strukturierten Behandlungsprogramme führen nach beiden Theoretikern zu mehr Gerechtigkeit im Vergleich zur Situation ohne diesen Wahltarif. Selbst die Wahltarife für besondere Therapierichtungen müssen nicht zwingend den Gerechtigkeitstheorien von Rawls widersprechen. Wurden von der Bundesregierung bei der Festlegung des (Pflicht-) Leistungskataloges alle Grundleistungen nach Rawls aufgenommen, so ist es gerecht, wenn darüber hinausgehende Leistungen am Markt angeboten werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gesundheitsreform weder im Sinne von Rawls noch von Nozick zu einer Reduzierung der Finanzierungsgerechtigkeit geführt hat. Weniger Gerechtigkeit durch den einen Reformpunkt wird durch den anderen wieder ausgeglichen. Dieses Fazit ist allerdings zum einen nur so lange gültig, wie die gesetzlichen Vorschriften durch die Versicherer eingehalten werden. Hiermit ist insbesondere die Selbstfinanzierung der Wahltarife gemeint, so dass eine Quersubventionierung zugunsten der Wahltarifnutzer untersagt ist. Und zum anderen hängt die Gerechtigkeit stark vom vorgeschriebenen Leistungskatalog ab. Sind bei einer Reduzierung dieses Kataloges Grundleistungen betroffen, wird das Gesundheitssystem als weniger gerecht eingestuft.

Referenzen

1. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009): Übersicht über das Sozialrecht. 6. Auflage. BW Bildung und

Wissen, Nürnberg.

2. Bundesministerium für Gesundheit (2007): Die neue Gesundheitsversicherung. 2. Auflage. Berlin.

3. Bundesversicherungsamt (2009): Persönliches Telefonat am 23.09.2009 mit der Abteilung VII (I) Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung.

4. Euchner W (1969): Naturrecht und Politik bei John Locke. Frankfurt/Main: Europäische Verlagsanstalt.

5. Härpfer M, Cacace M, Rothgang H (2009). And Fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4.

6. Honekamp I, Possenriede D (2008): Redistributive effects in public health care financing. *The European Journal of Health Economics*. 9(4). S. 405-416.

7. Horgby P, Wittkau-Horgy A: (1998): On Justice and Social Institutions in the Health Care Sector. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*. 6. jg. 1998, H.3, S. 248-258.

8. McGuire A, Henderson J, Mooney G (1988): *The Economics of Health Care*. London: Routledge & Kegan Paul.

9. Nozick R (1976): *Anarchie, Staat und Utopia*, München. Moderne Industrie.

10. Rawls J (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

11. Rawls J (1971): *A Theory of Justice*. Cambridge: Belknap.

12. Samuelson P, Nordhaus W (2007): *Volkswirtschaftslehre. Das internationale Standardwerk der Makro- und Mikroökonomie*. 3. Auflage. Deutsche Übersetzung. mi-Fachverlag. Landsberg am Lech.

13. Schreyögg J (2004): Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen aus ökonomischer Perspektive. *Das Gesundheitswesen* 66(1):7-14.

14. Schroeder D (2007): Rawls and Risk Aversion. Verfügbar unter: http://www.people.fas.harvard.edu/~schroed/docs/Rawls_Maximin.pdf. (16.10.2009).

15. Sozialgesetzbuch (2009): Fünftes Buch §53. zuletzt geändert durch Artikel 1 G..v. 30.07.2009 BGBl. I S. 2495.

16. Ulrich G (2000): *Solidarität im Sozialversicherungsstaat*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

17. Wagstaff A, Doorslaer E (2000): Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Newhouse J (Hrsg.): *Handbook of health economics*. Elsevier, Amsterdam; 1803-1862.

18. WHO (2000): *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

19. Zimmermann H, Henke K: (2001): *Finanzwissenschaft*, 8. Aufl., Vahlen, München.

Eingereicht: 02.09.2009, Reviewer: Mirella Cacace, Engelbert Theur, überarbeitet eingereicht: 12.10.2009, online veröffentlicht: 18.10.2009, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Nicoletta Wojtera.

Zu zitieren als:

Honekamp I, Rehmann A: Gerechtigkeit und Verteilungswirkungen der Gesundheitsreform 2007. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler* 2009/1(1)

Please cite as:

Honekamp I, Rehmann A: Health Care Reform 2007: Justice and Allocational Consequences. German Journal for Young Researchers 2009/1(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2009/1/45/>

URN: urn:nbn:de:0253-2009-1-45