

Schriftenreihe Arbeitsmaterialien

Nr. 11:

**Freie Wohlfahrtspflege und Markt.
- Bericht der Monopolkommission -
(Auszug)**

Oktober 1998

Impressum:

Die Schriftenreihe wird in unregelmäßigen Abständen herausgegeben durch den Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände / Sozialwirtschaft der FH Düsseldorf. Verantwortlich ist Prof. Dr. Karl-Heinz Boeßenecker

-  FSP WV/ SW, Fachhochschule Düsseldorf Universitätsstraße, 40225 Düsseldorf
-  0211/ 81- 1 46 56
-  fsp.wohlfahrtsverbaende@fh-duesseldorf.de
-  www.fh-duesseldorf.de/DOCS/FB/SOZPAD/wohlfrt

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Zwölftes Hauptgutachten der Monopolkommission 1996/1997

Vorwort

1. Unter dem Titel „Marktöffnung umfassend verwirklichen“ legt die Monopolkommission ihr Zwölftes Hauptgutachten gemäß § 24 b Abs. 5 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in der Fassung vom 20. Februar 1990 (BGBl. I S. 235)¹⁾ vor.
2. Das Gutachten umfaßt als regelmäßige Fortschreibungskapitel die Analyse und Bewertung der Unternehmens- und Konzernkonzentration im Produzierenden Gewerbe und im Handel (Kapitel I und II), die Untersuchung der Konzentration bei Großunternehmen (Kapitel III) sowie die Würdigung der nationalen und europäischen Kartellamtspraxis auf den Gebieten der Fusionskontrolle und der Mißbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen (Kapitel IV). In zwei sektoralen Sonderuntersuchungen nimmt die Kommission zu Regulierung und Wettbewerb im Bereich der elektronischen Medien (Kapitel V) und im Gesundheitswesen (Kapitel VI) Stellung. Darüber hinaus befaßt sie sich mit der Internationalisierung des Rechts der Wettbewerbsbeschränkungen (Kapitel VII).

Aktuelle Probleme der Wettbewerbspolitik werden in kürzerer Form innerhalb eines Einleitungskapitels behandelt. Hierzu gehören eine kritische Bestandsaufnahme der Deregulierungsfortschritte in den Sektoren Energiewirtschaft, Telekommunikation, Postdienste und öffentlich-rechtliche Kreditwirtschaft sowie Vorschläge zur Deregulierung im Bereich des Handwerks. Die Monopolkommission nimmt darüber hinaus zur Sechsten GWB-Novelle Stellung und weist auf Defizite der statistischen Basis zur Erfassung der Unternehmenskonzentration hin.

¹⁾ Ein Auszug aus dem Gesetz (§§ 22 bis 24 c) ist im Anhang dieses Gutachtens (Teil A) abgedruckt.

3. Bei der Vorbereitung ihres Hauptgutachtens wurde die Monopolkommission von Sachverständigen, Behörden und sonstigen Institutionen unterstützt, denen sie zu Dank verpflichtet ist. Der Präsident des Bundeskartellamtes, Herr Dieter Wolf, der Vizepräsident, Herr Dr. Kurt Stockmann, sowie die zuständigen Beamten, insbesondere die Leiter der Beschlußabteilungen und der Grundsatzabteilung, haben der Monopolkommission sowie ihren wissenschaftlichen Mitarbeitern in gemeinsamen Sitzungen und Einzelgesprächen Gelegenheit zur Erörterung fallspezifischer und allgemeiner wettbewerbspolitischer Fragestellungen gegeben. Das Statistische Bundesamt hat durch Sonderaufbereitungen amtlicher Daten zum Konzentrationsstatistischen Untersuchungsprogramm der Monopolkommission beigetragen. Sein Präsident, Herr Johann Hahlen, und seine Mitarbeiter haben die Kommission jederzeit unterstützt. Darüber hinaus ist die Monopolkommission bei der Erstellung ihrer Gutachten auf die personelle und sachliche Unterstützung des Bundesverwaltungsamtes angewiesen. Dafür bedankt sie sich bei dessen Präsidenten, Herrn Dr. Jürgen Hensen, und dem Vizepräsidenten, Herrn Giso Schütz, sowie den Mitarbeitern des Amtes.
4. Drei der bedeutendsten Anbieter von Unternehmensdatenbanken in Deutschland, der Verband der Vereine Creditreform e. V., Neuss, der Verlag Hoppenstedt GmbH, Darmstadt, sowie die M+M Gesellschaft für Unternehmensberatung und Informationssysteme mbH, Frankfurt am Main, haben die Monopolkommission in außergewöhnlichem Umfang darin unterstützt, neue Datenquellen für die Konzentrationsberichterstattung zu erschließen. Dank gebührt auch den Unternehmen, die für die Monopolkommission mit teilweise erheblichem zeitlichem Aufwand Jahresabschlußdaten für die inländischen Konzernteile zusammenstellen, sowie dem Deutschen Gewerkschaftsbund für die Mitteilung der Gewerkschaftsvertreter in den Aufsichtsräten der Großunternehmen.
5. Zur Vorbereitung der Sonderthemen in diesem Hauptgutachten hat die Monopolkommission mehrere externe Gutachten eingeholt.²⁾ Herr Prof. Dr. Eckhard Knappe („Gesundheitsversorgung und Wettbewerb: Möglichkeiten für eine Umstrukturierung des bestehenden Gesundheitssystems“) und Herr Prof. Dr. Dirk Meyer („Wettbewerbliche Neuorientierung der Freien Wohlfahrtspflege“) haben sich zu Reformansätzen im Gesundheitswesen geäußert. Herr Prof. Dr. Jürgen Basedow hat ein Gutachten zum Thema „Internationale Vereinheitlichung des Kartellrechts“ erstellt. Prof. Dr. Manfred E. Streit (Projektbearbeiter: Daniel Kiwit) und Prof. Dr. Hans-Werner Sinn haben in je einem Gutachten zur Bedeutung des Systemwettbewerbs (als institutionellem Wettbewerb zwischen verschiedenen Regionen) Stellung genommen. Das Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln hat ein Gutachten über „Regulative Marktzutrittsbarrieren“ verfaßt (Projekt-

²⁾ Eine Zusammenstellung aller Veröffentlichungen von im Auftrag der Monopolkommission erstellten Gutachten ist im Anhang dieses Gutachtens (Teil D) aufgeführt.

bearbeiter: Markus Fredebeul-Krein und Angela Schürfeld). Die Gutachten haben wesentlich zur Meinungsbildung der Monopolkommission beigetragen.

6. Darüber hinaus hat die Monopolkommission Fachgespräche und Diskussionsrunden zu den Themenstellungen in diesem Gutachten durchgeführt. Mitglieder und Mitarbeiter der Schweizerischen Wettbewerbskommission haben in einer gemeinsamen Sitzung mit der Monopolkommission am 6. März 1998 wettbewerbspolitische Aspekte einer Reform des Gesundheitswesens (anhand der schweizerischen Erfahrungen) sowie Ansatzpunkte für eine Liberalisierung der Stromwirtschaft erörtert. Fragen der Anwendungspraxis der europäischen Fusionskontrolle sowie aktuelle Entwicklungen in der europäischen Wettbewerbspolitik waren Gegenstand eines Gesprächs am 27. März 1998 mit Vertretern der Generaldirektion IV der Europäischen Union; Teilnehmer waren die Herren Götz Drauz, Marcel Haak, Emil Paulis und Dr. Joachim Lücking.

Zu den Reformpotentialen im deutschen Gesundheitswesen hat die Monopolkommission am 15. Mai 1998 eine Verbändeanhörung und eine Diskussion mit Wissenschaftlern durchgeführt. Folgende Verbände haben sich schriftlich oder mündlich gegenüber der Kommission geäußert:

- AOK-Bundesverband
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
- Bundesärztekammer
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Hartmannbund Verband der Ärzte Deutschlands
- IKK-Bundesverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Verband der Angestellten-Krankenkassen
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller
- Verband der privaten Krankenversicherung.

An der Anhörung hat außerdem Herr Dr. Jan Bultman vom niederländischen Krankenkassenrat („Ziekenfonds Raad“) teilgenommen, einer Kombination aus Konzertierter Aktion im Gesundheitswesen und Versicherungsaufsicht.

Darüber hinaus wurde den sechs Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme gegeben.

Die Teilnehmer an der wissenschaftlichen Expertenrunde waren die Herren

- Prof. Dr. Kurt Fleischhauer
- Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke
- Prof. Dr. Eckhard Knappe
- Prof. Dr. Dirk Meyer
- Prof. Dr. Peter Oberender.

Die Ergebnisse der Anhörungen und Gespräche sowie die schriftlichen Stellungnahmen und sonstigen zur Verfügung gestellten Unterlagen waren für die Beratungen der Monopolkommission von wesentlicher Bedeutung.

7. Der Bundesminister für Wirtschaft hat die Monopolkommission am 3. April 1997 mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu dem Zusammenschlußvorhaben Potash Corporation of Saskatchewan Inc. mit der Kali und Salz Beteiligungs Aktiengesellschaft beauftragt. Die Unternehmen hatten zuvor nach einer Untersagung durch das Bundeskartellamt beim Bundeswirtschaftsminister einen Erlaubnis Antrag gemäß § 24 Abs. 3 GWB gestellt. In ihrem Votum (*Sondergutachten 25*) kam die Monopolkommission nach Abwägung aller Argumente zu der deutlichen Empfehlung, die beantragte Erlaubnis nicht zu erteilen.³⁾ Die Kommission sah auch keine Möglichkeit, den Zusammenschluß unter Auflagen und Beschränkungen zu erlauben. In seiner Verfügung vom 22. Juli 1997⁴⁾ lehnte der Bundeswirtschaftsminister den Antrag der Unternehmen ab.
8. In ihrem *Sondergutachten 26* hat die Monopolkommission „Ordnungspolitische Leitlinien für ein funktionsfähiges Finanzsystem“ herausgearbeitet. Die Kommission empfiehlt in ihrer Stellungnahme eine Stärkung des Aktienmarkts durch steuerrechtliche und marktorganisatorische Maßnahmen sowie eine Förderung der Bereitstellung von Risikokapital. Weitere Vorschläge betreffen die Verbesserung der Unternehmenskontrolle und die Stellung der Finanzintermediäre.
9. Am Ende des Zwölften Berichtszeitraums hat sich die Zusammensetzung der Monopolkommission erneut geändert. Ausgeschieden ist nach Ablauf seiner dritten Amtsperiode das Mitglied Prof. Dr. Carl Christian von Weizsäcker. An seine Stelle berief der Bundespräsident Prof. Dr. Martin Hellwig (Universität Mannheim). Das Kommissionsmitglied Winfried Haastert wurde für eine neue Amtsperiode bis zum 30. Juni 2002 berufen. Die Amtszeit der Mitglieder Elke Weber-Braun, Heinz Greiffenberger und Prof. Dr. Wernhard Möschel endet am 30. Juni 2000.
10. Die Vorarbeiten für dieses Hauptgutachten wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Monopolkommission geleistet. Im Berichtszeitraum gehörten dem wissenschaftlichen Stab Herr Dr. Horst Greiffenberg als Generalsekretär sowie Frau Dr. Monica Müller, Frau Susanne Pannes-Welter,

³⁾ Vgl. dazu Abschnitt 2.5 in Kapitel IV dieses Gutachtens.

⁴⁾ WuW/E BWM 225.

Frau Melanie Paulus, Frau Juliane Scholl, Herr Dr. Rainer Feuerstack und Herr Dr. Klaus Holthoff-Frank an. An der Erstellung des Gutachtens haben außerdem Frau Karin Lohnert, Frau Roswitha Möller, Frau Anita Müllenborn, Frau Birgit Scherz und Herr Henrik Abram mitgewirkt. Die Monopolkommission dankt allen Beteiligten für die geleistete Arbeit, die insbesondere in der Schlußphase des Gutachtens weit über die Erfüllung der Dienstpflichten hinausgegangen ist.

Köln, den 30. Juni 1998

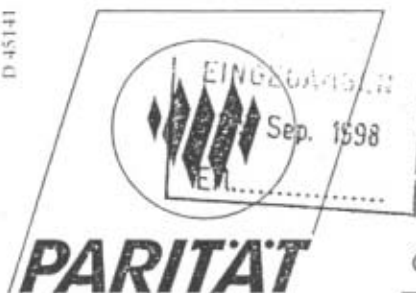
C. C. von Weizsäcker

H. Greiffenberger

W. Haastert

W. Möschel

E. Weber-Braun



im blick

Die Zeitung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes
Gesamtverband Jahrgang 1 Ausgabe 3 September 1998

Grotesk...

Wohlmeinende werden vielleicht sagen, es spiegelt halt den Zeitgeist wider. Weniger Wohlmeinende werden wahrscheinlich von barem Unsinn sprechen. Wie auch immer: fest steht, das nun vorgelegte 12. Hauptgutachten der Monopolkommission ist, was seine Aussagen zur Freien Wohlfahrtspflege betrifft, ein Dokument von höchst bemerkenswerter Ignoranz, wodurch vielleicht ja in der Tat der Zeitgeist trefflich eingefangen wird. Es ist der Versuch, die vielfältigen Triebfedern menschlicher Hilfsbereitschaft, die soziale und strukturelle Komplexität und Verwobenheit Freier Wohlfahrtspflege und staatlichen Handelns vollkommen auszublenden, sie statt dessen ausschließlich unter ökonomistischen Vorzeichen neu zu betrachten und so eine neue Wirklichkeit des Sozialen in Deutschland zu Papier zu bringen.

Das Ergebnis liest sich – höchstgutachterlich – beispielsweise so: „Die Diakonie verbindet die eigentliche Sozialarbeit mit einem kirchlichen Sendungsauftrag, der sich aus der gelebten Nächstenliebe ergibt. Produktionstheoretisch wird ein Kuppelprodukt erstellt, dessen Outputs – soziale Hilfe und religiöse Betreuung – dem Hilfeempfänger angeboten und gegebenenfalls als Einheit zugeführt werden.“

Nun laden solche Formulierungen ohne Frage zu Käluern und eher satirischer Betrachtung des ganzen Vorgangs ein. Nichtsdestotrotz wird der PARITÄTISCHE selbstverständlich zu der Vielzahl völlig irriger Feststellungen über das Wesen freier Wohlfahrtspflege, die sich in diesem Papier widerfindet, zu gegebener Zeit mit allem gebotenen Ernst Stellung nehmen. Doch womit wir uns zuallererst auseinandersetzen sollten, ist die Tatsache, daß ein Teil unserer Ökonomen – und einige müssen für die Monopolkommission tätig sein – in schlechtesten monetaristischen Tradition allen Ernstes die Theorie des freien Marktwettbewerbs zum alleinigen Ausgangspunkt jeglicher gesellschaftlicher Erkenntnis erhoben haben. Für Politik, geschweige denn für ein menschliches Handeln, das sich nicht den Kategorien von Gewinnstreben und Konkurrenz unterwirft, bleibt in derart borniertem Denken zwangsläufig kein Platz. Der sicherlich unbeabsichtigte Verdienst des vorgelegten Gutachtens: die Autoren praktizieren diese Haltung völlig unverblümt und in einer Konsequenz, die zwangsläufig Grotestken erzeugen muß und sich so selbst ad absurdum führt.



Professor Dr. Dieter Sengling

Freie Wohlfahrtsverbände wehren sich gegen den Kartellvorwurf

Der Monopolkommission sachliche Fehler vorgeworfen / Noch keine Stellungnahme der Bundesregierung

Stü. BONN, 24. September. Die Forderung der Monopolkommission, auf dem Gebiet der sozialen Dienstleistungen mehr Wettbewerb herzustellen, hat die Bundesregierung bisher nicht aufgegriffen. In ihrem im Juli vorgelegten zwölften Hauptgutachten hatte die Kommission von einer „staatlich unterstützten Kartellbildung“ auf dem Gebiet der Wohlfahrtspflege gesprochen, die private Sozialunternehmen und freie Selbsthilfegruppen diskriminiere. Im November wird im Bundestag zu dem Gutachten eine Anhörung von Verbänden stattfinden. Die danach auszuarbeitende Stellungnahme der Regierung werde voraussichtlich im Februar/März nächsten Jahres vorliegen, heißt es in Regierungskreisen.

Das Gutachten wird von den Wohlfahrtsverbänden heftig kritisiert. Die Wissenschaftler hatten sich dafür ausgesprochen, einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen für die sozialen Dienste zu schaffen. Dabei müssten der ungehinderte Marktzugang und die Nichtdiskriminierung anderer Leistungsanbieter als der Wohlfahrtsverbände gewährleistet sein. Die Kommission stellt zudem das Privileg der Gemeinnützigkeit in Frage. Künftig dürfe steuerrechtlich nicht mehr zwischen erwerbswirtschaftlich orientierten und steuerbegünstigten gemeinnützigen Unternehmen unterschieden werden. Für eine Steuervergünstigung müsse allein der Zweck einer Leistung entscheidend sein, nicht mehr der Träger. Die Kommission empfiehlt, eine Gewinnerorientierung der Einrichtungen zuzulassen. Gewinne eröffneten Handlungsspielräume, die eine soziale, karitative oder diakonische Ausrichtung erst ermöglichen, heißt es in dem Gutachten. Die Finanzierung von Investitionen über einbehaltene Gewinne oder am Kapitalmarkt werde in der Wohlfahrtspflege wachsende Bedeutung erlangen. Denn öffentliche Förderung, Kirchensteuermittel und Spenden gingen

zurück. Die Kommission sieht deshalb „die Überlebensfähigkeit freigemeinnütziger Sozialunternehmen mittelfristig gefährdet“. Ein Übergang von der Sach- zur Geldleistung stärke den Konsumenten, dem dann „die Freiheit der Abwahl“ eröffnet werde. Heute hätten die Leistungsempfänger keinen oder nur geringen Einfluß auf die Qualität und die Ausgestaltung des Angebots.

Bei den Wohlfahrtsverbänden stößt schon die Analyse der Anbieter- und Verbandsstrukturen auf heftigen Widerspruch. Auf nur 12 Seiten Analyse seien der Kommission 28 sachliche Fehler unterlaufen, hat der Vorsitzende des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Dieter Sengling, dem Vorsitzenden der Monopolkommission, Carl Christian von Weizsäcker, geschrieben.

Die Definition der Wohlfahrtspflege in dem Gutachten sei falsch, bemängelt der Verband. Ambulante Krankenpflege, Krankenhauswesen, Jugend- und Sozialhilfe, Katastrophenhilfe und Bildungsarbeit umfaßten gerade einmal 32 Prozent der 126 000 Dienste und Einrichtungen. Zur Freien Wohlfahrtspflege gehörten auch Kinder- und Familienhilfe, Frauenarbeit, Altenhilfe, Behindertenhilfe, Gesundheits-selbsthilfe und Migrationssozialarbeit. Von einer sinkenden Akzeptanz der Freien Wohlfahrtspflege in der Bevölkerung könne keine Rede sein, schreibt der Paritätische Verband in seiner Stellungnahme. Vielmehr ständen 63 Prozent der Bürger den Wohlfahrtsverbänden positiv gegenüber – ein Wert, der nur von Greenpeace und dem Bundespräsidenten übertroffen werde. Auch die Steuerbefreiung gemeinnütziger Träger sei falsch dargestellt. Zum einen sei keine Befreiung von der Grundsteuer gegeben. Das Gemeinnützigkeitsrecht führe im übrigen nur insoweit zu Steuerbefreiungen, wie gemeinwohlorientierte Tätigkeiten ausgeübt würden. Der Paritätische Wohl-

fahrtsverband wirft den Gutachtern zudem vor, auf einer überholten Rechtsgrundlage zu argumentieren. Die behauptete Vorrangstellung der gemeinnützigen Organisationen gegenüber den gewinnorientierten privaten Trägern sei mit der Einführung der Pflegeversicherung und der Reform des Bundessozialhilfegesetzes abgeschafft worden. Die Verbände kritisieren eine falsche Darstellung der Finanzierung der sozialen Dienste. Öffentliche Mittel würden nicht mehr als „Kostenerstattung“, sondern als Entgelte oder Zuschüsse gewährt.

Die freien Träger sozialer Einrichtungen und Dienste sind einem der sechs Spitzenverbände – Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden – angeschlossen. Diese „neokorporatistischen Strukturen“ hält die Monopolkommission für fragwürdig. Die Dachorganisationen auf der Landes- und Bundesebene organisierten Kartellabsprachen. Das Bundessozialhilfegesetz ermögliche beispielsweise einheitliche Rahmenverträge auf Landesebene zwischen den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, den kommunalen Spitzenverbänden und den Verbänden der Einrichtungsträger. Den Kartellvorwurf weisen die Wohlfahrtsverbände zurück. Träger der Einrichtungen und Dienste seien rechtlich selbständige Vereine, sagte ein Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bonn. Beim Caritasverband oder beim Diakonischen Werk handle es sich keineswegs um Konzernzentralen. Es fehle eine einheitliche Leitung, argumentiert auch das Diakonische Werk. Die Willensbildung verlaufe von unten nach oben. Die Marktbedeutung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mache sie nicht zum Kartell. Eine Behinderung des Marktzutritts privatgewerblicher Anbieter finde nicht statt.

KAPITEL VI

Marktkonforme Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens

1. Einleitung

558. Wettbewerbliche Ausnahmereiche bedürfen stets einer besonderen Begründung. Dies gilt auch für den *Gesundheitssektor*, der in Deutschland einer marktwirtschaftlichen Allokation und Verteilung weitgehend entzogen ist. Eine wettbewerbliche Rahmenordnung bietet die Chance, durch die Konkurrenz zwischen Krankenversicherungen und zwischen Leistungserbringern Effizienzsteigerungen zu bewirken und falsche Anreizstrukturen korrigieren zu können.

Das heutige System der sozialen Sicherung Deutschlands ist mit vielfältigen Aufgaben und Ansprüchen befrachtet, die es nicht mehr bewältigen kann. Nach Ansicht der Monopolkommission muß kritisch hinterfragt werden, welche distributionspolitischen Anliegen aus dem beitragsfinanzierten Versicherungssystem herauszulösen und dem allgemeinen Steuer- und Transfersystem anzuvertrauen sind.

Die Gesundheitsausgaben sind in den zurückliegenden Jahren stetig angewachsen. Von knapp 70 Mrd. DM im Jahre 1970 stiegen die Ausgaben bis 1980 auf 190, 1990 auf 300 und 1995 auf 500 Mrd. DM. In Deutschland löste diese Entwicklung eine Vielzahl von gesundheitspolitischen Reformen aus. Dem Beitragsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt dabei stets das Hauptaugenmerk, denn seine Abhängigkeit vom Lohneinkommen ruft unerwünschte Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt hervor.

Die hohen Kosten des deutschen Gesundheitswesens sind auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Der medizinisch-technische Fortschritt eröffnet ein kontinuierlich wachsendes Spektrum neuer Therapiemöglichkeiten. Da die Nachfrage nach Gesundheitsgütern *angebotsinduziert* ist, treffen Leistungsausweitungen zumeist auf interessierte Konsumenten. Die Nachfrage ist unbegrenzt, sie kann gesteuert und vor allem gesteigert werden. Dies gilt insbesondere in einer Gesellschaft, die alle oder nahezu alle technischen Neuerungen unverzüglich in die Praxis umsetzen möchte. Die Anreize sind so gesetzt, daß ein Großteil der Neuerungen dem vorhandenen Leistungsangebot hinzugefügt wird. Steigende Kosten sowie Ansprüche – und zwar aller am Leistungsgeschehen partizipierenden Teilnehmer – folgen unvermeidlich.

Kostensteigerungen sind auch in anderen Branchen zu verzeichnen, ohne daß ihnen dasselbe Ausmaß an öffentlicher Aufmerksamkeit gewidmet wird. Die Gesundheitsbranche hebt sich durch mehrere Besonderheiten von anderen Wirtschaftszweigen ab: Sie stellt einen wesentlichen Wirtschafts- und Wachstumsfak-

tor und zugleich eine bedeutende Zukunftsbranche der deutschen Volkswirtschaft dar. Das Gut Gesundheit wird in besonderem Maße geschätzt und beeinflußt das Humankapital. Die den Gesundheitssektor kennzeichnende *Regulierungsintensität* weckt das Interesse der Ordnungspolitik.

559. Der Gesundheitssektor erfüllt die maßgebliche Funktion, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Mit über vier Millionen Erwerbstätigen birgt er zudem ein großes Beschäftigungspotential. Eine Funktion als Arbeitgeber bekleidet auch die Freie Wohlfahrtspflege: Die Einrichtungsträger dieses Sektors beschäftigen gemeinsam über eine Million hauptberufliche Mitarbeiter. Der Markt für soziale Dienste weist – auch aufgrund der demographischen Entwicklungen – ein erhebliches Wachstumspotential auf. Gegenüber öffentlichen und privaten Unternehmen dominiert die Freie Wohlfahrtspflege als Marktführer beim Angebot sozialer Dienstleistungen in vielen Teilsegmenten. Die Wohlfahrtsverbände bieten beispielsweise 37,6 % aller Krankenhausbetten an. Im Rettungsdienst vereinigen das Deutsche Rote Kreuz, der Arbeiter-Samariter-Bund, die Johanniter-Unfall-Hilfe und der Malteser-Hilfsdienst 75 % der Marktanteile.

560. Die besondere Stellung des Gesundheitswesens erklärt sich nicht zuletzt aufgrund der *Besonderheiten*, die dem Gut Gesundheit eigen sind. Die Diskussion über die Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen und auch von sozialen Dienstleistungen ist in starkem Maße emotional geprägt. Gesundheit stellt zugleich ein besonders hoch geschätztes Gut wie auch die Grundlage für produktive Tätigkeiten dar. Sie kann als Teil des Humankapitals betrachtet werden und nimmt als solches einen Einfluß auf die Produktivität einer Volkswirtschaft. Der Wiederherstellung und dem Erhalt der Gesundheit kommt damit aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zusätzliche Bedeutung zu. Implizit liegt ein ethisches Werturteil vor, das besagt, Gesundheitsleistungen allen Bevölkerungsschichten unabhängig von der finanziellen Situation gleichermaßen zugänglich zu machen. Auch in der Freien Wohlfahrtspflege liegt eine *spezielle Wertorientierung* vor. Die weltanschauliche oder religiöse Ausrichtung der Organisationen und die Nicht-Gewinnverteilungsregel – also das Verbot, Gewinne auszuschütten – mögen die Gründe dafür sein, daß dieser Sektor bislang wenig Aufmerksamkeit erfahren hat. Die Sicherstellung der Versorgung, die Produktion, die Finanzierung und die Anbieter sozialer Dienstleistungen stießen bis zu Beginn der neunziger Jahre weder auf ein breiteres wirtschaftswissenschaftliches Interesse noch waren sie Gegenstand tiefgreifender gesellschaftskritischer Auseinandersetzungen oder gar politischer Reformvorhaben.

561. Die umfangreiche staatliche Regulierung des Gesundheitswesens ist ein weiterer Grund dafür, diesen Sektor eingehend zu analysieren. Der Gesundheitsbereich ist wie kaum eine andere Branche staatlich reguliert und einer marktwirtschaftlichen Allokation und Verteilung entzogen. Daraus resultieren vielfältige *Steuerungsmängel*, die individuelle Rationalität zu kollektiver Irrationalität werden lassen. Im Gesundheitswesen sind die Bereiche erfolgreich, in denen die Akteure international tätig sind, wie beispielsweise die pharmazeutische Industrie. In den anderen Teilsegmenten findet sich bislang – ungeachtet zahlreicher Reformmaßnahmen – ein abgeschottetes, weitgehend staatlich und korporatistisch gelenktes System, das gesetzliche Krankenkassen, private Versicherungsunternehmen, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte umfaßt. Der bestehende Ordnungsrahmen ist das Ergebnis eines dirigistischen Grundverständnisses. Der Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus im Gesundheitswesen wird großes Mißtrauen entgegengebracht. Der weitgehende Verzicht auf Marktkräfte wirft die Frage auf, ob ein solches System die effiziente Allokation knapper Ressourcen zu bewältigen vermag.

562. Bislang war die politische Moderation zwischen den Interessengruppen das Leitmotiv der Gesundheitsreformpolitik. Eine solche Politik stößt jedoch angesichts des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts zunehmend an ihre Grenzen. Dem Gesundheitssektor innewohnende Wohlfahrts-, Wachstums- und Beschäftigungspotentiale lassen sich auf diesem Wege keinesfalls erschließen.

563. Der Sozialstaat Deutschland muß auf die zu erwartenden Veränderungen baldmöglichst reagieren. Die Systeme der sozialen Sicherung induzieren ein Kostenwachstum, das die Abgabenquote der Arbeitnehmer expandieren läßt und die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland beeinträchtigt. Die Finanzierungsbasis der GKV erodiert aufgrund der zunehmenden strukturellen Arbeitslosigkeit und der demographischen Entwicklungen zusehends. Die Aufmerksamkeit sollte sich jedoch nicht auf das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen fokussieren. Steigende Kosten allein bieten keinen Anlaß, für weiterreichende Reformmaßnahmen zu votieren. Die *Fehlanreize* im bestehenden System, dem eine preiale Lenkung von Angebot und Nachfrage fehlt; sind vielmehr der Grund dafür, über Alternativen zur Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes nachzudenken. Die gegebenen Anreizstrukturen verleiten sowohl die Versicherten wie auch die Leistungserbringer zu Leistungsausweitungen. Die Konsumenten der Gesundheitsleistungen mögen durchaus bereit sein, für die als superiores Gut klassifizierte Gesundheit einen größeren Teil ihres Einkommens zu verausgaben. Das bestehende System läßt jedoch diesbezüglich keine verlässliche Aussage zu.

564. Die Organisation zur Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes sollte stärker den Marktkräften überlassen werden, um Fehlsteuerungen des bestehenden Systems zu überwinden. Dieses Ziel kann erreicht werden, indem die durch die Neuordnungsgesetze eingeleiteten Reformschritte konse-

quent weitergeführt und eine lenkende Ausgaben-dämpfungspolitik zurückgedrängt werden.

565. Die wettbewerbsbeschränkenden, kartellähnlich angelegten Strukturen, die die Versorgung mit sozialen Dienstleistungen charakterisieren, bedürfen ebenfalls einer näheren Analyse. Das Erkenntnisinteresse der Monopolkommission konzentriert sich vornehmlich auf die Frage, inwiefern die vorliegenden, staatlicherseits gesetzten institutionellen Rahmenbedingungen diese Struktur erleichtern oder gar bedingen. Das enge Verhältnis des Wohlfahrtssektors zum Staat manifestiert sich in vielschichtigen Beziehungen und Verflechtungen und räumt der Freien Wohlfahrtspflege eine *bedingte Vorrangstellung* im Vergleich zu privat-gewerblichen Anbietern und Selbsthilfegruppen ein. All dies ist letztlich auf den unzureichenden wettbewerblich-marktwirtschaftlichen Ordnungsrahmen zurückzuführen.

Die Freie Wohlfahrtspflege erfährt mittlerweile eine gewisse Kritik. Die gegen sie erhobenen Vorwürfe beziehen sich auf die starke Bürokratisierung, den Flexibilitätsverlust, die bislang weitgehend vernachlässigten volkswirtschaftlichen Kosten der Gratisressourcen und die These der unwirtschaftlichen Leistungserstellung. Neben dem bestehenden Ordnungsrahmen können die Ursachen in dem internen und externen Kontrollversagen sowie der schwachen Position der Anspruchsberechtigten in dem sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis¹⁾ aufgespürt werden. Um eine wettbewerbliche Struktur zu etablieren, ist zunächst für die Einführung eines *wettbewerblichen Ordnungsrahmens*, basierend auf einem ungehinderten Marktzutritt und dem Prinzip der Nichtdiskriminierung, zu plädieren. Diskussionswürdige Reformansätze stellen eine Gewinnorientierung für alle Anbieter und eine Reform des Gemeinnützigkeitsprivilegs dar. Eine Substitution der Objekt- durch die Subjektförderung in Verbindung mit einem Geldleistungsanspruch sollte ebenfalls in Betracht gezogen werden. Neben einer Diskussion der Reformbestandteile ist es nach Auffassung der Monopolkommission darüber hinaus sinnvoll, die zu erwartenden Auswirkungen der Vorschläge auf die verschiedenen Interessengruppen – Kommunen, Sozialversicherungsträger, Wohlfahrtsverbände, freigemeinnützige Einrichtungen, andere Anbieter sowie die Anspruchsberechtigten – aufzuzeigen.

2. Die Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen und sozialen Diensten im derzeitigen Versorgungssystem

2.1 Die Struktur des deutschen Gesundheitsversorgungssystems

566. Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit der *Finanzierungsproblematik*. Eine Analyse der Nachfragerseite des Gesundheitssektors ist geboten, weil die Art der Finanzierung des Krankenversi-

¹⁾ Vgl. Tz. 639 f.

cherungsschutzes erwünschte Anreizstrukturen schaffen kann. Haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre Präferenzen in bezug auf das von ihnen bevorzugte Leistungsspektrum und ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis geltend zu machen, so hat dies Rückwirkungen auf die Mittelverwendung: Die Krankenkassen müssen dann die Versicherteninteressen in ihren Verhandlungen mit den Leistungsanbietern – Verbände der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser – stärker einbeziehen. Der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes kommt folglich eine wichtige Steuerungsfunktion zu.

567. Zwei jedem Versicherungsmarkt inhärente Phänomene sind *Moral Hazard* und *Adverse Selection*. Beide basieren gleichermaßen auf der Problematik der asymmetrischen Informationsverteilung. Aufgrund ungenügender Informationen besteht sowohl auf Seiten der Versicherungsunternehmen als auch der Kunden eine hohe Wahrscheinlichkeit, Fehlentscheidungen zu treffen. Sind die Krankenversicherungen über das zu versichernde Krankheitsrisiko schlechter informiert als der Kunde, unterschätzen sie den tatsächlichen Umfang der bei Krankheitsbeginn anfallenden Leistungen und kalkulieren folglich eine zu niedrige Prämie. Fehlen den Versicherungsnehmern Informationen über die Qualität des offerierten Leistungsspektrums, so laufen sie Gefahr, in ihrem Vertrag einen zu geringen Versicherungsumfang abzuschließen. In der fehlsamen Erwartung, das für sie beste Preis-Leistungs-Verhältnis geboten zu bekommen, werden sie den preisgünstigsten Anbieter wählen. Im Resultat münden beide Fälle in die Problematik der adversen Selektion: Bei den schlecht informierten Krankenversicherungen sammeln sich die schlechten Risiken, und die ungenügend informierten Versicherungsnehmer präferieren – freilich ohne dies realiter zu wollen – die Versicherungen mit der niedrigsten Qualität, da sie ihre Wahlentscheidung beinahe ausschließlich anhand des Preisniveaus treffen.

Mit dem Begriff *Moral Hazard* wird die Änderung der Anreizstruktur erfaßt, die sich für das Individuum aufgrund seines Versicherungsschutzes ergibt. Der Abschluß einer Versicherung beeinflusst das Verhalten – beispielsweise hinsichtlich der Vorsorgemaßnahmen – und verändert daher die Wahrscheinlichkeiten, mit denen ein Versicherungsunternehmen kalkulieren kann. Die Versicherungen können nicht zwischen überzogenen und tatsächlichen Ansprüchen unterscheiden. Sie antizipieren jedoch ein solches Verhalten, berücksichtigen es in ihrer Prämienkalkulation und setzen die Prämie dementsprechend hoch an. Höhere Prämien schrecken wiederum die Versicherten ab, die nur tatsächliche Ansprüche geltend machen. Existiert keine Vorgabe in Form einer Versicherungspflicht, fragen folglich nur noch solche Individuen Krankenversicherungsschutz nach, die dazu neigen, überzogene Ansprüche geltend zu machen.

Beide Phänomene lassen eine latente Instabilität von Versicherungsmärkten befürchten. Auf seiten der Versicherungsnehmer droht der Abschluß einer nicht ausreichenden Versicherungsdeckung, auf seiten der Anbieter ein ruinöser Wettbewerb. Jedoch gibt es Lö-

sungsmöglichkeiten, den dargelegten Problemen auch in einem wettbewerblich organisierten Versicherungssystem zu begegnen. Die Problematik der ungleichen Informationsverteilung kann von zwei Seiten angegangen werden. So kann sich die ungenügend informierte Marktseite bemühen, zusätzliche Informationen zu gewinnen, z. B. durch Voruntersuchungen. Die besser informierte Marktseite wird in einem wettbewerblichen System ein Interesse daran haben, glaubwürdige Informationen über ihre Qualität zu vermitteln. Die private Krankenversicherung (PKV) begegnet dem *Moral-Hazard-Problem* beispielsweise durch Tarife mit Selbstbehalten und durch Beitragsrückerstattungen.

Damit stehen Informationsasymmetrien einer wettbewerblichen Orientierung des Krankenversicherungsschutzes nicht grundsätzlich entgegen. Wie gezeigt wurde, bestehen Lösungsmöglichkeiten, indem privatwirtschaftliche Vorkehrungen getroffen werden. Eine gesetzliche Versicherungspflicht sollte hinzutreten.

568. Im Bereich der GKV spielt die Verdrängung schlechter durch gute Risiken – *Adverse Selection* – keine große Rolle, da sie eine *Pflichtversicherung* für einen umfänglichen Personenkreis darstellt. In der PKV stellt sich die Situation hingegen anders dar: Der Wettbewerb beschränkt sich auf die neu zu versichernde, zumeist recht junge Klientel, die mit attraktiven Eintrittsprämien umworben wird. Hinzu kommt, daß die entsprechend dem Anwartschaftsdeckungsverfahren akkumulierten Alterungsrückstellungen im Falle eines Versicherungsverwechslens bei der alten Krankenversicherung verbleiben. Die neue Versicherung verlangt entsprechend höhere Prämien, da die Kapitaldecke von neuem und innerhalb eines kürzeren Zeitraums aufzubauen ist, und in der Folge lohnt sich ein Wechsel in den seltensten Fällen. Im Unterschied zur GKV kann die PKV aufgrund der von ihr verlangten Angaben zum Gesundheitszustand vor Vertragsabschluß eine ungefähre Einschätzung des Risikos vornehmen und entsprechende Risikozuschläge erheben.

2.1.1 Organisation des Krankenversicherungsschutzes

569. In Deutschland wird der Krankenversicherungsschutz von einem *gegliederten System* übernommen, dessen Träger die gesetzliche Krankenversicherung als Vertreter der Sozialversicherung und die private Krankenversicherung sind. Beinahe 90 % der deutschen Bevölkerung sind in den Schutz der GKV einbezogen, gut 9 % haben privaten Krankenversicherungsschutz oder sind über die Beihilferegelungen des öffentlichen Dienstes abgesichert. Der Leistungsumfang und die Leistungsbereiche der GKV sind staatlich reguliert. Wesentliche Bestandteile des Krankenversicherungssystems sind im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) kodifiziert. Die GKV deckt die Risiken ab, die im Krankheitsfall in Form von kurativer Behandlung und Einkommensausfall im Anschluß an die Lohnfortzahlung auftreten. Der Leistungsumfang umfaßt ferner Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Krank-

heiten, Mutterschaftshilfe bei Schwangerschaft, Entbindung und Rehabilitation. In bezug auf den versicherten Personenkreis ist zwischen Pflichtmitgliedern (41% in 1995), freiwilligen Mitgliedern (7%) und mitversicherten Familienangehörigen (31%) zu unterscheiden.

570. 1995 waren 40% der Bevölkerung in einer AOK, 9% in Betriebskrankenkassen, 5% in einer Innungskrankenkasse, jeweils 2% in einer landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Bundesknappschaft sowie 30% in einer Ersatzkasse versichert. Zu Beginn des Jahres 1997 existierten in Deutschland 680 gesetzliche Krankenkassen, davon 18 Ortskrankenkassen, 565 Betriebskrankenkassen, 48 Innungskrankenkassen, 21 landwirtschaftliche Kassen, jeweils zwei Seekrankenkassen und Kassen der Bundesknappschaft sowie insgesamt 24 Ersatzkassen. Zum überwiegenden Teil sind die Kassen regional organisiert. Auf der Bundes- und Landesebene schließen sie sich darüber hinaus zusammen, um überregionale und gemeinsame Interessen wahrzunehmen.

Die Krankenkassen sind öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungskörperschaften. Vorstand und Vertreterversammlung sind die jeweiligen Organe, die sich paritätisch aus gewählten Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammensetzen. Seit Beginn des Jahres 1996 sind Vorstand und Vertreterversammlung zu einem Aufsichtsrat zusammengefaßt. Den Kassen obliegt es, dessen Zusammensetzung zu bestimmen unter der Vorgabe, daß er zu mindestens 50% aus Versicherten besteht.

571. Zwei wesentliche Prinzipien der GKV sind das Solidaritäts- und das Subsidiaritätsprinzip. Das Solidaritätsprinzip manifestiert sich in einkommensabhängigen Beiträgen und beitragsunabhängiger Leistungsgewährung. Ziel ist die Erreichung einer kollektiven Äquivalenz, d. h. die Summe aller Beiträge soll den gesamten Leistungen entsprechen. Im Grundsatz arbeitet die GKV nach dem Umlageverfahren. Das Solidaritätsprinzip wird zwangsweise verordnet und zeigt sich beispielsweise in der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen. Durchbrochen wird dieses Prinzip durch Regelungen wie die Beitragsbemessungsgrenze, die Selbstbeteiligungen (häufig als feste Gebühr erhoben) sowie die Möglichkeit der privaten Zusatzversicherungen, z. B. im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts. Als konstitutives Element der GKV wird auch die paritätische Beitragsfinanzierung betrachtet, d. h. die Übernahme von 50% des Beitrags durch die Arbeitgeber. Als Folge des Solidarprinzips kennt die GKV für die Pflichtversicherten weder Risiko- noch Leistungsausschlüsse.

572. Es gibt zahlreiche *Einkommensumverteilungswirkungen*, die Ausdruck des Solidarausgleichs sind. Die wesentlichen distributiven Wirkungen des Systems der GKV sind die Umverteilung

- von gesunden zu kranken Versicherten (Risikoausgleich),
- von Beziehern höherer Einkommen zu solchen mit niedrigerem Einkommen (Einkommensumverteilung),

- von Alleinstehenden über kleine zu großen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

573. Um das Solidarprinzip innerhalb der GKV dauerhaft abzusichern, wurde die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eingeführte Kassenwahlfreiheit mit dem *Risikostrukturausgleich* verbunden. Ziel war es, eine ansonsten erwartete Risikoselektion zu unterbinden. Der Risikostrukturausgleich führt zu Ausgleichsleistungen von Kassen mit günstigeren Risikostrukturen zu solchen mit ungünstigeren Risikostrukturen. Die Kriterien für die Ausgleichszahlungen sind die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen, die Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten, das Alter und das Geschlecht der Versicherten sowie die Anzahl der Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeitsrentner und der Versicherten mit (ohne) Krankengeldanspruch. Die Beiträge werden einkommensbezogen gezahlt, aber risikobezogen an die Krankenkassen weitergeleitet – dies ist die Grundidee des Risikostrukturausgleichs. Damit sollen die Kassen unabhängig von der Versichertenstruktur auf der Einnahmeseite gleichgestellt werden.

574. Für Versicherte mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze gibt es zwei Möglichkeiten: Sie können sich als freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse versichern und zahlen in diesem Fall den Höchstbeitrag. Alternativ können sie ihren Krankenversicherungsschutz im System der PKV bei einem der über 100 privaten Versicherungsunternehmen abdecken. Die in der PKV anzutreffenden privaten Rechtsformen sind die Aktiengesellschaften oder die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Den Grundpfeiler der staatlichen Regulierung bildet das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) regelt die Versicherungsbedingungen. Darin ist die langfristige Erfüllbarkeit der Verträge und mithin die Prämienkalkulation von besonderer Bedeutung.

Im Bereich der PKV erfolgt die Finanzierung im Anwartschaftsdeckungsverfahren unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Grundlage der Beitragskalkulation in der PKV ist das *individuelle Äquivalenzprinzip*. Im Grundsatz wird davon ausgegangen, daß die gesamten Leistungen des Versicherungsunternehmens für jeden Versicherten durch seinen Beitrag entgolten sein sollten. Dem Versicherungsprinzip entsprechend wird insoweit eine risikogerechte Pauschalisierung vorgenommen, als die Kalkulation auf die Krankheitsrisiken einer Gruppe von gleichartigen Versicherten abstellt. Für die Mitglieder dieser Gruppe werden gleiche Durchschnittsbeiträge ermittelt. Eine homogene Versichertengruppe setzt sich aus den Personen zusammen, die die gleichen Leistungsansprüche, das gleiche Eintrittsalter und das gleiche Geschlecht haben. Die Versicherungsunternehmen verfügen über Gestaltungsfreiheiten hinsichtlich des anzubietenden Leistungsspektrums, wobei bestimmte qualitätssichernde gesetzliche Vorgaben einzuhalten sind. Für den Versicherten besteht – in gewissem Rahmen – eine Wahlfreiheit des Versicherungsschutzes nach individuellem Bedarf. Bei der privaten Krankenversicherung existieren vertrag-

liche Bindungen zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsunternehmen sowie zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer.

In Deutschland ist die Beziehung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer weitgehend *kollektiv* gestaltet. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen wird auf der Grundlage von Vertragsabschlüssen durch die Verbände der jeweiligen Interessengruppen (Versicherungen, Leistungsanbieter) bestimmt. Das Vertragsrecht ist kollektiv: Unabhängige Leistungserbringer werden durch staatliche Regulierungen zu einem Pflichtkollektiv zusammengeschlossen. Für eine individuelle Vertragsgestaltung existiert wenig Spielraum. Das gilt sowohl für das preisliche Instrument der Vergütung als auch für die mengenmäßigen Instrumente. Die Art der Vergütung und das Volumen der Gesamtversorgung werden in Verträgen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen geregelt. Die Kassen können keine selbständige Vertragspolitik entwickeln, sondern müssen *gemeinsam und einheitlich* vorgehen.

2.1.2 Ziele und Auswirkungen bisheriger Reformschritte

575. Zur Rechtfertigung staatlicher Eingriffe im Gesundheitssektor werden regelmäßig die Problematik steigender Ausgaben und die Gewährleistung der Beitragssatzstabilität vorgetragen – diese Argumente stehen seit nunmehr zwanzig Jahren im Vordergrund von Reformdiskussionen. Den Ansatzpunkt der Reformen bildet zumeist die *Organisation des Krankenversicherungsschutzes*. Die Aufmerksamkeit im deutschen Gesundheitswesen fokussiert sich auf die GKV als dem größten Finanzierungsträger, bei dem etwa 90% der deutschen Bevölkerung ihren Krankenversicherungsschutz abdecken. Die Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens hängt mit der Sicherung der Finanzierung der GKV eng zusammen. Gegenstand von Regulierungen sind daher vor allem der Leistungsumfang und die Leistungsbereiche dieses Versicherungsträgers.

Größere Finanzierungskrisen der GKV treten in regelmäßigen Abständen auf und sind immer wieder der politische Anlaß für eine Überprüfung der Finanzierungsbasis und letztlich der Auslöser für Reformen. Die Bemühungen des Gesetzgebers sind überwiegend darauf gerichtet, der Kostenentwicklung Einhalt zu gebieten. Die Reformflut wurde 1977 mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz eingeleitet, gefolgt von dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz und dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (1981), dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (1984) und dem Gesundheitsreformgesetz (1988).

Diese am Ziel der Ausgabendämpfung und an dirigistischen Mitteln orientierte Politik war allenfalls in einem vordergründigen Sinn erfolgreich, indem sie Ausgaben und Beitragssätze langsamer steigen ließ. Unter anderem aufgrund unveränderter Anreizstrukturen und der Verschlechterung der Einnahmesituation infolge zunehmender Arbeitslosigkeit stieg

der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von 8,2% (1970) auf 13,6% (1998).

Dem Beitragssatz kommt neben der sozialpolitischen auch eine *wirtschaftspolitische Relevanz* zu, weil er ein Bestandteil der Sozialabgabenquote ist und als solcher in die Gesamtabgabenquote einfließt. Aufgrund der Lohnzusatzkostenproblematik gehen von höheren Beitragssätzen für die GKV unerwünschte Anreizwirkungen hinsichtlich der Leistungs- und Innovationsbereitschaft aus. Wegen ihrer Bedeutung als wirtschaftspolitische Variable erhielt die Stabilisierung der GKV-Beitragssätze die Dimension eines im Gesetz (SGB V) kodifizierten Ziels.

576. Der Versuch, über eine reine Kostendämpfung hinausgehend auch den Einstieg in eine umfassende Struktur- und Organisationsreform zu beginnen, wurde mit dem Ende 1992 verabschiedeten *Gesundheitsstrukturgesetz* unternommen. Ein wesentliches Element dieser Reform bildet die Freigabe der Kassenwahl für ca. 80% der GKV-Versicherten. Ein bedeutendes Element des Gesundheitsstrukturgesetzes ist die Einführung eines gleichen Kassenwahlrechts für Arbeiter und Angestellte. Bislang stand die Kassenwahlfreiheit lediglich den freiwillig versicherten Angestellten offen, die sich zwischen der GKV und einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu entscheiden hatten. Die historisch gewachsenen unterschiedlichen Regelungen für Arbeiter und Angestellte wurden beseitigt. Dies war politisch durchsetzbar, indem zugleich ein permanenter, bundesweiter und kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt wurde, der die historisch bedingten Nachteile einzelner Kassenarten beseitigen und den Krankenkassen zumindest annähernd gleiche Chancen im Wettbewerb eröffnen sollte. Durch den Risikostrukturausgleich nivellieren sich die Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen. Weitere Neuerungen waren die Einführung von klar definierten Markteintritts-, Marktaustritts- und Zusammenschlußregeln sowie eine wettbewerbsadäquate Unternehmensverfassung für die Kassen. Durch die Änderung des Entgeltsystems wurde dieser Sektor erstmalig in eine Strukturreform einbezogen. Zugleich wurde durch die vor- und nachstationäre Behandlung eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung angestrebt. Im Arzneimittelsektor wurde das neue Instrument der Festbeträge eingeführt.

Die erhofften wettbewerblichen Wirkungen der Kassenwahlfreiheit konnten sich jedoch nicht einstellen, da den Kassen keine hinreichenden Wettbewerbspasparameter an die Hand gegeben wurden. Die Verpflichtung aller Kassen, Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern gemeinsam und einheitlich auf der Landesebene zu führen, hemmt die Möglichkeit wettbewerblicher Prozesse zusätzlich.

577. Mit dem „Ersten und Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (1997) sollte das GKV-System einer Marktsteuerung nähergebracht werden. Die Gesetze enthalten Regelungen, die den Versicherten mehr Wahlrechte und Kontrollmöglichkeiten eröffnen und Anreize zu ko-

stenbewußter Inanspruchnahme der Leistungen setzen. Die Versicherten können seither beispielsweise zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wählen; sie haben das Recht, im Falle von Beitragserhöhungen die Krankenkasse sofort zu wechseln, und sie können sich bei den Leistungserbringern über die in Anspruch genommenen Leistungen und Behandlungskosten informieren. Den Krankenkassen wurden die Möglichkeiten eingeräumt, bestehende Zuzahlungen zu erhöhen, im Rahmen der Kostenerstattung Selbstbehalte mit entsprechender Beitragsermäßigung anzubieten, Beitragsrückzahlungen zu gewähren sowie Leistungen des geltenden Rechts zu erweitern und Leistungen insbesondere der Gesundheitsförderung und Prävention außerhalb des Risikostrukturausgleichs einzuführen.

Die Krankenkassen müssen sich den neuen Rahmenbedingungen auch institutionell anpassen, indem sie sich eine wettbewerbsadäquate Unternehmensverfassung geben. Eine Veränderung des Systems der Selbstverwaltung war damit ebenfalls verbunden. An die Stelle der bisherigen Vertreterversammlung tritt ein verkleinerter Verwaltungsrat, der wie die Vertreterversammlung zusammengesetzt ist und gewählt wird. Dieser übernimmt zum Teil die Aufgaben des alten Vorstandes. Die übrigen Funktionen des Vorstandes und des Geschäftsführers übernimmt ein neuer hauptamtlicher Vorstand.

Die Einführung der Wahlfreiheit und der einsetzende Wettbewerb lassen den Sicherstellungsauftrag zwar nicht de jure (§ 75 SGB V), aber de facto in kleinen Schritten auf die Krankenkassen übergehen. Sie entwickeln sich von reinen Finanzierungsinstitutionen zu Vertretungsinstanzen der Versicherten und zu Steuerungsinstanzen der Versorgung. Diese Steuerungsaufgabe erfordert es, daß die Krankenkassen Informationen über das Leistungsgeschehen erhalten und medizinischen Sachverstand hinzugewinnen.

Die Neuordnungsgesetze enthalten einige Neuregelungen, die das GKV-System stärker den Marktkräften überlassen und von der Monopolkommission begrüßt werden. Die Kassen erhalten größere Handlungsspielräume bei der Gestaltung ihrer Leistungen, die Versicherten können zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wählen und bei Beitragssatzerhöhungen rasch die Kasse wechseln. Zudem gibt es die Möglichkeit von Selbsthalten mit entsprechender Beitragsermäßigung und Beitragsrückerstattungen. All dies sind Schritte in Richtung einer gestärkten Eigenverantwortung, Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz, Intensivierung des Kassenwettbewerbs, Stärkung des Versicherungsprinzips und einer besseren Betonung der Versichertenpräferenzen.

Damit sind einige bemerkenswerte Schritte in Richtung auf mehr Kostentransparenz und Stärkung der Eigenverantwortung von Versicherten und Leistungserbringern erfolgt. Die Versicherten können ihre Präferenzen und in begrenztem Umfang auch ihre Zahlungsbereitschaft für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen besser zur Geltung bringen. Auf der anderen Seite enthalten die Neuordnungsgesetze jedoch auch Maßnahmen, die einem

Rückfall bzw. einer Verschärfung der dirigistischen Kostendämpfungspolitik gleichkommen: Die Beitragssätze wurden bis Ende 1996 festgeschrieben und mußten zum 1. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte gesenkt werden. Seither sind Beitragssatzerhöhungen nur möglich, wenn zugleich die Zuzahlungen angehoben werden und zuvor auf Satzungsleistungen verzichtet wird. Die Versicherten können in diesem Fall ein außerordentliches Kündigungsrecht wahrnehmen. Von dieser Beschränkung ausgenommen sind Beitragssatzerhöhungen, die aufgrund von Zuzahlungen in den Risikostrukturausgleich ausgelöst werden.

Zwar können die Krankenkassen nunmehr mit den Leistungserbringern in Modellversuchen neue Versorgungsformen erproben. Das Modell kollektiver Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und die bestehenden Verhandlungsmonopole bleiben dennoch unangetastet: Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ihre Zustimmung erteilen, falls die Krankenkassen derartige Versorgungsmodelle einzuführen beabsichtigen. Eine Liberalisierung des Vertrags- und Leistungsrechts wird damit nicht erreicht. Die Gestaltungsparameter der Krankenkassen im Wettbewerb sind nach wie vor unzureichend. Weder in ihrem Leistungsspektrum noch in ihren Beziehungen zu den Leistungserbringern haben sie nennenswerte Handlungsmöglichkeiten.

2.1.3 Zum Reformbedarf

578. Die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform ergibt sich aus der Entwicklung wesentlicher, für die Gesundheitsversorgung relevanter und von der Wirtschaftspolitik unabhängiger Einflußgrößen in Verbindung mit den Mängeln des derzeit bestehenden Systems. Aufgrund des zu erwartenden *demographischen Wandels* verschiebt sich die Altersstruktur der Bevölkerung zu den älteren Jahrgängen. Die GKV gerät damit sowohl von der Ausgaben- als auch von der Einnahmenseite her in Finanzierungsschwierigkeiten. Da die GKV im Umlageverfahren arbeitet, führt dies zwangsläufig zu Beitragssatzerhöhungen. Diese Entwicklung wird durch den altersspezifischen Ausgabenwachstumseffekt verstärkt. Da sie sich in ihrer Wirkung auf den Beitragssatz gegenseitig verstärken, kommt es durch das Zusammenwirken der beiden Effekte zu einer starken Beitragssatzdynamik.

579. Der *medizinisch-technische Fortschritt* ist eine weitere Determinante der Gesundheitsversorgung, die wesentlich zum Ausgabenwachstum in diesem Sektor beiträgt. Aufgrund seiner spezifischen Besonderheiten führt er überwiegend zu Ausgabensteigerungen und nur selten zu Ausgabenenkungen. Ein Teil der Besonderheiten des medizinisch-technischen Fortschritts resultiert aus ordnungspolitischen Rahmenbedingungen. Da keine Form der Selbstbeteiligung existiert, die Angebot und Nachfrage systematisch steuert, verlieren kostensenkende Prozeßinnovationen für die Anwender ihre Vorteilhaftigkeit, im Gegensatz zu Produktinnovationen, die dementsprechend forciert werden. Unter den gegebenen Bedingungen kommt es zu einem deutlichen Übergewicht

an Produktinnovationen, die zu den gängigen Behandlungen hinzukommen, statt diese zu ersetzen. Auf diese Weise überwiegt die ausgabensteigernde Dynamik im Vergleich zu kostensenkenden Veränderungen.

580. Die *Rahmenbedingungen* des Gesundheitswesens tragen dazu bei, die Ansprüche sowohl der Versicherten als auch der Anbieter steigen zu lassen. Angesichts ständiger Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten und der zum Teil mangelnden Kostentransparenz bzw. -verantwortung ist die Erwartungshaltung von Versicherten und Ärzten gestiegen, möglichst gute Behandlungen zu erhalten bzw. zu gewähren.

581. Hinzu kommt der Prozeß der *europäischen Integration und der Globalisierung*, der auch im Gesundheitswesen den Reformdruck verstärkt: Die zunehmende Internationalisierung und der Aufstieg der Schwellenländer verschärfen den Standortwettbewerb zwischen Staaten mit unterschiedlich umfangreichen und teuren Sozialsystemen. Die Ausgestaltung der Sozialsysteme ist damit nicht mehr nur Resultat, sondern auch wesentliche Determinante für die Wettbewerbssituation eines Landes. Die europäische Integration und die zukünftige einheitliche Währung erfordern am Standort Europa größere Anpassungsflexibilität. Die vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) am 28. April 1998 verkündeten Urteile leisten einen wesentlichen Beitrag zu dieser Entwicklung. Medizinische Erzeugnisse fallen ebenso wie ärztliche Leistungen unter die gemeinsamen EU-Vorschriften über den *freien Waren- und Dienstleistungsverkehr*. Daher verstoße eine Begrenzung des Absatzes und der Einfuhr durch nationale Regelungen gegen europäisches Recht. Den Urteilen zufolge müssen die Krankenkassen ihren Patienten die Kosten für Brillen, Zahnersatz und ambulante Behandlung erstatten, wenn die Leistung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union erbracht wurde. Die Versicherten haben einen Anspruch darauf, daß die Kosten gemäß den innerstaatlichen Tarifen übernommen werden.

Die Urteile haben unterschiedliche Reaktionen ausgelöst. Von seiten der Krankenkassen besteht überwiegend positive Resonanz. Das Bundesministerium für Gesundheit vertritt die Auffassung, die Entscheidungen seien nicht auf Deutschland übertragbar. Der EuGH habe lediglich in solchen Fällen entschieden, in denen die Gesundheitssysteme auf dem Kostenerstattungsprinzip basierten. In Deutschland hingegen finde vornehmlich das Sachleistungsprinzip Anwendung, darüber sei mithin nicht befunden worden. An diese Einschätzung sind die deutschen Gerichte nicht gebunden. Sie können der Auslegung des EuGH folgen oder aber ihrerseits den Gerichtshof mit einem Fall des deutschen Krankenversicherungsrechts befassen. Dann hätte der EuGH darüber zu entscheiden, ob Regelungen des deutschen Gesundheitswesens den Marktfreiheiten widersprechen.

582. Die Aufgabe der staatlichen Ordnungspolitik ist darin zu sehen, Krankenversicherungswettbewerb mit dem Gedanken des Solidarausgleichs zwischen den Versicherten zu vereinbaren. Jedoch funk-

tioniert der Krankenkassenwettbewerb nicht, wenn den Kassen nicht zumindest ein bestimmtes Maß an *Wettbewerbsparametern* und ein Mindestmaß an Gestaltungsfreiheit in den Beziehungen zu den Leistungserbringern zugestanden wird. Der Risikostrukturausgleich war für die Einführung des Kassenwettbewerbs bedeutsam, weil er die politische Durchsetzbarkeit forciert hat. Der Wettbewerb büßt jedoch auf Dauer einen wesentlichen Teil seiner Dynamik ein, da der Risikostrukturausgleich die Beitragssatzunterschiede nivelliert, ohne hinreichend genau zwischen Effizienzunterschieden und Risikounterschieden (verursacht durch das Solidarprinzip) zu differenzieren. Die Anreize zum Kassenwechsel werden durch die Ex-ante-Angleichung der Beiträge vermindert. Die Nachteile des Risikostrukturausgleichs werden hingenommen, da das derzeit realisierte Solidarprinzip innerhalb der GKV als unverzichtbar betrachtet und anderenfalls eine Risikoselektion befürchtet wird.

583. Der *Solidarausgleich* wird als wichtiges Element der im Rahmen der Sozialversicherung angesiedelten GKV betrachtet. Es ist allerdings kritisch zu hinterfragen, ob er die angestrebten Distributionswirkungen tatsächlich zu leisten vermag. Die gewünschten Verteilungsergebnisse werden durch den derzeit praktizierten Solidarausgleich jedenfalls nicht erreicht. Die versicherungsimmanente Umverteilung zwischen Kranken und Gesunden leistet eine marktwirtschaftlich organisierte Krankenversicherung preiswerter, und zugleich wird das Ziel der Solidarität besser erreicht. Denn eine im Wettbewerb stehende Versicherung müßte den Tatbestand der Krankheit exakter definieren und überprüfen und den Ärzten entsprechende Anreize setzen, Krankenschreibungen nur bei tatsächlicher Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen.

Auch der Einkommens- und der Familienlastenausgleich rufen häufig *unerwünschte Verteilungsergebnisse* hervor. Sie entstehen beispielsweise aufgrund der Abhängigkeit der Beiträge vom Arbeitseinkommen, das als Indikator bezüglich Wohlstand oder Bedürftigkeit nur sehr begrenzt geeignet ist. Familien mit gleichem Arbeitseinkommen werden unterschiedlich veranlagt, je nachdem, ob der Beitrag zur Krankenversicherung von einem oder zwei Arbeitseinkommen berechnet wird. Eine Familie mit einem monatlichen Einkommen von 12 600 DM entrichtet pro Monat einen Beitrag von 860 DM. Setzt sich dieses Einkommen hingegen aus zwei Arbeitsverdiensten à 6 300 DM zusammen, so werden jeden Monat 1 720 DM an die GKV abgeführt. Besonders kraß stellt sich die Ungleichbehandlung dar, wenn die Familie mit dem aus einem Verdienst stammenden Einkommen darüber hinaus hohe, zusätzliche Kapitaleinkünfte erhält. Eine solche massive Umverteilung widerspricht allgemein geteilten Gerechtigkeitsvorstellungen.

Da die Beiträge zur Krankenversicherung lohnbezogen abgeführt werden, ergeben sich Umverteilungswirkungen von Beziehern hoher Einkommen zu Beziehern niedriger Einkommen. Aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen wird zugunsten der Versicherten mit unterhalts-

berechtigten Angehörigen umverteilt. Weitere Umverteilungselemente wirken zugunsten von großen Familien, pflichtversicherten Rentnern sowie Teilzeitbeschäftigten, die geringere Beiträge in die GKV einbezahlen und zugleich den vollen Versicherungsanspruch für sich und ihre Familie erhalten. Insgesamt ist die Nettoumverteilung in der GKV kaum zu ermitteln, denn aufgrund der Kriterienvielfalt können sich partielle Umverteilungen ergänzen, aber auch neutralisieren. Da die angestrebten Umverteilungsziele nicht verlässlich erreicht werden, der praktizierte Solidarausgleich die Einführung wirksamen Kassenwettbewerbs erschwert und damit zu sehr hohen Kosten erkauft wird, sind Systemänderungen notwendig.

2.2 Vergütungsstrukturen in Teilsegmenten der Leistungserbringung

2.2.1 Stationäre Versorgung

584. Die Bedeutung des stationären Sektors für das deutsche Gesundheitssystem manifestiert sich bereits in seinem hohen Anteil an den gesamten Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Von den im Jahre 1996 für stationäre und ambulante Behandlung, stationäre Kurbehandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz ausgegebenen 235 Mrd. DM entfielen 33 % auf die Krankenhausversorgung. Die GKV trug den Hauptanteil an diesen Ausgaben.

585. Krankenhäuser können nach der *Art der Trägerschaft* in öffentliche, private und gemeinnützige unterteilt werden. Bei den öffentlichen Krankenhäusern ist die Trägerschaft in den Händen von Gebietskörperschaften (Länder, Kreise, Kommunen) und von Sozialversicherungsträgern (Bundes-, Landesversicherungsanstalt, Berufsgenossenschaften). Freigeinnützige Krankenhäuser werden von den Kirchen sowie durch die Institutionen der Freien Wohlfahrtspflege (vgl. auch Abschnitt 2.3) betrieben. Daneben gibt es die Krankenanstalten, die von Privatpersonen oder privaten Unternehmen getragen werden und als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung bedürfen. Die über 2 000 Krankenhäuser Deutschlands sind zu jeweils einem Drittel den verschiedenen Trägern zuzuordnen.

586. In Deutschland ist die Versorgung mit Krankenhäusern und deren Leistungen durch ein System staatlicher Steuerung und Finanzierung charakterisiert. Ein prägendes Element der bisherigen Ordnung im Krankenhausbereich ist die *duale Finanzierung*, d. h. die Trennung der Investitionskosten- von der Betriebskostenfinanzierung. Bund und Länder übernehmen auf Antrag oder über Pauschalförderung die Investitionskosten sowie die Kosten für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern. Mit den Neuordnungsgesetzen werden die Instandhaltungsaufwendungen in den Jahren 1997 bis 1999 allerdings in die Krankenkassenfinanzierung überführt und dazu von den gesetzlich Krankenversicherten ein Sonderbeitrag von 20 DM („Notopfer“) erhoben. Die Finanzierung der Betriebskosten erfolgt über die Pflegesätze, wobei die privaten und gesetzlichen Kranken-

versicherer die wichtigsten Vertragspartner darstellen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die auf seiner Grundlage erlassene Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung - BPflV) implementieren ein System komplexer rechtlicher Steuerung der Krankenhausfinanzierung anstelle wettbewerblicher Mechanismen.

587. Die laufenden Kosten eines Krankenhauses wurden früher ausschließlich durch kostendeckende tagesgleiche Pflegesätze gedeckt, d. h. nach dem Prinzip einer Ex-post-Kostenerstattung. Der Pflegetag stellte die entscheidende Mengenkomponekte dar, und das Bewertungsverfahren verlief retrospektiv. Diese Art der Finanzierung bietet jedoch Anreize zur Ausweitung der Verweildauer. Mit der Verabschiedung des Krankenhausneuordnungsgesetzes (KHNG) im Jahre 1984 wurde zu einer anderen Finanzierungsform übergegangen. Im Rahmen des KHNG wurde die *prospektive Pflegesatzvereinbarung* gefordert, die in der Bundespflegesatzverordnung aus dem Jahre 1985 genauer geregelt wurde. Danach vereinbaren Krankenhäuser und Krankenkassen für die kommende Rechnungsperiode ein Budget, das alle allgemeinen Krankenhausleistungen²⁾ sowie die durch Vorhaltung bedingten Betriebskosten enthalten sollte. Für ein Krankenhaus wird ein prospektives Budget ausgehandelt, das unter der Annahme einer normalen Ausweitung des Leistungsspektrums die Gesamtkosten decken müßte. Werden mehr Leistungen erbracht, als dieser Normalauslastung zugrunde gelegt wurden, wird das Budget aufgestockt, allerdings nur um einen bestimmten Prozentsatz der überschüssigen Tagespflegesätze (50 %). Liegt das tatsächliche Leistungsvolumen unter dieser Normalauslastung - sind also die tatsächlichen abzurechnenden Tagespflegesätze in ihrer Gesamtsumme kleiner als das Budget - wird das Budget nur um 50 % des Minderbetrages gekürzt. Damit wurde von dem bisherigen Konzept fester Budgetierung zu flexiblen Budgets übergegangen. Das neue Pflegesatzrecht räumte zusätzlich die Möglichkeit ein, für besonders teure Leistungen Sonderentgelte zu vereinbaren sowie alternative Vergütungsformen (Fallpauschalen) einzusetzen.

588. Im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 entstand eine novellierte Fassung des KHG, in der die Anbindung der Pflegesätze an die voraus kalkulierten Selbstkosten eines Krankenhauses (Selbstkostendeckungsprinzip) aufgegeben wurde. Anstelle eines Anspruchs der Krankenhäuser auf eine Deckung der voraus kalkulierten Selbstkosten stehen den Krankenhäusern *medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze* zu. Medizinisch leistungsgerecht meint hierbei die Erfüllung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

589. Zielsetzung der Bundespflegesatzverordnung aus dem Jahre 1995 war es, Anreize für ein möglichst wirtschaftliches Handeln zu setzen und die Verweildauer der Krankenhauspatienten zu verkür-

²⁾ Darunter sind gemäß § 2 BPflV ärztliche Leistungen, Pflege, Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung, zu subsumieren.

zen. Die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern betrug 1995 im Durchschnitt 12 Tage. Diese Ziele werden mit der Umstellung von dem allgemeinen vollpauschalisierten Pflegesatz auf ein differenziertes Entgeltsystem mit medizinisch leistungsgerechten Entgelten angestrebt. Die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sind angemessen zu berücksichtigen. Der Verordnungsgeber verspricht sich mittelfristig eine Entlastung der Krankenkassen und eine Senkung ihrer Beitragssätze.

590. Novelliert wurden darüber hinaus die Investitionskostenfinanzierung, die Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte, die Zuzahlung für die Krankenhausbehandlung, die Kündigung von Versorgungsverträgen und der Bereich der Betriebskostenfinanzierung. Zu Beginn des Jahres 1996 traten neue Entgeltbestimmungen in Kraft, die einerseits Basis- und Abteilungspflegesätze und andererseits Fallpauschalen und Sonderentgelte zulassen. In den Jahren 1993 bis 1996 wurde übergangsweise eine *Deckelung des Krankenhausbudgets* vorgenommen. Während dieses Zeitraums hing die Bemessung der Pflegesätze von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen ab, d. h. die Pflegesätze waren an die Grundlohnentwicklung gekoppelt.

591. *Fallpauschalen* vergüten die gesamten allgemeinen Krankenhausleistungen für einen bestimmten Behandlungsfall. Sie stellen Festpreise dar, die die Vollkosten eines Falles – einschließlich der Gemeinkosten – abdecken müssen. *Sonderentgelte* decken einen Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen oder einen vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles. *Abteilungspflegesätze* entsprechen einem tagesgleichen Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeiten und die durch diese veranlaßten Leistungen innerhalb einer medizinischen Fachabteilung (z. B. Chirurgie). Der *Basispflegesatz* wird für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen – vornehmlich Unterkunft und Verpflegung – vereinbart. Durch die zwingende Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen mit landesweit festzulegenden Preisen sowie gleichzeitiger Ablösung der festen Budgetierung erfolgte ab 1996 eine grundlegende Veränderung des bisherigen Entgeltsystems. Für die nicht durch die Pauschalen erfaßten Leistungen wird ein Restbudget mit Abteilungs- und Basispflegesätzen krankenhausesindividuell vereinbart. Zusätzlich sind *Entgelte für prä- und poststationäre Leistungskomplexe* vorgesehen.

Im Ergebnis ist das Gesamtbudget zweigeteilt: Fallpauschalen und Sonderentgelte stellen das Resultat der Verhandlungen zwischen den Sozialleistungsträgern und den einzelnen Krankenhäusern dar. Für den Abteilungs- und Pflegesatzanteil gilt weiterhin das Verfahren des prospektiven, flexiblen Budgets. Allerdings führen Mehrleistungen nur noch zu einer Aufstockung des Budgets um 25 % der Mehrleistungen. Bei Minderleistungen wird das Budget entsprechend um 50 % gekürzt.

592. Fraglich ist, ob ein solches Mischsystem aus ökonomischer Sicht sinnvoll ist. Vorzugswürdig wäre eine Vereinheitlichung der Entgeltstruktur in Verbindung mit Fallpauschalen als Regelfall der Entgeltfinanzierung. *Differenzierte* Fallpauschalen bilden die jeweiligen Leistungen am besten ab, da sie die Diagnosestellung, die pflegerischen Leistungen und die unterstützenden Basisleistungen umfassen. Auch die Mengenentwicklung sollte über die Entgelte oder über zusätzliche Regelungen gesteuert werden. Kritisch ist weiterhin anzumerken, daß an dem Status quo der Kollektivverhandlungen über Honorare und Pflegesätze im Prinzip festgehalten wird. Ein wettbewerbliches Verfahren im Sinne eines Konkurrenzverhältnisses zwischen den Leistungserbringern um die Zahlungsbereitschaft der Krankenkassen ging daraus nicht hervor. Innerhalb des bestehenden Ordnungsrahmens sind jedoch durchaus tiefgreifende Veränderungen vorgenommen worden: So ist die Verhandlungsposition der Kassen durch die unterstützende Wirkung des Gesetzgebers (Budgetierungen) wesentlich gestärkt worden. Aufgrund des einsetzenden Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen stehen diese unter dem wachsenden Druck, die stärkere Position in den Kollektivverhandlungen auch tatsächlich zu nutzen.

Die Anzahl und die Art der Krankenhäuser unterliegen in Deutschland einer *staatlichen Bedarfsplanung*. Der Marktzutritt ist in diesem Sektor reguliert. Für private Krankenhausträger besteht prinzipiell die Möglichkeit zur Errichtung weiterer Krankenhäuser, sofern eine entsprechende Genehmigung vorliegt. Die Aufnahme privater Investoren in den staatlichen Krankenhausplan wird jedoch restriktiv gehandhabt. Wie eine Markteintrittsbarriere wirkt zudem die duale Finanzierung, denn die privaten Krankenhäuser müssen ihre Investitionskosten viel konsequenter als die meisten öffentlichen Krankenhäuser selbst erwirtschaften. Durch einen *schrittweisen Übergang* zu einem monistischen Finanzierungssystem könnte mehr Wettbewerbsgleichheit zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern erreicht werden.

2.2.2 Honorierungssysteme im ambulanten Bereich

593. Der Preis der ärztlichen Leistungen geht nicht aus Angebot und Nachfrage hervor, sondern unterliegt gesetzlichen Regelungen und wird auf Verbandsebene ausgehandelt. Die Honorarverhandlungen über die Vergütung der Ärzte werden zwischen den Krankenkassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen einmal pro Jahr geführt. Der niedergelassene Arzt hat für seine ambulant erbrachte Leistung keinen Honoraranspruch gegenüber dem gesetzlich Versicherten oder aber der GKV. Für kassenärztlich zugelassene Ärzte besteht eine Pflichtmitgliedschaft in der für die jeweilige Region zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, die die von den Krankenkassen erhaltene Gesamtvergütung auf die einzelnen Ärzte aufteilt.

Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung gibt es neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 23 Kassenärztliche Vereinigungen. Die für den ambulanten Sektor relevanten Honorare werden in

einem *zweistufigen Verfahren* festgelegt. Zunächst zahlen die Krankenkassen die Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die diese in Abhängigkeit von den erbrachten Leistungen an ihre Mitglieder verteilen. Auf der ersten Stufe wird ein Festbetrag gezahlt, auf der zweiten Stufe erfolgt die Vergütung. Dabei dominieren seit Anfang der siebziger Jahre weitgehend einzelleistungsorientierte Formen.

594. Vor Einführung der Budgetierung – d. h. bis zum Jahre 1993 – wurden die insgesamt etwa 2 500 Entgeltrelationen in einer Gebührenordnung durch jeweils eine Punktzahl bestimmt. Die Höhe des Punktwertes – also der Geldbetrag pro Punkt – stellte das Ergebnis von Honorarverhandlungen dar. Mit der Bestimmung der Punktwertgröße waren zugleich die Preise sämtlicher Einzelleistungen festgelegt. Aus ökonomischer Perspektive lag eine Honorierung jedes Vertragsarztes nach Einzelleistungsfestpreisen vor. Die Gesamtsumme der Honorare, die die Krankenkassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Ärzte zu zahlen hatten, ergab sich aus den insgesamt erbrachten Leistungen, d. h. aus der Summe der Punkte. Die Honorare der Ärzte wurden somit *ex post* bestimmt.

595. Seit der 1993 eingeführten Methode der Budgetierung einigen sich die Kassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen über ein *Gesamtbudget*, das sich im Gleichschritt mit den Einnahmen entwickeln soll. Die von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen sind im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)“ niedergelegt, der ca. 2 800 Einzelleistungen ausweist. Abhängig von der Punktzahl der von einem Arzt erbrachten Leistungen wird sein Honorar errechnet. Seine Leistungen werden mit dem Punktwert multipliziert.

596. Dieses *Bewertungskonzept* wirft Probleme auf, falls die Gesamtzahl aller abgerechneten Punkte der Vertragsärzte schneller steigt als das vereinbarte Budget. In diesem Fall wird der Punktwert entsprechend gesenkt, und die Festpreise der Einzelleistungen sinken. In der Befürchtung, die eigene wirtschaftliche Situation zu verschlechtern, haben die meisten Ärzte mit einer Zunahme ihrer Leistungen reagiert. Die Mengenkompente im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung stieg somit schneller als das Budget, und der Punktwert fiel entsprechend. Die Anreizstrukturen für den einzelnen Arzt sind mit denjenigen einer sozialen Dilemmasituation vergleichbar, mit dem Unterschied, daß kein öffentliches Gut erstellt wird. Aus Sicht der Ärzteschaft wäre es vorteilhafter, keine Leistungsausweitungen vorzunehmen, um den Punktwert zu stabilisieren. Da sich der einzelne Arzt jedoch nicht darauf verlassen kann, daß sich seine Kollegen auf diese Weise verhalten und er zudem eine Reduzierung seines Einkommens befürchtet, ist es für ihn individuell rational, mehr Gesundheitsleistungen zu erbringen. Aus Sicht der Patienten, die das Gut Gesundheit in besonderem Maße schätzen und daher ein größeres Leistungspaket einem geringeren vorziehen, könnte eine solche Leistungsausweitung auch vorteilhaft sein. Dies gilt jedoch nur unter der Prämisse, daß die Leistungsausweitung keine Qualitätsverschlechterung induziert.

597. Auch für die von den niedergelassenen Ärzten in Form von Arznei-, Verband- und Heilmitteln veranlaßten Leistungen wird seit 1994 ein Gesamtbudget ausgehandelt, bei dessen Überschreitung die Kassenärztlichen Vereinigungen – und damit die Ärzte als Kollektiv – regreßpflichtig sind.

598. Mit dem Auslaufen der Budgetierung 1996 wird den Honorarverhandlungen gesetzlich vorgegeben, daß kein Gesamtbudget mehr vereinbart werden muß. Die Abschlüsse dürfen jedoch das Primat der Beitragsstabilität nicht verletzen. Für den maximalen Anstieg der Gesamtausgaben ist damit auf indirektem Weg eine Quasi-Budget-Obergrenze vorgegeben.

599. Nach den Bestimmungen des Zweiten Neuordnungsgesetzes soll den Ärzten ein höheres Maß an Kalkulationssicherheit bei ihrer Vergütung gegeben werden. Deshalb soll in den Honorarverhandlungen ein *fester Punktwert* für die abgerechneten Leistungen zugrunde gelegt werden. Dies gilt allerdings nur bis zu einer bestimmten Obergrenze für die Menge der abgerechneten Leistungen. Darüber hinausgehende Leistungen sollen mit einem *abgestaffelten Punktwert* vergütet werden. Die Umsetzung und Ausgestaltung der Vergütungsregelungen obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen.

2.2.3 Mangelnde Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors

600. Ein Wesensmerkmal des deutschen Gesundheitsversorgungssystems ist die deutliche Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Von vielen Seiten wird auf die Wirtschaftlichkeitsreserven verwiesen, die durch eine bessere Koordination und Integration der Behandlungsabläufe sektorübergreifend erschlossen werden könnten.³⁾ Ein Wettbewerb um die beste Gesamtversorgung der Patienten könnte dazu beitragen, Kosten einzusparen, und zugleich eine stärker patientenorientierte Versorgung ermöglichen. Mit der klaren Abgrenzung zwischen den beiden Sektoren werden zumeist die Fehlbelegung im Krankenhaus, die Mengenausweitungen im vertragsärztlichen Bereich, die lange Verweildauer im Krankenhaus, Informationsverluste, die hohe Einweisungsfrequenz und auch Doppeluntersuchungen ursächlich in Verbindung gebracht.

601. Bislang konnten lediglich zaghafte Integrationsversuche beobachtet werden, wie z. B. im Rahmen des ambulanten Operierens und in ersten Modellversuchen, die nach dem Zweiten Neuordnungsgesetz erleichtert worden sind. Unter medizinischen Gesichtspunkten ist die Möglichkeit des ambulanten Operierens mit zwei Vorteilen verbunden: Falls Komplikationen auftreten, ist die entsprechende Infrastruktur vorhanden, um rasch zu handeln, und es besteht zugleich die Möglichkeit, auf weitere Fachdisziplinen zuzugreifen.

³⁾ Vgl. beispielsweise Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitswesen in Deutschland, Bd. I, Sondergutachten 1996, Baden-Baden 1996, Tz. 263 ff.

602. Die *institutionelle Abgrenzung* zwischen stationärem und ambulantem Sektor ergibt sich aufgrund sozialgesetzlicher Bestimmungen. Die Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten werden in den §§ 115 ff. SGB V (4. Abschnitt) geregelt. Grundsätzlich besteht eine Trennung zwischen den beiden Versorgungsteilsystemen. Die entsprechenden Vorschriften benennen die Voraussetzungen, unter denen ein Krankenhaus Leistungen auch ambulant gegenüber den Patienten erbringen darf, sowie die Fälle, in denen niedergelassene Ärzte im Krankenhaus stationäre Versorgungsleistungen erbringen dürfen. Ein Krankenhaus kann beispielsweise bei der vor- und nachstationären Behandlung und für das ambulante Operieren in die ambulante Versorgung eingebunden werden. Im umgekehrten Fall – Einbindung des ambulanten in den stationären Sektor – gibt es das Konzept des Belegarztes, eines nicht im Krankenhaus angestellten Kassenvertragsarztes, der seine Patienten im Krankenhaus stationär oder teilstationär behandeln kann. Seine Leistungen werden nicht durch das Krankenhaus vergütet, der Belegarzt rechnet vielmehr mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Darüber hinaus können Kassenvertragsärzte als niedergelassene Konsiliarärzte Leistungen im Krankenhaus erbringen. Im Gegensatz zum Belegarztssystem werden ihre Leistungen aus dem Krankenhausbudget vergütet. Die Tätigkeit des Konsiliararztes ist nicht in eine eigene Rechtsinstitution gefaßt, sondern richtet sich nach dem allgemeinen Vertragsrecht des BGB und der Bundespflegegesetzverordnung. Zwei weitere Kooperationsformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind in § 115 SGB V benannt. Im einzelnen sind dies Praxiskliniken und der ständig einsatzbereite Notdienst, an dem das Krankenhaus beteiligt wird. Praxiskliniken sind Einrichtungen, in denen die Versicherten durch die gemeinsame Arbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden.

603. Die *Kooperationsformen* Belegarztwesen, Praxiskliniken, Notdienst sowie vor- und nachstationäre Behandlung werden auf verschiedenen Ebenen festgelegt. Hierzu zählen vor allem die dreiseitigen Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten auf der Landesebene nach § 115 SGB V. Ähnliche Verträge werden auf der Bundesebene für das ambulante Operieren vereinbart. Diese mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Möglichkeit basiert auf Vereinbarungen, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getroffen wurden. Aus diesen Verhandlungen ist ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, der zugehörigen Vergütungen sowie der Maßnahmen zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit des ambulanten Operierens hervorgegangen. Zusätzlich existieren Vergütungsregelungen, nach denen die ambulanten Leistungen des Krankenhauses entsprechend den für die Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu entgelten sind bzw. nach denen die stationären Leistungen von Vertragsärzten in Krankenhäusern abgerechnet werden müssen.

Diese Form der Vertragsabschlüsse der jeweiligen Verbände auf Bundes- oder Landesebene berücksichtigt die Interessen aller Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen einer bestimmten Versorgungsregion, eines Bundeslandes oder sogar ganz Deutschlands. Umfang und qualitative Intensität der Leistungen hängen damit *nicht* von den Interessen der unmittelbar Beteiligten ab. Die Möglichkeit des ambulanten Operierens ist aufgrund der Entgelthöhe wirtschaftlich nicht besonders attraktiv. Auf Bundesebene wurden die wesentlichen Absprachen bezüglich der Vereinbarungen über das ambulante Operieren getroffen und in der Schriftenreihe der Deutschen Krankenhausgesellschaft publiziert. In der Praxis erweist es sich zudem als hinderlich, daß die Krankenhäuser diese Leistung nicht als zusätzliches Angebot aufnehmen können, sondern in entsprechendem Umfang stationäre Operationsleistungen einschränken müssen. Da die Entgelte für das ambulante Operieren in der Regel unter dem stationären Pflegesatz liegen, besteht ein Anreiz, vorrangig stationäre Patienten zu operieren.

Das Belegarztssystem hat in der Praxis keine größere Bedeutung erlangt. Ursächlich ist die besonders ausgeprägte *Spezialisierung* der ärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten im Krankenhaus. Der niedergelassene Arzt kann nur dann dagegen konkurrieren, wenn er seinerseits über ähnliches Wissen und Können verfügt. Die mangelnde Präsenz des Belegarztes im Krankenhaus kommt hinzu. Demgegenüber ist ein zunehmender Aufbau von Praxiskliniken zu beobachten. Bemerkenswert ist, daß der Tagespflegesatz der Praxiskliniken häufig größer ist als der entsprechende Pflegesatz im Krankenhaus. Dennoch rechnet sich dieses System für die Krankenkassen häufig, weil die Verweildauer geringer ist.

2.2.4 Strukturmerkmale der Arzneimittelversorgung

604. Angebotsseitig ist der deutsche Arzneimittel-sektor durch seine Aufteilung in drei Ebenen gekennzeichnet: Forschung, Entwicklung und Produktion der Medikamente leistet die *pharmazeutische Industrie*, die ihrerseits ein Teilsegment der chemischen Industrie ist. Der Großteil der Arzneimittel wird an den *pharmazeutischen Großhandel* geliefert, der die Mittlerposition zwischen Pharmaindustrie und der Einzelhandelsstufe einnimmt. Zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ist die Einzelhandelsstufe mit öffentlichen *Apotheken* und mit Krankenhausapotheken besetzt. Nachfrage-seitig ist die für den Gesundheitssektor typische Dreiteilung der Nachfrage in Arzt, Patient und Krankenkasse gegeben. In Deutschland existierten Ende 1996 insgesamt 21 912 Apotheken, wobei es sich bei dem überwiegenden Teil um öffentliche Apotheken handelt. Lediglich 622 Apotheken sind in Krankenhäusern angesiedelt. Die öffentlichen Apotheken verkauften 1997 Arzneimittel im Wert von 25,2 Mrd. DM. Im Vergleich zu den Medikamentenumsätzen des Jahres 1996 war ein Anstieg um 1,3% zu verzeichnen.

605. Die *mangelnde Marktübersicht* aller Teilnehmer ist ein typisches Charakteristikum des Arznei-

mittelsektors. Weder Ärzte noch Apotheker noch Patienten können angesichts der Vielfalt der im Angebot vorhandenen Arzneimittel einen vollständigen Überblick über das gesamte Angebot gewinnen. Die Komplexität der Wirkungszusammenhänge erschwert den Überblick zusätzlich. Der Grad der Markttransparenz ist jedoch innerhalb der drei Nachfragergruppen unterschiedlich: Die geringste Marktkennntnis dürften die Patienten haben, die sich in der Regel auf die Empfehlung durch ihren Arzt oder Apotheker verlassen. Die Ärzte sind zumeist auf bestimmte Fachrichtungen spezialisiert und haben in den entsprechenden Teilsegmenten eine Marktübersicht. Über die beste dürften freilich die Apotheker verfügen.

606. Charakteristisch für die Nachfrageseite des Arzneimittelsektors ist ihre sehr *niedrige Preiselastizität*. Sie resultiert zum einen aus der unmittelbaren Dringlichkeit des Bedarfs, die es nicht erlaubt, langwierige Preisvergleiche anzustellen. Zum anderen entscheidet nicht der Patient selbst über die Notwendigkeit. Hinzu kommt, daß die Arzneimittelausgaben in den meisten Fällen nicht direkt spürbar sind. In der Regel wird der Zusammenhang zwischen den geleisteten Beiträgen bzw. Prämien zur Krankenversicherung und den Arzneimittelausgaben nicht realisiert. Hierbei muß jedoch zwischen dem Versicherungsstatus der Patienten, der Möglichkeit des Zugriffs auf Arzneimittel und dem Erstattungsmodus (volle/teilweise/keine Erstattung) differenziert werden. Die mittlerweile auch im Bereich der GKV eingeräumte Möglichkeit, das Kostenerstattungsprinzip zu wählen, kann dazu beitragen, die Preissensibilität der Verbraucher zu erhöhen.

607. Im Bereich der öffentlichen Apotheken liegen *umfängliche Reglementierungen* vor: Die gesetzlichen Grundlagen sind das Gesetz über das Apothekenwesen, die Apothekenbetriebsverordnung und die Approbationsordnung für Apotheker. Gemäß § 1 des Gesetzes über das Apothekenwesen hat der Apotheker die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu garantieren. Die weiteren Regulierungsmaßnahmen beziehen sich auf die Zulassungsbeschränkungen bei der Ausbildung (Numerus clausus im Fach Pharmazie) und der Berufsausübung (Approbation), die Organisationsfreiheit des Apothekers, seine Geschäftsführung, die Produktpalette und die Vertriebskanäle sowie die Preisgestaltung (Höchstzuschläge auf der Großhandelsebene, Festzuschläge auf der Einzelhandelsebene, Festbetragsregelung) und greifen damit sehr weitreichend in unternehmerische Dispositionen ein.

Spezifische institutionelle Regelungen, die vornehmlich diskutiert werden, sind das Fremd- und Mehrbesitzverbot bei den öffentlichen Apotheken und das Verbot des Versandhandels. Nach dem Mehrbesitzverbot darf ein Apotheker nicht mehr als eine Apotheke besitzen. Das Fremdbesitzverbot gestattet nur einem Apotheker das Eigentum an einer Apotheke. Implizit enthält diese Regulierung das Verbot, Apothekenketten zu bilden. Um die Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung zu gewährleisten, ist zudem die persönliche Anwesenheit des Apothekers während der Verkaufszeiten erforderlich. Ziel der

umfangreichen Preisregulierung ist es, bundesweit einheitliche Apothekenabgabepreise zu erreichen. Die Arzneimittelpreisverordnung gilt jedoch nicht für die Abgabe von Arzneimitteln an Krankenhäuser. Die Pharmaindustrie muß sich nicht auf einen einheitlichen Herstellerabgabepreis festlegen, sondern handelt diesen mit dem verantwortlichen Krankenhausapotheker aus. Aufgrund der gegebenen Budgetrestriktionen ist der Krankenhausesektor auf die möglichst kostengünstige Deckung seines Arzneimittelbedarfs angewiesen und verfügt demzufolge über eine weitreichende Marktübersicht. Die Arzneimittelhersteller wiederum können den Arzneimittelmarkt nach Käuferschichten aufspalten und die Preise gemäß den Nachfrageelastizitäten differenzieren.

608. Entgegen dem aufgrund spektakulärer Großfusionen entstehenden Eindruck ist die pharmazeutische Industrie als *mäßig konzentriert* einzustufen. Der industrielle Pharmasektor umfaßte 1994 etwa 1 200 Hersteller von Arzneimitteln, die ihre Interessen im Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) und im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) bündeln. Jeder Apotheker ist Pflichtmitglied in einer Apothekerkammer, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts eine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt. Die Kammern schließen Rahmenverträge mit den Sozialversicherungsträgern ab und nehmen mithin Einfluß auf die wirtschaftliche Lage eines Apothekers. Auf der Bundesebene haben sich die Apothekerkammern, -verbände und -vereine zu den Spitzenorganisationen Bundesapothekerkammer und dem Deutschen Apotheker-Verein e.V. zusammengeschlossen. Die Verbindung beider Organisationen und damit aller Interessen der Apotheker ist in dem Zusammenschluß zur Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) zu sehen.

609. Für eine Einschätzung der *Wettbewerbssituation* auf der Einzelhandelsstufe muß eine Unterscheidung zwischen öffentlichen und den im Krankenhaus etablierten Apotheken vorgenommen werden. In dem Marktsegment Vertrieb über öffentliche Apotheken sind wettbewerbliche Prozesse nicht zu verzeichnen. Die Ärzte haben festgelegte Verschreibungsgewohnheiten, und Marketingmaßnahmen durch die Pharmaindustrie sind – zumindest im Hinblick auf heterogene Medikamente – wenig aussichtsreich. Homogene Arzneimittel hingegen sind problemlos substituierbar. Folglich stellt sich die Konkurrenzsituation in diesem Teilsegment anders dar: Mit Hilfe von gezielten Marketingmaßnahmen wird versucht, auf das Verschreibungsverhalten der Ärzte Einfluß zu nehmen. Kleinere Herstellerunternehmen erleiden hierbei Wettbewerbsnachteile, da in der Regel nur die großen pharmazeutischen Unternehmen über einen umfänglichen Stab an Pharmareferenten verfügen, um flächendeckend tätig zu sein.

610. Den Krankenhausapotheken hingegen werden weitaus bessere Bezugsbedingungen für Arzneimittel eingeräumt als den öffentlichen Apotheken. Die in Krankenhäusern ansässigen Apotheker verfügen über eine sehr gute Marktübersicht, da sie aufgrund der Begrenztheit der Mittel eine möglichst kostengünstige Deckung ihres Arzneimittelbedarfs

anstreben. Das Krankenhaus läßt zudem nur eine bestimmte Anzahl von gleich wirkenden Produkten zur Verwendung zu, die Arzneimittelhersteller wiederum sind daran interessiert, auch dieses Marktsegment zu beliefern. Um die Versorgung der Krankenhausapotheken herrscht folglich starke Konkurrenz, die teils gar in eine kostenfreie Überlassung von Medikamenten mündet. Die Hersteller von Produkten mit einem bekannten Markennamen haben gegenüber Generikaherstellern kaum Wettbewerbsvorteile, da sich die Markenpräparate den günstigen Preisen der Nachahmerprodukte anpassen müssen.

611. Die *Festbetragsregelung* wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz 1993 eingeführt. Die Grundlage der Festbetragsregelung ist die Preisdifferenz zwischen Originalpräparaten und Generika. Die GKV erstattet nur noch den sich am Preis für das Generikum orientierenden Festbetrag. Von dem Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen werden drei Arzneimittelgruppen nach den Kriterien gleicher Wirkstoff, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkstoff (vornehmlich mit chemisch verwandten Stoffen) und pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkung (insbesondere Arzneimittelkombinationen) determiniert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen fixieren für die jeweiligen Gruppen einheitliche Festbeträge, die sich grundsätzlich an den *günstigsten Apothekenabgabepreisen* zu orientieren haben. In geeigneten Zeiträumen soll eine Anpassung an veränderte Marktbedingungen erfolgen. Mit dieser Regelung wurde die GKV-Leistung der Höhe nach beschnitten, denn der Patient hat für die Differenz selbst aufzukommen, wenn der Preis über dem Festbetrag liegt. Folglich wurden erhebliche Veränderungen beim Einsatz des Aktionsparameters Preis ausgelöst. Um keine allzu großen Umsatzeinbußen hinnehmen zu müssen, senkte die Mehrzahl der Originalanbieter ihre Produktpreise auf die Festbetragshöhe ab. Diejenigen Hersteller von Originalpräparaten, die dieser Strategie nicht folgten, hatten erhebliche Marktanteilsverluste zu verzeichnen. Die Generikahersteller wiederum konnten ihren Marktanteil weiter ausbauen. Falls der Preis eines ihrer Präparate oberhalb des Festbetrages lag, senkten sie diesen zumeist auf das jeweilige Festbetragsniveau ab. Preisanhebungen der Generikaproduzenten auf die Höhe des Festbetrages waren selten. Die niedrigeren Preise der Generikahersteller führten teils auch zu einer entsprechend niedrigen Festlegung des Festbetrages. Der Preiswettbewerb wurde durch die Regelung erheblich stimuliert, denn die Nachfrage oberhalb der Festbeträge ist relativ preiselastisch. Derzeit sind etwa 60 % des Arzneimittelmarktes von der Festbetragsregelung erfaßt.

Die Einführung der Festbetragsregelung und der Negativliste übte einen starken Einfluß auf den Pharmasektor aus. Im Zuge der Kostendämpfungsgesetze entstand die sog. *Negativliste*, wodurch der Umfang des Leistungskatalogs der GKV im Bereich der Pharmaka verringert wurde. Damit wurden bestimmte Indikationsbereiche aus der Erstattbarkeit herausgenommen, und der Patient muß die Kosten für diese Arzneimittelgruppen (z. B. gegen Erkältungskrankheiten) nunmehr selbst tragen. Im Rahmen des Ge-

sundheitsreformgesetzes wurde diese Liste erweitert. Demnach sind neben Bagatellarzneimitteln auch *unwirtschaftliche* Medikamente von der Erstattung ausgenommen. Betroffen sind vornehmlich die Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen nicht nachweisbar ist oder deren therapeutische Wirkung sich aufgrund der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht bestimmen läßt. Die Änderung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen bewirkt bei allen Arzneimittelnachfragern ein preisbewußteres Verhalten, obschon die Aufspaltung der Nachfrage in Arzt, Krankenkasse und Patient monopolistische Verhaltensweisen der Pharmaindustrie zu begünstigen vermag. Zunehmender Wettbewerbsdruck wird angesichts neuerer Reformmaßnahmen weitere Anpassungsprozesse in der pharmazeutischen Industrie hervorrufen.

612. Der pharmazeutische Großhandel sorgt für die Sortimentierung und Lagerhaltung der Arzneimittel sowie für die schnelle und unverzügliche Belieferung der Apotheken. Der Großhandel tritt als Abnehmer gegenüber der pharmazeutischen Industrie auf. *Wettbewerbsparameter* des Pharmagroßhandels ist die Leistungsfähigkeit in der Lagerhaltung, in der Logistik und im Service. In diesem Segment behaupten sich regional tätige, aber effizient organisierte Mittelständler ebenso wie international tätige Großkonzerne. In einigen Bereichen besteht ein Konkurrenzverhältnis zu der pharmazeutischen Industrie. Dies betrifft vor allem das Segment der „Schnellreher“, d. h. der häufig umgeschlagenen, rezeptfreien Präparate wie beispielsweise Aspirin von der Bayer AG. Auch im Falle der Generika gibt es einen Direktbezug durch den Apothekensektor.

Der überwiegende Teil der Arzneimittelumsätze wird unter Einschaltung des Großhandels getätigt. Die Direktlieferungen von der pharmazeutischen Industrie an die Apotheken sind gering. Vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes lag dieser Anteil am Apotheken-Gesamtumsatz bei etwa 6,2%, im Jahre 1993 stieg er auf 8,5%, und 1996 bewegte er sich bei 7%. Durch den Direktbezug verliert der Apotheker die Vorteile, die ihm der Bezug über den Großhandel ermöglicht (z. B. Lagerhaltungsfunktion). Dem stehen oft beträchtliche Preisnachlässe gegenüber, da trotz des preiswerteren Bezugs immer noch die maximalen Großhandelsabgabepreise die Bezugsgröße für die festen Apothekenzuschläge darstellen. Folglich erhöht sich die Handelsspanne der Apotheken. Durch den preisgünstigeren Einkauf und die festen Arzneimittelabgabepreise steigt der Stückgewinn des Apothekers. Damit entsteht ein Anreiz, den Absatz des entsprechenden Produktes zu forcieren. Daher existiert vornehmlich bei den rezeptfreien Präparaten und Generika mit hohen Absatzhäufigkeiten ein Preiswettbewerb zwischen pharmazeutischer Industrie und dem Großhandel.

613. Auf der Stufe des pharmazeutischen Einzelhandels stehen sich eine Vielzahl von Anbietern und Nachfragern gegenüber. Von starkem Wettbewerb ist dennoch nicht auszugehen, da nur unzureichende Wettbewerbsparameter zur Verfügung stehen. Da der Preiswettbewerb weitgehend ausgeschaltet ist, beziehen sich die *absatzpolitischen Gestaltungsmög-*

lichkeiten der Apotheken auf Leistungen, wie beispielsweise Werbegeschenke, Freundlichkeit und Kompetenz der Bedienung, Ausstattung, Größe, Sortimentstiefe und -breite sowie gute Serviceleistungen.

Teils ergeben sich wettbewerbliche Beziehungen zu dem übrigen Einzelhandel, sofern es das Ergänzungssortiment der Apotheken und die freiverkäuflichen Arzneimittel betrifft. Konkurrenten sind vor allem Drogerien und Verbrauchermärkte, zunehmendes Interesse bekundet auch der Lebensmitteleinzelhandel. Der normale Einzelhandel verfügt aufgrund günstigerer Kostenstrukturen über wettbewerbliche Vorteile. In diesem Segment herrscht daher intensiver Wettbewerb. Den Apotheken kommt wiederum ihr gutes Image zugute, das sie im Hinblick auf die Qualität genießen. Etliche Produzenten von hochwertigen Produkten – wie z. B. Kosmetika – nutzen dies, um ihre Produkte entsprechend zu platzieren und vertreiben sie ausschließlich über Apotheken.

2.3 Die Stellung der Freien Wohlfahrtspflege im sozialen Versorgungssystem

614. Der Bereich der *Wohlfahrtspflege* umfaßt in der Praxis die Aufgaben der ambulanten Krankenpflege, des Krankenhauswesens, der Jugend- und Sozialhilfe, der Katastrophenhilfe, Teile des Bildungswesens und der beruflichen Ausbildung. Die Wohlfahrtspflege bildet einen Teil des Systems der sozialen Sicherung. Neben Geld- und Sachleistungen werden in diesem Sektor überwiegend Dienstleistungen erbracht, die zumeist direkt bzw. unmittelbar und personenbezogen sind. Mit der Erbringung der Leistungen wird angestrebt, das gesundheitliche, soziale oder wirtschaftliche Wohl des Leistungsempfängers zu fördern. Der Zusatz *Freie Wohlfahrtspflege* kennzeichnet die Träger von Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, die unabhängig von staatlichen Institutionen ihre Zielsetzungen bestimmen und ihre wohlfahrtspflegerischen Einrichtungen leiten und unterhalten. Sie verfolgen formal das Wirtschaftlichkeitsziel, arbeiten aber gemeinnützig und streben eine Kostendeckung anstelle einer Gewinnzielsetzung an.

615. Politische Reformvorhaben konzentrieren sich bislang auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Die Sicherstellung der Versorgung, die Erstellung und Finanzierung sozialer Dienstleistungen stießen bis zu Beginn der neunziger Jahre weder auf ein vertieftes Interesse in der gesundheitsökonomischen Forschung noch waren sie Gegenstand gesellschaftlicher Diskussionen. Wie die vorhergehende Analyse gezeigt hat, kommen die bisherigen Gesundheitsreformgesetze als taugliches Vorbild für eine Reform der Versorgung mit sozialen Diensten nicht in Betracht. Aus ökonomischer Sicht sind es die staatlicherseits gesetzten Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen, die es erfordern, das Augenmerk auch auf diesen Sektor zu richten. Die bestehenden *Wettbewerbsbeschränkungen* lassen nach Auffassung der Monopolkommission eine ökonomische Analyse der Freien Wohlfahrtspflege wünschenswert erscheinen.

Die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit erfuhr dieser Sektor jüngst durch negative Schlagzeilen in den Medien, die neben weiteren Vorwürfen auf überhöhte Kostenabrechnungen, Verschwendungen, Veruntreuungen sowie Manipulation von Förderanträgen verwiesen. In dieser kritischen Berichterstattung manifestiert sich die Tendenz einer sinkenden Akzeptanz der Freien Wohlfahrtspflege in der Bevölkerung. Weitere Indikatoren für den Bedeutungsverlust sind die Stagnation des Spendenaufkommens und eine stark rückläufige Tendenz der ehrenamtlichen Arbeit. Mehrere *Gesetzesreformen* haben zudem die staatlich garantierten Sozialleistungen, deren Anspruchsvoraussetzungen und die Entgeltregelungen modifiziert. Auswirkungen zeitigen vor allem die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, die Einführung prospektiver, im vorhinein vereinbarter Entgelte und die Budgetierung von Leistungen. In einigen Bereichen nehmen die Marktanteile der Freien Wohlfahrtspflege gegenüber privatgewerblichen Anbietern ab. Ihre Vorrangstellung ist mithin gefährdet.

2.3.1 Besonderheiten sozialer Dienstleistungen

616. Unter den Begriff der sozialen Dienstleistungen lassen sich beispielsweise die Krankenbehandlung, Beratungsgespräche sowie die Pflege subsumieren. Sie stellen ökonomische Güter dar, die in einem Produktionsprozeß – unter Einsatz von Sach- und Humankapital – entstehen. Ihr Angebot ist mit Alternativkosten verbunden, und die Nachfrager bzw. die Leistungsempfänger erwarten eine Nutzenstiftung.

Die Erstellung der Dienstleistungen ist in besonderem Maße personalintensiv. Der Personaleinsatz ist nur sehr begrenzt durch einen Kapitaleinsatz zu substituieren. Die Qualität der Dienstleistung hängt mithin maßgeblich von der Qualität des Personals ab, so daß der Personalpolitik in diesem Sektor eine maßgebliche Funktion zukommt. Erwünschte Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen, Motivation und persönliches Engagement sind auf dem Ausbildungswege nur begrenzt vermittelbar. Eine zunehmende Nachfrage nach sozialen Diensten läßt sich nur durch einen verstärkten Personaleinsatz befriedigen. Rationalisierungspotentiale sind daher nur in geringem Umfang erschließbar.

617. Soziale Dienstleistungen sind differenziert zu betrachten: Neben den einfachen Diensten⁴⁾, deren Qualität problemlos durch Anschauung oder Erfahrung feststellbar ist, existieren komplexere Erfahrungs- oder gar Vertrauensgüter, die einen erschweren oder aber keinerlei Zugang zu Qualitätsinformationen erlauben. Ihrem Wesen nach sind soziale Dienste häufig *Beziehungsarbeiten*, deren Qualität schwer zurechenbar und kontrollierbar ist. Diese Eigenschaften erschweren es, Schlechtleistungen zu identifizieren. Einige Gesundheitsleistungen und auch Gesprächstherapien sind durch diese Merk-

⁴⁾ Unter diese Kategorie sozialer Dienstleistungen fallen beispielsweise hauswirtschaftliche Dienste (Obdachlosenunterkünfte, Mahlzeitendienste), Freizeit- und Erholungseinrichtungen, Bahnhof- und Seemannsmissionen, Erste-Hilfe-Ausbildung und Sanitätsdienste.

male gekennzeichnet. Der Arzt oder Therapeut verfügt über einen Wissensvorsprung. Hinzu kommt die generelle Unsicherheit, die aus dem direkten und indirekten Einfluß des Patienten auf den Behandlungserfolg resultiert. Eine mangelnde Transparenz und die Einschränkung der Konsumentensouveränität sind die Folgen.

618. Nach Selbstverständnis kirchlicher Sozialarbeit (Diakonie) haben soziale Hilfen den Charakter eines besonderen Gutes. Die Diakonie verbindet die eigentliche Sozialarbeit mit einem kirchlichen Sendungsauftrag, der sich aus der gelebten Nächstenliebe ergibt. Produktionstheoretisch wird ein Kuppelprodukt erstellt, dessen Outputs – soziale Hilfe und religiöse Betreuung – dem Hilfeempfänger angeboten und gegebenenfalls als Einheit zugeführt werden.

619. In außergewöhnlichen Situationen kann es zu verzerrten oder auch rudimentären Präferenzbekundungen kommen, wie z. B. im Falle geistiger oder seelischer Erkrankungen oder aufgrund einer Drogenabhängigkeit. Bei den sozialen Dienstleistungen Bildungs- und Erziehungsarbeit, Beratungsleistungen und bei Behandlungsformen wie Impfungen und Therapien liegen gegebenenfalls externe Effekte vor.

620. Auf dem Markt für Güter der Wohlfahrtspflege entrichten die Nachfrager in den meisten Fällen keinen Beitrag zur Finanzierung der Dienste. Das Marktgeschehen hängt folglich stark von den Interessen der jeweiligen Geldgeber ab. Die Finanzierung erfolgt durch private Spenden, staatliche und kirchliche Stellen.

621. Zwei wesentliche Erscheinungsformen im Bereich der sozialen Dienste sind der Rettungsdienst und die Vorhaltung intensivmedizinischer Betten. Um der Gefahr einer Unterversorgung zu begegnen, sind Vorhaltepotehtiale bzw. Reservekapazitäten erwünscht. Das Gut „Vorhaltung“ weist Charakteristika eines öffentlichen Gutes auf, denn es ist durch Nicht-Rivalität im Konsum und das (politisch gewünschte) Nichtausschlußprinzip gekennzeichnet. Der Staat bzw. die Sozialversicherungsträger gewährleisten die Sicherstellung der entsprechenden Vorhaltekapazitäten. Die eigentliche Dienstleistung der Notfall- bzw. Intensivversorgung kann jedoch durch konkurrierende Anbieter erfolgen.⁵⁾

2.3.2 Organisation der Freien Wohlfahrtspflege

622. Die sozialen Dienste werden von *organisierten freigemeinnützigen Einrichtungsträgern* bereitgestellt. Sie besitzen eine formale, auf dauerhaften Bestand ausgerichtete Struktur und beruhen auf einem privat-autonomen Zusammenschluß. Dabei existiert keine Form der Pflichtmitgliedschaft, d. h. der Zusammenschluß ist freiwillig. Dies gilt auch in gewissem Umfang für die unentgeltliche Zuführung von Ressourcen wie Geld-, Sach- oder Arbeitsspenden. Weitere Charakteristika freigemeinnütziger Organisationen sind die ihnen eigene *spezielle Wertorientierung* und die *Nicht-Gewinnverteilungs-Regel*. Die

Tätigkeit dieser, einer bestimmten Tradition, Weltanschauung oder auch einem Sozialmilieu verpflichteten Organisation ist auf ein Sachziel und nicht auf Gewinnmaximierung ausgerichtet. Werden Überschüsse erwirtschaftet, beinhaltet die Nicht-Gewinnverteilungs-Regel das Verbot, diese auszuschütten.

623. Ein weiteres Merkmal der Freien Wohlfahrtspflege ist die Zugehörigkeit zu einem Verband. Die freigemeinnützigen, wirtschaftlich und rechtlich selbständigen Einrichtungsträger gehören einer übergreifenden Verbandsorganisation – einem Wohlfahrtsverband – an. Angesichts der privatrechtlichen Trägerschaft und dem fehlenden Gewinnmotiv werden sie in der Literatur auch als Non-Profit-Organisations bezeichnet. Das deutsche Steuerrecht begünstigt die Gemeinnützigkeit. Aus der steuerlichen Gemeinnützigkeit (§§ 51 bis 68 Abgabenordnung) leiten sich Steuerbefreiungen freigemeinnütziger Träger im Hinblick auf die Körperschaftsteuer, die Gewerbesteuer, die Grundsteuer, die Erbschaftsteuer und die Kapitalverkehrssteuer ab. Im Vergleich zu den öffentlichen Trägern, die den Regelungen des öffentlichen Rechts unterliegen, und den gewinnorientierten privaten Trägern bekleiden die gemeinnützigen Organisationen eine Vorrangstellung. Diese Position wird ihnen durch das deutsche Sozialrecht eingeräumt, das in § 10 Abs. 4 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) eine vorrangige Aufgabenerfüllung durch freigemeinnützige Einrichtungsträger vorsieht. Öffentliche Stellen sollen dann nicht tätig werden, wenn die entsprechende Leistung schon durch Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege erbracht wird. Eine staatliche Förderungspflicht gilt entsprechend § 10 Abs. 3 BSHG zudem nur für Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

In Deutschland haben sich die freien Träger jeweils einem der *sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege* angeschlossen. Zu den sechs Spitzenverbänden zählen

- die Arbeiterwohlfahrt (AWO),
- der Deutsche Caritasverband (DC),
- das Diakonische Werk (DW),
- der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV),
- das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und
- die Zentralwohlfahrtstelle der Juden (ZWSt).

Der DC, das DW und die ZWSt sind die kirchlich-diakonisch geprägten Wohlfahrtsverbände, die durch Einrichtungen der verfaßten Kirche ergänzt werden. Die religiöse Weltanschauung bedingt eine besondere rechtliche Stellung dieser Organisationen, die sich beispielsweise in arbeitsrechtlichen Sonderstellungen manifestiert. Seine Funktion als Sammelbecken für Selbsthilfe- und Hilfguppen ist das Wesensmerkmal des DPWV, der sich durch eine eher geringe weltanschauliche Ausrichtung darstellt. Als einziger Verband Deutschlands vereinigt das DRK die Tätigkeit als Wohlfahrtsverband und als Hilfsorganisation. Die Funktion als Hilfsorganisation überwiegt; in diesem Bereich ist das DRK nahezu flächendeckend tätig. Die Marktanteile im Bereich der Wohlfahrtspflege

⁵⁾ Vgl. Tz. 705 ff.

ge sind demgegenüber gering. Als Marktführer in diesem Segment sind die Verbände der Caritas und der Diakonie zu benennen.

624. Neben der Differenzierung auf den horizontalen Ebenen sind die Verbände in einer *vertikalen Betrachtungsweise* auf verschiedenen Stufen organisiert: Die Gliederung erstreckt sich von den Spitzenverbänden auf Bundes- und Landesebene hin zu den Verbänden auf Bezirks-, Kreis- und Ortsebene, denen sich die Einrichtungsträger mit ihren Sozialunternehmen als Mitglieder anschließen. Die Mitglieder sind rechtlich selbständig, haben den Status der Gemeinnützigkeit und sind überwiegend in der Rechtsform des eingetragenen Vereins, der Stiftung oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung organisiert. Auf Bundes- und Landesebene sind die sechs Organisationen zu Dachverbänden zusammengeschlossen.

625. Neben ihrer Funktion als Anbieter sozialer Dienste koordinieren die freigemeinnützigen Einrichtungsträger und die Wohlfahrtsverbände auch Selbsthilfe- und Helfergruppen. Sie nehmen die Rolle eines *Intermediärs zwischen Staat und Bürger* ein und erschließen private Hilfeleistungen in bedeutendem Ausmaß. Diese Hilfeleistungen werden in Form von Spenden und ehrenamtlicher Tätigkeit erbracht. In ihrer Funktion der Sozialanwaltschaft ist die Freie Wohlfahrtspflege zugleich Sprachrohr und Interessenvertretung der sozial Bedürftigen im Verhältnis zu Staat und Gesellschaft. Gegenüber dem Staat und nicht organisierter privater Hilfe sind die Wohlfahrtsverbände im Vorteil, da sie über ein besseres Problembewußtsein und mehr Sachverstand verfügen.

626. Den *Arbeitsbereichen* der Freien Wohlfahrtspflege sind die Jugend-, Alten-, Familien- und Behindertenhilfe, Einrichtungen und Dienste für Personen in besonderen Situationen, Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten für soziale und pflegerische Berufe sowie die Krankenhäuser zuzuordnen. Nach dem Indikator Kapazität sind die Schwerpunktbereiche in der Jugendhilfe (54,1 %), der Altenhilfe (14,6 %) und der Behindertenhilfe (10,9 %) angesiedelt. Nach dem Kriterium der Beschäftigungszahl sind die größten Bereiche die Krankenhausversorgung (30,5 %), die Jugendhilfe (20,7 %) und die Altenhilfe (19,4 %).

2.3.3 Institutionelle Rahmenbedingungen

627. Das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsgebot weist dem Staat in einigen Segmenten eine *Sicherstellungsverantwortung* zu. Gemäß §§ 18 bis 29 SGB I gewähren Kreise, kreisfreie Städte, überörtliche Träger und die Sozialversicherungen in ihrer Funktion als Sozialleistungsträger ausreichende Angebotskapazitäten. Die Planungsverantwortung umfaßt die Bedarfsplanung, die räumliche Verteilung der Einrichtungen und die Festlegung von Qualitätsstandards. Diese Aufgabe obliegt den Sozialleistungsträgern aufgrund ihrer Sicherstellungsfunktion. Die Wohlfahrtsverbände, andere Fachverbände und die Arbeitsgemeinschaften der Einrichtungsträger wirken ebenfalls mit. Eine institutionelle Trennung von Sicherstellungsgewähr und Bedarfspla-

nung ist beispielsweise im Falle des Rettungswesens gegeben.⁶⁾

628. Die Finanzierung sozialer Dienstleistungen ist als *Mischfinanzierung* durch mehrere Quellen zu klassifizieren. Die Investitionen werden über verlorene Zuschüsse durch die Länder, Kreise und Kommunen finanziert, während die Betriebskosten über Leistungsentgelte getragen werden. Zusätzliche Einnahmequellen stellen die Eigenmittel der freigemeinnützigen Einrichtungsträger aus Spenden, Mitgliedsbeiträgen und Kirchensteuermitteln dar. Die Finanzierungsstrukturen einzelner Einrichtungen weichen stark voneinander ab. In der Freien Wohlfahrtspflege insgesamt setzen sich die Einnahmen zu ca. 80 % aus Leistungsentgelten, 11 % aus öffentlichen Subventionen, etwa 5 % aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen und der Rest aus Kirchensteuermitteln und sonstigen Einnahmen zusammen. Beim DRK beispielsweise verteilen sich die Einnahmen auf Leistungsentgelte (86,2 %), öffentliche Zuwendungen (3,9 %) sowie Spenden und Mitgliedsbeiträge (9,9 %). Die Einnahmenverteilung weist auf die staatliche Abhängigkeit der Freien Wohlfahrtspflege hin. Die einseitige Finanzierungsstruktur stellt das Ergebnis der gesetzlich geregelten Kostenerstattung, der Teilnahme an staatlichen Versorgungsaufträgen und des Zugangs zu Subventionen dar. Die Leistungsentgelte werden entweder über die Sozialversicherungen bzw. die Beihilfe oder durch staatliche Kostenübernahme im Rahmen der Sozialhilfe beglichen. Der öffentliche Finanzierungsanteil einschließlich der Subventionen beträgt etwa 80 %.

629. Kennzeichnend für die Stellung der Freien Wohlfahrtspflege ist das enge Kooperations- und Austauschgeflecht, das diesen Sektor mit dem Staat auf seinen föderativen Ebenen und den Sozialversicherungen verbindet. Im Resultat wird dieser Sektor abseits der wettbewerblichen Marktordnung koordiniert. Diese *neokorporatistischen Strukturen* finden ihre Grundlage teils in sozialgesetzlichen Bestimmungen. Die enge Kooperation der Sozialleistungsträger mit den freigemeinnützigen Einrichtungen und Organisationen wird beispielsweise im SGB I explizit vorgegeben. Auf den im Bundessozialhilfegesetz eingeräumten Vorrang der freigemeinnützigen vor staatlichen Einrichtungen wurde bereits verwiesen. Darüber hinaus können die Sozialleistungsträger die Verbände an der Durchführung von Aufgaben beteiligen oder sie ihnen ganz übertragen. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz sind ebenfalls Grundsätze einer kooperativen Zusammenarbeit vorgezeichnet. Die Wohlfahrtsverbände verfügen in den Entscheidungsgremien über ein wesentliches Mitspracherecht hinsichtlich der Jugendhilfeplanung, der finanziellen Ausstattung und der Auswahl der zu fördernden Einrichtungen. Im Rahmen der Jugendhilfeplanung werden der Bedarf zentral ermittelt bzw. festgelegt, erforderliche Kapazitäten beschlossen und die Maßnahmen konkret umgesetzt. Maßgeblich für die Kooperation zwischen Staat und Wohlfahrtssektor sind darüber hinaus das Pflegever-

⁶⁾ Die Sicherstellung des Rettungsdienstes ist eine Aufgabe der Länder, während die Kreise bzw. kreisfreien Städte die Vorgaben in ihrer Bedarfsplanung konkret umsetzen.

sicherungs-, das Heim- und das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Im Bereich der Pflege können auf Landes- und Bundesebene gemeinsame Ausschüsse gebildet werden, die die Durchführung und Fortentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes vornehmen sollen. Das PflegeVG eröffnet zudem die Möglichkeit, landesweite Versorgungsverträge, Rahmenverträge und Bundesempfehlungen sowie landesweite Vereinbarungen von Vergütungen zur stationären und ambulanten Pflege in gemeinsamen Pflegekommissionen auszuhandeln. Das KHG ermöglicht eine landesweite Krankenhausbedarfsplanung und die Festschreibung eines Investitionsprogramms unter Mitwirkung aller Beteiligten. Um Zugang zu den staatlichen Investitionszuschüssen zu erhalten und Erstattungen seitens der GKV beanspruchen zu können, muß die Einrichtung in den Bedarfsplan aufgenommen worden sein. Das Heimgesetz sieht eine Arbeitsgemeinschaft für die Bedarfs- und Investitionsplanung für Alten-, Pflege- und Behindertenheime vor, die sich aus den Sozialleistungsträgern und den Verbänden zusammensetzt.⁷⁾

Weitere Indikatoren für die neokorporatistische Steuerung sind die bürokratische Kontrolle der Ver- ausgabung staatlicher Fördermittel durch die Landesrechnungshöfe und die Verwaltung eines staatlichen Treuhandvermögens zur Förderung gemeinnütziger Einrichtungen durch die Bank für Sozialwirtschaft (BfS). Das Eigentum an der BfS halten wiederum die sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege.

630. Gegenüber den Sozialleistungsträgern treten die einzelnen Verbände als *homogene Gruppe* auf. Sie errichten Parallelstrukturen und bilden damit auf den verschiedenen föderativen Ebenen die Ansprech- und Kooperationspartner der Sozialleistungsträger. Auf Bundes- und Landesebene sind die sechs Wohlfahrtsverbände zu Dachverbänden zusammengeschlossen, wodurch ein einheitliches Auftreten ermöglicht wird. In den Gremien treten die Dachverbände den öffentlichen Vertretern mit einer Stimme gegenüber, denn unterschiedliche Interessen und Zielsetzungen konnten bereits zuvor geklärt und angeglichen werden. Das homogene Auftreten stärkt die Verhandlungsposition der Freien Wohlfahrtspflege. Das kartellartige Erscheinungsbild der Wohlfahrtsverbände stellt den Gegenpol zu der Verhandlungs- und Nachfragemacht des Staates dar. Den Verbänden ist die Akzeptanz der ausgehandelten Ergebnisse und Verträge sowie die Loyalität in der Durchführung seitens der Basisorganisationen weitgehend sicher, da die Mitgliedschaft für die Einrichtungen eine Art Eintrittskarte zur Teilnahme am Versorgungssystem darstellt. Für die Einrichtungsträger bekleiden die Verbände die Funktion, ihnen Fördermittel zu vermitteln. Darüber hinaus gewährleisten sie, daß die freigemeinnützigen Einrichtungen in den Bedarfsplänen Berücksichtigung finden. Im Verhältnis zu ihren Mitgliedern stellen die Verbände eine Prüfungs- und Bürgschaftsinstanz dar, die ihnen eine

Versorgung mit sozialen Diensten im Rahmen der vereinbarten Leistungsparameter gewährleistet.

631. Eine Begründung der engen Kooperation bzw. des wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Staat und Freier Wohlfahrtspflege vermag die *Theorie der Tauschlogik* zu vermitteln. Den Wohlfahrtseinrichtungen wird bei der Vergabe von Versorgungsaufträgen gegenüber privat-gewerblichen Leistungserbringern und Selbsthilfegruppen eine bedingte Vorrangstellung eingeräumt. Die staatlichen Sozialhilfeträger, die Sozialversicherungen und die Finanzbehörden sorgen für die Bereitstellung der finanziellen Mittel. Die Wohlfahrtsverbände übernehmen ihrerseits staatliche Ordnungs- und Steuerungsfunktionen sowie die Transmission zwischen den Sozialleistungsträgern einerseits und den eigenen Basisorganisationen andererseits. Die Einrichtungsträger verfügen über engagiertes Personal, Sachkunde und die Einrichtungen. Die Verbände übernehmen gegenüber den staatlichen Finanziers eine gewisse Garantiefunktion für ihre Mitglieder. Den staatlichen Entscheidungsträgern kommen soziale Anerkennung wie auch politische Zustimmung zugute.

632. Aus ordnungspolitischer Sicht stoßen die neokorporatistischen Strukturen in mehrfacher Hinsicht auf Kritik: Die mangelnde Konsumentensouveränität und die schwache Stellung der Leistungsempfänger müssen als Nachteil gewertet werden. Die Leistungsberechtigten haben keinen oder aber nur einen geringen Einfluß auf die Qualität und die Ausgestaltung des Angebots. Die Verlagerung von Entscheidungen über den Ressourceneinsatz vom Markt auf die politische Ebene fördert Rent-Seeking-Aktivitäten und begünstigt den Aufbau von Marktmacht. Das Kartell der zugelassenen Anbieter stellt einen genuinen Bestandteil des Systems dar, mithin sind wettbewerbliche Reformen innerhalb des Systems nicht möglich.

633. Die Problematik der *mangelnden demokratischen Legitimation* der neokorporatistischen Absprachen tritt hinzu. Als Kooperationspartner der Verbände treten nicht die Parlamente, sondern die Regierungen bzw. die Ministerialbürokratie auf. Ein solches System ist wenig geeignet, Kompetenzüberschneidungen und Zurechnungsprobleme im Hinblick auf Verantwortlichkeiten und politische Kontrollprobleme zu vermeiden. Die gemeinsame Gremienarbeit der finanzierenden Sozialleistungsträger mit den öffentlichen, freigemeinnützigen und gegebenenfalls privat-gewerblichen Anbietern begünstigt gegenseitige Kritik, Leistungskontrollen und Preisvergleiche nicht gerade. Es besteht vielmehr ein Anreiz, gemeinsame Absprachen zu Lasten Dritter zu vereinbaren. Aus der Teilnahme an staatlichen Versorgungsaufträgen, der gesetzlich geregelten Kostenerstattung und dem Zugang zu den Subventionen resultiert eine starke finanzielle Abhängigkeit der Einrichtungen von staatlichen Finanzmitteln.

2.3.4 Effizienz- und Anreizprobleme

634. Die Freie Wohlfahrtspflege erfährt Kritik sowohl seitens ihrer Mitglieder als auch extern durch

⁷⁾ Weitere neokorporatistische Strukturen finden sich in anderen gesetzlichen Grundlagen, wie zum Beispiel im Arbeitsförderungs- und Schwerbehindertengesetz.

die Medien. Ihr wird vorgeworfen, die Einrichtungen seien bürokratisch organisiert und ermangelten der Flexibilität. Die Gratisressourcen seien aus volkswirtschaftlicher Sicht unproduktive und keinesfalls kostenlose Finanzierungsinstrumente bzw. Faktoreinsätze. In dynamischer Sicht werden Mängel der *Innovationssteuerung* gesehen, die gleichfalls die von der Freien Wohlfahrtspflege beanspruchte Sozialanwaltschaft in Frage stellen. Indikatoren, die auf eine unwirtschaftliche Leistungserstellung und nicht immer kundenbezogene Problemlösungen hinweisen, haben den Begriff der erfolgreich scheiternden Organisation geprägt. Aus ordnungspolitischer Sicht sind vornehmlich die Problembereiche von Interesse, die auf den staatlichen Regulierungsrahmen zurückzuführen sind, denn diese bieten Ansatzpunkte für Reformvorschläge.

635. Eine Analyse der *Ressourcenakquisition* über Spenden und ehrenamtliche Tätigkeit identifiziert diese als relativ teure Finanzierungsinstrumente. Da der Umfang der Geldspenden bereits seit längerer Zeit stagniert, hat eine Konkurrenz um das Spendenbudget eingesetzt. Der entsprechende Aufwand, der sich beispielsweise in Mailings sowie Haus- und Straßensammlungen manifestiert ist relativ hoch. Die Spendenbeschaffungskosten lassen sich nicht eindeutig ermitteln, sie werden durchschnittlich auf 10 bis 20 % der Bruttospende geschätzt. Für Kleinspender sind die Kosten einer Banküberweisung fühlbar. Die Mobilisierung ehrenamtlicher Tätigkeit wird als besonderer Vorteil der Freien Wohlfahrtspflege hervorgehoben, jedoch wird auch diese Ressource nicht kostenlos bereitgestellt. Indirekte Kosten entstehen in den Einrichtungen, die Qualifizierungsmaßnahmen durchführen müssen und mit einem hohen organisatorischen Aufwand konfrontiert sind. Ein wirtschaftlicher Einsatz ehrenamtlicher Kräfte beschränkt sich zumeist auf einzelne Aufgaben, die kein Spezialwissen und keine regelmäßige, dauerhafte Präsenz zu ungünstigen Zeiten erfordern. Stark subventioniert wird der Einsatz der in der Freien Wohlfahrtspflege beschäftigten beinahe 100 000 Zivildienstleistenden, deren Vorteile aus Sicht der Einrichtungen in ihrer Kostengünstigkeit und der durch die Quasi-Freiwilligkeit gegebenen hohen Motivation liegen. Der Bund übernimmt 78 % des Lohnes, der Bundeszuschuß beträgt in der Summe 2,1 Mrd. DM. Für die Einrichtungen besteht angesichts der hohen Lohnkostensubvention ein Anreiz, die Zivildienstleistenden auch für minderproduktive Tätigkeiten einzusetzen, die bei einer marktwirtschaftlichen Entlohnung betriebswirtschaftlich unrentabel wären. Da sich der Einstieg dieser Personen in das Berufsleben verzögert, ist die Tätigkeit zudem mit hohen volkswirtschaftlichen Opportunitätskosten verbunden.

636. Die Maßnahmen der öffentlichen Förderung und die Normierung der Leistungsansprüche haben zugleich zu einer Bürokratisierung und einem Flexibilitätsverlust in diesem Sektor beigetragen. Die Anforderungen an die Vergabe öffentlicher Fördermittel münden in langwierige und starre Planungs- und Bewilligungsverfahren. Die geplanten Projekte müssen exakt in die durch Gesetze, Verordnungen und Richtlinien abgegrenzten Haushaltstitel passen. Eine bü-

rokratische Kontrolle resultiert zusätzlich aus Aufzeichnungs- und Nachweispflichten. Wie im stationären Sektor beruht die Finanzierung der sozialen Dienstleistungen überwiegend auf dem Prinzip der *dualen Finanzierung*: Die Gebietskörperschaften kommen für die Investitionen auf, während die laufenden Betriebskosten durch Pflegesätze von anderen Finanzierungsträgern – wie beispielsweise den Sozialversicherungen – entgolten werden. Ist die Finanzierung einer neuen Einrichtung bewilligt, so ist der Einrichtungsträger während der gesamten Laufzeit durch die Zweckbindung an deren verwendungsmäßigen Betrieb gebunden. Die Zuschüsse wären anderenfalls anteilig der Laufzeit zurückzuzahlen. Diese Art der staatlichen Förderung und Finanzierung engt den Handlungsspielraum ein und wirkt einem möglichen Strukturwandel entgegen. Die Verrechtlichung, Formalisierung und Normierung der Leistungsanspruchnahme bei staatlicher Kostenerstattung hemmt die Flexibilität zusätzlich. Das Privileg der steuerlichen Gemeinnützigkeit verhindert die Ausschüttung von Gewinnen sowie die anderweitige Verwendung der Rücklagen als die nach satzungsmäßig vorgegebenen Zwecken. Die Nicht-Gewinnverteilungs-Regel schließt die Beschaffung von Eigenkapital aus.

637. Erklärungsansätze, die die These der unwirtschaftlichen Leistungserstellung stützen, bieten die Entgeltregelungen, der Fördermechanismus, die Kostenkalkulation und die Gemeinnützigkeit. Soziale Dienstleistungen entziehen sich häufig einer eindeutigen Definition und Messung ihrer Qualität. Folglich lassen sich zwar Kostenvorteile ohne weiteres nachweisen, hingegen sind damit verbundene Qualitätseinbußen vielfach schwer zu bestimmen. Eine Effizienzanalyse wird dadurch erschwert, daß alle Anbieter innerhalb eines weitgehend gegen die Konkurrenz abgeschotteten Systems arbeiten. In einigen Teilsegmenten können jedoch sowohl der Ressourceneinsatz (beispielsweise sachliche und personelle Ausstattung) als auch der Output (zum Beispiel Transportleistung, Erstversorgung) relativ klar definiert werden. Die Ergebnisse von Gutachten für diese Teilbereiche weisen auf Effizienzverluste von etwa 5 bis 10 % des Umsatzes hin. Konkrete Anhaltspunkte für Ineffizienzen ergeben sich aus den geltenden Regelungen des Preissystems. Beispielsweise geben die §§ 93, 93 a-d BSHG vor, daß die Pflegesätze bis 1999 jährlich um 1 bzw. 2 % steigen. Die Grundlage bilden die auf den 1995 anhand der vorauskalierten Selbstkosten ermittelten Entgelte. Die unwirtschaftlich produzierenden Anbieter erfahren in einem solchen System eine Bevorzugung, denn ihnen stehen Kostensenkungspotentiale offen, während effizient wirtschaftende Einrichtungen bereits 1995 kostengünstig produziert haben.

Mit Hilfe *prospektiver Entgelte* muß zwar das Risiko eines Defizits oder eines Überschusses vom Einrichtungsträger übernommen werden, hingegen verhindert die Gemeinnützigkeit die Bildung freier Rücklagen aus Gewinnerzielung. Die Entgeltverhandlungen werden zwischen den Spitzenverbänden bzw. im Rahmen eines Arbeitskreises der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege koordiniert

geführt. Der Gesetzgeber unterstützt das Kartellierungsbestreben durch bundesweit geltende Rechtsverordnungen und landesweit zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Landesverbänden abzuschließende Rahmenverträge. Vom Ergebnis her vergleichbare Regelungen bestehen im Gesundheitswesen (KHG, BpflV),⁸⁾ bei der Sozialen Pflegeversicherung sowie in der Kinder- und Jugendarbeit.

Die *Mischfinanzierung* führt zu einer Divergenz von Entscheidung und Verantwortung, unter Effizienzgesichtspunkten wünschenswert wäre hingegen eine Kongruenz. Eine Finanzierung mittels verschiedener Geldgeber bedingt zudem die Erschließung und Koordination unterschiedlicher Finanzmittel. Der Zugang zu Subventionen und Kostenerstattungen ist grundsätzlich nur unter Einsatz von Eigenmitteln möglich. Folglich nimmt die Freie Wohlfahrtspflege einen maßgeblichen Einfluß auf die Steuerung sozialer Aufgabenerfüllung.

638. Ein zusätzliches, den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege eingeräumtes Privileg ist die im Umsatzsteuergesetz verankerte Mehrwertsteuerbefreiung. Allerdings wird dieser Vorteil im Falle hoher Vorleistungsanteile zu dem Nachteil des nicht anrechenbaren Vorsteuerabzugs. Damit läßt sich die vergleichsweise geringe Tendenz freigemeinnütziger Einrichtungsträger zum Fremdbezug von Vorleistungen erklären. Volkswirtschaftlich betrachtet resultieren Verluste aus einer suboptimalen zwischenbetrieblichen Arbeitsteilung.

Die Gefahr, daß aufgrund von *Quersubventionierungen* an sich unwirtschaftliche Produktionen aufrechterhalten werden, ist auf das Ausschüttungsverbot bei Überschüssen und die Zweckbindung öffentlich geförderter Einrichtungen zurückzuführen. Die für den Verlustausgleich erforderlichen Mittel werden gewinnträchtigen Sparten entzogen und führen dort zu geringeren Nettoinvestitionen. In einem wettbewerblich organisierten Bereich tätige, effiziente Anbieter werden diskriminiert, wenn sich die Verlustproduktion unter eher wettbewerblichen Strukturen vollzieht, die gewinnbringenden Sparten hingegen dem Wettbewerb entzogen sind.

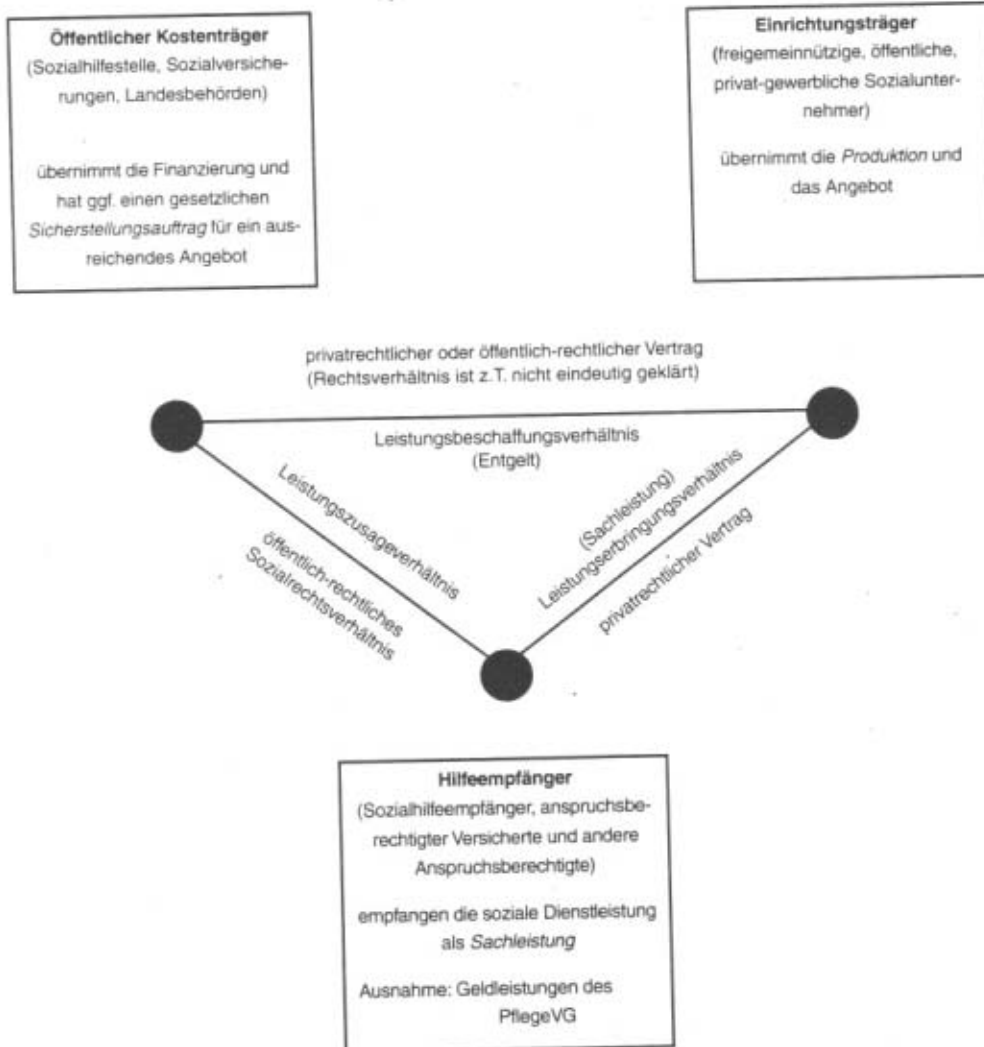
639. Die These der erfolgreich scheiternden Organisationen beinhaltet Hinweise einer quantitativen Überversorgung, die aus dem *sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis* resultiert. Der Staat sorgt für die Finanzierung, die Einrichtungen stellen die Dienstleistungen bereit, und der Leistungsberechtigte empfängt die Sachleistung. Den Anbietern wird damit eine hervorgehobene Machtposition verschafft. Das sozialhilferechtliche Dreiecksverhältnis ist zudem nicht geeignet, eine kaufkräftige Marktentscheidung des Konsumenten zu ersetzen. Bei einem Preis von Null akzeptiert der Konsument jede zusätzliche Leistung, die ihm einen Nutzenzuwachs – unabhängig von den dadurch induzierten Kosten – verspricht. Im Vergleich zu frei gebildeten Marktpreisen existiert eine Überversorgung, die jedoch aufgrund des Moral Hazard-Verhaltens bei Nulltarif von den Bedürftigen als Mangelsituation empfunden wird.

Der Hilfeempfänger hat in dem sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis eine schwache Position. Um einen Vergleich mit den üblichen Marktbeziehungen zu ermöglichen, sei eine kurze Darstellung der wesentlichen Charakteristika des Dreiecksverhältnisses vorangestellt (siehe Graphik nächste Seite oben).

640. Üblicherweise steht der zahlungsbereite Nachfrager einem Anbieter gegenüber, der wiederum in seiner Produktgestaltung weitgehend frei ist. Im Wettbewerb muß der einzelne Unternehmer stets die Markterfordernisse im Auge behalten und sein Angebot daran ausrichten. Für die wesentliche Kontrolle sorgen hierbei die Nachfrager, die die Angebotspalette beurteilen. Entsprechen die offerierten Produkte nicht den Präferenzen der Nachfrager, wird der im Wettbewerb stehende Unternehmer mit Marktanteilsverlusten konfrontiert. Unter Umständen ist er gezwungen, aus dem Markt auszutreten. Ein positives Urteil seitens der Nachfrager führt hingegen zu einem höheren Marktanteil und damit in der Regel zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation. Auf diese Weise üben die Konsumenten eine Sanktionswirkung aus, und der Wettbewerb entfaltet den zugehörigen Kontrollmechanismus. Im sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis hingegen entfällt eine derartige Kontrolle. Für die sozialen Dienstleistungen existieren keine Märkte, die eine entsprechende Preisbildung gewährleisten, und die Art der Leistung wird aufgrund von Standards durch die finanzierenden Träger weitgehend vorgegeben. Nutzer und Finanzierungsträger fallen personell auseinander, und daher können die herkömmlichen Angebots- und Nachfragebeziehungen nicht zustande kommen. Im Altenhilfebereich hat die öffentliche Finanzierung beispielsweise einen Anteil von 70 %, in der Behindertenhilfe beträgt dieser 97 %. Für den Leistungsempfänger bedeutet diese Drittzahlung einen Bezug zum Nulltarif. Folglich besteht für den Kunden kein Anreiz, ein ausgeprägtes Qualitätsbewußtsein zu entwickeln, da die Inanspruchnahme der Leistung keinen Kaufkraftentzug verursacht. Eine Qualitäts- bzw. Konsumentensouveränität bildet sich nicht heraus, denn die gesetzlichen Ansprüche werden durch in den Versorgungsverträgen weitgehend normierte Leistungsangebote abgedeckt. Der für wettbewerbliche Prozesse existenzielle Exit-Mechanismus der Abwahl von Leistungen und Anbietern scheidet mangels alternativer Wahlmöglichkeiten aus. Ebenso versagt der Voice-Mechanismus in Form von Kritik und Widerspruch im Rahmen der angebotenen Programme, da der Klient von den Leistungserbringern häufig wirtschaftlich abhängig ist. Änderungen der Versorgungsstrukturen und -angebote bedürfen politischer Mehrheitsentscheidungen. Ein Minderheitenschutz, wie er durch individuelle Kaufentscheidungen im Markt gewährleistet ist, besteht nicht.

Für die öffentlichen Kostenträger und die Einrichtungsträger weist diese Situation Vorteile auf: Die Sozialunternehmen haben eine gewisse wirtschaftliche Sicherheit, da die Entgelte für einen bestimmten Zeitraum fest vereinbart werden und die Auslastung durch die Zuweisungen seitens der Kostenträger weitgehend sichergestellt ist. Die Kostenträger spa-

⁸⁾ Vgl. auch Tz. 584 ff.



Quelle: Meyer, Dirk, Wettbewerbliche Neuorientierung der Freien Wohlfahrtspflege (Gutachten im Auftrag der Monopolkommission), S. 60 a

ren durch die Versorgungsverträge mit ausgewählten Anbietern und normierten Leistungen in erheblichem Umfang Verwaltungskosten ein, da eine Alternative in umfangreichen Einzelprüfungen bestehen würde.

2.3.5 Beschränkungen des Wettbewerbs durch Kartellierung

641. Die neokorporatistischen Strukturen bei der Versorgung mit sozialen Diensten lassen sich als *bilaterales Kartell* deuten: Der Konzentration der Sozialhilfeträger und Sozialversicherungen als Kostenträger und Nachfrager steht das Wohlfahrtskartell auf der Angebotsseite gegenüber. Rahmenempfehlungen auf Bundes- und Landesebene sowie landesweite Vertragsabschlüsse zementieren ein Geflecht von bilateralen Kartellabsprachen, deren rechtliche Grundlage in unterschiedlichen sozialgesetzlichen Bestimmungen zu finden ist. Die Stellung der Freien Wohlfahrtspflege wird durch das bedingte Vorrangprinzip und die generelle Diskriminierung potentieller Konkurrenten verstärkt. Die neokorporatistische Kooperation der Sozialleistungsträger und der Verbände tritt hinzu.

642. Gesetzlich vorgesehene bilaterale Kartelle beruhen auf Regelungen im Bundessozialhilfegesetz, im Pflegeversicherungsgesetz, im Fünften Sozialgesetzbuch und in der für den Krankenhaussektor gültigen Bundespflegesatzverordnung. Im Krankenhausbereich existieren Rahmenempfehlungen hinsichtlich der Krankenhausbehandlung, worin die Notwendigkeit und Dauer von stationären Behandlungen geprüft sowie Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen determiniert werden. Entsprechend § 16 BpflV werden die relevanten Entgeltarten landesweit einheitlich ausgehandelt. Dieses Procedere betrifft die Punktwerte zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte, wobei die Punktzahlen sogar bundesweit festgelegt werden. Als Entgelt für die Unterkunft und Verpflegung werden ebenfalls landesweit gültige Basispflegesätze angestrebt. Ein Landespflegesatzausschuß soll die Fragen der Entgeltregelung zentral klären.

Die Bestimmungen des BSHG ermöglichen *landesweit einheitliche Rahmenverträge* zwischen den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, den kommunalen Spitzenverbänden und den Verbänden der Ein-

richtungsträger. Darin werden die Leistungen, Vergütungen sowie Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen vereinbart. Auf der Bundesebene sind von den Spitzenorganisationen der Vertragsparteien zusätzlich einheitliche Empfehlungen zu erlassen, die die Grundlage für die Landesvereinbarungen bilden sollen. Um eine gemeinsame und gleichmäßige Durchführung von Maßnahmen zu beraten oder sicherzustellen, können die Sozialhilfeträger Arbeitsgemeinschaften initiieren, denen ausdrücklich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege angehören sollen. Im Rahmen der den Arbeitskreisen übertragenen Aufgaben können diese sogar Verwaltungsakte erlassen. Vergleichbare Arbeitsgemeinschaften bestehen in der Jugendhilfe.

An den nach dem PflegeVG vorgesehenen Rahmenverträgen sind die Landesverbände der Pflegekassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die Verbände der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beteiligt. Im Pflegebereich verfügen die privat-gewerblichen Anbieter über erhebliche Marktanteile, deren Verbandsorganisationen demzufolge neben den Wohlfahrtsverbänden mit vertreten sind. Vertragsinhalte sind beispielsweise Maßstäbe und Grundsätze der personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und zur Festlegung regionaler Einzugsgebiete, der Inhalt der Pflegeleistungen sowie Überprüfungen hinsichtlich der Notwendigkeit und Dauer der Pflege. Auch in diesem Teilsektor bilden Bundesempfehlungen die Grundlage für landesweite Rahmenvereinbarungen. Auf der Bundesebene werden zwischen den Spitzenorganisationen der Vertragspartner *einheitliche Grundsätze und Maßstäbe* zur Qualität und Qualitätssicherung vereinbart.

643. In der Praxis zeigen sich die neokorporatistischen Strukturen in dem Zusammenschluß der sechs Wohlfahrtsorganisationen auf Landes- und Bundesebene, dem horizontalen Zusammenschluß zu Landschaftsverbänden und der Bildung von Dachorganisationen auf der Landes- und Bundesebene. Sie haben die Funktion, Ansprechpartner für die Sozialleistungsträger zu sein, und organisieren die Kartellabsprachen. Die Zugehörigkeit zum Dachverband der *Bundesarbeitsgemeinschaft (BAGFW)* ermöglicht die verbandsübergreifende Abstimmung bei Erhaltung der rechtlichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit der Mitgliedsverbände. Von Bedeutung ist auch die Rolle der verbandseigenen Bank für Sozialwirtschaft, die bei der Finanzierung von Sozialimmobilien eine Koordinations- und Konkurrenzschutzfunktion übernimmt. Freigemeinnützige Einrichtungsträger erhalten Kredite zu Marktkonditionen. Fällt die Kreditwürdigkeitsprüfung zugunsten eines Einrichtungsträgers aus, so erhält er gleichfalls den Zugang zu staatlichen Fördermitteln. Die BfS verwaltet zudem ein Treuhandvermögen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das die Quelle für zinslose Darlehen für Sozialinvestitionen darstellt. Das Vergabeverfahren ist so ausgestaltet, daß nur Kartellmitglieder in den Genuß der Zinssubvention gelangen, denn nicht organisierte Selbsthilfegruppen und privat-gewerbliche Investoren haben keinen Zugang.

644. Das Verhältnis zwischen den Spitzenverbänden und ihren Basisorganisationen läßt sich als *Franchising-Organisation* klassifizieren. Die Zentrale baut eine Corporate Identity auf, überläßt die Nutzung des Warenzeichens den Mitgliedern, sorgt für die Einhaltung von Leistungs-, Qualitäts- und Preisstandards, übernimmt die Abstimmung mit den Kostenträgern und erhält für diese Leistungen Mitgliedsbeiträge und Legitimation. Den Verbandsfunktionären ist daher daran gelegen, die Dienstleistungsfunktion der Kartellabstimmung für ihre Mitglieder aufrechtzuerhalten. Ein aufkommender Wettbewerbsdruck zwischen den Mitgliedern würde das innerverbandliche Kooperationsgefüge zerstören.

645. Als zwingende Konsequenz der staatlich unterstützten Kartellbildung wird vielfach die Diskriminierung privat-gewerblicher Sozialunternehmen und freier Selbsthilfegruppen betrachtet. Zwar führten einige Gesetzesreformen dazu, den unbedingten Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege zu beseitigen, doch existiert weiterhin ein bedingter Vorrang organisierter freigemeinnütziger Anbieter. Dieser basiert auf unterschiedlichen sozialgesetzlichen Bestimmungen, die sich im BSHG, KJHG und dem PflegeVG finden. Ansatzpunkte einer generellen Diskriminierung privat-gewerblicher Anbieter sowie freier Selbsthilfegruppen und Träger ergeben sich aus verschiedenen Formen der Steuerbefreiung der freigemeinnützigen Träger, basierend auf der in der Abgabenordnung vorgegebenen steuerlichen Gemeinnützigkeit. Soweit kein steuerpflichtiger wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb vorliegt, wird auf Leistungen nur der halbe Mehrwertsteuersatz angewandt, Umsätze von Krankenhäusern und Altenheimen, Krankenförderungen mit Spezialkrankwagen sowie Leistungen der Wohlfahrtsverbände sind nach dem Umsatzsteuergesetz sogar vollständig von der Mehrwertsteuer befreit. Die freigemeinnützigen Unternehmen haben darüber hinaus Zugang zu ehrenamtlich Beschäftigten, der Zuweisung von Zivildienstleistenden, zu Spenden, Bußgeldern, Lotterierlösen und Fördermitteln.

3. Wettbewerbliche Rahmenbedingungen zur Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes

3.1 Welche Ausgestaltungsformen sind diskussionswürdig?

646. Die jüngeren gesundheitspolitischen Gesetzgebungsverfahren standen unter der Leitmaxime *Stärkung der Eigenverantwortung* und *schrittweise Liberalisierung des Vertragsrechts* zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Die zu dieser Zielsetzung beitragenden Schritte gilt es auszubauen, wobei das Augenmerk darauf gerichtet sein sollte, Fehlanreize im Detail zu beseitigen.

Ein wesentlicher Schritt in Richtung Versicherungswettbewerb und zur Überwindung der dirigistischen Ausgabendämpfungspolitik ist in der Wahlfreiheit für die Mehrheit der GKV-Versicherten zu sehen. Ob die eröffnete Wahlfreiheit auch tatsächlich zu dem

angestrebten Ziel eines intensiven Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen führt, hängt indes von der konkreten Ausgestaltung der Rahmenbedingungen ab. Den Krankenkassen muß zugleich die Chance gegeben werden, ihre Angebotspalette hinsichtlich der beiden wesentlichen Parameter Qualität und Preise der Leistungen differenzieren zu können. Dies impliziert, daß sie als selbständige Versicherungsunternehmen mit ihren Leistungen um die Versicherten werben können. Ein funktionsfähiger Wettbewerb von Versicherungen setzt voraus, daß die konkurrierenden Kassen über Instrumente verfügen, mit denen sie im Wettbewerb agieren können.

647. Eine Erweiterung der Wettbewerbsinstrumente, die sich aus dem Leistungsrecht der Versicherungen ergeben, ist daher geboten. Um den Kassen größere Freiheitsgrade hinsichtlich der Ausgestaltung des angebotenen Versicherungsumfanges zu gewähren, ist ein *Regelversorgungskatalog* festzulegen. In der Praxis müßte als Ausgangspunkt der derzeitige Leistungskatalog analysiert werden, und es hätte eine Neubestimmung zu erfolgen. Weitere Leistungen könnten die Versicherungen als optionale Zusatzleistungen in ihr Angebot aufnehmen.

648. Der Vorschlag eines Regelversorgungskatalogs hat den Vorteil, daß für die Festlegung der Leistungen auf vorhandene sozialgesetzliche Bestimmungen zurückgegriffen werden kann. Im Prinzip ist eine solche Bestimmung des Leistungskatalogs bereits in § 2 Abs. 4, § 12 und § 70 SGB V vorgegeben. Das Gesetz enthält eine Definition des „medizinisch Notwendigen“ bzw. die Umschreibungen „ausreichend, bedarfsgerecht, zweckmäßig, wirksam und human.“ Konkret ginge es um Leistungen,

- die sich nicht unmittelbar auf Krankheiten beziehen,
- deren Wirkung nicht nachgewiesen ist,
- die über das medizinisch Notwendige hinausgehen,
- und Konsumcharakter besitzen,
- die sich auf geringfügige Gesundheitsstörungen beziehen,
- die eine große Preiselastizität der Nachfrage aufweisen,
- die mit hoher Wahrscheinlichkeit vorzusehen und daher
- individuell planbar sind,
- deren Bedarf aus individuell risikoreichem Verhalten resultiert,
- die wenig kosten und damit das Haushaltsbudget nicht überlasten können.

649. Die Bestimmung eines Regelversorgungsbezugs kann Streitigkeiten unterschiedlicher Interessengruppen auslösen und aus diesem Grunde politisch schwer durchzusetzen sein. Diese Aufgabe ist einem neutralen Gremium – das beispielsweise aus Ärzten, Vertretern der Krankenkassen, Sozialpolitikern und Ökonomen zusammengesetzt sein könnte – zu übertragen. In der Praxis wurde ein solches Konzept jüngst durch die Kassenärztliche Bundesvereini-

gung propagiert, die einen Katalog individueller Gestaltungsleistungen (IGEL) vorgeschlagen hat. Derzeit wird eine äußerst kontroverse Diskussion zu diesem Thema geführt, die die Problematik der Durchsetzbarkeit eines solchen Konzeptes eindrucksvoll belegt.

650. Wird den Krankenkassen auf diese Weise die Gelegenheit gegeben, im Bereich der Zusatzleistungen *innovativ gestaltend* tätig zu werden, sind wettbewerbliche Prozesse zu erwarten. Neben dem Leistungsbereich müssen sie auch größere Freiheitsgrade bei der Beitragsgestaltung erhalten. In dem Konzept der Kombination von Grund- mit Wahlleistungen sollten die solidarischen, allein einkommensbezogenen Beiträge dann nur für den Pflichtkatalog gelten. Die Zusatzleistungen wären über *risikoäquivalente Prämien* zu bezahlen. Dabei hätten die Krankenkassen sowohl die Beiträge für die Grundleistungen als auch diejenigen für die Wahlleistungen festzulegen. Mit dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen existiert bereits eine Aufsichtsbehörde, die heute für die privaten Krankenversicherungsunternehmen zuständig ist. Der Kompetenzbereich dieser Behörde könnte dann auf die gesamte Beitragsstruktur ausgedehnt werden.⁹⁾

Um die Arbeitskostenentwicklung vom Beitragssatz zu entkoppeln und damit die Lohnnebenkosten langfristig zu senken, ist eine Begrenzung oder auch Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zu empfehlen. Entfiele die paritätische Beitragsfinanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, hieße das, die Versicherten müßten ihren Beitrag zur Krankenversicherung vollständig tragen. Der Bruttolohn würde um den Arbeitgeberanteil aufgestockt. Neben der erwünschten Entlastung der Lohnnebenkosten und den beschäftigungspolitischen Wirkungen trägt diese Maßnahme dazu bei, die Kostentransparenz für die Versicherten zu erhöhen. In der Praxis ergibt sich zugleich die Konsequenz, daß der Krankenversicherungsbeitrag als Verhandlungsgegenstand in die Vereinbarungen zwischen den Tarifparteien einfließt.

Die Bereitschaft zum Kassenwechsel setzt eine Preis- und Leistungssensibilität der Konsumenten voraus. Unter solchen Bedingungen sind die Krankenkassen ihrerseits unter Druck, qualitativ gute Leistungen zu einem akzeptablen Preis zu offerieren und mit ihrer Angebotspalette die Versichertenbedürfnisse abzubilden. Um das Kostenbewußtsein zu sensibilisieren, sollte auch die *Eigenverantwortung der Versicherten* eine stärkere Betonung erfahren. Mögliche Instrumente sind Direktbeteiligungen und Selbstbehalte, die die Versicherungen in ihrer Prämienstruktur berücksichtigen. Zusätzlich müßten die Versicherungen dann einem Kontrahierungszwang ausgesetzt sein und ein Diskriminierungsverbot beachten.

651. Alternativ könnte – ausgehend vom heutigen Status quo – den Versicherten die Chance gegeben

⁹⁾ Für das Konzept hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 1996/97 (Reformen voranbringen, Stuttgart 1996, Tz. 425 ff.) ausgesprochen.

werden, Leistungen abzuwählen.¹⁰⁾ Im Gegenzug kommen sie in den Genuß einer Prämienreduktion, die nach der durchschnittlichen Ausgabenwahrscheinlichkeit der abgewählten Leistungen zu berechnen wäre. Auf diese Weise werden individuelle Gestaltungsmöglichkeiten dadurch mit dem Solidaritätsprinzip vereinbar, daß bei der Abwahl von GKV-Leistungen der Betrag maximal nur um den Anteil gesenkt wird, der dem Risiko einer anderenfalls zu erwartenden Inanspruchnahme gleichkommt. Entscheidet sich ein Versicherter für den Verzicht auf sämtliche abzuwählenden Leistungen, so muß er dennoch den Solidaranteil seines Beitrages für diese Leistungen an seine Krankenkasse entrichten. Damit erwirbt er zugleich den Anspruch, den vollen Leistungsumfang jederzeit wieder nutzen zu können, unter Berücksichtigung versicherungsbedingter Wartezeiten.

Der zu entrichtende Beitrag spaltet sich bei dieser Konzeption in einen Risiko- und einen Solidaranteil auf. Je größer der Risikoanteil ist, desto größer ist zugleich die Möglichkeit finanzieller Senkung der Beitragshöhe. Durch die Abwahl von Leistungen – die dem Subsidiaritätsprinzip entspricht – entlastet der einzelne die Versichertengemeinschaft von Krankheitsrisiken. Genau um diese Entlastung wird sein Beitrag gesenkt.

In Abhängigkeit vom Einkommen kann die Risikoübernahme durch die Versicherten unterschiedlich hoch abgestuft werden. Damit kann sich die solidarische Absicherung den unterschiedlichen Risikoübernahmemöglichkeiten flexibel anpassen. Ein Sozialhilfeempfänger erhielte beispielsweise den vollen Schutz aus der Solidargemeinschaft, da er nicht in der Lage ist, ein individuelles Risiko zu übernehmen.

In einem solchen System existiert ein Kern von Pflichtleistungen, der obligatorisch zu versichern ist. Dieser ist als Untergrenze aufzufassen, die für alle Versicherten gilt. Zweck dieser Grenze ist der Schutz des einzelnen vor einer Fehleinschätzung. Zugleich wird die Versichertengemeinschaft vor einem Ausbeutungsverhalten (Moral Hazard) geschützt. Zusätzlich würde die Möglichkeit bestehen, das Risiko der abgewählten Leistungen wieder über private Zusatzversicherungen abzudecken. Indirekt käme es auf diesem Wege zu einem Wettbewerb zwischen GKV und PKV.

652. Bedenkenswert erscheint auch die Vorgehensweise, den Versicherungsumfang über eine Definition der *maximal wählbaren und zulässigen Direktbeteiligung* zu definieren. Den Versicherten würde angeboten, ihren Gesamtversicherungsumfang gegen eine entsprechende Beitragsabsenkung pauschal durch Direktbeteiligungen zu reduzieren. Dabei müßte eine Höchstgrenze festgelegt werden, die zugleich den Mindestversicherungsumfang definieren würde. Die Beitragsreduktion wäre wiederum nach dem durchschnittlich entfallenden Ausgabenrisiko zu berechnen. Die relevanten Richtgrößen bei die-

sem Konzept sind die Belastungsgrenze der Haushalte und ein finanzielles Kriterium. Das Entscheidungskriterium ist hier die Frage, ab welcher möglichen Ausgabensumme sich ein Haushalt finanziell übernehmen würde. Aus meritorischen Gründen dürften ihm darüber hinausgehende Direktbeteiligungen nicht zur Wahl stehen. Im Gegensatz zu der praktizierten Zuzahlungsregelung – beispielsweise im Arzneimittelbereich – sollte es sich um ein System von Direktbeteiligungen handeln, das zugleich sozialverträglich wie steuerungswirksam ausgestaltet ist.

Entsprechend der Preiselastizität der Nachfrage reduzieren die Haushalte ihre Nachfrage nach einer Leistung je nach Dringlichkeit und Substituierbarkeit um so stärker, je höher der von ihnen selbst zu zahlende Preis ist. Weisen homogene Leistungen unterschiedliche Preise auf, wird das Angebot mit dem niedrigsten Preis bevorzugt. Die Direktbeteiligung sollte daher für die Haushalte die tatsächlichen Preisrelationen sichtbar und spürbar machen. Eine einheitliche, prozentuale Zuzahlung auf alle Leistungen ist daher die geeignete Form einer Direktbeitragsbeteiligung. Eine Staffelung der Zuzahlung – beispielsweise nach der medizinischen Notwendigkeit – verfälscht hingegen die Preisstrukturen der Haushalte.

Das Ziel der Sozialverträglichkeit wird mit rein prozentualen Zuzahlungen hingegen verfehlt. Selbst bei geringen Prozentsätzen kann ein Haushalt relativ rasch überfordert werden, z. B. bei Vorliegen mehrerer chronischer Krankheiten. Daher sollte zusätzlich eine maximale Zuzahlungssumme festgelegt werden. Die maximale Summe sollte nach der Leistungsfähigkeit der Haushalte differenziert werden. Sie könnte als Prozentsatz des Haushaltsjahreseinkommens oder als ein Vielfaches der (einkommensbezogenen) Beitragszahlung definiert werden. Zwar schränkt eine derartige zeitliche Fixierung die Steuerungswirksamkeit ein, jedoch sollte diese Effizienzeinbuße angesichts solidarischer Zielsetzungen in Kauf genommen werden. Für die Krankenversicherungen stellen Selbstbeteiligungen ein wesentliches Element zur Beschränkung von Moral Hazard dar.

Steuernde Direktbeteiligungen gehen mit Beitragsatzsenkungen einher. Und zwar nicht nur durch den rein fiskalischen Effekt der Verlagerung von Finanzierungslasten auf andere Kostenträger, z. B. die Patienten, sondern dynamisch dadurch, daß die Signalfunktion von Preisen ihre Wirkung entfalten kann. In der privaten Krankenversicherung wurden Direktbeteiligungen bereits eingeführt. Im Resultat sind erhebliche Prämienreduktionen zu verzeichnen, die die maximale Zuzahlungssumme zum Teil sogar übersteigen.

3.2 Ein wettbewerblicher Ordnungsrahmen für den Krankenversicherungsschutz

3.2.1 Anforderungen an den zukünftigen Ordnungsrahmen

653. Um den zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können, sollte das Gesundheitssystem stärker wettbewerblich orientiert sein. Der größte Teil der bisherigen Reformen war darauf ausgerich-

¹⁰⁾ Ein solches Modell diskutiert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; vgl. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sondergutachten 1995, Baden-Baden 1995, Tz. 450 ff.

tet, durch regelmäßig wiederkehrende Interventionen den Beitragssatz stabil zu halten und das Ausgabenwachstum zu hemmen. Da die Anreizstrukturen unverändert blieben, sind die Erfolge dieser Gesundheitspolitik allenfalls mittelfristig spürbar. Die Monopolkommission begrüßt, daß die Zielsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes auf eine Wende in der Gesundheitspolitik deutet. Die Einführung von Kassenwahlfreiheit sowie von Preisen in Krankenhäusern und die Modellversuchsregelungen stellen bemerkenswerte Schritte innerhalb des bestehenden Systems dar. Zukünftige Maßnahmen sollten sich an der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vorgegebenen Richtung orientieren.

654. Eine Abkopplung vom Arbeitsverhältnis ist geboten, um das Wachstumspotential der Gesundheitsindustrie erschließen zu können. Die einkommensabhängigen Beiträge lösen Rückwirkungen auf die Lohnnebenkosten aus, tragen mithin zur Arbeitslosigkeit und damit zur Einnahmenerosion der Krankenkassen bei. Die Finanzierungsproblematik provoziert wiederum interventionistische Ad hoc-Maßnahmen der Gesundheitspolitik. In einem reformierten Gesundheitssystem darf dieser Teufelskreis nicht entstehen.

655. Der Risikostrukturausgleich stellt eine wesentliche Voraussetzung dafür dar, Wahlfreiheit für einen Großteil der Versicherten und Kassenwettbewerb auf der politischen Ebene durchzusetzen. Auf längere Sicht betrachtet birgt seine Weiterführung jedoch die Gefahr, ein dauerhaftes Wettbewerbshemmnis im System darzustellen.

656. Weitere Anforderungen, denen ein reformiertes Gesundheitssystem genügen muß, betreffen die Konsumentensouveränität der Nachfragerseite: Das Gesundheitssystem sollte stärker auf der Freiwilligkeit der Nachfrage beruhen. Die Präferenzen der Versicherungskonsumenten und Patienten, die im heutigen System größtenteils verborgen bleiben, müssen mehr Berücksichtigung finden. Das Sachleistungsprinzip trägt dazu bei, die Transparenz des Leistungsgeschehens zu behindern. Für die Versicherten fehlen die notwendigen Anreize, Aufwendungen zur Krankheitsvorbeugung zu tätigen. Ein vorbeugendes Verhalten wird weder von der Krankenversicherung beobachtet, noch werden die Versicherten in Form von Prämienreduktionen belohnt.

657. Die optimale Höhe einer Selbstbeteiligung hängt entscheidend sowohl vom individuellen Krankheitsrisiko als auch von den jeweiligen Präferenzen ab. Eine für alle Versicherten einheitlich vorgeschriebene Versicherungsdeckung kann folglich nicht wohlfahrtsmaximierend sein. Vielmehr ist zu empfehlen, daß der Gesetzgeber lediglich den *Mindestumfang* der Versicherungsdeckung verbindlich festlegt, dem einzelnen Versicherten hingegen die Freiheit verbleibt, seinen Schutz durch Zusatzverträge zu erweitern. Je umfassender der für alle verpflichtende Teil des Versicherungsschutzes ist, desto größere Möglichkeiten bestehen hinsichtlich der Umverteilung zwischen unterschiedlichen Gruppen. Die weitgehende Realisierung des Umverteilungsziels wird zu dem Preis erkauft, daß die Anreize zur Vor-

beugung und zur effizienten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vernachlässigt werden. Eine sorgfältige Abwägung zwischen dem Solidaritätsprinzip und dem Effizienzziel ist daher geboten. Die im Vergleich zum bestehenden System wesentlich stärkere Berücksichtigung von Effizienz- und Anreizstrukturen dient zugleich der Umverteilung. Wenn alle Versicherten Anreize erhalten, die Gesundheitsleistungen bedarfsgerecht und sparsam in Anspruch zu nehmen, so kommt dies den Adressaten der Umverteilung zugute.

658. Um der Problematik des Trittbrettfahrerverhaltens zu begegnen und zugleich die Umverteilung zugunsten jener Bevölkerungsgruppen sicherzustellen, die von Natur aus oder als Folge von Unfällen etc. gesundheitliche Nachteile hinnehmen müssen, ist für die Existenz einer *gesetzlichen Versicherungspflicht* zu plädieren. In einem ausschließlich dem Marktprozeß überlassenen Krankenversicherungssystem würden die gesundheitlich Benachteiligten finanziell überfordert. Falls die Prämien nach dem Prinzip der individuellen Risikoäquivalenz kalkuliert werden, hätten die Versicherten mit überdurchschnittlich hohen Krankheitsrisiken Beiträge zu entrichten, deren Höhe die jeweilige Kaufkraft übersteigen würde.

659. Auf der Basis medizinischer, versicherungstechnischer und ökonomischer Kriterien wäre ein Regelversorgungskatalog zu erarbeiten, der von allen Krankenversicherungen angeboten wird. Vornehmlich geht es dabei um eine Neubestimmung des bestehenden Leistungskatalogs. Dieser Grundsicherungsbereich wäre zu dynamisieren, um medizinisch-technischen Fortschritt aufnehmen zu können. Die Monopolkommission verkennt nicht die Schwierigkeiten, die mit einem solchen Verfahren verbunden sind. Sie ist sich der Tatsache bewußt, daß ein breites Segment existiert, in dem – auch unter Einbeziehung von Werturteilen – über diagnostisch und therapeutisch notwendige Leistungen zu entscheiden ist. Dennoch stellt es *kein unüberwindbares Hindernis* dar. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich bereits mehrfach eingehend mit dieser Problematik befaßt und erste Lösungsansätze erarbeitet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ebenfalls begonnen, Schritte in diese Richtung einzuschlagen.

660. Die Versicherungen sollten ihre Kunden allein durch überzeugende Leistungsangebote anziehen. Ihre Attraktivität darf nicht durch Umverteilungsmaßnahmen künstlich hergestellt werden. Letztlich setzt das voraus, daß für die Versicherungsleistungen risikoäquivalente Prämien zu entrichten sind. In der Konsequenz wird das Solidarprinzip aus dem Versicherungssystem ausgegliedert. Ein solcher Vorschlag mag auf den ersten Blick politisch indiskutabel erscheinen, denn die distributionspolitischen Anliegen werden als unverzichtbare Elemente dieses Versicherungszweiges betrachtet. Die Beibehaltung des Solidarprinzips in seiner jetzigen Form, die letztlich auf Kosten von erheblichen Effizienzeinbußen erkauft wird, basiert jedoch auf illusorischen Vorstellungen. Worin der Solidarausgleich tatsächlich besteht und welche Verteilungsergebnisse er hervorbringt, ist letztendlich nicht genau feststellbar. Wie

die Analyse in Abschnitt 2.1.3 gezeigt hat, widerspricht das Solidarprinzip innerhalb der GKV allgemeinen Gerechtigkeitsvorstellungen. Für die zukünftige Gesundheitssicherung ist die Neugestaltung des Solidarausgleichs daher von zentraler Bedeutung. Er sollte zielgenau formuliert und mit allgemeinen Gerechtigkeitsvorstellungen in Einklang gebracht werden.

3.2.2 Ausgestaltung eines reformierten Krankenversicherungssystems

661. Eine gesundheitspolitische Reform, die diesen Ansprüchen genügt und die vom Gesetzgeber bereits eingeleiteten Schritte konsequent fortführt, sollte die folgenden Elemente umfassen:

- Umwandlung des Leistungskatalogs der GKV in eine Regelversorgung (obligatorische Grundsicherung) mit der Option zusätzlicher Wahlleistungen,
- Abkopplung des Versicherungsverhältnisses vom Arbeitsvertrag,
- Einführung eines Systems pauschaler Kopfprämien für die Regelversorgung,
- die Kopfprämie als Abzug vom zu versteuernden Einkommen,
- Verlagerung der verteilungspolitischen Zielsetzungen in das allgemeine Steuer- und Transfersystem,
- Einführung von Steuerungsinstrumenten im Sinne von Managed Care-Konzepten (vgl. Abschnitt 3.2.3),
- verstärkte Zusammenarbeit zwischen Patient und Krankenkasse;
- die bestehende Pflichtversicherung wird in eine Versicherungspflicht umgewandelt.

662. Der Solidarausgleich wäre außerhalb des Versicherungssystems über Steuern und Transfers zu bewältigen. Allgemeine Umverteilungs- und Sozialpolitik zählt nicht zu den Aufgaben eines beitragsfinanzierten Versicherungssystems. Typisch für ein Versicherungssystem sind indes die Merkmale Gefahrengemeinschaft, Ungewißheit und Risikoausgleich. Aus theoretischer Sicht vorzugswürdig erscheint es, Versicherungsleistungen auf der Grundlage risiko- adäquater Beiträge zu entgelten. Umverteilungsmaßnahmen sind unter originäre Staatsaufgaben zu subsumieren und folglich über Steuern und Transferzahlungen vorzunehmen. Das Steuer- und Transfersystem sollte verteilungspolitisch konsequent eingesetzt werden, um Bedürftigen eine ausreichende Sicherung für den Krankheitsfall zu ermöglichen.

663. Das Risiko zu erkranken besteht nicht erst ab einem bestimmten Alter, sondern von Geburt an und nimmt mit dem Lebensalter überproportional zu. Im Rahmen einer obligatorischen Grundsicherung gegen Krankheitsfolgen schließen alle Bürger ab einem bestimmten Alter – zum Beispiel ab Geburt – einen Mindestversicherungsvertrag ab. Zum Zeitpunkt des Eintritts in die Versicherung weisen folglich alle Mitglieder sehr ähnliche zukünftige Risiken auf. Unter

diesen Prämissen entsprechen risikoäquivalente Beiträge einer einheitlichen Kopfprämie. In einem wettbewerblichen System werden diese Prämien von Krankenversicherung zu Krankenversicherung unterschiedlich hoch sein und einen relevanten Wettbewerbsparameter darstellen. Mögliche Differenzierungen könnten nach Geschlecht bzw. bei angeborenen Behinderungen vorgenommen werden. Im Falle angeborener Behinderungen ist eine Sonderregelung erforderlich.

664. Für eine *wettbewerbliche Neuorientierung* des Krankenversicherungsschutzes sollte nach Auffassung der Monopolkommission ein solches Zukunftsmodell ins Auge gefaßt werden, das auf dem Konzept einer Regelversorgung basiert und für von Geburt an Pflichtversicherte gleiche Kopfpauschalen berechnet. Die Einkommensumverteilungselemente und die Familienlast sind von dem beitragsfinanzierten Versicherungssystem in das Steuer- und Transfersystem zu verlagern. Der Einkommensteuertarif würde einen entsprechend steileren Verlauf aufweisen. Damit würde die gesamte Bevölkerung – und nicht nur ein begrenzter Teil – an der Einkommensumverteilung beteiligt.

Der Beitrag zur Krankenversicherung wäre nicht mehr als prozentualer Bestandteil des Arbeitseinkommens definiert, sondern erhielte den Charakter *einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale*. Dem Beispiel der Schweiz folgend wäre dieser Beitrag zwischen Erwachsenen und Kindern in der Höhe differenziert. Demnach zahlen alle in einer bestimmten Krankenversicherung angesiedelten Erwachsenen denselben Beitrag, und auch die Kinderbeiträge sind nicht nach dem Alter differenziert. Um die heutigen Wirkungen des Familienlastenausgleichs aufzufangen, wären in den Fällen individueller Bedürftigkeit, die beispielsweise an die Anzahl der Kinder anknüpft, Direkttransfers in Erwägung zu ziehen. Alternativ könnte das bereits vorhandene Instrumentarium genutzt und erweitert werden, indem beispielsweise eine Anhebung des Kindergeldes erfolgt. In diesem Ordnungsrahmen zur Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes findet ein Ausgleich zwischen den Generationen sowie zwischen guten und schlechten Risiken statt.

3.2.3 Liberalisierung des Leistungs- und Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

665. Um den zu erwartenden Kassenwettbewerb auch auf die Ebene der Leistungserbringer transportieren zu können, müßte das Vertragsrecht zwischen Kassen und Leistungserbringern *weitgehend dereguliert* werden. Wie die differenzierten Managed Care-Modelle beispielsweise in der Schweiz zeigen, werden sich in einer solchen Rahmenordnung unterschiedliche Angebotsformen herausbilden. In diesem Zusammenhang ist auch eine engere Kooperation zwischen dem Patienten und seiner Krankenkasse wichtig. Auf diese Weise gewinnen die Kassen die für sie notwendigen Einblicke in die Preis-Leistungs-Relationen und damit stärkere Kontrollmöglichkeiten der Qualität der Leistungserbringer. Sie müssen die

Gelegenheit erhalten, direkt mit niedergelassenen Ärzten – oder auch der entsprechenden Vereinigung – Vereinbarungen über die Ausgestaltung und die Preise der zu erbringenden Leistungen zu treffen. Im Bereich der stationären Versorgung sollten sie direkt mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen können.

Die Vielfalt an Versorgungsformen, die sich aufgrund eines liberalisierten Leistungs- und Vertragsrechts entwickelt, wird unter den Begriff *Managed Care* subsumiert. Grundlage dieser Steuerungselemente ist zumeist die Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten, was die Leistungserbringer betrifft. Die Krankenkassen gewährleisten eine ausreichende Gesundheitsversorgung, sind für die Finanzierung verantwortlich und haben beispielsweise eine Gruppe von Leistungserbringern unter Vertrag genommen. Die Versicherten wenden sich im Krankheitsfall – mit Ausnahme von Notfällen – zunächst an diese Gruppe und erhalten im Gegenzug günstigere Beiträge. Grob vereinfacht entspricht dies dem Modell einer HMO-Praxis.¹¹⁾

Grundlage sämtlicher *Managed Care*-Konzeptionen ist die Freiheit, Verträge zwischen Krankenversicherungen und einzelnen Leistungserbringern sowie auch Gruppen von Leistungserbringern abzuschließen. Vertragskomponenten sind die wesentlichen Bedingungen, die im Zuge der Leistungserbringung zu klären sind. Hierzu zählen das Honorierungsverfahren, Qualitätsnormen und auch Vorstrukturierungen des Leistungsangebots. Derartige Versorgungsformen sollten im Wettbewerb entstehen und nicht administrativ vorgeschrieben werden. Für alle Beteiligten des Gesundheitswesens – Leistungserbringer, Versicherte und Krankenversicherungen – ergeben sich neue Chancen und Risiken. Der einzelne Versicherte wird nur dann eine neue Versorgungsform wählen, wenn er sich davon einen Vorteil verspricht. Daher muß für die *Managed Care*-Organisation die Möglichkeit gegeben sein, das im Rahmen dieser Versorgungsform realisierte Einsparpotential den Versicherten zugute kommen zu lassen. Die Versicherten erhalten entweder Beitragsreduktionen oder Zusatzleistungen. Die Versicherungen müssen die Möglichkeit haben, individuelle Verträge mit den Versicherten abschließen zu können.

666. In einem wettbewerblichen Umfeld werden sich anstelle der heute noch weitgehend getrennten, wenig abgestimmten und professionsorientierten Angebotsformen integrierte, patienten- und versichererorientierte Konzepte durchsetzen. Wie bereits dargestellt, nutzen innovative Krankenkassen bereits jetzt die ihnen durch das Zweite Neuordnungsgesetz eröffneten Handlungsspielräume und führen versuchsweise *alternative Versorgungsmodelle* ein. Es wird jedoch auch weiterhin die Möglichkeit für die Versicherten geben, die traditionellen Versorgungsformen in Anspruch zu nehmen. Die Versicherten könnten nur dann von ihrer Kassenwahlfreiheit profitieren, wenn diese auch tatsächlich verschiedene Optionen bereitstellt. Die Kassen wiederum müssen die Möglichkeit haben, auf die Form der Leistungs-

erbringung und die Finanzierung direkt Einfluß zu nehmen, um überhaupt unterschiedliche Alternativen offerieren zu können. Die Entwicklung, die in der Schweiz seit der Reformierung des dortigen Gesundheitssystems einsetzte, belegt dies.

667. Die Gestaltungsparameter der Krankenkassen im Wettbewerb reichen gegenwärtig noch nicht aus. Die Kassen verfügen weder in ihrem Leistungsspektrum noch in ihren Beziehungen zu den Leistungserbringern über nennenswerte Handlungsmöglichkeiten. Vorteilhaft ist zu bewerten, daß ihnen die Option eingeräumt wurde, in Modellversuchen neue Versorgungsformen zu erproben. Die Kassen zeigen bereits Interesse an derartigen Modellversuchen: Im Jahre 1997 waren mehr als 6.000 Ärzte an über 35 Modellversuchen beteiligt. Der Tendenz nach sind die Ortskrankenkassen am häufigsten an Verträgen über neue Versorgungsformen beteiligt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlins schloß beispielsweise eine „Kodex-Vereinbarung“ mit der dortigen AOK, um die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren und eine stärkere Verlagerung von bislang stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor zu erreichen. Derzeit nehmen rund 1.800 Vertragsärzte teil. Die Kodex-Ärzte erhalten Honorar-Pauschalen für eine Reihe von Leistungen, wie z. B. ambulantes Operieren, zusätzlich zur Gesamtvergütung. Allerdings ist die versuchsweise Einführung derartiger Konzepte an die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen gebunden. Dies muß wiederum als Nachteil betrachtet werden, der die Einführung beispielsweise von sektorübergreifenden, den ambulanten und stationären Bereich verbindenden Leistungsformen erschweren kann.

668. Mittelfristig sind *erhebliche Effizienzpotentiale* erschließbar. Voraussetzung hierfür ist die Liberalisierung des Vertragsrechts, die es den Krankenkassen und -versicherungen ermöglicht, freie Verträge mit allen Leistungserbringern zu vereinbaren. Dabei sollte es möglich sein, sowohl Verträge mit einzelnen Leistungserbringern als auch mit Gruppen abzuschließen. Eine Veränderung der Entgeltstruktur könnte stärkere Anreize zu wirtschaftlichem Handeln setzen. Die in Abschnitt 2.2 dargestellten Anreizwirkungen verdeutlichen, daß die derzeitigen Entlohnungsformen nicht zu einer wirtschaftlichen Inanspruchnahme bzw. Erbringung von Leistungen beitragen. Alternative Ausgestaltungen der Vergütungsstruktur könnten daher zu Kostensenkungen beitragen. Auch in diesem Bereich müßte den Krankenkassen ein größerer Spielraum gewährt werden, mit Fallpauschalen, Sonderpflegesätzen, Budgetierungen, Patienten-Kopfpauschalen etc. zu experimentieren.

669. Die verbesserungswürdige Ausgestaltung der Verzahnung zwischen den einzelnen Teilbereichen des derzeit bestehenden Gesundheitsversorgungssystems führt zu einer mangelhaften Abstimmung der medizinischen Behandlung zwischen verschiedenen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern mit der Folge unnötiger Doppeluntersuchungen. Dürften die Versicherungen in den Verträgen integrierte, patienten-orientierte Leistungsformen begünstigen, ließen sich auf diese Weise Kostensenkungen und

¹¹⁾ Vgl. Tz. 671.

zugleich Qualitätsverbesserungen erreichen. Die Kassen könnten auf dem Wege eines selektiven Kontrahierens denjenigen Leistungserbringern den Vorrang einräumen, die den Versicherten ein umfassendes, abgestimmtes, qualitativ hochwertiges und kostengünstiges Leistungspaket offerieren. Dies gelingt jedoch nur dann, wenn die einzelnen Kassen eine *selbständige Vertragspolitik* entwickeln können und nicht mehr – wie bislang – „gemeinsam und einheitlich“ vorgehen müssen. Als bevorzugte Vertragspartner der Krankenkassen und -versicherungen kristallisieren sich in einem solchen, wettbewerblich gelenkten System die Leistungserbringer und Organisationsformen der Leistungserbringer heraus, die eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Versorgung erwarten lassen. Ein wesentlicher Vorteil eines wettbewerblich organisierten Versorgungssystems ist die entstehende Vielfalt der Vertrags- und Organisationsformen. So würden sich Verträge mit einzelnen Ärzten und unterschiedlichen Ärzteguppen genauso anbieten, wie Organisationen, die eine integrierte, patientenbezogene Vollversorgung aus ambulanten, stationären, medikamentösen Leistungen der Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation bereitstellen.

670. Heute existiert ein *ausdrücklicher Sicherstellungsauftrag*: Für den stationären Bereich liegt er bei den Ländern und für den ambulanten Bereich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein solcher wäre in einem durch Wettbewerb zwischen den Versicherungen gekennzeichneten System entbehrlich. Die Beiträge und Leistungsqualität würden zu Instrumenten, die im Wettbewerb eingesetzt werden, und die Krankenversicherungen müßten Gesundheitsleistungen in hinreichendem Umfang bereitstellen, um im Wettbewerb bestehen zu können. Damit obliegt den Krankenkassen der Sicherstellungsauftrag, und zwar für alle Arten versicherter Leistungen.

Diese Form der Vertragsfreiheit setzt voraus, daß die Kassen auch über Mitarbeiter mit entsprechendem medizinischen Sachverstand verfügen. Sie müssen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsleistungen bewerten zu können. Auch die sachkundige Information und Lenkung der Patienten könnte eine zusätzliche Ebene von Wettbewerbsparametern erschließen. Ein solcher Versuch ist in den Niederlanden und auch in Deutschland in Form des Hausarztssystems unternommen worden. Der Hausarzt ist zugleich „Gatekeeper“ sowie sachkundiger Berater, Begleiter und Koordinator für den Patienten.

671. Die Reformierung des Gesundheitssystems in der Schweiz¹²⁾ hat dort beispielsweise zu verschiedenen Versorgungsformen – und zwar sowohl im Bereich der Grundversorgung als auch bei der Zusatzversicherung – geführt. Bekannt sind die auch in den USA verbreiteten Health Maintenance Organizations (HMO), die im Kern eine Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit darstellen: Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst einen Arzt in der HMO-Praxis zu konsultieren, der über eine Überweisung zum Spezialisten oder ins Kran-

kenhaus entscheidet. Die damit verbundene Einschränkung der Arztwahlfreiheit geht mit einer Prämienreduktion in Höhe von 20% für die Versicherten einher. Die HMOs finanzieren sich nicht auf der Basis von Einzelleistungsabrechnungen, sondern erhalten eine *Kopfpauschale je Versichertem*. Zu den neu entstandenen Krankenversicherungsformen gehört auch die *Bonus-Versicherung*, die einen Prämienrabatt für das Folgejahr ermöglicht, falls Versicherte in einem Jahr keine Kosten verursachen. Der Rabatt steigt von Jahr zu Jahr und erreicht mit effektiv knapp 40% nach fünf Jahren seinen Höchststand. Hinzu kommt die *Wählbare Jahresfranchise*, die eine Form des Selbstbehalts darstellt. Versicherte, die eine höhere als die ordentliche Franchise wählen, erhalten einen Prämienrabatt und müssen dafür im Krankheitsfall einen größeren Teil der Kosten selbst bezahlen. Dabei stehen drei Franchise-stufen zur Auswahl: 350, 600 und 1 200 Schweizer Franken.

Die Versicherten in der Schweiz nehmen die alternativen Versicherungsangebote bislang – das neue Krankenversicherungsgesetz trat am 1. Januar 1996 in Kraft – nur zögerlich in Anspruch. Im Jahre 1996 haben 1,7% der obligatorisch grundversicherten Wohnbevölkerung ein solches Versicherungsprodukt gewählt. Relativ viele Versicherte haben sich dagegen für andere Versorgungsformen der Grundversicherung entschieden (höhere Franchise: 32% der Versicherten, Bonusversicherung: 0,4%). Das Angebot an solchen Versicherungspaketen war 1996 in der Grundversicherung allerdings auch noch sehr beschränkt. Alternative Versicherungsprodukte sind zuerst vor allem in der Zusatzversicherung entwickelt worden. Der Wettbewerb unter den schweizerischen Krankenkassen hat sich seit 1996 intensiviert. Dies ist an den Werbeanstrengungen und den Produktdifferenzierungen abzulesen. Parallel dazu nimmt die Kassentreue im Bereich der Grundsicherung ab.

3.2.4 Umsetzungsprobleme

672. In einem System mit alterskonstanten Beiträgen darf der Wettbewerb nicht nur auf den Eintrittszeitpunkt beschränkt sein. Diese Situation ist zur Zeit in der privaten Krankenversicherung anzutreffen. Ursächlich ist die Kalkulationsmethode, nach der die Alterungsrückstellungen gebildet werden, sowie die Tatsache, daß dieser Kapitalstock im Falle des Versicherungsverwechslens bei der ehemaligen Krankenversicherung verbleibt. Wichtige Voraussetzung wäre also, die Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungsverwechsel mitzugeben.¹³⁾ Die Versicherten müßten in regelmäßigen Abständen darüber informiert werden, welche Summe an Alterungsrückstellungen bis zu diesem Zeitpunkt akkumuliert wurde. Ferner sind nicht die durchschnittlichen Alterungsrückstellungen, sondern die individuellen Kostenprospekte zu ermitteln.

¹²⁾ Für eine ausführlichere Darstellung des reformierten Schweizerischen Gesundheitssystems vgl. Tz. 682 ff.

¹³⁾ Die damit verbundenen Probleme werden in Tz. 676 ff. diskutiert.

673. Das von der Monopolkommission vorgeschlagene Zukunftsmodell hat in der praktischen Umsetzung zur Folge, ein *privates Versicherungspflichtsystem* zu implementieren. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, zunächst die aus ordnungspolitischer Sicht problematischen Bereiche des PKV-Systems zu analysieren. Auf diese Weise kann vermeidbaren Fehlentwicklungen und unerwünschten Strukturen im vorhinein entgegengewirkt werden. Für die Bedingungen in diesem Krankenversicherungszweig ist die *Langfristigkeit der abgeschlossenen Verträge* und der *fehlende Kontrahierungszwang* kennzeichnend. Um die Krankheitsrisiken vor Vertragsabschluß einstuft zu können, verlangen die Versicherungsunternehmen zumeist ausführliche Informationen zum Gesundheitszustand einschließlich einer Angabe der behandelnden Ärzte. Werden die potentiellen Versicherungsnehmer sodann als ungünstige Risiken beurteilt, können Zuschläge zu den Tarifprämien oder Leistungsausschlüsse für bestimmte Vorerkrankungen vereinbart werden. Der fehlende Aufnahmehang beläßt den Versicherungen die Freiheit, einen Kunden auch abzulehnen. Erkennbare Vorerkrankungen und Risikofaktoren mindern daher die Chancen, einen privaten Krankenversicherungsvertrag (ohne Zuschläge bzw. Ausschlüsse) abschließen zu können.

674. Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsprechend verzichten die Versicherer ihrerseits auf ihr ordentliches Kündigungsrecht. Folglich wird ein bereits privat Krankenversicherter, für den während seines Lebens gewisse Risikofaktoren erkennbar werden, fortan ohne Prämienanhebungen versichert. Da die privaten Unternehmen in der Lage sein müssen, die zukünftig zu erwartenden spezifischen Krankheitskostensteigerungen abzudecken, werden die *lebensalterabhängigen Kosten* durch die Bildung von Alterungsrückstellungen in der Tarifikalkulation erfaßt. Anderenfalls würde sich im Alter ein starker Anstieg der Prämien ergeben. Die Tarifikalkulation folgt dem Prinzip der versicherungstechnischen Äquivalenz. Über die Laufzeit des Versicherungsvertrages hinweg sollen die Prämien konstant bleiben. Die zu Beginn der Laufzeit – in jungen Jahren – akkumulierten Sparanteile müssen eine bestimmte Höhe erreichen, um die gegen Ende der Laufzeit zu erwartenden Krankheitskosten abzudecken. Je nach Eintrittsalter sind die Prämien daher unterschiedlich hoch. Die Beitragshöhe ist ferner von dem für die jeweils angesparten Alterungsrückstellungen zugrunde gelegten Kalkulationszinssatz und den Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten abhängig.

675. Die Monopolkommission hat sich in ihrem siebten Hauptgutachten *nicht* dafür ausgesprochen, den PKV-Bereich stärker zu liberalisieren. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen hielt sie wettbewerbliche Prozesse durch die Mitgabe von Alterungsrückstellungen im Falle des Versicherungsverwechslers für nicht wahrscheinlich. Die Empfehlung beruht auf der Annahme, die Rückstellungen berechneten sich auf der Grundlage der bestehenden Kalkulationsverfahren, bei dem für gute wie für schlechte Risiken dieselbe Rückstellungshöhe ermittelt wird. Diese Kalkulationsmethode bildet zusammen mit der

Nichtübertragbarkeit der Rückstellungen das wesentliche Wettbewerbshemmnis in der PKV. Zugleich haben die Versicherungen einen Anreiz, die Prämien für Neuversicherte möglichst niedrig anzusetzen.

676. In einem privaten Versicherungspflichtsystem, das für die Zukunft angestrebt werden kann, dürfen die aufgezeigten Einschränkungen des Wettbewerbs mit der einhergehenden Benachteiligung der schlechten Risiken nicht auftreten. Die Wechselmöglichkeiten müssen für alle Versicherten *gleichermaßen* gewährleistet sein. Die Alterungsrückstellungen sollten daher die individuellen Kostenprospekte widerspiegeln und im Falle des Versicherungsverwechslers mitgegeben werden. Nach Ansicht verschiedener Experten stößt dies in der Praxis auf erhebliche Schwierigkeiten. Das Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter, die vom Bundesfinanzministerium eingesetzt wurde, weist auf die Probleme hin und rät von dieser Möglichkeit ab.

Die genannten Einwände beziehen sich größtenteils auf Probleme, die lediglich übergangsweise zu erwarten sind. Die Problematik fehlender Datengrundlagen beruht darauf, daß das benötigte Datenmaterial entweder derzeit nicht verfügbar ist, oder aber die entsprechenden Informationen noch nicht richtig verknüpft sind. Remedur könnte der Aufbau von Statistiken über durchschnittliche Folgebehandlungskosten, Sterblichkeiten in Abhängigkeit von Erkrankungen und ähnliches schaffen. Die Expertenkommission verweist darauf, daß präzise Rechnungsgrundlagen über diese Zusammenhänge bisher nicht vorzufinden seien. Die Aussage belegt, daß es sich um eine übergangsweise auftretende Problematik handelt. Die Aufbringung der Mittel für die Mitgabe hoher Alterungsrückstellungen wird von der Expertenkommission sogleich als temporäre Schwierigkeit identifiziert.

Der Hinweis auf die zu erwartenden Transaktionskosten ist ebenfalls nicht stichhaltig genug, von dem vorgeschlagenen System Abstand zu nehmen. Häufig wird eingewendet, der zu erwartende zahlreich eintretende Wechsel der Krankenversicherung führe dazu, die Verwaltungskosten der Versicherungen stark ansteigen zu lassen. Demzufolge müßten wiederum die Prämien steigen, und die erhofften wettbewerblichen Wirkungen würden konterkariert. Im bestehenden PKV-System lassen sich die bei einem Wechsel anfallenden Kosten jedoch hauptsächlich auf Abschlußkosten aus Provisionszahlungen an Versicherungsvermittler zurückführen. Daher würde es sich empfehlen, die Provisionsregelungen mehr an der Laufzeit des Versicherungsvertrages als an den Abschluß zu koppeln. Auf diese Weise würden die Abschlußkosten durch Versicherungsverwechslers nicht wesentlich ansteigen. Ferner wird bereits das potentielle Wechseln der Versicherung für wettbewerbliche Prozesse sorgen. Kostengünstigere Versicherungen sind mit der Möglichkeit konfrontiert, daß ihre Versicherten zu günstigeren oder qualitativ überlegenen Konkurrenten abwandern werden, und sie werden daher ihr Angebot den Präferenzen ihrer Kunden entsprechend verbessern. Inwiefern die Ver-

sicherungsnehmer von dieser Option Gebrauch machen werden, läßt sich a priori nicht prognostizieren. Daß intensive Wanderungsbewegungen einsetzen, ist zunächst weniger wahrscheinlich. Von großer Bedeutung für die Wirkungen wettbewerblicher Prozesse ist jedoch die *Möglichkeit*, einen anderen Anbieter auszuwählen zu können.

677. Als zentrale Prämisse müßten die individuellen Alterungsrückstellungen so zuverlässig berechnet werden, daß sie von den Versicherungen als richtig akzeptiert werden. Somit haben gerade die Versicherungen, die für die Ermittlung der Rückstellungshöhe aufgrund ihres Erfahrungshintergrundes in Frage kommen, ein fundamentales Interesse an den Kalkulationsverfahren. Warum es nicht möglich sein kann, die Alterungsrückstellungen hinreichend genau – oder zumindest approximativ – zu ermitteln, ist nicht einzusehen. Bereits heute ist es in der PKV gängige Praxis, durch Kalkulation und Erhebung von Risikozuschlägen oder auch Leistungsausschlußprinzipien – z. B. im Falle chronischer Krankheiten – eine Annäherung an Risikoäquivalenz herzustellen, die seit Jahrzehnten praktiziert wird. Die hierbei zugrunde gelegten Methoden und Tabellen wären entsprechend weiterzuentwickeln.

Nach Auffassung der Monopolkommission ist der Wettbewerb das optimale Instrument, Kalkulationsverfahren hervorzubringen, die den genannten Ansprüchen zu genügen vermögen. Die Ermittlung risikogerechter Alterungsrückstellungen selbst stellt auf dem durch Konkurrenzbeziehungen gekennzeichneten Krankenversicherungsmarkt einen wesentlichen Wettbewerbsparameter dar. Sowohl die Versicherungskonsumenten wie auch die Krankenkassen werden ein Interesse daran haben, die Höhe so genau wie möglich zu bestimmen. Für die Versicherten hat die Rückstellung in zweifacher Hinsicht eine wesentliche Bedeutung. Dies gilt sowohl im Hinblick auf einen möglichen Kassenwechsel als auch für die im Alter in Anspruch zu nehmenden Gesundheitsleistungen. Die Krankenversicherungen stehen untereinander in Konkurrenz, zugleich müssen sie sich in bezug auf die Alterungsrückstellungen bei wechselbereiten Versicherten einig werden. Nach Auffassung der Monopolkommission sind diese Anreizwirkungen ausreichend, das Problem in absehbarer Zeit zu lösen.

Da Individuen zumeist *risikoscheu* sind, haben sie ein starkes Interesse daran, sich gegen eine individuelle Verschlechterung des Krankheitsrisikos abzusichern. Die Krankenversicherungen könnten sich auf dem Wege von Rückversicherungen oder zusätzlichen Kapitalrückstellungen für Großrisiken absichern. Der Wechsel einer Versicherung sollte für alle Individuen gleichermaßen möglich sein. Daher müßten auch die Sonderrückstellungen bzw. die Zahlungen der Rückversicherung mitgegeben werden.

678. In dem dargelegten Ordnungsrahmen hätte beispielsweise ein chronisch Kranker, dessen Ausgabensrisiko für den Rest seines Lebens über dem Durchschnittsrisiko seiner Altersklasse liegen wird, die Möglichkeit, zu einer kostengünstigeren Versicherung zu wechseln. Die alte Versicherung müßte ihm

einen Kapitalbetrag mitgeben, der den zukünftig zu erwartenden individuellen Ausgaben abzüglich der zukünftigen Einnahmen entspricht. Die Einnahmen ergeben sich aus der Multiplikation der Prämien mit der Restlebenserwartung. Beide Versicherungen hätten einen Anreiz, den mitzugebenden sowie den zu fordernden Kapitalbetrag möglichst genau zu ermitteln. Die abgebende Versicherung kalkuliert die Summe, die sie der Patient in dem Falle kostet, daß er weiterhin bei ihr versichert bleibt. Gibt sie ihm diese Summe mit, stellt sie sich keinesfalls schlechter und zieht gegebenenfalls Vorteile daraus, daß sie Einsparungen bei den zukünftigen Krankheitskosten erwarten kann. Bei jedem unterhalb des von ihr berechneten Kostenprospekts liegenden Betrag stellt sie sich sogar besser, bei gleicher Höhe auf jeden Fall nicht schlechter, wenn der Patient wechselt. Die kostengünstigere Versicherung geht anhand ähnlicher Überlegungen vor: Sie überprüft, welchen Betrag sie der aufzunehmende Patient zusätzlich kosten wird. Da sie günstiger kalkuliert, werden sowohl die vom Versicherten zu entrichtende Prämie als auch die Alterungsrückstellung geringer sein. Das Szenario von erheblichen und das System gefährdenden Abstimmungsproblemen zwischen abgebender und aufnehmender Versicherung ist angesichts der dargelegten Anreizstrukturen nicht sehr realistisch.

679. Übergangsweise auftretende Probleme resultieren aus den trotz Risikostrukturausgleich ungleich verteilten Risikostrukturen zwischen den verschiedenen Versicherungen. Nach wie vor ist die Altersverteilung unterschiedlich, die im Rahmen des Risikostrukturausgleichs fließenden Zahlungsströme belegen dies. Anstelle einer unbeschränkten Weiterführung des Risikostrukturausgleichs – der in dem reformierten System ohnehin entbehrlich wäre – erscheint die Errichtung eines *gemeinsamen Ausgleichsfonds* bedenkenswert. Dieser Ausgleichsfonds würde alle in der Regelversorgung tätigen Krankenkassen umfassen, die pro Mitglied einen Beitrag in diesen Fonds entrichten.

Für die Funktionsfähigkeit eines Versicherungssystems ist von Belang, ob es auch extrem hohe Auszahlungen verkraftet. Daher könnte der Ausgleichsfonds genutzt werden, um bestimmte Großrisiken abzudecken. Diese Großrisiken wären – analog zu der Vorgehensweise im Regelversorgungsbereich – zuvor festzulegen. In der Praxis existiert bereits ein solcher Ausgleichsfonds zwischen einigen Betriebskrankenkassen, zunächst allerdings nur auf Landesebene. Eine Ausdehnung auf die Bundesebene wird zur Zeit verhandelt. Ein Versicherungssystem kann um so besser große Auszahlungen leisten, je umfassender die Risikogemeinschaft ist. Daher ist ein *versicherungsübergreifender Ausgleich* gerade bei einer solchen Struktur zu empfehlen, die durch viele verschiedene Versicherungen gekennzeichnet ist. Die einzelne Krankenversicherung kann anderenfalls für einen selten eintretenden, ihre Finanzkraft jedoch möglicherweise übersteigenden Großschaden nicht mehr aufkommen. Der versicherungsübergreifende Ausgleich sollte – dem Beispiel anderer Versicherungszweige folgend – durch den Abschluß von Rückversicherungen erfolgen.

680. Ein weiteres übergangsweise auftretendes Problem bezieht sich auf die möglichen *Rechtsformumwandlungen* der derzeit tätigen Krankenversicherungen, die durch die Koexistenz von öffentlich-rechtlichen Körperschaften und privatwirtschaftlichen Unternehmen charakterisiert ist. In der Praxis könnten die gesetzlichen Krankenkassen entweder in eine privat-rechtliche Rechtsform überführt werden oder alternativ als öffentlich-rechtliche Anstalten weitergeführt werden. Bei der zweiten Alternative ist jedoch darauf zu achten, eine steuerliche Gleichbehandlung zu gewährleisten.

3.2.5 Vorzüge des privaten Versicherungspflichtsystems

681. Das dargestellte Zukunftsmodell zur Organisation des Krankenversicherungsschutzes bietet verschiedene Vorteile. Unter den genannten Prämissen entsprechen risikoadäquate Beiträge einheitlichen Kopfpauschalen. Die spezifische Art risikoäquivalenter Prämien neutralisiert den Anreiz zur Risikoselektion weitestgehend. Die Instrumente Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot üben lediglich ergänzende Funktionen aus und wären folglich nicht zwingend. Die Prämien werden von Versicherung zu Versicherung unterschiedlich hoch sein. Eine kostengünstigere Krankenkasse verlangt mithin niedrigere Beiträge. Folglich wird ein Preis- und Leistungswettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ausgelöst, in dem die Liberalisierung des Vertrags- und Leistungsrechts eine wesentliche Determinante darstellt. Da das Versicherungsverhältnis individualisiert und vom Arbeitsverhältnis entkoppelt wäre, entfielen der Arbeitgeberbeitrag. Die unerwünschten Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt, die dem derzeitigen System zur Last gelegt werden können, treten nicht mehr auf.

Die im Verlauf des Versicherungsverhältnisses einheitlichen Prämien wirken der Gefahr einer finanziellen Überforderung im Alter sowie bei drastischer Verschlechterung des individuellen Gesundheitszustandes entgegen. Zugleich wird der Risikoausgleich zwischen jung und alt, gesund und krank sowie Klein- und Grobriken realisiert. Das auf diese Weise verwirklichte Solidaritätsprinzip ist zielgenauer als im jetzigen System. Für Fälle individueller Bedürftigkeit ist – dem Beispiel der Schweiz folgend – ein Transfersystem vorzusehen, das die Zahlungsfähigkeit von Haushalten mit geringem Einkommen bzw. zahlreichen Familienmitgliedern sowie Nichterwerbstätigen aufstockt. Die Umsetzbarkeit des dargestellten Modells in die Praxis läßt sich anhand der Erfahrungen in der Schweiz aufzeigen.

3.3 Die Ausgestaltung des reformierten schweizerischen Gesundheitssystems

682. Ausgangspunkt für eine grundlegende Umstrukturierung des schweizerischen Gesundheitssystems bildeten die folgenden Überlegungen. Bei den Gesundheitsdienstleistungsmärkten handelt es sich um *Anbietermärkte*, d. h. Art und Umfang der Leistungen werden von den Leistungserbringern definiert. Die Anreizstrukturen in diesen Märkten bewir-

ken, daß alle Beteiligten an einer Leistungsausweitung interessiert sind. In der Folge weisen die Kosten und damit die Belastung der Versicherten und der öffentlichen Hand eine ungebremsende Tendenz zum Wachstum auf. Die Grundidee eines reformierten Systems basiert auf einer stärkeren Stellung der Versicherungsunternehmen als Nachfrager. Die Nachfrage der Versicherten wird bei den Krankenkassen gebündelt, um ein Gegengewicht zu den bislang kartellistisch auftretenden Leistungserbringern zu bilden. Die Versicherer wiederum treten als Einkäufer der Gesundheitsleistungen auf und schaffen damit *Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern*. Versicherte, die bereit sind, auf einen Teil der Arztwahlfreiheit zu verzichten, kommen in den Genuß günstigerer Prämien. Die Umsetzung dieses Konzepts bedingt, daß die Verbände der Ärzte und Krankenkassen ihren Mitgliedern Vertragsfreiheit zugestehen. Der Wettbewerb soll seine Funktion erfüllen, das beste Angebot zu selektieren. Dieses Angebot wird sich im Wettbewerb der Versicherer durchsetzen können, und die Versicherungen mit attraktiven und kostengünstigen Produkten werden einen Zustrom an Versicherten zu verzeichnen haben.

683. Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) trat am 1. Januar 1996 in Kraft. Damit wurde eine (bislang nicht gegebene) *Versicherungspflicht* für die gesamte erwerbs- und nichterwerbstätige schweizerische Bevölkerung eingeführt. Die Versicherungspflicht soll die Risikoselektion einschränken. Die Versicherungen unterliegen einem Kontrahierungszwang. Es wird zwischen einem Grundsicherungsbeitrag und der Zusatzversicherung differenziert, wobei die Versicherer getrennte Kostenrechnungen führen müssen, um Quersubventionierungen zu verhindern. Die *Grundsicherung* umfaßt im Kern die ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel, Analysen sowie Inanspruchnahme medizinischer Hilfspersonen. Nach den Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes (UYG) besteht für die erwerbstätige Bevölkerung eine Unfallversicherungspflicht. Die Unfallversicherung bildet einen eigenen Sozialversicherungszweig. Die nichterwerbstätige Bevölkerung ist ebenfalls obligatorisch unfallversichert, gesetzliche Grundlage ist in diesem Fall jedoch das KVG. Soweit keine obligatorische Unfallversicherung gemäß UVG besteht, gilt das Prinzip einer subsidiären Unfalldeckung durch die Krankenkassen.

Zahnarztbehandlungen gehen grundsätzlich zu Lasten der Individuen, sind also von Ausnahmen abgesehen nicht im Grundsicherungskatalog eingeschlossen. Die Unfallversicherung tritt in den Fällen ein, in denen Zahn- und Kieferbehandlungen auf Unfälle zurückzuführen sind. Aus einer Krankheit resultierende Behandlungskosten werden von der Krankenversicherung übernommen.

Das KVG benennt zwei Formen der Selbstbeteiligung. Die eine ist die sog. *Franchise*, ein wählbarer Betrag, der von den Versicherten pro Kalenderjahr selbst aufgebracht werden muß, bevor ein Leistungsanspruch an die Krankenkasse geltend gemacht werden kann. Die andere Form ist der *Selbstbehalt*, dieser beträgt 10 % von den Arztrechnungen im Falle ambulanter Behandlungen. Im Bereich der stationä-

reh Versorgung gibt es keine prozentuale Beteiligung, sondern ein pro Kalenderjahr festgelegtes Selbstbeteiligungsmaximum. Die Finanzierung der Grundversicherung erfolgt durch ein System von *Kopfprämien*, die weder nach Geschlecht noch nach Alter oder Eintrittsalter differenziert werden dürfen, sondern für Erwachsene identisch sein müssen. Die Prämien für Erwachsene sind innerhalb des Kantons bzw. einer Region des Kantons identisch. Beispielsweise existieren im Kanton Bern drei unterschiedlich hohe Prämien, und zwar für ländliche, städtische und für Zwischenregionen. Die Prämien sind folglich regional einheitlich und kantonal abgestuft. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen gibt es nicht; Kinder sind ebenfalls prämienspflichtig. Die Versicherungseinrichtungen werden im Vergleich zum Status quo ante nicht mehr direkt subventioniert. Personen in wirtschaftlich ungünstigen Verhältnissen haben jedoch Anspruch auf Prämienverbilligungsbeiträge des Kantons bzw. des Bundes.

684. Zur teilweisen Kompensation ungünstiger Risikostrukturen der einzelnen Versorgungseinrichtungen wurde ein *Risikoausgleichsfonds* eingerichtet, wobei nach den beiden Risikofaktoren Alter und Geschlecht kompensiert wird. Für die Zulassung der Leistungserbringer enthält das KVG explizite Regelungen. Grundsätzlich verfügen die Versicherten über die uneingeschränkte Wahlfreiheit hinsichtlich des Leistungserbringers. Sie können dieses Recht jedoch freiwillig einschränken. Diese selbstwählbare Einschränkung bildet die Grundlage für kostenbegrenzende Versicherungsprodukte. Der Verzicht auf die uneingeschränkte Arztfreiheit bedeutet zugleich einen Prämienrabatt. Die Spitalwahlfreiheit kann ebenfalls begrenzt werden.

685. Die Kopfprämien bewegen sich im Rahmen von 150 bis 360 Schweizer Franken für erwachsene Versicherte. Die in einer ländlichen Region zu entrichtende günstige Prämie in Höhe von 150 Franken ist darauf zurückzuführen, daß dieser Kanton keine eigene stationäre Spezialversorgung anbietet. 360 Franken sind in Genf zu entrichten.

686. Auch in der neuen gesetzlichen Rahmenordnung ist ein fortschreitendes Kostenwachstum festzustellen. Viele Versicherte verzichten daher auf eine Zusatzversicherung und beschränken sich auf eine Grundversicherungsdeckung. Die Zusatzversicherung deckt beispielsweise die Kosten für Ein- oder Zweibettzimmer im Spital, für höhere Arzthonorare bei freier Arztwahl im Spital (z. B. privatärztliche Behandlung), für zusätzliche Medikamente, alternative Heilbehandlungen etc. Da die obligatorische Grundversicherung alle für die Behandlung von Krankheiten notwendigen Leistungen einschließt, bedeutet der Verzicht auf die Zusatzversicherung für die Versicherten *keine einschneidenden Konsequenzen*. Ursächlich für den Kostenanstieg ist jedoch nicht die im Zuge der Reform geschaffene neue Struktur. Wie in allen Gesundheitssystemen machen sich die Faktoren Alterung der Bevölkerung sowie Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts auch im schweizerischen Gesundheitswesen bemerkbar. Hinzu kommen die Ausweitung des Pflichtleistungs-

katalogs der Versicherer und als wesentlicher Faktor eine Veränderung in der Finanzierung des stationären Sektors. Die aus öffentlichen Mitteln finanzierten Betriebskosten der Krankenhäuser wurden reduziert (Reduktion des Kostendeckungsgrades auf 50%), und diese Finanzierungsströme wurden auf die Versicherten umgelenkt.

687. Trotz eines starken Konzentrationsprozesses auf dem Versicherungsmarkt, der bereits seit mehreren Jahrzehnten zu beobachten ist, wird die *Wettbewerbsintensität* als relativ hoch angesehen. Bislang waren keine Wettbewerbsabreden festzustellen, die zu wesentlichen Wettbewerbsbeeinträchtigungen geführt haben. Auch konnten keine Mißbräuche marktbeherrschender Stellungen beanstandet werden. Vielmehr ist zu konstatieren, daß die Kassentreue der Versicherten mehr und mehr nachläßt und die Versicherungen eine Vielfalt innovativer Produkte anbieten.

Gegenüber der traditionellen Versicherung weist die HMO-Versicherung Kosteneinsparungen von 30 bis 35% auf. Dies wird durch eine Reihe von Faktoren bewirkt, vornehmlich durch seltenere Krankenhausweisungen, niedrigere Arzneimittelkosten, sorgfältige Auswahl der Spezialisten und Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Das Modell der HMO wird häufig unter dem Vorbehalt betrachtet, daß die Kosteneinsparung zugleich mit Qualitätseinbußen und Unzufriedenheit der Patienten einhergeht. Untersuchungen in der Schweiz haben zu gegenteiligen Ergebnissen geführt:¹⁴⁾ HMO-Versicherte sind insgesamt mit der medizinischen Versorgung durch ihre HMO-Praxis zufrieden. Alle Indizien weisen darauf hin, daß die Kosteneinsparung in der HMO-Versicherung *nicht* zu Lasten der Qualität geht.

Trotz der kurzen Bestandsdauer und hoher Anlaufkosten hatten im Jahre 1994 zwei von drei evaluierten HMOs das Stadium der Wirtschaftlichkeit erreicht. Die Marktentwicklung der neuen Versicherungsformen – so die bisherigen Erfahrungen in der Schweiz – ist in hohem Maße von Werbemaßnahmen durch die Krankenkassen abhängig. Insgesamt betrachtet bleibt festzustellen, daß die neuen Versicherungsformen einen Beitrag zur Kostensenkung leisten, der auf Verhaltensänderungen der Versicherten und Leistungserbringer zurückzuführen ist. Zugleich bleibt das Ziel der Solidarität gewahrt, und Qualitätseinbußen sind ebenfalls nicht zu konstatieren. Wegen des kurzen Beobachtungszeitraumes sind diese Resultate allerdings nur als *erste vorläufige Bilanz* zu werten.

4. Wettbewerbliche Neuorientierung der Freien Wohlfahrtspflege

688. Die Untersuchung der Marktstrukturen bei der Versorgung mit sozialen Dienstleistungen hat die Mängel einer kundenorientierten internen und externen Kontrolle aufgezeigt, deren Ursachen vornehmlich auf die *staatlicherseits gesetzten Rahmenbedin-*

¹⁴⁾ Vgl. Baur/Bandi/Schütz, Tiefere Kosten dank neuen Versicherungsformen, in: Soziale Sicherheit, 1/1998, S. 14 ff.

gungen zurückzuführen sind. Die wesentlichen Elemente einer wettbewerblich orientierten Reform dieses Teilsektors des sozialen Versorgungssystems sollten sich daher schwerpunktmäßig daran ausrichten, einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen zu implementieren. Daneben sind die Substitution der Objekt- durch die Subjektförderung und die Gewinnorientierung relevant.

689. Entgegen vielfach herrschender Meinung sind marktwirtschaftliche Strukturen auch im Sozialbereich den vorliegenden kartellartigen Kooperationen vorzuziehen. Ein wettbewerbliches Steuerungsverfahren ist anderen Strukturen überlegen, wenn es darum geht, die Präferenzen der Leistungsempfänger, Spender und Steuerzahler zur Geltung zu bringen. Die *zunehmende Verstaatlichung des Sozialen* hat die Geber-Nehmer-Beziehung weitgehend anonymisiert und die Bereitschaft privater Hilfeleistungen zurückgedrängt. Der Anstieg staatlicher Sozialausgaben mindert die Dringlichkeit privater Hilfen in den Augen der Geber und reduziert zudem das individuell verfügbare Einkommen. Dieser Verdrängungseffekt mag in Teilbereichen erheblich sein, aus individualistisch-marktwirtschaftlicher Sicht kann eine zahlenmäßige Bewertung hingegen nicht eindeutig vorgenommen werden. Die Einführung der Pflegeversicherung führte beispielsweise zu einer Übernahme der ehemals privat getragenen Kosten der ambulanten Pflege in der Familie durch die Pflegeversicherung. Marktwirtschaftlich ist dieser Effekt weitgehend belanglos, soweit hierdurch lediglich eine Umverteilung erfolgt.

690. Die staatliche Unterstützung privater Hilfsbereitschaft durch finanzielle Begünstigungen kann verschieden begründet werden. Das öffentliche Gut *Umverteilung* würde beispielsweise ohne eine Sicherstellung seitens des Staates nicht angeboten, da die Problematik des Trittbrettfahrerverhaltens eine marktmäßige Allokation behindert. Das Ziel einer fiskalischen Entlastung kann ebenso geeignet sein, eine Finanzhilfe durch den Staat zu legitimieren. Wird beispielsweise eine Preiselastizität der Spendenbereitschaft von absolut größer als eins unterstellt – worauf Ergebnisse empirischer Studien schließen lassen –, so entsteht ein größeres Spendenvolumen, als der staatliche Subventionsbetrag in Form der Steuervergünstigung selbst ausmacht.

Hinsichtlich der Verausgabung der Mittel sind die Präferenzen der im Sozialbereich Betroffenen – Leistungsempfänger, Spender und Steuerzahler – angemessen zu berücksichtigen. Damit die vorhandene Kaufkraft wirksam werden und der Konsumentensouveränität zugleich ausreichend Rechnung getragen werden kann, müssen die Nachfrager zwischen verschiedenen Anbietern wählen können. Folglich ist für die Einführung wettbewerblicher Marktstrukturen zu plädieren. Um den Leistungserbringern die notwendigen Anreize zu einer kostengünstigen und präferenzorientierten Versorgung zu setzen, sollte die Gewinnerzielung und -verwendung in keiner Form eingeschränkt sein. Die stärkere Berücksichtigung der Präferenzen von Spendern und Steuerzahlern vermag auf der Finanzierungsseite positive Wirkungen zu entfalten: Die der Erhebung entgegenge-

brachten Widerstände sinken, und die Mobilisierung freiwilliger Hilfsbereitschaft kann gegebenenfalls auch eine Nettoentlastung des Staates bewirken.

4.1 Elemente eines wettbewerblichen Ordnungsrahmens für soziale Dienste

691. Die Überlegung, die Versorgung mit sozialen Diensten in einem *wettbewerblichen Ordnungsrahmen* stattfinden zu lassen, begegnet zumeist dem Einwand, die Konsumenten dieses Sektors seien naturgemäß nicht in der Lage, Kaufkraft zu entfalten. Eine solche Pauschalbeurteilung entbehrt der Grundlage, da in Bereichen wie beispielsweise Krankenhäusern, Kindergärten und Altenheimen durchaus von einem merklichen Anteil kaufkräftiger Leistungsempfänger ausgegangen werden kann. Zudem besteht die Möglichkeit, den Kaufkraftmangel durch Umverteilung so weit zu beheben, daß eine wettbewerbliche Steuerung auch unter Verteilungsaspekten bei den sozialen Diensten zu etablieren wäre. Wettbewerbliche Selektionsprozesse implizieren nicht allein die Konkurrenz auf den Güter- bzw. Dienstleistungsmärkten, sondern vielmehr auch den Wettbewerb zwischen Non-Profit-Organizations und den Einrichtungen, die gewinnorientiert arbeiten.

692. Die wesentlichen Elemente eines wettbewerblichen Ordnungsrahmens sind die *Nichtdiskriminierung anderer Leistungserbringer* und der *ungehinderte Marktzugang*. Um allen Anbietern die gleichen Startbedingungen zu sichern, sind sie rechtlich und faktisch gleichzustellen. In der Praxis wirkt sich diese Forderung dahingehend aus, die neokorporatistischen Strukturen aufzuheben. Es müßten alle diejenigen Regelungen abgeschafft werden, die das Vorrangprinzip der Freien Wohlfahrtspflege bedingen. Aus Sicherstellungsgründen kann es sich als notwendig erweisen, staatliche Kapazitätsplanungen vorzunehmen, jedoch sollten diese nicht zur Marktabschottung gegenüber Außenseitern führen. Korporatistische Gremien und die verschiedenen, nach § 95 BSHG möglichen Arbeitsgemeinschaften wären aufzulösen. Angesichts der Interessenkollisionen dürfen keine personellen Verflechtungen zwischen öffentlichen Ämtern und Führungspositionen in den Verbänden und Sozialunternehmen vorliegen. Staatlicherseits gesetzte Qualitätsstandards und andere Zulassungsvoraussetzungen wirken ebenfalls *markteintrittsbehindernd*. Sie werden jedoch für unentbehrlich erachtet, um dem Problem der asymmetrischen Information und der resultierenden Schlechtleistungen zu begegnen. Dieses Ziel kann unter der Voraussetzung erreicht werden, daß die staatlichen Standards zielführend, wirksam und nicht zu teuer sind. Die Erfüllung dieser Bedingungen ist in den seltensten Fällen gegeben: Es wäre darüber nachzudenken, versuchsweise einzelne Normen aufzuheben und in Verbindung mit einer erweiterten Dienstleistungshaftung privatautonomen wettbewerblichen Steuerungsverfahren den Vorzug zu geben.

693. Die Finanzierung von Daueraufgaben über verlorene Zuschüsse führt zu Inflexibilitäten und Angleichungen an staatliche Strukturen, wohingegen Newcomer ferngehalten werden. Das von einigen

Kommunen bereits praktizierte *Kontraktmanagement* bietet eine interessante Alternative: Die Leistungsverträge zwischen Kommune und Sozialunternehmen beinhalten zunächst eine Leistungsbeschreibung und die Engelthöhe. Das Sozialunternehmen stellt entweder Kapazitäten oder ein Versorgungspaket zur Verfügung, wobei das unternehmerische Risiko vom Unternehmen getragen wird. Im Gegensatz zum bestehenden System ist die Finanzierung monistisch organisiert. Der Auftraggeber erhält eine Leistungs- bzw. Qualitätsdokumentation, die Kostenrechnungen hingegen werden nicht offengelegt. Die Budgetverantwortung der Kommunen ist teilweise von der Kämmerei in die jeweiligen Fachressorts verlagert. Der zwischen Kommune und Sozialunternehmen vereinbarte Kontrakt ist in diesem Fall privatrechtlicher Natur. Da ein Wettbewerb um die Leistungskontrakte angestrebt wird, darf die Vergabe nicht freihändig erfolgen, sondern auf dem Wege eines öffentlichen Ausschreibungsverfahrens. Damit wird ein indirekter Bestandsschutz verhindert, und die geschaffene Transparenz schafft realistische Chancen für Newcomer.

694. Eine Dezentralisierung trägt dazu bei, die Nachfragemacht zu beseitigen. In der Praxis hätte die Dezentralisierung zur Folge, daß Landschaftsverbände, Bezirke und Kassenverbände nicht als Verhandlungspartner der Sozialunternehmen in Frage kommen. Die einzelnen Kommunen und örtlichen Kassen hätten getrennt zu verhandeln. Die Doppelfunktion der Kommune als Kostenträger, Leistungsanbieter und nachfragesteuernde Beratungsinanz bliebe problematisch. Als Lösungsmöglichkeit bietet sich der Verzicht auf eigene Angebote an.

4.2 Gewinnorientierung

695. Um Anreize für eine kostengünstige und zugleich kundenorientierte Leistungserstellung zu setzen, empfiehlt sich eine Gewinnorientierung. Die Verfolgung karitativer Ziele und anderer Wertorientierungen wird durch diese Zielsetzung nicht gefährdet. Als Konsequenz ist eine *Reform des Gemeinnützigkeitsprivilegs* auf der Grundlage der Nichtdiskriminierung bei einer reinen Orientierung am Förderungszweck zu fordern.

Eine marktwirtschaftliche Steuerung strebt die Ziele der Gewinnerzielung und der Nutzenmaximierung an. Sie ist mit dem Gemeinnutzziel in Einklang zu bringen, da zu den Kriterien einer kundenbezogenen und damit quasi-gemeinnützigen Leistungserstellung Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit zählen. Gemeinnutz und Eigennutz sind entgegen oberflächlicher Betrachtung keine diametral entgegengesetzten Zielsetzungen; vielmehr ermöglicht die Inanspruchnahme des Eigennutzes erst das Gemeinwohl. Denn auch die zu vergebenden Leistungen müssen zuvor erwirtschaftet werden. Übertragen auf die Leistungen von Sozialunternehmen impliziert dieser grundlegende ökonomische Zusammenhang, daß Gewinne Handlungsspielräume eröffnen, die eine spezielle soziale, karitative oder diakonische Ausrichtung der Organisation erst ermöglichen. Auch die steuerliche Gemeinnützigkeit begrenzt

nicht die Gewinnerzielung, die Verwendung ist lediglich auf den steuerbegünstigten Zweck eingeschränkt.

696. Im Zusammenhang mit Vertrauensgütern – wie sie im Bereich der sozialen Dienste häufig anzutreffen sind – wird zumeist die Gefahr geringer Qualität und Schlechtleistung genannt, die die Anwendung des erwerbswirtschaftlichen Prinzips bedinge. Hingegen sind es gerade wettbewerbliche Steuerungsprozesse, die problemlösende Normen und Institutionen aufzuspüren vermögen. In einem Wettbewerb der Unternehmensformen könnte sich unter der Voraussetzung der Nichtdiskriminierung dieser oder jener Typ als vorteilhaft erweisen. Beispielsweise könnte sich in bestimmten Teilssegmenten die Unternehmensform als überlegen erweisen, deren Satzung die freie Gewinnverwendung bzw. -ausschüttung untersagt. Die Aufgabe des Gemeinnützigkeitsprivilegs ermöglicht einen verbesserten Zugang zum Kapitalmarkt und eine erhöhte Flexibilität. Da öffentliche Förderungen sowie Kirchensteuermittel rückläufig sind und die Gratisressourcen stagnieren, ist die Überlebensfähigkeit freigemeinnütziger Sozialunternehmen mittelfristig gefährdet. Die Eigenfinanzierung von Investitionen über einbehaltene Gewinne und externes Kapital erfährt zukünftig mithin wachsende Bedeutung.

Die Untersuchungsergebnisse legen es nahe, eine grundlegende Reform der bestehenden Regelungen zur Gemeinnützigkeit zu empfehlen. Das Prinzip der Nichtdiskriminierung ist hierbei zugrunde zu legen, allerdings nicht zwingend. Falls der Konsum bestimmter Güter positive externe Effekte im Sinne einer unentgeltlichen Nutzenstiftung Dritter induziert, ist für eine ausschließlich zweckbezogene Unterstützung zu plädieren. Ansonsten darf nicht nach Spender, Art der Spende sowie Trägerschaft diskriminiert werden.

697. Im bestehenden System erfolgt eine unterschiedlich ausgestaltete Besteuerung – in Abhängigkeit von der Trägerschaft. Die Steuervergünstigung sollte sich ausschließlich auf den als gemeinnützig anerkannten Zweck der Leistungserstellung beziehen. Folglich darf steuerrechtlich nicht mehr zwischen erwerbswirtschaftlich orientierten sowie steuerbegünstigten gemeinnützigen Unternehmen differenziert werden. Auch der Zugang zu Subventionen und Zivildienstleistenden sollte an einen sachlichen Bezug geknüpft werden. Die Benachteiligung privatgewerblicher Leistungserbringer in bezug auf Spendenvergünstigungen und Förderung ehrenamtlicher Arbeit ist ebenso aufzuheben.

4.3 Übergang von der Objekt- zur Subjektförderung

698. Das Ziel einer *Subjektförderung mit Geldleistungsanspruch* – anstelle der bislang überwiegend praktizierten Objektförderung – ist darin zu sehen, die Konsumentensouveränität des Anspruchsberechtigten zu stärken. Der Bezugsscheincharakter der Sachleistung verwandelt sich in eine Geldleistung, die größere Handlungsspielräume eröffnet. Die Kompetenz der Konsumenten könnte sich bei der Ver-

gabe pauschaler Sozialtransfers entfalten. Ein differenziertes und kundenorientiertes Angebot sozialer Dienste könnte dadurch entstehen, daß die Leistungsinanspruchnahme entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Qualitätsanforderungen erfolgt. Der Strukturwandel würde beschleunigt und neue Angebote erhielten die Chance des Marktzutritts, da den Konsumenten nunmehr die Freiheit der Abwahl eröffnet würde. Entsprechend der individuellen Bedürfnisstruktur könnte auch ein höheres Versorgungsniveau in Anspruch genommen werden, indem eigene Zuzahlungen vorgenommen werden. Falls die Geldleistung nicht vollständig für den vorgesehenen Zweck verausgabt wird, sollte dies akzeptiert werden, da sich hierin die Präferenzen des Konsumenten widerspiegeln.

699. Auch aus Sicht von Einrichtungsträgern ist die Abschaffung des Sachleistungsprinzips vorteilhaft, da sie auf diese Weise *größere Freiheitsgrade* gegenüber staatlichen Bestimmungen erlangen. So entfielen beispielsweise die Kontrollen hinsichtlich einer rechtmäßigen Verwendung der Mittel. Die Kostentransparenz innerhalb der Einrichtungen würde verbessert, Quersubventionierungen frühzeitiger erkannt. Kontrollinstanzen der Sozialunternehmen wären sowohl die Sozialleistungsträger als auch die Leistungsberechtigten. Dem Sozialleistungsträger gegenüber müssen sie Mindeststandards garantieren. Die Leistungsempfänger entscheiden sich für das Unternehmen, das das Angebot gleichermaßen bedarfsgerecht und kostengünstig bereitstellt. Da mit dem Leistungsempfänger direkt abgerechnet wird, kann der Vollversorgungsmentalität entgegengewirkt werden.

700. Falls eine Aufrechterhaltung von Vorhaltekapazitäten als unabdingbar notwendig erscheint, ließen sich *einrichtungsgewundene Förderungen* befürworten. Mögliche Anwendungsbereiche sind der Rettungsdienst und der Katastrophenschutz. Des weiteren sind die Fälle zu berücksichtigen, in denen die Gefahr besteht, daß die Geldleistung sozial-schädlich verausgabt wird. Dies könnte für einzelne sozialhilfeberechtigte Haushaltsvorstände sowie generell bei Entziehungskuren zutreffen. In diesen Fällen könnte weiterhin auf das Sachleistungsprinzip zugegriffen werden. Sollten Bedürftige beispielsweise wegen ihres Alters Probleme im Hinblick auf ihre Einkaufsentscheidungen haben, müßte eine entsprechende unabhängige Beratung oder Hilfe sichergestellt sein. Zu befürworten wäre ebenso eine besondere Qualitätssicherung für stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, um möglichen Mißbräuchen Einhalt zu gebieten.

4.4 Abschließende Beurteilung

701. Dem Vorschlag einer *wettbewerblichen Neuorientierung der Freien Wohlfahrtspflege* wird unweigerlich entgegen gehalten, aufgrund der asymmetrischen Informationsverteilung werde der Leistungsempfänger nicht in der Lage sein, die angebotenen Qualitäten zu beurteilen. Das Szenario von schwer nachweisbaren Schlechtleistungen und im Extremfall einer negativen Qualitätsspirale wird angeführt, um den Status quo beizubehalten. In diesem

Zusammenhang sollte jedoch berücksichtigt werden, daß die Problematik der Informationsasymmetrie nur selektiv auf einige Teilsegmente zutrifft. Die wettbewerblichen Strukturen werden nach Auffassung der Monopolkommission jedoch maßgeblich dazu beitragen, die Position des Konsumenten zu stärken. Die Konkurrenz verschiedener Leistungserbringer verbunden mit dem Exit-Mechanismus ist besser als ein Kartell geeignet, schlechte Qualitäten vom Markt zu verdrängen und sekundäre Qualitätsindikatoren herauszubilden. Im Zuge wettbewerblicher Prozesse werden privatautonome Qualitätsnormen (Gütesiegel), Formen der Selbstkontrolle (verbandsinterne Aufsicht) und freiwillige Gewährleistungs- und staatlich verschärfte Haftungsregeln zustande kommen.

Der wettbewerbliche Ordnungsrahmen wird nicht – wie vielfach befürchtet – alle freigemeinnützigen Leistungserbringer vom Markt verdrängen. Vielmehr ist eine *Neupositionierung* der Freien Wohlfahrtspflege zu erwarten, denn sie wird in direktem Wettbewerb mit selbstorganisierten Gruppen und privat-gewerblichen Anbietern stehen. Komparative Vorteile einzelner Leistungserbringer in bestimmten Teilsegmenten werden sich offenbaren und ihnen zu Wettbewerbsvorsprüngen verhelfen. Die freigemeinnützigen Sozialunternehmen werden ihre internen Strukturen modifizieren, um der Konkurrenz begegnen zu können. Umstrukturierungsmaßnahmen werden eine umfängliche Anpassung und Reorganisation des Leistungsspektrums und der Produktionsabläufe beinhalten. Im Vordergrund dürften Verbesserungen des internen Rechnungswesens¹⁵⁾, der strategischen Planung, der Marktbeobachtung und des Marketings stehen. Gegenwärtig wird bereits in vielen Einrichtungen daran gearbeitet, die Stellung zum Kunden neu zu überdenken. Durch eine wettbewerbliche, dezentrale Steuerung werden die Vertretungsfunktion und die Kartellorganisation der Wohlfahrtsverbände an Bedeutung einbüßen. Folglich wird die Beziehung zu den einzelnen Einrichtungsträgern weniger eng sein. Um ihren Bedeutungsverlust aufzufangen, werden sich die Wohlfahrtsverbände zukünftig vermehrt auf innerverbandliche Unternehmensberatungen konzentrieren.

702. Die Entwicklungen der letzten Jahre weisen auf einen Prozeß der Angleichung der Wohlfahrtsverbände und einen Verlust der Wertorientierungen hin. Der entstandene Reformdruck betonte die Wirtschaftlichkeit und löste die weltanschauliche Verankerung der Verbände und Einrichtungsträger zunehmend. Traditionelle Sozialmilieus und Wertegemeinschaften sind in einem Auflösungsprozeß begriffen, und in der Folge verlieren die Verbände ihre spezifische Klientel. Die wachsende Konkurrenz erfordert es, die angebotenen Produkte den Konsumentenpräferenzen entsprechend zu differenzieren und ein eigenes Markenzeichen zu entwickeln. In diesem

¹⁵⁾ Größere Einrichtungsträger sind teils dazu übergegangen, sich freiwillig über die gesetzlichen Prüfungs- und Publizitätsvorschriften hinaus weitere Prüfungspflichten aufzulegen und führen Systeme der Kostenträger- und Kostenstellenrechnung ein. Die auf Vollkostenbasis ermittelten Daten sind jedoch für die Steuerung betrieblicher Entscheidungen unzureichend. Teilkostenrechnungssysteme fehlen ebenso häufig wie eine langfristige strategische Planung.

Zusammenhang kommt der *Corporate Identity* eine besondere Bedeutung in zweifacher Hinsicht zu. In ihrer Innenwirkung dient sie der Ausrichtung und der Motivation der Mitarbeiter. Gegenüber den Nachfragern beinhaltet die *Corporate Identity* eine Signalwirkung. Dem Kunden wird angesichts der Reputation ein Leistungsversprechen signalisiert, das zugleich Glaubwürdigkeit beinhaltet. Insbesondere bei Vertrauensgütern und asymmetrischer Information entsteht auf diese Weise ein wichtiger Qualitätsindikator.

703. Reformen hinsichtlich einer wettbewerblich ausgerichteten Versorgung mit sozialen Diensten wirken sich auf die *verschiedenen Interessengruppen* jeweils unterschiedlich aus: Erhebliche Widerstände sind seitens der Wohlfahrtsverbände und der Sozialversicherungen, teils auch der Kommunen zu erwarten. Für die Wohlfahrtsverbände macht eine dezentral-wettbewerbliche Steuerung ihre Koordinations- und Abstimmungsfunktion für die Mitglieder überflüssig. Die Verbände büßen an Macht ein, während sich die neokorporatistischen Strukturen auflösen. Die Konzentration auf die Beratungs- und andere Servicefunktionen könnte diesen Verlust kompensieren. Ebenso schwindet die Nachfragemacht der Sozialversicherungen, wohingegen der Verhandlungsaufwand zunimmt. Die Ablösung der Sachleistung durch einen Geldleistungsanspruch führt zu einem Verlust des Einflußnahmepotentials. Die Einflußmöglichkeitskontrollen nehmen ab, da die Lenkungsfunktion über die Geldleistung in erheblichem Umfang durch den Leistungsberechtigten ausgeübt wird. Die Kommunen werden in ihrer Position als Anbieter eigener Sozialdienste und als Sicherstellungsgeber langfristig beeinträchtigt. Die Subjektförderung beseitigt weitgehend die Möglichkeit, auf die freien Einrichtungsträger Einfluß auszuüben. Zugleich profitieren die Kommunen von Kostenentlastungen.

Ein wettbewerbliches Steuerungsverfahren bietet vornehmlich den privat-gewerblichen Anbietern, den freigemeinnützigen Einrichtungsträgern und den Anspruchsberechtigten neue Chancen. Privat-gewerblichen Anbietern wird in vielen Teilsegmenten der Marktzutritt eröffnet. Den freigemeinnützigen Einrichtungsträgern wachsen sowohl *größere Entscheidungs- und Handlungsspielräume* als auch *unternehmerische Risiken* zu. Den Hilfebedürftigen bzw. Anspruchsberechtigten kommen zusätzliche Wahlmöglichkeiten und Kostensenkungen zugute.

4.5 Politische Durchsetzbarkeit der Reformvorschläge

704. Eine konsequente Anwendung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) könnte als Reformhebel genutzt werden. Obschon die Anwendung des Wettbewerbsrechts privatrechtliche Beziehungen voraussetzt, können Wettbewerbsbeziehungen auch bei Vorliegen einer öffentlich-rechtlichen Leistungsbeziehung zu einer Anwendung des GWB, UWG oder auch des EWG-Vertrages führen.

Die herrschende Rechtsmeinung differenziert zwischen Leistungs- und Wettbewerbsbeziehungen. Treten der Staat bzw. die Sozialversicherungen als Anbieter oder Nachfrager von Leistungen auf, die auch von Konkurrenten angeboten oder nachgefragt werden, und besteht eine freie Wahl, so gilt diese Voraussetzung als erfüllt. Überdies hält die Rechtsprechung weiterhin an der *privatrechtlichen Natur der Leistungsbeschaffungsverträge* der Heil- und Hilfsmittellieferanten und der Krankenkassen fest. Die Sozialversicherungsträger nehmen eine marktbeherrschende Stellung ein, denn die GKV erfaßt über 90 % der deutschen Bevölkerung. Folglich finden die §§ 22 Abs. 4 und 26 Abs. 2 GWB auch in diesem Bereich Anwendung. Beispielsweise liegt in der Weigerung einer Krankenkasse, mit einem privaten Krankentransportunternehmen direkt abzurechnen und dieses Unternehmen gegenüber den – nach dem Kostenerstattungsverfahren arbeitenden – öffentlichen Rettungsdiensten zu benachteiligen, eine Diskriminierung im Sinne des § 26 Abs. 2 GWB vor.¹⁶⁾ Der Bundesgerichtshof räumte einem wettbewerbskonformen Verhalten Vorrang gegenüber dem Ziel der Kostendämpfung ein: „Das – legitime – Ziel der Kostendämpfung darf das diskriminierende Unternehmen nicht durch eine nicht wettbewerbskonforme Behinderung anderer Marktteilnehmer der Marktgegenseite anstreben, wenn sich diese Behinderung für diese wegen der beherrschenden Stellung des diskriminierenden Unternehmens als Marktzutrittssperre auswirkt. Eine derartige Interessenverfolgung läuft dem Normzweck des § 26 Abs. 2 GWB und den allgemeinen Wertungen des Kartellgesetzes zuwider.“¹⁷⁾

Eine weitere bedeutsame Konsequenz einer Anwendung des GWB bei Dienstleistungsverträgen ist die Pflicht zur öffentlichen Ausschreibung durch die öffentlichen Kostenträger mit dem Ziel, allen potentiellen Anbietern gleichermaßen Zugang zu den staatlichen Beschaffungsmärkten zu garantieren. Hingegen verstößt eine beschränkte Ausschreibung oder gar eine freihändige Vergabe ohne zwingende sachliche Gründe gegen das Diskriminierungsverbot. Die Forderungen nach einem wirksamen wettbewerblichen Kontraktmanagement finden damit Unterstützung. Aufgrund ihrer privatrechtlichen Regelungsnatur sind die neuen Kontrakt- und Entgeltsysteme den bisherigen, auf Verwaltungsakten oder öffentlich-rechtlichen Verträgen beruhenden Kostenerstattungen bzw. Zuschußfinanzierungen überlegen, da nunmehr das GWB generell Anwendung finden kann.

Die Anwendung der wettbewerbsrechtlichen Vorschriften setzt zudem das Handeln von Unternehmen voraus. Nach herrschender Rechtsmeinung kann hiermit nur der funktionale, nicht aber der wesentlich enger auszulegende institutionelle Unternehmensbegriff gemeint sein. Darunter sind ebenso die nicht auf Gewinnerzielung oder Erwerbstätigkeit ausgerichteten gemeinnützigen Organisationen zu subsumieren, sofern sie soziale Dienstleistungen anbieten oder nachfragen.

¹⁶⁾ WuW/E BGH 2707.

¹⁷⁾ Ebenda.

4.6 Exemplarische Darstellung des wettbewerblichen Ordnungsrahmens anhand des Rettungsdienstes

705. Wesensmerkmal der sozialen Dienstleistung *Rettungsdienst* ist die Aufspaltung dieser Leistung in die beiden Bestandteile *tatsächlicher Einsatz* sowie *Vorhaltebereitschaft*. Die Vorhalteleistung stellt ein öffentliches Gut bzw. ein Klubgut dar. Jeder Bürger sollte die Chance haben, innerhalb einer bestimmten Hilfsfrist eine notfallmedizinische Versorgung zu erhalten. Für alle Bürger besteht diese Sicherheit in gleichem Maße, denn niemand kann von der Vorhaltebereitschaft ausgeschlossen werden. Hingegen kann die Bindung der Rettungskräfte an einen Ort bei einem zeitgleich eintretenden zusätzlichen Notfall eine Konkurrenz in der Nutzung herbeiführen. Der Rettungseinsatz vor Ort stellt ein privates Gut dar.

Weitere *Elemente des Rettungsdienstes* bilden die akute Notfallrettung, der Krankentransport und die Koordination über die Rettungsleitstelle. Die akute Notfallrettung liegt aufgrund politischer Entscheidungen im Verantwortungsbereich des Bundes. Alternativ wäre es denkbar, den Ländern, Kommunen oder einem Krankenkassenverband zu ermöglichen, der Sicherstellungsverantwortung auf dem Wege der Versteigerung von Gebietslizenzen nachzukommen. Der Versorgungsvertrag müßte die Komponenten Sicherheitsniveau, Hilfsfrist sowie Mindeststandards hinsichtlich Ausstattung und Besetzung der Rettungsmittel beinhalten. Der Versorgungsvertrag mit den entsprechenden Qualitätsanforderungen wäre in einer EU-weiten öffentlichen Ausschreibung über eine Rettungswache festzulegen. Eine landes- oder gar bundesweite Normierung der Anforderungen ist nicht erforderlich, denn unterschiedliche Präferenzen und regionale Unterschiede in der Bevölkerungsdichte lassen verschiedene Anforderungsprofile entstehen. So ist die Rettungsproduktivität (Einsatz pro Zeiteinheit) zwischen Tag und Nacht sowie zwischen Land und Stadt unterschiedlich. Für das Entgeltssystem könnten ebenfalls alternative Verfahren ins Auge gefaßt werden, um das Selbstkostendeckungsprinzip und die duale Finanzierung abzulösen. Beispielsweise könnten die Vorhaltungskosten als Fixum entgolten werden, während die Einsätze durch ein weiteres Entgelt berücksichtigt würden. Alternativ könnten die Entgelte je Stunde Vorhaltung einsatzunabhängig ausgehandelt werden.

706. Von besonderer Bedeutung ist in einem wettbewerblich ausgerichteten Rettungsdienstsystem die *Garantie*, daß die Versorgungsverträge eingehalten werden. Hierzu müßten die von den Kassen bzw. dem Bund unabhängigen vergebenen Rettungsleitstellen und die Dokumentationspflichten der Rettungsdienste kontrolliert werden. Um der Gefahr von Schlechtleistungen vorzubeugen, wären eine verschärfte Dienstleistungshaftung sowie Konventionalstrafen wirkungsvolle Instrumente. Zur Aufrechterhaltung des Wettbewerbs um den Markt empfiehlt es

sich, die Versteigerung in Anlehnung an den Abschreibungszyklus alle vier bis sechs Jahre zu wiederholen. Zusätzlich sollte es Konkurrenten ermöglicht werden, jederzeit Rettungsleistungen zum einsatzabhängigen Entgelt durchführen zu dürfen. Auf diese Weise steigt der Grad der Versorgungssicherheit, ohne jedoch eine Art von *Rosinenpicken* herbeizuführen. Eine erhöhte Wettbewerbsintensität könnte auf diese Weise vornehmlich in Grenzgebieten zu anderen Rettungswachen entstehen. Dauerhafte Qualitäts- und kostensparende Prozeßinnovationen würden aufgrund des Wettbewerbs um den Markt und der wettbewerblichen Prozesse im Markt entstehen.

707. Im Gegensatz zur Notfallrettung wäre der *Marktzutritt zum Krankentransport* völlig frei. Den Krankenkassen steht es frei, bei Nichtdiskriminierung die für sie günstigen Unternehmen unter Vertrag zu nehmen. Aufgrund tageszeitlich unterschiedlicher Bedarfe könnten sich eventuell Synergieeffekte mit der Notfallrettung ergeben. Als Sicherstellungs- und Kostenträger wären die Kassen zudem daran interessiert, optimale Hilfsfristen zu ermitteln und durchzusetzen. Kosten-Nutzen-Analysen zeigen auf, welche Folgen sich hinsichtlich Überlebensraten, Heilungschancen, Kostenwirkungen im Rettungswesen und im nachgelagerten Krankenhaus und Kurwesen ergeben, wenn sich die Hilfsfrist ändert. Obschon die Verkürzung dieser Frist die Rettungsdienstkosten überproportional erhöht, könnten sich aufgrund zugleich eintretender Kostenentlastungen in den nachgelagerten Bereichen die Gesamtkosten im Gesundheitswesen reduzieren lassen.

708. Zur *Sicherstellung der Qualität* empfiehlt es sich, Output-Standards zu determinieren. Dem Anbieter wird es somit ermöglicht, durch Wahl der Einsatzstrategie, Besetzung und Ausstattung der Rettungsfahrzeuge sowie Nutzung von Synergieeffekten die für ihn jeweils günstigste Organisation und Technologie zu selektieren. Beispielsweise könnten freigemeinnützige Organisationen durch Franchising mit privat-gewerblichen Unternehmen einen Imagetransfer vollziehen und ihre Marktstellung zusätzlich festigen. Ein gleicher Zugang der privat-gewerblichen Anbieter zu Zivildienstleistenden gebietet die Chancengleichheit.

709. Zu den *Teilsegmenten* des komplexen Hilfeleistungssystems sind die Erste-Hilfe-Ausbildung und der Katastrophenschutz zu rechnen. Durch den wettbewerblichen Ordnungsrahmen hervorgerufene Vernachlässigungen dieser Bereiche sind jedoch nicht zu befürchten. In diesem Zusammenhang kann auf ehemals monopolartig strukturierte Branchen - wie beispielsweise die Telekommunikation und die Postdienste - verwiesen werden. Diese Beispiele belegen, daß die ehemaligen Monopolisten weiterhin eine führende Position einnehmen. Ebenso werden die freigemeinnützigen Anbieter im neuen System ihren gleichberechtigten Platz finden. Auch die ehrenamtlichen Strukturen werden weitgehend erhalten bleiben.