

## 9. Gesundheitsfinanzierung: Risikomischung und soziale Gerechtigkeit

*Jens Holst*

Kaum ein Thema beherrscht die gesellschafts-politische Diskussion so wie die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. In den wohlhabenden Ländern dreht sich die Debatte um die Krise des Sozialstaates, der in seiner bisherigen Form nicht mehr finanzierbar sei und einer dringenden «Modernisierung» bedürfe. In den armen Staaten setzte die international vereinbarte «Bekämpfung der Armut» bisher vornehmlich bei Wirtschaftsförderung und der Verbesserung ausgewählter Indikatoren an, während die Absicherung der Menschen gegen gesellschaftliche und insbesondere gesundheitliche Risiken lange Zeit nur eine untergeordnete Rolle spielte. Das Primat des Ökonomischen über das Politische degradiert die Sozialpolitik vielfach zu einer Variablen des Staatshaushalts oder sogar privater Kapitalverwertungsinteressen.

Vielerorts bestimmt die Forderung nach mehr Wettbewerb und «Effizienz» die Reformdebatte, und das vorherrschende globalisierte Einheitsdenken bietet zumeist marktwirtschaftliche Rezepte als Allheilmittel. Trotz großer Unterschiede der Wirtschaftskraft und gesellschaftlichen Bedingungen zwischen Ländern und Weltregionen weisen die gesundheitspolitischen Herausforderungen, Diskussionen und Lösungsansätze erstaunliche Ähnlichkeiten auf. Übereinstimmendes Kriterium heutiger Gesundheitsreformen scheint die Einführung und Umsetzung marktwirtschaftlicher Mechanismen zu sein. Die «effiziente» Allokation sich zunehmend verknappenden Ressourcen und die

Steuerung von Angebot und Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt bestimmten seit den 1980er-Jahren die Gesundheitspolitik vieler Nationen. Entscheidenden Einfluss auf die Sozialpolitik der meisten Entwicklungs- und Schwellenländer hatten marktorientierte Strukturanpassungsvorgaben von Weltbank, Internationalem Währungsfonds und anderen Geldgebern.

Mittlerweile haben allerdings etliche Staaten innovative Finanzierungsansätze und Reformvorhaben umgesetzt, die sozialer Gerechtigkeit und umfassender Absicherung der Bevölkerungsgruppen Vorrang gegenüber bloßer Wirtschaftlichkeit einräumen. Nachdem demografische, epidemiologische und insbesondere ethisch-moralische Fragen jahrelang zweitrangig waren, lassen heutige Reformansätze durchaus eine unterschiedliche Gewichtung dieser fundamentalen, aber leichtfertig als «unmodern» bezeichneten Kriterien jeder Sozial- und Gesundheitspolitik erkennen.

Im Rahmen der vermehrten Ausrichtung der internationalen Zusammenarbeit auf eine Verringerung der weltweiten Armut hat sich zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Aufbau sozialer Sicherungssysteme und insbesondere eine gerechte und universelle Gesundheitsfinanzierung Wachstum und Entwicklung der Länder stärker fördern als bloße fiskalpolitische Ansätze. Gerade unter den Bedingungen der weltweit zunehmenden Ungleichheit bekommen soziale Sicherungssysteme wachsende Bedeutung im Hinblick auf die Umvertei-

lung extrem ungleich verteilter Ressourcen und den Erhalt gesellschaftlicher Kohäsion (Nowatzki 2012).

Im weltweiten Trend einer verstärkten Beachtung sozialer Sicherungssysteme lag auch der Weltgesundheitsbericht 2010 mit dem Titel «Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage», den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) grundlegenden Herausforderungen der Gesundheitsfinanzierung und der sozialen Absicherung im Krankheitsfall widmete (WHO 2010). Heute versteht die WHO Universalität als Absicherung der Gesamtbevölkerung mit umfassenden Krankenversorgungsleistungen und zu bezahlbaren Preisen. Der Weltgesundheitsbericht 2013 mit dem Titel «Research for Universal Health Coverage» verfolgt diesen Weg weiter und betont insbesondere die große Bedeutung, die Begleitforschung für die Gesundheitspolitik haben kann oder sollte (WHO 2013 b). Die Autoren lassen ein komplexes, systemisches Verständnis von universeller Absicherung im Krankheitsfall erkennen und sind sich durchaus der großen Distanz zwischen empirischer Evidenz und politischer Umsetzung sowie zwischen wissenschaftlicher und politischer Dynamik bewusst.

### Formen der Gesundheitsfinanzierung

Bei der Betrachtung internationaler Erfahrungen mit Sozialsystemen lassen sich grundsätzlich vier verschiedene Finanzquellen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung ausmachen:

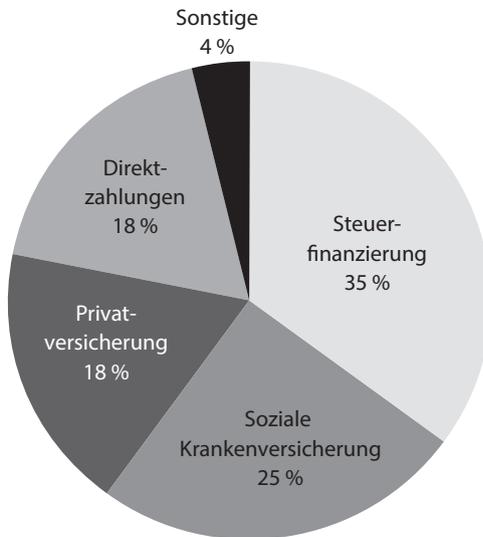
- allgemeine oder spezifische Steuergelder
- Sozialversicherungsbeiträge
- kollektive Mittel in informellen Zusammenhängen sowie
- private Ressourcen bei individueller Bezahlung von Gesundheits- oder Versicherungsleistungen.

Die ursprüngliche Form der Honorierung ärztlicher Leistungen stellen Direktzahlungen (engl. out of pocket payments) dar, die in manchen

Entwicklungsländern bis heute einen erheblichen Teil der Gesundheitsausgaben ausmachen oder zumindest als anteilige Nutzergebühren (engl. user fees) fortbestehen. **Abbildung 10** veranschaulicht den Anteil der verschiedenen Finanzierungsquellen an den globalen Ausgaben für Gesundheit. Vor allem in Europa und anderen westlichen Ländern, aber auch in etlichen Schwellen- und Entwicklungsländern haben verschiedene Formen der Vorauszahlung (engl. prepayment) mittlerweile die direkte Bezahlung von Krankenversorgungsleistungen weitgehend abgelöst. Entsprechend den genannten Finanzierungsquellen lassen sich folgende Systemansätze einer Vorfinanzierung von Gesundheitsrisiken bzw. -kosten erkennen:

- steuerfinanziertes nationales (oder regionales) Gesundheitswesen («Beveridge-System»)
- soziale Pflichtversicherung («Bismarck-System»), entweder für die gesamte Bevölkerung oder für bestimmte Gruppen
- Krankenversicherungen auf lokaler, kooperativer oder Gemeindeebene (Kleinstversicherungen bzw. engl. «micro-insurance»)
- kommerzielle Privatversicherungen («Marktsystem»).

In der Praxis existieren die verschiedenen Finanzierungsformen nebeneinander oder als Mischformen (Preker et al. 2002), in denen die genannten Grundprinzipien in unterschiedlichem Ausmaß und Verhältnis verankert sind. Internationale Systemvergleiche verweisen auf einen Zusammenhang zwischen der jeweils vorherrschenden Finanzierungsart und der Höhe der Gesundheitsausgaben. Neuere Untersuchungen aus reicheren Ländern (OECD 2011) zeigen eine vergleichsweise gute Kosteneffektivität von steuerfinanzierten und eine eher geringe von Marktsystemen. Tendenziell haben Länder mit steuerfinanzierten staatlichen Systemen eine niedrigere Gesundheitsquote (Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt) als solche mit Sozialversicherungs- oder Marktsystemen. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Sys-



Quelle: WHO 2013a

Abbildung 10: Verteilung der weltweiten Gesundheitsausgaben 2007.

temform und Ausgabenniveau lässt sich indes kaum belegen. So verdeutlichen die unterschiedlichen Positionen von Ländern mit gleichartigen Finanzierungsmodellen in der WHO-Rangliste, dass gewichtige andere Faktoren hinzukommen und die Ausgabenhöhe in erheblichem Maße von der Ausgestaltung der Systeme abhängt (WHO 2000).

Als Land mit dem Prototyp eines Sozialversicherungssystems gilt Deutschland, das unter Reichskanzler Otto von Bismarck eine Arbeiterversicherung aufbaute, die mittlerweile fast die gesamte Bevölkerung absichert. Der britische NHS verkörpert hingegen die steuerfinanzierte, öffentliche Versorgung mit weitgehender Integration von Finanzierung und Leistungserbringung. Die USA gelten als Beispielland für ein marktorientiertes Gesundheitssystem, obwohl dort erhebliche Ressourcen in die beiden öffentlich finanzierten Krankenversicherungssysteme «Medicare» und «Medicaid» für Arme und RentnerInnen fließen, denn private Krankenversicherungen stellen dort zumindest historisch die wesentliche Finanzierungsgrundlage des

Gesundheitswesens dar. Kleinversicherungen sind vor allem in ärmeren Entwicklungsländern mit allenfalls rudimentären Systemen anzutreffen, um den weitgehenden Ausschluss der Bevölkerung von sozialer Sicherung aufzufangen.

### Bevölkerung und Risikomischung

Aus gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Sicht sind drei Kriterien für die Qualität eines Gesundheitsfinanzierungssystems von entscheidender Bedeutung: das Ausmaß der Universalität, der Grad der Risikomischung bzw. Risikostreuung über unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und die Finanzierungs-gerechtigkeit. Die Risikomischung (engl. risk pooling) einer Versicherung ist zum einen für die wirtschaftliche Nachhaltigkeit, zum anderen für die Streuung der individuellen Risiken über die Gesamtheit der Versicherten entscheidend. Dies entspricht der klassischen Versicherungsfunktion, das finanzielle Risiko der Gesundheitsversorgung jedes Einzelnen auf alle Mitglieder einer Gruppe zu verteilen. «Risikomischung bedeutet, die Einnahmen so zu sammeln und zu verwalten, dass gewährleistet ist, dass alle Mitglieder des Pools das Risiko von Ausgaben für Gesundheit tragen, und nicht jeder Beitragszahler für sich allein» (WHO 2000). Für das Funktionieren des Versicherungsprinzips ist eine ausreichend große Zahl von Personen erforderlich. Gleichzeitig ist es wichtig, alle sozialen Schichten einzubeziehen, denn bündelt eine Krankenversicherung nur Menschen mit geringem Einkommen oder hohem Krankheitsrisiko, droht sie entweder an zu geringen Einnahmen oder an zu hohen Ausgaben zu scheitern. Bestrebungen zum Aufbau universeller Sicherungssysteme erfordern wirksame Maßnahmen zum Ausgleich bestehender sozialer und Einkommensungleichheiten auch im öffentlichen Sektor und eine wirksame Umverteilung von Wachstumsgewinnen (Marmot 2008).

### Fairness der Gesundheitsfinanzierung

Unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme spielt neben dem Ausmaß der Risikomischung auch die Fairness der Finanzierung (engl. fair financing) eine entscheidende Rolle. Gesundheit ist ein Menschenrecht und ein gesellschaftliches Gut, das höchst ungleich über verschiedene Personen verteilt ist und sich in wesentlichen Aspekten von üblichen Marktprodukten unterscheidet. Aus sozialer wie aus ethischer Sicht ist die aktuelle Zahlungsfähigkeit als Kriterium für den Zugang zu Gesundheitsleistungen problematisch (Xu et al. 2003). Die entwickelten Sozialsysteme beruhen daher auf einem interindividuellen, bedarfsorientierten Fairnessbegriff: Jeder zahlt nach seinen Möglichkeiten und erhält Leistungen nach seinem Bedarf. Dieses Verständnis unterscheidet sich grundsätzlich von dem individualistischen Ansatz, die Absicherung gegen finanzielle Erkrankungsrisiken in erster Linie durch den Aufbau persönlicher Rücklagen zu betreiben und die Verwendung individuell aufgebracht Mittel für die Versorgung anderer Menschen als unfair zu betrachten (Saltman et al. 2002).

Im Hinblick auf universelle Absicherung gegen Gesundheitsrisiken unter der Zielvorgabe einer sozial gerechter Mittelaufbringung bieten sowohl steuerfinanzierte Gesundheitsdienste als auch soziale Krankenversicherungen prinzipiell die besten Optionen (Weber et al. 2005).

### Nationaler Gesundheitsdienst

Gemeinhin gilt Großbritannien, das ab 1948 seinen NHS einführte, als Pionierland steuerfinanzierter nationaler Gesundheitssysteme. Diese garantieren der gesamten Wohnbevölkerung eines Landes prinzipiell kostenfreie Gesundheitsversorgung und erlauben somit allen Menschen gleichen Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen, unabhängig von ihrer Nationalität, der aktuellen Kaufkraft oder ihrem sozialen bzw. Einkommensstatus. Staatliche Gesund-

heitssysteme gewährleisten somit naturgemäß Absicherung der Gesamtbevölkerung und verknüpfen diese mit gesellschaftlicher Solidarität.

Universelle, umfassende Gesundheitsdienste bedienen die Bedürfnisse sehr unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Eine Diskriminierung aufgrund von Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, Behinderung oder sexueller Neigung ist nicht zulässig. Allerdings findet in staatlichen Gesundheitssystemen häufig eine mehr oder weniger explizite Rationierung statt, wenn beispielsweise älteren Patienten der Zugang zu lebenserhaltenden Maßnahmen aufgrund langer Wartezeiten faktisch versperrt bleibt.

Typischerweise erfolgt die Leistungserbringung in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen durch staatliche Anbieter bzw. öffentlich angestelltes Personal. Allerdings ist die Verknüpfung von Steuerfinanzierung mit öffentlicher Leistungserbringung nicht zwangsläufig, wie die Gesundheitssysteme Kanadas und Brasiliens zeigen. Finanzierungsgerechtigkeit und gesellschaftlicher Ausgleich hängen bei staatlichen Systemen wesentlich von der Progressivität des Steuersystems bzw. der verschiedenen Besteuerungsarten ab (McIntyre 2007). Dabei gewährleisten direkte Steuern (Einkommens-, Gewinn-, Vermögens- und Körperschaftsteuern) generell eine stärkere Umverteilung, denn sie nehmen die Bürger entsprechend ihrer Kaufkraft in die Pflicht, und damit die oberen Einkommensgruppen stärker als GeringverdienerInnen und Arme. Indirekte Steuern (Verbrauchs- bzw. Mehrwertsteuer etc.) hingegen belasten in der Regel die Bezieher niedriger Löhne und Gehälter relativ stärker, da sie einen größeren Anteil am Einkommen ausmachen als bei besser Verdienenden (Wagstaff et al. 1999; Marmot et al. 2010).

In Entwicklungsländern kommt hinzu, dass die Steuererhebung vielfach ineffizient ist, gerade hohe Einkommensgruppen nicht in die Pflicht nimmt, im informellen Sektor erheblichen Einschränkungen unterworfen ist und insgesamt nur einen Teil der gesellschaftlichen

Einkommen erfasst. So beruht der Staatshaushalt gerade in Gesellschaften mit großem informellem Sektor stärker auf indirekten als auf direkten Steuern, was den Umverteilungseffekt staatlicher Gesundheitsfinanzierung verringert.

### Soziale Krankenversicherung

Als Startpunkt der Sozialen Krankenversicherung gilt die Bismarcksche Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1883 mit dem ersten umfassenden Arbeiterkranken- und Unfallversicherungsgesetz. Soziale Krankenversicherungen zeichnen sich durch einkommensabhängige und risikounabhängige Beiträge aus, deren Abführung an öffentliche, nicht-staatliche Institutionen zur Absicherung gegen finanzielle Folgen von Krankheit zumindest für bestimmte Bevölkerungsgruppen verpflichtend ist. Typischerweise teilen sich Arbeitgeber und -nehmer im formalen Sektor die Abgaben in variablem Verhältnis. Während in den Industrieländern Beitragssparität vorherrscht, übernehmen beispielsweise in Argentinien, Mexiko und Kolumbien Arbeitgeber zumindest für GeringverdienerInnen einen Anteil von über 50%. Neben der Beitragserhebung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen müssen Sozialversicherungskassen Mitglieder und Mittel verwalten, Anbieter unter Vertrag nehmen und Leistungen kontrollieren (Carrin & James 2004). Diese Funktionen können entweder eine zentralisierte oder dezentral agierende landesweite Versicherungsinstitution (z. B. in Belgien, Ungarn, Costa Rica, Chile) oder multiple Krankenkassen (z. B. in Deutschland, Österreich, Frankreich) wahrnehmen.

Ein wesentliches Merkmal der sozialen Krankenversicherung ist die Beitragsgestaltung: Jeder zahlt nach seiner Zahlungsfähigkeit und unabhängig vom individuellen Gesundheitsrisiko. Einkommensabhängige Krankenversicherungsbeiträge sind ein wesentliches Merkmal aller Arten von Sozialversicherungen, doch anders als bei Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung sind die Leistungsansprüche nicht

an die Beitragshöhe gekoppelt. Kaufkraftabhängige Beitragsgestaltung bei bedarfsabhängigem Versorgungsanspruch aller Versicherten ist ein Kernelement der sozialen Krankenversicherung und zählt zu den bedeutsamsten kulturell-zivilisatorischen Errungenschaften. Das darin zur Anwendung kommende Solidarprinzip operationalisiert gerechte Gesundheitsfinanzierung und gesellschaftliche Solidarität über mehrere komplementäre Umverteilungsmechanismen: Vorfinanzierung von Gesundheitsrisiken bzw. -kosten:

- von Gesunden zu Kranken
- von Wohlhabenderen zu GeringverdienerInnen
- von Jung zu Alt
- von wirtschaftlich Aktiven zu Inaktiven (z. B. Arbeitslosen, Rentnern etc.)
- von Alleinstehenden zu Familien und
- von Männern zu Frauen.

Zweifelsohne gewährleisteten Sozialversicherungssysteme einen hohen Grad an sozialem Ausgleich und fairer Gesundheitsfinanzierung. In der Praxis bestehen allerdings erhebliche Einschränkungen, die sich in den reicheren Ländern vor allem häufig aus Beitragsobergrenzen ergeben: Da sich der über dieser Grenze liegende Lohnanteil der Sozialversicherungspflicht entzieht, konzentriert sich der Umverteilungseffekt auf die unteren und mittleren Einkommen und entlastet gut Verdienende. Die üblicherweise angeführte Begründung, eine Belastung des Gesamteinkommens würde besser Verdienende aus der Sozialversicherung drängen, erscheint nur bedingt stichhaltig, denn gegenteilige Beispiele zeigen, dass dies nicht zwangsläufig so sein muss.

Die Absicherung der ärmsten Bevölkerungsschichten erfordert meistens erhebliche Quersubventionierungen, die gerade in Entwicklungsländern kaum durch die Beiträge der formal Beschäftigten alleine aufzubringen sind (Carrin & James 2004). Zwar ist es sicherlich unzutreffend, dass Sozialversicherungssysteme ausschließlich für den formalen Wirtschaftssektor anwendbar sind. Aber zweifelsohne erfor-

dert die Einbeziehung des informellen Sektors besondere Anstrengungen und ein entschiedenes politisches Vorgehen (ebd.; Carrin 2002). Zum einen bedarf es einer geeigneten Methode zur Erfassung der Kaufkraft, um sozial gerechte Beiträge erheben zu können. Zum anderen können die meisten Entwicklungsländer ohne öffentliche oder anderweitige Zuschussung kaum die Absicherung der Armen gewährleisten. Selbst Industrieländer mit Sozialversicherungssystemen verzichten nicht gänzlich auf Steuermittel, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

### Private Krankenversicherungen

Private Krankenkassen stellen einen weiteren Mechanismus von *prepayment* und *risk pooling* dar. Hier ist zwischen gewinnorientierten privaten Versicherungsunternehmen und philanthropischen, karitativen Organisationen zu unterscheiden. Die Risikomischung hängt jeweils von der Größe des versicherten Personenkreises und der Offenheit gegenüber unterschiedlichen AntragstellerInnen ab. In der Regel sind Privatversicherungen, die als Unternehmen am Markt agieren und Gewinne erzielen müssen, dazu gezwungen, eine möglichst gute Risikomischung anzustreben (engl. *cream skimming*). Andernfalls ist nicht nur die erwünschte Gewinnerzielung, sondern die Existenz des Versicherungsunternehmens gefährdet. Daraus ergibt sich aber, dass marktwirtschaftlich organisierte Systeme und privatwirtschaftliche Krankenversicherungen anderen Kriterien folgen als nationale bzw. staatliche und Sozialversicherungssysteme.

Am Markt agierende Privatunternehmen arbeiten nach dem klassischen Versicherungsprinzip, das auch in anderen Sparten vorzufinden ist, d. h. sie beschränken sich auf die Einnahme von Beiträgen und die Finanzierung der Leistungsausgaben für ihre Versicherten. Andere Versicherungsunternehmen folgen den so genannten *Managed-Care-Modellen*, bei denen eine vertikale Integration von Finanzierungs- und Anbieterfunktion besteht. Dies ist dann der Fall, wenn

eine Versicherung entweder selektiv ihre Leistungserbringer kontrahiert bzw. diese zum selben Unternehmen gehören oder wenn Kliniken und Ärztekonsortien selber eine versicherungsartige Finanzierungsstruktur aufbauen.

Gewinnorientierte private Krankenkassen wenden in aller Regel das Äquivalenzprinzip an, bei dem sich die Beiträge entweder nach dem individuellen bzw. kollektiven Risiko der Versicherungsnehmer oder dem Umfang des versicherten Leistungspakets richten. Kommerzielle Krankenversicherungsmodelle werfen in aller Regel große Selektions- und Gerechtigkeitsprobleme auf. Vor allem in Entwicklungsländern kann die Kommerzialisierung des Gesundheitsmarktes durch private Anbieter den sozialen Zusammenhalt gefährden (Mackintosh 2003). Zudem belegt die internationale Erfahrung, dass private Krankenkassen strukturell kaum dazu angelegt sind, einen relevanten Bevölkerungsanteil und vor allem die Armen abzusichern. In Marktmodellen und Krankenversicherungssystemen mit starker privatwirtschaftlicher Komponente (USA, Chile, Schweiz, Kolumbien, Südafrika, Namibia) bestehen – wenn auch in recht unterschiedlicher Ausprägung – erkennbare soziale Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung oder zumindest eine erhebliche finanzielle Bedrohung der ärmeren Haushalte durch Gesundheitsausgaben.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass marktorientierte Reformen keine adäquate Antwort auf die beiden wichtigsten Herausforderungen an tragfähige und sozialverträgliche Gesundheitssysteme liefern: universelle Absicherung und solidarische, «faire» Finanzierung. Allen anders lautenden Behauptungen zum Trotz zeigt sich immer wieder, dass Privatkassen nur einem beschränkten Bevölkerungsteil soziale Absicherung bieten können, in der Regel den besser Gestellten und Wohlhabenden einer Gesellschaft. Die große Mehrheit der Menschen in Entwicklungs-, aber auch in Schwellen- und sogar Industrieländern, bietet für privatwirtschaftliche Unternehmen keine hinreichenden Renditeaussichten. Universelle Absicherung gegen Ge-

sundheitsrisiken durch Markt und Unternehmen im Wettbewerb erreichen zu wollen ist ein aussichtsloses Unterfangen.

Auch die Subventionierung der Nachfrage nach privaten Versicherungsleistungen aus öffentlichen Mitteln oder durch Transferzahlungen kann die Ausgrenzung großer Bevölkerungsteile nicht überwinden und allenfalls zu kosmetischen Verbesserungen beitragen. Die Verschiebung öffentlicher Ressourcen in die Privatwirtschaft mag eine gewisse Ausweitung von Versicherungsschutz bzw. Inanspruchnahme privater Dienstleitungen bewirken, allerdings zu Lasten der Armen und insbesondere der Ärmsten, die trotz Bezuschussung für gewinnorientierte Anbieter unattraktiv bleiben.

### Kleinstversicherungen

Bis Mitte des 19. Jahrhunderts bildeten gemeindebasierte oder kooperative Kleinstversicherungen (engl. micro-insurance) in den europäischen Staaten die wesentliche Grundlage der Absicherung gegen bestimmte gesellschaftliche Risiken. Die sozialen Strukturen der Berufsverbände und Gilden, die Arbeitervereine und andere Hilfsfonds waren Keimzellen der heutigen sozialen Sicherungssysteme. Hilfsorganisationen und Kleinstversicherungen boten eine Gelegenheit, Vertrauen zwischen den Organisatoren und den Nutznießern der Fonds aufzubauen; sie lieferten zugleich Erfahrungen mit gelebter Solidarität von Menschen vergleichbarer sozialer Herkunft (Bärnighausen & Sauerborn 2002).

Heute bestehen mehr oder weniger informelle Kleinstversicherungen in einer Reihe von Entwicklungsländern, z. B. in Guatemala, Guinea, Indien, Kamerun, Kenia, Mali, Ruanda, Tansania, Paraguay, Peru, den Philippinen und Senegal. Sie füllen bestehende Lücken unterfinanzierter staatlicher oder anderer Sicherungssysteme und können vielfach zu einer spürbaren Verbesserung des Zugangs gerade der Armen zu bezahlbarer Versorgung beitragen. Andererseits erreichen Kleinstversicherungen aufgrund ihrer geringen Größe und

der freiwilligen Mitgliedschaft nur eine geringe Risikomischung. Die üblichen Methoden zur Verminderung der adversen Selektion widersprechen zumeist den grundlegenden Zielsetzungen der Kleinstversicherungen, die ja gerade Armen und Kranken Hilfe bieten wollen. Grundsätzlich tendieren Personen, die einem versicherungsfähigen Risiko mit höherer Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sind als andere, am stärksten zum Abschluss einer Versicherung. Kleinstversicherungen können schwerlich einer überproportionalen Aufnahme von Menschen mit hohem Gesundheitsrisiko vorbeugen wie private Krankenversicherungen, sei es durch Ausschlüsse bestimmter Vorerkrankungen, Wartezeiten, Gesundheitsprüfungen oder höhere Beiträge für bestehende Gesundheitsprobleme.

Kleinstversicherungen verfügen in der Regel weder über nennenswerte finanzielle Mittel (aufgrund geringer Beitragseinnahmen) noch über MitarbeiterInnen, die für ein professionelles Management erforderlich sind. Abhilfe können hier regionale oder nationale Zusammenschlüsse zu Kompetenzzentren schaffen, die für die angeschlossenen Organisationen wesentliche Versicherungsaufgaben übernehmen, Fachwissen und Beratung zur Verfügung stellen und eventuell auch die Funktion einer Rückversicherung übernehmen können.

Nicht zuletzt die historischen Erfahrungen aus Mitteleuropa legen nahe, dass Kleinstversicherungen einen wichtigen Beitrag zur Ausweitung der sozialen Sicherung leisten können. Nach bisherigen Erfahrungen erreichen sie in den Entwicklungsländern zwar kaum mehr als 10 % der Bevölkerung, doch neben der Absicherung gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Risiken kommt ihnen vielfach eine wichtige Aufgabe bei der Bewusstseinsbildung und Förderung einer Versicherungskultur zu. Kleine, informelle Krankenversicherungssysteme auf freiwilliger Basis können das Erlernen von Verwaltungs- und Managementkapazitäten ebenso wie das gesellschaftliche Solidaritätsbewusstsein fördern und dadurch die Einführung grö-

ßerer, formalerer und Pflichtversicherungen begünstigen (Bärnighausen & Sauerborn 2002).

### Ergänzende Finanzierungsoptionen

In den letzten Jahren sind individuelle Vorfinanzierungssysteme beispielsweise in Form der «Medical Savings Accounts» im Stadtstaat Singapur entstanden, die auch in Südafrika und den USA Einzug in die gesundheitspolitische Debatte gefunden haben (Nichols et al. 1997). Die Familien entscheiden selbstständig, für welche Behandlungen sie das angesparte Guthaben verwenden möchten – kostspielige Therapien können sie zusätzlich versichern. Allerdings sind diese gesundheitsbezogenen Familiensparfonds tendenziell regressiv und beinhalten keinen interindividuellen Solidarausgleich (Carrin & James 2004).

In der Entwicklungszusammenarbeit finden in jüngerer Zeit ergänzende Finanzierungsformen zunehmende Beachtung, die gezielt den armen und anfälligsten Bevölkerungsgruppen zugutekommen sollen. Soziale Transferzahlungen zur Finanzierung der Grundbedürfnisse finden im Rahmen von Programmen der Armutsminderung vor allem in Ländern Lateinamerikas Anwendung. Auch in der Gesundheitsfinanzierung bestehen sozial gestaltete Sozialtransferleistungen zur gezielten nachfrageseitigen Bezuschussung der Ärmsten. So wenden beispielsweise Tansania, China und Nicaragua Gutscheinsysteme an, während Indien und Mexiko Anreizsysteme durch Sozialtransfers eingeführt haben. Gutscheine (Voucher) und Transferzahlungen für Gesundheitskosten sollen die Nachfrage nach bestimmten Leistungen steigern, den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern, gezielt vulnerable Gruppen fördern und die Versorgungsqualität erhöhen.

Allerdings zeigen internationale Erfahrungen, dass die nachfrageseitige Steigerung der Inanspruchnahme durch die Ärmsten nicht immer in der beabsichtigten Form erfolgt. Denn oft kommt sie eher den besser Gestellten als den

ganz Armen zugute. Außerdem können Gutscheinsysteme und Sozialtransfers nur dann ihre gewünschte Wirkung entfalten, wenn in den jeweiligen Entwicklungsländern eine gewisse Regulierung des Gesundheitswesens gegeben ist. Vielfach haben aber gerade die mangelnde Finanzierung und Leistungsfähigkeit öffentlicher Versorgungsstrukturen zu einem Wildwuchs privatwirtschaftlicher Angebote geführt, die sich primär an kaufkräftigere Schichten richten, die Ärmsten ausgrenzen und eine Reihe von Verzerrungen am ohnehin störanfälligen Gesundheitsmarkt bewirken.

Transferleistungen können indes den Aufbau von Versicherungssystemen ergänzen und fördern, sofern sie eine Nachfragesteigerung nach Versicherungs- anstelle von spezifischen Gesundheitsleistungen bewirken. So wirken sich Bartransfers an besonders arme, von Aids betroffene Haushalte förderlich auf die Dauer antiretroviraler Therapien bei werdenden Müttern oder den Schulbesuch von Aids-Waisen aus. Derartige Geldtransfers steigern insgesamt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, wobei allerdings kaum Evidenz über die Kosten-Nutzen-Effektivität derartiger Zuschüsse vorliegt. Grundsätzlich sind die Wirkungen von verbraucherseitigen Transferleistungen bisher nicht eindeutig zu beurteilen, vor allem zu hohen Erwartungen ist zu warnen und die Anwendung vorrangig auf gut beobachtete Pilotprojekte zu beschränken (Ensor 2004).

Neben Voucher-Programmen gilt die Subventionierung von Krankenversicherungsbeiträgen für Arme vielfach als probates Mittel zur Verbesserung des Zugangs armer Bevölkerungsgruppen zu erforderlichen und qualitativ hoch stehenden Gesundheitsleistungen, um die Nachfrageseite finanziell zu stärken, die Anbieterdominanz zu überwinden und Anreize zu qualitativ guter Leistungserbringung zu bieten. Ein Beispiel für Armutsminderung über die Subventionierung von Krankenversicherungsbeiträgen ist das Nationale Krankenversicherungsprogramm *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY) in Indien. Hier nimmt die öf-

fentliche Hand private Krankenversicherungsanbieter unter Vertrag und bezahlt das Groß der anfallenden Beiträge für Menschen, die unterhalb der Armutsgrenze leben. Dies ermöglichte zumindest in einigen Bundesstaaten die Absicherung großer, bisher unversicherter Bevölkerungsteile innerhalb von wenigen Jahren (Palacios 2010).

Jenseits lokaler, regionaler und landesweiter Ansätze liegt wachsendes Augenmerk auf internationalen Ansätzen der Gesundheitsfinanzierung jenseits der herkömmlichen bzw. offiziellen Entwicklungszusammenarbeit. Ausgehend von dem bereits in der Menschenrechts-Charta der Vereinten Nationen (1948) verankerten Recht auf Gesundheit und soziale Absicherung und vielen weiteren Abkommen über soziale Menschenrechte begleitet eine rechtbasierte Diskussion den globalen Trend zu universeller Absicherung. So entstand zunächst der Vorschlag einer Art «Weltkrankenkasse» – *Global Social Protection Fund* – (Ooms et al. 2010), für dessen Finanzierung neben klassischen Instrumenten wie nationalen Steuern und Beiträgen zunehmend auch neue Optionen wie die bessere Besteuerung globaler Wirtschaftsabläufe (Waris 2012), Sonderabgaben auf bestimmte Umsätze (z. B. Finanztransaktionssteuer nach Tobin) und vor allem die Einführung einer systematischen Besteuerung von Wechselkurs-Transaktionen in die Diskussion kommen (Leading Group on Innovative Financing for Development 2010).

### Direktzahlungen im Gesundheitswesen

Die Finanzierungsgerechtigkeit eines Gesundheitssystems hängt im Wesentlichen von der sozialen Ausgewogenheit und dem Zeitpunkt der Ausgabenbelastung des Einzelnen ab. In ihrem Jahresbericht 2000 schreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO):

Die wichtigste Determinante für den Grad der Fairness der Finanzierung eines Gesundheitssystems [...] ist der Anteil der Vorfinan-

zierung an den gesamten Ausgaben. Direktzahlungen stellen gewöhnlich die regressivste Form der Bezahlung für Gesundheitsleistungen dar und setzen die Menschen am stärksten katastrophalen finanziellen Risiken aus (WHO 2000).

In Schwellen- und Entwicklungsländern sind diese besonders bedrohlich dort, wo ein großer Bevölkerungsteil in Armut lebt und gleichzeitig ein breites Angebot an medizinischen Versorgungsleistungen besteht, vor allem in Vietnam, Kambodscha, Aserbaidschan, der Ukraine und in Lateinamerika.

Das Verarmungsrisiko steigt mit dem Umfang der Gebühren und Zuzahlungen, die bei Nutzung des Gesundheitswesens anfallen (Kawabata et al. 2002). Unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem besteht eine deutliche Korrelation zwischen dem Ausmaß der *out-of-pocket-payments* am Gesamtbudget und dem Anteil der Menschen, die unerschwinglichen Ausgaben zur Erhaltung ihrer Gesundheit ausgesetzt sind. Mittlerweile liegt zudem eine überwältigende Zahl empirischer Untersuchungen vor, die vor allem eins belegen: Die unerwünschten Wirkungen von Zuzahlungen überwiegen den potenziellen Nutzen und können ein Gesundheitssystem sogar teurer zu stehen kommen (Holst 2007, 2012).

Bei der Einführung bzw. Anwendung von Nutzergebühren ist zu bedenken, dass diese grundsätzlich Arme und Kranke benachteiligen und gerade in Entwicklungsländern die Zugangsbarrieren für die anfälligsten Gesellschaftsgruppen erhöhen. Befreiungs- und Ausnahmeregelungen überfordern die meisten armen Länder und funktionieren in aller Regel nicht (Bitrán & Giedion 2003). Zudem stellen Direktaufwendungen im akuten Bedarfsfall die ineffektivste Zahlungsform im Gesundheitswesen dar, während Vorfinanzierungsmechanismen wie Steuern oder Krankenversicherungsbeiträge einen effektiveren Ressourceneinsatz versprechen (WHO 2000; Sachverständigenrat 2003 a, b).

## Ausblick

Aufbau und Erhalt gerechter und zugleich tragfähiger sozialer Sicherungssysteme stellen nahezu alle Länder dieser Welt vor große Herausforderungen. Die Finanzierung der sozialen Sicherung gegen Erkrankungsfolgen beruht auf vier Grundelementen: Steuereinnahmen, Sozialversicherungsbeiträgen, informellen kollektiven Geldern und individuell aufgebrauchten Mitteln zur privaten Bezahlung von Gesundheits- bzw. Versicherungsleistungen. Die entsprechenden Gesundheitsfinanzierungsmodelle – steuerfinanzierter Gesundheitsdienst, soziale Pflichtversicherung, Kleinstversicherungen bzw. *microinsurance* sowie kommerzielle Privatversicherungen – bestehen in der Praxis meist nebeneinander oder als Mischformen.

Aus sozialpolitischer wie aus volkswirtschaftlicher Sicht sind drei Kriterien für die Finanzierung sozialer Sicherungssysteme von entscheidender Bedeutung: Anteil der abgesicherten Bevölkerung (Universalität), Grad der Risikostreuung über unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (engl. risk pooling), sowie vor allem im Gesundheitswesen die Finanzierungsgerechtigkeit. Bezüglich der Absicherungsbreite, der Risikostreuung und der Fairness der Finanzierung bestehen grundsätzliche Unterschiede zwischen den genannten Modellen.

Das größte Potenzial für ausgewogene Risikomischung und sozial gerechte Finanzierung bieten zweifellos steuerfinanzierte und Sozialversicherungssysteme. Bei ersteren hängt die Fairness allerdings unmittelbar vom zugrunde liegenden Steuersystem ab, und Bismarck-Systeme erreichen erst dann ein hohes Maß an sozialer Gerechtigkeit, wenn sie (nahezu) die gesamte Bevölkerung erfassen und ggf. Ausgleichstransfers zwischen verschiedenen Krankenkassen bestehen (Risikostrukturausgleich). Steuerfinanzierte Systeme bieten erhebliche Vorteile in Bezug auf die universelle Absicherung der Wohnbevölkerung, während Sozialversicherungen besser die zweckbestimmte Verwendung der für Gesund-

heit aufgebrauchten Mittel garantieren und flexibler die Versorgung ihrer Versicherten gestalten können.

Kleinstversicherungen beschränken sich in aller Regel auf einen kleinen Anteil der Bevölkerung, sind anfälliger und in geringerem Maße in der Lage, sozialen Ausgleich zu gewährleisten. Erheblich größere Probleme in Bezug auf Universalität, «risk pooling» und vor allem im Hinblick auf soziale Gerechtigkeit bieten private Krankenversicherungsunternehmen, die in der Regel ihr Angebot auf die besser Gestellten konzentrieren, risikobezogene Beiträge verlangen und «schlechte Risiken» ausschließen. Andere Finanzierungsformen wie Sozialtransfers und Gutscheine für Gesundheitsleistungen können in armen Ländern eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Systeme darstellen, müssen aber ihre Effektivität und vor allem Nachhaltigkeit noch beweisen. Die ungerechteste Form der Gesundheitsfinanzierung stellen Direktzahlungen im Krankheitsfall dar. Dies gilt sowohl für «user fees», die für die Versorgung in prinzipiell kostenfreien öffentlichen Einrichtungen anfallen, als auch für Zuzahlungen, die Versicherte für bestimmte Leistungen aufbringen müssen.

## Literatur

- Bärnighausen T & Sauerborn R (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Soc Sci Med*, 54 (10): 1559–1597.
- Bitrán R & Giedion U (2003). Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. *Social Safety Net Primer Series*. Washington DC: Worldbank.
- Carrin G (2002). Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *Int Soc Sec Rev*, 55 (2): 57–69.
- Carrin G & James C (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. *Health Financing Technical Paper*. Geneva: WHO.
- Ensor T (2004). Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. *Int J Health Plan Mgmt*, 19 (3): 267–285.
- Holst J (2007). Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! *Theoretische Betrachtun-*

## 9. Gesundheitsfinanzierung: Risikomischung und soziale Gerechtigkeit 99

- gen und empirische Befunde aus Industrieländern. Discussion Paper SP I 2008-305, FG Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Verfügbar unter: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-305.pdf> [18.02.2014].
- Holst J (2012). Direktzahlungen in der Krankenversicherung in Entwicklungs- und Schwellenländern: Ein Reforminstrument mit überwiegend negativen Wirkungen. Discussion Paper SP I 2012-305, FG Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Holst J (Hg.) (2012). Global Social Protection Scheme – Moving from Charity to Solidarity. International Seminar on Financing for Health and Social Protection. Workshop Reader. Medico international/Hélène-de-Beir Foundation, Frankfurt/Merelbeke. Verfügbar unter: <http://www.medico.de/en/media/workshop-reader-global-social-protection-scheme.pdf> [18.02.2014].
- Kawabata K, Xu K & Carrin G (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ* 80 (8). Geneva: WHO.
- Leading Group on Innovative Financing for Development (2010). Globalising Solidarity – The Case for Financial Levies. Report of the Committee of Experts to the Taskforce on International Financial Transactions and Development. Leading Group on Innovative Financing for Development, Paris. Verfügbar unter: [http://www.leadinggroup.org/IMG/pdf\\_Financement\\_innovants\\_web\\_def.pdf](http://www.leadinggroup.org/IMG/pdf_Financement_innovants_web_def.pdf) [18.02.2014].
- Mackintosh M (2003). Health Care Commercialisation and the Embedding of Inequality. RUIG / UNRISD Health Project Synthesis Paper (Draft paper). Verfügbar unter: [http://www.unrisd.org/unrisd/website/projects.nsf/\(httpProjects\)/E90A28B15B255697C1256DB4004B2D63?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/projects.nsf/(httpProjects)/E90A28B15B255697C1256DB4004B2D63?OpenDocument) [10.02.2014].
- Marmot M (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.
- Marmot M, Atkinson T, Bell J et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010. The Marmot Review. London: UCL Institute of Health Equity.
- McIntyre D (2007). Learning from experience: health care financing in low- and middle-income countries. Global Forum for Health Research, Geneva. Verfügbar unter: [http://mercury.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/48554/ipublicationdocument\\_singledocument/c3c0c5a7-b5cf-4775-a45b-c518dff27882/en/2007-06+Health+care+financing.pdf](http://mercury.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/48554/ipublicationdocument_singledocument/c3c0c5a7-b5cf-4775-a45b-c518dff27882/en/2007-06+Health+care+financing.pdf) [10.02.2014].
- Nichols LM, Prescott N & Phua KH (1997). Medical Savings Accounts for Developing Countries. In: Schieber G (ed.) *Innovations in Health Care Financing*. World Bank Discussion Paper, No. 365, 233–245. Washington DC: World Bank.
- Nowatzki N (2012). Wealth Inequality and Health: A Political Economy Perspective. *Int J Health Serv*, 42 (3): 403–424.
- Ooms G, Stuckler D, Basu S & McKee M (2010). Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the «Big Push». *Global Health*, 6: 17.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (2011). *Health at a Glance. OECD Indicators 2011*. Paris: OECD.
- Palacios R (2010). A new approach to providing health insurance to the poor in India: The early experience of Rashtriya Swasthya Bima Yojna. RSBY Working Paper #1, RSBY Working Paper Series, RSBY. Delhi: Ministry of Labour and Employment.
- Preker A, Langenbrunner J & Jakab M (2002). Rich-Poor Difference in Health Financing. Chapter 1 in *Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing*. Washington DC: World Bank and International Labour Organisation.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003 a). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Bd. I, II, Kurzfassung. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltt.htm> [18.02.2014].
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003 b). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.
- Saltman R, Busse R & Mossialos E (2002). *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Vereinte Nationen (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. New York: UN.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg HC et al. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ* 18 (3), 263–290.
- Waris A (2012). The Role of International Tax in the Achievement of Global Social Protection. In: Holst J (Hg.) *Global Social Protection Scheme*. Frankfurt: Medico international. 122–130
- Weber A, Stierle F, Hohmann J, Schramm B, Schmidt-Ehry B & Holst J (2005). *Social Protection in Health Care – European Assets and Contributions*. Eschborn: GTZ.
- WHO (2000). *World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- WHO (2010). *Health Systems Financing: Path to universal coverage*. World Health Report 2010. Geneva: WHO.
- WHO (2013 a). *National health accounts (NHA). Country information*. Verfügbar unter: [http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP\\_](http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_)

## 100 Teil 2: Prinzipien und Lösungsansätze im internationalen Vergleich

---

WEB\_MINI\_TEMPLATE\_WEB\_  
VERSION&COUNTRYKEY= 84043 [10.02.2014].  
WHO (2013 b). Research for Universal Health Coverage.  
World Health Report 2013. Geneva: WHO.  
Xu K, Klavus D, Evans D et al. (2003). The Impact of Ver-  
tical and Horizontal Inequality on the Fairness in Fi-

nancial Contribution Index. In: Murray, Christopher;  
Evans, David (eds.). Health Systems Performance As-  
sessment. Debates, Methods and Empiricism. HSPA,  
WHO