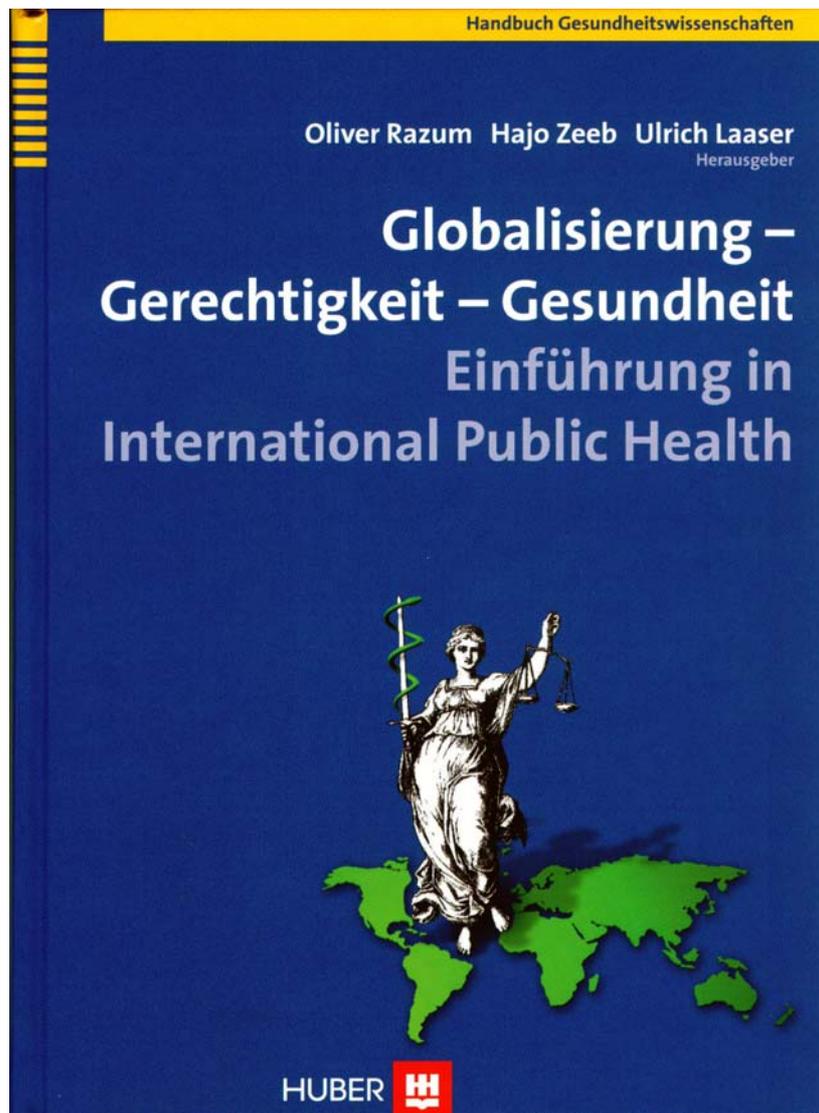


Gesundheitsfinanzierung: Risikomischung und soziale Gerechtigkeit

Jens Holst

In: Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Laaser, Ulrich (Hrsg.) (2006).

**Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit.
Einführung in International Public Health.**
Verlag Hans Huber, Bern, S. 135-149



2.3 Gesundheitsfinanzierung: Risikomischung und soziale Gerechtigkeit

Jens Holst

2.3.1 Einleitung

Kaum ein Thema beherrscht die gesellschafts-politische Diskussion in gleichem Maße wie die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. In den reichen Industrieländern 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 setzt die international vereinbarte „Bekämpfung der Armut“ vor allem bei Wirtschaftsförderung und der Verbesserung einzelner Indikatoren an, während die Absicherung der Menschen gegen gesellschaftliche und insbesondere gesundheitliche Risiken oft nur eine untergeordnete Rolle spielt. Mehr „Effizienz“ fordern in erster Linie Ökonomen ein, und im Zuge des globalisierten Einheitsdenkens bieten sie zumeist marktwirtschaftliche Rezepte als Allheilmittel. Das weltweit zu beobachtende Primat des Ökonomischen über das Politische degradiert die Sozialpolitik vielerorts zu einer Variablen von Staatshaushalt und überwiegend privaten Wirtschaftsinteressen.

Auch dieses Phänomen ist in den Industriestaaten ebenso zu beobachten wie in den Entwicklungsländern. Trotz großer Unterschiede von Wirtschaftskraft und gesellschaftlichen Bedingungen weisen dabei die 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 verknappender Ressourcen und die Steuerung von Angebot und Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt bestimmten vor allem in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts die Gesundheitspolitik der meisten Länder. Entscheidenden Einfluss hatten die markt-orientierten 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, gesundheitswissenschaftliche und insbesondere ethisch-moralische Fragen jahrelang zweitrangig waren, lassen die heutigen Reformansätze durchaus eine unterschiedliche Gewichtung dieser fundamentalen, aber leichtfertig als „unmodern“ bezeichneten Kriterien jeder Sozial- und Gesundheitspolitik erkennen.

Im Zusammenhang mit der vermehrten Orientierung der internationalen Zusammenarbeit auf eine Verringerung der weltweiten Armut setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass der Aufbau sozialer Sicherungssysteme und insbesondere eine gerechte und universelle Gesundheitsfinanzierung Wachstum und Entwicklung der Länder stärker fördern als simple finanzpolitische Ansätze. Schließlich belegen zahlreiche Beispiele aus

Asien, Lateinamerika und Afrika, dass der Aufbau eines funktionierenden Krankenversicherungssystems einen gangbaren Weg darstellt, den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung zu verbessern, den individuellen und kollektiven Wohlstand zu mehren und langfristig die Zahl der Armen zu verringern (Holzmann & Jørgensen 2000: 6f.). Zudem wirken sich Armut und vor allem soziale Ungleichheit zunehmend hemmend auf Wachstum und Entwicklung der Länder und Regionen aus (Bouillon & Buvinic 2003: 7f.).

2.3.2 Historische Entwicklung

Gesundheitssysteme sind das Ergebnis nationaler historischer Entwicklungen und zugleich Abbild grundlegender Wertvorstellungen einer Gesellschaft. So haben die Länder die Finanzierung ihrer Gesundheitsversorgung recht unterschiedlich gestaltet. Entscheidende Impulse zur Einführung von sozialen Sicherungs- und insbesondere von Gesundheitssystemen gingen oftmals von einschneidenden gesellschaftlichen Umbrüchen aus. So stand die Einführung des weltweit ersten sozialen Krankenversicherungssystems ab 1883 im Deutschen Reich ganz im Zeichen wachsender sozialer Unruhen in Folge der Industrialisierung. Ohne die Oktoberrevolution hätte es in Russland kein staatliches, universelles Gesundheitssystem gegeben, und der zügige Aufbau des National Health Service (NHS) in Großbritannien erfolgte unter dem Eindruck der kollektiven Erfahrung des Zweiten Weltkriegs. Die vergleichsweise schnelle Einführung eines umfassenden sozialen Krankenversicherungssystems in Südkorea innerhalb von nur 12 Jahren gelang in Konkurrenz zum kommunistischen Nordkorea und unter den Bedingungen einer Militärdiktatur, ebenso wie der viel beachtete, radikale Umbau des Gesundheitswesens in Chile unter dem Militärregime von General Pinochet.

In etlichen Entwicklungsländern sind die Sozialsysteme bis heute stark von der Kolonialzeit geprägt oder spiegeln die post-koloniale Entwicklung wider. So dominieren in ehemals britischen Überseegebieten steuerfinanzierte Modelle mit zumindest theoretisch kostenfreiem Zugang zu Gesundheitsdiensten (Bardroff et al. 2000: 379), während in früheren französischen und belgischen Kolonien eher Kranken- und Sozialversicherungssysteme anzutreffen sind. Heute beschreiten allerdings etliche Länder der Welt, vornehmlich Ankerländer wie Brasilien, Indien, Südafrika, Mexiko und Indonesien, aber auch Schwellenländer wie Thailand, Vietnam, Chile und Kolumbien sowie ärmere Staaten wie Kenia, Tansania und Bolivien innovative Ansätze und Reformen, die im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit vermehrt Beachtung finden.

Aufgrund seiner mehr als 120-jährigen Sozialversicherungsgeschichte hat Europa eine Reihe von Erfahrungen und Errungenschaften vorzuweisen, aus denen sich grundlegende Prinzipien und in der Praxis bewährte Wertvorstellungen ableiten lassen (Weber et al. 2005). Insbesondere Prinzipien wie Universalität, Solidarität und Subsidiarität sind geeignet, in der internationalen Zusammenarbeit eine größere Rolle zu spielen (Holst & Wiebe 2004: 30-40).

2.3.3 Formen der Gesundheitsfinanzierung

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

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

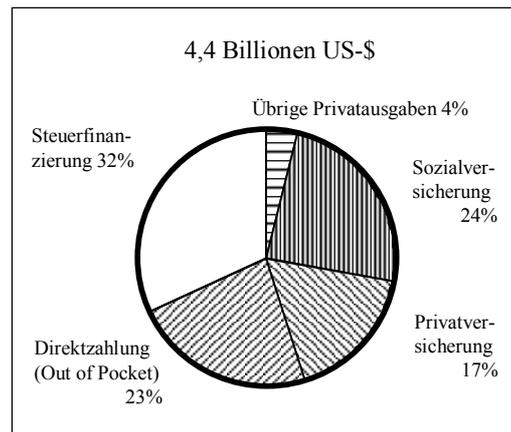
Die ursprüngliche Form der Honorierung ärztlicher Leistungen stellen Direktzahlungen (*out of pocket payments*) dar, die in manchen Entwicklungsländern auch heute anzutreffen sind oder zumindest als anteilige Nutzergebühren (*user fees*) fortbestehen. Vor allem in Europa und anderen Industrie-, aber auch in Anker- und Schwellenländern haben verschiedene Formen der Vorauszahlung (*prepayment*) für die Gesundheitsversorgung die direkte Bezahlung weitgehend abgelöst. Entsprechend den genannten Finanzierungsquellen lassen sich folgende Systemansätze einer Vorfinanzierung von Gesundheitsrisiken bzw. -kosten ausmachen:

- 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. *microinsurance*),
- kommerzielle Privatversicherungen (Marktsystem).

Die aufgeführten Systembeispiele stehen zwar für bestimmte Gesundheitsfinanzierungsmodelle, in der Praxis existieren die verschiedenen Finanzierungsformen aber zumeist nebeneinander oder als Mischformen (vgl. Preker et al. 2002: 144). Allerdings sind die genannten Grundprinzipien in unterschiedlichem Ausmaß und Verhältnis in den verschiedenen Gesundheitssystemen verankert. Internationale Systemvergleiche verweisen auf einen Zusammenhang zwischen der jeweils vorherrschenden Finanzierungsart und der Höhe der Gesundheitsausgaben. In der Tat zeigen sowohl der Weltgesundheitsbericht 2000 (WHO 2000) als auch neueste Untersuchungen aus reicheren Ländern (OECD 2005: 150) eine vergleichsweise gute Kosteneffektivität von steuerfinanzierten und eine eher geringe von Marktsystemen. Tendenziell haben Länder mit steuerfinanzierten staatlichen Systemen eine

niedrigere Gesundheitsquote¹ als solche mit Sozialversicherungs- oder Marktsystemen. Ein unmittelbarer Zusammenhang 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: 153ff.).

Abbildung 2.3.1: Verteilung der weltweiten Gesundheitsausgaben 2003



Quelle: National Health Accounts, EIP/HSF/CEP, Weltgesundheitsorganisation.

Als Land mit dem Prototyp eines obligatorischen Sozialversicherungssystems gilt Deutschland, das unter Bismarck eine Arbeiterversicherung errichtete, die mittlerweile fast die gesamte Bevölkerung absichert. Umfassende soziale Krankenversicherungen sind in ähnlicher Form auch in Belgien, Österreich und Frankreich sowie in Japan, Südkorea und Costa Rica anzutreffen. Der britische *National Health Service* (NHS) verkörpert hingegen die steuerfinanzierte, öffentliche Versorgung mit weitgehender Integration von Finanzierung und Leistungserbringung. Viele ehemals britische Kolonien haben dieses universelle System in wesentlichen Teilen übernommen. Auch andere Länder wie Brasilien bauen steuerfinan-

¹ Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

finanzierte Gesundheitssysteme auf, die allerdings in der Regel stärker dezentralisiert sind und mehr Flexibilität bei der Kontrahierung der Anbieter bieten. Obwohl die USA mit *Medicare* und *Medicaid* zwei öffentlich finanzierte Krankenversicherungssysteme für Arme und Rentner eingerichtet haben, gelten sie als Beispielland für ein marktorientiertes Gesundheitssystem, denn private Krankenversicherungen stellen dort die wesentliche Finanzierungsgrundlage des Gesundheitswesens dar. Kleinstversicherungen sind vor allem in ärmeren Entwicklungsländern mit allenfalls rudimentären Systemen anzutreffen, um den weitgehenden Ausschluss der Bevölkerung von sozialer Sicherung aufzufangen.

2.3.4 Bevölkerung und Risikomischung

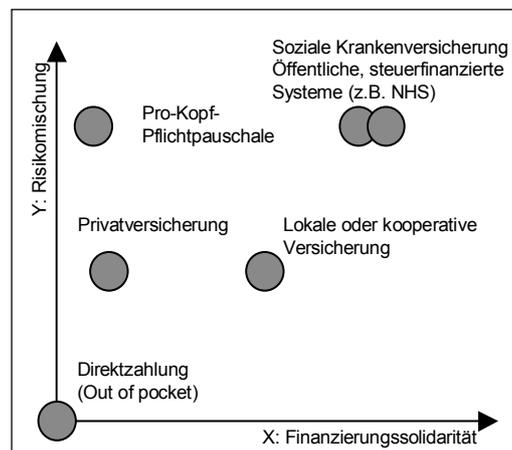
Aus gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Sicht sind zwei Kriterien für die Qualität eines Gesundheitsfinanzierungssystems von entscheidender Bedeutung: Das Ausmaß der erfassten Bevölkerung und der Grad der Risikostreuung über unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. Sowohl im Hinblick auf universellen Zugang, sprich die Absicherung der gesamten Bevölkerung eines Landes oder einer Region, als auch bei der Verteilung der Gesundheitsrisiken bestehen grundsätzliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Systemansätzen. Abbildung 2.3.2 veranschaulicht die Auswirkungen der gängigen Gesundheitsfinanzierungsmodelle auf diese beiden Zielgrößen.

Die Risikomischung (*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 Mit-

glieder des Pools das Risiko von Ausgaben für Gesundheit tragen, und nicht jeder Beitragszahler für sich allein“ (WHO 2000: 96). Grundsätzlich lässt sich sagen, je größer die Gruppe der Versicherten, desto besser ist die Risikomischung, da sich die Folgen des individuellen Risikos, an einer Krankheit mit hohen Behandlungskosten zu leiden, auf mehrere Schultern verteilen. Für das Modell einer aktuarisch fairen Versicherung ist eine ausreichend große Zahl von Personen erforderlich, die Risiken müssen voneinander unabhängig sein und ihre Eintrittswahrscheinlichkeit auf jeden Fall unter eins. 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.

Alle Gesellschaften weisen im Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung einen klaren Abstand zwischen den wohlhabenderen Schichten und den Angehörigen der unteren Einkommensgruppen auf, der in den relativ egalitären skandinavischen Ländern etwa fünf, in Deutschland zurzeit rund sieben, in den USA circa 20 und in etlichen Entwicklungsländern noch mehr Jahre ausmacht (Wilkinson & Marmot 2003; Marmot 2004: 320). In Anbetracht der hochgradigen Determinierung der

Abbildung 2.3.2: Risikomischung und Finanzierungssolidarität bei verschiedenen Formen der Gesundheitsfinanzierung



Quelle: GTZ 2005: 10.

Gesundheit des Einzelnen durch gesellschaftliche Faktoren ergibt sich eine optimale Risikomischung letztlich erst durch eine allgemeine Versicherungspflicht, die alle sozialen Schichten erfasst.

2.3.5 Fairness der Gesundheitsfinanzierung

Unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme spielt neben dem Ausmaß der Risikomischung auch die Fairness der Finanzierung (*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 abhebt. Aus sozialer wie aus ethischer Sicht ist die aktuelle Zahlungsfähigkeit als Kriterium für den Zugang zu Gesundheitsleistungen überaus problematisch. 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, soziale Sicherheit in erster Linie durch den Aufbau persönlicher Rücklagen zu betreiben¹ und die Verwendung individuell aufgebracht Mittel für die Versorgung anderer Menschen als unfair zu betrachten (vgl. Saltman et al. 2002: 5ff.).

Im Hinblick auf universelle Absicherung gegen Gesundheitsrisiken unter der Zielvorgabe einer sozial verträglicher Mittelaufbringung bieten sowohl öffentliche, steuerfinanzierte Gesundheitsdienste als auch soziale Krankenversicherungen prinzipiell die besten Optionen (Weber et al. 2005: 31, 39). Steuerfinanzierte Gesundheitsdienste erleichtern den Einschluss

aller Bevölkerungsgruppen (universelle Absicherung), da Staatsbürgerschaft bzw. Aufenthaltsberechtigung über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmen. Der gesellschaftliche Ausgleich hängt dabei von der Umverteilungskapazität des Steuersystems ab. Sozialversicherungssysteme hingegen gewährleisten aufgrund der einkommensabhängigen Beitragsgestaltung sozialen Ausgleich und faire Belastung der Versicherten, auch wenn der Umverteilungseffekt auf Grund der häufig anzutreffenden oberen Beitragsbemessungsgrenzen auf die unteren und mittleren Einkommen beschränkt bleibt und gut Verdienende nur mit einem Teil ihres Einkommens in die Pflicht genommen sind. Allerdings bedarf es bei Sozialversicherungssystemen in der Regel erheblicher Anstrengungen, um universelle Absicherung der Bevölkerung zu erreichen (Carrin 2002: 63). Bestehen mehrere Sozialversicherungsfonds, ist gesamtgesellschaftliche Fairness nur über eine allgemeine Versicherungspflicht und einen Risikoausgleich zwischen den Fonds zu gewährleisten (Carrin & James 2004: 30).

2.3.6 Nationaler Gesundheitsdienst

Gemeinhin gilt Großbritannien, das ab 1948 seinen *National Health Service* einführte, als Pionierland steuerfinanzierter nationaler Gesundheitssysteme. Allerdings gab es zum Beispiel in Schweden bereits seit 1864 ein öffentlich-staatliches Krankenhauswesen, und auch in anderen Ländern trugen die entstehenden Nationalstaaten einen variablen Anteil der Gesundheitskosten ihrer Bevölkerung. Steuerfinanzierte nationale Gesundheitssysteme 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. Staat-

¹ Als Beispiel seien die Medical Saving Accounts genannt, die in den USA ebenso wie in Singapur Anwendung finden; ihre Regressivität bringt gewisse Gerechtigkeitsprobleme mit sich, auf die dieser Beitrag aber nicht weiter eingehen kann (Nichols et al. 1997).

liche Gesundheitssysteme gewährleisten somit naturgemäß universelle Absicherung und verknüpfen diese mit gesellschaftlicher Solidarität, denn sie verteilen die Kosten für medizinische Leistungen der einzelnen Bürger auf die gesamte Gesellschaft.

Universelle, umfassende Gesundheitsdienste bedienen die Bedürfnisse sehr unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Eine Diskriminierung auf Grund von Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, Behinderung oder sexueller Neigung ist zumindest in den Industriestaaten 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. Viel diskutiert ist die Unzufriedenheit über Engpässe bei stationären Behandlungen, die beispielsweise in Großbritannien auch regionalen Unterschieden unterliegen.

Typischerweise erfolgt die Leistungserbringung in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen durch staatliche Leistungserbringer bzw. öffentlich angestelltes Personal. Die Qualität der medizinischen und medizinassoziierten Dienstleistungen in öffentlichen Einrichtungen lässt allerdings oftmals zu wünschen übrig. In vielen Ländern zeigt sich dies nicht notwendigerweise bei der Qualität der medizinisch-technischen Versorgung, sondern in erster Linie in langen Wartezeiten, vernachlässigter Kundenorientierung, fehlender Flexibilität und einem daraus resultierenden schlechten Image. Diese Bedingungen bringen bisweilen sogar die unteren sozialen Gruppen dazu, private Leistungen in Anspruch zu nehmen, obwohl sie eigentlich über das staatliche Gesundheitssystem (oder eine Sozialversicherung) abgesichert sind. Die Unzulänglichkeiten öffentlicher und insbesondere staatlicher Gesundheitssysteme galten lange Zeit als gewichtiges Argument für die zunehmende Privatisierung nicht nur der Versorgungsstrukturen, sondern auch der Gesundheitsfinanzierung.

Dass die Verknüpfung von Steuerfinanzierung mit öffentlicher Leistungserbringung

nicht zwangsläufig ist, zeigt das Gesundheitssystem Kanadas, das sich zu etwa 70% aus Steuermitteln speist. Die ambulante Versorgung erfolgt hier vorwiegend durch private Allgemein- und Fachärzte, auch Krankenhäuser sind überwiegend in privater Hand, wobei die meisten gemeinnützig sind und nur wenige profitorientiert arbeiten (Böcken et al. 2000: 74f.).

Finanzierungsgerechtigkeit und gesellschaftlicher Ausgleich hängen bei staatlichen Systemen wesentlich von der Progressivität des Steuersystems ab (Holst & Wiebe 2004: 56). So gewährleisten direkte Steuern (Einkommens- oder Körperschaftssteuer) eine stärkere Umverteilung, denn sie nehmen die Bürger entsprechend ihrer Kaufkraft in die Pflicht, und damit die oberen Einkommensgruppen stärker als Geringverdiener und Arme. Indirekte Steuern (Verbrauchssteuer, 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. Sozialen Ausgleich über die Mehrwertsteuer zu finanzieren, wie es das Kopfpauschalenmodell der deutschen Christdemokraten vorschlägt, ist also im Hinblick auf faire Finanzierung überaus fragwürdig.

In Entwicklungsländern ist zusätzlich zu beachten, dass die Effektivität der Steuererhebung vielfach niedrig und nur ein Teil der gesellschaftlichen Einkommen erfasst ist. In Gesellschaften mit großem informellem Sektor beruht der Staatshaushalt zudem stärker auf indirekten als auf direkten Steuern, was den Umverteilungseffekt staatlicher Gesundheitsfinanzierung verringert. Darüber hinaus besteht eine starke Abhängigkeit von politischen Vorgaben und Interessen, die sich unmittelbar auf das Budget bzw. die Ausstattung öffentlicher Versorgungsstrukturen und damit auf die Zugänglichkeit und Qualität auswirken können.

2.3.7 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 Beitragsparität vorherrscht, übernehmen beispielsweise in Argentinien, Mexiko und Kolumbien Arbeitgeber zumindest für Geringverdiener einen Anteil von über 50%. Neben der Beitragserhebung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen erfüllen Sozialversicherungskassen eine Vielzahl von organisatorischen, Management- und Kontrollaufgaben (Carrin & James 2004: 17). 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.

Die Analyse der historisch gewachsenen europäischen Sozialversicherungssysteme belegt, dass die Beitragserhebung nicht ausschließlich lohn- und gehaltsbezogen erfolgt, sondern in geringem Maße auch nach Wirtschaftsbesitz bzw. Betriebsgröße. Dies ist beispielsweise der Fall bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen in Deutschland, Österreich, Belgien und Frankreich, die sich zudem dadurch von „herkömmlichen“ sozialen Krankenkassen unterscheiden, dass sie Selbstständige absichern und daher auch keine Aufteilung der Beiträge auf Arbeitgeber und -nehmer erfolgen kann.

Bei der Zuordnung zu sozialen Krankenversicherungssystemen zeigt die internationale

Literatur eine auffällige Inkonsistenz. Viele Autoren zählen bedenkenlos die Schweiz zu den Ländern mit sozialer Krankenversicherung (z.B. Saltman et al. 2002: 3, 22). Die Begründung, die auch die WHO üblicherweise anführt, beruht auf der Auffassung, dass soziale Krankenversicherung dann gegeben sei, wenn Krankenversicherungspflicht besteht und die Beiträge zur (gesetzlichen oder anderweitigen) Krankenkasse nicht risikoabhängig sind (vgl. Mossialos et al.: 61). Diese Beschreibung übergeht indes einen entscheidenden Aspekt von sozialer Krankenversicherung, der zu den bedeutsamsten kulturell-zivilisatorischen Errungenschaften der Menschheit zählt: Die Beiträge des Einzelnen sind nicht nur unabhängig vom individuellen Gesundheitsrisiko, sondern richten sich zudem nach der Zahlungsfähigkeit der Versicherten. 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.¹

Einkommensabhängige Beitragsgestaltung bei gleichartigem, bedarfsabhängigem Versorgungsanspruch aller Versicherten sind Kernelemente von sozialer Krankenversicherung. Das darin zur Anwendung kommende Solidarprinzip operationalisiert gerechte Gesundheitsfinanzierung und gesellschaftliche Solidarität über mehrere komplementäre Umverteilungsmechanismen:

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

¹ Allerdings soll nicht unerwähnt bleiben, dass die soziale Krankenversicherung in Deutschland in ihren Anfängen das Äquivalenzprinzip anwandte, denn sie begann mit der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, deren Höhe sich nach dem Einkommen und somit den gezahlten Beiträgen richtet.

Zweifelsohne gewährleisten 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. Gegenteilige Beispiele zeigen, dass dies nicht zwangsläufig so sein muss: Die Grundsäule der Rentenversicherung in der Schweiz bezieht den gesamten Verdienst in die Beitragskalkulation ein, und die Sozialversicherung Chaco in den paraguayischen Mennoniten-Kolonien sieht sogar Beitragsprogression vor.

Anders als in steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten stellt die Erfassung der gesamten Bevölkerung und vor allem der Gruppen mit höchstem Risiko und geringster Kaufkraft die Sozialversicherungssysteme vor besondere Herausforderungen. Idealerweise erfolgt die universelle Absicherung im Rahmen einer allgemeinen Versicherungspflicht, mit der zudem effektiv den Phänomenen der adversen und der sozialen Selektion zu begegnen ist. Dadurch sichern die reichen Länder mit Sozialversicherungssystemen praktisch die gesamte Bevölkerung gegen die finanziellen Risiken von Krankheit ab. In Entwicklungsländern beschränken sich die vorhandenen Sozialkassen indes zumeist auf den kleinen privilegierten Bevölkerungsanteil der formal Beschäftigten, oft nicht mehr als 5-15% und nur in wenigen Fällen über 50% der Bevölkerung.

Die Absicherung der ärmsten Bevölkerungsschichten erfordert meistens erhebliche Quersubventionierungen, die gerade in Entwicklungsländern kaum durch die Beiträge der formal Beschäftigten alleine aufzubringen sind (vgl. Carrin & James 2004: 24). Zwar ist es

sicherlich unzutreffend, dass soziale Krankenversicherungssysteme ausschließlich für den formalen Wirtschaftssektor anwendbar sind. Aber zweifelsohne erfordert die Einbeziehung des informellen Sektors besondere Anstrengungen und ein entschiedenes politisches Vorgehen (Carrin 2002: 65; Carrin & James 2004: 24). Zum einen bedarf es einer geeigneten Methode zur Erfassung der Kaufkraft, um möglichst sozial gerechte Beiträge erheben zu können. Zum anderen können die meisten Entwicklungsländer ohne öffentliche oder anderweitige Bezuschussung kaum die Absicherung der Armen gewährleisten. Selbst Industrieländer mit Sozialversicherungssystemen verzichten nicht gänzlich auf Steuermittel, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

2.3.8 Private Krankenversicherungen

Private Krankenkassen stellen einen bedeutsamen Schritt auf dem Weg zu *prepayment* und *risk pooling* dar. Allerdings hängt die Risikomischung unmittelbar von der Größe des versicherten Personenkreises und der Offenheit gegenüber unterschiedlichen Antragstellern ab. In der Regel sind Privatversicherungen, die als Unternehmen am Markt agieren und Gewinne erzielen müssen, dazu gezwungen, eine möglichst gute Risikomischung anzustreben (*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.

Allerdings ist zwischen gewinnorientierten privaten Versicherungsunternehmen und philanthropischen, karitativen Organisationen zu unterscheiden. 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 sehr 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.

Private 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.

So erklärten in den USA im Jahr 1999 eine halbe Million Bürger wegen hoher medizinischer Behandlungskosten ihre Zahlungsunfähigkeit. Damit waren 40% der Konkursverfahren in den USA durch Gesundheitsausgaben einzelner Haushalte verursacht (Gottlieb 2000: 1295). Dabei ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für alte und arme Menschen seit Einführung der öffentlich finan-

zierten Versorgungssysteme *Medicare* und *Medicaid* im Jahr 1960 vielfach besser als für die Mittelschicht. Mittlerweile bestreiten die USA mehr als 44% der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Mitteln (OECD 2005: 144f.), aber die private Finanzierung von Gesundheitsleistungen überwiegt weiterhin.

In Chile konkurrieren seit der Gesundheitsreform von 1981 mehrere private Krankenkassen mit einer öffentlichen Sozialversicherung. Das ist nicht zuletzt deswegen interessant, weil die chilenischen Reformer erstmals konsequent das umzusetzen versuchten, was mittlerweile überall die Gesundheitssysteme sanieren möge: Wettbewerb soll die Kostenentwicklung hemmen und die „Effizienz“ steigern. Die Chilenen führten Kassenwettbewerb unter der Vorgabe einer einkommensabhängigen Beitragsbelastung ein: Jeder Bürger muss mindestens 7% seines Bruttogehalts für den Versicherungsschutz ausgeben. Eine solcherart solidarische Finanzierung entspricht dem Prinzip der Sozialversicherungen, aber nicht dem der privaten Krankenversicherer. Die aus Versicherungssicht exogene Vorgabe der Einnahmen verschiebt die Umsetzung des Äquivalenzprinzips auf die Leistungsausgaben. Die „Gleichwertigkeit“ von Budget und Risiko der Versicherungsnehmer bei der Kostenübernahme im Krankheitsfall bringt es mit sich, dass ärmere Versicherte mehr zuzahlen als besser gestellte. Selbstbeteiligungen im Privatsektor sind folglich nicht nur wie sonst üblich regressiv, sondern hyperregressiv, da sie einkommensschwache Versicherte auch absolut deutlich höher treffen als Spitzenverdiener (Holst et al. 2004: 280). Die wirtschaftliche Belastung durch Gesundheitsausgaben ist bei den Privatkassen unvorhersehbarer und birgt ein hohes Verarmungsrisiko für erkrankte Bürger (Holst 2004: 211ff., 226f.). Die bestehenden erheblichen Defizite bei der Kostendeckung fallen in hohem Maße auf die öffentliche Sozialversicherung zurück, die als Auffangbecken (*last resort*) für die ärmere Bevölkerung dient.

In der Schweiz besteht für öffentliche und private Kassen Kontrahierungspflicht, und sie

bieten ihre Leistungen zu kantonsweit einheitlichen Tarifen an. Diese Kopfpauschalen können die Versicherten allerdings durch „Franchisen“ genannte jährliche Selbstbeteiligungen beeinflussen. Diese Option soll „gesundheitsbewusstes Verhalten“ fördern und die Bürger zu einer „vernünftigeren“ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anleiten. Allerdings stellen die Jahresfranchisen grundsätzlich eine Begünstigung der Gesunden dar, die von niedrigeren Beiträgen profitieren, während vor allem chronisch Kranke regelhaft Zuzahlungen aufbringen müssen. In der Alpenrepublik verarmt heute jede 30. Familie aufgrund von Gesundheitsausgaben, vorwiegend aufgrund der einkommensunabhängigen „Kopfrämien“. Ein Sechstel der Fälle, die wegen anfallender Gesundheitskosten unter die Armutsgrenze fallen, ist dabei den verschiedenen Zuzahlungen zuzuschreiben, die das Schweizer System vorsieht (Murray & Evans 2003: 525f.).

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 Gesundheitsrisiken durch Markt und Unternehmen im Wettbewerb erreichen zu wollen, ist ein aussichtsloses Unterfangen. Nach zwei Jahrzehnten neoklassischer Sozialpolitik kranken beispielsweise die meisten lateinamerikanischen Gesundheitssysteme vor allem am Ausschluss großer Bevölkerungsgruppen von jeglicher sozialer Sicherung.

Die Subventionierung der Nachfrage nach privaten Versicherungsleistungen aus öffent-

lichen 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 Dienstleistungen bewirken, allerdings zu Lasten der Armen und insbesondere der Ärmsten, die trotz Bezuschussung für gewinnorientierte Anbieter unattraktiv bleiben. Ein besonders beredtes Beispiel für eine solche Politik lieferte wiederum Chile. Die Militärdiktatur von Augusto Pinochet subventionierte die Privatversicherungsbeiträge von Beziehern mittlerer Einkommen und erhöhte die Attraktivität einer Privatpolice gleichzeitig durch Verknappung der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit nachfolgender Verschlechterung des Angebots öffentlicher Polikliniken und Krankenhäuser (Holst 2004: 47f.).

2.3.9 Kleinstversicherungen

Historisch bildeten gemeindebasierte oder kooperative Kleinstversicherungen (*micro-insurance*) in den europäischen Staaten bis Mitte des 19. Jahrhunderts die wesentliche Grundlage der Absicherung gegen bestimmte gesellschaftliche Risiken. Zugleich waren die sozialen Strukturen der Berufsverbände und Gilden, die Arbeitervereine und andere Hilfsfonds 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: 1560f.).

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 auf Grund 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 solche Personen, die einem versicherungsfähigen Risiko mit höherer Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sind als andere, am stärksten zum Abschluss einer Versicherung. Entsprechend wenden zum Beispiel private Krankenversicherungen Maßnahmen an, um einer überproportionalen Aufnahme von Menschen mit hohem Gesundheitsrisiko vorzubeugen. Dies kann unter anderem durch Ausschlüsse bestimmter Vorerkrankungen, durch Wartezeiten, durch Gesundheitsprüfungen oder durch höhere Beiträge für bestehende Gesundheitsprobleme erfolgen.

Eine Häufung „schlechter Risiken“ verringert den Umfang des Solidarausgleichs zwischen Gesunden und Kranken. Gleichzeitig verfügen Kleinstversicherungen in der Regel weder über nennenswerte finanzielle Mittel (aufgrund geringer Beitragseinnahmen) noch über Mitarbeiter, 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 größerer, formalerer und Pflichtversicherungen begünstigen (Bärnighausen & Sauerborn 2002: 1560f.).

Allerdings kann eine derartige schrittweise Ausweitung der sozialen Absicherung gegen finanzielle Krankheitsrisiken potenziell Gerechtigkeitsprobleme für das Gesamtsystem aufwerfen. Zum einen bringt die Ausweitung bestehender Sicherungssysteme einen Mittelabfluss zu Gunsten neuer Mitglieder und somit eine Schlechterstellung der bisherigen Nutznießer mit sich (Normand & Weber 1994: 41; Bärnighausen & Sauerborn 2002: 1567). Zum anderen sind bisher kaum beachtete Schwierigkeiten im Hinblick auf die Finanzierungsgerechtigkeit zu erwarten. Kleinstversicherungen wenden vielfach entweder das Äquivalenzprinzip oder Kopfpauschalen an, und die wachsende Unterstützung durch internationale Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen wird dieses Merkmal eher verstärken denn abschwächen. Die Integration in bzw. die Kombination mit bestehenden Sozialversicherungssystemen erfordert eine gangbare Verbindung von Solidar- und Äquivalenzprinzip. Dies ist jedoch alles andere als eine triviale Herausforderung, wie die vielfach nicht eingelösten Vorstellungen von umfassendem Kassenwettbewerb belegen.

2.3.10 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 inter-individuellen Solidar- ausgleich (Carrin & James 2004: 47).

In der Entwicklungszusammenarbeit finden in jüngerer Zeit ergänzende Finanzierungsformen zunehmende Beachtung, die gezielt den armen und anfälligsten Bevölkerungsgruppen zu Gute kommen sollen. Soziale Transferzahlungen zur Finanzierung der Grundbedürfnisse finden im Rahmen von Programmen der Armutsminderung vor allem in einigen Ländern Lateinamerikas Anwendung. Auch in der Gesundheitsfinanzierung bestehen sozial gestaltete Transferleistungen zur gezielten nachfrageseitigen Bezuschussung der Ärmsten. So wenden ganz unterschiedliche Länder wie Tansania, China und Nicaragua Gutscheinsysteme an, während beispielsweise 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 zu Gute. Außerdem können Gutscheinsysteme und Cash-Transfers 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 (Ensor 2004: 278). 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 allzu hohen Erwartungen ist zu warnen und die Anwendung vorrangig auf gut beobachtete Pilotprojekte zu beschränken (Ensor 2004: 282f.).

2.3.11 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 Vorfinanzierung 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: 113). 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 Viet-

nam, Kambodscha, Aserbaidshan, der Ukraine und in Lateinamerika (Xu et al. 2004: 114).

Das Verarmungsrisiko steigt mit dem Umfang der Gebühren und Zuzahlungen, die bei Nutzung des Gesundheitswesens anfallen (Kawabata et al. 2002: 612). Unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem besteht eine deutliche Korrelation zwischen dem Ausmaß der *out-of-pocket payments* am Gesamtbudget und dem Anteil der Menschen, die nicht tragbaren Ausgaben zur Erhaltung ihrer Gesundheit ausgesetzt sind (Xu et al. 2004: 115). In den meisten Entwicklungs- wie auch in einer zunehmenden Zahl von Industrieländern spielen Zuzahlungen im Krankheitsfall eine große Rolle. Auftrieb erhielt diese Form der Direktzahlung für Gesundheitsleistungen in Folge der Bamako-Konferenz 1987. Seither erheben auch öffentliche Versorgungseinrichtungen in vielen Entwicklungsländern teils erhebliche Gebühren von den Nutzern, um die knappen Zuwendungen aus dem Staatshaushalt aufzustocken. Neben dem Finanzierungsziel schreiben wirtschaftstheoretische Überlegungen Zuzahlungen auch steuernde Wirkungen auf das nachfrageseitige Verhalten zu. Doch weist diese These von der Eindämmung opportunistischen Verbraucherverhaltens im Gesundheitswesen grundsätzliche theoretische Schwächen auf: Die Unterscheidung zwischen „gerechtfertigter“ und „unnötiger“ Inanspruchnahme gelingt nicht, und gerade die teureren Leistungen erfolgen durch anbieterseitige Indikation (Evans et al. 1993: 2, 9; Robinson 2002: 181f.). 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 (Evans et al. 1993: 3, 8f.; Whitehead et al. 2001: 833).

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 (Whitehead et al.

2001: 834). Befreiungs- und Ausnahmeregelungen überfordern die meisten armen Länder und funktionieren in aller Regel nicht (Bitrán & Giedion 2003: 67ff.; Witter 2002: 5). Zudem stellen Direktaufwendungen im akuten Bedarfsfall die ineffektivste Zahlungsform im Gesundheitswesen dar, während Vorfinanzierungsmechanismen wie Krankenversicherungen einen effektiveren Ressourceneinsatz versprechen (WHO 2000: 38, 97ff.; Arhin-Tenkorang 2000: 5; Sachverständigenrat 2003a: 17; 2003b: 55ff.). Finanzierungsgerechtigkeit und soziale Ausgewogenheit sind umso höher, je klarer die Beitrags- oder Gebührenerhebung von der Nutzung medizinischer Dienstleistungen getrennt ist (WHO 2000: 97). Ein kollektives Ansparen für potenzielle Gesundheitsausgaben in Form eines Risiko-Pools bietet zusätzlich die Möglichkeit zur Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen wohlhabenderen und ärmeren Mitgliedern und damit zu sozialem Ausgleich (Smith & Witter 2002: 5; Carrin 2002: 65).

2.3.12 Zusammenfassung

Aufbau und Erhalt gerechter und zugleich tragfähiger sozialer Sicherungssysteme stellen nahezu alle Länder dieser Welt vor große Herausforderungen. Dies gilt unabhängig vom Entwicklungsstand und von den spezifischen historischen Erfahrungen, die sich besonders in den unterschiedlichen Gesundheitswesen niederschlagen. 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 (*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 Gesundheit 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 ein Versicherter für bestimmte Leistungen aufbringen muss.

Referenzen

- Arhin-Tenkorang D (2000) Mobilizing Resources for Health: The Case of User Fees Revisited. CMH Working Paper Series, Paper No. WG3: 6. Washington DC (http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf).
- Bardroff M, Hohmann, J, & Holst J (2000) Gesundheitssysteme Lateinamerikas: Probleme und Reformstrategien. Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften 26 (3-4). Berlin: 377-399.
- 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? *Social Science & Medicine* 54: 1559-1597.
- Bitrán R & Giedion U (2003) Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Worldbank – Social Safety Net Primer Series, Washington ([http://wbIn0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/\\$FILE/0308.pdf](http://wbIn0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/$FILE/0308.pdf)).
- Böcken J, Butzlaff M & Esche A (Hrsg.) (2000) Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, (<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A00F0A-1EB3E760/stiftung/515.pdf>).
- Bouillon C & Buvinic M (2003) Inequality, exclusion and Poverty in Latin America and the Caribbean. Implications for Development. EC/IDB Seminar: Social Cohesion in Latin America and the Caribbean (http://europa.eu.int/comm/external_relations/la/sc/idb.pdf).
- Carrin G (2002) Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *International Social Security Review* 55: 57-69.
- Carrin G (2004) Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Health Financing Technical Paper, Genf: WHO.
- Ensor T (2004) Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. *Int J H Plan & Mgmt* 19: 267-285 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/109581579/PDFSTART>).
- Evans R, Barer M & Stoddart G (1993) Charging Peter to Pay Paul: Accounting for the Financial Effects of User Charges. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. HPRU, 93.

- 17D. Calgary (<http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru93-17D.pdf>).
- Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (Hrsg.) (2005) Soziale Krankenversicherung. Beitrag zur internationalen entwicklungspolitischen Diskussion über umfassende Systeme der sozialen Sicherheit. Diskussionspapier. Eschborn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/de-beitrag-entwicklungspolitische-diskussion.pdf>).
- Gottlieb S (2000). Medical Bills Account for 40% of Bankruptcies. *BMJ* 320: 1295 (bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/320/7245/1295/b.pdf).
- Holst J (2004) Gesundheitswesen in Chile. Selektion und soziale Ausgrenzung. Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften (VAS).
- Holst J, Laaser U & Hohmann J (2004) Chilean health insurance system: a source of inequity and selective social insecurity. *Journal of Public Health* 12, 4: 271-282, Heidelberg: Springer (<http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0026-5>).
- Holst J & Wiebe N (Hrsg.) (2004) Universalidad con solidaridad: Protección social y financiamiento de salud en América Latina. Eschborn/Frankfurt: GTZ/Verlag für Akademische Schriften (VAS).
- Holzmann R & Jørgensen S (2000) Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection, and beyond. World Bank Social Protection Discussion Paper No. 0006, Washington (<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/0/5125006103900B86852568A90073019A?OpenDocument>): 6.
- Kawabata K, Xu K & Carrin G (2002) Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ* 80 (8). Geneva: WHO (<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n8/v80n8a02.pdf>).
- Mackintosh M (2003) Health Care Commercialisation and the Embedding of Inequality. RUIG / UNRISD Health Project Synthesis Paper (Draft paper) ([http://www.unrisd.org/unrisd/website/projects.nsf/\(httpProjects\)/E90A28B15B255697C1256DB4004B2D63?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/projects.nsf/(httpProjects)/E90A28B15B255697C1256DB4004B2D63?OpenDocument)).
- Marmot M (2004) Creating Healthier Societies. *Bull World Health Organ* 82 (5), WHO, Geneva (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/5/en/320.pdf>).
- Mossialos E, Dixon A, Figueras J & Kutzin J (Hrsg.) (2002) Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham: Open University Press (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).
- Murray C & Evans D (2003) Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism. WHO, Geneva (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>).
- Nichols LM, Prescott N & Phua KH (1997) Medical Savings Accounts for Developing Countries. In: Schieber, GJ (ed.) *Innovations in Health Care Financing*. World Bank Discussion Paper, No. 365, Washington: World Bank: 233-245 (http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48624/oj_singapore.doc).
- Normand C & Weber A (1994) *Social health insurance: a guidebook for planning*. Geneva: World Health Organization/ILO.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2005) *Health at a Glance*. OECD Indicators 2005. Paris: OECD.
- 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 (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSPath=IB/2003/08/27/000012009_20030827151353/Rendered/PDF/265280PAPER0Social0reinsurance.pdf).
- Robinson J (2002). Renewed Emphasis On Consumer Cost Sharing In Health Insurance Benefit Design. *Health Affairs Web Exclusive*, March 20, W2-139 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.139v1.pdf>).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003a) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I, II, Kurzfassung (<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003b) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden.
- Saltman R, Busse R & Mossialos E (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press (<http://www.who.dk/document/OBS/REBC01.pdf>.../REBC11.pdf).
- Smith P & Witter S (2001) Risk Pooling in Health Care Finance. Report Prepared für the World Bank Workshop „Resource Allocation and Purchasing in health: Value for Money, Reaching the Poor“ York/Washington DC (<http://www.york.ac.uk/inst/che/pooling.pdf>).
- 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 (<http://www.gtz.de/themen/social-development/download/soc-protect-eu-2002.pdf>).
- Wilkinson R & Marmot M (2003) *The Solid Facts*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, (<http://www.who.dk/document/E59555.pdf>).
- World Bank (2005) *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington DC: World Bank (<http://media.worldbank.org/secure/wdr/wdr2006/pdf/complete.pdf>).
- World Health Organisation (2000) *World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. WHO, Genf (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).
- World Health Organization (2003) *World Health Report 2003. Shaping the Future*. WHO Genf (<http://www.who.int/whr/2003/en/>).
- Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J & Murray C (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362, 9378: 111-117.