



Argumente zu Marktwirtschaft und Politik

Deutschland in der Prüfung (4) Gesundheitsreform

**„Was geht es den Staat an, was die Bürger privat für ihre Gesundheit ausgeben? Wenn die Menschen für ihre Gesundheit viel ausgeben, hat das der Staat nicht zu kritisieren.“
(Horst Seehofer, 1998)**

Damit hat er recht, der Bundesgesundheitsminister. Nur klaffen auch hier Wunsch und Wirklichkeit weit auseinander. Gegen eine Zunahme der persönlichen Aufwendungen für die Gesundheit bestünden keine Bedenken, wenn sie, wie in jedem anderen Wettbewerbsmarkt auch, auf der freien und selbstverantwortlichen Entscheidung der Konsumenten beruht – diese also aus eigenem Antrieb bereit sind, Teile ihres Einkommens zur Verhütung von Krankheiten und für die Versorgung im Krankheitsfall herzugeben und dafür, wenn nötig, auf anderes zu verzichten. So liegen die Dinge im deutschen Gesundheitswesen, in dem rund 90 Prozent der Bevölkerung der Gesetzlichen Krankenversicherung angehören, aber nicht. Im Gegenteil: das System der Gesetzlichen Krankenversicherung ist aus den natürlichen Regeln und Verhaltensmaßstäben weitgehend herausgenommen. Es orientiert sich nicht an den Vorstellungen der Versicherten und am Wettbewerb. Es wird statt dessen durch staatliche Anweisungen und administrative Eingriffe, durch Budgetierungen und Kollektivvereinbarungen gelenkt. Eine grandiose Fehlsteuerung ist die Folge.

Die verkehrte Welt des heutigen Systems

Denn Ausschaltung marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen und Überregulierung verhindern, daß auf effiziente Weise

zusammen- und ins Gleichgewicht gebracht wird, was nun einmal zusammengehört: die auf Gesundheitsleistungen gerichteten Wünsche der Versicherten und die Kosten der Bereitstellung solcher Leistungen durch Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und durch die Hersteller pharmazeutischer Produkte. Der deutsche Gesundheitsbetrieb ist wie eine verkehrte Welt eingerichtet. Staatliche Organe bestimmen, welche Leistungen dem Versicherten zum Nulltarif von seiner Krankenkasse bezahlt werden. Die Nachfrager von Leistungen sind mit den unmittelbaren Zahlern der Leistungen – den Krankenkassen – nicht identisch. Und die Anbieter von Leistungen, die Ärzte und Krankenhäuser, bestimmen im wesentlichen Art und Menge der zu verabreichenden Leistungen, ohne daß ein Anreiz zu kostenbewußtem Umgang mit den Kassenbeiträgen bestünde. Aufgrund dieser Systemmängel sind alle Beteiligten, die Anbieter wie die Nachfrager, vielfach fehlmotiviert. Das hat zur Folge, daß

Die Gesetzliche Krankenversicherung: Fehl motivation aller Beteiligten

Angebot von und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sich weitgehend ohne Rücksicht auf deren Kosten vermehren.

Um der steigenden Inanspruchnahme der Solidarkassen entgegenzuwirken, griff der Staat in immer kürzeren Abständen ein. Insgesamt beglückten die Gesundheitspolitiker

die Bürger mit sieben sogenannten „Kostendämpfungsgesetzen“, die häufig als Jahrhundertwerke angekündigt wurden, deren Wirkung in der Regel jedoch schon nach wenigen Jahren verpuffte. Schon dies ist ein Armutszeugnis. Nachhaltiger Erfolg war diesen Interventionen nicht beschieden. Der Grund ist einfach: Sie alle beließen es bei einem System, das elementare menschliche Antriebskräfte verkennt und wirtschaftliche Zusammenhänge außer acht läßt. So ist nicht verwunderlich, daß trotz einer auf Beitragsdämpfung gerichteten Gesundheitspolitik der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2 Prozent im Jahre 1970 auf heute 13,6 Prozent (Westdeutschland) gestiegen ist.

Beitragssatzstabilität allein genügt nicht

Die Ausgabendynamik auf administrativem Wege bremsen und damit stabile Beitragssätze gewährleisten zu können ist eine Illusion. Unter den derzeitigen Systembedingungen haben Auftriebsfaktoren wie der **medizinisch-technische Fortschritt** und der

demographische Wandel unvermeidlich steigende Beitragssätze zur Folge und schlagen damit über höhere Arbeitskosten auch auf den Arbeitsmarkt zurück:

– Der **medizinisch-technische Fortschritt** eröffnet ein wachsendes Spektrum an erkannten und damit zu bekämpfenden

Deutschland in der Prüfung (4)
Gesundheitsreform

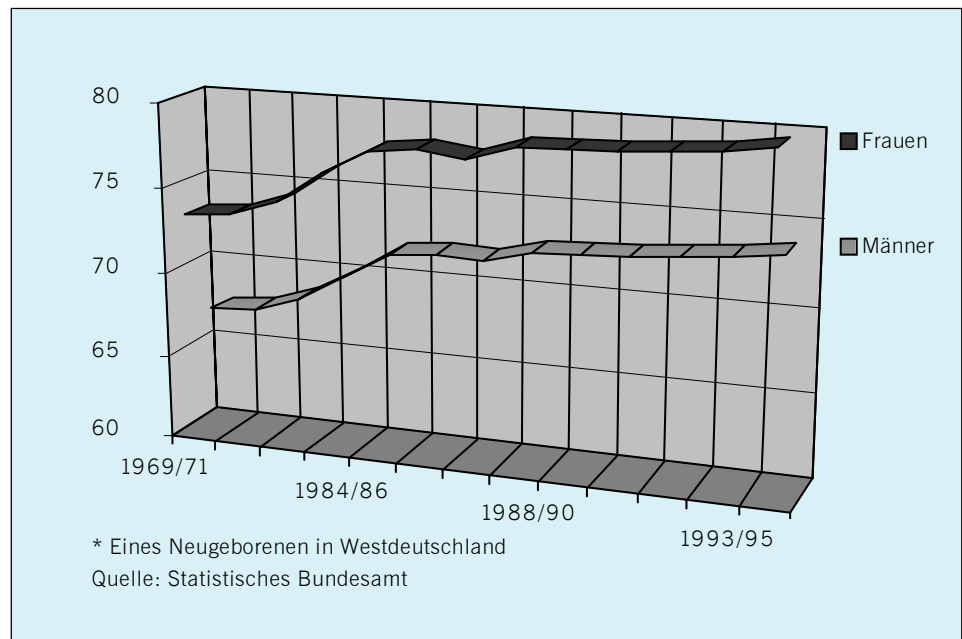
Krankheiten. Er ist vergleichbar mit der laufenden Erweiterung der Angebotspalette um neue Produkte und neue, oft intelligentere Dienstleistungen in anderen Wirtschaftszweigen. Während technischer Fortschritt dort in der Regel durch Ersetzung überholter Verfahren oder veralteter Produkte zu einem effizienteren Umgang mit den Ressourcen anhält, führt er im Gesundheitswesen aufgrund falscher Rahmenbedingungen überwiegend zu Ausgabensteigerungen und nur selten zu Ausgabenenkungen. Da die Steuerung von Angebot und Nachfrage durch Selbstbeteiligung im Gesundheitssystem nur schwach ausgeprägt ist, sind kostensenkende neue Verfahren für die Anwender von nur geringem Wert, im Gegensatz zu neuen Produkten, die sofort als Muß des Leistungskatalogs angesehen werden. So kommt es unter den gegebenen Bedingungen zu einem Übergewicht an Produktinnovationen, die zu den gängigen Behandlungen hinzutreten, statt diese zu ersetzen.

- Während der Einfluß des medizinisch-technischen Fortschritts sich nur seiner Richtung nach absehen läßt, sind die Folgen des **demographischen Wandels** genauer abschätzbar. In Deutschland wie in allen westlichen Industrieländern hat die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Dies und die sinkende Geburtenrate haben den Anteil der Älteren an der Bevölkerung kräftig erhöht. Da gerade diese Altersgruppe Güter und Leistungen aus dem Gesundheitsbereich in

Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor und Wachstumsmotor

weit höherem Maße beansprucht als alle anderen, wird die Verschiebung in der Bevölkerungsstruktur sich letztlich auch in einer steigenden Gesamtnachfrage nach solchen Gütern und Dienstleistungen niederschlagen. Die Gesetzliche Krankenversicherung gerät damit sowohl von der Ausgabenseite als auch von der Einnahmenseite her in Finanzierungs-

Lebenserwartung in Deutschland*



schwierigkeiten, die im Umlageverfahren unweigerlich zur Erhöhung der Kassenbeiträge führen müssen, wenn die Leistungen nicht eingeschränkt werden sollen. Nach heutigen Schätzungen müßten allein aus Gründen der veränderten Altersstruktur die Beiträge unter Statusquo-Bedingungen bis zum Jahre 2030 um weitere vier bis fünf Prozentpunkte steigen.

Das ist nicht durchzuhalten und ein Kurswechsel schon von daher geboten. Er ist

deren Sektoren unserer Volkswirtschaft. Im Zeitraum von 1976 bis 1994 war das freiberufliche Gesundheitswesen in Westdeutschland die Branche mit den höchsten Beschäftigungszuwächsen. Nach Schätzungen des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hängen direkt und indirekt vier Millionen Arbeitsplätze vom Gesundheitsbereich ab. Insgesamt gesehen ist die Gesundheitsbranche damit ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor und Wachstumsfaktor, der in Zukunft eine noch bedeutendere Rolle für die deutsche Volkswirtschaft spielen kann.

Die Folgen ungezielter Kostendämpfungspolitik

Vor diesem Hintergrund drohende Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge wiederum durch drastische Leistungskürzungen und rigorose Reglementierungen abbremsen zu wollen wäre ökonomisch verfehlt und auch unter ethischen Gesichtspunkten kaum zu vertreten:

**Deutschland in der Prüfung (4)
 Gesundheitsreform**

– Ökonomisch unzureichend ist die Maxime der Beitragssatzstabilität, weil sie Ärzte und Patienten nicht zur Abwägung von Kosten und Nutzen aus Eigeninteresse zwingt und damit keinen Beitrag zu einer effizienteren Ressourcenallokation leistet. Zudem wird dadurch die Entwicklung einer Wachstumsbranche gebremst. In anderen Bereichen des Wirtschaftslebens werden steigende Umsätze, Gewinne und Beschäftigtenzahlen als Erfolgsmeldung angesehen und kommen als positive Schlagzeilen in die Medien. Dort würden Entwicklungen wie die im Gesundheitswesen – als personalintensiver Dienstleistungsbranche mit einem wesentlichen Anteil an Hochtechnologie und mittelständischen Industriebetrieben – nicht als Kostenexplosion und Überangebot betrachtet und abgetan werden. Deshalb ist es unsinnig, die gesundheitspolitische Diskussion auf das Finanzierungsproblem und die Ausgabenlast zu verkürzen. Entscheidend ist vielmehr, das Gesundheitssystem endlich der Zeit anzupassen und es ihr gemäß auszugestalten: so nämlich, daß die Ressourcen effizienter eingesetzt und die medizinischen Leistungen an die Versicherten möglichst zielgenau, bedarfsgerecht und kostengünstig erbracht werden.

– Auch wäre es ethisch unververtretbar, wieder neue Reglementierungen einzuführen, es im wesentlichen aber beim jetzigen System der Verschwendung zu belassen. So absolut manche den Sozialstaat auch setzen: auch er kann sich nicht an der Knappheit der Ressourcen vorbeimogeln. Wir werden nie in der Lage sein, von Staats wegen allen Menschen alle Gesundheitsleistungen zukommen zu lassen, die technisch möglich und von den Beteiligten erwünscht sind. Die ethisch begründete Aufgabe besteht vielmehr darin, mit den knappen Mitteln wirtschaftlich so umzugehen, daß Leistungen dort erbracht werden, wo sie besonders dringlich sind, und zwar so, daß sie in einem vertretbaren Kosten-Leistungs-Verhältnis stehen. Diese Aufgabe übernimmt derzeit – scheinbar – die Politik. Doch in Wirklich-

keit wägt sie typisierend ab, wo es doch auf die Abwägung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Einzelfall ankommt, und das ist eine ureigene Angelegenheit jedes einzelnen. Der Mensch selbst ist der alleinige Freiheits- und Entscheidungs-berechtigte. Er allein hat darüber zu befinden, ob er etwa für den Extremfall einer späteren Organtransplantation zeit seines Lebens eine Extraprämie zahlen oder ob er mit seinen Mitteln ganz anders disponieren will.

Soll die Gesundheitspolitik allen Beteiligten langfristig eine stabile und verlässliche Orientierung und dem einzelnen Freiheit für seine Lebensplanung geben, so darf sie sich nicht auf eine einfalls- und wirkungslose Kostendämpfungspolitik beschränken, die – je nach wirtschaftlicher und politischer Wetterlage – mit Zuckerbrot und Peitsche auf Leistungsanbieter und Beitragszahler einzuwirken sucht. Die bürokratische Betrachtung des Gesundheitswesens als reiner Kostenfaktor führt immer

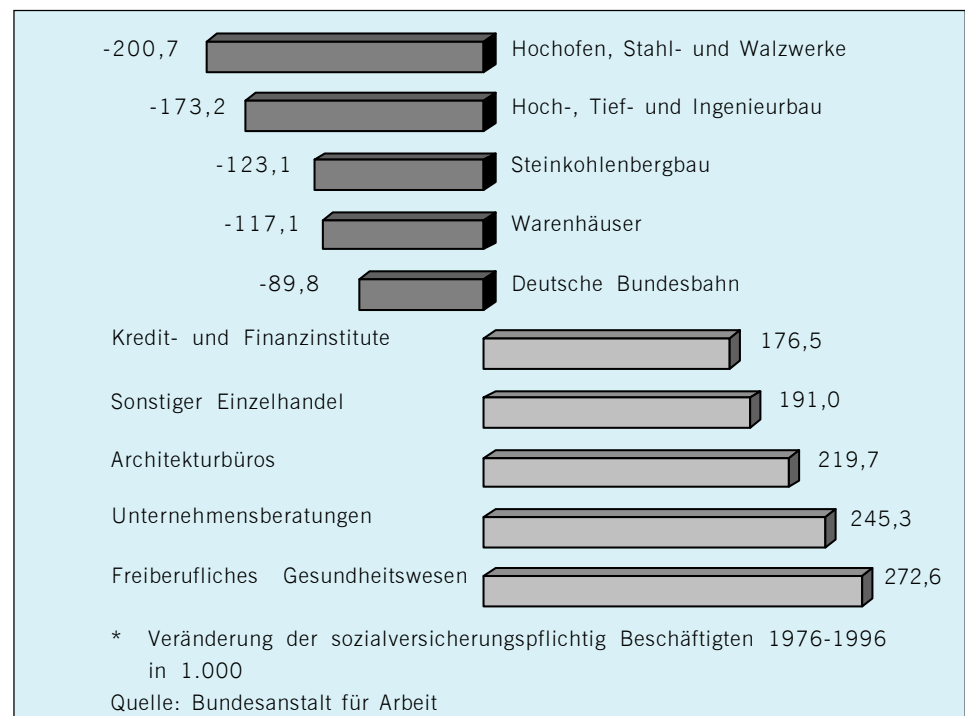
weiter in die Irre. Statt dessen gilt es zu erkennen, daß es sich hier um eine Wachstums- und Dienstleistungsbranche handelt, die, wenn durch Markt und Wettbewerb gesteuert, markant zur Wohlstandssteigerung beitragen kann.

Die marktwirtschaftliche Lösung

Eine Reform, die dem Gesundheitswesen die Vorteile von Markt und Wettbewerb erschließt, müßte folgende Grundelemente enthalten:

- Umwandlung der bestehenden Pflichtversicherung in eine Versicherungspflicht für alle.
- Umwandlung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung in eine Regelversorgung mit der Möglichkeit zusätzlicher Wahlleistungen.

*Beschäftigung im Strukturwandel**



Deutschland in der Prüfung (4) Gesundheitsreform

- Abkoppelung des Versicherungsverhältnisses vom Arbeitsvertrag.
- Herstellung einer weitgehenden Äquivalenz zwischen Beiträgen und Versicherungsschutz.
- Verlagerung der verteilungs- und familienpolitischen Zielsetzungen in das allgemeine Steuer- und Transfersystem.
- Einführung von Steuererungsinstrumenten wie beispielsweise Selbstbehalte und Beitragsrückgewähr.

In einem so angelegten System konkurrieren die Versicherungen um die Versicherungsnehmer; die politische Entscheidung über die Frage der Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten erübrigt sich. Jeder Versicherte kann mit seiner Versicherung aushandeln, ob er weniger Beiträge zahlen und eine Selbstbeteiligung eingehen oder ob er für zusätzlichen Versicherungsschutz eine höhere Prämie entrichten will. Auf diese Weise geht der Versicherte leistungs- und kostenorientiert vor und entwickelt zugleich ein Interesse daran, unnötige Kosten zu ver-

Ein solcher Versicherungsmarkt wäre in Deutschland von Grund auf neu zu errichten. Das heutige System der privaten Krankenversicherung kommt dem Ideal zwar in einigen Punkten nahe, weist zugleich aber erhebliche Funktionsstörungen auf. So funktioniert der Wettbewerb der privaten Versicherungen um Kunden nur mangelhaft, weil die Prämien vom Eintrittsalter abhängig

Eigenverantwortung und Entstaatlichung wirkt wie eine Befreiung und mobilisiert alle Kräfte

sind. Da die Prämie mit dem Eintrittsalter steigt, hat ein Versicherter, der die Krankenkasse wechseln will, in der Regel eine höhere Prämie zu zahlen. So spielt sich der Wettbewerb normalerweise nur um die Erstversicherung ab. Das ist unbefriedigend. Daher käme das Modell der privaten Pflichtversicherung für alle nur in Betracht, wenn die Kalkulation der Beitragssätze geändert wird. Konkret geht es um das Problem, wie mit der in den Beiträgen angesparten Altersrückstellung verfahren wird. Nur wenn es möglich ist, bei einem Versicherungswechsel die bei der alten Versi-

cherten zu verbessern, nachhaltig schwächen.

Mit den oben skizzierten Reformelementen zöge mehr Markt in das Gesundheitswesen ein. Jeder würde im Rahmen seiner Möglichkeiten und Wünsche selbst stärker Vorsorge treffen. Dies entspricht dem Grundgedanken der Subsidiarität, auf dem eine Ge-

sellschaft mündiger Bürger aufbauen muß. Zugleich aber würde die Solidarität der Gemeinschaft nicht überstrapaziert. Sie würde sich auf diejenigen konzentrieren, die durch die Zahlung risikoäquivalent kalkulierter Prämien überfordert wären und daher der Unterstützung durch staatliche Transfers bedürfen. Es erfordert sicherlich Mut, diesen Schritt vom eingefahrenen System staatlicher Vollversorgung mit Zwangsbeiträgen hin zu mehr Eigenverantwortung und Entstaatlichung zu tun. Doch er würde sehr bald für alle Beteiligten wie eine Befreiung wirken und brachliegende Kräfte wecken.

Wettbewerb unter den Krankenkassen um die Versicherten ist der Schlüssel zur Neuordnung

meiden. So werden die im System schlummernden beträchtlichen Rationalisierungsreserven mobilisiert.

Unter diesen Rahmenbedingungen besteht auch keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Regulierung der Arzthonorare oder der Zulassung von Ärzten. Die Krankenhäuser können nur die in Konkurrenz um Patienten und deren Versicherer durchsetzbaren Preise verlangen. Diese werden in der Regel niedriger sein als heute, und der Wettbewerb wird darüber hinaus zu Rationalisierung und Leistungssteigerung führen. Auch auf die Reglementierung von Organisationsformen kann verzichtet, Arzt-Unternehmen und Gesundheits-Dienst-Gesellschaften (Health Maintenance Organizations) können zugelassen werden.

cherung individuell angesparte Altersrückstellung in die neue Versicherung einzubringen, käme es auch zu einem Wettbewerb um ältere Versicherungsnehmer. Sollte dieses Verfahren in der Praxis nur schwierig umzusetzen sein, könnte auch an eine Ausgleichskasse der Krankenversicherer gedacht werden, welche die sich aus den unterschiedlichen Altersstrukturen ergebenden Risikomischungen kompensiert. Auch dann wären die Versicherungsnehmer in der Lage, die Versicherung ohne finanzielle Einbußen zu wechseln. Dabei ist allerdings sicherzustellen, daß nur die Kostenunterschiede ausgeglichen werden, die aus unterschiedlicher Altersstruktur resultieren. Ein Ausgleich der im Wettbewerb erzielten Kostenvorteile würde die Anreize der Krankenkassen, ihre Leistungen für die Versi-

Gesundheitsreform 1997: Zu kurz gesprungen

Nun ist ein solches System marktwirtschaftlicher Steuerung im Gesundheitswesen nicht von heute auf morgen zu erreichen. Mitte vergangenen Jahres hat die Regierungskoalition in ihrem „Ersten und Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Rentenversicherung“ mit der Einführung von Wettbewerb unter den Krankenkassen erste Schritte in diese Richtung getan. So können die Versicherten beispielsweise zwischen Sachleistung und **Kostenerstattung** wählen. Zudem haben sie das Recht, im Falle von Beitragserhöhungen die Krankenkasse sofort zu wechseln. Den Krankenkassen wurden die Möglichkeiten eingeräumt, bestehende **Zuzahlungen** zu erhöhen, im Rahmen der Kostenerstattung

Deutschland in der Prüfung (4) Gesundheitsreform

Selbstbehalte mit entsprechender Beitragsermäßigung anzubieten, im Falle der Nichtinanspruchnahme **Beitragsrückzahlungen** zu gewähren sowie Leistungen des geltenden Rechts zu erweitern.

Im Gegensatz zur Vergangenheit, in der Sparen die stereotype Antwort auf die Knappheit der Mittel war, rückt damit die Erschließung neuer Finanzquellen in den Vordergrund. Der Gesetzgeber folgt so der Erkenntnis, daß die steigenden Belastungen des Systems durch die Alterung der Gesellschaft und den Fortschritt der Medizin zusätzliche Finanzmittel erfordern, wenn nicht wiederum zum Mittel der Rationierung von Gesundheitsleistungen gegriffen und dem Gesundheitswesen als einem der wenigen dynamischen und personalintensiven Wirtschaftszweige Wachstumschancen von vornherein beschnitten werden sollen.

Versuch eines Mittelwegs

In dem Dilemma zwischen konsequenter Ausgabenbegrenzung auf der einen und einer eher wachstumsorientierten, Arbeitsplätze im Gesundheitswesen sichernden Dynamik auf der anderen Seite haben die Neuordnungsgesetze eine Art Mittelweg beschritten: Die Beitragssätze sollen möglichst stabil gehalten werden, zusätzliche Mittel aber müssen von den Versicherten über die Ausweitung der Zuzahlungen bereitgestellt werden. Das bedeutet: der Anstieg der Lohnnebenkosten und damit die Belastung der Unternehmen wird gebremst; ein steigender Bedarf an Gesundheitsleistungen muß zu einem wachsenden Teil von jenen Versicherten finanziert werden, die derartige Leistungen in Anspruch nehmen oder veranlassen.

Der Entscheidung, die **Zuzahlungen** recht drastisch zu erhöhen, war nicht unumstritten. Der Gesundheitsminister hatte zunächst offengelassen, entweder den Arbeitgeberanteil am Versicherungsbeitrag einzufrieren oder die Zuzahlungen fühlbar zu erhöhen. Das Festschreiben des Arbeitgeber-

anteils hätte mittelfristig zur notwendigen Entlastung vor allem der personalintensiven Unternehmen geführt; die Belastung der Arbeitnehmer hätte zugenommen. Die Kritiker dieser Lösung fürchteten aber, daß dies nicht nur der erste Schritt zur Aufgabe der

paritätischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber hätte sein können, sondern früher oder später zu ihrer Abkopplung vom Arbeitsverhältnis und damit zur völligen Abschaffung des Arbeitgeberbeitrags geführt haben würde. Es ist bedauerlich, daß dieser rückwärts gewandten Auffassung nachgegeben wurde. Die Entkopplung von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil wäre ein bedeutender Reformschritt gewesen. Die überkommene Bindung der Krankenversicherung an den Arbeitsvertrag und die paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sind nur historisch zu erklären, sachlich aber schon lange nicht mehr zu begründen. Das Krankheitsrisiko hat heute allenfalls marginal noch etwas mit der Arbeit zu tun.

Die schließlich beschlossene Alternative, die Zuzahlungen erheblich auszuweiten, ist ordnungspolitisch immerhin nicht zu verwerfen. Denn die Zuzahlung ist nicht nur eine Finanzierungsform. Sie eignet sich auch als marktwirtschaftliches Steuerungsinstrument, das die Versicherten dazu anhält, Leistungen sparsamer in Anspruch zu nehmen.

Die Möglichkeit der Kassen, ihren Versicherten auch das **Kostenerstattungsverfahren** anzubieten, wird bei letzteren keine größere Resonanz finden, denn die Kostenerstattung ist in der Regel mit einer zusätzlichen Selbstbeteiligung, vor allem für die ärztliche Leistung, verbunden. Die Ärzte können ihr Honorar nach den Grundsätzen

der privatärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) bemessen. Auch dürfen nur die für die kassenärztliche Versorgung vorgesehenen Leistungen gewährt und solche Ärzte in Anspruch genommen werden, die zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Neue Finanzquellen rücken in den Vordergrund

Wer die Kostenerstattung wahrnimmt, vermag in der Regel auch nicht zu erkennen, daß er für die bessere Bezahlung des Arztes auch eine bessere Leistung, zumindest beim Service, erhält. Die Attraktivität einer so ausgestalteten Kostenerstattung ist für die Versicherten und auch für die Ärzte gering, zumal diese das Risiko des Inkasso zu tragen haben.

Die **Beitragsrückgewähr** hat nur dann Steuerungseffekte, wenn sie hoch genug bemessen wird. Manche Privatversicherer bieten für die Nichtinanspruchnahme der Versicherung Rückzahlungen bis zu vier und sogar noch mehr Monatsbeiträgen an. Es ist zu begrüßen, daß diese Möglichkeit den Gesetzlichen Kassen ebenfalls eingeräumt wird. Einige große Ortskrankenkassen (Berlin und Hamburg) haben im Rahmen von Modellprojekten davon Gebrauch gemacht. Der Hintergrund ist klar. Diese Kassen stecken in finanziellen Schwierigkeiten, sie haben hohe und wenig konkurrenzfähige Beitragssätze. Sie fürchten, daß sie die guten Risiken an andere Kassen verlieren und auf den schlechten Risiken sitzenbleiben. Die Beitragsrückgewähr zielt also darauf ab, den jüngeren Versicherten einen Anreiz zu geben, bei der AOK versichert zu blei-

Steuerungselemente: Zuzahlung und Erstattung

ben. Darin sehen Konkurrenz und Gewerkschaften einen Verstoß gegen den Grundsatz der Solidarität. Das ist eine vordergründige Argumentation, denn trotz der Rückgewähr tragen die davon begünstigten Versicherten in hohem Maße zur Finanzierung der Leistungen an kranke Versicherte bei. Würden diese Versicherten die Kasse wechseln, lie-

**Deutschland in der Prüfung (4)
Gesundheitsreform**

fe dies darauf hinaus, daß diese Ortskrankenkassen ihre Beitragssätze erhöhen und damit alle verbleibenden Versicherten noch stärker belasten müßten.

**Mehr Selbstverwaltung,
weniger Staat**

Der Gesetzgeber folgt mit den neuen Maßnahmen der schon lange überfälligen Einsicht, daß der Staat auch mit immer neuen Gesetzen, Verordnungen, Erlassen und Richtlinien das System nicht effizient zu steuern vermag. Nun soll die Selbstverwaltung wieder mehr Verantwortung übernehmen. Dafür bieten die Neuordnungsgesetze eine Reihe von Ansätzen. So wird von Budgetierungen stärker Abstand genommen und den Kassen und Leistungsanbietern werden neue Möglichkeiten eingeräumt, Verträge über Leistungsgestaltungen abzuschließen. Dazu gehören u.a. Vereinbarungen über die Honorierung ärztlicher Leistungen, über Sonderentgelte und Fallpauschalen im Krankenhaus, über die Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln. Bei den Vertragsverhandlungen können sich die Kassen freilich darauf berufen, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht aus dem Gesetz gestrichen worden ist; er gilt also weiter. Dadurch kann die Budgetierung mit den bekannten Folgen in Form von Verteilungskämpfen innerhalb der Ärzteschaft und der zeitweisen Rationierung von Leistungen für die Patienten durch die Hintertür wieder eingeführt werden.

Vertragspartner der Kassen bleiben die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassen können keine Verträge mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen schließen. Dies ist nur bei Modellvorhaben möglich und lediglich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigungen. Deren Monopol bleibt in allen Vertragsbereichen also erhalten. Das bedeutet eine Beschränkung des Wettbewerbs. Zu berücksichtigen ist freilich, daß andernfalls der Arzt oder Gruppen von Ärzten in Vertragsverhandlungen übermächtig

gegen Partnern gegenüberstünden, die ihre Vertragskonditionen diktieren könnten. Auf seiten der Kassen hat sich nämlich ein starker Konzentrationsprozeß vollzogen; so gibt es in fast allen Bundesländern nur eine Landes-AOK, die mit den großen Ersatzkassen konkurriert. Betriebs- und Innungskrankenkassen beleben zwar das Bild der Kassenlandschaft, sind aber in der Regel nicht groß genug, um den Ärzten eine wirtschaftliche Grundlage zu geben.

Die Gewerkschaften nehmen auf die Politik der Kassen, auch über die Personalpolitik, massiv Einfluß. So wird vom DGB die Parole ausgegeben, es solle die Kostenerstattung möglichst unattraktiv gestaltet und auf das Instrument der Beitragsrückgewähr ganz verzichtet werden. Im übrigen stimmen – trotz des Wettbewerbs zwischen Kassen – die Spitzenverbände der Kassen ihre Politik weitgehend aufeinander ab. Würden auf seiten der Ärzte, wie dies vielfach zur Belebung des Wettbewerbs gefordert wird, die Organisations- und Machtstrukturen aufgelockert, so würde dies vor-

aussetzen, daß auch auf seiten der Kassen die Autonomie der einzelnen Kassen wesentlich gestärkt, daß übergroße Kassen in selbständige Teile zerlegt und die politischen Einflußstränge abgeschnitten werden. Das aber wäre (noch) nicht durchsetzbar. Gewiß, das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen ist ordnungspolitisch angreifbar. Die Entscheidung des Gesetzgebers, es nicht zu beseitigen, ist von daher pragmatisch und politisch bestimmt. Ob diese Position noch lange durchzuhalten sein wird, erscheint allerdings zweifelhaft. Nicht wünschenswert wäre es indes, wenn die Kassen und ihre Verbände mit den dahinterstehenden Gruppen in eine Übermachtstellung kämen.

**Noch kein Gütesiegel
„Reform“**

Auch wenn die neue Gesetzgebung einige Weichenstellungen zur Verbesserung des alten Systems vorsieht: Wer für mehr Wett-

Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

(in Milliarden DM)

	1992	1993	1994	1995 _p	1996 _p	1997 _s	2001 _s
Beiträge versicherungspfl. Beschäftigter und der BA	131,7	143,3	147,1	146,3	149,9	149,8	156,5
Versicherungspflichtige Rentner	31,6	35,8	40,4	42,1	42,8	45,6	51,9
sonstige Versicherungspflichtige	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1
Versicherungsberechtigte Rehabilitanden und Säumniszuschläge	29,1	33,9	35,4	36,4	40,1	40,1	43,1
Vermögens- und sonstige Erträge	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Erstattungen und Zuschüsse	2,2	2,0	2,1	1,9	2,0	2,0	2,2
	4,7	5,0	5,1	5,3	5,4	5,7	6,2
Summe	200,8	221,7	231,9	233,8	242,0	245,0	261,8
p vorläufig s geschätzt							
Quelle: Sozialbericht 1997							

**Deutschland in der Prüfung (4)
 Gesundheitsreform**

bewerb im Gesundheitswesen eintritt, kann mit ihr nicht zufrieden sein. Das Gütesiegel „Reform“ hat sie noch nicht verdient. Mit einigen, nicht einmal konsequent eingesetzten marktwirtschaftlichen Instrumenten versucht sie, das bestehende System zu stabilisieren und die Verantwortung für das weitere Funktionieren des Systems von der Politik auf die von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden dominierte Selbstverwaltung zu übertragen. Der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung ist aber so knapp bemessen, daß sie mit der Aufgabe, für die Gesetzliche Krankenversicherung auch die finanzielle Verantwortung zu übernehmen, überfordert sein dürfte.

Auch in anderen Bereichen kam der Markt zu kurz: So hätte der Entscheidung für die Ausweitung der Selbstbeteiligung der Versicherten das ernsthafte Bemühen vorausgehen müssen, den derzeit einheitlichen und gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalog der Krankenkassen auf eine solide Grundversorgung zu begrenzen. Daß dies in einer Krankenversicherung schwierig und auch problematisch ist, soll nicht verschwiegen werden. Jede Ab- und Ausgrenzungsentcheidung wird zum Politikum. Hinzu kommt, daß nur der Arzt im Einzelfall entscheiden kann, welche Leistungen wirksam, notwendig und ökonomisch vertretbar sind. Dennoch wird man in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer nicht um eine Begrenzung der Leistungen herumkommen.

und Mieteinnahmen, beitragspflichtig zu machen. Im übrigen hält sie an dem Konzept fest, die Ausgaben der Kassen durch Budgets zu begrenzen. Ordnungspolitisch laufen die Vorschläge der Opposition auf mehr Umverteilung und mehr Dirigismus hinaus, gehen also in die falsche Richtung.

Das wird auch an dem Vorschlag deutlich, alle Einkommensarten, möglicherweise sogar unbegrenzt, in die Beitragsbemessung einzubeziehen. Damit erhielte der bisherige Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung den Charakter einer proportionalen, die progressive Einkommensteuer ergänzenden Sozialsteuer. Dies wäre mit einer Fülle kaum zu lösender administrativer Probleme verbunden. Fatal wäre jedoch vor allem, daß die allgemein für notwendig gehaltene Ergänzung der kollektiven Vorsorge durch eine kapitalbildende private Vorsorge massiv behindert würde. Warum sollte ein Bürger aus versteuertem Einkommen zusätzlich private Vorsorge betreiben, wenn die Erträge daraus zu einem erheblichen Teil vom Fiskus und der Sozialversicherung abgeschöpft würden? Auch wäre es kaum zu vertreten, nur die Zinsen und Mieteinnahmen der Arbeitnehmer und der bei den Ge-

setzlichen Kassen versicherten Rentner solidarischpflichtig zu machen, die der Beamten und Selbständigen aber nicht. Mit der Ausweitung der Beitragsbemessung würde ein Prozeß in Gang gesetzt, der zur Einbeziehung aller Bürger und aller Einkommen in die Beitragspflicht zur Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zur alles nivellierenden Volksversicherung führen müßte – wahrlich kein Konzept für das 21. Jahrhundert.

Weitere Reformen unumgänglich

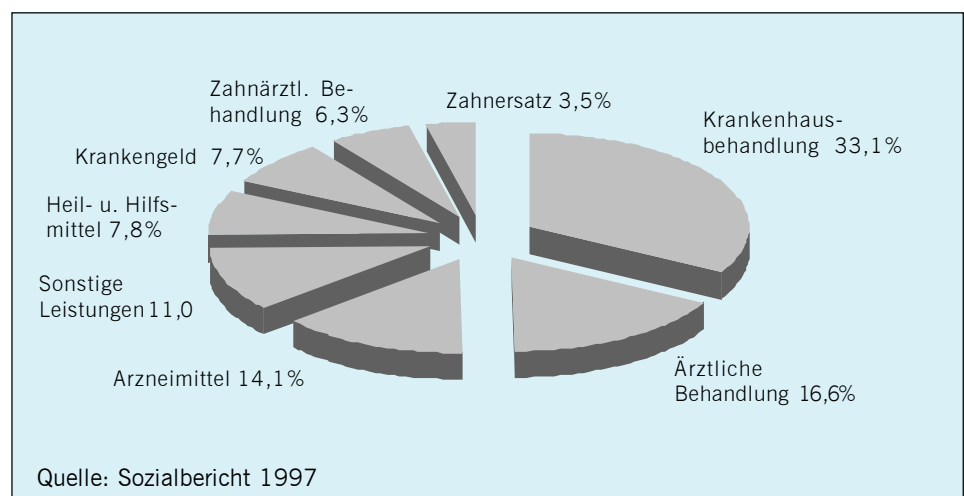
Keine ernsthafte Diskussion über grundsätzliche Reformen im Gesundheitswesen kommt an der Grundsatzentscheidung vorbei, die da lautet: mehr Markt oder mehr Staat. Nur wenn Klarheit über die einzuschlagende Richtung besteht, können zielführende Reformen angepackt und umgesetzt werden. Die Neuordnungsgesetze sind der Antwort auf die Systemfrage ausgewichen. Die Politiker halten prinzipiell am Bestehenden fest und greifen in ihrer Not lediglich auf einige marktwirtschaftliche In-

Die Einlassung der Opposition

Bei der Opposition fanden die Vorhaben der Regierung nur wenig Zustimmung. Sie lehnt pauschale Beitragssatzerhöhungen wegen der Auswirkungen auf die Beschäftigung zwar ebenfalls ab, will den Kassen durch die Steuerfinanzierung der Fremdleistungen und die Erhöhung der Pflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen aber Spielräume verschaffen. Zudem wird die Forderung erhoben, sonstige Einkommen, wie Zins-

Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung 1996

(Anteile in v.H.)



**Deutschland in der Prüfung (4)
Gesundheitsreform**

strumente – wie das der Zuzahlung oder der Beitragserstattung – zurück. Wer angesichts der politischen Verhältnisse das System der Gesetzlichen Krankenversicherung hier und heute nicht für reformierbar hält, mag in dieser Gesetzgebung positive Aspekte sehen. Die grundsätzlichen, immer drängender werdenden Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung sind auf diese Weise freilich nicht zu lösen. Weitere Reformen werden daher mit Sicherheit bald folgen müssen.

Dabei führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei, daß es angesichts der absehbaren demographischen Lasten zukünftig immer schwieriger sein wird, eine als angemessen akzeptierte medizinische Versorgung bereitzustellen und deren Finanzierung durch die Solidargemeinschaft zu bewerkstelligen. Im jetzigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung mischen sich gesundheitspolitische und sozialpolitische Ziele in unheilvoller Weise. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist zu einer Art heimlichem Fiskus degeneriert, der zwischen allen möglichen Gruppen Gelder und Geldwerte in versicherungswidriger Weise umverteilt. Diese Umverteilung geschieht nicht nur, was ja in Ordnung ist, zwischen Gesunden und Kranken. Sie wird ebenso zwischen Jung und Alt vorgenommen, zwischen Ledigen und Familien mit einem versicherungspflichtigen Erwerbstätigen, zwischen Kinderlosen und Familien mit Kindern. Solche Umverteilungseffekte werden mit dem Solidarprinzip begründet. Wie weit dieses Prinzip reichen soll, darüber hat die Gesellschaft zu befinden. Solange sie es aber nicht über das allgemeine Steuer- und Transfersystem, sondern innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen sucht, wird es zu Fehlsteuerungen bei der Bereitstellung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kommen. Das Anspruchsdenken unter den Versicherten wird unverändert hoch und die Anreize zu einem effizienten Umgang mit knappen Gesundheitsmitteln werden weiterhin gering bleiben. Letztlich steht das Solidarprinzip dann auf Dauer seiner eigenen Verwirklichung im Wege und das ganze System per-

manent am Rande des Zusammenbruchs. Deshalb ist die Entscheidung für mehr Markt unumgänglich.

Schlußfolgerungen

■ Wie eine moderne Gesellschaft ihre Gesundheitsvorsorge organisiert, das berührt nicht nur den einzelnen, die Familien und Gruppen ganz elementar. Es entscheidet auch mit über die Zukunftsfähigkeit von Wirtschaft, Staat und Gesellschaft. Das überkommene System der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt für alle Beteiligten falsche Anreize, verschwendet knappe Mittel und gibt dem Versicherten nur wenig Raum, seine Gesundheitsvorsorge nach eigenem Gutdünken zu gestalten. Es ist schon von daher unzeitgemäß, kontraproduktiv und nicht durchhaltbar.

■ Die absehbare Alterung der Bevölkerung und der Geburtenrückgang setzen das ohnehin brüchige System unter zusätzlichen Druck. Mit gesetzlich verordneten Kostendämpfungsmaßnahmen ist auch diesen neuen Bestimmungsfaktoren nicht beizukommen.

■ Mit den „Neuordnungsgesetzen“ sind zwar erste Schritte hin zu mehr Markt und zu einem Wettbewerb unter den Krankenkassen eingeleitet worden. Dennoch halten die Regelungen im wesentlichen am Bestehenden fest. Die insbesondere aus Fehlansätzen und falscher Verhaltenssteuerung resultierenden Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung können so nicht gelöst werden.

■ Angesichts der letztlich nicht mehr behebbaren Mängel des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine neue, unverstellte Betrachtungsweise geboten: Der Gesundheitsbereich – wichtiger Teil der sozialen Infrastruktur des Landes – muß als wesentlicher Wirtschafts- und Wachstumssektor angesehen werden, der nicht durch administrative Regelungen, sondern durch Markt zu steuern ist. Der Schlüssel zur

Neuordnung besteht im Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen um die Versicherungsnehmer. An die Stelle einer umfassenden Pflichtversicherung muß eine Mindestversicherungspflicht treten. Der Solidarausgleich ist in das allgemeine Steuer- und Transfersystem zu verlagern.

Die Reihe „Argumente zu Marktwirtschaft und Politik“ greift aktuelle wirtschafts- und gesellschaftspolitische Themen auf. Sie erscheint in loser Folge.

Die Serie „Deutschland in der Prüfung“ wurde ermöglicht durch freundliche Unterstützung der informedia-Stiftung, Gemeinnützige Stiftung für Gesellschaftswissenschaften und Publizistik, Köln.

Impressum

Herausgeber: Frankfurter Institut – Stiftung Marktwirtschaft und Politik, Kisseleffstraße 10, 61348 Bad Homburg

Tel. 06172 - 664 70
Fax 06172 - 222 92

e-mail Frankfurter.Institut@t-online.de
Internet <http://www.Frankfurter-Institut.de>

Vorstand
Gert Dahlmanns

Vorsitzender des Stiftungsrates
Klaus Schweickart

Wissenschaftlicher Beirat
Kronberger Kreis