

Die überfällige Reform: Das Gesundheitswesen im Strudel der Politik

von Renate Merklein

Mit einem Vorwort von
Gert Dahlmanns

Juni 1992

Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung
Kaiser-Friedrich-Promenade 157, 6380 Bad Homburg
Telefon (06172) 42074, Telefax (06172) 42355

ISBN 3-89015-035-7

Inhalt

Am Ende eines langen Rausches.	5
Ein Vorwort	
Gert Dahlmanns	
Die überfällige Reform:	
Das Gesundheitswesen im Strudel der Politik.	13
Renate Merklein	
I. Das deutsche Gesundheitswesen – Ein chronischer Sanierungsfall	13
II. Der Bürger Gesundheit – Eine Obliegenheit des Staates?	22
III. Muß Gesundheit zwangsläufig immer teurer werden?	28
IV. Die Defekte des Gesundheitssystems	42
V. Warum die bisherigen Reformen scheitern mußten	57
VI. Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe	65
VII. Sonderproblem: Pflegeversicherung	84
VIII. Sonderproblem: Krankenhaus	92
IX. Sonderproblem: Arzneimittel als handelbare Güter in der EG	96
X. Ein skeptischer Ausblick	108

Am Ende eines langen Rausches. Ein Vorwort

Gert Dahlmanns

Ist es vielleicht wirklich so, daß Vernunft schon keine Chance mehr hat und wir alle nur noch weiter verlieren können, wie Renate Merklein – renommierte Wirtschaftspublizistin und ausgewiesene Kennerin der Materie – nach gründlicher Auseinandersetzung mit der Fehlentwicklung unseres Gesundheitssystems am Ende dieser Studie befürchtet?

Wohl ist es wahr, daß gesunder Menschenverstand in unserer Gesellschaftsordnung auf immer breiterer Front den Rückzug angetreten hat. Auch trifft es zu, daß gerade wir Deutschen über unserem Streben nach staatlich-“solidarischer” Absicherung aller persönlichen Lebensrisiken zu Gefangenen unserer eigenen Systeme geworden und inzwischen kaum mehr imstande sind, dazu überhaupt noch unbefangene Fragen zu stellen. Es drängt sich geradezu auf: Nirgends wird so viel über das Gesundheitssystem debattiert und dabei so wenig über Gesundheit und Krankheit selbst nachgedacht wie hierzulande, nirgends wird seit Jahrzehnten dermaßen über Kostenexplosionen und Beitragserhöhungen geklagt und doch jede tiefergehende Analyse der Ursachen und der einfachsten ökonomischen Zusammenhänge so gescheut wie bei uns.

Und doch: Diese Feststellungen dürfen nicht das letzte Wort sein. Renate Merkleins Studie selber ist nichts anderes als ein eindringlicher Appell für die Rückkehr zu Vernunft und gesundem Menschenverstand bei der jetzt wieder anstehenden Reform unseres sogenannten Gesundheitswesens. Denn glücken kann diese Reform nur, wenn und soweit es ihr gelingt, den Teufelskreis des bisherigen Systems zu durchbrechen.

Die Krankheit unseres “Gesundheitssystems”

Es ist in der Tat etwas furchtbar falsch gelaufen mit diesem System. Vor mehr als hundert Jahren nach Methode und Mitteleinsatz sinnvoll konzipiert, um den an der Armutsschwelle lebenden Arbeiter im Krankheitsfall nicht der öffentlichen Fürsorge zu überlassen, ist es zu einer inzwischen fast die gesamte Bevölkerung umfassenden, Woche für Woche Milliardenbeträge umverteilenden Maschinerie entartet, deren Getriebe alles normale Verhalten auf den Kopf stellt. In ihm kann der einzelne durch kostenbewußtes, verantwortungsvolles Handeln nicht etwa gewinnen, sondern nur verlieren. In dieser verkehrten Welt hat jeder Beteiligte um so mehr wirtschaftliche Vorteile zu erwarten, je gründlicher er das System ausbeutet: Der Patient, indem er immer häufiger “Gesundheitsleistungen” in Anspruch nimmt, der Arzt, indem er mehr davon verordnet, das Krankenhaus, indem es die Verweildauer verlängert und die Gesundheitsbürokratie, indem sie weiter expandiert.

Die tägliche Fehlleitung der Motivation von Millionen Menschen hat längst zur galoppierenden Verschwendung knapper Ressourcen geführt. Die dadurch unumgänglich werdenden Beitragserhöhungen lösen bei den Versicherten wiederum steigende Ansprüche aus mit der Folge, daß die Ausgaben der Krankenkassen weiter explodieren. Diese teuflische Beitrags-Anspruchsspirale – “höhere Beiträge erzeugen steigenden Fehlkonsum, was wiederum steigende Beiträge erzeugt und so fort” – dreht sich immer schneller und ist im Begriff, immer mehr von dem aufzuzehren, was die Gesellschaft und der einzelne sich über Jahrzehnte an Wohlstand aufgebaut haben. Sie kann damit, wenn es so weiter geht, den Sozialstaat bisherigen Zuschnitts zum Einsturz bringen.

Auswirkungen zeigt diese Fehlentwicklung aber auch über ihre katastrophalen wirtschaftlichen Folgen hinaus. Sie hat – sieht man genauer hin – bei uns allen zu einem inhumanen Verständnis von

Die Krankheit unseres "Gesundheitssystems"

Gesundheit als Ware und zu einem unnatürlichen Verhältnis zu Krankheit, Alter und Tod geführt, die zunehmend nur noch als "Störfälle" betrachtet werden. In Konsequenz all dessen hat unser "Gesundheitswesen" einem mechanisierten, auf technisch-apparative Machbarkeit verengten Medizinverständnis Vorschub geleistet und den Menschen ausgerechnet in einem seiner persönlichsten Bereiche – dem Interesse an und der Sorge für seine Gesundheit – weitgehend entmündigt.

Nach der in unserem Gesundheitsapparat vorherrschenden sozialpolitischen Leitvorstellung hat der Bürger nur noch das Recht zu zahlen, was immer über seinen Kopf hinweg als Beitrag festgesetzt und automatisch bei ihm abgebucht wird. Beitrags-, Preis- oder Qualitätskontrollen, wie er sie als Herr seiner selbst sonst Tag für Tag ganz selbstverständlich ausübt, sind ihm ausgerechnet hier verwehrt. Denn seine Gesundheit gilt eben nicht mehr primär als *seine* Angelegenheit, sondern als Staats- und Gemeinschaftsaufgabe.

Wie konnte es dazu kommen? Wie konnte ein System, das doch einst Sinn machte, in solchen Unsinn umschlagen?

Dahinter steht die Pervertierung eines Begriffs, der wie kein anderer im Lauf der letzten Jahrzehnte ebenso gedankenlos gebraucht wie absichtsvoll mißbraucht worden ist: der Begriff des "Sozialen" und die Vorstellung von der auf seine Durchsetzung ausgerichteten Politik. Was immer sich im einzelnen dahinter verbergen mochte – "soziale" Politik bedurfte keiner weiteren Rechtfertigung und wurde wie von selbst zum Inbegriff von "guter" Politik. Das führte auf direktem Wege zur Verselbständigung und Zentralisierung der Sozialpolitik und hat in der Folge die sozialen Leistungen der öffentlichen Kassen zu handel- und verhandelbaren politischen Gütern degradiert. Diese sind damit in der traurigen Konsequenz dieser Entwicklung zum Spielball der politischen und gesellschaftlichen Kräfte geworden. Die Folge davon: Der Konkurrenzkampf der Parteien, Großorganisationen und Gruppen um die Macht wird

zunehmend mit Hilfe der aus öffentlichen Kassen zu finanzierenden Sozialpolitik ausgetragen oder mit dem, was sich als solche ausgibt. Die bundesdeutsche Geschichte der letzten Jahrzehnte ist eine endlose Illustration dieses Prozesses, in dessen Verlauf sich der solidarische Gedanke längst in Gruppenkämpfen aufgelöst und nackter Entsolidarisierung Platz gemacht hat.

Im Zuge dieser Entwicklung wurde auch im Bereich des sogenannten Gesundheitswesens der obrigkeitlich "betreute", von der öffentlichen Hand abhängige Mensch gezüchtet, der gibt, was von ihm genommen und der nimmt, was ihm dafür gegeben wird. Daß so gut wie alle es sich in diesem System inzwischen bequem gemacht haben und nur die ihnen zugemuteten Kosten beklagen, darin liegt das eigentliche Hindernis für eine durchgreifende Reform.

Heilung durch ein menschnahes Konzept

Doch gerade die anhaltende Kostenkatastrophe zwingt jetzt erneut zum Handeln. Schnell und gründlich sind die Vorschußlorbeeren immer wieder verwelkt, mit denen die Politiker ihre bisherigen Reformversuche bedacht haben. Erst drei Jahre ist es her, daß der Bundesarbeitsminister seine Kranken- und Rentenversicherungsreformen mit der Zusicherung auf den Weg gebracht hat, sie würden das soziale Netz der Bundesrepublik "auf lange Zeit winterfest machen". Heute ist als erster der Sozialversicherungszweige die Gesetzliche Krankenversicherung schon wieder baufällig: Im Wettlauf zwischen Einnahmen und Ausgaben zeichnet sich für dieses Jahr eine Deckungslücke zwischen 8 und 12 Milliarden D-Mark ab. Um sie schließen zu können, müßte der durchschnittliche Beitragssatz von derzeit 12,5 auf 13,3 Prozent klettern. Auch das Anfang 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz ist also gescheitert. Es hat einen Zuwachs an reglementierenden Eingriffen, aber keinen nachhaltigen Fortschritt an Kosteneinsparungen gebracht. Schlimmer noch: Es hat den Sog in die falsche Richtung weiter verstärkt.

Das kann, wie auch die Politik inzwischen weiß, so nicht weitergehen. Denn das System, so wie es heute konstruiert ist, wird schon die zusätzliche Belastung aus der künftigen Überalterung der deutschen Bevölkerung nicht mehr verkraften können. Bis zum Jahr 2030 wird sich der Anteil der Sechzigjährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung von derzeit rund 21 Prozent auf etwa 36 Prozent erhöhen. Ältere Menschen nehmen aber nicht nur weitaus mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch, ihre Beiträge sind überdies wesentlich niedriger als die der jüngeren. Zusammen mit den dann ebenfalls steigenden Abgaben in der Rentenversicherung führt diese Entwicklung zu einer immer noch weiter wachsenden Belastung der dann im Arbeitsleben stehenden Bevölkerung und ihrer Arbeitsplätze – mit der Folge, daß der Trend zum Ausweichen in die Schattenwirtschaft noch weiter wachsen wird.

Weitere gewaltige Belastungen kommen aus dem vor der Tür stehenden europäischen Binnenmarkt auf unser System der sozialen Sicherung zu. Freizügigkeit, Niederlassungsfreiheit und freier Dienstleistungsverkehr werden Wanderungsbewegungen der Arbeitnehmer und Leistungserbringer auslösen und verstärken, die gerade unser System im Visier haben. Schon zeichnet sich ab, daß die vermeintlichen Vorteile des deutschen sozialen Sicherungssystems in verstärktem Maß auch von den Bürgern anderer EG-Staaten genutzt werden. Auch die Niederlassungsfreiheit für Ärzte in allen Ländern der Gemeinschaft wird Auswirkungen auf die Kosten haben: Solange das System so konstruiert ist, daß ein Mehrangebot an medizinischen Leistungen auch zu einer kosten-treibenden Mehrnachfrage führt, ist bei fallenden Sprachbarrieren mit einer sich verstärkenden Zuwanderung von Ärzten zu rechnen. Eine Reform, die diesen Namen verdient, läßt sich also nicht länger hinausschieben.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Studie von Renate Merklein zur rechten Zeit. Ihr Hauptverdienst liegt auf mehreren Ebenen. Sie zeigt zum einen mit klarem analytischen Blick, weshalb das

überkommene System bei den nicht endenden politisch motivierten Eingriffen und Manipulationen geradezu zwingend entarten *mußte*. Nicht die Menschen haben das System willkürlich mißbraucht, es hat seinerseits Millionen von Menschen laufend falsch programmiert und tut das bis zum heutigen Tag. Darüber hinaus macht die Studie klar, weshalb alle Versuche von Gesetzgebung und Bürokratie, die Kostenexplosionen durch obrigkeitliche Reglementierungen von Patienten, Ärzten und anderen Leistungsanbietern einzudämmen, jetzt und künftig von vornherein zum Scheitern verurteilt sind. Mit politischer Steuerung und Rationierung von Gesundheitsleistungen läßt sich der Druck auf die öffentlichen Kassen nicht verringern. Und die Studie weist nach, weshalb der Ausgleich zwischen dem gerade auf dem Gesundheitssektor unbegrenzt Wünsch- und aus Solidarkassen doch nur begrenzt Bezahlbaren auf freiheitlichem Wege nur über den Markt herbeigeführt werden kann.

Auf dieser soliden Basis schlägt Renate Merklein einen Neubau unseres Systems der Gesundheitsvor- und -fürsorge vor, orientiert am Leitbild des mündigen Bürgers, dem Eigenverantwortung und Eigenvorsorge zugetraut werden. Denn nur der einzelne Mensch selbst kennt seine individuellen Bedürfnisse hinreichend genau. Nur er selbst vermag zu beurteilen, was zu ihrer Befriedigung erforderlich ist und welche Prioritäten er dabei setzen will. Das gilt auch für die in seiner Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachleuten seines Vertrauens festzulegende adäquate Therapie im Krankheitsfall. Gerade hier, wo er in der Vergangenheit immer mehr zum Objekt des Wohlfahrtsstaates gemacht und dabei immer weiter von sich selbst weggeführt wurde, muß er wieder zum Herrn seiner Entscheidungen werden.

Dabei verkennt Renate Merklein nicht, daß die Ergebnisse des Marktes durch eine soziale Ordnungspolitik zu ergänzen sind. Diese muß sich auf die Sicherung schutzbedürftiger Bevölkerungskreise gegen elementare existenzbedrohende Risiken und deren Folgen konzentrieren. Sozialpolitischer Korrekturen bedarf das

System auch dort, wo ein individueller Verzicht auf Absicherung die Allgemeinheit ausbeuten würde. Nur müssen Sozialpolitik und Marktwirtschaft als Einheit begriffen werden. Wird Sozialpolitik hingegen auch weiterhin im großen Stil am Markt vorbei betrieben, ist der Zusammenbruch des ganzen sozialen Sicherheitsgefüges abzusehen.

Ernüchterung – Chance für den Neuanfang

Es ist gewiß nicht leicht, diesen Schritt vom eingefahrenen System staatlicher Vollversorgung mit Zwangsbeiträgen hin zu Entstaatlichung und mehr Eigenverantwortung ernsthaft ins Auge zu fassen und zu tun. Zwar läßt sich ein solcher Neubau im Bereich des Gesundheitswesens schon wegen der hier geringeren Übergangsprobleme viel leichter errichten als etwa in der Altersvorsorge. Doch ob die Mehrzahl der Politiker den Mut dazu aufbringt – statt sich auch weiterhin in “sozialer” Parteienprofilierung zu überbieten – hängt einmal davon ab, inwieweit sie in der Lage sind, über allem pausenlosen Reformieren einmal Atem zu holen, geistig aufzutanken und die Aufgabe konzeptionell neu zu durchdenken. Denn wer etwas Falsches in den Wald hineinruft, ganz gleich wie laut und wie oft, kann nie das richtige Echo erzielen. Vor allem aber wird der Mut der Politiker davon abhängen, wie sie die Stimmung in der Bevölkerung einschätzen und die Fähigkeit der Menschen zum Umdenken beurteilen. Sie machen ihr Handeln damit einmal mehr vom Vorfinden einer allgemeinen Akzeptanz abhängig, die herbeizuführen eigentlich ihre Aufgabe wäre. Doch so liegen die Dinge, und es hat wenig Sinn, sie zu beschönigen.

Nun findet die Eindämmung “solidarischer” Leistungen noch nicht von selbst die ungeteilte Zustimmung aller Bürger – und das ist kaum verwunderlich. Einfach zu lange standen wir alle unter der Wirkung der von der Politik im Laufe der Jahre immer bedenkenloser ausgeteilten Droge “Sozialstaat”. Sie ließ uns immer nur die *eine* öffentliche Hand sehen, die uns im großen Umverteilungs-

prozeß stets etwas Neues zusteckte. Die *andere* Hand, die uns im gleichen Zuge oft ein Mehrfaches wieder aus der Tasche holte, blieb weitgehend im Dunkel. Die darin liegende Selbsttäuschung wurde verdrängt.

Doch die Wirkung der Droge beginnt nachzulassen und damit auch die Zersetzung unserer Urteilskraft. Der Staat steckt tief im Defizit und die Sozialversicherung in der Dauerkrise. So gibt die immer offenkundiger werdende Notlage der öffentlichen Finanzen den Blick für die Grenzen unserer Systeme frei und konfrontiert uns mit unseren eigenen Irrtümern. Sie läßt erkennbar werden, wie das immer weitere Aufbauschen des "Sozialen" die Interessen des einzelnen vielfach schlicht übergangen, wie es auf diese Weise alle miteinander in Schwierigkeiten gebracht und, schlimmer noch, unseren Kindern fast untragbare Lasten aufgebürdet hat.

Die Studie von Renate Merklein fördert diese Erkenntnis und fordert zu vorurteilsfreiem Sehen heraus. Wenn das allein wieder möglich wird, wenn nach langer, fast rauschhafter Gegenwartsbezogenheit der Blick des einzelnen und der Volksvertreter wieder frei wird und realistische, auch im Blick auf die Zukunft verantwortbare Ziele ins Visier nimmt, haben wir die Chance für einen menschengerechten Neubau unserer sozialen Systeme – auch im Gesundheitswesen.

Die überfällige Reform: Das Gesundheitswesen im Strudel der Politik

Gute Absichten sind keine Entschuldigung für schlechte Ergebnisse und die Arroganz des ignoranten Wohltäters ... unterminiert die Notwendigkeit, wirklich Gutes zu tun, ohne die eine Gesellschaft nicht sehr lange bestehen kann.

Kenneth Boulding

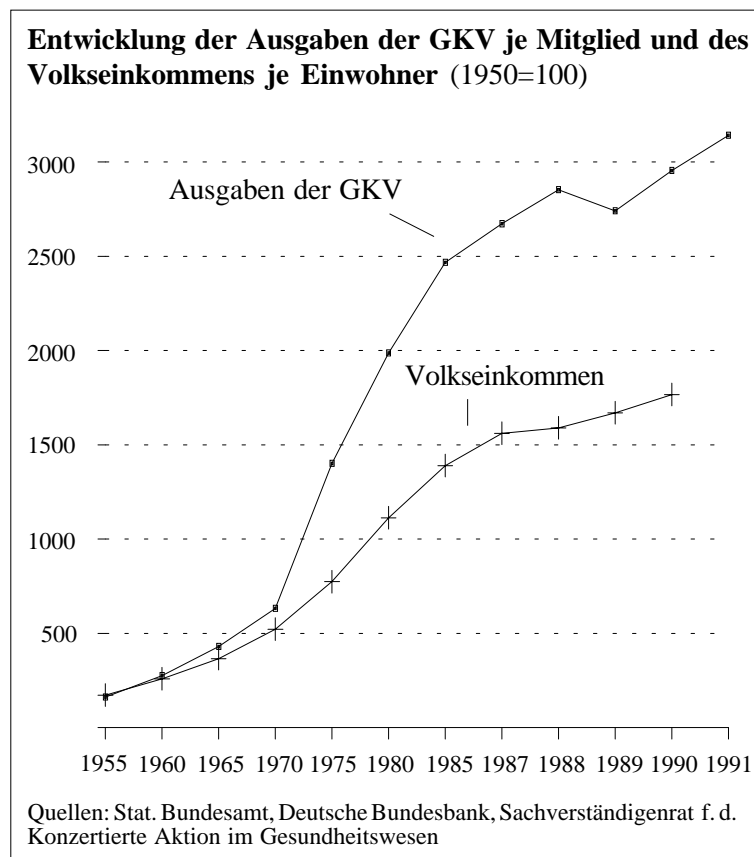
I. DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN – EIN CHRONISCHER SANIERUNGSFALL

I. Seit eineinhalb Jahrzehnten ist das deutsche Gesundheitswesen im öffentlichen Gerede. In diesem Zeitraum gab es kaum ein Jahr, in dem nicht über "Reformen" in diesem Bereich debattiert werden mußte – sei es, weil erneut eine Umgestaltung des Sektors wegen finanzieller Schwierigkeiten als unausweichlich angesehen wurde, sei es, weil eine gerade vollzogene Reform wieder einmal die zuvor verheißenen Ergebnisse nicht erbracht hatte. "Gesundheitswesen" und "Kostenexplosion" sind darüberhin zu fest miteinander assoziierten Begriffen geworden. Keiner der vielen politischen Eingriffe während der vergangenen Jahre, ob als "Kostendämpfungsgesetz" oder als "Strukturreform" plakatiert, hat das ändern können. Die Spuren, die diese Eingriffe in der Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinterließen, bei der fast die gesamte Bevölkerung in Deutschland (West und Ost) versichert ist, verliefen immer nach dem gleichen Muster. Der Ankündigung eines solchen Eingriffes folgte stets ein Run der Bürger auf Gesundheitsleistungen (jedenfalls dann, wenn ihnen die Inanspruchnahme solcher Leistungen erschwert oder verteuert

Das Gesundheitswesen im Strudel der Politik

werden sollte), verbunden mit einem steilen Ausgabenanstieg. Mit Inkrafttreten der jeweiligen Maßnahme kam eine Phase der Stagnation oder sogar des Rückgangs bei den Gesundheitskosten, hinterdrein dann freilich sofort die nächste Explosion.

Dies gilt auch, ja sogar in besonderem Maße für die bislang letzte politische Aktion in diesem Feld: Die "Strukturreform im Gesundheitswesen", die – bevor sie Anfang 1989 wirksam wurde – gut zwei Jahre lang mit erheblichem öffentlichen Echo diskutiert und den Bürgern mit außergewöhnlich hohem Werbeaufwand vorge-



stellt worden war. Nach den Absichten ihrer Architekten sollte sie eine dauerhafte Dämpfung der Ausgabendynamik bewirken und damit die sozusagen endgültige Sanierung des Sektors einleiten. Das mit so hohen Erwartungen versehene Gesetzeswerk hat in der Aufwandsentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung des alten Bundesgebietes jedoch kaum mehr als eine kleine Delle hinterlassen (siehe Grafik S. 14); danach “ist hier” – so vermerkte die Deutsche Bundesbank in ihrem Monatsbericht von November 1991 – “eine Kostenexpansion in Gang gekommen, die der Zuwachsrate nach sogar noch stärker ist als vor der Reform und die alle wichtigen Ausgabenbereiche erfaßt hat”.

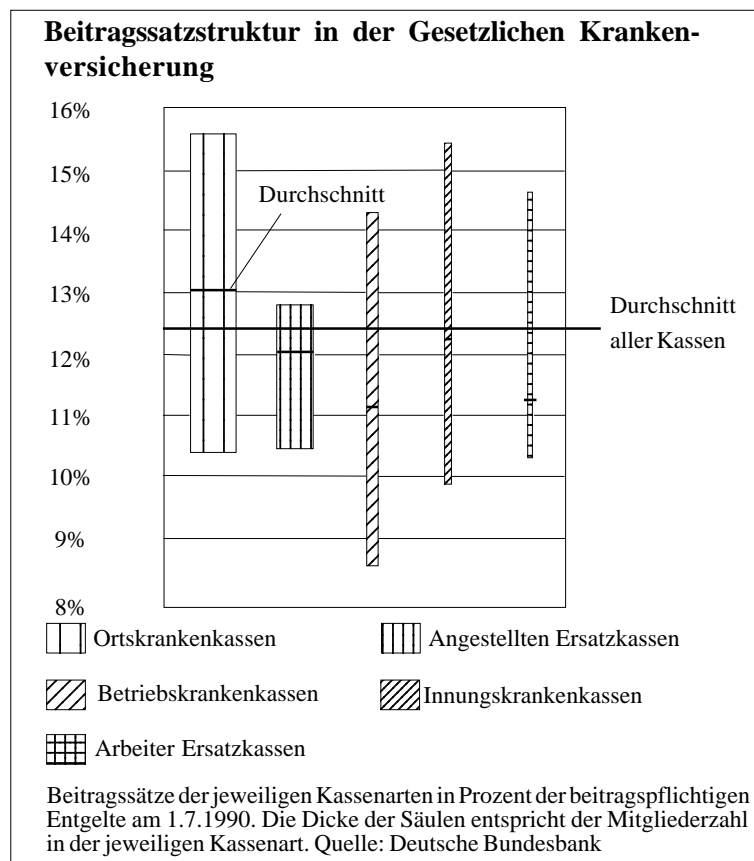
Schon das allein konstituiert nun erneut gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Hinzu kommt, daß die aktuelle finanzielle Misere, die bislang nur das Gesundheitswesen in Westdeutschland erfaßt hat, bald auch auf den Ostteil des Landes übergreifen könnte, ja mit einiger Wahrscheinlichkeit übergreifen wird. Im ersten Jahr nach der deutschen Vereinigung und der damit verbundenen Übertragung des westlichen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems auf den Osten entstanden in den neuen Bundesländern zwar noch keine finanziellen Probleme in diesem Bereich. Die Gründe hierfür – ein im Vergleich zum Westen geringerer Leistungs-, daher auch Kostenstandard in der medizinischen Versorgung, dazu wohl eine noch nicht ganz allgemein vollständige Kenntnis dessen, was alles zu Lasten öffentlicher Sozialkassen an Gesundheitsmitteln begehrt und verschrieben werden darf – können aber sehr bald entfallen.

2. Mit den steil ansteigenden Kosten und den daraus resultierenden Erhöhungen der Beitragssätze (nach einer zwischenzeitlichen kleinen Senkung stehen jetzt – wenn sonst nichts geschieht – neuerliche bevor) wurde mehr und mehr zum Ärgernis, was lange Zeit als unvermeidliche Beigabe einer ansonsten hochgeschätzten Tradition hingenommen worden war. Das System der gesetzlichen Krankenkassen wird von seinen Repräsentanten stolz als “gegliedert” bezeichnet, was besagt: Es besteht aus einer gewachsenen Vielzahl

Das Gesundheitswesen im Strudel der Politik

einzelner Krankenkassen, die teilweise ihren Ursprung in vorsozialstaatlicher Zeit haben. Ihre Beiträge setzen diese Versicherungen autonom, d.h. nach Maßgabe ihrer Ausgaben fest, die wiederum nur in sehr begrenztem Maß von ihnen selber zu beeinflussen sind. Denn ihr Leistungskatalog ist gesetzlich festgelegt, ihr Mitgliederstamm meist zu einem erheblichen, aber höchst unterschiedlichen Teil zwangsrekrutiert und ihnen zwangsaufgelegt.

Die Folge sind außerordentlich unterschiedliche Risikostrukturen bei den einzelnen Kassen und Kassenarten und höchst unterschiedliche



Beitragsätze. In der Vergangenheit lag der höchste Krankenkassenbeitragssatz nicht selten bei fast dem Doppelten dessen, was die kostengünstigste gesetzliche Krankenkasse ihren Mitgliedern abverlangte (siehe Grafik S. 16). Die Zunahme der Lasten für die ausgeuferte Gesundheitsfür-, -vor- und -nachsorge trifft die Bürger mithin in sehr unterschiedlicher Weise. Und die Möglichkeiten, dem durch Kassenwechsel ausweichen zu können, sind dabei auch noch in höchst unterschiedlicher Weise verteilt. Denn das Recht zur freien Wahl und zum jederzeitigen Wechsel haben nur solche Pflichtversicherten, für deren Berufsgruppe neben der eigentlich für sie zuständigen Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse noch eine oder gar mehrere unter den Ersatzkassen als Versicherer tätig werden darf. (Für "technische" Angestellte stehen beispielweise vier solcher Ersatzkassen neben der jeweiligen AOK zur Auswahl. Gewerbliche Arbeitnehmer hingegen sind – wenn es für sie keine Betriebs- oder Innungskasse gibt – nur auf die letztere verwiesen.)

Eine "Reform der Organisations- und Finanzstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung" als isoliertes, von allen anderen Problemfeldern des Gesundheitswesens abgetrenntes Vorhaben soll nach den Mitte Januar 1991 getroffenen Koalitionsvereinbarungen der Bonner Regierungsparteien hier nun bald Abhilfe schaffen. Es steht zu befürchten, daß auch diese Reform – wie alle anderen bisherigen Reformen im Gesundheitswesen – am Ende nur zu einem Kurieren am Symptom wird.

3. Neben der Ausgabenexplosion und der ungerechten Verteilung ihrer Folgen gehört seit langem zu den Charakteristika des Gesundheitswesens, daß stets neue Verbesserungswünsche politisch virulent werden und daß die Dringlichkeit, ja Unverzichtbarkeit dieser Verbesserungen mit all jenen Mitteln der politischen Propaganda reklamiert wird, die Zweifel daran nur noch um den Preis erlauben, als herzlos und unsozial zu gelten. Derzeit ist es eine Pflegeversicherung im Bereich der sozialen Gesundheitsfür- und -vorsorge, die auf diese Weise zum nunmehr fast unabdingbaren Reformsoll aufstieg.

4. Zu den Charakteristika des Gesundheitswesens zählt auch, daß Erfordernisse an seine Struktur oder einzelne seiner Facetten, die von anderen Bereichen ausgehen, von den politischen Akteuren des Sektors kaum wahrgenommen und bei den allfälligen Korrekturen nicht in Rechnung gestellt werden. Derzeit sind dies die Erfordernisse, die von der Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes ausgehen. Und sie sind besonders umfangreich. Denn der immerhin schon für 1993 geplante europäische Binnenmarkt verlangt

- *einen einheitlichen Markt für Arzneimittel*; bislang aber gibt es nur 12 nationale Märkte, die allesamt reguliert sind, dies aber in unterschiedlichster Weise, wobei einige der Regulierungen den Charakter von nichttarifären Handelshemmnissen haben, andere hinwiederum ökonomisch unsinnige Handelsströme (Re-Importe) induzieren.
- *europaweit einen freien Dienstleistungsverkehr*. Dies betrifft die Krankenversicherer, allerdings nach dem Ratschluß der EG-Kommission nur die privaten. Auch in diesem Feld gibt es einen unterschiedlichen Grad an Regulierungen, die der Art nach wie nichttarifäre Handelshemmnisse wirksam sind, was nach einschlägigen Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs künftig vermieden werden muß.
- *Niederlassungsfreiheit für die Anbieter von medizinischen und verwandten Leistungen*. Die Niederlassungsfreiheit für Ärzte besteht EG-weit bereits seit 1975. Grenzregionen ausgenommen, wirkte die Sprache bislang als Barriere. Dies könnte sich mit der zunehmenden "Ärztenschwemme", die in einer ganzen Reihe von EG-Ländern bevorsteht, freilich ändern. Länder, deren Gesundheitssysteme so konstruiert sind, daß ein Mehrangebot an medizinischen Leistungserbringern auch zu einer kostentreibenden Mehrnachfrage führt (wie es dem deutschen nachgesagt wird), haben dann mit Zuwanderungen zu rechnen.

- *zumindest ein verbessertes Zusammenspiel der nationalen Gesundheitssysteme* dergestalt, daß ihre Unterschiedlichkeit einerseits die Mobilität der Arbeitskräfte nicht behindert, andererseits aber auch keinen Anreiz zu rein sozial-touristisch induzierten Wanderungsbewegungen bietet.

5. Und dies sind nur die nächstliegenden Probleme, die durch den europäischen Einigungsprozeß auf das deutsche Gesundheitswesen (und auf das anderer Länder) zukommen und bald gelöst werden müssen. Weniger präzise beschreibbar ist, welche Einflüsse auf das Gesundheitswesen von der jüngst beschlossenen Vertiefung der europäischen Integration ausgehen. Nur: Daß diese Vertiefung auf die nationalen Gesundheitssysteme, speziell auch auf das deutsche ausstrahlen und Reflexe mit erheblicher Kostenwirkung erzeugen könnte, das hat eine hohe Wahrscheinlichkeit. Wenn tatsächlich, wie von den europäischen Regierungschefs im Dezember 1991 zu Maastricht beschlossen, noch vor Ende dieses Jahrzehnts (bei Eintritt bestimmter Bedingungen) in Europa eine einheitliche Währung eingeführt werden sollte, dann fällt der bislang noch heilsame Schleier der Wechselkurse, der die erheblichen Unterschiede im Lebensstandard und auch in der gesundheitlichen Versorgung für die Bürger des Kontinents weniger merkbar macht. Mit einer einheitlichen Währung in ganz Europa treten die angesichts des Produktivitätsgefälles notwendigerweise weiter bestehenden Unterschiede bei den Löhnen und vor allem auch bei den Sozialleistungen zwischen EG-Nord und EG-Süd (inklusive Irland) ganz grell und augenfällig zutage. Und Politiker, die daraus Unmut zu entzünden und in Forderungen umzuschmieden wissen, werden sich vermutlich finden.

Zusätzlich gestützt durch die europäische Sozialcharta – bisher nur eine Sammlung ebenso frommer wie unverbindlicher Wünsche nach *Égalité* in der EG – könnte sich dann eine Dynamik eigener Art ergeben: nämlich mehr und mehr das Verlangen, den Leistungsstandard, wie er im Gesundheitswesen der reichen Nord-

staaten üblich ist, auch auf die ärmeren Südstaaten zu übertragen, wofür dann erhebliche Subventionen (gezahlt von den ersteren und empfangen von letzteren) nötig wären. Die Gefahr, daß solche Begehren kommen könnten – Begehren, die sich vorzugsweise an die Bundesrepublik als größten und (bislang noch) reichsten Nordstaat wenden würden – schafft einen zusätzlichen Grund für eine rechtzeitige Reform des deutschen Systems. Und sie zeigt auch gleich die Richtung, in die eine solche Reform gehen sollte. Denn solche Subventionswünsche entstehen um so leichter und sind um so schwerer abzublocken, je mehr das eigene Gesundheitssystem als Subventions- und Umverteilungsmaschinerie konstruiert ist.

6. Im politischen Bereich ist die Neigung groß, jedes der vielen Einzelprobleme, die sich derzeit im deutschen Gesundheitswesen auftun, mit hektischen Kleinkorrekturen erst einmal zuzudecken, auch um den Preis, daß es bald wieder aufbricht und daß damit außerdem noch die Lösung der anderen Schwierigkeiten, in denen der Sektor steckt, zusätzlich erschwert wird. Symptomatisch hierfür sind die Widersprüchlichkeiten, mit denen die Politik auf den allfälligen Problemdruck im Gesundheitswesen reagiert – Widersprüchlichkeiten, die freilich in diesem politischen Bereich seit vielen Jahren typisch sind. Maßnahmen, die der Kostendynamik schon etablierter Gesundheitsleistungen Einhaltung gebieten sollen, (z.B. eine auf den Juli 1993 terminierte Erhöhung der Zuzahlungspflichten bei Arzneien mit nichtadministrierten Preisen für GKV-Mitglieder) stehen neben Plänen für neue Leistungen mit ungewissen, im Zweifel sehr hohen Kostenrisiken (Pflegekostenübernahme durch eine an die GKV angebundene Umlagefinanzierung).

Überlegungen über weitere nationale Regulierungen für Arzneimittelpreise finden statt, während gleichzeitig im Rahmen der EG wegen einer einschlägigen Empfehlung des Ministerrates Papierberge darüber entstehen, wie die nationalen Regulierungen in diesem Feld binnen kurzem abzuschaffen seien. Die gesetzlichen

Krankenkassen werden ermahnt, sparsam zu wirtschaften und ihre Beiträge im Zaum zu halten. Gleichzeitig wird vom zuständigen Ministerium (entgegen der Koalitionsvereinbarung) ein kassenartenübergreifender Finanzausgleich erwogen, der den Anreiz zum Sparen für die Kassen mit bisher niedrigem Beitragssatz genauso zunichte machte wie für jene mit bislang hohem.

Die Politik, die im Laufe der vergangenen Jahrzehnte das Gesundheitswesen mehr und mehr ihrer Steuerung unterwarf, hat sich damit sichtbar zuviel zugemutet. Die nun wieder einmal zu bändigende Kostenexplosion, der daraus erneut resultierende Reformdruck und die Anforderungen, die sich aus der europäischen Integration ergeben, sollten endlich zum Anlaß genommen werden, den Bereich "Gesundheit" von Grund auf rational und in sich schlüssig zu ordnen.

Die Gesellschaft ist die neue Gottheit geworden, vor der wir uns beschweren und nach Abhilfe schreien, wenn sie die Erwartungen nicht erfüllt, die sie erzeugte.

Friedrich August v. Hayek

II. DER BÜRGER GESUNDHEIT – EINE OBLIEGENHEIT DES STAATES?

7. Gesund zu sein und zu bleiben steht bei den Bürgern auf der Liste der Alltagswünsche, also jener, die zugleich als bescheiden und bei halbwegs gnädigen Gestirnen auch als erfüllbar gelten, ganz oben. "Gesundheit!" als Trinkspruch, als fester Bestandteil jeder Gratulation zu jedweden persönlichen Feiertag, das ist eine aus durchaus erdnahen Zeiten tradierte Beschwörungsformel an den Himmel, an das Schicksal. Wenn Gesundheit mehr und mehr ein Versprechen des Staates wird, haben die öffentlichen Hände, die nicht segnen oder durch Auflegen Wunder wirken, sondern nur Geld ausgeben können, sich bereits damit übernommen. Denn sie wecken dadurch Erwartungen bei den Bürgern, die immer mehr und immer kostspieligere Verlangen nach sich ziehen und am Ende doch unerfüllbar bleiben müssen.

8. Zudem: Zu einer liberalen, also freiheitlichen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung, in der der Staat die individuelle Autonomie des Bürgers zu respektieren hat, passen hoheitliche Eingriffe in die Gesundheitssicherung und -vorsorge nur in sehr begrenztem Maße. Denn die leibliche und geistig-seelische Gesundheit des einzelnen Bürgers ist kein öffentliches Gut, sondern ein höchst privates. Es ist freilich ein privates Gut mit einer Eigenart: Konsumexperimente mit geringem Risiko sind hierbei nur in eingeschränktem Maße möglich. Deshalb bedarf es in diesem Feld – neben den Bereichen, die ganz eindeutig öffentliche Aufgabe sind, wie der Seuchenschutz und bis zu einem Grade auch die Grundlagenforschung – gewisser Auf-

sichts- und Kontrollfunktionen hinsichtlich der Zulassung des Personals, das in diesem Bereich tätig ist, und der Zulassung von Arzneien. Auch ein besonderer Verbraucherschutz kann hier noch zu den staatlichen Aufgaben gerechnet werden, also die gesetzliche Anordnung etwa, daß alle Arzneimittel Beipackzettel haben müssen mit Warnungen vor eventuellen Nebenwirkungen, oder Vorschriften über die Klarheit und Durchsichtigkeit von Geschäftsbedingungen bei den Krankenversicherern, ja sogar bestimmte Mindestanforderungen an diese Geschäftsbedingungen selber.

Daß Art und Umfang der Behandlung, die sich ein Bürger im konkreten Krankheitsfall angedeihen oder zumindest gefallen läßt, (immer mit der Ausnahme von Seuchen oder auch nur Seuchengefahr) alleine seiner privaten Entscheidungskompetenz anheimsteht, wird nirgendwo innerhalb der westlichen Zivilisation bezweifelt. Hierzulande gilt dies sogar als grundgesetzlich garantiert. Daraus ist eigentlich schon direkt herzuleiten, daß auch das Ausmaß der Vorsorge für diesen Fall weitgehend der privaten Autonomie überlassen bleiben müßte.

9. Das Risiko, krank zu werden, dann teurer Behandlung zu bedürfen, zugleich aber Verdienstauffälle zu haben, zählt neben anderen zu den möglichen Wechselfällen des Lebens, für die vorzusorgen gewiß ein breites Bedürfnis besteht. Die einfachste Art der Vorsorge ist Sparen. Die Wahrscheinlichkeit, ob und wie schwer und mit welchen finanziellen Konsequenzen ein Bürger (oder einer seiner Familienangehörigen) erkranken könnte, ist für ihn jedoch kaum kalkulierbar. Sich das Gefühl der Sicherheit für den Eventualfall zu verschaffen, ist daher unter Umständen (je nach individueller Risikoeinschätzung und individueller Risikoscheu) sehr aufwendig.

Der Ausweg aus diesem Dilemma ist "Versicherung", also der Zusammenschluß mit vielen, die in ähnlicher Gefahr stehen. In dieser und für diese Gesamtheit wird die Wahrscheinlichkeit des Risikoeintritts, die für den einzelnen nicht abschätzbar ist, auf Grund von

Erfahrungen zu einer kalkulierbaren Größe. Die Versicherung ist – wie die Arbeitsteilung, der Markt und das Geld – eine jener im wahrsten Sinne des Wortes “sozialen” Erfindungen, durch die jeder einzelne aus dem Faktum, daß er in Gesellschaft mit anderen Bürgern lebt, Nutzen ziehen kann, ohne einem anderen dabei etwas wegzunehmen. Durch Assekuranz wird Unsicherheit, die angesichts allseits bestehender Gefahren das Leben und den Besitz der einzelnen Bürger bedroht, in Sicherheit verwandelt; jedenfalls hinsichtlich der wirtschaftlichen Belastungen, die aus dem zufälligen Eintreten des möglichen Unglücks resultieren. Versicherungen verteilen diese Lasten, die sonst den einzelnen allein träfen, gleichmäßig auf eine große Gruppe, die in hinreichend ähnlicher Weise von der gleichen Gefahr bedroht ist. Sie konstituieren also eine Umverteilung (zwischen denen, die Pech hatten und jenen, die mit Glück der sie auch bedrohenden Gefahr entgingen) – aber eine Umverteilung, bei der nicht nur die Nehmenden gewinnen, sondern in gleichem Maße auch die Gebenden: die Gewißheit nämlich, im Falle eigenen Unglücks ebenso geschützt zu sein.

Bei weitgehend freiwillig eingegangenen Versicherungen ist jedenfalls zu unterstellen, daß auch derjenige Bürger, der sie nicht, vielleicht sogar nie in Anspruch nimmt, ein ihm angemessen erscheinendes Äquivalent für seinen Beitrag, auch für einen ständig steigenden Beitrag erhält: die ihn heute beruhigende Sicherheit, in einem morgen möglichen Krankheitsfall so gut versorgt zu sein, wie er es sich im vorhinein für diese Eventualität wünscht.

10. Nichts spricht dafür, daß der Staat die Kompetenz haben sollte, verbindlich festzulegen, wieviel Sicherheit die Bürger sich auf diese Art einkaufen müssen und dürfen. In der Bevölkerung wird es der Neigung nach eine breite Streuung geben zwischen den extrem auf Absicherung Bedachten und den sehr Risikobereiten. Es wird Bürger geben, die lieber heute und dauernd eine hohe Versicherungsprämie zahlen, um jede, auch die kleinste Belastung, die morgen durch eine kleine Unpäßlichkeit auftreten könnte, dann zu vermeiden

und um irgendwelche tatsächlichen oder eingebildeten Leiden, falls sie akut werden sollten, so luxuriös wie nur möglich behandeln zu lassen. Und es wird jene geben, die eine spartanische Billigvorsorge vorziehen und ganz bewußt das Risiko in Kauf nehmen, im Eventualfall Krankheit einiges an Lasten (und an Unbequemlichkeit) zu haben. Ob die Bürger das eine, das andere oder irgendetwas dazwischen möchten, muß im Bereich ihrer privaten Autonomie verbleiben, wenn die nicht stiekum ausgehöhlt werden soll. Denn die autonome Entscheidung über das Ausmaß der Risikoübernahme für sich selbst und sein Schicksal ist ein Bestandteil, sogar ein ziemlich wichtiger Bestandteil der allgemeinen Bürgerfreiheit.

11. Ein staatlicher Eingriff in die Gesundheitsvorsorge ist dennoch mit den Prinzipien eines liberalen, d. h. rechtsstaatlich und marktwirtschaftlich verfaßten Gemeinwesens vereinbar, in Gesellschaften westeuropäischen Zuschnitts sogar nötig. Der Staat kann und sollte verlangen, daß jeder Bürger eine gewisse (schmal bemessene) Mindestvorsorge für den Risikofall Krankheit trifft – nicht aus paternalistischen Gründen, nicht um die Menschen zu einer sinnvollen Lebensplanung zu zwingen, zu der sie ohne beamtete Oberaufseher nicht fähig wären. Die Begründung hierfür ergibt sich aus dem Umstand, daß es in den abendländisch-christlich geprägten Industrienationen zur allgemein akzeptierten gesellschaftlichen Moral gehört, im Notfall auch jenen zu helfen, die durch eigene Leichtfertigkeit die Vorsorge hierfür unterlassen haben. Das schafft einen Anreiz, sich die Rücklagen für solche Fälle oder die Versicherungsprämie zu ersparen und sich stattdessen auf die garantierte Barmherzigkeit der Gesellschaft zu verlassen. Ebenso wie von Autofahrern verlangt wird, eine Haftpflichtversicherung einzugehen, um die Interessen eventuell Geschädigter zu schützen, kann die Gesellschaft auch eine eigene Mindestvorsorge für das Krankheitsrisiko von jedem Bürger verlangen, damit er im Falle eines solchen Falles nicht den anderen zur Last fällt. Und wie es Autofahrern frei steht, sich über die Haftpflicht hinaus Teil- oder Vollkasko zu versichern, so wäre dem Bürger auch anheimgestellt, Leib, Geist und Psyche

über die Mindestvorsorge hinaus Teil- bis Vollkasko zu versichern. Denn es gibt keinen Grund, die Menschen in puncto ihrer eigenen Gesundheit für weniger mündig zu halten als in ihrer Rolle als Autobesitzer.

Eine solche Pflicht zur Mindestvorsorge muß sich erstrecken auf ein bestimmtes Mindestmaß an medizinischen Leistungen im Krankheitsfall, das freilich – angesichts des Faktums, daß neue Krankheiten auftauchen und neue Behandlungsmethoden entwickelt werden können – nicht als “Positivliste” dargestellt werden darf, sondern dadurch definiert sein sollte, daß es bestimmte Behandlungen und Annehmlichkeiten nicht abdeckt. Und sie muß eine bestimmte Mindestabsicherung des Risikos von Einkommensverlusten infolge einer Krankheit umfassen. Mindestvorsorge heißt hier: die obligatorische Versicherung muß gewährleisten, daß möglichst niemand durch krankheitsbedingten Erwerbsausfall der Sozialhilfe bedürftig wird.

12. Die Versicherung der jeweils eigenen Gesundheit ist dem Typus nach eine reine Risikoversicherung, wie jene, die Häuser gegen Feuer oder jene, die Autobesitzer gegen die Ansprüche eventuell geschädigter Dritter versichert. Für die Assekuranz ist es gleich teuer und daher gleichgültig, ob der Mann, der sein Haus durch Brand verliert oder mit seinem Auto einen Schaden verursacht, arm oder reich ist. Sie verlangt daher absolut gleich hohe Versicherungsbeiträge von gleichen Risikoklassen, ohne Ansehen der Person, ihres Einkommens oder ihrer Stellung im Berufsleben. Auch für eine Krankenkasse ist es gleich teuer, ob die Blinddarmoperation oder die zahnmedizinische Behandlung an einem weniger oder an einem besser Verdienenden vollzogen wird. Auch Krankenkassenbeiträge – soweit sie Behandlungskosten abdecken – müssen daher in ihrer absoluten Höhe gleich sein, dürfen höchstens gestaffelt sein nach ähnlichen Risikoklassen. Denn sonst werden die Krankenkassen zu einer höchst undurchsichtigen Einkommensumverteilung mißbraucht, die zudem sehr ungerechte Ergebnisse haben kann.

Anderes gilt hingegen für jene Beiträge oder Beitragsteile, die eventuelle Einkommensverluste durch Krankheit absichern sollen. Sie müssen sogar als Prozentsatz vom jeweiligen Verdienst bemessen sein, wenn dadurch garantiert werden soll, daß bei Erwerbsausfall durch Krankheit eben dieser frühere Verdienst voll oder teilweise vom Versicherungsträger ersetzt wird.

13. Die Pflicht zur Mindestvorsorge darf nicht auf jene beschränkt sein, die in abhängiger Beschäftigung stehen. Denn der Neigung, sich die Last der Vorsorge für die Wechselfälle des Lebens zu ersparen und sich stattdessen auf die Barmherzigkeit der Gesellschaft zu verlassen, sind die Arbeitnehmer nicht mehr verdächtig als andere Bevölkerungsgruppen.

Angemessen gelöst wäre die so umschriebene staatliche Aufgabe im Gesundheitsbereich, wenn es für alle einen Versicherungszwang bei freier Wahl des Versicherungsträgers gäbe. Jeder Bürger hätte dann etwa bei Abgabe seiner Einkommensteuererklärung oder seiner Lohnsteuerkarte den Nachweis über eine Mindestvorsorge für sich und seine Familie zu erbringen, bei nichtsteuerpflichtigen Sozialrentnern könnte die Erklärung auch gegenüber den zuständigen Rentenanstalten erfolgen.

Eine Reform des heutigen deutschen Gesundheitswesens in die Richtung eines solchen anderen, in die Marktwirtschaft eingepaßten Systems, würde eine ganze Reihe gründlich überlegter Schritte erfordern. Aber sie wäre nicht nur machbar, sondern im Zuge der ohnehin anvisierten Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen sogar geboten. Denn anders wird es keine Möglichkeit geben, der explodierenden Kosten dieses Bereichs Herr zu werden und zugleich für Europa die richtigen Weichen zu stellen.

Statistik . . . die Kinderei der modernen
Staatsmänner, die glauben, daß die
Zahlen die Rechnung seien.

Honoré de Balzac

III. MUSS GESUNDHEIT ZWANGSLÄUFIG IMMER TEURER WERDEN?

14. Auf die Frage, warum die Gesundheitskosten so nachhaltig explosiv sind, kursiert weit mehr als nur eine Antwort. Je nach Standort, Partei etc. und vor allem je nach Art des Beteiligtseins an diesem Gesundheitswesen differieren die Erklärungen für dieses den Bürgern im wahrsten Sinne des Wortes teure Phänomen.

Bei jenen, die in dem Sektor als Produzenten tätig sind, ist der Hinweis beliebt, es gebe objektive, sozusagen von niemandem verschuldete Gründe für die steigenden Heilkosten; und hinzugefügt wird in der Regel ein Verweis auf die Entwicklung in anderen Ländern.

Tatsächlich sind die Gesundheitsausgaben während der jüngst vergangenen Jahrzehnte in allen industrialisierten Staaten, wenn auch nicht in gleichem Maße, so doch überall stärker als das Volkseinkommen gestiegen – und das, obwohl kaum ein Bereich im Kreis dieser Staaten so unterschiedlich strukturiert ist wie gerade das Gesundheitswesen. Daraus allein ist freilich noch nichts zu schließen. Daß eine Entwicklung überall zu beobachten war, ist noch kein Beleg für ihre Zwangsläufigkeit.

Ziemlich unbestreitbar festzustellen ist zunächst nur dies: Es sind mittlerweile überall Triebkräfte am Werk, die alle Gesundheitssysteme, wie unterschiedlich sie auch konstruiert sein mögen, zumindest der Gefahr aussetzen, daß ihre Ausgaben explodieren könnten. Kostenauftrieb droht aus dreierlei Ursachen.

Muß Gesundheit zwangsläufig immer teurer werden?

Sie sind derzeit allenthalben und allerorten in den entwickelten Ländern am Werke. In concreto können überproportional (also schneller als das Einkommen) steigende Gesundheitsausgaben entstehen

- durch einen kräftigen wirtschaftlichen Fortschritt, durch eine relativ hohe durchschnittliche Produktivitätszunahme in der Gesamtwirtschaft also;
- durch raschen medizinischen Fortschritt, durch Entwicklungen also, die immer mehr Krankheiten wenn nicht heil-, so doch behandelbar machen;
- durch eine der Konsequenzen dieses wirtschaftlichen und medizinischen Fortschritts, also durch die Verlängerung des durchschnittlichen menschlichen Lebens.

15. Der erste Fall unter diesen Ursachen der Kostensteigerung gehört in die Kategorie *Preis des Reichtums*. Er betrifft auch andere Lebensbereiche. Da mit dem Wohlstandswachstum die Löhne (und das gilt ansonsten ja durchaus als erwünscht) allgemein steigen, treibt der Reichtum – je mehr er zunimmt und je mehr er allen zugute kommt und auch bei ansonsten absoluter Geldwertstabilität – die Kosten für persönliche Dienstleistungen (und dazu gehört ein weiter Bereich aus der Abteilung “Gesundheit”) nach oben, weil sie eben nicht oder nur sehr begrenzt durch den Einsatz von Maschinen rationalisierbar sind. Je mehr und je steiler der allgemeine Wohlstand durch hohe gesamtwirtschaftliche Produktivitätszuwächse steigt, um so teurer werden tendenziell Gesundheitsleistungen im Vergleich zu anderen Gütern und Diensten, weil bei ihnen das Potential für ähnliche Produktivitätszuwächse wegen ihrer hohen Personalintensität gering ist, die Löhne im Bereich der Gesundheitsberufe aber in dem Maße steigen wie in den übrigen Bereichen (und dies auch müssen, da sich sonst nicht mehr genügend Interessenten für diese Berufe fänden).

Lebenserwartung 60jähriger Frauen und Männer 1960 und 1989				
Frauen			Männer	
	1989	1960	1989	1960
Australien	22,8	19,5	18,3	15,6
Österreich	22,0	18,6	17,9	15,0
Belgien	20,9	18,5	16,3	15,4
Dänemark	21,7	19,1	17,4	17,2
Finnland	21,7	17,7	16,9	14,5
Frankreich	23,7	19,5	18,4	15,6
Deutschland	21,9	18,5	17,5	15,5
Italien	22,4	19,0	17,9	16,4
Japan	24,3	17,9	20,0	14,9
Niederlande	23,4	19,9	18,3	17,8
Spanien	22,7	19,0	18,7	16,5
Schweden	23,4	19,3	19,2	17,3
Schweiz	23,9	19,1	19,1	16,2
Großbritannien	21,2	19,3	16,8	15,3
USA	22,5	19,5	18,2	15,8

Quelle: OECD

Die zweite Sorte an Mehrausgaben – jene, die durch medizinischen Fortschritt entstehen – gehört in die Klassifikation *Preis für mehr Qualität*, die in manchen, gewiß nicht in allen Fällen auch mehr Lebensqualität für einzelne Menschen bringen kann. Die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden, mittels neuer medizinischer Geräte, neuer Hilfsmittel zur Überwindung körperlicher Defekte, neuer Arzneien und nicht zuletzt mittels neuer Fertigkeiten beim medizinischen Personal, die oft nur durch aufwendigere Ausbildung zu erreichen und dann zunächst noch rar sind, gehören hierzu. Hier geht es anders als im ersten Fall nicht um eine Kostenzunahme

Muß Gesundheit zwangsläufig immer teurer werden?

in dem Sinne, daß im Prinzip gleiche Güter und Leistungen nun nur verteuert abgegeben werden, sondern sozusagen um zusätzliche Produkte, um ein vermehrtes Angebot im Gesundheitsbereich.

Die dritte Art an Ausgabenauftrieb schließlich gehört in die Abteilung *Preis des Glücks*, des mittlerweile (fast) allgemein gewordenen Glücks nämlich, ein langes Leben erwarten zu dürfen. In allen westlichen (i.e. seit langem marktwirtschaftlich organisierten) Industrieländern hat die Zahl der restlichen Jahre, die 60jährige noch erwarten dürfen, während der letzten drei Dekaden erheblich zugenommen (siehe Tabelle S. 30). Das alleine hätte – selbst wenn die Geburtenraten während dieser Zeit stabil geblieben wären – den Anteil der Älteren an der Bevölkerung kräftig erhöht. Da die Geburtenraten in diesen Industrieländern aber allenthalben stark abgesunken sind, ist der Anteil der über 60jährigen an der jeweils gesamten Bürgerschaft noch deutlicher gestiegen (in Westdeutschland etwa von 16,5 Prozent im Jahre 1960 auf 20,9 Prozent 1989; Anteil dieser Altersgruppe in der gesamten Bundesrepublik, ebenfalls 1989: 20,3 Prozent). Es gilt aber als typisch, daß diese Altersgruppe der Güter und Leistungen aus dem Gesundheitsbereich in höherem Maße als alle anderen bedarf, jedenfalls eine größere Nachfrage danach entfaltet. Weil die Nachfrage nach Gesundheits-„Gütern“ in diesem Bevölkerungssegment typischerweise höher ist als in anderen, muß eine säkulare Verschiebung in der Bevölkerungsstruktur – mit einem gewachsenen und möglicherweise noch weiter zunehmenden Altenanteil an der jeweiligen Einwohnerschaft – auch die jeweils nationale Gesamtnachfrage nach solchen Gütern steigern.

16. Aus drei Komponenten wird hiernach eine Blähung des Gesundheitswesens gespeist: pure Teuerung – in der ökonomischen Terminologie „ein Anstieg der *relativen* Preise“ – infolge vergleichsweise geringer Möglichkeiten zur Produktivitätssteigerung ist die erste; die zweite eine Ausweitung des Angebots; die dritte eine Zunahme der Nachfrage.

Nur, diese Tendenzen zum Auftrieb des Sektors müssen nicht alle mit sozusagen naturgesetzlicher Gewalt in dem Ausmaß, in dem sie virulent sind und wahrscheinlich weiterhin virulent bleiben, auch zu tatsächlichen Ausgabensteigerungen führen. Wie bei ähnlichen Entwicklungen in anderen Feldern wären auch hier zumindest teilweise Reaktionen denkbar, die genau das verhindern.

17. So trifft etwa der (ansonsten durchaus zu ertragende) Fluch des allgemeinen Reichtums – die Verteuerung der “persönlichen Dienstleistungen” – außer dem Sektor Gesundheit noch viele andere Bereiche, beispielsweise die Abteilung “häusliche Hilfe”. Die klassische Reaktion wirtschaftender Bürger auf ein solches Phänomen ist dort längst in Gang gekommen, ja schon abgeschlossene Sozialgeschichte: Die Nachfrage ging kräftig zurück. Und diese klassische Reaktion auf relativ gestiegene Preise wäre (selbstverständlich in abgemilderter Weise) auch im Gesundheitsbereich denkbar – prinzipiell jedenfalls und durchaus ohne dabei gleich ein Leben zu riskieren. Nur zur Illustration, um welche Sorte von ökonomisch nützlicher und gesundheitlich nicht schädlicher Reaktion es hier ginge: Die Westdeutschen halten sich (mit 10,9 je 1.000 Einwohner) nicht nur fast doppelt so viele teure Krankenhausbetten wie die Amerikaner oder die Dänen, sie liegen dort selbst (mit durchschnittlich 16,2 Tagen im Jahr 1989) auch weitaus länger als die Angehörigen jener Nationen in ihren Spitälern. (USA: 4,9 Betten je 1.000 Einwohner, durchschnittliche Liegezeit im Hospital: 9,3 Tage; Dänemark: 6,1 Betten je 1.000 Einwohner, Liegezeit: 8,6 Tage; beides für das Jahr 1988). Die Lebenserwartung aber ist in allen drei Ländern in etwa gleich.

18. Auch zur zweiten Komponente, die im Gesundheitswesen Tendenzen zur Ausweitung stiftet, finden sich Parallelen in anderen Bereichen, in sehr vielen sogar. Der medizinische Fortschritt, der dabei in Rede steht, ist vergleichbar einer Erweiterung der Angebotspalette um zusätzliche Produkte oder zusätzliche (dazu noch möglicherweise intelligentere) Dienstleistungen in anderen

Muß Gesundheit zwangsläufig immer teurer werden?

Wirtschaftsabteilungen. Und das Gesundheitswesen ist trotz aller Emotionen, die es begreiflicher Weise umranken, auch eine solche. Niemand spricht von Ausgaben- oder gar von "Kosten"-Explosionen in der einschlägigen Branche, wenn die Produzenten von Fernsehern zusätzlich Videogeräte anbieten und die Abteilung Nachrichtentechnik als weiteres Zusatzprogramm Verkabelung, BTX etc. offeriert. So unziemlich der Vergleich sein mag, auf eines weist er gleichwohl hin: Es gilt als selbstverständlich, daß eine Verbreiterung der Angebotspalette, daß neu offerierte Zusatzprodukte in allen sozusagen "normalen" Branchen nur weitere Optionen für den Bürger darstellen – was für sich genommen schon eine Bereicherung bedeutet –, was aber keine Art von Kaufzwang, von Haben-Müssen einschließt. Im Gesundheitswesen hingegen wird jede neue Möglichkeit gleich als ein neues Muß angesehen. Selbst spektakulär teure neue Behandlungstechniken aus dem auszuschließen, was die Versicherung normalerweise abdeckt, ist jedenfalls in Systemen, bei denen ausschließlich die Politik den Leistungsrahmen dieser Versicherung bestimmt, sehr schwierig, ja nahezu unmöglich.

Der medizinische Fortschritt, gerade wenn er spektakulär kostenaufwendige Neuerungen hervorbringt, zeigt im Extrem das Dilemma, in das sich die Politik begibt, wenn sie sich zumutet, das Ausmaß der Gesundheitsvor- und -fürsorge als eine Art Vormund des Volkes für alle abschließend zu regeln. Es muß in solchen Fällen nämlich abgewogen werden, was abzuwägen jedem widerstrebt, noch dazu, wenn er es für einen anderen tun soll: Es müssen immaterielle Werte wie Gesundheit und Leben – genauer: die mehr oder minder hohe Wahrscheinlichkeit, das eine wiederherstellen und das andere retten zu können – gesetzt werden gegen materielle, gegen die Kosten, die (anders als der gerade bei sehr neuer Medizintechnik sehr ungewisse Erfolg) sicher eintreten.

Der einzelne Bürger, wenn es denn ihm überlassen bleibt, sich der Chance solch extrem teurer Behandlungen durch eine Extraprämie bei der Assekuranz zu versichern, kann kühl entscheiden: Ob ihm

die bloße Möglichkeit, vielleicht irgendwann nur noch durch teure Organtransplantation eine kleine Überlebenschance zu haben, den Verzicht auf heutigen Konsum abnötigen sollte zugunsten der Absicherung dieses Risikos. Als um die Mitte der 80er Jahre einige US-Privatversicherungen damit begannen, die Abdeckung der Kosten von Organtransplantationen gegen Extraprämie anzubieten, wurden sie nicht gleich von Kundschaft überlaufen. Denn bei individueller Wägung zwischen (eigenem) Geld und Überlebensvorsorge wird keineswegs nur und ausschließlich für letzteres votiert. Wenn Politiker jedoch, der Kosten wegen, manche neue Hochpreis-Medizin nicht aufnehmen in den Leistungskatalog eines staatlich bestimmten Vollversicherungssystems (dessen hohe Beiträge den privaten Haushalten zudem keinen Spielraum für Zusatzvorsorge lassen), dann schläge ihnen die Empörung der Öffentlichkeit entgegen. Die Garantie gerade allerteuerster und für jene, die sie dann ausführen können, auch sehr rentabler, neuer Behandlungsmethoden ermuntert aber die medizinische Forschung gerade in diesen Hochpreisbereichen zu weiteren Entwicklungen.

Daß neue zusätzliche Produkte, neue Leistungen im Gesundheitswesen anders als in anderen Wirtschaftsbereichen als Kostenauftriebsfaktor gelten, und daß sie dies auch sind, liegt mithin nur an der eigenartigen Organisation dieses Sektors. Wenn auch dort der Konsument souverän wäre, würde niemand mehr den Forscherfleiß (der dann vielleicht auch eine andere Richtung nähme) als Ursache von Ausgabenexplosionen diskreditieren; er wäre auch dort, was er sonst überall ist: einer, der den Menschen erfreuliche neue Möglichkeiten erschließt, die von manchen wahrgenommen werden und von anderen, die eine alternative Verwendung ihres Einkommens höher schätzen, eben nicht.

19. So bleibt als drittes schließlich die Zunahme des Altenanteils unter den Bürgern. Solche Veränderungen der Bevölkerungsstruktur müssen tatsächlich in der Gesamtwirtschaft zu steigenden Ausgaben für Gesundheit führen. Dadurch ergibt sich allerdings

Muß Gesundheit zwangsläufig immer teurer werden?

noch keine Zwangsläufigkeit, daß ein Gesundheitswesen in Turbulenzen geraten muß.

Zwar: In der kalten Sprache der Versicherungsmathematik, die aus der Menge individuell unwägbarer Schicksalsmöglichkeiten rational und quantitativ Berechenbares machen muß, werden alte Menschen unter dem Rubrum “schlechte Risiken” subsumiert. Denn ältere und alte Bürger sind krankheitsanfälliger, die Wahrscheinlichkeit, daß sie ein Gesundheitssystem mehr und mit höheren Beträgen in Anspruch nehmen als Jüngere und Junge, muß folglich nach aller Erfahrung als hoch erachtet werden.

Aber: Zu einer großen Belastung für das Gesundheitssystem wird die Zunahme dieser “schlechten Risiken” an der gesamten Zahl der gegen Krankheit Abzusichernden nur, wenn nicht in angemessener Weise Vorsorge getroffen wird für diese meist im vorhinein halbwegs absehbare Entwicklung. Zuständig für eine entsprechende Absicherung der erhöhten Morbiditätsrisiken im Alter sind eigentlich die Bürger selber. Denn Vorkehrungen für den Fall, im Alter morbider zu werden, sind im Grunde nur Teil der allgemeinen Vorsorge für die späteren Lebensjahre. Und genau auf die gleiche Art, wie Vorkehrungen dafür getroffen werden, im Ruhestand ein für angemessen erachtetes Einkommen zu haben, so kann und sollte das Risiko abgesichert werden, dann mehr, u. U. sogar sehr viel mehr der medizinischen Behandlung bis hin zur dauernden Betreuung zu bedürfen: durch Sparen.

Einem Bürger, der das im Alter erhöhte Morbiditätsrisiko privat absichern möchte, böten sich zwei Möglichkeiten: Er könnte mit seiner Krankenkasse altersgerechte Prämien vereinbaren, also in jungen Jahren sehr niedrige, dabei hinnehmen, im Alter sehr hohe bezahlen zu müssen und diese dann große Belastung aus seinen eigenen Ersparnissen begleichen, die anzusammeln ihm durch die früher billige Versicherung erleichtert wurde. Oder er könnte seine Krankenversicherung veranlassen, für ihn zu sparen – in der

(richtigen) Annahme, daß die nötige Rücklage, die dem einzelnen angelastet werden muß, innerhalb einer Risikogemeinschaft geringer sein kann. Dann vereinbart er prinzipiell gleich hohe Beiträge für den Lebensverlauf, in den jüngeren Jahren, angesichts des dann geringen Krankheitsrisikos, mithin eigentlich zu hohe. Die dabei entstehenden Altersrücklagen innerhalb der Assekuranz werden, wenn der Versicherte betagter ist und mehr Kosten verursacht, aufgelöst, um ihm und seinen Altersgenossen die sonst fälligen Prämien erhöhungen zu ersparen.

Die normalerweise für Kranken- wie für andere Risikoversicherungen adäquate Finanzierungsart ist das Umlageverfahren. Sobald aber einer Gesellschaft Überalterung droht, müssen ihre Institutionen für die Gesundheitsvorsorge teilweise zum Kapitaldeckungsverfahren übergehen, um allen – auch den morgen erst alten – unter den Bürgern lebenslänglich eine erschwingliche Gesundheitsvorsorge bieten zu können.

Wenn solche abschmelzbaren Altersrücklagen in hinreichendem Maße bestünden, würde sich ein zunehmender Anteil der gesetzteren Jahrgänge an der Bevölkerung zwar auch in zunehmenden Gesundheitsausgaben niederschlagen. Aber es würde nicht jener Druck erzeugt, der diese ansteigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen und nach Arzneien erst zum Problem macht: Es gäbe nicht den Druck, die Beiträge für alle immer wieder zu erhöhen.

20. Der verschlechterte Altersaufbau, Fortschritte in Wirtschaft und Medizin vollziehen sich freilich nicht in Sprüngen. So plötzlich neue Entdeckungen technischer Art sein können, sie brauchen Zeit, um in Gesellschaft und Wirtschaft einzusickern und sie zu durchdringen. Sie stülpen die Welt nicht um innerhalb von nur ein, zwei Jahren, jedenfalls nicht in der Regel. Dafür, daß jede gehabte Reform im Gesundheitswesen zum Zwecke der Ausgabendämpfung fast sofort im Nichts verpuffte, können sie daher als Erklärung kaum dienen.

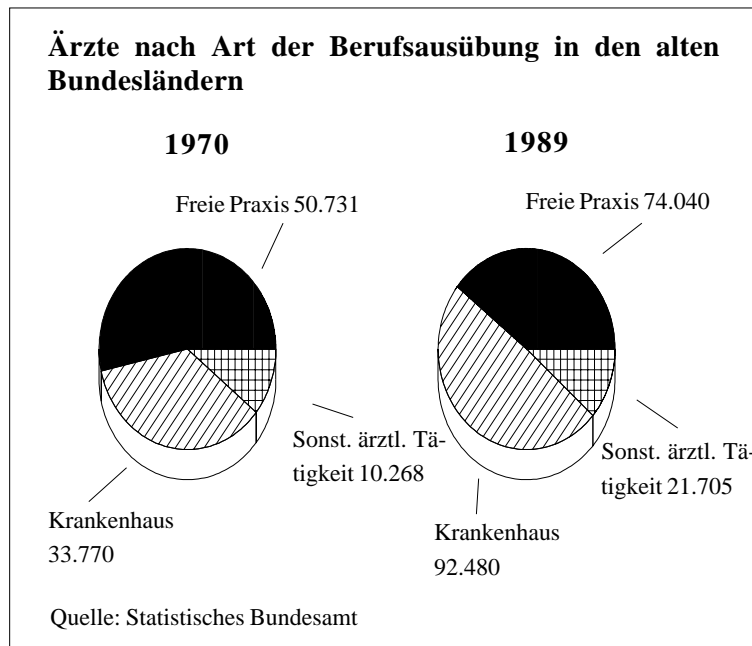
Muß Gesundheit zwangsläufig immer teurer werden?

21. Auf die Frage, die bei allen “Kostendämpfungs”- oder “Strukturreform”- oder “Haushaltsbegleit”-Gesetzen zur Dämmung der Ausgaben im Gesundheitswesen im Vordergrund stand – auf die Frage, warum sich die Dynamik eben dieser Ausgaben als so resistent gegenüber den jeweils vorangegangenen Stop-Versuchen erwiesen hatte –, fand stets eine Antwort die höchste Popularität, auch und gerade unter den zuständigen Politikern. Sie lautet der Struktur nach: Die Habgier der sogenannten “Leistungsanbieter” im Gesundheitswesen, die Gewinnsucht der Ärzte, der Apotheker, der Pharmaindustrie etc. sei eben sehr nachhaltig und ausgebufft. Und das treibe unaufhaltsam die Kosten nach oben.

Nur: Hat derjenige, der von einer Entwicklung profitiert, damit wirklich auch den Beweis schon geliefert, sie schuldhaft und aus niederen Motiven verursacht zu haben?

Profitiert haben die Angehörigen der Sparte “heilende Berufe” und die Anbieter heilender oder helfender Mittel von den Explosionen bei den Gesundheitsausgaben selbstverständlich, da diese Ausgaben ja ihre Einnahmen sind. Mit dem Emporschnellen der Gesundheitskosten stiegen uno actu ihre Erlöse (nicht aber unbedingt ihre Gewinne) in gleichem Maße mit. Der Absatz von Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln (in jeweiligen Preisen) ist auf dem alten Bundesgebiet zwischen 1970 und 1988 im Durchschnitt um 9,35 Prozent jährlich angestiegen und damit erheblich steiler als der gesamte Einzelhandelsumsatz (ebenfalls in jeweiligen Preisen), dessen durchschnittliche Steigerungsrate während dieses Zeitraums nur 5,4 Prozent erreichte.

Die Zahl der Ärzte je 100.000 Einwohner wuchs in Westdeutschland ab Beginn dieser Periode bis 1989 von 163,4 auf 300,3 (1989 waren es dann in ganz Deutschland 289). Obwohl mithin wesentlich mehr Mediziner um ein nicht in gleichem Maß gewachsenes Patientenpotential konkurrieren, das in dem kurzen Zeitraum auch nicht soviel morbider geworden sein kann, rangieren die Arztverdienste in der



Einkommenshierarchie der freien akademischen Berufe noch immer weit oben. Allerdings gab es eine bemerkenswerte Verschiebung: Vor und noch um 1970 herum arbeitete stets mehr als die Hälfte der in (West-)Deutschland tätigen Ärzte selbständig in freien Praxen; heute ist die Mehrzahl der Mediziner angestellt, meist in Krankenhäusern oder ähnlichen Institutionen. Das immerhin könnte u.a. auch ein Zeichen dafür sein, daß von vielen Mediziner das Risiko einer Niederlassung angesichts der gewachsenen Konkurrenz höher als früher eingeschätzt und deshalb ein Lebensinkommen nach Maßgabe des öffentlichen Dienstrechts mit seinen beschränkten Erhöhungschancen, aber hohen Sicherheiten vorgezogen wird. Zugleich signalisiert der kräftige Zustrom von Mediziner in die Festanstellung bei Hospitälern u. ä. Einrichtungen, daß die dort offerierten Arbeitsbedingungen hinreichend attraktiv sind, daß da also kein "Nachholbedarf" bei der Entlohnung besteht.

22. Das alles zeigt freilich nur, daß Kostenexplosionen, auch solche im Gesundheitswesen, eine – für jene, denen sie sich zuwendet – durchaus freundliche Kehrseite haben: In der Regel, wie hier, eine Wachstumsindustrie, in der gewiß die gebotenen Chancen zur Steigerung der eigenen Einnahmen auch wahrgenommen werden. Doch dieses Gewinnstreben unter den Angehörigen des heilenden Gewerbes (samt ihren Zulieferanten), denen als Erlös zufließt, was für die anderen Beteiligten “Ausgaben” sind, reicht nicht aus, um die beachtliche Verbreiterung dieser Ströme zu erklären.

Die im politischen Raum immer wieder diskutierte Frage, ob das Ausmaß der Gewinnorientierung bei den Produzenten des Gesundheitsgewerbes unangemessen ist (obwohl es vermutlich nur dem in der Wirtschaft üblichen entspricht), ob also die gegebenen Spielräume zu ausgiebig genutzt wurden und weiterhin werden, ist für die Ursachenerforschung des hier in Rede stehenden Phänomens sogar völlig irrelevant. Therapien, die – wie die meisten der bisherigen Kostendämpfungsaktionen zumindest in einigen ihrer Komponenten – hieran ansetzen, gleichen Heilkuren, die auf falscher Diagnose beruhen; im besten Fall sind sie wirkungslos, häufig sogar kontraindiziert.

Daß vorhandene Möglichkeiten zur Ausweitung des jeweils eigenen Geschäftes genutzt werden, ist in einer Marktwirtschaft nicht nur selbstverständlich, sondern sogar erwünscht. Denn darauf, daß gebotene Chancen zur Produktionsausweitung und zur Einkommenssteigerung von Individuen und Branchen flugs ergriffen werden, beruht schließlich der Erfolg des marktwirtschaftlichen Systems.

23. Für die Diagnose als Voraussetzung für eine vielleicht nötige und mögliche Therapie des Gesundheitswesens ist nicht von Belang, warum der Spielraum für ein wucherndes Wachstum von den Anbietern dieses Sektors ausgeschöpft wurde, sondern allein die Frage, wodurch dieser sich ständig erweiternde Spielraum

zustande kam. Normalerweise entstehen Möglichkeiten zur überproportionalen Ausweitung einer Branche (überproportional im Verhältnis zum Wachstum der Gesamtwirtschaft) bei hoher Einkommenselastizität der Nachfrage nach ihren Produkten. Daß diese Einkommenselastizität der Nachfrage nach allem, was der Gesundheit aufhilft oder auch nur aufhelfen könnte, zumindest in schon relativ reichen Gesellschaften größer ist als eins, daß also die Bürger dort bei jedem Prozent Einkommenszuwachs ihre Ausgaben für Gesundheit freiwillig um mehr als nur das zu steigern wünschen, ist längst *opinio communis*.

Die tatsächliche Steigerungsrate der Gesamtausgaben für Gesundheit je Einwohner verhielt sich in der alten Bundesrepublik zwischen 1970 und 1988 (das ist das letzte Jahr, für das die west-deutschen Gesamtausgaben für Gesundheit vorliegen) zur Zuwachsrate des Volkseinkommens je Einwohner im Durchschnitt dieser Jahre wie 12,73 zu 10; d. h., immer wenn das Pro-Kopf-Einkommen um 10 Prozent zulegte, stiegen die Gesundheitsausgaben pro Kopf um 12,73 Prozent, die GKV-Ausgaben je Versicherten sogar um 17,24 Prozent. Es gäbe keinen Grund, über Kosten-„Explosionen“ zu klagen, wenn diese tatsächliche Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben der erwünschten, also jener entspräche, um die Deutschlands Konsumenten ihre Aufwendungen für diese Zwecke im Zuge des Wohlstandswachstums freiwillig – mithin auch in Anbetracht und zu Lasten anderer noch offener Wünsche – aufgestockt hätten.

Dies allerdings darf mit Fug bezweifelt werden. Schon deshalb: Der Einfluß des einzelnen Bürgers darauf, wieviel er für Krankheitsvorsorge ausgibt, ist – für die meisten jedenfalls – sehr gering. Der einzelne Konsument von Gesundheitsleistungen kann auch nur in beschränktem Maß bestimmen, für welche Sorten von eventueller Beschwer an Körper, Geist oder Seele er sich im vorhinein durch Beitragsleistung das Recht auf Behandlung erkaufte. Und er hat auch kaum die Möglichkeit, zwischen Alternativen zu wählen, also etwa zwischen einer Krankenkasse mit niedriger Prämie, dafür aber auch eher karger

Muß Gesundheit zwangsläufig immer teurer werden?

Versorgungszusage und einer anderen, die höhere Beiträge verlangt, dafür aber im Risikofall auch etwas an Luxus bietet.

Im deutschen Gesundheitswesen existiert jene Institution nicht, die nach aller Erfahrung unverzichtbar ist, wenn die Bedürfnisse der Bürger optimal gedeckt und zugleich Kostenminimierung erzwungen werden sollen. Nicht existent, vielmehr abgeschafft ist die Souveränität der Konsumenten.

Und so vegetieren die betrogenen Massen als Zwangsabonnenten der Ortskrankenkassen.

Kurt Tucholsky

IV. DIE DEFEKTE DES GESUNDHEITSSYSTEMS

24. Wie freilich auch in allen anderen EG-Ländern gilt hierzulande die Pflege (inklusive der Wiederherstellung) der leiblichen wie der seelisch-geistigen Gesundheit, obwohl doch der privatesten Sphäre zugehörig, als Staatsaufgabe, also als öffentliche Angelegenheit. Nahezu 87 Prozent der gesamten Ausgaben für diesen Zweck laufen in Deutschland (West, Stand 1988) über öffentliche Kassen oder sind durch staatliche Verfügung bestimmt, wie die bis zu sechs Wochen geltende Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber bei Krankheit ihrer Mitarbeiter. Nur ein verschwindend kleiner Teil des Aufwandes, der ökonomisch gesehen eigentlich nahezu völlig (mit wenigen Ausnahmen wie etwa der medizinischen Grundlagenforschung oder des Seuchenschutzes) zum privaten Konsum gehört, wird auch wirklich von den privaten Haushalten selbst bezahlt (1988 in Westdeutschland: 7,8 Prozent) oder über eine relativ frei ausgehandelte Private Krankenversicherung (PKV) abgerechnet (1988: 5,2 Prozent der Gesamtausgaben).

25. Im Zentrum dieser weitgehend über staatliche Institutionen abgewickelten Gesundheitsvor-, -für- und -nachsorge steht die Gesetzliche Krankenversicherung. Tatsächlich sind dies 1.153 einzelne Krankenkassen (Stand 1989, nur Westdeutschland) mit unterschiedlicher Mitgliederstärke und unterschiedlicher, teils auf private Gründer zurückreichender Geschichte, heute aber allesamt Körperschaften des öffentlichen Rechts. Über diese Kassen laufen mittlerweile fast 50 Prozent der gesamten Ausgaben des Sektors in Westdeutschland – 1970 waren es erst 35 Prozent

gewesen. In den Rest teilen sich – soweit er nicht auf die privaten Haushalte und die PKV entfällt – die anderen Sozialversicherungsträger, die Gebietskörperschaften und die Unternehmen, deren heutige Verpflichtung, einen Teil der Krankheitsfolgekosten, den Verdienstausschlag nämlich, zu bezahlen, früher auch bei den gesetzlichen Krankenkassen ressortiert hatte.

Bei diesen Kassen sind in den alten Bundesländern um die 90 Prozent der Einwohner versichert, in den neuen Ländern sogar noch mehr, denn die frühere DDR-Monopolversicherung, deren Mitglieder in das nun gesamtdeutsche System übernommen wurden, hatte die Bevölkerung total umfaßt.

26. Von Sozialpolitikern, auch von solchen mit dem Spezialfach “Gesundheit”, werden zumindest Fakten, die sie selber schufen, gern nach dem Motto interpretiert: Was ist, sei auch erwünscht und außerdem für die Bürger das beste. Hoch im Kurs steht speziell beim hier in Rede stehenden Feld zudem die Vermutung, ohne staatliches Eingreifen, ohne die Etablierung der Krankheitsvor- und -fürsorge als Sozialversicherung wären die Massen lange Zeit ohne Schutz in diesem Bereich verblieben, stünden möglicherweise heute noch ohne dergleichen da. Daß diese Einschätzung durchaus breiten Widerhall findet, zeigt freilich nur, wie erfolgreich die lediglich gut 100 Jahre alte, also nicht klassische Politikabteilung “Soziales” und das jeweils dort tätige Personal es verstand, eine hohe Selbsteinschätzung in Leumund umzuwandeln. Das so entstandene, durchaus weit verbreitete Urteil, ohne sozialpolitische Aktivitäten hätte es für die breiten Schichten aus den frühkapitalistischen Umständen heraus keine Entwicklung zum Besseren gegeben, bedarf freilich gerade im Bereich “Gesundheit” der Korrektur. Und dies nicht nur, um der historischen Wahrheit Reverenz zu erweisen. Die Vor- und Frühgeschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland kann als Beleg für jene Hypothese dienen, die der hier vorgeschlagenen Systemänderung zugrunde liegt: für die Hypothese nämlich, daß die Bürger auch über alles, was ihre eigene Gesundheit angeht,

nicht nur selbst entscheiden können, sondern daß sie dies auch auf verantwortliche Weise täten, wenn sie es dürften.

27. Als am 15. Juni 1883 als erste der Bismarckschen Sozialreformen das Gesetz zur Krankenversicherung der Arbeiter im Deutschen Reich verabschiedet wurde, entstand damit für die weitaus meisten der davon Betroffenen keine sehr bedeutsame Veränderung. Denn gerade Krankenkassen für freie Arbeiter, die der Abhängigkeit des Gesindedaseins entkommen, aber damit auch der Schutzverpflichtung eines Herrn verlustig gegangen waren, hatten sich schon während der drei Dekaden zuvor in beträchtlichem Umfang etabliert: durch Privatinitiative von Seiten der Arbeiter selber, respektive ihrer Gewerkschaften. Innungen hatten Krankenkassen gegründet, aber auch einzelne industrielle Unternehmen; es gab kommunale und es gab genossenschaftliche Einrichtungen dieser Art. Allein in Preußen bestanden 1874 bereits 4.877 solcher freier Institutionen mit über 800.000 Mitgliedern.

Die überall in den einzelnen deutschen Ländern entstandenen Krankenkassen, wovon die meisten in der heutigen Terminologie als private Krankenversicherungen (auf Gegenseitigkeit) firmierten, wurden mit der Sozialgesetzgebung in die Sozialversicherung integriert. Welches Gewicht sie darin hatten, illustriert das Faktum, daß 1885 reichsweit bei ihnen rund zwei Drittel der durch das vorangegangene Sozialgesetz zu Pflichtversicherten erklärten Arbeitnehmer als Mitglieder registriert waren. Insgesamt umfaßten die gesetzlichen Krankenkassen im gleichen Jahr erst rund 10 Prozent, 1903 aber bereits etwa 19 Prozent der Bevölkerung. Sie versorgten also anders als heute nicht die Mehrheit, sondern nur eine wenn auch mit der Zunahme der Industriearbeiterschaft schnell wachsende Minderheit unter den Bürgern mit Risikoschutz gegen Krankheit.

Das Ausmaß, in dem die "soziale" Krankenversicherung damals an zuvor schon spontan und privat entstandene Institutionen anknüpfen konnte, zeigt, daß selbst eine noch sehr arme Bevölkerung

des wohlwollenden Paternalismus von seiten des Staates nicht so dringend bedarf. Um so weniger kann eine umfassende Gesundheits-sicherung durch eine staatliche Einrichtung in der Wohlstandsgesellschaft von heute mit der Sorge begründet werden, die Bürger seien anderenfalls nicht in der Lage hierzu.

28. In der Frühzeit der GKV gehörten Arbeitnehmer, vor allen anderen aber die nicht mehr Aktiven unter ihnen (damals "Invaliditätsrentner"), zu den Ärmern und Armen in der Gesellschaft. Heute zählen die abhängig Beschäftigten meist zur Mittelschicht. Und die Gleichung: Alt = Arm ist auch für die Bezieher von Sozialrenten nicht mehr, zumindest nicht mehr pauschal, richtig. Dennoch enthielt die "soziale" Krankenversicherung seinerzeit nicht in der Fülle wie heute Elemente, die als "sozial" gelten, was freilich über ihren tatsächlichen Nutzen noch nichts besagt.

Zu zeigen ist dies an den Unterschieden zwischen damals und heute hinsichtlich der Pflicht zur Beitragszahlung und an den Unterschieden in den Leistungen, hier nur dargestellt anhand der unterschiedlichen Arten der Einkommenssicherung im Krankheitsfall. Einzelne Kassen konnten durch Statut verbesserte Leistungen (etwa beim Krankengeld oder eine Familienhilfe), also schon eine Art Zusatzversorgung bieten, solange sie mit den Beitragssätzen innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Marge blieben. Und sie taten es auch. Als Regel galt jedoch in den ersten Jahrzehnten nach Einführung der sozialen Krankenversicherung:

- Die Arbeitgeber zahlten nicht wie heute die Hälfte, sondern (immerhin bis 1949) nur ein Drittel des Beitrags.
- Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch die Unternehmen, die heute für alle abhängig Beschäftigten gilt, existierte nicht, auch nicht für Angestellte (es sei denn, die hatten es sich im Einzelfall durch Individualvertrag ausbedungen, was schon nach der Gewerbeordnung möglich war). In den Genuß dersel-

bigen kamen letztere erst während der Weltwirtschaftskrise der 1930er Jahre – nicht als Sozialgeschenk an sie, sondern als Entlastungsmaßnahme für die von der Krise auch gebeutelten Krankenkassen.

- Es gab stattdessen Krankengeld, das 50 Prozent des Lohnes ausmachte, aber erst nach drei “Karenztagen”. Die Beiträge für Mitglieder, die einen solchen Krankengeldanspruch hatten, waren – entsprechend der Versicherungstechnik – höher als jene, die von Versicherten ohne einen solchen Anspruch gefordert wurden (das waren in der Regel freiwillig Versicherte).
- Dieses Krankengeld wurde um die Hälfte gekürzt, wenn der Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen und dort auf Kosten der Krankenkassen auch verpflegt wurde.
- Unterhaltsberechtigte Angehörige der Pflichtmitglieder waren nicht, wie jetzt, automatisch beitragsfrei mitversichert. Es war aber möglich, für sie eine freiwillige Zusatzversicherung zu einem Beitrag abzuschließen, der keinen Krankengeldanspruch abdeckte, aber natürlich nicht vom Unternehmen mitbezahlt wurde. Diese Familienhilfe wurde erst sukzessive nach 1930 als Regelleistung ausgebaut.
- Auch Sozialrentner waren nicht automatisch und zu einem besonders niedrigen Spezialtarif – wie heute – Mitglieder der Krankenkassen. Sie konnten sich aber nach Ausscheiden aus dem Beruf freiwillig bei ihrer bisherigen Kasse zu ähnlichen Konditionen (weiter)versichern wie die Familienangehörigen von Pflichtversicherten. Die automatische Weiterversicherung der Rentner zu einem nur symbolischen Beitrag (zunächst eine Reichsmark im Monat) wurde erst 1941 eingeführt.

Dies alles, einschließlich einer Beschränkung auf preiswerte medizinische Behandlung, kam durchaus den Versicherten zugute. In

den ersten dreißig Jahren ihres Bestehens stiegen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung so verhalten, daß sie zu deren Deckung nicht beständig einen deutlich höheren Anteil des Einkommens ihrer Mitglieder konfiszieren mußte. Die Beitragseinnahme je Mitglied entsprach 1885 gut zwei Prozent des durchschnittlichen Einkommens je abhängig Beschäftigten in Industrie und Handwerk, 1913 lag diese Relation bei etwa 2,5 Prozent.

29. Abgesehen davon, daß ihr Zwangscharakter nur auf eine spezifische "Klasse" (die der Arbeiter) zielte, was sich schon bald als lästiger Atavismus erwies, war die GKV in ihrer ursprünglichen Konstruktion keine illiberale oder gar, nach jetzigen Maßstäben, unmoderne Institution. Es gab zwar Abweichungen von den rein marktwirtschaftlichen Versicherungsprinzipien: Es wurden (wie noch heute) nicht in absoluter Höhe festgelegte Prämien, gestaffelt nur nach Risikofaktoren, verlangt. Die Krankenkassenbeiträge wurden vielmehr (wie noch jetzt) als proportionaler Satz vom Lohn bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze erhoben, die zugleich Versicherungspflichtgrenze war, aber nur für die sogenannten "Betriebsbeamten". (Arbeiter hingegen waren, ohne Ansehen ihrer Lohnhöhe, immer versicherungspflichtig, das wurde erst 1989 geändert.)

Dennoch hielt sich die dadurch bewirkte versicherungsfremde Umverteilung in engen Grenzen. Zum einen waren diejenigen, deren absoluter Beitrag infolge geringen Verdienstes sehr niedrig war, in der Regel die sehr jungen Arbeiter, deren Krankheitsrisiko auch sehr gering war. Zum zweiten zahlte ja damals noch die Krankenkasse und nicht der Arbeitgeber den Ersatz für gesundheitsbedingte Einkommensausfälle. Da dieses Krankengeld an den zuvor bezogenen Lohn gekoppelt war, sind auch lohnabhängige Beiträge, soweit sie zur Deckung dieser Leistung benötigt wurden, damals völlig versicherungsgerecht gewesen.

Wenig assekuranzfremde Einsprengsel gab es damals also. Und soweit es sie gab – wie etwa eine Redistribution zwischen jenen mit

von vornherein höheren Morbiditätsrisiken und denen mit besserer gesundheitlicher Prognose auch schon unter den jungen Mitgliedern – entsprach diese Umverteilung wahrscheinlich dem Solidaritätsgefühl der damals noch relativ kleinen betroffenen Gruppe.

Es gäbe wahrscheinlich heute kaum oder doch nur minore Probleme im deutschen Gesundheitswesen, wären die gesetzlichen Krankenkassen – nicht in allen einzelnen Zügen, aber dem Typus nach – geblieben, was sie lange Zeit waren: Einrichtungen, die zwar nicht ganz nach den reinen Asssekuranzprinzipien funktionierten, aber doch weit mehr Versicherungscharakteristika als “soziale” und fürsorgerische Umverteilungselemente enthielten; Institutionen zudem, die als “Regelleistung” eine Art von Mindestvorsorge bieten mußten, aber auch zusätzliches offerieren konnten.

30. Daß die Gesetzliche Krankenversicherung im Laufe der Jahre immer mehr und am Ende zum chronischen Problemfall herunterkam und dieses ohne gründliche Korrektur bleiben wird, liegt ausschließlich an politischen Eingriffen – an oft mit großem rhetorischen Aufwand als “sozial” plakatierten Maßnahmen, die den ursprünglichen Charakter der Krankenkassen bis zur Unkenntlichkeit verändert haben. Der Deformationsprozeß begann freilich schon in der Weimarer Republik, wurde fortgesetzt während der Zeit der Hitler-Diktatur (deren in das Sozial- und auch das Arbeitsrecht eingeführte Neuerungen bis heute nicht in den eigentlich angemessenen Verruf geraten sind). Richtig an Fahrt gewann er dann in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, nachdem ein steiler Anstieg des Wohlstandes in der alten Bundesrepublik eigentlich eine andere Art von Reformen, liberale nämlich, im Bereich der Krankenkassen (und in den anderen Sparten der Sozialpolitik) nahegelegt hätte.

31. Ihrer früheren Funktion als halbwegs echte Versicherung wurde die GKV dabei schon dadurch entkleidet, daß solche ihrer Elemente beibehalten wurden, die durch veränderte Verhältnisse und vorangegangene Eingriffe zum Atavismus geworden waren.

Das gilt vor allem für die Art der Beitragsbemessung. Heute sind die Krankenkassen nur noch sehr eingeschränkt für den Ersatz des Einkommensausfalls bei Krankheit zuständig (erst nach sechswöchigem Siechtum), und jene unter ihren Mitgliedern, die – der absoluten Summe nach – die niedrigsten Beiträge zahlen, sind in der Masse nicht die Jungen mit dem niedrigsten Krankheitsrisiko. Es sind vielmehr die Rentner, also die Alten, die für die Kassen das höchste Risiko darstellen. Die damals noch gültigen Begründungen für einen verdienstabhängigen Beitrag (siehe Ziffer 29) sind also restlos entfallen.

Allein dadurch, daß ein Element wie der lohnbezogene Beitrag in der GKV beibehalten wurde, obwohl seine einst wohlerwogene Begründung längst entfallen ist, wurde das System deformiert. Nun führen diese einkommensabhängigen Beiträge in weit größerem Maße als damals zu einer Einkommensumverteilung. In der heutigen Gesellschaft, in der es schwerlich jenes früher vielleicht existente Zusammengehörigkeitsgefühl unter Pflichtversicherten gibt, strapaziert eine solche Einkommensumverteilung wohl eher die Sentimente, die man heute mehr fordernd denn beschreibend Solidarität zu nennen beliebt – zumal diese Umverteilung sehr ungerecht ist (siehe Ziffer 32 f.) und außerdem das Steuersystem unterdessen genügend distributive Effekte aufweist. (Hingegen mag jene andere, eigentlich ebenso versicherungsfremde Umverteilung, – nämlich die zwischen Personen mit von vornherein unterschiedlichen Morbiditätsrisiken – auch in modernen Gesellschaften auf Akzeptanz stoßen, jedenfalls bis zu einem gewissen Grade.)

32. Die Krankenkassen, die früher durchaus Anbieter einer Art von Grundsicherung waren, wurden zudem mehr und mehr zu Garanten einer Totalversorgung umfunktioniert, wobei der Umfang dieser Totalversorgung allein von politischen Opportunitäten abhängig ist, und nicht etwa davon, wieviel an Risikovorsorge die Individuen haben möchten und – in Anbetracht anderer Wünsche – auch zu bezahlen bereit sind. Dazu sind in die Krankenkassen

noch immer mehr versicherungsfremde Umverteilungsmechanismen eingebaut worden, als sich ohnehin dadurch ergaben, daß die nicht mehr begründbare Art der Beitragsbemessung beibehalten wurde: Transfers zugunsten nichtberufstätiger Ehefrauen sowie zugunsten von Familien mit Kindern etwa, aber auch Sonderleistungen für Rentner. Darüberhin sind diese Kassen ihrer Zweckbestimmung entgegen zu einer Art von heimlichem Fiskus degeneriert, mit dessen Hilfe der einen Gruppe von Bürgern geldwerte Vorteile auf Kosten einer anderen verschafft werden. Die Versicherungsbeiträge haben damit für einige Bevölkerungsgruppen teilweise Steuercharakter, die Versicherungsleistungen für andere hingegen sind (zumindest partiell) Subventionen.

Die Umverteilung, die auf diese Weise bewirkt wird, ist nicht nur höchst undurchsichtig. Es entstehen dadurch auch Umverteilungen von unten nach oben. Dadurch etwa, daß Kinder und Ehegatten kostenfrei mitversichert werden, können relativ wohlhabende Familienväter zu Lasten von ledigen Pflichtversicherten mit relativ geringem Einkommen profitieren.

33. Besonders ins Gewicht fällt hier die Umverteilung zugunsten der Rentner. Sie kommt zustande, weil das ohnehin (siehe oben) angreifbare Prinzip der lohnbezogenen Beiträge auf wenig durchdachte Art auch auf die Rentner ausgedehnt und ihnen dabei auch noch ein Sozialrabatt gewährt wurde.

Die Art, wie Deutschlands Rentner heute krankenversichert sind, beruht zunächst auf einer eigenartigen Fiktion: Sie werden so behandelt, als seien sie sozusagen Angestellte der *Rentenversicherung*. Diese muß nämlich – wie ein Arbeitgeber – die Hälfte ihrer Krankenkassenbeiträge bezahlen, hat also, wenn letztere steigen, höhere “Nebenkosten”, genauso wie ein Wirtschaftsunternehmen in einem solchen Fall erhöhte Lohnzusatzkosten hat. Nur, bei den Erwerbsbetrieben wird das aus dem Produktivitätszuwachs finanziert, der sich auch in erhöhten Barlöhnen hätte

niederschlagen können. Deren Angestellte bringen ihre so erhöhten Lohnzusatzkosten also selber auf durch Verzicht auf eine zusätzliche Barloohnerhöhung, die anderenfalls möglich wäre. (Und wenn dies nicht so ist, weil der Zuwachs der gesamten realen Arbeitskosten die Produktivitätssteigerung überschreitet, dann droht den Arbeitnehmern als Sanktion steigende Arbeitslosigkeit.)

Bei den Rentnern hingegen sind die hälftigen Beiträge, also die "Nebenkosten", die sie der Rentenversicherung verursachen, und deren allfällige Erhöhung nicht Teil des eigenen Einkommens, auf dessen bare Auszahlung sie sozusagen nur verzichtet haben. Es sind vielmehr Geschenke, zwangsweise aufgebracht von einer Versichertengemeinschaft, die als gewichtige Teilmenge den Kreis der Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse mit umfaßt.

Die andere Hälfte des Beitragssatzes, die den Rentnern tatsächlich angelastet und um deren Anstieg die jeweilige Rentenerhöhung auch gekürzt wird, konstituiert ein weiteres Problem. Ihr unterworfen ist de facto oft nur die Sozialrente, obwohl viele Rentner daneben noch andere Einkünfte haben und diese nach der letzten einschlägigen Gesetzesänderung zur Bemessung des Beitrages auch mit herangezogen werden sollen. Doch diese anderen, häufig beachtlichen Einkünfte sind, soweit sie nicht aus Versorgungszusagen des Öffentlichen Dienstes bestehen, kaum erfaßbar.

Erwerbstätige Mitglieder der Krankenkassen hingegen zahlen nicht nur den vollen Beitragssatz selber. Beim durchschnittlichen Arbeitnehmer wird – angesichts der hohen Beitragsbemessungsgrenze (1992: 61.200,- D-Mark im Jahr) – auch der gesamte Verdienst, der in der Regel auch sein gesamtes Einkommen ist, durch den Beitragssatz der Krankenversicherung besteuert.

Im Ergebnis liegt deshalb die absolute Summe, die ein Rentner für Krankenversicherung abführt, weit unter dem Betrag, den ein erwerbstätiges Zwangsmittglied an die GKV leistet. 1990 beispiels-

weise betrug die Beitragseinnahmen der Krankenkassen je versicherten Rentner 190,- D-Mark im Monat (darin ist der Anteil, den die Rentenversicherung zahlt, schon enthalten); die Beitragseinnahmen pro Kopf bei den anderen GKV-Mitgliedern hingegen lagen bei 350,- D-Mark je Monat. Umgekehrt verhielt es sich bei den Ausgaben: Sie lagen für Rentner bei 410,- D-Mark pro Kopf und Monat, für die anderen GKV-Mitglieder jedoch nur bei 243,- D-Mark. (Alle Angaben beziehen sich auf das erste Dreivierteljahr 1990 und sind errechnet aus Übersichten der Deutschen Bundesbank.)

Schon der absoluten Summe nach gleiche Beiträge für Erwerbstätige und Rentner würden – da letztere die “schlechteren Risiken” und vorsorgliche Altersrücklagen zu deren Absicherung nicht vorhanden sind – eine Umverteilung bewirken. Denn damit schon müßten die Jüngeren mehr zahlen als eigentlich ihrem Risiko angemessen und/oder zur Bildung von Rücklagen für ihr eigenes erhöhtes Krankheitsrisiko im Alter nötig ist. Schon diese Umverteilung zwischen Jung und Alt ist problematisch, auch wenn sie derzeit noch als Teil eines ohnedies bestehenden “Generationenvertrages” hingenommen werden mag. (Denn dieses Verfahren bedeutet: Falls sich der Altenanteil an der Bevölkerung auch künftig weiter deutlich erhöht, werden die Jüngeren nicht nur mit explodierenden Rentenversicherungs-, sondern auch noch mit immer steiler steigenden Krankenversicherungsbeiträgen zugunsten der Rentner beladen. (Siehe auch Ziffer 19.)

So wie es derzeit in Deutschland geregelt ist, entsteht noch ein weiterer Umverteilungsstrom: Dadurch daß die Jüngeren wesentlich höhere Beiträge als die Älteren und Alten entrichten müssen, entsteht häufig dazu noch eine Umverteilung von Arm zu Reich. Denn daß viele der Alten wohlhabender sind als zumindest die jüngeren unter den Erwerbstätigen, ist in einer Gesellschaft normal, die – wie (nur) die westdeutsche – eine lange Prosperitätsphase mit vielen Chancen zum Vermögensaufbau hinter sich hat.

34. Zu der Belastung mit immer mehr Elementen von dieser Art kam die Ausweitung der Leistungsversprechen und der Abbau von Kontrollen, etwa der Abbau der Kontrollen von ärztlich bestätigten Krankmeldungen der Arbeitnehmer durch den vertrauensärztlichen Dienst. In der Nachkriegszeit hatte diese Entwicklung schon in den späten fünfziger Jahren begonnen, sich verstärkt in den sechzigern und den Riesenschub dann in jenem Zeitalter der öffentlichen Üppigkeit erhalten, in dem die öffentlichen Hände ein Füllhorn an sozialen Gaben auch (aber nicht nur) im Gesundheitsbereich ausgeschüttet haben: In dem Jahrzehnt zwischen 1970 und 1975 stiegen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Ausgaben je Mitglied um 122 Prozent, weit mehr als doppelt so schnell wie das Volkseinkommen je Einwohner, das in diesem Zeitraum um knapp 50 Prozent (beides in jeweiligen Preisen) zunahm.

35. Nach dieser erst allmählichen, am Ende aber totalen Änderung seiner Struktur ist das System der Krankenkassen nun so angelegt, daß es zur permanenten Überbeanspruchung des Gesundheitswesens von seiten der Bürger, also von seiten der Leistungsnachfrager animiert. Es ist ein System, das den sparsamen Konsum von Gesundheitsgütern überhaupt nicht belohnt und allein dadurch schon den verschwenderischen Verbrauch solcher Güter relativ prämiert. Und dies gilt trotz der Einführung von ein paar Zuzahlungspflichten bei Brillen, Pillen und Gebissen, denen ohnedies zum Teil zumindest ausgewichen wird.

36. Der höchst perverse Zirkel, den das System hervorruft, beginnt bereits hiermit: Ein Bürger, der kerngesund und auch kein Hypochonder ist, erhält – wenn er denn gar nichts an Gesundheitsgütern oder -leistungen verbraucht – als Gegenwert für seine Beitragszahlung lediglich (wie bei Versicherungen üblich) die Sicherheit, im ja nur möglicherweise, vielleicht auch nie eintretenden Krankheitsfall versorgt zu sein. Der Beitrag hierfür ist bei der GKV, die im Regelfall keine Rückerstattung bei Nichtinanspruchnahme bietet, (erst nach dem letzten Gesundheitsreformgesetz müssen einzelne

Kassen eine solche Rückerstattung in Zukunft erproben) allerdings sehr hoch. 1990 lag der Durchschnittsbeitrag jener GKV-Mitglieder, die Nichtrentner sind, bei rund 4.250,- D-Mark im Jahr (selbstverständlich inklusive des Arbeitgeberbeitrags, der zum verdienten Einkommen von Arbeitnehmern gehört). Und damit ist er wohl auch höher, als die Wertschätzung der Sicherheit beim (auch im Kopf) gesunden Durchschnittsmitglied der GKV rangiert.

Das Ausweichen auf ein privatwirtschaftliches Unternehmen, das bloße Sicherheit billiger bietet, und die Verwendung des so Ersparten entsprechend ihrer Bedürfnisskala außerhalb des Gesundheitsbereichs ist den Pflichtversicherten – und das sind über 80 Prozent der Nichtrentner unter den westdeutschen GKV-Mitgliedern – verwehrt. So gibt es für sie nur eine Möglichkeit, sich für die unfreiwillig und auf nicht geschätzte Art verausgabten Einkommensteile auch etwas an Nutzen zu verschaffen: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, die dann um so kräftiger ausfallen muß, je geringer die Gesundheitsgüter eigentlich im Vergleich zu einer alternativen Verwendungsmöglichkeit des an die GKV gezahlten Geldes von diesen sozusagen “unfreiwilligen” Gesundheitskonsumenten geschätzt werden.

Für Zwangsversicherungen existiert daher – selbst wenn sie keine assekuranzfremden Umverteilungen enthalten – ein besonderes Dilemma: Je weiter sie den Leistungsrahmen spannen, je höher folglich ihre Beiträge sind, um so mehr geraten sie in die Gefahr, den Mitgliedern auf die oben beschriebene Weise einen eigentlich unerwünschten, also eine Art “Fehlkonsum” von Gesundheitsgütern aufzunötigen, der um so größer ist, je niedriger das Bedürfnis nach eben diesen Gütern auf der Wunschskala der betroffenen Bürger rangiert. Der Teufelskreis, der dabei entsteht, ist am Ende überhaupt nicht mehr zu durchbrechen: Hohe Beiträge erzeugen steigenden Fehlkonsum, was wiederum steigende Beiträge hervorruft und so fort und so weiter.

37. Eine weitere Kostenspirale im Ergebnis zwar ähnlicher Art, aber auf andere Weise hervorgerufen, entsteht durch den Einbau von versicherungsfremden Elementen zur Einkommensumverteilung. Die geldwerten Vorteile, die Bürgern außerhalb des Marktes, also als Sozialgeschenk im Rahmen einer Institution wie der GKV verschafft werden, sind in der Regel Sachleistungen. Die Gewährung von Krankenversicherungsschutz an Rentner zu einem Sozialsatz ist eine solche. Sie ist geldeswert und kommt einer Einkommensaufstockung gleich. Aber sie ist eben nicht in Geld und damit in frei verfügbares Einkommen umzuwandeln. Dafür ist der Umfang, in dem sie dem einzelnen zuteil wird, weitgehend in dessen Belieben gestellt. Statt Ansporn zur sparsamen Verwendung von Gesundheitsgütern gibt es folglich einen starken Anreiz, möglichst viele Arztleistungen, viele Medikamente, viele Kur- und Hilfsmittel zu begehren; denn dieses nicht zu tun, wird nicht belohnt, bedeutet nur Verzicht auf einen sonst erreichbaren, wenn auch vielleicht noch nicht einmal sehr hochgeschätzten Vorteil.

38. Gesundheit ist kein Tatbestand, der objektiv zu messen ist. Trotz aller medizinischer Geräte und aller raffinierter Diagnosetechnik, die unterdessen zur Verfügung steht: ob eines Menschen leibliches und/oder seelisches Befinden von jenem Zustand abweicht, der als "gesund" bezeichnet werden kann, ob er also "krank" zu nennen wäre, ist – gewiß nicht in allen, aber in weiten Bereichen – nur ihm selbst, nur seinem Urteil überlassen. Und vielerlei Erfahrung spricht dafür, daß der Beschluß, sich jeweils als krank oder als gesund zu definieren, durchaus auch eine Frage dessen ist, was mehr an Gratifikationen einbringt. Daß die Dauer der Krankheiten, die amerikanische Arbeitnehmer durchmachen, pro Jahr nur 40 Prozent, bei japanischen sogar nur ein Viertel jener Zeit beträgt, die deutsche Belegschaften mit dem Auskurieren ihrer Maladien zubringen, ist anders jedenfalls nicht zu erklären. Denn für die alternative Deutung, für die Annahme, hiesige Bürger seien morbider als jene, spricht nichts.

Gesundheitssysteme können, je nachdem wie sie organisiert sind, den Willen, gesund zu sein, stimulieren oder auch die Neigung, sich krank zu fühlen, endemisch werden lassen. Sie können im Extremfall das zweifelhafte Verdienst erreichen, jenes Aristokraten-Privileg aus Molières Zeiten, das Recht auf Hypochondrie samt einem Recht, daß ihrer Genüge getan werde, nun auch noch demokratisiert und seine Kosten sozialisiert zu haben.

39. Das deutsche Gesundheitssystem ist von solch zweifelhaften Erfolgen nicht mehr sehr weit entfernt. Daß es den Deutschen, speziell auch den deutschen Arbeitnehmern, ziemlich schwer gemacht werde, nicht krank zu sein, gehörte schon zu den Erkenntnissen der Sozialenquôte-Kommission von 1964. Seither sind auch die wenigen Barrieren, die es damals noch gab, geräumt. Daß es mittlerweile bei Krankheit, attestiert von einem Arzt, weiterhin den Lohn gibt für mindestens sechs Wochen, bedeutet beispielsweise im Effekt: Arbeitnehmern, die keine Krankheitstage nehmen, mithin auf einen Vorteil verzichten, der mühelos erreichbar wäre, winkt einerseits keinerlei ermutigende Kompensation für ihr gesellschaftlich sehr nützlich Verhalten. Andererseits trifft auch sie die Sanktion, die droht, wenn alle anderen viel "krankfeiern", die Sanktion nämlich, daß dann der Spielraum für Erhöhungen des baren Lohnes schrumpft.

Warum die bisherigen Gesundheitsreformen scheitern mußten

Die Republik gibt sich in Deinen Räumen
ein Stelldichein. O stell sie wieder weg!
Schlafwandler sind sie, die regierend
träumen. ... und die Reformen sind wie
Teegebäck.

Kurt Tucholsky

V. WARUM DIE BISHERIGEN GESUNDHEITSREFORMEN SCHEITERN MUSSTEN

40. Reformen am Gesundheitswesen gab es unterdessen zur Genüge: Acht größere und kleinere Gesetzeswerke mit einer Unzahl an Korrekturen in beinahe jedem bis dahin gültigen Detail. Neue Institutionen, neue Begriffe wurden dabei geboren. Nur das Ziel der vielen Operationen, die Dynamik der GKV-Ausgaben zu bremsen, das wurde nicht erreicht. Dabei ist nicht nur die Zahl der Eingriffe, sondern auch ihr Gewicht beträchtlich gewesen. Angesetzt wurde zunächst bei den "Leistungserbringern". Um die Ärzte und Zahnärzte vor allem zum Sparen zu bringen, wurden eingeführt:

- Die "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen", bestehend aus den "an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten", die nun anhand medizinischer und wirtschaftlicher Orientierungsdaten mehr oder minder nachdrücklich empfehlen, wie sich die "Vergütungen" der Mediziner und Zahnmediziner sowie ihre Verschreibungspraktiken zu entwickeln haben.
- Auflagen für die Verbände (der Krankenkassen einerseits und der Ärzte bzw. der Zahnärzte andererseits) um zu "verhüten", daß einzelne Ärzte ihre Tätigkeit "übermäßig" ausdehnen.
- Stichproben, um die "Versorgung", die die einzelnen Mediziner ihren Patienten angedeihen lassen, auf ihre "Wirtschaftlichkeit"

hin zu überprüfen, wobei als unwirtschaftlich zu gelten hat, wenn ein ständisch verabreitetes Durchschnittsvolumen bei Behandlung und Verschreibung überschritten wird.

Für Arzneimittel wurde ein Art Höchstpreissystem verordnet, ein ziemlich kompliziertes zudem. Da die Heilmittel verschiedener Hersteller für die jeweils gleiche oder ähnliche Indikation in ihrer Zusammensetzung differieren, wurden Gruppen gebildet, für die auf der Grundlage von mittleren Tagesdosen oder ähnlicher Vergleichsgrößen ein einheitlicher "Festbetrag" bestimmt wird. Nur soweit der Apothekenabgabepreis eines Medikamentes (die Spannen für den Handel sind ohnedies festgelegt) diesen Festbetrag nicht übersteigt, übernimmt die GKV die vollen Kosten. Die Höhe dieser Festbeträge soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam, ersatzweise vom zuständigen Bundesminister festgelegt werden, allerdings erst nach Anhörung der Arzneimittelhersteller. Im Effekt werden sie auf wenig durchsichtige Art durch Verhandlungen zwischen den Krankenkassenverbänden und den pharmazeutischen Firmen bestimmt, was – zunächst nur für sich genommen – vielleicht unter letzteren den Korpsgeist, gewiß aber nicht den Wettbewerb sonderlich fördert. Das Projekt, den gesamten Pharmamarkt mit dieser Art von korporativistischer Preisfestsetzung zu überziehen, wurde in einem Stufenplan festgeschrieben:

- die 1. Stufe: Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel;
- die 2. Stufe: Festbeträge für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen;
- die 3. Stufe: Festbeträge für Arzneien mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien.

Vorgesehen sind also immer mehr einheitliche Höchstpreise für immer weniger homogene Produkte. Bisher gibt es Festbeträge nur für die Stufen 1 und 2.

Warum die bisherigen Gesundheitsreformen scheitern mußten

Damit ein Anreiz besteht zur Hinnahme weiterer Festbeträge (seitens der Industrie), und um dieses System bei den Bürgern populär zu machen, müssen Patienten bei allen Medikamenten, für die noch keine Festbeträge gelten, eine Zuzahlung leisten (3,- D-Mark je Mittel, später 15 Prozent des Preises, maximal 10,- D-Mark je Arznei).

Eine ähnliche Administration der Preise wurde vorgesehen für die sogenannten "Hilfsmittel" (Hörgeräte, orthopädische Mittel etc.).

41. Den Versicherten auf der anderen Seite wurden, mit der Begründung, sie hätten "Mißbrauch" betrieben, einige der zuvor quasivertraglich zugesagten Leistungen gestrichen oder beschränkt. Nicht mehr möglich ist danach

- die Erstattung einer Haushaltshilfe bei Krankenpflege im eigenen Heim, wenn diese Haushaltshilfe nah verwandt ist mit dem Kostenerstattung begehrenden GKV-Mitglied;
- eine Brille bezahlt zu erhalten, es sei denn, die Sehstärke habe sich verändert;
- die Kosten für Fahrten zu ambulanten Behandlungen ersetzt zu bekommen;
- zu Lasten der GKV Behandlungen mit geringer oder therapeutisch umstrittener Wirkung verordnet zu erhalten;
- im Alter bei der GKV versichert zu sein, wenn der solches begehrende Rentner zuvor nicht mindestens in "neun Zehnteln" der zweiten Hälfte seiner Lebensarbeit auch schon Mitglied der GKV gewesen war;
- Kinder kostenfrei mitzuversichern, "wenn" – so der Paragraphentext, als Beispiel für die im Gesundheitsbereich mittlerwei-

le obwaltende Gesetzkultur – “der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze [gemeint ist die Versicherungspflichtgrenze] übersteigt und regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds”.

Zusätzlich wurden noch Zuzahlungspflichten eingeführt als eine Art (milder) Strafsteuer auf die Inanspruchnahme der Kassen durch ihre Versicherten, auch dieses mit dem Ziel, den Bürgern mißbräuchlichen und/oder leichtfertigen Verbrauch teurer Gesundheitsgüter abzuerziehen. Vom Versicherten selber zu tragen sind danach nun

- bei Medikamenten ohne Festbetrag 3,- D-Mark, künftig 15 Prozent des Preises, höchstens jedoch 10,- D-Mark;
- bei Heilmitteln, das sind beispielsweise Bäder oder Massagen, 10 Prozent der Kosten;
- bei kieferorthopädischen Leistungen 20 Prozent für das erste behandelte Kind, bei jedem weiteren 10 Prozent der Kosten;
- bei Zahnersatz je nach Art zwischen 40 und 60 Prozent, bei langfristig regelmäßiger Zahnvorsorgebehandlung zwischen 25 und 45 Prozent der zahnärztlichen Liquidation;
- bei offenen Badekuren 15,- D-Mark pro Tag;
- bei Krankenhausaufenthalten 10,- D-Mark pro Tag;
- bei Fahrten mit dem Rettungswagen (die anscheinend auch dem Mißbrauch unterlagen) 20,- D-Mark je zurückgelegter Tour.

Versehen wurden diese Zuzahlungspflichten mit zahlreichen Ausnahmen. Befreit von der Auflage, einen Eigenanteil der Kosten zu

Warum die bisherigen Gesundheitsreformen scheitern mußten

tragen, sind z. B.: Bürger mit geringem Einkommen; Bürger, die trotz höheren oder hohen Verdienstes “überfordert” sein könnten; unter 18jährige GKV-Mitglieder, es sei denn, sie beehrten Zahnersatz (!) oder Fahrten mit Rettungswagen.

42. Daß dieses enge Netz aus vielen kleinen und teils auch kleinlichknickrigen Regeln, das über das Gesundheitswesen gezogen wurde, gleichwohl die Kosten – wie unterdessen offenbar – nicht einzubinden in der Lage war, ist freilich nicht so sehr erstaunlich. Interventionistische Staatseingriffe von dieser Art haben noch nirgendwo, noch in keinem der vielen Wirtschaftsbereiche, die ihnen ausgesetzt waren, die zuvor erhofften Erfolge gebracht.

Administrierte Preise der Sorte etwa, wie sie nun im Pharmabereich und bei den Hilfsmitteln gelten oder bald gelten sollen, sind in ihrer langen Geschichte stets ruhmlos geblieben. Denn, wie immer sie bemessen werden – Höchstpreise wirken auf Dauer stets zum Nachteil jener, zu deren Schutz sie gewöhnlich verhängt zu werden pflegen: zum Nachteil der Verbraucher.

Zwei Übel können so fixierte Preise nach sich ziehen: Liegen sie unterhalb der Marge, die für den unrentabelsten, aber noch zur Versorgung benötigten Produzenten zumindest kostendeckend wäre, droht Verknappung. Zudem könnte der Anreiz zu Produktinnovationen abstupfen, weil sehr niedrige Preise von heute die Erwartung dämpfen, aus neuen Entwicklungen von morgen Gewinne zu ziehen. Sind sie dagegen hoch genug, um allen betroffenen Herstellern, selbst den Grenzproduzenten (trotz einer vielleicht anfänglichen Einbuße) das Überleben zu erlauben, so ist die Wahrscheinlichkeit nicht klein, daß der Höchstpreis sich auf Dauer zum garantierten Preis verwandelt, zu einem Preis also, der sonst im Markt oft später mögliche Verbilligung verhindert.

43. Im Fall, der hier nun vorliegt, kommt eines noch hinzu: Eigentliches Ziel des Eingriffs war es, die Gesundheitskosten zu beschrän-

ken, also nicht nur den Preis pro Pillenpackung, sondern das Ergebnis aus Preis und Menge. Bei der ersten Gruppe von Arzneimitteln, für die ein "Festbetrag" festgesetzt wurde, sanken zwar als Folge auf breiter Front die Preise. Die Versicherten jedoch begehrten soviel mehr, daß diese zusätzlich nachgefragte Menge den kostendrückenden Effekt der abgesenkten Preise weit überkompensierte. (Allein im ersten Halbjahr 1991 stieg die Arzneimittelmenge je GKV-Mitglied um 5,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr an.)

44. Im Fall der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung wurde versucht, sowohl den Preis als auch die Menge in den Griff zu kriegen. Durch ständische Abrede, durch eine Art "Selbstbeschränkungsabkommen", sollte folgender Effekt verhindert werden: Wenn die Vergütung für die Einzelleistung infolge von Sparerlassen weniger steigt, als es den Einkommenserwartungen des einzelnen Arztes entspricht, wird er versuchen, die Zahl dieser Einzelleistungen, also die Zahl seiner Behandlungsfälle zu erhöhen.

Auflagen von seiten der Krankenkassen und Zusagen der kassenärztlichen (respektive kassenzahnärztlichen) Vereinigung, eine solchermaßen betriebene Ausweitung des Geschäftes in den einzelnen Praxen zu verhindern, müssen jedoch zwangsläufig scheitern. Denn: Jene, denen ein Mediziner oder Zahnmediziner derartige Mehrbehandlung zwecks eigenem Mehrverdienst angedeihen lassen will, nehmen das hin, oft sogar gerne. Die Bürger in ihrer Eigenschaft als Patienten, also die Kunden des Gesundheitswesens, haben selber keinen ökonomischen Anreiz, das für sie kostenfreie Mehrangebot an medizinischer Umsorgung auszuschlagen. Und solange dies so bleibt, ist eine Ausdehnung der ärztlichen Umsätze auch und vor allem durch den Anstieg der Zahl an Medizinern nicht zu verhindern: auch nicht durch scharfe Kontrollen – es sei denn, sie erreichten die Qualität von Polizeistaatsmethoden.

45. Wirkunglos bleiben mußte schließlich der Versuch, das kranke Gesundheitswesen durch Besprechen zu heilen: "Konzertierte

Warum die bisherigen Gesundheitsreformen scheitern mußten

Aktionen” aller Beteiligten am Gesundheitswesen sind außerstande, irgendetwas zu erbringen, schon deshalb, weil in ihrer Partitur jene gar keinen Part haben und notabene nicht haben können, auf die es aber letztlich ankommt – die vielen einzelnen Bürger mit ihren dissonanten, da äußerst unterschiedlichen Wünschen hinsichtlich ihrer Versorgung mit Gesundheitsgütern.

Daß auch nach der großen Reform von 1989 die Ausgaben in allen “Leistungsbereichen” schnell wieder kräftig wuchsen, obwohl die Gesundheitspolitiker doch versucht hatten, überall einen Deckel auf die Kosten zu schieben, ist mithin nicht böser Zufall. Daß bei den Ärzten, den Zahnärzten, den Herstellern von Heil- und Hilfsmitteln seither die Umsätze – nicht allenthalben nur, aber auch durch Mengenausweitung – stark gestiegen sind und damit die Kosten der GKV, ist nicht Folge irgendeiner Epidemienwelle; es ist nur normal.

46. Denn das, was während der vergangenen Jahrzehnte stets die Kosten im Gesundheitswesen getrieben hatte, blieb im System der GKV trotz aller Korrekturen fest verankert. Jeder der regierungsamtlichen Angänge, das chronisch an Kostenwucherung erkrankte Gesundheitswesen Deutschlands zu kurieren, sparte ausgerechnet das augenfälligste und ärgste unter den Gebrechen, an denen dieser Sektor leidet, aus der Behandlung aus. In keinem der einschlägigen Gesetze wurde auch nur der Versuch unternommen, das Gesundheitsein für die Mitglieder der GKV, also für die absolute Mehrheit der deutschen Bürger, ein wenig attraktiver zu machen, als sich krank oder zumindest irgendeiner Behandlung bedürftig zu fühlen.

Für die Versicherten, die sparsam mit Gesundheitsgütern sind, gibt es noch immer keinen Lohn. Und jene einseitig verhängten – nicht durch Vertrag zweiseitig abgemachten – Zuzahlungen sind Strafen: Strafen für Begehrlichkeit, wie sie für ungezogene Kinder passen, nicht aber für Bürger, die doch eigentlich als mündig anzusehen sind. Die Zuzahlungspflichten werden zudem (ausgenommen vielleicht die Zuzahlung beim Zahnersatz) ökonomisch

nichts Bemerkenswertes, in jedem Falle keine großen Spuren hinterlassen, zumindest keine Einsparung. Dafür sind sie denn doch zu milde. Und was sie sonst bewirken, ist abzuheften in der Abteilung "Unfug", Untergruppe "grober". Denn: Kein Hypochonder, der gern in Hospitälern nächtigt, wird sich durch 10,- D-Mark Tagessatz aus seiner Neigung schrecken lassen – zumal der Betrag leicht kompensiert wird durch die ersparte Verpflegung daheim. Für alle anderen Versicherten jedoch ist dies eine Extras-teuer auf den Eintritt des Risikofalls.

47. Eines der wichtigsten Kapitalien, die eine Versicherung hat, ist der Ruf, verlässlich zu sein und Zusagen einzuhalten. Im Fall der Gesetzlichen Krankenversicherungen ist er nun schon angeschlagen. Erstes Indiz hierfür ist, daß die Zahl der freiwilligen Mitglieder sinkt und heute schon längst nicht mehr so hoch ist, wie sie früher einmal gewesen war. Privat gegen Krankheit versichert zu sein, ist heute vor allem für jene, die als gute Risiken gelten, weit attraktiver als eine Mitgliedschaft bei den gesetzlichen Krankenkassen.

Jede weitere Reform nach dem gehabten Muster wird diesen Verfall des GKV-Systems noch weiter beschleunigen und stets neue Leistungsbeschränkungen nach sich ziehen, ohne die Beitragsbelastung wirksam beschränken oder gar dauerhaft senken zu können. Ohne gründliche Änderung reduziert sich dieses System daher von selbst immer mehr in Richtung einer nur noch schmalen Sicherung. Es reduziert sich dann allerdings auf sehr ungerechte und politisch wenig verträgliche Weise. Die GKV würde darüberhin zu einer Einrichtung, deren Zwangsglieder für einen schlechteren Schutz, als ihn die private Assekuranz bieten kann, höhere Beiträge abführen müssen, die dann immer mehr als eine ungerechte Sondersteuer empfunden werden und es auch sind.

Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe

Eine väterliche Regierung ..., wo also die Untertanen als unmündige Kinder, die nicht unterscheiden können, was ihnen wahrhaftig nützlich oder schädlich ist, sich bloß passiv zu verhalten genötigt sind, ... ist der größte denkbare Despotismus.

Immanuel Kant

VI. DIE REFORM, DIE DAS GESUNDHEITSWESEN GESUNDEN LIESSE

48. Von einer väterlichen Sorge seitens der Regierung wurde der Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland zunächst geprägt. Sie regierte aber auch alle bisherigen Reformen in diesem Bereich. Sie stand stets und steht bis jetzt einer gründlichen Umgestaltung, einer echten Reform des Gesundheitswesens im Wege.

Als für die Gesundheitsvorsorge einer Minderheit die amtlich verordnete Pflicht zu einer Art Mindestsicherung verordnet wurde, lag der staatliche Paternalismus offen zutage. Er manifestierte sich bei den Politikern, die sich um diesen Bereich verdient gemacht hatten, in dem Verdacht, das Volk, vor allem jenes, dem sie das Beiwort "einfach" anzuheften pflegten, würde für die eigene Gesundheit, anders als für Essen, Trinken usw., ohne Zwang zu wenig ausgeben wollen, jedenfalls nicht genug, um kurierbare Krankheiten rechtzeitig beheben zu lassen und dadurch Schlimmeres zu vermeiden.

Heute, da – anders als damals – eine staatlich erzwungene Totalversorgung beinahe alle umfaßt, ist die Argumentation, warum das so sein müsse, feiner gesponnen – und läuft dennoch auf das gleiche hinaus, obwohl den Bürgern nun nicht mehr unterstellt wird, für die Pflege der eigenen Gesundheit zu dumpf und zu wenig vorausschauend zu sein. Die Stichworte heute heißen: mangelnde

Transparenz des Angebots im Gesundheitswesen und vor allem mangelnde Information der Verbraucher.

49. Diese mangelnde Information der Durchschnittsbürger in allen Gesundheitsfragen, ihre Unkenntnis über medizinisch-biologische Zusammenhänge, mache eine staatlich aufgezwungene Vollversicherung nötig, obwohl eine solche sie dazu anreizt, Gesundheitsleistungen in Überfülle zu begehren. Das sei nur durch Mißbrauchskontrollen adäquat zu verhindern. Denn: Wenn versucht werde, dies auf marktwirtschaftliche Art zu vermeiden, wenn Bürgern also erlaubt sei, ihren Aufwand für Gesundheit weitgehend oder gar völlig selbst zu bestimmen, lasse sie ihre Unkenntnis in das andere Extrem verfallen. Sie neigten dann nicht nur in nützlicher Weise dazu, geringfügige Trübungen des Wohlbefindens durch Ignorieren zu heilen. Selbst angesichts eines solchen Symptoms, das den Fachmann – käme es ihm zur Kenntnis – alarmierte, zögen sie diesen nicht rechtzeitig zu Rate. Der Vorschlag, jedem Bürger eine echte Selbstbeteiligung an seinen eigenen Krankheitskosten, bei entsprechender Kürzung des Versicherungsbeitrages, zu erlauben – der auch zu dem hier (in Ziffer 10 bis 13) beschriebenen System gehört – stößt dementsprechend stets auf diesen Einwand: Alle würden dann zwar an medizinischer Behandlung, an Arzneien, an therapeutischen Hilfsmitteln etc. sparen, dies aber gleich in unerwünschter, weil übertriebener Weise, also auf Kosten der Gesundheit.

Die Schlußfolgerungen, die sich aus der moderneren Argumentation für eine Zwangssicherung ergeben, sind der Qualität nach nicht anders als jene, die der Staatspaternalismus vergangener Tage nahegelegt hätte. Sie sind nur noch umfassender und rigoroser. Denn aus dieser moderneren Thesenkette wird schließlich die generalisierende Konsequenz gezogen, daß Markt im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht funktioniere, da die Konsumenten infolge ihrer mangelnden Information dort als Souverän unbrauchbar seien. Denn unter den Angeboten des Gesundheitswesens in

ähnlicher Weise und mit ähnlichen (nämlich kostenminimierenden) Effekten wie in anderen Feldern als König Kunde kritisch auszuwählen, das sei den Bürgern gar nicht möglich. Denn hier könne der Verbraucher ja nicht selbst entscheiden, welche, wieviele und wie teure Leistungen und/oder Güter er konsumiere. Das werde vielmehr und müsse für ihn entschieden werden: Vom Fachmann, vom Arzt also, weil nur der über die nötigen Kenntnisse verfüge.

Allerdings, wenn Marktwirtschaft nur dort noch zugelassen würde, wo alle Konsumenten beste Kenntnisse und Überblick besitzen, dann gäbe es sie höchstens noch in kleinen Randbereichen. Völlig transparent, also von jedem ohne Mühe und damit ohne Kosten durch- und überschaubar, ist kaum ein Markt. Selbst jenes Spezifikum, daß der Endverbraucher des Fachmanns bedarf, um überhaupt herauszufinden, welcher Art von Leistungen und Gütern – in diesem Falle, welcher Sorte an Behandlung und/oder an Arzneien – er möglicherweise begehren sollte, ist keine Besonderheit ausschließlich des Gesundheitswesens. In vielen Branchen, in denen die Kunden nicht ab ovo über Produktkenntnisse verfügen und teilweise des Rates von Fachleuten bedürfen, sind sie gleichwohl ganz unbestreitbar zu Monarchen aufgestiegen, die gemäß ihrer Funktion die konkurrierenden Anbieter zu Kostenminimierung zwingen und zu Innovationen anregen.

50. Ohnehin ist jenes zentrale Argument, wonach Marktelemente im Gesundheitswesen unausweichlich gesundheitliche Schäden nach sich zögen, durch die Erfahrung nicht belegbar. Alle Erfahrungen sprechen sogar dagegen. Die Klienten der privaten Krankenversicherungen in Deutschland, die den Umfang ihres Schutzes selbst auswählen und auch hohe Selbstbeteiligungen kontrahieren können, sind gesundheitlich nicht stärker angeschlagen als die Pflichtmitglieder der gesetzlichen Kassen. Selbst eine weitgehend versicherungslose Bevölkerung, die Gesundheitspflege – wenn sie denn fällig wird – aus der eigenen Tasche bezahlen muß, scheint das Problem (im Durchschnitt jedenfalls) nicht schlechter als eine staatlich zwangsversicherte zu bewältigen. In den

USA um 1930 herum waren die meisten Bürger nicht gegen Krankheit versichert. Die Lebenserwartung weißer Amerikaner (bei der Geburt) aber lag für beiderlei Geschlechter ziemlich gleichauf mit der, die seinerzeit für die Deutschen festgestellt wurde. Damals entsprach die Mitgliederzahl der GKV etwa zwei Dritteln der Erwerbspersonen.

51. Hingegen hat die These, daß Konsumentensouveränität auch im Bereich Gesundheit ziemlich zuverlässig zur Kostensenkung anregt, ohne immaterielle Schäden anzurichten, nicht nur einiges an Plausibilität für sich. Für sie sprechen auch Erfahrungen mit Experimentcharakter in den USA von heute, in denen Krankenversicherungen längst üblich sind (infolge vieler unbedachter Staatseingriffe allerdings auch Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen), in denen viele verschiedene Vorsorgeformen existieren, die ökonomisches Verhalten in unterschiedlicher Weise prämiieren.

Da gibt es zum einen in wesentlich größerem Ausmaß als hierzulande Vollversicherungen und solche mit hoher Selbstbeteiligung nebeneinander und unterdessen gut dokumentierte Langfriststudien über die Effekte der einen im Vergleich zu denen der anderen. Ein über fünf Jahre laufendes Experiment der Rand Corporation etwa, bei dem 4.000 nicht behinderte Personen im Alter von 14 bis 61 Jahren nach dem Zufallsverfahren hälftig auf eine Vollversicherung und eine mit Selbstbehalt verteilt worden waren, hatte am Ende ergeben: In der Gruppe mit Selbstbehalt waren die Arztbesuche und die Krankenhausaufenthalte der Erwachsenen erheblich geringer als bei den Vollversicherten gewesen. Statistisch signifikante Unterschiede bei den Veränderungen des Gesundheitszustandes gab es keine, mit einer Ausnahme: die Vollversicherten hatten in größerem Umfang passende Brillen.

Da existieren zum anderen sogenannte "Health Maintenance Organisations" (HMO), die das Gewinnmotiv der "Leistungserbringer" in einer auch gesamtwirtschaftlich profitablen Weise, nämlich zum Senken der Kosten nutzen: Ärztegruppen bieten im

Rahmen solcher HMO's gegen einen festen, vorweg zu zahlenden Beitrag den Bürgern die "Instandhaltung" (maintenance) ihrer Gesundheit an, inklusive eventuell fälliger Krankenhausaufenthalte; am Gesamtgewinn sind die einzelnen Mediziner beteiligt. Schlechtere gesundheitliche Ergebnisse bei HMO-Kunden sind nicht festgestellt worden, ihre Krankenhausaufenthalte aber lagen bis 40 Prozent unterhalb derer, die traditionell versichert sind.

Außer den HMO's, zum Teil sogar als Ergänzung zu diesen Gesundheitswartungsgesellschaften, haben sich noch "Preferred Provider Organisations" (PPO) etabliert. Dies sind Versicherungen, die ihren Kunden besonders kostengünstige, in einem Ausschreibungsverfahren gewonnene Vertragsärzte und Vertragskrankenhäuser (soweit es sich um HMO's handelt nur letztere) als "bevorzugte Leistungserbringer" anempfehlen. Erstattet erhält der Versicherte im Krankheitsfall nur die Vergütung oder den Pflegesatz, den die PPO mit ihren Vertragsmedizinern respektive ihren Vertragsspitälern ausgemacht hatte. Wählt er einen anderen als den "bevorzugten Leistungserbringer", werden u. U. erhebliche Zuzahlungen fällig. Das Modell hat den Vorzug, daß vor allem Krankenhäuser mit extrem hohen Kosten auf Dauer Patienten verlieren und zu wirtschaftlicherem Verhalten gezwungen werden – zumindest dann, wenn die öffentliche Hand nicht besinnungslos jedes Defizit durch Zuschüsse deckt.

Das alles spricht neben der grundsätzlichen Erwägung, daß der Staat nicht das Recht haben kann, die Risikovorsorge des Bürgers autoritär festzulegen, für eine baldige Umgestaltung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung in ein marktwirtschaftliches System, in dem das Eigeninteresse beider Seiten, das der Versicherten und das der "Leistungserbringer", genutzt wird, um das Gesundheitswesen samt seinen Kosten dauerhaft in Balance zu bringen.

52. Es ist freilich weitaus einfacher, ein ideales System zu entwerfen, als eine über hundert Jahre alte, unterdessen mit vielen

Unstimmigkeiten, mit vielen Privilegien zugunsten einzelner Gruppen beladene Konstruktion erst zu entrümpeln und dann zu renovieren. Gleichwohl ist dies im Fall der Krankenversicherung weitaus leichter als in anderen Bereichen der sogenannten "sozialen Sicherung", leichter vor allem als im Bereich der Altersvorsorge.

Anders als dort sind die Probleme der GKV augenfällig im Hier und Heute, was die Bereitschaft der Bürger, eine Reform dieser GKV anzunehmen, beträchtlich erhöhen dürfte. Denn deren Fehlkonstruktion schlägt sich jetzt und nicht erst im Übermorgen in steigenden Kosten und dadurch angetriebenen Beitragssätzen nieder. Durchaus gegenwärtig fühlbar ist die Ungerechtigkeit, die sie verursacht, weil die Kosten der Privilegien für manche Gruppen, speziell die Kosten für die Subventionierung der Älteren und Alten auf die einzelnen Krankenkassen und deren Zwangsmitglieder nach Zufall, also willkürlich verteilt sind und der bislang bestehende Finanzausgleich das nur wenig mildert.

Am stärksten belastet sind die voll zahlenden Zwangsabonnenten der Ortskrankenkassen, da dieser Zweig der GKV praktisch alle Versicherungs-"Berechtigten" aufnehmen muß, die sonst keine Alternative haben. Am geringsten belastet sind im Durchschnitt die Angehörigen von Betriebskrankenkassen. Jede weitere Kostenexplosion im Gesundheitswesen mit anschließendem Beitragssatzanstieg droht diese Belastungsunterschiede noch erheblich zu verschärfen: Denn damit wird der Anreiz für jene "guten Risiken", die zwischen Ersatzkassen und den Ortskrankenkassen wählen dürfen, immer größer, sich für erstere und gegen letztere zu entscheiden. Zugleich wächst damit der Ansporn in den mittleren und größeren Unternehmen mit relativ junger Belegschaft, Betriebskrankenkassen zu gründen und sich so aus der sogenannten Solidargemeinschaft weitgehend auszuklinken. Und je mehr Unternehmen aus dem Kreis der mittleren und großen dieses tun, um so stärker steigen die Krankenkassenbeiträge in den kleineren Betrieben.

Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe

Vor allem in dieser Ungerechtigkeit steckt zudem erheblicher Sprengstoff, der ohnedies bald entschärft werden muß. In seiner heutigen Konstruktion enthält der GKV-Beitrag für die Zwangsversicherten in erheblichem Umfang steuerartige Elemente (siehe Ziffer 32 f.). Ob eine so konstruierte Zwangsabgabe so ungleichmäßig erhoben werden darf wie derzeit, ob sie für die einen Bürger unausweichlich bei fast 16 Prozent (der höchste AOK-Satz) liegen darf, während andere für die gleiche Versicherungsleistung nur gut acht Prozent (der niedrigste Betriebskrankenkassensatz) ihres Einkommens hingeben müssen, ob dazu noch einige zwischen verschiedenen Kassen wählen dürfen, andere hingegen nicht, ist zunehmend auch verfassungsrechtlich umstritten. (Ein Verfahren in dieser Sache schwebt seit geraumer Zeit vor dem Verfassungsgericht).

Die noch für diese Legislaturperiode anvisierte Organisationsreform der GKV soll diese Ungleichheiten freilich eibebnen. Ziele dieser Reform und die dabei einzuhaltenden Nebenbedingungen sollen nach den Vereinbarungen der regierenden Koalition sein:

- Die Erweiterung der Kassenwahlfreiheit, unter der Nebenbedingung, daß das “gegliederte” System der GKV gewahrt bleibt.
- Die Verringerung der strukturell bedingten Beitragssatzunterschiede, unter der Nebenbedingung, daß ein kassenartenübergreifender Finanzausgleich abzulehnen sei (dem auch der Bundesrat schon im Vorwege seine Zustimmung verweigerte).

Durch ein paar bloß organisatorische Retuschen ohne tiefgreifende Veränderungen sind diese Ziele mit diesen Nebenbedingungen freilich überhaupt nicht zu erreichen. Bei einer Reform aber, die im Sinne des hier (in Ziffer 10 bis 13) skizzierten Modells einer marktwirtschaftlichen Gesundheitspolitik verführe und dabei die Krankenversicherungsbeiträge ihres Steuercharakters entkleidete, fiel die Realisierung sozusagen als Beiprodukt ab.

53. Eine solche Reform müßte auf der einen Seite die Rechte und die Pflichten der Bürger hinsichtlich ihrer Gesundheitsvorsorge neu definieren. Auf der anderen Seite müßte zugleich die Organisation der GKV so umgestaltet werden, daß sie den Bürgern auch die Möglichkeit bietet, von ihren neuen Rechten Gebrauch zu machen und ihren Pflichten nachzukommen. Was die Rechte und die Obliegenheiten der Bürger anbetrifft, müßte geändert werden:

- *Die Versicherungspflichtigkeit.* Im Ergebnis sollten alle Einwohner versicherungspflichtig sein. Geändert werden müßte die bisherige Beschränkung der Versicherungspflicht im wesentlichen auf den Kreis der abhängig beschäftigten Personen mit einem Einkommen unterhalb der Pflichtgrenze. Lediglich die Beamten (und Personen mit ähnlichem Status) könnten weiterhin insoweit von der Versicherungspflicht befreit bleiben, als die Beihilfezusage ihres Dienstherrn (die einer Versicherung gleichkommt) die verlangte Vorsorge abdeckt. Der Umfang der mindestens durch Versicherung abzudeckenden Risiken hinsichtlich der Krankheitsbehandlungskosten ergibt sich aus dem obligatorischen Leistungsrahmen der Krankenkassen (siehe unten).
- *Die Sicherung bei krankheitsbedingtem Einkommensausfall.* Im Ergebnis sollte die bisherige Regelung abgeschafft sein, daß im Krankheitsfall jeder Arbeitnehmer sechs Wochen lang Lohnfortzahlung vom Unternehmen und danach für die gleiche Krankheit innerhalb von drei Jahren maximal 72 Wochen lang Einkommensersatz von der Krankenkasse erhält. Stattdessen sollte dann gelten: Jeder, der durch krankheitsbedingten Einkommensausfall bedroht ist, (also Arbeitnehmer, Freiberufler, aber nicht Rentner) muß mindestens für die Zeit nach der vierten Krankheitswoche eine Krankentagegeldversicherung haben, die ihm für eine Dauer, wie sie auch jetzt vorgeschrieben ist, Einkünfte in Höhe der Sozialhilfesätze garantiert. Er kann aber auch eine früher einsetzende und an sein Einkommen gekoppelte Sicherung abschließen.

Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe

- *Das Recht auf kostenfreie Versicherung.* Im Ergebnis sollten Familienmitglieder grundsätzlich nicht mehr kostenfrei mitversichert sein. Auch für nicht berufstätige Ehefrauen und für Kinder sind gesonderte Versicherungsverträge abzuschließen. Es steht den Krankenkassen allerdings frei, "Familienpakete" anzubieten.
- *Wie die Beiträge bemessen werden und wer sie zu tragen hat.* Im Ergebnis sollten die Beiträge nicht mehr als Anteil des Einkommens, sondern als absolute Beträge festgelegt sein, und zwar versicherungsgerecht. Dieses Prinzip gilt für und gegen jeden. Jeder schuldet seine Beiträge (inklusive die für seine Kinder) dem Versicherer allein und muß sie auch alleine aufbringen.
- *Das Wahlrecht der Versicherungspflichtigen.* Im Ergebnis sollte für jeden prinzipiell (Ausnahmen s. u.) das Recht auf freie Wahl des Versicherungsunternehmens gelten. Geändert werden muß folglich die bislang gültige Regelung, daß unter den Versicherungspflichtigen nur jene eine Auswahl treffen können, für deren Berufsbereich neben der allgemein zuständigen Ortskrankenkasse noch eine oder mehrere Ersatzkassen in Frage kommen.
- *Die Versicherung von Neugeborenen und Zuwanderern.* Im Ergebnis sollten Neugeborene automatisch bei der Versicherung der Mutter mitversichert sein. Nur in dieser Hinsicht sollten auch private Krankenversicherer einem Kontrahierungszwang unterliegen. Zuwanderer sollten sofort bei Ankunft nach dem Zufallsverfahren, aber zahlenmäßig gleich, auf die bestehenden gesetzlichen Krankenkassen verteilt werden und später wechseln können.
- *Das Arbeits-, respektive Sozialrecht,* soweit es bislang Vorschriften zur Gesundheitssicherung enthält. Im Ergebnis wäre auch jeder Arbeitnehmer für seine Krankenversicherung inklusive der Versicherung gegen krankheitsbedingten Erwerbsausfall

alleine zuständig. Der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung wäre als eigenständige Leistung der Unternehmen abgeschafft und erkennbar zu dem gemacht, was er ist: ein Lohnbestandteil. Der ausgewiesene Bruttolohn wäre um den jetzt geltenden Arbeitgeberbeitrag per Gesetz aufgestockt. Als Beitragspflichtiger der Krankenkasse hätte dann nur noch der Arbeitnehmer zu gelten, der nicht mehr nur den halben, sondern den gesamten Beitrag entrichten müßte. Desgleichen müßten die Bruttolöhne auch um einen Teil der bisherigen Kosten der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall angehoben sein.

- *Das Steuerrecht*, soweit es hier relevant ist. Im Ergebnis sollten die Bürger dadurch, daß die Zwangsversicherung von eigentlich fiskalischen Aufgaben befreit und die Art ihres Beitragseinzugs geändert wird, nicht steuerlich schlechter gestellt sein als zuvor. Die vom zu versteuernden Einkommen als Sonderausgaben abziehbaren Vorsorgeausgaben müßten deshalb um einen Betrag aufgestockt werden, der in der Höhe dem bisherigen maximalen (und auch steuerfreien) Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung entspricht. Zugleich müßten Grundfreibetrag und Kindergeld so erhöht werden, daß Familien mit nur einem Verdienner weiterhin in den Genuß des Familienlastenausgleichs kommen, der ihnen bislang systemwidrig über die GKV zufließt.
- *Das Rentenrecht*, soweit es hier in Betracht kommt. Im Ergebnis sollten die Rentner nicht nur gleichberechtigte, sondern auch halbwegs gleich pflichtige Mitglieder der Krankenversicherung sein. Sie müßten den gleichen Beitrag für die Grundsicherung zahlen wie andere Erwachsene auch (was immer noch eine, wenn auch im Vergleich zum status quo verringerte Umverteilung zu ihren Gunsten bedeutete). Dafür müßte die Barauszahlung ihrer Rente um jenen Prozentsatz aufgestockt werden, der ihnen jetzt als sogenannte "Eigenbeteiligung" an der Krankenversicherung der Rentner einbehalten wird (derzeit 6,1 Prozent). Zusätzlich hierzu müßte die Rentenversicherung jenen Teil, den

Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe

sie in eigenem Namen, als Zuschuß zur Krankenversicherung der Rentner leistet (1990: 12,165 Milliarden Mark), an die Pensionäre auszahlen, und zwar in gleichen absoluten Beträgen für jeden (ausgenommen jene, die – weil privat krankenversichert – einen solchen, bislang allerdings noch prozentual an den Rentenbetrag gekoppelten Barzuschuß ohnedies schon erhalten).

- *Das Arbeitslosen- und Sozialhilferecht.* Im Ergebnis sollte die Gesundheitsversorgung von Arbeitslosen und von Sozialhilfeempfängern geregelt werden nach dem bisherigen § 264 des Gesundheitsreformgesetzes von 1988, also dadurch, daß einer Krankenkasse – und zwar der billigsten – die Kosten für die Übernahme der zu Sichernden im Einzelfall erstattet werden. Ersatzweise könnten Arbeitslose eine Summe, die dem Beitrag der jeweils billigsten Krankenkasse entspricht, auch in bar erhalten als Zuschuß zur Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft bei ihrer vorherigen, u. U. teureren Versicherung.

Spiegelbildlich hierzu und deshalb auf jeden Fall im gleichen Gesetzgebungsverfahren müßte im System der Gesetzlichen Krankenversicherung neu geordnet werden:

- *Die Beziehungen der einzelnen Kassen zueinander.* Im Ergebnis sollten die mehr als 1.000 gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr wie jetzt ein jeweils mehr oder minder abgegrenztes Geschäftsterrain haben, sondern untereinander um Versicherungsnehmer konkurrieren können und dies auch tun.
- *Die Rechte der GKV gegenüber Versicherungswilligen.* Im Ergebnis muß, da jeder Bürger versicherungspflichtig ist und Auswahlrechte hat, auch jeder eine Versicherung finden und sie auch wechseln können. Bislang schon unterlagen alle gesetzlichen Krankenkassen einem Kontrahierungszwang in allerdings sehr unterschiedlichem Ausmaß. Nur bei Ortskrankenkassen galt er gegenüber allen zur Versicherung Verpflicht-

teten und gegenüber allen zur Versicherung Berechtigten, während alle anderen Kassen Kontrahierungszwang nur gegenüber einem sehr beschränkten Kreis von Personen hatten. Künftig sollten alle gesetzlichen Kassen gegenüber allen Versicherungswilligen einen Kontrahierungszwang haben – mit Ausnahme derjenigen Bürger, die älter als 55 Jahre sind und aus der privaten Krankenversicherung überwechseln wollen.

- *Die Beziehungen der GKV zur PKV.* Im Ergebnis sollte auch zwischen diesen beiden Bereichen mehr Konkurrenz herrschen. Bislang beschränkte sich der Wettbewerb zwischen diesen beiden Bereichen auf den Personenkreis, der nicht versicherungspflichtig, aber zur freiwilligen Versicherung in der GKV berechtigt war. Künftig sollte die PKV auch eine Grundversicherung jenen anbieten können, die sich bislang nicht bei ihr gegen Gesundheitsrisiken schützen durften. Da der GKV aber (s. o.) Kontrahierungszwang auferlegt ist, sollten ihre steuerlichen Privilegien zunächst erhalten bleiben; allerdings müßte nach einer solchen Reform regelmäßig überprüft werden, ob es dieser Vorteile weiterhin bedarf.
- *Der Finanzausgleich zwischen den Kassen.* Im Ergebnis und nach einer angemessenen Übergangsfrist sollte es keinen Finanzausgleich zwischen den Kassen mehr geben, da ein solches Instrument zu einem Wettbewerbs-System nicht paßt, die Konkurrenz eher untergräbt. Untunlich kleine Kassen, die schon durch eine marginale Verschlechterung ihrer Risikostruktur zu erheblichen Beitragsanhebungen gezwungen würden, müssen sich zusammen- oder an größere anschließen. Im übrigen ist die Gefahr, durch extreme Einzelrisiken beträchtlich belastet zu werden, abzusichern, wie bei anderen Sparten der Risiko-Assekuranz auch: durch Rückversicherung.
- *Die Gründung von Betriebskrankenkassen.* Im Ergebnis sollte die Gründung solcher Kassen, die bislang schon bei nur

450 versicherungspflichtigen Arbeitnehmern möglich ist, generell nicht mehr genehmigt werden, zum einen weil das Schicksal einer Krankenversicherung nicht verknüpft werden sollte mit den notabene immer ungewissen Überlebenschancen eines Unternehmens, zum anderen weil die bisherige Regelung für die kleinen Betriebe, für den Mittelstand also, zu erheblichen Wettbewerbsnachteilen führt. Bestehende Betriebskrankenkassen sollten eine angemessene Übergangsfrist erhalten, sich mit anderen zusammenschließen und sich auch betriebsfremden Mitgliedern zu öffnen. Innungskrankenkassen können, wenn sie mitgliederstark genug sind, um eine angemessene Risikostreuung auch auf Dauer zu gewährleisten, bestehen bleiben. Aber auch für sie sollte ein Kontrahierungszwang im oben beschriebenen Sinne, also ein Diskriminierungsverbot gegenüber Außenseitern gelten.

- *Der Leistungsrahmen der Krankenkassen.* Im Ergebnis sollte als obligatorisch nur die Grundsicherung gelten. Deren Umfang sollte aus pragmatischen Gründen hergeleitet sein aus dem bisherigen Leistungskatalog der GKV unter Abstrich all jener Leistungen, die – wie etwa Zahnersatz, kosmetische Operationen, Versorgung von Pflegefällen, Schwangerschaftsabbrüche aus anderen als medizinischen Gründen oder Sterbegeld – nicht der Wiederherstellung oder der Erhaltung der Gesundheit im engsten Sinne dienen. Daneben steht es jeder Kasse frei, zusätzliche Leistungen zu offerieren.
- *Die Staffelung der Beiträge.* Im Ergebnis sollten die Beiträge im Bereich der Grundsicherung für alle Versicherten einer Kasse gleich hoch sein, ausgenommen die für Kinder. Denn eine Differenzierung der Beiträge nach Individualrisiken ist sehr schwierig, und die Staffelung nach Alter würde – wenn dabei nicht Altersrücklagen mitgenommen werden können – den Versicherungswechsel, damit den Wettbewerb unter den Krankenkassen erheblich behindern. Richten würde sich die

Höhe des einheitlichen Beitrags dann nach dem Durchschnitt der Krankheitskosten bei der gegebenen Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung.

- *Die Beitrags-Unterschiede zwischen den Kassen.* Im Ergebnis sollten die Beiträge der einzelnen Krankenkassen zwar differieren können, je nach Verwaltungskosten, je nach Risikostruktur ihrer Versicherten, je nach Ausmaß der Vorsorgeuntersuchungen, die sie verlangen, um spätere teure Krankheiten zu vermeiden. Der dank des möglichen Versicherungswechsels verschärfte Wettbewerb wird aber einige Egalisierung der Beiträge und auch optimale Betriebsgrößen mit dann nicht mehr so unterschiedlichen Risikostrukturen bei den Kassen erzwingen.
- *Die Anreize zur Inanspruchnahme der GKV.* Im Ergebnis sollte es nicht wie bisher Anreize zur Ausnutzung der Versicherungsgemeinschaft geben, sondern Anreize zum sparsamen Ge- und Verbrauch von Gesundheitsgütern. Deshalb muß jede Krankenkasse, auch im Bereich der Grundsicherung (ausgenommen HMO's, siehe unten) ein breites Spektrum an Wahlтарifen anbieten, bei denen um so niedrigere Beitragssätze gefordert werden, je höher die Selbstbeteiligung ist, die vom Versicherten übernommen wird. Mit wem sie wie hohe Selbstbeteiligungen vereinbaren, bleibt der Einschätzung der einzelnen Kassen überlassen. Generell, auch bei den Wahlтарifen, sollte eine teilweise Rückerstattung von Beiträgen bei Nichtinanspruchnahme der Versicherung üblich werden.
- *Die Beziehungen der gesamten GKV zu den Leistungserbringern.* Im Ergebnis sollte sich die Zusammenarbeit zwischen den bundesweiten Verbänden der Kassen auf der einen Seite und denen der Leistungserbringer auf der anderen darauf beschränken, das auszuarbeiten, was zum besseren Funktionieren und zur größeren Transparenz des Marktes beiträgt. Im Bereich der Anbieter von Arzneien und Hilfsmitteln (Brillen

Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe

etc.) gibt es da wenig Bedarf. Denn dort tut der Wettbewerb auch mittels Werbung (die daher auf keinen Fall unnötig eingeschränkt werden sollte) von selbst das Seine. Im Bereich der medizinischen und zahnmedizinischen Behandlung aber ist eine Normierung des Leistungskataloges notwendig.

- *Die Beziehung der einzelnen Kassen zu den Leistungserbringern.* Im Ergebnis sollte sich am Markt ein breites Spektrum entwickeln: Versicherungen, die den Kontakt zu Ärzten und Zahnärzten ihren Versicherten überlassen, neben solchen, die Vertragsärzte (und -zahnärzte) haben, mit denen sie – gegen die Zusicherung, ihnen ihre Mitglieder zuzuführen – spezielle, niedrige Honorare aushandeln. Schließlich sollten sich daneben auch noch Krankenkassen entwickeln können, die nach dem Vorbild der amerikanischen Health Maintenance Gesellschaften (siehe Ziffer 51) “Gesundheitswartung” anbieten, dadurch, daß sie sich eine gewinnbeteiligte Ärztesgesellschaft angliedern.
- *Die Beziehung der einzelnen Kassen zu ihren Mitgliedern.* Im Ergebnis sollte sich Vielfalt herausbilden, je nach den Wünschen der Bürger und danach, wieviel es ihnen wert ist, sich diese Wünsche zu erfüllen. Versicherungen mit freier Arztwahl werden teurer sein als jene mit beschränkter und auch als HMO’s. Für die ersten beiden Formen, die mit Selbstbehalt kombinierbar sind, hat Kostenerstattung, für die letzte Sachleistung zu gelten.

Im Hinblick auf den europäischen Binnenmarkt schließlich sollten Regelungen, die bislang als Barrieren gegen die Freizügigkeit wirken, im Rahmen einer solchen Reform gleich mitabgebaut werden, jedenfalls soweit dies auf nationaler Ebene möglich ist. Im einzelnen geht es hierbei um:

- *Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in anderen EG- Staaten.* Im Ergebnis sollte die Grundsicherung grundsätzlich EG-weit gelten, jedenfalls für akuten Behandlungsbedarf.

Die bisher von seiten der deutschen Krankenkasse für jeden einzelnen EG-Staat nötige Ausstellung einer Anspruchsbescheinigung auf Behandlung (im Urlaub oder während eines längeren Arbeitsaufenthaltes dort) sollte ersetzt werden durch eine allenthalben gültige Krankenversicherungskarte, die zur Therapie in Akutfällen berechtigt, und zwar nach dem Sachleistungsprinzip. Das heißt, die Rechnung geht direkt oder – so lange das gegenwärtige System der Leistungsaushilfe weiterbesteht – über das jeweilige nationale Gesundheitssystem an die deutsche Kasse. Ob einzelne Krankenkassen darüber hinaus ihren Versicherten zu besonderem Tarif europaweite Wahlfreiheit unter den Leistungserbringern anbieten, bleibt ihnen überlassen.

- *Die Zulassung ausländischer Privatversicherungen*, die ohnedies nach den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes und den Vorhaben der EG-Kommission verlangt wird. Im Ergebnis sollen diese ausländischen Unternehmen durchaus anders strukturiert sein dürfen als deutsche, müssen aber – wenn sie die Grundsicherung hier anbieten – bestimmte Mindestbedingungen erfüllen. Wenn und soweit das EG-Recht verbietet, sie den deutschen Versicherungsregeln komplett zu unterstellen, bietet sich dieser Ausweg an: Die obligatorische Grundsicherung, die jeder Einwohner in Deutschland nachweisen muß, darf nicht aussteuerbar und nicht von seiten des Versicherers kündbar sein.

54. Eine solche Reform würde zunächst gewiß nicht alle besser stellen als im status quo. Auf Dauer aber hätte die gesamte Versichertengemeinschaft Vorteile davon, weil die Leistungszusagen wieder verlässlich würden. Zu den sofortigen Gewinnern zählte die Mehrzahl der heute zwangsversicherten Arbeitnehmer, die durch das jetzige System diskriminiert werden. Ihr ausgewiesenes bares Nettoeinkommen würde erheblich steigen. Da sie sich – gegen Übernahme eines geringen Eigenrisikos – wesentlich billiger gegen Behandlungskosten und Erwerbsausfall bei Krankheit versichern könnten als bisher, hätten sie Einkommensteile frei zur

Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe

Befriedigung anderer Wünsche. Das würde im deutschen Osten auch helfen, die für den Aufbau dort so besonders kontraindizierten hohen Lohnforderungen ein wenig abzdämpfen.

Scheinbar zu den Verlierern in der ersten Runde hingegen zählen die Rentner. Denn ihnen würde das Privileg genommen, teils gegen winzige Beträge versichert und zugleich die größten Nutzer und – da sie mehr Zeit als andere haben – auch oft die größten Ausnutzer des bisherigen GKV-Systems zu sein. Letztere Möglichkeit, die zur Ausnutzung des Gesundheitssicherungssystems, würde ihnen, wie allen Bürgern, generell genommen.

Eine höhere Belastung durch die veränderte Beitragsbemessung und -zahlung käme jedoch keineswegs durchgängig auf alle Rentner zu. Denn bei dem Bezieher einer sogenannten Standardrente (das ist die Rente eines Versicherten, der während 45 Versicherungsjahren stets ein Entgelt in Höhe des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten bezogen hat) entsprach 1990 der monatlich auf seinen Kopf entfallende Beitrag der Rentenanstalten zur Krankenversicherung und die Eigenbeteiligung, die ihm dazu abgefordert wurde, in etwa der Summe, die die GKV damals hätte erheben müssen, wenn seinerzeit die Prämie für alle Versicherten absolut gleich hoch gewesen wäre. (Bei der GKV sind "Versicherte" die beitragszahlenden Mitglieder plus ihre kostenfrei versicherten Angehörigen.)

Die Prämien in dem neuen System aber wären wegen der Einsparungen durch die Selbstbeteiligung erheblich niedriger als das jetzige Beitragsaufkommen je Versicherten, d. h. auch unter den Rentnern gäbe es wahrscheinlich eine nicht ganz kleine Zahl, die sofort durch die Reform gewinnen. Das gilt auch für den Osten Deutschlands, da dort einerseits die Gesundheitskosten pro Kopf noch sehr viel niedriger als im Westen sind und andererseits die Renten zwischen dem Start in die Wirtschafts- und Währungsunion und Anfang 1992 im Durchschnitt um über 90 Prozent angehoben worden sind.

55. Gleichwohl wird es Rentner geben, bei denen die Auszahlung der bislang für sie geleisteten GKV-Beiträge (inklusive ihrer Eigenbeteiligung) auch nicht ausreicht, um daraus eine dank der Reform erheblich abgesenkte Krankenversicherungsprämie zu begleichen. Es sind dies jene Älteren und Alten, deren Rente sehr niedrig ist. Bei einem Teil davon würde die Reform freilich nur ein Privileg abschaffen, das ohnehin skandalös ist und durch die letzten gesetzlichen Korrekturen immer nur für "Neurentner" beschränkt worden war: bei jenen wohlhabenden älteren Bürgern, die – aufgrund einer kurzzeitigen rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit in jungen Jahren – nun eine schmale Sozialrente als Zubrot zu hohem Vermögenseinkommen haben und daraus bislang noch das Privileg ziehen, für einen winzigen Betrag krankenversichert zu sein.

Bei einem Teil allerdings, bei jenen, die außer einer sehr schmalen Rente kein Einkommen haben und davon möglicherweise noch zu zweit leben müssen, gäbe es tatsächlich Probleme. Hier muß die Sozialhilfe einspringen, besser wäre in diesem Fall und sogar systemgerechter ein negativsteuerartiger Zuschuß. Denn nur durch einen solchen Zuschuß würden diese normalerweise nichtsteuerpflichtigen Bürger genauso behandelt wie steuerpflichtige Erwerbstätige, denen aus Anlaß einer solchen Reform der Grundfreibetrag erhöht würde.

Auf Dauer ist die Reform aber selbst für diese Gruppe ein größerer Gewinn, als wenn es keine Reform dieser Sorte gäbe. Denn die Alternative, die sonst droht, schädigt sie mehr: Ad hoc Korrekturen in Serie, um alle Jahre wieder allfällige Kostenexplosionen einzufangen, gehen auf die längere Sicht immer zu Lasten derer, die in einer Gesellschaft die Schwächsten sind – auch wenn Sozialpolitiker noch so laut und so häufig das Gegenteil beschwören.

56. Daß dies so ist, beweist gerade die letzte "Strukturreform im Gesundheitswesen", in Kraft getreten Anfang 1989, besonders schlagend. Die damals verfügte Vorschrift, daß unter denen, die

Die Reform, die das Gesundheitswesen gesunden ließe

nach dem 31.12.1993 in Rente gehen, nur noch jene Pensionäre zum Sozialsatz Mitglieder bei den gesetzlichen Kassen sein können, die das zuvor in “ mindestens neun Zehnteln” der zweiten Hälfte ihres Arbeitslebens auch schon waren, sollte Mißbrauch abwenden. Sie trifft künftig ohne Ansehen des Einkommens nicht nur, aber auch solche Neurentner: Bürger, die in den ersten drei Fünfteln ihres Arbeitslebens gut verdient, sich daher privatversichert hatten, dann aber (wegen einer Firmenpleite beispielweise) die Beschäftigung verloren und für die letzten zwei Fünftel ihrer Berufstätigkeit (= acht Zehntel der zweiten Hälfte) nur eine Erwerbsstelle mit krankenversicherungspflichtigem Salär gefunden hatten. Sie werden für das Pech, das sie im Leben hatten, durch dieses Gesetz gleich noch zweimal zusätzlich abgestraft. Beim Wechsel in die versicherungspflichtige Tätigkeit dürfen sie nicht in ihrer privaten Kasse bleiben, auch nicht wenn diese günstiger ist. (Denn das darf nach den Buchstaben des Gesetzes nur derjenige, bei dem die Dynamisierung der Versicherungspflichtgrenze und nicht der eigene Einkommensabstieg die Ursache für das Hineinfallen in die Versicherungspflicht war.) Mit der Pensionierung fliegen sie aus der GKV hinaus und können einer privaten Versicherung wegen ihres dann ja schon sehr hohen “Eintrittsalters” nur noch zu extrem hohen Prämien beitreten.

So unsoziale Folgen hätte die hier vorgeschlagene, mehr von marktwirtschaftlichen Prinzipien denn von sozialen Ideen inspirierte Reform nicht.

Ich glaube, daß die Politik entweder daran krankt, daß die Ideen aus kleinen Köpfen in kleinere Herzen, oder daß sie aus kleinen Herzen in kleinere Köpfe übergehen.

Karl Kraus

VII. SONDERPROBLEM: PFLEGEVERSICHERUNG

57. Als neues, noch nicht hinreichend abgedecktes, nun aber dringlich für alle abzusicherndes Risiko gilt derzeit die Gefahr, im Alter ein Pflegefall zu werden. Das Anliegen, alle Bürger gegen diese Eventualität, genauer: gegen die damit verbundenen finanziellen Belastungen durch Versicherung zu schützen, steht auf der Traktandenliste der noch zu erfüllenden sozialpolitischen Wünsche ganz oben. Und diese Pflegeversicherung soll nach den Vorstellungen des zuständigen Ministeriums angebunden sein an die gesetzliche Krankenversicherung.

In Deutschland, wie in allen anderen wohlhabenden Industrieländern, steigt die Lebenserwartung gerade und besonders stark unter den schon älteren Bürgern. Die Zahl der über 80jährigen ist in Westdeutschland innerhalb von nur 20 Jahren (von 1969 bis 1989) von 1,1 Millionen auf 2,39 Millionen, ihr Anteil an der Wohnbevölkerung von 1,8 auf 3,8 Prozent angewachsen. Selbst die Zahl der über 90jährigen hat sich innerhalb dieser Periode fast verdreifacht; ihr Anteil an der Bevölkerung lag 1989 bei 0,35 Prozent (1969: 0,125 Prozent).

Nach allen früheren Erfahrungen ist das Risiko, sich in sehr hohem Alter nicht mehr selbst in den Alltagsdingen helfen zu können, sehr groß. Daß mit der Zunahme der Lebenserwartung und dem damit wachsenden Anteil der Betagten und Hochbetagten an der Bür-

gerschaft auch in gleichem Maße der Anteil der Pflegefälle an der Gesamtbevölkerung zunimmt, wird daher oft als selbstverständlich unterstellt. Pflege aber ist zweifelsohne personalintensiv. Wenn die Familie – eine Notgemeinschaft schließlich auch für solche Schicksalslagen – ausfällt und folglich entgeltliche, fremde Hilfe benötigt wird, ist pflegebedürftig zu sein sehr teuer: Die Pflegekosten für völlig hilflos Gewordene sind gewiß viel höher, als die meisten Rentner aus ihrem *laufenden Einkommen* aufbringen können.

58. Ob die Folgerungskette “mehr Betagte = genau so viel mehr an Pflegefällen = entsprechend mehr an Altersnot”, auf der die Forderungen nach einer Pflegeversicherung beruhen, mit jener Absolutheit zutrifft, mit der sie häufig vorgetragen wird, ist gleichwohl fraglich – schon im Hier und Heute; und für die Zukunft ist sie es noch mehr.

Zunächst ist gar nicht so sicher, daß hohes Alter in ähnlichem Maße wie früher mit Morbidität einhergeht. So ganz ausgeschlossen ist es ja schließlich nicht, daß jene Faktoren, die zur Verlängerung des Lebens beigetragen haben (der wirtschaftliche und medizinische Fortschritt) und dies anscheinend weiter tun, auch die Morbidität im Alter absenken.

Und daß die Kosten, wenn denn der Risikofall Alterspflegebedarf eintreten sollte, die wirtschaftlichen Möglichkeiten der dann Betroffenen immer übersteigen, ist auch nicht mehr als bloß Vermutung, die sich bei etwas präziserer Betrachtung (zumindest für den Westen Deutschlands) als allzu pessimistisch erweisen könnte.

Einzuräumen ist zwar: Stark (jedenfalls noch weitaus stärker als die Zahl der Betagten und Hochbetagten) gewachsen ist während der vergangenen zwei Dekaden die Anzahl der Bürger, die im eigenen oder im Haushalt ihrer Familie vom Sozialamt eine “Hilfe zur Pflege” – das ist dann meist (in 80 Prozent aller Fälle) eine Geldleistung – erhalten: von 75.000 im Jahr 1969 auf 265.000

zwanzig Jahre danach. Aber diese Zunahme der Zahlungsempfänger beweist noch lange nicht, daß tatsächlich auch die Altersmorbidityfälle und in deren Gefolge die Altersnot in gleichem Umfang zugenommen haben. Denn in diesem Zeitraum sind zum einen die Einkommens- und Vermögensgrenzen, unterhalb derer ein Anspruch auf Pflegegelder geltend gemacht werden kann, kräftig heraufgesetzt worden. Zum anderen sind die Kriterien, bei denen Hilfsbedürftigkeit unterstellt wird, zunehmend weniger strikt und streng ausgelegt worden. (Ohnedies sind in den Gesamtzahlen auch jüngere, im eigenen Haushalt betreute Unfallopfer oder Schwerst-, etwa Aidskranke enthalten).

Einen korrekteren Anhaltspunkt über das Ausmaß, in dem mit steigendem Altenanteil die Morbidität und die dadurch verursachte auch materielle Hilfsbedürftigkeit zunimmt, liefert eher die Entwicklung der Sozialfälle innerhalb von Pflegeheimen. Die Zahl der Bürger, die in solchen Institutionen versorgt werden und für die dabei entstehenden Kosten einen Zuschuß von der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, ist jedoch zwischen 1969 und 1989 nicht im entferntesten so stark angestiegen wie die Zahl der Betagten: nämlich nicht um 117 Prozent wie die Summe der über 80jährigen, sondern nur um 64 Prozent auf nunmehr 271.000. Selbst dieser Anstieg kann nicht alleine einer Zunahme der pflegefallbedingten Altersnot zugeschrieben werden. Denn in den Gesamtzahlen der eines Sozialhilfeschusses bedürftigen Pflegeheimbewohner sind auch jene jüngeren und jungen Bürger mit erfaßt, die wegen angeborener Leiden oder infolge von Unfällen in derartigen Einrichtungen betreut werden müssen und mittellos sind. (Das heißt, die Zunahme der in jeder Hinsicht Hilfsbedürftigen spiegelt u. a. auch die steigenden sozialen Kosten beispielsweise des Straßenverkehrs wider.)

59. Weder die Gesamtzahl jener, die heute der Heimpflege bedürftig und dafür nicht mit hinreichend eigenen Mitteln ausgestattet sind, noch ihre Zunahme im Verlauf der vergangenen Dekaden ist mithin erschreckend (jedenfalls nicht in Anbetracht des Faktums, daß die

Zahl der meist jüngeren und durchaus arbeitsfähigen Bürger, die "laufende Hilfe zum Lebensunterhalt" vom Sozialamt beziehen, im gleichen Zeitraum bei weitem stärker, nämlich um mehr als 250 Prozent angestiegen ist). Die Entwicklung in dieser jüngeren Vergangenheit stützt auch noch nicht in hinreichendem Maße die Sorge, altersbedingte Pflege- und in deren Gefolge auch materielle Bedürftigkeit könnte bald eine Massenerscheinung werden.

Weitaus dramatischer als die Gesamtzahl der öffentlich unterstützten Pflegeheimbewohner sind die Sozialhilfekosten je Einzelfall angestiegen: Von 5.085,- D-Mark im Jahr 1969 auf 29.166,- D-Mark im Jahr 1989 – um 473,6 Prozent und damit weitaus schneller als das Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit je durchschnittlich Beschäftigten, das im gleichen Zeitraum nur um 253 Prozent gewachsen ist.

Und das auch ist das eigentliche Problem: Zwar hat das Risiko, daß hohes Alter mit lange währender Hinfälligkeit verknüpft ist, wohl eher abgenommen (und wird dies vielleicht weiterhin tun). In den Fällen aber, in denen es eintritt, sind die damit verknüpften finanziellen Belastungen horrend geworden (und zwar so horrend, daß zu überprüfen wäre, ob in den Pflegeheimen effizient genug gewirtschaftet wird). Ein Platz in einem Pflegeheim kostet derzeit bereits im Durchschnitt (altes Bundesgebiet) rund 42.000,- D-Mark im Jahr. Die jährliche Standardrente (die ein Versicherter bezieht, der 45 Jahre lang stets das Durchschnittsentgelt verdient hatte) lag 1991 (netto) bei rund 20.000,- D-Mark.

60. Begründet werden könnte die Forderung nach einer Pflegeversicherung gleichwohl schwerlich mit der Sorge um jene, die im hohen Alter in die Situation geraten, daß ihre Mittel für eine nötige Betreuung nicht ausreichen; denn sie würden auch nicht besser versorgt, wenn statt der Sozialhilfe eine Pflegeversicherung die Lücke schließen würde zwischen den Pflegekosten und dem, was sie selbst dafür aufzubringen in der Lage sind. Sinn einer solchen

Forderung kann nur sein, die Gesellschaft, die für die Sozialhilfe aufkommt, dadurch zu entlasten, daß dem einzelnen Bürger Eigenvorsorge auch für diese Schicksalsmöglichkeit auferlegt wird.

61. Genau dieses eigentliche Ziel einer Pflege-„Versicherung“, Entlastung der Gesellschaft und den Zwang zu Eigenvorsorge, kann das Modell, das vom hierfür zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgelegt wurde, nicht erreichen. Es hat dieses Ziel auch noch nicht einmal im Visier. Denn nach diesem Modell einer Pflegeversicherung sollen daraus schon die heutigen Pflegefälle einen Zuschuß erhalten, obwohl sie nie einen Beitrag zu dieser „Versicherung“ geleistet haben. „Versicherung“ ist für diese Konstruktion ohnehin ein völlig falscher, ein camouflierender Begriff. Auf ihrer Leistungsseite steht eine Subvention, auf der Aufbringungsseite ist es eine Steuer. Denn finanziert werden sollen diese Pflegezuschüsse nach dem Umlageverfahren, als Zwangsbeitrag, erhoben auf den Lohn aller Arbeitnehmer (wobei die Arbeitgeber offiziell jeweils die Hälfte des Beitragssatzes tragen sollen).

Statt zur Entlastung der Gesellschaft führte dieses Modell ohnehin zunächst nur zu einer Verschiebung von einer öffentlichen Kasse auf die andere, von der Sozialhilfe auf die aus einer neuen steuerartigen Zwangsumlage gespeiste soziale Pflegesicherung. Die bloße Lastenumschichtung von einer alten auf eine neue öffentliche Hand macht die Bürde für die Gesellschaft jedoch nie leichter. Bei dem hier in Rede stehenden Problem würde diese Last zudem durch die anvisierte Umschichtung nicht nur größer, sondern auch noch ungerechter verteilt.

Die politisch geforderte Umlage, genannt „Pflegeversicherung“, müßte – anders als die Sozialhilfe – an die dadurch Begünstigten ausgezahlt werden ohne Bedürftigkeitsprüfung, also ohne Prüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Pflegenden und seiner nächsten Anverwandten. Schon dadurch würde die Zahl der Personen, bei denen dann ein öffentlicher Zuschuß fällig

würde, erheblich erweitert: um all jene nämlich, die zuvor auf eigene oder der Familie Kosten gepflegt wurden. (Daß bei Einführung einer Pflegeversicherung der oben beschriebenen Art sich zudem noch plötzlich weitaus mehr Personen, als je zuvor geahnt, als Pflegefall definieren könnten, kommt noch erschwerend hinzu).

Und daraus erwächst dann ein soziales Skandalon ohnegleichen: Nicht wenige der heute Älteren und Alten haben Vermögen, das für Pflege verbraucht werden kann (und nach der bisherigen Rechtslage auch verbraucht werden muß, bevor ein öffentlicher Pflegezuschuß gezahlt wird). Bei jeder Untersuchung über den Vermögensbestand und die Schulden privater Haushalte, die das Statistische Bundesamt im Rahmen des Mikrozensus regelmäßig veranstaltet, erwies sich bisher stets, daß die Älteren und Alten in Westdeutschland einen wesentlich höheren Anteil am gesamten Grundvermögen und auch am gesamten Geldvermögen hatten, als ihrem Anteil an der Bevölkerung entsprach. (1988 etwa stellten die Haushalte mit über 65jährigem Vorstand nur 27,8 Prozent aller Haushalte, verfügten aber über 32,9 Prozent des gesamten Geldvermögens) Und dieses Phänomen, daß vor allen anderen die Alten die Besitzer des Volksvermögens sind, wird in den nächsten Jahren im deutschen Westen noch an Deutlichkeit gewinnen. Es gibt nicht den geringsten Grund, die Betreuung von hilfsbedürftigen Alten durch eine steuerartige Zwangsumlage zu finanzieren, damit deren Vermögen (und sei es auch nur ein kleines) geschont wird und später als Erbe bereit steht für Kinder oder Geschwisterkinder – darunter auch für solche, die sich zuvor die Last der Pflege eines Anverwandten erspart hatten. Darauf genau aber läuft jener Plan für eine “soziale” Pflegeversicherung hinaus.

Auch die Finanzierungsseite dieser Art von neuer Pflegesicherung impliziert eine jener Verschiebungen, die Sozialpolitiker sonst als ungerecht zu geißeln pflegen. Die Sozialhilfe, die bislang subsidiär für die Pflege zuständig ist, wird aufgebracht aus dem allgemeinen Steueraufkommen, also von allen Bürgern, und – da die Bundesre-

publik im Bereich der Einkommensbesteuerung einen stark progressiven Tarif hat – in überproportionaler Weise von den gut und von den noch besser Verdienenden. Nach den vorliegenden Plänen des zuständigen Ministeriums soll die Pflege künftig in gleicher Weise finanziert werden wie bislang die GKV, also mittels proportionaler Beitragssätze, erhoben auf alle Arbeitnehmereinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Damit würden die Wohlhabenden davon befreit, hierfür nach Leistungsfähigkeit mitzubezahlen. Die Belastung durch die Pflegeumlage wäre “regressiv”, die unteren Einkommenschichten wären in stärkerem Maße als die oberen beladen.

62. Das Gegenmodell zu einer sofort zahlungsbereiten Pflegefürsorge ist die echte Versicherung, die tatsächlich nur bei jenen Bürgern die Kosten benötigter Hilfen übernimmt, die zuvor Beiträge eingezahlt haben. Das können notabene dann nur die Pflegefälle *von morgen* sein. Angesichts des Faktums, daß eine weiter zunehmende Überalterung der Bevölkerung droht und daß die jeweils nächsten Generationen schon über die Rentenversicherung und auch über die GKV mit der Finanzierung dieser Alterslast sehr beladen sind, wäre es ein verantwortungsloses Abenteuer, ihnen noch eine Verpflichtung ähnlicher Art aufzuladen. Das aber wäre der Fall, wenn nicht von allen, die jetzt einer solchen Versicherung beitreten müssen, risikogerechte Beiträge gefordert würden: also relativ hohe von jenen Erwerbstätigen, die nicht mehr ganz jung sind, bei denen eine solche Versicherung mithin nicht lange oder gar keine Zeit mehr hat, um Altersrücklagen aufzubauen. Ein 60jähriges Ehepaar, das sich für den Fall der Hilfsbedürftigkeit ein monatliches Pflegegeld von 3.000,- D-Mark (für beide zusammen) sichern möchte, müßte dafür einen Jahresbeitrag von 2.093,- D-Mark entrichten. Nur bei den heute ganz jungen Bürgern könnten die Beiträge relativ niedrig sein, selbst wenn sie so kalkuliert sind, daß daraus angemessene Altersrücklagen gebildet werden können. (Ohne Altersrücklagen aber würde auch diese echte Pflegeversicherung zum Spielball der Demographie – ihre Beiträge

würden bei zunehmender Überalterung der Bevölkerung steil ansteigen.) Da die Einkommen in Deutschland jedoch bereits in außerordentlichem Maße durch Steuern und Sozialabgaben kollektiviert sind, könnte auch bei den jüngeren Erwerbstätigen eine nur marginale Zusatzbelastung schon in erheblicher Weise die Leistungs- und Sparbereitschaft beeinträchtigen.

Die hier vorgeschlagene Reform enthält daher auch keine Pflegeversicherung. Sie enthält dies nicht aus drei Gründen:

- weil jede nächste Altengeneration, die die vorherige beerbt, noch mehr für eventuelle Pflege verbrauchbares Vermögen besitzen wird;
- weil nur die Sozialhilfe, wenn sie als streng subsidiäre Instanz für Notfälle in diesem Bereich exklusiv zuständig bleibt, einen wirksamen Anreiz für die Familie schafft, sich ihrer Pflegeverpflichtung nicht zu entziehen, den Anreiz nämlich, ansonsten des Erbes verlustig zu gehen;
- weil angesichts der gegenwärtigen, noch Jahre anhaltenden Belastung der Bürger durch die Kosten der deutschen Einheit eine solche neue kostspielige Institution außerordentlich kontraproduktiv wäre.

Gerade der letzte Gesichtspunkt läßt es ratsam erscheinen, zumindest einstweilen auf eine obligatorische Pflegeversicherung zu verzichten.

Ich halte es für wahr, daß die Humanität endlich siegen wird, nur fürcht ich, daß zu gleicher Zeit die Welt ein großes Hospital und einer des anderen humaner Krankenwärter wird.

Johann Wolfgang von Goethe

VIII. SONDERPROBLEM: KRANKENHAUS

63. Die Vorläufer des modernen Hospitals waren Orte des Erbarmens, der (im wesentlichen) unentgeltlichen Nächstenliebe. Heute sind Hospitäler die Institutionen, die innerhalb des gesamten Gesundheitswesens das meiste Geld verschlingen. Kein anderer Einzelposten unter den Leistungsbereichen des Sektors verzehrt so gewaltige Summen (1988 insgesamt in Westdeutschland: 58,2 Milliarden D-Mark). Kein anderer hat unterdessen auch innerhalb der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ein solches Gewicht (Anteil der Kosten für stationäre Behandlung an den GKV-Ausgaben in den alten Bundesländern 1990: 31,5 Prozent; 1970 dagegen erst 24 Prozent). Bei kaum einem anderen ist es so schwierig, der Ausgabenexplosion Herr zu werden.

Dabei sind in diesem Bereich während der vergangenen Jahre mehr Anstrengungen zur Kostendämpfung unternommen worden als in jedem anderen, darunter einige, die zumindest in die richtige Richtung gingen: Es gab Anreize zum Abbau des "Bettenberges". Für Entbindungen wurde eine Höchstgrenze der Krankenhausverweildauer festgelegt. (Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981). Insbesondere wurde jener Mißstand abgeschafft, daß Krankenhäuser den Pflegesatz, den sie den Krankenkassen (und den Privatpatienten) in Rechnung stellen, nach ihren Kosten bemessen durften und keinen Anreiz hatten, diese Kosten im Zaum zu halten. Nach einer Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

und der Pflegesatzverordnung (verabschiedet Ende 1984) werden die Pflegesätze nunmehr in Verhandlungen mit den Krankenkassen auf der Basis vorkalkulierter Kosten festgelegt. Soweit Spitäler dabei durch rationelle Betriebsführung Gewinne erwirtschaften, verbleiben ihnen diese Überschüsse, allerdings müssen unwirtschaftliche Krankenhäuser (respektive ihre Träger) auch eventuelle Verluste selber tragen. Im Rahmen der Gesundheitsreform von 1989 schließlich wurde

- den Krankenkassen das Recht eingeräumt, “unwirtschaftlichen” und “nicht bedarfsgerechten” Krankenhäusern die Zulassung zur Versorgung ihrer Versicherten (die haben neben echten Vertragskrankenhäusern bislang sozusagen automatisch alle Hochschulkliniken und alle Spitäler, die im Krankenhausplan eines Landes stehen) aufzukündigen, allerdings nur, wenn die jeweils zuständige Landesbehörde – das aber ist häufig der Krankenhausträger – zustimmt;
- die Erstellung von Krankenhauspreisvergleichslisten beschlossen;
- den Ärzten die Verpflichtung auferlegt, bei Einweisung von Patienten auch auf die Preisgünstigkeit des Krankenhauses zu achten.

Immerhin scheint die Mitte der 80er Jahre verfügte Abkehr von der bis dahin üblichen Praxis, die Krankenhäuser nach Kosten zu honorieren und damit die Unwirtschaftlichkeit zu prämiieren, einige Spuren hinterlassen zu haben. Der Anstieg der GKV-Kosten für stationäre Behandlung, der zwischen 1970 und 1985 durchschnittlich 17 Prozent im Jahr(!) erreichte, hat sich jedenfalls in den Jahren seither abgeflacht. Er lag aber immer noch (mit durchschnittlich 5 Prozent p.a. von 1985 bis 1990) oberhalb der Zuwachsrates der beitragspflichtigen Entgelte (durchschnittlich 4,5 Prozent p.a.), und diese Entwicklung hat sich in der allerjüngsten Zeit noch weiter

verschärft. Bei dem Gewicht, das die Kosten für stationäre Behandlung innerhalb der Gesamtausgaben für die GKV haben, geht hiervon in der Tendenz ein Druck zur Erhöhung der Beitragssätze aus.

64. In den Hospitälern sind die Personalkosten der größte Posten innerhalb ihres Gesamtaufwands; sie sind daran mit gut zwei Dritteln beteiligt. Und sie werden nicht nur getrieben durch Lohnerhöhungen (die hingenommen werden müssen, soweit sie sich in dem Rahmen halten, der durch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und durch die relative Knappheit der dort verlangten Fähigkeiten gesteckt ist), sondern vor allem durch eine ständige Ausweitung des Personalbestandes. Allein zwischen 1985 und 1989 haben die deutschen Krankenhäuser ihren Personalbestand um 12,2 Prozent aufgestockt. Tarifliche Arbeitszeitverkürzung kann das alleine nicht verursacht haben; denn sie betrug innerhalb dieses gesamten Zeitraums nur 2,6 Prozent. Auf 100 Krankenhausbetten entfallen mittlerweile 131 Krankenhausangestellte (1985: 113; 1975: 103), und dies obwohl die Inanspruchnahme der Spitäler während dieser Zeit sogar leicht zurückgegangen ist (und die Effizienz der Behandlung, also der Anteil der Patienten, die geheilt oder doch zumindest lebend wieder entlassen wurden, nicht nachweisbar gestiegen ist).

65. Das meiste Gewicht, nach Größe und Zahl, haben die öffentlichen Krankenhäuser. Ihre Träger sind in der Regel Länder und Gemeinden (oder Gemeindeverbände). Wie in anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes sind auch dort die Anreize zu einem effizienten Personalmanagement gering. Zudem wirkt hier die Konkurrenz verschiedener politischer Zwecke um knappe Budgetmittel nur begrenzt disziplinierend, da die Stellung dieser öffentlichen Krankenhausträger gegenüber der GKV – trotz der durchaus sinnvollen institutionellen Änderungen der vergangenen Jahre immer noch so mächtig ist, daß sie die Kosten einer immer weiteren Personalaufblähung auf jene überwälzen können: schon deshalb, weil alle Hospitäler, die in den Plan eines Landes aufgenommen

worden sind, sozusagen automatisch Vertragskrankenhäuser aller gesetzlichen Krankenkassen sind und von diesen auch (erst neuerdings s.o.) nur mit Zustimmung des Landes gekündigt werden können.

Erst eine Krankenversicherungsreform, wie sie hier vorgeschlagen wird (Abschnitt VI), gäbe den Krankenkassen sowohl die Möglichkeit, wirklich ein gleichberechtigter Verhandlungspartner für die Krankenhäuser zu sein, als auch den nötigen Impetus, auf Sparsamkeit zu drängen, da sie dann ihre Mitglieder nicht mehr zugewiesen erhielten, sondern um sie u. a. mit günstigen Prämienangeboten konkurrieren müßten.

Zu einer dann marktwirtschaftlich konstruierten Gesundheitsvorsorge würde freilich das bisherige Übergewicht öffentlicher Spitäler (sie stellen in ganz Deutschland 58 Prozent der Krankenhausbetten) schwerlich passen. Ein Teil der heute noch staatlichen Krankenhäuser könnte privatisiert oder in frei gemeinnützige Trägerschaft überführt werden und wäre dann vielleicht in der Lage, die Kosten dadurch drastisch zu senken, daß jene Klinikbereiche, in denen nur leichte, gar nicht der Pflege bedürftige Fälle liegen, von Hotelgesellschaften (spartanisch) bewirtschaftet werden. Ein Teil muß geschlossen werden, denn noch immer gibt es in Deutschland (gesamt) zu viele Krankenhausbetten, die dann die selbst während dieser Zeit abwesenden Ärzte dazu verführen, Patienten zum Wochenendeinliegen anzuhalten. Der neben den Hochschulkliniken (für die – da sie zur Lehre und zur Forschung verpflichtet sind – andere Kriterien gelten) dann noch verbleibende Rest an öffentlichen Krankenhäusern müßte und könnte nach Art eines Unternehmens und nicht wie ein staatlicher Regiebetrieb geführt werden.

Laß den Gesteinen und dem Gold ihr
Amt, das ist: laß sie dem Apotheker

Paracelsus

IX. SONDERPROBLEM: ARZNEIMITTEL ALS HANDELBARE
GÜTER IN DER EG

66. Bei keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens schwingt unterschwellig so viel Mißtrauen mit, auch ideologisch eingefärbtes: Auf die Arzneimittel, respektive auf ihre Hersteller, richten sich mehr als auf alle anderen "Leistungsbereiche" argwöhnische Zweifel, wenn die Gesundheitskosten auf der Agenda stehen. Ihre Preise sind weitaus mehr als die Arzthonorare oder die Krankenhaussätze Fixpunkt öffentlicher Erregtheit. Und weit mehr als jene auch sind sie Gegenstand von Vorstellungen, die früher, als das Brot, und nicht wie jetzt der Aufschnitt zum Warenkorb das größere Gewicht beitrug, bei dessen Preis umgingen: Halbsozialistische Ideen ("Ausbeutung" könnte am Werke sein) mischen sich mit christlichen (vom "gerechten" Preis) und sozialromantischen Forderungen (jeder müsse ein Recht haben auf erschwingliche Medizin).

Pfleger und Krankenschwestern zehren freilich auch noch immer von dem aus vorindustriellen Tagen überkommenen Ansehen, eine Zunft mit caritativem Anstrich zu sein. Ärzte umgibt noch heute ein Hauch jener aus der Antike herübergewehten Aura von Hippokratischem Eid und Ethos, die mit kalter Erwerbswirtschaftlichkeit nichts gemein hat. Auch bei Krankenhäusern hängt in der kollektiven Erinnerung nach, daß sie einmal Institutionen der Barmherzigkeit gewesen sein mögen.

"Fertigarzneien" hingegen sind Geschöpfe der Moderne und als solche schon von keinerlei tradiertem Mythos der reinen Menschenfreundlichkeit verklärt.

Zudem liegt in der Natur der Dinge, daß Arzneien, anders als die Betreuung durch Ärzte und Schwestern, nicht den Anstrich der persönlich geleisteten Hilfe haben können. Arzneimittel sind nicht, wie die ärztliche oder die pflegerische Dienstleistung, mit der Erwartung von Wärme und Zuwendung verbunden. Sie sind vielmehr innerhalb des Gesundheitssektors schlechthin der Leistungsbereich, der im Bewußtsein der Öffentlichkeit verknüpft ist mit kaltem Kalkül von seiten ihrer "Erbringer". Sie sind vor allen anderen Leistungs- oder Gütergruppen des Sektors assoziiert mit all dem, was – wenn es um immaterielle Werte wie Gesundheit und Leben geht – vielen als besonders suspekt erscheint: mit industrieller Fertigung, mit Gewinnmotiv, mit Konkurrenz, sogar mit internationaler, mit Kampf um Marktanteile.

Die Chancen, die damit verknüpft sind, – Chancen, die es typischerweise in den anderen Leistungsbereichen des Gesundheitssektors nicht gibt –, die Möglichkeiten nämlich, daß gerade durch industrielle, also Massenfertigung, daß speziell durch grenzüberschreitenden Wettbewerb und die damit verbundene internationale Arbeitsteilung nicht nur Innovationen vorangetrieben, sondern auch die Kosten gesenkt werden könnten, gelten leicht als schal, angesichts der mißbilligten Motive, die als Agens dahinter vermutet werden.

67. Das ist überall so in Europa. Bei den Bemühungen, die Ausgaben für gesundheitliche Versorgung in Grenzen zu halten, gelten Maßnahmen, die auf den Kostenfaktor Arzneimittel zielen, daher als besonders populär, obwohl dieser Posten nirgendwo der größte ist im Gesundheitsbudget (sein Anteil hieran liegt innerhalb der EG nur in Griechenland in der Nähe von 30 Prozent; in allen anderen Ländern liegt er unterhalb, teilweise sogar weit unterhalb der 20 Prozentmarke). Das führte innerhalb der zwölf EG-Staaten zu einem solchen Wust von administrativen Eingriffen und einer solchen Vielzahl von Regulierungen unterschiedlichster Art, daß Europa in kaum einem anderen Bereich so weit entfernt ist von

einem einheitlichen Binnenmarkt wie im Bereich Arzneimittel. Schon die Kriterien für die Zulassung einer Mixtur als Arzneimittel sind höchst verschieden, ebenso die (kostspielige) Dauer eines solchen Zulassungsverfahrens (inklusive der eventuell nötigen

Arzneimittelzulassung in der EG - Genehmigungsdauer und Zahl der Produkte			
	Dauer des Zulassungs- verfahrens (in Monaten)	Dauer des Preisgenehmi- gungsverfahrens (in Monaten)	Zahl der zugelas- senen Produkte (in Tausend)
Deutschland	48	0	8,6
Frankreich	4	18	4,2
Großbritannien	36	0	2,0
Dänemark	9	4	2,7
Niederlande	18	0	1,7
Belgien	12	13	3,8
Italien	48	24	5,3
Griechenland	18	12	3,0
Spanien	48	12	5,9
Portugal	48	12	1,0
Quelle: Rhône-Poulenc Rorer			

Preisgenehmigung); sie streut von durchschnittlich 13 Monaten in Dänemark bis zu sechs Jahren in Italien.

In welchem Ausmaß bereits diese unterschiedlichen Praktiken den innereuropäischen Handel – und damit dessen Potential zur Kostensenkung – behindern, ist schwierig festzustellen. Die sehr unterschiedliche Zahl der jeweils in den zwölf nationalen Märkten tatsächlich angebotenen, also auch zugelassenen Mittel (siehe Tabelle) ist jedenfalls nur ein sehr unvollkommener Maßstab dafür, wie die unterschiedlichen Hürden tatsächlich wirken, die in den

einzelnen Ländern für die Anerkennung eines Pharmazeutikums genommen werden müssen. Denn eine geringe Anzahl zugelassener Arzneien in einem Markt kann zwar ein Indiz für außerordentlich restriktive Zulassungspraktiken sein. Aber es kann auch ein Zeichen dafür sein, daß dieser Markt bei den Herstellern nicht als attraktiv gilt, sie sich deshalb – trotz u. U. geringer Hürden für die Zulassung von Arzneien – nicht um den Zutritt für alle ihre Produkte bemühen. Und vice versa.

Unterschiedlich ist auch die “Verschreibungspflicht” geregelt und damit die Chance einzelner Arzneien, für die “Selbstmedikation” der Bürger zur Verfügung zu stehen. Insoweit als diese Selbstmedikation bei den Bürgern eine größere Rolle spielt, wirken sehr restriktive Verschreibungspflichten als Handelsschranken.

68. Ausgenommen bei Bürgern, die ihre Zeit als knapp und damit als wertvoll einschätzen, ist der Anreiz zu einer solchen Selbstmedikation allerdings in den meisten EG-Staaten klein. Denn die nationalen Gesundheitssysteme übernehmen bei Medikamenten in der Regel zumindest einen Teil der Kosten. Auf welche Art und in welchem Ausmaß dies geschieht, differiert innerhalb der EG allerdings erheblich. Da gibt es schlichte Rezeptgebühren und prozentuale Zuzahlungen, diese wiederum einheitlich oder nach Arzneiart gestaffelt mit jeweils noch unterschiedlichen sozialen Härteklauseln. Häufig gibt es das alles in einem einzigen Land nebeneinander und im Nachbarstaat dasselbe nur in einer anderen Kombination. Ob ein Medikament in einem der Märkte Absatzchancen hat, ist aber in jedem Fall ganz entscheidend davon abhängig, ob es überhaupt zu den teilweise oder voll durch das Gesundheitssystem bezahlten Arzneien gehört. Und auch das ist in Europa durchaus nicht für jeweils das gleiche Medikament in zumindest ähnlicher Weise der Fall.

69. Fast europaweit gängig ist, daß zumindest bei den Medikamenten, deren Kosten voll oder zum größten Teil zu Lasten des

Gesundheitssysteme gehen, die Preise (Apothekenabgabepreise und auch die Handelsspannen) administriert werden. In südlichen EG-Ländern erstrecken sich die Preiskontrollen teils sogar auf den gesamten Arzneimittelmarkt. Und in jedem der Staaten werden diese Regulierungen auf unterschiedliche Weise und mit sehr unterschiedlichem Ergebnis betrieben. Lediglich Dänemark bescheidet sich bislang mit einer Preismeldepflicht und der Drohung, notfalls amtlich einzugreifen.

Ansonsten werden die Preise administriert:

- in *Großbritannien* indirekt über eine Kontrolle der Kapitalrendite der pharmazeutischen Unternehmen in Einzelverhandlungen des National Health Service mit den betroffenen Firmen. Bei der Renditeermittlung werden Werbe- und Informationsausgaben nur bis zu einer bestimmten Höhe als gewinnmindernde Kosten anerkannt. Preiserhöhungen müssen genehmigt werden.
- in *Italien* bei neuzugelassenen Produkten strikt nach einem Verfahren, das neben den Kosten den therapeutischen Wert des Arzneimittels berücksichtigen soll. Ansonsten wird für bereits zugelassene Produkte immer wieder ein Preisstop exekutiert oder eine Preissenkung verfügt.
- in *Belgien* bei neuen Arzneien in einem besonders komplizierten, zweistufigen Verfahren: zunächst vor dem Finanzministerium, später dann vor dem Comité des Gesundheitsdienstes, wobei dessen Preisfestsetzung von der zuvor beschlossenen abweichen kann. Als Kriterien für die Festsetzung gelten Kosten, Gewinne sowie Vergleichspreise in anderen Ländern und Preise therapeutisch ähnlich wirkender Produkte, die bereits im heimischen Markt sind; Preiserhöhungen für schon etablierte Produkte unterliegen der Genehmigungspflicht.

Sonderproblem: Arzneimittel als handelbare Güter in der EG

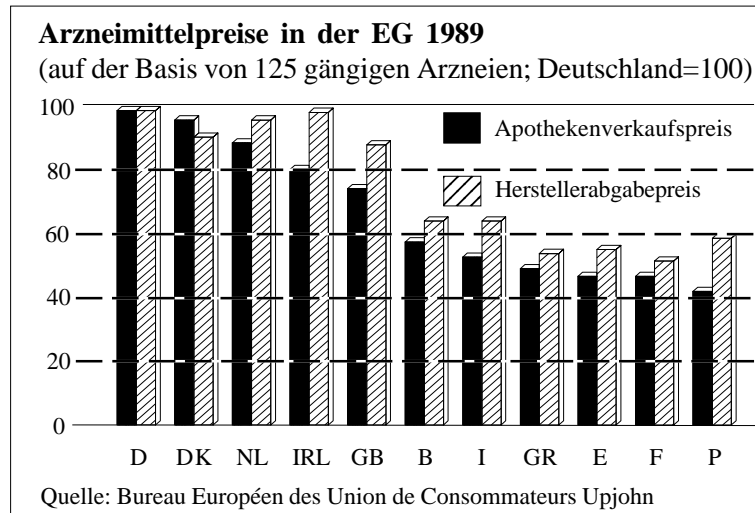
- in *Griechenland* bei neuen Medizinen nach dem Durchschnitt der niedrigsten Vergleichspreise in der EG; bei im eigenen Land hergestellten Pharmazeutika auf der Basis einer Kostenuntersuchung; bei schon am Markt gängigen Produkten werden nur unterhalb der Inflationsrate liegende Preiserhöhungen genehmigt.
- in *Portugal* bei neuen Produkten nach einem Mittel aus den zwei niedrigsten Vergleichspreisen in Spanien, Frankreich und Italien, wobei im Einzelfall hierauf ein Aufschlag genehmigt werden kann. Für Preiserhöhungen bei bereits eingeführten Produkten existieren festgelegte Obergrenzen.
- in *Spanien* bei neuzugelassenen Produkten auf der Grundlage eines Verfahrens, das Kostenfaktoren, Preisvergleiche, die therapeutische Bewertung und eine Art Rentabilitätskontrolle berücksichtigt. Preiserhöhungen für bereits angebotene Produkte sind im allgemeinen niedriger als die Inflationsrate.
- in *Irland* nach dem arithmetischen Mittel aus den wechselkursbereinigten Vergleichspreisen in Dänemark, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden und Großbritannien.
- in *Deutschland* durch das sogenannte Festbetragssystem (siehe Ziffer 40), das bislang 30 Prozent des westdeutschen Arzneimittelmarktes betrifft. Daneben existiert für die neuen Bundesländer das sogenannte “Defizit-Kompensationsmodell”, bei dem die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen global budgetiert sind.
- in den *Niederlanden* durch ein Festbetragssystem ähnlich dem deutschen.
- in *Frankreich* bei neuen Produkten durch Einzelverhandlungen mit den jeweiligen Unternehmen vor einer Transparenzkommission, die nach therapeutischen Gesichtspunkten entscheidet,

und anschließend vor einem Wirtschaftskomitee, das industriepolitische und merkantilistische Gesichtspunkte miteinbringt. Falls eine dabei auch festgelegte Umsatzschwelle überschritten wird, muß der Preis abgesenkt werden. Bei schon am Markt befindlichen Produkten werden Preiserhöhungen in Verhandlungen mit der Gesamtindustrie festgelegt; die Einzelfirmen dürfen dann "modulieren", d. h. die vereinbarte Erhöhung in unterschiedlicher Weise auf ihre diversen Produkte verteilen .

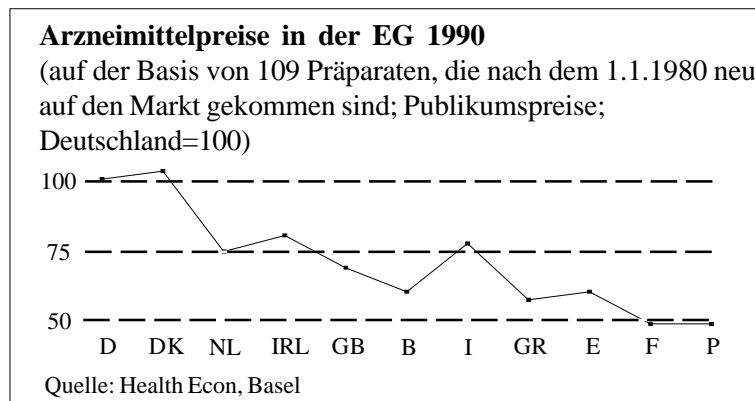
70. Das erstaunlichste an dieser abenteuerlich bunten Struktur aus mehr oder minder phantasievollen Regulierungen ist, daß ihr auch ein ähnlich differenzierter Flickenteppich bei den Preisen in Europa entspricht. Für sogenannte "therapeutisch wertvolle" Medizin, die europaweit verkauft wird, also auch in allen Ländern zugelassen ist, lag 1987 das englische Preisniveau bei (umgerechnet über die jahresdurchschnittlichen Wechselkurse) 66,8 Prozent des deutschen, das belgische erreichte 59 Prozent des hiesigen. Die italienischen Preise betragen 52 Prozent, die französischen gar nur 48,8 Prozent der deutschen Preise. Griechenland und Spanien mit 43 respektive 41 Prozent unterboten dies noch. Nur die Niederländer waren mit 94,6 Prozent der deutschen Preise für Pharmazeutika fast gleichauf mit ihren Nachbarn. Und in der Tendenz hat sich daran in den Jahren seither nur wenig geändert, obwohl die Arzneimittelpreise in Deutschland nach der Gesundheitsreform 1989 und der damit eingeführten Festbeträge erheblich langsamer als die allgemeine Inflation gestiegen sind; denn das taten sie auch in anderen Ländern, in Frankreich beispielsweise (siehe Grafiken S. 103).

Diese tatsächlichen Preisdifferenzen, nicht die unterschiedlichen Mühewaltungen der jeweils nationalen Bürokratien um preiswerte Medizin, sind der Beweis, daß Handelshemmnisse nicht nur beabsichtigt waren, sondern in hohem Maße wirken. Denn: Wenn wirklich – den EG-Regeln gemäß – europäischer Freihandel herrschte, müßte längst Export größten Stils aus den Niedrigpreisländern in die Hochpreisstaaten eingesetzt und dabei in den ersten Ver-

Sonderproblem: Arzneimittel als handelbare Güter in der EG



knappung mit folgendem Preisanstieg, in den letzteren Überangebot mit anschließendem Preisdruck nach sich gezogen haben. Im Endeffekt dürften die Preise von Arzneimitteln dann nur noch um die Transportkosten und um eventuell unterschiedliche Mehrwertsteuersätze differieren. Erstere können, da die Entfernungen in Europa nicht riesig und die zu bewegendenden Gewichte nicht gewaltig sind, kaum nennenswert zu Buche schlagen. Und von der Mehrwertsteuer sind Arzneien in den meisten Ländern ohnedies befreit oder nur



mit verminderten Sätzen belastet. Bei unbehindertem Handel müßte mithin das Preisniveau für Medikamente eigentlich trotz der unterschiedlichen Preismanipulationen in Europa ziemlich gleich sein.

71. Warum die Preisdifferenzen bei Arzneien stattdessen so hoch sind wie bei kaum einer anderen Kategorie an handelbaren Gütern, was da genau als Handelsbarriere wirksam ist und auf welche Weise diese Schranke abgebaut werden könnte, das versucht seit geraumer Zeit die EG-Kommission zu klären. Denn es existiert seit einigen Jahren schon eine EG-Direktive, daß die Hürden gegen den freien Austausch medizinischer Produkte zu beseitigen seien, um auch diesen Sektor den normalen Bedingungen für den europäischen Binnenmarkt näher zu bringen.

Und das ist gewiß sinnvoll, sogar nötig, wenn auch in diesem Bereich Nutzen gezogen werden soll aus der Chance zu verstärkter Arbeitsteilung, möglichst nicht nur im Rahmen der EG. Freilich, um auch in diesem Bereich mehr inneren Markt und inneren Handel in Europa zu fördern, ist eins gewiß eher kontraproduktiv: Die Harmonisierung dadurch, daß aus allen bisherigen nationalen Eingriffen in diesen Markt ein sozusagen arithmetisches Mittel gebildet und dann EG-weit verbindlich gemacht wird. Jeder Versuch, aus den Staatsinterventionismen, die alle EG-Länder den Arzneimittelpreisen angedeihen lassen (siehe Ziffer 69), durch Kompromiß eine Harmonisierung zu erreichen, muß ohnehin scheitern. Ein von Brüssel aus verwaltetes einheitliches Preissystem für Arzneien nach dem Beispiel des Agrarmarktes, aber nicht wie dort dann mit Mindestpreisen, sondern mit Höchstpreisen für die Hersteller, kann überdies nur dazu führen, daß Europa sich als Standort für die pharmazeutische Industrie abmeldet.

Mangelnde Harmonie ist sowieso nicht das, was diesen Markt in Europa plagt – eher zuviel Gleichklang in dem Bewußtsein, daß hier jeder Eingriff, weil gut gemeint, nicht nur gerechtfertigt sei, sondern der edlen Absicht wegen auch gute Ergebnisse haben müsse. Im

Zentrum dessen, was hier den Handel behindert, stehen zudem nicht die unterschiedlich festgesetzten Preise; daß sie überhaupt durchhaltbar sind, ist das Problem, das es zunächst zu beseitigen gilt.

72. Was die unterschiedlichen Preise verfestigt, also den Handel abblockt, sind neben den unterschiedlichen Zulassungspraktiken vor allem die Kostenerstattungs- oder Zuzahlungsregelungen für die Arzneikonsumenten im Rahmen der jeweils nationalen Gesundheitssysteme. Und diese sind es auch nicht wegen ihrer allzu großen Unterschiedlichkeit. Eine Harmonisierung dieser Regelungen auf dem Niveau, das als das sozialste gelten kann, würde den Handel auch nicht in Schwung bringen. Diese Regeln wirken als Blocker gegen den Arzneimittelaustausch, weil sie speziell in den Ländern, die Ziel von preissenkenden Importen sein könnten, so bemessen sind, daß sie die Konsumenten völlig preisunempfindlich machen.

Daß diese Regelungen mehr als alle direkten Eingriffe in den Preismechanismus am Ende das Preisniveau bestimmen und dieses dann auch noch gegen die potentiell ausgleichende Wirkung von Handelsströmen immunisieren, legen jedenfalls die Vorgänge in und zwischen den beiden Nachbarländern Frankreich und Deutschland nahe: Länder, die durch Handelsbeziehungen eigentlich so eng verflochten sind, daß Preisdifferenzen, zumal hohe, eigentlich Warenbewegungen auslösen müßten. (Es gibt zwar ein paar Parallelimporte aus Frankreich nach Deutschland, angesichts des Preisgefälles sind sie jedoch minimal.)

In Frankreich herrscht im Gesundheitswesen das Kostenerstattungssystem: Die Patienten bezahlen den Preis der Medizin zunächst voll selbst. Jede Arznei hat eine abziehbare Vignette, weiß X (für "lebensrettende" Medizin), nur weiß (für "therapeutisch wertvolle" Medizin) oder blau (für "Komfort"-Medizin), die – aufgeklebt auf die Versicherungskarte – an den nationalen Gesundheitsdienst gesandt wird. Der erstattet die Kosten für "weiß X" zu 100 Prozent, für nur "weiß" zu 70, für "blau" zu 40 Prozent. Sogenannte "OTC`s", die

einen noch geringeren Nutzen als die "Comforts" haben, müssen ohnehin voll selbst bezahlt werden. Der Anteil der voll erstatteten Medikamente am gesamten französischen Arzneimittelmarkt lag 1989 bei zwei Prozent.

In Deutschland hingegen übernimmt die GKV – ausgenommen eine kleine Liste an sogenannter Bagatellmedizin – prinzipiell bei allen Medikamenten, die ein Arzt verschreibt, die Kosten bis auf eine im Vergleich zu Frankreich minimale Zuzahlung bei Nichtfestbetragsarzneien (derzeit drei D-Mark, künftig 15 Prozent, maximal 10,- D-Mark) von seiten des Patienten.

In Frankreich also muß die Interessiertheit des Patienten an den Arzneipreisen relativ hoch sein, da er als Zahler an ihnen ganz stolz beteiligt ist (selbst Zusatzversicherungen, die abgeschlossen werden können, decken in der Regel nicht alle Arzneikosten voll). In der Bundesrepublik hingegen ist dieses Interesse nahe Null, ja sogar negativ – negativ in dem Sinne, daß der Patient, der nichts oder einen absoluten Betrag bezahlt, dann seinen Doktor drängt, ihm das teuerstmögliche zu verschreiben. (Und dieser Effekt wird durch die Heraufsetzung des absoluten Zuzahlungsbetrages auf zehn Mark noch verstärkt, denn dann möchten die Bürger erst recht, daß sich diese Ausgabe für sie durch eine Maximierung des Arzneiwertes lohnt). Es ist wohl keine allzu waghalsige Vermutung, daß die gewaltige Differenz der Arzneimittelpreise zwischen Frankreich und Deutschland und das Faktum, daß sie aufrechterhalten bleibt, hierin ihre wichtigste Erklärung findet.

68. Der Harmonisierungsbedarf, der sich aus all dem für den Arzneimittelsektor zwecks Herstellung eines EG-Binnenmarktes ergibt, ist dennoch klein. Harmonisiert sein muß der Patentschutz, folglich auch eine Verlängerung desselben, die bei Pharmazeutika wohl bald ansteht. Im Bereich der Arzneimittelzulassung hingegen sollte das "Prinzip des mündigen Staates" Anwendung finden. Das heißt: Es sollte die Vermutung gelten, daß kein Staat seine Bürger

Sonderproblem: Arzneimittel als handelbare Güter in der EG

zu schädigen beabsichtigt, daß folglich ein Mittel, das in einer Nation als Arznei zugelassen ist, damit die Approbation für alle EG-Staaten hat.

Wenn in einzelnen Staaten die Kostenerstattungen von Arzneimitteln, die ihre Gesundheitssysteme leisten, nach therapeutischen Kategorien gestaffelt sind oder auch nicht, so mag das weiterhin so bleiben. Das einzige, was in dieser Hinsicht zum Nutzen aller einheitlich zu gelten hätte, ist die Regel, daß dabei nicht jeweils ausländische Produkte diskriminiert werden dürfen.

Auch das Ausmaß dieser Kostenerstattung muß nicht europaweit auf die gleiche Elle gebracht werden. Reichen würde als allgemein akzeptierte Regel, daß die Zuzahlungen der Patienten, die sich aus den unterschiedlichen Systemen ergeben, als prozentualer Anteil am Arzneimittelpreis festgelegt und so fühlbar sein müssen, daß die Bürger sich preisbewußt verhalten. Die Marke, bei der das erreichbar wäre, ist gewiß im EG-Norden eine andere als im Süden des Kontinents.

Die Preise schließlich sollten europaweit freigegeben werden. Die Chance zu mehr Produktivitäts- und Innovationsgewinnen, die der größere Markt auch in diesem Bereich bietet, können nur genutzt werden, wenn in diesem Markt ein einheitliches Signalsystem existiert, das dem Human- und Sachkapital der Branche den Weg dorthin weist, wo es die nützlichste Verwendung findet. Als ein solches Signalsystem sind freie Preise allen anderen bislang in Europa praktizierten Regulierungen weit überlegen.

Vergebens predigt Salomo. Die Leute
machen´s doch nicht so.

Wilhelm Busch

X. EIN SKEPTISCHER AUSBLICK

69. Vieles an diesem deutschen Gesundheitssystem wird dem unvoreingenommenen Beobachter ein Rätsel bleiben: Etwa daß der “Notstand” an Krankenpflegepersonal – besonders deutlich gemacht vor den einschlägigen Tarifrunden – nie ein Ende nimmt.

Zwischen 1972 und 1989 ist die Zahl der Hospitalbetten in Westdeutschland von gut 701.000 auf 664.000 zurückgegangen. Die Zahl der Pfl egetage – also der Tage, während derer ein “stationär behandelte r” Kranker eines dieser Betten benutzt und mehr oder minder betreut werden muß – sank während dieser Zeit ebenfalls ein wenig: von gut 224 auf gut 210 Millionen Tage pro Jahr.

Nur der Personalbestand nahm kräftig zu. 1972 waren in den westdeutschen Hospitälern 204.450 Krankenpflegepersonen beiderlei Geschlechts (ohne Auszubildende und ohne Hebammen) tätig. 1989 standen dann für weniger Betten und eine verringerte Zahl der jährlich geleisteten Pfl egetage fast 70 Prozent mehr an Schwestern und Pflegern (345.269) zur Verfügung. Das Krankenhauspersonal insgesamt (also Ärzte, Techniker, Wirtschaftskräfte, Verwalter etc. inklusive) ist in dieser Periode um fast 282.000 auf gut 878.000 angestiegen.

Gewiß ist nur: Solche Trends in alle Zukunft weiter wirken zu lassen, kann sich keine Gesellschaft leisten.

Ob es sich als “politisch machbar” erweist, das Gesundheitswesen auf dem Wege der Reform, also auf bedachte und sorgsame

kalkulierte Weise, so umzustrukturieren, daß es einerseits verlässlichen Schutz bietet, andererseits bezahlbar bleibt?

Oder: Ob es anlässlich jeder nächsten Kostenexplosion durch immer weitere hektische ad-hoc-Korrekturen mit immer mehr wirren Antimißbrauchs-Kautelen so degeneriert, daß die Bürger zwar immer noch sehr viel Geld dafür bezahlen müssen, aber nicht mehr die Gewißheit daraus beziehen können, im Risikofall die vorher zugesagte Leistung zu erhalten?

Die Chancen für wirklich konzeptionelle Veränderungen waren in der Politik nie sehr groß. Gleichwohl, es hat solche konzeptionellen Neuerungen gegeben. Die Einführung der Mehrwertsteuer anstelle der zuvor üblichen Brutto-Allphasen-Umsatzsteuer ist ein Beispiel dafür; oder auch die Reform der Körperschaftsteuer von 1976, die – fast revolutionär – mit dem Konzept der Doppelbesteuerung von Erträgen aus Kapitalgesellschaften brach, das zuvor immerhin herrschende Praxis war, seit es überhaupt eine Besteuerung von Einkommen in Deutschland gab. Der Übergang zu flexiblen Wechselkursen in den 70er Jahren, den jeder in den Dekaden davor für völlig undenkbar gehalten hätte, ist ein weiteres Exempel.

Allerdings: Diese konzeptionellen Neuerungen betrafen Bereiche, in denen zwar auch stets Interessen und Interessenten mit Macht im Spiel sind, in denen aber die Chance, daß rationale Argumente am Ende zählen, nicht ganz verschüttet ist.

Gesundheitsvorsorge gehört nicht ihrer Natur nach – aber durch Tradition – zum Bereich “Soziales”. Und dort zählt Ratio nicht.