

Erbe, Rainer

Article — Digitized Version

Überfällige Strukturreform

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Erbe, Rainer (1985) : Überfällige Strukturreform, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 65, Iss. 4, pp. 164-

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136025>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Rainer Erbe

Überfällige Strukturreform

Die erfolgreiche Märzszitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hat deutlich gemacht, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kein Ende der Beitragserhöhungen in Sicht ist. Daher ist nun der Staat gefordert; gesetzliche Kostendämpfungsmaßnahmen sind zu erwarten.

Die beiden Schwerpunkte, die sich gegenwärtig in der Kostendämpfungsdiskussion abzeichnen, lassen für den geplagten Beitragszahler jedoch Schlimmes befürchten. Im Gespräch sind erstens Maßnahmen gegen die angeblich kostentreibende Ärzteschwemme. Der Bundesarbeitsminister denkt an weitere Studienzugangsbeschränkungen und Prüfungsverstärkungen, in der SPD wird die „Zwangspensionierung“ von Kassenärzten gefordert. Mit solchen Bestrebungen sind die Sozialpolitiker auf dem besten Wege, das mittelfristig wirksamste Kostendämpfungsinstrument, eine Stärkung des Wettbewerbs, aus der Hand zu legen.

Der zweite Schwerpunkt der gegenwärtigen Kostendämpfungsüberlegungen zielt auf eine Auswei-

tung der Selbstbeteiligung. Die in diesem Bereich steckenden Sparmöglichkeiten werden von interessierter Seite freilich systematisch überschätzt. Der größte Teil der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist preisunelastisch. Dies hat auch der Bundesarbeitsminister erkannt und die Selbstbeteiligung an eine klare Voraussetzung geknüpft: Sie muß kostendämpfend, nicht kostenverlagernd wirken. Damit verbleibt ein quantitativ nur unbedeutendes Sparpotential, insbesondere bei den Heil- und Hilfsmitteln. In der heutigen Situation muß es dennoch ausgeschöpft werden.

Insgesamt lenkt die Selbstbeteiligungsdiskussion jedoch eher von den eigentlichen Problemen der GKV ab. Entgegen einem häufig geäußerten Vorurteil liegt das Hauptproblem nicht in übersteigerten Ansprüchen der Versicherten, sondern im Verhalten der Anbieter. Keine Reform, die an den Ursachen der Kostenexplosion ansetzen will, kann deshalb an der zentralen Rolle der Ärzteschaft und ihrer überragenden Marktmacht vorbeigehen. Eine erprobte Arznei steht zur Verfügung: mehr Wettbewerb! Sie kann von heute auf morgen eingesetzt werden.

Der Gesetzgeber müßte z.B. nur das von ihm selbst in der Reichsversicherungsordnung festgeschriebene Monopol der Kassenärzte im ambulanten Bereich aufheben. Die strikte Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ist eine der seit langem bekannten kostentreibenden Schwachstellen des Gesundheitssystems. Mittelfristig kann der Markteintritt einer wachsenden Zahl junger Mediziner ein übriges zur Intensivierung des Preiswettbewerbs tun – vorausgesetzt der Staat verhindert wenigstens die Errichtung zusätzlicher Markteintrittsbarrieren. Langfristig könnten die Kassen – sofern dann noch nötig – die steigenden Ärztezahlen auch zum Aufbau eigener Ambulatorien und Polikliniken nut-

zen, um die Preissetzungsmacht der heutigen Anbieter weiter einzuschränken.

Freilich wäre jeder marktwirtschaftlich orientierte Reformversuch im Gesundheitswesen zum Scheitern verurteilt, wenn er den Anbietern die Möglichkeit ließe, weitgehend autonom über die nachgefragten Mengen zu entscheiden. Einen relativ bescheidenen Fortschritt könnte hier der seit langem geforderte Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip in der GKV bringen, das von den privaten Krankenversicherungen mit gutem Erfolg praktiziert wird. Vermutlich noch wirkungsvoller wäre eine Reform der ärztlichen Gebührenordnung, die den Anbietern das Interesse an einer Mengenmaximierung, insbesondere bei den technischen Leistungen, von vornherein nimmt. Zu denken wäre hier z.B. an ein Honorierungssystem für freipraktizierende Ärzte, das sich an die bereits bis Ende der 50er Jahre übliche Pauschalhonorierung anlehnt und von dem heute bis ins Extrem getriebenen Einzelleistungsnachweis abrückt.

Zu der überfälligen Strukturreform des Gesundheitswesens gehört schließlich, daß die heute eher behäbigen Kassen zu einer wirksamen Vertretung der Interessen ihrer Beitragszahler ermuntert werden. Ein guter Anreiz wäre auch hier mehr Wettbewerb, d.h. den heute Zwangsversicherten müßte die freie Kassenwahl ermöglicht werden.

Es wäre allerdings vermessen, von den politisch Verantwortlichen die Kraft zu solch tiefgreifenden Veränderungen zu erwarten. Realistischer scheint, daß die Sozialpolitiker dem unseligen Vorbild der Agrarpolitik nacheifern werden: Statt die selbstgeschaffenen Ursachen der Fehlentwicklungen zu beseitigen, wird mittels weiterer ordnungspolitischer Sündenfälle versucht, an den Symptomen zu kurieren.