

Jung, Karl; Stumpf, Karl; Frommknecht, Heinrich; Bourmer, Horst; Neubauer, Günter

Article — Digitized Version

Strukturreform im Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Jung, Karl; Stumpf, Karl; Frommknecht, Heinrich; Bourmer, Horst; Neubauer, Günter (1987) : Strukturreform im Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 67, Iss. 3, pp. 115-131

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136254>

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.

Strukturreform im Gesundheitswesen

Zu den dringlichsten und schwierigsten Vorhaben in der neuen Legislaturperiode zählt die angekündigte Strukturreform des Gesundheitswesens. Wo sollte sie ansetzen?

Karl Jung

Zum Erfolg verurteilt

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten drei Jahren infolge der starken Ausgabensteigerungen jeweils entstandenen Defizite in Milliardenhöhe haben für jeden sichtbar unter Beweis gestellt, daß die seit 1976 verfolgte Politik der globalen Kostendämpfung im Gesundheitswesen an ihre Grenzen gestoßen ist. Die jüngsten Beitragssatzanhebungen bei einer ganzen Reihe von Krankenkassen werden als Alarmsignal verstanden, zumal bei einigen Krankenkassen die Beiträge die Schallmauer der 15-%-Grenze durchstoßen haben. Der Ruf nach einer umfassenden Strukturreform im Gesundheitswesen ist unüberhörbar. Die Bemühungen um eine längerfristige Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und um eine Strukturreform im Gesundheitswesen drohen zu einem Wettlauf mit den steigenden Beiträgen zu werden.

CDU/CSU und FDP haben in den Koalitionsvereinbarungen die Entscheidung vom 15. Oktober 1985 bekräftigt: In der neuen Legislaturperiode soll eine umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen eingeleitet werden. Einzelheiten zum Inhalt der Reform sind in den

Koalitionsvereinbarungen nicht festgelegt worden. Eine aus sechs Mitgliedern der Koalitionsparteien bestehende Arbeitsgruppe, ihr gehören für die CDU die beiden Bundesminister Blüm und Süßmuth, für die CSU der Abgeordnete Seehofer und Staatssekretär Glück aus dem Bayerischen Sozialministerium sowie für die FDP der Abgeordnete Mischnik und Staatsminister Adam-Schwaetzer an – soll zunächst Lösungsvorschläge erarbeiten. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ist beauftragt, bis zum Herbst 1987 einen Gesetzentwurf zur Strukturreform im Gesundheitswesen vorzulegen.

Die Koalitionsparteien haben sich auf eine Reihe von grundsätzlichen Ziel- und Rahmenvorgaben verständigt, zu deren Ausfüllung dem Bundesarbeitsminister bei der Vorbereitung des Reformgesetzes zunächst einmal eine relativ große Gestaltungsfreiheit eingeräumt worden ist. Es wird daher seine Aufgabe sein, ein Reformkonzept zu entwickeln, es mit den Beteiligten zu erörtern und abzustimmen, es politisch konsensfähig zu machen und es dann im Gesetzgebungsverfahren durchzusetzen. Das klingt fast wie selbst-

verständlich, aber der Auftrag ist sehr viel schwieriger als es auf den ersten Blick den Anschein hat; das gilt weniger für die Entwicklung eines Reformkonzepts als vielmehr für dessen politische Umsetzung.

Für alle Eingeweihten ist es längst kein Geheimnis: Die Reform des Gesundheitswesens ist neben der Steuerreform das schwierigste Vorhaben dieser Legislaturperiode. Anders als in den übrigen Zweigen der Sozialversicherung geht es in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur um den natürlichen Konflikt zwischen Leistungsgewährung auf der einen Seite und Beitragszahlung auf der anderen Seite, nein, es geht zusätzlich auch um wirtschaftliche Besitzstände, um Einkünfte und Umsätze der zahlreichen Anbieter von Gesundheitsleistungen, und es geht schließlich um eine Vielfalt miteinander konkurrierender Krankenkassen.

Es kommt deshalb auch nicht von ungefähr, daß alle anderen Zweige unseres Systems der sozialen Sicherung in der Nachkriegszeit grundlegend reformiert worden sind:

□ die gesetzliche Rentenversicherung 1957,

□ die gesetzliche Unfallversicherung 1963,

□ die Arbeitslosenversicherung 1968.

Nur die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich gewissermaßen noch im Urzustand des unter Bismarck am 15. 6. 1883 geschaffenen Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. Zwei Reformversuche, die der frühere Bundesarbeitsminister Theodor Blank in den Jahren 1958/1960 und 1962/63 unternommen hat, sind an unüberwindlichen Widerständen aus den Reihen der Beteiligten gescheitert.

Maßlose Reaktionen

Die maßlose Reaktion der Zahnärzte auf das Anfang Februar 1987 vorgelegte Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und die darin enthaltenen Vorschläge für Einsparungen, vor allem beim Zahnersatz und bei den Arzneimitteln, gibt einen kleinen Vorgeschmack auf die im Zuge der Reform zu erwartenden Auseinandersetzungen.

Von der Abqualifizierung des Gutachtens zu einem „politischen Papier im Gewande der Wissenschaft“ über die Bezeichnung der Mitglieder des Sachverständigenrates „der Inkompetenz, der Unredlichkeit, der Unverfrorenheit und der tendenziellen Feindschaft gegen die freiberuflichen Zahnärzte“ bis hin zu der nur halbversteckten Behauptung, das Gutachten sei nicht vom Sachverständigenrat, sondern von Mitarbeitern des Bundesarbeitsministers erstellt worden, um sich die erforderlichen Argumente für die Reform selbst zu liefern, reicht die Reaktion des Freien Verbandes der Zahnärzte, verbunden mit der ultimativen Aufforderung, der Bundesarbeitsminister möge sich von dem Gutachten distanzieren. Die Äußerungen

aus den Kreisen der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker wahren zwar die äußeren Formen zivilisierten Umgangs miteinander, lassen aber an Deutlichkeit der Ablehnung ebenfalls nicht zu wünschen übrig: Man sieht in den Einsparvorschlägen der Sachverständigen zur verstärkten Verordnung

Die Autoren unseres Zeitgesprächs:

Ministerialdirektor Karl Jung, 56, ist Leiter der Abteilung V: Gesundheit, Krankenversicherung im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Bonn.

Karl Stumpf, 60, ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen in Kassel und Sprecher der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Heinrich Frommknecht, 54, ist Vorsitzender der Vorstände der SIGNAL Versicherungen, Dortmund, und Vorstandsvorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., Köln.

Prof. Dr. Horst Bourmer, 66, ist Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Ärzte (BDÄ) und Vorsitzender des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e. V. – in Bonn.

Prof. Dr. Günter Neubauer, 44, lehrt Volkswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsökonomik, an der Universität der Bundeswehr in München.

von Nachahmer-Präparaten eine Gefährdung der deutschen Arzneimittelforschung und eine Existenzbedrohung für zahlreiche Apotheken.

Die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die Ergebnisse der bisherigen Kostendämpfungspolitik, die erneuten Defizite der Krankenkassen in den Jahren seit 1984 und die jüngsten Beitragsatzanhebungen der Krankenkassen machen deutlich: Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist unverzichtbar.

Die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich wie folgt entwickelt:

1960	9 Mrd. DM
1970	25 Mrd. DM
1975	61 Mrd. DM
1980	90 Mrd. DM
1986	120 Mrd. DM

Die Ausgaben wachsen schneller als das Bruttosozialprodukt und schneller als die Löhne, sie waren nur mit ständig steigenden Beiträgen, mit steigender Bemessungsgrundlage und mit steigenden Beitragssätzen zu bezahlen.

Die Entwicklung der Beitragsbelastung für die Versicherten und für die Arbeitgeber wird aus nachfolgender Tabelle deutlich:

	Durchschnittlicher Beitragsatz	Beitragsbemessungsgrenze – jährlich –	Höchstbeitrag beim durchschnittlichen Beitragsatz – jährlich –
1960	8,4 %	7 920 DM	650 DM
1975	10,5 %	25 000 DM	2 650 DM
1980	11,38 %	37 800 DM	4 301 DM
1987	12,50 %	51 300 DM	6 500 DM

Die Erfahrungen der letzten 25 Jahre zeigen, daß die überproportionale Ausgabenentwicklung auch künftig anhalten wird; denn die Ursachen, die zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen geführt haben,

sind nicht nur unverändert vorhanden, sie verstärken sich noch. Das Gesundheitswesen ist ein expandierender Dienstleistungssektor mit rund 2 Mill. Beschäftigten.

Die Ursachen der steigenden Ausgaben sind vielfältig, es handelt sich um Leistungsausweitungen, Ausdehnung des versicherten Personenkreises, verbesserte gesundheitliche Versorgung durch Fortschritte der Medizin, der Medizintechnik und der Arzneimitteltherapie, aber auch viel Unwirtschaftlichkeit in Gestalt von zu hohen Preisen und Vergütungen, Verschwendung und Überfluß.

Die Ursachen

Die wichtigsten Ursachen der steigenden Ausgabenentwicklung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Auf seiten des Gesetzgebers und der Rechtsprechung:

- Ausweitung des geschützten Personenkreises,
- Ausweitung des Leistungskataloges der Krankenversicherung.

Auf seiten der Leistungserbringer:

- der medizinische Fortschritt, insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt,
- Überkapazitäten in vielen Versorgungsbereichen verstärken die angebotsinduzierte Nachfrage,
- fehlender Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern,
- fehlende Anreize und Steuerungsmechanismen zur wirtschaftlichen Leistungserbringung fördern eine Tendenz zur Leistungsausweitung und zur Umsatz-Maximierung.

Auf seiten der Versicherten:

- ungenügende Eigenverantwortung und unzureichende Gesundheitsvorsorge,

fehlende Anreize zur kostenbewußten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, ungenügende Steuerungswirkung der bisherigen Selbstbeteiligungsregelungen,

Beeinträchtigung des Gedankens der Solidarität in den größeren gewordenen Versicherungsgemeinschaften fördert die Entwicklung einer Mitnahmentalität,

die demographische Entwicklung der versicherten Bevölkerung mit einem ständig größer werdenden Anteil an Rentnern und überdurchschnittlich steigenden Leistungsaufwendungen für die ältere Generation.

Auf seiten der Krankenkassen:

fehlende Kosten- und Leistungstransparenz,

keine ausreichenden Anreize, auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung und niedrige Beitragssätze hinzuwirken,

falsch verstandener Wettbewerb zwischen den Kassenarten innerhalb des gegliederten Systems,

höchst unterschiedliche Mitglieder- und Risikostrukturen bei den verschiedenen Kassenarten mit der Folge höchst unterschiedlicher Beitragssätze.

Die Konsequenz aus den vielfältigen Ursachen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eindeutig: Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ohne besondere Anstrengung aller Beteiligten nicht zu erreichen. Im Gegenteil. Die ausgabenwirksamen Faktoren würden in absehbarer Zeit zur Unfinanzierbarkeit der Krankenversicherung führen. Durchschnittliche Beitragssätze von 13, 14 oder gar 15 %, wie sie schon im vergangenen Jahr für die nahe Zukunft von namhaften Vertretern der Selbstverwaltung vorausgesagt worden sind, dürfen keineswegs als Utopie bezeichnet werden.

Die Beiträge sind in den letzten drei Jahren jeweils um 0,4 Prozentpunkte auf den heutigen Durchschnittssatz von 12,50 % gestiegen. Jeder Prozentpunkt an Beitragssteigerung bedeutet eine Mehrabschöpfung an Beitragsaufkommen bei Arbeitgebern und Versicherten um rund 7,5 Mrd. DM.

Die steigenden Beitragssätze in der Krankenversicherung schlagen als Lohnnebenkosten zu Buche und belasten gleichermaßen Arbeitnehmer und Betriebe. Bei einer ganzen Reihe von Krankenkassen liegen die Beiträge inzwischen deutlich über 14 oder gar 15 %, der Spitzenbeitragssatz beträgt zur Zeit 15,7 %. Nach allgemeiner Meinung ist damit eine Schmerzschwelle erreicht, die geeignet ist, die Leistungsbereitschaft der Erwerbstätigen zu lähmen und auch das gesamtwirtschaftliche Wachstum und damit die Schaffung neuer Arbeitsplätze zu gefährden. Die Belastungsgrenze erscheint nicht nur erreicht, sie erscheint auch schon überschritten, der Ruf nach Beitragssatzsenkungen oder zumindest nach Beitragssatzstabilität ist unüberhörbar.

Handlungsalternativen

Aus der Analyse der aktuellen Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich – theoretisch betrachtet – folgende Handlungsalternativen:

- Laufenlassen der Entwicklung, Verzicht auf gegensteuernde Maßnahmen oder sogar Leistungsausweitungen zu Lasten der GKV, beispielsweise zur besseren sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit oder zur Versorgung psychisch Kranker oder zur Verbesserung der Krebsbekämpfung. Angesichts der für die Beitragsentwicklung aufgezeigten Konsequenzen kann dieser Weg, der sicher von mancher Seite Beifall finden würde, nicht als real-

stische Möglichkeit angesehen werden.

□ Weitergabe der Verantwortung für Beitragssatzstabilität und Kostendämpfung an die soziale Selbstverwaltung und darauf vertrauen, daß die Krankenkassen und ihre Vertragspartner schon allein in der Lage sein werden, die Ausgabenüberhänge in der Krankenversicherung zurückzuführen. Dieser Weg kann spätestens nach den letzten Sitzungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen nicht mehr als eine alleinige Lösung in Betracht gezogen werden. Angesichts der auf Expansion gerichteten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen hat sich die Selbstverwaltung ausdrücklich außerstande erklärt, Beitragssatzstabilität in der Krankenversicherung allein zu gewährleisten, man sei vielmehr auf die Hilfe des Gesetzgebers angewiesen.

□ Ein weiteres Kostendämpfungsgesetz im Sinne der seit 1977 erfolgten globalen Kostendämpfungspolitik. Diese Alternative kommt deshalb nicht in Betracht, weil kurzzeitige Kostendämpfungsgesetze – wie die Erfahrung gezeigt hat – nicht in der Lage sind, die Finanzprobleme in der Krankenversicherung auf Dauer zu lösen. Von der äußeren Zielsetzung her gesehen, die Beiträge stabil zu halten, war die Gesetzgebung zur Kostendämpfung durchaus erfolgreich. Gleichwohl vermag dieser Weg nicht zu befriedigen, weil er nicht zu den Wurzeln der Ausgabenüberhänge vordringen und deshalb auch die Ursachen der Fehlsteuerungen nicht beseitigen konnte. Um es bildlich auszudrücken, auf dem kochenden Topf der Ausgaben der Krankenversicherung wurde zwar der Deckel fester angezogen und damit ein Überkochen verhindert, das Feuer unter dem Topf aber wurde nicht zurückgenommen. Die Wirkung der Ko-

stendämpfungsgesetze war deshalb jeweils auch nur von kurzer Dauer, schon jeweils nach drei Jahren entstand neuer Handlungsbedarf – in der Konsequenz eine offenbar endlose Spirale gesetzgeberischer Eingriffe.

□ Angesichts der letztlich unbefriedigenden Erfahrungen mit der bisherigen Kostendämpfungspolitik hat sich der Bundesarbeitsminister im Jahre 1985 entschlossen, von einem eigentlich notwendig gewordenen Kostendämpfungsgesetz alter Art abzusehen. Er hat statt dessen vorgeschlagen, eine umfassende Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuleiten, und zwar mit dem Ziel, neue und bessere Steuerungselemente in dieses System der sozialen Sicherung einzubauen und die auf Ausgaben-Expansion gerichteten Faktoren zu neutralisieren. Aufgabe dieser Reform muß es sein, die Rahmenbedingungen für alle Beteiligten an die geänderten wirtschaftlichen, sozialen und medizinischen Verhältnisse anzupassen. Die Reform muß die langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sichern, für alle Beteiligten die Anreize für wirtschaftliches Verhalten stärken und falsche oder falsch gewordene Strukturen im Versicherungssystem beseitigen.

Kein weiterer Aufschub

Zu einer wahren Reform gibt es keine Alternative, für das weitere Aufschieben der Reform gibt es keine Begründung, es sei denn, die fatalistische Haltung des Treibenlassens der Entwicklung mit der Ausrede, Gesundheit sei ein hohes Gut und Gesundheit habe ihren Preis. Wer das will, muß eine steigende Beitragsbelastung in Kauf nehmen, ohne dafür mehr Gesundheit liefern zu können.

Die seit zwei Jahren anhaltende

Reformdiskussion hat zwar zahlreiche Einzelvorschläge hervorgebracht, schlüssige Reformkonzepte, die zudem noch politisch umsetzungsfähig wären, aber bisher nicht zutage gefördert. Das gilt sowohl für die von seiten der Gesundheitsökonomie favorisierten unterschiedlichen Markt- und Wettbewerbsmodelle als auch für den beispielsweise von den Zahnärzten geforderten Übergang vom Sachleistungssystem zur Kostenerstattung oder für eine durchgängige Selbstbeteiligung der Versicherten oder für die Position der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, im wesentlichen alles beim alten zu belassen.

Diese Ansätze verkennen oder vernachlässigen entweder den sozialen Bezug der gesetzlichen Krankenversicherung, der mit einem reinen Wettbewerbsmodell nicht vereinbar ist, oder sie übersehen die Steuerungswirkungen, die mit Kostenerstattung und Selbstbeteiligung über den Versicherten überhaupt ausgelöst werden können, oder aber sie unterschätzen den Reformbedarf, der beispielsweise in den höchst unterschiedlichen Beitragssätzen der verschiedenen Krankenkassenarten zum Ausdruck kommt, im Reformpapier der Kas- senverbände aber nicht einmal angesprochen worden ist.

Eine Reform, die diesen Namen verdient, muß aus meiner Sicht folgenden Vorstellungen und Anforderungen gerecht werden:

Wir brauchen keine neue Krankenversicherung, wir brauchen keine Revolution dieses grundsätzlich bewährten Zweiges der sozialen Sicherung. Wir brauchen eine Anpassung der hundert Jahre alten Prinzipien der GKV an die heutige Situation, an den wirtschaftlichen und sozialen Wandel, an die Veränderungen in der Medizin und in der Mentalität der Beteiligten und an ihr

verändertes Verhältnis zur Solidargemeinschaft. Wir brauchen eine „Generalüberholung“ der GKV, kein neues Modell, nur eine Neulackierung wäre allerdings zu wenig.

Bewährte Prinzipien der GKV stehen nicht zur Disposition. Dazu zählt als Wesenselement der sozialen Krankenversicherungen der Solidarausgleich zwischen arm und reich, zwischen jung und alt und zwischen den Alleinstehenden und der Familie. Ebenso ist festzuhalten an der gegliederten Krankenversicherung, an der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, an der Freiberuflichkeit der Gesundheitsberufe und der freien Arztwahl.

Nicht in Betracht kommen kann eine Zweiteilung des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung in eine Grundversorgung und in Zusatzleistungen; denn das wäre eine Zwei-Klassen-Gesellschaft in der Krankenversicherung, eine Krankenversicherung mit zwei Abteilungen, eine für die Armen und die andere für die Reichen. Derartige Vorstellungen sind mit dem Prinzip der Solidargemeinschaft nicht vereinbar.

Eigenverantwortlichkeit

Notwendig ist jedoch die Bestimmung der Grenzlinie zwischen dem, was künftig die Versichertengemeinschaft für den Bürger zu leisten hat, und dem, was der Eigenverantwortung und Selbsthilfe zu überlassen ist. Denn nicht alles, was heute medizinisch machbar oder wünschbar ist, kann und muß von der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Solidarprinzips bereitgestellt werden. Das Leitbild der Sozialpolitik ist der verantwortlich handelnde Mensch, verantwortlich gegen sich selbst und gegenüber der Gemeinschaft. Daraus folgt, daß die Hilfe der Gemeinschaft nur dann und insoweit in Anspruch zu nehmen ist, wenn und soweit die Kräfte

des einzelnen überfordert sind und daß Eigenhilfe dort geboten ist, wo sie zumutbar erscheint und ohne Schaden verlangt werden kann.

Dem Gedanken der Eigenverantwortlichkeit des Versicherten für seine Gesundheit muß bei der Reform sichtbar Ausdruck verliehen werden. Wir brauchen mehr Gesundheitsvorsorge, mehr Gesundheitserziehung und mehr Prävention – und wir brauchen materielle Anreize dafür, daß sich der Versicherte gesundheitsbewußt verhält und Gesundheitsleistungen maßvoll in Anspruch nimmt.

Die Gefährlichkeit des Gesundheitsbegriffs der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Gesundheit als den Zustand „vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens“ definiert hat, ist inzwischen allseits erkannt. Daraus entspringt eine Betreuungsmentalität mit der Forderung, daß jede Störung des Befindens mit ärztlichen Maßnahmen angegangen werden könne und müsse. Erforderlich ist es deshalb, die Begriffe von Krankheit und Gesundheit neu zu definieren. Nicht jede Versagung, Zumutung oder Kränkung im Leben darf tendenziell als Krankheit verstanden werden. Gesundheit wird mehr als bisher die Kraft sein müssen, mit Störungen leben zu können.

Problembereiche

Die Reform darf nicht einseitig nur auf einzelne Beteiligte ausgerichtet werden, die Reform muß die Probleme in allen Bereichen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung angehen, bei den Leistungserbringern, bei den Versicherten und bei den Krankenkassen:

□ Auf Seiten der Leistungserbringer müssen die sich aus der steigenden Zahl der Anbieter ergebenden Probleme vordringlich gelöst werden, insbesondere der Konflikt

zwischen dem freien Zugang zum System der Leistungserbringung in der Krankenversicherung und dem daraus erwachsenden Aufwand für Vergütungen. Wenn der Zugang nicht beschränkt werden soll oder aus rechtlichen Gründen nicht beschränkt werden kann, müssen die erforderlichen Konsequenzen im Bereich der Vergütungen gezogen werden, weil das System der Krankenversicherung eine unbeschränkt wachsende Zahl von Leistungserbringern bei unbeschränkt steigender Vergütung nicht verkraften kann. In diesen Zusammenhang gehört auch die Stärkung des Preiswettbewerbs zwischen den Leistungserbringern als ein Element zur Regulierung der Vergütungshöhe.

□ Auf Seiten der Versicherten und der Patienten ist die Frage des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung und die Schaffung steuernder Anreize zur kostenbewußten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu entscheiden. Von Bedeutung ist auch das Verhältnis des einzelnen Versicherten zu seiner Krankenkasse, vor allem die Frage von mehr Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Krankenkassen auch als ein Element zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. In diesen Zusammenhang gehört auch die Beseitigung von krankenversicherungsrechtlichen Unterschieden zwischen Angestellten und Arbeitern.

□ Auf Seiten der Krankenkassen schießlich stehen zunächst die höchst unterschiedlichen Beitragsätze zwischen den verschiedenen Kassenarten zur Diskussion. Dabei ist selbstverständlich, daß ein gegliedertes System der Krankenversicherung zwangsläufig unterschiedliche Beitragsätze aufweisen muß; das ist in einer gewissen Bandbreite auch unschädlich und

unbedenklich. Wenn sich aber zwischen den Beitragssätzen Unterschiede zwischen 15,7 % auf der einen Seite und 8 % auf der anderen Seite auftun, so ist es wohl keine Frage, daß schon aus Gründen der Gleichbehandlung und der sozialen Gerechtigkeit hier Änderungen bei der zwangsweisen Mitgliedschaft in einer Krankenkasse notwendig sind.

Einigkeit besteht in der Reformdiskussion darüber, daß die Leistungs- und Kostentransparenz in der GKV zu verbessern ist, und zwar für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen; denn Transparenz ist notwendig, um die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen besser beurteilen zu können und um Mißbrauch zu verhindern.

Einigkeit besteht auch darüber, die Gestaltungsspielräume für die Selbstverwaltung zu erweitern und durch Experimentierklauseln die Flexibilität des Systems der gesetz-

lichen Krankenversicherung zu erhöhen.

Beschränkungen

Die finanzielle Stabilisierung der GKV und die Reform des Gesundheitswesens verlangen Opfer von allen Beteiligten. Anders als bei den Reformversuchen von Theodor Blank in den Jahren 1958/60 und 1962/63 kann es heute nicht darum gehen, diese Opfer mit Leistungsausweitungen zu verbinden und sie damit vielleicht schmackhafter zu machen. Der Leistungsrahmen der GKV ist in einem Maße ausgeweitet worden, daß Verbesserungen kaum noch vorstellbar sind, so daß es primär um eine Beschränkung dieses Rahmens auf das Maß des Notwendigen geht, wenn man einmal von der Problematik der besseren sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit absieht.

„Opfer bringt niemand gern, das ist ganz natürlich. Doch wenn wir uns klarmachen, daß, wenn die

Krankenversicherung jetzt nicht im Hinblick auf vernünftige ökonomische Grundsätze reformiert wird, die großen Worte von gegliederter Sozialversicherung in den Wind gesprochen sind, daß es dann unweigerlich zu Staatszuschüssen, und das heißt: zu einem staatlichen Gesundheitsdienst kommen wird. Dann werden diese Opfer vielleicht leichter zu bringen sein.“

Diese Sätze stammen von der sozialpolitisch engagierten Journalistin Heddy Neumeister von der FAZ, sie könnten zum Auftakt der Reform 1987 geschrieben sein. Tatsächlich sind sie fast 30 Jahre alt und stammen vom 25. 6. 1958. Sie bildeten damals den Auftakt zu der von Blank vorbereiteten Reform. Alle Beteiligten sollten die Worte von Frau Neumeister ernst nehmen, vor allem diejenigen, die vielleicht aus Angst vor Veränderungen oder zur Bewahrung der eigenen Position eine Reform schon jetzt nicht mehr als dringlich ansehen.

Karl Stumpf

Die gemeinsamen Forderungen zur Strukturreform

Der 4. 2. 1987 kann als historisches Datum bezeichnet werden. An diesem Tag übergaben die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre gemeinsamen Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen dem Bundesarbeitsminister.

Damit haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen aktiv und konstruktiv in die seit einiger Zeit diskutierte und von vielen Seiten als dringend notwendig bezeichnete Strukturreform im Gesundheitswesen eingeschaltet, denn auch sie betrachten es mit großer Sorge, daß die Rahmenbedingungen für die so-

ziale Krankenversicherung in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden sind. Die gesetzlichen Maßnahmen der vergangenen Jahre zur Kostendämpfung haben jedenfalls die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht dauerhaft stabilisieren können.

Die dringendsten Probleme sind nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen

- wachsende Kapazitäten im Gesundheitswesen bei stagnierender Bevölkerungszahl und
- die Verschiebung der Alters-

struktur zu den ausgabenintensiven Jahrgängen hin.

Deutlich erkennbar sind außerdem

- der anhaltende Trend zu chronisch-degenerativen Krankheiten sowie die Entstehung neuer Krankheiten,
- die Verstärkung der medizinisch-technischen Entwicklung verbunden mit einer zunehmenden Umsatzorientierung in einigen Bereichen der Leistungserbringung,
- die ungünstiger werdende Einnahmesituation der sozialen Kran-

kenversicherung, die durch Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und durch Reduzierung der Arbeitszeit mit verursacht wird.

Angesichts dieser und anderer Probleme wird es für die soziale Krankenversicherung immer schwieriger, wenn nicht fast unmöglich, die Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben herzustellen.

Deutlich betont werden muß aber auch, daß Änderungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung allein nicht genügen, sondern daß eine Strukturreform, die diesen Namen auch verdient, den gesamten Gesundheits- und Medizinbetrieb umfassen muß.

Bewährtes System

Ausdrücklich betonen die Spitzenverbände der Krankenkassen, daß sich das System der sozialen Krankenversicherung bewährt hat und daß es einen wesentlichen Teil des sozialen Elementes der sozialen Marktwirtschaft darstellt. Sie treten deshalb dafür ein, an den ordnungspolitischen Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung

- Solidarität
- Sachleistungssystem
- Selbstverwaltung und
- Gliederung

festzuhalten.

Das Solidarprinzip ermöglicht bedarfsgerechte und vollwertige Gesundheitsleistungen, zeichnet sich durch einkommensabhängige Beiträge aus und nimmt damit auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Versicherten Rücksicht. Das Selbstverwaltungsprinzip eröffnet einen maßgeblichen Einfluß auf die Ausgabengestaltung (ärztlicher und zahnärztlicher Bereich), dieser Einfluß muß aber noch auf weitere Leistungsanbieter erstreckt werden. Die Sicherstellung eines zweckmäßigen, ausreichenden

und qualitativ hochwertigen Leistungsstandards wird durch die Sachleistungsgewährung erreicht. Dieses Verfahren ist unbürokratisch, und der Versicherte braucht nicht in Vorlage zu treten. Schließlich bekennen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen zu der nach regionalen, berufsbezogenen und betrieblichen Kriterien gegliederten sozialen Krankenversicherung.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sprechen sich für die Beibehaltung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der bisherigen Form aus (1987: monatlich 4275 DM). Diese in der Höhe identischen Grenzen werden seit 1969 sowohl von der gesetzlichen als auch von der privaten Krankenversicherung als „Friedensgrenze“ im Wettbewerb um Mitglieder akzeptiert. Dies sollte auch künftig so bleiben. Auch wird kein Anlaß dafür gesehen, bei Beibehaltung dieser Grenzen andere „Personenskreisverschiebungen“ zu Lasten der einen oder anderen Seite vorzunehmen.

Kreis der Versicherten

Ferner darf es keine Einkommensgrenze geben, von der ab Mitglieder zwangsweise ausscheiden müssen. Nicht-Pflichtversicherte, wie z. B. Selbständige und freiberuflich Tätige sollten während ihrer aktiven Erwerbstätigkeit ein Beitrittsrecht erhalten. Beamten sollte bei ihrer Ernennung bindend ein Wahlrecht zwischen dem Beihilfeanspruch und dem Arbeitgeberzuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag (§ 405 RVO) eingeräumt werden. Das Beitrittsrecht für bisher privatversicherte Rentner (§ 176 Abs. 1 Nr. 9 RVO) ist hingegen zu beseitigen.

Im übrigen muß künftig für alle Personen, die sich von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Kranken-

versicherung befreien lassen, dieser Austritt unwiderruflich sein, weil der der Beitragsbemessung zugrunde liegende soziale Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung für einen risikobezogenen Ausgleich im Versicherungsverlauf des ganzen Lebens sorgen soll.

Leistungsrahmen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen wenden sich gegen eine Aufspaltung des Leistungsrahmens in Grund- und Zusatzleistungen und betonen, jeder Versicherte müsse bedarfsgerechte und vollwertige Leistungen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung seiner Gesundheit und der seiner Familienangehörigen auch weiterhin erhalten.

Versicherungsfremde Leistungen sollen, da sie zur unmittelbaren staatlichen Daseinsfürsorge zu rechnen sind, auch staatlich finanziert werden; hierfür werden beispielhaft sieben Positionen aufgezählt, die die soziale Krankenversicherung 1985 immerhin mit mehr als 3,2 Mrd. DM belastet haben.

Ferner plädieren die Spitzenverbände der Krankenkassen für eine risikogerechte Abgrenzung der Aufgaben zwischen der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Dazu gehören u. a. die laufende Anpassung der Liste der anerkannten Berufskrankheiten an die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und die Leistungspflicht der Unfallversicherung bei allen Arbeitsunfällen in vollem Umfang. Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind klarere Abgrenzungskriterien zwischen der Kranken- und der Rentenversicherung nützlich. Abgelehnt werden weitere Aufgabenverlagerungen von der Sozialhilfe auf die soziale Krankenversicherung.

Kritisch sind auch die Aussagen zur Selbstbeteiligung; sie kann nicht als Allheilmittel zur Kostendämp-

fung angesehen werden. Die bisherigen Regelungen haben die erwartete Steuerungswirkung jedenfalls nicht entfaltet. Selbstbeteiligung ist nur dann vertretbar, wenn sie steuernd wirkt, sozial verträglich und gesundheitspolitisch unbedenklich ist, die Gesundheitsausgaben senkt und damit die Beitragszahler entlastet und nicht zu einer Zwei-Klassen-Medizin führt.

Die Absicherung des Pflegefallrisikos kann nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen nicht Aufgabe der sozialen Krankenversicherung sein. Im Hinblick darauf, daß nur ca. 10 % der Bevölkerung in den Genuß von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit kommen werden, fragt es sich allein schon, ob überhaupt ein versicherbares Risiko vorliegt. Es wird erneut betont, daß es sich hier vielmehr um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die deshalb folgerichtig auch aus Steuermitteln finanziert werden muß. Hierfür wäre ein Leistungsgesetz des Bundes, wie es das Land Rheinland-Pfalz vorge schlagen hat, am besten geeignet. Eine versicherungsrechtliche Lösung würde das leistungsrechtliche System der sozialen Krankenversicherung sprengen, zu spürbar höheren Beiträgen führen und die Be-

mühungen um Beitragsstabilität ad absurdum führen.

Gegen Überangebot

Um dem Überangebot auf dem Leistungssektor zu begegnen, fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen wirksame Befugnisse, nicht benötigte Leistungsangebote ausgrenzen zu können. Im einzelnen fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen:

Ärzte/Zahnärzte: Die Ausbildung von Ärzten und Zahnärzten muß stärker am Bedarf orientiert werden. Bei den Ärzten muß eine dreijährige Weiterbildung mit einem Jahr in ambulanter Praxis die Mindestvoraussetzung zur Kassenzulassung sein. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen soll das Recht erhalten, rechtsverbindliche, regionale Bedarfszahlen für die ärztliche Versorgung festzulegen.

Krankenhäuser: Im Krankenhausbereich treten die Spitzenverbände der Krankenkassen für eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Pflegesatzfestsetzung und für die Einführung eines nicht krankhausindividuellen Preissystems ein. Auch muß sich die Auswahl der Krankenhäuser am fachlichen Leistungsspektrum, an

der Leistungsfähigkeit und an der Qualität der medizinischen Versorgung orientieren. Durch Verträge ist der gewünschte Umfang der stationären Versorgung sicherzustellen; er kann sich auch nur auf Teile des Leistungsspektrums eines Krankenhauses beziehen.

Pharmaindustrie: Um die Ausgabenentwicklung bei Arzneien zu steuern, ist die Erarbeitung von Maßstäben vorgesehen, die sich an Zahl und Struktur der Patienten und der Fachgruppe der Ärzte orientieren. Informationssysteme – wie die Preisvergleichsliste – sind auszubauen. Schließlich werden direkte Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Pharma-Herstellern gefordert. Die Auswahl der Arzneimittel muß von der Prüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit abhängig gemacht werden.

Heil- und Hilfsmittel: Bei Heil- und Hilfsmitteln wünschen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen ausreichende Möglichkeiten, aus dem Leistungsangebot und unter den Leistungsanbietern den „Teil“ auszuwählen, der für die Versorgung der Versicherten notwendig ist. Darüber hinaus sollten durch Zusammenführung der Leistungsda-

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

NEUERSCHEINUNG

Jürgen von Hagen

STRATEGIEN KURZFRISTIGER GELDMENGENSTEUERUNG

Großoktav, 245 Seiten, 1986, brosch. DM 48,-

ISBN 3-87895-293-7

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

ten auf den Versicherten mehr Transparenz im Gesundheitswesen und so die Möglichkeiten für eine bessere Wirtschaftlichkeitsprüfung geschaffen werden.

Wettbewerb und Finanzierung

Schließlich werden die Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung einerseits sowie auch Chancengleichheit unter den Trägern der sozialen Krankenversicherung andererseits gefordert. So sollen z. B. alle Kassenarten gleiche Möglichkeiten zur Gewährung von Zusatzkrankengeld und für eine gezielte Kostenerstattung erhalten. Für alle Kassenarten sollte gleiches Recht bei der Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder nach Beitragsklassen gelten. Für Beihilfeberechtigte und ähnliche Gruppen sollen sachgerechte Teilkostentarife angeboten werden dürfen, um deren andersartigen Anspruchsbedarf berücksichtigen zu können.

Nachdrücklich halten die Spitzenverbände der Krankenkassen an

der finanziellen Autonomie der sozialen Krankenversicherung fest, so daß die Beiträge weiterhin für die jeweilige Versichertengemeinschaft einer jeden Krankenkasse von deren Selbstverwaltung festgesetzt werden. Sie lehnen deshalb eine direkte Subventionierung in Form eines Bundeszuschusses auch künftig ab. Gefordert wird aber eine Anpassung des Beitragssatzes für die Zahlung von Beiträgen aus Renten an den aktuellen durchschnittlichen Beitragssatz in der sozialen Krankenversicherung. Dies wäre ein notwendiger Schritt zur Verbesserung der Finanzierung in der Krankenversicherung der Rentner, für die ein kassenübergreifender Finanzausgleich gilt.

Wenn das Strukturpapier der Spitzenverbände der Krankenkassen für einige Kritiker zu wenig Ansätze für eine Strukturreform enthält, muß doch bedacht werden, daß es sich hier um gemeinsame Vorstellungen und Anliegen aller Spitzenverbände der Krankenkassen handelt. Diese Tatsache allein aber ist m. E. bemerkenswert und spricht für die gemeinsame Position der gesetzlichen

Krankenversicherung. Natürlich handelt es sich um einen Kompromiß, bei dem kassenspezifische Fragen ausgeklammert bleiben mußten.

Interessant in diesem Zusammenhang ist aber auch, daß der aus unabhängigen Wissenschaftlern zusammengesetzte Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem am 10. 2. 1987 vorgelegten Jahresgutachten in einer ganzen Reihe von Positionen und Beurteilungen die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen skizzierte Auffassung teilt. Dies gilt z. B. für die Analysen und Ursachen der Kostensteigerungen, für die Ansichten über das Einsparpotential auf dem Arzneimittelsektor sowie über die notwendige Anpassung des Bettenangebots der Krankenhäuser an den tatsächlichen Bedarf und ganz besonders für die Aussage, daß „unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen und wegen unwägbarer Finanzierungsrisiken“ eine Absicherung des Pflegerisikos innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu empfehlen sei.

Heinrich Frommknecht

Eine Stärkung des Solidaritätsgedankens ist notwendig

Die Koalitionsparteien haben den Rahmen für die anstehende Strukturreform abgesteckt: Der Leistungskatalog der GKV soll auf das Notwendige beschränkt werden. Auf seiten der Versicherten und Leistungserbringer sollen Anreize für wirtschaftliches Verhalten geschaffen werden. Mit dieser Vorgabe soll der Bundesarbeitsminister bis Herbst 1987 einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen.

Diese Anzeichen sprechen dafür, daß die Bundesregierung entschlossen ist, ihr Bekenntnis zur Stärkung der Eigenvorsorge umzusetzen. Anders als in Zeiten ungebrochenen Wachstums muß von Versicherten, die des solidarischen Schutzes der GKV nicht bedürfen, ein größeres Maß an Selbsthilfe gefordert werden. Gegenwärtig sind 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert. 25 % davon gehören zu

den Besserverdienern mit Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze. Diese Situation kann nicht mehr damit begründet werden, daß ein so hoher Anteil der Bevölkerung hilfs- und schutzbedürftig ist. Dies stellte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1987 fest.

Deshalb bedarf das gegenwärtige System Korrekturen in der Ver-

sicherungspflicht, der Versicherungsberechtigung und der Versicherungsfreiheit. Beitrittsberechtigt zur GKV sollte nur sein, wer ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze bezieht. Insbesondere ist das Beitrittsrecht für höherverdienende Berufsanfänger, für Beamte, gewerbebetreibende Betriebsunternehmer sowie freiberuflich tätige Personen abzuschaffen. Durch die Versicherung Höherverdienender wird die Erfüllung der Aufgabe der GKV, Versicherungsschutz gegen einen maßvollen Beitrag zu bieten, erschwert.

Versichertenkreis

Höherverdienende haben durchschnittlich ein höheres Lebensalter und eine größere Anzahl in die Familienhilfe einbezogener Angehöriger. Sie zahlen einen geringeren Pro-Kopf-Beitrag als die geringer Verdienenden, haben jedoch ein höheres Anspruchsverhalten. Nach Schätzungen des PKV-Verbandes zahlen die freiwillig Versicherten bei den Angestellten-Ersatzkassen im Vergleich zu den Pflichtversicherten rund 44 % höhere Beiträge, nehmen demgegenüber aber rund 53 % mehr Leistungen in Anspruch. Würde dieser Personenkreis deshalb gemäß dem Subsidiaritätsprinzip für den Krankheitsfall selbst vorsorgen, dann erbrächte er einen deutlich überproportionalen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitswesens.

Gegen die Interessen der Solidargemeinschaft GKV handeln beispielsweise auch jene freiwillig Versicherten mit gutem Einkommen, die ihre Entscheidung zwischen PKV und GKV von der Zahl der in der GKV kostenlos mitzuversichernden Familienangehörigen abhängig machen. Deshalb sollte bei diesem Versichertenkreis die Familienhilfe der GKV ausgeschlossen werden für solche Ehegatten, die keine Kin-

der zu betreuen haben und deswegen eigene Leistungsansprüche erwerben könnten.

Falsch wäre, diese Gruppe gemäß ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze stärker zur Finanzierung der von ihr verursachten Mehrausgaben heranzuziehen. Dieser gelegentlich geäußerte Vorschlag müßte nach den Erfahrungen der Vergangenheit zwangsläufig zur Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze führen und würde dem Subsidiaritätsprinzip noch größeren Schaden zufügen. Wenn gleichzeitig die Wahlfreiheit eingeschränkt wird, würde auch die diskutierte Einführung einer Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter ihren Sinn verlieren.

Selbstbeteiligung

Im Arzneimittelsektor hat die private Krankenversicherung mit der Selbstbeteiligung gute Erfahrungen gemacht. Offenbar ist hier die Verbrauchersouveränität am größten. Deshalb liegt auch dort der sinnvollste Ansatz für die Selbstbeteiligung im Rahmen der GKV. Sie bringt aber für die Versicherten nur dann Preistransparenz, wenn die so gut wie wirkungslos gebliebene pauschale Rezeptblattgebühr durch eine spürbare prozentuale Eigenbeteiligung abgelöst wird, wobei eine Obergrenze und eine Härtefallregelung denkbar sind.

Selbstbeteiligung im Arzneimittelsektor, kombiniert mit Preisvergleichslisten, ist besser als die Einführung von Positivlisten oder die Forderung nach Preisverhandlungen von Kassen und Pharma-Unternehmen. Diese Entwicklungen würden die im wesentlichen noch vorhandene Einheitlichkeit des Arzneimittelmarktes für den Kassen- und Privatsektor auf Dauer zerstören. Eine solche Spaltung des Arzneimittelmarktes in einen privilegierten

Kassen- und einen an den Marktpreisen orientierten Privatsektor wäre sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen und könnte von der PKV nicht akzeptiert werden.

Sinnvoll wäre, versicherungsfremde Leistungen aus dem Katalog der Kassen herauszunehmen. Allein beim Sterbegeld ließen sich 1,5 Mrd. DM einsparen, wenn die Kassen das höchste Sterbegeld wie in der PKV auf 500 DM begrenzen würden.

Kostenerstattung

Die bereits heute von den Ersatzkassen praktizierte Kostenerstattung für die freiwillig Versicherten hält die PKV für rechtswidrig. Sie wurde in ihrer Auffassung durch das Bundessozialgericht bestätigt, daß darin eine unzulässige Durchbrechung des Sachleistungsprinzips sieht. Es verbot jüngst in einem Urteil Orts- und Betriebskrankenkassen, die Kostenerstattungspraxis der Ersatzkassen zu übernehmen.

Will der Gesetzgeber den Kassen im Rahmen der Strukturreform das Recht zur Kostenerstattung einräumen, darf das Sachleistungsprinzip als Schutzeinrichtung für die sozial Schwächeren in der GKV nicht in Frage gestellt werden. Deshalb muß die Kostenerstattung, wie sie die PKV kennt, in der GKV auf den Kreis der freiwillig Versicherten, die zur Vorleistung in der Lage sind, beschränkt werden. Den Besserverdienenden erlauben die Ersatzkassen heute in jedem Einzelfall die Wahl zwischen Behandlung auf Krankenschein oder Kostenerstattung. Diese Praxis ist preistreibend und unsozial gegenüber den Pflichtversicherten. Kostenerstattung in der GKV ist nur dann vertretbar, wenn sie für die freiwillig Versicherten obligatorisch ist, um einen Unwirtschaftlichkeitsabschlag gekürzt wird und Honorarmaßstab für die Höhe der Erstattungsleistungen die Gebührenordnung für Ärzte ist.

Auch das von den Kassen den freiwillig Versicherten gewährte Zusatzkrankengeld paßt ebensowenig wie die bisher praktizierte Kostenerstattung zu ihrem sozialen Schutzauftrag. Die zusätzliche Versicherung individueller Bedürfnisse ist nicht Aufgabe der GKV. Sie ist nicht mit den Grundsätzen der Solidarhaftung vereinbar, weil sie eine Sonderleistung an einzelne Personengruppen darstellt, die die anderen Kassenmitglieder nicht erhalten und – wegen ihres niedrigeren Einkommens – auch gar nicht erhalten können. Hinzu kommt, daß die Beiträge für das Zusatzkrankengeld bei weitem nicht kostendeckend sind. Das Defizit, das sich nach den Erfahrungen der PKV daraus ergibt, beträgt für die Kassen rund 158 Mill. DM. Auch der Bundesrat hat am 21. 2. 1986 gefordert, den Ersatzkassen dieses Angebot unverzüglich gesetzlich zu untersagen.

Absicherung des Pflegerisikos

Die Überlegungen der Bundesregierung, den Leistungskatalog der GKV durch ein Pflegegesetz auf

den Bereich der häuslichen Krankenpflege auszudehnen, würde den Krankenversicherungsschutz so sehr verteuern, daß er langfristig aus der Balance kommen könnte. Wenn auch die Kassen die Hauptbetroffenen sind, so gibt es eine große Übereinstimmung mit der PKV in der Ablehnung dieser Entwicklung. Ebenso haben die sieben Sachverständigen des Rates für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in ihrem Gutachten ausgeführt, daß „unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen und wegen unwägbarer Finanzierungsrisiken“ eine solche Absicherung nicht zu empfehlen sei.

Die Bundesregierung sollte der Eigenvorsorge über die von der PKV entwickelte Pflege-Krankenversicherung den Vorzug geben. Weil sie mit einem Ansparprozeß verbunden ist, läßt sich mit ihr die dramatische Verdoppelung der Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten besser bewältigen. Damit die private Pflege-Krankenversicherung aber die von So-

zialpolitikern gewünschte Breitenwirkung erlangen kann, sollte die Bundesregierung die Versicherungsbeiträge als unbeschränkt abzugsfähige Sonderausgaben anerkennen und eine Übertragung des dem Pflegebedürftigen zustehenden Pauschalbetrages auf die Pflegeperson zulassen. Die Weichen dafür sind gestellt, wie die Koalitionsverhandlungen gezeigt haben.

Die PKV ist sich bei ihren Vorschlägen zur Strukturreform darüber im klaren, daß die festgefahrenen Strukturen des Krankenversicherungssystems der an sich notwendigen Umsetzung des reinen Solidaritätsgedankens in der GKV entgegenstehen. Auch kann die Eigenvorsorge allein keine Patentlösung für die Gesamtprobleme unseres Gesundheitswesens bieten. Dennoch ist zu hoffen, daß eine Regierung, die sich zur sozialen Marktwirtschaft bekennt, die Diskussion um ordnungspolitische Lösungen der finanziellen Schwierigkeiten unserer sozialen Sicherungssysteme vorurteilsfrei führen wird.

Horst Bourmer

Strukturreform ist mehr als Kostendämpfung!

Die Diskussion über die angekündigte Strukturreform im Gesundheitswesen läßt erkennen, daß weniger Reformen struktureller Komponenten als mehr oder weniger hilflose Versuche, auf die Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuwirken, erwartet werden dürfen. Gewerkschaftsbund, Krankenkassenverbände, und CDU-Sozialausschüsse haben in ihren Stellungnahmen verdeutlicht, daß sie unter Reform vor allem eine Einschränkung der vermeintlichen Überangebote auf der Seite der Lei-

stungsträger verstehen, also die seit 1977 wirkungslose Politik der angeblichen Kostendämpfung fortsetzen wollen. Dabei vermischen sich in eigentümlicher Weise ideologische Voreingenommenheiten, egoistische Selbsterhaltungsstrategien und als volkstümlich angesehene Vorschläge zur Gesundheitspolitik zu einem aufgeblähten Soufflé-Teig, der in sich zusammenfällt, wenn er den realen Bedingungen unseres Gesundheitswesens ausgesetzt wird.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund weist alle marktwirtschaftli-

chen Gestaltungselemente im Gesundheitswesen als unbrauchbar zurück, sieht einen überstarken Einfluß der Leistungsträger auf die Gesundheitspolitik und begründet die angebliche Benachteiligung der Arbeitnehmer bei der Gesundheitssicherung mit der wirtschaftlichen Macht der „Anbieter“, so auch mit dem „Monopol“, das der Ärzteschaft durch den Sicherstellungsauftrag gewährt wird. Die gesetzlichen Krankenkassen verteidigen das Sachleistungsprinzip und lehnen eine wirksame Selbstbeteiligung ab, rechtfertigen die Beitrags-

vergünstigungen für ihre freiwilligen Mitglieder bei gleichzeitiger Zurückweisung jeder Wahlfreiheit in der Entscheidung für Krankenkassen oder Leistungstarife – in Überbetonung des Solidaritätsprinzips und völliger Nichtachtung von Grundsätzen wie Selbstverantwortung oder Subsidiarität. Die CDU-Sozialausschüsse fügen alledem noch die Forderungen nach einer Zulassungssperre für Kassenärzte und nach einer Ausdehnung der Selbstverwaltung bei den Krankenkassen unter staatlicher Regelungsbhut hinzu. Das alles ist Fortsetzung und nicht einmal Fortschreibung der verfehlten gesundheitspolitischen Entscheidungen in der letzten Dekade.

Die wirklichen Strukturfragen

Vor diesem Hintergrund ist die Vermutung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung sicherlich berechtigt, die Reform des Gesundheitswesens sei die „sozialpolitische Mutprobe“ dieser Legislaturperiode, weil der „Lobbyismus“ immer wieder Problemlösungen behindere. Nur tritt eine Lobby auf, die über die Gestaltung des Gesundheitswesens ordnungs- und gesellschaftspolitische Entwicklungen in Richtung Planung, Einheitsversicherung und Kollektivismus einleiten will, bei Machtzuwachs für sich selbst und abnehmender Selbständigkeit für Versicherte und Patienten, Ärzte und Krankenhäuser, medizinische Behandlung und Prävention. Keinesfalls kann daher der Vorwurf des Lobbyismus die Ärzteschaft treffen. Sie hat sich von Anfang an gegen eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung und für eine Strukturreform im Gesundheitswesen ausgesprochen, um so das Augenmerk auf die wirklichen Strukturfragen unseres Gesundheitswesens zu lenken und die kurzatmige Politik erfolgloser Kostendämpfung endgültig zu über-

winden. Angesichts der von den Krankenkassen noch einmal als ehern hingestellten Grundsätze der Unantastbarkeit des Leistungsrahmens, des Leistungsrechts, der Sachleistungsgewährung, des Versicherungskreises und der Beitragsbemessung wird diese Hoffnung allerdings unerfüllt bleiben.

Strukturreform im Gesundheitswesen bedeutet für die Ärzteschaft zunächst einmal die Förderung der Selbsthilfe statt die Ausdehnung der staatlichen Betreuung. Das bedeutet im einzelnen, die Gesundheitserziehung durch Erprobung und Verbreitung neuer gesundheitspädagogischer Methoden in Familie, Kindergarten und Schule zu intensivieren; die medizinisch vertretbare Gesundheitsaufklärung durch systematische und koordinierte Beteiligung aller kompetenten Einrichtungen zu verstärken; die bestehenden Maßnahmen und Einrichtungen der Gesundheitsbildung, die mangelnde Wirksamkeit vermuten lassen, zu überprüfen und zu korrigieren; den einzelnen Bürger zu motivieren, die für ihn vorgehaltenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen wahrzunehmen; allen Bürgern wenigstens alle zwei Jahre eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung einschließlich der Krebsvorsorgeuntersuchung zu ermöglichen; die Entwicklung weiterer Präventionsmaßnahmen unter Wahrung des persönlichen Datenschutzes unter Einsatz der medizinischen Forschung zu fördern; Familien zur Selbsthilfe in der Pflege und Versorgung kranker Angehöriger zu motivieren; die Elternbildung mit dem Ziel zu verbessern, die Einübung gesundheitsbewußten Verhaltens zu vermitteln; die Finanzierung von Schwerpunktprogrammen der Familienberatung, Elternbildung und Müttererholung unter Einbeziehung ärztlicher Beratung zu verbessern.

Strukturreform im Gesundheits-

wesen heißt weiterhin, die Selbständigkeit des Arztes zu erhalten und staatliche Bevormundung zu verhindern. Dazu zählt die Förderung der Allgemeinmedizin durch Gleichstellung in Forschung, Ausbildung und Weiterbildung mit den anderen medizinischen Fachgebieten; die Stärkung der Patienten-Arzt-Beziehung auch in der stationären Versorgung, vor allem durch systematische Anwendung des kollegialen Belegarztsystems in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung; Förderung des ärztlichen Gesprächs durch angemessene Bewertung auch der ausführlichen Gesundheitsberatung, Vorsorge und Früherkennung; Unterstützung von Patientengruppen mit der Aufgabe der Selbsthilfe zur praktischen Lebensbewältigung und seelischen Stabilisierung; Förderung der ärztlichen Beteiligung an der Rehabilitation von Kranken und Behinderten zur Sicherung einer rechtzeitigen und gezielten Einleitung notwendiger Maßnahmen der beruflichen und sozialen Integration; Ausweitung der ärztlichen Betreuung am Arbeitsplatz zur Verhinderung von Gesundheitsgefährdungen und -beeinträchtigungen als Folge der Belastungen in der modernen Arbeitswelt; Intensivierung der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit Sozialstationen, um so die ambulante Pflege auszudehnen sowie das Gesundheitswissen und die Selbsthilfefähigkeit der Patienten und ihrer Familie zu fördern.

Strukturreform im Gesundheitswesen soll schließlich die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und nicht die Zuständigkeit staatlicher Bürokratie steigern. Dazu zählt die Förderung kooperativer Formen der ambulanten Versorgung wie Gruppenpraxen, der Gründung von anästhesiologisch-operativen Ärzteteams zur vermehrten Durchführung ambulanter Operatio-

nen und der Erprobung neuer Organisationsstrukturen und -formen der freien ärztlichen Praxis nach betriebswirtschaftlichen Kriterien. Dazu zählt weiterhin die Entlastung der Akutkrankenhäuser durch Nachsorgeeinrichtungen, Alters- und Pflegeheime, gegebenenfalls durch Umwidmung von nicht erforderlichen Krankenhäusern unter Beteiligung niedergelassener Ärzte; die Förderung neuer Formen der stationären Versorgung wie Praxiskliniken und anderer Kooperationsmodelle wie das kooperative Belegarztwesen als Bindeglied zwischen Einzelpraxis und Krankenhaus; die Neubestimmung der Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Gesundheitswesen, des Aufgabenkataloges und gegebenenfalls der Organisationsform der Gesundheitsämter; die Übertragung öffentlicher Gesundheitsaufgaben auf frei praktizierende niedergelassene Ärzte; die Zuweisung öffentlicher Gesundheitsaufgaben an Vertragsärzte als unabhängige Träger eines öffentlichen Amtes.

Krankenversicherungsreform

Dazu zählt vor allem auch die Durchführung von Modellprogrammen zur Selbstbeteiligung der Versicherten mit dem Ziel, versicherungsbedürftige und nicht versicherungsbedürftige Leistungen zu differenzieren; die Neufestsetzung des Kreises der Pflichtversicherten bei allgemeiner Pflicht zur Versicherung der Grundrisiken mit Nachweis; die Herausnahme aller versicherungsfremden Leistungen aus der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. die Finanzierung dieser Leistungen aus dem allgemeinen Steueraufkommen; die Festlegung von Leistungen, die über die Regelleistung hinausgehen, ausschließlich durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen; die Einführung einer abgestuf-

ten Arbeitsfähigkeit nach Krankheit aus Gründen der Therapie und Rehabilitation und zur Entlastung der Krankenversicherung.

Alle genannten Maßnahmen sind dringend notwendig, aber nur in Zusammenarbeit von Regierungen und Parlamenten in Bund und Ländern, von Leistungsträgern wie Ärzteschaft, Krankenhäusern, Pharmaindustrie, Hilfs- und Heilmittelherstellern sowie Kostenträgern wie den gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung durchzusetzen. Änderungen von Gesetzestexten in der Reichsversicherungsordnung genügen nicht. Ergebnisse sind innerhalb einer Legislaturperiode auch nicht zu erwarten.

Ein modernes, leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitswesen läßt sich aber in überschaubarer Zeit erreichen, wenn gesundheitliche und medizinische Orientierungsdaten den erforderlichen Entscheidungen zugrunde gelegt werden und nicht – mit Blick auf die nächsten Wahlen – Finanzierungsprobleme oder Deckungslücken in den verschiedenen Sparten der Sozialversicherung, Entlastungen oder Umschichtungen in den öffentlichen Haushalten und soziale Vergünstigungen für einzelne Gruppen zu Lasten der Krankenkassen. Schon wird nicht mehr die Frage diskutiert, wie das Pflegerisiko abgedeckt werden kann (etwa als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von allen und damit aus Steuern zu finanzieren wäre), sondern nur noch die Zahl der Milliarden, mit denen sich die gesetzliche Krankenversicherung aus ihren Beiträgen an der Finanzierung beteiligen sollte; ohne Beitragserhöhung natürlich und nur aus den vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gleichermaßen großzügig wie unbewiesen behaupteten Finanzreserven im Gesundheitswesen.

Zu befürchten ist allerdings, daß die völlig verzerrte und überdies simplifizierende Darstellung des „gesundheitspolitischen“ Hauptproblems nur unangemessene, jedoch der Öffentlichkeit leicht verständliche Einzelregelungen erlauben wird, bedingt doch ein differenzierter und den Namen „Strukturreform“ verdienender Maßnahmenkatalog eine ebenso differenzierte Betrachtungsweise. Die aber erfordert die dramatische und beschwörende Darstellung der Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung ebensowenig wie die bis vor wenigen Jahren ständig beschworene „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen: Die Kostendämpfung war der Inhalt sozialliberaler Gesundheitspolitik von 1975 bis Ende 1982. Die Stabilität der Beitragssätze (= Lohnnebenkosten) ist seit 1983 das Credo der christlich-liberalen Gesundheitspolitik.

Wirkungsvoll, einprägsam und selbst für die meisten Berufspolitiker plausibel sind beide Forderungen, obwohl die erste sachlich wenig begründet war und eigentlich nur der Subventionierung von Rentenversicherung und Staatshaushalt diene und die zweite nicht zu verwirklichen ist, selbst wenn die Ausgaben für das Gesundheitswesen abnehmen. Dabei lassen sich diese gesundheitspolitischen Thesen ebenso einfach widerlegen, wie sie aufgestellt wurden und weiterhin aufgestellt werden:

Maßstab für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen seit 1975, also seit Beginn der Diskussion über die sogenannte „Kostenexplosion“, kann nur die Entwicklung des Bruttosozialproduktes sein. Das wuchs von 1975 bis 1985 von 1029,4 Mrd. DM auf 1837,9 Mrd. DM an. In dieser Zeit stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 61,1 Mrd. DM auf 114,6 Mrd. DM und bean-

spruchten in allen Jahren einen fast gleichbleibenden Anteil am Sozialprodukt, der stets um 6 % oszillierte: 1975 = 5,9 %; 1980 = 6,1 %; 1981 = 6,3 %; 1982 = 6,1 %; 1983 = 6,0 %; 1984 = 6,2 %; 1985 = 6,2 %.

Dabei fielen in diese Zeit besonders spektakuläre Fortschritte in der Medizin, die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung um mehr als drei Jahre und die Zunahme der Behandlungskapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung. Die behauptete „Kostenexplosion“ fand übrigens auch dann nicht statt, wenn man die Gesundheitsausgaben insgesamt und über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus betrachtet, also Beihilfen und Leistungen der privaten Krankenversicherung, Vorbeugung, Arbeitsunfälle, Berufskrankheit und Invalidität einbezieht: 1975 lagen alle diese Ausgaben zusammen bei 10,44 % und 1984 ebenfalls immer noch bei 10,44 % des Bruttosozialproduktes. War die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen doch nur eine bereitwillig kolportierte und ungern überprüfte Schimäre?

Die Entwicklung der Beitrags-

sätze in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dagegen real, unter den geltenden Bedingungen aber aller Voraussicht nach nicht beherrschbar. Nach Berechnungen des Bundesinnenministeriums wird die deutsche Gesamtbevölkerung bis zum Jahre 2030 auf 42,6 Millionen sinken, der Anteil der Bevölkerung im Rentenalter von gegenwärtig 21,5 % auf 38 % ansteigen. Dennoch wird nur ein sehr geringer Anstieg der Leistungsaufwendungen im Gesundheitswesen erwartet, und zwar um insgesamt 7 bis 8 % bis zum Jahr 2020 und danach sogar mit Minus-Zuwächsen. Daraus folgt eine durchschnittliche Zunahme der Gesundheitsausgaben um 0,2 bis 0,3 % jährlich, die damit voraussichtlich deutlich unter der Entwicklung des Bruttosozialproduktes liegt, ja kaum noch als Zunahme zu bezeichnen ist.

Dennoch werden die Beitragsätze in der gesetzlichen Krankenversicherung unvermindert ansteigen, weil bei abnehmender Gesamtbevölkerung die Jahr für Jahr immer geringere Zahl berufstätiger Versicherter die Krankheitskosten der zunehmenden Zahl von Rentnern mit sich unvermindert ausbrei-

tenden chronisch-degenerativen Krankheiten finanzieren müssen. Die Jahrgänge, die diese Lasten verursachen und tragen, leben schon heute. Die Allgemeinversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen ebenfalls schon heute 58 % ihrer Beiträge als Solidarleistung in die Rentnerkrankenversicherung. Wie hoch auch immer die Beitragssätze sein mögen, die von ihnen auf die Kassenärzte, auf die Krankenhäuser oder auf die Arzneimittel entfallenden Anteile bleiben gleich, während die Solidarzahlungen für die Rentnerkrankenversicherung zunehmen und die Beitragsätze unvermeidlich erhöhen.

Das ist das wirkliche Strukturproblem, das nicht nur eine Strukturreform im Gesundheitswesen erfordert, sondern auch eine Entscheidung unserer Gesellschaft darüber, wer und in welchem Umfang die Altenlast auch im Gesundheitswesen zu tragen hat. Eine Politik mit dem Ziel, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren, kann letztendlich inhuman sein, wenn dadurch die Versorgung unserer alten Menschen im Krankheitsfall eingeschränkt wird.

Günter Neubauer

Ziele und Ansatzpunkte einer Strukturreform

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) weist seit Jahren eine Dynamik auf, die einem Zweig der Privatwirtschaft sicherlich viel Anerkennung und Lob von seiten der Politiker einbringen würde. Die völlig konträre Beurteilung der GKV durch die Politiker stützt sich auf die Vermutung, daß die gesetzliche Krankenversicherung eine ineffiziente und uneffektive Versorgung ihrer Versicherten

mit Gesundheitsleistungen bietet. Konkreter formuliert: Die gesetzliche Krankenversorgung ist zu teuer und enthält teilweise medizinisch nicht angemessene Leistungen¹. Der Verdacht gründet sich vor allem darauf, daß in dem System der GKV weder für Leistungserbringer noch für Leistungsverbraucher Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten bestehen.

Neben diesen systemimmanen-

ten Defekten stehen jedoch auch eine Reihe von externen Faktoren, welche die GKV belasten. So haben der Staat und die Gesetzgebung über Jahrzehnte hinweg den Leistungskatalog Schritt für Schritt ausgedehnt, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um versicherungsfähige und krankheitsbezogene Leistungen

¹ Vgl. hierzu das Jahrgutachten 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Ziffer 1984.

handelt. Die Diskussion um die Pflegefallversicherung mag hierfür als Beispiel stehen.

Schließlich bedroht die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik die GKV mit weiteren Ausgabenschüben. Die Gruppe der Rentner finanziert nur etwa die Hälfte ihrer Gesundheitsausgaben selbst, den Rest tragen die erwerbstätigen Versicherten. Und die Zukunft verheißt hier keine Entlastung, sondern das Gegenteil.

Ziele einer Reform

Vor dem oben skizzierten Hintergrund sind die Ziele einer Reform in ihren Umrissen bereits zu erkennen, wobei freilich die vielen betroffenen Interessengruppen jeweils die Akzente anders setzen.

Aus dieser Sicht muß es Ziel einer Reform sein, für die GKV solche Rahmenbedingungen zu schaffen, daß sich genügend Selbststeuerungskräfte aktivieren lassen, welche das System ökonomisch sinnvoll stabilisieren. Es muß wieder der Patient und Versicherte in den Mittelpunkt des Systems gerückt werden. Beide sind, wo möglich, an den Entscheidungsprozessen direkt zu beteiligen. Dabei ist sorgfältig abzuwägen, in welchen Bereichen Entscheidungen an den Staat, an Krankenkassen oder an Leistungserbringer zu delegieren sind und wann den Versicherten, welche die Finanzmittel aufbringen, und wann den Patienten, um deren Gesundheit es geht, Entscheidungsfreiheit einzuräumen ist. Als Orientierungshilfe müssen neben ökonomischen Effizienzüberlegungen auch gesellschaftliche Leitbilder herangezogen werden.

Das derzeit in der Diskussion am häufigsten genannte Ziel einer Strukturreform, nämlich Stabilisierung der Ausgaben im Gleichklang mit der Einkommensentwicklung, halten wir volkswirtschaftlich für we-

nig sinnvoll. In einer Volkswirtschaft wird es nämlich immer expandierende und schrumpfende Wirtschaftsbereiche geben. Ein anteilmäßiges Einfrieren von Wirtschaftszweigen bremst die Dynamik der Entwicklung und widerspricht Grundprinzipien einer freiheitlichen Wirtschaft.

Reformansätze

Wird eine Reform und nicht eine Auflösung der GKV angestrebt, so müssen bestimmte Grundprinzipien gewahrt bleiben. Damit soll nicht die Möglichkeit einer Aufgabe der GKV verneint werden, doch stellte sich dann die Thematik wesentlich weiter.

Soll es bei einer GKV-Strukturreform bleiben, so sind folgende Grundprinzipien neu zu überdenken, nämlich die beiden konstitutiven Prinzipien der GKV

- das Versicherungsprinzip und
- das Solidaritätsprinzip sowie die beiden regulierenden Prinzipien
- autonome gemeinsame Selbstverwaltung und
- pluralistische Organisationsform.

Diese vier Grundprinzipien begrenzen quasi die Fläche, innerhalb der nach möglichen Leistungsansätzen gesucht werden kann.

Wenn man heute die Vielzahl an ernsthaften Vorschlägen zur Strukturreform sichtet, lassen sich mit einiger Großzügigkeit drei Gruppen bilden:

- Vorschläge, die eine weitgehende marktliche Steuerung zum Ziele haben²,
- Vorschläge, die das bestehende System wettbewerblich reformieren

² Vgl. hierzu die Beiträge von F. E. Münich und P. Oberender, in: F. Geigant und P. Oberender: Marktsteuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 8), Gerlingen 1985.

wollen, unter Beachtung der Grundprinzipien der GKV,

- Vorschläge, welche die Ausgabenstabilität in den Mittelpunkt stellen und auf Globalsteuerung setzen.

Angesichts des begrenzten Raumes können hier nur die Grundgedanken nachgezeichnet und Schwächen und Vorteile lediglich angedeutet werden.

Marktorientierung

Marktliche Steuerung stellt den kaufkräftigen Nachfrager in den Mittelpunkt; durch seine Zahlungswilligkeit und Zahlungsfähigkeit werden die Leistungs- und Finanzströme gelenkt.

Nun ist heute kein Ökonom so blauäugig, daß er ein reines Marktsystem auf die GKV übertragen wollte. Vielmehr steht im Mittelpunkt das Modell der Kfz-Haftpflicht-Versicherung. Bei einer Pflicht zur Versicherung für einen eher enger gezogenen Personenkreis können verschiedene Krankenversicherungen gewählt werden³. Der Solidarausgleich läßt sich bei Wettbewerb der Krankenversicherungen um Versicherte jedoch nicht mehr im herkömmlichen Sinne durchführen, denn die Krankenversicherungen würden um gute Risiken, gemessen am Beitrags-Leistungsverhältnis, konkurrieren, schlechte Risiken jedoch diskriminieren. Um dies zu vermeiden, wäre die angemessene Lösung, den Solidarausgleich über den Staatshaushalt zu finanzieren.

Der Vorteil einer solchen Lösung liegt in einer Öffnung des Wettbewerbs der Krankenkassen um Versicherte, denen große Wahlfreiheit eingeräumt wird. Ob dieser Wettbe-

³ In diese Richtung argumentiert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 1985/86, Ziff. 320ff.

werb auf die Leistungsmärkte durchschlägt, bleibt jedoch offen. Schließlich käme es zu einer weitreichenden Entpolitisierung und Deregulierung des gesamten Systems.

Der Hauptnachteil dieses Ansatzes liegt in der Verlagerung des Solidarausgleiches auf den Staat und der drohenden Konsequenz einer Zweiteilung des Gesundheitssystems, ähnlich wie in den USA, wo ja der Staat die Armen und Alten gegen Gesundheitsrisiken absichert⁴. Realisierungschancen hat der Reformansatz heute keine, da er, mit Ausnahme der PKV, bei keiner wichtigen Gruppe Unterstützung findet.

Eine interessante Variante dieses Ansatzes stellt eine Reform nach dem Dualprinzip dar⁵. Die Grundidee ist, daß über die GKV nur solche Risiken abgesichert werden, welche die privat zumutbare Absicherung überschreiten. Geht man davon aus, daß jeder Haushalt bis zu 10% seines Einkommens für seine Gesundheitssicherung selbst direkt aufbringt, so bliebe für die GKV nur eine Absicherung der ökonomisch definierten Großrisiken. Der Solidarausgleich beschränkt sich dann auf die Großrisiken. Auch für diese Variante gelten im wesentlichen die obigen genannten Vor- und Nachteile.

Das Konzept einer Reform in Richtung Globalsteuerung⁶ setzt auf eine zentralisierte hochaggregierte Steuerung der Leistungsströme. Durch die Vorgabe von Budgets wird versucht, die Ausgabenentwicklung in vorab beschlossenen Grenzen zu halten. Werden daraus entsprechende Teilbudgets für

verschiedene Leistungsbereiche abgeleitet (strukturierte Budgetierung), so wandelt sich die Tätigkeit der einzelnen Kassen in die einer vollziehenden Behörde.

Sollen die Budgets nicht durch die Tätigkeit einzelner Leistungserbringer unterlaufen werden, so sind auch diesen Budgets vorzugeben. Außerdem muß die Zahl der zugelassenen Anbieter begrenzt werden. Hierzu wären die bestehenden Bedarfsplanungen für Kassenärzte und Krankenhäuser in imperative Angebotspläne fortzuentwickeln. Am Ende steht ein verwaltetes Gesundheitssystem, in dem die Selbstverwaltung ihre Autonomie verloren bzw. an Bundesverbände abgegeben hat.

Der Hauptvorteil einer solchen Reformrichtung liegt in der relativ zuverlässigen Ausgabenstabilisierung. Daher ist auch die Verlockung für Politiker beträchtlich, diesen Kurs einzuschlagen. Nachteile sind in der Einengung der Autonomie der Selbstverwaltung zu sehen sowie in der spürbaren Einengung der Handlungsspielräume für Versicherte, Patienten und Leistungserbringer. Letztlich würde eine von unserem Gesellschafts- und Wirtschaftssystem abweichende Entwicklung eingeschlagen.

Wettbewerbsorientierung

Ausgangspunkt der wettbewerblich orientierten Reformstrategie⁷ ist die Überlegung, durch Wettbewerb sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern das System wirtschaftlicher zu machen. Dabei spielt die strenge Ver-

bindung des Leistungsbereiches mit dem Finanzierungsbereich eine große Rolle. Der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte muß in einen Wettbewerb der Leistungserbringer um Behandlungsverträge einmünden. Den Krankenkassen bleibt die Aufgabe, mit den Leistungserbringern die Versorgungsbedingungen, insbesondere die Preise, auszuhandeln, doch geschieht das unter Wettbewerbsdruck. Jede Krankenkasse kann innerhalb vorgegebener Grenzen mit jedem Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag abschließen. Dem Versicherten steht die Wahl offen, welcher Kasse er sich anschließt.

Der Vorteil dieses Ansatzes ist, daß der Wettbewerb zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven gezielt eingesetzt und zugleich das System freiheitlicher gestaltet wird. Als Nachteil muß eine Einschränkung des Solidarausgleiches hingenommen werden sowie die Ungewißheit, ob es zu einer Ausgabenstabilisierung kommt.

Eine realistische Reform⁸ wird sich auf ein schrittweises Korrigieren des Systems in Richtung der genannten Grundprinzipien der GKV beschränken. Wobei die eigentliche Reform in einer inhaltlichen Neubestimmung der Grundprinzipien bestehen müßte.

□ *Stärkung des Versicherungsprinzips*⁹: Am Anfang steht hier die Frage, ob eine Neudefinition des Kreises der Pflichtversicherten erforderlich ist. Eine Ausgrenzung gut Verdienender schwächt die Finanzkraft der GKV, eine Einbeziehung

⁴ Kritisch äußern sich Th. Thiemeyer und M. Pfaff, in: Sozialer Fortschritt, H. 5-6, 1986.

⁵ Als exponierter Vertreter ist zu nennen O. Oberender: Duales Versicherungssystem, Manuskript, Feb. 1987, vorgelegt auf dem 1. Colloquium der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Krankenversicherung der Robert Bosch Stiftung.

⁶ Vgl. D. Balzer: 10 Jahre Kostendämpfungspolitik am Ende?, Vortrag anlässlich des 13. Presse-seminars des AOK-Bundesverbandes im Oktober 1985.

⁷ Für den Krankenhaussektor legte die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung einen ausformulierten Vorschlag vor. Der Bericht erscheint im Frühjahr 1987 im Verlag Bleicher, Gerlingen.

⁸ Vgl. auch K.-D. Henke: Möglichkeiten einer Reform der GKV in der Bundesrepublik Deutschland, Hannover 1985.

⁹ Ausführlich dazu K.-D. Henke: Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: W. Schmähl (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985, S. 55 ff.

weiterer Personenkreise trifft die PKV; so spricht alles für ein Belassen der Pflichtversicherungsgrenze. Im Beitragsrecht indes sind einige Korrekturen fällig. Insbesondere sind Einverdiener- und Zweiverdienerhaushalte gleichzustellen. Im Leistungsbereich sind versicherungsfremde Leistungen, wie Mutterschaftshilfe, auszugrenzen; auch eine Pflegefallabsicherung gehört nicht in die GKV. Ein neuer Ansatz läge darin, in Randbereichen wie den Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln dem Versicherten bei Nicht-Inanspruchnahme Boni gutzuschreiben. Schließlich könnte dem Versicherten auch ein Selbstbehalt, etwa für zahnärztliche Behandlung, zur Wahl gestellt werden, der zu einem entsprechend günstigeren Beitragsatz führt. Des weiteren kann das Kostenerstattungsprinzip dem Versicherten zur Wahl gestellt werden. Bei allen Maßnahmen ist jedoch darauf zu achten, daß stets auch der Vollversicherungsschutz angeboten wird.

□ *Neubestimmung des Solidarausgleichs:* Die oben zuletzt genannten Reformschritte führen, daran darf kein Zweifel bestehen, zu einer Einengung des derzeitigen Solidarausgleiches¹⁰. Hier muß die politische Ebene eine inhaltliche Neubestimmung des Solidarausgleiches vornehmen. Immerhin ist zu erwarten, daß, falls die versicherungstechnischen Maßnahmen zu Einsparungen führen, dies allen Versicherten zugute kommt. Unangetastet sollte der Solidarausgleich in seinem Kernbereich, dem Familienlastenausgleich und dem Rentnerausgleich bleiben. Doch darf der Solidarausgleich Ansätze zu mehr Wirtschaftlichkeit nicht von vornherein behindern. Die Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit darf nicht durch den Solidarausgleich entwertet werden. Die Begrenzung des Umfangs des Solidarausgleiches verlangt Augenmaß

und ist letztlich politisch zu entscheiden.

□ *Stärkung einer autonomen gemeinsamen Selbstverwaltung:* Die Zentralisierungstendenz der Selbstverwaltungen ist abzubremesen. Den Landesverbänden, insbesondere den einzelnen Krankenkassen sind wieder weitere Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen. Den Leistungserbringern, insbesondere den Kassenärzten und den Kassenzahnärzten ist die Möglichkeit zu Individualverträgen mit den Krankenkassen einzuräumen. Überkapazitäten sind durch Preissteuerung und nicht durch Beschränkungen des Marktzutritts zu lösen. Die Einzelleistungsvergütung des einzelnen Arztes darf nicht zum Selbstzweck werden. Finanzielle Anreize für Ärzte zur Sparsamkeit müssen entsprechende Anreize der Versicherten ergänzen. Der zentrale Ansatz zur Erweiterung der Autonomie der Selbstverwaltung muß also in der Stärkung der dezentralen Preissteuerung liegen. Die Vergütungssysteme selbst können zentral von Vertretern der Leistungsersteller und Krankenkassen festgelegt werden. Die jeweilige Preishöhe muß jedoch flexibel und auf regionale Besonderheiten abgestimmt ermittelt werden können.

□ *Erweiterung des pluralistischen Organisationsprinzips durch Gewährung von Wahlfreiheiten¹¹:* Da im Mittelpunkt der GKV der pflichtversicherte Patient steht, sind ihm zuerst Wahlfreiheiten einzuräumen, mittels deren er seinen Willen ausdrücken kann. So ist es ein nicht länger zu rechtfertigendes Relikt aus vergangenen Zeiten, daß Arbeiter generell keine Wahlfreiheit im Hinblick auf die Krankenkassen haben. Dies ist ökonomisch, verfassungsrechtlich und gesellschaftspolitisch nicht länger hinzunehmen. Auf der anderen Seite ist von allen Krankenkassen gegenüber allen Pflichtversicherten Kontrahierungspflicht zu

verlangen. Hier muß und kann eine Strukturreform erste Schritte einleiten. Darüber hinaus sind den Pflichtversicherten alternative Leistungsangebote anzubieten z. B. Versicherung mit/ohne Kurgewährung, mit/ohne Zahnersatz usw.

Durch eine entsprechende Experimentierklausel kann hier Gestaltungsspielraum geöffnet werden. Den Krankenkassen wie den Leistungserbringern kann Vertragsfreiheit dahingehend eingeräumt werden, daß individuelle Verträge Kollektivverträge substituieren können. Damit können organisatorische Innovationen gefördert werden, insbesondere erhalten Außenseiter adäquate Chancen. Den Krankenkassen ihrerseits muß es offen bleiben, Versicherte auf bevorzugte Vertragspartner aufmerksam zu machen und sie an wirtschaftlichen Vorteilen partizipieren zu lassen.

Reform erfordert Mut

Eine Reform der GKV berührt viele, oft 100 Jahre alte Interessen. Der Widerstand ist entsprechend groß. Für viele verdiente „Selbstverwalter“ bedeutet eine auch nur kleine Veränderung einer der vielen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung bereits ein Sakrileg. Hier bedarf es des Mutes von weitsichtigen Politikern. An Reformvorschlägen, auch von der Gesundheitsökonomik her, fehlt es nicht. Hoffen wir, daß der Problemdruck das System der GKV nicht erst sprengen muß, bevor man – zu spät – handelt. Über eine Strukturreform wird man dann nicht mehr zu diskutieren brauchen.

¹⁰ Den Konflikt zwischen Wettbewerb und Solidarausgleich diskutiert ausführlich D. C a s s e l: Wettbewerbselemente im gegenwärtigen System der sozialen Krankenversicherung, Vortrag, Symposium Marktorientiertes Handeln der AOK, Bochum 1985.

¹¹ Vgl. H. H a u s e r u.a.: Erweiterte Vertragsfreiheit, Manuskript, Febr. 1987, 1. Colloquium der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Krankenversicherung.