

Albers, Willi

Article — Digitized Version

Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Albers, Willi (1988) : Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 68, Iss. 4, pp. 195-202

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136388>

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.

ategie kann niemals ausgeschlossen werden. Die Frage ist bloß: Wenn eine solche Möglichkeit besteht, warum haben die Chip-Produzenten sie bisher nicht rigoros genutzt? Warum drängten die Amerikaner darauf, daß die Japaner nicht mehr die Welt mit billigen Chips überschwemmen und ihnen die Märkte kaputtmachen? Die Vermutung zukünftiger Ausnutzung von „Chip-Macht“ hat daher nach unserer Auffassung keine ökonomische Basis.

Wer trotzdem die Möglichkeit einer teilweisen Ausnutzung von Chip-Macht für wahrscheinlich hält, tut gut daran, seine Lieferquellen zu diversifizieren oder sich

stärker an den US-Produzenten zu orientieren, wie Chip-Broker Erich J. Lejeune empfiehlt²⁴. Das Abklopfen des „Hypothesengebäudes“ für die Subventionierung der Halbleitertechnik hat ergeben, daß man es bei der Prüfung der Statik an Sorgfalt hat fehlen lassen. Unsere Schlußfolgerung lautet daher: Steuergelder via Siemens in einen so riskanten Markt wie den der Chip-Produktion zu pumpen, ist aus ökonomischer Sicht nicht vernünftig.

²⁴ Vgl. Interview mit Lejeune in: high Tech. Das Deutsche Technologie-Magazin, Nr. 3/88, S. 88.

SOZIALPOLITIK

Willi Albers

Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Zur geplanten Reform des Gesundheitswesens liegt inzwischen ein Referentenentwurf aus dem Bundesarbeitsministerium vor. Wo liegen die Schwächen des Gesetzentwurfes? Welche Anforderungen sind an ein modernes Krankenversicherungssystem zu stellen?

Wenn eine Reform durchgeführt werden soll, ist zuerst zu fragen, welche Mängel das bisherige System aufweist und wo deren Ursachen liegen. Sieht man daraufhin die Begründung des Gesetzentwurfs zur Reform der Krankenversicherung an, der bis jetzt nur als Referentenentwurf vorliegt, ist man über den Umfang und die Intensität der Kritik an dem bestehenden System erstaunt. So wird im Abschnitt III der Begründung bemängelt:

- das Fehlen von Wirtschaftlichkeitsanreizen auf seiten der Leistungserbringer, der Krankenkassen und der Versicherten;

- Unkenntnis über die Kosten, die mit der Inanspruchnahme, aber auch der Verordnung von Leistungen verbunden sind;
- Überversorgung und Überkapazitäten bei den medizinischen Leistungen und dem Leistungsangebot;
- fehlender oder falsch gesteuerter Wettbewerb unter den Krankenkassen;
- keine Gleichbehandlung der Versicherten bei der Versicherungspflicht (Arbeiter- und Angestellte) und der Höhe der Beiträge;
- unzureichende Versorgung in Pflegefällen, teilweise für psychisch Kranke und in der Sozialpädiatrie;
- unzureichende Vorsorge, wobei besonders die Zahnmedizin angesprochen wird.

Prof. Dr. Willi Albers, 70, ist emeritierter Ordinarius für Volkswirtschaftslehre und ehemaliger Direktor des Instituts für Finanzwissenschaft der Universität Kiel.

An erster Stelle für die Notwendigkeit einer Reform wird allerdings „die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der GKV in den letzten 25 Jahren“ genannt.

In der Tat fehlt weitgehend eine Ursachenanalyse, die Grundlage für die Beseitigung der Mängel des bestehenden Systems sein müßte; denn die zu den ersten vier Kritikpunkten gemachten Aussagen, die die überproportionale Erhöhung der Kosten erklären sollen, erschöpfen sich zum großen Teil in Allgemeinplätzen. So zielen die vorgeschlagenen Maßnahmen (außer den unter den letzten drei Punkten genannten Verbesserungen, die Bestandteil einer echten Strukturreform sind) in der Tat in erster Linie auf Einsparungen hin, so daß es sich überwiegend um eine Fortsetzung der Kostendämpfung mit den Mitteln handelt, die sich in der Vergangenheit schon als untauglich erwiesen haben. Allerdings werden schärfere Eingriffe als bisher notwendig sein, da ein finanzieller Spielraum von 6,5 Mrd. DM für die neu einzuführende häusliche Pflege, von weiteren 700 Mill. DM für andere Leistungsverbesserungen sowie von 7 Mrd. DM für Beitragssenkungen geschaffen werden soll.

Selbst wenn man es als berechtigt ansehen würde, daß sich das Gesetz in erster Linie auf eine Kostensenkung beschränkt, muß kritisch angemerkt werden, daß der größte Bereich, die stationäre Behandlung im Krankenhaus, auf den fast ein Drittel der gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt, von den Reformmaßnahmen – von marginalen Änderungen abgesehen – ausgenommen wurde. Die Begründung für das Aussparen der Krankenhäuser, man wolle erst „die Wirkungen des neuen Krankenhausfinanzierungsrechts“ abwarten – ein Bericht darüber ist von der Bundesregierung für dieses Jahr geplant –, überzeugt kaum; denn schon heute steht fest, daß damit die Steuerung der Kosten nicht gelungen ist und auch in Zukunft nicht möglich sein wird.

Im übrigen steht die im Gesetzentwurf vorgesehene Fortsetzung von punktuellen ausgabensparenden Eingriffen bei Festhalten an der bisherigen Struktur der Versicherung in einem nicht zu übersehenden Gegensatz zu den in der Begründung des Entwurfs selbst getroffenen Feststellungen. So heißt es dort (S. 6): „Kurzfristig orientierte Kostendämpfungsmaßnahmen können eine dauerhafte finanzielle Stabilisierung nicht bewirken“, oder (S. 11): „... die bisherigen Kostendämpfungsmaßnahmen haben die eigentlichen Ursachen der überproportionalen Ausgabenentwicklung in der GKV nicht beseitigt und beschränken sich darauf, kurzfristig an den Symptomen dieser Entwicklung zu kurieren. Eine solche Politik beschwört ständig neue Eingriffe des Gesetzgebers herauf.“ Dem ist nichts hinzuzufügen. Nur besteht zwischen dieser Feststellung und den daraus gezogenen Schlußfolgerungen ein eklatanter Wider-

spruch. Da nicht anzunehmen ist, daß dieser Widerspruch den im Ministerium Verantwortlichen verborgen geblieben ist, ist zu fragen, warum die Vorschläge so wenig den eigenen an eine Strukturreform gestellten Anforderungen genügen.

Die zentrale Frage

Die Erklärung ist im Abschnitt IV der Begründung (Weiterentwicklung auf der Grundlage bewährter Prinzipien) zu finden, in dem Marktmodellen (vgl. S. 53) eine Absage erteilt wird, weil eine marktwirtschaftliche Lösung mit dem Solidarprinzip, auf dem die gesetzliche Krankenversicherung beruht, nicht als vereinbar angesehen wird. Offenbar gilt diese These als Axiom, das nicht überprüft zu werden braucht; denn es wird kein Versuch gemacht zu untersuchen, ob und wie eine marktwirtschaftliche Lösung „sozialverträglich“ ausgestaltet werden kann.

Dieser zentralen Frage soll im folgenden nachgegangen werden. Vorweg sei festgestellt, daß es Zweck jeder Versicherung ist, einen Risikoausgleich zwischen ihren Mitgliedern zu verwirklichen. Sonst brauchte man gegen das Risiko der Krankheit keine Versicherung abzuschließen. Dieser Solidarausgleich zwischen Versicherten mit unterschiedlicher Krankheitshäufigkeit und unterschiedlichen Krankheitskosten wird auch in einer nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten konstruierten privaten Krankenversicherung verwirklicht. Obwohl der Solidarausgleich im Entwurf als unverzichtbar herausgestellt wird, hat dies das Ministerium nicht daran gehindert, eine Beitragsrückvergütung vorzusehen, wenn Kassenleistungen innerhalb eines Jahres nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch genommen werden, obgleich dies gegen den primären Versicherungszweck eines Risikoausgleichs zwischen Versicherten mit einer unterschiedlichen Krankheitsanfälligkeit verstößt. Eine auch nur bescheidene Einschränkung der in der sozialen Krankenversicherung darüber hinaus vorgenommenen Umverteilung zugunsten sozial schwacher Mitglieder wird dagegen als tabu angesehen.

Im gegenwärtigen System wird zwischen Privat- und gesetzlich Versicherten (zwischen Privat- und Kassenpatienten) und innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Beziehern hoher und niedriger Einkommen, zwischen Versicherten mit einer unterschiedlich großen Familie, zwischen Alten und Jungen und zwischen Ein- und Zweiverdienerehepaaren umverteilt, wobei die Umverteilung zwischen den letzten beiden Gruppen meistens verschwiegen wird, weil sie offenbar von

den Umverteilungszielen her nicht zu rechtfertigen ist. Grundsätzlich ist eine solche soziale Komponente in einer Sozialversicherung gerechtfertigt. Sie sollte allerdings im Umfang beschränkt sein, weil sonst der Versicherungscharakter in Frage gestellt würde; denn für reine Umverteilungsmaßnahmen ist der Staat geeigneter.

Veränderte Bedingungen

Außerdem sollte überprüft werden, ob veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, z. B. ein gestiegener Wohlstand, eine Anpassung der Maßnahmen erforderlich machen. Eine solche Überprüfung ergibt:

□ Als die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung eingeführt wurde, umfaßte sie etwa 10 % der Bevölkerung, die Arbeiter mit den niedrigsten Einkommen. Sie verbesserte damals die Gesundheitsversorgung dieses Personenkreises entscheidend, indem sie das vorher praktizierte System der Armenärzte auf eine rechtliche Grundlage stellte, die den Ärzten ein zuvor nicht gezahltes, unter dem Durchschnitt liegendes Entgelt (Sozialtarif) gewährte und den Arbeitgebern eine Beteiligung an den Arztkosten durch einen Arbeitgeberbeitrag, der den Charakter eines Mindestlohnes hatte, auferlegte.

Solange der Anteil der Zwangsversicherten nur 10 % betrug, war dies, zumal wenn man berücksichtigt, daß deren Einkommen kaum mehr als das Existenzminimum deckte, eine sinnvolle soziale Umverteilung, die eine soziale Notlage beseitigen half. Nachdem der Anteil der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung inzwischen 90 % der Bevölkerung umfaßt, fragt sich, zu wessen Gunsten eigentlich umverteilt werden soll; denn die verbliebenen 10 % können den Ärzten kaum einen Ausgleich für die „Sozialtarife“ der übrigen 90 % bieten. Die Kassenhonorare sind deshalb inzwischen längst „Normaltarife“ geworden, und die restlichen 10 % verschaffen den Ärzten mit ihren höheren Vergütungen ein Zusatzeinkommen, obwohl die Grenze zwischen Kassenmitgliedern und Privatversicherten keineswegs zwischen arm und reich gezogen ist, da die Pflichtmitgliedschaft in der GKV an die soziale Stellung im Beruf (Unselbständige) anknüpft, aber auch viele gut verdienende Selbständige freiwillige Mitglieder geblieben sind, während anderen seit Beginn der Erwerbstätigkeit selbständig Tätigen mit niedrigerem Einkommen der Zutritt zur GKV versperrt bleibt. Es ist eine Illusion, die zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelten Gebühren heute noch als „Sozialtarife“ anzusehen, die sozial schwache Schichten der Bevölkerung entlasten.

□ Die einkommensabhängigen Beiträge der Versicherten bei weitgehend einkommensunabhängigen Krankheitskosten stellen eine ins Gewicht fallende Umverteilung zugunsten der Bezieher unterdurchschnittlicher Einkommen dar. Man kann sich allerdings nicht darauf berufen, daß es sich hierbei um eine alte soziale „Errungenschaft“ handelt, die es zu verteidigen gelte. Als die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde, machte das einkommensabhängige Krankengeld den überwiegenden Teil der Ausgaben aus. Diese Tatsache ist einmal dadurch zu erklären, daß die Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern schlecht und die medizinische Wissenschaft noch wenig entwickelt war; zum anderen sollte eine existenzgefährdende Notlage durch den Ausfall des in der Regel einzigen Ernährers der Familie und seines Einkommens – die Kinderzahl war damals im Durchschnitt noch viel höher, so daß die Mutter durch das Aufziehen der Kinder an das Haus gebunden war – verhindert werden. Eine ähnliche Lage wie bei Krankheit war auch bei einer arbeitsbedingten Invalidität gegeben, so daß die soziale Sicherung bei diesen beiden Tatbeständen durch eine Kranken- und Unfallversicherung zuerst verwirklicht wurde.

Zunehmende Umverteilung

Es bestand also damals nur am Rande eine vertikale Einkommensumverteilung, weil die Beiträge und der größte Teil der Leistungen der Krankenversicherung einkommensbezogen waren. Dazu hat auch beigetragen, daß die Einkommensunterschiede zwischen den Arbeitern, die damals allein versichert waren, relativ klein waren.

Erst in dem Maße, wie durch den Fortschritt der Medizin und die bessere ärztliche Versorgung der Anteil des Krankengeldes an den Leistungen der Kassen abnahm – der letzte entscheidende Schritt erfolgte durch die von den Arbeitgebern übernommene Lohnfortzahlung für sechs Wochen auch für Arbeiter im Jahre 1970 –, und durch die Ausdehnung des Kreises der Versicherten, deren Einkommensunterschiede größer wurden, erhielt die vertikale Umverteilung ihr heutiges Gewicht.

An sich wäre es konsequent gewesen, wenn der ursprüngliche Zustand erhalten werden sollte, die Einkommensbezogenheit in dem Maße abzubauen, wie der Anteil der einkommensunabhängigen Leistungen zunahm; dies wäre um so eher gerechtfertigt gewesen, als mit dem gestiegenen Wohlstand die Dringlichkeit einer vertikalen Umverteilung mit dem Ziel, Existenzgefährdungen zu vermeiden, geringer geworden war. Nun haben die Bezieher kleinerer Einkommen sich natürlich an den ihnen eingeräumten Vorteil gewöhnt, so daß sich

die Frage stellt, ob und wie ihnen ein Übergang zu einem reinen Versicherungsprinzip erleichtert werden kann.

Bei Nahrungsmitteln, auf die durchschnittlich mehr als 20 % der Ausgaben der privaten Haushalte gegenüber etwa 6,5 % für den Arbeitnehmeranteil zur gesetzlichen Krankenversicherung entfallen, hat der Gesetzgeber keine Vergünstigungen für die Bezieher kleiner Einkommen vorgesehen, obwohl es sich ebenso wie bei der Gesundheit um lebensnotwendige Güter handelt. Ja, er hat es durch die weit über den Gleichgewichtspreisen liegenden EG-Stützpreise für Agrarprodukte hingegenommen, daß die Verbraucher in Milliardenhöhe mit Subventionen für die Landwirtschaft belastet werden.

Die am Existenzminimum lebenden Sozialhilfeempfänger würden durch einen Übergang zum Versicherungsprinzip ohnehin nicht belastet werden, weil die Sozialhilfe ihre Krankheitskosten übernimmt. Es kann sich also nur darum handeln, ob die oberhalb der Sozialhilfesätze lebenden Bezieher niedriger Einkommen in dem Sinne schutzbedürftig sind, daß die Allgemeinheit ihnen einen Teil der Krankheitskosten abnimmt.

Gezielte Entlastungen als Alternative

Bejaht man diese Frage, wäre an eine etwa dem Wohngeld entsprechende Regelung zu denken. Auch hier bestand ursprünglich in Form des sozialen Wohnungsbaus (Objektförderung) eine Vergünstigung mit einer ungezielten Verteilungswirkung, weil viele Mieter entlastet wurden, obwohl dies einkommensmäßig nicht notwendig gewesen wäre (Fehlbelegung). Dem entspricht die Zubilligung von Sozialtarifen auch an Bezieher überdurchschnittlich hoher Einkommen oder sogar an freiwillig Versicherte mit Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze. Der Übergang zum Wohngeld (Subjektförderung) hat diesen Mißstand behoben; es wird nur derjenige gefördert, dessen beschränkte Leistungsfähigkeit eine Hilfe der Allgemeinheit rechtfertigt. So würde es auch bei einer gezielten Entlastung der einkommensschwachen Gruppen von einem Teil der einkommensunabhängig festgesetzten Beiträge zur Krankenversicherung sein.

Die Anlehnung an die Wohngeldstellen empfiehlt sich auch deshalb, weil sie bereits über die erforderlichen Angaben über das Einkommen verfügen und die Leistungen nach der gesamten in einem Haushalt lebenden Familie wie bei der Krankenversicherung bemessen werden. Allerdings sollten nicht die gleichen Einkommensgrenzen wie beim Wohngeld festgelegt werden, da sonst bei gleichzeitigem Auslaufen von zwei Sozialleistungen ein Einkommenssprung eintreten würde.

Da die Belastung durch Krankenkassenbeiträge kleiner als die durch Mieten ist, sollte die Einkommensgrenze für die Kostenentlastung bei Krankheit niedriger angesetzt werden.

Ich habe diese Lösungsmöglichkeit nicht erwähnt, weil ich sie befürworten würde. Ich glaube, daß jeder erwerbstätige Staatsbürger die Gesundheitsvorsorge im Rahmen einer Versicherung selbst übernehmen kann und soll. Wenn nach den Wirtschaftsrechnungen der Haushalte 1985 – von den Sozialhilfe- und Rentnerhaushalten abgesehen – 94 % ein Auto, 87 % einen Farbfernseher, fast 100 % eine Kühl- bzw. Gefriereinrichtung und 74 % einen Waschvollautomat besitzen, die nicht nur hohe einmalige Anschaffungskosten, sondern zum Teil auch erhebliche laufende Benutzungskosten erfordern – für ein Auto haben die Haushalte durchschnittlich etwa 300 DM aufzuwenden, für Telefon, Fernsehen usw. sind ebenfalls ins Gewicht fallende Beträge gezahlt worden –, ist nicht einzusehen, warum den Haushalten nicht zuzumuten sein soll, auch für die Gesundheit unter Berücksichtigung des innerhalb der Versicherung vorgenommenen Risikoausgleichs Beträge zu zahlen, die den in Anspruch genommenen Leistungen entsprechen. Schließlich gehört Gesundheit zu den lebenswichtigen Gütern, für die bei den Haushalten eine hohe Priorität besteht.

Wenn ich trotzdem eine Lösung mit einer eingebauten vertikalen Umverteilungskomponente dargestellt habe, ist dies nur geschehen, um den Politikern zu zeigen, daß es für eine sozialverträgliche Lösung nicht notwendig ist, das bisherige System mit allen seinen Mängeln beizubehalten. In diesem Zusammenhang sei auch angemerkt, daß der Arbeitgeberbeitrag als Relikt aus den ganz anderen Bedingungen bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls abgeschafft werden sollte. Die Abschaffung sollte einkommensneutral durch eine entsprechende Erhöhung der Arbeitsentgelte erfolgen. Nur so läßt sich Transparenz über die gesamte Höhe der krankheitsbedingten Belastung, die auch im Entwurf des Ministeriums als wichtig herausgestellt wurde, erreichen.

Familienlastenausgleich

Die gesetzliche Krankenversicherung enthält eine Komponente des Familienlastenausgleichs, in dem die Beiträge unabhängig von der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen gleich hoch festgesetzt sind. Dadurch ergeben sich je nach der Versichertenstruktur Belastungsunterschiede für die Krankenkassen, die in einer marktwirtschaftlichen Lösung den Wettbewerb beeinträchtigen. Ist diese Umverteilung erhaltenswert,

und gibt es Möglichkeiten, sie so auszugestalten, daß sie wettbewerbskonform ist?

Vorweg sei darauf hingewiesen, daß es auch private Krankenkassen gibt, die dritte und weitere Kinder beitragsfrei mitversichern. Das ist ein Beispiel dafür, daß Umverteilungsmaßnahmen, die dem Umfang nach beschränkt sind, durchaus auch in Versicherungen bestehen können, die nach dem Äquivalenzprinzip arbeiten. In der gesetzlichen Krankenversicherung überschreitet aber die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehefrauen und der ersten und zweiten Kinder diese Toleranzgrenze.

Die Behandlung von Ehefrau und Kindern in der Versicherung wirft unterschiedliche Probleme auf. Erwerbstätige Ehefrauen zahlen eigene Beiträge, nicht erwerbstätige nicht. Da nach dem gegenwärtigen System die Beiträge einkommensabhängig sind, ist es grundsätzlich konsequent, auch für das zusätzliche Einkommen der Ehefrau Beiträge zu erheben. Das trifft jedoch nur insoweit zu, wie das gemeinsame Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreitet. Ist sie höher, hat das Einverdienerehepaar nur Beiträge in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zu zahlen; während das Zweiverdienerehepaar in der Regel von dem gesamten – in jedem Fall aber von einem höheren – Einkommen Beiträge zu zahlen hat. Dieser Fall ist relativ häufig, da die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung nur 150 % des Durchschnittseinkommens eines Versicherten beträgt, so daß die höheren Einkommensgruppen bei Zweiverdienerehepaaren relativ stark besetzt sind. Das Ausmaß der Diskriminierung ist so stark, daß die Zweiverdienerehepaare mit 1 oder 2 Kindern trotz deren beitragsfreier Mitversicherung benachteiligt sind. Eine Neuregelung sollte zum Anlaß genommen werden, diese Diskriminierung zu beseitigen. Dies kann am besten dadurch erreicht werden, daß für Ehefrauen – nicht für Kinder – unabhängig von einer Erwerbstätigkeit Beiträge zu zahlen sind, wie dies heute schon für Privatversicherte der Fall ist, deren Einkommen häufig nicht höher als das von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Härten für Mütter kleiner Kinder, denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, sollten durch Sonderregelungen vermieden werden. So hätten, wie bei anderen Sozialleistungen auch, die Leistungsträger des Mutterschaftsurlaubs- und Erziehungsgelds Beiträge an die GKV zu zahlen. Da das bei der derzeitigen kurzen Bezugszeit von Erziehungsgeld für die Dauer eines Jahres nicht ausreicht, müßten Anschlußregelungen für weitere zwei Jahre gefunden werden.

Die beitragsfreie Mitversicherung von dritten und weiteren Kindern wäre, wie das Beispiel der privaten Kran-

kenversicherung zeigt, auch in einer marktwirtschaftlichen Lösung möglich. Für die ersten und zweiten Kinder bieten sich als Kompensation für die höheren Beiträge höhere Leistungen der öffentlichen Hand an. Eine Erhöhung ist sowieso noch für diese Legislaturperiode vorgesehen. Sie sollte allerdings wegen ihres speziellen Ausgleichszwecks nicht als Steuervergünstigung, sondern als Kindergeld gewährt werden.

Auch für diese bisher innerhalb der GKV vorgenommene Umverteilung gibt es also Möglichkeiten, sie in dem sozial für notwendig gehaltenen Umfang weiterzuführen, ohne daß daran eine marktwirtschaftliche Lösung scheitern müßte¹.

Die Umverteilung zwischen Alten und Jungen berührt ein marktwirtschaftliches System nur am Rande; denn über die gesamte Lebenszeit des Versicherten hinweg erfolgt ein automatischer Ausgleich, wobei die kürzere oder längere Lebenserwartung, die im Einzelfall zu abweichenden Ergebnissen führt, zu dem versicherungsimmanenten Risikoausgleich gehört. Auf diese Frage soll deshalb nicht näher eingegangen werden.

Reines Lippenbekenntnis

Solange nicht eine freie Wahl der Versicherung und der Versicherungsbedingungen möglich ist, wobei die Versicherungspflicht grundsätzlich bestehen bleiben und auch ein Mindestumfang der Versicherung vorgeschrieben werden kann, weil sonst das Krankheitsrisiko der Nichtversicherten auf die Allgemeinheit abgewälzt würde oder diese Gruppe ohne ausreichende Krankenversorgung wäre, kann der Wettbewerb seine Aufgabe, Kosten zu senken, nicht erfüllen. Diese Voraussetzungen werden durch den Entwurf des Arbeitministeriums nicht erfüllt, so daß der Wunsch nach mehr Wettbewerb zu einem reinen Lippenbekenntnis wird.

Das bisherige System mit den erwähnten Umverteilungsmaßnahmen führt zu ganz unterschiedlichen Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, so daß die Wettbewerbslage zwischen den Kassen verfälscht wird. Benachteiligt sind vor allem die Ortskrankenkassen, weil ihre Mitglieder den niedrigsten Grundlohn und die Kassen damit die niedrigsten Einnahmen je Mitglied besitzen. Zum Ausgleich mußten sie die Beiträge erhöhen, so daß sie den höchsten durchschnittlichen Beitragssatz aller Kassenarten aufweisen.

¹ Der Kronberger Kreis hat eine marktwirtschaftliche Lösung ohne soziale Komponente empfohlen. Aber das ist nur eine mögliche Variante, die es nicht rechtfertigt, generell marktwirtschaftliche Lösungen als unsozial zu bezeichnen und deshalb abzulehnen. Vgl. Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung: Mehr Markt im Gesundheitswesen, Schriftenreihe Band 13, 1987.

Eine freie Kassenwahl unter den derzeitigen Bedingungen würde sie wahrscheinlich in ihrer Substanz treffen.

Dort wo eine beschränkte Freiheit der Kassenwahl, z. B. gegenüber Ersatzkassen, besteht, ist örtlich bereits eine Flucht aus der AOK zu beobachten, wenn die Beitragssatzunterschiede sie lohnend erscheinen lassen. Um dies zu vermeiden, soll ein Finanzausgleich zwischen den Kassen stattfinden. Wenn er sich einfach an den Istgrößen orientiert, verlieren die Kassen mit niedrigen Ausgaben jedes Interesse an einer sparsamen Verwendung ihrer Einnahmen, weil sie diese Ersparnis an andere Kassen abgeben müssen. Es wird deshalb von einem Ausgleich unterschiedlicher Risikofaktoren gesprochen – also von Sollgrößen, an denen der Ausgleich sich orientieren soll. Das bedeutet aber eine starke Reglementierung, die die Ausrechnung der Ausgleichsbeträge zu Computerspielen macht.

Gleiche Wettbewerbschancen, zu deren Verwirklichung jede Kasse durch eigene Anstrengungen beitragen kann, bieten jedenfalls bessere Voraussetzungen für Kostensenkungen als ein mit allen Mängeln staatlicher Reglementierung behaftetes kompliziertes Ausgleichssystem. Besonders die durch den Einbau der erwähnten Umverteilungsmaßnahmen zur Zeit benachteiligten Ortskrankenkassen könnten ihre Wettbewerbslage erheblich verbessern.

Alternative Tarife

Ein effizientes System der Krankenversicherung durch mehr Wettbewerb darf sich allerdings nicht auf die Krankenkassen beschränken; es muß auch ein kostenbewußtes Verhalten der Patienten und der Ärzte mit einschließen. Die Patienten werden sich nur kostenbewußter verhalten, wenn sie die von ihnen verursachten Kosten kennen und nicht glauben, daß sie zusätzliche Leistungen zum Nulltarif erhalten können. Das setzt eine wirksame Selbstbeteiligung voraus: Dazu sind inzwischen einige Vorschläge gemacht worden².

Die umstrittene Selbstbeteiligung innerhalb des bestehenden Systems erledigt sich von selbst, wenn zum Kostenerstattungsprinzip und zum Angebot von Wahlтарifen übergegangen würde, bei dem jeder Versicherte bestimmen kann, in welchem Umfang er sich durch eine Versicherung schützen will. Dabei wäre nicht nur der Mindestumfang des Versicherungsschutzes gesetzlich vorzuschreiben – besonders bei den Krankenhausko-

sten, weil bei ihnen die Gefahr einer Überforderung der Versicherten am größten ist –, sondern es wäre auch daran zu denken, bei Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln einen vollen Kostenersatz auszuschließen, um erzieherisch zu wirken. Dieser Gedanke ist nicht so abwegig, weil private Krankenversicherer schon heute teilweise keinen Tarif mit einer vollen Übernahme der Kosten für Arzneimittel anbieten.

Ein Interesse der Kassen, Krankheitsschutz kostengünstig anzubieten, läßt sich nur über einen wirksamen Preiswettbewerb der Kassen erreichen. Dazu müssen sie die Freiheit haben, alternative Tarife anzubieten. Außerdem muß das Interesse der Mitglieder an preisgünstiger ärztlicher Versorgung geweckt werden; das setzt das Kostenerstattungsprinzip (Transparenz) und eine spürbare, aber sozial ausgestaltete Kostenbeteiligung voraus. Uneingeschränkte Wahlfreiheit unter den Kassen ist dafür eine notwendige Nebenbedingung. Zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen würde es keinen Unterschied mehr geben. In einem solchen System könnte es auch eine funktionsfähige Selbstverwaltung geben, weil sie wieder einen echten Entscheidungsspielraum besitzen würde und weil an sie nicht mehr nur die undankbare Aufgabe delegiert würde, die Beiträge zu erhöhen, damit die vom Staat den Kassen vorgeschriebenen Leistungen auch finanziert werden können.

Anbieterwettbewerb

Da ein funktionierender Markt stets von Angebot und Nachfrage abhängt, müssen auch die Anbieter einem solchen Wettbewerb unterworfen werden. Das von mir vertretene radikale Prinzip sieht deshalb von jeder allgemeinverbindlichen Honorarfestsetzung ab. Die Ärzte sind in ihrer Preispolitik frei. Während in dem jetzigen System von der Ärzteschwemme eine Kostenerhöhung erwartet wird, weil bei den festgesetzten Entgelten die Ärzte in eine Ausweitung der Menge (Polypragmasie) ihrer Leistungen ausweichen dürften, drückt in einem Markt, auf dem Wettbewerb herrscht, eine Vergrößerung des Angebots den Preis.

Bezeichnend dafür, wie wenig die Väter des Entwurfs des Ministeriums in ökonomischen Kategorien denken, ist ihr Glaube, man müsse die Ausbildungskapazitäten bei den Gesundheitsberufen beschneiden (S. 37), weil „steigende Zahlen der Leistungserbringer zu zunehmender Konkurrenz um Patienten führen, die sich in medizinisch nicht erforderlichen Leistungen niederschlagen kann“. Noch erstaunlicher ist es, daß der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in dem auch Ökonomen sind, in seinem Jahres-

² Vgl. M. Graf von der Schulenburg: Selbstbeteiligung. Tübingen 1987; E. Knappe, R. Leu, M. Graf von der Schulenburg: Der Indemnitätsstarif. Berlin, Heidelberg u. a. 1988; Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“: Vorschläge zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Bayreuth 1987.

gutachten 1988 mit seiner Forderung: „eine Senkung des Angebotsdrucks ist daher dringend geboten“, die gleiche These vertritt³.

Demgegenüber sieht die Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ kostenentlastende Möglichkeiten durch einen verschärften Wettbewerb, bei dem „vor allem jüngere Ärzte, aber auch weniger Apparate-intensiv praktizierende Ärzte oder Gruppenpraxen bereit sind, kostengünstiger zu behandeln“⁴. Die Durchsetzung solcher Möglichkeiten wird bei einer entsprechend meinen Vorschlägen reformierten Krankenversicherung durch eine Abstimmung der Versicherten mit den Füßen erfolgen, die zu Ärzten mit einer kostengünstigen Behandlung abwandern.

Institutionelle Regelungen

Da ein solches kostenbewußtes Verhalten für die Versicherten völlig ungewohnt ist – sie hatten bisher keine Möglichkeiten, die Kosten zu beeinflussen, ja sie konnten nicht einmal ihre Höhe –, dürften für die Umstellung einige institutionelle Regelungen notwendig sein, damit die Versicherten sich auf die neue Lage einstellen:

□ Für die Ärzte sollte eine Preisauszeichnungspflicht für ihre Leistungen vorgeschrieben werden. Sie sollte nicht in absoluten Beträgen, sondern als Prozentsatz der bundesdurchschnittlichen Entgelte erfolgen, die jährlich vom Statistischen Bundesamt zu ermitteln wären. Damit die Übersichtlichkeit für die Patienten gewahrt bleibt, sollten nicht mehr als drei oder vier Leistungsgruppen gebildet werden dürfen, zwischen (aber nicht innerhalb von) denen Preisdifferenzierungen zulässig sind. (Lockangebote, wie in Supermärkten, würden auf diese Weise unmöglich gemacht werden.)

□ Die Tarife für Erstattungen der Kassen sollten sich auf die eben erwähnten Durchschnittswerte beziehen. Sucht der Patient einen Arzt mit einem höheren Preis für seine Leistungen auf, was bei freier Arztwahl natürlich möglich ist, wird für die Erstattung trotzdem nur der Durchschnittspreis zugrunde gelegt. Die Abrechnung für den Patienten sähe dann wie folgt aus:

- Rechnungsbetrag des Arztes 125,- DM = 120 % des Bundesdurchschnitts.
- Anerkannter Preis 100,- DM.
- Selbstbehalt nach Tarif . . . 25 % = 25,- DM.
- Erhöhter Selbstbehalt wegen überdurchschnittlich hoher Arztpreise = 25,- DM.
- Erstattungsbetrag: 75,- DM.

³ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1988, o. O., S. 398.

Auf diese Weise wird dem Versicherten noch einmal bewußt gemacht, daß der überdurchschnittlich hohe Preis des Arztes zu seinen Lasten geht.

Besitzstandsdenken

Eine weniger radikale Lösung sieht die Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ zumindest als Übergangsregelung vor. Die allgemein verbindlichen Entgelte für ärztliche Leistungen sollen ebenfalls wegfallen. Dafür wird eine Ausschreibung der Versorgungsaufträge durch die Krankenkassen (dezentral) und/oder die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen, bei denen dann die ärztlichen Bewerber, die die günstigsten Angebote abgeben, den Zuschlag erhalten. Die Ausschreibung soll periodisch wiederholt werden, d. h. es gibt keine lebenslange Kassenzulassung mehr.

An der Beurteilung der zu erwartenden zunehmenden Arztzahlen lassen sich die unterschiedlichen Ausgangspunkte für eine Krankenkassenreform sehr deutlich zeigen. Die eine Seite setzt auf eine marktwirtschaftliche Lösung, bei der der Wettbewerb eingetretene und sich noch weiter verstärkende Fehlentwicklungen beseitigen bzw. verhindern soll. Die andere Seite will dieses Ziel durch weitere Staatseingriffe mit entsprechenden Regulierungen erreichen. Gegen das Ministerium wird zu Recht der Vorwurf erhoben, daß es den zweiten Weg eingeschlagen hat. Die im Entwurf am Rande propagierte positive Wirkung des Wettbewerbs erweckt mehr den Eindruck einer Pflichtübung, ohne daß dahinter ins Gewicht fallende Maßnahmen zur Verbesserung des Wettbewerbs stehen.

Die Kritik am Entwurf ist in diesem grundsätzlichen Punkt gerechtfertigt, verrät aber sonst nur reines Besitzstandsdenken auf allen Seiten. Offensichtlich besteht der alte Spruch zu Recht, daß beim Geld die Gemütlichkeit aufhört. Der Ton, der dabei von Verbänden und Organisationen – zu ihrer Ehre sei gesagt, nicht von allen – angeschlagen wird (Ausnahmerecht, Wegbereiter für ein Spitzelsystem, gesundheitspolitische Lüge), läßt allerdings eine Ergänzung des obigen Spruches als geraten erscheinen: Beim Geld hört nicht nur die Gemütlichkeit, sondern auch der Anstand auf.

Weitere Aspekte

Es wäre ungerecht, nur Kritik am Entwurf zu üben. Auch von Krankenkassen und Ärzten werden einige positive Seiten gesehen. Dabei wäre die völlige Neuformulierung des zweiten Buches der Reichsversicherungs-

⁴ Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“, a.a.O., S. 23.

ordnung (RVO) zu nennen, so daß jetzt ein weiterer Teil des Sozialgesetzbuches vorliegt, was angesichts der komplexen Materie eine beachtliche Leistung darstellt. Als ein Beispiel für eine inhaltliche Verbesserung sei auch die vorgesehene klare Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen Unfall- und Krankenversicherung bei unfallbedingten ärztlichen Leistungen erwähnt.

Es ist nicht möglich, in einem solchen räumlich beschränkten Beitrag auch nur auf die wichtigen Veränderungsvorschläge einzugehen. Abschließend nur zwei kurze Bemerkungen, die das breite Spektrum der Probleme aufzeigen sollen:

□ Wenn nicht eine ungerechtfertigte Bevorzugung des Öffentlichen Dienstes eintreten soll, wird es notwendig sein, das Beihilferecht so zu ändern, daß bei den Leistungen kein voller Kostenersatz mehr erfolgt und die Versicherten der GKV an ihren Kosten beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Innenministerien für solche Maßnahmen sollte kein Hindernis für ihre Einführung sein.

□ Pflege und psychiatrische Behandlung sollen in den Versicherungsschutz einbezogen bzw. dieser soll verbessert werden, auch unter Hinzuziehung von Psychologen. Die Einbeziehung einer anderen Gruppe, nämlich der Heilpraktiker, die ebenfalls Gesundheitsleistungen erbringt, ist dagegen nicht vorgesehen. Zwar ist es problematisch, die von Heilpraktikern erbrachten Leistungen in den Versicherungsschutz aufzunehmen, solange keine verbindlichen rechtlichen Bestimmungen für ihre Ausbildung und den Berufsabschluß bestehen, weil dann auch „Scharlatane“ einbezogen würden. Daß diese Hürde aber bisher nicht weggeräumt ist, dürfte an dem Widerstand von Ärzten und Krankenkassen liegen, die sich in diesem Fall ausnahmsweise einig sind; die einen, weil sie die Konkurrenz, die anderen, weil sie Mehrausgaben fürchten. Die Begründung der Ärzte, die Heilpraktiker würden aus medizinischer Sicht nicht gebraucht, weil es genügend Ärzte gebe, die entsprechende Kenntnisse hätten und die gleichen Verfahren anwendeten, wenn dies für die Patienten nützlich sei, dürfte an den Tatsachen vorbeigehen; denn wer kennt nicht Beispiele dafür, daß die „Schulmedizin“ versagt hat, der Heilpraktiker aber geholfen hat? Die Integration dieser Gruppe in die medizinische Versorgung erscheint wichtig, wenn die entsprechenden qualitativen Voraussetzungen generell geschaffen sind; denn die von den Patienten zu tragenden Belastungen sind relativ hoch, und es handelt sich keineswegs nur um wohlhabende

Schichten, die heute die Leistungen der Heilpraktiker in Anspruch nehmen. Die freiwillige Übernahme dieser Belastungen durch die Patienten dürfte im übrigen ein starkes Indiz für den gesundheitlichen Wert der von der Mehrzahl der Heilpraktiker erbrachten Leistungen sein.

Traditionsverhaftete Verwaltung

Der Verwaltung ist es nicht übel zu nehmen, wenn sie möglichst lange am Althergebrachten festhalten möchte; das liegt in ihrem Wesen begründet und vereinfacht ihre Arbeit. So zitiert sie die Sozialenquete-Kommission in ihrem Bericht (S. 55) mit den Sätzen: „Ein Gebilde, das in 100 Jahren organisch gewachsen ist, verdient Respekt und Anerkennung. Es steht zu viel auf dem Spiel, als daß unbekümmerte Experimente zulässig sind.“ Sie nimmt dabei allerdings nicht zur Kenntnis, daß seit dieser Feststellung 22 Jahre vergangen sind, in denen sich einiges verändert hat. Im übrigen stimmt ihre Grundhaltung völlig mit der Äußerung eines Staatssekretärs im Finanzministerium – allerdings eines fremden Landes – überein, der mir in einer Diskussion über die Notwendigkeit einer Steuerreform sagte: „Wissen Sie, als Angehöriger der Verwaltung bin ich immer gegen Revolutionen im Steuerrecht.“⁵ Eine solche traditionelle Grundhaltung ist aber kaum geeignet, eine krisenhafte Entwicklung in den Griff zu bekommen; und wer wollte leugnen, daß die gesetzliche Krankenversicherung sich in einer solchen befindet?

Wenn mit einer solchen Grundhaltung der Verwaltung zu rechnen ist, sind die politisch Verantwortlichen im Ministerium um so mehr aufgerufen, die für eine erfolgreiche Reform notwendigen Vorgaben zu machen. Es fragt sich, warum das nicht geschehen ist. Es drängt sich die Vermutung auf, daß auch sie noch von dem RVO-Denken beherrscht werden, das – auf einen kurzen Nenner gebracht – besagt: Die Sozialversicherung dient dem Schutz der Armen, und arm sind – ursprünglich die Arbeiter – heute alle unselbständig Tätigen. Damit läßt sich kein auf selbstverantwortliches Handeln ausgerichtetes und die Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft nicht überforderndes System der sozialen Sicherheit aufbauen. Gäfgen hat als Quintessenz über den Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Verteilungspolitik gefordert: „Systematische Verteilungsorientierung der Gesundheitspolitik unter Abstimmung mit Effizienzüberlegungen sollte verhindern, daß . . . man nur noch die berühmten kleinen Schritte zustande bringt, die grundlegende Reformen geradezu verhindern.“⁶ Aber gerade das ist wohl zu erwarten.

⁵ Es ist bezeichnend, daß für die Vorbereitung der Rentenreform von 1957 eine Arbeitsgruppe im Bundesarbeitsministerium gebildet wurde, die an wichtigen Punkten nicht mit Angehörigen der Verwaltung des Hauses besetzt war.

⁶ G. Gäfgen: Gesundheitspolitik und Verteilungspolitik, Erich Schneider – Gedächtnisvorlesung 1987, Kiel (Institut für Theoretische Volkswirtschaftslehre) 1987, S. 27.