

Henke, Klaus-Dirk

Article — Digitized Version

Das Gesundheitssystem im gesamtdeutschen Einigungsprozeß

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk (1990) : Das Gesundheitssystem im gesamtdeutschen Einigungsprozeß, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 70, Iss. 7, pp. 353-358

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136655>

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.

Klaus-Dirk Henke

Das Gesundheitssystem im gesamtdeutschen Einigungsprozeß

Mit der Verwirklichung der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion zum 1. Juli 1990 ist auch der offizielle Startschuß zur Integration der beiden völlig unterschiedlichen Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungssysteme in Ost und West gefallen. Wo liegen die Hauptprobleme für den Prozeß des Zusammenwachsens, welche Fragen müssen vordringlich geregelt werden? Wie könnte die deutsch-deutsche Annäherung in diesem Bereich zur Reform des verkrusteten westdeutschen Gesundheitssystems genutzt werden?

In der DDR erfolgt die Sicherung im Krankheitsfall weitgehend über ein staatlich finanziertes Versorgungssystem; die Sicherung im Krankheitsfall und das Gesundheitswesen insgesamt sind grundverschieden von denen der Bundesrepublik¹. So ist die gesamte Bevölkerung pflichtversichert und leistungsberechtigt; die Finanzierung erfolgt durch die erwerbstätige Bevölkerung und die Arbeitgeber. Der Leistungsumfang umfaßt auch das Krankengeld bzw. die Lohnfortzahlung. Bei den Leistungen in den Bereichen Prävention, Kuration, ambulante Pflege, Mutterschaft und Rehabilitation handelt es sich um Sachleistungen ohne Selbstbeteiligung.

Eine hausärztliche Versorgung der gesamten Bevölkerung ist weder räumlich noch rund um die Uhr gewährleistet. Die Qualität vieler Leistungen sowie die der Gebäude und technischen Geräte ist, gemessen am westdeutschen Standard, niedrig. Die Bausubstanz stationärer Einrichtungen ist verfallen, die Ausrüstung veraltet und unzureichend. Der Gesundheitszustand der DDR-Bevölkerung gilt als vergleichsweise schlecht; die Lebenserwartung ist z. B. geringer als in der Bundesrepublik.

Die Versorgungsdichte dagegen ist in der DDR, auf je 10000 Einwohner gerechnet, mit Ausnahme der zahn-

ärztlichen Versorgung, statistisch gesehen, nur geringfügig niedriger (vgl. Tabelle 1). Bei diesen Zahlen ist allerdings zu beachten, daß viele Ärzte in der Verwaltung und Planungsbürokratie tätig sind und einige mittlerweile in die BRD übergewechselt sind.

Die Mittelaufbringung erfolgt über öffentliche Einnahmen, die Sozialversicherungsbeiträge der Versicherten und Arbeitgeber werden nicht von Krankenkassen eingezogen, sondern fließen direkt in den Staatshaushalt und sind daher eher mit einer steuerähnlichen Abgabe vergleichbar. Rentner zahlen keine Krankenversicherungsbeiträge. Die Beiträge werden bis zum 1. Juli 1990 proportional zum Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 600 M Ost erhoben. Beim vorherrschenden Beitragssatz von 10% ergibt sich eine maximale Belastung des Arbeitnehmers von 60 M, da die Beitragsbemessungsgrenze nicht dynamisiert ist. Dieser Pflichtbeitrag umfaßt alle Gesundheitsleistungen bei Krankheit und Unfall sowie Rentenzahlungen im Alter. Der „Beitrag“ der Arbeitgeber beträgt in der Regel 12,5%; die Abweichung von der ursprünglich hälftigen Finanzierung hat sich mit der Übernahme der Lohnfortzahlung durch die Sozialversicherung im Jahre 1978 ergeben.

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 47, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Finanzwissenschaft an der Universität Hannover und Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen.

¹ Für detaillierte Informationen zum Gesundheitssystem der DDR siehe Bundesministerium für Innerdeutsche Beziehungen (Hrsg): DDR-Handbuch, 3. Aufl., o. O., 1985; Informationsdienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Nr. 215 vom Januar 1990; Prognos: Bewertende Beschreibung des Gesundheitswesens der DDR, Köln 1990; Statistisches Jahrbuch der DDR, 1988, Teil Gesundheits- und Sozialwesen, S. 339 ff.; G. W i n k l e r (Hrsg): Sozialreport 1990, Institut für Soziologie und Sozialpolitik der Akademie der Wissenschaften der DDR, Manuskriptdruck, Bd. II, S. 190-228 (erscheint in Kürze in Bonn - aktuell); sowie vor allem M. A r n o l d, B. S c h i r m e r: Gesundheit für ein Deutschland, Köln 1990.

Eine Aufteilung der Beiträge auf einzelne Versicherungszweige ist derzeit nicht möglich (siehe Tabelle 2). Die Organisation der Sicherung im Krankheitsfall liegt für 89% der Bevölkerung beim FDGB und für 11% (Genossenschaftsmitglieder und Selbständige) beim Staat. Selbständige und Freiberufliche zahlen 20%.

Über eine freiwillige Zusatzversicherung in Höhe von 10% oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze können weitere Leistungen im Falle von Krankheit, Invalidität, Mutterschaft und im Alter bezogen werden. Eine private Krankenversicherung existiert nicht. Das Gesundheitsabkommen vom 25.4.1974 mit der Bundesrepublik sieht Gesundheitsleistungen für DDR-Bewohner vor, die sich in der Bundesrepublik und Berlin aufhalten (Artikel 3), sowie für Bundesbürger in der DDR.

Organisatorische Gliederung

Die Finanzierung der Leistungsanbieter und die Steuerung der Leistungen vollziehen sich ausschließlich durch staatliche Planung, an deren Spitze das Ministerium für Gesundheits- und Sozialwesen steht (siehe Übersicht 1). Wie sich der Übersicht entnehmen läßt, ist das Gesundheitswesen der DDR streng hierarchisch gegliedert; d. h. das Gesundheitsministerium ist zugleich planendes und die Bezirks- und Kreisräte anweisendes Organ.

Die medizinische Versorgung erfolgt über Bezirks- und Kreiskrankenhäuser, Polikliniken, Ambulanzen, Ambulatorien, staatliche und (wenige) private Arztpraxen sowie über das Betriebsgesundheitswesen. Das „Poliklinikprinzip“ umfaßt Betriebspolikliniken, Ambulatorien, Versorgungszentren und den Betriebsgesundheitsdienst; die ambulante Versorgung soll nach dem „Dispensaire-Prinzip“ arbeiten. Heute bedeutet es, daß die Ärzte krankheitsspezifische Karteien führen, um eine bessere Krankenbetreuung und eine Verringerung des Krankenstandes zu erreichen.

Eine Besonderheit der Gesundheitsversorgung in der DDR ist auch das ausgebaute Betriebsgesundheitswesen. Anders als in der Bundesrepublik fallen dieser Form der medizinischen Versorgung nicht nur präventive Aufgaben zu, sondern in erheblichem Umfang auch kurative Gesundheitsleistungen.

Die Gesundheitsausgaben erscheinen überwiegend im Staatshaushalt, und da Leistungen unentgeltlich abgegeben werden und Abrechnungen über Pfl egetage, ärztliche Leistungen etc. bei dem gegebenen Abrechnungssystem nur ansatzweise vorliegen bzw. nicht erforderlich waren, sind die Kosten der medizinischen Leistungen weitgehend unbekannt. Freiberuflich waren im

Tabelle 1
Medizinische Versorgung im Vergleich
– je 10000 Einwohner –

| | BRD | DDR |
|-------------------|-----|-----|
| Ärzte | 29 | 25 |
| Zahnärzte | 7 | 8 |
| Apotheker | 6 | 3 |
| Krankenhausbetten | 110 | 100 |

Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft, Nr. 9, 1. 3. 1990, S. 3.

Tabelle 2
Ausgaben und Einnahmen der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten der DDR
– in Mill. Mark (Ost) –

| | Ausgaben | Einnahmen | (Beiträge) % | Staatszuschuß % |
|------|----------|-----------|-----------------|--------------------|
| 1970 | 12187 | 7950 | 65,2 | 4237 |
| 1980 | 24785 | 13299 | 53,6 | 11486 |
| 1988 | 31110 | 16474 | 52,9 | 14636 |

Zusammengestellt nach: G. Winkler: Zum System der sozialen Sicherung in der DDR, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 2, 1990, S. 48.

Jahre 1989 nur noch 389 Ärzte und 473 Zahnärzte tätig; sie erhalten ein Pauschalhonorar je Behandlungsfall, das über gesonderte Abrechnungsstellen gezahlt wird.

Die anderen Ärzte wurden als Staatsangestellte besoldet. In den letzten Jahren war eine gewisse Renaissance des Hausarztes und der Allgemeinmedizin zu beobachten. Die im Sozialismus verbreitete Schattenwirtschaft spielt in der ambulanten, insbesondere in der zahnärztlichen Versorgung, eine gewisse Rolle.

Regelungsbedarf beim Integrationsprozeß

Der 1. Juli 1990 ist der offizielle Anfang des Annäherungs- und Integrationsprozesses der Gesundheitssysteme in beiden Teilen Deutschlands. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt über das Sozialversicherungssystem nach erfolgter Vereinigung nur spekuliert werden kann, sind Leitvorstellungen erforderlich. Der Übergang vom Status quo der DDR in ein neues System der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung hat bereits begonnen: Patienten wünschen eine bessere Versorgung, Ärzte drängen auf Niederlassung in privaten Praxen, Kassen und Ärzte bemühen sich um eine gemeinsame Selbstverwaltung.

Obwohl noch nicht beschlossen, ist es wahrscheinlich, daß das bundesdeutsche Sozialgesetzbuch (hier

Gliederung vorbereitet werden. Mitarbeiterschulung, Entstaatlichung der Anbieterstrukturen, Vorbereitung von Verträgen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung und Leistungsvergütung in allen Leistungsbe-
reichen wären entsprechende Schritte auf dem Wege zur Sozialunion, die zunächst kassenartenübergreifend vorbereitet werden könnten³.

Probleme

Unterbliebe eine geordnete Vorgehensweise, ist die Gefahr groß, daß im Rahmen einer reinen „Exportlösung“ Mechanismen zur Entsolidarisierung, eingeschränkte Wahlfreiheit und Risikoselektion weiter an Bedeutung gewinnen und der Wettbewerb, der in der Bundesrepublik ohnehin schon als verzerrt gilt, seine Funktion weiter verliert. Die Kosten der Wiedervereinigung bestehen dann auch in dem Hinausschieben überfälliger Reformen bzw. in der Übernahme unzuweckmäßiger Strukturen durch die DDR. Die Steuerungsresistenz des Gesundheitswesens nähme durch die Vereinigung weiter zu.

Der Prozeß des Zusammenwachsens bringt viele lösungsbedürftige Probleme mit sich. Die Deutsche Demokratische Republik soll alle Maßnahmen einleiten, um ihr Krankenversicherungsrecht an das der Bundesrepublik anzugleichen. So stellt sich beispielsweise die Frage nach der Unterteilung der DDR-Bevölkerung in Mitgliedergruppen, die dann den Krankenkassen zugewiesen werden bzw. sie selbst wählen können.

Weiterhin wird es schwierig sein, für 16 Millionen Bürger ein Krankenversicherungssystem zu übertragen, das ihnen nahezu fremd ist. Aus diesem Grund, aber auch wegen der entgegengesetzten Interessen von Ortskrankenkassen und Ersatzkrankenkassen sowie von privaten Krankenkassen könnten bis zur Ablösung des vom FDGB verwalteten Einheitssystems zunächst kassenartenneutrale Regional- oder Basiskassen gegründet werden, um dann zu einem späteren Zeitpunkt eine tiefergehende Gliederung vorzunehmen.

Würde das Krankenkassensystem der Bundesrepublik mit seiner Tendenz zum verzerrten Wettbewerb von der DDR übernommen, käme es zu einer „Rosinenpickerei“, bei der die Ortskrankenkassen zum Auffangbecken der schlechten Risiken würden⁴. Das Verhältnis zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen müßte weiterhin willkürlich über Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen geregelt werden.

Für den realistischen Fall einer Angleichung der Systeme auf der Basis des SGB V stellt sich das Problem einer angemessenen Mitgliederabgrenzung zwischen

RVO-Kassen und Ersatzkassen zu einem Zeitpunkt, an dem in der Bundesrepublik die nur historisch zu erklärende Zweiteilung des Systems in Arbeiter- und Angestelltenkrankenkassen in der traditionellen Form nicht mehr weitergeführt werden sollte.

In dieser Frage sind insbesondere die Angestellten-Gewerkschaft und die DGB-Gewerkschaften betroffen, da sie über die Sozialwahlen erheblichen Einfluß auf die Krankenversorgung ausüben. In der DDR ist die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten nahezu nicht existent; der einheitliche Arbeitnehmerbegriff sieht nur Werkttätige vor. Es fehlen derzeit die Voraussetzungen für Tarifverhandlungen und Mitbestimmung: ein Betriebsverfassungsgesetz gibt es nicht. In ihrem Kampf um Einfluß werden sich die Gewerkschaften möglicherweise „ihre“ Kassen suchen bzw. das System der Bundesrepublik zu übertragen versuchen.

Finanzierungsfragen

Wird unterstellt, die Probleme der Kassenvielfalt und Mitgliederrekutierung seien gelöst und es käme auf absehbare Zeit zu einer völligen Übernahme des gegliederten Systems, ergeben sich weitere entscheidungsbedürftige Fragen bei der Finanzierung einer gesamtdeutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

Zunächst müßte der Beitragseinzug und die Einrichtung von Versichertenkonten für alle Bürger der DDR administrativ geregelt und sichergestellt sein; da es keine Mitgliederlisten bei der Sozialversicherung gibt, muß auf die Kenntnisse der Lohnbuchhaltungen zurückgegriffen werden.

Dann tritt die Frage nach der Höhe der Beitragssätze auf. Soll der Beitragssatz für die Sozialversicherungsausgaben pauschal oder getrennt nach den einzelnen

³ Siehe AOK-Bundesverband (Hrsg.): DOK, Politik, Praxis, Recht, Heft 8/1990 vom 15.04.1990, S. 256 ff.

⁴ Die Behauptung, daß nur das nach Kassenarten gegliederte System eine bedarfsgerechte, versicherungsfreundliche und qualitativ hochstehende Versorgung gewähre, wurde in einer gemeinsamen Erklärung der Krankenkassen vom AOK-Verband daher nicht mitgetragen. Siehe auch die Erklärung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung zur Organisationsreform in der Krankenversicherung, Informationsdienst Nr. 214, Januar 1990. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß eine kassenartenneutrale Trägerschaft der herauszubildenden gesetzlichen Krankenversicherung in der DDR die bei uns bestehende Gliederung der Krankenkassen beeinflußt und die Tendenz zur Univiersalkasse stärkt. Diese Befürchtung erklärt, zumindest zum Teil, die über große Eile mancher Kassenarten, das gegenwärtige System zu übertragen. Mehr Finanzierungszentralität bei gleichzeitiger organisatorischer Dezentralität gehört auch zu den politischen Leitvorstellungen für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung. Siehe hierzu R. Dreßler: Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland — DDR, Manuskript, Bonn 1990; und H. Günther: Stichtag des politischen Handelns wird der Wahltag in der DDR sein, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 2, S. 54 ff.

Zweigen festgelegt werden? Soll im letzteren Fall der anfängliche Beitragssatz auf dem Niveau der Beitragssätze in der Bundesrepublik liegen, wie es ab 1. Juli der Fall ist, oder sich nur an den Gesundheitsausgaben der DDR orientieren?

Da sich die Beitragssätze als Quotient aus Leistungsausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen ergeben, wird die Höhe eines Beitragssatzes maßgeblich von der Entwicklung der Einnahmen und den in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen bestimmt. Werden die Löhne in der DDR über mehrere Jahre verhältnismäßig niedrig bleiben, führt dies insbesondere bei einer Gesundheitsversorgung, deren Ausgaben schneller zunehmen als die Einnahmen, zu höheren Beitragssätzen, die die Übergangssituation für die DDR-Bürger erschweren⁵. Außerdem wird es den Betrieben schwerfallen, die für den Aufbau des Sozialsystems erforderlichen Arbeitgeberbeiträge aufzubringen, zumal die Prioritäten zunächst bei der Arbeitslosen- und der Rentenversicherung liegen dürften. Andererseits ließen sich im Rahmen einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik auf der Grundlage eines niedrigen Ausgangssatzes die Leistungen an den Löhnen und Gehältern orientieren. In jedem Fall ist der Staatszuschuß (siehe Tabelle 2) abzubauen und eine weitestgehende Beitragsfinanzierung sicherzustellen.

Mit der Übernahme des gegliederten Systems mit seinen kassenartenübergreifenden und kasseninternen Unterschieden ergeben sich unterschiedliche Beitragssätze bei grundsätzlich gleichen Leistungen und damit auch eine unterschiedliche fiskalische Äquivalenz bei den einzelnen Kassen. Unterschiedliche Belastungen ergeben sich bei landesweit und regional gültigen Beitragssätzen. Über die Wirkungsrichtungen, ihr Ausmaß, und die Möglichkeit perverser Effekte läßt sich nur spekulieren. Die Beitragspflicht der Rentner und der kas-

senartenübergreifende Finanzausgleich der Rentner müßten übertragen werden oder spätestens mit der Einseitigkeit einsetzen, um die Beitragssatzunterschiede nicht noch zu verstärken. Die Lohnfortzahlung müßte auf die Arbeitgeber übergehen und würde somit die Kassen auf Kosten der Arbeitgeber entlasten. Weitere „Entlastungen“ ergäben sich, wenn die gesetzliche Rentenversicherung den „Arbeitgeberbeitrag“ auch für Rentner in der DDR weiterführt, wie es in Art. 21, Abs. 4, vorgesehen ist.

Solidaropfer?

Soll die Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen in der DDR schnell auf das Niveau der Bundesrepublik gebracht werden, sind große finanzielle Anstrengungen erforderlich, die aller Voraussicht nach nicht aus dem Beitragsaufkommen der DDR bestritten werden können. Für den erheblichen Investitionsbedarf müßte eine Finanzierung aus Steuern oder aus dem Fonds „Deutsche Einheit“ erfolgen. Dieser Weg über eine Finanzierung durch die gesamte Bevölkerung erscheint angesichts der nationalen Aufgabe gerechter als eine alleinige Finanzierung über höhere Beitragssätze in der GKV der Bundesrepublik, die dann nur über die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht würde.

Sollte eine gemischte Steuer- und Beitragsfinanzierung einsetzen, wäre angesichts der Kassenvielfalt und der Beitragssatzdifferenzen zu klären, wie eine Erhöhung des allgemeinen durchschnittlichen Beitragssatzes zweckgebunden an die DDR weitergegeben werden könnte. Möglicherweise müßte ein bestimmter Anteil des Beitragssatzes als „Solidaropfer“ an die neu entstehenden Kassen in der DDR überwiesen werden. Überweisungen bzw. Kostenerstattungen ließen sich direkt aus dem Bundeshaushalt an die Kassenarten vornehmen bzw. durch eine duale Finanzierung von Investitionen im Rahmen einer absehbaren (vertikalen) Finanzausgleichslösung zur Verfügung stellen⁶.

Weiterhin darf nicht außer acht gelassen werden, daß das Zusammenwachsen der Krankenversicherungssysteme als Teil der Sozialunion in engem Kontext mit der Währungs- und Wirtschaftsunion steht. Die Abgabesätze zur Sozialversicherung sind also auch unter Wettbewerbsaspekten und vor allem unter Berücksichtigung der einsetzenden Besteuerung zu sehen.

Die Bereitschaft der Arbeitgeber, die Lohnnebenkosten zu übernehmen, wird bei der für die Arbeitnehmer beschlossenen günstigen Umstellung von Löhnen und Renten eher gering sein. Und die Vorstellung einer über-

⁵ W. Leber: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der deutschen Sozialunion, a. a. O., S. 132, Tab. 2.

⁶ Diese Einschätzung schließt kleinräumigere Hilfe, z. B. zwischen Ländern, wie im Falle der hessischen Unterstützung an Thüringen, nicht aus. Derartige „Aktionsprogramme“ können über „Regionalaus-schüsse“ abgewickelt werden, in denen die Bezirksärzte sowie Vertreter der politischen Parteien vertreten sind. In dem genannten Beispiel werden 60 bis 100 Mill. DM z. B. für die Anschaffung von Ultraschallgeräten, Einwegmaterial, Autos für Behinderteneinrichtungen ausgegeben.

⁷ Das bundesdeutsche Einkommensteuerrecht gilt aller Voraussicht nach ab 1. 1. 1991, so daß angesichts der Freibeträge die DDR-Bevölkerung erst im Zuge des erwarteten Wirtschaftsaufschwungs in die Steuerpflicht wächst. Die Belastungen aus den indirekten Steuern, insbesondere der Mehrwertsteuer, stehen daher zunächst im Vordergrund; siehe auch M. Arnold, B. Schirmer: Gesundheit für ein Deutschland, a. a. O., S. 126 ff. Der durchschnittliche (rechnerische) allgemeine Beitragssatz der GKV beträgt etwa 12,8%, so daß bei Übernahme der Beitragssätze 6,4% durch die Arbeitnehmer der DDR-Bevölkerung aufgebracht werden müßten. Hinzu träten die Belastungen aus der Arbeitslosen- und Rentenversicherung.

wiegend sozialabgaben-, nicht aber steuerzahlenden Bevölkerung ist auf lange Sicht unrealistisch⁷.

Chancen zu Reformen

Insgesamt gesehen ist es erforderlich, dringend notwendige Leistungsanreize in das System einzubauen, denn das Interesse der Beteiligten an einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Krankenversorgung ist sehr gering und kann erst durch neue Formen der Honorierung, Vergütung etc. erhöht werden. Ein geordnetes Abrechnungswesen, die freie Niederlassung und der Aufbau von Krankenkassen sind Voraussetzungen für ein Zusammenwachsen der Systeme (siehe Artikel 22, Abs. 2). Andererseits muß das, was sich als weiterentwicklungsfähig erweisen sollte, erhalten bleiben⁸ und der Wunsch der DDR-Bevölkerung, die eigene Entwicklung nach besten Kräften mitzubestimmen, respektiert werden.

Schließlich führt das Zusammenwachsen zweier so unterschiedlicher Systeme in einem Staat dazu, daß die Grundformen einer Sicherung im Krankheitsfall überprüft werden müssen, um die erforderlichen Entscheidungen über die Träger und Struktur des Leistungsangebots und vor allem über das von den Versicherten gewünschte Leistungsgeschehen hinsichtlich Risikoprävention und Risikoübernahme begründen zu können.

Dringend erforderliche Leistungsanreize für eine kostengünstige und bedarfsgerechte Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung in der DDR dürfen nicht zur Folge haben, daß materielle Anreize, wie in der Bundesrepublik, zu Überdiagnostik, Mengenexplosion und zu überlangen Krankenhausaufenthalten führen und Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung hintangestellt werden.

In der Bundesrepublik ist dagegen ein noch stärker medizinisch motiviertes Handeln der Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung erwünscht, und die Schadensverhütung ist im Vergleich zur kurativen Behandlung aufzuwerten. Insoweit führt der gesamtdeutsche Einigungsprozeß auch zu einer Überprüfung der historisch gewachsenen Sicherung im Krankheitsfall in der Bundesrepublik.

⁸ So ist es beispielsweise fraglich, ob eine übereilte Abschaffung des betrieblichen Gesundheitswesens und der sich hieraus ergebenden Möglichkeiten der Gesundheitssicherung den richtigen Weg markiert. Hier böten sich Möglichkeiten für Innovationen in der Organisation des Leistungsangebotes. Krankenversicherungen könnten die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen qualitativ verbessern, einige Krankenhäuser und vor allem Ärzte unter Vertrag nehmen und auf diese Weise „Gesundheitskassen“ gründen. Für die Betriebskrankenkassen wird eine Gründung verhältnismäßig einfach sein, da sich die „Firmenkassen“ prinzipiell ohne Probleme um die Mitarbeiter in der DDR ausweiten lassen. Innungskrankenkassen werden nicht so schnell entstehen, da sich Innungen erst herausbilden müssen. Das Interesse an diesem System wird stark von der damit verbundenen finanziellen Belastung und den Wettbewerbsbedingungen abhängen.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

NEUERSCHEINUNG

E. Ulrich Cichy

WIRTSCHAFTSREFORM UND AUSWEICHWIRTSCHAFT IM SOZIALISMUS

Zur Rolle der Ausweichwirtschaft im Reformprozeß sozialistischer Planwirtschaften, dargestellt am Beispiel der DDR, Polens und Ungarns

Die Schatten- oder Ausweichwirtschaft in sozialistischen Ländern ist auf die zentrale Lenkung der Wirtschaft zurückzuführen. Die vorliegende Studie ist noch ganz im Zeichen des starren Zentralismus in den meisten sozialistischen Planwirtschaften begonnen worden. Mit der Analyse der vielschichtigen Zusammenhänge zwischen Wirtschaftsreform und Ausweichwirtschaft versuchte der Verfasser von Anbeginn, die Unausweichlichkeit von weitreichenden marktwirtschaftlichen Reformen zu begründen, die sich nun zum Zeitpunkt der Veröffentlichung in den meisten Ländern des Rates für Gegenseitige Wirtschaftshilfe vollziehen.

Großoktav,
256 Seiten, 1990,
brosh. DM 65,-
ISBN 3-87895-391-7

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG