

Seehofer, Horst; Dreßler, Rudolf; Henke, Klaus-Dirk; Cassel, Dieter

Article — Digitized Version

## Strukturelle Reformen im Gesundheitsbereich

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Seehofer, Horst; Dreßler, Rudolf; Henke, Klaus-Dirk; Cassel, Dieter (1996) : Strukturelle Reformen im Gesundheitsbereich, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 76, Iss. 2, pp. 59-71

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/137322>

**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.*

# Strukturelle Reformen im Gesundheitsbereich

*Nach dem Willen der Regierungskoalition soll 1997 die dritte Stufe der Gesundheitsreform wirksam werden. Diese Stufe hat zum Ziel, einen Grundstein für ein modernes und bezahlbares Gesundheitswesen zu legen. Horst Seehofer erläutert die Pläne der Regierungskoalition, Rudolf Dreßler, Klaus-Dirk Henke und Dieter Cassel nehmen hierzu Stellung.*

Horst Seehofer

## Die dritte Stufe der Gesundheitsreform

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ist es gelungen, die dramatische Finanzentwicklung im Gesundheitswesen des Jahres 1992 zu stoppen und den rasanten Anstieg der Beitragsätze zu bremsen. Mit zunehmendem Abstand von seinem Inkrafttreten am 1. Januar 1993 verliert das Gesundheitsstrukturgesetz jedoch an Wirksamkeit. Um auch mittelfristig die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens zu gewährleisten, ist daher eine dritte Reformstufe erforderlich. Diese Stufe hat das Ziel, die hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und dessen Finanzierbarkeit zu Beiträgen zu sichern, die für Arbeitgeber und Arbeitnehmer akzeptabel sind.

Die dritte Reformstufe wird erst 1997 wirksam werden können. Daraus ergibt sich für den Krankenhausbereich unmittelbarer Handlungsbedarf. Die Krankenhausaussgaben sind bundesweit in den vergangenen drei Jahren von rund 64 Mrd. DM auf rund 80 Mrd. DM gestiegen. Das ist ein Zuwachs

von 24,3 %. Diese Entwicklung muß gestoppt werden.

Zur Stabilisierung der Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Krankenkassen ist es daher notwendig, den Krankenhäusern im Jahre 1996 eine Zuwachsobergrenze vorzugeben, die sich an den Tarifabschlüssen im öffentlichen Dienst orientiert. Dies haben wir in einem Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 dargelegt, der kürzlich vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Wie schon in den Jahren 1993 bis 1995 stehen damit auch im Jahre 1996 den Krankenhäusern wachsende finanzielle Mittel zur Verfügung.

### Ambulant vor stationär

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde ein erster großer Schritt zu einer Reform des Krankenhauswesens getan. Die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Einführung leistungsorientierter Entgelte, zusammen mit den erweiterten ambulanten Behandlungsmöglich-

keiten der Krankenhäuser und den Entlastungen durch die Pflegeversicherung, schaffen die Voraussetzung für eine Anpassung der Leistungsstrukturen und Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern. Dieser bereits eingeleitete Prozeß soll mit dem Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung beschleunigt werden.

Die hohe Kostenintensität der stationären Leistungen macht es erforderlich, die Krankenhausbehandlung auf die Fälle zu begrenzen, die der besonderen Ausstattung und Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser auch wirklich bedürfen. Deshalb schreibt § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausdrücklich den Vorrang der ambulanten Behandlung vor. Bei der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung müssen die Möglichkeiten des ambulanten Versorgungssystems mit seinem sehr dichten Netz von Arztpraxen, die eine hochwertige haus- und fachärztliche Versorgung anbieten, konsequenter genutzt werden. Nur so kann den seit Jahrzehnten ste-

tig steigenden Krankenhausfällen entgegengewirkt werden. „So viel ambulant wie möglich“ ist deshalb ein wesentlicher Grundsatz des vorliegenden Reformkonzeptes. Dabei hat die Optimierung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte einen besonderen Stellenwert. Soweit dafür gesetzliche Hemmnisse bestehen, werden diese im Rahmen der für den ambulanten Bereich vorgesehenen dritten Stufe der Gesundheitsreform abgebaut. Bestehende Hemmnisse im Bereich des Belegarztwesens sowie der Praxiskliniken werden mit diesem Gesetzentwurf beseitigt.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat die Möglichkeiten der Krankenhäuser, durch ambulantes Operieren sowie durch vor- und nachstationäre Behandlung stationäre Aufnahmen zu vermeiden oder die Verweildauer zu verkürzen, entscheidend verbessert. Ergänzend dazu sollen qualifizierte Fachärzte in Krankenhäusern die Möglichkeit erhalten, hoch spezialisierte Leistungen zur Sicherstellung der örtlichen Versorgung nach Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt ambulant zu erbringen. Eine darüber hinausgehende institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen wäre nicht sachgerecht und würde nur zu höheren Kosten führen. Die vorwiegend mit öffentlichen Investitionsmitteln finanzierten Krankenhäuser hätten zudem Wettbewerbsvorteile, die auf Dauer eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte gefährden würden.

#### Landesweite Gesamtvergütung

Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hat in

den alten Bundesländern mit fast 34,4% in 1994 einen historischen Höchstwert erreicht; 1980 waren es noch 29,6%. Dagegen lag der entsprechende Anteil der Leistungsvergütung der niedergelassenen Ärzte trotz einer starken Zunahme der Zahl der Ärzte und der von ihnen erbrachten Leistungen 1994 mit 17,4% niedriger als 1980 mit 17,9%. Diese Stabilität im ambulanten Bereich hängt insbesondere mit dem dort seit langem bewährten Instrument der Gesamtvergütung zusammen, das eine wirksame Kostensteuerung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung möglich macht.

Es liegt nahe, die im niedergelassenen Bereich gemachten positiven Erfahrungen auf den Krankenhausbereich zu übertragen. Ein Kernpunkt der dritten Stufe der Gesundheitsreform im Krankenhaus ist deshalb die Einführung einer landesweiten Gesamtvergü-

tung für Krankenhausleistungen, die von den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart wird. Damit wird den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene ein neues Instrument gegeben, um das medizinisch Notwendige mit den finanziellen Möglichkeiten besser abstimmen zu können. Diese Regelung, mit der Neuland beschränkt wird, ist zunächst bis Ende 1999 befristet. In einem Mitte 1999 abzugebenden Bericht an das Parlament wird darzulegen sein, ob ihre Fortführung gerechtfertigt ist.

Mit der Gesamtvergütung kann sichergestellt werden, daß die Ausgabenentwicklung für stationäre Leistungen in kalkulierbaren Grenzen bleibt. Mehr- und Minderbelastungen einzelner Krankenhäuser infolge veränderter Patientenzahlen können innerhalb der Gesamtvergütung ausgeglichen werden. Für die Krankenhäuser werden bereits zu Beginn der Periode die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen deutlich. Die Vergütung der Krankenhausleistungen erfolgt auf der Grundlage des neuen Entgeltsystems über Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze und den Basispflegesatz. Die mit den neuen Entgelten verfolgten Ziele wie mehr Transparenz, Verweildauerverkürzung, Anreize zur Wirtschaftlichkeit bleiben voll wirksam.

#### Stärkung der Selbstverwaltung

Über die Fortentwicklung der Gesamtvergütung entscheiden die Selbstverwaltungspartner eigenverantwortlich. Die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene erhält damit deutlich erweiterte Kompetenzen. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Landeskrankenhausgesellschaften werden die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben unmittelbar übertra-

Die Autoren  
unseres  
Zeitgesprächs:

*Horst Seehofer, 46, ist Bundesminister für Gesundheit.*

*Rudolf Dreßler, 55, ist stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion.*

*Klaus-Dirk Henke, 53, ist Professor für Volkswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität Berlin und Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.*

*Dieter Cassel, 56, ist Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschaftspolitik, an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg.*

gen. Sie können damit, legitimiert durch die Träger der Krankenhäuser, diese Aufgaben gemeinsam mit den Vertragspartnern erfüllen.

Die Rücknahme staatlicher Vorgaben und die Begrenzung des Regelungsinhaltes von Gesetzen und Verordnungen ist ein weiteres Ziel der dritten Stufe der Gesundheitsreform. Dazu werden die Kataloge der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Leistungen aus der Bundespflegesatzverordnung ausgegliedert und der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen auf der Bundesebene übertragen. Damit erhält die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern einen weiteren, für die Struktur und die Ausgabenentwicklung in der stationären Versorgung sehr bedeutsamen Aufgabenbereich zur eigenverantwortlichen Gestaltung übertragen.

### **Einbeziehung der Krankenkassen**

Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist Aufgabe der Bundesländer; an dieser grundgesetzlich verankerten Aufgabenzuweisung wird festgehalten. Damit verbunden ist allerdings die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser. Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden hauptsächlich von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Angesichts des Verhältnisses der Betriebskosten zu den investiven Aufwendungen ist die bisherige Einbeziehung der Krankenkassen in die Krankenhausplanung unbefriedigend geregelt. In Zukunft werden die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen einvernehmlich in die Krankenhausplanung der Länder einbezogen.

Zudem werden den Verbänden der einzelnen Kassenarten deut-

lich erweiterte Handlungsspielräume beim Abschluß und der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern eingeräumt. Außerdem hat der Deutsche Bundestag schon 1992 empfohlen, die Krankenhausfinanzierung stufenweise in ein monistisches Finanzierungssystem zu überführen. Dieses kann aber nur schrittweise und unter der Bedingung erfolgen, daß Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen dadurch nicht entstehen. Die Länder müssen die eingesparten Finanzmittel zur Entlastung der Beitragssätze einbringen.

### **Die ambulante Versorgung**

In der dritten Stufe der Gesundheitsreform im ambulanten Bereich geht es vor allem darum, der Selbstverwaltung erheblich größere Gestaltungsspielräume zu verschaffen. Die wesentlichen Elemente einer Gesundheitsreform im ambulanten Bereich betreffen die Leistungsverantwortung, die Beitragsverantwortung und die Eigenverantwortung.

**Leistungsverantwortung.** Der Leistungskatalog des geltenden Rechts bleibt unverändert. Seine Umsetzung über die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wird aber wesentlich freiheitlicher gestaltet als bisher. Einheitliche und gemeinsame Vertragsabschlüsse sollen nur dort im Gesetz verbindlich vorgeschrieben werden, wo dies unter medizinischen Aspekten oder aus sonstigen Gründen unumgänglich ist. So beispielsweise bei der Definition der ärztlichen Leistung, bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung und bei bestimmten grundsätzlichen Angelegenheiten, wie z.B. bei der Krankenversicherungskarte oder den Grundlagen der Abrechnung von Leistungen.

Neben dieser freiheitlichen Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen bekommen die Krankenkassen zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten über ihre Satzung, die die Finanzbeziehungen zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten betreffen – seien es Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt im Rahmen der Kostenerstattung, erhöhte Zuzahlungen oder Sonderbeiträge der Versicherten für zusätzliche Leistungen. Eine von manchen Sachverständigen vorgeschlagene individuelle Zu- oder Abwahl beim Leistungskatalog soll ebensowenig möglich sein wie die Einführung von Leistungen, die nicht zur Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Darüber hinaus werden Modellvorhaben in der Selbstverwaltung umfassend ermöglicht, d.h. die heutigen Beschränkungen des geltenden Rechts sollen weitgehend entfallen.

**Beitragsverantwortung.** Wir wollen einen wirtschaftlichen Einsatz der Finanzmittel erreichen, zugleich aber den medizinischen Fortschritt in der Zukunft nicht unterbinden. Dem dienen neue Rechtsgrundlagen für die Beitragsverantwortung, die im Kern aus drei Elementen bestehen:

(1) Beitragserhöhungen für vermeidbare bzw. unwirtschaftliche Entwicklungen werden im Gesetz ausgeschlossen. Deshalb sollen Beitragserhöhungen aufgrund von überdurchschnittlichen Steigerungen der Verwaltungsausgaben, von Erprobungsregelungen oder von Satzungsleistungen ausgeschlossen werden.

(2) Beitragserhöhungen bedürfen künftig einer qualifizierten Mehrheit, und zwar einer Zustimmung von mehr als 75% der Mitglieder des Verwaltungsrates, wobei der Vorstand darlegungspflichtig

tig wird. Er muß darstellen, daß er alle Möglichkeiten zur Stabilisierung des Beitragssatzes durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft hat. Ein Abschieben der Beitragsverantwortung auf die Aufsichtsbehörde soll nicht mehr möglich sein.

(3) Kassen, bei denen keine paritätische Selbstverwaltung besteht, müssen sie nicht einführen. Statt dessen wird im Gesetz festgelegt, daß bei diesen Kassen der Arbeitgeberanteil den halben durchschnittlichen Beitragssatz aller Ortskrankenkassen, also der größten und für alle wählbaren Kassenart, nicht überschreiten darf.

Mit dieser neuen Definition der Beitragsverantwortung werden wir auf der einen Seite gewährleisten, daß Beitragserhöhungen für Ver-

schwendung und Sonderwünsche nicht stattfinden, daß auf der anderen Seite aber der medizinische Fortschritt möglich bleibt. Wir tragen mit dieser neuen Definition auch der wachsenden Bedeutung der Gesundheitsversorgung als Wirtschaftsfaktor Rechnung.

□ Eigenverantwortung. Schon heute gibt es für freiwillig Versicherte die Möglichkeit der Kostenerstattung. Obwohl die Kostenerstattung von den freiwillig Versicherten nur in sehr geringem Maße in Anspruch genommen worden ist, sollen künftig auch Pflichtversicherte ein Wahlrecht zwischen Sachleistung und Kostenerstattung haben. Die zusätzlichen Verwaltungskosten durch die Kostenerstattung trägt wie bisher der Versicherte. Auch dürfen wie schon bisher nur die Kosten von

Leistungen zugelassener Leistungserbringer erstattet werden.

Ein wichtiges Element der Eigenverantwortung ist die Verbesserung der Transparenz, die Information des Versicherten über Leistung und Abrechnung. Wir wollen ab 1999 für die Leistungserbringer die Verpflichtung einführen, ihre Versicherten über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen zu informieren. Nur dort, wo dies nicht möglich ist, soll die Kasse informieren.

Die Koalition legt mit diesen Eckpunkten eine gute Grundlage für ein modernes und bezahlbares Gesundheitswesen vor. Für die Beteiligten im Gesundheitswesen bedeutet dies mehr Freiheit und für die Versicherten und Patienten uneingeschränkt weiterhin sozialen Schutz im Falle der Krankheit.

---

Rudolf Dreßler

## Notwendig ist eine Kombination aus Wettbewerb und Globalbudget

---

**D**aß unser Gesundheitswesen abermals mitten in erheblichen Problemen steckt, ist offenkundig. Die ungünstige Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung im Jahr 1995 braucht nicht näher erläutert zu werden. Die meisten Fachleute rechnen mit einem Jahresdefizit von circa 10 Mrd. DM, einem Defizit, das die Anfangserfolge des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1993 weitgehend aufgezehrt hat. Die durchschnittlichen Beitragssätze der Ortskrankenkassen sind schon zum 1. Januar von 13,4 auf 13,9% gestiegen. Es ist damit zu rechnen, daß dies noch nicht das Ende der Entwicklung ist. Die Notwendigkeit

einer Stabilisierung der Lohnnebenkosten steht damit ernsthaft in Frage.

Bei einer Analyse der Gesundheitspolitik in den vergangenen drei Jahren fallen die politischen Fehler drastisch ins Auge. Der durch die drohende neue Ausgabenwelle entstandene Eindruck, das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 habe versagt, ist falsch. Versagt hat zu einem guten Teil die Politik. Denn sie hat die strukturwirksamen Teile dieses Gesetzes entweder nicht umgesetzt, boykottiert, in ihr Gegenteil verkehrt oder – wie jüngst bei der Arzneimittelpositivliste – wieder abge-

schaft. Ich bekenne dabei durchaus sozialdemokratische Mitverantwortung. Zwar hat die SPD auf regierungsamtliches Handeln im Hinblick auf die GSG-Umsetzung keinen unmittelbaren Einfluß. Aber wenn ich auf die Umsetzung des stationären Teiles im GSG verweise, dann wird sozialdemokratische Mitverantwortung überdeutlich.

In 14 von 16 Bundesländern zeichnet hier sozialdemokratische Politik verantwortlich. Kaum etwas von dem, was an Veränderungen in der Krankenhausversorgung im Kompromiß von Lahnstein zwischen den Beteiligten vereinbart worden ist, wurde wirklich umge-

setzt, dem Gehalt nach nicht, dem Geist und Sinne nach schon gar nicht.

Angefangen vom vermeintlich abgeschafften Selbstkostendeckungsgrundsatz, der dann klammheimlich im Kleingedruckten der Bundespflegesatzverordnung wieder eingeführt wurde,

über die Einführung eines Budgets für die Krankenhausaussgaben, eines Budgets, das aufgrund der zahlreichen Budgetierungsausnahmen gar keines war,

bis hin zu den Schritten in Richtung auf die Finanzierungsmonistik, bei der zwar sehr viel von der Übernahme der Investitionskosten durch die Krankenkassen, aber sehr wenig von der Aufgabe der Letztverantwortung der Länder für die Krankenhausbedarfsplanung die Rede war.

Kaum etwas, das vereinbart und in Überschriften Gesetz geworden war, wurde praktisch in Tatsachen umgesetzt.

Die Antworten auf die neu entstandenen Fragen liegen mittlerweile im Deutschen Bundestag vor. Aus sozialdemokratischer Sicht sind dies:

eine einjährige Verlängerung der bisherigen Budgetierung in der gesamten Breite des Spektrums als Notbremsung und

eine Fortschreibung und Ergänzung des strukturwirksamen Konzeptes von Lahnstein mit einer an der Wirtschaftsentwicklung orientierten Globalbudgetierung.

### **Strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens**

Bevor ich auf diese Pläne eingehe, will ich darlegen, was mich an der aktuellen Lage und die sich aus ihr herleitenden Diskussion so bedrückt. Wir diskutieren abermals kurzfristig, abermals taktisch, aber-

mals punktuell. Es geht nicht um strategische Lösungen für die langfristigen Probleme unseres Gesundheitswesens, es geht um die Stabilität der Beitragssätze im nächsten Jahr. Das ist angesichts der Lohnnebenkostenbelastung der Arbeitnehmer und der Unternehmen auch nicht gerade wenig, aber mit der Frage, ob die Richtung unserer Gesundheitsversorgung noch stimmt, hat das nichts zu tun. Die aber muß beantwortet werden, und zwar unter strukturellen Aspekten.

Warum eigentlich machen wir uns nicht an die Beantwortung der wirklich wichtigen, eigentlich der wichtigsten Frage: Wieviel will unsere Gesellschaft in Zukunft noch für Gesundheit ausgeben, wieviel ist uns unsere Gesundheitsversorgung wert? Jeder drückt sich vor dieser Diskussion, politisch wird sie im Keime erstickt.

Seit der unsinnigen, von der FDP im politischen Raum angezettelten Diskussion um Grund- und Wahl-, Regel- und Zusatzleistung ist eine vorurteilsfreie Prüfung der Frage, welche Leistungen wir in der gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig vorhalten sollen, völlig unmöglich geworden. Denn jeder, der dieses anspricht, gerät beinahe schon automatisch in unfreiwillige Nachbarschaft zur FDP-Philosophie, die ja in eine ganz andere Richtung zielt. Dabei wäre doch die Prüfung der Frage über die Höhe der gesellschaftlich erwünschten Gesundheitsausgaben zwingend. Eine Antwort darauf ist notwendig.

Seit Jahren vertreten Gesundheitsverbände die Auffassung, eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen gebe es nicht, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt pendele zwischen 7,5 und 8,5% hin und her. Die Wahrheit ist: Abgesehen von

einigen Ausrutschern stimmt diese Interpretation sogar. Aber wer macht sich angesichts der ebenso hektischen wie kurzfristigen Diskussion um aktuelle Gesetzesklempnereien schon die Mühe, das zur Kenntnis zu nehmen? Vor allem aber zu analysieren, woher trotz dieser Fakten die beklagte Steigerung der Krankenversicherungsbeiträge denn kommt?

Ist es nicht so, daß sich seit nunmehr fast 15 Jahren die Relationen zwischen den volkswirtschaftlichen Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital zugunsten des Faktors Kapital verschieben? Wird die Produktion nicht immer weniger arbeitsintensiv, aber dafür stetig kapitalintensiver? Selbst wenn wir Vollbeschäftigung und nicht Massenarbeitslosigkeit hätten, ginge also der Einsatz des Faktors Arbeit *strukturell* im Verhältnis zum Faktor Kapital zurück. Wer denkt denn daran, daß die Finanzierung der Krankenversicherung ausschließlich über den Faktor Arbeit abgewickelt wird? Wenn ein schrumpfender Produktionsfaktor Arbeit also Bemessungsgrundlage für die Finanzierung von Gesundheitsausgaben ist, *müssen* die Krankenversicherungsbeiträge tendenziell steigen, selbst wenn diese Ausgaben konstant bleiben. Denn immer weniger müssen den gleichen Aufwand finanzieren. Müssen wir nicht prüfen, wie sich angesichts solcher Entwicklungen langfristig die Finanzierungsgrundlagen unserer Krankenversicherung verändern müssen, wenn eine leistungsfähige Gesundheitssicherung für alle Menschen auch zukünftig im Rahmen eines Sozialstaates Bundesrepublik Deutschland bereitgehalten werden soll?

### **Intensivierung des Wettbewerbs notwendig**

Wenn ich mich den Vorstellungen der SPD zu einer Ergänzung

der Gesundheitsstrukturreform zuwende, so ist es ein Gebot der Ehrlichkeit, darauf hinzuweisen, daß wir das Lahnsteiner Konzept nicht einfach sinngemäß fortschreiben, sondern in einem Punkte teilweise auch korrigieren. Ich meine dabei die von meiner Partei geforderte Globalbudgetierung *auf Dauer*, die an die Stelle des sektoralen, am 31. 12. 1995 ausgelaufenen Budgets treten soll.

Die Philosophie von Lahnstein war: Wir setzen auf Wettbewerb und erwarten von seinen Folgen eine Stabilisierung der Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung. Vom Prinzip her sind Stabilisierung der Ausgaben durch Wettbewerb einerseits und Stabilisierung der Ausgaben durch Budgets andererseits aber unterschiedliche, ja gegensätzliche Lösungsansätze. Eine Ausgabenobergrenze macht wettbewerbliche Bemühungen um Stabilität überflüssig. Zudem geht von ihr nach aller Erfahrung die Wirkung aus, daß die Beteiligten diese Obergrenze auch in der Regel in vollem Umfange ausschöpfen, sich also eigentlich wettbewerbswidrig verhalten. Ich jedenfalls kenne kein Budget, das nicht auch ausgeschöpft worden wäre.

Nach den Vorstellungen der

SPD soll ein Globalbudget die Gesamtausgaben der Krankenversicherung nach oben begrenzen, das sich dann entsprechend der Steigerungsrate des Bruttoinlandsproduktes fortschreibt. Mir ist bewußt, daß wir damit ein doppeltes Risiko eingehen.

□ Zum einen orientieren wir – unter der Erwartung, daß der vorgezeichnete Budgetrahmen ausgeschöpft werden wird – die Gesamtausgaben der Krankenkassen an einer anderen Größe als deren Gesamteinnahmen. Denn letztere entwickeln sich bekanntlich entsprechend der Grundlohnsomme. Die Bindung von Einnahmen und Ausgaben an unterschiedliche Bezugsgrößen muß zu Inkongruenzen führen; das ist das *prinzipielle* Risiko unseres Vorschlages.

□ Zum anderen zeigt die Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes in den vergangenen zehn Jahren, daß das wirtschaftliche Ergebnis des Produktionsfaktors Kapital stetig zu Lasten des wirtschaftlichen Ergebnisses beim Faktor Arbeit zunimmt. Das heißt: Gemessen am volkswirtschaftlichen Gesamtergebnis ist der Lohnanteil relativ deutlich zurückgegangen und der Anteil aus Kapitalerträgen ebenso deutlich gestiegen.

Das Bruttoinlandsprodukt ist also stets stärker gewachsen als die Lohnsumme. Das wird sich auch in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren nicht ändern. Das wiederum bedeutet: Die Ausgaben der Krankenkassen werden stärker wachsen als deren Einnahmen. Die zwangsläufigen Folgen sind Beitragssatzerhöhungen, *wenn* die Budgetobergrenze erreicht wird. Zur Sicherung von Beitragsstabilität ist daher diese Form der Globalbudgetierung *allein* nicht geeignet – das ist das *systematische* Risiko.

Für die SPD lautet der eindeutige Schluß daraus: Wir brauchen ein zusätzliches Sicherungselement für eine stabile Beitragssatzentwicklung – eben den Wettbewerb. Ohne eine Intensivierung des Wettbewerbs kann das Instrument der globalen Budgetierung also nicht zum Erfolg führen. Eine Kombination aus Wettbewerb und Globalbudget kann jenen Rahmen setzen, innerhalb dessen eine stabile Entwicklung unseres Gesundheitswesens möglich wird. Die Politik sollte sich endlich darauf konzentrieren und die einzelnen Versorgungssektoren so umorientieren, daß sie zu diesem Rahmen passen, statt in großer Detailbesessenheit ständig neue Einzelheiten selbst regeln zu wollen.

Klaus-Dirk Henke

## Auf dem Weg zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen

Die Gegebenheiten in der gegenwärtigen politischen Auseinandersetzung über die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und die ungeheure Komplexität der Thematik erschweren eine Einschätzung der verschiedenen Vorschläge. Um eine Bewer-

tung zu erleichtern, sollen noch einmal der Handlungsbedarf, die Reformziele und die konkreten Vorschläge des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Referenzmaßstab genannt werden. Sie fanden bei einer Son-

dersitzung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Mitte letzten Jahres weitestgehend Zustimmung<sup>1</sup>.

Handlungsbedarf für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und eine Reform der Kran-

kenversicherung ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren. Im Vordergrund der aktuellen politischen Diskussion steht die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Druck der Lohn-(zusatz)kosten. Bei längerfristiger Betrachtung ergibt sich darüber hinaus folgender Handlungsbedarf: Generelle Versorgungsdefizite bestehen derzeit in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Qualitätssicherung. Dies gilt vor allem für die primäre Prävention, die darauf abzielt, bereits dem Entstehen von Krankheiten durch Beseitigung ihrer Ursachen oder Einschränkung ihrer Risikofaktoren vorzubeugen. Daneben besteht im deutschen Gesundheitswesen auf folgenden Gebieten Handlungs- bzw. Reformbedarf:

Verbesserte Orientierung der Patienten über das medizinische Leistungsgeschehen und Partizipation der Versicherten;

Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und des Versicherungsgedankens auch im Sinne der Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft;

Erprobung bzw. Förderung neuer Versorgungs- und Vergütungsformen, wie z.B. fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen, Praxiskliniken, Tageskliniken, Hausarztmodelle und kombinierte Vergütungsformen bzw. Budgets;

ergebnisorientierte Kooperation in der ambulanten und der stationären Krankenversorgung auch mit dem Ziel des Abbaus vorhandener Überkapazitäten;

zielorientierte Versorgung von Pflegefällen durch geeignete Dienste und in entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen;

effizientere und effektivere organisatorische Kooperation im Bereich der Rehabilitation;

Sicherung einer erfolgreichen Forschung auf internationalem Stand;

Dokumentation und Transparenz des Leistungsgeschehens einschließlich der Gesundheitsberichterstattung und des Einsatzes der Telematik.

Das derzeitige System führt bei sich wandelnden Rahmenbedingungen zur Instabilität. Eine flexible Anpassung mit Hilfe von evolutiven Reformschritten und vor allem in größeren Zeitabständen als in der Vergangenheit könnten die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig stabilisieren. Damit ließen sich Rationierungen vermeiden, die mit ethisch problematischen Selektionen einhergehen<sup>2</sup>.

#### Festlegung von Gesundheitszielen

Mehr Rationalität und Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen als gemeinsame Aufgabe der am Gesundheitswesen Beteiligten ist durch eine stärkere Festlegung von Gesundheitszielen und von unterstützenden Strategien für die zukünftige medizinische und gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und eine regelgebundene Ausgabenentwicklung zu erreichen. Die Funktionserfüllung der gesetzlichen Krankenversicherung für ihre Versicherten kann mittel- und langfristig nur dann dauerhaft gesichert werden, wenn ihre Aufgaben einer ständigen Überprüfung unterliegen und der Leistungs- und Versicherungsumfang sich an den wandelnden Rahmenbedingungen des Krankenversicherungsschutzes orientiert. Anzustreben sind folgende Ziele:

*Mehr Patientorientierung.* Eine bessere Qualität der gesundheitli-

chen und medizinischen Versorgung muß gesichert werden durch den Abbau von Überfluß und von Defiziten in der medizinischen Versorgung, die Umsetzung wirksamer, risikoarmer und kostengünstiger Maßnahmen der Gesundheitsförderung und insbesondere der primären Prävention, die Schaffung von geeigneten Anreizen für eine verbesserte Kooperation und Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche und die Erhöhung der Transparenz des medizinischen, pflegerischen und des medizinisch-technischen Leistungsgeschehens.

Versorgungsdefizite in der gesundheitlichen Vorsorge und primären Prävention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene müssen beseitigt werden. Akutbetten sollten in geriatrische Rehabilitationseinrichtungen für die möglichst ambulante Rehabilitation von älteren Menschen umgewandelt werden. Weiterhin wird vorgeschlagen, eine Prioritätenliste von Präventionsmaßnahmen zu erstellen, die Gesundheitserziehung zu verbessern, eine Gesundheitsuntersuchung ohne Mindestalter einzuführen sowie die präventionsorientierte Zahnheilkunde zu fördern.

*Mehr Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb.* Vor dem Hintergrund der durch das Gesundheitsreformgesetz und das Gesundheitsstrukturgesetz geschaffenen Ausgangslage mit erweiterter Kassenwahlfreiheit und Risikostrukturaus-

<sup>1</sup>Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000; Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 1995.

<sup>2</sup>Siehe hierzu K.-D. Henke: Beitragsatzstabilität und Allokationswirklichkeit, in: E. Nagel, Chr. Fuchs: Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin u.a. 1993, S. 51-69.

gleich besteht ein erster Schritt des weiteren Reformprozesses in Verbesserungen in der Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Hierzu zählt ein gemeinsamer Risikostrukturausgleich für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, also keine getrennte Haushaltsführung in Ost und West.

Die Stärkung des Beitragssatzes als Wettbewerbsparameter soll durch die Festlegung des Arbeitgeberbeitragssatzes, z.B. auf die Hälfte des Durchschnittsbeitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung, erfolgen, um den Mitgliedern Anreize zum selbständigen Wechsel zu beitragsgünstigen Kassen zu geben. Weiterhin sind staatliche Beschränkungen der Gründung, Fusionierung und Zusammenarbeit von Krankenversicherungen auf ein unabdingbar notwendiges Maß zurückzunehmen.

Ein weiteres Reformbündel war nach Ansicht des Rates die wettbewerbliche Ausrichtung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (siehe Übersicht). Für diesen Reformschritt gelten die im folgenden dargestellten Leitlinien.

**Auflockerung der Wettbewerbsbegrenzungen**

Die Wettbewerbsbegrenzungen sind schrittweise aufzulockern unter der Prämisse, daß die beschriebene Zielorientierung und Qualitätssicherung keinesfalls gefährdet werden. Die Möglichkeiten zur freieren Gestaltung der vertraglichen Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern sind entsprechend zu erweitern. Das bedeutet im einzelnen, daß durch die Vertragspartner nach wie vor „gemeinsam und einheitlich“ Rahmenbedingungen zu regeln sind, die einen Vergleich von Leistungen, Qualität und Preisen sowie von Vergütungen ermöglichen (z.B. durch Leistungsverzeichnisse, Qualitäts- und Bewertungsmaßstäbe). Die Art und Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen im ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Bereich sowie der Länder im stationären Bereich und im Rettungswesen muß einer funktionalen Prüfung unterzogen werden.

Die Umsetzung der Vorschläge soll in zeitlich aufeinanderfolgenden Schritten erstens durch Erprobungs-

möglichkeiten und zweitens durch „gemeinsam und einheitlich“ geschlossene Rahmenverträge zwischen Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringer, unterschiedliche Gestaltung von Verträgen mit Verbänden und Gruppierungen auf seiten der Leistungserbringer nach Erprobung und Evaluation erfolgen.

Auf längere Sicht sind Wahlmöglichkeiten der Versicherten bei Leistungsarten und beim Leistungsumfang vorzusehen. Damit soll den Versicherten die Zu- oder Abwahl von Leistungen ermöglicht werden. Während eine Einführung solidarisch finanzierter, kassenspezifischer Kann- oder Satzungsleistungen ohne größere Vorlaufzeiten möglich ist, machen Zuzahlungstarife für Gruppen von Versicherten einer Kasse oder individuelle Abwahlmöglichkeiten eine versicherungsmathematische Überprüfung und Erprobungsregelungen erforderlich<sup>3</sup>.

□ *Mehr Beitragsgerechtigkeit.* Insgesamt muß das individuelle Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung weiter gestärkt werden; dies kann z.B. durch Beitragsnachlaß bei gesunder Lebensführung geschehen. Selbstbeteiligungen sollten den Versicherten als Wahlmöglichkeiten angeboten werden. Auch Tarife für kostenbewußte Versicherte sind vorstellbar. Mit der auslaufenden Budgetierung stellt sich wegen der Beitragssatzstabilität als gesetzlicher Vorgabe schon kurzfristig die Frage, wie die Ausgabenentwicklung und die Beitragssätze anderweitig stabilisiert werden können. Dieses Problem besteht auch bei wettbewerblicher Orientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, weil sie sich erst mittel- bis langfristig auswirken kann und möglicherweise nicht ausreicht, die Ausgabenentwicklung zu dämpfen.

**Ebenen einer zukünftigen Vertragsgestaltung**

Kompetenzebene	Vertragsgegenstand	zeitliche Reihenfolge		
		1. Stufe	2. Stufe	3. Stufe
Staatlicher Gesetzgeber	Wettbewerblichen Rahmen festlegen und überwachen	Erprobungsregelungen zulassen	Bestehendes Vertragsrecht erweitern	Neue Vertragspartner zulassen
Verbandsebene	Vereinbarungen, die die Vergleichbarkeit und Transparenz, z.B. von Leistungen, Qualitäten, Preisen und Vergütungen sicherstellen	Erprobungsregelungen durchführen und evaluieren	Rahmenverträge und Zusatzverträge mit Untergruppen der bisherigen Vertragspartner	Selektive Verträge anstreben
Einzelwirtschaftliche Ebene	Zusätzliche Vereinbarungen, z.B. zu Versorgungsformen, Preisen und Vergütungen, Qualitäten, Zusatzleistungen und Leistungsverzeichnissen	Erprobungsregelungen durchführen und evaluieren		Individualverträge abschließen

Bei der Stabilisierung der Beitragssätze fällt einer Begrenzung der Arbeitgeberbeitragssätze eine besondere Rolle zu. In diesem Fall müssen steigende Ausgaben von allen Arbeitnehmern und Rentnern bezahlt werden. Im Vergleich zu einer höheren Selbstbeteiligung liegt einem sich stärker mit der Ausgabenentwicklung verändernden Beitragssatzanteil von Arbeitnehmern und Rentnern ein anderer Solidaritätsgedanke zugrunde. Ein floatender Arbeitnehmerbeitrag belastet und begünstigt alle Versicherten, während eine stärkere Selbstbeteiligung vor allem chronisch und mehrfach erkrankte Menschen trifft und ohne nennenswerte Steuerungs- und Finanzierungswirkungen bleibt. Ein flexibler Beitragssatz für Versicherte erscheint verteilungspolitisch gerechter und beschäftigungspolitisch wirksamer als eine höhere Selbstbeteiligung.

□ *Mehr intergenerative Gerechtigkeit.* Der Sachverständigenrat für

die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich für mehr Gerechtigkeit bei der Beitragsgestaltung und zwischen den Generationen ausgesprochen. Er hat eine Beitragsbelastung von mitversicherten Ehepartnern, die keine Kinder (mehr) erziehen oder keine Pflegedienste leisten, zur Diskussion gestellt. Unter Praktikabilitätsgesichtspunkten bietet sich bei der Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung die hälftige Berücksichtigung der Nicht-Arbeitseinkommen in Verbindung mit einem Freibetrag oder einer Freigrenze für Kapitaleinkünfte für alle freiwillig und pflichtversicherten Rentner an.

Die Einbeziehung aller Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung hat verschiedene Vorteile. Sofern sich die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auch künftig nahezu ausschließlich auf proportionale Arbeitsentgelte stützt, droht sie diese Gruppe der Beitragszahler, die demographisch bedingt relativ schrumpft, zu überfordern. Die bestehende Beitragsregelung verlangt dann von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ein ständig steigendes Solidaropfer für eine Ver-

sichertengruppe, die zumindest teilweise infolge von Renteneinkommen und Kapitaleinkünften dieser Unterstützung nicht mehr bedarf. Dabei verkannte der Rat nicht, daß die heutigen Rentner in der Phase ihrer Erwerbstätigkeit die Gesundheitsversorgung der damals alten Menschen mitfinanzierten und im Sinne des Generationenvertrages ein Anrecht auf eine analoge Unterstützung durch die nun erwerbstätige Bevölkerung besitzen.

Andererseits führt die demographische Entwicklung bei abnehmender Erwerbstätigkeit zu einer im Zeitablauf zunehmenden Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung. Unter Berücksichtigung eines zumutbaren Solidaropfers hält es der Rat auch im Sinne des Generationenvertrages für angemessen, daß sich die Bemessungsgrundlage der Krankenversicherungsbeiträge nicht nur für freiwillig Versicherte, sondern auch für pflichtversicherte Rentner künftig auf alle Einkunftsarten erstreckt. Leistungsfähigkeitsüberlegungen und Äquivalenzaspekte sprechen gleichermaßen für den Vorschlag einer zumindest hälftig-

<sup>3</sup>Siehe hierzu W. Klitzsch: Qualitätssicherung - Medicine goes Popper, Elemente einer Theorie der Qualitätssicherung in der Medizin, erscheint in: H.-J. Jaser: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1996.

Thomas Wernicke

## Privates Bankvertragsrecht im EG-Binnenmarkt

Die Europäische Gemeinschaft entwickelt sich zunehmend auch zu einer Gemeinschaft des wirtschaftsrelevanten Privatrechts. In den Mittelpunkt wissenschaftlichen und praktischen Interesses rücken dabei die Strukturen des sich herausbildenden »Europäischen Privatrechts« als einer Synthese von nationalem und europäischem Recht. Für den Bereich des Bankvertragsrechts, speziell auch für den kartengesteuerten Zahlungsverkehr als weit fortgeschrittenem Sektor, bietet die Monographie eine eingehende Analyse des geltenden Rechts. Hieraus werden Leitlinien für die zukünftige Gestaltung des Bankvertragsrechts entwickelt, die über diesen Bereich hinaus von genereller Bedeutung für die zukünftige Gestalt des Privatrechts in der Gemeinschaft sind. Dessen Bedeutung als Grundlage des Wirtschaftsverkehrs und somit auch der wirtschaftlichen Integration in der Gemeinschaft ist kaum zu überschätzen. In diesem wichtigen Feld bietet der Band sowohl eine Orientierung für den bankrechtlichen Praktiker als auch Anregungen für die wissenschaftliche Diskussion.

1996, 184 S., brosch., 58,- DM, 429,50 öS, 58,- sFr, ISBN 3-7890-4130-0  
(Studien zum Handels-, Arbeits- und Wirtschaftsrecht, Bd. 42)



Nomos Verlagsgesellschaft • 76520 Baden-Baden



gen Einbeziehung der bisher nicht versicherungspflichtigen Einnahmen der pflichtversicherten Rentner.

### Personalintensive Zukunftsbranche

Auf dem Wege zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen wollte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Aufklärung über einen Dienstleistungssektor mit weit über 2 Mill. Beschäftigten und Ausgaben in Höhe von über 500 Mrd. DM beitragen und die Diskussion über Parteigrenzen hinweg und vor allem in den Medien versachlichen.

Bei der anstehenden Umsetzung der Vorschläge, die der Politik überlassen bleibt, sollte die längerfristige Perspektive nicht aus den Augen verloren werden. Ziel muß es sein, nicht nur die Finanzlage dauerhaft zu stabilisieren, sondern darüber hinaus eine Weichenstellung vorzunehmen, die den vielfältigen Anforderungen

\*Siehe hierzu auch J. P. Newhouse: Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Cambridge, Mass., 1993, sowie E. Fiedler: Konvergenz der Systeme? Neue Wege zwischen GKV und PKV, in: Die Ersatzkasse, Heft 6, 1995, S. 211-215.

der nächsten Jahre entspricht. Es wäre wünschenswert, wenn bei aller Bedeutung der politischen Rationalität in der parlamentarischen Demokratie die Rationalitäten aus medizinischer, ökonomischer und juristischer Sicht noch stärker in den Vordergrund treten würden; wohl wissend, daß es eine kollektive Rationalität nur bei idealtypischer Betrachtung geben kann.

Für mich ist die Stärkung der Eigenverantwortung und Kompetenz der Versicherten bei der finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos unverzichtbar. Auf längere Sicht wird es mehr und mehr zu einer Differenzierung nach „Kleinschäden“ und „Großschäden“ kommen und damit zu einer dynamischen Grundversorgung, individuellen Zusatzversicherungen sowie einem Solidaritätsmanagement durch eine neue Versicherungsaufsicht mit einem veränderten Rechtsrahmen<sup>4</sup>. Von unseren Ausgaben zur persönlichen Lebensführung wird ein größerer Anteil als bisher zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen verwendet werden müssen. Andernfalls schmälern die gesetzlich definierten Sozialversicherungssysteme das verfügbare Einkommen immer

stärker und mindern auch insoweit die Selbstbestimmung bei der Verwendung unseres Einkommens.

Im Vergleich der Vorschläge des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit denen der Koalition und von der SPD ist die Zahl der aufgegriffenen Reformvorstellungen beachtlich und die der in anderer Form berücksichtigten Vorschläge ebenfalls bemerkenswert. Mit den noch nicht aufgegriffenen Vorschlägen zur stärkeren Belastung der Erbgeneration und zu der zukünftigen Rolle des Arbeitgeberbeitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung und in den anderen Zweigen der Sozialversicherung wird man sich weiter beschäftigen müssen, bevor sie politisch konsensfähig werden. Es steht zu hoffen, daß die dritte Reformstufe ab 1997 wirksam wird und dazu beiträgt, nicht nur die Kompetenz der Selbstverwaltung erheblich zu erhöhen und den Wettbewerb zu verwirklichen, sondern auch die Mündigkeit der Versicherten und Patienten deutlich zu stärken. Hierzu zählen auf längere Sicht mehr und mehr Einrichtungen, die einer „Stiftung Warentest für Medizin und Gesundheit“ gleichkämen.

Dieter Cassel

## Mehr Wettbewerb wagen

In Deutschland werden etwa 350 Mrd. DM pro Jahr, das sind rund 10% des Bruttosozialprodukts, für Gesundheitsleistungen aufgewendet. Mit 850 gesetzlichen Krankenkassen und mehr als 100 privaten Krankenversicherungen, 300 000 Ärzten und Zahnärzten, über einer halben Million Krankenhausbeschäftigten, mehr als 20 000 Apo-

theken, Arzneimittelgroßhändlern und Pharmaproduzenten sowie unzähligen Anbietern von medizintechnischen Geräten und sonstigen medizinischen Heil- und Hilfsmitteln gehört die Gesundheitsversorgung zweifellos zu den bedeutenderen Sektoren unserer Volkswirtschaft. Dennoch wird dieser Bereich wie kaum ein anderer

staatlich reguliert und dem marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus entzogen. Vor allem das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das 92% der Bevölkerung erfaßt, ist ein marktwirtschaftlicher Ausnahmehereich, der nicht durch Markt- und Wettbewerb, sondern durch Rechtsvorschriften, administrative Anweisungen

gen, Budgetierungen, Kollektivvereinbarungen u.ä. gesteuert wird.

Die Folge davon sind vielfältige Steuerungsmängel als Ausdruck der in diesem Teilsystem angelegten kollektiven Irrationalität. Von der Gesundheitsökonomik seit langem nachgewiesen, werden sie in der Öffentlichkeit meist nur unter dem Schlagwort „Ausgabexplosion im Gesundheitswesen“ diskutiert und zum Anlaß von Reformforderungen genommen, wenn die Beitragssätze wieder einmal steigen. Tatsächlich sind die durchschnittlichen Beitragssätze in der GKV in den letzten 25 Jahren von 8,2% (1970) auf 13,2% (1995), d.h. um fünf Beitragssatzpunkte, gestiegen – und dies, obwohl mehrfach gesundheitspolitisch mit durchgreifenden Korrekturen des GKV-Systems gegengehalten wurde. Erklärtes Ziel derartiger „Reformen“ war noch immer, auf administrativem Wege die Ausgabedynamik zu bremsen und stabile Beitragssätze zu gewährleisten. Auch das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) von 1992 läßt sich, soweit es auf dirigistische Sofortmaßnahmen setzt, in die Folge der „Kostendämpfungs-Gesetze“ einreihen.

#### **Beitragssatzstabilität – eine Schimäre**

Aus ökonomischer Sicht unterliegt die Gesundheitspolitik einer Kostendämpfungillusion, wenn sie „Beitragssatzstabilität“ zu ihrer handlungsleitenden Maxime macht. Die absehbare demographische Entwicklung, der medizintechnische Fortschritt und die begrenzte Produktivitätssteigerung in den personalintensiven Gesundheitsdiensten lassen auch in Zukunft die Gesundheitsausgaben überproportional zum Einkommen steigen: Nach neuesten Schätzungen<sup>1</sup> wird sich der GKV-Beitragssatz unter Status-quo-Bedingungen bis

zum Jahre 2030 auf 25-27,5% erhöhen. Dieser zugegeben beängstigenden Entwicklung mit drastischen Leistungskürzungen und rigorosen Reglementierungen begeben zu wollen, wäre nicht nur ökonomisch falsch und ethisch unvertretbar, sondern auch politisch in hohem Maße irrational.

Ökonomisch falsch ist die Maxime der Beitragssatzstabilität, weil die hohe Präferenz der Versicherten für eine bestmögliche medizinische Versorgung mißachtet, die statische und dynamische Effizienz der Ressourcenallokation blockiert und die Entwicklung einer Wachstumsbranche gebremst würde; ethisch unvertretbar ist sie, weil Teilen der Bevölkerung – wie Alten und sozial Schwachen – medizinisch hochwertige oder gar notwendige Leistungen vorenthalten werden müßten; und politisch irrational ist sie, weil Beitragssatzerhöhungen schon aus demographischen Gründen auf Dauer unabwendbar sind und die zu ihrer Vermeidung notwendigen Mengen- und Preisrationierungen auf wachsenden Widerstand der Betroffenen stoßen werden. Wenn die politische Forderung nach Beitragssatzstabilität derzeit noch breite Zustimmung in der Öffentlichkeit findet und Opposition sich erst ansatzweise bei den Leistungserbringern regt, liegt das paradoxerweise nicht zuletzt daran, daß die Kostendämpfungspolitik bisher relativ erfolglos war und noch keine ernsthaften Versorgungsengpässe zur Folge hatte.

<sup>1</sup> E. Knappe: Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Gesundheitssektor, in: P. Oberender (Hrsg.): Transplantationsmedizin. Ökonomische, ethische, rechtliche und medizinische Aspekte, Baden-Baden 1995, S. 11-41; V. Oberdieck: Beitragssatzexplosion in der GKV. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Duisburger Dissertation, Hamburg 1996.

#### **Arbeitgeberbeiträge abschaffen**

Wiederkehrende Beitragssatzerhöhungen in der GKV wären ökonomisch und politisch ebenso wenig ein Thema wie überproportional zum Einkommen steigende Urlaubs- und Freizeitausgaben, wenn dadurch nicht die Lohnkosten via Arbeitgeberbeiträge mitsteigen würden und darüber hinaus gewährleistet wäre, daß die Gesundheitsleistungen medizinisch effektiv und ökonomisch effizient, vor allem aber den Wünschen und der Zahlungsbereitschaft der Versicherten entsprechend erbracht würden. Konsequenz wäre es deshalb, Löhne und Gehälter einmalig um den Arbeitgeberanteil zu erhöhen und die Arbeitnehmer künftig mit dem vollen GKV-Beitrag aus dem Bruttoeinkommen zu belasten. Hierdurch würden Gesundheitsausgaben und Lohnnebenkosten dauerhaft entkoppelt und könnten sich die Arbeitgeber aus der Selbstverwaltung zurückziehen und den Weg der Kassen hin zu kompetitiven Versicherungsunternehmen freimachen, wie es das Gesundheits-Strukturgesetz mit seiner Organisationsreform intendiert.

Darüber hinaus würden die Versicherten auf Beitragssatzänderungen sensibler reagieren und gegebenenfalls eher zu einem Kassenwechsel im Rahmen ihrer ab 1997 gegebenen Kassenwahlfreiheit bereit sein. Denn erst dadurch geraten die Kassen unter Wettbewerbsdruck und sind gezwungen, das Leistungsgeschehen und die Kostenentwicklung im eigenen Interesse unter Kontrolle zu halten. Leider hat die ideologische Blockade der Politik den bei Einführung der Pflegeversicherung möglichen Einstieg in diese Lösung verhindert und scheint noch nicht einmal das vom Sachverständigenrat als Kompromißlösung vorgeschlagene Einfrieren

der Arbeitgeberbeiträge durchgehen zu lassen.

Dies wäre einmal mehr fatal, weil nach Lage der Dinge oberstes Reformziel der Gesundheitspolitik sein müßte, das Gesundheitswesen rational zu steuern, Einsparpotentiale zu erschließen und die Präferenzen der Versicherten optimal zur Geltung zu bringen. Verordnungen, Regulierungen, Kollektivvereinbarungen, Budgetierungen u.ä. sind dazu prinzipiell nicht geeignet. Gefordert werden deshalb „mehr Markt und mehr Wettbewerb“ auch im Gesundheitswesen, um eine bedarfsge-rechtere, effizientere, effektivere und letztlich kostengünstigere Versorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall unter Wahrung sozial-staatlicher Prinzipien zu erreichen.

Dazu ist der Wettbewerb innerhalb der GKV als prioritärer Allokationsmechanismus einzuführen und als unverzerrter Leistungswettbewerb zu gestalten. Dies deshalb, weil wichtige Grundprinzipien der GKV – wie die einkommensproportionalen Beiträge und die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen – mit Wettbewerb konfliktieren, so daß er eines besonderen institutionellen Flankenschutzes bedarf. Andererseits weist aber auch die Private Krankenversicherung (PKV) u.a. mit der Kalkulation von Alterungsrückstellungen, die beim Versicherungswechsel nicht mitgegeben werden und dadurch für ältere Versicherte zur „Prämienfalle“ werden, nicht unbeachtliche Wettbewerbsdefizite auf. Gesundheitspolitisch wäre es jedenfalls nicht hinzunehmen, wenn die PKV hinsichtlich Wahlfreiheit, Wettbewerbsintensität, Leistungsgestaltung und Kostenkontrolle hinter die GKV zurückfallen würde, so daß sich auch hier eine wettbewerbsorientierte Gestaltungsaufgabe stellt.

### Wettbewerbsoption weiterentwickeln

Das Gesundheits-Strukturgesetz verfolgt bekanntlich in Sachen GKV eine Doppelstrategie: Kurzfristig soll mit dirigistischen „Sofortmaßnahmen“ Beitragssatzstabilität gewahrt, langfristig durch eine wettbewerbsorientierte „Organisationsreform“ das strukturelle Fundament der GKV gesichert werden. Ziel der Organisationsreform ist es, einen funktionierenden, das Solidarprinzip in der GKV wahren Wettbewerb zu ermöglichen und dazu eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ (GKV-Verbände) zu schaffen. Im Gesundheits-Strukturgesetz verankerte Elemente dafür sind:

- klar definierte Markteintritts-, Marktaustritts- und Zusammenschlußregeln für die Kassen (1993);
- ein permanenter, bundesweiter und kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich (1994);
- eine wettbewerbsadäquate Unternehmensverfassung für die Kassen (1996) und
- die freie Kassenwahl für GKV-Mitglieder (1997).

Mit der Freigabe der Kassenwahl für ca. 80% der GKV-Versicherten unter vereinheitlichten wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen für alle Kassenarten – mit Ausnahme der Sonder-systeme – sind die Weichen für einen intensiven Wettbewerb unter den Kassen gestellt. Untrügliches Zeichen dafür sind die innerhalb der Kassen und ihrer Verbände laufenden Vorbereitungen auf den „Tag X“: die regionalen Zusammenschlüsse im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Erarbeitung von Marketing-, Service- und Rationalisierungskonzepten oder die Entwicklung neuer

Leistungsangebote etwa in der Prävention und Rehabilitation sowie im Bereich der Erprobungsregelungen – wie z.B. das „Hausarzt-Abo“ der Allgemeinen Ortskrankenkassen oder das Modell der „Vernetzten Praxen“ der Betriebskrankenkassen.

Dies alles deutet darauf hin, daß künftig in der GKV nichts mehr so sein wird wie im vormals „gewachsenen und bewährten System“. Dennoch sind weitere Reformschritte notwendig, um den Wettbewerb als Steuerungsprinzip in der GKV endgültig zu etablieren und vor allem funktionsfähig zu machen. Dies deshalb, weil der Gesetzgeber den Kassen bislang noch keine hinreichenden Wettbewerbsparameter zur Verfügung gestellt hat. Ohne sie kann nämlich der intensivierete Kassenwettbewerb seine ökonomischen Allokations-, Innovations-, Distributions- und Effizienzfunktionen nicht entfalten und deshalb auch nicht die reformpolitisch gewünschten Ergebnisse hervorbringen.

Verweigert der Gesetzgeber den Kassen hinreichende Wettbewerbsparameter, die sie auf ihrer Absatz- und Beschaffungsseite einsetzen können, läuft der mit dem Gesundheits-Strukturgesetz intensivierete Wettbewerb leer: Die Kassen werden verstärkt im „Service“, im „Marketing“ und in ihrem „Randsortiment“ konkurrieren, sich zu immer größeren Kassen zusammenschließen und Lücken im Risikostrukturausgleich zur Risiko-selektion ausnutzen. Das alles wirkt kostentreibend und konzentrationsfördernd, aber sicherlich nicht allokatonsverbessernd. Wenn der intensivierete Wettbewerb in der GKV Sinn machen soll, darf er kein „Pseudowettbewerb“ sein, sondern muß auf die Leistungsseite durchschlagen und den Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten nach

Art, Umfang und Qualität des Leistungsangebots ermöglichen.

Zentraler Wettbewerbsparameter der Kassen auf der Absatzseite ist der Beitragssatz. Damit die Beitragssätze auch tatsächlich die Leistungsfähigkeit der Kassen vor Ort widerspiegeln können und einen unverzerrten Wettbewerb in der Region ermöglichen, muß der bestehende Risikostrukturausgleich regional angelegt und mit der Kalkulation regionaler Beitragssätze durch die überregionalen Kassen (insbesondere Ersatzkassen) verbunden sein. Selbst wenn am Prinzip der „medizinisch notwendigen Leistungen“ als Pflichtleistung der GKV festgehalten wird, sollte der Gesetzgeber durch eine engere Definition des „medizinisch Notwendigen“ gewisse konsumnahe Leistungen ausgrenzen und damit den Bereich der freien Gestaltung des Leistungsumfangs durch die Kassen ausweiten. Außerdem sollte er den Kassen ermöglichen, Wahltarife nach Höhe und Form der finanziellen Eigenleistung im Krankheitsfall – z.B. absolute oder einkommensproportionale, generelle oder indikationengebundene Selbstbehalte, Bonus- und Beitragsrückerstattungssysteme – anzubieten.

Auf der Beschaffungsseite müssen die Kassen den Durchgriff auf das Leistungsgeschehen erhalten, um den Versicherten im Wettbewerb ein kassenspezifisches Leistungsangebot offerieren zu können. Erforderlich wäre, stärker auf die Verschreibungs- und Krankenschreibungspraxis der Ärzte einzuwirken, sowie Ambulatorien, Gesundheitszentren, Gruppenpraxen oder bestimmte Krankenhäuser vertraglich zu verpflichten, Eigenleistungen durch Indemnitäts- tarife zu begünstigen oder „Managed-Care-Systeme“ – wie „Health Maintenance Organizations“ oder

„Preferred Provider Organizations“ – zu errichten. Dies setzt voraus, daß der Gesetzgeber grundsätzlich privatrechtliche Vertragsverhältnisse zwischen einzelnen Kassen und Leistungserbringern oder ihren Verbänden zuläßt und die Wahl der Betriebs- und Unternehmensformen im stationären wie im ambulanten Bereich freigibt.

Bei diesem Vertragsgeschäft nur auf der „Landesebene“ und noch dazu „gemeinsam und einheitlich“ vorzugehen, wie es das Gesundheits-Strukturgesetz vorschreibt, wäre wettbewerbswidrig und müßte kartellrechtlich unterbunden werden. Ein derartiges Vorgehen ist nur dort vorzusehen, wo es um den solidaritäts-, qualitäts- oder wettbewerbssichernden Abschluß von Rahmenvereinbarungen geht. Auf der örtlichen Ebene sollten dagegen die Marktbeziehungen zwischen den Kassen und den Leistungserbringern „liberalisiert“ und „polypolisiert“ werden. Letzteres bedeutet, daß weder auf der Kassen- noch auf der Leistungserbringerseite Vertragsparteien mit Monopolstellung agieren dürfen. Insbesondere das Kassenarztmonopol müßte durch Ärzte oder Ärztevereinigungen abgelöst werden, die örtlich miteinander konkurrieren.

#### **Wettbewerb oder Einheitskasse?**

Das Gesundheits-Strukturgesetz hat die Tür für eine wettbewerbliche Gestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland weit geöffnet. Um sie künftig offen zu halten und das Reformziel eines funktionierenden und gleichwohl das Solidarprinzip wahrenen Wettbewerbs in der GKV zu erreichen, sind aber noch weitere Reformschritte erforderlich. Dabei geht es nicht – wie in der bisherigen interventionistischen Reformpolitik – um die allgemeinverbindliche Einführung neuer Maßnahmen wie

Fallpauschalen, Festbeträge, Zahlungen u.ä. oder neuer Versorgungsformen wie Vernetzte Praxen, Kombinierte Budgets, Direktverträge usw., sondern vielmehr darum, das gewachsene System der GKV an strategischen Stellen weiter zu deregulieren. Das gesundheitspolitische „Toulon“ liegt künftig in der Freigabe sinnvoller Wettbewerbsparameter, mit denen sich die Kassen auf ihrer Absatz- und Beschaffungsseite profilieren können. Die Wahlfreiheit der Versicherten und der dadurch entstehende Kassenwettbewerb werden dann schon dafür sorgen, daß die medizinisch notwendigen Leistungen bedarfsgerechter, effektiver und kostengünstiger als bisher erbracht werden und auf diese Weise der medizintechnische Fortschritt auch in einer alternden Gesellschaft bezahlbar bleibt. Mehr, aber auch nicht weniger, kann eine rationale Gesundheitspolitik nicht erreichen.

Sollten weitere wettbewerbsorientierte Reformschritte ausbleiben, ist freilich auch die „Einheitskasse“ nicht ausgeschlossen: Man muß sich nur bewußt sein, daß das Gesundheits-Strukturgesetz für die wettbewerbliche wie für die staatsdirigistische Option offen ist und alles davon abhängt, ob der Versicherte künftig zwischen de facto einheitlichen Kassen oder Kassen mit unterschiedlicher Beitragsgestaltung, verschiedenartigen Leistungsangeboten und diversen Formen der Leistungserbringung wählen kann. Nur die zweite Alternative entspräche dem Reformziel „mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen“; alles andere wäre kollektivistische Augenwischerei und verstieße eklatant gegen die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft, die bisher noch immer über die Parteigrenzen hinweg weitgehend respektiert wurden.