

Cassel, Dieter; Knappe, Eckhard; Oberender, Peter

**Article — Digitized Version**

## Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Cassel, Dieter; Knappe, Eckhard; Oberender, Peter (1997) : Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 77, Iss. 1, pp. 29-36

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/137426>

**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.*

Dieter Cassel, Eckhard Knappe, Peter Oberender\*

## Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen

*Mitte Dezember haben 20 Gesundheitsökonominnen zur 3. Stufe der Gesundheitsreform Stellung bezogen und den Bundesgesundheitsminister aufgefordert, Handlungsfreiheit im Gesundheitswesen zu geben. Diesem Aufruf liegt das folgende Positionspapier zugrunde.*

Mit den Entwürfen zweier Gesetze zur „Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz - NOG) haben die Koalitionsfraktionen unter Federführung von Minister Seehofer den Reformzug mächtig unter Dampf gesetzt: Erklärtes Ziel ist, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung zu erhöhen und die Finanzverantwortung der Krankenkassen zu stärken. Das klingt nach durchgreifender Strukturreform und weckt die Hoffnung auf eine konsequente wettbewerbliche Ausgestaltung der GKV, nachdem das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 bereits die Welchen für einen das Solidarprinzip wahren Kassenwettbewerb gestellt hat.

Wer jedoch erwartet hatte, die Gesundheitspolitik würde endlich mit einem wettbewerbsorientierten gesetzgeberischen Befreiungsschlag den Teufelskreis von selbst auferlegter Beitragssatzstabilität und staatsdirigistischer Ausgabensteuerung in der GKV durchbrechen, wird von den Gesetzesvorlagen bitter enttäuscht. Sie bringen nur begrenzte Erprobungsregelungen im Leistungsbereich, wo großzügige Vertragsfreiheit erforderlich wäre; sie verhärten die bestehenden Kartellstrukturen auf Seiten der Leistungsanbieter, wo doch Wettbewerb unter ihnen herrschen sollte; und sie stellen die Kassen unter ein Finanzie-

rungsdiktat, wo der frei kalkulierte Beitragssatz seine wettbewerbliche Steuerungsfunktion erfüllen müßte.

Das läßt den Reformzug in die falsche Richtung fahren und führt ihn zum Schaden aller immer weiter weg von einer adäquaten Lösung des Steuerungsproblems im Gesundheitswesen.

Mehr noch: Wenn die Gesundheitspolitik wettbewerbliche Lösungen verheißt, tatsächlich aber ihre dirigistischen Interventionen noch verstärkt und den ansatzweise vorhandenen Wettbewerb verzerrt, wird das bestehende Lenkungschaos in der GKV nur noch größer. Das aber würde die Reformoption „mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen“ ein für allemal diskreditieren und den Weg endgültig freimachen für eine staatlich gelenkte kollektivistische Einheitskasse.

### Woran das Gesundheitswesen krankt

In Deutschland werden über 500 Mrd. DM pro Jahr, das sind rund 15% des Bruttoinlandsprodukts, für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entfallen davon ca. 260 Mrd. DM (rund 7,5% des BIP). Mit 629 gesetzlichen Krankenkassen und mehr als 100 privaten Krankenversicherungen, 325000 Ärzten und Zahnärzten, 440000 Sprechstundenhilfen, über einer Million Beschäftigten in Krankenhäusern, Kur- und Pflegeeinrichtungen, mehr als 20000 Apotheken, Arzneimittelgroßhändlern und Pharmaproduzenten sowie unzähligen Anbietern von medizintechnischen Geräten und sonstigen medizinischen Heil- und Hilfsmitteln gehört die Gesundheitsversorgung zweifellos zu den bedeutenden Sektoren unserer Volkswirtschaft. Die Zahl der unmittelbar und mittelbar im Gesundheitswesen Beschäftigten wird auf rund 4,2 Mill. Erwerbstätige (ca. 12%) geschätzt.

---

*Prof. Dr. Eckhard Knappe, 53, lehrt Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Trier und ist Vorsitzender des Gesundheitspolitischen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik; Prof. Dr. Dieter Cassel, 57, ist Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschaftspolitik an der Universität Duisburg; Prof. Dr. Peter Oberender, 54, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre (Wirtschaftstheorie) an der Universität Bayreuth.*

---

\* Positionspapier zur Pressekonferenz vom 12. Dezember 1996 im Presseclub Bonn.

Dennoch wird dieser Bereich wie kaum ein anderer staatlich reguliert und dem marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus weitgehend entzogen. Vor allem das System der GKV, das über 90% der Bevölkerung erfaßt, wird überwiegend durch Rechtsvorschriften, administrative Anweisungen, Budgetierungen, Kollektivvereinbarungen u.ä. gesteuert.

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 „Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen“ diskutiert und zum Anlaß von Reformforderungen genommen, wenn die Beitragssätze steigen. Tatsächlich wurden die durchschnittlichen Beitragssätze der GKV in den letzten 25 Jahren von 8,2% (1970) auf 13,2% (1995) erhöht – und dies, obwohl mehrfach gesundheitspolitisch mit durchgreifenden Korrekturen des GKV-Systems gegengehalten wurde. Erklärtes Ziel derartiger „Reformen“ war noch immer, auf administrativem Wege die Ausgabendynamik zu bremsen und stabile Beitragssätze zu gewährleisten.

### **Mehr Markt und Wettbewerb statt Dirigismus**

Aus ökonomischer Sicht unterliegt die Gesundheitspolitik einer Kostendämpfungsillusion, wenn sie „Beitragssatzstabilität“ zu ihrer handlungsleitenden Maxime macht. Die absehbare demographische Entwicklung, der medizintechnische Fortschritt und die nur begrenzt möglichen Produktivitätssteigerungen in den personalintensiven Gesundheitsdiensten lassen auch in Zukunft die Gesundheitsausgaben überproportional zum Einkommen steigen: Nach verschiedenen Schätzungen wird sich der GKV-Beitragssatz unter Status-quo-Bedingungen bis zum Jahre 2030 auf deutlich über 25% erhöhen. Dieser beängstigenden Entwicklung mit drastischen Leistungskürzungen und rigorosen Reglementierungen begegnen zu wollen, wäre nicht nur ökonomisch falsch und ethisch unvertretbar, sondern auch politisch in hohem Maße riskant.

Wiederkehrende Beitragssatzerhöhungen in der GKV wären ökonomisch und politisch ebensowenig ein Thema wie überproportional zum Einkommen steigende Urlaubs- und Freizeitausgaben, wenn dadurch nicht die Lohnkosten via Arbeitgeberbeiträge mitsteigen würden und wenn 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. Oberstes Re-

formziel der Gesundheitspolitik müßte es deshalb sein, 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 bedarfsgerechtere, effizientere, effektivere und letztlich kostengünstigere Versorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall unter Wahrung sozialstaatlicher Prinzipien zu erreichen. Dazu ist der Wettbewerb innerhalb der GKV als Allokationsmechanismus einzuführen und als unverzerrter Leistungswettbewerb zu gestalten.

### **Die Wettbewerbsoption weiterentwickeln**

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat denn auch dem Wettbewerb in der GKV den Weg gebahnt und die Grundlagen für eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ geschaffen. Seine wesentlichsten Neuerungen sind:

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

Mit der Freigabe der Kassenwahl für ca. 80% der GKV-Versicherten unter vereinheitlichten wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen für alle Kassenarten – mit Ausnahme der Sondersysteme – wurden die Weichen für den Wettbewerb unter den Kassen gestellt. Dennoch sind weitere Reformschritte notwendig, um ihn 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 intensiviertere Kassenwettbewerb seine ökonomischen Allokations-, Innovations-, Distributions- und Effizienzfunktionen nicht entfalten und deshalb auch nicht die reformpolitisch gewünschten Ergebnisse hervorbringen.

Die Kassen müßten dazu auf ihrer Beschaffungsseite volle vertragsrechtliche Gestaltungsfreiheit für einen vom Sozialgesetzgeber einheitlich vorzugebenden Leistungskatalog erhalten und auf ihrer Absatz-

## Geben Sie Handlungsfreiheit im Gesundheitswesen, Herr Minister Seehofer!

Gesundheitsökonom\* nehmen Stellung zur 3. Stufe der Gesundheitsreform

1. Mit den vorliegenden Entwürfen zweier Gesetze zur „Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1. und 2.GKV-Neuordnungsgesetz – NOG) haben die Koalitionsfraktionen unter Federführung von Minister Seehofer eine grundlegende Neuordnung des Gesundheitswesens angekündigt: Erlärtes Ziel ist, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung zu erhöhen und die Finanzverantwortung der Krankenkassen zu stärken. Das klingt nach durchgreifender Strukturreform und weckt die Hoffnung auf eine konsequente wettbewerbliche Ausgestaltung der GKV, nachdem das Gesundheits-Strukturgesetz GSG von 1992 bereits die Weichen für einen das Solidarprinzip währenden Kassenwettbewerb gestellt hat.

2. Tatsächlich enthält der Regierungsentwurf trotz der Beschränkungen auf nicht zustimmungsbedürftige Reformschritte eine Reihe von Maßnahmen, durch die die Versicherten mehr Kontrollmöglichkeiten (Informationen über die Behandlungskosten), mehr Wahlmöglichkeiten und Sparsamkeitsanreize (wahlweise Kostenerstattung, Direktbeteiligung gegen Beitragsermäßigung, außerordentliches Kündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen) erhalten.

Die Möglichkeiten der Krankenkassen, ihre Versicherten außerhalb des medizinisch Notwendigen variabel Leistungsangebote machen zu können (Gestaltungsleistungen, werden ausgeweitet. In Modellversuchen können auch neue Vertragsformen mit den Leistungserbringern erprobt werden. All das sind Schritte in die richtige Richtung, die anerkennenswert sind.

3. In hohem Maße bedenklich und abzulehnen sind jedoch die unnötigen Dirigismen und Handlungsbeschränkungen, mit denen diese Wettbewerbselemente wieder ausgehebelt und der gerade erst einsetzende Wettbewerb unter den Kassen verzerrt zu werden drohen. So können Modellvorhaben inhaltlich und zeitlich nur begrenzt und in der Regel nur mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durchgeführt werden. Dies ist geeignet, den Innovationspielraum der Kassen zu begrenzen, die bestehenden Angebotsstrukturen zu verfestigen und damit die Monopolstellung der KVen als Vertragspartner zu stärken, statt aufzubrechen.

Bedenklich ist auch, daß wiederum dirigistische Eingriffe ausgeweitet werden. Die Beitragssätze sind bis Ende 1996 festgeschrieben und müssen zum 1. 1. 1997 um 0,4 Prozentpunkte gesenkt werden. Nach dem 1. NOG sollen danach Beitragssatzerhöhungen nur bei gleichzeitiger Anhebung der Zuzahlungen möglich sein – und dies auch nur dann, wenn zuvor auf Satzungsleistungen verzichtet wurde. Ökonomisch ist die Kopplung von Beitragssatzerhöhung, Zuzahlungen und Gestaltungsleistungen nicht zu begründen.

Prof. Dr. F. Breyer, Konstanz  
Prof. Dr. D. Cassel, Duisburg  
PD Dr. St. Felder, Zürich  
Prof. Dr. G. Gäfgen, Konstanz  
Prof. Dr. G. Kleinhenz, Passau  
Prof. Dr. H. Klemm, Duisburg  
Prof. Dr. E. Knappe, Trier  
Prof. Dr. R. E. Leu, Bern  
Prof. Dr. L. Männer, Göttingen  
Prof. Dr. W. Neudeck, Bologna

Trotz richtiger Ansätze bleiben letztlich denen die Hände gebunden, die im Wettbewerb Neues erproben und wagen wollen. Die Krankenkassen und innovationsbereiten Leistungserbringer werden mit dirigistischen Fesseln in den Wettbewerb entlassen. Es besteht die Gefahr, daß die zu erwartenden Mißerfolge dem Wettbewerb und nicht den Fesseln der rechtlichen Wettbewerbsbeschränkungen zur Last gelegt werden.

4. Mindestbedingungen für die 3. Stufe der Gesundheitsreform sind Erprobungsregelungen mit freier Vertragsgestaltung außerhalb der bestehenden Regulierungsstrukturen (selektives Kontrahieren) für alle Leistungsbereiche – die ambulante und stationäre Versorgung ebenso wie Kuren und Rehabilitation oder die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Unerlässlich ist auch eine Abkoppelung der Arbeitgeberbeiträge. In einer Wettbewerbsordnung, die diesen Namen verdient, kann es nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein, den Beitragssatz einer Krankenversicherung festzulegen. In einem Wachstumsmarkt „Gesundheit“ müssen die Kassen auch mit umfangreicheren Leistungen um Versicherte werben dürfen, die dafür zur Zahlung höherer Beiträge bereit sind. Die Abkoppelung der Arbeitgeberbeiträge gehört konsequent zur Freiheit der Versicherten, unterschiedlich umfangreiche Leistungsbündel zu wählen, und unterbindet negative Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt.

5. Oberstes Reformziel der Gesundheitspolitik müßte es sein, ein solidarisch gestaltetes Gesundheitswesen rational zu steuern, Einsparpotentiale zu erschließen, negative Wachstums- und Beschäftigungseffekte zu vermeiden und nicht zuletzt die Präferenzen der Versicherten bestmöglich zur Geltung zu bringen. Eine staatlich-administrative Lenkung eines so komplexen und bedeutenden Wirtschaftssektors wie das Gesundheitswesen ist dazu prinzipiell nicht in der Lage und muß letztlich scheitern. Es ist deshalb ein Gebot der politischen Vernunft, konsequent auf die wettbewerbliche Reformoption zu setzen. Nur sie bietet eine reelle Chance, auf Dauer eine bedarfsgerechtere, effektivere und effizientere, letztlich aber kostengünstigere und hochwertigere Versorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall unter Wahrung sozialstaatlicher Prinzipien zu gewährleisten. Dazu muß sich der Sozialgesetzgeber – statt ständig in das Gesundheitswesen zu intervenieren – auf seine ordnungspolitischen Aufgaben beschränken und allen Beteiligten mehr Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen einer von ihm ethisch, sozial und wirtschaftlich adäquat zu gestaltenden Wettbewerbsordnung geben.

Verzichten Sie deshalb auf den dirigistischen Steuerungsanspruch des Staates, stellen Sie alle wettbewerbswidrigen Strukturen in Frage und geben Sie den Akteuren endlich mehr Handlungsfreiheit zur effektiveren und effizienteren Gestaltung der medizinisch notwendigen Leistungen im Gesundheitswesen, Herr Minister Seehofer!

Prof. Dr. D.-H. Nord, Mannheim  
Prof. Dr. P. Oberender, Bayreuth  
Prof. Dr. F. Schneider, Linz  
Prof. Dr. J.-M. Graf von der Schulenburg, Hannover  
Prof. Dr. J. H. Sommer, Basel  
Prof. Dr. E. Theurl, Innsbruck  
PD Dr. V. Ulrich, München  
Prof. Dr. J. Wasem, Köln  
Prof. Dr. E. Wille, Mannheim  
Prof. Dr. P. Zweifel, Zürich

\* Bei den unterzeichnenden Ökonomen handelt es sich um die Mehrzahl der Mitglieder des gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik.

seite Wahltarife nach Höhe und Form der finanziellen Eigenleistungen im Krankheitsfall anbieten können.

Außerdem müßten die Arbeitgeberbeiträge abgeschafft oder zumindest durch Festschreiben neutralisiert werden, um einerseits die Wettbewerbsintensität durch verstärktes Eigeninteresse an niedrigen Beitragssätzen zu erhöhen und andererseits die Gesundheitspolitik vom Diktat der standortgefährdenden Lohnnebenkosten zu befreien. Denn nur so lassen sich nachhaltig unter Wahrung des Solidarprinzips auf seiten der Kassen und Leistungserbringer Effizienzsteigerungen erreichen und Einsparpotentiale erschließen sowie auf seiten der Versicherten die Selbstverantwortung aus Selbstinteresse stärken. Sollten unter diesen Bedingungen die Beitragssätze steigen, wäre dagegen nichts einzuwenden, weil sich darin die Präferenzen der Bevölkerung für mehr Gesundheitsleistungen widerspiegeln würden.

### Schritte in die richtige Richtung

Es ist anzuerkennen, daß sich die Koalitionsfraktionen auf eine neue, nicht zustimmungsbedürftige Gesetzesinitiative verständigt haben, nachdem die vom Deutschen Bundestag beschlossenen zustimmungsbedürftigen Gesetze zur 3. Stufe der Gesundheitsreform im Bundesrat gescheitert sind. Anzuerkennen ist auch, daß die Gesetzentwürfe eine Reihe von Maßnahmen enthalten, die das GKV-System der Marktsteuerung näherbringen und deshalb ohne jede Einschränkung zu begrüßen sind. Dies betrifft vor allem jene Neuregelungen, die den Versicherten mehr Wahlrechte und Kontrollmöglichkeiten einräumen und Anreize zu sparsamerer Leistungsanspruchnahme schaffen. Hierzu zählen:

- das Recht der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern, über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und Behandlungskosten unterrichtet zu werden;
- das Recht der Versicherten, im Falle von Beitragserhöhungen die Krankenkasse sofort zu wechseln;
- das Recht der Versicherten, zwischen Sachleistung und Kostenerstattung zu wählen;
- die Möglichkeit der Krankenkassen, bestehende Zuzahlungen zu erhöhen, im Rahmen der Kostenerstattung Selbstbehalte mit entsprechender Beitragsermäßigung anzubieten oder Beitragsrückzahlungen zu gewähren; sowie
- die Möglichkeit der Krankenkassen, Leistungen des geltenden Rechts zu erweitern und Leistungen insbe-

sondere der Gesundheitsförderung und Prävention außerhalb des Risikostrukturausgleichs einzuführen.

Hierdurch werden das Versicherungsprinzip und die Versichertenpräferenzen stärker zur Geltung gebracht, die Kosten- und Leistungstransparenz erhöht, die Eigenverantwortung von Versicherten und Leistungserbringern gestärkt und der Kassenwettbewerb intensiviert. Da gleichzeitig die Härtefallregelungen verbessert werden und alle Versicherten zwischen den Kassen wählen und damit unerwünschten Erhöhungen von Leistungen, Beiträgen und Zuzahlungen ausweichen können, bleibt das Solidarprinzip zudem voll gewahrt.

### Ambivalente Gestaltungsleistungen

Leitidee einer wettbewerbsorientierten Strukturreform muß es sein, das Versicherungsprinzip und die Eigenverantwortung in der GKV zu stärken. Dazu erforderlich ist zum einen, krankenversicherungsfremde Leistungen – wie z.B. die Finanzierung von Haushaltshilfen oder das Sterbegeld – aus dem Leistungskatalog der GKV herauszunehmen; zum anderen ist der Leistungskatalog der GKV strikt auf die medizinisch notwendigen und ausreichenden Leistungen zu begrenzen. Was aus diesem „Pflichtleistungskatalog“ herausfällt, kann von den Krankenkassen als Wahlleistung angeboten werden. Hierdurch erhalten die Kassen sinnvolle Wettbewerbsparameter und die Versicherten individuelle Wahlmöglichkeiten über das medizinisch Notwendige hinaus.

Der Entwurf zum 2. NOG läßt zwar weiterhin eine Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV vermissen, enthält aber mit der Umwandlung von bisherigen Pflichtleistungen in „Gestaltungsleistungen“ einen bedenkenswerten Reformschritt. Hiernach können die Krankenkassen künftig folgende Leistungen durch Satzung nach Art und Umfang gestalten:

- häusliche Krankenpflege;
- Fahrtkosten mit Ausnahme von Flugrettung, Rettungs- und Notarztwagen;
- Kuren und Rehabilitation mit Ausnahme von Anschlußrehabilitation und Mütterkuren;
- Heilmittel mit Ausnahme von Leistungen der ambulanten Anschlußrehabilitation; sowie
- Auslandsleistungen außerhalb von EG- und Sozialversicherungsabkommen.

Diese Leistungen sollen wie bisher solidarisch finanziert, aber nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Zweifellos erhöhen derartige Gestaltungsleistungen den wettbewerblichen Aktionsspielraum der Krankenkassen und die Ausgabenrationalität aller Beteiligten. Eingeschränkt werden diese wünschenswerten Effekte allerdings durch die wettbewerblich nicht zu rechtfertigende dirigistische Vorschrift, daß die Beitragssätze aufgrund von Aufwendungen für diese Gestaltungsleistungen nicht erhöht werden dürfen. Noch gravierender ist jedoch, daß sich der Gesetzgeber mit der Einführung von „Gestaltungsleistungen“ vor einer klaren Unterscheidung zwischen Pflicht- und Wahlleistungen drückt: Diesbezügliche Leistungen sollen zwar von den Kassen nach Art und Inhalt unterschiedlich „gestaltet“ werden dürfen; an eine nach Kassensatzung frei wählbare Option oder gar eine Streichung aus dem Leistungskatalog ist aber nach dem Stand der Diskussion nicht gedacht.

Die Basis eines funktionsfähigen Wettbewerbs in der GKV muß ein politisch klar definierter, für alle Krankenkassen einheitlicher Leistungskatalog sein. Dieser ist normativ anhand durchschaubarer medizinischer, ökonomischer oder sozialer Kriterien festzulegen und den Kassen als Pflichtleistungskatalog verbindlich vorzugeben.

Wird nämlich der Leistungsrahmen selbst zum Gegenstand des Wettbewerbs in der GKV, so kommt es wegen des Interesses der Kassen an konkurrenzfähigen Beitragssätzen zu einer Ausgrenzung gerade solcher Leistungen, die von Risikogruppen in Anspruch genommen werden. Risikoselektion ist jedoch ökonomisch ineffizient und unsolidarisch und diskreditiert die wettbewerbliche Marktsteuerung. Es ist deshalb zu fordern, daß der Gesetzgeber anstelle der ambivalenten „Gestaltungsleistungen“ echte „Wahlleistungen“ in Abgrenzung von den von allen Krankenkassen zu erbringenden „Pflichtleistungen“ ermöglicht.

### **Unerfüllte Reformforderungen**

Um der Marktsteuerung der GKV Geltung zu verschaffen, sind eine Reihe weiterer Weichenstellungen erforderlich, die in den NOG-Entwürfen entweder gar nicht erfolgen oder in die falsche Richtung gehen. Hierzu gehören eine breitere Finanzierungsbasis der GKV, die Verbindung von Solidarausgleich und Wettbewerb, wettbewerbskonforme Verbandsstrukturen, eine Reform der Krankenhausfinanzierung sowie die bessere Verzahnung der Leistungsbereiche.

### **Änderung der Finanzierung der GKV**

Aus ökonomischer Sicht erscheint es unumgänglich, durch eine Verbreiterung der Beitragsbemes-

sungsgrundlage sowohl die Entscheidungsrationalität der Versicherten zu stärken als auch distributiven Gerechtigkeitsüberlegungen stärker Rechnung zu tragen. Ziel muß es sein, die Finanzierung der GKV stärker vom Arbeitseinkommen zu lösen und möglichst alle Einkunftsarten heranzuziehen. Hierzu könnte ein weiterer Schritt im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) getan werden. So müßten die nach §238a und 240 SGB V für freiwillig versicherte Rentner bereits berücksichtigten Einkunftsarten auch auf Pflichtversicherte ausgedehnt werden.

Das Abschaffen oder Einfrieren der Arbeitgeberanteile zur GKV ist ebenfalls eine notwendige Voraussetzung für mehr Entscheidungsrationalität der Versicherten. Des weiteren wird dadurch die Problematik der Krankenversicherungsbeiträge für den Wirtschaftsstandort Deutschland gelöst.

Das Problem der Beitragsbemessungsgrundlage wird in den NOG-Entwürfen vernachlässigt. Damit fehlt eine entscheidende Voraussetzung für eine rationalere Finanzierung der GKV und die damit erreichbare Absenkung der Beitragssätze.

Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags wird nur in einem engen Randbereich realisiert. So soll nach dem 2. NOG eine satzungsmäßige Ausweitung des Leistungskatalogs, z.B. für Prävention und bestimmte Hilfsmittel, nicht paritätisch finanziert, sondern allein von der Versichertengemeinschaft getragen werden. Für die Gestaltungsleistungen gilt hingegen weiterhin die paritätische Finanzierung, wobei ein Einfrieren des Arbeitgeberanteils indirekt dadurch realisiert wird, daß für diese Gestaltungsleistungen keine Beitragssatzerhöhungen erfolgen dürfen. Diese Regelung ist jedoch für eine wettbewerbliche GKV nicht zu rechtfertigen.

Eine weitere Regelung, die ebenfalls die Dynamik des Arbeitgeberanteils bremst, ist die Koppelung von Beitragssatzerhöhungen an Zuzahlungen. Hierdurch wird jedoch der Grundgedanke, eine höhere Selbstbeteiligung mit einem niedrigeren Beitrag zu belohnen und dadurch ausgabensteuernde Wirkungen zu erzielen, geradezu pervertiert.

Die Verbindung von Beitragssatzerhöhungen mit kassenindividuellen Erhöhungen der Zuzahlungen ist nichts anderes als ein im Wettbewerb verzichtbares Disziplinierungsinstrument, dessen Anwendung zu völlig willkürlichen Verwerfungen im Kassenwettbewerb führt – je nachdem, ob eine Kasse noch rechtzeitig vor Inkrafttreten dieser Regelung ihren Beitragssatz angehoben hat oder nicht. Sieht man Beitragssatzerhöhungen längerfristig als unvermeidbar an, verkommt die Koppelungsvorschrift zu einer generel-

len Verschärfung der Pflichtzuzahlungen und damit zur bloßen Finanzierungsquelle ohne jede Steuerungswirkung.

Insgesamt sind alle diese Regelungen verfehlt oder gehen nicht weit genug, da ein effektives Einfrieren des Arbeitgeberanteils nicht gelingen kann. Außerdem sind sie in ihrer Ausgestaltung ordnungspolitisch problematisch, weil der Beitragssatz als „Preis“ für die GKV-Leistungen von den Krankenkassen nicht nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten frei gestaltet und folglich auch nicht verzerrungsfrei als Wettbewerbsparameter eingesetzt werden kann. Durch ein generelles Einfrieren des Arbeitgeberanteils – besser noch: durch seine Abschaffung – könnte hingegen die Beitragssatzpolitik in die Hände der Selbstverwaltung gelegt und dem Wettbewerb überlassen werden, ohne daß eine Standortgefährdung durch steigende Lohnzusatzkosten auftritt.

### **Verbindung von Solidarausgleich und Wettbewerb**

Der Solidarausgleich ist bei Wettbewerb gesichert, wenn Versicherungspflicht für die Versicherten einerseits und Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot für die Kassen andererseits verbunden werden mit einem versicherungstechnisch herbeigeführten Solidarausgleich zwischen alten und jungen Versicherten, Gesunden und Kranken, Armen und Reichen, einer versicherungstechnisch gesicherten Rückkehr zum Vollversicherungsschutz und einem versicherungstechnisch kalkulierten einkommensbezogenen Beitrag. Auf dieser Basis können die Risiken aus dem Solidarausgleich rückversichert werden. Nach einer Übergangszeit werden die Kassen sich freiwillig rückversichern.

Da bei Realisierung der entsprechenden Rahmenbedingungen keine Gefährdung des Solidarprinzips vorliegt, können die Kassen weitgehende wettbewerbliche Freiheitsspielräume erhalten und staatliche Eingriffe weitgehend unterbleiben. Der Gefahr eines oligopolistischen Verhaltens der Kassen darf nicht durch Regulierung und Reglementierung begegnet werden, sondern durch eine Intensivierung des Wettbewerbs mittels einer Erweiterung der Aktionsspielräume.

Die Wahl des Umfangs des Versicherungsschutzes, der Honorierung der Leistungserbringer und der Finanzierung (Umlage- oder fondsbildende Verfahren) sind nur insoweit einer Einschränkung unterworfen, daß kein Verstoß gegen das Solidarprinzip vorliegt. Durch die Beitragskalkulation muß sichergestellt werden, daß jeder Versicherte seinen Solidarbeitrag in

voller Höhe bezahlt, also durch Wahltarife nicht aus dem Solidarausgleich herausoptieren kann. Dieses ist versicherungstechnisch umsetzbar.

Bedenklich und abzulehnen sind die Beschränkungen, mit denen die Wettbewerbselemente, welche in den GKV-Neuordnungsgesetzen durch verstärkte Wahlmöglichkeiten, Freiheits- und Gestaltungsspielräume eingeführt werden sollen, wiederum ausgehebelt zu werden drohen. Dazu zählt vor allem der Zustimmungsvorbehalt der Kassenärztlichen Vereinigungen, der die Durchführung von Modellversuchen lähmt.

Bedenklich und abzulehnen ist auch, daß wiederum dirigistische Eingriffe ausgeweitet werden. Die Beitragssätze sind bis Ende 1996 festgeschrieben und müssen zum 1. 1. 1997 um 0,4 Prozentpunkte gesenkt werden. Nach dem 1. NOG sollen danach Beitragssatzerhöhungen nur bei gleichzeitiger Anhebung der Zuzahlungen möglich sein – und dies auch nur dann, wenn zuvor auf Satzungsleistungen verzichtet wird, wobei den Versicherten ein außerordentliches Kündigungsrecht zusteht. Lediglich durch Zahlungen in den Risikostrukturausgleich verursachte Beitragssatzerhöhungen sind von dieser Beschränkung ausgenommen. Ökonomisch ist die Koppelung von Beitragssatzerhöhung, Zuzahlung und Gestaltungsleistungen aber nicht zu begründen. Sie ist vielmehr ein dirigistisches Disziplinierungsinstrument, um Beitragssatzstabilität trotz aller gegenläufigen Tendenzen zu erreichen. Dies muß jedoch auf Dauer scheitern.

Auch in sinnvollen Einzelregelungen (z.B. beim Übergang von prozentualen Zuschüssen zu Festzuschüssen zum Zahnersatz) zeigt sich nach wie vor der Geist des Dirigismus. Statt solche Entscheidungen der Selbstverwaltung zu übertragen, bestimmt der Gesetzgeber über die Gestaltung von Detailregelungen.

### **Reform der Verbandsstrukturen**

Dem einzelnen Kassenarzt ist eine freie Wahl des kassenärztlichen Verbandes zu ermöglichen. Dies bedeutet, daß neben der Kassenärztlichen Vereinigung weitere Verbände mit gleichen Rechten als Vertragspartner der Krankenkassen zuzulassen sind.

In einem späteren Schritt sollte dem einzelnen Kassenarzt ein direktes Vertragsrecht mit den jeweiligen Krankenkassen zugestanden werden. Damit einhergehen muß die Rückverlagerung des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen.

Die Position der Kassenärztlichen Vereinigung wird durch das 2. NOG nicht beschnitten. Die Zulässigkeit von Modellversuchen wird nicht für eine Aufweichung der starren Einbindung der Ärzte in die Kassenärztliche Vereinigungen genutzt, welche durch eine Individualvertragsregelung in diesem engen Bereich realisierbar gewesen wäre. Im Gegenteil – durch die Zustimmungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung zu derartigen Versuchen erhält diese eine Möglichkeit, neue Entwicklungen zu behindern.

Nach wie vor scheut sich der Gesetzgeber offenbar, vom bisherigen Modell kollektiver Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Abschied zu nehmen und die bestehenden Verhandlungsmonopole aufzubrechen. Statt die Krankenkassen wie im Gesundheitsstrukturgesetz zu verpflichten, „gemeinsam und einheitlich“ mit dem Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene zu verhandeln, ist ihnen zwingend die Möglichkeit zu selektiven Vertragsabschlüssen zu eröffnen; denn nur so kann es ihnen gelingen, das Leistungsgeschehen kassenindi-

viduell in den Griff zu bekommen und verschiedene Modelle der Leistungserbringung als Wettbewerbsparameter einzusetzen.

Es ist einzuräumen, daß derartige Reformen in einem durch Einkommens- und Statusinteressen stark geprägten Bereich nur schrittweise vorankommen können. Die Beschränkung der Erprobung auf inhaltlich und zeitlich begrenzte Modellvorhaben unter dem Zustimmungsvorbehalt der Kassenärztlichen Vereinigungen läßt jedenfalls ein ernsthaftes Bemühen des Gesetzgebers um eine medizinisch effektivere und ökonomisch effizientere Gestaltung des Leistungsgeschehens im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander vermissen.

#### Reform der Krankenhausfinanzierung

Eine Aufhebung der Kontrahierungspflicht für Krankenkassen hinsichtlich der Leistungserbringer ist unerläßlich. Die Vertragspartner müssen auch im stationären Sektor weitgehende Verhandlungs- und Vertragsfreiheit erhalten. Die duale Finanzierung muß

Werner W. Pommerehne/Georg Ress (Hrsg.)  
unter Mitarbeit von Horst-Henning Jank

## Finanzverfassung im Spannungsfeld zwischen Zentralstaat und Gliedstaaten

Die Europäische Union steht vor bedeutenden Herausforderungen: So ist die Wirtschafts- und Währungsunion in Vorbereitung und die Integration der Reformstaaten Mittel- und Osteuropas zu bewältigen. Diese neuen Aufgaben verlangen enorme Finanzmittel. Damit ist die Frage aktueller denn je, welche staatliche Ebene welche Aufgabe übernehmen und die finanziellen Lasten dafür tragen soll.

Diese Frage berührt die Finanzverfassung, die Gesamtheit der Gesetze, die sich mit der Verteilung der Aufgaben und finanziellen Kompetenzen einer Gemeinschaft befassen. Sie ist Thema dieses Sammelbandes. International anerkannte Experten untersuchen in ihren Beiträgen die Strukturen europäischer Länder. Vergleiche mit den Systemen der USA, Kanadas und Australiens ermöglichen tiefere Einblicke in die Vor- und Nachteile verschiedener Gestaltungsprinzipien.

Der Band vermittelt einen umfassenden Überblick zu einem der interessantesten Themen der europäischen Integration.

■ Beiträge in deutscher und englischer Sprache

1996, 161 S., brosch., 48,- DM, 350,- öS, 44,50 sFr, ISBN 3-7890-4344-3

(Schriften des Europa-Instituts der Universität des Saarlandes – Sektion Wirtschaftswissenschaft, Bd. 1)

 **NOMOS Verlagsgesellschaft · 76520 Baden-Baden**



durch eine monistische Finanzierung mit den Kassen als alleinigen Finanzierungsträgern ersetzt werden.

Die formale Kündigungsmöglichkeit von Versorgungsverträgen ist zwar Realität, wird aber aus politischen Gründen selten genutzt. Eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser ist nach dem 2. NOG nicht zwingend, da die Instandhaltungsaufwendungen für Krankenhäuser weiterhin von den Ländern finanziert werden können. Ansonsten wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag erhoben, der lediglich Finanzierungscharakter, aber keinerlei Steuerungswirkung hat.

Die Ausgliederung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge aus der Bundespflegesatzverordnung erweitert die eigenverantwortlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner und ist insofern ein Schritt in die richtige Richtung. Problematisch ist jedoch, daß eine maximale Zuwachsrate von 1,3% für die Krankenhausbudgets für 1997 dirigitisch vorgegeben wurde.

Zu begrüßen ist dagegen, daß das 2. NOG im stationären Bereich gewisse Reglementierungen zurücknimmt, nämlich die Pflege-Personalregelung und die gesetzlichen Regelungen zur Großgeräteplanung.

### **Verzahnung der Leistungsbereiche**

Zur Überwindung des „Grabens“ zwischen stationärer und ambulanter Versorgung müssen wirksame Anreize geschaffen werden, um alle möglichen Formen der Kooperation zu nutzen. So ist nicht nur dem Belegarztssystem eine stärkere Beachtung zu schenken, sondern es sollte auch eine generelle Möglichkeit der Beteiligung und Ermächtigung von Krankenhausärzten eröffnet werden. Darüber hinaus ist an eine Fülle weiterer neuer integrierter Versorgungseinheiten zu denken, wie etwa Apparategemeinschaften oder die Bildung integrierter Versorgungseinrichtungen unter Beteiligung von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen (Managed Care- und Disease-Management-Systeme).

Wichtig ist dabei, daß der Umfang der einschränkenden Regulierungen Schritt für Schritt abgebaut und der Umfang der zulässigen Optionen ausgeweitet wird. Letztlich ist es den einzelnen Krankenkassen zu überlassen, die Leistungserbringung aktiv zu steuern und zu koordinieren mit dem Ziel, durch verbesserte Qualität, niedrigere Kosten und attraktive Beitragsätze im Wettbewerb untereinander zu bestehen und den Versicherten eine medizinisch effektive und ökonomisch effiziente Versorgung zu gewährleisten.

In den Modellvorhaben ist eine verstärkte Verknüpfung des ambulanten und stationären Sektors möglich. Da diese jedoch der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen bedürfen, ist eine Behinderung dann zu befürchten, wenn Leistungen aus dem ambulanten Bereich durch stationäre Anbieter mitabgedeckt werden sollen. Auch können offenbar keine neuen Distributionswege für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel – z.B. Versandapotheken, Dispensierung durch Ärzte – erprobt werden, so daß die Modellvorhaben weit hinter den Reformforderungen zurückbleiben werden.

### **Ordnungspolitische Defizite**

Krankenversicherungswettbewerb mit dem Gedanken des Solidarausgleichs zwischen den Versicherten zu verbinden, ist eine Aufgabe staatlicher Ordnungspolitik. Ohne ein Mindestmaß an Wettbewerbsparametern, mit denen die Kassen sich im Wettbewerb bewähren können, ohne ein Mindestmaß an Gestaltungsfreiheit in den Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geht es nicht. Statt wettbewerbskonformer Verbandsstrukturen und -funktionen zu schaffen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer Rolle als monopolistischer Vertragspartner der Kassen durch das Widerspruchsrecht gegen Modellvorhaben gestärkt und neue Verbandszuständigkeiten geschaffen.

Gleichzeitig bleiben denen die Hände gebunden, die im Wettbewerb Neues erproben und wagen wollen. Die Krankenkassen werden mit dirigistischen Fesseln in den Wettbewerb entlassen. Es besteht die Gefahr, daß die zu erwartenden Mißerfolge dem Wettbewerb und nicht den wettbewerbsbeschränkenden Fesseln zur Last gelegt werden. Deshalb sind als Mindestbedingungen für die 3. Stufe der Gesundheitsreform zeitlich befristete Erprobungsregelungen mit freier Vertragsgestaltung außerhalb der bestehenden Regulierungsstrukturen und eine Neutralisierung des Arbeitgeberbeitrages vorzusehen.

Auf ordnungspolitisch problematische Vorgaben, wie die Koppelung von Beitragssatzerhöhungen an die Erhöhung von Zuzahlungen, ist zu verzichten. Anstelle derartiger staatsdirigistischer Eingriffe muß der Gesetzgeber sich auf das Ziel der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit aller Akteure des Gesundheitswesens besinnen und Handlungs- und Erprobungsspielräume erweitern. Die GKV-Neuordnungsgesetze sind nur dann ein Schritt in die richtige Richtung, wenn die ordnungspolitischen Defizite beseitigt werden.