

von Stillfried, Dominik

Article — Digitized Version

Eine Neudefinition der Solidarität als Reformperspektive im Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: von Stillfried, Dominik (1997) : Eine Neudefinition der Solidarität als Reformperspektive im Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 77, Iss. 6, pp. 340-344

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/137490>

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.

Dominik Graf von Stillfried*

Eine Neudefinition der Solidarität als Reformperspektive im Gesundheitswesen

Die Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung im Spannungsfeld steigender Beitragssätze und zunehmender Defizite zwingen die Bundesregierung zu immer neuen Reformversuchen im Gesundheitswesen. Der Durchbruch zu einer in sich geschlossenen, transparenten und gerechten Lösung ist jedoch bisher nicht gelungen. Dr. Dominik Graf von Stillfried schlägt eine zweistufige Systemreform vor, die sowohl einen Einkommensausgleich als auch einen Risikoausgleich zwischen den Beitragszahlern schaffen kann.

Die Gesundheitspolitik steckt in einem Dilemma: Aus Gründen der internationalen Wettbewerbsfähigkeit einerseits soll ein weiterer Anstieg der Beitragssätze in der Sozialversicherung im allgemeinen und in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im besonderen verhindert werden. Andererseits wird mit den Beitragseinnahmen Industriepolitik betrieben, da zugunsten von Leistungsanbieterinteressen auf Maßnahmen verzichtet werden soll, die zu einem Kapazitätsabbau und mithin zu einem nachhaltigen Einbruch der arbeitsplatzintensiven Wachstums- und Innovationsdynamik des Gesundheitswesens beitragen.

Deshalb wird den gesetzlichen Krankenkassen in der aktuellen Reformgesetzgebung die Budgetverantwortung übertragen und durch das Junktim zwischen Beitragssatzanhebung und Zuzahlungshöhe der Wettbewerbsdruck zu Kostendämpfungszielen instrumentalisiert. Mit der Neufassung der §§ 63 ff. (Modellvorhaben) und § 73a (Strukturverträge) im Sozialgesetzbuch (SGB) V sieht das geplante 2. GKV-Neuordnungsgesetz auch eine Erweiterung des Handlungsspielraums der gesetzlichen Krankenkassen vor. Dort, wo diese Wettbewerbssteuerung aber zu Lasten von Anbieterinteressen wirken könnte, werden alte Regulierungsprinzipien beibehalten.

Eine ordnungspolitische Neugestaltung der GKV, die es erlauben würde, den Zielkonflikt der gegenwärtigen Gesundheitspolitik aufzulösen, steht weiterhin aus. Im folgenden wird daher ein Modell vorgestellt, mit dem die Prinzipien Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung schlüssig verbunden werden können. Zugleich bietet es eine

Perspektive, die Innovationsdynamik in der medizinischen Versorgung zu erhalten, ohne gleichzeitig die Abgabenquote durch steigende Krankenversicherungsbeiträge zu erhöhen und den Arbeitsmarkt zu belasten. Langfristig könnte dieses Modell somit eine Antwort auf die drohenden Probleme der Rationierung medizinischer Versorgungsleistungen geben.

Mit einem Anteil von etwa 10% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) gehört das Gesundheitswesen zweifellos zu den wichtigsten Branchen der deutschen Volkswirtschaft. Die qualitativ hohe medizinische Versorgung stellt nicht nur einen bedeutenden Standortfaktor für eine innovative Volkswirtschaft dar. Ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung findet auch Arbeit im Gesundheitssektor. Während in anderen Branchen seit Jahren Arbeitsplätze abgebaut werden, bleibt das Gesundheitswesen auch im Hinblick auf seinen Beschäftigungseffekt eine Wachstumsbranche.

Gleichzeitig werden die Ausgaben für die medizinische Versorgung in der Regel als volkswirtschaftliche Kosten interpretiert, die es im Interesse der internationalen Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland zu senken gilt. Diese Ausgaben werden dabei um so stärker als Kostenbelastung empfunden, je enger die Finanzierung der medizinischen Versorgung an die Entgelte für abhängige Beschäftigung gebunden ist. Gegenwärtig werden sie im Rahmen des Leistungskatalogs der GKV nahezu vollständig über Abgaben auf Löhne und Gehälter finanziert.

Wird nun mit dem Ziel der Senkung dieser nicht ausbezahlten Lohnbestandteile, der sogenannten Lohnnebenkosten, eine Politik rigoroser Ausgaben-

Dr. Dominik Graf von Stillfried, 32, ist Sachgebietsleiter bei der Barmer Ersatzkasse, Wuppertal. Der Beitrag gibt seine persönliche Meinung wieder.

* Zu Einzelheiten des Modells des Krankenversicherungs-Fonds und seiner Ableitung: Dominik Graf von Stillfried: Gesundheitssysteme im Wandel. Das Dilemma zwischen Bedarfskonzept und Eigenverantwortung: medizinische Grundsicherung als Reformperspektive? Eine evolutionsanalytische Analyse, Dissertation, Bayreuth 1996, 404 S.

begrenzung im Gesundheitswesen betrieben, so wird nicht zuletzt auch ein substantieller Arbeitsplatzabbau im Gesundheitswesen die Folge sein. Dies wird, wenn auch nicht in gleicher Höhe, die Sozialkassen an anderer Stelle, z.B. in der Renten- und Arbeitslosenversicherung, belasten. Auch wenn es daher wünschenswert wäre, zusätzliche Freisetzungen im Gesundheitswesen zu vermeiden, kann daraus nicht eine Rechtfertigung dafür abgeleitet werden, die Beitragsmittel im Sinne der industriepolitischen Förderung von Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen einzusetzen. Es kann nicht Aufgabe der solidarischen Krankenversicherung sein, bestehende Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen um der damit verbundenen Einkommen willen zu sichern.

Der unvermeidliche Wachstumsengpaß im Gesundheitswesen liegt in dessen Finanzierungsbasis. Auch wenn die Ausgabenentwicklung im deutschen Gesundheitswesen bei nahezu konstanter Gesundheitsquote (Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP) im internationalen Vergleich nicht besorgniserregend hoch erscheint, üben steigende Ausgaben pro Kopf aufgrund der Finanzierungsweise der GKV einen stetigen Druck in Richtung steigender Beitragssätze aus: Über 90% der Bevölkerung haben ein Anrecht auf eine medizinische Versorgung nach dem Leistungskatalog der GKV, die Beiträge zur GKV werden aber nur aus einem Teil der Einkommen, nämlich aus abhängiger Beschäftigung, erhoben. Andere Einkunftsarten werden bei der Beitragsbemessung in der Regel nicht berücksichtigt. Einkommen aus abhängiger Beschäftigung gehen zudem nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze in die Beitragskalkulation ein, mit der Folge, daß die niedrigen Einkommen durch die Finanzierung der GKV überproportional belastet werden. Nun steigen aber nicht nur die Ausgaben für medizinische Versorgung seit langem stärker als die Einkommen aus abhängiger Beschäftigung. Durch die sinkende Lohnquote nimmt auch die Finanzierungsbasis ab, wodurch die relative Belastung (sprich: der Beitragssatz) steigen muß.

Verschärfter Kassenwettbewerb?

Welche Lösung bietet die Politik an? Ein schlüssiges Reformkonzept ist derzeit nicht erkennbar. Im Gesetzgebungsprozeß befinden sich zwei in ihren wesentlichen Elementen widersprüchliche Reformgesetze.

Mit den im 1. GKV-Neuordnungsgesetz enthaltenen Bestimmungen zur Verschärfung der Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen sollen diese für ihr Handeln künftig wirtschaftlich verantwortlich gemacht werden. Wenn die Krankenkassen – wie vorgesehen – ihre Versicherten bei jeder Beitragssatz-

erhöhung zugleich mit empfindlich steigenden Zahlungen belasten müssen, kann dies ihre Position im Wettbewerb nachhaltig beeinträchtigen und mittelfristig auch ihre Existenz gefährden. Die Verschärfung der Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen mag insofern konsequent erscheinen, als auch auf seiten der Leistungsanbieter einzelwirtschaftliche Existenzgarantien im Prinzip keine Geltung mehr haben, wie durch den bereits vollzogenen Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips im Krankenhausbereich demonstriert worden ist.

Grundsätzlich spricht nichts dagegen, auch die Krankenkassen zu einem stärker an betriebswirtschaftlicher Effizienz orientierten Verhalten zu veranlassen. Damit die Kassen dieser unternehmerischen Verantwortung aber auch gerecht werden können, müssen sie entsprechende Handlungsfreiheit erhalten. In diesem Punkt aber offenbart sich das Ausmaß der politischen Rücksichtnahme auf Anbieterinteressen und damit die eigentliche Schwachstelle der bisherigen Reformpolitik. Würde die Politik auf der Basis eines konsistenten Konzepts handeln, hätte bereits der Entwurf des GKV-Weiterentwicklungsgesetzes, Blaupause für das im Gesetzgebungsprozeß befindliche 2. GKV-Neuordnungsgesetz, vollkommen anders aussehen müssen. Die zaghaft eingeräumten Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Handlungsfreiheit der Krankenkassen durch Strukturverträge und Modellversuche gestatten den wichtigsten Vertragspartnern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, stets ein Vetorecht. Unter diesen Bedingungen wird auch ein verschärfter Kassenwettbewerb kaum Anlaß zur Hoffnung auf eine Trendwende bei den problematischen Entwicklungen im Gesundheitswesen geben können.

Der dramatische Mangel an Möglichkeiten zu einer medizinisch und ökonomisch sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens innerhalb der GKV wurde bislang durch keine Reform beseitigt. Bereits das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) galt als Reaktion auf ein Rekorddefizit. Im Kern zielte das GSG ausschließlich auf eine befristete Deckelung des Ausgabenanstiegs in allen Leistungssektoren. Dabei wurde die ausgabenenkende Wirkung überwiegend durch Preisregulierung und Budgetierung im Arzneimittel-sektor erreicht, während die Budgetierung im Krankenhausbereich durch zahlreiche Ausnahmetatbestände de facto außer Kraft gesetzt wurde. Trotz drastischer Regulierungsmaßnahmen war deshalb bereits im Jahr 1994 absehbar, daß mit dem GSG nur eine einmalige Absenkung des Ausgaben-niveaus ohne nachhaltige Wirkung auf die Rate des Ausgabenanstiegs erzielt worden war.

Neudefinition der Solidarität

Nach einem jährlichen Defizit von rund 7 Mrd. DM in den Jahren 1995 und 1996 wird das für 1997 erwartete Defizit das damalige „Rekorddefizit“ von 10 Mrd. DM von 1992 nur durch Leistungsausgrenzungen und erhöhte Zuzahlungen unterschreiten. Es scheint, daß dies von den Architekten des GSG auch so antizipiert wurde, denn bereits 1993 sprach Gesundheitsminister Seehofer davon, daß im nächsten „Reformschritt“ die „Neudefinition der Solidarität“ zwingend bevorstehe. Die seither diskutierten Reformentwürfe zeigen, daß dabei im Gesundheitsministerium in erster Linie an die Ausgrenzung von Leistungen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog der GKV gedacht wurde.

Zumindest deutet dies an, daß die Politik bereit ist, neue Wege zu beschreiten. Ein als „Neudefinition der Solidarität“ bezeichnetes Vorhaben kann jedoch nicht allein auf leistungsrechtliche Maßnahmen begrenzt werden. Dies zeigen zum einen die enormen Schwierigkeiten der Politik, Leistungseinschränkungen zu benennen, geschweige denn zur Umsetzungsreife zu befördern, wobei die dafür erforderlichen Anstrengungen in keinem Verhältnis zum erreichbaren Einsparpotential stehen.

Bereits die mit dem GSG eingeführten Veränderungen (Risikostrukturausgleich und Kassenwahlfreiheit für alle gesetzlich Versicherten) haben nachhaltige, aber widersprüchliche Auswirkungen auf das Verständnis von Solidarität in der GKV. Spätestens seit der öffentlichen Diskussion, wie die Krankenkassen die sogenannten „Gestaltungsleistungen“ (Optionen zur Leistungsausgrenzung durch die Kassen) zur Risikoselektion nutzen könnten, wird deutlich, daß die bestehenden Widersprüche zwischen der – halbherzigen – Wettbewerbsorientierung in der GKV und der – mehr formal als materiell aufrechterhaltenen – Einheitlichkeit der Versorgungsverhältnisse durch die bisher geplanten Reformschritte nur vergrößert und nicht überwunden werden.

Die Antwort auf die aktuelle Krise kann daher nicht allein in einer Neudefinition des Leistungskataloges liegen, sie muß in einer grundsätzlichen Rekonstruktion der solidarischen Absicherungsform gesucht werden. Gesucht ist dabei im Idealfall ein Lösungsweg von ähnlicher Integrationskraft wie es seinerzeit das Konzept der sozialen Marktwirtschaft war. So wie es von seinen ursprünglichen Protagonisten aus der ordoliberalen Schule und insbesondere von Ludwig Erhard vertreten wurde, lag dessen Stärke vor allem in der Schlüssigkeit des Konzeptes: Das Soziale an der sozialen Marktwirtschaft war demzufolge nicht in erster Linie ein Umverteilungsmechanismus, sondern

die Wettbewerbsordnung, die, im Gegensatz zum Laissez-faire-Kapitalismus, eine übermäßige Akkumulation von wirtschaftlicher Macht in den Händen weniger verhindern und damit Wohlstand auf breiter Basis sichern sollte.

Auf der Grundlage eines konsequenten Konzeptes scheinen auch die beiden Ziele, Marktwachstum im Gesundheitswesen und sozialer Ausgleich zur Sicherung eines ausreichenden Versorgungsstandards auf breiter Basis, gleichzeitig erreichbar. Dies setzt jedoch voraus, daß dem unternehmerischen Handeln mehr Spielraum gegeben und Solidarität in einer Weise definiert werden muß, die einer Stärkung der individuellen Verantwortung aller Versicherten nicht entgegensteht. Dies ist das Modell des Krankenversicherungsfonds.

Das Modell des Krankenversicherungsfonds geht von der Prämisse aus, daß ein ausreichendes medizinisches Versorgungsniveau ohne Umverteilung nicht finanziert werden kann. Der Staat hat verfassungsgemäß die Pflicht, diesbezüglich für einen Einkommensausgleich zu sorgen. Es muß jedoch unbedingt ein ordnungspolitischer Rahmen für diese Transfermaßnahmen gefunden werden, der gewährleistet, daß die damit verbundene Abgabenbelastung reduziert oder zumindest ihr weiterer Anstieg wirksam begrenzt werden kann, der zugleich aber auch sicherstellt, daß die über Abgaben erhobenen Mittel möglichst effizient eingesetzt werden. Diesen Zielen könnte ausreichend Rechnung getragen werden, indem die bisher im Beitragssatz der GKV verschmolzenen Funktionen „Risikoabsicherung“ und „Umverteilung“ durch einen Solidarausgleich auf zwei Stufen ersetzt werden.

Erste Stufe: Einkommensausgleich

Auf der ersten Stufe wird zunächst ein Einkommensausgleich vorgenommen. Dafür zahlt jeder Bürger nach Maßgabe seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in einen Fonds ein, aus dessen Finanzvolumen jeder Bürger eine Gutschrift zum Erwerb von Krankenversicherungsschutz erhält. Im Gegensatz zur Finanzierung der heutigen GKV, deren Beitragsbemessung die niedrigeren Einkommen aus abhängiger Beschäftigung überproportional belastet – obwohl deren Leistungen über 90% der Bevölkerung zugute kommen – ist im Modell des Krankenversicherungsfonds das Leistungsfähigkeitsprinzip konsequent umzusetzen, d.h., die Beitragspflicht ist auf alle Erwerbstätigen und alle Einkunftsarten auszuweiten. Die Bemessungsgrundlage der Fondsabgabe wäre demnach die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts.

Aus dem Finanzvolumen des Krankenversicherungsfonds erhält jeder Bürger Anspruch auf eine

Gutschrift in identischer Höhe, die ausschließlich zum Erwerb von Krankenversicherungsschutz verwendet werden kann. Bezogen auf die Lebenszeit sollte jedem dabei ein in etwa gleiches Budget zur Verfügung stehen. Über diesen Einkommensausgleich wird folglich eine rein monetäre Grundsicherung definiert. Dies eröffnet die Möglichkeit, die Festsetzung des Beitragssatzes zunächst völlig unabhängig von Fragen der Mittelverwendung durch Entscheidung der Politik vorzunehmen, die sich ausschließlich am Kriterium einer akzeptablen Abgabenbelastung orientieren kann. Damit die Politik diese Entscheidung behertzen kann, muß sie parallel zur Einführung des Krankenversicherungsfonds von der Verantwortung für die Steuerung im Gesundheitswesen befreit werden, die sie sich im Laufe der mehr als 100jährigen Sozialgesetzgebung in zunehmendem Maße aufgebürdet hat.

Die bestehenden Steuerdefizite, deren Ausmaß Überkapazitäten sowie Mängel in der Koordination und der Qualität der Versorgungsabläufe sind, lassen sich letztlich nur abbauen, wenn die Mittelallokation künftig nicht mehr von der Angebotsseite sondern stärker nachfrageseitig gesteuert wird. Die Einführung des Krankenversicherungsfonds muß deshalb von einer wettbewerbsorientierten Neuordnung des Marktes für Krankenversicherungsschutz begleitet werden.

Sinn dieser Neuordnung ist es, das Prinzip der Eigenverantwortung zu stärken: Um eine nachhaltige Steuerungswirkung zu erzielen, reicht es jedoch nicht aus, dem einzelnen einen nur formalen Entscheidungsspielraum zwischen verschiedenen Krankenkassen zu eröffnen, die entscheidenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen im Leistungs- und Vertragsrecht aber durch Regulierung zu blockieren. Vielmehr ist der von der Politik bereits eingeleitete Strukturwandel der Krankenkassen von reinen Verwaltungsapparaten zu wirtschaftlich voll verantwortlichen und innovativ handelnden Dienstleistungsunternehmen zu vervollständigen. Dazu ist das Leistungs- und Vertragsrecht der Krankenkassen so zu reformieren, daß diese als Mittler zwischen Versicherten und Leistungsanbietern fungieren können und durch Wettbewerbsdruck dazu veranlaßt werden, ihre Versorgungsangebote nicht nur aktiv mitzugestalten, sondern auch sehr viel genauer zu definieren und so einer schleichenden Rationierung bei Ressourcenknappheit entgegenzuwirken.

Damit dies im Sinne des Grundsicherungsprinzips geschieht, ist die Vertragsfreiheit der Anbieter von Krankenversicherungsschutz (Krankenkassen und private Krankenversicherungen sind diesbezüglich

gleichzustellen) durch folgende Auflagen einzuschränken:

Die Versicherten haben uneingeschränkte Kassenwahlfreiheit; die Krankenkassen stehen unter Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot.

Die Leistungsdefinition erfolgt grundsätzlich über Satzungsleistungen, wobei die Krankenkassen ihre Leistungsangebote unter anderem durch Angabe von Zahlungsregelungen, durch Angabe der Art und Bedingungen von Leistungsausschlüssen bzw. Negativlisten und durch Angabe von Eingrenzungen der Leistungspflicht innerhalb des angegebenen Leistungsrahmens, z.B. durch Positivlisten oder Behandlungsleitlinien, eindeutig qualifizieren müssen.

Einmal jährlich können die Versicherten ihre Krankenkasse wechseln, wobei die Krankenkassen zuvor ihre Konditionen für das kommende Jahr verbindlich bekanntgeben müssen.

Zum Schutz der Versicherten müssen die Krankenkassen eine Rückversicherung abschließen, wobei die Rückversicherer keinem Kontrahierungszwang unterworfen werden.

Zweite Stufe: Risikoausgleich

In die wettbewerbliche Neuordnung der GKV ist die zweite Stufe des Solidarausgleiches einzubetten: Die Versicherungspflicht ist auf alle Bürger zu erweitern. Am Umlageverfahren wird insoweit festgehalten, als alle Versorgungsangebote allen Beitrittswilligen zu einem jeweils einheitlichen Betrag pro Kopf angeboten werden müssen (keine Prämien nach individueller Risikoäquivalenz). Somit kommt es in jeder Versicherungsgemeinschaft zu einem versicherungstechnischen Risikoausgleich: Ein solcher einheitlicher Mitgliedsbeitrag richtet sich jeweils nach dem durchschnittlichen Risiko der Versicherungsgemeinschaft und nach Art und Umfang des Leistungsrahmens. Bei freier Kassenwahl reflektiert der Mitgliedsbeitrag somit zugleich die Bedürfnisse jedes einzelnen Mitglieds.

Über ihre Nachfrageentscheidung wird den Versicherten folglich ein Mitspracherecht bei der Definition ihres Leistungspaketes eingeräumt. Dabei werden sie durch die Einrichtung des Krankenversicherungsfonds finanziell unterstützt, beim Rückgriff auf das kollektive Unterstützungssystem aber nicht aus ihrer individuellen ökonomischen Mitverantwortung entlassen, denn eine etwaige Differenz zwischen dem Mitgliedsbeitrag der gewählten Krankenkasse und der Gutschrift aus dem Krankenversicherungsfonds muß aus eigenen Mitteln beglichen werden. Die Versicherten dürften darüber hinaus ein hohes Interesse an möglichst effizienten Versorgungsangeboten haben,

da nicht abgerufene Gutschriftsbeträge vom Fonds treuhänderisch verwaltet werden, so daß jeder Bürger auch über die zeitliche Verwendung seiner für die individuelle Risikovorsorge im Krankheitsfall reservierten Dispositionssumme entscheiden kann.

Die Neudefinition der Solidarität nach dem vorliegenden Reformvorschlag stärkt das dem Solidarbegriff ursprünglich zugrundeliegende Prinzip der Gegenseitigkeit. Ohne den in der Entwicklung der GKV gewachsenen Bezug zur Einkommensumverteilung zu verlieren, geht es im vorgeschlagenen Reformmodell vor allem darum, den Begriff der Solidargemeinschaft wieder auf einen gemeinsamen Handlungs- und Interessenzusammenhang zu beziehen: Die Gemeinschaft von Versicherten mit gleichen Präferenzen.

Der Staat würde von einer Aufgabe entlastet, die ihm zwar historisch zugewachsen ist, die er aber angesichts knapper Sozialhaushalte immer schlechter ausfüllen kann, nämlich ein versprochenes Versorgungsniveau im Einzelfall auch materiell zu garantieren. Durch die rein monetäre Definition der Grundsicherung im Modell des Krankenversicherungsfonds wird die Garantie des versprochenen Leistungsniveaus in den Bereich des Privatrechts verlagert. Die staatliche Regulierung des Leistungsrahmens könnte auf wenige sehr allgemeine Grundsätze begrenzt werden.

Für die Politik hätte der Vorschlag zudem den Vorteil, daß die Abgabenquote kontrolliert und mithin dem Lohnkostenargument im internationalen Wettbewerb Rechnung getragen werden kann, ohne notwendigerweise die Wachstumsdynamik des Gesundheitswesens – einem der arbeitsintensivsten Sektoren der Volkswirtschaft – durch rigide Kostendämpfungs- politik zu brechen, wie dies bei unveränderten Rahmenbedingungen in der GKV mittelfristig zu erwarten ist. Eine Fortsetzung der bisherigen „Industriepolitik“ mit Beitragsmitteln der GKV (z.B. Budgetanhebung zugunsten der Vergütung von Allgemeinärzten, Verzicht auf Positivliste, Krankenhaus-Sonderopfer u.ä.) ist angesichts der Ressourcenknappheit auf Dauer nicht möglich. Die Vielfalt der Bedürfnisse nach medizinischer Versorgung läßt hingegen durchaus erwarten, daß viele Versicherte bereit sein werden, über die Gutschrift des Fonds hinaus Einkommensanteile für spezielle Versorgungsangebote einzusetzen.

Die größeren Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für Versicherte und Krankenkassen werden unweigerlich zu einer Ausdifferenzierung von Präferenz- und damit auch von Risikogruppen führen. In Grenzen muß die Ausdifferenzierung der Leistungskataloge bei in einem wettbewerblich geordneten und durch

die Nachfrageseite zu steuernden Versorgungssystem jedoch toleriert werden, um den Nachfrager tatsächlich mit in die ökonomische Verantwortung nehmen zu können. Unter den beschriebenen Bedingungen können die Möglichkeiten einer gezielten Risikoselektion aber leicht durch eine Regel begrenzt werden, derzufolge die Krankenkassen die Kostenübernahme für die Behandlung einer Krankheit nicht grundsätzlich ablehnen, ihre Leistungspflicht aber durch Bezug auf bestimmte Behandlungsleitlinien oder Versorgungsabläufe begrenzen können, sofern der Versicherte bei Vertragsschluß in verständlicher Weise darüber aufgeklärt wurde.

Politische Lernprozesse

Im Gegensatz zu einer Abgrenzung über Leistungskataloge entspricht die monetäre Definition der Grundleistung auch der Tatsache, daß medizinische Notwendigkeit nicht objektiv definiert werden kann, sondern stets aus der normativen Bewertung individueller Bedürfnisse resultiert. Diese enthält zwingend subjektive Beurteilungsmomente, zumal die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen nicht ausschließlich der Vermeidung vorzeitigen Todes dient und sich der Nutzen vieler Leistungen des medizinischen Versorgungssystems erst im Kontext einzelner Lebenssituationen, also im schleichenden Übergang zu allgemeinen Bedürfnissen des Lebens eröffnet. Vor die Aufgabe gestellt, einen allgemeingültigen Grundleistungskatalog zu definieren, könnte der Gesetzgeber nur sehr grobe prioritäre Leistungsdefinitionen vorlegen. Angesichts des komplexen Entscheidungsmechanismus parlamentarischer Demokratien ist eine sehr enge Auslegung dieser Definition nicht zu erwarten. Mit großzügigen Auslegungen, wie z.B. „... hat Anspruch auf ärztliche Versorgung“ kann jedoch weder die Qualität noch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert werden. Die Steuerungsmöglichkeiten des Gesetzgebers sind im Vergleich zu denen, die bei Vertragsfreiheit auf der Verhandlungsebene Kasse-Leistungsanbieter denkbar sind, sehr begrenzt. Dagegen dürften von einem Preis- und Qualitätswettbewerb der Krankenkassen aller Voraussicht nach auch neue Anreize zur Entwicklung kosten- und ausgabensenkender Innovationen in der medizinischen Versorgung ausgehen.

Freilich muß die Glaubwürdigkeitskrise der herkömmlichen Gesundheitspolitik sich noch erheblich verschärfen, bevor auch auf politischer Ebene Lernprozesse denkbar sind, die zu dieser scheinbar revolutionären, gleichwohl nur die bisherigen Entwicklungstendenzen der GKV konsequent fortsetzenden Umgestaltung der sozialen Krankenversicherungssysteme führen können.