

Stiftung Marktwirtschaft (Ed.)

**Research Report**

## Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Überblick, Einordnung und Bewertung

Argumente zur Wirtschaftspolitik, No. 16

**Provided in Cooperation with:**

Stiftung Marktwirtschaft / The Market Economy Foundation, Berlin

*Suggested Citation:* Stiftung Marktwirtschaft (Ed.) (1988) : Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Überblick, Einordnung und Bewertung, Argumente zur Wirtschaftspolitik, No. 16, Frankfurter Institut für Wirtschaftspolitische Forschung, Bad Homburg

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/99772>

**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.*



### Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung Überblick, Einordnung und Bewertung

Das überkommene System unserer Gesundheitsvorsorge mit der gesetzlichen Krankenversicherung als Kern wird angesichts der unausweichlichen künftigen Belastungen seine Aufgabe nur dann noch erfüllen können, wenn es wirksam reformiert wird. Darüber besteht Einigkeit. Erfolg oder Mißerfolg dieser Operation hängen freilich davon ab, ob an den Ursachen der Misere angesetzt und das ausufernde System wieder richtig programmiert wird. Erschöpft sich die Reform in vordergründigen Maßnahmen der Kostendämpfung und der Regulierung, wird das System in kurzer Zeit zusammenbrechen – mit verheerenden sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen. Um nicht weniger geht es bei der jetzt einzuleitenden Reform.

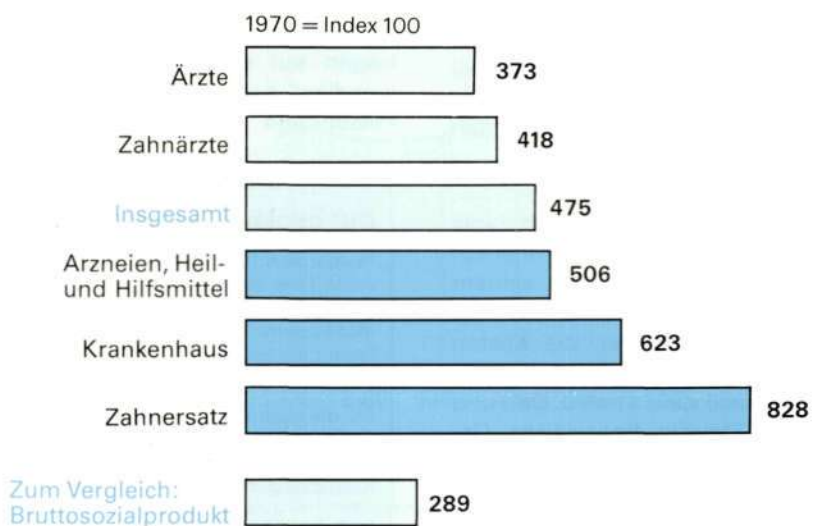
#### Die Fakten

Unsere gesetzlichen Krankenkassen stecken in permanenter Finanzkrise. 1986 standen Ausgaben von 119,58 Mrd. DM Einnahmen von nur 118,29 Mrd. DM gegenüber. Und diese Schere hat sich 1987 weiter geöffnet: Schon im ersten Halbjahr sind die Ausgaben pro Mitglied um 2,7% gestiegen, während sich der für die Beitragseinnahmen entscheidende Grundlohn nur um 1,9% erhöhte.

Von 1970 bis 1986 ist das Ausgabenvolumen dieser Krankenkassen um 375% von 25,18 Mrd. DM auf 119,58 Mrd. DM gestiegen (siehe Schaubild), während im gleichen Zeitraum das Bruttozialprodukt, also der Wert aller hergestellten Waren und Dienstleistungen, nur um 189% zugenommen hat.

Um solche Ausgabensteigerungen überhaupt finanzieren zu können, mußten von 1970 bis 1987

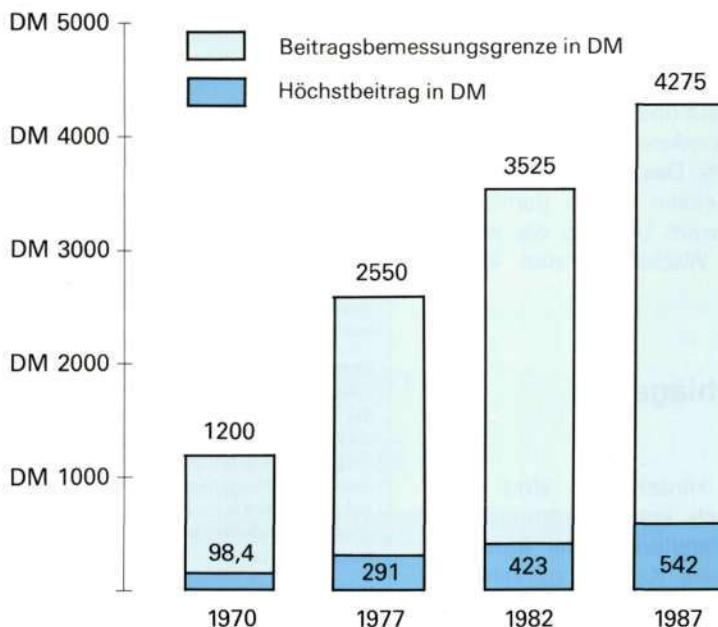
**Die Ausgabensteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1970 – 1986**



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

FI-Grafik

**Beitragsbemessungsgrenzen und Beiträge in der GKV 1970 – 1987 in DM**



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

FI-Grafik

- die Beitragssätze von durchschnittlich 8,2% auf 12,7% des beitragspflichtigen Einkommens angehoben werden und
- die monatlichen Beitragsbemessungsgrenzen des Einkommens von 1200,- DM auf 4275,- DM steigen (siehe Schaubild).

Der Durchschnittsbeitrag eines Arbeitnehmers stieg damit von 47,25 DM im Jahre 1970 auf 188,80 DM im Jahre 1986. Dabei zeigt dieser Betrag nur einen Teil der Gesundheitslasten an, die von den Arbeitnehmern zu tragen sind.

Wird alles zusammengezählt, was dieses System den Arbeitnehmer kostet, weil es letztlich von seinem Lohn abgeht – sein eigener Beitrag, der Arbeitgeberbeitrag, die Kosten der Lohnfortzahlung für die Unternehmen (1986 rund 41 Mrd. DM) und die über Steuern finanzierten Gesundheitsleistungen – so stellt sich heraus, daß ein Arbeitnehmer heute im Durchschnitt schon mehr als 20% seines um den Arbeitgeberbeitrag und um die Kosten der Lohnfortzahlung erhöhten Bruttolohnes an das Gesundheitssystem abführen muß, ob er will oder nicht.

Und diese Beträge steigen. Ohne Reformmaßnahmen müßten die durchschnittlichen Beitragssätze noch in diesem Jahr auf über 13% steigen. In einigen Krankenkassen liegen sie bereits bei 15,6%. Das bundesdeutsche Gesundheitswesen würde damit in immer größerem Umfang die wirtschaftlichen Wachstumsraten konsumieren.

## Die Vorschläge der Koalition

Vor diesem Hintergrund sind die zum Teil noch konkretisierungsbedürftigen Vorstellungen der Bonner Koalition (siehe Kasten) zu sehen. Danach sollen die Krankenkassen bei ihren bisherigen Aufgaben um etwa 14,5 Mrd. DM entlastet werden. Die Hälfte dieser Einsparungen soll frei-

lich in neu zu übernehmende Aufgaben fließen: In die Unterstützung der häuslichen Pflege und den Ausbau der Gesundheitsvorsorge. Die andere Hälfte soll zu einer Senkung des Beitragssatzes führen, die rechnerisch bei 0,7 Prozentpunkten liegt.

Um die Entlastungen herbeizuführen, sollen einige Leistungen der Krankenkassen ganz gestrichen, andere durch Festlegung von Festbeträgen auf das „medizinisch Notwendige“ beschränkt werden. Diese Festbeträge gelten für Arznei- und

Heilmittel sowie, eingeschränkt, auch für Zahnersatz. Bei der ambulanten Behandlung sollen die Ausgaben begrenzt werden durch verschärfte Kontrollen, finanzielle Vorgaben für die verordneten Leistungen und durch eine strenge Bindung der Honorare an den Grundsatz der Beitragsstabilität. Im Krankenhausbereich sollen die Kassen mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde Behandlungsverträge mit Krankenhäusern kündigen können, wenn kein Bedarf mehr besteht oder wenn sie unwirtschaftlich arbeiten.

### Der geplante Sparkatalog

**Festbeträge:** Für wirkstoffgleiche Arzneimittel sollen feste Beträge vorgegeben werden, die sich am Preis der billigen Mittel der jeweiligen Medikamentengruppe orientieren. Wählt der Patient ein teureres Medikament, muß er die Differenz selbst zahlen.

Für die noch nicht in das Festbetragssystem einbezogenen Mittel bleibt es bei der – allerdings von zwei auf drei DM erhöhten – Rezeptblattgebühr.

Feste Erstattungsbeiträge werden auch für Brillen (Gestell und Gläser), Hörgeräte und andere Heil- und Hilfsmittel vorgegeben.

**Leistungsbegrenzung:** Für jüngere Versicherte (1928 und später Geborene) soll das Sterbegeld abgeschafft werden. Entlastung der Kassen: 2,3 Mrd. DM.

Arzneimittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen dürfen nicht mehr auf Kassenrezept verordnet werden, ebensowenig wie sogenannte Bagatell-Mittel (z.B. Augenklappen). Bei den offenen Badekuren sollen die Kassenzuschüsse für Unterkunft und Verpflegung halbiert werden. Für Taxi-Fahrten zur ambulanten Behandlung werden die Kosten nur noch übernommen, wenn dies medizinisch notwendig ist. Einsparung: ca. 800 Mio. DM.

In Verhandlungen mit den Pharmaunternehmen soll eine Preissenkung von 10% erreicht werden.

**Sparrreize:** Einzelnen Kassen soll die Möglichkeit gegeben werden, in Modellversuchen die Wirksamkeit eines Systems der *Beitragsrückgewähr* zu erproben. Danach ist die Erstattung von bis zu einem Monatsbeitrag möglich, soweit die Ausgaben für den Versicherten im Jahr weniger als einen Monatsbeitrag ausmachen. Vorsorgemaßnahmen sollen nicht angerechnet werden.

Die Kosten des medizinisch notwendigen *Zahnersatzes* (einschließlich zahnärztlicher Leistungen) sollen nur noch zu 50% von der Kasse übernommen werden. Der Zuschuß erhöht

sich für Versicherte, die regelmäßig an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, auf bis zu zwei Drittel der Kosten. Einsparung: 3,6 Mrd. DM.

Die *Versicherten* sollen einen Rechtsanspruch erhalten, sich von der Kasse über die Leistungen und Kosten informieren zu lassen. Damit die Leistungen den einzelnen Versicherten zugerechnet werden können, müssen die Abrechnungsunterlagen der Leistungserbringer in einer bestimmten Form erfolgen. An eine Einführung des Kostenerstattungsprinzips ist nicht gedacht.

Im *Krankenhausbereich* ist neben der möglichen Kündigung von Verträgen durch die Kassen die Erstellung von Preisvergleichlisten vorgesehen. Die Ärzte werden verpflichtet, die Patienten in ein preisgünstiges Krankenhaus einzuweisen. Die Kasse hat bei der Übernahme der Kosten die Preisvergleichliste zu beachten. Weicht der Versicherte von der Empfehlung des Arztes ab, kann er mit Mehrkosten belastet werden.

Im *Bereich der Apotheken* soll es beim einheitlichen Abgabepreis für Arzneimittel bleiben. Allerdings wird der bisher vom Herstellerpreis abhängige prozentuale Apothekenzuschlag durch einen festen Zuschlag ersetzt. Damit soll der Anreiz gemindert werden, teure Medikamente abzugeben. Überdies können aus Großpackungen Teilmengen verkauft werden.

Die Landesverbände der einzelnen *Kassenarten* werden verpflichtet, Beitragssatzunterschiede auszugleichen. In einzelnen Kassenarten kann der Finanzausgleich auch bundesweit erfolgen. Dabei sind auch gezielte Finanzhilfen für notleidende Kassen möglich. Ein die Kassenarten übergreifender Finanzausgleich ist nicht vorgesehen. Die bislang nur für Angestellte bestehende Versicherungspflichtgrenze soll auch für Arbeiter gelten. Sie erhalten aber nicht die Möglichkeit, ihre gewünschte Kasse selbst zu wählen. Überdies ist vorgesehen, die Unterschiede im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht zwischen den gesetzlichen Kassen und den Ersatzkassen abzubauen.

## Die Ursachen der ständig steigenden Ausgaben

Als die gesetzliche Krankenversicherung im Jahre 1884 geschaffen wurde, war sie als Schutz für den wirtschaftlich schwachen Arbeiter gedacht, der, weil mittellos, im Krankheitsfall für gewöhnlich der öffentlichen Fürsorge zur Last fiel. Die Leistungen der Versicherung waren bescheiden und erstreckten sich im wesentlichen auf die Kostenübernahme für

- ärztliche und medikamentöse Versorgung,
- stationäre Behandlung und
- Krankengeldzahlung im Arbeitsunfähigkeitsfalle.

Mit diesem Leistungsrahmen blieb, trotz einiger Veränderungen, die gesetzliche Krankenversicherung bis in die fünfziger Jahre dieses Jahrhunderts hinein im wesentlichen auf eine Grundsicherung beschränkt. So konnten die Leistungen mit relativ bescheidenen Aufwendungen finanziert und sichergestellt werden.

## Ausweitung von Versichertenkreis und Leistungskatalog

Das änderte sich drastisch, als der Gesetzgeber dazu übergang, neben den Arbeitnehmern weitere, seiner Auffassung nach schutzbedürftige Personen, wie etwa Rentner und Landwirte, in die gesetzliche Krankenversicherung aufzunehmen. Von ihnen wurden jedoch keine kostendeckenden, dem Krankheitsrisiko entsprechenden Beiträge verlangt. Stattdessen wurden die Arbeitnehmer mit immer weiter steigenden Beiträgen zur Finanzierung des Leistungsbedarfs auch dieser Personen herangezogen. Derzeit gehören rund 90% der Bevölkerung – als versicherte Arbeitnehmer oder mitversicherte Familienangehörige – der gesetzlichen Krankenversicherung an.

Neben dieser gesetzlich verordneten Vereinnahmung immer weiterer Be-

völkerungsschichten ohne Rücksicht auf Wagnis- und Risikoausgleich trat die Aufblähung des Leistungskatalogs durch Übernahme neuer Kategorien wie Schwangerschaftsunterbrechung, kosmetische Operationen, Kinderkrankengeld, Sterbegeld u. ä., zu der auch die Ausdehnung des Krankheitsbegriffs durch die Rechtsprechung beigetragen hat. Gleichzeitig wurden Kostenbremsen, wie vertrauensärztliche Kontrollen, Prämien für ungenutzte Krankenscheine oder die Begrenzung der Krankenscheine auf einen pro Quartal, abgebaut.

Die Folge davon war eine immer weiter steigende Inanspruchnahme der Solidarkasse, die vielberufene „Ausgabenexplosion“. Um ihrer Herr zu werden, griff der Staat in immer kürzeren Abständen ein. Doch alle seine Eindämmungsversuche und die dadurch geschaffene Interventionsspirale mußten ohne Erfolg bleiben, weil sie es bei einem System beließen, das elementare menschliche Antriebskräfte verkennt und wirtschaftliche Binsenweisheiten außer acht läßt.

### Interventionsspirale im Gesundheitswesen

- 1977: Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz
- 1982: Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
- 1982: Kostendämpfungsergänzungsgesetz
- 1983: Haushaltsbegleitgesetz (Selbstbehalt), ab 1.4. Negativliste (Herausnahme erster Arzneimittel aus der Erstattungspflicht)
- 1984: Haushaltsbegleitgesetz
- 1985: Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung
- 1986: Verordnungsregelung der Krankenhauspflegesätze

## Fehlkonstruktion

Im gegenwärtigen Gesundheitssystem ist die Motivation aller, die daran teilnehmen, fehlgeleitet. Es ist zu einem gegenseitigen Begünstigungssystem entartet, bei dem jeder Beteiligte durch kostenbewußtes, verantwortungsvolles Handeln nur verlieren kann. Er hat um so mehr wirtschaftliche Vorteile zu erwarten, je mehr er das System ausbeutet: Der Patient, indem er mehr Krankheiten nimmt, der Arzt, indem er mehr davon verordnet, das Krankenhaus, indem es die Verweildauer verlängert und die Gesundheitsbürokratie, indem sie expandiert.

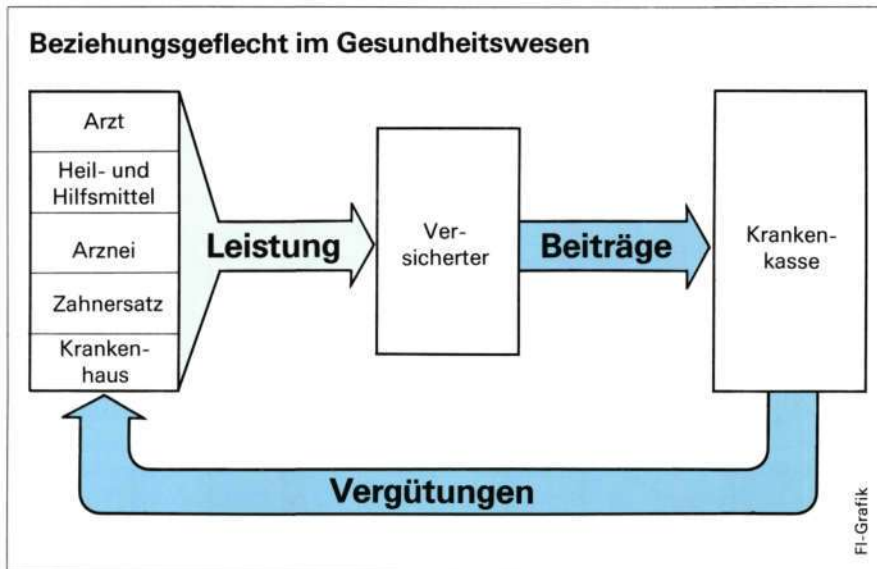
Das sind die Folgen, wenn ein Preissystem, das die echte Nachfrage widerspiegelt und den Mißbrauch verhindert, durch ein System mit Einkommensumverteilung und Zwangsbeiträgen ersetzt wird, bei dem die Kosten der Leistungen zunächst kollektiviert und damit verschleiert werden, sich dann aber in ständigen Beitragserhöhungen niederschlagen.

## Mißbrauch

Ein System, in dem Individualinteresse und Gemeinwohl gegeneinander stehen, kann aber allenfalls dann funktionieren, wenn die Entscheidungen des einzelnen nur geringfügige Lastenverschiebungen auslösen oder die Versicherten im Sinne des Gemeinwohls verantwortlich handeln.

Das erste ist im System der bundesdeutschen Vollversorgung nicht mehr gegeben, die zweite Voraussetzung vermutlich auch nicht mehr. Viel spricht für die Vermutung, daß Werte wie Pflichterfüllung, Fleiß, Leistung und Gemeinsinn heute teilweise weniger hoch eingeschätzt werden als ihr Gegenteil. Auf solch verändertes Verhalten ist das soziale Sicherungssystem aber nicht vorbereitet.

Die gesetzliche Krankenversicherung



soll vor Schaden und Not bewahren. Wird aber der Schadensfall selbst zu einem Teil der Lebensplanung, dann werden die Leistungen der sozialen Sicherungssysteme als Quelle der Einkommenserzielung eingeplant. Wird Freizeit höher geschätzt als die Arbeitszeit, so erlaubt das Gesundheitssystem derzeit, die Arbeitszeit durch sporadische Krankenschreibungen ohne Einkommenseinbußen zu verkürzen. Ein Arzt, der diesem Wunsch widersteht, hat mit Einkommenseinbußen zu rechnen. Diese und andere Mißbräuche des Systems lassen sich nur schwer quantifizieren. Es sprechen aber fast alle Anzeichen dafür, daß die Bereitschaft, in solchen Situationen Entscheidungen zugunsten der sozialen Sicherung und zulasten der Versicherten zu fällen, rückläufig ist.

Sicherlich sind die beklagten Ausgabensteigerungen nicht nur Folge systembedingter Unwirtschaftlichkeit. Gestiegene Lebenserwartung, wachsender Lebensstandard, medizinischer Fortschritt und die Veränderung der Alterspyramide in der Bevölkerung kommen als weitere, kaum beeinflussbare Ursachen für den wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen hinzu. Um so wichtiger ist es, die tieferen, beeinflussbaren Ursachen der Unwirtschaftlichkeit aufzuspüren und zu beseitigen.

### Die Bewertung der Reformpläne

An diesen Maßstäben gemessen werfen die Reformpläne der Regierungskoalition Licht und Schatten, wobei die Schatten bei weitem überwiegen. Abgesehen vom Bemühen, Leistungen auf das medizinisch Notwendige zu konzentrieren, reißen sich diese Vorschläge nahtlos in die Reihe der erfolglosen Reformversuche der Vergangenheit ein, weil sie

- die Fehlsteuerung der Beteiligten und ihre Motivationen nicht ändern und
- weiterhin auf staatliche Reglementierung und Bevormundung statt auf Eigenverantwortung und Eigeninteresse setzen.

Anstatt zumindest eine generelle und gleichmäßige Selbstbeteiligung für alle Kassenleistungen einzuführen und vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip überzugehen, wurden neue bürokratische Regelungsmechanismen ersonnen, die das System noch weiter verkrusten und noch undurchschaubarer machen.

Überdies gilt jetzt schon als sicher, daß einige der Reformmaßnahmen keine oder nur geringe Wirkungen zeigen werden, weil sie keine wirksa-

men Anreize zu Ausgaben-senkung und Wettbewerb setzen:

- Die Landesbehörden werden ohne geänderte Rahmenbedingungen der Kündigung von Behandlungsverträgen mit unwirtschaftlich arbeitenden öffentlichen Krankenhäusern kaum zustimmen.
- Der Rechtsanspruch, sich von der Kasse über die bisher verursachten Kosten informieren zu lassen, dürfte ins Leere laufen.
- Der landes- oder bundesweite Finanzausgleich bei einzelnen Kassenarten vermindert bei Kassen mit überdurchschnittlichen Defiziten geradezu das Interesse an Sparsamkeit etwa im Bereich der Verwaltung.
- Die Einführung der Versicherungspflichtgrenze auch für Arbeiter führt keineswegs mehr Wettbewerb zwischen den Kassen herbei, denn die Arbeiter haben nicht das Recht, sich die gewünschte Kasse auszuwählen. Mit der geplanten Angleichung der Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsunterschiede zwischen gesetzlichen und Ersatzkassen wird der ohnehin schon geringe Wettbewerb eher noch weiter geschwächt. Überdies kann die Angleichung dazu führen, daß den Ersatzkassen die Möglichkeit genommen wird, für freiwillig Versicherte auch weiterhin das Kostenerstattungsprinzip zu praktizieren.

Auch die von den Festzuschüssen erhofften Wirkungen dürften nur schwerlich eintreten, da dieses Verfahren eine Reihe von Nachteilen mit sich bringt:

- Ein Festzuschuß ist im Prinzip nichts anderes als ein Mindestpreis für ein bestimmtes Standardmedikament. Das aber erhält der Versicherte auch weiterhin zum Nulltarif und damit ohne Selbstbeteiligung. Ihm fehlt damit auch weiterhin jeglicher Anreiz, mit Medikamenten sparsam umzugehen. Da die Ausgabenexpansion

sion dieses Bereiches insbesondere auf das Anwachsen der Mengen zurückzuführen ist, kann mit einer Begrenzung der Ausgaben kaum gerechnet werden.

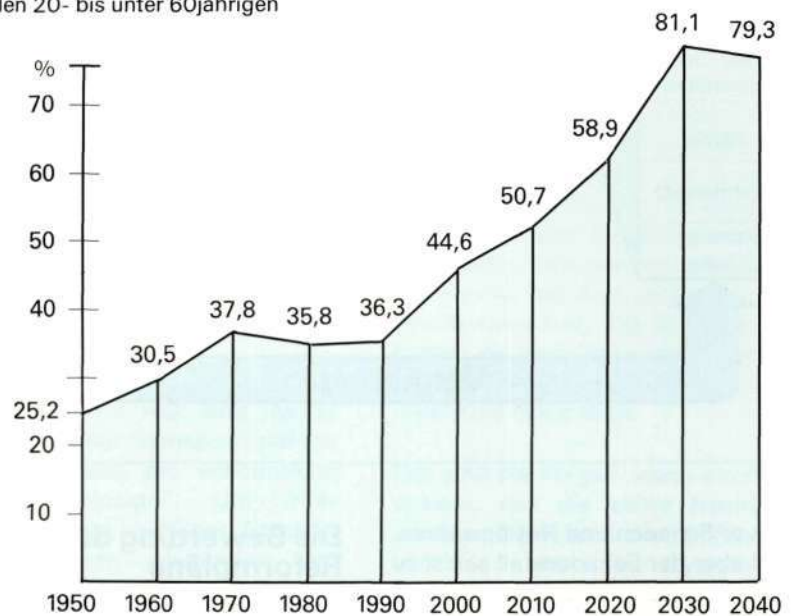
- Unterhalb des Mindestpreises hört der Preiswettbewerb völlig auf. Billig-Anbietern wird damit ein Anreiz gegeben, ihre Preise bis zur Preisschwelle anzuheben.
- Da die Versicherten einen starken Anreiz erhalten, sich für die billigen Arzneimittel zu entscheiden, geraten teure Medikamente unter Preisdruck. Der Anteil der Nachahmerpräparate wird beschleunigt wachsen. Den forschenden Pharmaunternehmen bleibt dann nur die Wahl, unter Inkaufnahme von Verlusten die Nachahmer in Schach zu halten oder Forschungs- und Produktionskapazitäten aufzugeben oder ins Ausland zu verlagern.

Kommt es dann noch dazu, daß die Preise durch politischen Druck gesenkt und festgeschrieben werden, wird der Pharma-Standort Bundesrepublik noch uninteressanter. Unternehmerisches Handeln, das für langfristige Investitionen verlässliche Rahmenbedingungen braucht, wird unter solchen Voraussetzungen zum Glücksspiel.

Vonnöten sind keine Schutzzäune für Pharmaunternehmen, sondern umfassender Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern und den Kassen. Die Chance dazu würde mit der Verwirklichung der jetzigen Reformvorschläge wieder einmal vertan. Schon jetzt ist sicher, daß diese Regelungen Ausweichmanöver auslösen. Mit einer Senkung der Ausgaben wäre also auch insoweit nur kurzfristig zu rechnen.

### Veränderung des Alterslastquotienten

Verhältnis der 60jährigen und älteren zu den 20- bis unter 60jährigen

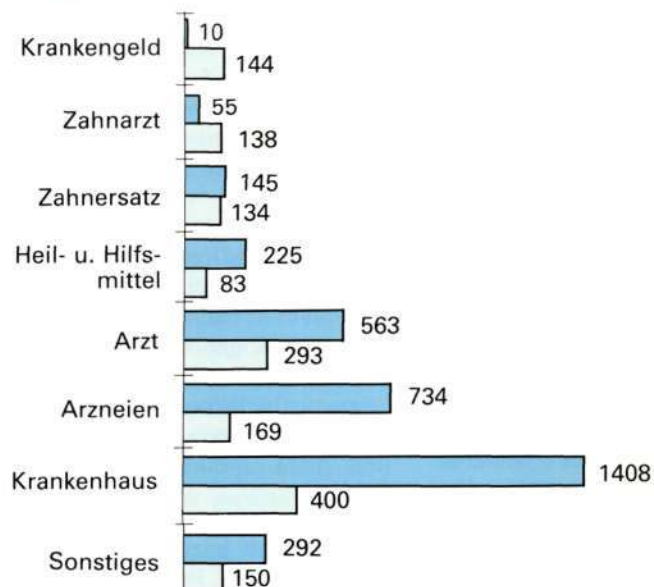


**Lesbeispiel:** Auf jeweils 100 Einwohner im Alter von 20 bis unter 60 Jahren kamen 1980 schon 35,8 Personen im Alter von 60 und mehr Jahren. Im Jahr 2010 werden es voraussichtlich 50,7 sein.  
Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

Fl-Grafik

### Krankheitskosten bei Jung und Alt im Jahr 1985 in DM

■ Rentner (Durchschnittskosten: 3.432 DM)  
□ Mitglieder ohne Rentner (Durchschnittskosten: 1.511 DM)



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Fl-Grafik

## Die Herausforderungen kommen erst

Der in den letzten drei Jahrzehnten von den Sozialpolitikern aller Parteien betriebene Ausbau des Sozialstaats wurde vorgenommen, ohne daß besondere soziale Herausforderungen zu bewältigen gewesen wären. Bei relativ hohem Wirtschaftswachstum war die Versuchung offenbar unwiderstehlich, möglichst alle Bürger in möglichst vielen Lebenslagen möglichst umfassend zu versorgen. Doch heute stehen die Herausforderungen unübersehbar vor der Tür. Alleine schon die außerordentliche Zunahme des Altenanteils an der Bevölkerung nach 1995 (siehe Schaubild) läßt erkennen, in welche finanzielle Krise die gesetzlichen Krankenkassen steuern.

Ohne umfassende Reform, die Verschwendung und Mißbrauch Einhalt gebietet, ist unter den bisherigen Rahmenbedingungen schon bis zur nahen Jahrhundertwende mit einem Beitragssatz zur Krankenversicherung von 18% zu rechnen. Danach setzt die Überalterung der Bevölkerung in vollem Umfang ein. Ein Rentner zahlt aber nicht nur viel weniger Beitrag zur Krankenversicherung als ein Aktiver; er nimmt außerdem das Gesundheitswesen viel stärker in Anspruch (siehe Schaubild). Deshalb müssen allein aus Gründen der veränderten Altersstruktur die Beiträge um weitere rund 6 Prozentpunkte steigen. Bei dieser Entwicklung sind der Anstieg der Preiskomponente – durch den medizinischen Fortschritt etwa –, durch die jetzt erfolgte Einbeziehung der stark expandierenden Pflegefälle und durch die befürchtete Zunahme von Volkskrankheiten noch nicht einmal berücksichtigt.

## Fazit

- Unsere gesetzlichen Krankenkassen stecken in permanenter Finanzkrise. Hauptursache ist die Fehlkonstruktion des Systems, das den Beteiligten keinerlei Anreize zur Kostensenkung und Leistungsbeschränkung gibt.
- Um die laufenden Ausgabensteigerungen einzudämmen, greift der Staat immer häufiger mit ein. Doch auch die derzeit geplanten Regelungen verlängern nur die Liste der bisher schon erfolglosen, weil am Interesse der Beteiligten vorbeigehenden, Eingriffe. Weitere Ausweichmanöver und Umgehungspraktiken werden neue Eingriffe erforderlich machen.
- Die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen sind erfolgt, ohne daß besondere soziale Herausforderungen zu meistern gewesen wären. Angesichts der auf uns zukommenden großen Belastungen durch die Veränderungen der Altersstruktur ab 1995 zeichnen sich – ohne wirkliche Systemreform – vom einzelnen kaum zu verkraftende drastische Erhöhungen der Beitragssätze ab.

## Ausblick

Das bisherige System der gesetzlichen Krankenversicherung, in der Falle zwischen geringer werdenden wirtschaftlichen Wachstumsraten und immer höheren Lasten, kann in

der jetzigen Form nicht mehr lange überleben. Wir stehen deshalb, wie schon einmal vor einhundert Jahren, an einem Scheideweg.

Das System der Zukunft muß anders aussehen. Es muß medizinisch alle sinnvollen Möglichkeiten eröffnen und wirtschaftlich leistungsfähig sein, es muß dem einzelnen echte Wahlmöglichkeiten bieten, ihn in seiner Verantwortungsfreude stärken und die von ihm alleine nicht tragbaren Risiken abdecken. Kurz, es muß die bisherigen Fehlsteuerungen beseitigen und das natürliche Vorteilsstreben des einzelnen wieder der Allgemeinheit zunutze machen.

Ein solches System, bei dem der einzelne wieder ein persönliches Interesse an kostengünstigem Verhalten hat, läßt sich ohne besondere Schwierigkeiten realisieren (siehe KRONBERGER KREIS: Mehr Markt im Gesundheitswesen, Schriftenreihe Bd.13/1987). Dazu sind im wesentlichen nur einzuführen: Eine echte Versicherungslösung einschließlich einer allgemeinen Grundversicherung, das Kostenerstattungsprinzip sowie wettbewerbsfördernde Bedingungen auf Anbieter- und Versicherungsseite.

Es erfordert sicherlich Mut, diesen Schritt weg vom eingefahrenen System staatlicher Vollversorgung mit Zwangsbeiträgen und hin zu mehr Eigenverantwortung und Entstaatlichung zu tun. Doch dieser Schritt würde für alle wie eine Befreiung wirken und ganz neue Kräfte freisetzen. Er steht im Gegensatz zum Mut der Verzweiflung, mit dem bis heute am alten System repariert wird, während die Probleme unaufhaltsam weiter wachsen.