

# Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der  
Katholischen Sozialwissenschaftlichen  
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 208

Günter Neubauer

Wie krank  
ist das  
Gesundheitswesen?

J.P. BACHEM VERLAG

---

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ will der Information und Orientierung dienen. Sie behandelt aktuelle Fragen aus folgenden Bereichen:

*Kirche, Politik und Gesellschaft*

*Staat, Recht und Demokratie*

*Wirtschaft und soziale Ordnung*

*Familie*

*Schöpfungsverantwortung und Ökologie*

*Europa und Dritte Welt*

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

*Bestellungen*

sind zu richten an:

**Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle**

**Viktoriastraße 76**

**41061 Mönchengladbach**

Tel. 0 21 61 / 20 70 96 · Fax 0 21 61 / 20 89 37

*Redaktion:*

**Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle**

**Mönchengladbach**

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

---

1994

© J. P. Bachem Verlag GmbH, Köln

ISBN 3-7616-1224-9

Der Patient 'Gesundheitswesen' ist ernstlich krank. Dies gilt zumindest, wenn man das häufige 'herumdoktern' als Indiz für eine vorliegende Krankheit nimmt. Auch stehen um das Krankenbett - um im Bild zu bleiben - viele hochkarätige Experten, meistens freilich mehr um das eigene Wohl denn um das des Patienten besorgt. Gesundheitsausgaben sind eben auch Einkommen, was deutlich macht, daß es auch eine Aufgabe für Ökonomen ist, sich mit diesem schwierigen, gesellschaftspolitisch hochbrisanten und ökonomisch wichtigen Gebiet zu beschäftigen.

Im weiteren wollen wir das hier zu behandelnde Thema in drei Schritten abhandeln: Zunächst wollen wir die Symptome der Krankheit unseres Gesundheitswesens beschreiben, in einem zweiten Schritt soll eine Diagnose versucht werden und als letztes schließlich wollen wir auch einige Therapievorschläge entwickeln. Freilich wissen wir, daß unsere Therapievorschläge noch nicht zu einem geschlossenen Konzept ausgereift sind, sondern mehr im Sinne von Elementen gedacht sind, die später zu einem geschlossenen Therapiekonzept zusammenzufügen wären. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß sich unsere Ausführungen schwergewichtig auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) beziehen.

### **Symptome der Krankheit**

An dieser Stelle können wir keine erschöpfende Auflistung aller wahrnehmbaren Symptome aufzählen, die auf eine unerwünschte Entwicklung unseres Gesundheitswesens hinweisen. Aus der Fülle der Symptome wollen wir hier nur vier, uns besonders wichtig erscheinende, herausgreifen. Für wichtig halten wir diese deswegen, weil sie einerseits nach Maßnahmen verlangen und andererseits in der aktuellen Diskussion eine besondere Rolle spielen.

#### **Ausgabenwachstum**

Das wohl auffälligste Symptom unseres Gesundheitswesens - und nicht nur unseres - ist das schnell wachsende Ausgabenvolumen. Dabei ist es weniger die absolute als die relative Zunahme, verglichen zu anderen volkswirtschaftlichen Größen. Während das Bruttosozialprodukt von 1970 bis 1990 etwa um das 2,5-fache angewachsen ist, sind die Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung im selben Zeitraum um das 6,5-fache angestiegen. Damit sind die Gesundheitsausgaben mehr als doppelt so schnell gewachsen wie das Bruttosozialprodukt.

Das rasche Ausgabenwachstum der GKV führt dazu, daß die Krankenkassen von Jahr zu Jahr vor der Frage stehen, wie sie die sich öffnende

Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben schließen können. Der einfachste und nach außen am deutlichsten vernehmbare Schritt ist, daß die Krankenkassen den Beitragssatz erhöhen. Selbiges kann freilich bei der Konstruktion unseres Systems nicht unwidersprochen hingenommen werden.

### Staatliche Interventionen

Die oben beschriebene Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben und die daraus resultierende Beitragssatzanhebung führt zu volkswirtschaftlichen Konsequenzen, die der Politik nicht gleich sein können. An erster Stelle ist hier der Verdrängungseffekt zu nennen, der dadurch auftritt, daß bei steigenden Beiträgen die Steuerzahler weniger bereit sind, Steuererhöhungen hinzunehmen. Mit anderen Worten, es gibt eine Konkurrenz der Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Hände um die Abgabekapazität der Haushalte und Unternehmen.

Höhere Beiträge verdrängen die Möglichkeit für den Fiskus, die Steuern zu erhöhen und umgekehrt. Ein ähnlicher Zusammenhang trifft für die Rentenversicherung zu. Bekanntlich werden ja die Renten in dem Umfange erhöht, wie die Nettoeinkommen steigen. Steigen nun die Krankenversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer, so wird der Nettolohnanstieg entsprechend moderater ausfallen. Das schlägt unmittelbar auf die Rentenerhöhung durch. In Wahljahren hat aber die Regierung ein Interesse, daß die Rentenerhöhungen eher deutlich als weniger deutlich ausfallen.

Zu dem politischen Interesse kommt das Interesse der Arbeitgeber auf Eindämmung der Lohnnebenkosten hinzu. Steigende Beiträge zur Krankenversicherung bedeuten nämlich steigende Lohnnebenkosten. Nun sind die Lohnnebenkosten in Deutschland bereits auf ein weltweit höchstes Niveau gelangt, so daß für die Arbeitgeber jede weitere Steigerung auf eine deutliche Schmerzgrenze stößt.

Die Arbeitgeber können insbesondere der Politik androhen, daß Arbeitsplätze verloren gehen, wenn die Lohnnebenkostendynamik nicht deutlicher gezügelt wird. Ein Argument, das insbesondere in Wahljahren durchschlagend wirkt. Hinter dieser Drohung steht das harte ökonomische Faktum, daß wir in einem weltweiten Wettbewerb stehen. Die deutschen Arbeitskräfte müssen mit den relativ billigen Arbeitskräften in Osteuropa oder in Asien konkurrieren.

Wenn die deutsche Wirtschaft den Konkurrenzkampf teilweise oder ganz verliert, werden Arbeitsplätze abgebaut. Arbeitslose können aber faktisch keine Beiträge in die Sozialversicherung bezahlen, was die Finanzierungs-

basis der Sozialversicherung wie die der Krankenversicherung schmälert. Arbeitslose werden aber nicht weniger oft krank als Beschäftigte, d.h. es bleiben der Bedarf und die entsprechenden Ausgaben, ohne daß tatsächlich Einnahmen erwirtschaftet werden.

Mit einer steigenden Abgabenquote wird wiederum der Leistungswille der Haushalte gedämpft. Zurückgehender Leistungswille bedeutet, daß mehr und mehr Erwerbstätige in legale abgabenfreie Bereiche oder illegale, wie die Schattenwirtschaft, flüchten. Die abgabenpflichtige Tätigkeit wird dauernd weiter verteuert und so in ihrer Konkurrenzfähigkeit wie in ihrer Attraktivität vermindert. Die Bemühungen der Bundesanstalt für Arbeit, Schwarzarbeit in Milliardenhöhe einzudämmen, geben einen Hinweis auf die Dimension des Problems. Alle drei angeführten Argumente zusammen haben dazu geführt, daß der Staat seit 1976 in einem Rhythmus von etwa 5 Jahren in das Gesundheitssystem per Gesetz massiv eingegriffen hat: vom Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 bis zum derzeit aktuellen Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Ziel all dieser Interventionen war es stets, die Ausgaben zu dämpfen und sie wieder an die Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen heranzuführen.

Ein solcher Interventionismus führt zu erheblichen Anpassungsverlusten der Akteure im Gesundheitswesen. Zugleich ist er aber auch ein deutliches Zeichen dafür, daß das System sich nicht in befriedigendem Maße selbst steuern kann und externer Eingriffe bedarf.

### Strukturängel

Obwohl die Ausgaben für Gesundheit ständig steigen, haben wir immer noch einige Bereiche, in denen eher eine Unterversorgung denn eine Überversorgung besteht. Hier wären insbesondere drei Bereiche anzuführen: die psychosoziale Betreuung, die Vernachlässigung der Prävention und die nach wie vor ausstehende Regelung der Pflege von chronisch kranken Menschen.

Diesen Bereichen der Unterversorgung stehen einige Bereiche der Überversorgung gegenüber. So vermuten wir, daß wir eher einen zu hohen Arzneimittelkonsum haben und zu viel Zeit in den Arztpraxen und in den Krankenhäusern verbringen. Auch hier wird deutlich, daß das System sich nur ungenügend selbst zu steuern vermag.

## Mäßige Verbesserung des Gesundheitszustandes

Diesen relativ schnell wachsenden Ausgaben stehen andererseits nur mäßige Verbesserungen des Gesundheitszustandes gegenüber. So sind nach wie vor die Arbeitsunfähigkeit in Deutschland und die Frühverrentung international auf einem sehr hohen Niveau.

Im produzierenden Gewerbe zum Beispiel gibt es die paradoxe Situation, daß in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich zwar die niedrigste Jahresarbeitszeit, gleichzeitig aber die längsten Fehlzeiten auftreten. Deutschland nimmt hierbei mit hohen Fehlzeiten bei den kurzen Arbeitszeiten eine besonders auffallende Position ein. Aber auch, wenn man die Lebenserwartung als Maßstab heranzieht, ergibt sich, daß diese in keiner Relation zu den Ausgaben für Gesundheit steht.

Insgesamt kann man also den Schluß ziehen, daß den wachsenden Gesundheitsausgaben kein spürbarer Gesundheitsgewinn gegenübersteht. Nun könnte man freilich auch argumentieren, daß wachsende Gesundheitsausgaben sich nicht nur in einer höheren Lebenserwartung niederschlagen, sondern auch der Linderung von Leiden dienen. Doch selbst wenn man dieses Argument akzeptiert, bleibt der obige Eindruck im Kern bestehen.

## Diagnose der Krankheitsursachen

Nachdem wir einige Symptome der Krankheit beschrieben haben, wollen wir im nächsten Abschnitt nun nach den Ursachen dieser Krankheit fragen. Dabei gehen wir so vor, daß wir zunächst unabhängige Einflußfaktoren ansprechen, um in einem zweiten Unterpunkt dann auf solche Einflußfaktoren einzugehen, die nach unserer Meinung von der Art unseres Gesundheitssystems abhängen.

### Systemunabhängige Einflußfaktoren

An erster Stelle ist hier die demographisch bedingte Morbiditätsentwicklung zu nennen. Wir wissen, daß alte Menschen deutlich mehr Gesundheitsleistungen verbrauchen als jüngere Menschen. Daraus ergibt sich quasi automatisch, daß mit einer zunehmenden älteren Bevölkerung auch der Verbrauch von Gesundheitsleistungen ansteigen wird.

Ob allerdings dieser Anstieg so deutlich ausfällt, daß er in wenigen Jahren jeweils die Ausgaben so schnell davoneilen läßt, ist fraglich. Unbestritten dürfte es sein, daß langfristig mit einer Zunahme der älteren Menschen der Gesundheitsbedarf zunehmen wird.

Auch der medizinisch-technische Wandel tut das seine dazu, daß die Ausgaben rasch ansteigen. Hier sind insbesondere die Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren zu nennen, da immer mehr Krankheiten einer Diagnose und - teilweise - einer Therapie zusätzlich zugänglich werden. Besonders eindrucksvoll sind etwa die Erfolge der Transplantationschirurgie und auch der Alterschirurgie. So können heute Menschen selbst im hohen Alter noch von Leiden befreit werden, weil die chirurgischen Eingriffe mittlerweile so schonend erfolgen, daß auch ein alter Mensch diesen Eingriff ohne größere Schwierigkeiten überstehen kann.

Häufig wird übersehen, daß durch die modernen Kommunikations- und Transportmöglichkeiten heute in ungleich größerem Maße Neuerungen in der Medizin global zugänglich gemacht werden. Nicht nur, daß innerhalb kurzer Zeit medizinische Neuentwicklungen in allen Ländern zur Anwendung kommen, auch Therapien, die in einem Land nicht zur Verfügung stehen, können relativ leicht durch die modernen Transportmöglichkeiten von Patienten aus solchen Ländern erreicht werden, die nicht selbst diese Möglichkeiten vorhalten. Dies schafft aber eine große Herausforderung an jede moderne demokratische Gesellschaft: Es gilt, dem Vorwurf zu begegnen, daß nur Wohlhabenden teure medizinische Möglichkeiten zugänglich sind, weil sie diese im Ausland nutzen können.

Ein Phänomen neuer Art ist auch das Anspruchsverhalten des einzelnen gegenüber der Gesellschaft im Krankheitsfalle. Krankheit wird heute viel weniger als persönliches Schicksal empfunden, das hinzunehmen ist und dem jeder einzelne aber auch aktiv vorzubeugen hat, sondern vielmehr als Forderung an die Gesellschaft verstanden, im Krankheitsfalle alle erforderlichen Mittel zur Verfügung zu stellen. Aus diesem Verhalten resultieren einerseits rasch ansteigende Ausgaben, da der Mensch bei Befindlichkeitsstörungen sofort fordernd dem Arzt gegenübersteht, und andererseits, daß die Ressourcen von der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt werden müssen.

Daß dies eine Fehldeutung des Solidargedankens bedeutet, braucht hier nicht betont zu werden. Schließlich hat auch der Patient die Pflicht, mit dem Versicherten und Beitragszahler Solidarität zu üben. Letzteres bedeutet, daß der Patient die Beitragszahler nicht stärker belasten darf, als es notwendig ist, nachdem er vorher seine eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft hat.

Das heutige Anspruchsverhalten hat noch die verhängnisvolle Konsequenz, daß es auf andere Bürger insofern ansteckend wirkt, als sich die Meinung daraus bildet, daß man auch selbst die Solidargemeinschaft in

Anspruch nehmen muß, damit man nicht ständig von anderen "ausgebeutet" wird.

Schließlich wäre als systemunabhängiger Einflußfaktor zu nennen, daß mit steigendem Einkommen die Gesundheitsausgaben in aller Regel überproportional zunehmen. Wir haben es hier mit einem Phänomen zu tun, das in der Ökonomie mit Superiorität der Güter bezeichnet wird. Darunter verstehen wir solche Güter, die bei einem Einkommenswachstum überproportional viel von dem zusätzlichen Einkommen auf sich ziehen. Gesundheitsleistungen dürften ohne Zweifel hierzu zählen. Zumindest zeigt sich weltweit, daß prozentual für die Gesundheit umso mehr ausgegeben wird, je höher das Pro-Kopf-Einkommen ist. Dies ist zunächst ökonomisch kein Nachteil. Zum Nachteil wird es erst, wenn diese wachsenden Ausgaben nicht über die Haushaltseinkommen, sondern ausschließlich über die Arbeitskosten finanziert werden, wie dies in unserem System der Fall ist. Auf diesen Punkt wird weiter unten noch einzugehen sein.

### Systemabhängige Faktoren

Bei den systemabhängigen Faktoren wollen wir fünf Bereiche nennen, in denen wir Ursachen der beschriebenen Symptome identifizieren können. Als erste, wenn auch vielleicht nicht als wichtigste Einflußfaktoren sollen Steuerungsdefizite bei Patienten und Versicherten genannt werden. Wir haben oben schon das Anspruchsverhalten im Rahmen der Krankenversicherung angesprochen. Dieses Anspruchsverhalten verlangt nach steuernden Maßnahmen, die es aber in unserem System im wesentlichen nicht gibt. In der Ökonomie ist man nahezu einhellig der Meinung, daß dem Anspruchsverhalten von Patienten, aber auch dem bewußten Ausnutzen einer Versicherung (moral hazard) mit Selbstbeteiligungen begegnet werden muß.

Patienten, die Leistungen in Anspruch nehmen, ohne deren Kosten weder zu kennen oder gar tragen zu müssen, werden immer versucht sein, mehr Leistung in Anspruch zu nehmen als dies bei Kenntnis der Kosten und des Nutzens der Fall wäre. Wir haben so stets die Gefahr einer Überanspruchnahme.

Auch bei den Leistungserbringern gibt es eine Reihe von Steuerungsdefiziten, die sich darin zeigen, daß z.T. geradezu unsinnige Leistungserbringung finanziell honoriert und auf der anderen Seite sinnvolle Leistungserbringung bestraft wird. Ein besonders augenfälliges Beispiel hat sich in den ersten Monaten des Jahres 1993 ergeben. Hier haben die niedergelassenen Ärzte innerhalb von zwei Monaten ihre Arzneimittel-

verschreibungen um nahezu 30 % reduziert, ohne daß von der Krankheitsentwicklung her dafür eine Ursache erkennbar gewesen wäre.

Auslöser war vielmehr die Angst der niedergelassenen Ärzte, im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) für zu hohe Verschreibungen finanziell selbst in Regreß genommen zu werden. Eine solche unrichtige, aber befürchtete Maßnahme hat dort offensichtlich bereits ausgereicht, um das Verordnungsvolumen um nahezu ein Drittel zu reduzieren.

Auch im Bereich der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung gibt es eine Reihe von Steuerungsdefiziten, die wir hier ebenfalls nur sehr kurz ansprechen können. In erster Linie ist hier anzuführen, daß die Krankenversicherungen zu wenig wettbewerbsfähig gesteuert und zu stark staatlich administriert werden. Dieses hat zur Folge, daß bei den Krankenkassen nur ein geringes Interesse besteht, für ihre Versicherten günstige Leistungsverträge abzuschließen.

Schließlich hemmt das zwischen Kassen und Leistungserbringern in der Regel vorherrschende kollektive Verhandeln und kollektive Vertragsrecht eine innovative Erneuerung des Systems. Kollektive sind von ihrer Natur heraus innovationsfeindlich.

Ein weiteres grundlegendes Problem unserer gesetzlichen Krankenversicherung ist die Konstruktion als Arbeitnehmersicherung. Die Einkommen der GKV werden nämlich ausschließlich an das Lohn Einkommen angeknüpft. Eine solche Verengung der Beitragsbemessungsgrundlage muß in einer reifen Volkswirtschaft notgedrungen zu einer schmälere Einkommensbasis führen.

Daneben ist aber auch die Ausgestaltung der Beiträge, insbesondere der Versicherungspflicht, die unabhängig von der gesamten Haushaltslage erfolgt, nachteilig. Es verleitet geradezu zu Manipulation, z.B. dann, wenn ein Selbständiger die Möglichkeit hat, Familienangehörige zu beschäftigen. Er kann für Familienangehörige zu relativ günstigen Beiträgen einen vollen Krankenversicherungsschutz erwerben.

Mit anderen Worten, es muß darüber nachgedacht werden, ob sowohl Versicherungspflicht wie Beitragsbemessungsgrenze als auch die Beitragsbemessungsgrundlage weiterhin nur am Lohn Einkommen anknüpfen sollen. Die soziale Krankenversicherung muß sich von einer Arbeitnehmersicherung hin zu einer Familienversicherung wandeln.

In Frage steht aber auch der Umfang der solidarisch zu finanzierenden Leistungen. Heute haben wir ein Leistungssystem, das eine Vielzahl von Leistungen absichert, die im engeren Sinne nicht oder so nicht in die gesetzliche Krankenversicherung gehören. Wir werden weiter unten noch auf diesen Punkt ausführlicher eingehen.

## Vorschläge zur Therapie

Nachdem wir die Symptomatik beschrieben und die Gründe im Rahmen der Diagnosestellung angesprochen haben, ist es nun an der Zeit, über Therapieansätze nachzudenken. Allerdings können wir hier nur Therapieansätze beschreiben, ohne sie im Detail auf ihre Wirkungsweise zu analysieren.

Wir unterscheiden zwei Therapieansätze: einmal Maßnahmen, die darauf abzielen, das bestehende System in seiner Effizienz und Effektivität zu verbessern, und zum anderen Maßnahmen, welche die Rahmenbedingungen des Systems verändern. Wir beginnen mit dem ersten Bereich.

### Verbesserung der Steuerung im Rahmen des gegebenen Systems

Im gegebenen System ist generell festzustellen, daß viele Handlungen ablaufen, ohne daß der Handelnde um deren Kosten bzw. Nutzen weiß. Letzteres ist aber Voraussetzung für ein ökonomisch rationales Verhalten. Aus ökonomischer Sicht haben daher vorwiegend dort die Maßnahmen anzusetzen.

Beginnen wir mit unseren Therapieansätzen bei Patienten. Für Patienten wird im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung der Zugang zu den Leistungen bewußt kostenfrei gestaltet. Dieser kostenfreie Zugang soll den Patienten eine Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen ohne Berücksichtigung ökonomischer Überlegungen erlauben. Eine solche Denkweise, so lobenswert sie ist, muß zu einer höheren Inanspruchnahme von Leistungen führen, als es der Fall wäre, wenn der Patient die Kosten teilweise oder ganz zu tragen hätte.

Wenn aber die Knappheit der Mittel auch für die Gesundheitsversorgung gilt - und bislang hat es kein Land geschafft, diese Knappheit aufzuheben -, so wird damit ein irrationales Verhalten unterstützt. Es muß daher gefordert werden, daß auch der Patient in den Bereichen, wo er Nutzen und Kosten der Leistungen, die er in Anspruch nimmt, einigermaßen abschätzen kann, an den Kosten seines Handelns direkt beteiligt wird. Dies könnte ohne Schwierigkeiten im Bereich der Vorbeugekuren, bei den Heil- und Hilfsmitteln sowie bei vielen Arzneimitteln geschehen.

Auch für die Versicherten selbst gäbe es eine Reihe von Instrumenten zur Verbesserung der Effizienz. So sollten die Versicherten, welche die Krankenversicherung nicht oder wenig in Anspruch nehmen, dafür belohnt werden. Hierfür gibt es eine Vielzahl von Instrumenten, die aus der privaten Versicherungswirtschaft entnommen werden könnten. Dabei kann es freilich nicht darum gehen, die Solidarität in dem Bereich auf-

zulösen, in dem der einzelne diese auch braucht. Nur muß, wie oben bereits angedeutet, vor der Solidarität die Selbsthilfe stehen.

Auch für die Leistungserbringer gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, das System zu verbessern. Grundsätzlich ist der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern zu fördern. Dem steht aber heute das weitgehend kollektive Vertragssystem entgegen. Von den vielen Gestaltungsmöglichkeiten, die wir aus anderen Wirtschaftsbereichen kennen, wird im Bereich der Gesundheitsversorgung kein bzw. nur ein sehr spärlicher Gebrauch gemacht. Zu wünschen wäre ein stärker individuelles Vertragsrecht, das sich zwar im Rahmen kollektiver Vorgaben bewegt, aber innerhalb dieser Rahmenverträge Gestaltungsfreiheit hat.

Um nicht zu abstrakt zu bleiben, wollen wir einen konkreten Vorschlag für die kassenärztliche Versorgung entwickeln. Vorab sei darauf hingewiesen, daß etwa 90% der Bevölkerung und rund 98% aller niedergelassenen Ärzte in die kassenärztliche Versorgung eingebunden sind. Das derzeitige Vertragsrecht sieht vor, daß jeder niedergelassene Arzt Kassenarzt werden darf und jeder Kassenarzt Mitglied der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) werden muß. Die KV schließt nun mit den entsprechenden Landesverbänden der Krankenkassen einen Kollektivvertrag, der für alle Kassenärzte der Region und für alle Krankenkassen und deren Versicherten in der Region gilt.

Ökonomisch gesprochen schließen ein Monopolist - die KV - und ein Kartell - die Krankenkassen - einen Vertrag, bei dem die Betroffenen - die Versicherten - weder eine Mitwirkungsmöglichkeit noch eine Ausweichchance haben. Verträge dieser Art führen mittelfristig zu Funktionsbürokratie, Innovationsfeindlichkeit und Unzufriedenheit bei den Betroffenen.

Dies alles wäre noch kein Grund für eine Systemänderung in Deutschland, wenn nicht durch den freien Zutritt für weitere Ärzte die Kosten ansteigen würden. Jeder ins System eintretende Arzt versucht sich nämlich Patienten und damit Einkommen zu schaffen, was aber auf der anderen Seite Ausgabensteigerung für die Kassen bedeutet.

Im Zuge der Ausgabendiskussion wird nun nach Abhilfe gesucht. Was läge näher, als in dem freien Zugang zur Kassenzulassung das Hauptübel zu entdecken. Funktionsinteresse und Präferenz aller im System bereits Etablierten ist es, die Störenfriede von außen - in der Regel junge Ärzte - vom System auszuschließen. Das scheint die heile Welt zu retten und das Gesundheitsstrukturgesetz ist auf diese Linie auch eingeschwenkt.

Tatsächlich wird aber eine Politik der geschlossenen Türen (closed shop policy) zu Lasten der jungen Ärzte, aber auch der Versicherten ausgetra-

gen. Junge Ärzte sind nämlich Träger neuer Kenntnisse und Methoden. Außerdem verleitet eine Politik des closed shop zu einer Vielzahl von legalen (Beziehungen) und illegalen (Bestechungen) Umgehungsmanövern. Wird aber die Berufsausübungsfreiheit abgeschafft, ist der Ruf nach Einengung der Berufsausübungsfreiheit nicht mehr weit. Unser gesamtes freiheitliches Gesellschaftsverständnis wird untergraben, um einen "freien Berufsstand" zu retten. Das kann und darf nicht geschehen.

Wo liegt die Lösung? Ein freiheitlicher Ansatz ist darin zu finden, daß dem Wettbewerb als Steuerungsinstrument mehr Vertrauen geschenkt wird. Jeder, der Kassenarzt werden will, muß sich um einen Kassenarztsitz bewerben. Damit auch junge Ärzte faire Chancen haben, bedeutet das zugleich, daß jeder Kassenarzt nur einen befristeten Vertrag erhält. Nach Ablauf der Frist (z.B. 7 Jahre) muß eine Neuausschreibung erfolgen, an der jeder entsprechend Qualifizierte sich beteiligen kann. Die Auswahl erfolgt durch die zuständigen Kollektivpartner.

Zur Kontrolle der Kollektivebene, aber auch zur Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen ist sowohl den Patienten, wie den Ärzten und den einzelnen Krankenkassen noch ein individuelles Wahlrecht einzuräumen. Patienten müssen ein Recht haben, bei Übernahme der Mehrkosten auch Nicht-Kassenärzte aufsuchen zu dürfen. Eventuell kann sogar nur reduzierte Kostenerstattung erfolgen. Dies ermöglicht zugleich Ärzten eine faire Existenzchance außerhalb des Kassensystems. Des weiteren sollen Ärzte wie Einzelkassen individuell kontrahieren können, sofern die separaten Verträge weniger Ausgaben als die Kollektivverträge auslösen. Es soll quasi "Hausverträge" geben können, ähnlich wie im Tarifrecht.

Ein so aufgelockertes, wettbewerblich orientiertes System vermeidet die oben angesprochenen Nachteile und fügt sich in unser System einer freiheitlichen, aber sozial verantwortlichen Gesellschaft sehr viel besser ein.

### Veränderung der Rahmenbedingungen des gegebenen Systems

Schon oben haben wir angedeutet, daß wir die Veränderung der Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für notwendig halten. Dies ist deswegen wichtig, weil alle Verbesserungen innerhalb des Systems nicht ausreichen werden, um das gesamte System langfristig für die weiter oben angesprochenen systemunabhängigen Herausforderungen zu wappnen.

#### a) Neugestaltung der Finanzierungsgrundlagen

Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß die gesetzliche Krankenversicherung im wesentlichen eine Arbeitnehmersversicherung ist. Kennzeichen dieser ist, daß das Lohn Einkommen in den Mittelpunkt gestellt wird. Wir meinen aber, daß wir in einer reifen Volkswirtschaft nicht von den anderen Einkommensarten, insbesondere den Kapitaleinkommen und den Gewinneinkommen abstrahieren können.

Schließlich ist auch zu berücksichtigen, daß die Belastungsfähigkeit eines Haushaltes von dem gesamten Haushaltseinkommen und den davon betroffenen Haushaltsmitgliedern abhängig ist. Berücksichtigen wir dies, so wäre zu fordern, daß in Zukunft die Versicherungspflicht an dem Pro-Kopf-Haushaltseinkommen angeknüpft wird. Dies stößt zwar auf eine Reihe von Umsetzungsschwierigkeiten, da letzten Endes hierzu Informationen erforderlich sind, wie sie nur im Finanzamt vorliegen. Freilich könnte das Finanzamt verpflichtet werden, diese Informationen an die gesetzliche Krankenversicherung weiterzugeben.

Auch die Beitragsbemessungsgrundlage ebenso wie die Beitragsbemessungsgrenze - also die Frage, wovon die Beiträge erhoben werden - sind im obigen Sinne umzugestalten. Eine Konsequenz daraus wäre aber, daß die Arbeitgeber aus der Finanzierung ebenso wie aus der Selbstverwaltung sich zurückziehen müßten. Es spricht ohnedies einiges dafür, die Arbeitgeber aus dieser direkten Verantwortung zu entlassen.

Die oft gehörte Forderung, jene Güter höher zu besteuern, die für Krankheiten direkt verantwortlich gemacht werden können, also insbesondere Alkoholika und Tabakwaren, muß mit Vorsicht behandelt werden. Sicherlich wäre es falsch, Steueraufkommen an die gesetzliche Krankenversicherung zu überweisen. Ein solcher Vorschlag berücksichtigt nämlich nicht, daß jede Steuerzuweisung auch Kontrollen der Gesetzgebung nach sich ziehen muß.

Sinnvoller wäre es, wenn schon solche "Sündensteuern" erhoben werden, daß der Staat selbst diese Mittel verwendet, um die Bevölkerung gesundheitspolitisch aufzuklären und zu erziehen. Eine solche Konstruktion wäre auch mit einer Neubestimmung der Finanzierungsgrundlagen der Krankenversorgung gut vereinbar.

#### b) Neugestaltung der Leistungsseite

Die Neugestaltung der Leistungsseite wollen wir am Beispiel einer Zwiebel erläutern. Die Zwiebel hat zwei allgemeine Eigenschaften:

Zum einen kann man eine Zwiebel Schale für Schale auseinanderlegen und am Schluß schließlich völlig zerlegen, ohne daß sich ein klar defi-

nierbarer Kern findet. Ähnlich verhält es sich auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch dort kann man Schale für Schale, d.h. Leistungsbündel für Leistungsbündel herausnehmen oder dazunehmen, ohne klare Anweisung zu haben, wann man auf ein sogenanntes Grundleistungspaket kommt oder nicht.

Zum zweiten hat eine Zwiebel noch eine Eigenschaft, die an unseren Untersuchungsgegenstand erinnert: Beim Schälen fließen Tränen, d.h. es wird ein hoher Grad Betroffenheit ausgelöst.

Die Krankenversicherung versichert Leistungen, deren Ursache außerhalb der Krankenversicherung selbst zu suchen ist. Hier wäre etwa an Gesundheitsschäden zu denken, die durch Sportverletzungen ausgelöst werden, oder auch an sogenannte gesundheitliche Eigenschäden bei Kfz-Unfällen. In beiden Fällen muß die gesetzliche Krankenversicherung und damit die dort definierte Solidargemeinschaft Leistungen übernehmen, die mit dem eigentlichen Zweck wenig zu tun haben.

Ein weiteres Leistungsbündel sind sogenannte arbeitsproduktive Leistungen. Gesundheitsleistungen, welche die Arbeitsproduktivität verbessern, sind in erster Linie vom Arbeitgeber zu übernehmen, da er durch höhere Produktivität profitiert. Allerdings fließt höhere Produktivität auch den Arbeitnehmern in Form von höheren Löhnen zu, so daß hier eine paritätische Finanzierung am ehesten angezeigt wäre.

Als Leistungsbündel (oder Zwiebelschale), die wir entfernen könnten, wären zunächst solche Leistungen zu nennen, die nicht bedarfsgerecht sind. Nicht bedarfsgerecht heißt aber, daß Leistungen bezogen auf die Krankheit nicht bedarfsgerecht zu sehen sind, es geht hier nicht um generell nichtbedarfsgerechte Leistungen, wie z.B. nicht anerkannte medizinische Behandlungsverfahren. Hier wird mehr daran gedacht, daß ein verordnetes Medikament einmal bedarfsgerecht sein kann, weil es individuell ist, und zum anderen eben nicht bedarfsgerecht, weil es mit der Diagnose in keinem Zusammenhang steht.

Die nächste Schale ist dadurch zu entfernen, daß unwirtschaftliche Leistungserbringer generell keinen Vertrag mit den Krankenkassen abschließen dürfen. Versicherten, die weiterhin unwirtschaftliche Leistungserbringer aufsuchen, sollte allerdings ein Anspruch auf Kostenerstattung in der Höhe eingeräumt werden, wie er wirtschaftlichen Leistungserbringern zugebilligt wird. Um feststellen zu können, ob Leistungserbringer wirtschaftlich oder unwirtschaftlich sind, muß freilich das gesamte Leistungsgeschehen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversorgung sehr viel differenzierter ausgewiesen werden, als dies heute der Fall ist.

Schließlich können aus dem Bündel der gesetzlich abzusichernden Leistungen auch sogenannte Erfahrungsleistungen zumindest teilweise ausgeschlossen werden, weil diese vom Versicherten selbst gut zu beurteilen sind. Erfahrungsleistungen sind Gesundheitsleistungen, die man häufig, oft ein Leben lang, in Anspruch nimmt. Bei solchen Leistungen ist zu verlangen, daß sich der Leistungsverbraucher im Rahmen seiner Einkommensmöglichkeiten an der Finanzierung beteiligt.

Dies liegt zwar in einem gewissen Widerspruch dazu, daß damit chronisch Kranke besonders betroffen werden. Andererseits sind wir es aber gewohnt, daß andere Leistungen, die wir auch ein Leben lang in Anspruch nehmen, wie z.B. essen, trinken und wohnen von jedem privat zu übernehmen und zu finanzieren sind. Solche typische Erfahrungsleistungen sind Brillen, Hörhilfen und ebenso orthopädische Leistungen, sicherlich könnte auch Zahnersatz mit dazugezählt werden.

Der verbleibende Leistungskern, der in unserem Bild mit bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Gesundheitsleistungen beschrieben wird, könnte so etwas wie ein Grundleistungspaket der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen. Alle übrigen Schalen, die sich um den Kern herum ergeben, sollten entweder ganz ausgeschlossen oder nach anderen Prinzipien gesteuert und finanziert werden.

### **Schlußbemerkungen**

Unsere hier entwickelten Gedanken können nicht als abschließende Beurteilung eingestuft werden. Dazu sind sie an vielen Punkten noch nicht zu Ende gedacht. Trotzdem ist der Verfasser überzeugt, daß wir in den nächsten Jahren vor vielen Fragen stehen werden, die angesprochen wurden. Insbesondere die Wissenschaft ist aufgerufen, die grundlegenden Probleme zu analysieren. Der Politik kommt dann die Aufgabe zu, die politischen Umsetzungsmöglichkeiten zu prüfen. Insgesamt aber sind alle aufgerufen, Wirtschaft wie Gesundheitsberufe, Politik wie Wissenschaft, zusammenzuwirken, um diesen wichtigen Bereich unserer sozialen Marktwirtschaft weiterzuentwickeln. Wichtig bei allen Überlegungen ist, daß die eigentlich Betroffenen, in unserem Falle die Patienten, stets im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

## Literaturhinweise

- Dt. Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit* (Hrsg.): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestags, Bd. 1 und 2; Bonn 1990.
- Gäfgen, Gérard / Oberender, Peter* (Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen; Baden-Baden 1989.
- Gäfgen, Gérard / Lampert, Heinz*: Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 3, Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen; Gerlingen 1982.
- Herder-Dorneich, Philipp / Sieben, Günter / Thiemeyer, Theo* (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 1, Wege zur Gesundheitsökonomie I; Gerlingen 1981.
- Herder-Dorneich, Philipp / Sieben, Günter / Thiemeyer, Theo* (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 2, Wege zur Gesundheitsökonomie II; Gerlingen 1982.
- Jahresgutachten 1987 - 1992: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Baden-Baden.
- Neubauer, Günter / Unterhuber, Hans*: Ausschreibung von Versorgungsaufträgen als Instrument zum Abbau von Überkapazitäten im Gesundheitswesen; Bonn 1988.
- Neubauer, Günter / Demmler, Gertrud*: Bonus und Festbetrag als wettbewerbliche Instrumente in der Hörhilfeversorgung; Bayreuth 1993.

## Zur Person des Verfassers

Dr. rer.pol. Günter Neubauer, Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Sozialökonomik an der Universität der Bundeswehr München.