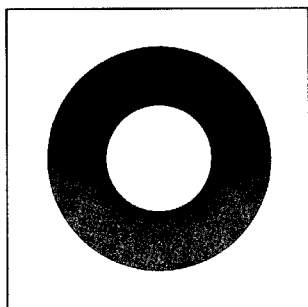


PRIVATISIERUNG VON GESUNDHEITSLAISTUNGEN

**DIE SOZIALE KRANKENVERSICHERUNG
AUF ABWEGEN**



GESPRÄCHSKREIS
ARBEIT UND SOZIALES
Nr. 30

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung

Gesprächskreis Arbeit und Soziales
Nr. 30

Privatisierung von Gesundheitsleistungen

**Die soziale Krankenversicherung
auf Abwegen**

Eine Tagung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 13. Januar 1994 in Bonn

ISBN 3-86077-280-5

Herausgegeben vom
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Juli 1994

Druck: graphoprint, Koblenz
Gedruckt auf 90g chlorfrei gebleicht Offset
Printed in Germany 1994

Inhalt

Peter König Vorwort	5
Rudolf Dreßler Eine entsolidarisierte Krankenversicherung – Ein Weg in die Zwei-Klassen-Versorgung	7
Klaus-Dirk Henke Privatisierung im Gesundheitswesen	23
Peter Oberender Ist unser Gesundheitswesen noch finanzierbar? – Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer marktlichen Steuerung	29
Referenten, Tagungs- und Diskussions- leitung	37

Vorwort

Das Gesundheitsstrukturgesetz ist seit kurzem in Kraft. Die entscheidende Umsetzung steht noch aus, da diese erst für die kommenden Jahre vorgesehen ist. Die derzeitige gesundheitspolitische Diskussion konzentriert sich aber bereits auf eine weitere Stufe der Gesundheitsreform. Ein Teil der Experten befürchtet, daß das Gesundheitsstrukturgesetz nicht ausreichen wird, die Finanzierung des Gesundheitswesens auch zukünftig sicherzustellen. Sie schlagen deshalb u.a. vor, nur noch einen Grundbedarf an Gesundheitsleistungen solidarisch zu finanzieren. Wer darüber hinaus mehr in Anspruch nehmen will, muß die Kosten dafür individuell tragen.

Dieser Position wird vehement widersprochen, da dies zu einer Zweiklassen-Versorgung führen würde. Denn wieviel an Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden kann, hängt bei diesem Modell letztlich vom Einkommen des Einzelnen bzw. seiner Familie ab. Kranke, Ältere und Arme wären die eindeutigen Verlierer eines solchen Systems.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hatte Experten des Gesundheitswesens nach Bonn eingeladen, um mit ihnen über die unterschiedlichen Positionen zu diskutieren.

Die auf der Veranstaltung gehaltenen Referate sind in dieser Broschüre abgedruckt. Ich möchte mich nicht nur bei den Referenten, sondern allen Tagungsteilnehmern für deren konstruktive Beiträge bedanken. Mein Dank gilt auch meiner Kollegin Brigitte Juchems, in deren Hand das Tagungssekretariat und die Erstellung der Broschüre lag. Ihr Engagement hat erheblich zum Gelingen der Tagung beigetragen.

Bonn, Juli 1994

Peter König

Eine entsolidarisierte Krankenversicherung – Ein Weg in die Zwei-Klassen-Versorgung

Als die Friedrich-Ebert-Stiftung vor mehr als einem halben Jahr für ihren Gesprächskreis Arbeit und Soziales eine weitere gesundheitspolitische Veranstaltung, diesmal zur Frage der Leistungsprivatisierung für den heutigen 13. Januar plante, war wohl kaum abzusehen, daß diese Veranstaltung auch von hoher tagespolitischer Aktualität sein würde. Denn seit dem vergangenen Wochenende kursieren Pläne der Koalition über die Umgestaltung unseres Gesundheitswesens, die die Republik in helle Aufregung versetzen; Pläne, die sich stützen auf ein vom Bundesgesundheitsministerium beim Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in Auftrag gegebenes Gutachten, Pläne, die die Privatisierung von Gesundheitsleistungen zum zentralen Inhalt haben.

Nun gilt sicherlich, daß nichts so heißt gegessen wird, wie es gekocht ist. Gleichwohl läßt es aufhorchen, wenn zunächst dementierend festgestellt wird, solche Pläne gebe es nicht, aber dann nachgeschoben wird, sollte es solche Pläne doch geben, gäbe es sie allenfalls für 1996. So etwas schafft doch Klarheit. Im übrigen ist man als Oppositionspolitiker natürlich immer dankbar, wenn sich Vertreter der Koalition bei der Auswahl der Themen für die Bundestagswahl 1994 so kooperativ zeigen und einem hilfreich zur Hand gehen. Daß die Naivität schon immer eine Schwester der Ehrlichkeit war, – Verwandte kann man sich schließlich nicht aussuchen, die hat man –, wer würde diese enge Verwandtschaft nicht freudiger begrüßen als die Wählerinnen und Wähler.

Die aufregenden Pläne zur Privatisierung von Gesundheitsleistungen – seien sie nun halb dementiert oder halb bestätigt – können nicht isoliert betrachtet werden. Sie gehören vielmehr in den politischen Zusammenhang gestellt. Erst der nämlich macht deutlich, wohing die gesellschaftspolitische Reise gehen soll.

Zu diesem Zusammenhang gehört die als Parallelinszenierung auf die öffentliche Bühne transportierte Rentendiskussion. Dazu gehört die Diskussion über die Notwendigkeit einer sogenannten Beitrags-Kompensation für Arbeitgeber in der Pflegeversicherung, die ja in Wahrheit nichts anderes ist, als eine Neuverteilung der Finanzierungslasten zu erproben. Die aktuelle wirtschaftliche Krisensituation ist dafür nur der vordergründige Anlaß. Die Höhe der Kosten des Produktionsfaktors Arbeit wird problematisiert, sie wird zur Hauptverantwortlichen für die Krise definiert, hier wird eine Senkung als Voraussetzung für eine wirtschaftliche Wiedergesundung hochstilisiert. Zweifel, ob es nun eine Senkung der Lohnzusatz-, Lohnneben- oder Arbeitskosten geht, sind angebracht. Die Diskussion darum wird in Wahrheit unehrlich geführt.

Richtig ist, daß die Finanzierung unserer Sozialversicherungssysteme an den Faktor Arbeit geknüpft sind. Die Sozialversicherungsbeiträge hängen von der Höhe der Löhne ab, sie sind Kosten, die den Faktor Arbeit belasten. Aber richtig ist auch, daß diese Kosten die zusätzlich auf dem Faktor Arbeit ruhen, doch von zwei Seiten getragen werden, den Unternehmen und den Beschäftigten.

Wem es also um eine Entlastung bei den Arbeitskosten geht, der müßte also konsequenterweise für eine Entlastung beider Seiten eintreten. Die Kompensationsdiskussion bei der Pflegeversicherung, die Diskussion um Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, um Grundabsicherung und privater Zusatzabsicherung sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Alterssicherung zeigen aber, daß es gar nicht um eine Entlastung des Faktors Arbeit geht. Denn diese Mittel entlasten nicht den Faktor Arbeit von Kosten, sondern verändern nur die Verteilung der Kosten auf die beiden Kostenträger zuungunsten der Arbeitnehmerseite. Aber selbst dieser, nur auf den ersten Blick für die Unternehmen vorteilhafte Effekt ist das operative Ziel, das mit der aktuellen Diskussion angesteuert werden soll. Denn natürlich wissen auch die Unternehmensleitungen, daß die zusätzlichen Kostenbelastungen der Beschäftigten die Voraussetzungen für die zukünftige Tariffindung grundlegend verändern. Sie wissen, daß sie das, was sie den Beschäftigten nunmehr an zusätzlichen Kostenbestandteilen aufladen, zukünftig in Form von höheren Löhnen ganz oder zum überwiegenden Teil an sie zurückzahlen werden, daß also

mit diesem Manöver lediglich aus den Lohnnebenkosten heute die direkten Lohnkosten von morgen werden.

Die vermeintliche Entlastung des Faktors Arbeit ist also in Wahrheit keine. Wer wäre naiv genug zu glauben, daß dies die Arbeitgeberseite übersehen haben könnte. Im übrigen: Wenn es den Regisseuren der aktuellen Diskussion wirklich um eine alternative, den Faktor Arbeit entlastende Finanzierung der Sozialversicherungssysteme ginge, dann hätten doch wertschöpfungsorientierte Finanzierungsformen, die ja an den Faktor Kapital anknüpfen, derzeit Hochkonjunktur. Wertschöpfungsbeitrag und Maschinensteuer aber stoßen auf noch größere Widerstände als die derzeitige Sozialversicherungsfinanzierung.

Das Fazit liegt auf der Hand: Es geht in Wahrheit überhaupt nicht um eine Entlastung des Faktors Arbeit, um dadurch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft anzuheben. Denn daß wir einen Lohnkostenwettbewerb mit Tschechien oder der Ukraine nicht gewinnen können bestreitet doch noch nicht einmal der Bundesverband der Deutschen Industrie. Es geht in Wahrheit um die Zerstörung und Beseitigung unseres Sozialversicherungssystems, es geht im Kern um den Abschied vom Sozialstaat Bundesrepublik Deutschland, es geht im Kern um eine andere Republik. In der jetzt stattfindenden Diskussion geht es nicht um unterschiedliche Problemlösungsansätze, sondern um unterschiedliche Welten. Und wenn ich mir so manchen, mir reichlich arglos vorkommenden Politikerbeitrag anhöre, so scheint die dringende Aufforderung vonnöten, sich zu prüfen, in welcher Weise man sich – sei es mit sozial- oder sei es mit christdemokratischem Parteibuch – in dieser Diskussion als nützlicher Idiot instrumentalisieren läßt.

Ich habe mich lange Zeit gewundert, warum die deutsche, die europäische und amerikanische Nationalökonomie so beharrlich und einseitig den neoliberalen Lehren eines Milton Friedman und seiner Chicago Boys nachhing, obwohl doch deren vordergründig erklärtes Ziel, auf dem Wege einer angebotsorientierten Wirtschaftspolitik zu breitem Wohlstand zu gelangen, in Großbritannien, Deutschland und den USA so kläglich gescheitert ist? Vor allem amerikanische Vertreter dieser Denkrichtung haben nach dem Zusammenbruch der kommunistischen

Zentralverwaltungswirtschaften den Regierungen dieser Länder als ökonomische Ratgeber gedient. Die geradezu brutale Transformation der Wirtschaftssysteme dort mit ihren gesellschaftspolitischen und sozialen Verheerungen, die sie angerichtet haben und noch anrichten, haben klargemacht, daß es dieser ökonomischen Denkrichtung gar nicht auf den breiten Wohlstand ankommt. Hier geht es nicht um eine Wirtschaftsordnung, die die soziale Marktwirtschaft weiterentwickelt oder komplettiert, sondern die sie zerstört. Es geht vielmehr um eine Wirtschaftsordnung, die zwar hochproduktive und wettbewerbsfähige Volkswirtschaften zum Ziel hat, die aber die Wirtschaftssubjekte unter gesellschaftspolitischen Gesichtspunkten sortiert in oben und unten und jedem seine Rolle nach Durchlaufen dieses Sortierungsprozesses zuordnet, eine Wirtschaftsordnung, die den Konsens auf den jede Demokratie gegründet ist, der Gleichheit und Freiheit jedes einzelnen zur bloßen Formalie, zur Hülle ohne Inhalt werden läßt. Ich weiß, daß ist starker Tobak, was ich hier vortrage. Er ist nicht als Vorwurf – schon gar nicht als persönlicher – gemeint. Bitte verstehen Sie das als eindringlichen Appell über die vordergründigen und kurzfristigen Aspekte hinauszusehen und die langfristigen Wirkungen zu betrachten.

Wir müssen uns bewußt sein, daß wir an einer Wegscheide stehen. Die Diskussion der letzten Wochen und Monate hat das deutlich gemacht. Modernisieren wir unser Land, machen es fit für die Zukunft und gehen weiter in die Richtung, die seit 40 Jahren Garant für unseren Erfolg war? Oder krempeln wir es um, wechseln die Richtung und gehen einen anderen Weg? Jeder möge sich bei dieser Richtungsentscheidung bewußt sein, daß im Verlaufe des anderen Weges sehr bald das Schild "No return" erscheinen wird. Das will ich nicht.

Wir können uns keine Gesellschaft leisten, der der Gemeinsinn abhanden gekommen ist und in der Solidarität als etwas verstanden wird, das man im Fall der Fälle empfängt, nicht aber zu leisten bereit ist. Sicherlich ist richtig, das Solidarität heute anders verstanden wird als vor 50 oder 100 Jahren. Sicherlich ist auch richtig, daß wir das Verhältnis von Solidarität und Individualität neu definieren müssen – übrigens auch in der Krankenversicherung. Gerade die solidaritätsbezogene Politik und ihre emanzipatorischen Wirkungen haben viele, die früher zu den

Schwächeren der Gesellschaft gehörten, heute in den Stand gesetzt, sich individuell zu entscheiden und gegen Risiken. Das ist ein erfreuliches Ergebnis der Politik, zumal der sozialdemokratischen, vor dem wir doch nicht weglafen.

Gleichwohl bleibt richtig, daß die Voraussetzungen, unter denen Solidarität geleistet und empfangen wird, die gleichen geblieben sind. Die Solidargemeinschaft ist die Gemeinschaft aller, das gilt erst recht für die Sozialversicherung. Es gibt in unserer Gesellschaft eine geradezu perverse Neigung, sich zu differenzieren. Aber nicht im wertneutralen Sinne, daß man sich vom anderen unterscheiden will, sondern daß man, beinahe dünnköpfig, etwas besseres sein möchte. So wird Solidarität, vor allem in der Krankenversicherung, fast ausschließlich gruppenbezogen verstanden. Jede Gruppe möchte ihre eigene Solidargemeinschaft bilden. So wird das – natürlich verbunden mit handfesten finanziellen Vorteilen – Ziel von Solidarität auf den Kopf gestellt. Da wird – vor allem von Vertretern der FDP – mit Verve die Auffassung vertreten, die Gruppen der sogenannten Besserverdienenden gehörten nicht in den Schutz der sozialen Krankenversicherung, sie könnten sich ihre Absicherung gegen Krankheitsrisiken privat erwerben. Richtig, das können sie wirklich. Diese Gruppen brauchen in der Regel keine Solidarität. Den entscheidenden Kampf, diese Gruppen in der großen Solidargemeinschaft zu halten, führt die SPD doch nicht, weil sie der Auffassung wäre, sie bräuchten sie dennoch, sondern weil sie will, daß diese Gruppen Solidarität leisten. Sie werden gebraucht, um das System funktionsfähig und finanzierbar zu halten. Solidargemeinschaften, in denen nur diejenigen sind, die der Solidarität bedürfen, aber keiner, der sie leistet, die gibt es nicht. Sie können auch nicht erfunden werden, weder von der FDP noch von neoliberalen Ökonomen.

Es gibt keine Krankenkassen in der nur Arme, Alte und Kranke versichert sind. Und für Reiche, Junge und Gesunde wären sie überflüssig. Die Privatisierung der Absicherung gesundheitlicher Risiken aber hat genau diesen Effekt. Diejenigen, die aufgrund ihres Lebensalters, ihres Gesundheitszustandes oder ihres Einkommens nicht privatisieren können, bilden die Solidargemeinschaft und der Rest privatisiert. Das Verfahren gleicht dem Versuch, ein Wirtschaftsunternehmen zu betreiben,

das nur Kosten, aber keine Erträge hat. Mich ärgert, wenn immer so getan wird, als sei die Zerschlagung und Aufspaltung der Solidargemeinschaft in klassischer Form Ausweis eines besonders fortschrittlichen ökonomischen oder gesellschaftspolitischen Denkens. In Wahrheit ist es doch nichts weiter als ein Alibi, um sich aus der individuellen Verantwortung für das Ganze, für sein Funktionieren und seine finanziellen Konsequenzen davonzustehlen. Was soll das eigentlich für eine Gesellschaft sein, in der jedem erlaubt ist, seinen finanziellen oder wirtschaftlichen Vorteil wahrzunehmen aber keiner seiner Pflicht nachkommt für das Ganze einzustehen? Ich jedenfalls fühle mich auf fatale Weise an jenes Denken erinnert, das man früher hinter so markigen Sprüchen wie "Freie Bahn dem Tüchtigen" verbarg. Das wäre ja richtig, wenn es meinen würde, daß die Innovativen, die, die eine Gesellschaft nach vorne bringen und in Bewegung halten, besondere Förderung und Unterstützung verdienen. In Wahrheit ist diese Aussage aber völlig wertlos, weil sie beharrlich die Antwort darauf verweigert, wie eine Gesellschaft die weniger Tüchtigen einbezieht. Es ist so, wie es immer war: "Jeder ist seines Glückes Schmied" pflegen eben in der Regel nur diejenigen zu verkünden, bei denen er schon war.

Wer die derzeitige ökonomische Diskussion aufmerksam verfolgt, dem fällt auf, daß in zunehmendem Maße das Präfix "sozial" vor dem Begriff Marktwirtschaft weggelassen wird, wenn es um die Beschreibung unserer Wirtschaftsystems geht. Das ist weder Zufall noch versehen, das ist Programm; Programm im Sinne meiner Eingangsfeststellung, daß manche auf dem Weg in eine andere Republik sind. Hier wird der bisherige Konsens aufgekündigt, nach der es für den Staat aus der Tatsache, daß Märkte ohne soziale Rücksichten funktionieren, Konsequenzen zu ziehen gilt. Er hat dem Markt und seinem Geschehen durch politische Normgebung die soziale Dimension beizugeben. Um so nachdrücklicher unterstreiche ich, daß unser System der Gesundheitssicherung im Kern von der sozialen Krankenversicherung handelt. Auch hier wird das "Präfix" sozial allzuoft vergessen oder beiseite geschoben. Auch hier ist das Programm.

Ich will nicht mißverstanden werden. Niemand, der den sozialen Charakter unserer Krankenversicherung betont, ist der Auffassung, sie be-

dürfe nicht der fortlaufenden Modernisierung, sondern könne unverändert ins nächste Jahrtausend fortgeschrieben werden. Mit vielen anderen bin ich allerdings der Auffassung, daß die Privatisierung von Gesundheitsleistungen und Risiken den sozialen Charakter unserer Krankenversicherung zerstört. Das kann man wollen, das ist weder ehrenrührig noch illegitim. Wer ein anderes Krankenversicherungssystem will, sollte das sagen, sich aber nicht hinter Formeln und Floskeln verstecken, die den Eindruck erwecken, eigentlich bleibe alles beim alten.

Ich registriere mit Erstaunen, daß das, was derzeit die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion beschäftigt zur Vorbereitung einer dritten Gesundheitsreform dienen soll. Zum einen irritiert mich die Zahl drei. Die erste Gesundheitsreform wäre dann die gewesen, die als einzige diesen Namen wirklich getragen hat, aber gar keine war. Das sogenannte Gesundheitsreformgesetz von 1988 war ein Kostendämpfungsgesetz und deren Ergebnis war auch entsprechend. Die zweite Gesundheitsreform wäre das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 gewesen. Sie hat zwar nicht Gesundheitsreform geheißen, war dafür aber eine.

Und die dritte soll schließlich jene Maßnahmen, die derzeit so heftig diskutiert werden. Wenn das Ziel dieser Maßnahmen wirklich die großflächige Privatisierung von Gesundheitsleistungen und -risiken sein sollte, wäre auch das keine Gesundheitsreform, sondern ein Gesetz zur Zerstörung der sozialen Krankenversicherung.

Ich will die Inhalte des dazu in Auftrag gegebenen Gutachtens zunächst einmal außer Acht lassen, sondern mich mit der Tatsache beschäftigen, daß es in Auftrag gegeben wurde. Auch das ruft bei mir Erstaunen hervor. Jeder weiß, daß die strukturell wirksamen Maßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) frühestens im Jahre 1997 in vollem Umfang wirksam werden können. Wie sich unser Gesundheitswesen unter den Wirkungen des GSG bis 1997 und danach verändert, etwa

- im Arzneimittelsektor durch Positivliste und Arzneimittelinstitut,
- in der ambulanten Versorgung durch Fallpauschalen und Senkung der Ärztezahlen,

- im Krankenhausbereich durch ambulantes Operieren, vorstationäre Diagnostik, Fallpauschalen und Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips,
- im Bereich der Krankenkassen durch Einführung der Kassenwahl für alle und den Risikostrukturausgleich,

alles das kann man heute bestenfalls prognostizieren, aber keinesfalls wissen. Das Gutachten wird also zu einem Gesundheitssystem erstattet, daß wir heute noch gar nicht kennen. In der Regel mindert das seine Aussagekraft und erhöht die Gefahr in der Rundablage Buchstabe P, wie Papierkorb, zu landen.

Aber da ist noch eines in Erinnerung zu bringen. Im Oktober wird es jenen Tag geben, an dem die Menschen seltsame rechteckige Zettel mit Kreuzen bekritzeln. Und das Ergebnis dieser eigentümlichen Prozedur kann sein, daß manche mit dem Schlimmsten rechnen müssen: dem Regierungswechsel. Ich bin sicher, daß eine neue Regierung das Gutachten mit großem Interesse lesen und seine Empfehlungen mit ebenso großem Interesse unbeachtet lassen wird. Eine Prognose wage ich: Das was uns da derzeit durch vorveröffentlichte, vielleicht verzerrt wiedergegebene Auszüge an Rezepten angedient wird, wird es dann mit Sicherheit nicht geben.

Ich will im Rahmen einer grundsätzlichen Einführung zum Thema nicht der Podiumsdiskussion anschließend und den Darlegungen der Professoren vorgreifen, auf ein Element der Privatisierung von Gesundheitsleistungen, das mir besonders am Herzen liegt, möchte ich allerdings eingehen. Ich meine die über den Krankenversicherungsbeitrag hinausgehende Beteiligung der Versicherten an den Gesundheitskosten, also die Eigenbeteiligung im Krankheitsfall. Tragödienchören gleich haben ganze Heerscharen von Wissenschaftlern aber auch von Interessenvertretern die Steuerungswirkung der sogenannten Selbstbeteiligung beschworen oder abgelehnt. Mich hat immer wieder verblüfft, wie wenig doch Tatsachen und Fakten zur Kenntnis genommen wurden. Alles das, was uns vermeintlich marktorientierte Wissenschaftler an Steuerungselementen andienten, also neben der Selbstbeteiligung etwa auch die Kostenerstattungen statt der Sachleistung und die Tarif- und Leistungs-

differenzierung, das gibt es bereits in Deutschland. Man braucht sich also, um Erfahrungen über deren Wirkungen zu sammeln, noch nicht einmal ins Ausland zu begeben.

In der privaten Krankenversicherung wird alles erprobt und angeboten, was uns seit geraumer Zeit zum Einbau in die gesetzliche Krankenversicherung angedient wird. Das Ergebnis ist – zumindest wenn es um die Steuerungswirkung der Kosten geht – reichlich ernüchternd. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen stöhnen unter den höchsten Kostensteigerungsraten die es im Gesundheitswesen gibt. Hinter dieser Kostenexplosion kann sich locker jede Allgemeine Ortskrankenkasse mit ihrem Sachleistungssystem verstecken.

Mich erstaunt weiterhin, mit welcher Verbissenheit marktwirtschaftlich orientierte Ökonomen ein kompliziertes Steuerungs- und Regelungsinstrumentarium konstruieren, um unser Gesundheitswesen auf Kurs – und das heißt in diesem Falle auf ihren Kurs – zu bringen. Das ist alles so komplex und diffizil, da wird vom Staat eine derart komplizierte Regelung verlangt, daß man fast zu dem Eindruck kommen könnte, die eigentlichen Etattisten wären die Marktwirtschaftler. Aber so ist das nun einmal. Manchmal wird das Bekenntnis, keiner Ideologie anzuhängen, selbst zur Ideologie. Und Selbstbeteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten, das ist eine Ideologie!

Wer die Auswirkungen der Selbstbeteiligungsregelungen, so wie sie in der privaten Krankenversicherung aber auch im Ausland praktiziert werden als Steuerungswirkung bezeichnet, geht an den Tatsachen vorbei. Selbstbeteiligung im Rahmen des sozial Möglichen – und wer von uns will etwas anderes – hat erwiesenermaßen keine Steuerungswirkung. Sie ist ein reines zusätzliches Finanzierungsinstrument, daß zudem im Hinblick auf die Lastenverteilung zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite umverteilend wirkt.

Aber selbst wenn sie erwiesenermaßen Steuerungswirkung hätte, wäre eine Selbstbeteiligung nicht systemgerecht. Die Lenkung der Kostenströme in unserem Gesundheitswesen obliegt denjenigen, die die therapeutische Verantwortung für die Behandlung des Patienten haben, also

den Ärzten in Praxen und Krankenhäusern. Nur sie wissen, was der Patient benötigt um zu gesunden, nur sie haben den Überblick über die zur Verfügung stehenden konkurrierenden Angebote, nur sie können über die optimale Kombination von therapeutisch gebotenen und wirtschaftlich möglichen entscheiden. Diese Verantwortung kann nicht an den Patienten weitergereicht werden.

Es gibt nur eine Selbstbeteiligung, die wirklich auch im Rahmen des sozial möglichen steuernde Wirkung hätte, und das wäre eine Art Eintrittsgeld zum Behandlungssystem, also eine Gebühr beim erstmaligen Aufsuchen eines Kassenarztes. Genau die Selbstbeteiligung aber ist unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten von höchster Problematik und nicht möglich. Alles andere ist – ich wiederhole das – reine Finanzierung, von Steuerung keine Spur.

Es war kein Zufall, daß die für das Gesundheitsstrukturgesetz verantwortlichen Parteien bei der Neukonzipierung der Selbstbeteiligung für Arzneimittel genau aus dieser Erkenntnis die Konsequenz gezogen haben. Die Verantwortung für die Auswahl des preisgünstigen Arzneimittels hat der Arzt. Er weiß, was der Patient benötigt und er hat die Marktübersicht. Also muß auch er entscheiden. Daraus folgt: Eine preisabhängige Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln ist unter Steuerungsgesichtspunkten absurd. Wir haben sie in Lahnstein abgeschafft.

Wir haben die Arzneimittelselbstbeteiligung zukünftig mengenorientiert. Hier hat der Patient – wenn überhaupt – Einwirkungsmöglichkeiten.

Mich bestürzt, wenn durch allerlei vordergründige Privatisierungskapaden die Diskussion der für die Zukunft des Gesundheitswesens entscheidende Frage erschwert wird oder diese Frage überhaupt nicht gestellt wird.

Die entscheidende Frage, auf die wir eine Antwort finden müssen, lautet für mich: Welches Gesundheitswesen wollen wir uns eigentlich leisten, welche Ressourcen wollen wir einsetzen und wieviel Geld für Gesundheit wollen wir ausgeben? Es kann nicht sein, die Diskussion dieser grundlegenden Fragen allein den Fachkreisen, allein den Wissenschaft-

lern oder allein der Politik zu überlassen. Die Antwort auf diese Frage muß in einem gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozeß gefunden werden. Aber er muß endlich beginnen und darf nicht mit ideologischen Fingerübungen befrachtet werden. Der Gesetzgeber ist erst aufgerufen, wenn eine gesamtgesellschaftliche Antwort vorliegt.

Mache sich niemand etwas vor: Das wird eine der schwierigsten Diskussionsprozesse sein, die wir bisher geführt haben – und die Antwort auf die Fragen wird noch schwieriger werden. Denn damit werden bestimmte politische Kräfte, wie die aktuelle Diskussion beweist, die Systemfrage verbinden. Aus der Frage, welches Gesundheitswesen wollen wir uns zukünftig zu welchen Preisen leisten, ist ja die Frage geworden, was soll zukünftig solidarisch abgesichert werden und welche Risiken sollen privatisiert werden. Ich habe die Antworten immer gehaut, und ich habe nichts Gutes gehaut. Heute kann ich sagen, meine Ahnung hat mich nicht getrogen.

Die Position der SPD ist auch an dieser Stelle klipp und klar: Wir lassen an den Prinzipien der solidarischen Krankenversicherung nicht rütteln. Sie gehört zu den Eckpfeilern unseres Sozialstaates und steht für uns nicht zur Disposition. Wer ein anderes Krankenversicherungssystem will, benötigt dafür eine politische Mehrheit. Die Sozialdemokratische Partei steht für eine solche Mehrheit nicht zur Verfügung. Wer die schwierige ökonomische Situation der Bundesrepublik Deutschland benutzen will, in verschiedenen gesellschaftspolitischen Bereichen – unter anderem auch im Gesundheitswesen – unter Vorgabe allerlei vordergründiger Vokabeln eine gesellschaftspolitische Umgestaltung nach Rückwärts in Gang zu setzen, wird auf unseren entschiedenen Widerstand treffen.

Damit hier kein Mißverständnis entsteht: Es geht nicht um die Frage, ob diese oder jene Leistung zukünftig noch solidarisch versichert sein muß – denn das wird seit Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert und ist nicht neu –, sondern es geht um die Systemfrage.

Zu dieser Systemfrage hat es ja allerlei, zunächst unverdächtige Vorläufe gegeben, etwa unter dem Stichwort "Wahl- und Regelleistung" oder unter dem Stichwort "Kostenerstattung".

Ein Element aus diesem Katalog ist der Vorschlag, zukünftig die Sachleistung in größerem Umfang durch die Kostenerstattung abzulösen. Auch hier wiederum als Begründung, dies wirke steuernd und gäbe dem Versicherten eine bessere Kontrolle über die abgerechneten Gesundheitsleistungen.

Auch hier führe ich die private Krankenversicherung mit all ihren finanziellen Problemen ins Feld. Dort gibt es keine Sachleistung, sondern nur Leistungen mit Kostenerstattung. Dort könnte also kontrolliert und gesteuert werden. Wenn das so wunderbar funktionierte, wo sind denn die Erfolge, und wie erklären sich dann die Finanzprobleme der privaten Krankenversicherungsunternehmen? Auch hier wird doch eine vordergründige, ideologisch motivierte Diskussion geführt.

Selbstbeteiligung und Kostenerstattung sind kein Beitrag für eine zukunftsorientierte Umgestaltung unseres Gesundheitswesens. Sie können keine Antwort auf die Sicherung der Finanzierbarkeit des Systems geben, sondern sie lenken von dieser Antwort ab.

Wenn eine Gesundheitsleistung 100,- DM kostet, dann kostet sie so viel, gleichgültig, ob der Patient sie vorstreckt und sich das Geld hernach von seiner Kasse wiederholt, oder ob die Kasse diese 100,- DM direkt bezahlt. Sie kostet 100,- DM, ob die Krankenkasse nun ganz aus ihren Mitteln zahlt, oder nur zur Hälfte und die andere Hälfte der Patient trägt. 100,- DM bleiben 100,- DM. Ich frage mich, welche Antworten Kostenerstattung und Selbstbeteiligung im Hinblick auf die Sicherung der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens in Zukunft überhaupt geben sollen?

Auch die Behauptung, die Eigenbeteiligung des Patienten bewirke ein gesundheitsgerechteres Verhalten, ist eine wenig originelle Verwechslung von Tatsachen. Finanzielle Belastungen im Krankheitsfall lenken

die Aufmerksamkeit des Patienten nicht auf seine Gesundheit, sondern auf sein Portemonnaie. Das ist aber ganz etwas anderes.

Und das ökonomisch-physiologische Wundertier namens Patient, das sich seinen Hexenschuß oder seinen Migräne-Anfall deshalb verkneift, weil es zu dessen Linderung einen finanziellen Obolus entrichten muß, ist auch noch nicht erfunden. Ich bin mir sicher, es wird auch nicht erfunden werden. Soll das also ein zukunftsorientierter Beitrag über die Gestaltung unseres Gesundheitswesens sein?

Neuestes Thema in der Liste der diskutierten Merkwürdigkeiten ist nunmehr die Aufspaltung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung in Wahl- und Regelleistungen. Der erste Versuch wurde im Gesundheitsstrukturgesetz gestartet. Er ist bekanntlich an der SPD gescheitert. Ich frage mich, was ist das eine und was das andere, vor allen Dingen aber, wo fängt das eine an und hört das andere auf? Wer definiert denn das?

Jeder weiß, dies kann nur politisch definiert werden. Und damit weiß jeder auch, daß hier eine Spielwiese für allerlei Experimente eröffnet wird. Die Aufspaltung des Leistungskataloges der Krankenversicherung in Wahl- und Regelleistungen mündet zielgerichtet in eine Gesundheitspolitik nach Kassenlage: Sind die Kassen der Krankenversicherung gut gefüllt, fällt der Leistungskatalog etwas üppiger aus, sind sie weniger gut gefüllt, wird er zusammengestrichen und in die Wahlleistung geschoben. Das hat wirklich nicht mit einer rationalen Gesundheitspolitik zu tun, bei der der Patient im Krankheitsfall jene Leistungen erhalten soll, die er zur Wiedergenesung benötigt.

Unser Gesundheitswesen unterscheidet sich von vielen anderen Systemen dadurch, daß es den Menschen unabhängig von ihrem Einkommen die gleichen Leistungen bietet. Wir brechen mit diesem Grundsatz, wenn wir das Prinzip von Wahl- und Regelleistungen einführen. Denn Wahlleistungen können nur jene in Anspruch nehmen, die sie sich leisten können, der Rest ist auf die Regelleistungen verwiesen, die der politischen Gestaltungsfähigkeit je nach Kassenlage unterworfen ist. Frage also niemand, ob die SPD eine solche Umgestaltung mitmachen würde.

Damit kein Mißverständnis entsteht: Die SPD ist bereit, die Diskussion über die Frage zu führen, ob alles das, was heute im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung solidarisch abgesichert wird, auch in Zukunft abgesichert werden muß. Aber der Grundsatz, das therapeutische Gebotene wird geleistet, ist unabdingbar. Die Seehoferschen Exkurse jedenfalls, nur noch die medizinische Basisversorgung werden abgesichert, machen wir nicht mit.

Wenn der Diskussionsprozeß die gemeinsame Auffassung ergibt, daß therapeutisch nicht notwendige Leistungen auch nicht mehr solidarisch abgesichert werden sollen, können oder müssen, dann kann die Konsequenz daraus nicht lauten, sie in einen Wahlleistungsbereich zu verlagern, sondern dann muß die Konsequenz Ausgrenzung aus dem Leistungskatalog lauten. Alles andere führt zu einer Zwei-Klassen-Versorgung.

Niemand ist daran gehindert, die ausgegrenzten Leistungen, die im System nicht mehr benötigt werden, außerhalb des Systems auf privater Basis abzusichern. Schließlich ist ja auch niemand daran gehindert, außerhalb des Systems sein Ein- oder Zweibett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus zu versichern. Das aber ist ganz etwas anderes als ein leistungsmäßiger Doppelstandard durch Wahl- und Regelleistungen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Er hätte zudem organisationspolitisch fast zwangsläufig zur Folge, daß die Krankenkasse sowohl als gesetzlicher Krankenversicherungsträger für die Regel- als auch als privates Krankenversicherungsunternehmen für die Wahlleistung auftritt. Eine solche Vermischung zweier Systeme mit völlig unterschiedlichen Voraussetzungen führt zwangsläufig zur Auszehrung des Solidarprinzips. Und dies trifft auf den Widerstand der SPD: Wer ein solidarisches Krankenversicherungssystem will, darf den Solidarausgleich nicht außer Kraft setzen. Er wird zum Beispiel außer Kraft gesetzt, zumindest aber beeinträchtigt, wenn wir es jener Gruppe, die Solidarität leisten müßte, erlauben, durch Inanspruchnahme von niedrigen Wahlтарifen auf Leistungen zu verzichten, die sie ohnehin nie brauchen würden und so jene Gruppe, die der Solidarität bedarf, zwingen, durch dann teure allgemeine Tarife sich Leistungen zu sichern, die sie dringend brauchen.

Ich frage mich manchmal, ob die Diskussion um Wahlтарife, Beitragsrückgewähr oder ähnliche Elemente, die wir doch in der Vergangenheit alle geführt haben, so gänzlich vergebens waren. Wir haben sie damals verworfen, weil sie mit einem solidarischen System unvereinbar sind. Das deutsche Krankenversicherungsprinzip vereinbart auf optimale Weise individuelle mit egalitären Prinzipien. Warum wollen wir daran rütteln und es durch allerlei Experimente aushebeln?

Schauen wir uns in vergleichbaren Industriestaaten um. Der nationale Gesundheitsdienst britischer Prägung versucht einen extrem egalitären Anspruch zu verwirklichen. Das Ergebnis ist gesundheitspolitisch verheerend und gesellschaftspolitisch fatal. Weil der egalitäre Anspruch nicht einlösbar ist, führt er zu exakt jener gesellschaftspolitischen Spaltung im Gesundheitswesen, die eigentlich vermieden werden sollte. Denn jeder, der es sich nur eben leisten kann versucht, um Wartezeiten bei Operationen und ähnlichen lebenswichtigen Maßnahmen zu entgehen, durch eine private Zusatzversicherung einen vernünftigen Standard zu erreichen. Damit aber ist genau das erreicht, was eigentlich vermieden werden sollte: Die Qualität der Gesundheitsleistung hängt vom Einkommen ab.

Das andere Extrem ist das Gesundheitssystem in den Vereinigten Staaten, ausgeprägt individualistisch orientiert mit allen fatalen Folgen für diejenigen, die sich mangels finanzieller Masse die Individualität nicht leisten können. Trotz Selbstbeteiligung, Kostenerstattung, trotz Wahlтарifen, Wahl- und Regelleistungen, also trotz aller jener Elemente, die uns einige Wissenschaftler seit Jahr und Tag für Deutschland aufschwätzen wollen: Dieses System ist das Teuerste der Welt. Es ist kein Zufall, daß der Zustand der amerikanischen Gesundheitssysteme wesentlicher Grund für den Wahlsieg von Präsident Clinton war.

Wir haben mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine Antwort gegeben, die mehrere Wahlperioden halten wird, dessen bin ich mir sicher. Es ist notwendig, daß wir danach weiterreichende Antworten finden, wirkliche Antworten und nicht verteilungspolitische Mätzchen oder Systemzerstörung veranstalten. Wenn wir den medizinischen Fortschritt auch weiterhin allen Bürgerinnen und Bürgern unseres Landes, unabhängig von

ihrem Einkommen, zugänglich machen wollen, dann müssen wir uns der Frage stellen, wieviel uns das Gesundheitswesen in Zukunft finanziell wert ist. Wenn die Gesellschaft darauf eine Antwort gefunden hat, wenn sie zudem berücksichtigt hat, daß die Veränderung der Alterspyramide in Deutschland zu zusätzlichen Anforderungen führt, dann können wir auch Antwort darauf geben, was zukünftig an Solidarleistungen zur Verfügung stehen soll.

Anknüpfend an die Themenstellung der Friedrich-Ebert-Stiftung, "Privatisierung von Gesundheitsleistungen – Die soziale Krankenversicherung auf Abwegen?", will ich an die geheimen Träume so manchen soliden Hausvaters erinnern, in denen er sich nichts sehnlicher wünscht, als einmal so richtig auf Abwege zu geraten und der dann, wenn sich der Wunsch tatsächlich erfüllt hat, gerne zurück möchte, aber erkennt, daß das nicht mehr geht.

Für die SPD stelle ich fest: Wir bleiben solide, wir wehren den Anfängen.

Klaus-Dirk Henke

Privatisierung im Gesundheitswesen

1. Einführung

Die Privatisierung von Staatsaufgaben und Staatseigentum stellt im Kontext der Finanzierungskrise und der Standortprobleme der Bundesrepublik eine wichtige wirtschaftspolitische Option dar. Es gilt zu vermeiden, daß der Staat Aufgaben erfüllt, die von Privaten gleich gut oder sogar schneller, billiger oder nachfragegerechter wahrgenommen werden können. Oft werden öffentliche Unternehmen durch Marktzugangsbeschränkungen vor privater Konkurrenz geschützt bzw. stark subventioniert, so daß auch Deregulierung zu den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Privatisierung gehört. Aktuelle Reformvorhaben in diesem Bereich sind die Bahnreform, die Poststrukturreform und die Marktöffnung in der Stromwirtschaft, aber auch im kommunalen Bereich wird ein großes Privatisierungspotential gesehen.¹

Das Gesundheitswesen ist bisher nur am Rande in die Privatisierungsdebatte einbezogen worden, obwohl es sich hier um einen stark regulierten und bei einem Gesamtausgabevolumen aller Institutionen von über 400 Mrd. DM um einen quantitativ sehr bedeutsamen Wirtschaftsbereich handelt.

Gerade im Gesundheitswesen kann man zwischen der "staatlichen" und "privaten" Aufgabenerfüllung selten genau trennen. Vielmehr bestehen eine Vielzahl quasi-staatlicher Trägerschaften wie z.B. freigemeinnützige Organisationen als Krankenhausträger, Rettungsdienste oder die als Parafiskus angesehene gesetzliche Krankenversicherung. Die Aufgaben der Gesundheitsversorgung erfolgen zwischen einem öffentlich-rechtlichen und einem privatwirtschaftlichen Rechtsrahmen. Eine Privatisierungsdebatte, die nur zwischen diesen beiden Extremen unterscheidet,

¹ Siehe im einzelnen Perspektiven staatlicher Ausgabenpolitik, Gutachten erstattet vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Schriftenreihe des Bundesministeriums der Finanzen, Heft 51, Bonn 1994.

greift allerdings zu kurz. Vielmehr muß gefragt werden, welcher Grad an Regulierung in welchen Bereichen zu den bestmöglichen Ergebnissen führt. Da das Gesundheitswesen aus vielen sehr heterogenen Sektoren besteht, muß eine Betrachtung der Privatisierungsproblematik nach einzelnen Teilbereichen getrennt erfolgen, wobei es sicherlich angemessener wäre, begrifflich und inhaltlich nach Privatisierung, Rationalisierung und Deregulierung zu trennen.

2. Krankenversicherung

Deregulierung und wettbewerbliche Neuordnung sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits eingeleitet; Arbeiter sind ab 1.1.1996 den Angestellten in der Wahl der Kasse gleichgestellt, d.h. sie können die Kasse frei wählen. Dies bedeutet gleichzeitig die Aufhebung der gesellschaftspolitisch überholten Trennung von Arbeitern und Angestellten in der Sozialversicherung. Die Folge ist zunehmender Wettbewerb unter den Kassen, der durch die Einführung eines Risikostrukturausgleichs ermöglicht wurde. Auch bei den Managementstrukturen zeigt sich eine mehr privatwirtschaftliche Organisationsform. Der bisherige Vertretervorstand und der hauptamtliche Geschäftsführer werden ab 1996 durch einen ehrenamtlichen Verwaltungsrat und einen hauptamtlichen Vorstand abgelöst.

Ein Teil der Aufgaben der Krankenversicherung werden bereits privatwirtschaftlich erfüllt. Über der Pflichtversicherungsgrenze tritt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit der privaten Krankenversicherung (PKV) in Wettbewerb; es besteht allerdings keine Wettbewerbsgleichheit, da die GKV verpflichtet ist, den Höchstsatz zu erheben (einkommensbezogene Beiträge), während die PKV ihre Prämien risikopropotional kalkulieren kann. Diese Regelung führt im Ergebnis dazu, daß sich nur die Bezieher höherer Einkommen den Solidarbeiträgen zur Finanzierung des Krankheitsrisikos entziehen können. Andererseits muß in einem gegliederten Krankenversicherungssystem nach der Schutzbedürftigkeit der Bevölkerung gefragt werden.

Eine wettbewerbsorientierte Deregulierung soll dazu führen, daß weder auf der Anbieter- noch auf der Nachfrageseite ungerechtfertigte Vorteile bestehen, also mithin gleiche Wettbewerbsbedingungen bestehen.²

3. Ambulant-ärztliche Leistungen

Der Markt für ambulant-ärztliche Leistungen ist stark reguliert und durch die Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen stark monopolisiert. Durch die Zwangsmitgliedschaft stellen sie ein Angebotskartell dar. Andererseits steht ihnen mit den Krankenkassen ein mehr oder weniger homogenes Nachfragekartell gegenüber. Durch das eingeführte Regionalprinzip werden die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und die Ersatzkassen jedoch in Zukunft regional mit den Anbietern verhandeln müssen. Vormals verhandelten die Ersatzkassen bundesweit, während die AOK regional verhandelt hat; durch diese Regelung wurde eine weitere Wettbewerbsgleichheit geschaffen.

4. Krankenhausleistungen

Im Krankensektor ist zunächst festzustellen, daß kein freier Marktzutritt möglich ist, d.h. Anzahl und Art der Krankenhäuser unterliegen einer staatlichen Bedarfsplanung. Zwar besteht für private Krankenhausträger prinzipiell die Möglichkeit einer Genehmigung zur Errichtung eines neuen Krankenhauses. Mit Genehmigungen an private Investoren wird staatlicherseits jedoch zurückhaltend verfahren, da die Aufnahme privater Krankenhäuser in den Krankenhausbedarfsplan den Staat de facto zur Übernahme etwaiger Verluste verpflichten würde. Auch die duale Finanzierung kommt einer weiteren Markteintrittsbarriere gleich, da die Privaten im Gegensatz zu öffentlichen Krankenhäusern auch ihre Investitionskosten selbst erwirtschaften müssen.

² Siehe hierzu im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht 1994, Kapitel 8, Baden-Baden 1994, Tz. 538 ff.

Mit der Einführung durch das Gesundheitsstrukturgesetz eines leistungsorientierten Entgeltsystems für Krankenhausleistungen und der damit verbundenen Möglichkeit zur Erzielung von Gewinnen wurden im Krankensektor verstärkt privatwirtschaftliche Elemente eingeführt. Würde auch die vielfach erhobene Forderung nach einem monistischen Finanzierungssystem realisiert, so würde auch für private Krankenhäuser Wettbewerbsgleichheit hergestellt. Experten aus Wissenschaft und Praxis sind darüber hinaus der Ansicht, daß durch betriebswirtschaftliche Führung in Krankenhäusern erhebliche Effizienzverbesserungen zu erzielen sind. Eine weitere Überführung von Krankenhäusern von kommunalen Eigenbetrieben in GmbH's würde ebenfalls hierzu beitragen.

Unabhängig davon besteht eine weitere Privatisierungsmöglichkeit in der Ausgliederung von bestimmten Leistungen, wie z.B. Laborleistungen, Verpflegungs- und Wäschereidienst, in den privaten Sektor.³

5. Ambulante Pflegedienste

Ein Bereich, in dem die privatwirtschaftliche Leistungserstellung bereits weitgehend dominiert, sind die ambulanten Pflegedienste. Auf diesem, infolge der demographischen Entwicklung, stark expandierenden Markt finden sich eine ganze Reihe privater, aber auch caritativer Unternehmen, die in Wettbewerb zueinander stehen.

6. Schlußbemerkung

Aufgrund des auch im Gesundheitswesen zunehmenden Zwangs zur Kostensenkung, insbesondere infolge der demographischen Entwicklung, werden die Privatisierung, die Rationalisierung und die Deregulierung als mögliche Strategien zur Kostensenkung an Bedeutung gewinnen. Es kann jedoch auch gute Gründe dafür geben, daß eine Aufgabe öffentlich wahrgenommen wird, wobei die im Gesundheitswesen

³ Siehe hierzu im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1992, Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Baden-Baden 1992, TZ 222 ff.

auf tretenden Informationsasymmetrien eine besondere Rolle spielen. Sie bewirken, daß der Empfänger von Gesundheitsleistungen nur selten die Qualität beurteilen kann. Welche Probleme daraus entstehen können, hat die in privatwirtschaftlicher Regie durchgeführte Blutplasmaherstellung gezeigt. Daher ist im Einzelfall zu prüfen, ob angesichts der Notwendigkeit der Qualitätssicherung eine privatwirtschaftliche Leistungserstellung möglich ist und wenn ja, welche externen Kontrollverfahren unabdingbar sind. Mehr Markt erfordert immer einen starken Staat.

Ist unser Gesundheitswesen noch finanzierbar? – Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer marktlichen Steuerung

1. Das deutsche Gesundheitswesen ist krank. Es befindet sich in einer Systemkrise; es leidet an einer Vielzahl von Symptomen: Einerseits bestehen vielfältige Überkapazitäten ("Bettenberg", "Ärztenschwemme", "Apothekerschwemme", "Pharmamüll", "Großgeräteüberkapazitäten") und andererseits wird es von vielfältigen Mängeln in der Versorgung geplagt (Unterversorgung im Bereich der psychischen Morbidität, mangelnde Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung). Das deutsche Gesundheitswesen leidet häufig an einem Ausgabenfieber, das immer wieder zu einer finanziellen Atemnot führt. Lange Zeit wurden diese finanziellen Engpässe mit Hilfe von Beitragssatzerhöhungen überwunden.

2. Steigende Beitragssätze bedeuten aber nicht nur eine höhere Belastung der Lohnneinkommen und hemmen damit die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer, sondern zugleich nehmen die Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber zu, was die Beschäftigungschancen negativ beeinflusst. Die Wettbewerbsfähigkeit des Industriestandortes Deutschland wird dadurch untergraben. Diese Einsicht führte schließlich zum politischen Ziel der Beitragsstabilität.

3. Die Ursachen der gegenwärtigen Probleme sind vielfältig. So wird aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen die individuelle Gesundheitsnachfrage bewußt nicht durch das Preisausschlußprinzip begrenzt. Dadurch wird nicht nur die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen völlig preisunelastisch und damit einer Freifahrermentalität ("Freibierverhalten") Vorschub geleistet, sondern darüber hinaus besteht für den einzelnen Versicherten oft ein Anreiz, aufgrund der bezahlten Prämie, die eine Pauschale darstellt, die Summe der nachgefragten Gesundheitsleistungen zu maximieren (Moral-Hazard-Phänomen). Außerdem existiert generell die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage,

indem die Anbieter von Gesundheitsleistungen die nachgefragte Menge erhöhen, weil für sie dadurch der Umsatz und damit in aller Regel das Einkommen wachsen.

4. Aufgrund dieser Rahmenbedingungen besteht gegenwärtig ein Verantwortungsvakuum, das zu Mißbrauch und Aushöhlung des sozialen Sicherungssystems führt. Eine Folge dieses Verhaltens ist die Verschwendung knapper Ressourcen. Damit ist jedoch auch ein Teufelskreis einer Beitragssatz-Anspruch-Spirale eröffnet: Vermehrte Leistungen führen zu steigenden Ausgaben und steigenden Beitragssätzen, die dann wiederum bei den Versicherten steigende Ansprüche an das System auslösen. Letztlich findet auf diese Weise eine "Ausbeutung aller durch alle" statt.

5. Angesichts dieser Situation wurde versucht, im Gesundheitsreformgesetz (GRG) und im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) durch die Einführung neuer Steuerungsmechanismen in das Gesundheitswesen die aufgezeigten gegenwärtigen Probleme zu lösen. Im Vordergrund des Gesundheitsreformgesetzes – und dies wird im GSG bekräftigt – stehen hierbei besonders die drei Grundsätze:

- Sicherung der notwendigen medizinischen Versorgung (§ 70 Abs.1 SGB V),
- Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) sowie
- angemessene Vergütung (§ 72 Abs.2 SGB V).

6. Die politische Priorität liegt hierbei auf der Beitragsstabilität. Diese Entscheidung ist willkürlich getroffen, allerdings bleibt eine solche Festlegung nicht ohne Konsequenzen für die notwendige medizinische Versorgung sowie für die angemessene Vergütung. Entweder muß diese Ziel realisiert werden, der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beträchtlich reduziert oder es müssen ärztliche Honorare merklich beschnitten werden.

7. Ordnungspolitisch stellen das GRG und das GSG das Ergebnis planwirtschaftlichen und dirigistischen Denkens zentralverwaltungswirtschaftlicher Provinienz dar. Es geht von einem kollektiven Menschen-

bild aus, das beherrscht wird von dem Glauben der Planbarkeit und der Illusion von Machbarkeit. Der einzelne Bürger, ob Patient oder Leistungserbringer, wird entrechtlicht und bevormundet.

8. In der derzeitigen politischen Diskussion finden die zukünftigen Herausforderungen keine Berücksichtigung: Der EG-Binnenmarkt mit seinen gegenwärtig über 340 Mio. Menschen stellt in Zukunft eine enorme Herausforderung für unser Gesundheitswesen dar. Es wird keine Vorab-Harmonisierung in der Sozialpolitik geben, vielmehr wird es zu einem Wettbewerb der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme innerhalb der Europäischen Gemeinschaft kommen. Es ist dabei zu befürchten, daß die Vorteile des deutschen Gesundheits- und sozialen Sicherungssystems immer mehr auch von den Bürgern anderer EG-Staaten genutzt werden.

9. Die Integration der fünf neuen Bundesländer stellt eine weitere Herausforderung dar. In der ehemaligen DDR existieren auch im sozialen Sicherungssystem große Defizite. Es wird im Rahmen des Wiedervereinigungsprozesses, auch im Bereich der Angleichung des sozialen Sicherungssystems, zu enormen Belastungen für alle kommen.

10. Vor allem die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung stellt eine große Herausforderung dar. So wird der Gesamtlastenkoeffizient (das Verhältnis zwischen nicht oder nicht mehr Erwerbstätigen einerseits und Erwerbstätigen andererseits) von 80 % (1985) auf über 115 % (2030) sowie der Altlastenkoeffizient (das Verhältnis der über 60jährigen zu den 20–60jährigen) von 36 % (1985) auf etwa 80 % (2030) ansteigen. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß aufgrund der steigenden Lebenserwartung (Vergreisung der Bevölkerung) die Multimorbidität, chronische Krankheiten sowie die Zahl der Pflegefälle enorm ansteigen werden.

11. Der Anteil der Rentner an der Gesamtzahl der GKV-Mitglieder wird weiter steigen; so erhöhte er sich von 20,3 % (1960) auf über 30 % (1992). Diese Zunahme der Rentner stellt deshalb ein Problem dar, weil die Krankenversicherung der Rentner weniger als 50 % (1992 etwa 42 %) der von den Rentner verursachten Kosten deckt. Auf diese Weise

fand 1992 in der GKV ein Solidarausgleich in Höhe von etwa 33 Mrd. DM zwischen den Erwerbstätigen und den Rentnern statt, der die Erwerbstätigen zunehmend stärker belastet.

12. Eine weitere Herausforderung stellen die steigenden Ärztezahlen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich dar. Im gegenwärtigen System der Einzelleistungshonorierung kann diese Ärzteschwemme zu enormen Problemen für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen führen.

13. Mithilfe des medizinischen Fortschritts wird es in Zukunft möglich sein, immer mehr Krankheiten kausal zu behandeln. Diese Möglichkeiten werden aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel jedoch nur sehr bedingt in Anspruch genommen werden können.

14. Eine weitere große Herausforderung stellt die sukzessive Ausdehnung der Aufgaben der GKV auf die Prävention und die Pflege dar. Diese Entwicklung wird begleitet von einem zunehmenden Anspruchsdenken der Versicherten, das sich in der Erwartung ausdrückt, zwar die Vorteile eines mündigen Bürgers zu genießen, ohne aber die Verantwortung einer solchen freiheitlichen Ordnung übernehmen zu wollen.

15. Angesichts dieser Situation stellt sich die Frage nach der Finanzierbarkeit. Es ist abzusehen, daß die bestehenden Mängel und die zukünftigen Herausforderungen zunehmend die inneren Widersprüche des Systems der sozialen Krankenversicherung aufbrechen lassen, wenn es nicht gelingt, die gegenwärtigen Probleme ursachenadäquat zu lösen und die zukünftigen Herausforderungen angemessen zu berücksichtigen.

16. Aus der sich abzeichnenden Systemkrise im Gesundheitswesen führt nur eine ordnungspolitische Neuorientierung heraus. Statt auf Elemente verstärkter staatlicher Leistung und Bevormundung muß eine ursachenadäquatere Therapie auf deregulierende und damit liberalisierende Maßnahmen setzen. Nur eine dezentrale, marktliche Steuerung führt zu einer Anreizkompatibilität zwischen individuellen und kollektivem rationalem Verhalten. Die Therapiehoheit ist – soweit dies gesundheits- und sozialpolitisch vertretbar ist – dem Patienten zu

übertragen, der wohl der Beratung durch den Arzt und anderer Leistungserbringer bedarf, letztlich muß er jedoch selbst entscheiden, welche konkrete Maßnahme bei ihm angewandt werden soll.

17. Selbstverständlich bedarf es in einer sozialen Marktwirtschaft des besonderen Schutzes wirtschaftlich schwacher, kranker und alter Menschen. Es gilt, das Individualprinzip (Äquivalenzprinzip: Leistung und Gegenleistung entsprechen sich) und das Sozialprinzip (Solidarprinzip: gleicher Leistungsanspruch für jeden, unabhängig von der Höhe seines Beitragseinkommens) so zu kombinieren, daß das für eine freie Gesellschaft prägende Subsidiaritätsprinzip nach dem Grundsatz "Subsidiarität soweit wie möglich, Solidarität soweit wie nötig" zum Tragen kommt.

18. In einem freiheitlichen System muß statt eines Kassenartenzwanges generell eine Versicherungspflicht Platz greifen. Für alle sozialen Krankenversicherungen muß ein Kontrahierungszwang und ein Diskriminierungsverbot gegenüber versicherungsbedürftigen Bürgern bestehen. Die soziale Krankenversicherung muß sich hierbei wieder auf die Sicherung sozial schutzbedürftiger Bevölkerungskreise gegen elementare, existenzbedrohende Krankheitsrisiken und deren Folgen konzentrieren.

19. Eigenverantwortung und Eigenvorsorge sind dort einzuräumen, wo sie zum einen ökonomisch zumutbar sind und zum anderen das Gesundheits- und Krankheitsverhalten des betreffenden Versicherten positiv beeinflussen. Der existierende Leistungskatalog der GKV muß konsequent "entschlackt" werden. Als Kriterien könnten der Grad der individuellen Vorhersehbarkeit (Brillen, Zahnersatz), die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs (Kuren, Schönheitsoperationen, Erkältungen) sowie die Höhe der finanziellen Belastung (Bagatelleistungen) dienen.

20. Es sollte zwischen Regelleistungen (Vertragsleistungen) und Wahlleistungen unterschieden werden. Grundsätzlich muß dem einzelnen Versicherungspflichtigen – soweit dies gesundheits- und gesellschaftspolitisch vertretbar ist – die Möglichkeit eingeräumt werden, sich gegen Gesundheitsrisiken, die nicht von der Solidarversicherung abgedeckt werden, freiwillig zu versichern. Das von der GKV gegenwärtig

angewandte "Alles-oder-Nichts-Prinzip" muß abgeschafft werden, d.h. Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung müssen gleichzeitig möglich sein.

21. Angesichts der zukünftigen demographischen Entwicklung sowie der begrenzten finanziellen Mittel muß auch darüber nachgedacht werden, ob die Altersgrenze der Verrentung angehoben wird. Darüber hinaus müssen die Rentner den gleichen Beitragssatz wie die erwerbstätigen Mitglieder entrichten. Außerdem sollte generell auf das Haushaltseinkommen als Beitragsbezugsgröße abgestellt werden.

22. In der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung muß die Freiberuflichkeit wieder stärker in den Vordergrund treten, damit der individuelle Entscheidungsspielraum durch den Abbau zentraler übergeordneter Zwänge für alle Kassenärzte erweitert wird. Die bestehende strenge Organisationspflicht in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) muß aufgehoben werden. Es ist ausreichend, eine allgemeine Organisationspflicht für Kassenärzte und Kassenzahnärzte einzuführen.

23. Die Freiheit ist unteilbar, d.h. beispielsweise politische und ökonomische Freiheit bilden eine Einheit. Auch Freiheit, Markt und Wettbewerb gehören zusammen. Der Wettbewerb erfüllt dabei zwei Funktionen. Zum einen wird eine effiziente Verwendung der knappen Mittel (ökonomische Funktion) sichergestellt und zum anderen wird eine größtmögliche Handlungs- und Wahlfreiheit des einzelnen (gesellschaftliche Funktion) gewährleistet.

24. Nur durch eine konsequente Entstaatlichung des Gesundheitswesens bei einem ausreichenden Schutz der Härtefälle kann ein Weg aus der gegenwärtigen Sackgasse des Gesundheitswesens gefunden werden und damit das Gesundheitswesen in Deutschland auch in Zukunft finanzierbar und überlebensfähig bleiben.

Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung

Rudolf Dreßler, MdB, Stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion, Bonn

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Vorsitzender des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Hannover

Peter König, Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Forschungsinstitut, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Heinz Lohmann, Vorsitzender des Bundesausschusses der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), Hamburg

Dr. Ursula Mehrländer, Leiterin der Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Forschungsinstitut, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Prof. Dr. Peter Oberender, Universität Bayreuth

Prof. Dr. Martin Pfaff, MdB, Bonn

Reihe "Gesprächskreis Arbeit und Soziales"

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 1

Ausländer im vereinten Deutschland – Perspektiven der Ausländerpolitik
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 2

Industriebetriebe an der Schwelle zur Marktwirtschaft
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 3

Zuwanderungspolitik der Zukunft
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 4

**Modernes Management in Unternehmen der alten und neuen
Bundesländer**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 5

Zukunft des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 6

**Multikulturelle Gesellschaft – Der Weg zwischen Ausgrenzung und
Vereinnahmung?**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 7

Ursula Mehrländer, Günther Schultze

**Einwanderungskonzept für die Bundesrepublik Deutschland – Fakten
Argumente, Vorschläge**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 8

**Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen
Bundesländern**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 9
Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 10
**Branchenentwicklungen und Handlungsperspektiven betrieblicher
Interessenvertreter in den neuen Bundesländern**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 11
**Der ostdeutsche Maschinenbau – Wege zur internationalen
Wettbewerbsfähigkeit**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 12
Flüchtlingsbewegungen und das Recht auf Asyl
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 13
**Verzahnung von Arbeitsmarkt-, Regional- und Wirtschaftspolitik – Eine
dringende Aufgabe in den neuen Bundesländern**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 14
**Einwanderungsland Deutschland: Bisherige Ausländer- und Asylpolitik –
Vergleich mit europäischen Ländern**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 15
Fremdenfeindlichkeit und Gewalt – Ursachen und Handlungsperspektiven
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 16
Veränderung des Arbeitsschutzrechtes in der Bundesrepublik Deutschland
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 17
**Gesundheitsstrukturgesetz – Geeignet zur Lösung der Probleme im
Gesundheitswesen?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 18
**Neue Ansätze in der Arbeitsmarktpolitik – Ist ein Gesamtkonzept für die
neuen und alten Bundesländer erforderlich?**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 19
Deutsche und Polen – Zwischen Nationalismus und Toleranz
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 20
**Betriebliche Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand – Sind neue Konzepte
für alternde Belegschaften erforderlich?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 21
**Entstehung von Fremdenfeindlichkeit – Die Verantwortung von Politik
und Medien**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 22
**Partizipationschancen ethnischer Minderheiten – Ein Vergleich zwischen
Großbritannien, den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 23
**Fremdenfeindlichkeit und Rassismus – Herausforderung für die
Demokratie**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 24
Gesundheitspolitik in Unternehmen der neuen Bundesländer
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 25
Weiterentwicklung der Behindertenpolitik in Deutschland

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 26
**Das duale System der Berufsausbildung in der Sackgasse? –
Modernisierungsdruck und Reformbedarf**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 27
**Den Zweiten Arbeitsmarkt fördern – Ein ökonomisch und sozial
tragfähiges Konzept?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 28
Ausbildung und Beschäftigung – Übergänge an der zweiten Schwelle

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 29
Chancengleichheit für ausländische Jugendliche

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 30
**Privatisierung von Gesundheitsleistungen – Die soziale
Krankenversicherung auf Abwegen**

*Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:
Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung*

D-53170 Bonn