

Aktuelle Politik

Die gesundheitspolitische Diskussion ist von Modetrends und ideologischen Wellenbewegungen beherrscht. Wurden vor noch nicht allzu langer Zeit in der sozialliberalen Ära eine zentrale Budgetsteuerung von oben und eine politische Orientierung eines quotenorientierten Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung propagiert, so glauben nun gesundheitsökonomische Strategen nach der Bonner Wende, in mehr marktwirtschaftlicher Steuerung

den Schlüssel zur Kostendämpfung und Selbstregulation gefunden zu haben. Aber, wie immer bei der Gesellschaftsgestaltung und bei sozial- und gesundheitspolitischen Strategien: Reformmaßnahmen können nicht von heute auf morgen realisiert werden. Die „heile Kostendämpfungswelt“ läßt sich auch nicht mit einer ideologischen Kehrtwendung und einer radikal-ökonomischen Sicht der Dinge wieder herstellen. Vielmehr muß auf das gegliederte gewachsene Gesund-

heitssystem Rücksicht genommen werden. Konzepte am Reißbrett gibt es zuhauf, sie haben allenfalls heuristischen Wert. In der Reformpolitik sind Maßnahmen der kleinen Schritte und Selbstgänger – ordnungspolitisch klar aufeinander ausgerichtet – eher praktikabel und eher politisch konsensfähig. Zudem haben sie den Vorteil, Bewährtes weiterzuentwickeln und nicht ohne Grund in ein Niemandsland (Stichwort: Öffnungs- und Experimentierklauseln) zu streben.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung („Fünf Weise“) hat ein ganzes Arsenal probater marktwirtschaftlicher Regulative empfohlen: Übergang vom tradierten Sachleistungsverfahren zu einem sozial austarierten Kostenersatzprinzip, Direktbeteiligungen, Wahlleistungsangebote und freier Zugang zu den Kassenarten. Auch sollen Kontrahierungszwänge gelockert und ganz beseitigt werden und ein neuartiger Wettbewerb unter den Leistungs-„Anbietern“ (Leistungsträgern) entfacht werden – alles zum Wohl der Patienten, Beitragszahler und der auf Sparsamkeit und Kostendämpfung erpichten Politiker.

Dieser Schachzug kann allerdings nur dann funktionieren, wenn die tragenden und auch im politischen Raum zäh verteidigten Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung außer Kraft gesetzt und an deren Stelle eine reprivatilisierende privatversicherungähnliche Kalkulation der Beiträge und Risiken in der Krankenversicherung erfolgen würde. Sozialstaatsprinzip, Soli-

Mehr Marktwirtschaft ist kein Patentrezept

Das Gesundheitswesen muß mit viel Augenmaß reformiert werden

daritätsprinzip, horizontaler und vertikaler Risiko- und Familienausgleich, lebenslange Lastenverteilung und Umlagefinanzierung müßten neu überdacht werden. Auch die konstitutiven Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich der intergenerative und soziale Ausgleich, würden bei einer Umkrepelung des Systems und einer konsequenten Umschaltung auf mehr Wettbewerb ohne Grund beseitigt werden. Eine ausgewogenere Lastenverteilung in der Krankenversicherung

der Rentner (KVdR) und eine Direktbeteiligung der Erwerbsinaktiven mit höheren Kollektivbeiträgen, ebenfalls vom Sachverständigenrat vorgeschlagen, würden bedeuten: Der intergenerative Risikoausgleich zwischen Erwerbstätigen und Rentnern in der gesetzlichen Krankenversicherung würde allmählich aufgehoben werden, eine Abkoppelung der Rentnerkrankenversicherung von der Versicherung der Erwerbsaktiven würde begünstigt. Auch der Ausschluß oder die Verringerung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen in der gesetzlichen Krankenversicherung und/oder die Kalkulation nach versicherungswirtschaftlichen Grundsätzen bedeuten nichts anderes als einen Versicherungsausschluß oder die Verlagerung von sozialen Transferleistungen auf andere Haushalte (gegebenenfalls den Staat). Gesamtwirtschaftlich und transferpolitisch würde per saldo aber nichts gewonnen – jedenfalls nicht im Sinne der Kostendämpfungsstrategie.

Eine erhöhte Direktbeteiligung der Versicherten an den Krank-

heitskosten würde in erster Linie die Arbeitgeber und damit deren lohnbezogenen Abgaben entlasten. Dies mag ein hehres konjunktur- und wirtschaftspolitisches Ziel sein, ist aber verteilungspolitisch nichts mehr als bloße Augenwischerei, denn sämtliche lohnbezogenen Abgaben sind dem Produktionsfaktor Arbeit zuzurechnen. Zudem darf eine Direktbeteiligung nicht zu einer zusätzlichen Mittelbeschaffung neben den kollektiv finanzierten Versicherungsbeiträgen und damit zu einem zweiten Finanzierungsweg führen. Wer kann schon in jedem Einzelfall garantieren, daß die Versicherungsbeiträge bei Nichtinanspruchnahme entsprechend entlastet werden?

Die wünschenswerte Beitragsentlastung ist finanztechnisch wegen des Risikoausgleichs zwischen Rentnern und Aktiv-Versicherten im Sachleistungssystem nicht lösbar, weil dadurch der Rentnerkrankenversicherung Finanzmittel durch Beitragssatzsenkungen bei den Primär-Versicherten entzogen würden. Im Risikofall führt das Kostenerstattungssystem ebenso wie die Direktbeteiligung zu einer fühlbaren Belastung der Risikopatienten und damit zu einer nicht wünschenswerten Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinzu kommt die Tatsache, daß heute kaum Unterschiede in der schichtenspezifischen Inanspruchnahme der Kassenleistungen festgestellt werden können.

Der Preis- und Leistungswettbewerb unter den Krankenkassen um die Gunst der Versicherten kann nur dann Steuerungs- und Regulationseffekte haben, wenn es den Kassen freigestellt würde, Art und Umfang der kassenärztlichen Versicherungsleistungen *autonom* festzulegen. Zudem müßte gewährleistet sein, daß der Wettbewerb nicht – wie bisher oftmals – zu einem die Kosten anheizenden Ausspielen einer

Kassenart gegen die andere führt. Bei einer Auffächerung der Beitrags- wie Leistungsseite der Krankenkassen – etwa durch Experimentierklauseln, der vielbeschworenen Losung für die Strukturreform – müßte man in Kauf nehmen, daß die Versicherten künftig keinen einheitlichen gesetzlich garantierten und überschaubaren Leistungsanspruch mehr hätten. Vielmehr würden die Kassen gezwungen, auf eine risikoorientierte Beitragskalkulation umzuschalten. Je nach dem individuellen Krankheitsschutz wären die Deckungslücken im Krankheitsfall gravierend (oder müßten durch private Zusatzversicherungen abgefangen werden). Die Folge, der Ausfallbürge Staat/Sozialhilfe müßte dennoch einspringen.

Die Stabilisierungsrolle der KVen

Gesundheitsökonomem neoliberaler Prägung sehen in den Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts, aber auch in den Krankenkassen „Zwangskartelle“ und eine Vermachtung der Gesundheitsmärkte zu Oligopolen. Zudem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen wegen ihres Sicherstellungsauftrages („Monopol“) und ihrer Funktion als genossenschaftliche Selbstverwaltung als Fremdkörper in einem wettbewerblichen Gesundheitswesen empfunden. Zugabe: Allein vom quantitativen Aspekt (Stichwort: „Ärztenschwemme“) her wäre es nicht erforderlich, das Ärzteangebot über einen Sicherstellungsauftrag und KVen zu „monopolisieren“. Die flächendeckende Versorgung, ja Überversorgung ist heute Faktum. Dennoch: Die Körperschaften öffentlichen Rechts sind zwar „mittelbare Staatsgewalt“, sie sind ein konstitutives Ordnungselement in der Gestaltung der Gesundheits-

liche Aufsichtsfunktionen und können in Selbstverwaltung und Selbstverantwortung Dinge vor Ort und in Partnerschaft vertraglich und selbstgestaltend lösen. Sie verhindern einen ruinösen Wettbewerb und einen damit verbundenen Qualitätsverlust. Individuelle Prägungen der berufstätigen Ärzte müssen dahinter zurückstehen.

Vorschläge, den Preiswettbewerb und die Vertragsgestaltung zwischen den einzelnen Ärzten und Arztgruppen sowie einzelnen Krankenkassen und Vereinigungen dem freien Spiel der Kräfte zu überlassen, ja die Krankenkassen sich als freie Versicherungseinrichtungen gerieren zu lassen, sind auch kein idealer Lösungsweg. Auch wäre dies nicht marktkonform, weil damit der Anbietervielfalt von genossenschaftlich kooperierenden Kassenärzten ein Nachfrageoligopol durch Krankenkassenverbände entgegengesetzt würde. Dies bedeutet ein Rückfall in Zeiten vor 1931, als sich Ärzte nicht dem Wettbewerb, sondern vielmehr dem „Preisdiktat der Krankenkassen“ – mit allen negativen Konsequenzen – ausgesetzt sahen. Auch die Marktwirtschaftler-Forderung, die bestehende Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Bereich aufzuheben und in eine Art Gesamtsicherungsauftrag (HMO à la USA) überzuführen, ist auf dem Hintergrund der deutschen Sozialversicherung schwer zu realisieren. Sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor decken unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse verschiedener Patientenkollektive ab. Jedes Leistungsangebot muß sich auf die spezifischen Bedürfnisse in diesem Bereich ausrichten. Das Prinzip der Arbeitsteilung und Gliederung ist in anderen marktwirtschaftlich organisierten Sektoren Instrument zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung, von der alle profitieren.

Gerhard Brenner/Harald Clade