



Sind wir noch zu retten?

Deutschland auf dem Weg in die Staatsmedizin

Ist Politik nur ein anderes Wort für die Unfähigkeit zu lernen? Was jetzt dem Deutschen Bundestag als Entwurf eines *Gesundheitsstrukturgesetzes* zur Rettung unseres Gesundheitswesens vorgelegt wurde, drängt einmal mehr diesen Schluß auf. Dieses Gesetz ist – genau wie seine fruchtlosen Vorläufer – ein Teil der Krankheit selbst, die es zu heilen vorgibt.

Die Dramaturgie ist fast immer die gleiche: Immense Kostensteigerungen. Massive staatliche Interventionen. Weitere Ausgabenexplosionen als Folge davon. Noch mehr staatliche Eingriffe. Und so fort. Nach dem peinlichen Scheitern des Anfang 1989 mit viel Eigenlob gestarteten *Gesundheitsreformgesetzes* nun das *Gesundheitsstrukturgesetz* als der nächste dirigistische Anlauf, mit dem nach dem Willen des Bundesgesundheitsministers und der ihn unterstützenden Parteien CDU, CSU, FDP und SPD das Gesundheitssystem kurzfristig um 11 Mrd. DM entlastet und auf Dauer finanzierbar gehalten werden soll.

Auch das Gesetz von 1989 sollte die Kosten in den Griff bekommen. Was daraus wurde, ist bekannt und wurde deutlich genug vorhergesagt. Nach kurzfristiger Beitragssatzsenkung von 12,9 auf 12,2 Prozent Ende 1990 liegt der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit auf dem historischen Rekordniveau von 13,1 Prozent. Bis Ende dieses Jahres wird mit 13,5 Prozent gerechnet.

Die Sachlage ist denkbar einfach. Mit dirigistischen Eingriffen läßt sich das Ziel, wenigstens einigermaßen Beitragsstabilität zu halten, nie und nimmer erreichen. Das geht nur, wenn das

System selbst genügend Anreize dafür schafft, daß alle seine Beteiligten ihr Verhalten ändern: wenn Leistungsanbieter und Versicherte ein ganz persönliches Interesse daran entwickeln, Leistungen wirtschaftlich zu erstellen bzw. sie sparsam in Anspruch zu nehmen. Wenn etwa der Arzt weiß, daß er seinen Patienten, den er dauerhaft halten möchte, durch unnötige oder gar sinnlose Leistungen übermäßig belastet, wird er auf eine solche Praxis verzichten, denn sonst sucht der Patient einen anderen Arzt. So vernünftig reagieren Menschen in der Marktwirtschaft, wenn sie nicht durch staatliche Eingriffe fehlprogrammiert werden. Doch mit dem *Gesundheitsstrukturgesetz* ignoriert die Politik wieder einmal diese Zusammenhänge und versucht erneut die bürokratisch-obrigkeitliche Steuerung der Menschen und ihres Gesundheitsverhaltens. Damit niemand behaupten kann, wir hätten auch dann, wenn das Gesetz Wirklichkeit wird, noch ein freies, selbstverwaltetes Gesundheitssystem in Deutschland, wird die Gesetzesvorlage im folgenden unter die Lupe genommen und aufgezeigt, wohin die Reise geht.

Das dummdreiste Gesicht des Dirigismus

Alle Maßnahmen, die jetzt als neueste Heilmittel gegen die chronischen Kostenwucherungen im Gesundheitswesen regierungsamtlich offeriert werden, sind der Struktur nach im Rahmen des einen oder anderen Kostendämpfungsgesetzes der letzten Jahre schon ausprobiert worden. Jetzt aber erreichen die staatlichen Interventionen in ihrer Gesamtheit eine neue Dimension. Fast das gesamte Arsenal des obrigkeitlichen Dirigismus wird bemüht: Ausgabenbudgets, Einkommenskürzungen

beim Überschreiten von Budgets, gesetzliche Preis- und Honorarsenkungen, Preismoratorien, Ausbau der Festbetragsregelung für Arzneimittel, Ausgrenzung von Leistungen, Einführung einer Liste der in der Kassenpraxis zu verordnenden Medikamente, Richtgrößen für die verordneten Leistungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse, die Perfektion der Kontrollsysteme mit Hilfe von Versichertenkarten, Versichertennummern, Angaben über Diagnosen, die personen- und arztbezogene Zusammenführung von Daten, Bedarfsplanung für Ärzte, Zulassungssperren, Pauschalhonorare, degressiv nach dem Umsatz gestaffelte Honorare sowie Finanzausgleiche zwischen allen Kassen.

Fast alle Maßnahmen sind darauf angelegt, die Leistungsanbieter – Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und andere – dahin zu bringen, ihr Leistungsangebot zu begrenzen oder zu verringern. Nur an zwei Stellen werden Ansätze für eine Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten oder der Anbieter von Gesundheitsleistungen sichtbar: Die Zuzahlung der Versicherten bei den Arzneimitteln wird erweitert, den Krankenhäusern die Garantie der Selbstkostendeckung genommen. Das hätten positive Ansätze sein können. Doch sie vermögen, wie noch zu zeigen ist, nicht zu überzeugen. Der dirigistische Charakter dieser umfassenden Gesetzgebung wird, wie die vorgesehenen Regelungen zeigen, dadurch kaum gemildert.

Ärzte

In Zukunft wird mit pauschalen und individuellen Malus-Regelungen (siehe Kasten S. 2) massiv in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingegriffen. Der

Das Gesamthonorar wird bis Ende 1995 fest an die Entwicklung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts (Grundlohn) gekoppelt. Dies gilt auch über 1995 hinaus, allerdings mit der Maßgabe, daß Leistungen der Prävention nicht mehr "gedeckt" werden. Diese Form der Budgetierung basiert auf den Ausgaben der Kassen für die ambulante ärztliche Versorgung im Jahr 1991. Dies bedeutet, daß rückwirkend auch in die für 1992 geltenden Honorarverträge eingegriffen wird.

Auch den Verordnungen der Ärzte werden Budgets vorgegeben. Das gilt für Arznei- und Heilmittel. Das Budget für 1993 bezieht sich auf die Ausgaben für Arzneimittel im Jahr 1991. Es beträgt

knapp 24 Mrd. DM. Wird dieses Budget überschritten, so haften die Ärzte bis zu einem Betrag von 280 Mio. DM. Ein noch höheres Defizit hätte die Pharmaindustrie auszugleichen, und zwar ebenfalls bis zu einem Betrag von 280 Mio. DM. Das Arzneimittelbudget soll zunächst nur 1993 gelten. Es kann von 1994 an durch sogenannte Richtgrößen für die Verordnung abgelöst werden. Ärzte, die die Richtgrößen überschreiten, haben mit einem Regreß zu rechnen. Ein Überschreiten von 15 Prozent löst zunächst eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Praxis aus; ein Überschreiten von 25 Prozent führt zwangsläufig zum Regreß, es sei denn, daß Besonderheiten der Praxis geltend gemacht werden können.

Die politische und innerärztliche Diskussion über die Förderung der Hausärzte nährt jedoch den Verdacht, daß die Entwicklung auf den englischen Bezirksarzt hinausläuft, der dann auch darüber zu entscheiden hätte, wer wann welchen Facharzt konsultieren kann. Das käme einer nachhaltigen Einschränkung der freien Arztwahl gleich.

Zahnärzte

Auch für die zahnärztlichen Honorare gilt die strikte Grundlohnbindung bis Ende 1995. Die zahnärztlichen Honorare für die prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen werden zuvor um 10 Prozent, die der Zahntechniker um 5 Prozent gesenkt. Neu ist, daß mit steigenden Umsätzen die zahnärztlichen Leistungen degressiv honoriert werden sollen. Der von den Kassen anzusetzende Punktwert richtet sich damit nicht mehr nach der Leistung; er sinkt mit steigenden Umsätzen.

Patient kann nicht mehr sicher sein, daß ihm sein Arzt das beste Medikament verschreibt. Er muß vielmehr befürchten, daß der Arzt, um Einkommenskürzungen zu vermeiden, ein Medikament wählt, das seinem begrenzten Budget Rechnung trägt. Der Patient wird sich künftig fragen müssen, ob das Mittel ihm hilft oder eher dem Arzt Einkommenskürzungen erspart. Zwischen der ärztlichen Verordnung und den Kassenausgaben gibt es einen Zusammenhang. Der Malus führt aber dazu, daß der Patient noch weniger als bisher Einfluß auf die ärztliche Verschreibung hat. Daß auch die Pharmaindustrie für das Budget haften soll, ist grotesk. Sie hat damit für das Ordnungsverhalten der Ärzte einzustehen. Soll der Arzneimittelhersteller, von dessen Forschungsfähigkeit soviel abhängt, dem Arzt den Rat mitgeben, das Medikament möglichst zurückhaltend oder bei Erschöpfung des Budgets überhaupt nicht mehr zu verordnen?

Vorgesehen ist überdies der Ausbau der hausärztlichen Tätigkeit und deren finanzielle Aufwertung. Die Hausärzte sollen eine Grundvergütung für die nur

von ihnen abzurechnenden Leistungen erhalten. Dies soll aus Einsparungen bei den Laborleistungen finanziert werden. Das wird den Verteilungskampf innerhalb der Ärzteschaft verschärfen. Von 1995 an sollen auch für die Vergütung der Fachärzte die nach den einzelnen Leistungen berechneten Honorare durch Leistungskomplexhonorare ersetzt werden. Während die Vergütung nach einzelnen Leistungen einen starken Anreiz setzt, die Leistungen zu vermehren, können pauschale Vergütungsformen die Ärzte dazu verleiten, auch gebotene Leistungen nicht zu erbringen, um die Kosten möglichst gering zu halten. Die Ausgestaltung der Vergütung berührt also auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Pauschalhonorare fördern die Skepsis der Patienten zu ihren Ärzten. Das wäre dann nicht der Fall, wenn sich Arzt und Patient über die Leistung und deren Bezahlung zu verständigen hätten und der Patient ein finanzielles Interesse daran hätte, daß der Arzt sparsam arbeitet. Mit dem Hausarztkonzept soll die Stellung jener Ärzte verbessert werden, die bislang am schlechtesten gestellt sind. Das ließe sich vertreten.

Das ursprünglich vorgesehene Konzept einer Gliederung der prothetischen Leistungen in Regel- und Wahlleistungen ist auf Druck der SPD aufgegeben worden. Die SPD sieht darin den Einstieg in die "Zwei-Klassen-Medizin". Nunmehr werden eine Reihe aufwendigerer Leistungen, wie Brücken zum Ersatz von mehr als vier Zähnen, aus dem Leistungskatalog gestrichen. Wer sich für solche Lösungen beim Zahnersatz entscheidet, soll dazu keinen Kassenzuschuß erhalten, auch nicht den Zuschuß, den die Kasse bei der Entscheidung für die einfachere Lösung zu zahlen hätte. Auch dies bedeutet eine Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Patienten, die zu einer Nivellierung der Leistungen auf einem niedrigen Standardniveau führen wird. Die Zahnärzte haben für Füllungen und Zahnersatz eine Gewährleistung für zwei Jahre zu übernehmen. Das kann in der Praxis zu Schwierigkeiten führen,

wenn der Patient die für ihn teurere, aber medizinisch gebotene Leistung verweigert und sich der Arzt deshalb gedrängt sieht, gegen seine Überzeugung eine einfache Füllung zu machen, die nicht lange hält.

Krankenhaus

Auch den Krankenhäusern werden bis Ende 1995 Ausgabenbudgets vorgegeben. Sie werden in dieser Zeit an den Anstieg des Grundlohns gekoppelt. Mehrkosten für Stellenausweitungen bei den Pflegekräften werden im Budget berücksichtigt. Das gilt auch für Gehaltsverbesserungen, soweit diese den Anstieg der beitragspflichtigen Arbeitsentgelte der Versicherten übersteigen. Die Chefärzte haben künftig höhere Abgaben an das Krankenhaus abzuführen. Über diese Gelder konnten die Krankenhäuser bislang frei verfügen. Sie müssen künftig in das Krankenhausbudget eingebracht werden; sie entlasten damit die Krankenkassen. Für das Krankenhaus wird das Selbstkostendeckungsprinzip des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgegeben. Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, so heißt es im Gesetzestext, soll künftig über leistungsgerechte Entgelte gesichert werden. Vorgesehen ist die Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen. Daneben wird es weiterhin einen Basispflegesatz sowie Abteilungspflegesätze geben. Künftig wird es möglich sein, mit privatem Kapital Investitionen zu finanzieren. Die Kapitalkosten können begrenzt im Pflegesatz berücksichtigt werden. Vorgesehen ist eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, und zwar dadurch, daß den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet wird, von Ärzten eingewiesene Patienten vor- und nachstationär zu behandeln. Auch soll in den Krankenhäusern das ambulante Operieren zugelassen werden.

Die obigen Bestimmungen sollen die Krankenhäuser dazu zwingen, vom Ko-

sten- zum Leistungsdenken überzuehen. Gut gedacht, aber schlecht gemacht. Denn unliebsame Konsequenzen wurden auch hierbei einfach ausgeblendet. Die Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen fördert die Spezialisierung der Krankenhäuser. Die Spezialkliniken werden bestrebt sein, vor allem jene Fälle zu übernehmen, deren Kosten durch die Sonderentgelte und die Pauschalen gedeckt werden. Pauschalhonorare sind dann unbedenklich, wenn sie relativ hoch angesetzt werden. Soll mit ihnen aber Kostendämpfung betrieben werden, so entsteht die Gefahr, daß die Krankenhäuser nach Möglichkeiten suchen, die schwierigen und damit teureren Fälle den Schwerpunkt-Krankenhäusern zu überlassen, die die Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen haben. Zumindest in der Phase der Budgetierung kommen diese Häuser aber nicht auf ihre Kosten.

Nach geltendem Recht gehören Selbstkostendeckungsprinzip und Kontrahierungszwang zusammen. Für die Krankenhäuser, insbesondere jene der Grundversorgung, bleibt aber der Kontrahierungszwang bestehen. Sie müssen jeden eingewiesenen Patienten aufnehmen und behandeln – auch dann, wenn das Budget dafür keinen Spielraum mehr läßt und die Krankenhäuser ihre Leistungen auf eigene Rechnung, aber zugunsten der Versicherten und der Kassen zu erbringen hätten. Ist das wirklich zumutbar? Irgendjemand muß doch für die Kosten eintreten – die Kommune, der private oder freigemeinnützige Träger? Gefährdet das nicht die plurale Struktur der Krankenhäuser, da allenfalls die kommunalen Häuser mit Zuschüssen aus dem Steueraufkommen rechnen könnten? Über diese Fragen ist bislang kaum geredet worden. Aber es geht dabei nicht nur um die Finanzierung der Krankenhäuser, sondern immer auch um humanitäre

Fragen. Die Budgetierung könnte Krankenhäuser und Ärzte dazu veranlassen, Patienten, deren Behandlung hohe Kosten erwarten läßt, möglichst weitzureichen.

Die Tatsache, daß den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben werden soll, mehr als bisher auch eine fachärztliche Ambulanz zu betreiben, legt den Verdacht nahe, daß auf weitere Sicht die fachärztliche Ambulanz am Krankenhaus konzentriert werden soll. Auch die unbefristete Verlängerung der Bestandsgarantie für die Ambulatorien und Polikliniken in den neuen Ländern ist ein Zeichen dafür. Damit stellt sich jedoch die Frage, ob es sinnvoll ist, die Fachärzte bei der teuersten Institution des Gesundheitswesens – dem Krankenhaus – anzusiedeln. Das liefe auch auf eine Einschränkung der freiberuflichen Tätigkeit der Ärzte hinaus.

Zulassungssperre

Ärzte und Zahnärzte sollen von 1999 an nur noch nach Bedarf zur Kassenpraxis zugelassen werden. Dieser Grundsatz wird im Gesetz verankert. Er muß allerdings noch in der nächsten Legislaturperiode durch ein Gesetz konkretisiert werden. Vorgesehen ist, für die einzelnen Arztgruppen feste Verhältniszahlen zwischen niedergelassenen Ärzten und den Versicherten vorzugeben.

Das so skizzierte System gab es bereits in der Nachkriegszeit, bis das Bundesverfassungsgericht in einem weitreichenden Urteil diese Einschränkung des Grundrechts der Berufsfreiheit 1960 schlicht für verfassungswidrig erklärt hat. Auch der späteren Rechtsprechung des Verfassungsgerichts ist nicht zu entnehmen, daß es von seinen Grundsatzentscheidungen zum Artikel 12 Abs. 1 GG, der die Freiheit der Berufs-

wahl und in engeren Grenzen auch die Freiheit der Berufsausübung schützt, abrücken will. Also nimmt der Gesetzgeber bewußt das verfassungsrechtliche Risiko in Kauf und überläßt es den betroffenen Ärzten, ihr Grundrecht auf Berufsfreiheit einzuklagen.

Zur Begründung der beabsichtigten Einschränkung der Arztzulassung macht er den Anstieg der Arztzahlen geltend, der zu dem Anstieg der Ausgaben geführt habe. Diese Einschätzung ist nur begrenzt richtig. Denn ausschlaggebend für den Ausgabenanstieg ist nicht die Arztzahl, sondern die Fehlorientierung durch das Sachleistungssystem. Es eröffnet den Ärzten die Möglichkeit, ihre Leistungen zu maximieren, und gibt den Versicherten Anreize, zum Ausgleich für ihre hohen Beitragszahlungen möglichst hohe Leistungen aus dem System herauszuholen. Weil die Politik nicht die Kraft aufbringt, aus diesem falsch gepolten System auszubrechen und den Versicherten eine wirksame Selbstbeteiligung auch bei der ambulanten Behandlung zuzumuten, muß sie ihre Zuflucht zu solch drastischen, unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung Hohnsprechenden Eingriffen suchen. Im übrigen zeichnet sich angesichts der ungünstigeren Einkommenserwartungen für Ärzte ein erheblicher Rückgang der Zahl der Studienbewerber im Fach Medizin ab. Der Markt wird also seine Wirksamkeit entfalten, wenn den jungen Menschen bewußt wird, daß sie mit der Wahl des Medizinstudiums ein beträchtliches wirtschaftliches Risiko auf sich nehmen. Der Markt, der die Abwägung und Entscheidung dem einzelnen überläßt, bietet als einziger ein faires Ausleseverfahren.

In der Öffentlichkeit versuchen die Gesundheitspolitiker, den Eindruck zu erwecken, ihre Lösung sei zu rechtfertigen, weil mit den Zulassungssperren

erst nach einer Übergangszeit von sechs Jahren 1999 begonnen werden soll. Tatsächlich wird aber die Zulassung schon sofort von 1993 an vor allem für die Fachärzte über die Verschärfung der sogenannten kassenärztlichen Bedarfsplanung massiv beschränkt. Diese wird so angelegt, daß sich von 1993 an Fachärzte faktisch nicht mehr in freier Praxis niederlassen können. Nur wenige von ihnen werden am Krankenhaus mit einer Dauerstellung rechnen können. Dieses Vorgehen kommt, auch wenn die Politiker es vertuschen wollen, einem Berufsverbot nahe. Es trifft qualifizierte junge Menschen nach einer Aus- und Weiterbildungszeit von mindestens zehn Jahren. Die Rigorosität dieses obrigkeitlichen Eingriffs in ihre Lebensplanung ist an Dreistigkeit kaum zu überbieten.

Vom Allgemeinarzt, der die Kassenzulassung erlangen will, wird schon von 1994 an eine dreijährige Weiterbildung verlangt. Auch dies ist von verfassungsrechtlicher Relevanz, da für die private ärztliche Tätigkeit und für das Praktizieren als Kassenarzt unterschiedliche Qualifikationen verlangt werden. Im Grunde wird damit die Approbation zum Arzt zur Disposition gestellt. Die jungen Ärzte müssen künftig, wenn sie als Allgemeinarzt eine Kassenpraxis betreiben wollen, eine Zeitlang bei einem niedergelassenen Arzt arbeiten. Das klingt vernünftig. Das Gesetz bietet aber keine Gewähr dafür, daß junge Ärzte auch tatsächlich die notwendigen Weiterbildungsstellen erhalten. Damit werden künftig die niedergelassenen Ärzte bestimmen, wie viele junge Ärzte überhaupt als Allgemeinarzt in einer Kassenpraxis tätig werden dürfen. Das kann nicht richtig sein. Auch mit dieser Bestimmung wird erreicht, daß die Kassenärzte, die bereits im Kassensystem tätig sind, vor der Konkurrenz der nachrückenden Ärztegeneration geschützt werden.

Zuzahlungs-Regelungen

Mit dem Instrument der Zuzahlung bei den Arzneimitteln wird von der Politik seit jeher besonders gerne experimentiert. Zunächst gab es eine kleine Verordnungsgebühr für alle Medikamente. 1989 wurden die Festbetragsmittel davon freigestellt. Dann wurde beschlossen, ab Mitte 1993 für die Arzneimittel ohne Festbetrag eine Zuzahlung von 15 Prozent einzuführen. Die Koalition hat dann vor vier Monaten in ihren "Eckwerten" beschlossen, eine Zuzahlung von zehn Prozent (mindestens 3,- DM, höchstens 10,- DM) von Anfang 1993 an für alle Medikamente einzuführen. Jetzt wird eine nach dem Preis gestaffelte Zuzahlung von 3,- DM für Medikamente bis zu 30,- DM, von 5,- DM für Medikamente bis 50,- DM und von 7,- DM für Medikamente über 50,- DM eingeführt. Dies gilt aber nur für 1993. Für 1994 wird eine neue Idee kreiert, nämlich die Zuzahlung nach der Packungsgröße. Für die kleinste Packung bleibt es bei einer Zuzahlung von 3,- DM, für die mittlere Packung hat der Versicherte 5,- DM und für die größere 7,- DM zuzuzahlen. Wer genau rechnet, wird feststellen, daß es auch weiterhin vorteilhaft ist, große Packungen verschrieben zu bekommen. Bislang war es auch das Ziel der auf den Preis bezogenen prozentualen Zuzahlung, Preistransparenz zu schaffen. Dies wird mit der Zuzahlung nach der Packungsgröße wieder vereitelt.

Die Koalition hatte zunächst vorgesehen, die Zuzahlung bei der stationären Behandlung von 10,- DM je Tag nicht mehr wie bisher auf höchstens 14 Tage im Jahr zu begrenzen. Die SPD hat durchgesetzt, daß es bei der Begrenzung auf 14 Tage bleibt. Die Zuzahlung soll jedoch von 10,- auf 11,- DM und 1994 weiter auf 12,- DM erhöht werden. Die Zuzahlung im Krankenhaus war immer umstritten. Sie ist

vertretbar, weil der Versicherte durch den Krankenhausaufenthalt gewisse Ausgaben, wie die Verpflegung zu Hause, spart. Allerdings ist der Steuerungseffekt dieser Zuzahlung nicht sonderlich hoch einzuschätzen. Die Dauer des Krankenhausaufenthalts dürfte kaum von der Belastung mit 10,- oder 12,- DM je Tag abhängig sein.

Da es bei der Begrenzung auf 14 Tage bleibt, fehlen dem Bundesgesundheitsminister in seiner "Spar-Rechnung" 700 Mio. DM. Das hat die Parteien veranlaßt, die Beiträge der freiwillig Versicherten im Rentenalter kräftig zu erhöhen. Künftig soll nur noch die Rente mit dem halben Beitragssatz davonkommen. Alle anderen Versorgungsbezüge, Mieteinnahmen und Zinsen bis zur dynamischen Beitragsbemessungsgrenze (1993 gleich 5.400,- DM) sollen hingegen dem vollen Beitragssatz unterliegen. Freiwillig Versicherte werden damit – auch wenn sie die gleiche oder höhere Vorleistung erbracht haben – wesentlich schlechter gestellt als Pflichtversicherte, was sich so nicht halten läßt. Die guten Risiken erhalten einen Anreiz, in die private Krankenversicherung zu wechseln. Das birgt die Gefahr, daß die Politik früher oder später nach Wegen sucht, dies zu unterbinden, was leicht durch eine Erhöhung der Pflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen zu erreichen wäre. In dieser Neuregelung ist auch eine weitere Diskriminierung der privaten Altersvorsorge angelegt. Den Betroffenen, die über den größten Teil ihres Erwerbslebens hinweg Höchstbeiträge und damit weit mehr als die meisten Pflichtversicherten an die Solidarkassen abgeführt haben, müssen nun im Rentenalter mit einer Zusatzbelastung rechnen, die sich über die durchschnittliche Rentenlaufzeit hinweg auf 70.000,- bis 90.000,- DM summieren kann. Vertrauensschutz gibt es nicht. Anfang 1993 werden Zinseinnahmen

bis zu 6.000,-/12.000,- DM von der Steuer freigestellt; sie werden dafür in die Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung, jedenfalls bei den früher freiwillig Versicherten, einbezogen. Widersprüchlicher kann Politik sich kaum aufführen.

Arzneimittelmarkt

Am stärksten wird der Pharmabereich, also Hersteller, Großhandel und Apotheken, betroffen. Die Preise der rezeptpflichtigen Arzneimittel werden per Gesetz um 5 Prozent und die der rezeptfreien Mittel um 2 Prozent, bezogen auf den Stand von Mai 1992, gesenkt. Das trifft Medikamente ohne Festbetrag, also gut die Hälfte des Gesamtangebots. Die Arzneimittelausgaben werden 1993 auf dem Niveau von 1991 festgeschrieben. Bei einem Überschreiten dieses Budgets haftet die Pharma-Industrie für den Betrag von 280 Mio. bis 560 Mio. DM. Von 1994 an können Richtgrößen für die Verordnung vereinbart werden, bei deren Überschreiten es zu Regressen kommt. Die Bildung von Festbetragsgruppen für Medikamente mit vergleichbaren Wirkungen (Stufe 3) soll erleichtert werden. Die dreijährige Schutzfrist nach Patentablauf für die Einbeziehung von wirkstoffgleichen Arzneimitteln in die Festbetragsbildung soll nur bis 1996 erhalten bleiben. Beim Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen wird ein Arzneimittelinstitut errichtet, das eine Liste der verordnungsfähigen Arzneimittel erarbeitet, die von 1996 an gelten soll.

In ihrer Kombination werden die Maßnahmen dazu führen, daß die Ärzte, um Einkommenseinbußen zu vermeiden, sehr zurückhaltend Medikamente verschreiben und lieber zu den preiswerteren Angeboten als zu den teureren Medikamenten greifen. Auch die Erweiterung der Festbetragsregelung behindert Forschung und Innovation. Langfristig ist vor allem die vorgesehene Positivliste von Bedeutung. Ziel ist es

offensichtlich, auf administrativem Weg zu einer Marktberreinigung zu kommen.

Finanzausgleich

In ihren Reden halten die Politiker an dem gegliederten System unseres Gesundheitswesens fest. Mit ihren Taten zerstören sie es. Es hört sich gut an, daß allen Versicherten, auch den Arbeitern, die Möglichkeit eröffnet werden soll, von 1997 an ihre Kasse frei zu wählen. Auch der Arbeiter soll sich also für die Ersatzkasse entscheiden können. Gegen dieses Prinzip ist wenig einzuwenden, aber es ist schwierig, es auf das überwiegend berufsständisch gegliederte und historisch gewachsene System zu übertragen. Daher ist man auf die Idee verfallen, einen Finanzausgleich einzuführen, mit dem auch erreicht werden soll, daß alle Kassen möglichst gleiche Beitragssätze erheben. Der Finanzausgleich soll nicht an den Ausgaben ansetzen. Das ist vernünftig, denn sonst würden die Kassen mit den höchsten Ausgaben prämiert. Der Ausgleich soll sich also vielmehr auf die Faktoren beziehen, die die unterschiedliche Finanzlage der Kassen bestimmen. Das sind unter anderem das beitragspflichtige Arbeitsentgelt, also der Grundlohn, das Geschlecht und das Alter der Versicherten sowie die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder.

Was bei einem solchen Finanzausgleich herauskommt, kann heute noch niemand zuverlässig sagen. Dafür reichen die Daten nicht aus. Dem Ausgleich der Grundlöhne wird sicherlich das größte Gewicht zukommen. Er wird zu Lasten der Ersatzkassen und der Betriebskrankenkassen gehen, die ihrerseits vom Ausgleich bei der Zahl der Familienmitglieder profitieren dürften. Die Effekte des Ausgleichssystems können also durchaus gegenläufig sein.

Überdies kann dieser "Risikostruktur- ausgleich" zu unerwünschten Ergebnissen führen. Wie sieht das Ergebnis dieses Ausgleichs zum Beispiel für die Hamburger AOK aus, die einen hohen Beitragssatz verlangt, deren Versicherte aber auch hohe Grundlöhne beziehen? Es könnte also sein, daß diese Kasse, die in der Gruppe der Kassen mit den höchsten Beitragssätzen liegt, zusätzlich Beitragsmittel in den Finanzausgleich einbringen muß.

Künftig soll – als Folge der Regionalisierungsidee – über die ärztliche und zahnärztliche Versorgung und die Krankenhausangelegenheiten nur auf Landesebene verhandelt werden. Die bislang bundesweit agierenden Ersatzkassen verlieren damit ihre Vertragsautonomie auf Bundesebene, möchten sie aber auf regionaler Ebene retten. Das Gesetz läßt diese Interpretation zu. Aber man soll sich nicht täuschen. Die Ersatzkassen werden bei Verträgen, die von denen der anderen Kassenarten abweichen, unter massiven politischen Druck geraten. Und die Aufsicht, die mit mehr Rechten ausgestattet werden soll, wird auf Wohlverhalten achten. Die Parteien glauben, den Wettbewerb unter den Kassen zu fördern. Aber was ist das für ein Wettbewerb, der sich bestenfalls auf den Service, nicht aber auf das Leistungsangebot, dessen Preise und dessen Finanzierung bezieht? Die Krankenkassen haben künftig gleiche Leistungen zu annähernd gleichen Beitragssätzen zu bieten. Warum soll dann der Versicherte die Krankenversicherung noch wechseln? Damit entpuppt sich die Forderung nach dem Wahlrecht der Versicherten als das politische Vehikel zur Gleichschaltung der Krankenkassen.

Die Zukunft: Staatlicher Gesundheitsdienst

Daß staatliche Eingriffe der jetzt wieder vorbereiteten Art zur Sanierung unseres Gesundheitswesens absolut untauglich sind und schon bald wieder in noch höhere Kosten und Beiträge umschlagen, kann jeder wissen, der Augen im Kopf hat und lemfähig ist. Doch die Akteure der deutschen Gesundheitspolitik, das zeigt die leidvolle Erfahrung, sind willentlich kurz-sichtig und nicht zu lernen bereit. Für sie zählt nur der Scheinerfolg zwischen zwei Wahlterminen. Danach kann das Spiel mit immer höheren Opfern für alle Beteiligten wieder von vorn beginnen. So ruiniert das seit langem eingefahrene Kurzfristen-denken der Politik nicht nur im Gesundheitswesen die Lebensgrundlagen und Motivation des ganzen Volkes.

Auch mit ihrem jetzigen Gesetzesvorhaben stellen die Gesundheitspolitiker erneut Ursache und Wirkung auf den Kopf. Grund für die Ausgabenexplosion der Kassen ist *nicht* die angebotsorientierte Nachfrageexpansion. Grund ist der zentrale Webfehler des Sachleistungssystems selbst, das die Versicherten an den von ihnen veranlaßten Ausgaben der Kassen nicht beteiligt. So lange aber Dienstleistungen und Gesundheitsgüter kollektiv finanziert werden, ist die Nachfrage danach prinzipiell unbegrenzt. Das heißt im Umkehrschluß: Wenn die gesetzlichen Krankenkassen nicht gesprengt, wenn statt dessen überflüssige Leistungen zurückgeschnitten werden sollen, dann kann auf die marktwirtschaftliche Steuerung der Nachfrage über den Preis nicht verzichtet werden. Als Alternati-

ve bliebe sonst nur noch der Rückzug auf das Instrumentarium einer Mangelwirtschaft: staatliche Rationierung und Zuteilung der Leistungen und Güter. Weder die obrigkeitliche Festschreibung von Budgets noch staatliche Preisinterventionen sind ein geeignetes Mittel zur Kosteneindämmung oder zur Erreichung einer besseren Medizin. Auch künftig können im Rahmen der Budgets Leistungen erbracht werden, die nicht notwendig sind. Ebenso wenig führt es zu mehr Wirtschaftlichkeit, wenn beispielsweise die Ärzte unter der Drohung von Einkommenskürzungen dazu übergehen, Medikamente zu verschreiben, die zwar billiger, aber auch weniger wirksam sind.

Was vor drei Jahren als Jahrhundertwerk zur Kostensenkung ausgegeben wurde, hat in der Zwischenzeit die Kosten auf neue Höhen getrieben. In weiteren drei Jahren werden wegen der heute wieder am falschen Ende einsetzenden Gesetzgebung wiederum neue Kostenexplosionen zu beklagen sein, die wiederum neue Eingriffe erfordern. Das Ende dieser Wegstrecke ist vorprogrammiert: Ein weithin verstaatlichter Gesundheitsdienst und eine Zwei-Klassen-Medizin. Wer es sich leisten kann, wird dann seine Bedürfnisse auf einem freien Gesundheitsmarkt von hoher Qualität zu decken wissen. Der große Rest findet sich, soweit nicht akut erkrankt, in den Warteschlangen der staatlich gesteuerten Gesundheitsbürokratie wieder.

Das jetzt dem Bundestag zur Beschlußfassung vorgelegte Gesundheitsstrukturgesetz soll kurzfristig 11 Mrd. DM sparen. Es wird uns alle fürchtbar teuer zu stehen kommen.