

FRANKFURTER INSTITUT



Frankfurter Institut
für wirtschaftspolitische Forschung e.V.

Mehr Markt im Gesundheitswesen

Wolfram Engels, Armin Gutowski, Walter Hamm,
Wernhard Möschel, Wolfgang Stützel,
Carl Christian von Weizsäcker, Hans Willgerodt
(KRONBERGER KREIS)

März 1987

**Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung e.V.
Kaiser-Friedrich-Promenade 157, 6380 Bad Homburg v.d.H.
Telefon (0 6172) 4 20 74**

ISBN 3-89015-013-6

Mehr Markt im Gesundheitswesen

I. Die „Ausgabenexplosion“ im Gesundheitswesen	3
Wirtschaftszweig Gesundheitswesen – Ökonomische Besonderheiten – Systembedingte Unwirtschaftlichkeit – Politisierung des Systems	
II. Die gegenwärtige Organisationsstruktur des Gesundheitswesens	8
Interventionsspiralen – Vielzahl von Regulierungen	
Stationäre Versorgung	10
Fehlgeleitete Interessen – Novellierungsbemühungen im Krankenhausbereich	
Ambulante Versorgung	13
Nullpreisregelung – Ansatzpunkte bisheriger Reformen – „Ärztenschwemme“ – Ärztliches Standesrecht	
Pharmazeutische Versorgung	19
Geringe Transparenz	
Versicherte und Versicherungen	21
Zwangsversicherung – Umlagenmentalität – Verlagerung der Entscheidungsrechte	
III. Die Reformvorschläge und ihre Begründung	26
Grundelemente einer marktwirtschaftlichen Konzeption – Grundsicherung: Der Leistungsrahmen und der Versicherungswettbewerb – Selbstbeteiligung: Ziele, Wirkung und Festlegung – Einwände nicht stichhaltig – Leistungsverrechnung – Beitragsgestaltung und Risikoausgleich – Die Ausgleichskasse – Mitgliedschaft – Abdeckung von Großschäden – Honorarverträge – Weites Feld für Gestaltungsmöglichkeiten – Gesundheits-Dienst-Gesellschaft – Deregulierung auf der Anbieterseite – Systemwechsel	
IV. Das Gesundheitswesen steht am Scheideweg	44
Gesundheitswesen: Marktversagen? – Mehr Zwang oder mehr Markt	

I. Die „Ausgabenexplosion“ im Gesundheitswesen

1. „Ich halte es für wahr, daß die Humanität endlich siegen wird, nur fürcht' ich, daß zu gleicher Zeit die Welt ein großes Hospital und einer des anderen humaner Krankwärter werden wird.“ Selten ist eine prophetische Aussage so in Erfüllung gegangen wie dieser Satz von Goethe, den er vor fast zweihundert Jahren an Frau von Stein schrieb. Mittlerweile ist das Gesundheitswesen einer der größten Wirtschaftszweige der Bundesrepublik Deutschland. Sein Beitrag zur Wertschöpfung, Beschäftigung und Innovation ist beträchtlich. Rechnet man sämtliche Zahlungen zusammen, die in das Gesundheitswesen fließen (Behandlungskosten, Krankheitsfolgeleistungen und andere – siehe Tabelle 1), so wurden in diesem Bereich im Jahr 1984 über 229 Milliarden DM aufgewendet. Das ist fast ein Achtel des Bruttosozialprodukts und entspricht nahezu dem Umfang des Bundeshaushaltes.

Wirtschaftszweig Gesundheitswesen

Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheit

Leistungsart	1970 (in Milliarden DM)	1984	1984 (1970 = 100)
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	3,58	13,35	373
Behandlung	35,17	135,37	385
Krankheitsfolgeleistungen	27,52	66,90	243
Ausbildung und Forschung	0,96	3,55	372
Nicht aufteilbare Ausgaben	3,07	10,05	327
Gesamt	70,30	229,22	326
Zum Vergleich: Bruttosozialprodukt	675,7	1753,7	260

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Heft 9/1986

Knapp die Hälfte und damit der größte Posten der Ausgaben für Gesundheitsleistungen fließt aus den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Ihnen gehören rund 90 Prozent der Bevölkerung als Mitglieder an: entweder unmittelbar, als krankenversicherte Arbeitnehmer, oder mittelbar, als mitversicherte Familienangehörige. Das Ausgabenvolumen dieser Krankenkassen ist von 3,75 Milliarden DM im Jahre 1955 über 25,2 Milliarden im Jahre 1970 auf 114,1 Milliarden DM im Jahre 1985 gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von 353 Prozent seit 1970. Im gleichen Zeitraum hat das Bruttosozialprodukt nur um 173 Prozent zugenommen.

Um diese „Ausgabenexplosion“ finanzieren zu können, mußten die Beiträge erheblich gesteigert werden. Von 8,2 Prozent im Jahre 1970 stieg der Beitragssatz 1986 im Gesamtdurchschnitt auf 12,2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens. Im gleichen Zeitraum wurde die monatliche Beitragsbemessungsgrenze des Einkommens von 1200,- DM auf 4200,-DM angehoben. Zählt man alles zusammen, was die Gesundheit den Arbeitnehmer kostet – seinen eigenen Beitrag, den Arbeitgeberbeitrag, die Kosten der Lohnfortzahlung für die Unternehmen (1984 rund 25 Milliarden DM) und die über Steuern finanzierten Gesundheitsleistungen –, so kommt man zu dem Ergebnis, daß ein Arbeitnehmer heute im Durchschnitt schon mehr als 20 Prozent seines um den Arbeitgeberbeitrag und um die Kosten der Lohnfortzahlung erhöhten Bruttolohnes für Gesundheitsleistungen aufwendet.

Dem steht zumindest statistisch kein besonders hohes Maß an Gesundheit gegenüber. So ist in einem vergleichbaren Land wie etwa der Schweiz die Lebenserwartung der Männer und Frauen höher und die Säuglingssterblichkeit geringer als in der Bundesrepublik. Gleichzeitig beträgt aber der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt nur die Hälfte desjenigen in der Bundesrepublik.

2. Gegen eine weitere Steigerung der für die Gesundheit getätigten Aufwendungen bestünden keine Bedenken,

wenn diese, wie in jedem Wettbewerbsmarkt, auf der freien und selbstverantwortlichen Entscheidung der Konsumenten beruhte. Das ist aber im bundesdeutschen Gesundheitswesen, soweit es durch die Gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt wird, nicht der Fall: Die Nachfrager von Leistungen, die Patienten, sind mit den unmittelbaren Zahlern der Leistungen, den Krankenkassen, nicht identisch. Und die Anbieter von Leistungen, die Ärzte und Krankenhäuser, bestimmen im wesentlichen Art und Menge der zu konsumierenden Leistungen, ohne daß ein Anreiz zu kostenbewußtem Umgang mit den Krankenkassenbeiträgen bestünde.

**Ökonomische
Besonder-
heiten**

Aufgrund dieser Systemmerkmale sind im gegenwärtigen Gesundheitssystem alle Beteiligten – Patienten, Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, pharmazeutische Industrie – fehlmotiviert und haben kaum Anreize zu kostensparendem Verhalten. Einige Versicherte lassen sich gerne krankschreiben, auch wenn sie nicht ernsthaft krank sind. Der Arzt, der diesem Wunsch widersteht, hat mit Einkommenseinbußen zu rechnen. Zudem muß der Arzt dem nicht-kranken Patienten aus Gründen der Vorsicht zunächst Glauben schenken, ihn untersuchen und damit Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen. Dem Krankenhaus wiederum werden Kosten erstattet, gleichgültig wie üppig sie sind. Die Krankenkassen versuchen ihrerseits, sich mit höheren Leistungen für die Versicherten bei steigenden Beitragssätzen gegenseitig zu übertreffen. Die Nachfrage nach verordneten Medikamenten ist wenig preispfindlich; oft wird der Wettbewerb über hohe Vertriebs- und Werbungskosten ausgetragen.

3. Sicherlich ist die Ausgabenexplosion nicht nur Folge systembedingter Unwirtschaftlichkeit. Die gestiegene Lebenserwartung, der wachsende Lebensstandard, der medizinische Fortschritt und die Veränderung der Alterspyramide in der Bevölkerung sind weitere Ursachen für den wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen. Da sich diese Faktoren in Zukunft noch stärker auswirken werden, ist es um so wichtiger, die tieferen Ursachen sol-

**Systembe-
dingte Unwirt-
schaftlichkeit**

cher Unwirtschaftlichkeit zu beseitigen. Auf Wettbewerbsmärkten, in denen das Leistungsprinzip gilt, sorgt der Wettbewerb für Kostenbegrenzung und Leistungssteigerung. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung ist das Leistungsprinzip jedoch weithin außer Kraft gesetzt: Die an die Krankenkassen abzuführenden Beiträge richten sich nicht nach den Kosten des Versicherungsschutzes, sondern nach dem beitragspflichtigen Lohn oder Gehalt. Wer keinen oder nur einen geringen Beitrag zahlt, aber trotzdem versichert ist, dem wird die gleiche medizinische Versorgung garantiert wie demjenigen, der für die Versorgung einen hohen Beitrag zahlen muß.

In ihrer derzeitigen Form ist die Gesetzliche Krankenversicherung weder eine Versicherung noch ist sie sozial. Sie wirkt kostentreibend, führt zu überhöhten Beitragslasten und begünstigt die Ausbeutung der Solidargemeinschaft durch verschwenderischen Umgang mit Leistungen. Von einem „bewährten“ System der Krankenversicherung kann unter diesen Umständen keine Rede sein. Gerade aus sozialen Gründen sind im Interesse der Versicherten umfassende Reformen dringend erforderlich. Solche Reformen lassen sich unter Beachtung sozialpolitischer Ziele verwirklichen.

Politisierung des Systems

4. Überall dort, wo Leistungsprinzipien außer Kraft gesetzt werden, geht dies mit einer Politisierung des Systems einher: Es ist eine politische Festlegung dessen erforderlich, was als versorgungswürdiges Bedürfnis zu gelten hat. Für die Individuen wird es damit reizvoll, bei der Festlegung des Bedürfniskataloges ihre Interessen durch Politiker einzubringen, ihre Bedürftigkeit hervorzuheben und zu versuchen, sich der Belastung durch Beiträge soweit wie möglich zu entziehen. Das Ergebnis ist eine die finanziellen Möglichkeiten des Systems sprengende Anspruchsinflation, welcher der Staat mit immer neuen Kontrollen und Regulierungen begegnen muß. Auch wenn die ursprünglichen, mit einem solchen System verfolgten Absichten noch humanitär orientiert waren, so bleibt es bei dieser Form der Organisation nicht aus, daß

„Sachbearbeiter“ ohne Ansehen der Person „Fälle“ bearbeiten und „Krankengut“ durch die Institutionen schleusen.

Die Politisierung des Systems führt weiter dazu, daß Gleichgesinnte sich zur Stärkung ihres Interesseneinflusses in Gruppen zusammenschließen. Folgerichtig ist das Gesundheitswesen ein Tummelplatz der in Verbänden, Gewerkschaften und öffentlich-rechtlichen Körperschaften organisierten Interessenten. So wird aus Wohltat Plage. Man wollte den einzelnen schützen und seine Grundbedürfnisse nicht den Interessen eines an Rationalität orientierten homo oeconomicus anheimgeben. Erreicht hat man das Gegenteil: Eine Politisierung des Systems mit der Folge, daß der einzelne in die Rolle eines unmündigen Bürgers gedrängt und das Niveau der Gesundheitsleistungen und -ausgaben zum Ergebnis eines machtorientierten Zusammenstoßes organisierter Interessen wird. Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen wäre daher nicht nur geboten, um unnötige Kosten und die ungehemmte Ausdehnung der Leistungen zu begrenzen: Er gäbe den Bürgern auch einen Teil ihrer Mündigkeit zurück. Wettbewerb im Gesundheitswesen würde nicht, wie manche meinen, zu einer Aushöhlung des ärztlichen Standesethos führen. Die zu dessen Aufrechterhaltung existierenden Kontrollmechanismen bleiben von einer marktwirtschaftlich orientierten Reform des Gesundheitswesens unberührt.

Im Zentrum der fälligen Reform des Gesundheitswesens muß eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen. Damit wird überhaupt erst der Weg frei, das Gesundheitswesen stärker marktwirtschaftlich zu orientieren und dafür zu sorgen, daß sich Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte und pharmazeutische Industrie, ähnlich wie die Anbieter in anderen Bereichen der Wirtschaft auch, einem für alle gesunden Wettbewerb zu stellen haben.

Interventions- spiralen

II. Die gegenwärtige Organisationsstruktur des Gesundheitswesens

5. Das bundesdeutsche Gesundheitswesen und insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung sind von der Vorstellung geprägt, staatliche Instanzen und die Kollektivorgane der Selbstverwaltung seien besser als die unmittelbar Betroffenen dazu fähig, Art und Umfang der jeweiligen Versorgung mit Gesundheitsleistungen verbindlich festzulegen und die wirtschaftlichsten Methoden zur Erbringung dieser Leistungen zu bestimmen. Diese Vorstellung wirft, wie jeder Eingriff des Staates in den Markt, eine Reihe grundsätzlicher Fragen auf:

- Staatliche Regulierungen zur Versorgung mit Gütern und zu deren Finanzierung lösen seit eh und je fast zwangsläufig Ausweichmanöver und Umgehungspraktiken aus. Um solche als bloße „Fehlentwicklungen“ eingestufte Verhaltensweisen zu korrigieren, werden weitere bürokratische Lenkungsmethoden ersonnen, die wiederum neue „Fehlentwicklungen“ nach sich ziehen. Für die dadurch hervorgerufene Interventionsspirale ist das Gesundheitswesen geradezu ein Musterbeispiel: Um die Gesundheitskosten zu senken, wurden 1977 das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, 1982 das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz erlassen. Darüber hinaus wurden in den Jahren 1983 und 1984 in den jeweiligen Haushaltsbegleitgesetzen Änderungen bei den Selbstbehalten und bei der Beitragsbemessung vorgenommen. Weil dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1982 dennoch wenig Erfolg beschieden war, sind 1985 das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und 1986 die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze hinzugekommen. Da diese Gesetze die falschen Anreizstrukturen als die eigentlichen Ursachen der Fehlentwicklung nicht beseitigen, werden unausweichlich immer weitere gesetzliche Eingriffe erforderlich, solange das Gesamtsystem nicht in seinen Grundlagen geändert wird.
- Die Gesetzliche Krankenversicherung ist Teil des allgemeinen staatlichen Sozialversicherungssystems. Sie

gerät damit in den Kreislauf der politischen Manipulierbarkeit. Um innerhalb der Sozialversicherungen die politisch jeweils brennendsten Probleme zu mindern, werden ständig Lasten zwischen den einzelnen Bereichen hin- und hergeschoben oder auf andere überwälzt, so z. B. von der Krankenversicherung auf die Unternehmen (Lohnfortzahlung), von der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung (Krankenversicherung der Rentner) und von der Allgemeinheit der Steuerzahler auf die Zwangsgemeinschaft der Versicherten (sozial indizierte Schwangerschaftsabbrüche, Mutterschaftsurlaub).

6. Staatliche Einwirkungen auf das Angebot von und auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erfolgen über Preise oder Mengen. Für deren Steuerung gibt es eine Vielzahl von Regulierungen: Mengen-, Vergütungs-, Verbands-, Verhandlungs-, Qualitätsregulierungen, Zulassungsbeschränkungen und sonstige Regulierungen, wie z. B. das ärztliche Standesrecht. Diese Instrumente sollen die Beziehungen zwischen Anbietern, Nachfragern und Zahlern von Gesundheitsleistungen ordnen. Da Art und Ausmaß der Regulierungen aber für die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens abweichen, haben sich – wenn auch nicht allein deshalb – die Kosten dieser Bereiche höchst unterschiedlich entwickelt (siehe Tabelle 2).

Vielzahl von Regulierungen

Da alle administrativen Maßnahmen zur Kostendämpfung allenfalls nur kurzfristig Entlastung bringen, greift der Staat schließlich zu moralischen Appellen und entsprechendem Druck. Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ ist ein Versuch in diese Richtung. In ihr werden unter Mitwirkung aller wichtigen Interessengruppen Empfehlungen erarbeitet und ausgesprochen. Verbände sollen Vereinbarungen zur Begrenzung des Kostenauftriebs treffen. Auf diese Weise sollen an die Stelle individuellen Bemühens um kostensparendes Verhalten kollektiv erzwungene Verhaltensweisen treten. Insoweit kann man die Konzertierte Aktion als institutionalisierte Bankrotterklärung des Staates auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bewerten.

Tabelle 2: Die Ausgabensteigerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1974 bis 1985 (1974 = 100)

Ausgabenarten:

Zahnersatz	367
Stationäre Behandlung	230
Zahnärztliche Behandlung	198
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken	211
Ärztliche Behandlung	199
Insgesamt (einschl. nicht gesondert aufgeführter Ausgaben)	220
Zum Vergleich:	
Bruttosozialprodukt	187

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Stationäre Versorgung

7. Größter Einzelposten bei den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die stationäre Behandlung. Die überdurchschnittliche Steigerung der Ausgaben in diesem Bereich ist zum Großteil auf die Vorschriften des ursprünglich als Jahrhundertwerk gepriesenen Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 zurückzuführen. Diese haben zu einer Trennung der Verantwortlichkeiten für Investitionsentscheidungen einerseits und laufende Betriebskosten andererseits geführt: Die Investitionen werden danach im wesentlichen aus öffentlichen Mitteln getragen. Die Folgekosten dieser Investitionen, die laufenden Betriebskosten, werden über die von den Krankenkassen zu zahlenden pauschalierten Pflegesätze gedeckt; eine Mitsprache bei den Investitionsentscheidungen haben die Krankenkassen nicht. Sowohl diese Trennung als auch die jeweilige Art der Finanzierung bringen keine Anreize zur Sparsamkeit:

- Im internationalen Vergleich verfügt die Bundesrepublik Deutschland über eine außergewöhnlich hohe An-

Fehlgeleitete Interessen

zahl von Krankenhausbetten je Einwohner. Während z. B. die Niederlande und England mit einer Bettenzahl von weniger als 4 je 1.000 Einwohner auskommen, standen 1983 in der Bundesrepublik 7,6 Betten je 1.000 Einwohner für akut Kranke zur Verfügung. Derartige Unterschiede deuten für die Bundesrepublik auf einen als „Bettenberg“ bezeichneten Kapazitätsüberhang in der stationären Versorgung hin. Dieser Überhang ist eine Folge der als Krankenhausbedarfsplanung institutionalisierten staatlichen Mengenregulierung. Da die Krankenhäuser keine finanzielle Verantwortung für die Investitionen tragen, haben sie einen Anreiz, umfassende Anträge auf Investitionen zu stellen und möglichst kapitalintensiv zu produzieren. Die für die Krankenhausbedarfsplanung zuständigen Stellen bekommen damit für die Verteilung der knappen Mittel falsche Informationen. Da sie überdies weder das voraussichtliche Ergebnis des Kapitaleinsatzes noch den zukünftigen Bedarf an Krankenhausbetten kennen, können sie die von den Krankenhäusern kommenden Informationen nur schwer berichtigen. Die Verschwendung von Investitionsmitteln ist damit vorgezeichnet.

- In der Bundesrepublik beträgt der Pflegesatz pro Tag und Bett im Durchschnitt rund 240,- DM. Nach der bis Ende 1985 gültigen Bundespflegesatzverordnung mußten die Pflegesätze „kostendeckend“ sein. Festgelegt wurden diese Sätze nach Verhandlungen mit den Versicherungen durch die zuständigen Landesbehörden. Sie galten unabhängig von der Schwere der Krankheit und der jeweiligen Verweildauer im Krankenhaus. Da die Aufwendungen pro Pflorgetag mit zunehmender Genesung des Patienten sinken, die Einnahmen aber gleich bleiben, entstand ein Interesse, die Patienten so lange wie möglich im Krankenhaus zu belassen. Daß trotzdem nur in den seltensten Fällen Gewinne erzielt wurden, war auf den in den meisten Bundesländern praktizierten Gewinn- und Verlustausgleich zurückzuführen. Danach führten Gewinne zu niedrigeren Pflegesätzen in der Folgezeit; sie wurden also quasi weggesteuert. Ein solcher Gewinn- und Ver-

lustausgleich gab den Krankenhäusern keinen Anreiz, sparsam zu wirtschaften. Gewinne, die nur zur Verringerung der eigenen Pflegesätze geführt hätten, ließen sich mühelos aufzehren, indem mehr Personal eingestellt, mehr Anschaffungen gemacht oder aufwendigere Behandlungsmethoden angewandt wurden. Bei solcher systemimmanenten Verschwendung war es nicht verwunderlich, daß die Kosten im Bereich der stationären Behandlung gegenüber anderen Ausgabenposten der Gesetzlichen Krankenversicherung überdurchschnittlich anstiegen.

Novellierungs- bemühungen im Kranken- hausbereich

8. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1984 und der dazugehörigen Bundespflegesatzverordnung von 1985, die am 1. Januar 1986 in Kraft getreten ist, wird beabsichtigt, der Verschwendung im Bereich der stationären Behandlung Einhalt zu gebieten. Kernpunkt dieser Neuordnungen: Die Vergütung der stationären Krankenhausleistungen wird nicht mehr nachträglich, sondern im voraus in einem von Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbarten Budget festgelegt. Der bisherige nachträgliche Gewinn- und Verlustausgleich entfällt. Stattdessen verbleiben erzielte Überschüsse dem Krankenhaus, während die Krankenhausträger die von den Krankenhäusern zu vertretenden Verluste selbst zu tragen haben. Doch auch dieser Ansatz führt nicht zum Ziel. Da sich nämlich das Budget weitgehend nach den Selbstkosten der vorherigen Periode richtet, bleibt das Kostendeckungsprinzip letztlich doch erhalten, denn der Gewinn, der in einem Jahr erwirtschaftet wird, führt zu einem niedrigeren Budgetansatz im nächsten Jahr. Damit ist der Einsparungsanreiz erstickt. Die Möglichkeit, von einer Kostensenkung nur für höchstens zwölf Monate zu profitieren, bietet für die Krankenhäuser zu wenig Ansporn, sich um dauerhafte Kosteneinsparungen zu bemühen. Da es überdies im Grundsatz bei der Trennung der Kostenträgerschaft für Investitions- und Betriebskosten bleibt, hat der Gesetzgeber auch mit dieser neuen Regelung die Chance für eine wirtschaftlichere Betriebsführung der Krankenhäuser wieder einmal vertan.

Ambulante Versorgung

9. Beim Angebot von medizinischen Leistungen kommt den Ärzten eine zentrale Rolle zu. Die Vergütung für die von ihnen erbrachten Leistungen richtet sich nicht nach Marktpreisen, sondern wird von verschiedenen Gebührenordnungen bestimmt, die in Verhandlungen festgelegt werden:

Nullpreisregelung

- Die Struktur der Honorarsätze (Bewertung der verschiedenen ärztlichen Leistungen) ist im wesentlichen Gegenstand von Verhandlungen zwischen den Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen, den Vertretern der Kassenärzte (Kassenärztlichen Vereinigungen) und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Über das Niveau der Arzthonorare bestimmen die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen in direkten Verhandlungen.

Da die Vergütungsstruktur weitgehend unabhängig von den tatsächlichen Nachfrageverhältnissen festgelegt wird, ist es äußerst unwahrscheinlich, daß sich eine die Dringlichkeit der Bedürfnisse widerspiegelnde Angebotsstruktur bildet. Hat der Arzt bei einem bestimmten Fall die Wahl zwischen verschiedenen Behandlungsmethoden, so wird er die Methode wählen, bei der seine Gewinnspanne am größten ist. Dem entspricht der Befund: Hohe Gewinnspannen, wie in der Apparate-Medizin, haben auf diesem Sektor zu einer Leistungsausweitung geführt, während niedrige Gewinnspannen, wie etwa bei zeitintensiven Hausbesuchen, eine Leistungseinschränkung zur Folge hatten. Auf diese Weise kommt es, selbst bei unveränderten Honorarsätzen und konstanter Zahl der Krankheitsfälle, zu einer Ausweitung der Ausgaben. Vereinbarungen, die Honorarsätze für die ambulante ärztliche Versorgung über einen bestimmten Zeitraum konstant zu halten oder nur begrenzt ansteigen zu lassen, bringen so nur wenig Abhilfe, da den Kassenärzten die Behandlungsmethoden nicht vorgeschrieben werden können. Appelle der Krankenkassen an die Ärzte, im Interesse aller Ver-

sicherten möglichst sparsam zu wirtschaften, führen die Adressaten in einen Konflikt zwischen individueller und kollektiver Rationalität. Da die Befolgung der kollektiven Rationalität zur Abwanderung von Patienten und damit zu Einkommenseinbußen führen kann, wird im Zweifelsfall eher die individuelle Rationalität obsiegen.

Nicht nur die Interessenlage der Ärzte, auch die der Patienten steht einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen entgegen. Da die Beiträge unabhängig von Art und Umfang der empfangenen Leistungen zu entrichten sind, erhält der Patient aus seiner Sicht fast alle Leistungen, von der kurzen ärztlichen Beratung bis zu den teuersten Behandlungsmethoden, zum Null-Tarif. Werden knappe Güter wie medizinische Leistungen wirklich oder auch nur vermeintlich gratis abgegeben, steigt die Nachfrage erheblich über den optimalen Grad an Versorgung hinaus; da scheinbar alles kostenlos ist, wird beim Patienten der Wunsch nach der teuersten Behandlungsmethode geweckt. Das führt letztlich dazu, daß bei der ambulanten Versorgung zu viele und zu teure Leistungen erbracht werden, noch dazu in einer Art und Zusammensetzung, die weit von einer optimalen Versorgungsstruktur für die Versicherten entfernt ist.

Ansatzpunkte bisheriger Reformen

10. „Das Leben ist eine Krankheit und demzufolge von der Krankenversicherung zu bezahlen.“ Der Aphorismus trifft den Kern. Nur zu oft wurde in der Vergangenheit der Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Übernahme immer neuer Leistungskategorien, wie Schwangerschaftsunterbrechung, kosmetische Operationen, Kinderkrankengeld, Sterbegeld u. ä., ausgedehnt. Auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes hat zu dieser Ausweitung beigetragen. Gleichzeitig wurden Kostenbremsen, wie vertrauensärztliche Kontrollen, Prämien für ungenutzte Krankenscheine oder die Begrenzung der Zahl der Krankenscheine auf einen pro Quartal, immer mehr abgebaut. Darauf ist es maßgeblich zurückzuführen, daß die jährliche Zuwachsrates der Gesamtausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung zeitweise zweistellig wurde. Um diese untragbare Entwicklung zu bremsen,

wurden seit Mitte der 70er Jahre zaghafte Schritte unternommen, Fehlanreize auf Seiten der Anbieter wie der Nachfrager zu beseitigen:

- Zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden einzelne Arzneimittelgruppen aus dem Leistungskatalog herausgenommen und normalen Marktbeziehungen unterworfen (u. a. Abführmittel, Arzneien gegen Reisekrankheiten oder Erkältungen). Darüber hinaus wurden meist minimale Selbstbeteiligungen, wie Rezeptgebühren und Gebühren pro Tag stationärer Behandlung, eingeführt. Erfolgversprechend war das kaum. Da beispielsweise Rezeptgebühren von 2,- DM pro verordnetem Medikament bei im übrigen kostenloser Behandlung keinen spürbaren Sparanreiz geben, sind solche Maßnahmen wenig geeignet, die exzessive Nachfrageausweitung zu begrenzen. Sie verführen, im Gegenteil, zur Nachfrage nach Großpackungen, auch wenn kleinere Arzneimittelmengen ausreichen. Eine der nachteiligen Folgewirkungen: Jährlich landen Arzneimittel im Gegenwert eines hohen Milliardenbetrages in den Abfalleimern privater Haushalte.
- Um eine Verhaltensänderung der Anbieter zu erreichen, wurde u. a. der Versuch unternommen, Einsparungen materiell zu belohnen. So werden im Rahmen des sogenannten „Bayernvertrages“ und auch des sogenannten „Niedersachsenvertrages“ Ärzten zusätzliche Honorarerhöhungen in Aussicht gestellt, wenn sie ihr eigenes Leistungsangebot ausdehnen und gleichzeitig die Inanspruchnahme weitergehender und teurerer Gesundheitsleistungen (z. B. Krankenhausleistungen) vermindern. Aber auch dieser Weg führte nicht zum erhofften Erfolg: Zum einen wurden die mit dem Ersatz der teuren Krankenhausleistungen durch preisgünstigere ambulante Leistungen erzielten Einsparungen weitgehend dadurch aufgezehrt, daß die Krankenhäuser in erheblich stärkerem Maße dazu übergingen, die Patienten selbst einzuweisen. Zum anderen konnten die mit der Unterbelegung entstandenen Kosten der Krankenhäuser weitgehend auf die belegten Kran-

kenhausbetten zu Lasten der Krankenkassen umgelegt werden.

- Um die Leistungen der Kassenärzte direkt zu begrenzen, wird jedem Kassenarzt von der Kassenärztlichen Vereinigung vierteljährlich eine Computerliste zugesandt. Sie gibt genau an, welche Leistungen er seinen Patienten zukommen ließ. Liegt er bei einzelnen Leistungen, wie z. B. bestimmten Laborleistungen, über dem Durchschnitt seiner Kollegen, so kann dies zur Folge haben, daß er die den Durchschnitt übersteigenden Kosten zum Teil selbst bezahlen muß. Das bringt viele Ärzte in Schwierigkeiten: Sie können entweder nur, z. B. bei den ersten hundert Patienten, bei denen dies ärztlich geboten erscheint, ein Elektrokardiogramm machen, was bestimmt nicht im Interesse der ausgeschlossenen Patienten liegt, oder sie bezahlen die überdurchschnittlichen Leistungen selber, oder, dritte Möglichkeit, sie versuchen, kollektiv den Durchschnitt hochzutreiben. Überdies können die Ärzte, die über einen Praxiscomputer verfügen und damit fortlaufend ihren jeweiligen Durchschnitt ermitteln, jederzeit feststellen, bei welchen Leistungen sie unter dem allgemeinen Durchschnitt liegen. Der Versuch liegt dann nahe, dieses „Defizit“ aufzuholen, womit freilich der allgemeine Durchschnitt abermals in die Höhe getrieben wird.

Es ist offenkundig: Alle Versuche, auf den bisher beschrittenen und ähnlichen Wegen die Ausgaben dämpfen zu wollen, sind zum Scheitern verurteilt. Die bisher ergriffenen Maßnahmen beschränken sich auf ein Kurieren am Symptom. Die eigentliche Ursache für das Scheitern, nämlich das Fehlen von Anreizen und Chancen für alle Beteiligten, im eigenen Interesse möglichst wirtschaftlich zu handeln, wird mit solchen Mitteln nicht beseitigt.

„Ärzteschwemme“

11. Wie bei jedem Kurieren an Symptomen ist der nächste Eingriff schon vorgezeichnet. Da es aufgrund der Einkommensverhältnisse auch heute noch finanziell attraktiv ist, sich um eine örtliche Zulassung als Kassen-

arzt („niedergelassener“ Arzt) zu bemühen, droht angesichts der großen Zahl von Medizinstudenten an den Universitäten eine Überversorgung mit Ärzten. Eine zunehmende Anzahl von Anbietern medizinischer Leistungen würde zwar die Konkurrenz um die Patienten unter den Ärzten erhöhen und damit das durchschnittliche Einkommen der Ärzte senken. Tatsächlich aber wird die anwachsende Ärzteschaft weiterhin zusätzliche Betätigungsmöglichkeiten zu erschließen suchen, so daß die Ausgaben der Krankenkassen steigen. Eine „Deckelung“ der Gesamthonorare für die ambulante Behandlung – wie z. B. für den Zeitraum vom 1. 7. 1985 bis zum 30. 6. 1986 vereinbart – wird stets nur für begrenzte Zeit politisch durchsetzbar sein. Deshalb werden eine Anhebung des Qualifikationsniveaus (längere Ausbildungszeit für Ärzte) und regional begrenzte Zulassungssperren für unumgänglich gehalten. Zulassungsschranken für Newcomer beschränken aber den Wettbewerb und stabilisieren die Einkommen der bereits niedergelassenen Ärzte. Zweckmäßiger und überdies ordnungspolitisch unbedenklich wäre es, wenn stattdessen sinkende Preise den Anreiz zur Ausweitung des Angebotes dämpften, wie dies auf jedem Wettbewerbsmarkt üblich ist.

12. Erhebliche Wettbewerbsbeschränkungen gehen ferner von manchen standesrechtlichen Vorschriften aus, die teilweise durch Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung unterstützt oder gar noch verschärft werden. Sie bilden eine weitere Ursache für die geringe Wettbewerbsintensität auf der Anbieterseite. Dies gilt namentlich für die Festschreibung der Betriebsform, der Unternehmensform und der Art der Berufsausübung:

- Für die Erbringung ärztlicher Leistungen gibt es im Grunde nur zwei zulässige Betriebsformen: Die Praxis des freiberuflich tätigen „niedergelassenen“ Arztes für die ambulante Versorgung und das Krankenhaus für die stationäre Versorgung. Die ärztliche Praxis ist in aller Regel ein Einzelunternehmen, der Arzt also Unternehmer im klassischen Sinn, d. h. Kapitalgeber, Unternehmensleiter und zugleich qualifizierter Produktions-

Ärztliches Standesrecht

faktor Arbeit. Unselbständige ärztliche Tätigkeit ist im ambulanten Sektor nur für Ärzte in Ausbildung oder als zeitlich begrenzte Vertretung möglich. Eine gemeinsame Tätigkeit mehrerer Ärzte ist nur als „Gemeinschaft“ mit gemeinsamem Betrieb, aber getrennten Einzelunternehmen, oder als „Gruppe“ zulässig, bei der als Unternehmensform nur die Gesellschaft bürgerlichen Rechts erlaubt ist. Unzulässig sind daher insbesondere alle Unternehmensformen, bei denen externe Kapitalgeber mit professionellem Management und Ärzten verschiedener Fachgebiete zusammenarbeiten. Solche Praxen würden sich aber gerade wegen der erzielbaren Größenvorteile vor allem für Laborleistungen geradezu anbieten. Ebenfalls untersagt ist Ärzten oder Gruppen von Ärzten, mit einzelnen Krankenkassen eigene Honorarverträge abzuschließen.

- Weitere Reglementierungen schotten die Bereiche ambulante und stationäre Versorgung unnatürlich gegeneinander ab. Den Krankenhäusern ist, von eng umgrenzten Ausnahmen abgesehen, ambulante Behandlung untersagt. Niedergelassene Ärzte können sich zwar prinzipiell zusätzlich in den stationären Bereich begeben, etwa als Belegärzte oder leitende Ärzte. Doch nur Belegärzte bringen damit ihre Kassenzulassung nicht in Gefahr. Bei der Übernahme einer hauptamtlichen Krankenhaustätigkeit können Ärzte nur noch über eine Ermächtigung der kassenärztlichen Vereinigung an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Solche Reglementierungen stehen der Entwicklung einer medizinisch wie wirtschaftlich zweckmäßigen Arbeitsteilung entgegen. So führt die formalistische Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überflüssigen diagnostischen Kapazitäten und zu Doppeluntersuchungen. Sie macht eine Überweisung vom Kassenarzt zum Krankenhaus erforderlich und durchbricht insoweit das Prinzip der freien Arztwahl. Diese Regelungen zementieren die gegenwärtigen Strukturen und schirmen sie gegen jeden Einfluß von Bedarfsverschiebungen oder technischen Fortschritten ab. Demgegenüber könnten

einschneidende Deregulierungen auf diesem Gebiet eine Fülle von Kosteneinsparungsmöglichkeiten eröffnen. Insbesondere die Zulassung von Honorarverträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten würde Preiswettbewerb und damit auch eine bessere Bewältigung der „Ärztenschwemme“ ermöglichen. Solche Verträge könnten dazu führen, daß eine ärztliche Versorgung für die Versicherten nur noch von den Ärzten angeboten wird, die die Honorarsätze der Versicherung des Patienten akzeptieren. Diejenigen, welche diese Sätze als zu niedrig ansehen, wären auf den freien Markt oder auf andere Versicherungen angewiesen. Da dadurch für den Versicherten die freie Wahl des Arztes eingeschränkt wird, setzt ein solches System Versicherungswettbewerb und damit die Möglichkeit des Versicherungswechsels voraus (siehe Tz. 30 f.).

Pharmazeutische Versorgung

13. Die Versorgung der Patienten mit Medikamenten ist analog zur Kompetenzverteilung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung organisiert: Der Hersteller bestimmt den Preis und der Arzt die Nachfrage, die Kasse zahlt und der Patient, soweit er nicht selbst ein bestimmtes Medikament fordert, konsumiert lediglich. Die Aufsplitterung der Nachfragerrolle in drei Akteure mit zum Teil unterschiedlichen Interessen – Arzt, Patient, Kasse – macht den Pharmamarkt für jede der drei Gruppen in hohem Maße intransparent. Für den Arzt, der die Medikamente verschreibt, spielt der Preis kaum eine Rolle, solange er nicht den Quartalsdurchschnitt für Arzneimittelausgaben überschreitet. Sein Interesse gilt hauptsächlich dem Produkt und dessen Wirkung. Da er es ist, der in erster Linie das Medikament bestimmt, kann es kaum verwundern, daß auf dem Pharmamarkt der Preiswettbewerb gegenüber dem Informations- und Produktwettbewerb wenig ausgeprägt ist. Die geringe Preiselastizität der Nachfrage gibt der pharmazeutischen Industrie einen Anreiz, Preisspielräume auszunutzen. Sie steht daher bei der Diskussion über Kostendämpfungsmaßnahmen oft im Mittelpunkt der Kritik. Um dieser zu begegnen, hat die

**Geringe
Transparenz**

pharmazeutische Industrie mehrmals einen sog. Solidaritätsbeitrag in Form von freiwilligem Verzicht auf Preiserhöhungen vereinbart.

Solche „Solidaritätsbeiträge“ bewirken aber, auch wenn sie von den Herstellern tatsächlich erbracht werden, nur wenig zur Dämpfung der Ausgaben für Arzneimittel. Zum einen werden die Preise nach Ablauf der Stillhalteperiode zum Teil sprunghaft heraufgesetzt; zum anderen werden die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel auch durch steigende Mengen, Nachfrageverschiebungen und die Einführung neuer Arzneimittel mit höheren Preisen als für die bisher angebotenen Medikamente beeinflusst. So ist es in der Vergangenheit trotz mancher Bemühungen, den Preisanstieg für Arzneimittel zu begrenzen, zu einem nicht unerheblichen Anwachsen der gesamten Ausgaben für Pharmaprodukte gekommen.

Hauptgrund hierfür ist die Ordnungspraxis der Kassenärzte. Sie verschrieben nämlich immer teurere Präparate, zumeist in immer kostspieligeren Darreichungsformen, Wirkstärken und Packungsgrößen. Eine derartige Ordnungspraxis legt den Schluß nahe, daß viele Ärzte über die verschiedenen Preise der Medikamente nicht hinreichend informiert sind. Um diesen Informationsmangel zu beseitigen, wurde eine Vielzahl von Transparenz- und Preisvergleichslisten aufgestellt. Da aber auch Ärzte oft mangels besserer Maßstäbe den Preis als Qualitätskriterium interpretieren, reichen Preisvergleiche allein nicht aus. Nach der Logik des derzeitigen Systems ist daher auch in diesem Bereich in absehbarer Zeit mit einer weiteren Verlagerung der Entscheidungsrechte auf staatliche Organe oder auf Kollektivorgane der Selbstverwaltung zu rechnen, etwa in Form von sogenannten „Positivlisten“ jener Medikamente, die allein zu Lasten der Krankenkassen verschrieben werden dürfen. Damit würde auf dem folgenschweren Weg des Abbaus persönlicher Entscheidungsbefugnisse ein weiterer Schritt getan.

Versicherte und Versicherungen

14. Über 90 Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik gehören der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Sie fragen als Versicherte die Leistungen der Versicherungen gegen Zahlung einer Prämie (eines Preises) nach. Dennoch können die Beziehungen zwischen Versicherten und Versicherungen nicht als Marktbeziehungen angesehen werden:

Zwangsversicherung

- Zunächst besteht für den größten Teil der Versicherten aufgrund von gesetzlichen Regelungen eine Versicherungspflicht, die sich auch auf Art und Umfang der Versicherungsleistungen erstreckt. Darüber hinaus ist auch die Wahl der Krankenkasse (Ersatzkassen, Ortskrankenkassen usw.) erheblich eingeschränkt.
- Des Weiteren werden den Versicherten die Beiträge nur zur Hälfte unmittelbar berechnet; die andere Hälfte zahlt der Arbeitgeber. Auch die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall geht in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung zu Lasten des Arbeitgebers.
- Darüber hinaus besteht keine direkte Äquivalenz zwischen dem Beitrag und den Ansprüchen der Versicherten. Die Beiträge sind bis zu einer bestimmten Höhe (Beitragsbemessungsgrenze) nach Lohn und Gehalt und nicht nach der Qualität, dem individuellen Risiko und dem Umfang der Versicherungsleistungen gestaffelt.

Diese Art der Beziehungen zwischen Versicherten und Versicherungen lässt keine marktlichen Kontrollprozesse zu. Um den Versicherten dennoch, wenn auch gesetzlich sehr begrenzte Einwirkungsmöglichkeiten auf das Angebotsverhalten der Versicherung zu geben, können die Versicherten von ihnen gewählte Vertreter in die Verwaltungsgremien der Gesetzlichen Krankenkassen entsenden.

Umlagen- mentalität

15. Die hier genannten Regulierungen sind eine der Hauptursachen für die zentralen Fehlsteuerungen im Bereich des Gesundheitswesens:

(1) Da die Inanspruchnahme der meisten Gesundheitsleistungen keinen spezifischen Kostenbeitrag erfordert, unterliegt der Versicherte sehr schnell der Versuchung zum umfassenden Gebrauch dieser Leistungen. Daß die Höhe seines Krankenkassenbeitrages vom Umfang der Gesamtnachfrage aller Mitglieder und damit auch von seiner eigenen Nachfrage abhängt, wird dem einzelnen Mitglied kaum bewußt. Dieses Bewußtsein ist in der Regel auch schon deswegen nicht vorhanden, weil der Patient die Kosten seiner Leistungsanspruchnahme nicht kennt. Sie werden nach dem Sachleistungsprinzip in fast allen Fällen von den Kassen direkt an die Leistungsanbieter gezahlt. Aber selbst wenn dieses Kostenbewußtsein vorhanden wäre, etwa weil das Versicherungsmitglied den Rechnungsbetrag auslegen und die Rechnung zur Erstattung der Kasse einreichen müßte (Kostenerstattungsprinzip), änderte sich sein Verhalten kaum. Es ginge zu Recht davon aus, daß eine Verminderung seiner persönlichen Nachfrage nicht zur Reduzierung seines Beitrages führt. Die Folge davon ist eine Umlagenmentalität, die sich immer dann einstellt, wenn zwischen Versicherungsleistung und Versicherungsbeitrag kein direkter, nachvollziehbarer Zusammenhang besteht.

(2) Die Gesetzliche Krankenversicherung hat mit einer Versicherung im eigentlichen Sinne nur wenig gemein. Sie ist nach dem Prinzip einer Solidargemeinschaft organisiert: Die Beiträge der einzelnen richten sich nicht nach den individuellen Risikofaktoren, sondern nach dem Lohn oder Gehalt des Versicherten. Dies führt zu erheblichen Mißständen:

– Die Koppelung der Beiträge an das Arbeitnehmer-einkommen bedeutet zunächst, daß die gleichen Gesundheitsleistungen mit steigendem Verdienst des Versicherten für ihn teurer werden. Damit wird sein

Anreiz verstärkt, die höheren Beiträge durch eine verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wieder hereinzuholen.

- Die Höhe der Beiträge ist allerdings durch die Beitragsbemessungsgrenze absolut begrenzt. Angestellte, deren Gehalt über dieser Bemessungsgrenze liegt, können freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Sie haben aber auch die Wahl, sich gar nicht oder privat zu versichern und sich damit der Umverteilung zu entziehen. Diese Wahlmöglichkeit bleibt Arbeitern, selbst wenn sie ebensoviel oder mehr verdienen, verwehrt. Arbeiter werden offensichtlich für weniger mündig gehalten als Angestellte.

- Angehörige von Pflichtversicherten, die keine beitragspflichtige Tätigkeit ausüben, sind beitragsfrei mitversichert. Angehörige von freiwillig Versicherten werden ebenfalls kostenlos mitversichert. Der Beitrag eines freiwillig Versicherten weicht damit je nach Familiengröße mehr oder weniger fühlbar von den Prämien ab, die bei einer Privatversicherung zu bezahlen wären. Dies führt zu einem unerwünschten Umverteilungseffekt zu Lasten der Pflichtversicherten. Familien mit mehreren pflichtversicherten Verdienern sind erheblich benachteiligt gegenüber ebenso großen Familien mit nur einem gutverdienenden Mitglied. Dem Versicherungsprinzip würde es entsprechen, wenn die Beiträge sich nach den erwarteten Leistungen der Versicherungen richteten. Dies ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht der Fall. Sie verteilt auf der Beitragsseite Einkommen um.

- Dem einzelnen Versicherten wird kein Anreiz gegeben, Krankheitsrisiken möglichst auszuweichen, die Krankheitsdauer abzukürzen und ärztliche Anordnungen genau zu befolgen, gehen doch die Folgen von falschen Verhaltensweisen, wie Über- oder Falschernährung, Bewegungsmangel und Suchtkrankheiten, allein zu Lasten der Solidargemeinschaft.

(3) Die gegenwärtigen Vorschriften verbauen vielen Versicherten die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Versicherungen zu wählen. So ist ein hoher Anteil der Pflichtversicherten zwangsweise Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkassen. Nicht einmal die Hälfte der Krankenkassenmitglieder hat eine Wahlmöglichkeit zwischen Ortskrankenkasse und Ersatzkassen. Pflichtversicherte können auch nicht zwischen verschiedenen Versicherungstarifen wählen. Nur dem freiwillig Versicherten steht ein breites Spektrum an Wahlmöglichkeiten offen. Sowohl die fehlenden Wahlmöglichkeiten als auch das staatlich festgelegte Einheitsangebot lassen zwischen den Versicherungen nur einen mäßigen Wettbewerb aufkommen. Wettbewerb findet lediglich um den – aus der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht herausgewachsenen – Angestellten statt. Handelt es sich dabei um einen Alleinstehenden, so sitzen die privaten Krankenversicherungen mit ihrer Vielzahl von Tarifmöglichkeiten meistens am längeren Hebel. Da es sich bei diesem Personenkreis in der Regel um relativ junge und gutverdienende Angestellte handelt, stellen sie für jede Krankenversicherung ein sogenanntes gutes Risiko dar. Ihr Abgang aus der Gesetzlichen Krankenversicherung verschlechtert die dortige Risikostruktur. Als Folge davon steigen die Beitragssätze für die dort verbliebenen Versicherten weiter an.

Verlagerung der Entscheidungsrechte

16. Das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist falsch programmiert. Es führt zu Verschwendung statt Sparsamkeit, zu unwirtschaftlichem Verhalten statt zu größerer Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserstellung. Patienten, Ärzte und Krankenhäuser haben vielmehr finanzielle Vorteile zu erwarten, wenn sie sich verschwenderisch und unwirtschaftlich verhalten. Der seit vielen Jahren beschrittene Ausweg aus diesem Dilemma hat immer mehr Entscheidungsrechte auf staatliche Organe oder auf Kollektivorgane der Selbstverwaltung verlagert. Da die verstärkten Kontroll- und Sanktionsmechanismen insgesamt jedoch nur wenig Entlastung gebracht haben, ist das Ende dieser Wegstrecke schon vorgezeichnet, nämlich die konkrete Festlegung der jeweils anzubietenden Gesundheits-

leistungen durch den Gesetzgeber. Hauptfehler einer solchen Gesundheitspolitik ist die Fehlleitung des elementaren menschlichen Vorteilsstreben. Statt es in den Dienst einer dem einzelnen und der Gesamtheit zugute kommenden ausgewogenen Gesundheitspolitik zu stellen, wird es auf die Ausbeutung des Systems selbst gerichtet. Diese Fehlsteuerung muß beseitigt werden, damit alle Beteiligten mit ihrem Streben nach individuellem Vorteil künftig zugleich einen Beitrag zur Erreichung gesamtwirtschaftlicher und gesamtgesellschaftlicher Ziele leisten. Dazu ist freilich eine umfassende Reform des Gesundheitswesens unerlässlich. Sie muß eine Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherungsnehmer und zudem mehr Markt und damit mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern im Gesundheitssektor herbeiführen. Die wichtigsten Hebel dafür sind Versicherungswettbewerb, Anreize für ein ausgabensenkendes Verhalten der Leistungsanbieter und die Möglichkeit zur Selbstbeteiligung der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Grundelemente einer marktwirtschaftlichen Konzeption

III. Die Reformvorschläge und ihre Begründung

17. Ein funktionsfähiges, nach marktwirtschaftlichen Vorstellungen konzipiertes Gesundheitswesen mit Versicherungswettbewerb sowie zweckmäßigen Anreizen für Leistungsanbieter und Versicherte ist auf folgenden Grundelementen aufgebaut:

(1) Eine konsequente Versicherungslösung. Auf die einkommensbezogene Umverteilung im gegenwärtigen System muß deshalb verzichtet werden. Sie sollte, soweit erforderlich, im Bereich der direkten Steuern und Sozialleistungen angesiedelt sein (siehe hierzu KRONBERGER KREIS, „Bürgersteuer – Entwurf einer Neuordnung von direkten Steuern und Sozialleistungen“, Schriften des KRONBERGER KREISES, Band 11).

(2) Eine Mindestversicherungspflicht zur Grundsicherung. Um die Abwälzung krankheitsbedingter sozialer und ökonomischer Notlagen vom einzelnen auf die Gesamtheit der Steuerzahler zu verhindern, kann der Abschluß einer Krankenversicherung nicht völlig in das Belieben des einzelnen gestellt werden. Es wird daher vorgeschlagen, auf Basis einer Mindestversicherungspflicht eine Grundsicherung einzuführen, die durch Zusatzversicherungen freiwillig ergänzt werden kann. Der Versicherungszwang zum Abschluß einer Grundsicherung bedarf jedoch keiner Zwangsversicherung. Die Grundsicherung kann von allen bisherigen wie auch von neuen Versicherungsunternehmen angeboten werden. Durch eine Auffangversicherung, in die alle Neugeborenen und alle Zuziehenden ex lege aufgenommen werden, wird sichergestellt, daß jeder in der Bundesrepublik Ansässige auch tatsächlich versichert ist.

(3) Die Grundsicherung ist eine Risikoversicherung mit gestaffelter Selbstbeteiligung (vgl. Tz. 20 f.). Das Angebot an Grundsicherungen wird, mit Ausnahme der Auffangversicherung, dem freien Markt überlassen. Das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen prüft, ob die von den Versicherungen angebotenen Leistungen das Kriterium der Grundsicherung erfüllen. Die

Grundversicherungsunternehmen sind frei, sich auch dem Zusatzversicherungsgeschäft zu widmen.

(4) Wettbewerb zwischen den Versicherungen setzt die Möglichkeit eines Versicherungsverwechslens für die Versicherten voraus. Um ihnen einen vom Alter unabhängigen Wechsel zu ermöglichen, wird eine Ausgleichskasse gebildet (vgl. Tz. 27). Diese Ausgleichskasse macht einen Kontrahierungszwang zu Lasten der Versicherungen entbehrlich. Sie deckt überdies bestimmte Risiken (z. B. schwere Schäden von Geburt an) ab (vgl. Tz. 29).

(5) Die Grundsicherung ist unabhängig vom Einkommen und vom Arbeitsvertrag. Dies bedeutet, daß die Beiträge für die Grundsicherung entsprechend dem sachlichen Umfang und der Höhe der Selbstbeteiligung kalkuliert werden können. Der bisherige Arbeitgeberanteil wird, ohne eine Steuerpflicht auszulösen, den Arbeitnehmern als Lohnbestandteil ausgezahlt. Die Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber im Krankheitsfall entfällt. Sie ist durch eine Tagegeldversicherung für die ersten sechs Wochen einer Erkrankung zu ersetzen. Diese Tagegeldversicherung sollte in der Höhe mindestens die durchschnittlichen Sozialhilfesätze erreichen, wobei Karenztage zugelassen sind (vgl. Tz. 22). Die Löhne und Gehälter können beschäftigungsneutral um den Betrag steigen, der von den Unternehmen wegen Wegfall der Lohnfortzahlung eingespart wird.

(6) Die Anbieter von Gesundheitsleistungen werden von Regulierungen weitgehend freigestellt. Sie sind insbesondere in der Preisbildung frei. Preisabsprachen sind unzulässig. Ambulante Tätigkeit von Ärzten wird nicht an eine Niederlassungspflicht geknüpft. Sie kann überdies auch von den Krankenhäusern angeboten werden. Es herrscht freie Wahl der Unternehmensform. Für Ärzte und Krankenhäuser besteht keine verbindliche Bedarfsplanung. Krankenhäuser und Ärzte haben die Möglichkeit, mit Versicherungen Honorarverträge abzuschließen (vgl. Tz. 30 f.).

Eine derartige Reform des Gesundheitswesens ersetzt durch verhältnismäßig einfache Vorkehrungen eine Vielzahl heutiger Regulierungen. Da die Entscheidungen über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und über deren Angebot sowie die damit verbundene finanzielle Verantwortung wieder weitgehend auf die unmittelbar Betroffenen verlagert wird, wären die im heutigen System ständig notwendigen Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben nicht mehr erforderlich. Marktliche Steuerungselemente ersetzen aber nicht nur eine Vielzahl von Regulierungen, sie machen überdies das System des Gesundheitswesens zugleich gerechter und leistungsfähiger. An die Stelle der heutigen Einheitsversicherung tritt – wie in jedem Markt – ein durch Vielfalt gekennzeichnetes System.

Dieses Konzept zur Liberalisierung des Gesundheitswesens ist aber nur als Ganzes funktionsfähig. Die Übernahme von nur einzelnen Vorschlägen würde die Aufwendungen für Gesundheitsleistungen vermutlich noch weiter steigern. So würde z. B. die alleinige Beseitigung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wegen der dann zu erwartenden Zunahme der sogenannten Selbsteinweisungen von ambulanten Patienten durch die Krankenhausärzte einen Kostenschub hervorrufen.

**Grund-
sicherung:
Der Leistungs-
rahmen...**

18. Nicht alle Leistungen des Gesundheitssystems sind im strikten Sinne medizinisch notwendig. Es gibt eine gleitende Skala von lebensbedrohenden Krankheiten bis hin zu leichten Befindensstörungen und dementsprechend ein weites Spektrum, das von lebensrettenden Maßnahmen bis zu medizinischen Dienstleistungen reicht, die dem gehobenen Lebensbedarf zuzurechnen sind. Dies gilt insbesondere für die Bereiche der Zahnbehandlung sowie vieler Heil- und Hilfsmittel, in denen die Bandbreite zwischen medizinisch Erforderlichem und individuell Gewünschtem besonders groß ist.

Da der Umfang der Grundsicherung weder durch die Art der Krankheiten noch durch die Behandlungstechniken

abschließend festgelegt werden kann, wird aus pragmatischen Gründen vorgeschlagen, den Umfang der Grundsicherung aus dem bisherigen Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen zu entwickeln. Dabei dürfen auf jeden Fall krankensicherungs fremde Leistungen, wie etwa Schwangerschaftsunterbrechungen aus „sozialer“ Indikation, einzelne Formen des Zahnersatzes, die meisten der rein kosmetischen Operationen, die Versorgung von Pflegefällen im Krankenhaus sowie Sterbegeld nicht zum Leistungskatalog der Grundsicherung gehören. Aber auch anerkannte Leistungen müssen auf dasjenige Maß beschränkt werden, das dem Wesen der Grundsicherung angemessen ist. Alle darüber hinaus gehenden Risiken können im Rahmen weitergehender Versicherungsverträge oder durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen obliegt die Prüfung, ob die von den Versicherungen angebotenen Leistungen zumindest den Kriterien der Grundsicherung genügen.

19. Die Leistungskataloge der Versicherungen können unterschiedlich sein. Die dadurch ermöglichte Vielzahl von Gestaltungsvarianten wird zu unterschiedlichen Beiträgen führen. Deren Höhe wird nicht nur durch Faktoren wie etwa die Risikostruktur, die Höhe des Selbstbehaltes (vgl. Tz. 20 f.), die Aufwendungen für unterschiedliche Vertriebsformen oder Verwaltungsapparate beeinflusst. Auch unterschiedliche Arten der Leistungserbringung mit spezifischen Beiträgen eröffnen den Kunden Wahlmöglichkeiten. So ist denkbar, daß einige Versicherungen ihre Versicherten vertraglich zu regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen verpflichten, um so die Leistungsanspruchnahme und damit die Beiträge niedrig zu halten. Ebenso denkbar ist, daß die Versicherungen für ihre Versicherten bestimmte Leistungsanbieter, wie Ärzte oder Krankenhäuser, unter Vertrag nehmen, unter denen die Versicherten dann in der Regel zu wählen haben (siehe Tz. 30 f.). Für die Versicherten wäre in diesen Fällen zwar die freie Wahl zwischen allen Leistungsanbietern (aber nicht die freie Wahl der Versicherung) eingeschränkt. Sie hätten aber mit erheblich geringeren Beiträgen zu rechnen.

**... und der
Versicherungswettbewerb**

Solche Gestaltungsmöglichkeiten bieten den Versicherten echte Alternativen. Sie intensivieren zugleich den Wettbewerb zwischen den Versicherungen.

Selbstbeteiligung: Ziele, ...

20. Mit Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lassen sich mehrere Ziele erreichen:

- Erstens wird das Interesse an der Erhaltung der eigenen Gesundheit verstärkt. Das Wissen, durch gesundheitsbewußtes, risikominderndes Verhalten Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten einsparen und Einkommensnachteile (nach einer Reform der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) vermeiden zu können, wird gestärkt. Das Interesse, Erkrankungen nicht fahrlässig herbeizuführen und ärztliche Anordnungen zu befolgen, steigt. Auf diese Weise lassen sich erhebliche Belastungen mit Krankheitskosten vermeiden.
- Zweitens wird die Versuchung geringer, krank zu feiern. Derzeit entstehen regelmäßig finanzielle Vorteile für Gesunde, die sich krankschreiben lassen: Arbeitsbedingte Kosten (z. B. Fahrten zur Arbeitsstätte und zurück) fallen weg, der Lohn dagegen wird ungeschmälert ausbezahlt. Außerdem entsteht ein Freizeitgewinn.
- Drittens wird überzogenes Anspruchsdenken der Versicherten zurückgedrängt. Häufig kann z. B. zwischen funktionell vergleichbaren, preislich aber sehr verschiedenen Heil- und Hilfsmitteln gewählt werden. Derzeit verlangen die Versicherten von ihren Ärzten in der Regel die teuersten Geräte oder Hilfsmittel. Sparsamkeit im Interesse der Solidargemeinschaft gilt als Dummheit. Zuzahlungslösungen (wie z. B. heute bei Brillen) könnten hier eine Änderung herbeiführen.

...Wirkung und...

21. Eine Selbstbeteiligung in Gestalt eines absoluten Betrages pro Jahr hat zunächst den Effekt, daß in Höhe der Selbstbeteiligung die Gesundheitsaufwendungen nicht mehr von einer Versicherung, sondern vom Patienten zu zahlen sind, allerdings bei entsprechend niedrige-

ren Versicherungsbeiträgen. Nach einer Untersuchung über die Verteilung der Gesundheitskosten im Jahre 1978 hatten knapp 69 Prozent der Versicherten jährliche Aufwendungen von unter 600,-DM verursacht. Hätten alle Versicherten einen absoluten Selbstbehalt von 600,- DM pro Jahr vereinbart gehabt, so wäre die Erstattung für mehr als zwei Drittel der Versicherten weggefallen. Die Versicherten, die höhere Aufwendungen verursachen, müssen durch Belege nachweisen, daß sie in Höhe des Selbstbehaltes die Aufwendungen für versicherte Leistungen selber getragen haben, wenn sie den übersteigenden Betrag erstattet haben wollen. Das würde zu einer erheblichen Reduzierung der Auszahlungen durch die Krankenkassen und damit zu einer drastischen Verminderung der Beitragssätze führen. Dieser Effekt tritt schon dann ein, wenn die Versicherungsnehmer sich trotz Selbstbehalts unverändert verhalten. Er würde sich durch ein gesundheits- und kostenbewußtes Verhalten noch erheblich verstärken. Außerdem fiel ein guter Teil der Verwaltungskosten bei den Versicherungen weg.

22. Deshalb sollten Selbstbeteiligungen zugelassen werden. Mit steigender Selbstbeteiligung sinken sowohl die Beiträge für die Grundsicherung als auch für die Tagesgeldversicherung erheblich. Dies könnte bei einigen Versicherten allerdings das Interesse daran wecken, die Selbstbeteiligung so hoch wie möglich anzusetzen. Hohe Selbstbeteiligungen könnten aber möglicherweise einige Versicherte bei längeren Erkrankungen in finanzielle Bedrängnis führen. Eine einheitliche, vom Staat festgelegte Obergrenze, die für alle Versicherten gilt, würde jedoch, wie bei jeder vom Staat festgelegten Einheitsgrenze, den individuellen Umständen und finanziellen Gegebenheiten der Versicherten nicht gerecht. Daher wird vorgeschlagen, es den Versicherungen zu überlassen, die Obergrenze mit den einzelnen Versicherten auszuhandeln. Gesetzlich braucht nur bestimmt zu werden, daß die Versicherungen gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen das Risiko der Einbringlichkeit von Forderungen an ihre Versicherten tragen. Die Versicherungen sind dann von selbst daran interessiert, dieses

... Festlegung

Risiko gering zu halten. Sie werden an Hand der Daten über die gesundheitliche Verfassung und über die finanziellen Verhältnisse des Versicherten prüfen, welche Höhe der Selbstbeteiligung er im Einzelfall aufzubringen vermag. Sie werden dabei vielleicht von einzelnen Versicherten bis zur Höhe der möglichen Verpflichtungen aus der Selbstbeteiligung Sicherheiten verlangen, nicht viel anders als es die Banken bei Vergabe von Krediten handhaben.

Der Versicherte hat freilich die Möglichkeit, sich für eine niedrigere als die ihm zugestandene oder für gar keine Selbstbeteiligung zu entscheiden. Die Art der Selbstbeteiligung kann hingegen auf unterschiedliche Weise geregelt werden. So sind z. B. auch Tarife denkbar, die eine prozentuale Selbstbeteiligung des Versicherten an den von ihm beanspruchten Gesundheitsleistungen vorsehen, bis der vereinbarte absolute Selbstbehalt erreicht ist.

**Einwände
nicht stich-
haltig**

23. Gegen die Einführung von Selbstbeteiligungen werden Einwände erhoben, die bei näherer Betrachtung kaum stichhaltig sind. So wird befürchtet, Selbstbeteiligungen könnten die Versicherten davon abhalten, rechtzeitig zum Arzt zu gehen, sie also dazu verleiten, an der falschen Stelle zu sparen. Ein solches Verhalten ist unwahrscheinlich, da die Versicherten damit rechnen müssen, daß eine verschleppte Erkrankung weit höhere Belastungen durch die Selbstbeteiligung auslösen würde. Überdies würden in einem Gesundheitssystem, in dem Versicherungswettbewerb herrscht, von manchen Versicherungen weitaus mehr Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen veranlaßt und bezahlt werden, als das heute der Fall ist.

Auch das Bedenken, Selbstbeteiligungen seien wegen der damit verbundenen hohen Belastung unsozial, hält einer Nachprüfung nicht stand. Selbstbeteiligungstarife werden gegenüber Vollversicherungstarifen erhebliche Beitragsermäßigungen aufweisen, die häufig über den Betrag hinausgehen, der tatsächlich vom Versicherten als Selbstbeteiligung aufzubringen ist. So kostet heute in der privaten Krankenversicherung ein Versicherungsschutz

für die ambulante Versorgung mit z. B. 720,- DM Selbstbeteiligung im Vergleich zu einem mit keiner Selbstbeteiligung knapp die Hälfte. Mit Selbstbeteiligungen sind in der Regel eher finanzielle Entlastungen des Versicherten verbunden.

24. Selbstbeteiligungen sollen den Versicherten einen Anreiz geben, zwischen verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen und zwischen den Arten dieser Leistungen die ihnen am kostengünstigsten erscheinende Wahl zu treffen. Dies setzt (von Health Maintenance Organization und ähnlich gelagerten Fällen abgesehen, siehe Tz. 32) voraus, daß grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip gilt. Im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip, bei dem die Kosten direkt von der Versicherung an den Leistungserbringer erstattet werden, muß hier der Patient die Rechnung zunächst selbst bezahlen und gegebenenfalls zur Erstattung bei der Versicherung einreichen. Ein Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip ließe im übrigen die Inkassofunktion der ärztlichen Abrechnungsstellen unberührt.

Leistungs- verrechnung

Die Gefahr, daß beim Kostenerstattungsprinzip der Leistungserbringer wegen des Risikos uneinbringlicher Forderungen eine Selektion von zahlungskräftigen Patienten vornimmt, besteht nicht, da die Versicherung letztlich das Risiko der Einbringlichkeit der Forderungen trägt. Überdies könnte für den Fall hoher Rechnungen der Versicherer gegenüber dem Versicherten und dem Leistungserbringer eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und eine direkte Bezahlung der Rechnung zusagen.

25. Wettbewerb zwischen den Versicherungen ist nur möglich, wenn den Versicherungsnehmern der Wechsel von einer Versicherung zur anderen ermöglicht wird. Voraussetzung ist, daß die Beitragssätze ausschließlich risikobezogen kalkuliert werden und keine Komponenten der Einkommensumverteilung, wie etwa den Familienlastenausgleich, enthalten:

Beitragsgestal- tung und ...

Risikobezogen sind Beitragssätze, die sowohl nach indivi-

duellen Eigenschaften, wie Beruf, Geschlecht, Alter, bisherigen Krankheiten usw., differenzieren, als auch solche, die an das durchschnittliche Risiko des gesamten versicherten Kollektivs einer Tarifklasse oder -gruppe mit jeweils gleichem Leistungskatalog und gleichem Selbstbehalt anknüpfen. Beide Arten der Risikobezogenheit sind Extrempole auf einer Skala des möglichen Ausgleichs von Risiken: Bei der Anknüpfung an das durchschnittliche Risiko erfolgt ein interner Ausgleich zwischen den verschiedenen (z. B. alters-, geschlechtsspezifischen und berufsbedingten) Risiken. Bei der alleinigen Anknüpfung an Individualrisiken wird auf diese Art des Solidarausgleiches verzichtet.

... Risiko- ausgleich

26. Eine Kalkulation der Beitragssätze nach spezifischen Individualrisiken ist außerordentlich kompliziert und nur bedingt möglich. In gewissem Umfang kann von bisherigen Krankheiten oder Lebensgewohnheiten (Raucher, Motorradfahrer u. ä.) auf mögliche zukünftige Krankheiten und deren Kosten geschlossen werden. Abgesehen davon, daß dieses Vorgehen bei Neugeborenen nicht möglich ist und es bei den Älteren eine weitgehende Ausforschung ihrer Lebensgewohnheiten erfordern würde, bleibt es fraglich, ob eine solche Klassifizierung tatsächlich zu den Risikofaktoren führt, welche den Wahrscheinlichkeiten zukünftiger Krankheiten hinreichend entsprechen. Daher bietet sich die Möglichkeit an, die Versicherten nach solchen Risikofaktoren zu klassifizieren, von denen objektiv bekannt ist, daß sie in einem Zusammenhang mit der Zahl der Krankheitsfälle stehen. Zu solchen objektiven Risikofaktoren zählen Geschlecht, Beruf und Alter. Der Risikofaktor Beruf wird dabei, jedenfalls teilweise, schon durch die Unfallversicherung abgedeckt.

Die Differenzierung der Beiträge nach Geschlecht und Eintrittsalter ist bei den privaten Krankenversicherungen üblich. Im Bereich der Grundsicherung wäre aber nur die Differenzierung nach Geschlecht relativ einfach einzuführen. Altersspezifische Beiträge, die wegen der größeren Beanspruchung von Gesundheitsleistungen zu höheren

Beiträgen im Alter führen müßten, wären zwar hinsichtlich des Versicherungswechsels problemlos. Sie wären aber in reiner Form – spezifische Beiträge pro Jahrgang – kaum zumutbar: Aufgrund der altersbedingten Krankheitsverteilung müßten dann nämlich z. B. die Beiträge der über 74-jährigen fünfmal so hoch sein wie die der 5- bis 14-jährigen.

Soll deshalb auf die altersbedingte Beitragsdifferenzierung ganz oder teilweise verzichtet werden, dann bedeutet das, daß in den Beiträgen der Jüngeren eine Ansparsumme für eine Altersrücklage enthalten sein muß, die im Alter verbraucht wird. Dadurch wird aber der Versicherungswechsel unmöglich gemacht. Würde ein Älterer versuchen, die Versicherung zu wechseln, ohne daß er die für ihn bereits gebildete Altersrücklage mitnehmen kann, müßte die neue Versicherung die höheren Beitragssätze für seine Altersklasse berechnen. Der Versicherungswechsel würde damit uninteressant. Der Versicherte müßte also die bei der alten Versicherung akkumulierte Altersrücklage in die neue Versicherung miteinbringen können. Ein solches Verfahren wäre denkbar, aber mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Überdies würde es den Übergang von dem alten System der Gesetzlichen Krankenversicherung auf das neue System der Grundsicherung erheblich erschweren, denn die Gesetzlichen Krankenkassen haben für die älteren Versicherten keine Rücklagen gebildet.

27. Um diesen Schwierigkeiten für die Grundsicherung aus dem Wege zu gehen und um beim Umlageverfahren bleiben zu können, dürfen die Beiträge der Versicherten, abgesehen von möglichen besonderen Tarifen für Kinder, nicht alters- und möglicherweise auch nicht geschlechtsspezifisch kalkuliert werden. Sie müssen sich vielmehr nach dem Durchschnitt der altersbedingten Krankheitskostenverteilung bei der gegebenen Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung richten. Auf den Aufbau einer Altersrücklage wird verzichtet. (Da eine deutliche Verschlechterung der Altersstruktur schon absehbar ist, könnte jedoch an eine Auflage zur Bildung einer gene-

**Die Aus-
gleichskasse**

rellen Rücklage pro Versicherten und Jahr gedacht werden, die dieser Entwicklung Rechnung trägt.) Die Altersverteilung der Versicherten bei den Versicherungen wird nicht identisch sein; die Versicherungen haben deshalb auch unterschiedliche Risikostrukturen. Diese werden durch eine Ausgleichskasse, die alle Krankenversicherungen im Bereich der Grundsicherung umfaßt, kompensiert. Sie ermittelt am Jahresende aufgrund der Angaben der Versicherungen unter Berücksichtigung der Selbstbeteiligungsklassen die durchschnittlichen Krankheitskosten pro Versicherten insgesamt sowie die durchschnittlichen Kosten pro Versicherten eines Jahrgangs. Für die Altersjahrgänge, deren Krankheitskosten über den gesamten durchschnittlichen Kosten liegen, haben die Krankenkassen einen Anspruch auf Zahlung der Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten eines Jahrgangs und den gesamten durchschnittlichen Kosten. Für die Jahrgänge, deren Krankheitskosten unter den gesamten durchschnittlichen Kosten liegen, entsteht eine entsprechende Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die Ausgleichskasse. Die sich daraus ergebenden positiven oder negativen Zahlungssalden werden über die Ausgleichskasse ausgeglichen. Will man, daß Männer und Frauen der gleichen Tarif- und Altersklasse jeweils auch gleiche Beiträge zahlen, obwohl die Risiken nicht geschlechtsneutral sind, muß bei unterschiedlichen Geschlechtsstrukturen der verschiedenen Versicherungen ganz analog eine Kompensation über die Ausgleichskasse vorgenommen werden.

Ein solcher Ausgleich der unterschiedlichen Risikomischungen aufgrund verschiedener Altersstrukturen und gegebenenfalls nach Geschlechtsstrukturen der einzelnen Versicherungen vermeidet eine Behinderung des Versicherungsverwechslens. Wechselt z. B. ein 60jähriger die Versicherung, so verbessert sich die Risikomischung der alten Versicherung, die der neuen Versicherung verschlechtert sich. Nach Maßgabe der Durchschnittszahlen muß dann die alte Versicherung am Jahresende an die Ausgleichskasse zahlen, während die neue Versicherung des 60jährigen von der Ausgleichskasse eine Zahlung

erhält. Solcher Risikoausgleich macht einen Kontrahierungszwang überflüssig. Die Versicherungen dürfen allerdings nicht das Recht haben, Versicherte auszusteuern.

Die Ausgleichskasse kompensiert auf diese Weise nur die unterschiedlichen Krankheitskosten der verschiedenen Jahrgänge und nicht die Kosten, die sich aus unterschiedlichen Selbstbeteiligungen, Verwaltungs- oder Vertriebsstrukturen ergeben. Durch die Orientierung des Ausgleichs an Durchschnittszahlen verbleibt den Versicherungen der Anreiz, ihre Krankheitskosten pro Jahrgang unter die entsprechenden Durchschnittszahlen zu senken.

28. Durch die vorgeschlagene Versicherung erhält die gesamte Bevölkerung eine Grundsicherung in Form einer Risikoversicherung. Jeder ist individuell versichert. Auch behindert Geborene oder nicht geschäftsfähige Personen besitzen einen eigenen Leistungsanspruch. Für jeden besteht Versicherungspflicht, die z. B. bei Minderjährigen oder Entmündigten durch den jeweiligen gesetzlichen Vertreter auszuüben ist. Entsprechend ist auch von jedem ein Beitrag zu entrichten. Es bleibt den Tarifpartnern unbenommen, Arbeitgeberzulagen oder Beihilfen für die Arbeitnehmer zu vereinbaren. Diese müssen aber den Arbeitnehmern direkt ausbezahlt werden.

Mitgliedschaft

Neugeborene und Zugewanderte gehören zunächst zwangsweise einer Auffangversicherung an. Durch diese Lösung wird gewährleistet, daß jeder von der Geburt bis zum Tode oder von der Zuwanderung bis zur Abwanderung Mindestversicherungsschutz genießt. Niemand könnte durch eigenen oder fremden Irrtum oder Vorsatz des Versicherungsschutzes verlustig gehen. Dem Versicherer obliegt es, seinen Beitragsanspruch geltend zu machen. Dies ermöglicht es, alle anderen Sozialleistungsträger, insbesondere die Sozialhilfe, von allen Verpflichtungen aus Krankheit (ausgenommen gegebenenfalls der Beiträge) freizustellen.

Die Auffangversicherung sollte in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geführt werden. Sie unterliegt insbe-

Abdeckung von Großschäden

sondere bei der Beitragsgestaltung den gleichen Grundsätzen wie die anderen Grundversicherungen. Neugeborene und aus dem Ausland Zugewanderte müssen innerhalb eines halben Jahres aus der Auffangversicherung in eine von ihnen auszuwählende Grundversicherung wechseln. Schwere Schäden von Geburt an oder bei Eintritt werden durch die Ausgleichskasse abgedeckt (siehe Tz. 29).

29. Die Ausgleichskasse erhält zusätzlich die Funktion, für Zugezogene oder Neugeborene bestimmte Großschäden abzudecken. Als solche Großschäden sind z. B. „katastrophale“ Erkrankungen wie Hämophilie oder auch bestimmte Diagnose- und Behandlungstechniken (z. B. Triple Bypass Operationen) anzusehen. Die der Ausgleichskasse dadurch entstehenden Ausgaben werden auf die Versicherten umgelegt, d. h. die Krankenkassen zahlen pro Mitglied einen Beitrag an die Ausgleichskasse.

Die Funktionsfähigkeit eines Versicherungssystems hängt davon ab, ob es auch extreme Auszahlungen verkraften kann. Dies ist bei gegebener Risikostruktur um so eher möglich, je größer die Risikogemeinschaft ist. In einem System mit vielen Versicherungen bedarf es daher für die selten vorkommenden, aber die Finanzkraft einer einzelnen Versicherung möglicherweise übersteigenden Großschäden der Versicherten (abgesehen von den gesondert geregelten Fällen bei Neugeborenen und Zugewanderten) eines versicherungsübergreifenden Ausgleichs. Dieser Ausgleich sollte, wie in anderen Versicherungsbereichen auch, durch den Abschluß von Rückversicherungen erfolgen.

Ungedeckt bleibt in der Grundsicherung die Pflege älterer Menschen. Diese Pflege, die heute teilweise in den Krankenhäusern zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt, ist äußerst kostspielig. Solche Pflegefälle sollten daher einer gesonderten Versicherungslösung zugeführt werden. Bei der Gestaltung einer solchen Versicherung wäre zu beachten, daß den Angehörigen keine spezifischen Anreize gegeben werden sollten, ihre älteren

Angehörigen außer Haus pflegen zu lassen. Eine obligatorische, volle Umlagenversicherung für Pflegefälle erscheint problematisch, da viele Ältere wohlhabend sind und über ein stattliches Vermögen verfügen; sie brauchen nicht durch eine Umlage entlastet zu werden. Es muß aber eine Lösung für die Personen gefunden werden, die – verschuldet oder unverschuldet – verarmt sind und keine Angehörigen haben, welche für die Pflege aufkommen können.

30. In einem marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen sind die Anbieter von Gesundheitsleistungen in ihrer Preisgestaltung frei. Bestehen zwischen den Ärzten und den Versicherungen keine Verträge, so gibt es in dem Dreieck Arzt-Patient-Versicherung nur die Beziehungen Arzt-Patient und Patient-Versicherung, die marktwirtschaftlichen Mechanismen unterworfen werden können. Da der Patient gegenüber den Leistungsanbietern wegen möglicher Informationsdefizite in einer schwächeren Position sein kann, sollten auch Verträge zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern möglich sein. In solchen Verträgen könnten die Versicherungen für ihre Versicherten günstigere Honorare aushandeln, wenn diese sich verpflichten, nur die als Vertragspartner ausgewählten Leistungsanbieter zu konsultieren. Die Versicherten werden die damit verbundene Einschränkung ihrer freien Wahl der Ärzte nur akzeptieren, wenn sich die niedrigeren Honorare auch in geringeren Beiträgen niederschlagen. Fühlen sie sich durch eine solche Organisationsform in ihrer freien Arztwahl zu sehr eingeschränkt oder scheint ihnen die Qualität der angebotenen Leistungen nicht hinreichend zu sein, bleibt ihnen die Möglichkeit, die Versicherung zu wechseln. Qualifizierte Ärzte werden sich auf niedrigere Honorare nur einlassen, wenn sie sich von der Beschränkung der Auswahl von Vertragsärzten einen hinreichend großen Patientenstamm versprechen.

Honorarverträge

31. Die Möglichkeit, sowohl die Beziehungen der Leistungsanbieter untereinander als auch die zwischen den Versicherungen und den Leistungsanbietern vertraglich

Weites Feld für Gestaltungsmöglichkeiten

zu regeln, eröffnet ein weites Feld für die Art der Leistungserbringung.

So wäre es im Bereich der Krankenhäuser denkbar, daß der gegenwärtige einheitliche Pflegesatz pro Krankenhaus zugunsten einer Differenzierung nach Krankheiten bzw. Leistungsarten aufgegeben wird. Dies würde der heutigen Tendenz entgegenwirken, an vielen Bagatellfällen möglichst lange festzuhalten und die teurer werdenden Fälle anderen Krankenhäusern zu überlassen.

Auch würde der Weg zu einer sinnvollen Arbeitsteilung nicht nur zwischen den Krankenhäusern, sondern auch zwischen frei praktizierenden Ärzten und Krankenhäusern geebnet. Die Krankenhäuser bekämen einen Anreiz, ihre apparativen Fixkosten zu decken, indem sie gegen Entgelt freie Kapazitäten den frei praktizierenden Ärzten anböten. Dies würde zu einer Ausweitung des Belegarztsystems führen.

Gesundheits- Dienst- Gesellschaft

32. Verträge zwischen Leistungsanbietern und Versicherungen sind in den USA vor allem in Form von sogenannten Health Maintenance Organization (HMO) abgeschlossen worden. Sie unterscheiden sich von der oben erwähnten vertraglichen Regelung allerdings dadurch, daß die Leistungsanbieter nicht nur Vorteile aus einer vertraglichen Bindung an eine Versicherung ziehen, sondern direkt am Ertrag des Versicherers teilhaben. Dies wird in einer Variante durch eine vertraglich festgelegte Ausschüttung von Überschußanteilen des Versicherers an die beteiligten Leistungsanbieter realisiert, die aber rechtlich selbständig bleiben. In anderen Fällen sind die beteiligten Ärzte unselbständige Mitarbeiter der Organisation. Bei der größten existierenden Organisation dieses Typs (Kaiser Foundation) sind die Ärzte festbesoldete Mitglieder einer Ärztesgesellschaft, die über einen Vertrag mit dem Versicherer tätig wird. Alle diese Organisationen erbringen Sachleistungen zu einem für alle Mitglieder einheitlichen jährlichen Festbetrag.

Arzt und Versicherung bilden so eine wirtschaftliche Einheit, welche aus Eigeninteresse bestrebt ist, alle erforderlichen Gesundheitsleistungen zu möglichst geringen Kosten zu erbringen. Sie hat insbesondere ein Interesse, die Inanspruchnahme fremder Leistungen (Krankenhausaufenthalt, Arzneimittelkonsum u. ä.) zu reduzieren. Typischerweise ist der Erfolg dieser Organisation deshalb auch auf eine drastische Senkung der Krankenhauskosten zurückzuführen, während die ambulante Inanspruchnahme wohl wegen des Sachleistungsprinzips meist höher liegt als bei der traditionellen Versorgung. Unter deutschen Verhältnissen wäre in ähnlichen Organisationen auch eine geringere Verschreibung von Arzneimitteln (die in den USA schon aufgrund hoher Selbstbehalte sehr viel niedriger liegt) sowie ein niedrigerer Verbrauch von sonstigen Heil- und Hilfsmitteln, aber auch eine geringere Inanspruchnahme von Kuren zu erwarten.

33. Die vorgeschlagene Reform des Gesundheitswesens könnte eine Vielzahl derartiger Organisationstypen am Markt entstehen lassen. Voraussetzung dafür ist aber, daß entgegenstehende Regulierungen aufgehoben werden. So sollte es den Ärzten freistehen, nicht nur die Unternehmensform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zu wählen, sondern ebenso handelsrechtliche Formen. Weiterhin müßte es möglich sein, integrierte Gesundheitsunternehmen zu gründen, die etwa eine Krankenhauskette mit weiteren Leistungsangeboten wie beispielsweise Gruppenpraxen, Apotheken und sonstigen Einrichtungen der Gesundheitspflege verbinden. Wir schlagen daher vor, das Werbeverbot, das Verbot der unselbständigen Beschäftigung von Ärzten durch andere Ärzte oder durch sonstige Unternehmen bei der Erbringung ambulanter Leistungen aufzuheben. Dabei sollte auch die bisherige Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beseitigt werden.

**Deregulierung
auf der
Anbieterseite**

Solche Reformen werden zur Zeit von den ärztlichen Standesorganisationen noch mit großer Mehrheit abgelehnt. Aus diesem Grunde sei betont, daß alle hier vorgestellten Vorschläge an der individuellen Verantwortung

System- wechsel

eines Arztes für sein medizinisches Tätigwerden nichts ändern. Die Zulassung von anderen Unternehmensformen, wie z. B. Aktiengesellschaften, oder anderen Betriebsformen, wie z. B. Tageskliniken, ändert nichts daran, daß allein der Arzt im konkreten Einzelfall im Rahmen der verfügbaren Möglichkeiten das Entscheidungsrecht hat und die Verantwortung dafür trägt, was medizinisch zu tun ist. Dies ist gegenwärtig z. B. bei abhängig beschäftigten Krankenhausärzten nicht anders.

34. Der Übergang von der Gesetzlichen Krankenversicherung zum System der Grundsicherung ist von den Versicherungen relativ problemlos zu bewältigen. Bei entsprechender rechtzeitiger Ankündigung dürfte es den bisherigen gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen ohne Schwierigkeiten gelingen, Tarife für die Grundsicherung zu erarbeiten und anzubieten. Die gesetzlichen Krankenkassen könnten entweder in eine privatrechtliche Rechtsform übergeführt oder als öffentlich-rechtliche Anstalt, dann allerdings bei steuerlicher Gleichbehandlung, weitergeführt werden.

Auch bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen sind für den Systemwechsel keine besonderen Vorkehrungen notwendig. Basis ihrer Abrechnung ist der Leistungskatalog der Grundsicherung. Die Ermittlung der jeweiligen Preise, die Wahl der Unternehmensform, in der die Anbieter ihre Leistungen erbringen, oder die Ausgestaltung der Verträge mit den Versicherungen kann dem Markt überlassen bleiben. Auch die Änderung des Abrechnungsverfahrens (über den Patienten und nicht über die Kasse) dürfte verwaltungstechnisch ohne Schwierigkeiten zu bewältigen sein.

Die bisher gesetzlich, privat oder nicht selbstständig Versicherten (z. B. Familienangehörige) müssen sich bis zu einem Stichtag für einen Anbieter von Grundsicherungen entscheiden. Die bisherigen Beziehungen zum System der Gesetzlichen Krankenversicherung laufen aus. Über die Grundsicherung hinausgehende Privatversicherungen können in eine private Zusatzversicherung mit geänder-

tem Leistungskatalog umgewandelt werden. Der bisherige Arbeitgeberanteil wird als Lohnbestandteil ausgezahlt; die Beiträge werden von den Versicherten direkt gezahlt, also ohne Zwischenschaltung des Arbeitgebers.

Obwohl ein Grundsicherungsbeitrag mit Selbstbehalt erheblich niedriger liegen dürfte als der Durchschnitt der jetzigen Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung, ist dennoch beim Übergang zu Beiträgen nach dem Durchschnitt der altersbedingten Krankheitskostenverteilung mit Problemen bei bestimmten Versichertengruppen zu rechnen. Falls der Sozialausgleich mit Hilfe einer negativen Einkommensteuer (siehe hierzu KRONBERGER KREIS, „Bürgersteuer – Entwurf einer Neuordnung von direkten Steuern und Sozialleistungen“, Schriften des KRONBERGER KREISES, Band 11) auf absehbare Zeit nicht realisiert wird, sind für diese Gruppen spezielle Ausgleichsmaßnahmen erforderlich:

- Dies betrifft zunächst Familien mit einem Pflichtversicherten und beitragsfrei mitversicherten Angehörigen. Ihre Mehraufwendungen beim Systemwechsel müßten gegebenenfalls im Rahmen des Familienlastenausgleichs aufgefangen werden, z. B. durch höhere Grundfreibeträge und durch Aufstockung des Kindergeldes.
- Rentner bezahlen nach den bisherigen Regelungen nur einen geringen Beitrag zur Krankenversicherung selbst. Soweit sie durch den Übergang zur Grundsicherung durch Beiträge höher belastet werden, müßte beim Übergang für die dann lebenden Rentner die Rente entsprechend den höheren Beiträgen aufgestockt werden.
- Auch die Bezieher von Sozialhilfe und von Leistungen der Arbeitslosenversicherung müssen in den Stand gesetzt werden, ihre Grundsicherung nach Wegfall von Arbeitseinkünften fortzuführen. Da die Beziehungen zwischen Versicherung und Versicherten davon unberührt bleiben sollen, kann die Fortführung nur durch Zahlung einer zusätzlichen Einkommensersatzleistung über die Sozialhilfe ermöglicht werden.

IV. Das Gesundheitswesen steht am Scheideweg

Gesundheitswesen: Marktversagen?

35. Jede Reform eines Systems beschneidet Vorteile einiger der im bisherigen System Tätigen. Das ist im Gesundheitswesen nicht anders. Sowohl die Gesetzlichen Krankenkassen, die Vertretungen der Kassenärzte – die Kassenärztlichen Vereinigungen – als auch die Sozial- und Krankenhausbürokratie befürchten zu Recht, Einfluß zu verlieren. Sie behaupten insbesondere immer wieder, daß der marktwirtschaftlich kalkulierte Preis kein gesundheitsgerechter Maßstab für Konsumentenentscheidungen sein könne:

- Nach ihrer Auffassung läßt die Eigenart von Gesundheitsleistungen keine zutreffende Beurteilung ihres Nutzens durch die Konsumenten, also die Versicherten zu, insbesondere wenn sie krank sind. Da eine Marktsteuerung wegen fehlender Konsumentenouveränität nicht möglich sei, müsse der Arzt stellvertretend für den Patienten über Notwendigkeit, Art um Umfang der Gesundheitsleistungen entscheiden.
- Gesundheitsleistungen sind nach dieser Auffassung überdies besondere Güter, die sowohl einen Zukunftsbedarf wie einen Bedarf höchster Dringlichkeit abdecken: Auf freien Märkten würde der Zukunftsbedarf von den Konsumenten aber zu gering eingeschätzt; sie würden sich unterversichern. Den zusätzlichen Leistungsbedarf könne nur ein Zwangsversicherungssystem sicherstellen. Handele es sich um einen aktuellen und dringlichen Bedarf an Gesundheitsleistungen, so könnten im Marktsystem finanzielle Engpässe den Leistungsbedarf be- oder sogar verhindern. Dies könne nur die Null-Preis-Regelung beim direkten Bezug von Gesundheitsleistungen ausschließen.
- Auch die ordnungspolitische Umorientierung in Richtung auf mehr Markt biete keine Gewähr dafür, daß die Gesundheitsausgaben weniger rasch als bisher steigen oder sogar sinken.

Diese Argumente überzeugen nicht:

- Die Verbraucher verfügen bei vielen Kaufentscheidungen des täglichen Lebens nur über ein begrenztes Wissen, ohne daß hierbei ein Verbraucherschutz durch Schaffung eines wettbewerblichen Ausnahmebereichs nötig wäre. In aller Regel läßt sich der Konsument von Experten beraten. Im Bereich des Gesundheitswesens kann diese Aufgabe von Ärzten, Apothekern, Versicherungen und entsprechenden Publikationen übernommen werden, so daß der einzelne durchaus sein Wahlrecht als souveräner Konsument ausüben kann. Zudem reicht es in einem Wettbewerbssystem schon aus, wenn wenige gut informiert sind, um Anpassungen zum Nutzen aller hervorzurufen, ja geradezu über den Markt zu erzwingen.
- Das Argument, Gesundheitsleistungen seien besondere Güter, erfordert weder eine Zwangsversicherung noch eine Null-Preis-Regelung. Versicherungszwang bei individuell begrenztem Selbstbehalt gewährt einen Versicherungsschutz auch für die Zukunft und gibt den Patienten selbst bei finanziellen Engpässen die Möglichkeit, alle dringend notwendigen Gesundheitsleistungen zu beziehen. Überdies entbehrt das Argument, Gesundheit sei ein besonderes Gut, das man nicht den Marktkräften überlassen dürfe, nicht der Willkür. Im Grunde genommen kann mit ähnlichen Argumenten auch manch anderes Gut (z. B. Kleidung, Nahrung, Wasser u. ä.) zu solch einem besonderen Gut hochstilisiert werden und müßte dann ebenfalls den Marktkräften entzogen werden. Aus dem Umstand, daß im Gesundheitswesen bisher keine marktwirtschaftliche Ordnung verwirklicht ist, kann nicht gefolgert werden, daß eine Marktsteuerung nicht funktionsfähig wäre. Erfahrungen im Ausland bestätigen diese Feststellungen.
- Das Argument, daß mit mehr Markt im Gesundheitswesen nicht zwangsläufig eine Begrenzung der Ausgaben einhergeht, liegt neben der Sache. Das heutige

Gesundheitssystem läuft auf eine Ausbeutung aller durch alle hinaus und gibt dadurch einen Anreiz, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auszudehnen. In einem Marktsystem liegt es weitgehend in der Eigenverantwortung der Versicherten, ob und im welchem Umfang sie ihre Nachfrage ausdehnen wollen. Die Ausweitung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, die sogar überproportional mit steigendem Wohlstand einhergehen mag, belastet im neuen System weniger die jeweils anderen Versicherten; vielmehr wird sie in erster Linie von den Nachfragern selbst getragen, die sich dafür entscheiden, mehr für ihre Gesundheit auszugeben. Auch wenn mit verbesserten Heilungschancen aufgrund des medizinischen Fortschritts steigende Kosten einhergehen, die – bei hoffentlich auch wachsendem Wohlstand – von der Grundsicherung abgedeckt werden sollen, würde der Ausgabenanstieg im neuen System wegen des wirksamen Wettbewerbs weit geringer ausfallen, als dies im bisherigen System der Fall ist.

Mehr Zwang oder mehr Markt

36. Das Gesundheitswesen steht am Scheideweg. Es ist absehbar, wann die durchschnittlichen Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung die 15-Prozent-Marke überschreiten werden. Zusammen mit anderen steigenden Beiträgen, wie z. B. im Bereich der Rentenversicherung, würde dies zu einer drastischen Anhebung der Lohnnebenkosten mit all den Folgen führen, die wir beklagen: zurückbleibende verfügbare Einkommen, Arbeitslosigkeit und Abwanderung in die Schattenwirtschaft. Bleibt es im Prinzip beim jetzigen System, dann wird es zu weiterführenden Reglementierungen kommen, welche die letzten Freiheitsräume der Akteure im Gesundheitswesen beseitigen müßten, ohne daß nach allen bisherigen Erfahrungen eine nachhaltige „Kostendämpfung“ oder Qualitätsverbesserung der Gesundheitsleistungen erzielt werden kann. Dies würde das Gesundheitssystem immer mehr in Gegensatz zur freiheitlichen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland bringen. Die jetzt schon hohen Bürokratiekosten würden noch stärker nach oben getrieben. Zunehmende Regle-

mentierungen im Gesundheitswesen erforderten zwangsläufig immer mehr fremdbestimmte und zentrale Entscheidungen. Demokratie und Marktwirtschaft beruhen demgegenüber auf dem Prinzip freier, eigenverantwortlicher und persönlicher Entscheidungen.

Die vorgeschlagene Reform der Krankenversicherung ist im besten Sinne sozial. Es wäre unverantwortlich, sie pauschal als unsozial zu verurteilen, nur weil sie dem einzelnen wieder mehr Recht zur freien Entscheidung einräumt. Eine befriedigende Versorgung chronisch Kranker wäre im vorgeschlagenen System ebenso gesichert wie die gesundheitliche Betreuung jener, die wenig verdienen. Die überzogenen Ansprüche an das solidarische Verhalten von Ärzten, Versicherten und Arzneimittelherstellern werden allerdings zurückgeschraubt. Anreize für Anbieter wie Nachfrager von Gesundheitsleistungen zur Ausbeutung der Versichertengemeinschaft, wie sie derzeit bestehen, werden ebenso beseitigt wie der systemimmanente Hang zur Verschwendung. So gesehen ist weniger die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen einem Begründungszwang unterworfen als vielmehr die Erhaltung des bestehenden Systems, das zu einem fortschreitenden Abbau individueller Entscheidungsrechte bei Patienten und Ärzten, zur Abkehr von marktwirtschaftlichen Grundsätzen und damit auch weiterhin zur Kostenexplosion verdammt ist.

Bisherige Veröffentlichungen des KRONBERGER KREISES:

- 1 Mehr Mut zum Markt (1983)
- 2 Vorschläge zu einer „Kleinen Steuerreform“ (1983)
- 3 Mehr Beteiligungskapital (1983)
- 4 Mehr Markt im Verkehr (1984)
- 5 Arbeitslosigkeit – Woher sie kommt und wie man sie beheben kann (1984)
- 6 Die Wende – Eine Bestandsaufnahme der deutschen Wirtschaftspolitik (1984)
- 7 Mehr Markt in der Wohnungswirtschaft (1984)
- 8 Für eine Neue Agrarordnung – Kurskorrektur für Europas Agrarpolitik (1984)
- 9 Mehr Markt für den Mittelstand (1985)
- 10 Mehr Markt im Arbeitsrecht (1986)
- 11 Bürgersteuer – Entwurf einer Neuordnung von direkten Steuern und Sozialleistungen (1986)
- 12 Mehr Mut zum Markt – Konkrete Problemlösungen (1986)
- 13 Mehr Markt im Gesundheitswesen (1987)

Vom FRANKFURTER INSTITUT für wirtschaftspolitische Forschung e. V.:

Wolfram Engels,
Über Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit
(1985)

ISBN 3-89015-013-6