

Neubauer, Günter

Article

## Offene Fragen der Gesundheitspolitik

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Neubauer, Günter (1988) : Offene Fragen der Gesundheitspolitik, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 68, Iss. 12, pp. 611-614

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/136466>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Günter Neubauer

## Offene Fragen der Gesundheitspolitik

*Im Mittelpunkt des neuen Gesundheitsreformgesetzes stehen ausgabendämpfende Maßnahmen. Die Strukturprobleme im Bereich der Gesundheitsversorgung wurden vom Gesetzgeber dagegen weitgehend ausgeklammert. Welche offenen Fragen werden die Gesundheitspolitiker daher auch weiterhin beschäftigen? Welche Lösungsansätze bieten sich an?*

Nach langen und schweren Geburtswehen wird das Gesundheitsreformgesetz (GRG) nun zum 1. Januar 1989 in Kraft treten. Ziel des Gesetzes ist es, „die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu senken und dauerhaft zu stabilisieren (Ziel der Beitragssatzstabilität)“<sup>1</sup>. Ausgabendämpfung ist damit zum beherrschenden Anliegen der Bundesregierung geworden und nicht, wie ursprünglich diskutiert, eine Reform der Strukturen. Die Möglichkeit, über eine Neuordnung der Strukturen zu einer Ausgabenstabilisierung zu gelangen, erschien der Bundesregierung zu vage. Tatsächlich kann aus ökonomischer Sicht schwerlich eine strenge Komplementarität der beiden Ziele angenommen werden. Die Bundesregierung handelt insofern konsequent, wenn sie ausgabendämpfende Maßnahmen in den Mittelpunkt stellt.

Freilich darf nicht übersehen werden, daß auch die Bundesregierung nicht immer Herr des Geschehens war. Neben dem politischen Abstimmungsprozeß galt es auch noch eine Vielzahl von Widerständen und Einwürfen von seiten betroffener Interessensvertreter auszuräumen bzw. zu berücksichtigen. Der Kreis der Betroffenen erwies sich wahrhaftig als groß. Im Unterschied etwa zur Rentenreform wird die Gesundheitspolitik von einer Vielzahl gut organisierter schlagkräftiger Verbände besetzt, die meistens ihre Mitglieder geschlossen hinter sich wissen. Selbstverständlich endet der Einfluß dieser Verbände nicht in der Lobby des Parlaments, sondern setzt sich bis in die parlamentarischen Beratungen hinein fort.

Die angedeuteten Schwierigkeiten, das GRG zu verabschieden, führten dazu, daß mittlerweile die Regierung selbst das GRG als einen ersten Schritt einer um-

fassenden Strukturreform begreift. Aus dieser Sicht ist es auch zu verstehen, daß die Koalitionsfraktionen die ursprünglich von der Opposition eingesetzte Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestages mit dem Auftrag verlängerte, zu den Fragen der Organisationsreform der Krankenkassen und der Überkapazitäten auf seiten der verschiedenen Leistungserbringer Vorschläge zu erarbeiten. In der Tat sind dies die gravierenden, offen gebliebenen Sachfragen, die nach Antworten verlangen. Bevor man jedoch nach Einzellösungen sucht, ist es erforderlich, ein ordnungspolitisches Leitbild zu entwickeln, vor dessen Hintergrund die Strategie für eine umfassende Reform zu verstehen ist.

### Suche nach einem Leitbild

Genaugenommen zählt die Suche nach einem adäquaten ordnungspolitischen Leitbild für unser Gesundheitswesen zu den wichtigsten offenen Fragen. Hier fällt es selbst überzeugten Anhängern der Sozialen Marktwirtschaft nicht leicht, eine schnelle Antwort zu geben. Gehört nicht das Gesundheitswesen zur sozialen Komponente der Sozialen Marktwirtschaft, und ist es deswegen marktwirtschaftlichen Prinzipien gänzlich entzogen? Ist nicht das die GKV tragende Solidarprinzip eo ipso zu marktwirtschaftlichen Regelungen konträr? Wir können hier die Diskussion nicht ausführlich entwickeln oder auch nur nachzeichnen<sup>2</sup>, sondern wollen nur einige grundsätzliche Anmerkungen machen.

Zunächst ist festzustellen, daß die Gesundheitsversorgung, anders als die Altersversorgung, von differenzierten Leistungsprozessen dominiert wird. Eine ordnungspolitische Betrachtung kann sich also nicht auf die Finanzierungsseite beschränken, sondern muß gleichzeitig Leistungsprozesse, die in eine Vielzahl von „Teil-

---

*Prof. Dr. Günter Neubauer, 45, lehrt Volkswirtschaftslehre, insbesondere Sozialökonomie, an der Universität der Bundeswehr München und ist Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“.*

<sup>1</sup> Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 15. 6. 1988, Drucksache 11/2493, A, Zielsetzung, S. 1.

<sup>2</sup> Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“, Drucksache 11/3267 des Deutschen Bundestages, S. 87 ff.

märkten“ zerfallen, einbeziehen. Die Finanzierung, also die Mittelaufbringung, erfolgt nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, d. h. jeder Arbeitnehmer trägt je nach der Höhe seines Einkommens bis zur Versicherungspflichtgrenze absolut unterschiedlich viel bei, wobei Familienangehörige beitragsfrei bleiben. Nicht das Krankheitsrisiko, sondern die Einkommenshöhe bestimmt den Beitrag. Auf der anderen Seite können Leistungen nach Bedarf und nicht nach Versicherungsvertrag in Anspruch genommen werden. Die Leistungsprozesse selbst werden über Kollektivverträge zwischen den Krankenkassen und den Anbieterverbänden gesteuert; wobei der Staat unmittelbar selbst oder mittelbar über Verbände eine Vielzahl von einengenden Regulierungen erließ.

Vor diesem Hintergrund haben verschiedene gesellschaftliche und wissenschaftliche Gruppen unterschiedliche Leitbilder für eine Neuordnung der Gesundheitsversorgung entwickelt. Eine Extremposition nimmt der Kronberger Kreis<sup>3</sup> ein. Er hält die solidarische Mittelaufbringung mit einer wettbewerblichen Steuerung der Leistungsprozesse für inkompatibel und fordert die Aufgabe des Solidarprinzips. Bei einer beizubehaltenden Versicherungspflicht kann jeder Versicherungspflichtige sich seine Krankenversicherung aussuchen. Haushalte, die über eine zu geringe Kaufkraft verfügen, erhalten vom Staat Kaufkrafttransfers. Als Vorbild wird oft die Kraftfahrzeughaftpflicht genannt.

Ein ähnliches Leitbild entwickelte der Sachverständigenrat<sup>4</sup> in seinem Gutachten 1983/84 und 1985/86. Zwar befürwortet er kurzfristig eine konsequente Regulierung der Leistungsprozesse, sieht aber mittelfristig ebenfalls in der solidarischen Mittelaufbringung ein Haupthindernis für eine marktliche Reorganisation.

### Gründe für eine Organisationsreform

In der politischen Diskussion werden freilich Leitbilder, die eine Aufgabe des Solidarprinzips beinhalten, generell abgelehnt. Zwei Leitbilder konkurrieren hierbei: Im einen Fall wird eine wettbewerbliche Erneuerung bei grundsätzlicher Beibehaltung des Solidarausgleiches nicht nur für möglich gehalten, sondern zum Leitbild erhoben<sup>5</sup>. Im anderen Fall wird Wettbewerb auf der Finanzierungsseite für schädlich gehalten und nur noch Wettbewerb zwischen Leistungserbringern erwünscht (Einkaufsmodell!)<sup>6</sup>. Vorstellungen, die eine konsequente Verstaatlichung fordern, spielen bislang in der Diskussion keine Rolle.

Überprüft man die im GRG enthaltenen Maßnahmen darauf hin, welchem ordnungspolitischen Leitbild sie sich zuordnen lassen, so muß im Ergebnis festgestellt

werden, daß sich ein Leitbild (noch) nicht ausmachen läßt. Insofern bleibt die ordnungspolitische Zielvorstellung des GRG eine offene Frage. Doch wird man nicht umhin können, Farbe zu bekennen, wenn die nachfolgend angesprochenen Probleme angepackt werden sollen.

Eine Organisationsreform der Krankenkassen ist aus mindestens zwei Gründen geboten: Zum ersten werden, historisch begründet, Arbeiter und Angestellte rechtlich unterschiedlich behandelt, ohne daß dafür heute noch Gründe zu finden sind. Zum zweiten werden Pflichtversicherte mit gleichem Status und gleichem Leistungsanspruch gezwungen, erhebliche Beitragsdifferenzen zu akzeptieren. Arbeiter, die einer Betriebskrankenkasse angehören, zahlen durchschnittlich 17,7%<sup>7</sup> weniger als Arbeiter, die in einer Ortskrankenkasse pflichtversichert sind. Beide genannten Unterschiede sind in dieser Ausprägung weder sachlich erforderlich noch sozialpolitisch begründbar.

Ziel einer Strukturreform muß es sein, die Versicherten in ihren Rechten gleichzustellen, und es darf nicht darum gehen, überkommene Krankenkassenstrukturen zu konservieren, wenngleich letzteres droht. Die Erfahrungen der bisherigen Reform machen nämlich deutlich, daß gut organisierte Gruppen sehr viel Gehör fanden als das oft beschworene Gemeinwohl, für das sich keine Verbände stark machen.

### Die Alternativen

Eine Gleichstellung der Versicherten kann nun nach zwei alternativen ordnungspolitischen Leitbildern erfolgen. Wird eine wettbewerbliche Erneuerung angestrebt, so ist jedem Versicherten Wahlfreiheit gegenüber allen zugelassenen Krankenkassen einzuräumen. Wählt ein Versicherter eine Kasse mit höherem Beitragssatz, so ist es seine freie Entscheidung. Beitragssatzunterschiede sind dann Ergebnis der freien Entscheidungen der Versicherten und nicht Resultat von Zwangszuweisungen durch den Gesetzgeber. Die Krankenkassen werden sich dann verstärkt um Versicherte bemühen müssen, wobei dieser Wettbewerb einer starken Aufsicht bedarf, damit die soziale Komponente der gesetzli-

<sup>3</sup> W. Engels u.a.: Mehr Markt im Gesundheitswesen, Bad Homburg 1987.

<sup>4</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1983/84, Drucksache 10/669 des Deutschen Bundestages; und ders.: Jahresgutachten 1985/86, Drucksache 10/4295 des Deutschen Bundestages.

<sup>5</sup> Vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission, a.a.O., S.147 ff.

<sup>6</sup> Ebenda, S. 203 ff.

<sup>7</sup> Durchschnittliche Beitragssätze: BKK 11,16% und AOK 13,14%, vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission, a.a.O., S. 440.

chen Krankenversicherung durch den Wettbewerb nicht ausgehöhlt wird. Ob und in welchem Umfang zwischen den Krankenkassen ein Risikostrukturausgleich<sup>8</sup> für erforderlich gehalten wird, hängt sehr von der ordnungspolitischen Vorstellung über die Funktionen des Wettbewerbs ab. Generell gilt aber, daß ein finanzieller Ausgleich der Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen nur begrenzt nach dem Umfang und zeitlich befristet durchgeführt werden darf, wenn man eine wettbewerblich orientierte Strukturreform will.

Zu anderen Lösungsvorschlägen gelangt man, wenn man nicht dem wettbewerblichen Leitbild folgt, sondern die soziale Krankenversicherung als staatliche Aufgabe einschätzt. Die Krankenversicherung wird dann als mittelbare staatliche Verwaltungsebene gesehen, die staatliches Wollen umzusetzen hat. Zwar hat aus dieser Sicht eine ungleiche Behandlung der Pflichtversicherten heute ebenfalls keine Berechtigung mehr, doch sind die Wege zur Gleichstellung grundsätzlich andere. Im Mittelpunkt steht dann eine Gleichschaltung der verschiedenen Krankenkassen, damit es im Endeffekt für den Versicherten keinen Unterschied macht, bei welcher Kasse er versichert ist. Eine solche Gleichschaltung kann entweder durch einen perfektionierten Risikostrukturausgleich angestrebt werden, der langfristig angelegt ist, oder durch eine Verschmelzung der Krankenkassen zu organisatorischen Einheiten, wie sie etwa in der Rentenversicherung oder – noch perfekter – in der Arbeitslosenversicherung erfolgte.

Antworten auf die aufgeworfenen Fragen stehen heute noch aus, wobei viele Politiker sich gerne um das Bekenntnis zu einer ordnungspolitischen Leitvorstellung herumogeln und dies stets mit dem sachlich erforderlichen Pragmatismus begründen, als ob beides sich ausschließen müßte! Eine Lösung von den betroffenen Krankenkassen selbst zu erwarten, überfordert verständlicherweise die Kraft der Selbstverwaltung bei weitem.

### **Ambulante Leistungserbringer**

Unter nahezu allen Experten herrscht heute Einigkeit, daß die ambulante Krankenversorgung in den meisten Bereichen unter Überkapazitäten leidet. Dies trifft für die kassenärztliche Versorgung ebenso wie für die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zu. Daß es auch noch Bereiche der Unterversorgung, etwa bei der psychiatrischen Betreuung, gibt, sei nur am Rande erwähnt.

Nun führen Überkapazitäten im Gesundheitsbereich erst relativ spät zu den typischen Reaktionen wie Ein-

kommensabsenkungen via Preissenkungen, da in der Gesundheitsversorgung die Leistungsanbieter in einem relativ großen Umfang den Bedarf selbst definieren und die Verbraucher, sprich Patienten, in einem Versorgungssystem ohne Preise der Definitionsmacht der medizinischen Experten kaum Widerstand entgegensetzen. Insgesamt führt dies dazu, daß Überkapazitäten relativ schnell Ausgabensteigerungen zur Folge haben, jedoch nur langfristig auf eine autonome Selbstbeschränkung des Systems gehofft werden kann. Es ergibt sich der häufig zitierte Handlungsbedarf.

Die Zahl der diskutierten und vorgeschlagenen Maßnahmen ist groß und reicht von der strikt bedarfsorientierten Ausbildung über eine bedarfsorientierte Kassenzulassung, ein bedarfsorientiertes Einkaufen der Kassen bis hin zur Steuerung durch freien Preiswettbewerb. Auch hier ist die Maßnahmenwahl von dem ordnungspolitischen Leitbild abhängig. Eine wettbewerblich orientierte Neuordnung verlangt, daß das gegenwärtig vorherrschende korporatistisch-kollektive Vertragsrecht aufgegeben wird. Solange der einzelne Arzt ebenso wie einzelne Krankenkassen keine Leistungsverträge abschließen können, sondern beide die von Pflichtverbänden ausgehandelten Preise zu übernehmen haben, solange kann sich das System nicht durch Wettbewerb erneuern. Im Gegenteil, der Wettbewerb wirkt kostensteigernd, da er auf die Parameter Qualität und Leistungsumfang konzentriert wird.

Verlangt eine wettbewerblich orientierte Reform durch Öffnung des Systems relativ weitgehende Veränderungen, so käme eine Reform durch eine Erweiterung der administrativen Regulierung mit relativ wenig zusätzlichen Instrumenten aus. Am dringlichsten erscheint heute Vertretern dieser Denkrichtung die konsequente Schließung des Marktes, wobei stets die Qualität der Ausbildung als Argument gebraucht wird. Durch eine bedarfsorientierte Ausbildung von Ärzten verspricht man sich eine wirksame Eindämmung der Ärzteschwemme. Das System selbst soll durch weiter zentralisierte kollektive Entscheidungskompetenzen im ökonomischen Gleichgewicht gehalten werden. Den Preis, die systematische Aushöhlung der Merkmale eines freien Berufes, ist man bereit zu zahlen.

### **Krankenhausversorgung**

Aus ökonomischer Sicht ist der Krankenhausbereich durch Überkapazitäten in den konventionellen Versorgungsbereichen gekennzeichnet. Untersuchungen

<sup>8</sup> Vgl. dazu Günter Neubaue r: Verfahren des Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenkasse, in: Die Betriebskrankenkasse, 10, 1988, S. 281 ff.

deuten auf einen um 10-30% zu hohen Bettenbestand hin<sup>9</sup>. Daneben wird von einer Unterversorgung in den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie gesprochen. Generell stellt sich das Krankenhauswesen als wenig flexibel und ökonomisch untersteuert dar. Die Krankenhausversorgung wird nicht zuletzt aufgrund des hohen Betroffenheitsgrades der Bürger als öffentliche Aufgabe gesetzlich definiert<sup>10</sup>, was sich in einer staatlichen Bedarfsplanung, einer staatlichen Investitionsplanung und Investitionsfinanzierung sowie dem Anspruch der Krankenhäuser auf Deckung der Kosten des laufenden Betriebes durch die Krankenkassen niederschlägt.

Alle Vorschläge<sup>11</sup>, die auf eine verstärkte Selbststeuerung des Systems abzielen, müssen die oben genannten Gestaltungsprinzipien modifizieren bzw. abschaffen. Dies stößt jedoch auf den Widerstand der derzeit verantwortlichen staatlichen Ebene, nämlich der Bundesländer. Die Länder sind vorwiegend aus politischen Erwägungen heraus, aber auch auf Druck der kommunal geführten Krankenhäuser nicht bereit, Kompetenzen im Bereich Krankenhaus aufzugeben. Ein häufig vorgebrachtes Argument ist, daß der daraus resultierende Machtzuwachs der Krankenkassen die Krankenhäuser der Willkür der Krankenkassen aussetzte. Diese wären aber nicht in der Lage, die neuen Kompetenzen so auszufüllen, daß die Krankenhausversorgung der Bevölkerung sichergestellt bleibt.

Ein weiterer Weg<sup>12</sup> zu einer Neuordnung wird darin gesehen, die Krankenhäuser stärker über Wettbewerbspreise zu steuern. Es geht dann nicht darum, die Nachfragemacht der Kassen als Steuerungsgröße einzusetzen, sondern im Wettbewerb stehende Krankenkassen schließen mit im Wettbewerb stehenden Krankenhäusern Versorgungsverträge für ihre Versicherten ab. Dem Staat bleibt die Aufgabe der Bestimmung von Rahmenrichtlinien. Daß auch ein solcher Lösungsansatz bei der staatlichen Administration ebenso wie bei den – dann entmachteten – Politikern auf Ablehnung stößt, ist fast selbstverständlich.

Es ist somit aus heutiger Sicht eine offene Frage, ob eine Neustrukturierung der Krankenhausversorgung durch eine Kompetenzverlagerung vom Staat zu den

Krankenkassen oder gar durch eine wettbewerblich orientierte Deregulierung versucht wird.

### Pflegefallabsicherung

Die in den nächsten Jahrzehnten zu erwartende demographische Entwicklung in der Bundesrepublik sowie der sozioökonomisch bedingte Wandel der Familienstrukturen erheben die Pflegebedürftigkeit im Alter zu einem eigenständigen Risiko für breite Bevölkerungsschichten. Auf diese neue sozialpolitische Herausforderung muß eine adäquate Antwort gefunden werden. Bislang wird ein Teil der Last von der gesetzlichen Krankenversicherung mitgetragen. Da nämlich Pflege und Krankheit oft schwer zu trennen sind, werden heute vermutlich viele Pflegebedürftige in Krankenhäusern betreut und so die Kosten den Krankenkassen aufgebürdet. Es werden so relativ teure und unzureichende Einrichtungen beansprucht, weil die Alternative „Heimpflege“ vom Betroffenen selbst voll zu finanzieren ist. Von daher ist es auch im Interesse der GKV, daß eine Absicherung des Pflegefallrisikos eingeführt wird. Freilich dürfte die im Gesundheitsreformgesetz vorgesehene Regelung, daß die Kosten der häuslichen Pflege der GKV zugeordnet werden, sich als ein trojanisches Pferd für die Krankenkassen erweisen. Hier muß eine eigenständige Lösung gefunden werden, unabhängig davon können die Krankenkassen als organisatorische Träger fungieren.

### Politische Perspektiven

Das gerade mit großem Kraftaufwand verabschiedete Gesundheitsreformgesetz läßt also mindestens ebenso viele Fragen der Gesundheitspolitik offen, wie es beantwortet. Die politisch offene Frage ist, welche Regierung sich an die Lösung der anstehenden Probleme wagt. Man muß nicht Prophet sein, um zu erkennen, daß in dieser Legislaturperiode allenfalls die politische Diskussion, keinesfalls aber konkrete Schritte zu erwarten sind.

Die vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission hat den erweiterten Auftrag erhalten, schwerge- wichtig zu den hier skizzierten Problemen Stellung zu nehmen. Ob man dieser Kommission ausreichend Zeit geben wird, ob man ihre Ergebnisse hören oder gar umsetzen wird, gehört ebenfalls zu den noch offenen Fragen. Unabhängig davon zeigt sich einmal mehr, daß die Umsetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in praktische Politik ein mühseliges, undankbares Anliegen ist.

<sup>9</sup> Für die Patienten ab 60 Jahre stellte Infratest in Zusammenarbeit mit U l e r eine Fehlbelegung von 7,5% der Betten fest. Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern, Reihe Gesundheitsforschung, Bd. 164, Bonn 1988, S. 73.

<sup>10</sup> Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (i. F. v. 23. 12. 1985) § 1.

<sup>11</sup> Vgl. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Kommissionsbericht Teil I, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 20, Gerlingen 1987.

<sup>12</sup> Vgl. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 25, Gerlingen 1988.