

# Das deutsche Gesundheitswesen in der Dauerkrise – fehlt der Mut zu radikalen Reformen?

Die letzte Gesundheitsreform liegt noch keine zwei Jahre zurück, und schon werden Rufe nach tief greifenden Veränderungen laut. Fehlt den Verantwortlichen der Mut für radikale Reformen?

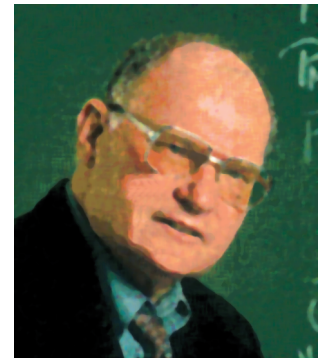
## Das deutsche Gesundheitswesen braucht weniger Regulierung und mehr Wettbewerb

Das nach Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) gegliederte deutsche Gesundheitswesen hat trotz aller Kritik international gesehen noch immer beachtliche Vorzüge: Es bietet praktisch der gesamten Bevölkerung ausreichenden Versicherungsschutz im Krankheitsfall, verfügt über einen vergleichsweise hohen Versorgungsstandard und war bisher immer noch finanzierbar. Dennoch gibt es nachweislich erhebliche Mängel in der medizinischen Versorgung, auch lässt die Effizienz der Erbringung der Gesundheitsleistungen zu wünschen übrig. Epidemiologen, Gesundheitsökonom und Gesundheitspolitiker fordern denn auch unisono seit Jahrzehnten eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland – ohne jedoch diesem Ziel trotz unzähliger Reformen auch nur ein Stück näher gekommen zu sein.

Für die Öffentlichkeit weit augenfälliger sind freilich die Risse in der Finanzierungsbasis. Sie erzeugen tendenziell steigende Beitragssätze in der GKV und sprunghafte Prämienhöhungen gerade für die älteren Versicherten in der PKV, obwohl die Gesundheitspolitik »Beitragssatzstabilität« in der GKV zum prioritären Ziel erklärt hat und die private Assekuranz ihre Versicherten durch »Alterungsrückstellungen« vor altersbedingten Prämiensteigerungen zu bewahren verspricht. GKV und PKV sehen sich jedoch mit dynamisch steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert, die aus einer wachsenden Präferenz der Bevölkerung für das Gut Gesundheit, den spezifischen Produktivitätsbedingungen eines Dienstleistungssektors par excellence und den Besonderheiten des medizin-technischen Fortschritts resultieren.

In der GKV kommen noch die Ausgaben- und Finanzierungseffekte des demographischen Wandels hinzu: Der Alterungsprozess der Bevölkerung lässt die Gesundheitsausgaben zusätzlich ansteigen, während die Entwicklungsdynamik der beitragspflichtigen Einkünfte gebremst wird. Der nach dem Umlageverfahren finanzierten GKV droht hierdurch eine wachsende Finanzierungslücke, die nach Ausschöpfung der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven nur durch Leistungskürzungen, eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage oder Beitragssatzerhöhungen geschlossen werden kann. Unter Statusquo-Bedingungen würde der GKV-durchschnittliche Beitragssatz bis zum Jahre 2040 auf über 30% steigen, wovon fast 24 Prozentpunkte zur Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner erforderlich wären. Der Härtestest für das deutsche Gesundheitswesen steht also erst noch bevor.

Kein Wunder, dass Öffentlichkeit und Politik nervös werden und Forderungen nach einem durchgreifenden Systemwechsel Konjunktur haben. So wird von einigen Gesundheitsökonom die in der PKV geborene Idee propagiert, die Trennung zwischen GKV und PKV ganz aufzuheben und auf eine kapitalgedeckte Finanzierung durch geschlechtsgleiche Kopfprämien überzugehen, die derzeit bei ca. 400 DM monatlich liegen würden. Versicherungspflicht für alle hinsichtlich eines einheitlichen »Grundschutzes«, beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und ein entsprechender Risiko-(Struktur-)Ausgleich sind weitere Merkmale dieses Modells. Es soll den Wettbewerb zwischen gleichgestellten privatwirtschaftlich geführten Krankenversicherungen intensivieren so-



Dieter Cassel\*

\* Prof. Dr. Dieter Cassel ist Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Wirtschaftspolitik an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg und Mitautor des BMG-Gutachtens zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV.

wie das deutsche Gesundheitswesen demographieresistent und europatauglich machen.

So groß auch seine gesundheitsökonomischen Vorteile auf den ersten Blick sein mögen, die noch ungelösten Probleme dieses Modells (z.B. Mobilisierung der Alterungsrückstellung beim Wechsel des Versicherers, Gestaltung eines wettbewerbssichernden Risikoausgleichs bei Kapitaldeckung) sowie die erheblichen politischen und tatsächlichen Schwierigkeiten des Systemwechsels lassen es derzeit noch als unerreichbares »Nirwana« erscheinen. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil der Staat etwa 80 Mrd. DM aus Haushaltsmitteln an die sozial Schwachen zu transferieren hätte, wenn diese Kopfprämien zahlen müssten, aber hinsichtlich des einkommensbezogenen Solidarausgleichs nicht schlechter gestellt werden sollen als im bisherigen GKV-System.

Fast schon ein »alter Hut« ist der neuerdings wieder von Kanzleramt und Bundeswirtschaftsministerium ins Gespräch gebrachte Vorschlag, die derzeit in der GKV erbrachten Gesundheitsleistungen nach Grund- (Basis-, Pflicht-) und Wahlleistungen aufzuteilen und nur noch die Grundleistungen solidarisch zu finanzieren. Die Wahlleistungen könnten dann von den Versicherten auf freiwilliger Basis durch private, von GKV und PKV gleichermaßen angebotene Zusatztarife abgedeckt werden. Gesundheitsökonomien versprechen sich von der Ausweitung der Wahlleistungen über das bisher schon mögliche und bei der PKV versicherbare Maß hinaus eine Stärkung der Präferenzen und Eigenverantwortung der Versicherten sowie eine Verbesserung der allokativen Effizienz des Gesundheitswesens; Gesundheitspolitiker sehen darin eher die Chance, die Ausgabendynamik in der GKV zu bremsen und auf diese Weise das Versprechen der Beitragssatzstabilität einzulösen.

Wenn das »Abspecken« des GKV-Leistungskatalogs mehr sein soll als eine eher kosmetische Bereinigung um konsumnahe, medizinisch nicht indizierte oder krankensicherungs Fremde Leistungen – die in mehrfacher Hinsicht zu begrüßen wäre –, läuft dieser Vorschlag ebenfalls auf einen Systemwechsel hinaus: Derzeit hat jeder GKV-Versicherte unabhängig von seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einen Anspruch auf die medizinisch notwendigen und ausreichenden Leistungen im Krankheitsfall. Wird diese »Vollversicherung« auf eine »Teilversicherung« reduziert, die z.B. Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz oder gar die komplette ambulante Versorgung nicht mehr abdeckt, würden sozial Schwache, die sich keine Zusatzversicherung leisten können oder wollen, insoweit ihren solidarischen Schutz verlieren, den zu gewährleisten seit jeher Auftrag und Legitimation einer »sozialen Krankenversicherung« ist.

Die Aufteilung des medizinisch Notwendigen in Grund- und Wahlleistungen dürfte zudem mehr neue Probleme schaffen als alte lösen: Erstens fehlt nach wie vor ein sachge-

rechtes Aufteilungskriterium, so dass der politischen Willkür Tür und Tor geöffnet würde; zweitens käme es je nach Art der Aufteilung zu neuartigen Verschiebungen und Abschottungen zwischen den Leistungsbereichen, so dass die gewünschte integrierte Versorgung noch schwerer als bisher zu erreichen wäre; drittens müssten die einzelnen Kassen neben den weiterhin solidarisch zu finanzierenden Grundleistungen auch risikoäquivalent zu tarifrierende Wahlleistungen nach Art der PKV anbieten, was wegen der schwierigen Trennung der Kalkulationssysteme innerhalb der Kassen zu »kalkulatorischen Verschiebebahnhöfen« mit unabhärbaren Konsequenzen für den Kassenwettbewerb einerseits und die Konkurrenz zwischen GKV- und PKV-Unternehmen andererseits führen würde; viertens ist völlig ungeklärt, wie der notwendige wettbewerbs- und solidaritätssichernde Risikostrukturausgleich (RSA) in einem Mischsystem von solidarisch finanzierten Grund- und risikoäquivalent finanzierten Wahlleistungen innerhalb der GKV gestaltet sein müsste; und fünftens schließlich bedürfte es eines zusätzlichen steuerfinanzierten Transfersystems, um Einkommensschwachen finanziell die Absicherung von medizinisch notwendigen Wahlleistungen zu ermöglichen.

Mit einem solchen Systemwechsel wäre somit kaum etwas zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gewonnen; und der für die GKV erzielbare Ausgabeneffekt wäre gesamtwirtschaftlich reine »Augenwischerei«: Die bei der notwendigen medizinischen Versorgung entstehenden Ausgaben würden nicht mehr wie bisher einheitlich behandelt und im Umlageverfahren gedeckt, sondern auf zwei Schubladen mit den Aufschriften »solidarisch finanziert« und »risikoäquivalent finanziert« verteilt – ohne etwas Wesentliches daran zu ändern, dass sie durch den Bedarf der Versichertengemeinschaft entstehen und durch ihre Beiträge gedeckt werden müssen.

Mehr risikoäquivalent zu finanzierende Wahlleistungen in der GKV lassen sich schließlich auch nicht überzeugend mit »Vorzügen« der substitutiven PKV begründen. Zum einen ist hier der Wettbewerb um die Bestandsversicherten erheblich eingeschränkt, weil die aus den Prämien der PKV-Versicherten gebildeten Alterungsrückstellungen beim Wechsel des Versicherers nicht mitgegeben werden und ältere Versicherte somit de facto keine Wechseloption haben. Während in der Assekuranz die Meinung vorherrscht, Alterungsrückstellungen könnten prinzipiell gar nicht mobilisiert werden und eine Erleichterung des Wechsels sei im wohlverstandenen Interesse der kranken und nicht wechselwilligen Bestandsversicherten auch nicht wünschenswert, halten es Gesundheitsökonomien und einzelne PKV-Unternehmen durchaus für möglich und erforderlich, z.B. individuelle prospektive Alterungsrückstellungen mitzugeben.

Zum anderen versteht sich die PKV im Gesundheitsleistungsmarkt traditionell eher als »payer«, denn als »player«.

Auch wegen der bestehenden rechtlichen Handlungsbeschränkungen nehmen deshalb die PKV-Unternehmen so gut wie keinen Einfluss auf das Leistungsgeschehen und beteiligen sich dementsprechend auch nicht am Aufbau eines effektivitäts- und effizienzsteigernden Versorgungsmanagements. Die Gesundheitspolitik hätte somit allen Grund, auch die PKV auf die Reformagenda zu setzen. Vordringlich wäre dabei, einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen zur aktiven Mitgestaltung des Versorgungsprozesses zu erweitern und andererseits das Problem der Mobilisierung der Alterungsrückstellung unter Vermeidung von Risikoselektion zu lösen. Auf beiden »Reformbaustellen« geht es um eine Fortentwicklung der PKV-Wettbewerbsordnung im Interesse von mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit des PKV-gesteuerten Segments des deutschen Gesundheitswesens. Sie erscheint umso dringlicher, je stärker die GKV auf eine wettbewerbliche Steuerung setzt und sich anschickt, die PKV in puncto Kassenwettbewerb und Versorgungsmanagement hinter sich zu lassen.

Damit ist zugleich der Weg aus der »Dauerkrise« der GKV gewiesen: Soll das Leistungsgeschehen medizinisch effektiver, wirtschaftlich effizienter und damit aus Patientensicht bedarfsgerechter werden, muss die überbordende staatliche und verbands-kollektivistische Regulierung mit ihrem »Steuerungswirrwarr« zugunsten eines intensiven Leistungswettbewerbs in allen Bereichen des Gesundheitswesens überwunden werden, ohne freilich die als unverzichtbar geltenden Solidarprinzipien in Frage zu stellen. Dabei geht es um eine genuine ordnungspolitische Aufgabe, nämlich die mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) von 1992 ansatzweise etablierte »Solidarische Wettbewerbsordnung« konsequent weiter auszubauen, das GKV-System weitestgehend der Selbststeuerung zu überantworten und die Gesundheitspolitik vom Zwang zu ständigen interventionistischen Eingriffen zu befreien.

Nachdem Kassenwahlfreiheit, Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot, Risikostrukturausgleich und solidarische Finanzierung als konstitutive Elemente der Solidarischen Wettbewerbsordnung festgeschrieben sind, bedürfte es dazu noch weiterer mutiger Reformschritte:

- Den Kassen ist ein Leistungskatalog verbindlich vorzugeben, der nicht Gegenstand des Kassenwettbewerbs sein darf. Er sollte eine »Vollversorgung« gewährleisten, aber strikt auf das medizinisch Notwendige beschränkt sein.
- Auf ihrer Absatzseite sollten die Kassen mehr Gestaltungsmöglichkeiten in Form von »Wahlтарifen« haben. Diese könnten nach Höhe und Form der finanziellen Eigenbeteiligung oder nach dem Ausmaß der freiwilligen Einschränkung in der Wahl der Leistungsanbieter gestaltet sein.

- Die Verpflichtung der Kassen und Leistungserbringer, das Leistungsgeschehen durch Kollektivvereinbarungen zu steuern und dabei wettbewerbswidrig »gemeinsam und einheitlich« vorzugehen, ist aufzuheben und allen Beteiligten Vertragsfreiheit (»selektives Kontrahieren«) zu gewähren. Nur dann können die Kassen durch individuelle Verträge mit den Leistungserbringern ihre jeweiligen medizinischen und wirtschaftlichen Gestaltungsziele verfolgen.
- Dem Risikostrukturausgleich kommt die Aufgabe zu, Risikoselektion zu vermeiden, Verhaltensanreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit freizusetzen und Beitragssatzgerechtigkeit in einer solidarisch finanzierten GKV zu gewährleisten. Der seit 1995 praktizierte RSA hat diese Aufgaben nur bedingt erfüllen können, weil er gewisse Defizite in der Morbiditätsorientierung wie im Finanzkraftausgleich aufweist. Er muss deshalb auf eine direkte Morbiditätsmessung umgestellt und hinsichtlich des Finanzkraftausgleichs vervollständigt werden.
- In einem sich selbst steuernden wettbewerblichen Gesundheitswesen macht »Beitragssatzstabilität« als gesundheitspolitisches Ziel keinen Sinn; es ist deshalb aufzugeben. Damit Beitragssatz- und Lohnkostenentwicklung entkoppelt werden, sind die ohnehin als sozial- und tarifpolitisches Instrument überholten Arbeitgeberbeiträge abzuschaffen. Dies würde zugleich den Weg frei machen für eine Organisationsreform, die alle Kassen längerfristig aus der paritätischen Selbstverwaltung entlässt und ihnen eine einheitliche wettbewerbsadäquate Unternehmensverfassung gibt.
- Um die Finanzierungsbasis der GKV demographieresistent zu machen und die zu erwartenden demographisch bedingten Beitragssatzerhöhungen zumindest abzuschwächen, müsste schließlich die Beitragsbemessungsgrundlage über die Lohnneinkommen hinaus um andere Einkunftsarten erweitert werden. Wichtiger noch ist jedoch, dass analog zur PKV unverzüglich mit einer GKV-spezifischen »Anwartschaftsdeckung« mit entsprechenden Kapitalrückstellungen begonnen wird. Hierzu böte sich eine »Fondslösung« an, bei der die Kassen die einheitlich nach Beitragssatzpunkten zu bemessenden Beiträge in einen selbstverwalteten Fonds einzahlen, aus dem sie später ihrer Alterslast entsprechend einheitlich Beiträge zurückerhalten.

Ein solches Reformpaket würde die konstitutiven Solidarprinzipien des gewachsenen GKV-Systems nicht in Frage stellen, wohl aber dessen bisherige administrative und kollektivvertragliche Steuerung durch Wettbewerb als generellen Allokationsmechanismus ersetzen. Dies wäre freilich insofern ein radikaler Schritt, als sich im Wettbewerbsprozess unweigerlich neue Versorgungsstrukturen, Honorierungssysteme und Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern herausbilden werden. Hierdurch würden die gewachsenen korporatistischen Machtzentren weitgehend funktionslos, während innovative, flexible und

leistungsfähige Akteure wie Kassen, Ärzte, Kliniken, Apotheken usw. an Bedeutung gewinnen. Dies erklärt den inhaltlichen Widerstand des »administrativ-korporatistischen Komplexes« an einer durchgreifenden wettbewerbsorientierten Gesundheitsreform.

Dagegen fehlt es der aktuellen Gesundheitspolitik, die über alle Parteien hinweg durch ordnungspolitische Orientierungslosigkeit und blinden Aktionismus geprägt ist, nicht nur am Mut zum Konflikt, sondern vor allem auch an einer schlüssigen Konzeption, verbunden mit einer erfolgversprechenden Durchsetzungsstrategie. Wer sich konzeptionslos mit den Lobbyisten des Gesundheitswesens an den »runden Tisch« setzt und dort den »Konsens« als primäres Ziel verfolgt, muss letztlich mit den Wölfen heulen. Was bleibt, ist das Schweigen der Lämmer, die sich als Versicherte und Patienten einmal mehr um sachgerechte Lösungen betrogen fühlen müssen.



Hans Jürgen Ahrens\*

### Es braucht Mut zu den richtigen Reformen, nicht zu radikalen

Die letzte Gesundheitsreform liegt noch keine zwei Jahre zurück und schon werden die Rufe nach einer radikalen Reform des Gesundheitswesens von vielen Parteien aller Couleur und sonstigen Akteuren im Gesundheitswesen wieder laut. Der Ministerin ist es damit nicht gelungen, die Fronten im Gesundheitswesen bis zur nächsten Bundestagswahl ruhig zu stellen. Vielmehr hagelt es jetzt von allen Seiten Ratschläge, wie dem deutschen Gesundheitswesen wieder auf die Beine geholfen werden kann. Ob Rabatte für den Hausarztbesuch, die Auszahlung der Anteile des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung, ein Kapitaldeckungssystem oder aber die Einführung eines Grund- und Wahlleistungssystems, der bunte Strauß an Vorschlägen und Forderungen suggeriert, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner jetzigen Form ausgedient hat und durch ein Mehr an Marktelementen á la USA ergänzt werden muss. Nur so könne die in naher Zukunft drohende Kostenexplosion im deutschen Gesundheitssystem aufgehalten und die Dauerkrise Gesundheitswesen beseitigt werden.

Führt man eine Analyse des deutschen Gesundheitssystems durch, wird schnell klar, dass von einer Dauerkrise kaum die Rede sein kann. Das deutsche Gesundheitswesen hat in der Vergangenheit allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes zu akzeptablen Beitragssätzen Schutz gegen die Risiken von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit geboten. Die Strukturprinzipien – insbesondere Solidarität, paritätische Beitragsfinanzierung, Sachleistung, Selbstverwaltung – haben sich in der Vergangenheit in politischen und ökonomischen Krisensituationen ebenso bewährt wie in prosperierenden Zeiten des Wohlstandes. Gleichwohl ist es ein System, das im internationalen Ausgabenvergleich di-

\* Dr. Hans Jürgen Ahrens ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

rekt nach den USA kommt, ohne dass die Deutschen überdurchschnittlich gesund wären. Die Ursachen hierfür sind komplex und vielschichtig, und für manche scheint ein grundlegender Umbau des Systems einfacher, als bestehende Mängel und Fehler anzugehen. Dabei wird mit den vorliegenden Vorschlägen für eine radikale Reform des Gesundheitswesens im Sinne eines Ausstiegs aus dem Solidarsystem das Pferd vom Schwanz her aufgezäumt. Sicherlich ist es notwendig, vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und anderer Faktoren das deutsche Gesundheitssystem weiter zu entwickeln. Eine vollständige ordnungspolitische Kehrtwendung ist jedoch nicht erforderlich. Die Statik des Systems kann erhalten werden, wenn fehlerhafte Elemente ersetzt und zusätzliche stabilisierende Elemente einbezogen werden.

Als erster Schritt muss eine Überprüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen erfolgen. Das deutsche System zeichnet sich durch Überkapazitäten in nahezu allen Bereichen, Doppeluntersuchungen, fehlende Vernetzung der Sektoren, unkontrollierte Therapiefreiheit usw. aus. Dies führt zu Qualitätsmängeln und Fehlallokationen der knappen Ressourcen und resultiert in Struktur-, Prozess- und Ergebnisdefiziten. Zwar liegt der Bericht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion noch nicht vor, Studien des AOK-Bundesverbandes haben jedoch gezeigt, dass im deutschen Gesundheitssystem in vielen Bereichen Über-, Unter- und Fehlversorgung besteht. Eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen würde nicht nur zur Verbesserung der Qualität, sondern auch der Wirtschaftlichkeit und damit einer Stabilisierung der Finanzierung führen.

In einem weiteren Schritt sind Effizienz und Wirksamkeit der Versorgung und der eingesetzten Mittel zu überprüfen. So befinden sich auf dem Arzneimittelmarkt zahlreiche Medikamente, deren Wirksamkeit noch nicht überprüft bzw. der therapeutische Nutzen zweifelhaft ist. Weiterhin bestehen nach wie vor erhebliche Einsparpotentiale im Bereich der Analogpräparate. Ersetzt man diese Verordnungen durch therapeutisch gleichwertige, preisgünstigere Wirkstoffe, wie z.B. durch ein preiswertes Nachahmerpräparat, ergeben sich erhebliche Wirtschaftlichkeitspotentiale. Außerdem müssen auch in Deutschland Innovationen unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten und hinsichtlich ihrer Verbreitung in der gesamten Versorgungslandschaft evaluiert werden.

Erst in einem dritten Schritt könnte der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung darauf hin überprüft werden, welche Leistungen versicherungsfremd und damit aus dem bisherigen Katalog zu entfernen sind.

Außerdem müssen zusätzliche Elemente eingeführt werden, die den Erhalt des Systems sichern. Beispielsweise müssen wettbewerbssichernde und -optimierende Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eng einher gehen mit einer

effizienten Versorgungssteuerung, und es muss eine Datentransparenz hergestellt werden, auf deren Basis Versorgungsbedarfe und Schwerpunkte definiert werden können.

Bevor die Politik eine Verabschiedung vom bewährten solidarisch finanzierten System überlegt, sollte sich diese neben den genannten Schritten darüber bewusst werden, dass sie in den vergangenen Jahren erheblich zur Verschärfung des finanziellen Engpasses in der GKV beigetragen hat. Alleine die Verschiebepolitik in den letzten drei Jahren haben für die GKV eine Ausgabenrelevanz von 0,75 Beitragssatzpunkten. Das Problem der Regierung, aufgrund der jüngsten und wohl kommenden Beitragssatzsteigerung der Kassen die Lohnnebenkosten nicht unter 40% gesenkt zu bekommen, ist also hausgemacht.

Die Ausführungen machen deutlich: der Regierung sollte man nicht Mut zu radikalen Reformen, sondern Mut, die richtigen Reformen durchzuführen, wünschen.