

Ehrenberg, Herbert; Kaula, Karl; Bourmer, Horst; Balzer, Detlef

Article — Digitized Version

Kostendämpfung in der Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Ehrenberg, Herbert; Kaula, Karl; Bourmer, Horst; Balzer, Detlef (1981) : Kostendämpfung in der Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 61, Iss. 9, pp. 423-435

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135597>

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.

Kostendämpfung in der Krankenversicherung

Mit dem am 14. August im Referentenentwurf des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten „Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung“ sollen die Kosten der Krankenkassen teils vorübergehend eingefroren, teils sogar auf Dauer gesenkt werden. Von den Maßnahmen werden Minderausgaben für die Krankenkassen in Höhe von rund 2 Mrd. DM erwartet. Einige im Referentenentwurf vorgesehene Maßnahmen (wie die gesetzliche Kopplung der ärztlichen Gesamtvergütung an die Lohnentwicklung und die Eingliederung der Ersatzkassen in die RVO) sind vom Bundeskabinett bereits wieder zurückgenommen worden. Was im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens Bestand haben wird, bleibt abzuwarten. Die Beschlüsse der Bundesregierung schildert Dr. Herbert Ehrenberg, über Tendenz und Nutzen des Reformentwurfs diskutieren Karl Kaula, Prof. Dr. Horst Bourmer und Dr. Detlef Balzer.

Herbert Ehrenberg

Die Wirksamkeit des Kostendämpfungskonzepts wird erhöht

Auch die Aufwendungen für die medizinische Versorgung müssen sich an der gesamtwirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientieren. Diese Erkenntnis hat sich seit der öffentlichen Diskussion über die Kostenexpansion im Gesundheitswesen Mitte der 70er Jahre weitgehend durchgesetzt. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, das 1977 aufgrund der überhöhten und auf Dauer für die Krankenversicherung ruinösen Ausgabensteigerungen beschlossen worden war, basiert auf der Grundentscheidung, daß auch die Aufwendungen für die gesundheitliche Versorgung in eine gesamtgesellschaftliche Prioritätenabwägung einbezogen werden müssen. Eine quasi eigengesetzliche Erhöhung des Anteils der Ge-

sundheitsaufwendungen am Sozialprodukt zu Lasten anderer Verwendungsarten kann auf Dauer nicht akzeptiert werden. Die Ausgaben der Krankenversicherung sollen sich an gesamtwirtschaftlichen Größen, insbesondere an der Einkommensentwicklung der Versicherten, orientieren. Das bedeutet, daß der Anteil der Krankenversicherung am Sozialprodukt im wesentlichen konstant und der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen stabil bleiben soll.

Schließung von Lücken

Die Bundesregierung hat mit ihren Beschlüssen vom 3. September 1981 an dieser Zielsetzung festgehalten. Der Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfen-

der Maßnahmen (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz) richtet sich darauf, noch bestehende Lücken im Kostendämpfungsgesetz zu schließen und seine Wirksamkeit zu erhöhen. Dies war notwendig geworden schon allein deshalb, weil das Kostendämpfungsgesetz von 1977 bekanntlich nicht so verabschiedet wurde, wie die Bundesregierung es eingebracht hatte. Insbesondere die vorgesehene Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Kostendämpfung konnte aufgrund des Widerstandes einer Mehrheit der Bundesländer nicht durchgesetzt werden. Auch für die Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz sowie für Heil- und Hilfsmittel wurden keine ausreichend wirksamen Regelungen zur Kostendämpfung getroffen. Trotz

dieser Lücken in den gesetzlichen Regelungen waren die mit Unterstützung der Selbstverwaltung der Krankenkassen eingeleiteten Maßnahmen zur Kostendämpfung insgesamt erfolgreich.

Ausgabenüberhang

Während die Leistungsausgaben der Krankenversicherung in den Jahren von 1970 bis 1975 im Durchschnitt um 17,4 % jährlich gestiegen waren, lag diese Steigerungsrate in den Jahren 1977 bis 1979 im Durchschnitt bei 5,5 %. Die Ausgabenentwicklung nahm aber nach dem ersten „Schock“ wieder zu und erreichte im Jahre 1980 mit einem Zuwachs von 8,5 % einen Wert, der erheblich über der Einkommensentwicklung der Versicherten von durchschnittlich 5,5 % lag. Der sich daraus ergebende Ausgabenüberhang in Höhe von ca. 2 Mrd. DM hat bereits im Laufe des Jahres 1980 dazu geführt, daß viele Krankenkassen ihre Beiträge erhöhen mußten. Der durchschnittliche Beitragssatz in der Krankenversicherung, der bis 1979 bei 11,3-11,4 % stabil gehalten werden konnte, stieg zum 1. Januar 1981 auf über 11,7 %. Im weiteren Verlauf des Jahres 1981 hat sich die defizitäre Finanzentwicklung in der Krankenversicherung fortgesetzt. Ohne zusätzliche Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung ist zu befürchten, daß viele Krankenkassen ihre Beitragssätze zu Beginn des nächsten Jahres anheben müssen. Dieser Entwicklung soll durch die im Entwurf des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes vorgesehenen Maßnahmen entgegengewirkt werden.

Eine wirksame Kostendämpfung kann auch künftig nur mit Unterstützung der Selbstverwaltung der Krankenkassen erreicht werden, und zwar im Zusammenwirken mit ihren Vertragspartnern auf seiten

der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser u. a.). Daher richten sich die gesetzlichen Regelungen vor allem auf eine Unterstützung der Initiativen der Selbstverwaltung und eine Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten. Der Gesetzentwurf hat eine klar umrissene – und damit auch insoweit begrenzte – Zielsetzung. Wie bereits in der Regierungserklärung vom 24. November 1980 angekündigt, sollen zusätzliche Instrumente zur Kostendämpfung, insbesondere zur Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz sowie Heil- und Hilfsmittel, ge-

schaffen werden. Das mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 nur teilweise realisierte Gesamtkonzept der Kostendämpfung soll jetzt durch eine gezielte Ergänzung der bereits bestehenden Regelungen weiter entwickelt und damit wirksamer gemacht werden. Für den Krankenhausbereich soll diese Aufgabe durch einen weiteren Gesetzentwurf, den Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes, erfüllt werden, den die Bundesregierung bereits beschlossen und den gesetzgebenden Körperschaften zugeleitet hat.

Globale Ausgabenbegrenzung

Die im Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz enthaltenen Regelungen orientieren sich in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung an der erfolgreichen Konzeption des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes von 1977. So enthält der Gesetzentwurf Regelungen, die die Ausgabenzuwächse – orientiert an der Einkommensentwicklung der Versicherten – global begrenzen sollen. Auch werden Regelungen getroffen, die die Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung der Leistungen erhöhen sollen, und dazu gehört auch eine Intensivierung des Preiswettbewerbs.

Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen haben sich verpflichtet, die geltenden Vergütungsverträge bis Ende 1982 ohne Erhöhung zu verlängern und Mengenausweitungen wirksam zu verhindern. Erfolgt dies nicht rechtzeitig, wird im Gesetzgebungsverfahren dieses Thema neu aufgenommen.

Die Vergütung des Zahnarztes für die Versorgung mit Zahnersatz wird, wie bereits die übrige zahnärztliche Vergütung, in die allgemeinen Vergütungsregelungen einbezogen. Damit soll erreicht werden, daß sich auch in diesem Be-

Die Autoren
unseres
Zeitgesprächs

Dr. Herbert Ehrenberg, 54, ist seit Ende 1976 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Karl Kaula, 53, ist Mitglied des Bundesvorstandes der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, Mitglied des Vorstandes der Barmer Ersatzkasse und Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen in Siegburg.

Prof. Dr. Horst Bourmer, 61, ist Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Ärzte (BDÄ) und Vorsitzender des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e. V. – in Bonn.

Dr. Detlef Balzer, 53, ist Leiter der Abteilung Personal- und Tarifwesen der Preussag AG in Hannover sowie Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen in Bonn.

reich die Ausgaben der Krankenkassen an der Einkommensentwicklung der Versicherten orientieren. Zu diesem Zweck werden die von der Krankenkasse an den Versicherten zu zahlenden Zuschüsse zum Zahnersatz umgestaltet: statt, wie bisher, bis zu 80 % zu den Gesamtkosten für Zahnersatz (Zahnarzthonorar und zahntechnische Leistungen) zahlt die Kasse künftig das Honorar für den Zahnarzt zu 100 % und nur bis zu 60 % zu den Kosten für die zahntechnischen Leistungen. Der Versicherte wird dadurch nur unwesentlich mehr belastet. Der Anreiz auf kostengünstige zahntechnische Leistungen wird dadurch verstärkt.

Für Heil- und Hilfsmittel, wie beispielsweise Massagen und Bäder, sollen jährlich Höchstbeträge zwischen Krankenkassen und Ärzten

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betragen:

1960	9,0 Mrd. DM
1970	23,8 Mrd. DM
1980	85,7 Mrd. DM
davon für	
Krankenhäuser	25,3 Mrd. DM
Ärzte	15,4 Mrd. DM
Arzneimittel	12,6 Mrd. DM
Zahnersatz	7,3 Mrd. DM
Krankengeld	6,7 Mrd. DM
Zahnärzte	5,5 Mrd. DM
Heil- und Hilfsmittel	4,8 Mrd. DM
Mutterschaftsleistungen	2,8 Mrd. DM
Sonstiges	5,3 Mrd. DM

Die Ausgaben für Krankenhauspflge sind von 11,7 Mrd. DM im Jahre 1973 auf 25,3 Mrd. DM 1980 gestiegen.

vereinbart werden. Damit werden die Ausgaben in diesem Bereich, der in der Vergangenheit sehr hohe Steigerungsraten zu verzeichnen hatte, begrenzt. Eine entsprechende Regelung gilt bereits für Arzneimittel.

Die überhöhten Ausgaben für zahntechnische Leistungen sollen reduziert werden, indem die zwischen den Krankenkassen und den Zahntechnikern oder Zahnärzten vereinbarten Vergütungen nach Auslaufen der geltenden Verträge um 5 % gekürzt werden. Neue Preisvereinbarungen können erst nach Ablauf von 12 Monaten getroffen werden.

Die zwischen den Krankenkassen und den Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln (einschließlich Brillen) vereinbarten Vergütungen werden zur Begrenzung der in den letzten Jahren weit überhöhten Ausgabenzuwächse bis Ende 1983 verlängert. Die Preise bleiben also für diesen Zeitraum unverändert.

Erhöhung der Wirtschaftlichkeit

Anstelle der bisher vereinbarten Festpreise sollen künftig für zahntechnische Leistungen und für Heil- und Hilfsmittel Höchstpreise vereinbart werden, um einen verstärkten Preiswettbewerb zu ermöglichen.

Für die Leistungen beim Zahnersatz werden darüber hinaus zur Vermeidung eines überhöhten Aufwandes („Luxusversorgung“) vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen Leistungsstandards für eine wirtschaftliche Versorgung entwickelt.

Um die Leistungs- und Kostentransparenz bei zahntechnischen Leistungen und bei Heil- und Hilfsmitteln zu verbessern, sollen von den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern einheitliche Ver-

zeichnisse für diese Leistungen, als Grundlage für die Preisvereinbarungen, entwickelt werden.

Die Krankenhauspflge kann künftig auch teilstationär erbracht werden, um den kostenintensiven Krankenhausaufenthalt zu verkürzen.

Früherkennungsuntersuchungen werden künftig, sofern sie im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erbracht werden, mit dem Pflegesatz abgegolten. Damit entfällt eine gesonderte Vergütung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung.

Begrenzung der Leistungen

Arznei- und Heilmittel, die üblicherweise bei leichten Gesundheitsstörungen angewandt werden, sollen nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden. Einzelheiten werden in einer Rechtsverordnung geregelt.

Die Rezeptblattgebühr bei Arznei- und Heilmitteln, die bisher eine Mark je verordnetes Mittel betrug, sowie bei Brillen soll auf 20 % – höchstens vier Mark – der Kosten je Rezept festgesetzt werden. Dabei dürfen nicht mehr als drei Mittel je Rezeptblatt verordnet werden. Die bestehenden Befreiungen in Härtefällen werden beibehalten; auch sind Kinder von der Gebühr befreit.

Eine neue Brille soll frühestens nach Ablauf von drei Jahren von der Kasse bezahlt werden, sofern die Verordnung nicht durch eine Änderung der Sehfähigkeit vorher notwendig ist oder die Brillen von Kindern unter 14 Jahren benötigt werden.

Kuren sollen künftig nur noch gewährt werden, wenn sie medizinisch notwendig sind. Deshalb sollen Wiederholungskuren frühestens nach drei Jahren möglich

sein. Damit sollen die in letzter Zeit stark steigenden Ausgaben der Krankenkassen für Kuren begrenzt werden.

Die jetzt von der Bundesregierung beschlossenen gesetzlichen Regelungen zur Verstärkung der Kostendämpfung im Gesundheits-

wesen enthalten wichtige und unabdingbare Elemente zur Weiterentwicklung des Gesamtkonzepts der Kostendämpfung. Sie erheben jedoch nicht den Anspruch, endgültige Lösungen für die komplexe und vielschichtige Problematik der Kostenexpansion im Gesundheitsbe-

reich zu enthalten. Sie sind ein weiterer Schritt auf einem richtigen und bisher erfolgreichen Weg. Die darüber hinaus bestehenden strukturellen Probleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Bundesregierung in einem gesonderten Gesetzentwurf lösen.

Karl Kaula

Mehr Ideologie statt Kostendämpfung

Die wichtigste wirtschaftspolitische Aufgabe ist zur Zeit die Konsolidierung der Staatsfinanzen. Während die Haushalte der Renten- und Arbeitslosenversicherung über Bundesgarantien und Staatszuschüsse mit den Staatsfinanzen unmittelbar verbunden sind, handelt es sich bei den Budgets der Krankenkassen um absolut autonome Haushalte. Deshalb stellt sich besonders die Frage, weshalb die Krankenversicherung, die eine Phase fünfjähriger Beitragssatzstabilität hinter sich hat, in die Problematik der Sanierung des Bundeshaushaltes hineingezogen wird.

Die Antwort ist einfach: Das ordnungspolitische System der gegliederten Krankenversicherung soll nämlich im Windschatten der notwendigen Sparmaßnahmen einen empfindlichen, ideologisch motivierten Stoß erhalten. Systemüberwindung in der gegliederten Krankenversicherung ist ja schon seit langem die Devise der verantwortlichen Ministerialbürokraten im Hause Ehrenberg.

Der Gesetzentwurf enthält zugegebenermaßen auch Elemente der Kostendämpfung und ist insoweit ein bescheidener Beitrag zu dem

auch bei uns entstandenen übersteigerten Anspruchsdenken. Erklärtermaßen soll eine „erhöhte Kostenbelastung der Unternehmen“ und eine „Verringerung der verfügbaren Einkommen der Versicherten“ durch das Gesetz vermieden werden. Es ist jedoch zu erwarten, daß die Sparmaßnahmen für das Haushaltsjahr 1982 noch nicht beitragswirksam sein werden. Diese Illusion wird lediglich vom Bundesarbeitsministerium genährt, um den Gesamtkomplex – vor allem einschließlich der systemverändernden Elemente – im Schnellverfahren über die parlamentarischen Hürden zu bringen.

Triumph über den Markt

Der Gesetzentwurf verfährt nach der Methode der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ und ist insoweit eine Fortsetzung des ersten Kostendämpfungsgesetzes von 1977. Bei dieser Methode sollen die einzelnen Leistungsbereiche nur in demselben Maße wachsen wie die durchschnittlichen Grundlöhne der Versicherten. Als globale Richtgröße für die Gesamtausgaben der Krankenversicherung ist dies sicherlich ein richtiger Maßstab, ob-

gleich auf längere Sicht auch andere Überlegungen berücksichtigt werden müssen: Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt stärker als die Einkommen, und es muß darüber hinaus die höhere Lebenserwartung für das Wachstum der „Gesundheitsbranche“ berücksichtigt werden. Der Gesetzentwurf hingegen komplettiert nur das in einzelnen Bereichen schon gegebene Empfehlungsinstrumentarium der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Sie soll nun künftig auch Empfehlungen für Höchstbeträge bei den Ausgaben für Heilmittel abgeben.

Nach Lage der Dinge können das immer nur die gleichen Wachstumsraten für alle Ausgabenbereiche im Gesundheitswesen sein. Das ist der Minimal-Konsens, der für die Konzertierte Aktion allenfalls vorstellbar ist. Es ist aber eine Illusion zu glauben, diese Einrichtung könne durch differenzierte Empfehlungen für Teilbereiche des „Gesundheitsmarktes“ ordnend in den Verteilungskampf eingreifen, der auf diesem Markt seit der Kostendämpfung entbrannt ist.

Begrenzung des Gesamtmarktes und Festschreibung der Anteile für

die einzelnen Sektoren dieses Marktes: Das ist nur der einstweilige Triumph der Administratoren über die Gesetze des Marktes. Man muß sich aber fragen, wohin das führt und wie lange es gut geht. Auf jeden Fall ist diese Weichenstellung des ersten Kostendämpfungsgesetzes, die nun durch ein zweites Gesetz perfektioniert werden soll, ordnungspolitisch – und auch gesundheitspolitisch – zumindest fragwürdig.

Umfunktionierung

Im Zentrum des Referentenentwurfs stehen strukturverändernde Maßnahmen, die unser liberales Gesundheitswesen in wichtigen Teilbereichen zu einer Vorstufe eines staatlichen Gesundheitsdienstes umfunktionieren. Bezeichnend ist, daß das Bundesarbeitsministerium, das zu den einzelnen Maßnahmen des Gesetzentwurfes eine „Entlastungsrechnung“ für die gesetzliche Krankenversicherung aufgemacht hat, gar nicht erst den Versuch unternimmt, die Kostendämpfungseffekte dieser Systemveränderungen auch auszuweisen. Es gibt nämlich keine, die Maßnahmen dienen ausschließlich der Systemüberwindung.

An erster Stelle kann man die Einführung einer „Gesamtvergütung“ für die Abgeltung der ambulant erbrachten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen nennen. Die Gesamtvergütung schafft praktisch einen Plafond für diese Kostenbereiche. Die von Ärzten und Zahnärzten erbrachten Leistungen werden im Einzelfall nach diesem Vergütungssystem nicht mehr nach einem vorher bekannten Preis abgegolten. Der einzelne Arzt muß sich vielmehr jederzeit gegenwärtig sein, für seine Leistung nur ein quotiertes – das heißt auch reduziertes – Honorar zu erhalten.

Dieses System ist nicht nur leistungsfeindlich, es trägt in die ärztliche Versorgung einen therapiefremden Maßstab hinein, der bis zur einzelnen Arztpraxis durchschlägt und vermutlich die gesundheitliche Versorgung der Versicherten unmittelbar verschlechtert. Es ist bezeichnend, daß dieses Vergütungssystem den einzelnen Arzt – wenn er sich rational verhalten will – sowohl zur Bummelantenpraxis als auch zur Akkordmentalität führen kann. Es kommt nur darauf an, ob sich der einzelne Arzt als Konkurrent seiner Kollegen versteht oder ob es mit der Zeit zu einer abgestimmten Reaktion aller Ärzte kommt.

Beamtenähnliche Alimentation

Obwohl die quotierte Leistungsvergütung alles andere als eine Einzelleistungsvergütung ist, spricht der Referentenentwurf nach wie vor von einem „System der Vergütung nach Einzelleistungen“. Das Bundesarbeitsministerium will einfach sein Ziel, die Ärzteschaft einer schleichenden Quasi-Verbeamtung zu unterwerfen und das Vergütungssystem langsam, aber sicher in eine beamtenähnliche Alimentation umzuwandeln, nicht offen deklarieren.

Sprecher der Ärzteschaft haben bereits zu erkennen gegeben, daß die Einführung einer Gesamtvergütung zur Verlagerung von Diagnose und Therapie in andere Medizinbereiche – wovon das Krankenhaus der kostenträchtigste ist – führen wird. Das ist eigentlich genau die Reaktion, die von Festbesoldeten zu erwarten ist, also jenen Leuten, die ihr Geld durch Tun oder Unterlassen gleichermaßen verdienen.

Angesichts der enormen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die die Praxis des niedergelassenen Arztes heute bietet,

und angesichts der humanitären Zielsetzung, kranke Menschen so lange wie möglich in ihrem angestammten Lebensbereich zu belassen, ist dies eine völlig falsche Tendenz. Nicht umsonst ist der Grundsatz „so viel ambulant wie möglich“ und nur „so viel stationär wie nötig“ in letzter Zeit verstärkt verfolgt worden.

Vergegenwärtigt man sich, daß die Ausgaben für Ärzte und Zahnärzte in den letzten Jahren trotz großer Schwierigkeiten – schließlich strömen alljährlich nicht wenige junge Ärzte neu in die niedergelassene Praxis – weitgehend innerhalb der Entwicklung der Einnahmen der Kassen geblieben sind, so wird deutlich, daß die Bürokraten in Ehrenbergs Ministerium den Großteil ihrer Zeit darauf verwendet haben, Systemveränderungen zu ersinnen, die mit Kostendämpfung tatsächlich nichts zu tun haben.

Zentralisierung der KV

So soll künftig die Laufzeit von Honorarabschlüssen mit Ärzten und Zahnärzten fest an einen einjährigen Empfehlungszeitraum gebunden werden. Die Empfehlungen hat die unter der Regie des Bundesarbeitsministers tagende Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen abzugeben, die einen Kreis von „Interessenten“ umfaßt, der weit über die vertragspolitisch Verantwortlichen – nämlich Ärzte und Krankenkassen – hinausgeht. Dabei muß man wissen, daß gerade die Laufzeit der Verträge ein wesentlicher Verhandlungsbestandteil der Vertragspartner in der Vergangenheit gewesen ist. Die Verlängerung von Laufzeiten bestehender Verträge wurde schon als Mittel der Kostendämpfung eingesetzt, denn zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses handeln die Partner unter Ungewißheit. Die Wachstumsprognose des Jahreswirtschaftsbe-

richts ist ja auch nur eine Prognose, die vom Bundesarbeitsminister offensichtlich als feststehende Größe bewertet wird.

Die Ersatzkassen sollen nach dem Referentenentwurf in das Korsett des gesetzlich reglementierten Kassenarztrechts einbezogen werden. Damit würden sie ihre Fähigkeit verlieren, wie bisher Anstöße für die Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens und die qualitative Verbesserung der ärztlichen Behandlung zu geben. Das bißchen Wettbewerb, das wir heute noch haben, würde ganz verlorengehen.

Wie wenig der Gesetzentwurf mit der vom Bundesarbeitsministerium vorgegebenen Absicht, die Krankenkassen gegenüber der Ärzteschaft zu stärken, und wieviel dieser Entwurf mit der tatsächlichen Absicht einer Zentralisierung der Krankenversicherung zu tun hat, wird daran deutlich, daß die Ersatzkassen mit der Einbeziehung in das

Kassenarztrecht auch die Möglichkeit verlieren, auf die Verteilung ihres Gesamthonorars Einfluß zu nehmen. Bisher unterliegt diese Verteilung der Vereinbarung durch die Vertragspartner (Ersatzkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung). Künftig werden die Gewichte einseitig zu Lasten der Ersatzkassen verschoben: Die Ersatzkassen zahlen das Honorar, „die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte“ (Gesetzestext).

Auch die Einbeziehung der Ersatzkassen in die Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, die verbindliche Richtlinien für Art und Umfang der ärztlichen Versorgung erlassen und „Anwendungsbestimmungen“ für die Gebühren-Ordnung schaffen, runden dieses Bild ab. Differenzierungen im Leistungsrecht und damit leistungsfördernde Anstöße durch einen Mindestwettbewerb wären am Ende, weil die Ersatzkassen an

die immer gegen sie wirkenden Mehrheitsbeschlüsse der übrigen Krankenkassen gebunden wären.

Zentralisierung ist ohnehin das Hauptthema des Referentenentwurfs. Die Kompetenzen der Selbstverwaltungen einzelner Kassen werden auf Verbände, die Kompetenzen der Verbände auf verbändeübergreifende Bundesausschüsse und die Kompetenzen der Bundesausschüsse auf den Staat (sprich: Bundesarbeitsministerium) verlagert. Für alle diese Verlagerungsschritte lassen sich Beispiele im Referentenentwurf finden. Er spiegelt insofern die vom Bundesarbeitsministerium verfolgte, aber bestrittene Politik der letzten Jahre eindeutig wider. Mit Selbstverwaltung hat das aber alles – trotz der Beteuerungen – wirklich nichts mehr zu tun.

Ausgabenwirksamkeit

Was nun die Ausgabenwirksamkeit einzelner Maßnahmen, also

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG - HAMBURG

NEUERSCHEINUNG

Karl-Heinz Schlotthauer

INFLATIONSERWARTUNGEN

- Wirtschaftspolitische Bedeutung, theoretische Erklärungsansätze und empirische Befunde -

Die Arbeit bietet dem Leser eine systematische Darstellung und Kritik der in der ökonomischen Literatur anzutreffenden einschlägigen Theorien und Modelle. Zudem wird über die Ergebnisse empirischer Tests, denen die verschiedenen Hypothesen zur Bildung von Inflationserwartungen unterworfen worden sind, vergleichend berichtet. Schließlich versucht der Verfasser zu zeigen, daß man der Erklärung des Phänomens, wie sich Inflationserwartungen bilden, näherkommt, wenn man psychologische und ökonomische Ansätze miteinander verbindet.

Großoktav, 203 Seiten, 1981, Preis brosch. DM 45,-

ISBN 3-87895-209-0

V E R L A G W E L T A R C H I V G M B H - H A M B U R G

den Kostendämpfungscharakter des Gesetzes, angeht, so muß unterschieden werden nach Vorhaben, die sofort oder erst mittelfristig verwirklicht werden sollen, und nach Maßnahmen, die tatsächlich realisierbar oder erkennbar auf Scheitern angelegt sind, also nur Alibiwert haben.

Fest steht, daß das Gesetz auf die Ausgaben des Jahres 1981 keinen und vermutlich auf die Beibehaltungssatzbeschlüsse zum 1. Januar 1982 nur einen geringen Einfluß hat. Anderslautende Erklärungen des Ministeriums führen nur zu Illusionen.

Kurzfristig, also erstmalig im Jahre 1982, wirken die Erhöhung der Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, die Einschränkung beim Bezug von Brillen, die stärkere Beteiligung der Versicherten an Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, die drastische Verringerung des gesetzlichen Anspruchs auf Krankenhausaufenthalt nach einer Entbindung und das „Einfrieren“ der Kuren.

Da aber auf Kuren rechtlich fixierte Ansprüche bestehen, werden aus der Einfrierungsformel erhebliche praktische und rechtliche Schwierigkeiten erwachsen, die dem Gesetzgeber entgangen sein dürften. Daß schließlich ein Kernbereich der Rehabilitation, nämlich die Behandlung in rehabilitativen Spezialeinrichtungen, ausgerechnet im Jahr der Behinderten, für das sich der Bundesarbeitsminister so sehr engagiert hat, abgebaut wird, gehört wohl zu der mangelnden Sorgfalt, mit der der Gesetzentwurf gemacht worden ist.

Für eine Reihe von weiteren Maßnahmen ist die Anlaufzeit so lang, daß eine kurzfristige Senkung der Ausgaben nicht zu erwarten ist. Dazu gehören vor allem die Nega-

tiv- wie die Positivliste für die Verordnung von Arzneimitteln, die quartalsgebundene Ausgabe von Krankenscheinen (deren Kostendämpfungseffekt inzwischen fraglich geworden ist), die Abgrenzung von Gegenständen des täglichen Bedarfs bei Hilfsmitteln und die Bestimmung über Höchstpreise anstelle von Festpreisen bei Hilfsmitteln und zahntechnischen Leistungen.

Hektischer Aktionismus?

Da man möglichst kurzfristig und wirksam „greifende“ Maßnahmen treffen wollte und die Vorhabenliste in eben dieser Hinsicht nicht viel hergibt, hat man einige schwerere Geschütze aufgefahren, von denen man jedoch vermuten muß, daß sie nach geltendem Recht keine durchschlagende Wirkung erzielen. Dazu gehören die Preisstopps für Heilmittel, Hilfsmittel und zahntechnische Leistungen bis zum Ende des Jahres 1983, wobei zahntechnische Leistungen vorher sogar noch einmal um 10 % abgesenkt werden sollen. In diese Kategorie gehört auch die Vorschrift, wonach Krankenhauspflegesätze in den Jahren 1981 und 1982 nicht stärker steigen dürfen als die durchschnittliche Grundlohnsumme der Krankenkassen; dies ist ein modifizierter Preisstopp.

Da die Krankenhauspflegesätze für 1981 bereits weitgehend festgesetzt und genehmigt sind und auch die zahntechnischen Leistungen nach vertraglich festvereinbarten Preisen bezahlt werden, können die Erbringer dieser Leistungen dem Gesetz gelassen entgegensehen, denn ein Eingriff in diese Zusagen (Krankenhauspflegesätze) bzw. Abmachungen (zahntechnische Leistungen) dürfte verfassungsrechtlich unmöglich sein. Es ist kaum vorstellbar, daß die Gesetzesmacher im Hause Ehrenberg

dies übersehen haben, oder ist, sollte es ein Versehen sein, dieses ihrem hektischen Aktionismus zuzuschreiben?

Besonders unlauter am Referentenentwurf ist jedoch, daß seine Verfasser so tun, als ob es eine neuerliche und plötzliche Kostenexplosion auf breiter Front gäbe. In Wirklichkeit verzeichnen wir eine besonders besorgniserregende Ausgabenentwicklung nur in Teilbereichen, die nicht zuletzt auf Maßnahmen des Gesetzgebers bzw. auf die Rechtsprechung zurückzuführen ist. Die Ausgaben entwickeln sich schon über mehrere Jahre dort nahezu „normal“, wo die Selbstverwaltung Vertragskompetenzen hat und steuernd auf die Ausgabenentwicklung einwirken kann. Anders ist es in den Aufgabebereichen, die von der Selbstverwaltung der Krankenkassen nicht beeinflußt werden können. Das sind die Krankenhäuser, die Arzneimittel und die Heil- und Hilfsmittel.

Kostendämpfung?

Die „Kostendämpfung“ à la Ehrenbergs Referentenentwurf ist nicht ursachengerecht. Sie beschränkt sich nämlich nicht auf die wirklich problematischen Bereiche, sondern geht mit systemverändernden Maßnahmen – wie der Zerstörung des leistungsbezogenen Vergütungssystems und der Gleichschaltung aller Kassenarten – über dieses Ziel weit hinaus. In den kostenproblematichen Leistungsbereichen – Krankenhaus, Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel – finden sich nur Ansätze zur Kostendämpfung. Der Bundesarbeitsminister hätte auf so spektakuläre Maßnahmen – wie Preisstopps, gesetzlich angeordnete Preissenkungen und nachträgliche gesetzliche Eingriffe in behördlich festgesetzte Preise (Krankenhauspflegesätze)

– verzichten sollen, um glaubwürdig zu bleiben. Er müßte nämlich wissen, daß in diesen Bereichen fast ausschließlich eine wachsende Zahl von Anbietern und Versorgungsüberkapazitäten für das Ausgabenwachstum ursächlich sind.

So hat es vielmehr den Anschein, daß sich die betroffenen Leistungserbringer im Gesetzgebungsver-

fahren erfolgreich zur Wehr setzen werden, daß die Bundesländer über die Zustimmungspflicht des Gesetzes die auf das Krankenhaus bezogenen Teile entschärfen werden – es sind übrigens die Länder, die als pflegesatzgenehmigende Stelle die Preise für Überkapazitäten bestimmen, die sie selbst als Planungsbehörde vorher geschaffen haben –,

so daß schließlich nur noch die Teile des Gesetzentwurfes übrigbleiben, die unmittelbar auf einen staatlichen Gesundheitsdienst und eine Einheitsversicherung in Form einer vordergründigen organisatorischen Gliederung abzielen. Deshalb sieht die „Kostendämpfung“ à la Ehrenberg nur so aus: Mehr Ideologie statt eigentlicher Kostendämpfung.

Horst Bourmer

Meine Forderung: Einnahmeorientierte Leistungspolitik!

Ein Referentenentwurf zu einem Gesetz, das bei der Sanierung des Bundeshaushaltes hilft oder gar bestehende Leistungsgesetze modifiziert, wurde als erste konkrete Maßnahme zur Lösung der öffentlichen Finanzmisere nicht vorgelegt, dafür aber mit Datum vom 14. August 1981 ein zweites Kostendämpfungsgesetz für das Gesundheitswesen unter dem sprachlich wenig schönen Titel „Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung“. Damit hat die Bundesregierung zunächst einmal wieder an den für sie zur Lösung anstehenden Problemen vorbeigesehen und Regelungen für einen Bereich angeboten, der mit der finanzpolitischen Misere des Bundeshaushaltes in keinem Zusammenhang steht, es sei denn, man will schon wieder der gesetzlichen Krankenversicherung Aufgaben zur Finanzierung übertragen, um den Bundeshaushalt zu entlasten. Ich denke dabei – und es sollte nie vergessen werden – an die mit dem KVKG übernommenen und jährlich 6 Mrd. DM ausmachenden Leistungen für die Rentner-Krankenversicherung,

ohne die die Krankenkassenbeiträge immer noch unter 10 % liegen würden. Und man hört ja auch allenthalben, daß die Bundesregierung zur Verbesserung ihrer Haushaltslage die Zuweisungen an die Arbeitslosenversicherung kürzen, die Beiträge für die Arbeitslosenversicherung erhöhen und gleichzeitig die Beiträge zur Rentenversicherung senken will, so daß letztlich nicht nur ein neues Defizit von 7 Mrd. DM bei der Rentenversicherung entsteht, sondern auch die anteiligen Einnahmen der Rentner-Krankenversicherung abnehmen und dann nur mit Mitteln der Krankenversicherung ausgeglichen werden können.

Damit solche Finanzmanipulationen möglich werden und zu keiner Beitragserhöhung in der gesetzlichen Krankenversicherung führen, die ja nur den Widerstand der Arbeitnehmer und vor allem auch der Arbeitgeber auslösen würde, greift der Bundesarbeits- und Sozialminister auf die schon 1977 beim KVKG praktizierte Methode zurück, stellt einen übergroßen Ausgabenanstieg in der Krankenversicherung fest und gibt daran den Kassenärzten die Schuld. Seine Klage über

das angeblich nicht ausreichende Kostenbewußtsein der Ärzte entbehrt zwar jeder Grundlage, ist aber nach seiner Meinung populär genug, um auch ohne sachliche Gründe die Voraussetzungen für das Verschieben von Finanzmassen, wie es diese Bundesregierung so gerne übt, zu konstruieren. Der fiktive Charakter dieser Behauptungen soll den Bürgern, die die gesundheitspolitischen ebensowenig wie die finanzpolitischen Tricks der Bundesregierung durchschauen, mit der schlichten Feststellung im Kommentar zum neuen Gesetzentwurf verschleiert werden, der gegen alle Erfahrungen postuliert: „Ohne gesetzliche Regelungen zur Unterstützung der Initiativen der Selbstverwaltung und zur Erweiterung ihres Handlungsspielraumes ist jedoch eine wirksame Begrenzung des Ausgabenanstiegs und eine dauerhafte Stabilisierung der Finanzlage der Krankenversicherung nicht erreichbar.“

Die Wirklichkeit sieht allerdings anders aus. Seit 1976 hat der Zuwachs der Vergütung für ambulante ärztliche Versorgung nicht nur im Durchschnitt aller Jahre erheblich

unter dem Steigerungssatz der Grundlohnsumme gelegen, sondern auch in jedem Jahr mit Ausnahme von 1980, als sich die Bundesregierung selbst erheblich in der Vorausschätzung für die Einkommens- und damit Grundlohnsummenentwicklung irrte. Ich betrachte es als einen Versuch, die politische und allgemeine Öffentlichkeit zu verwirren und über die wirklichen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung hinwegzutäuschen, wenn im Kommentar zum Gesetzentwurf festgestellt wird, „die beabsichtigte Begrenzung des Zuwachses der Gesamtvergütungen einschließlich der Menge wird nicht erreicht“, weil „es bei einer Vergütung nach Einzelleistungen zulässig sei, bei der Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung keine verbindliche Aussage über die zulässige Ausweitung der Menge der ärztlichen Leistungen zu treffen“.

Deswegen wiederhole ich: wenn die Honorarzuwächse seit 1976 insgesamt unter der Zunahme der Grundlohnsumme gelegen haben, dann braucht das Kassenarztrecht nicht die jetzt vorgesehene Regelung, daß die Vertragspartner nicht nur die Veränderung der Gesamtvergütungen zu vereinbaren, sondern auch den Betrag zu bestimmen haben, der sich aus dem Wert der Einzelleistungen multipliziert mit der Zahl dieser Leistungen ergeben soll. Hier findet durch die Festlegung absoluter Beträge eine Deckelung statt, die Art und Umfang der Morbidität vorwegnimmt, Hilfe und Heilung für den Patienten von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig macht und den Arzt zum Sparkommissar des Gesundheitswesens degradiert. Wenn man aber behauptet, daß man dort Kosten dämpfen will, wo die Kostenentwicklung unter den selbstakzeptierten Vorgaben bleibt, dann darf

man sich nicht wundern, wenn Maßnahmen wie die gesetzlichen Regelungen so bewertet werden, wie sie wohl auch gemeint sind, nämlich als Konzession an ideologisch motivierte Forderungen zur Systemveränderung.

Angriff gegen die Substanz

Ich bin aus diesem Grunde nicht mehr bereit, im bestehenden Rahmen der Leistungs- und Anspruchsmöglichkeiten zu denken, weil jeder Beitrag unter der pauschalen Forderung nach „Kostendämpfung“ zum Abbau unserer freiberuflich getragenen und in Selbstverwaltung gestalteten Gesundheitsversorgung führt. Wir denken innerhalb der Rahmenbedingungen, wie sie durch politische Entscheidungen aufgestellt (und, wie sich jetzt zeigt, oft auch falsch aufgestellt) wurden und wie wir uns an sie gewöhnt haben. Dabei nehmen wir hin, daß Substanz aufgebraucht wird, die Substanz der ärztlichen Leistungsfähigkeit in der niedergelassenen Praxis ebenso wie die Substanz der finanziellen Leistungsmöglichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Da heißt es in der Begründung zur Gesetzesvorlage, die Vertreter der Kassenärzte hätten verbindlich zugesagt, durch vertragliche Vereinbarung mit den Krankenkassen sicherzustellen, daß in der Aufrechnung der beiden Jahre 1981 und 1982 die Ausgabenentwicklung für die ambulante kassenärztliche Versorgung im Einklang mit der Grundlohnsummenentwicklung liegen wird. Dafür hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zwar darauf verzichtet, von den gesetzlich festgelegten Parametern für die Veränderung der Gesamtvergütung die Praxiskosten und die Arbeitszeit des Kassenarztes zu streichen und es ausschließlich bei der Grundlohnsumme als Parameter zu belassen, gleichzeitig jedoch die

Mengenbegrenzung ärztlicher Leistungen ins Gesetz aufgenommen. Bei diesem Tausch von Wohlverhalten der Ärzte gegen letztlich nicht vermeidbare Deckelung der Honorare können die Ärzte die Folgen der Inflationpolitik für ihre Praxen nur noch durch persönlichen Einkommensverzicht tragen.

Und wird der Angriff gegen die Substanz unseres Gesundheitswesens nicht auch in der Frage der Arzneimittelversorgung geführt? Mit 1,4 Mrd. DM bezeichnet der Bundesarbeits- und Sozialminister den Ausgabenüberhang, der sich im Jahr 1980 aus dem Unterschied von Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt. Auf die begründete Forderung, Arzneimittel nicht mehr mit dem vollen, sondern nur mit dem halben Mehrwertsteuersatz zu belasten, reagiert er jedoch mit Schweigen, obwohl die Krankenkassen dadurch um jährlich mehr als 2 Mrd. DM entlastet würden. Neue Auflagen und Begrenzungen für die Arzneimittelversorgung, die sich auf die Steuereinnahmen nicht auswirken, sind dagegen im Gesetzentwurf vorhanden, weil sie doch höchstens die Substanz der erzeugenden und forschenden Industrie, der Beschäftigung in dieser Industrie und letztlich der Wettbewerbswirtschaft berühren. Es ist zutreffend, daß der Arzneimittelhöchstbetrag nicht immer Steigerungsraten bei den Arzneien verhindern konnte, die über der Zunahme der Grundlohnsumme lagen. Aber Preissteigerungen bei Arzneimitteln sind vor allem auch kostenbedingt, d. h. abhängig von Lohntarifen und allgemeiner inflationärer Entwicklung. Im Interesse der Leistungsfähigkeit und auch der Arbeitsplatzhaltung kann man auch der pharmazeutischen Industrie nicht zumuten, unter Verlust zu forschen und zu produzieren.

Für mich ist das zweite Kostendämpfungsgesetz daher ebenso unnötig und zum Mißerfolg verurteilt wie das erste Kostendämpfungsgesetz. Es ist vielmehr an der Zeit, die Leistungsgesetze zu überprüfen und auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verankerte Rechte zu korrigieren, wenn sie im Widerspruch zur originären Aufgabe der Krankenversicherung stehen. Nicht nur dort, wo der Staat finanziell selbst betroffen ist, also in seinen Haushalten und auch der Rentenversicherung, sollte Stück für Stück des sozialen Besitzstandes daraufhin durchforscht werden, ob und wie sich Ausgaben zukünftig vermindern lassen. Die gesetzliche Krankenversicherung kennt viele Beispiele für Leistungen, die ihr in Zeiten voller Kassen großzügige Sozialpolitiker zugewiesen haben, die aber jetzt unter der Auflage der Beitragsstabilität zurückgenommen bzw. dorthin zurückgegeben werden sollten, wo sie verursacht wurden und daher auch zu finanzieren sind, nämlich im unmittelbaren Zuständigkeitsbereich des Staates. Es handelt sich ja nicht um Versicherungs-, sondern um Versorgungsleistungen, also um Leistungen aus Ansprüchen, für die man die Voraussetzungen selbst schaffen kann, während Versicherungsleistungen ökonomische Risiken aus nicht vorhersehbaren Tatbeständen wie z. B. Krankheit abzudecken haben.

Überprüfung von Leistungsgesetzen

Ich sehe da die flankierenden Maßnahmen zum § 218, die im Jahr 1980 226 Mill. DM erreichten. Ich frage mich, ob die Mutterschaftshilfe mit mehr als 2,8 Mrd. DM Ausgaben im Jahr 1980 zu den Leistungen zählt, die sich aus der versicherungsmäßigen Abdeckung unvorhersehbarer eingetretener Risiken ergeben. Ich kann auch nicht die Ko-

sten der nichtmedizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisationen den Pflichtleistungen einer Krankenversicherung zuordnen; sie verursachten 1980 Ausgaben in Höhe von 374 Mill. DM. Schließlich wurden für Früherkennung, Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten im genannten Jahr Mittel in Höhe von 878 Mill. DM aufgewandt, obwohl auch sie hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt der Inanspruchnahme nicht unvorhersehbar sind und folglich auch kein Versicherungsrisiko darstellen.

Addiert reichen diese Zahlen dicht an 4,5 Mrd. DM heran, liegen also dreimal so hoch wie die für 1980 errechnete Differenz aus Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie resultieren, um es noch einmal zu sagen, aus sozialpolitischen Entscheidungen des Staates und nicht aus Risiken, gegen deren Folgen sich der Bürger durch seine Krankenversicherung schützen muß. Wenn aber Parlamente und Regierungen der Ansicht sind, daß diese Ausgaben von der Gemeinschaft aller Versicherten ebenso zu finanzieren sind wie die seit 1977 geltende Kürzung der Beiträge zur Rentner-Krankenversicherung, dann erwarte ich die Ehrlichkeit von Parlamenten und Regierungen, das auch zu sagen, die finanziellen Konsequenzen darzustellen und nicht durch Kostendämpfungsgesetze den Eindruck zu vermitteln, die Ausgabensteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung sei die Schuld der Ärzte, wenn sie doch aus Wahlversprechen der Sozialpolitiker resultiert. Sonst sollte man es den Ärzten nicht verübeln, wenn sie sich dagegen wehren, durch immer wieder neue Formen von Umsatzeinschränkungen, denn das sind die Honorarminderungen, die bei der Krankenversicherung

durch sozialpolitische Wahlgeschenke aufgerissenen Finanzlücken zu schließen.

Strapazierte Solidarität

Natürlich wird die Bundesregierung bei ihren Haushaltsproblemen die der Krankenversicherung aufgebürdeten Ausgaben nicht zurücknehmen. Aber jeder Versicherte sollte wissen, daß die übertriebene Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (2 Mrd. DM), die Reduzierung der Beiträge zur Rentner-Krankenversicherung (6 Mrd. DM) und die versicherungsfremden Leistungen (4,5 Mrd. DM) die gesetzliche Krankenversicherung mit insgesamt 12,5 Mrd. DM und die Versicherten mit wenigstens 4 zusätzlichen Beitrags-Prozentpunkten belasten, während die ambulante Behandlung eines Krankfalles einschließlich aller Arzneimittelverschreibungen im ganzen Jahr durchschnittlich immer noch weniger als 100 DM kostet.

Rentner nehmen die gesetzliche Krankenversicherung stärker in Anspruch als die noch im Berufsleben stehenden Versicherten, weil sie eben ältere Menschen und damit krankheitsanfälliger sind. Für sie hat die gesetzliche Krankenversicherung 1980 29 Mrd. DM ausgegeben, von der Rentenversicherung aber nur Beitragseinnahmen in Höhe von 14 Mrd. DM erhalten. Das bedeutet, daß die Aktiv-Versicherten nicht weniger als 15 Mrd. DM für die Krankheitskosten der Rentner aufbringen mußten. Von ihrem Durchschnittsbeitrag in Höhe von 11,5 % wurden also 2,5 Prozentpunkte nicht für ihre Krankheitsrisiken, sondern für die Risiken der Rentnergeneration aufgewendet. Auch wenn ich eine Neuordnung der Rentner-Krankenversicherung mit dem Ziel für richtig halte, dieses Verhältnis von Beitragseinnahmen und Krankheitsausga-

ben zu verbessern und dabei auch die Befreiung von der Versicherungspflicht für Rentner vorzusehen, veranlaßt mich dieses Beispiel zunächst zu einer anderen Überlegung: Jeder Rentner ist heute noch beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, auch wenn sein Alterseinkommen nur zu einem geringen Teil aus einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung besteht und er vielleicht sogar nur wegen dieser beitragsfreien Krankenversicherung in die gesetzliche Rentenversicherung eingetreten ist. Wird hier nicht von Versicherten, die sich aus eigener Kraft gegen die Risiken des Lebens und auch des Alters abzuschließen imstande wären, die Solidarität der Versichertengemeinschaft ausgenutzt? Und führt das nicht zu der Frage, ob die Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung in den vergangenen Jahren für immer neue Personengruppen richtig war, wenn sich unter den fast 93 % der Bevölkerung, die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind, viele Personen befinden, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten gar nicht in diese Solidargemeinschaft hineingehören, sondern sich aus eigener Kraft versichern können und auch müßten? Mir fällt immer wieder das Beispiel der Ortskrankenkasse Ingolstadt ein, die errechnet hat, daß die pflichtversicherten Mitglieder mit 16 % ihrer Beiträge die Leistungen an die freiwillig weiterversicherten Mitglieder subventionieren.

Neudefinition der GKV

Sozialpolitik darf aber heute keine Politik der Ausdehnung sozialer Leistungen aus immer neuen Gründen, mit immer neuen Ausgaben und für immer neue Zielgruppen sein, sondern muß die Einschränkung sozialer Leistungen bei Berücksichtigung der insgesamt guten Lebensbedingungen und des allge-

mein hohen Lebensstandards bedenken. Deswegen fordere ich seit Jahren, den Kreis der Schutzbedürftigen, für den die gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist, neu zu definieren und jeden, dessen Jahreseinkommen z. B. im oberen Drittel der Einkommensstatistik liegt, aus der Pflichtversicherung zu entlassen. Dafür könnte das Institut der „Allgemeinen Versicherungspflicht mit freier Wahl des Versicherungsträgers“ geschaffen werden. Jeder Bürger ist dann verpflichtet, eine Versicherung gegen die wirtschaftlichen Risiken aus Krankheit nachzuweisen, kann aber frei die Versicherungsform und den Versicherungspartner außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wählen. Natürlich bleiben dann die sogenannten „schlechten Risiken“ mit einem höheren Anteil bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie müßten durch die Gemeinschaft aller Bürger, also durch staatliche Zuschüsse aus Steuereinnahmen subventioniert werden, ein Verfahren, das die gesetzliche Rentenversicherung ja schon lange kennt.

Besonders häufige Inanspruchnahmen unseres Gesundheitswesens und damit der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Bagatellfällen durch diejenigen, die das „Kleingedruckte“ zu lesen wissen, würden abgebaut und die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wirklich auf die konzentriert, die die Hilfe der Solidargemeinschaft benötigen. Im Ergebnis heißt das, daß die „soziale“ Krankenversicherung nicht mehr wie nach dem Beispiel der AOK Ingolstadt Leistungen bezuschußt, die der Leistungsnehmer selbst finanzieren könnte, sondern ihre Leistungen denjenigen gewährt, die auf die Hilfe einer Solidargemeinschaft und den Schutz durch Gesellschaft und Staat angewiesen sind.

Ich wiederhole: Ein zweites Kostendämpfungsgesetz ist für mich ebenso unbegründet und unnötig, wie es das erste Kostendämpfungsgesetz war. Denn beide Gesetze sind nicht darauf gerichtet, die Torheit einer umfassenden „Pflichtversicherung“ im Sinne einer Volksversorgung zu verhindern, sondern sie durch weitere Eingriffe in die Selbstverwaltung der freiberuflich tätigen Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenversicherung zu forcieren. Das geschieht unter der Überschrift „Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“, damit die Krankheit ihre Kostenvorgaben, der Patient seine Heilungsgrenzen und der Arzt seine Behandlungsmöglichkeiten in Finanzzahlen und Recheneinheiten fixiert sieht.

Stärkung der Selbstverwaltung

Ich setze dagegen mit meiner Forderung „Einnahmenorientierte Leistungspolitik“ auf die Vernunft und Eigenverantwortung von Patienten und Ärzten, von Bürgern und auch Politikern. Deswegen kann nur eine Stärkung und Ausdehnung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, ja auch die Ausdehnung dieser Selbstverwaltung auf die Krankenhäuser, der richtige Weg zu einer Lösung der vor uns stehenden Probleme sein. Selbstverwaltung schließt ja nicht die Einsicht in die wirtschaftlichen Bedingungen und Zusammenhänge aus. Selbstverwaltung umfaßt aber in jedem Fall sachliche, örtliche und personelle Kompetenz und Erfahrung, Eigenschaften, die für das ärztliche Handeln zum Wohle der Patienten unverzichtbar sind, aber auch Eigenschaften, die dem Staat wohl gefehlt haben, als er in seine Finanzmisere hineinschlitterte, und die er sicherlich nicht dadurch zurückgewinnt, daß er Gesetze zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen verkündet.

Detlef Balzer

Die Selbstverwaltung sollte gestärkt werden

Die gesetzliche Krankenversicherung, in der rd. 90 % der Bevölkerung versichert sind, konnte in den Jahren 1976 bis 1980 ihre Beitragssätze im Durchschnitt relativ stabil halten. 1976 betrug der durchschnittliche Beitragssatz 11,28 %, er stieg bis 1980 im Durchschnitt auf 11,38 %.

Ende 1980 bzw. Anfang 1981 gierten die Beitragssätze jedoch wieder stärker in Bewegung. Die Ursache hierfür war, daß bereits 1980 die Einnahmen und Ausgaben nicht mehr ausgeglichen werden konnten. Die Ausgabenentwicklung war stärker als die Grundlohnentwicklung. Einer Ausgabensteigerung von im Durchschnitt 8,5 % je Mitglied stand eine Grundlohnentwicklung von nur 5,5 % gegenüber. Der Ausgabenüberhang von im Durchschnitt 3 Prozentpunkten schlug sich in zum Teil nicht unerheblichen Beitragssatzsteigerungen um die Jahreswende nieder. Der durchschnittliche Beitragssatz hat inzwischen 11,76 % erreicht, wobei erhebliche Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen sind. Die Beitragssatzerhöhung trifft die Beitragszahler, also die Versicherten und die Arbeitgeber, zu einer Zeit, in der wirtschaftliches Wachstum nicht mehr zu verzeichnen ist und der Anstieg der Löhne und Gehälter einen realen Einkommenszuwachs nicht mehr gewährleistet. Die Mehrbelastung wiegt daher doppelt schwer. Die Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen hat daher schon frühzeitig alle im Rahmen ih-

rer Möglichkeit liegenden Maßnahmen ergriffen, um den Ausgabenüberhang zu drosseln bzw. völlig aufzuheben.

Nicht alle Ausgabenbereiche der Krankenversicherung haben zum Defizit des Jahres 1980 beigetragen. Expansiv, d. h. erheblich über der Einnahmenentwicklung, lagen die Bereiche Zahnersatz mit einer Ausgabensteigerung von 12,4 %, Heil- und Hilfsmittel mit einer Steigerungsrate von 10,3 %, Arzneimittel mit einer Steigerungsrate von 8,7 % und stationäre Versorgung mit einer Steigerungsrate von 7,8 %. Die Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen hat gemeinsam mit den Selbstverwaltungen der anderen Spitzenverbände, insbesondere mit den Vertragspartnern in den vorgenannten Bereichen, intensive Gespräche geführt, um die Balance zwischen Ausgaben und Einnahmen sowie entsprechende Vertrags- und Preisgestaltungen wiederherzustellen.

Teures Krankenhaus

Es zeigte sich sehr bald, daß solche Maßnahmen allein nicht genügen. Die Ärzte verursachen durch ihre diagnostische und therapeutische Tätigkeit nicht nur Ausgaben für ihren eigenen Bereich, sondern durch die von ihnen vorgenommenen Verordnungen von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Arbeitsruhe und Krankenhauseinweisungen veranlassen sie auch Ausgaben für andere Leistungsbereiche. Dabei ist die Behandlung im Krankenhaus die bei weitem teuerste Versicherungsleistung. Dement-

sprechend wurde mit den Ärzten unter dem Gesichtspunkt einer einerseits effektiven, andererseits aber auch wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten ein Konzept mit dem Ziel entwickelt, soviel ambulante Versorgung wie möglich und soviel stationäre Versorgung wie nötig durchzuführen. Ein entsprechendes Informationssystem über die von ihnen veranlaßten Leistungen wurde erarbeitet und in den Grundzügen festgelegt.

Im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung wurde die Prothetik und hier vor allem die Versorgung mit Edelmetallen auf eine neue Grundlage gestellt. Weitere Maßnahmen sind in der Vorbereitung. Darüber hinaus wurde die Öffentlichkeit mit dem Problem vertraut gemacht, und die Arbeitgeber wurden darauf hingewiesen, in ihren Bemühungen, gesundheitsgerechte Arbeitsplätze zu schaffen, nicht nachzulassen, sowie die Versicherten aufgeklärt, mit den Versicherungsleistungen sparsam umzugehen und die Bemühungen um eine gesundheitsgerechtere Lebensweise zu verstärken.

Wir meinen, daß alle diese Anstrengungen zumindest einen Teilerfolg gebracht haben. Im ersten Halbjahr 1981 ist der Ausgabenüberhang etwas zusammengeschrumpft. Einer Ausgabensteigerung je Mitglied von durchschnittlich 6,7 % steht eine Grundlohnentwicklung von durchschnittlich 4,9 % gegenüber. Der Ausgabenüberhang beträgt noch 1,8 Prozentpunkte. Mit einem solchen Überhang ist Beitragssatzstabilität noch

nicht gewährleistet. Wir können daher in unseren Bemühungen um Kostendämpfung noch keineswegs nachlassen.

Ungeeignete Regelmechanismen

Die durch das Erste Kostendämpfungsgesetz aus dem Jahre 1977 geschaffenen Möglichkeiten waren in mancherlei Hinsicht hilfreich. Dieses Gesetz geht von einer Grundprämisse aus, daß sich die Ausgaben im Gesundheitswesen im Rahmen der Grundlohnentwicklung halten sollen. Dabei wird unterstellt, daß damit bei Ausnutzung aller Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Diagnose und Therapie auch der medizinische Fortschritt finanziert werden kann.

Das damalige Gesetzesvorhaben hat aber gewichtige Leistungsbereiche nicht in das Kostendämpfungskonzept einbezogen, so z. B. die stationäre Behandlung und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Schon aus Gründen der Gleichbehandlung aller Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung ist es notwendig, das Grundkonzept auch einheitlich anwenden zu können. Das darf aber nicht zu schematischen Regelungen führen. Das Gesundheitswesen ist dafür zu dynamisch. Der Selbstverwaltung muß auf der Grundlage von für alle Kassen und Kassenarten sowie für alle Vertragspartner gleichermaßen geltenden gesetzlichen Vorschriften ein flexibler Handlungsspielraum für Kostendämpfung gegeben sein.

Der von der Bundesregierung vorgelegte Referentenentwurf für ein Zweites Kostendämpfungsgesetz oder genauer für ein Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung sieht insofern einerseits Verbesserungen vor, enthält andererseits

aber auch Vorschriften, die die Selbstverwaltung zu sehr an Regelmechanismen binden. Die Ortskrankenkassen verfolgen das Ziel, soviel Selbstverwaltung wie möglich zu erhalten und gesetzliche Regelungen allenfalls dort zu haben, wo sie unerlässlich sind.

Insofern begrüßen wir es, daß nicht zuletzt aufgrund des partnerschaftlichen Handelns Ärzte und Zahnärzte erklärt haben, die bestehenden Verträge bis Ende 1982 durchlaufen zu lassen. Wir würden es begrüßen, wenn wir eine Verlängerung bis Mitte 1983 erreichen könnten, um somit den Anschluß an den Empfehlungsrhythmus der Konzertierte Aktion zu erreichen. Nach unserer Ansicht hat sich die Konzertierte Aktion prinzipiell bewährt. Es sollten alle Leistungsbeispiele in den Empfehlungsrahmen gleichermaßen einbezogen werden. Das gilt insbesondere für den Krankenhausbereich sowie für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Die Gesetzesvorhaben zur Kostendämpfung sehen dieses vor.

Problematischer Arzneimittelbereich

Problematisch bleiben offensichtlich vor allem die Ausgaben für Arzneimittel. Der Pharmaverband hat zwar – ähnlich wie die Ärzte und Zahnärzte – erklärt, Preisstabilität bis Ende 1982 zu halten. Ende 1980/Anfang 1981 sind aber Preiserhöhungen in einem Umfang vorgenommen worden, die in diesem Bereich für 1981 keine Kostendämpfung erwarten lassen. Ein Beitrag zur Kostendämpfung wird in diesem Bereich allenfalls dann zu erreichen sein, wenn im Jahre 1982 tatsächlich keine Preiserhöhungen vorgenommen werden. Wir können nur hoffen, daß der Appell des Pharmaverbandes von den Unternehmen auch beherzigt wird. Andernfalls wird man in der Tat überle-

gen müssen, wie auch in diesem Bereich prinzipiell eine Bindung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnentwicklung erreicht werden kann.

Der Arzneimittelhöchstbetrag sowie die vorgesehene Transparenzliste und die Preisvergleichsliste haben sich insofern bisher als ineffizient erwiesen. Die Abgrenzung zu den Arzneimitteln, die in der Regel nur bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, ist noch nicht erfolgt. Insofern sind Verbesserungen notwendig, insbesondere sollten Schritte unternommen werden, im Arzneimittelbereich die Transparenz über effektive und effiziente Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden können, zu erhöhen, und solche Arzneimittel, die nur bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, aus der Leistungspflicht auszuschließen.

Angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung und der notwendigen Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen wie auch in anderen Bereichen der sozialen Sicherheit muß der Grundsatz gelten, daß sowohl die Vertragspartner der Krankenkassen als auch die Versicherten hierzu beitragen müssen. Der Kostendämpfungsbeitrag muß ausgewogen sein. Dabei schließen wir nicht aus, daß von einigen Leistungsbereichen Sonderopfer erwartet werden können, vor allem dann, wenn sie in den letzten Jahren besonders expansiv waren, ohne daß dafür ein besonderer Grund erkennbar ist. Unverzichtbar ist darüber hinaus, daß gesetzliche Regelungen für alle Kassen und Kassenarten in gleicher Weise verbindlich sein müssen. Inhaltlich sollten sie die Selbstverwaltung stärken und nicht einengen. Das sind unsere Kriterien, an denen wir ein Zweites Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz messen.