

Franke, Heinrich; Heitzer, Wilhelm; Bach, Heinz; Henke, Klaus-Dirk

Article — Digitized Version

Ist die GKV reformbedürftig?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Franke, Heinrich; Heitzer, Wilhelm; Bach, Heinz; Henke, Klaus-Dirk (1984) : Ist die GKV reformbedürftig?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 64, Iss. 3, pp. 107-116

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135897>

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.

Ist die GKV reformbedürftig?

In seinem letzten Jahresgutachten sprach sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung für eine Stärkung der Wettbewerbs Elemente im Gesundheitswesen aus. Ist die gesetzliche Krankenversicherung reformbedürftig? Heinrich Franke, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, Wilhelm Heitzer, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Dr. Heinz Bach, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., und Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Universität Hannover, nehmen Stellung.

Heinrich Franke

Eine Strukturreform bringt keinen Gewinn

Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein neues Thema. Von unterschiedlichen Standorten aus und mit verschiedenen Lösungsansätzen beschäftigt diese Frage seit Jahrzehnten Politiker und betroffene Gruppen gleichermaßen. Die Position der Bundesregierung in dieser Frage ist klar: Einer grundlegenden Umgestaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf es nicht. Eine Strukturreform, wie sie die frühere Bundesregierung befürwortete, bringt keinen Gewinn. Damit ist jedoch nicht gesagt, daß es gesetzgeberischer Initiativen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bedarf. Das Gegenteil ist der Fall. So ist es z. B. erforderlich, alle Bereiche (beispielsweise auch den Krankenhausbereich) in die Kostendämpfung einzubeziehen. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist deshalb die für 1984 beabsichtigte Einbringung eines Entwurfs zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Neben beschränkte gesetzgeberische Reformen muß in der Krankenversicherung die gleichzeitige

Stärkung der Selbstverwaltung treten. Begrenzte gesetzgeberische Reformen und Stärkung der Selbstverwaltung werden sich für eine positive Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wirksamer erweisen als eine völlige Umgestaltung. Diese Grundsätze bilden auch den Ausgangspunkt für die im Zuge der weiteren Kodifizierung des Sozialrechts anstehende Kodifizierung des Krankenversicherungsrechts. Die Kodifizierung soll die Unübersichtlichkeit des Krankenversicherungsrechts beseitigen und dieses Recht transparenter und – wo erforderlich – einheitlicher gestalten. Darüber hinaus soll die Kodifizierung dazu beitragen, das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung funktionsfähiger zu machen.

Es ist die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, ihre Mitglieder nebst Familienangehörigen im Krankheitsfall wirtschaftlich zu schützen und ihre medizinische Versorgung im ausreichenden Maße sicherzustellen. Diese gesetzlich vorgegebene Aufgabenstellung hat sich bewährt.

Eine grundlegende Veränderung des derzeitigen gesetzlichen Leistungsrahmens und der Leistungsgewährung in der Krankenversicherung ist deshalb nicht beabsichtigt. So wäre z. B. die generelle Übernahme der Kosten für Pflegefälle durch die gesetzliche Krankenversicherung weder systemgerecht noch finanziell vertretbar.

Allerdings werden die bereits bestehenden Leistungsverpflichtungen daraufhin zu überprüfen sein, ob das betreffende Risiko tatsächlich durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt werden muß. Zu denken ist hierbei insbesondere an die Leistungspflicht der Krankenkassen bei Schwangerschaftsabbrüchen. Minister Blüm hat wiederholt darauf hingewiesen, daß er gegen eine Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen in den Fällen sozialer Indikation durch die Krankenkassen Bedenken hat. Allerdings will die Bundesregierung hier vor einer Entscheidung des Gesetzgebers das Urteil des Bundesverfassungsgerichts über die Verfassungsmäßigkeit dieser Leistung abwarten.

Die erforderliche finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung darf jedoch keinen gesundheitspolitischen Stillstand herbeiführen. Vielmehr sind neue Prioritäten zu setzen. Hervorheben möchte ich an dieser Stelle insbesondere die Zahnprophylaxe für Kinder und Jugendliche.

Solidarausgleich

Bundesweite, kassenartenübergreifende Finanz- oder Solidarausgleiche über den bestehenden Finanzausgleich bei Rentnern hinaus lehnt die Bundesregierung wegen ihrer tendenziell ausgabensteigernden Wirkung und aus ordnungspolitischen Gründen ab.

Die Bundesregierung bekennt sich ausdrücklich zum gegliederten Krankenversicherungssystem und respektiert die Existenzbedingungen und Funktionsweisen jeder Kassenart. Eine Einheitsversicherung lehnt sie ab. Allerdings muß ständig geprüft werden, ob die historisch gewachsene, gegliederte Krankenversicherung rechtlich so verfaßt ist, daß alle Kassenarten mit vergleichbaren Rechten und Pflichten ausgestattet sind und somit für jede Kassenart faire Wettbewerbsbedingungen bestehen. So ist zu begrüßen, daß die Ersatzkassen in ihren Leitsätzen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich anerkennen, daß dort, wo rechtliche Bestimmungen einem freien Zugang besonderer Risikogruppen zu allen Kassenarten entgegenstehen, diese geändert werden sollten.

Die grundsätzliche Bejahung des gegliederten Systems der Krankenversicherung schließt kritische Fragen in Einzelpunkten nicht aus. Einzelne Kassenarten dürfen in ihrer Lebensfähigkeit nicht bedroht werden. Da ich eine solche Bedrohung gegenwärtig nicht sehe, besteht auch keine Notwendigkeit für ge-

setzgeberische Maßnahmen, um die Position bestimmter Kassenarten zu stärken. Ich teile die Auffassung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, aus eigener Kraft alles zu tun, um im Wettbewerb der unterschiedlichen Kassenarten zu bestehen. Der Gesetzgeber hat hierfür vor Jahren auch Möglichkeiten der Selbstverwaltung der Krankenkassen geschaffen, die noch lange nicht ausgeschöpft sind.

Äquivalenzprinzip

Wegen der überragenden Bedeutung der Sachleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat das Äquivalenzprinzip dort nicht das Gewicht wie etwa in der Ren-

tenversicherung. Gleichwohl enthält das geltende Recht der Krankenversicherung Regelungen, die dem Äquivalenzprinzip Rechnung tragen. So wird das individuelle Arbeitsentgelt des Versicherten sowohl bei der Berechnung der Barleistungen, z. B. Krankengeld, Sterbegeld, als auch bei der Berechnung der Beitragsverpflichtungen zugrunde gelegt. Da die gesetzliche Krankenversicherung eine soziale Einrichtung ist und dies auch bleiben soll, kommt es primär darauf an, daß allen Versicherten ohne Rücksicht auf ihre Einkommensverhältnisse das medizinisch Erforderliche zur Verfügung stehen muß.

Die Verantwortung des einzelnen im Gesundheitsbereich ist durch den Aufbau immer perfekterer Versorgungssysteme geschwächt worden. Eigeninitiative und Selbsthilfe sind verkümmert. Dem Versicherten bleibt zu wenig Spielraum zur eigenen aktiven Mitarbeit. Hier sind neue Lösungen notwendig. Die Möglichkeiten des Versicherten zu eigenverantwortlichem Handeln müssen verstärkt werden. Hierzu kann insbesondere eine größere Transparenz von Leistungen und Kosten beitragen. Verbesserungen sind auch im Versorgungssystem selbst anzustreben. Gesundheitspolitisch vertretbare Selbstmedikation sowie die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, z. B. für chronisch und psychisch Kranke, gehören als Stichworte hierher. Die Krankenkassen können im Wege der Information und durch finanzielle Förderung geeigneter Initiativen die Patientensouveränität stärken.

Wahlmöglichkeiten

Die Frage von weiteren Wahlmöglichkeiten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich des Umfangs des Versicherungsschutzes war bereits Gegenstand wissenschaftlicher Über-

Die Autoren
unseres
Zeitgesprächs:

Heinrich Franke, 56, ist Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Er wird am 2. April Nachfolger von Josef Stingl im Amt des Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg.

Wilhelm Heitzer, 56, ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen in Bonn.

Dr. Heinz Bach, 61, ist Vorstandsvorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Köln und Generaldirektor der Continentale Krankenversicherung a. G. in Dortmund.

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 41, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Finanzwissenschaft an der Universität Hannover.

prüfung. So hat das im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom internationalen Institut für empirische Sozialökonomie (inifes) durchgeführte Forschungsvorhaben über „Wahltarife in der Krankenversicherung“ wichtige Aufschlüsse vermittelt. Danach ist davon auszugehen, daß die Einführung von Wahlтарifen ebenso wie die Einführung von Beitragsrückerstattungen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Gefahr

der Entsolidarisierung birgt. Es ist zu fürchten, daß sich dann gute Risiken, d. h. Versicherte mit einem relativ guten Gesundheitszustand und höherem Einkommen, vom Solidarausgleich der Versichertengemeinschaft teilweise zurückziehen. Als Folge dieser Entwicklung kann dann die Beitragsbelastung der übrigen Versicherten ansteigen.

Es ist auch nicht beabsichtigt, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf Ba-

sisleistungen zurückzuführen und dem Versicherten die Möglichkeit zu geben, individuell erforderliche Zusatzleistungen durch Zusatzbeiträge „einzukaufen“. Allerdings wird überprüft, ob es zu weiteren Ausgrenzungen (z. B. Negativliste) kommen kann. Oder anders ausgedrückt: Es wird geprüft, ob alle Leistungen in der Krankenversicherung zu Lasten der Solidargemeinschaft weiterhin bezahlt werden müssen.

Wilhelm Heitzer

Die tragenden Prinzipien der GKV zeitgerecht konkretisieren

Die ursprüngliche und eine bis heute noch gültige Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Absicherung der wirtschaftlichen Folgen des Risikos „Krankheit“. Allerdings haben sich die Rahmenbedingungen und damit auch die Inhalte dieser Aufgabe im Laufe der Geschichte grundlegend geändert. So bestanden die Leistungen der GKV in ihren Anfängen fast ausschließlich darin, bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeld zu zahlen und damit den Lebensunterhalt zu sichern. Diese Geldleistungen machen heute weniger als 10 % des Leistungsvolumens der GKV aus. In den Vordergrund gerückt sind die Leistungen der Krankenhilfe, also der medizinischen Versorgung. Diese in Zusammenarbeit und Verträgen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken und anderen Leistungserbringern bereit- und sicherzustellen und letztlich zu finanzieren ist mittlerweile zur Hauptaufgabe der GKV geworden.

Dadurch haben sich auch die Aufgaben und die Zielsetzung in der

GKV geändert. Sie ist nicht nur „Durchlaufstelle“ für Beitragsgelder, die allenfalls versucht, die Ausgaben zu drosseln. Die GKV ist vielmehr in die Gestaltung des Leistungsgeschehens mit eingebunden und hat als Sachwalter ihrer Versicherten und Beitragszahler darauf hinzuwirken, daß eine ebenso bedarfsgerechte wie wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist.

Zur Verwirklichung einer kostengünstigen Versorgung wurde mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 der Grundsatz der Allgemeinen Ortskrankenkassen einer einnahmensorientierten Ausgabenpolitik gesetzlich festgeschrieben. Allerdings blieben hier zwei wesentliche Ausgabenbereiche weitestgehend ausgeklammert, nämlich die Krankenhäuser und die Arzneimittel. Wir sehen es deshalb als eine wichtige Aufgabe für die nächste Zukunft an, auch diese beiden Leistungsbereiche in ein verbindliches System vertraglicher Regelungen mit der Krankenversicherung einzubinden. Dies

war im übrigen eine der politischen Hauptforderungen des Ortskrankenkassentages 1983.

Der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung bezieht sich im übrigen nur auf die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, den diese zusammen mit den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen wahrzunehmen haben. Der Gesetzgeber hat also bewußt diese Aufgabe den regional gegliederten Selbstverwaltungskörperschaften übertragen, die durch ihre unmittelbare Kenntnis der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und regionalen Besonderheiten hierfür besonders geeignet sind. Der Wandel in der Aufgabenstellung der GKV ist offensichtlich.

Solidargemeinschaft leistungsfähig erhalten

Gerade die hier angesprochene Gliederung in der gesetzlichen Krankenversicherung wirft aber auch Fragen auf. Die GKV ist nach regionalen, betrieblichen, beruflichen und ständischen Kriterien ge-

gliedert in Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse sowie Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte. Das Solidaritätsprinzip, das das wesentliche Gestaltungsmerkmal der GKV bildet, findet seinen Niederschlag im Solidarausgleich innerhalb der Versicherungsgemeinschaft der einzelnen Krankenkasse. Daneben besteht ein kassenartenübergreifender Belastungsausgleich für die Krankenversicherung der Rentner.

Aufgrund demographischer Merkmale, unterschiedlicher Wirtschafts- und Erwerbsstrukturen, unterschiedlicher medizinischer Versorgungsdichte und anderer Faktoren kommt es bei nahezu identischen Leistungen zu Beitragssatzdifferenzierungen zwischen den einzelnen Kassen und Kassenarten. Die viel diskutierte Frage, ob und inwieweit diese gerechtfertigt sind, mag hier dahingestellt bleiben. Wer ein gegliedertes System bejaht, muß damit leben. Auf jeden Fall aber wird es dann problematisch, wenn die Beitragsdifferenzierungen bei einzelnen Kassen oder Kassenarten erheblich über dem Durchschnitt liegen. In letzter Konsequenz würde dadurch das Solidaritätsprinzip selbst in Frage gestellt, im übrigen ein Problem seit 100 Jahren.

Wäre es also sinnvoll, den Solidarausgleich über die gesamte GKV auszudehnen, d. h. einen allgemeinen Finanzausgleich zu schaffen, wie ihn etwa die gesetzliche Rentenversicherung kennt? Wenn dieser Vorschlag auch aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit Befürworter finden könnte, so sind doch die negativen Konsequenzen nicht zu übersehen. Die Selbstverwaltung würde in einem ihrer wesentlichen Gestaltungselemente, nämlich der Finanzhoheit, beschnit-

ten. Dies hätte sicher auch Auswirkungen in den anderen Bereichen autonomen Rechts, etwa der Personal- und der Organisationshoheit. Und noch eines kommt hinzu: Mit der Möglichkeit, alle Ausgaben über einen Finanzausgleich quasi zu refinanzieren, würde den einzelnen Krankenkassen jede Motivation für eine sparsame Haushaltspolitik genommen. Weitere staatliche Eingriffe wären programmiert. Am Ende bliebe die Einheitsversicherung, die auch ein Lösungsmodell wäre.

Die Lösung des Problems ist vielmehr darin zu suchen, die einzelnen Versicherungsgemeinschaften leistungsfähig und damit den Solidarausgleich funktionsfähig zu erhalten. Hier ist in erster Linie die Selbstverwaltung gefordert, durch Eigeninitiative, aber auch durch Vereinbarungen zwischen den Kassenarten Lösungen zu finden. Sollte dies nicht gelingen, wären systemkonforme Regelungen durch den Gesetzgeber (etwa in Form von Bestandsschutzregelungen, wie es sie in gewissem Umfang bisher schon gibt) oder Neuabgrenzungen der Mitgliederkreise der einzelnen Kassenarten durch den Gesetzgeber zu erwägen.

Weg in die Zwei-Klassen-Medizin

Ebenso wie auf der Beitragsseite erfordert das Solidaritätsprinzip auch eine Gleichbehandlung der Versicherten auf der Leistungsseite. Denn dies ist ja der Sinn des Ganzen. Aufgabe und Ziel ist es, dem Versicherten unabhängig von seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit alle Leistungen bereitzustellen, die er zur Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit benötigt.

Von verschiedenen Seiten sind Vorschläge gemacht worden, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Grundleistun-

gen und nach dem Äquivalenzprinzip finanzierte Zusatzleistungen aufzuteilen. Die Ortskrankenkassen lehnen dies entschieden ab, weil es unmittelbar auf den Weg in die Zwei-Klassen-Medizin führen würde.

Es gibt in der gesetzlichen Krankenversicherung Elemente des Äquivalenzprinzips, und zwar in bezug auf das Krankengeld, das sich nach der Höhe des Arbeitsentgelts richtet. Daneben kennen wir gestaffelte Beitragssätze entsprechend der Länge des Lohnfortzahlungsanspruchs im Krankheitsfalle. Im Sachleistungssystem der GKV hingegen wäre das Äquivalenzprinzip völlig verfehlt. Das Sachleistungssystem ist gerade deswegen eingeführt worden, um den Versicherten vor finanzieller Überforderung zu schützen. Der kranke Versicherte ist kein gleichgewichtiger Marktpartner. Die Möglichkeit, ohne unmittelbare finanzielle Belastung Hilfe im Krankheitsfall zu erhalten, bildet für breite Schichten überhaupt erst die Voraussetzung einer bedarfsgerechten Versorgung. Hier wäre eine Reform fehl am Platze.

Ähnliches gilt für Selbstbeteiligungsregelungen. Selbstbeteiligungen haben heute meist nur den Effekt, Kosten auf den Versicherten zusätzlich zum Beitrag zu überwälzen. Damit wird letztlich nur der Finanzspielraum einiger Leistungserbringer erweitert. Selbstbeteiligungen sollten deshalb nur dort erwogen werden, wo sie eine gesundheitspolitisch sinnvolle Steuerungsfunktion haben können. Dabei sollten sie einerseits einer wirksamen, d. h. auch für die Leistungserbringer spürbaren Kostendämpfung dienen und andererseits den Versicherten nicht von notwendigen medizinischen Leistungen fernhalten.

Dies ist z. B. bei der Akutbehandlung besonders problematisch. Wir könnten uns deshalb vorstellen,

daß Leistungen, die eher der allgemeinen Lebensführung als der medizinischen Versorgung zuzurechnen sind, generell von der Leistungspflicht der Krankenversicherung ausgenommen werden. So werden beispielsweise heute wegen jeder geringfügigen Mißbefindlichkeit Psychopharmaka verordnet, was letztendlich sogar gesundheitlich schädliche Auswirkungen haben kann. Es ist wirklich zu fragen, ob dies zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen muß. Solche Abgrenzungen müßten dann aber für alle Versicherten der GKV gelten.

Falsche Sichtweise

In diesem Zusammenhang wird Subsidiarität oder Eigenverantwortung häufig als Gegenpol zum Solidaritätsprinzip hochstilisiert. Dies ist meines Erachtens die falsche Sichtweise. Solidarität und Eigenverantwortung gehören zusammen. Die Solidargemeinschaft kann nicht die Eigenverantwortung des einzelnen für seine Lebensführung ersetzen. Ebenso aber muß der einzelne, wenn seine eigenen Kräfte nicht reichen, auf den Schutz der Solidargemeinschaft vertrauen können.

Eigenverantwortung ist jedoch nicht gleichzusetzen mit finanzieller

Selbstbeteiligung. Es gibt viele Möglichkeiten, den Versicherten zu einem gesundheitsgerechten Verhalten zu motivieren und damit seiner Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft Rechnung zu tragen. Sich selbst seine Gesundheit zu erhalten und damit der Hilfe der Solidargemeinschaft gar nicht zu bedürfen ist das höchste Maß an Souveränität, das der Versicherte im Gesundheitswesen genießen kann.

Dies sollte all jenen klar sein, die von Patientensouveränität sprechen. Im Krankheitsfall hat der einzelne in aller Regel nicht die Möglichkeit, Anbieter und Preise zu vergleichen. Er ist, wie bereits gesagt, kein gleichgewichtiger Marktpartner. Deshalb ist es besonders wichtig, daß er in diesem Fall ein Angebot vorfindet, das ihm aus seiner Notlage hilft, ohne ihn persönlich zu überfordern. Von daher gesehen ist die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung der beste Garant für einen souveränen Patienten.

Abwehr systemfremder Maßnahmen

Die vorhergehenden Ausführungen haben meines Erachtens deutlich gemacht, daß die Organisationsprinzipien der gesetzlichen

Krankenversicherung einer grundlegenden Neuregelung nicht bedürfen. Sie sind aber dort, wo beispielsweise ihre Steuerungsfunktion aufgrund gewandelter Anforderungen nicht mehr ausreicht, entsprechend zu ergänzen und zu präzisieren. Dies gilt insbesondere für den Krankenhausbereich und den Arzneimittelsektor.

Verwerfungen im gegliederten System der Krankenversicherung sind vor allem dann zu erwarten, wenn die tragenden Prinzipien, also

- das Solidaritätsprinzip mit Sachleistung,
- die Durchführung der Krankenversicherung in orts-, versicherten- und betriebsnah organisierten Solidargemeinschaften mit paritätischer Selbstverwaltung und
- die AOK als Grundlage des gegliederten Systems

in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt werden. Es kann also nur darum gehen, diese Funktionsfähigkeit durch systemgerechte Maßnahmen zu stabilisieren. Die Einführung systemfremder Prinzipien hingegen, die dem sozialen Auftrag der GKV zuwiderliefen, hieße eine Errungenschaft, die in der Welt als vorbildlich gilt, sehenden Auges zugrunde zu richten.

Heinz Bach

Eine Bereinigung von Fehlentwicklungen ist notwendig

Ziel und Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, eine möglichst kostengünstig finanzierte Sicherstellung der notwendigen gesundheitlichen Versorgung der sozial schwächeren Bevölkerungsschichten zu garantieren. Dem liegt der Gedanke zugrunde, daß finanziell Bessergestellte

allgemeine Lebensrisiken wie das einer Erkrankung im allgemeinen selber tragen können. Unterhalb einer vom Gesetzgeber selbst festgelegten Einkommensgrenze wird demgegenüber unterstellt, daß eine soziale Schutzbedürftigkeit vorliegt. Nur unter diesem Gesichtspunkt rechtfertigen sich die besonderen

Privilegien der GKV, aber auch deren besondere gesetzliche Verpflichtungen.

So ist die GKV einerseits von allen unmittelbaren Steuern befreit, andererseits aber auch zur Sicherstellung einer angemessenen Gesundheitsversorgung verpflichtet und an das Solidaritäts- und Sach-

leistungsprinzip gebunden. Die Träger der GKV erfüllen somit einen sozialen Auftrag, der sich unmittelbar aus dem Sozialstaatsprinzip ergibt. Insofern unterliegen sie nicht nur der unmittelbaren Geltung des Gleichheitsgebotes des Art. 3 Grundgesetz, sondern haben zudem das Prinzip der Subsidiarität und der Wirtschaftlichkeit besonders zu beachten.

Die einzelnen Aufgaben der GKV sind gesetzlich vorgeschrieben. Jeder gesetzlich Krankenversicherte hat einen Anspruch auf eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung. Die Beiträge werden nicht nach dem Äquivalenzprinzip, sondern nach dem Solidaritätsprinzip entsprechend der Leistungsfähigkeit des einzelnen bemessen. Auf diese Grundsätze sei vorab aufmerksam gemacht, da die Hauptstoßrichtung der Vorschläge für Reformen eben an diesen Grundsätzen rüttelt.

So fand sich kürzlich in dem als Anzeige veröffentlichten „Appell“ führender Wirtschaftswissenschaftler zur Reform des Gesundheitswesens als einzig konkreter Vorschlag die Anregung, nach Möglichkeit wettbewerbliche Elemente auch in die gesetzliche Krankenversicherung zu übernehmen. Gerade dies aber ist mit den Prinzipien der GKV

kaum vereinbar. Eben in solchem „Wildwuchs“ mit seinen auch für die Privatversicherung negativen Reflexen besteht die Hauptschwäche des heutigen Systems. Beispiele sind das Angebot wahlweiser Kostenerstattung der Ersatzkassen und ihr Versuch, auch zusätzliche Wahlleistungen anbieten zu können.

Ausweitung des Leistungskatalogs?

Um mit letzterem zu beginnen: Die Ausdehnung des Leistungskataloges ist nur unter Berücksichtigung zweier Grenzlinien möglich. Zunächst ist eine Anpassung der Leistungsansprüche an den wissenschaftlichen Fortschritt vorzunehmen. Dies ist auch in der Vergangenheit regelmäßig dadurch geschehen, daß bestimmte Leistungen als Mehrleistungen in die GKV aufgenommen worden sind. Diese Leistungen wurden nach entsprechender Bewährung dann vom Gesetzgeber in die von der GKV generell zu erbringenden Regelleistungen aufgenommen. Hierbei wurde jedoch stets die zweite Grenzlinie einer Versorgungsausdehnung beachtet, nämlich diejenige der maximalen Belastbarkeit der Versicherten. Daraus ergibt sich auch bereits, daß alle diejenigen Leistungen, die nicht zur ausreichenden und zweck-

mäßigen gesundheitlichen Versorgung der Versicherten erforderlich sind oder aber nicht mehr im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsprinzips finanziert werden können, nicht in den Aufgabenbereich der GKV fallen.

Aus diesem Grund ist auch die zur Zeit diskutierte Einführung von Zusatz- oder Wahlleistungen mit den Prinzipien der GKV nicht vereinbar. Mit einer entsprechenden Regelung wäre zunächst ein Verstoß gegen das für die GKV unmittelbar geltende Gleichheitsgebot verbunden, da derartige Wahlleistungen nicht für alle Versicherten in gleicher Weise erreichbar wären.

Das Prinzip der Gleichmäßigkeit der Versicherungsleistungen würde ebenso aufgehoben wie das Solidaritätsprinzip, da die Inanspruchnahme der Wahlleistungen nur Besserverdienenden möglich wäre. Mit einer Einbeziehung auch solcher Personenkreise wären für die GKV zudem finanzielle Belastungen verbunden, die von der Solidargemeinschaft nicht zu tragen sind. Denn Besserverdienende bringen meist mehr mitversicherte Familienangehörige in die GKV ein und haben zudem ein höheres Anspruchsniveau bei der gesundheitlichen Versorgung als sozial Schwächere. Daraus ergibt sich, daß Besserverdie-

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

Petra Pissulla

DER INTERNATIONALE WÄHRUNGSFONDS UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DIE OSTEUROPAISCHEN LÄNDER

-Rumänien, Ungarn, Polen-

Großoktav, 99 Seiten, 1983, Preis brosch. DM 39,-

ISBN 3-87895-241-4

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

nende in der Regel relativ geringere Beiträge leisten als die eigentlich sozial Schutzbedürftigen. Das Angebot derartiger Leistungen, die über die zweckmäßige und ausreichende gesundheitliche Versorgung hinausgehen, gehört somit nicht zum Aufgabenbereich der GKV.

Einführung einer Kostenerstattung

Aus den gleichen Gründen ist auch die wahlweise Kostenerstattung in der GKV nicht möglich. Das in den §§ 179, 182 RVO verankerte Sachleistungsprinzip ist als Kernelement der gesetzlichen Krankenversicherung seit jeher anerkannt. Das Gesetz sieht nur in Ausnahmefällen eine Kostenerstattung vor, ohne daß eine generelle Ausweitung auf alle Leistungsbereiche erlaubt wäre. Die Ersatzkassen bieten die Kostenerstattung dennoch wahlweise allen freiwillig versicherten Mitgliedern an. Dies dürfte schon mit dem Gleichheitsgrundsatz kollidieren, da es eine ungerechtfertigte Besserstellung gegenüber Pflichtversicherten ist.

Durch die Einführung des Kostenerstattungsprinzips würde der GKV zudem ein wichtiger Kontroll- und Regelungsmechanismus genommen, der sich im Bereich des Sachleistungsprinzips aus der Organisation der kassenärztlichen Versorgung ergibt. Der GKV sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt danach ein Sicherstellungsauftrag für die kassenärztliche Versorgung. Die Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung wird von diesem System überwacht und durch entsprechende Richtlinien gefördert. Dieses System gewährleistet daher Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie Gleichmäßigkeit der ärztlichen Versorgung. Es trägt die Verantwortung für die Gesamtkosten-

entwicklung und hat die Möglichkeit, diese zu steuern.

Beim Übergang auf das Kostenerstattungsprinzip hätte es der einzelne Arzt, gegebenenfalls unter Beteiligung des Patienten, allein in der Hand, den Umfang und die Art der ärztlichen Behandlung zu bestimmen. Eine Kontrollmöglichkeit für die GKV bestünde hinsichtlich der einzelnen ärztlichen Behandlung nicht mehr. Zudem würde sich auch die Gesamtkostenentwicklung jeder Beeinflussung entziehen, und die GKV würde schließlich an der Unmöglichkeit scheitern, eine völlig unkontrollierbare Kostenerstattung finanzieren zu können.

Ausgehend vom Solidaritätsprinzip können daher durch den solidarisch zu erbringenden Beitrag auch nur allgemeine Leistungen finanziert werden, die jedem Mitglied der Solidargemeinschaft immer dann zur Verfügung stehen, wenn es ihrer bedarf. Individuelle Leistungen, die über eine ausreichende Versorgung hinausgehen, sind systemfremd. Ihre Einführung wäre auch nicht wünschenswert, da dadurch eine allgemeine Tendenz zu einer staatlichen Einheitssicherung gegen alle Lebensrisiken gefördert würde. Die internationalen Erfahrungen mit ähnlich umfassenden staatlichen Gesundheitssystemen sind jedoch negativ. Die Versorgung wird relativ schlechter und weniger flexibel.

Schrittweise Verbesserungen

Wer Erfolge im Bemühen um eine größere Effizienz unseres Krankenversicherungssystems wünscht, der sollte die Kärnerarbeit einer schrittweisen Verbesserung auf sich nehmen. Reformbedarf wird sich die GKV sicher auch selbst nicht absprechen. Es ist nur zu fragen, ob der Fortschritt durch den nicht zu verwirklichenden zu hohen Anspruch an die Reform, die nach

allen Erfahrungen dann ihrerseits wieder unvorhergesehenen neuen Reformbedarf auslöst, nicht in Wirklichkeit gebremst wird.

Notwendig ist die Bereinigung von Fehlentwicklungen, die Rückkehr zu einer konsequenten subsidiären Funktion der Sozialversicherung. Sind wirklich fast 90 % der Bevölkerung nicht in der Lage, für den Krankheitsfall selbst vorzusorgen? Benötigen sie den Sozialschutz? Kann ihnen wirklich nicht zugemutet werden, nach dem Äquivalenzprinzip ermittelte risikogerechte Beiträge zu tragen, mit größeren Schwankungen nach oben und unten? Wäre es nicht sozialer, sie die „Marktpreise“ der Privatversicherung zahlen zu lassen und sie damit deutlich überproportional an der Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen, ihnen aber gleichzeitig auch die Chance einzuräumen, durch eine hohe direkte Kostenbeteiligung die Beiträge gering zu halten? Dies würde ihre Patientensouveränität stärken, zumal in Verbindung mit dem vorbildlich transparenten neuen ärztlichen Gebührenrecht für die Privatpraxis. Kostenbeteiligung und Transparenz gehören zusammen, wenn es um Impulse für das Patientenverhalten geht.

Systemfremde Alternativen brauchen für die GKV gar nicht diskutiert zu werden. Alternativen gibt es bereits mit der privaten Krankenversicherung, die sich in Deutschland trotz der tiefen staatlichen Eingriffe zugunsten der Sozialversicherung auch über die Jahre der vollen Staatskassen hinweg kräftig behauptet hat. Manche Weichen sind trotz der wenig konkreten und konstruktiven Reformdiskussionen vom Gesetzgeber in den letzten Jahren richtig gestellt worden. Der Beitrag ist wieder einkommensbezogener geworden und auf die Rentner ausgedehnt. Die Familien-

hilfe wurde eingeschränkt, wo sie nicht nötig ist. Weitere Schritte sollten gewagt werden. Warum beispielsweise könnte nicht daran gedacht werden, die wahlweise Kostenerstattung für die jetzt Begünstigten obligatorisch zu machen? Ist

es vertretbar, daß ein geringfügig Nebenbeschäftigter gegen geringen Beitrag pflichtversichert wird, z. B. als Beamter und Selbständiger oder über eine Teilzeitarbeit als bisher höherverdienender Angestellter?

Die Fragen zeigen, daß es genug Antworten gibt, die nach vorn weisen. Mit dem Begriff Reform sollte man dennoch vorsichtig sein. Insgesamt hat sich das gegliederte Gesamtversicherungssystem in unserem Lande nämlich bewährt.

Klaus-Dirk Henke

Optionen für die Weiterentwicklung der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gehört auf den Prüfstand. Seit der Sozialenquëte gibt es keine entsprechende Analyse dieses Zweiges der sozialen Sicherung mehr. Die Frage, ob die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von knapp 100 Mrd. DM kostenminimal und bedarfsgerecht für die ca. 93 % der Bevölkerung, die in der GKV versichert sind, verwendet werden, wird von Gesundheitsökonomien weitgehend bezweifelt. Zudem erfolgt derzeit die Neukodifizierung des Krankenversicherungsrechts mit seiner Einordnung in das Sozialgesetzbuch, und ökonomische Betrachtungen bzw. von Ökonomen ausgearbeitete Vorschläge könnten die Arbeit der Sozialrechtler wirkungsvoll ergänzen. Da ernst zu nehmende Patentrezepte in dem Maße, wie sie für dieses hochkomplexe Sicherungssystem überhaupt vorliegen, kaum eine Verwirklichungschance besitzen, geht es um Orientierungshilfen und Optionen für die mittelfristige Weiterentwicklung der GKV und um Begründungen für Veränderungen mit einer überschaubaren Reichweite. Selbst für eine derartige auf politische Umsetzbarkeit ausgerichtete Strategie ist eine Neubesinnung auf die Ziele und Grundsätze des traditionsreichen Systems der sozialen Krankenversicherung unerläßlich. Ohne eine profunde Bestandsaufnahme im

Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs verkümmert jeder Ansatz einer Neuorientierung zu richtungslosem Pragmatismus.

Im Vordergrund der Auseinandersetzung um die Ziele und Beurteilungskriterien der GKV steht für Gesundheitsökonomien, Epidemiologen, Sozialmediziner, Praktiker aus der Selbstverwaltung und Sozialrechtler gleichermaßen die Frage, was als Versicherungsfall zu gelten hat bzw. wer gegen welche Risiken und durch wen geschützt werden soll. Die Reformbedürftigkeit der GKV wird im Spannungsfeld von Versicherungs- und Solidarprinzip entschieden, wobei die wirtschaftswissenschaftlichen Kritiker der GKV zu einer Verstärkung des Versicherungsprinzips neigen. Das derzeitige System der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch seine Vielzahl nicht-marktlicher Elemente gekennzeichnet und dadurch, daß es sich in wettbewerblicher Hinsicht nahezu um einen Ausnahmebereich handelt. Ausgehend von der historisch gewachsenen Ausgestaltung der GKV überrascht es daher nicht, daß ein derartiges System (ähnlich wie ein historisch vorgefundenes Steuersystem) den theoretisch-analytischen Anforderungen der Ökonomen nicht genügt. Reformüberlegungen zugunsten einer stärkeren Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung verlangen daher mehr Aufmerksamkeit

als die stereotype Reaktion, daß mehr Äquivalenz gleichbedeutend mit „sozialer Demontage“ im Sinne unerwünschter Einkommens- und Gesundheitswirkungen sei.

Umkehr der Beweispflicht

In einem grundsätzlich marktwirtschaftlich-dezentralen Wirtschaftssystem stellt sich die ordnungspolitisch berechtigte Frage, warum in den Systemen der sozialen Sicherung überhaupt vom Äquivalenzprinzip in dem derzeit gegebenen Maße abgewichen werden soll. In der Wirklichkeit hat man sich so an den Ausnahmezustand für den Gesundheitssektor und insbesondere die Sonderbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung gewöhnt, daß die bestehende und historisch gewachsene Lösung a priori als die vorteilhaftere angesehen wird und Abweichungen zugunsten marktlicher Elemente immer neu begründet werden müssen.

Aus ordnungspolitischen Gründen ist die Beweispflicht jedoch umzukehren; nur wird die systemspezifische Betrachtung von Vertretern der vom Prinzip her so wichtigen Selbstverwaltung und von manchen Sozialrechtlern gelegentlich nicht hinreichend erkannt. Öffentliche Eingriffe und Reglementierungen bedürfen auch in der sozialen Marktwirtschaft der gesonderten Begründung, d. h. alle nicht-marktlichen Lösungen sind aus der Logik

des vorherrschenden Wirtschaftssystems a priori unterlegen. Diese Aussage gilt nicht nur vor dem Hintergrund des Modells der vollständigen Konkurrenz, in dem u. a. annahmegemäß vollständige Information, keine Transaktionskosten und keine Machtphänomene bestehen, sondern sie bezieht sich auch auf ein realtypisches Wirtschaftssystem marktwirtschaftlicher Prägung. Eine Vielfalt marktlicher (und nicht-marktlicher) Lösungen ist aus ordnungspolitischen Gründen einheitlichen nicht-marktlichen Lösungen überlegen. Wenn diese Grundüberlegung, mit der noch keine Aussage über Abweichungen vom marktwirtschaftlichen Äquivalenzprinzip im Gesundheitswesen verbunden ist, seitens der Verfechter einer unveränderten GKV aufgegriffen würde, wäre eine wichtige Voraussetzung für einen fruchtbaren Dialog über die zukünftige Entwicklung der GKV erfüllt.

Läßt sich die GKV ökonomisch rechtfertigen?

Die Frage ist, ob es genügend allokative und/oder distributive Gründe für ein Abweichen vom Versicherungsprinzip mit risikoproportionalen Beiträgen zugunsten des derzeitigen GKV-Systems gibt. Niemand wird bestreiten, daß eine rein marktliche Lösung zu Mängeln bzw. unerwünschten Ergebnissen führen kann. Unvollkommene Markt- und Preisstrukturen und eine unerwünschte Risikoauslese, z. B. durch Leistungsausschlüsse privater Krankenversicherungen, führen zur Notwendigkeit öffentlicher Interventionen. Sie sind auch erforderlich, wenn auf der Nachfrageseite zukünftige Bedürfnisse unterschätzt werden und die Kosten auf die Gesellschaft zurückfallen. Diese und andere unerwünschte Wirkungen lassen sich jedoch durch öffentliche Eingriffe unterbinden (Versicherungszwang, Versicherungs-

aufsicht, Verbot von Leistungsausschlüssen etc.), ohne daß im Prinzip eine GKV nötig wäre. Auch Einkommensumverteilung und Familienlastenausgleich kann der Staat vornehmen, nur stellt sich die Frage, ob sie zweckmäßigerweise über die GKV erfolgen sollen oder ob nicht eine klarere Trennung von Versicherungsaufgaben und Sozialpolitik sinnvoll erscheint. Mehr Äquivalenz in der GKV ist möglich, ohne daß gewünschte Verteilungsziele verletzt werden müssen. Ob die Verteilungsaufgaben über Steuern und Sozialausgaben gezielter und überprüfbarer erfüllbar sind, hängt von ihrer Ausgestaltung ab. Auf jeden Fall handelt es sich um die primären Instrumente der Einkommensumverteilung sowie des Familienlastenausgleichs, und diese sollten genutzt werden, wenn Versicherungsaufgaben und sozialpolitische Eingriffe deutlich voneinander getrennt werden sollen. Vielfach wird die Ansicht vertreten, daß die Trennung von Allokation und Distribution nicht nur mehr Transparenz, sondern auch Kostenvorteile mit sich brächte.

Soll das derzeitige System der GKV gerechtfertigt werden, müssen also übergeordnete, z. B. gesellschaftsvertragstheoretische Ansätze bestimmter Ausrichtung herangezogen werden; aus ökonomischer Sicht allein gibt es nicht genügend Argumente, die das System der GKV in seiner jetzigen Form zwingend rechtfertigen könnten. Wesentliche Kennzeichen der GKV, wie etwa

- einkommensabhängige proportionale Beitragsfinanzierung bis zur Beitragsbemessungsgrenze,
- überwiegend einkommensunabhängiger Leistungsanspruch (Sachleistungsprinzip),
- beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen,

geringe Autonomie der Krankenkassen im Hinblick auf Beitrags- und Leistungsgestaltung sowie das Mitgliedschaftsrecht,

wenig Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten,

Plafondierung und Quotierung der Ausgaben,

deuten zugleich auf Regelwidrigkeiten und auf Änderungsspielräume hin. Im Vordergrund steht allerdings zuerst stets die politische Grundentscheidung über Art und Ausmaß des gewünschten Solidarausgleichs. Von wissenschaftlicher Seite können hierzu entsprechende Wirkungsanalysen vorgelegt werden, wobei hinsichtlich des vielschichtigen Sozialausgleichs festgestellt werden kann, daß trotz einiger empirischer Ansätze Richtung und Umfang der Umverteilung weitgehend unbekannt sind.

Auch der häufig vorgebrachte Hinweis auf mögliche gesundheits-schädigende Wirkungen bestimmter Formen der Individualversicherung erscheint aufgrund neuerer sozialer Experimente in den USA in einem neuen Licht. Dort zeigt sich, daß eine kostenlose Gesundheitsversorgung die Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen, nicht verändert. Auch konnten keine Auswirkungen auf den Gesundheitsstand ermittelt werden. Es ergab sich allerdings, daß bei einigen Personengruppen und bei ausgewählten Krankheiten der kostenlose Zugang zu Gesundheitsleistungen gesundheitsfördernd sein kann. Insgesamt läßt sich aus dieser Untersuchung eine Rechtfertigung für eine generelle (weitgehend) kostenlose Nutzung von Gesundheitsleistungen nicht entnehmen¹.

¹ Siehe im einzelnen R. H. Brook u. a.: Does free care improve adults' health?, in: The New England Journal of Medicine, Dec. 8th, 1983, S. 1426-1434, hier S. 1433.

Die Diskussion über Veränderungen der GKV ist u. a. deswegen so schwierig, weil häufig undeutlich bleibt, ob im Rahmen des Status quo oder für Reformen mit unterschiedlicher Reichweite argumentiert wird. Es ist offenkundig, daß selbst für den Fall, daß aus übergeordneten oder politischen Gründen der Sozialauftrag der GKV anerkannt und damit vom Grundsatz her eine größere Reform abgelehnt wird, Handlungs- und Änderungsbedarf auftritt. Die Pflege und Betreuung alter Menschen, die Versorgung behinderter und psychisch kranker Personen, die Entwicklung der Medizintechnologie und der Ärztezahlen, all dies sind Probleme, die ebenso gelöst werden müssen wie die des Mißbrauchs eines allumfassenden, epidemiologisch nicht abgesicherten Versicherungsschutzes und der Entsolidarisierung in der GKV.

Ansätze zur Neuorientierung

Der Übergang von Veränderungen im Status quo über die derzeitige Situation hinaus zugunsten einer etwas stärkeren Marktorientierung ist fließend. Der Abbau von Fremdleistungen in der GKV und – ceteris paribus – ihr Ersatz durch Bundeszuschüsse bzw. Bundesausgaben, der weitere Ausbau der Selbstbeteiligung einschließlich von Risikozuschlägen bei Selbstbeschädigungen und eigenverantwortlichem gesundheitsgefährdenden Verhalten sowie mehr Transparenz in der Rechnungslegung und Leistungsdokumentation gegenüber dem Patienten gehören zu dieser Option. Eine systematische Aufklärung der Bevölkerung über gesundheitsgerechtes Verhalten und über den Umgang mit Krankheitssymptomen stärken ebenfalls die Nachfrage und bauen die derzeitige Dominanz der Anbieter ab. Schließlich gehört zu den Einzelschritten, die über Veränderungen innerhalb des Sta-

tus quo hinausgehen, auch die Überprüfung neuerer Versicherungsformen, wie sie insbesondere in den USA typisch sind (sogenannte Health Maintenance Organisation). Alle genannten Vorschläge führen zu einer Stärkung und Autonomisierung der Nachfrageseite, die eine der Voraussetzungen für umfassendere Reformen der Krankenversicherung darstellt.

Den bisher genannten Veränderungsvorschlägen stehen zwei grundsätzliche Reformen gegenüber. Hierzu gehört der Vorschlag, die Aufgaben der GKV auf reine Versicherungsleistungen zu beschränken und eine risikoorientierte Finanzierung vorzusehen. Eine entsprechende institutionelle Vorkehrung wäre für den Übergang zwischen den Systemen zu schaffen. Langfristig würden Krankenkassen nach dem Vorbild der heutigen privaten Krankenversicherungen arbeiten. Der entfallende Familienlastenausgleich müßte im Rahmen einer Umgestaltung der Besteuerung und des Kindergeldes neu geregelt werden. Dieser extrem marktwirtschaftlichen Reformvariante steht eine totale Fiskalisierung des Systems gegenüber, der durch einen weitgehenden Finanzausgleich innerhalb und zwischen allen Kassenarten Vorschub geleistet würde. Dieser Reformweg mündet in eine Art „Bundesanstalt für die gesetzliche Krankenkasse“, die die staatliche Einheitsversorgung administriert und den Bürger weitgehend entmündigt.

Duales System der Krankenversicherung

Ist die genannte weitgehende Reform zugunsten des reinen Äquivalenzprinzips politisch nicht umsetzbar bzw. unerwünscht und sind die genannten Einzelschritte nicht ausreichend, so gibt es noch einen dritten Weg, der von einigen Wirt-

schaftswissenschaftlern favorisiert wird. Er führt zu einem dualen System der Krankenversicherung mit dynamischer Grundversorgung, getragen von der derzeitigen Selbstverwaltung, und individuellen Zusatzversicherungen, die marktgerecht über die privaten Krankenversicherungen abgewickelt werden könnten. Die schwierige Trennung zwischen diesen beiden Versicherungskomponenten kann indikationsgebunden oder versicherungstechnisch erfolgen. Die Aufbringung der Mittel könnte im Rahmen der Grundversorgung, auf die ein besonders hoher Anteil der Ausgaben entfallen würde, wie bisher einkommensorientiert erfolgen. Ob die individuellen Zusatzversicherungen, die nach dem Verursacherprinzip risikoproportional finanziert würden, allein vom Arbeitnehmer oder gemeinsam mit den Arbeitgebern finanziert werden sollen, bedarf weiterer Erörterungen.

Die verschiedenen Wege zu einer Stärkung des Äquivalenzprinzips im gegenwärtigen System mögen von einigen am Entscheidungsprozeß beteiligten Personen und Gruppen rundweg abgelehnt werden und für andere zu reformistisch erscheinen. Unabhängig von ihrer heutigen Einschätzung ist jedoch eine längerfristige ordnungspolitische Auseinandersetzung erforderlich. Dazu kann man sich der hier aufgezeigten Ziele, Kriterien und Reformansätze bedienen und das vorhandene System, um das wir insbesondere wegen seiner Selbstverwaltung vom Ausland (z. B. den USA) auch beneidet werden, gründlich überprüfen. Eine derartige Bestandsaufnahme könnte die Diskussion zugleich entideologisieren und auf möglichst konkrete Sachfragen zurückführen².

² Siehe hierzu vor allem A. J. C u l y e r: Public or Private Health Services? A Skeptic's View, in: Journal of Policy Analysis and Management, Vol. 2 (1983), Nr. 3, S. 386-402.