

Die Finanzierungsreform der Gesundheitsleistungen

Probleme, Perspektiven, Optionen

Die Finanzierungsreform der Gesundheitsleistungen bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung gehört zu den wichtigsten Gesetzgebungsaufgaben der laufenden Legislaturperiode. Mit den Koalitionsbeschlüssen vom 4. Dezember ist ein erster Schritt getan. Wieweit sie geeignet sind, die Kostenexplosion zu dämpfen und welche Varianten oder Alternativmodelle zur Diskussion stehen, untersucht der folgende Beitrag.

Neben der Steuerreform und der Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (HK, September 1987, 438 ff) ist die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung die dritte große Aufgabe, die sich die christlich-liberale Koalition für diese Wahlperiode gestellt hat. Dringend notwendig wird diese Reform, weil die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung schneller wachsen als die Löhne und Gehälter. Damit die Krankenkassen ihre Ausgaben weiter bezahlen können, müssen sie ihre Beiträge erhöhen.

Die Kostenexplosion der letzten 20 Jahre

Dies steht aber im Widerspruch zur erklärten Politik der Koalition, die Lohnnebenkosten stabil zu halten und wenn möglich sogar zu senken. Stabile Sozialversicherungsbeiträge sollen nach dem wirtschaftspolitischen Konzept der Koalition nicht nur für möglichst hohe verfügbare Einkommen der Arbeitnehmer sorgen, sie sollen vielmehr auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft stärken und der Ausbreitung der Schwarzarbeit, die nicht von der Beitragspflicht erfaßt ist, entgegenwirken.

Tatsächlich sind die *Ausgaben für Gesundheitsleistungen* in den vergangenen Jahren kräftig gestiegen, und zwar von gut 70 Milliarden Mark 1970 auf knapp 230 Milliarden Mark 1984. Wurden 1970 von 100 Mark Bruttosozialprodukt 6,40 DM für Gesundheitsleistungen ausgegeben, so waren es 1984 bereits 9,50 DM. Die *Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung* stiegen von gut 25 Milliarden DM im Jahre 1970 auf fast 120 Milliarden Mark im Jahre 1986. Während die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung je Mitglied von 1975 bis 1986 um 80% zunahm, stieg die Grundlohnsumme der Versicherten, von der sich die Beiträge errechnen, nur um 73%. Damit die Kassen diesen Ausgabenzuwachs bezahlen konnten, mußten sie den durchschnittlichen *Beitragssatz* von 10,04% Anfang 1975 auf 12,15% elf Jahre später erhöhen. 1970 hatte dieser Durchschnittssatz noch bei 8,24% gelegen, heute strebt er auf 13% zu (Quelle: *Hartmut Reiners: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen,*

herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen, Bonn 1987).

Da die Beitragseinnahmen als ein Prozentsatz der Löhne und Gehälter der Versicherten bis zur ebenfalls regelmäßig steigenden *Beitragsbemessungsgrenze* festgelegt sind, steigen die Kasseneinnahmen praktisch parallel zur Lohn- und Gehaltsentwicklung. Das Konzept der einkommensorientierten Ausgabenpolitik, das seit etwa zehn Jahren politisch verfochten wird, sieht vor, daß diese Einnahmesteigerungen der Kassen ausreichen sollen, um die steigenden Kosten des Medizinbetriebs zu bezahlen. Wie die obigen Zahlen belegen, konnte dieses Ziel jedoch in der Praxis nicht erreicht werden. Die Kassenausgaben stiegen schneller als deren Einnahmen. Seit 1977 hat der Gesetzgeber mit einer ganzen Serie von Einzelmaßnahmen versucht, die Kassenbeiträge stabil zu halten. Darüber hinaus haben alle Arbeitsminister der vergangenen zehn Jahre mit politischem Druck auf die Erbringer von Gesundheitsleistungen versucht, deren Rechnungen an die Kassen unter Kontrolle zu halten. Der Erfolg dieser Kostendämpfungspolitik durch die sogenannten K-Gesetze mag zwar darin liegen, daß die Ausgaben der Kassen deren Einnahmen nicht noch schneller davongelaufen sind, das Ziel, die Beiträge stabil zu halten, konnte aber nicht erreicht werden.

Die weitgehende Wirkungslosigkeit der bisherigen Kostendämpfungsgesetze

Im Laufe der Jahre wurden mit verschiedenen *Kostendämpfungsgesetzen* ein einheitliches Leistungsverzeichnis für alle Krankenkassen vorgeschrieben, für die Kassen die Möglichkeit geschaffen, die Gesamtvergütung für die Ärzte an ihre Einnahmeentwicklung zu koppeln oder ein Arzneimittelhöchstbetrag eingeführt, der jedoch praktisch nicht durchgesetzt werden konnte. Sogenannte Bagatellarzneimittel wurden aus der Erstattungspflicht der Kassen ausgegrenzt (Negativliste), die Selbstbeteiligung an Arzneimitteln wurde von 2,50 DM je Rezept durch eine Selbstbeteiligung je Medikament in Höhe einer, später von zwei Mark abgelöst. Beim Zahnersatz wurde eine Eigenbeteiligung der Versicherten eingeführt, Selbstbeteiligungen gibt es inzwischen auch bei den Fahrtkosten und im Krankenhaus. Ein Teil der Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde also nur dadurch erreicht, daß Ausgaben von den Kassen auf die Versicherten übertragen wurden. Auf der anderen Seite wurden den Krankenkassen erhebliche *zusätzliche Lasten* aufgebürdet, und zwar insbesondere durch die Kürzung der Beiträge der Rentenversicherung an die Kassen.

Die Kostendämpfungspolitik stieß auf zunehmende Kritik, nicht nur, weil sie ihr Ziel verfehlte, die Beiträge stabil zu halten, sondern auch weil sie überholte Strukturen, die vielfach falsche wirtschaftliche Anreize setzen, nicht im Kern anging, sondern allenfalls an Symptomen laborierte.

Nach der Rationalitätenfalle, die der Sozialwissenschaftler *Philipp Herder-Dorneich* definierte, ist für die Teilnehmer am System der gesetzlichen Krankenversicherung ein Verhalten rational, das der Rationalität des Gesamtsystems widerspricht. Für den Versicherten ist es vernünftig, so viel Gegenleistung wie möglich für seinen Beitrag zu erreichen, für die Leistungsanbieter wie Ärzte, Pharmahersteller, Krankenhäuser ist es vernünftig, ihre Einkünfte durch Leistungsausweitung zu erhöhen. Lediglich die Krankenkassen hätten ein begrenztes Interesse an Kostendämpfung. Doch auch sie stünden im gegliederten System im Wettbewerb untereinander. Ziel der jetzt anvisierten Reform ist es, die Strukturen so zu verändern, daß das Gesamtinteresse an der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber den Eigeninteressen von Versicherten und Leistungserbringern durchgesetzt werden kann.

Der Diskussion um die Veränderung der Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen muß das gemeinsame Ziel aller Ansätze vorausgeschickt werden: Von allen Seiten wird unterstrichen, eine ausreichende medizinische Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen müsse weiterhin sichergestellt sein. Auch der medizinische Fortschritt dürfe nicht behindert werden. Der *politische Wettbewerb* um die *Strukturreform* des Gesundheitswesens geht also um Wege, die Kosten in den Griff zu bekommen, ohne die Versorgung zu gefährden. Die politischen Vorschläge zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden sich grundsätzlich danach, ob die jeweiligen Verfechter Herder-Dorneichs Rationalitätenfalle bei den Versicherten oder bei den Leistungserbringern außer Kraft setzen wollen.

Unterschiedliche Konzepte für eine Strukturreform

Wer davon ausgeht, daß die Versicherten Kassenleistungen über Gebühr in Anspruch nehmen, weil sie sie direkt nichts kosten, der will dies mit dem Mittel der *Selbstbeteiligung* ändern. Wer demgegenüber der Meinung ist, Ärzte, Krankenhäuser oder Arzneimittelhersteller könnten ihre Leistungen ohne wirksame Einflußmöglichkeit der Patienten ausweiten, der entwickelt Methoden, die *Leistungserbringer* an die kurze Leine der gesetzlichen Krankenversicherung zu legen. Die großen politischen Fronten sind damit klar: die *FDP*, *Mittelstandsvereinigung* und *Wirtschaftsrat der Union* sowie die Arbeitgeber gehen davon aus, daß die Steuerung der Gesundheitsausgaben in erster Linie in der Hand des Versicherten liegt. Der Versicherte ist es nach diesem Ansatz, der

für seinen Beitrag möglichst teure Gegenleistungen erhalten will, der von seinem Arzt möglichst teure Therapien verlangt. Der einzelne Arzt könne sich derartigen Forderungen kaum widersetzen, zumal er angesichts der Ärzteschwemme befürchten müsse, der Versicherte gehe zur Konkurrenz, wo er das Rezept für die gewünschte teure Medizin erhalte, so diese Überlegung.

So heißt es beispielsweise in den Kieler Beschlüssen der 32. Bundesdelegiertenversammlung der *Mittelstandsvereinigung der CDU/CSU* vom 12. und 13. Juni 1987 grundsätzlich, „die Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen muß ausgebaut werden“. Wenn, so die Logik der Befürworter eines breiten Selbstbeteiligungs-Instruments, der einzelne die Kosten der Therapie anteilig mitträgt, wird er sich bei seinem Arzt nicht mehr für eine teure, sondern für eine möglichst preiswerte Medizin einsetzen. Dem Arzt werde dann nichts übrig bleiben, als diesem Wunsch zu folgen, da der Patient ansonsten zu dem Mediziner wechseln würde, der seinen Wunsch nach einer preiswerten Verordnung eher erfüllt.

Einen Teil der Probleme, die mit einer weitreichenden Selbstbeteiligung vorhanden sind, sprechen die Unionsmittelständler in ihrem Beschluß gleich selbst an. Voraussetzung dafür sei nämlich, so heißt es, „gesundheitspolitische Unbedenklichkeit, soziale Verträglichkeit und Steuerungswirkung“. Wenn alle diese *Prämissen* eingehalten werden, wird nämlich das Ziel, die Rationalitätenfalle zu schließen, in vielen Fällen nicht mehr erreicht werden. Gesundheitspolitische Unbedenklichkeit heißt beispielsweise, daß keine finanziellen Schwellen errichtet werden sollten, den Arzt aufzusuchen. Wer nämlich, so die Gegner der Selbstbeteiligung, nicht zum Arzt geht, weil er Geld sparen will, kann schnell eine Krankheit verschleppen mit der Folge, daß sie nicht nur für ihn schwerwiegender, sondern auch für seine Kasse teurer wird.

Wenn die Selbstbeteiligung sozial gestaltet werden soll, bedeutet dies, daß man sowohl ganze Bevölkerungsgruppen mit niedrigen Einkommen als auch besonders teure oder langwierige medizinische Therapien aus der Selbstbeteiligung ausschließen muß. Wenn aber aus sozialen Gründen beispielsweise Kinder, Rentner, Sozialhilfeempfänger und Dauerpatienten von der Selbstbeteiligung befreit werden, so würde sie am Ende nur noch bei einem sehr geringen Anteil der Kassenausgaben wirksam. Einem erheblichen Verwaltungsaufwand, etwa zur Feststellung der sozialen Bedürftigkeit, stünden dann nur geringe Steuerungswirkungen und Einsparungen der Kassen gegenüber.

Ein anderes Problem ergibt sich bei der Ausweitung der Selbstbeteiligung durch das *Splitting der Sozialversicherungsbeiträge* auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wird nämlich ein Teil der Gesundheitskosten von den Krankenkassen auf die Versicherten verlagert, so ergeben sich dadurch erhebliche verteilungspolitische Auswirkungen. So ergäben sich nicht nur Belastungen der Kranken und Entlastungen der Gesunden, sondern auch Entlastungen

der Arbeitgeber, die den halben Beitrag aufbringen, und Belastungen der Arbeitnehmer und Rentner, die die Selbstbeteiligung allein zu tragen hätten.

Diese Verteilungswirkung ist im Konzept der Arbeitgeber erwünscht. Sie sehen darin einen Ausgleich für die von ihnen allein zu tragende sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. In der FDP, in der ebenfalls weitreichende Selbstbeteiligungsmodelle entwickelt wurden, hat der Fraktionsvorsitzende *Wolfgang Mischnick* demgegenüber vorgeschlagen, zunächst den Arbeitgeberanteil an den Kassenbeiträgen steuerneutral auf die Arbeitnehmer zu übertragen. Einsparungen bei den Beiträgen durch Selbstbeteiligungen kämen dann in vollem Umfang auch den Arbeitnehmern zugute.

Weitreichende Konsequenzen hätte dieses Modell aber andererseits für die *Selbstverwaltung der Krankenkassen*, die heute, außer bei den Ersatzkassen, paritätisch von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern besetzt sind. Wenn die Arbeitgeber keinen Beitrag mehr zahlten, hätten sie auch keine Legitimation mehr, in diesen Gremien vertreten zu sein.

Schlüssel zur Kostendämpfung bei den Ärzten

Dem Selbstbeteiligungs-Konzept steht der Weg der Budgetsteuerung durch die Kassen gegenüber. Danach sollen die Kassen durch Vorgaben oder Vereinbarungen mit den Leistungserbringern ihre Ausgaben steuern. Auf diesen Weg setzen die *Sozialdemokraten*, aber auch die *Sozialausschüsse der CDU*. Im Entwurf der Arbeitsgruppe Sozialpolitisches Programm und der Kommission Sozialpolitik beim SPD-Parteivorstand „Die Zukunft sozial gestalten“ vom Februar 1986 heißt es, „es muß darauf ankommen, die Preis- und Honorargestaltung so zu verändern, daß sie wirtschaftlich vernünftiges Verhalten fördert, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Preise und Honorare müssen grundsätzlich gemeinsam von allen Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbringern in eigener Verantwortung ausgehandelt werden. Dabei ist die Stellung der Krankenversicherung als Verhandlungs- und Vertragspartner zu stärken.“

Um den Ärzten den Anreiz zu nehmen, ihre Einzelleistungen auszuweiten, soll ihnen nicht mehr jede Einzelleistung, sondern der gesamte Leistungskomplex vergütet werden. Im Fall von Krankenhausaufenthalten plädieren die Sozialdemokraten für *gestufte Pflegesätze*, die, den Behandlungskosten angenähert, anfangs relativ hoch seien und dann sinken müßten. Das strenge duale System der Krankenhausfinanzierung, nach dem die Investitionskosten von der öffentlichen Hand und die Benutzerkosten über die Pflegesätze von den Krankenkassen getragen werden, habe sich ebenfalls als wenig sachgerecht erwiesen. Daher sollen, so die SPD-Sozialpolitiker, in Zukunft auch die Investitionskosten über die Pflegesätze erwirtschaftet werden. Bei der *Arzneimittelvergütung* hält

die SPD direkte Vertragsbeziehungen zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen für notwendig. Dazu hat sie bereits einen Gesetzentwurf im Bundestag eingebracht (Bundestagsdrucksache 10/2631). Künftig sollen nach dem Plan der SPD nur noch solche Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, über deren Preis sich Krankenkassen und Arzneimittelhersteller geeinigt haben.

Auch nach dem Beschluß der CDA-Bundestagung Mitte Oktober 1987 in Hamburg zur „Strukturreform im Gesundheitswesen“ sollen Krankenkassen, Ärzte und Hersteller „gemeinsam über die zu Lasten der kassenverschreibungsfähigen Medikamente entscheiden.“ Im Krankenhausbereich sollten verstärkt „diagnosebezogene Entgeltformen“ eingeführt werden. Dazu seien bei Standarderkrankungen „Pauschalvergütungen für die jeweiligen Krankenhausaufenthalte vorzusehen. Eine abweichende Abrechnung von außergewöhnlichen Leistungen bei besonderem Krankheitsverlauf muß schriftlich begründet werden.“ Der Schlüssel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen liegt für die CDU-Arbeiterschaft „in der Hand der Ärzte“. Sie bestimmten nicht nur die Art und den Umfang der ärztlichen Leistungen, vielmehr trügen sie auch wesentlich die Verantwortung für andere veranlaßte Leistungen. Folgerichtig wird in dem CDA-Beschluß ein arztindividuelles Bonus-Malus-System nach Fachgruppen und Patientenstruktur differenziert vorgeschlagen, um „Aspekte der Wirtschaftlichkeit stärker zu berücksichtigen und finanzielle Anreize zu schaffen. Dabei muß darauf geachtet werden, daß der Arzt nicht in die Lage kommt, zwischen einer angemessenen medizinischen Versorgung des Patienten einerseits und einer besseren materiellen Vergütung bei unzureichender medizinischer Betreuung andererseits wählen zu müssen.“ Damit ist gleichzeitig das Problem angesprochen, das gegen weitreichende Bonus-Malus-Regelungen für Ärzte spricht: Wenn der Arzt dafür bestraft werden kann, daß er umfangreiche Therapiemaßnahmen ergreift, wird er möglicherweise davon auch dann Abstand nehmen, wenn diese aus medizinischen Gründen geboten wären.

Abbau nichterforderlicher Leistungsangebote

Angesprochen wird in dem CDA-Papier auch der Komplex, der nach Auffassung der Krankenkassen-Verbände mitverantwortlich für die Kostenexplosion ist: die *Ausweitung der Anbieterkapazitäten*. „Die Selbstverwaltungsorgane der Krankenversicherungen müssen ein Instrumentarium an die Hand bekommen“, so heißt es in dem CDA-Beschluß, „mit dem sie die Anzahl der Kassenärzte, ebenso wie die der Zahnärzte, Apotheken und in Heil- und Hilfsberufen Tätigen begrenzen können. Hierzu sind eine Vielzahl von honorarpolitischen Instrumenten denkbar; wenn diese Instrumente keine Wirkung zeigen, muß ein Bedarfsplanungsgesetz den erforderlichen Rahmen schaffen.“

In „Vorstellungen“ zur Strukturreform des AOK-Bundesverbandes vom 14. Oktober 1987 heißt es dazu, „die Expansion der Gesundheitsausgaben beruht nach weitverbreiteter Meinung in erster Linie auf der *Expansion der bereitgestellten Kapazitäten* und der erbrachten Leistungen“. Die AOK-Spitze fordert daher „vom Gesetzgeber stärkere Befugnisse, die für die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nicht benötigten Leistungsangebote ausscheiden zu können“. Das bedeute:

- Die *Krankenhäuser* seien auf einen gemeinsam festgelegten Versorgungsauftrag zu verpflichten. Die Krankenkassen müßten gleichberechtigte Partner bei der Bedarfsplanung sein, die heute in der Hand der Bundesländer liegt. Das bislang geltende Selbstkostendeckungsprinzip müsse durch eine freie Aushandlung von Preisen ersetzt werden. Den Krankenkassen müsse die Möglichkeit eröffnet werden, unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser vom Kontrahierungszwang auszunehmen.

- Der Einfluß der Krankenkassen im Arzneimittelmarkt sei zu stärken, da hier durch Produkt- und Preispolitik sowie durch Marketing jegliche Kostendämpfung unterlaufen werden könne. Die Wettbewerbselemente auf dem Arzneimittelmarkt seien auszubauen.

- Auch im *Heil- und Hilfsmittelmarkt* seien geeignete Instrumente zur Steuerung zu schaffen.

- Ein besonderer Dorn im Auge ist dem AOK-Bundesverband die zunehmende Zahl der Ärzte, die aus der Sicht der Kassen nicht nur das Risiko zusätzlicher Honorarausgaben beinhalten, sondern auch das Risiko zusätzlicher Ausgaben durch veranlaßte Leistungen. Daher sei, so *Detlef Balzer*, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes auf einem Presse-seminar am 2. November 1987 in Bad Neuenahr, eine Begrenzung der Studienkapazitäten angezeigt. Da dies einerseits aus verfassungsrechtlichen Gründen schwer durchsetzbar ist, zum anderen auf die bereits jetzt nach Kassen-Meinung zu hohe Zahl der Medizinstudenten keinen Einfluß mehr hätte, wird daran gedacht, vor der Zulassung zum Kassenarzt eine zusätzliche Weiterbildungs-Hürde einzubauen. Kassenärzte, so dieser Ansatz, müßten nicht nur eine medizinische Ausbildung haben, sondern auch vor ihrer Zulassung besser darin ausgebildet werden, was sparsames Wirtschaften bedeute. Über die Zahl solcher Weiterbildungs-Plätze könne, so schwebt es insbesondere Balzers Vorstands-Kollegen *Willi Heitzer* vor, die Zahl der neuen Kassenärzte wirksam gesteuert werden.

Unterschiedliche Belastung der Beitragszahler

Ein weiteres Thema der anstehenden Reform sind die *Strukturen der Krankenkassen* selbst. Die Diskussion um die Institutionen geht von zwei Problemfeldern aus: Einmal wird die Frage diskutiert, ob die sozialversicherungsrechtliche *Trennung von Arbeitern und Angestellten* noch zeitgemäß ist, zum anderen wird darüber nachgedacht, ob teilweise drastische *Beitragsatzunterschiede* zwischen

den einzelnen Kassen weiterhin hingenommen werden können. Derzeit sind Arbeiter in der Regel pflichtversichert bei einer Orts-, Innungs- oder Betriebskrankenkasse. Demgegenüber können Angestellte zwischen der Mitgliedschaft in einer solchen Primärkasse und einer Angestelltenersatzkasse frei wählen. Wer darüber hinaus als Angestellter ein Arbeitsentgelt bezieht, das über der Versicherungspflichtgrenze von 4500 Mark monatlich im Jahr 1988 liegt, darf sich privat versichern. Auch diese Wahlmöglichkeit gibt es für Arbeiter nicht.

Die *unterschiedliche Belastung der Beitragszahler* bei praktisch gleichen Leistungsansprüchen zeigt sich darin, daß die AOK Papenburg mittlerweile einen Beitragssatz von 16% erhebt, während auf der anderen Seite einzelne Betriebskrankenkassen mit weniger als 10% auskommen. Während der durchschnittliche Beitragssatz aller gesetzlichen Krankenkassen am 1. Juli 1987 bei 12,6% lag, mußten die Ortskrankenkassen im Durchschnitt 12,15% erheben, die Angestellten-Ersatzkassen 12,36% und die Betriebskrankenkassen im Durchschnitt 11,16%. Die Ersatzkassen erheben bundeseinheitlich gleiche Beiträge, bei den AOKs differieren diese von Ort zu Ort. Dabei liegen die Belastungen in strukturschwachen Gebieten am höchsten. Mit örtlichen Abweichungen gibt es ein Süd-Nord-Gefälle, also niedrigere Durchschnittsbeiträge in Bayern und Baden-Württemberg, hohe Beitragssätze in Nord- und Westdeutschland sowie in Berlin.

Die Reformpläne der Koalition

Willi Heitzer nannte dafür in Bad Neuenahr zwei wesentliche Ursachen: einmal das unterschiedliche Grundlohniveau der einzelnen Krankenkassen, von dem sich die Beiträge berechnen. Während der durchschnittliche Grundlohn je Mitglied bei der AOK knapp 29 400 DM betrage, liege die Vergleichszahl bei den Betriebskrankenkassen bei gut 37 000 DM, im Durchschnitt der Angestellten-Ersatzkassen bei gut 31 600 Mark. Zweite wesentliche Ursache der Beitragssatzunterschiede sei die ungleiche Verteilung von sozialen Problemgruppen auf die einzelnen Glieder der Krankenversicherung. Die in besonderem Maße schutzbedürftigen Gruppen der Arbeitslosen, Sozialhilfeempfänger, Behinderten in besonderen Einrichtungen und Rehabilitanten seien in Relation zu ihrem Marktanteil dreimal mehr in den Ortskrankenkassen als in den Betriebskrankenkassen und in der AOK doppelt so oft wie in der Ersatzkasse versichert.

Um beide Probleme zu lösen, werden unterschiedliche Modelle angeboten. Dabei sind die völlige *Freiheit der Kassenwahl* für alle Versicherten, wobei die Kasse keinen Versicherungsantrag ablehnen darf (Kontrahierungszwang), und ein umfassendes *Finanzausgleichssystem* die extremen Standpunkte. Freie Demokraten und Sozialdemokraten tendieren dabei am ehesten zur Öffnung aller Krankenkassen für alle Arbeitnehmergruppen, jedoch aus unterschiedlichen Gesichtspunkten. Für die FDP ist

dies Ausdruck der Liberalität, Sozialdemokraten erwarten von einer solchen Regelung zusätzlich einen Marktdruck zugunsten einer einheitlichen Versicherung: „Das bisherige System kennzeichnet eine starke regionale berufsständische und betriebsbezogene Gliederung – historisch gewachsen, eher zufällig als geplant. Viele bezweifeln zu Recht, daß ein so gegliedertes System für die Versicherten Vorteile bringt“, heißt es in dem zitierten SPD-Papier „Die Zukunft sozial gestalten“. Und weiter: „Alle Krankenkassen sollen gleichberechtigt sein; Ortskrankenkassen und Ersatzkassen sollen gleichermaßen für alle Versicherten offenstehen, ein Wechsel der Versicherten zwischen den Kassenarten muß für alle möglich werden.“

Einer solchen Öffnung verschließen sich aber die Krankenkassen selbst. Die einen, die Ortskrankenkassen, weil sie im Wettbewerb nicht mithalten können und daher vielerorts um ihre Existenz fürchten müßten, die anderen, die Angestellten-Ersatzkassen, weil sie um das Image des besonders „Noblen“ fürchten, wenn sie auch Arbeiter aufnehmen müßten. Für die Ortskrankenkassen verlangt Heitzer demgegenüber die Solidarität der anderen Kassen in Form eines Finanzausgleichs für die besonderen Belastungen der AOKs. Die Ersatzkassen schlugen vor, Wahlfreiheit für Arbeiter dadurch zu schaffen, daß Arbeiter-Ersatzkassen, die bisher nur eine untergeordnete regionale Bedeutung haben, bundesweit geöffnet werden sollten.

Die *Koalition* hat sich Anfang Dezember 1987 darauf geeinigt, die bislang nur für Angestellte geltende Versicherungspflichtgrenze auch auf Arbeiter auszudehnen. Damit können künftig auch Arbeiter, die mehr als 4500 Mark monatlich verdienen, in die Privatversicherung wechseln. Die unterschiedlichen Beitragssätze der einzelnen Kassen sollen durch einen obligatorischen Finanzausgleich innerhalb einer Kassenart auf Landesebene abgemildert werden. Die Unterschiede im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht zwischen einzelnen Kassen sollen ausgewogener werden. Dadurch können sich die Bevölkerungsgruppen mit besonderen gesundheitlichen Risiken ausgeglichener auf die einzelnen Krankenkassen verteilen.

Nach dem Koalitionskonzept „Solidarität und Eigenverantwortung“, das Bundesarbeitsminister *Norbert Blüm* am 4. Dezember, einen Tag nach der entsprechenden Koalitionsvereinbarung, vorstellte, sollen durch eine Reihe von Maßnahmen 14 Milliarden DM eingespart werden, die zur Hälfte zu *Beitragsentlastungen* führen, zur anderen Hälfte zur *Finanzierung neuer Aufgaben*, besonders der Absicherung des Pflagerisikos, verwendet werden sollen. Nach dem Sparkonzept der Koalition soll die Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung auf das konzentriert werden, „was medizinisch erforderlich ist, damit wir Geld haben für den medizinischen Fortschritt, für neue Aufgaben in der Vorsorge und vor allem in der Unterstützung der häuslichen Pflege“, erläuterte Blüm seine Reform-Grundsätze.

Das entscheidende Mittel zur Umsetzung dieses Konzepts ist ein *System von Festbeträgen*. „Diese sollen so bemessen sein, daß der Versicherte die medizinisch erforderliche Leistung ohne Zuschlag erhält. Die Festbeträge orientieren sich an ausreichenden, aber preiswerten Leistungen, Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln. Sie werden mehr Preiswettbewerb in das Gesundheitssystem bringen“, so heißt es in der Begründung des Hauses Blüm für die Koalitionsvereinbarung. Ob auf diese Weise die von Blüm kalkulierten Einsparungen auch tatsächlich erzielt werden können, hängt davon ab, wie das Konzept in der Praxis umgesetzt werden soll. Die Festbeträge für ein breites Spektrum von Arzneimitteln, für Heil- und Hilfsmittel von Brillen über Hörgeräte bis zu Massagen sollen nämlich von der Selbstverwaltung, also den Kassen, sicherlich nicht ohne Mithilfe der Kassenärzte und der entsprechenden Leistungsanbieter, festgelegt werden. Diese Festpreise sollen so gestaltet werden, daß das medizinisch Notwendige damit abgedeckt werden kann. Verlangt der Versicherte ein teureres Produkt, so hat er die Differenz selbst zu bezahlen. Würde beispielsweise das von den Kassen zu erstattende Standard-Hörgerät mit 800 Mark angesetzt, verlangt der Patient aber beispielsweise aus kosmetischen oder optischen Gründen ein Gerät, das 1500 Mark kostet, so hätte er die Differenz von 700 Mark selbst zu bezahlen. Ähnliches gilt bei Arzneimitteln, bei denen es verschiedene Präparate mit gleichen Wirkstoffen gibt. Die Kasse trägt nach dem Blüm-Konzept nur noch die Kosten eines preiswerten Anbieters, verlangt der Patient aber ein teures Markenpräparat, so muß er die Differenz selbst bezahlen.

Vor- und Nachteile des beschlossenen Modells

In der politischen Diskussion hat dieses Konzept den Vorteil, daß die Kassen zwar Geld sparen, man wird Blüm aber schwer vorwerfen können, er entlaste die Krankenversicherung zu Lasten der Patienten. Diesen Vorwurf erhebt die Opposition aber für einen weiteren Teil des Blümschen Sparpakets. Danach sollen Bagatellen und überholte Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen werden. Dies betrifft, mit einer Übergangszeit für ältere Menschen, das Sterbegeld sowie eine Reihe von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Darüber hinaus werden auch im Bereich des Zahnersatzes, der Kieferorthopädie, der Fahrtkosten und der medizinischen Behandlung im Ausland rund 4 Milliarden DM von den Kassen auf die Patienten verlagert. Bei einer Reihe von ausgegrenzten Kassenleistungen ist nicht absehbar, ob diese künftig wegfallen oder ob sie ebenfalls von den Patienten selbst bezahlt werden müssen. Dies gilt beispielsweise für den Ausschluß von Arzneimitteln, deren Wirkung wissenschaftlich umstritten ist, für den Ausschluß medizinisch nicht notwendiger Heilmittel oder den Ausschluß von Bagatellhilfsmitteln. Insgesamt sollen die Kassen in diesem Bereich rund 700 Millionen Mark sparen.

Auf seiten der Leistungserbringer hat Blüms Spar-Konzept in erster Linie die *pharmazeutische Industrie* im Visier. Neben Festzuschuß-Regelung und Ausgrenzung einer Reihe von Arzneimitteln sollen die Pharmahersteller einen „Solidarbeitrag“ in Höhe von 1,7 Milliarden Mark entsprechend 10% der Kassen-Ausgaben für Arzneimittel aufbringen. Die FDP hat jedoch aus ordnungspolitischen Gründen den Plan zu Fall gebracht, diesen Zwangsrabatt gesetzlich vorzuschreiben. Ob Blüm mit jetzt angestrebten „freiwilligen Verhandlungen“ ein Entgegenkommen der Pharmahersteller erreicht, ist fraglich. Möglicherweise einigt man sich darauf, daß die Industrie weiterhin ihre Preise nicht erhöht. Die Apotheker sollen durch Änderungen bei den Apothekenzuschlägen Einnahmeausfälle in Höhe von 600 Millionen Mark hinnehmen.

Bei Ärzten und Zahnärzten sollen die Wirtschaftlichkeitsprüfungen verstärkt werden, die Länder sollen die Zahl der Medizinstudenten durch Zulassungsbeschränkungen reduzieren und auf diese Weise die Zunahme der Zahl der Ärzte bremsen. Insgesamt sollen auf diese Weise bei den Ärzten selbst und den von ihnen verordneten Leistungen zwei Milliarden Mark gespart werden. Von einem Paket von Einzelmaßnahmen im Krankenhausbereich verspricht sich die Koalition Ersparnisse von 1,5 Milliarden Mark. Für die Patienten am ehesten spürbar könnte dabei die künftige Verpflichtung des Arztes zur Einweisung in ein preisgünstiges Krankenhaus unter Beachtung medizinischer Erfordernisse werden. Falls der Versicherte von der Empfehlung des Arztes abweicht, kann er nach der Neuregelung mit den Mehrkosten belastet werden. Diese Vorschrift kann auch in diesem Bereich zu einem Einstieg in eine spätere Festzuschuß-Re-

gelung werden. Demnach könnte beispielsweise für eine Blinddarmoperation ein bestimmter Festbetrag vorgegeben werden, geht der Versicherte in ein teureres Krankenhaus, hätte er die Mehrkosten zu tragen.

Ungelöste Pflegeversicherung

Ein entscheidender Punkt des Konzeptes ist die *Einführung von Pflegeleistungen* in die gesetzliche Krankenversicherung. Für die Förderung der häuslichen Pflege sollen rund 6,5 Milliarden Mark jährlich ausgegeben werden. Damit sollen 600 000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftige unterstützt werden. Gedacht ist an eine Ersatzkraft für einen vierwöchigen Urlaub des Pflegenden sowie an die laufende Pflegeunterstützung durch Sozialstationen. In Einzelfällen sollen auch finanzielle Zuwendungen möglich sein.

Der Ansatz des Koalitions-Sparkonzeptes erscheint überzeugend: Die Solidarität sollte auf solche Leistungen konzentriert werden, die der einzelne nicht tragen kann. Bagatell- und Leistungen, die über das Notwendige hinausgehen, kann nach dem Subsidiaritätsprinzip der einzelne selbst tragen. Dies gilt um so mehr, als durch Einsparungen im Bagatell- und Luxusbereich Finanzmittel für eine *bessere Absicherung des Pflegerisikos* freigesetzt werden, das der einzelne und seine Familie in vielen Fällen wirklich nicht mehr allein tragen kann. Andererseits ist es aber ordnungspolitisch fragwürdig, das Pflegerisiko der sozialen Krankenversicherung aufzubürden. Nach dem Prinzip der Subsidiarität sollten hier die Länder oder der Bund eintreten, wenn die Familien und die Gemeinden überfordert sind.

Heinz Schmitz

„Den alten ethnischen Nationalismus können wir uns einfach nicht mehr leisten“

Ein Gespräch über Staatsverständnis, Nation und Fremdenfeindlichkeit mit Professor Dieter Oberndörfer

Weltoffene Republik oder verengtes nationalstaatliches Denken, was ist in der Verfassungswirklichkeit der Bundesrepublik bestimmender? Wie ist das im Grundgesetz selbst fußende Spannungsverhältnis zwischen beiden Sichtweisen weiterentwickelt worden, und wieweit ist von daher die Asylanten- und Einbürgerungspolitik der Bundesrepublik zu beurteilen? Dieter Oberndörfer, Professor für wissenschaftliche Politik und Direktor des Arnold Bergsträsser-Instituts in Freiburg, hat dazu in dem von Manfred Hättich herausgegebenen Band zum Staatsverständnis der Gegenwart (München 1987, S. 221-243) und in der „Zeit“ (12.11.87)

dezidierte Thesen veröffentlicht. Sie werden in dem folgenden Interview zeitgeschichtlich und politisch verdeutlicht. Die Fragen stellte David Seeber.

HK: Herr Professor Oberndörfer, in einem Beitrag zum Thema Nation und Staatsverständnis vertreten Sie u. a. die These, nationalstaatliches Denken sei atavistisch geworden, Reste eines speziell ethnosbezogenen, „völkischen“ Nationalismus restaurieren zu wollen, gleiche der Wiederbelebung eines klinisch Toten. Eilen Sie damit der politischen Wirklichkeit nicht weit voraus?