

Detlef Affeld und Hartmut Reiners

Das deutsche Krankenversicherungssystem – ein Exportartikel?*

In den letzten Jahren konnte in der Gesundheitspolitik ein bemerkenswertes Phänomen beobachtet werden. Während hier bei uns in Deutschland eine intensive Debatte über die Reform unserer auf der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basierenden Gesundheitsreform entbrannt war, galt eben dieses von ihren eigenen Repräsentanten als reformbedürftig erkanntes System in den Ländern des ehemaligen Warschauer Paktes als Vorbild für die Umstrukturierung der zuvor staatlichen Versorgungssysteme. Deutsche Expertengruppen tummelten sich in Ost- und Südosteuropa, um dort den politisch Verantwortlichen unser Krankenversicherungssystem nahezubringen. Dabei boten sie nicht selten ein für ihre ratsuchenden Gastgeber verwirrendes Schauspiel, in dem sie den bei uns geführten Streit über die »richtige« GKV fortsetzten. Zwar wurde immer wieder quasi unisono davor gewarnt, die bei uns gemachten Fehler zu wiederholen. Die Benennung und Bewertung der Ursachen dieser Mängel fiel jedoch je nach institutioneller Herkunft der Experten ausgesprochen unterschiedlich aus. Statt einer von den Problemen vor Ort ausgehenden Beratung wurde nur zu oft ordnungspolitische Überzeugungsarbeit geleistet.

Dieser ordnungspolitischen Ausrichtung westlicher Berater stand (und steht) ein hoher Problemdruck der östlichen Gesundheitspolitiker gegenüber, der weit über das Gesundheitswesen hinausreicht. Es muß ein zweifacher Prozeß bewältigt werden. Neben der Umstrukturierung und Sanierung des Gesundheitswesens geht es auch um deren Einpassung in die allgemeinen Umwälzungen, die mit der Demokratisierung und marktwirtschaftlichen Orientierung in diesen Ländern einhergeht. Reformen im Gesundheitswesen müssen mit benachbarten sozialen Sektoren abgestimmt und in die

* Im folgenden werden Erfahrungen verarbeitet, die wir im Rahmen des WHO-Projektes »Health Care in Transition« sowie durch weitere Kontakte zu Gesundheitspolitikern in osteuropäischen Ländern sammeln konnten.

allgemeine wirtschaftliche Entwicklung eingepaßt werden. Stellen sich Reformüberlegungen in der medizinischen Versorgung quer zum globalen politischen und ökonomischen Reformprozeß, sind sie nicht erfolgreich umsetzbar. Insbesondere muß berücksichtigt werden, welche wirtschaftlichen Ressourcen überhaupt für das Gesundheitswesen bereitgestellt werden können. Sehr viele, wenn nicht die meisten Probleme, haben sich in den ost- und südosteuropäischen Gesundheitssystemen aus einer chronischen Unterfinanzierung der medizinischen Einrichtungen während der Zeit der zentralstaatlichen Wirtschaftsverwaltung ergeben. Dieser immense Sanierungsbedarf läßt sich nicht durch ordnungspolitische Patentrezepte bewältigen, sondern nur im Rahmen eines allgemeinen wirtschaftlichen Aufschwungs.

Es ist nur zu verständlich, wenn sich die östlichen Gesundheitspolitiker in einer solchen Situation ratsuchend an westliche Experten wenden, die über lange Erfahrungen im Umgang mit dem Gesundheitswesen als einen Wirtschaftszweig und mit dessen Einbindung in ein grundsätzlich marktwirtschaftlich strukturiertes Wirtschaftssystem haben. Bemerkenswert ist allerdings, daß vor allem die deutsche gesetzliche Krankenversicherung als Orientierungsdiente, wo es doch vordergründig nahegelegen hätte, sich die staatlichen Versorgungssysteme in Großbritannien oder Skandinavien zum Vorbild zu nehmen. Nach unseren Erfahrungen scheint die deutsche Krankenversicherung für osteuropäische Gesundheitspolitiker aus folgenden Gründen attraktiv zu sein:

1. Es hat sich aller internen Turbulenzen zum Trotz im internationalen Vergleich als wirtschaftlich ausgesprochen stabil erwiesen.
2. Das ordnungspolitische Prinzip der Selbstverwaltung erscheint als attraktive Alternative zur zentralstaatlichen Verwaltung.
3. Die im Transformationsprozeß des DDR-Gesundheitswesens in das GKV-System gemachten Erfahrungen werden zwar nicht als Modell gewertet. Jedoch könnten sie wichtige Hinweise geben. Welche Substanz haben diese Orientierungspunkte? Wie »exportfähig« ist unser Gesundheitssystem, insbesondere in Ländern mit einer bislang zentralstaatlichen Wirtschaftsverwaltung?

ad 1) Es stimmt, daß die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland den immer wieder benutzten Begriff der »Kostenexplosion« nicht rechtfertigt. Insoweit gehen wir mit dem Hartmann-Bund und anderen Interessenverbänden konform, die immer wieder auf diesen Sachverhalt hinweisen. Seit 20 Jahren ist der Anteil der

Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt als international üblichem Indikator relativ konstant; er bewegt sich um 8,5%, wobei sich jährliche Unterschiede von bis zu 0,3%-Punkten nach unten bzw. oben ergeben. Im internationalen Vergleich können nur wenige Länder, wie z.B. Dänemark oder die Niederlande, eine ähnlich solide Bilanz vorlegen.

Im Dissenz zum Hartmann-Bund befinden wir uns freilich, wenn er diese Entwicklung als Verdienst der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wertet. Die relative Stabilität der Krankenkassenausgaben ist nicht Resultat einer immanenten wirtschaftlichen Disziplin des GKV-Systems, sondern vielmehr auf politisches Handeln des Staates zurückzuführen. Die OECD konnte in einer internationalen Vergleichsstudie feststellen, daß für die wirtschaftliche Stabilität im Gesundheitswesen nicht deren jeweilige ordnungspolitische Struktur, sondern der Wille und die Durchsetzungsfähigkeit der staatlichen Institutionen verantwortlich sind. Das Gesundheitswesen ist ein Wirtschaftszweig mit sehr begrenztem Selbststeuerungspotential und der immanenten Tendenz zu überproportionalen Ausgabensteigerung, die nur durch politische Einflußnahme in den Griff zu bekommen ist. Ohne die verschiedenen Kostendämpfungsgesetze der letzten 20 Jahre, von deren strukturellen Qualität man halten kann was man will, wären wir bei weit höheren Beitragssätzen in den Krankenkassen angelangt. Die aktuelle Entwicklung zeigt nur zu deutlich, daß wir auch in Zukunft ohne eine politisch definierte Begrenzung und Kontrolle der GKV-Ausgaben nicht auskommen werden. Bezüglich der Ausgaben ist das deutsche Gesundheitswesen also kein positives Beispiel für systemimmanente Steuerungsmechanismen, eher schon für die Wirkung von entschlossenem politischem Handeln.

ad 2) Wir wären damit bei einem entscheidenden Thema: Den Beziehungen zwischen Staat und Gesundheitswesen. Die Diskussionen, die wir insbesondere im Rahmen des WHO-Projektes »Health Care in Transition« mit osteuropäischen Kolleginnen und Kollegen führten, drehte sich aus naheliegenden Gründen vor allem um dieses Thema. (1) Das deutsche Selbstverwaltungssystem ist für osteuropäische Gesundheitspolitiker aus verschiedenen Gründen interessant, wobei sich Sympathien für und auch Kritik an diesem System aus sehr unterschiedlichen Motiven ergeben:

- Insbesondere die Ärzte, aber auch andere im Gesundheitswesen aktive Berufsgruppen und Institutionen versprechen sich von

einem wie auch immer selbstverwalteten Gesundheitswesen eine größere Autonomie vor allem in wirtschaftlicher Hinsicht. Es versteht sich, daß hier Einkommenserwartungen eine dominante Rolle spielen.

- Unter den Repräsentanten der staatlichen Verwaltung sind zwei verschiedene Fraktionen ausfindig zu machen. Die eine Gruppierung spricht sich für eine sehr weitgehende Selbstverwaltung des Gesundheitswesens aus, in der Hoffnung, damit auch zugleich die politische und finanzielle Verantwortung abgeben zu können. Eine andere Gruppe akzeptiert das Prinzip der Selbstverwaltung nur in eingeschränkter Form und befürchtet bei zu großer Autonomie der Institutionen im Gesundheitswesen einen weitgehenden Verlust an politischer und ökonomischer Kontrolle.

Bezeichnend sowohl für die Befürworter als auch für die Skeptiker in Sachen Selbstverwaltung ist nach unseren Erfahrungen eine teilweise erhebliche Unkenntnis über die tatsächliche Funktionsweise unserer gesetzlichen Krankenversicherung und deren Verhältnis zum Staat. Wir mußten in den Diskussionen wiederholt deutlich machen, daß das ordnungspolitische Prinzip der Selbstverwaltung nicht bedeutet, daß Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser oder wer immer Leistungen im Gesundheitswesen erbringt, vollkommen unabhängig von staatlicher Reglementierung handeln können und nur die allgemeinen Vorschriften des Straf- und Zivilrechts zu beachten haben. Bekanntlich ist in unserem System rechtlich genau definiert

- wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist bzw. sein kann,
- welche Leistungen wie finanziert werden und
- wie das vertragliche Gerüst, die Gegenstände und Regeln der Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken usw.) aussehen.

Ein solches System kann nur funktionieren, wenn es einen starken und selbstbewußten Staat als Gesetzgeber und Aufsichtsbehörde gibt. Die Deregulierung hat nicht nur im Gesundheitswesen die ironische Dialektik, dem Staat neue und mitunter viel kompliziertere Aufgaben zu übertragen. Wenn ein System mit so unterschiedlichen und sich widersprechenden Interessen wie das Gesundheitswesen auch nur einigermaßen reibungslos funktionieren soll, sind staatliche Kontroll- und Schlichtungsregulierungen unverzichtbar.

In den osteuropäischen Ländern bilden sich erst allmählich funktionierende demokratische Staatswesen heraus. Der Stand der Entwicklung ist in dieser Hinsicht bekanntlich sehr unterschiedlich.

Was in Tschechien oder Ungarn bereits einigermaßen etabliert ist, stellt sich in Ländern der ehemaligen Sowjetunion allenfalls in rudimentären Formen dar. Wenn unsere These richtig ist, daß ein selbstverwaltetes Gesundheitswesen nur auf Basis eines etablierten demokratischen Staatsapparates funktionieren kann, dann folgt daraus zugleich, daß unsere gesetzliche Krankenversicherung nur sehr wenigen osteuropäischen Ländern als tatsächliches Vorbild dienen kann, und dann auch nur in seinen wesentlichen Funktionen. Ein gegliedertes Krankenversicherungssystem mit wettbewerblicher Orientierung, wie wir es selbst gerade erst etablieren, bedeutet für Länder, deren medizinische Versorgung erst einmal einer Grundsanierung bedarf, eine komplette Überforderung. Wo sich der bauliche Zustand von Krankenhäusern der Abrißreife nähert, wo es teilweise an apparativer Grundausstattung mangelt und wo es auch darum geht, hygienische Standards durchzusetzen, da wirkt die Empfehlung, man solle eine gegliederte Krankenversicherung einrichten, so weltfremd wie die politischen Programme der utopischen Sozialisten des 19. Jahrhunderts.

ad 3) Der Transformationsprozeß des staatlichen Gesundheitswesens der DDR in das selbstverwaltete GKV-System der Bundesrepublik kann für die osteuropäischen Länder in keiner Weise beispielgebend sein. Selbst die Umwandlung der staatlichen Polikliniken und Ambulatorien der DDR in ein Netz niedergelassener Ärzte kann von seinem praktischen Ablauf her nicht als Lernobjekt für osteuropäische Staaten dienen. In der ambulanten Versorgung waren die Unterschiede zwischen den Systemen der BRD und der DDR nicht annähernd so groß, wie sie allgemein gemacht wurden. Über die Tatsache, daß in dem einen deutschen Staat freipraktizierende, in dem anderen angestellte Ärzte arbeiteten, wurden Gemeinsamkeiten in der Versorgungsstruktur sowie der Stellung und Arbeitsweise der Ärzte übersehen. Eine empirische Analyse von IGES über das System der ambulanten Versorgung in der Region Dresden Ende 1990 hatte in dieser Beziehung bemerkenswerte Ergebnisse:

- Trotz einer relativ kleinen Zahl von Polikliniken und anderen ambulanten Einrichtungen (ca. 30) gab es ein ausgesprochen dezentralisiertes System der ambulanten medizinischen Versorgung mit mehr als 250 Außenstellen. Dies widerspricht dem in Westdeutschland gängigen Bild von riesigen, zentralisierten und anonymen ambulanten Versorgungseinrichtungen im DDR-Gesundheitssystem.

- Die Arztdichte in der ambulanten Versorgung der DDR war in etwa gleich hoch wie in der Bundesrepublik.
- Der Ausbildungsstandard der Ärzte in der DDR war dem ihrer Kollegen in der Bundesrepublik durchaus ebenbürtig, wobei die Qualifikation in bestimmten Bereichen (z.B. Pädiatrie) höher, in anderen Bereichen (vor allem der hochtechnisierten Medizin) niedriger als in der Bundesrepublik war. Der professionelle Standard der Pflegekräfte war in der DDR allgemein höher einzuschätzen als in der Bundesrepublik.

Alles in allem kann man feststellen, daß die strukturellen Unterschiede im Gesundheitswesen zwischen der DDR und der BRD in vieler Hinsicht erheblich geringer waren als etwa zwischen der DDR und der Sowjetunion. Dazu trug auch die Existenz eines Sozialversicherungssystems in der DDR bei. Zwar war die Umstellung auf ein System von Krankenkassen für die Bevölkerung der ehemaligen DDR nicht unbedingt einfach. Jedoch ging dieser Transformationsprozeß ohne größere organisatorische Brüche über die Bühne, da die Versicherten von den Pflichtkassen (AOK, BKK usw.) einfach übernommen wurden.

Der Transformationsprozeß des ehemaligen DDR-Gesundheitswesens ist aber weniger wegen seiner punktuellen Ähnlichkeiten mit dem BRD-System kein brauchbares Vorbild für die anderen Staaten des ehemaligen Warschauer Paktes. Solche Ähnlichkeiten ließen sich sicherlich auch zwischen der BRD und der ehemaligen Tschechoslowakei herstellen, ganz zu schweigen von Ungarn, wo man schon vor 1989 mit dem Aufbau einer gesetzlichen Krankenversicherung begonnen hatte. Der Umbau des Gesundheitswesens der Region der ehemaligen DDR ist vor allem in finanzieller Hinsicht in keiner Weise beispielgebend.

Wenn die übrige Wirtschaft der ehemaligen DDR sich heute in dem Zustand befinden würde wie das Gesundheitswesen, wir wären dem von Bundeskanzler Kohl versprochenen Zustand der »blühenden Landschaften« schon sehr nahe. Ohne den massiven Einsatz von Geld und Personal aus Westdeutschland wäre dieser erstaunlich reibungslos abgelaufene Umbauprozeß gar nicht möglich gewesen. Das Gesundheitswesen in den neuen Ländern ist finanziell abhängig von Transferzahlungen aus prosperierenden Regionen Westdeutschlands. Aus eigener Wirtschaftskraft könnte ein so hohes Versorgungsniveau gar nicht finanziert werden. In den neuen Ländern beansprucht das Gesundheitswesen über 14% des Bruttoinlandsproduktes; in

den alten Ländern liegt dieser Wert bei 8,5%. Die in etwa dem westdeutschen Niveau entsprechenden Beitragssätze der Krankenkassen (13-13,5%) können nur erreicht werden, weil durch das Sozialleistungssystem massive Geldströme in die neuen Länder fließen. Ein solcher »Sponsor« fehlt unseren osteuropäischen Nachbarn. Sie müssen ihren bestimmt nicht geringeren investiven Nachholbedarf aus ihrer eigenen Wirtschaftskraft befriedigen, die zudem schon vor der Wende von 1989 zumeist erheblich niedriger war als die der damaligen DDR.

Fazit

Die osteuropäischen Länder tun gut daran, sich nicht allzusehr von den Verhältnissen im deutschen Gesundheitswesen blenden zu lassen. Zwar ist nicht zu leugnen, daß sich unser Krankenkassensystem trotz seines Reformbedarfes im internationalen Vergleich durchaus sehen lassen kann. Beispielgebend kann es jedoch nur in den Ländern sein, wo es bereits bestimmte Traditionen eines Sozialversicherungssystems gibt, und auch da nur sehr bedingt. Soziale Verhältnisse, wirtschaftliche Prosperität und historische Entwicklungen lassen sich nicht beliebig exportieren. Eines aber können die osteuropäischen Länder, die eine gesetzliche Krankenversicherung aufbauen, mit Sicherheit vom deutschen Beispiel lernen: Ein solches System funktioniert nur dann, wenn es klare staatliche Rahmenbedingungen und eine aktionsfähige politische Administration gibt. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, wird der Aufbau einer gesetzlichen Krankenversicherung in einem nicht mehr steuerbaren Gewirr unterschiedlicher Versicherungssysteme enden.

Korrespondenzadresse:

Hartmut Reiners
Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Frauen Brandenburg
Berliner Straße 90
14 467 Potsdam

Anmerkung

- 1 Einen guten Überblick über diese Diskussion gibt das Heft Nr. 1/1994 der von der WHO herausgegebenen Schriftenreihe »Antidotum-Management in the health sector«.