

Editorial

»Gesundheitspolitik« 1977-1997

Wieviele »Reformen« verträgt die Soziale Krankenversicherung?

Wenn die Leserinnen und Leser diesen Band in Händen halten, ist die sogenannte »Dritte Stufe der Gesundheitsreform« – selbst als Kritiker möchte man fast sagen: endlich! – unter Dach und Fach. Sie bildet den –vorläufigen – Abschluß einer zwanzigjährigen, vom Begriff der »Kostenexplosion« geprägten gesundheitspolitischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Kostendämpfungsgesetz folgte dem anderen, manches als großer Wurf, wenn nicht sogar als »Jahrhundertwerk« angekündigt, keines davon mit auch nur mittelfristigem finanziellem Erfolg (von durchgreifenden strukturellen Reformwirkungen ganz zu schweigen). Jedes hatte jedoch zur Folge, daß Stücke aus der solidarischen Gesetzlichen Krankenversicherung herausgebrochen und die BeitragszahlerInnen – bei weiter steigenden Beiträgen – zusätzlich mit Gebühren, Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen belastet wurden.

Dabei stellt sich die oft zitierte »Kostenexplosion« als Schimäre dar, tatsächlich stagnieren die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung seit 1975 bei ca. 6% des Bruttosozialproduktes. Gestiegen sind allerdings die Beiträge, die die/der Einzelne an ihre/seine Krankenkasse zu leisten hat. Der Hauptgrund hierfür liegt in der Kopplung der Krankenkasseneinnahmen an die durch die Arbeitsmarktkrise stark gebremste Entwicklung der Lohn- und Gehaltseinkommen. Beim angeblichen Kostenproblem der GKV handelt es sich also tatsächlich um ein Einnahmenproblem, welches die Kassen immer wieder mit Beitragserhöhungen in den Griff zu bekommen versuchten. Bei einem stabilen Beschäftigungsniveau und einer gleichbleibenden Lohnquote hätte sich der Beitragssatz seit zwanzig Jahren nicht erhöht! Zudem wurde die GKV ein ums andere Mal als finanz- und sozialpolitischer Verschiebebahnhof mißbraucht. So sind die Transfers aus der Renten- und der Arbeitslosenversicherung wiederholt durch gesetzliche Eingriffe beschnitten worden, um den Haushalt des Bundes zu entlasten. Allein 1995 schlugen diese zusätzlichen Belastungen für die GKV mit ca. 7 Mrd. DM zu Buche.

Somit erweist sich die Begründung für die seit Mitte der siebziger Jahre existierende – also schon unter der sozialliberalen Regierung einsetzende – Interventionsspirale periodischer Kostendämpfungsgesetze als ideologisches Konstrukt. Tatsächlich geht es der konservativ-neoliberalen Bundesregierung nicht um rationalere Ressourcenverwendung und sozialverträglichen »Umbau« des Gesundheitswesens, sondern um die Senkung der finanziellen Arbeitgeberbelastungen im Rahmen der GKV. Die steigende Belastung der Versicherten hingegen wird bewußt in Kauf genommen. Ihren Gipfel findet diese Politik in – vorerst zwar zurückgestellten, aber wohl bereits in der nächsten »Reformstufe« wieder aktuell werdenden – Bestrebungen, die Arbeitgeberbeiträge festzuschreiben und zukünftige Beitragserhöhungen allein von den abhängig Beschäftigten tragen zu lassen.

Begriffsfetische wie »Wettbewerb« und »Neudefinition von Solidarität« gewinnen eine Anziehungskraft, der sich offenbar auch als fortschrittlich geltende politische Akteure z.T. nicht zu entziehen vermögen. Eine neue Radikalität der Regelungsinstrumente, die die GKV zu einem Ordnungssystem mit marktanalogen Aufbau umformen soll, setzt sich durch. Die »Flexibilisierung und Deregulierung der Nachfrageseite« will die PatientInnen als Steuerungsinstanz in den Mittelpunkt stellen. Gesundheitsausgaben sind jedoch im wesentlichen durch die Anbieter determiniert, also müßte eine erfolgreiche Kostendämpfung auch dort ansetzen. Die Leistungsanbieter wurden aber weitgehend von Eingriffen verschont. Statt Kosten zu *senken*, wurden diese in immer höherem Maße auf die PatientInnen *übertragen*, entweder durch steigende Zahlungen oder durch Leistungskürzungen.

Führt man sich die schrittweise erfolgten Veränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vor Augen, so wird deutlich, daß seit den ersten Gesetzen zur Kostendämpfung bis zu denen der sogenannten »Dritten Stufe der Gesundheitsreform« keines nennenswert zur Lösung der vordringlichen Gesundheitsprobleme sowie zur Beseitigung der wesentlichen Struktur- und Modernisierungsdefizite des Gesundheitswesens beigetragen hat.

Nach der *Phase des Ausbaus* der GKV von 1970-75 kann von einer Weiterentwicklung des Gesundheitssystems kaum mehr gesprochen werden. In diese Phase gehören das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und die Bundespflegesatzverordnung von 1973, welche eine Verdreifachung der Ausgaben für die stationäre Versorgung mit sich brachten. Das Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz führte präventive Leistungen ein, das Krankenversicherungsgesetz für Landwirte erweiterte den Versichertenkreis, das Leistungsverbesserungsgesetz

hob das Leistungsniveau der RVO-Kassen. Diese politisch gewollten Ausbaumaßnahmen ließen die Gesundheitsquote – den für gesundheitsbezogene Maßnahmen aufgewandten Teil des Bruttosozialproduktes – von 6,5 auf 8,5 % ansteigen. Die Kassenausgaben stiegen parallel von 3,5 auf 5,7 % des Bruttosozialproduktes.

Der damalige rheinland-pfälzische Sozialminister Geißler initiierte daraufhin 1975 die Kostenexplosions-Diskussion. Zwar sind weder die Ausgaben der GKV relativ zum Bruttosozialprodukt noch die Gesundheitsquote insgesamt seit 1975 gestiegen (GKV-Ausgaben bis heute stets zwischen 5,5 und 6%, Gesundheitsquote bei 8,5 bis 9%), dennoch hält sich das Wort von der Kostenexplosion und dominiert bis heute die gesundheitspolitische Debatte.

Die sozialliberale Regierung reagierte bereits 1977 mit dem ersten einer Reihe von sogenannten »K-Gesetzen«: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (1977), Gesetz über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (1981), Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (1981), Krankenhauskostendämpfungsgesetz (1981). Die Kernelemente dieser Gesetze waren auf kurzfristige Kostendämpfung ausgerichtet und hatten kaum strukturverändernde Auswirkungen:

- Plafondierung und Budgetierung von Ausgaben im Sinne der Grundlohnorientierung;
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen und verbesserte Leistungstransparenz;
- Veränderungen bzw. Ausgrenzungen im Leistungskatalog (z.B. Negativliste nicht mehr erstattungsfähiger Medikamente);
- Zuzahlungsregelungen (Rezeptgebühren, Zahnersatz, Kuren etc.);
- Erweiterung der beitragspflichtigen Einnahmen (z.B. Weihnachtsgeld);
- Veränderung von Finanzströmen (Neuordnung der KVR [Beitragssatz von 17 auf 11 % gesenkt, statt des Bundes müssen die Krankenkassen den Fehlbetrag ausgleichen], kassenartinterne Finanzausgleiche).

Die ab 1982 regierende konservativ-liberale Koalition hatte zwar eine Reform der GKV in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen, führte aber zumindest in den ersten Jahren die reine Kostendämpfungspolitik ungebrochen fort (Haushaltsbegleitgesetz 1983, Haushaltsbegleitgesetz 1984). Senkungen des GKV-Beitragssatzes konnten durch diese Gesetze nicht bzw. nur kurzfristig erreicht werden. Statt dessen wirkten sie ausgesprochen strukturkonservativ und behinderten faktisch das Bemühen um mehr Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Allerdings führten sie bereits in der Periode 1977-82 zu Patientenzuzahlungen in Höhe von 3 Mrd. DM pro Jahr.

Das 1988 verabschiedete *Gesundheitsreform-Gesetz* (GRG) sollte nunmehr die entscheidende Reform bringen, erwies sich letztlich jedoch

als getreue Fortsetzung der K-Gesetze. Die geplanten Einsparungen auf Anbieterseite scheiterten am Druck der Lobby, übrig blieb – von einigen (auch nicht durchgängig positiv zu bewertenden) Innovationen abgesehen (GKV-Leistungen für häusliche Krankenpflege, Gesundheitsförderung als Kassenaufgabe, Festbetragsregelung bei Arzneimitteln) – das bekannte Instrumentarium der Leistungsausgrenzungen und »Selbstbeteiligungen«: Wegfall des Sterbegeldes, Einschränkungen bei Fahrtkosten, Erhöhungen der Zuzahlungen bei Zahnersatz, Reduzierung der Zuschüsse bei Kuren, Erhöhung der Zuzahlungen bei Arznei- und Heilmitteln, Ausschluß unwirtschaftlicher Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und Reduzierung der Zuschüsse bzw. Festbeträge für Brillen und Kontaktlinsen. Zwar zeigte das GRG vorübergehende Erfolge im Sinne rückläufiger bzw. konstanter Beitragssätze, diese waren jedoch schon 1991 aufgezehrt. Klassische Kostendämpfungsmaßnahmen dürften spätestens damit ihre Wirkungslosigkeit erwiesen haben. Allerdings stiegen die von den Versicherten aufgebrauchten direkten Zuzahlungen nunmehr auf 11 Mrd. DM pro Jahr.

Es folgte das *Gesundheitsstrukturgesetz* (GSG), das allgemein als großer Wurf und Weichenstellung betrachtet wurde. Das GSG war einerseits durchaus eine Fortsetzung der Kostendämpfungs politik, insofern es auf die hinlänglich bekannten Elemente Budgetierung, Zuzahlungsausweitung und Leistungseinschränkungen keineswegs verzichtete. Andererseits erschien es durch die Einführung der Kassenwahlfreiheit und des Risikostrukturausgleichs aber auch als Einstieg in eine tatsächliche Strukturreform. Dabei bildet der Risikostrukturausgleich (RSA) den technischen Kern einer neuen »Wettbewerbsordnung«, für deren Funktionieren er überhaupt erst die Voraussetzungen – sprich: Abbau von »Wettbewerbsverzerrungen« in Gestalt risikostrukturbedingter Beitragssatzverwerfungen – schafft, Allerdings: Der Wettbewerb um Mitglieder findet trotz des RSA auch weiterhin noch auf einer »schiefen Ebene« statt, denn das tatsächliche Morbiditätsrisiko wird durch die Einbeziehung von Altersstruktur, Geschlecht und Anteil der mitversicherten Familienmitglieder nicht ausreichend berücksichtigt. So kann die Altersstruktur zweier Kassen gleich sein und dennoch eine unterschiedliche Morbiditätsstruktur (z.B. aufgrund unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit der Versicherten) vorliegen.

Schon bald ließ sich absehen, daß auch der »große Wurf« GSG nur kurzfristige Einsparungen zur Folge hatte, so daß in der 13. Legislaturperiode weitere gesetzliche Maßnahmen – die vielzitierte »Dritte Stufe« – folgten. Zuvor jedoch wurden insbesondere auf Druck der FDP eine Reihe von »Klientelgesetzen« erlassen:

- Mit dem 5. SGB V-Änderungsgesetz wurde die im GSG vorgesehene Liste verordnungsfähiger Arzneimittel in der Krankenversicherung (Positivliste) auf Druck der Pharmaindustrie gestrichen und das extra dafür eingerichtete Institut wieder aufgelöst.
- Das 6. und 7. SGB V-Änderungsgesetz läßt die Festbetragsregelung für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen wegfallen. Ebenso entfällt die Abgabe preisgünstiger importierter bzw. reimportierter Arzneimittel durch Apotheken.

Das *Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz)* – geplanter Einsparungseffekt: ca. 7,5 Mrd. DM – setzte dann wieder nahtlos an den bekannten Kostendämpfungsmechanismen an:

- Die Beitragssätze in der GKV für 1996 wurden kurzfristig festgeschrieben und mit Wirkung vom 1.1.1997 um 0,4 Prozentpunkte reduziert.
- Die Zuzahlung für Arzneimittel wurde um je 1 DM erhöht.
- Der Kassenanteil für Brillenfassungen entfiel.
- Das Krankengeld wurde auf 70% des regelmäßigen Bruttoentgeltes, aber nicht mehr als 90% des Nettoentgeltes abgesenkt.
- Der Zuschuß zum Zahnersatz für nach dem 1.1.1979 geborene Versicherte wurde gestrichen.
- Implantatgetragener bzw. -gestützter Zahnersatz entfiel als Kassenleistung.
- Kuren wurden von 4 auf 3 Wochen gekürzt, das Wiederholungsintervall von 3 auf 4 Jahre erhöht. Die Zuzahlung stieg von 12 auf 25 DM pro Tag, zusätzlich müssen 2 Urlaubstage pro Kurwoche angerechnet werden.
- Gesundheitsförderung als Kassenleistung wird gestrichen.
- Das Krankenhausbudget soll für 3 Jahre um 1% gesenkt werden.
- Die Verwaltungskosten der GKV sollen um 150 Mio. DM gesenkt werden.

Die aktuellsten Veränderungen bringen das *1. und 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung* (1. und 2. NOG). Wieder bildet die Erhöhung von Zuzahlungen durch die Versicherten das wichtigste und spürbarste Element:

- Erschwerung von Beitragssatzanhebungen durch automatische Erhöhung der Zuzahlungen der Versicherten. Die Zuzahlungen zu Medikamenten werden pauschal um 5 DM pro Packung erhöht und zudem an die Beiträge angebunden, d.h. wenn eine Kasse ihre Beiträge erhöht, müssen die bei ihr Versicherten für jeden Zehntel- Prozentpunkt

Beitragserhöhung eine DM zusätzlich pro Packung bezahlen. Diese Regelung gilt auch für die anderen Zuzahlungen.

- Die Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalt werden ebenfalls pauschal um 5 DM pro Tag erhöht, also von 12 auf 17 (West) bzw. von 9 auf 14 DM (Ost).
- Ebenfalls um 5 DM (von 20 auf 25) steigen die Zuzahlungen für Fahrtkosten.
- Die prozentualen Zuschüsse bei Zahnersatz werden in Festbeträge umgewandelt.
- Mitglieder der GKV müssen befristet auf 3 Jahre ein »Notopfer« von 20 DM für Instandhaltungskosten zahlen. Anbindung des Krankenhausbudgets an die Grundlohnsumme.
- Die Zuzahlung für Massagen und Krankengymnastik steigt von 10 auf 15%.
- Diese Zuzahlungen sollen durch eine Verbesserung der Härtefallregelung »sozial verträglich« gestaltet werden (Absenkung der geltenden Belastungsgrenze bei freiwillig Versicherten von 4 auf 2 % des Bruttojahreseinkommens und bei chronisch Kranken, die wegen derselben Krankheit länger als 1 Jahr in Dauerbehandlung sind, von 2 auf 1%).

Die absehbaren Wirkungen sind hochbrisant und machen deutlich, daß die Solidargemeinschaft nicht »durch Opfer gerettet«, sondern tendenziell *aufgelöst* werden soll. Denn die Spirale: höheres Morbiditätsrisiko – höherer Beitragssatz – höhere Zuzahlung – Verlust von Mitgliedern – Boom auch der privaten Zusatzversicherungsgeschäfte – geringerer Solidarausgleich – höhere Beitragssätze usw. wird zu einer Ausdifferenzierung führen: erstens in eine Art »Grundversicherung« mit Basisleistungen für einen Teil der Mitglieder, die ausschließlich auf deren Leistungen angewiesen sind und zweitens in einen anderen Teil der Mitglieder, die – was auch ein Motiv dieser »Reform« ist – private Zusatzversicherungen abschließen (und dies auch können). Ein dritter Teil der Bevölkerung, nämlich der mit den höchsten Einkommen und der niedrigsten Morbidität, wird ganz in das private System abwandern. Von einem nennenswerten Solidarausgleich von »guten Risiken« mit hohem Einkommen zu »schlechten Risiken« und geringeren Einkommen kann man dann nicht mehr sprechen. Dazu setzen die NOGs wiederum auf quasi-marktliche Elemente, dazu gehört die

- Einführung von bislang der privaten Krankenversicherung vorbehalten Bestandteilen: Beitragsrückzahlung, Wahlmöglichkeit zwischen Sachleistung und Kostenerstattung, mit Beitragsermäßigungen verbundene Selbstbehalte;

- ein außerordentliches Kündigungsrecht der Versicherten bei Beitragsatzanhebungen durch ihre Krankenkasse, also eine direkte Wechselmöglichkeit zu einer Kasse mit günstigerem Tarif.

Da die PKV-typischen Elemente wie Beitragsrückzahlung etc. sich als unwirksam erwiesen haben, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, ist ihr Sinn ausschließlich im Wettbewerb um »gute Risiken« zu sehen. Zudem dürften sie zusätzliche Verwaltungskosten mit sich bringen. Zusammen mit den erweiterten Kündigungsrechten erhöhen sie den Wettbewerbsdruck zwischen den Kassen.

Unter den eher auf das Versorgungssystem bezogenen Elementen der NOGs sind folgende Regelungen hervorzuheben:

- Im Rahmen von Modellvorhaben können die Kassen zeitlich befristet neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung erproben. Wissenschaftliche Begleitung ist hierbei erforderlich, die Teilnahme der Versicherten freiwillig.
- Das Arznei- und Heilmittelbudget wird aufgehoben und durch einheitliche, arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen ersetzt. Für jede Facharztgruppe soll ein Wert ermittelt werden, der dem durchschnittlichen Bedarf der Patienten entspricht. Dieser Wert soll die Höchstgrenze der verordenbaren Leistungen bilden.
- Des Weiteren werden den niedergelassenen Ärzten feste Punktwerte für die von ihnen erbrachten Leistungen zugesichert, soweit diese Leistungen eine für ihre jeweilige Fachgruppe festzulegende Höchstgrenze nicht überschreiten. Erst bei Überschreitung sinkt der Wert pro Punkt.
- Die Pflegepersonalregelung, die den Personalbedarf der Krankenhäuser regeln sollte, wird ausgesetzt.
- Das Gesamtbudget für die Krankenhäuser wird in die Bereiche Fallpauschale und Sonderentgelte sowie ein »Rest-Budget« aufgeteilt. Das Restbudget wird an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt.
- Für die Krankenhäuser sieht das 2. NOG vor, daß die Phase der Deckelung der Krankenhausbudgets zum 31.12.1996 ausläuft, die Budgets durch das Beitragsentlastungsgesetz zwar in den Jahren 1997 bis 1999 pauschal um 1% gekürzt werden, die Neuregelung aber dennoch relativ viel Spielraum für darüber hinausgehende Budgetzuwächse läßt (z.B. durch die Berücksichtigung von Veränderungen der Fallzahl oder des Leistungsspektrums).
- Die Großgeräteplanung entfällt, mit der Folge einer unregulierten und unkontrollierten Aufstellung solcher Geräte. Der Technikeinsatz

und damit die Abrechnung teurer Technik dürfte damit zusätzlich steigen.

Den drastischen zusätzlichen Belastungen für Kranke steht in den Neuordnungs-Gesetzen eine Klientelpolitik zugunsten von Leistungserbringern gegenüber, damit dürften Ausgabenerhöhungen – die wiederum auf die Versicherten abgewälzt werden – vorprogrammiert sein. An einzelnen Punkten sind Neuerungen enthalten, die durchaus begrüßenswert erscheinen. Die Möglichkeit befristeter Modellvorhaben etwa läßt darauf hoffen, daß in Zukunft Veränderungen zumindest erprobt werden können, bevor sie, wie in der Vergangenheit geschehen, bundesweit eingeführt werden. Auch der Ersatz sektoraler Budgets durch Vereinbarungen zwischen den Kassen und den wesentlichen Leistungserbringern bietet erstmals die Möglichkeit, den Versorgungsbedarf nach Struktur, Preisen und Mengen vertraglich zu vereinbaren. Wie dies in die Praxis umgesetzt wird, bleibt allerdings abzuwarten.

Insgesamt betrachtet sind die Gesetze im Rahmen der »Dritten Stufe« ein wesentlicher Schritt in Richtung der Auflösung der GKV in eine Armenkasse (»Medicaid-Kasse«) und Krankenversicherungsunternehmen, deren Leistungskatalog zwar überwiegend noch gesetzlich definiert ist, die sich aber zunehmend deutlicher zu einer privaten Pflichtversicherung entwickeln, indem sie immer mehr Elemente der PKV übernehmen.

Bei der Bewertung der »Dritten Stufe« steht im Vordergrund, daß diese politische Intervention dazu geeignet ist, zum einen die GKV als sozialpolitische Institution insgesamt zu diskreditieren und zum anderen innerhalb der GKV interpersonale Transferzahlungen (Solidarprinzip) deutlich zurückzuführen. Für GKV-Mitglieder mit durchschnittlichen und leicht überdurchschnittlichen Einkommen und ohne mitzuversichernde Familienangehörige (Nettozahler) wird die GKV durch die Ausgrenzung von Leistungen und steigenden Zuzahlungen zunehmend unattraktiver. Chronisch kranke und alte Versicherte werden mehr und mehr zu einem wirtschaftlichen Risiko für die einzelne Kasse und dürften zukünftig in steigendem Maße Stigmatisierungsprozessen ausgesetzt sein. Um Beitragserhöhungen zu vermeiden, müßten Kassen derartige Versichertengruppen von sich fernhalten, also zum Austritt bewegen oder sie vom Beitritt – trotz prinzipiell vorgegebenem Kontrahierungszwang – über »informelle« Strategien abhalten.

Die sogenannte dritte Reformstufe steht also einerseits in der Tradition der gescheiterten Kostendämpfungsgesetze seit Mitte der siebziger Jahre, andererseits verschärft sie zugleich eine sozialselektiv wirkende Politik, die die GKV in eine marktanalogue Veranstaltung verwandelt, bei der die

Krankenkassen in die Rolle von Exekutoren einer Risikoprivatisierung gezwungen werden. Von der Substanz der solidarischen Krankheitsabsicherung wird dann nicht mehr viel übrig bleiben.