

## Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – eine ordnungsökonomische Analyse

### 1. Ausgangssituation

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einer Systemkrise. Es leidet an einer Vielzahl von Symptomen: Einerseits bestehen vielfältige Überkapazitäten (Bettenberg, Ärzteschwemme, Apothekerschwemme, Pharmamüll, Großgeräteüberkapazitäten), andererseits wird es von vielfältigen Mängeln in der Versorgung geplagt (Unterversorgung im Bereich der psychischen Morbidität, mangelnde Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung).

Das deutsche Gesundheitswesen wird häufig von einem Ausgabefieber (vgl. Abb. 1)<sup>1</sup> geplagt, das immer wieder zu einer finanziellen Atemnot führt. Ausdruck dieser Entwicklung sind die immer wieder auftretenden finanziellen Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abb. 2). Lange Zeit wurden diese finanziellen Engpässe mit Hilfe von Beitragssatzerhöhungen und durch die Ausdehnung des Kreises der Versicherungspflichtigen überwunden. Steigende Beitragssätze bedeuten aber nicht nur eine höhere Belastung der Lohnneinkommen und hemmen damit die Leistungsbereitschaft der Unternehmer, sondern zugleich nehmen die Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber zu, was die Beschäftigungschancen negativ beeinflusst. Die internationale Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland wird dadurch untergraben. Diese Einsicht führte schließlich zum politischen Ziel der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Ursachen der gegenwärtigen Probleme sind vielfältig. So wird aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen die individuelle Gesundheitsnachfrage bewußt nicht durch das Preisausschlußprinzip begrenzt. Dadurch entsteht bei den einzelnen Beteiligten kein Preis- und Kostenbewußtsein. Es findet ein Handeln ohne finanzielle Verantwortung statt, was in einem Verantwortungsvakuum mündet. Auf diese Weise wird nicht nur die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen völlig preisunelastisch und einer Freifahrermentalität (Freibierverhalten) Vorschub geleistet, sondern darüber hinaus besteht für den einzelnen Versicherten oft auch kein Anreiz, sich gesundheitsbewußt und krankheitsvermeidend zu verhalten (Moral-Hazard-Phänomen). Außerdem existiert generell die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage, indem die Anbieter von Gesundheitsleistungen die nachgefragte Menge erhöhen, weil für sie dadurch der Umsatz und damit in aller Regel das Einkommen wachsen.

---

<sup>1</sup> Die Abbildungen sind auf S. 141 ff. abgedruckt.

Es ist deshalb nicht überraschend, daß angesichts dieser Situation die Beitragssätze der Sozialversicherung von 19,8% im Jahre 1950 auf etwa 41% im Jahre 1996 steigen wird. Der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung nahm im gleichen Zeitraum von 5,8% auf 13,4% zu.

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen besteht gegenwärtig ein umfangreiches Verantwortungsvakuum, das zu Mißbrauch und Aushöhlung des sozialen Sicherungssystems führt. Eine Folge dieses Verhaltens ist die Verschwendung knapper Ressourcen. Damit ist jedoch auch ein Teufelskreis einer Beitragssatz-Anspruchs-Spirale eröffnet: Vermehrte Leistungen führen zu steigenden Ausgaben und steigenden Beitragssätzen, die dann wiederum bei den Versicherten steigende Ansprüche an das System auslösen. Letztlich findet auf diese Weise eine „Ausbeutung aller durch alle“ statt.

## 2. Gesundheitsreformen

Angesichts dieser Situation wird seit Mitte der 70er Jahre versucht, mit einer Politik der Kostendämpfung die Ausgabenentwicklung in den Griff zu bekommen. Im GRG, im GSG sowie in der 3. Reformstufe wurde durch die Einführung neuer Steuerungsmechanismen in das Gesundheitswesen versucht, die aufgezeigten Probleme zu lösen. Im Vordergrund des GRGs – und dies wird im GSG bekräftigt – stehen hierbei insbesondere die drei Grundsätze: Sicherung der wirtschaftlich zu erbringenden notwendigen medizinischen Versorgung (§ 70 Abs. 1 SGB V), Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) sowie eine angemessene Vergütung (§ 72 Abs. 2 SGB V).

In der 3. Reformstufe des Gesundheitswesens steht insbesondere das Krankenhaus im Mittelpunkt des Interesses. Durch eine völlige Umgestaltung der Verantwortungsprinzipien ist die Selbstverwaltung stärker in die Verantwortung genommen. Im Krankenhausbereich soll durch die Einführung von Fallpauschalen, Sonderentgelten, Basispflegesätzen sowie Abteilungspflegesätzen versucht werden, die Ausgabenentwicklung zu zähmen. Hierbei wird die Entwicklung der Krankenhausausgaben an die lineare BAT-Entwicklung gekoppelt. Auf diese Weise findet eine Budgetierung der Krankenhausausgaben statt. Weiterhin wird das Selbstkostendeckungsprinzip aufgegeben. Durch die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung soll die bisherige Kostenorientierung in eine Leistungsorientierung überführt werden. Die Verhandlungspartner des Gesundheitswesens erhalten rechtsfähige Organisationsformen, indem sie in Körperschaften des Öffentlichen Rechts zusammengefaßt werden.

Bundesgesundheitsminister Seehofer hat im Rahmen der 3. Reformstufe zu einem Ideenwettbewerb aufgerufen. Es sollen vor allem Erprobungsmodelle eingeführt werden, um somit Alternativen zu den bisherigen Regelungen aufzuzeigen. § 63 SGB V erlaubt zwar Erprobungsregelungen, stellt jedoch keine Generalklausel dar. So sind de lege lata Modellvorhaben auf den Gebieten Kostenerstattung (§ 64 SGB V), Beitragsrückerstattung (§ 65 SGB V) sowie Gesundheitsförderung und Reha (§ 67 SGB V) erlaubt. Die gegenwärtige Diskussion hinsichtlich der Modellvorschläge bezieht sich jedoch auch auf die solidarische Finanzierung (§ 3 SGB V), die Vielfalt der Leistungser-

bringer (§ 2 Abs. 3 SGB V), die freie Arztwahl (§ 76 SGB V), die vertragsärztliche Versorgung (§§ 95 ff. SGB V), die Qualität der Leistungserbringer (§§ 135 ff. SGB V) sowie auf den Risikostrukturausgleich (§§ 260 ff. SGB V). Die Umsetzung dieser Vorschläge erfordert jedoch eine Novelle des SGB V.

Eine wichtige Neuerung stellt ab 1. 1. 1996 die Wahlfreiheit des Versicherungspflichtigen hinsichtlich der GKV dar. Es besteht zwar weiterhin eine Versicherungspflicht für Erwerbstätige, deren Bruttoeinkommen 72000 DM im Jahr nicht übersteigt, aber sie können nun frei unter den verschiedenen gesetzlichen Krankenversicherungen auswählen. Für die einzelne gesetzliche Krankenkasse besteht hierbei ein Kontrahierungszwang und ein Diskriminierungsverbot bezüglich des einzelnen Versicherungspflichtigen. Das heißt, es kann keine Selektion der Versicherungspflichtigen nach dem Risiko stattfinden.

Die politische Priorität liegt jedoch weiterhin auf der Beitragssatzstabilität. Diese Entscheidung ist willkürlich getroffen. Allerdings bleibt eine solche Festlegung nicht ohne Konsequenzen für die notwendige medizinische Versorgung sowie für die angemessene Vergütung. Entweder muß – soll dieses Ziel realisiert werden – der Leistungskatalog der GKV beträchtlich reduziert oder es müssen ärztliche Honorare merklich beschnitten werden. Durch Rationalisierung und Rationierung soll der Ausgabenexpansion in der GKV Einhalt geboten werden.

Ordnungspolitisch stellen die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen weitgehend das Ergebnis planwirtschaftlichen und dirigistischen Denkens zentralverwaltungswirtschaftlicher Provenienz dar. Es wird hierbei von einem kollektiven Menschenbild ausgegangen, das beherrscht wird von dem Glauben der Planbarkeit und der Illusion der Machbarkeit. Die bisherigen staatlichen Maßnahmen stellen insgesamt eine bloße Symptombehandlung dar. Die kostentreibenden Strukturen bleiben unverändert erhalten. Es treten zwar kurzfristige Spareffekte ein, aber es finden keine strukturellen Veränderungen statt. Vielmehr mündet der politische Aktionismus zunehmend in Interventionsspiralen.

### 3. Zukünftige Herausforderungen

In der derzeitigen politischen Diskussion finden die zukünftigen Herausforderungen keine Berücksichtigung. Der EG-Binnenmarkt mit seinen gegenwärtig über 390 Mio. Menschen stellt in Zukunft eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen dar. Es wird hierbei keine Vorabharmonisierung in der Sozialpolitik geben, vielmehr wird es – sobald das herrschende Territorialitätsprinzip aufgegeben wird – zu einem Wettbewerb der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme innerhalb der EG kommen. Es ist dabei zu befürchten, daß die Vorteile des deutschen Gesundheits- und sozialen Sicherungssystems immer mehr auch von den Bürgern anderer EG-Staaten genutzt werden.

Vor allem die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung stellt eine große Herausforderung dar. So wird der Gesamtlastenkoeffizient (das Verhältnis zwi-

schen nicht oder nicht mehr Erwerbstätigen einerseits und Erwerbstätigen andererseits) von gegenwärtig 72% auf über 105% im Jahre 2030 sowie der Altenlastkoeffizient (das Verhältnis Rentner zu den Erwerbstätigen) von gegenwärtig 35% auf 45% im Jahre 2010 und 79% im Jahre 2030 ansteigen. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß aufgrund der steigenden Lebenserwartung eine Vergreisung der Bevölkerung stattfindet. Begleiterscheinung dieser Entwicklung ist die enorme Zunahme von Multimorbidität, chronischen Erkrankungen sowie ein Anstieg der Zahl der Pflegefälle. Angesichts dieser Entwicklung ist das Umlageverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung obsolet.

Der Anteil der Rentner an der Gesamtzahl der GKV-Mitglieder wird weiter steigen. So erhöhte er sich bereits von 20,3% (1960) auf über 30% (1996). Diese Zunahme der Rentner stellt deshalb ein Problem dar, weil die Krankenversicherung der Rentner weniger als 50% (1995 etwa 42,3%) der von den Rentnern verursachten Kosten deckt. Auf diese Weise fand 1995 in der GKV ein Solidarausgleich in Höhe von etwa 46 Mrd. DM zwischen den Erwerbstätigen und den Rentnern statt (Abb. 3). Die wachsenden Finanzierungsdefizite in der Krankenversicherung der Rentner belasten die Erwerbstätigen immer stärker (vgl. Abb. 4). Wird hierbei auf die Höhe der Beitragssätze abgestellt, so zeigt sich, daß etwa 5 Prozentpunkte des Beitragssatzes durch das Defizit der KVdR entstehen. Ohne diese Defizitdeckung hätte der Beitragssatz beispielsweise 1995 im Durchschnitt unter 10% betragen (vgl. Abb. 5).

Die Integration der fünf neuen Bundesländer stellt eine weitere Herausforderung dar. In der ehemaligen DDR existieren auch im sozialen Sicherungssystem immer noch erhebliche Defizite. Es wird im Rahmen des Wiedervereinigungsprozesses auch im Bereich der weiteren Angleichung des sozialen Sicherungssystems zu großen Belastungen für alle kommen.

Eine weitere Herausforderung stellen die steigenden Ärztezahlen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich dar. Im gegenwärtigen System der Einzelleistungshonorierung kann diese Ärzteschwemme zu enormen Problemen für die Ausgabeneentwicklung im Gesundheitswesen führen.

Eine zusätzliche Herausforderung liegt im medizinischen und medizin-technischen Fortschritt. So wird es in Zukunft zu einer Explosion des Machbaren in der Medizin kommen. In diesem Zusammenhang sei die Transplantationsmedizin, der Fortschritt bei der industriellen Produktion künstlicher Organe, der Bereitstellung von Hilfsmitteln sowie von Präzisionswerkzeugen (Operationsroboter) erwähnt. Neue Operationstechniken (z.B. Schlüssellochtechnologie) und neue Medikamente werden darüber hinaus zu einer beträchtlichen Verlängerung des menschlichen Lebens führen.

Im Rahmen der Telemedizin werden Gesundheitszentren und Praxen zunehmend vernetzt. Dadurch wird zwar die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert, aber zugleich ist mit steigenden Kosten zu rechnen. Überhaupt muß hierbei immer wieder bedacht werden, daß die sogenannte Halfway-Technologie im Bereich des Gesundheitswesens dominiert. Hierbei wird die Zeitspanne zwischen Erkrankung und Tod verlängert, ohne daß die Ursache der Erkrankung behoben wird. Insgesamt handelt es sich um eine „Add-on-Technologie“, das heißt, es werden neue Diagnose- und Thera-

pieverfahren entwickelt, ohne daß es hier zu einer Substitution älterer Technologien kommt. Auf diese Weise führt der medizinische Fortschritt zu beträchtlichen Zusatzkosten. So wird es in Zukunft nicht mehr möglich sein, alles medizinisch-sinnvoll Mögliche auch im Rahmen der Solidargemeinschaft zu realisieren. Das heißt, die finanziellen Ressourcen zwingen dazu, aus den vielfältigen bestehenden medizinischen Möglichkeiten auszuwählen.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts steigt zugleich auch die Begehrlichkeit bei den Bürgern. Angesichts der zunehmenden Emanzipation des Patienten wird die Therapiehoheit des Patienten gegenüber der Therapiehoheit des Arztes an Bedeutung gewinnen. Hierbei wird keine Omnipotenz des Patienten unterstellt, sondern lediglich eintreten, was für andere Lebensbereiche bereits selbstverständlich ist, nämlich: Bei der Konkretisierung der Gesundheitsnachfrage wird der Patient verstärkt mitwirken.

Weiterhin ist zu erwarten, daß dem Gleichheitsgrundsatz eine hohe politische Priorität eingeräumt wird. Es findet zunehmend eine Verrechtlichung und eine Zentralisierung der Sozialpolitik statt. Hierbei wird eine Politik der Gleichmacherei an Bedeutung gewinnen. In Zukunft werden soziale Leistungen zunehmend auch zu politischen Gütern, mit Hilfe derer die politischen Parteien versuchen, die politische Macht zu gewinnen.

Eine weitere große Herausforderung stellt die sukzessive Ausdehnung der Aufgaben der GKV auf die Felder Prävention und Pflege dar. Diese Entwicklung wird von einem zunehmenden Anspruchsdenken der Versicherten begleitet, das sich in der Erwartung ausdrückt, die Vorteile eines mündigen Bürgers zu genießen, ohne aber die Verantwortung einer solchen freiheitlichen Ordnung übernehmen zu wollen.

#### 4. Szenario: Zukunft des deutschen Gesundheitswesens

Angesichts dieser Situation stellt sich zunehmend die Frage nach der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Es ist abzusehen, daß der Zwang des Faktischen (Finanzierbarkeit) zu einer Neudefinition des Leistungskatalogs der GKV zwingt. Es muß darüber entschieden werden, welche Leistungen medizinisch notwendig *und* finanzierbar sind.

Der Leistungskatalog der GKV wird konsequent „entschlackt“ werden. Als Kriterien werden der Grad der individuellen Vorhersehbarkeit (Brillen, Zahnbehandlung), die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs (Kuren, Schönheitsoperationen), die Höhe der finanziellen Belastung (Bagatelleistungen) dienen. Außerdem werden alle krankenversicherungsfremden Leistungen (z. B. Sterbegeld, Mutterschaftshilfe, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation) aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden.

In der medizinischen Versorgung wird sich ein Paradigmenwechsel vollziehen müssen, indem die Maxime nicht mehr lautet: „Gesundheit für alle (Sättigung)“, sondern „Management des Mangels“. Das heißt, es wird von einer maximalen Gesundheitsversorgung über die optimale zu einer funktionalen übergegangen werden (vgl. Abb. 6). Die Ärzte gehen gegenwärtig – nicht zuletzt auch aufgrund der rechtlichen Situation – immer noch von einer Maximalversorgung aus. Es wird hierbei alles getan, was medizinisch möglich ist, um das Leben eines Patienten zu retten. Angesichts der knappen

finanziellen Mittel ist diese Verhaltensweise auf Dauer jedoch nicht mehr finanzierbar. Es muß deshalb darüber nachgedacht werden, wie dem Arzt geholfen werden würde, die medizinischen Möglichkeiten mit den ökonomischen Notwendigkeiten in Einklang zu bringen.

Während der Ökonom von einer optimalen Gesundheitsversorgung ausgeht, bei der die Grenzkosten (GK) gleich den Grenznutzen (GN) sind, entscheidet der Politiker mit der Festsetzung eines Budgets für die Solidargemeinschaft von beispielsweise gegenwärtig 240 Mrd. DM über eine funktionale Gesundheitsversorgung. Diese Versorgung läßt sich wissenschaftlich nicht begründen, sondern stellt eine politische Entscheidung dar.

In Anbetracht dieser Situation werden Rationalisierung und Rationierung in Zukunft einen hohen Stellenwert einnehmen. Hierbei gilt jedoch der Grundsatz „Rationalisieren vor Rationieren“.

Eine Rationalisierung muß durch die Behebung der Steuerungsdefizite mit Hilfe individueller Anreize für einen sparsamen Umgang mit den knappen Ressourcen herbeigeführt werden. Wichtig ist es in diesem Zusammenhang, Handeln und finanzielle Verantwortung zu verzahnen. Nur so kann es erreicht werden, daß alle Beteiligten mit den vorhandenen finanziellen Ressourcen sparsam umgehen. Managed Care-Systeme und Disease-Management, wobei alle Beteiligten einbezogen werden, werden sich hierbei zunehmend durchsetzen. In diesem Zusammenhang werden auch die Eigenverantwortung und die Eigenvorsorge sukzessive ausgedehnt werden.

Es ist abzusehen, daß die bestehenden Mängel und die zukünftigen Herausforderungen zunehmend die inneren Widersprüche des Systems der sozialen Krankenversicherung aufbrechen lassen, wenn es nicht gelingt, die gegenwärtigen Probleme ursachenadäquat zu lösen und die zukünftigen Herausforderungen angemessen zu berücksichtigen. Es ist zu erwarten, daß sich das deutsche Gesundheitswesen auch in Zukunft zwischen Markt (Freiheit und Wettbewerb) und Staat (Zwang und Regulierung) bewegen wird. Es ist davon auszugehen, daß ein duales Versicherungssystem mit Regelleistungen, ergänzt um Satzungsleistungen einerseits und Wahlleistungen andererseits, entstehen wird. Aufgrund der Wahlfreiheit bezüglich der Krankenkasse wird es zunehmend auch auf der Ebene Krankenkasse – Leistungserbringer zu einem Wettbewerb kommen. Hierbei werden sich neue Formen der Gesundheitsversorgung, wie z. B. die schon zuvor genannten Managed Care-Modelle und das Disease-Management, entwickeln und den Versicherungspflichtigen als Optionsmöglichkeiten angeboten werden. Hierbei wird sich auch das selektive Kontrahieren zwischen Leistungserbringer und GKV zunehmend durchsetzen.

Schließlich ist auch eine Rationierung nicht zu vermeiden, denn nicht alles medizinisch Sinnvolle kann auch finanziert werden. Hierbei sollte eine indirekte Rationierung über ein statistisches Menschenleben angewandt werden. Regierungen bestimmen durch die Festlegung von Kapazitäten, der Gesetzgeber durch den Leistungskatalog, die Fachgesellschaften durch die Definition des Standes der Wissenschaft (State of the Art), was in einer Solidargemeinschaft an Leistungen im Gesundheitsbereich erbracht werden soll.

Der Arzt vor Ort, der mit einem konkreten Menschenleben konfrontiert ist, muß dann im Rahmen von Standards und Normen alles in seiner Macht Stehende tun. Eine direkte Rationierung kann hier bestenfalls durch die begrenzte Arbeitszeit sowie durch die begrenzte Kompetenz des Arztes erfolgen. Als grundsätzliche Rationierungskriterien kommen das Alter, das Einkommen, die Kosten pro gerettetem Lebensjahr sowie das Windhundverfahren in Frage. Angesichts des kulturellen Hintergrundes und der historischen Erfahrung scheidet jedoch das Rationierungskriterium Alter, das zum Beispiel in England angewendet wird, aus. Ebenso wird auf das Einkommen als Rationierungskriterium verzichtet. Eine an sich sehr brauchbare Verfahrensweise stellt die Rationierung über die vorhandenen Kapazitäten nach dem Windhundverfahren dar. Hierbei wird nach dem Prinzip verfahren „wer zuerst kommt, mahlt zuerst“. Dieses Procedere findet beispielsweise Anwendung in der Transplantationsmedizin, wo alle Transplantationsfälle im Rahmen des Eurotransplant-Programmes bei einer Zentralstelle gemeldet werden. Allerdings gibt es hierbei noch zahlreiche Sonderregelungen. So werden Notfälle bevorzugt behandelt. Gegen ein solches Verfahren ist grundsätzlich nichts einzuwenden, solange sichergestellt ist, daß die Definition dessen, was ein Notfall ist, von allen beteiligten Transplantationsmedizinern im Konsens getroffen wird.

Hinsichtlich der Finanzierung wird eine sukzessive Umstellung der Finanzierung von Regelleistungen vom Umlageverfahren auf das Kapitaldeckungsverfahren erfolgen, um langfristig das an sich sinnvolle Solidarprinzip für den Grundversorgungsbereich der sozialen Krankenversicherung aufrecht erhalten zu können.

Es ist auch zu erwarten, daß eine Modifizierung des politischen Zieles Beitragssatzstabilität erfolgt, indem der Arbeitgeberanteil auf einem bestimmten Niveau, z. B. 6,5% eingefroren wird. Für den einzelnen Versicherungspflichtigen besteht dann hierbei die Möglichkeit, im Rahmen der Eigenvorsorge im Bereich der Wahlleistungen gemäß seiner individuellen Präferenzen eine entsprechende Absicherung über die Regelleistungen hinaus vorzunehmen. In diesem Zusammenhang wird es auch zu einer Stärkung der Selbstverwaltung kommen.

Alles in allem ist zu erwarten, daß auch das Gesundheitswesen bei einem ausreichenden Schutz für Härtefälle konsequent dereguliert wird, damit es auch in Zukunft finanzierbar und überlebensfähig bleibt. Ziel muß hierbei auch in Zukunft die Sicherstellung einer möglichst qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sein.

## 5. Resümee

Angesichts der vielfältigen Mängel und zukünftigen Herausforderungen ist es unvermeidbar, daß auch im Gesundheitswesen eine Neuorientierung erfolgt. Es wird sich ein Paradigmenwechsel von der maximalen zur funktionalen Versorgung vollziehen. Hierbei werden zunehmend auch ökonomische Evaluationen als Entscheidungshilfe für alle Beteiligten im Gesundheitswesen herangezogen werden. Es wird nicht nur ein Umbau, sondern darüber hinaus auch ein Abbau des Sozialstaates notwendig sein. Die Knappheit der Ressourcen zwingt zu verstärkten Anstrengungen der Rationalisierung und

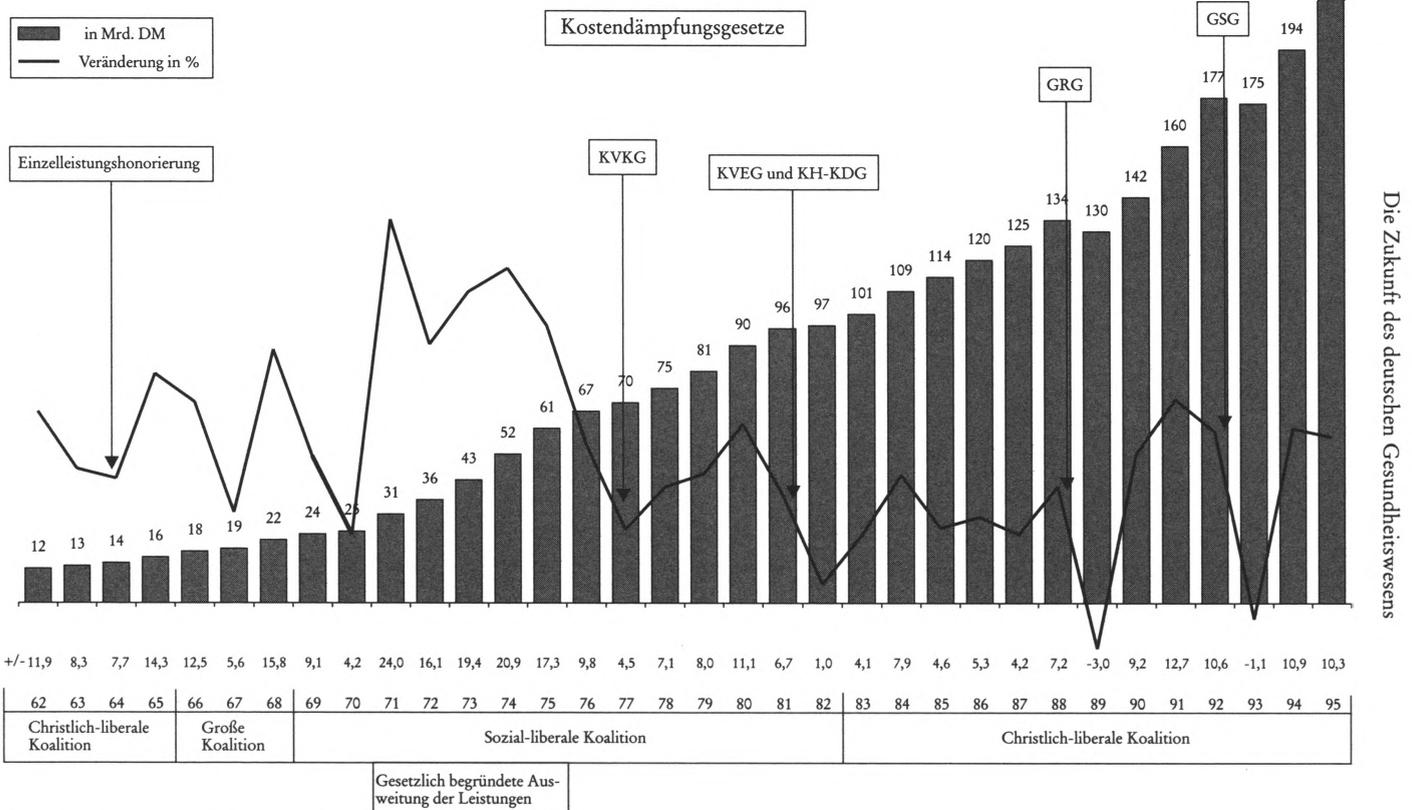
Rationierung auch im Gesundheitswesen. Nur durch eine konsequente Verzahnung von Handeln und finanzieller Verantwortung, das heißt durch entsprechende individuelle Anreize, kann ein sparsames und damit wirtschaftliches Umgehen mit den knappen Ressourcen auch im Gesundheitswesen erreicht werden. Es bedarf hierbei einer Stärkung der Eigenverantwortung und Eigenvorsorge.

In diesem Zusammenhang muß bedacht werden, daß Freiheit unteilbar ist, das heißt beispielsweise, daß politische und ökonomische Freiheit eine Einheit bilden. Freiheit, Verantwortung, Markt und Wettbewerb gehören zusammen. Der Wettbewerb erfüllt dabei die Funktion, eine größtmögliche Handlungs- und Wahlfreiheit des einzelnen zu gewährleisten, soweit dies sozial- und gesundheitspolitisch vertretbar ist. Wichtig ist allerdings, daß wirtschaftlich Schwache – die sogenannten Härtefälle – im Krankheitsfall eine ausreichende Versorgung bekommen.

### Literaturverzeichnis

- Hildebrandt, Helmut/Domdey, Andreas*: Disease Management. Effizienzsteigerung – Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung – Reorganisation der Behandlungsabläufe, in: Die Ersatzkassen, Bd. 76 (1996), S. 50–54.
- Oberender, Peter*: Medizin zwischen Rationierung und Rationalisierung, in: Peter Oberender (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen, Gräfelting 1996, S. 9–21.
- Oberender, Peter/Hebborn, Ansgar*: Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts, Frankfurt am Main 1994.
- Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“*: Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth 1987.

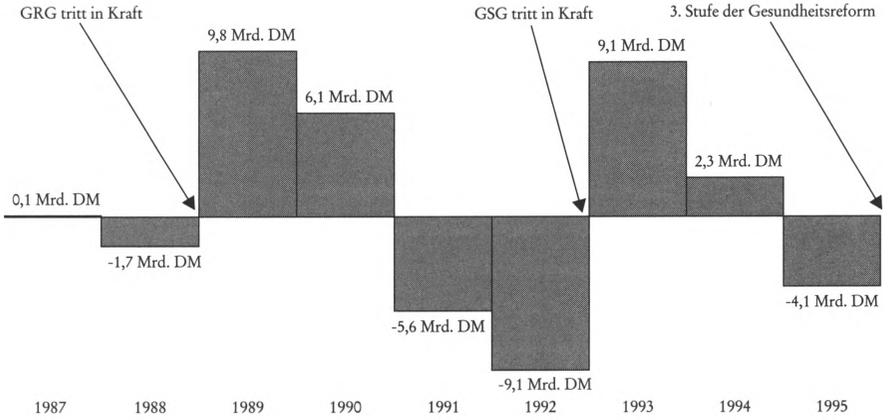
Abbildung 1: Fieberkurve der GKV



Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens

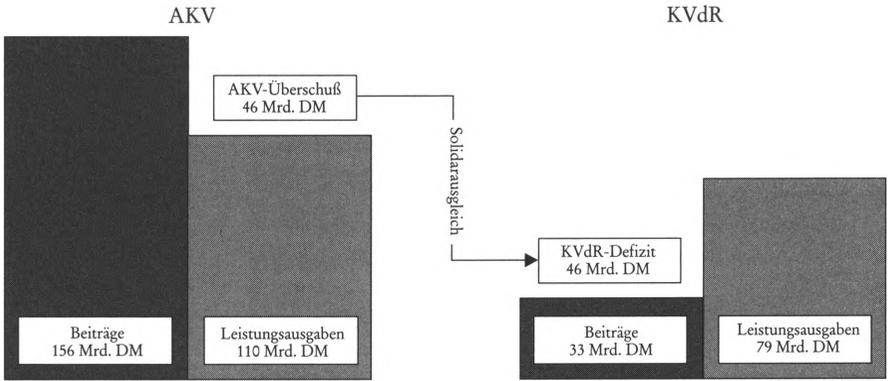
Quelle: Lehrstuhl Prof. Dr. Peter Oberender

Abbildung 2: Überschuss-/Defizitentwicklung in der GKV (West) und ergriffene Maßnahmen



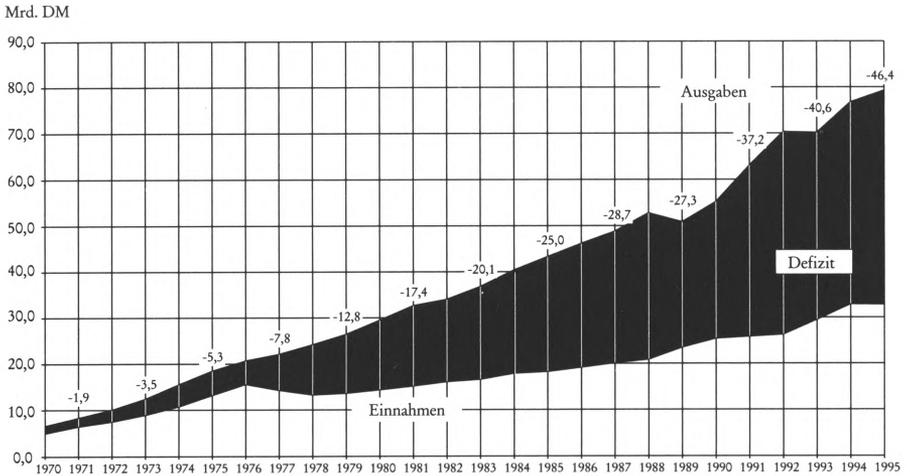
Quelle: Lehrstuhl Prof. Dr. Peter Oberender

Abbildung 3: Solidarausgleich zwischen AKV und KVdR im Jahre 1995



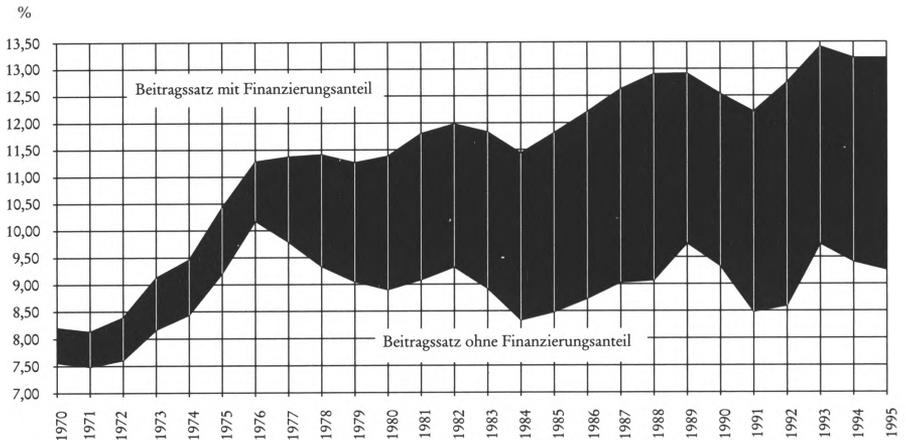
Quelle: Lehrstuhl Prof. Dr. Peter Oberender

Abbildung 4: Wachsende Finanzierungsdefizite in der KVdR



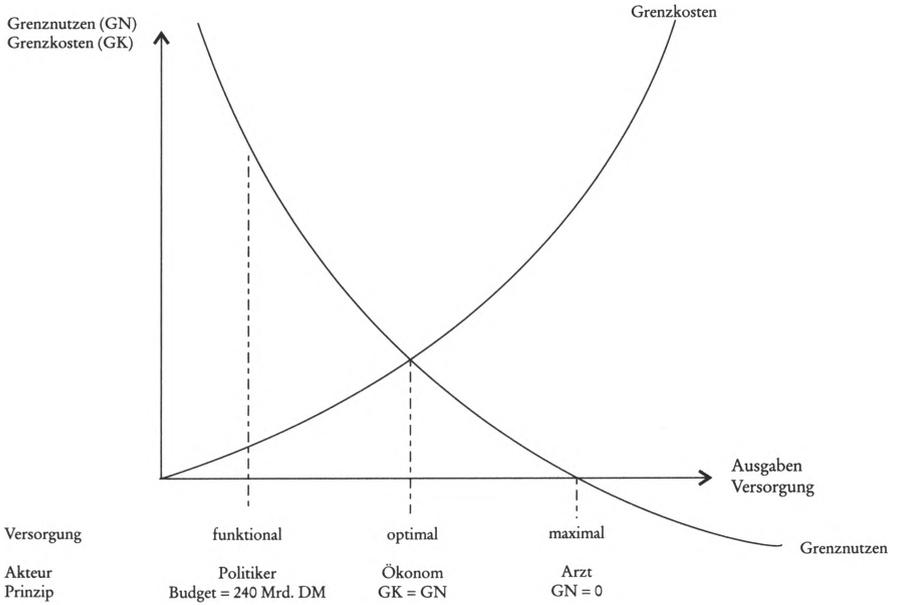
Quelle: Lehrstuhl Prof. Dr. Oberender

Abbildung 5: Entwicklung des auf die KVdR-Defizitdeckung entfallenden Beitragsanteils



Quelle: Lehrstuhl Prof. Dr. Peter Oberender

Abbildung 6: Versorgungsstufen im Gesundheitswesen



Quelle: Lehrstuhl Prof. Dr. Peter Oberender