

## Die dritte Stufe der Gesundheitsreform

Wieder einmal steht die Diskussion um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen an. Die Problematik ist nicht neu, denn seit 1977 hat der Gesetzgeber mittlerweile 46 größere Gesetze mit über 6800 Einzelbestimmungen<sup>1</sup> zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erlassen. Vorläufiger Höhepunkt war die grundlegende Reform des „erkrankten“ Gesundheitswesens durch das Gesundheitsreformgesetz 1989, das eigentlich zu einer *dauerhaften* Beitragssatzstabilität führen sollte. Die Verschnaufpause für den Gesetzgeber war allerdings – Sie wissen es – nur von kurzer Dauer. Schon Anfang 1993 stieg der durchschnittliche Beitragssatz wieder von 12,5% auf 13,4% an.

Zum 1. 1. 1993, also nur 4 Jahre nach dem sozialpolitischen Kraftakt des GRG, wurde dann das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) erlassen. Es verfolgte zwei wesentliche Zielsetzungen:

- einmal kurzfristig greifende Kostendeckelung bzw. -reduzierung
- zum anderen langfristig wirkende grundlegende Strukturmaßnahmen.

Zu den kurzfristig greifenden Maßnahmen gehörten u.a. Budgetierungsregelungen für den ambulanten und stationären Bereich, begrenzt allerdings auf den Zeitraum zwischen 1993 und 1995. Damit wurden die Ausgabensteigerungen begrenzt auf die Höhe der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder.

Als weitreichende, längerfristig wirkende Strukturmaßnahmen des GSG sind u.a. die Einleitung einer umfassenden Krankenhausreform sowie die Änderung des Kassenorganisationsrechts und des Zulassungsrechts zur vertragsärztlichen Versorgung zu nennen. Durch die Änderung der Kassenorganisationsstruktur sollte einmal die Professionalität der Krankenkassen erhöht werden (z.B. durch Schaffung eines hauptamtlichen Vorstandes statt ehrenamtlicher Vertreterversammlung), die Verhandlungsposition der Kassen gegenüber den Leistungserbringern verbessert sowie allgemein ein funktionsfähiger sozialer Wettbewerb der Kassen untereinander gefördert werden. Unter anderem sollten dafür auch der neu eingeführte Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen sowie die zum 1. Januar dieses Jahres in Kraft getretene Kassenwahlfreiheit der Versicherten die erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen.

Auf Leistungsanbieterseite wurde durch das GSG – neben den kurzfristig wirkenden Budgetierungen – das Recht der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verschärft. Jeder zugelassene Vertragsarzt verursacht ja bekanntlich im Durchschnitt die

---

<sup>1</sup> Vgl. CDU/CSU/FDP-Gesetzentwurf GKV-Weiterentwicklungsgesetz vom 30. 1. 1996, BT-Drucks. 13/3608, S. 13.

Inanspruchnahme von bis zu vier weiteren Leistungserbringern. Durch Beschränkung des Zulassungsrechts wurde nun eine erste Begrenzung der Mengenausweitung ambulanter Leistungen angestrebt. In diesem Zusammenhang steht allerdings die verfassungsrechtlich problematische Regelung der Bedarfszulassung nach Verhältniszahlen ab dem 1. Januar 1999 noch aus.<sup>2</sup>

Mit den soeben genannten Maßnahmen des GSG konnte – bis jetzt zumindest – wenigstens eine gewisse Beitragssatzstabilität erreicht werden. So liegt der durchschnittliche Beitragssatz in den „alten Bundesländern“ jetzt auf 13,4% und damit so hoch wie am 1. 1. 1993 bei Inkrafttreten des GSG; nur bei den „neuen Bundesländern“ hat eine „Angleichung des Beitragssatzniveaus in Richtung der Größenordnung der alten Länder stattgefunden“, nämlich von 12,5% auf 13,4%.<sup>3</sup> Und entgegen der für das Jahr 1995 vorgegebenen Schätzung betrug das Ausgabedefizit der Krankenkassen „nur“ 7 Milliarden. Eine – zumindest auf dem ersten Blick – durchaus positive Bilanz, die auch Bundesgesundheitsminister Seehofer in seiner Presseerklärung vom 5. März 1996 gezogen hat.

Betrachtet man die vorliegenden Zahlen jedoch einmal näher, muß man schon einige Zweifel anmelden: Noch im Jahre 1993 hatte ein Einnahmeüberschuß in Höhe von 10,5 Milliarden DM bestanden, der bis Ende 1995 in ein Defizit von 7 Milliarden DM umgewandelt wurde, wobei das Defizit u. a. durch Auflösung von Rückstellungen und Beitragserhöhungen lediglich auf diesem Niveau gehalten werden konnte. Die Leistungsausgaben je Mitglied sind 1995 um 4,3% in den alten Ländern und um 8,9% in den neuen Ländern angestiegen, gleichzeitig haben sich die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV nur um 0,6% (alte Länder) bzw. 0,7% (neue Länder) erhöht.

Bundesgesundheitsminister Seehofer sieht die Ursachen des Defizits in zwei Aspekten:

- Zum einen in zu hohen Steigerungsraten bei Kuren (plus 34%), Fahrtkosten (plus 42%) und bei der Gesundheitsförderung (plus 117%! ) sowie im weiteren Kostenanstieg im Krankenhausbereich durch gesetzliche Budgetausnahmen und
- zum anderen in einer Verschlechterung der Einnahmesituation der Krankenkassen durch politische Entscheidungen des Gesetzgebers.

So führt etwa das Rentenreformgesetz 1989 seit Anfang 1995 zu verringerten Beitragseinnahmen der Krankenkassen für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld und die gesetzliche Krankenversicherung muß ihrerseits höhere Beitragszahlungen für Krankengeldbezieher an die Renten- und Arbeitslosenversicherung abführen. Allein dadurch werden die Krankenkassen im Jahr 1995 mit 5 Milliarden DM belastet.

Ärzte, Zahnärzte und Verwaltungskosten der Krankenkassen haben sich dagegen weitgehend im Rahmen der Entwicklung der Grundlöhne bewegt und die Ausgaben für Zahnersatz und Arzneimittel liegen auch heute noch deutlich unter den Werten von 1992.

<sup>2</sup> §§ 99ff. SGB V.

<sup>3</sup> Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. 3. 1996, S. 4.

Mit Ausnahme des Arzneimittelbudgets sind alle übrigen Budgetierungen mit Ablauf des Jahres 1995 nun ausgelaufen und man wird kein Prophet sein müssen, um abzusehen, wohin die Entwicklung gehen wird.

Weitgehende Einigkeit besteht deshalb dahingehend, daß mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich eingeleitet wurde und daß eine Weiterentwicklung dringend angezeigt ist. Es muß versucht werden, die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems als Ganzes auf Dauer zu gewährleisten. Fraglich und unter den politischen Parteien heftig umstritten ist aber, wie dieses Ziel auch erreicht werden kann.

Gehen wir das Problem zunächst einmal grundlegend an; zahlreiche Vorschläge wurden ja bereits auf dem 59. Deutschen Juristentag im Jahre 1992 diskutiert. Auch hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen im Sommer 1995 einen ganzen Katalog von Maßnahmen vorgelegt. Generell kann das Problem von zwei Seiten angepackt werden, nämlich entweder über die Einnahmeseite oder über die Ausgabenseite, es sei denn, man stellt das System an sich in Frage.

Betrachten wir nun zunächst die Möglichkeiten, die Einnahmen der Krankenkassen zu verbessern. Dabei muß berücksichtigt werden, daß Beitragserhöhungen eben gerade nicht mit der wirtschaftlichen Situation in Einklang gebracht werden können, d.h. gleichbleibende oder besser noch sinkende Beitragssätze müssen in jedem Fall gewährleistet werden.

Berücksichtigt man diese Prämisse, so müßte entweder die Zahl der Beitragszahlenden vergrößert und/oder die der Beitragsbemessung zugrunde liegende Summe ausgedehnt werden, um die Einnahmen der Krankenkassen zu verbessern.

Eine Ausweitung der der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Summe könnte etwa erfolgen durch eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage, z.B. auf das Vermögen des Versicherten insgesamt – was aber wohl weder praktikabel noch wünschenswert sein dürfte – oder durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Das über der Beitragsbemessungsgrenze liegende Einkommen der Versicherten wird ja bisher bei der Berechnung der Beiträge nicht berücksichtigt. Eine Erhöhung würde deshalb grundsätzlich zu Mehreinnahmen führen. Gleichzeitig müßte dann aber auch die Jahresarbeitsentgeltgrenze erhöht werden, die bestimmt, bis zu welchem Einkommen eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht; sonst würden die mit höheren Beiträgen belasteten Versicherten in die private Krankenversicherung wechseln. Eine Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der privaten Krankenversicherung ist aber weder sinnvoll noch durchsetzbar und wird nur von den Grünen propagiert – ich komme später noch einmal darauf zurück.

Da eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage oder der -größe nicht sinnvoll erscheint, bliebe auf Einnahmenseite noch die Variante der Vergrößerung der Beitragszahlenden, allerdings ohne „im Revier der privaten Krankenkassen zu wildern“.

Zunächst könnte man an eine konsequentere Aufdeckung der sog. „Scheinselbständigkeit“ denken, was durchaus erfolgversprechend wäre. Gefordert wird außerdem – insbesondere von Arbeitgeberseite – eine Beitragserhebung von bisher beitragsfrei Familienversicherten. Dies würde jedoch einen gravierenden Einschnitt in das Solidari-

tätsprinzip der GKV darstellen. Vermittelnd sieht der Vorschlag von Arbeitgeberseite deshalb vor, die Beitragsfreiheit wenigstens für kindererziehende Familienmitglieder sowie für Familienmitglieder aufrechtzuerhalten, die Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI erbringen. Zwar würde dem Solidarprinzip damit noch in gewissem Umfang Rechnung getragen werden, aber gerade sozial schwächer gestellte ältere Ehepaare, deren Kinder bereits erwerbstätig sind, würden von dieser Regelung besonders hart betroffen. Außerdem sind die Auswirkungen einer solchen Regelung auf den Arbeitsmarkt und die Arbeitslosenversicherung – auch im Hinblick auf ein eventuelles Ausweichen der Versicherten auf die Krankenversicherung bei Bezug von Leistungen nach dem AFG – zu berücksichtigen, so daß auch dieser Vorschlag nicht unbedingt weiterzuführen wird.

Ebenfalls nicht ganz unproblematisch aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Förderung von Teilzeitarbeit, für die aus beschäftigungspolitischen Gründen derzeit geworben wird. Wird ein Arbeitsplatz mit zwei Arbeitskräften besetzt, haben beide grundsätzlich volle Leistungsansprüche gegen die GKV. War eine der beiden Arbeitskräfte (oder beide) jedoch vorher arbeitslos, so erhält die Krankenkasse nunmehr nur noch die Beiträge nach dem verminderten Arbeitseinkommen und hat daher grundsätzlich Beitragsverluste zu verzeichnen. Andererseits kann sich aber das Ende der Arbeitslosigkeit wiederum positiv auf die Ausgabenseite auswirken, gerade vielleicht bei Langzeitarbeitslosen. Teilzeitarbeit würde sich auch auf der Einnahmenseite allerdings dann positiv auswirken, wenn der Teilzeitarbeitsplatz mit Personen besetzt würde, die bisher als Familienversicherte beitragsfrei versichert waren.

Als Zwischenergebnis kann man an dieser Stelle nun festhalten, daß sich von seiten der Einnahmenverbesserung der Krankenkassen nur wenig für eine dauerhafte Stabilität der GKV tun läßt. Kommen wir deshalb zur Ausgabenseite.

Zur Ausgabenbegrenzung kommen im wesentlichen drei Maßnahmen in Betracht, nämlich

- die Reduzierung der gesetzlich festgeschriebenen Leistungen
- die gesetzliche Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen (Budgetierung)
- die Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven im System bzw. durch Veränderungen im System.

Denkbar wäre also einmal die *Reduzierung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen*, indem sie etwa aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeklammert und durch die Allgemeinheit finanziert werden. Die Sozialversicherung – und damit auch die GKV als solche – ist nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts konkretisierte Ausprägung des Sozialstaatsprinzips nach Art. 20 Abs. 1 GG,<sup>4</sup> dessen hauptsächliches Ziel die Bewältigung sozialer Notlagen und Beeinträchtigungen ist, wie sie z.B. durch Krankheit, Alter, Invalidität, Arbeitslosigkeit und sonstige benachteiligende Lebensumstände herbeigeführt werden. Die Sozialstaatsklausel des Art. 20 Abs. 1 GG richtet sich in erster Linie an den Gesetzgeber, der dann im einzelnen zu bestimmen hat, was sozialstaatlich geboten ist.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> BVerfGE 28, 348.

<sup>5</sup> BVerfGE 1, 105; 8, 329; 22, 204; 27, 253.

Verfassungsrechtlich ist also nur eine Mindestsicherung zur Bewältigung sozialer Notlagen erforderlich, nicht eine allumfassende, optimale Versorgung im Falle der Krankheit. Einschränkungen der Leistungen der GKV – entweder quantitativ oder auch qualitativ – wären deshalb verfassungsrechtlich grundsätzlich nicht zu beanstanden, der Gesetzgeber muß letztlich selbst entscheiden, was sozialstaatlich geboten ist und was nicht. Käme das System der sozialen Sicherung insgesamt ins Wanken, wären wohl sogar spürbare Leistungseinschränkungen verfassungsrechtlich hinnehmbar.

Grundsätzlich bleibt jedoch zu berücksichtigen, daß Leistungseinschränkungen in der Regel zu Lasten der sozial Schwächeren gehen, die nicht in der Lage sind, sich durch Abschluß von privaten Zusatzversicherungen entsprechend abzusichern. Eine minder einschneidende Maßnahme wäre die Einführung oder der Ausbau von Zuzahlungsregelungen, von denen die unteren Einkommenschichten ausgeklammert werden könnten, wie dies heute im Rahmen des § 61 SGB V bereits praktiziert wird.

Ebenso wie in der gesetzlichen Rentenversicherung wird in der GKV die Herausnahme versicherungsfremder Leistungen diskutiert, wie z.B. Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation, das Sterbegeld oder die Abschaffung der Familienversicherung.

Man kann diese sog. versicherungsfremden Leistungen – so sie denn welche sind – durchaus herausnehmen, Leistungen kürzen oder Zuzahlungen erhöhen oder neu einführen. Dies dürfte aber letztlich nur vorübergehend Erfolg bringen; Skeptiker prognostizierten dies schon beim Gesundheitsreformgesetz 1989 und bisher hat die Vergangenheit stets gezeigt, daß die durch Leistungseinschränkungen erzielten Einsparungen in der Regel durch Mehrausgaben in anderen Bereichen der GKV wieder aufgehoben wurden. Leistungsbeschränkungen allein werden also ebenfalls nicht weiterführen.

Die zweite Möglichkeit der Ausgabenreduzierung wäre die *Budgetierung*, also die Koppelung der Ausgabenentwicklung in der GKV an vorgegebene Richtgrößen, z.B. die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, wie dies durch das GSG für alle wesentlichen Leistungsbereiche eingeführt wurde. Als vorübergehende, kurzfristig wirkende Maßnahme erscheint die Budgetierung als ein geeignetes Mittel zur Ausgabenbegrenzung. Sie vermag aber nicht dauerhaft zur Leistungs- und Finanzstabilität beizutragen. Dauerhafte Budgetierungen wiederum würden zweifelsohne nicht ohne negative Einwirkungen auf den medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt bleiben und es ist zu befürchten, daß auch unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen festgeschrieben würden. Zum anderen würde durch eine dauerhafte Budgetierung die Last der Verantwortung einseitig den Leistungserbringern aufgebürdet, was verfassungsrechtlich nicht unbedenklich wäre. Die Ursachen für die Kostenentwicklung in der GKV sind vielschichtig und deshalb sind auch konsequent alle Beteiligten mit in die Verantwortung einzubeziehen.

Bleibe als letzte Möglichkeit auf der Ausgabenseite die *Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven* durch langfristig wirkende Strukturveränderungen im System der GKV, etwa durch die Einführung von mehr Markt und Wettbewerb sowie Steigerung der Professionalität auf seiten der Versicherungsträger. Der Gesetzgeber hat im GSG schon entsprechende Regelungen getroffen, etwa – ich erwähnte es anfangs bereits –

durch Einführung der Kassenwahlfreiheit für Versicherte, die damit auf Beitragssatzunterschiede reagieren können sollen. Durch die Einführung des kassenartübergreifenden Risikostrukturausgleichs, der lediglich Faktoren wie beitragspflichtige Einnahmen, mitversicherte Familienangehörige sowie alters- und geschlechtsspezifische Belastungen der Versicherten berücksichtigt, sollten annähernd vergleichbare Ausgangspositionen geschaffen werden. Andere Einnahmen- und Ausgabenunterschiede zwischen den Kassen, insbesondere Verwaltungskosten, Mehr-, Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen werden nicht ausgeglichen. Hinsichtlich dieser Faktoren soll gerade der Wettbewerb unter den Krankenkassen gefördert werden. Der Risikostrukturausgleich hat aus diesem Grund bisher nicht zu einer Nivellierung, sondern nur zu einer Annäherung der Beitragssätze geführt.

Die Krankenkassen sollten über ihre Landesverbände darüber hinaus möglichst günstige Preise mit den Leistungserbringern aushandeln und sie sollten selbst durch mehr Wirtschaftlichkeit in eigenen Angelegenheiten, insbesondere im Bereich der Verwaltungskosten, zu Einsparungen kommen. Ferner sollte eine größere Effizienz durch mehr Professionalität erreicht werden, etwa durch Einrichtung des hauptamtlichen Vorstandes und dem neu eingeführten Verwaltungsrat.

Allerdings hätte auch auf Leistungsseite mehr Wettbewerb eingeführt werden sollen, doch den Rahmen der gesetzlich festgelegten Leistungen (früher Regelleistungen) hat der Gesetzgeber davon weitgehend ausgenommen. Der Wettbewerb konzentriert sich deshalb bisher auf die satzungsmäßig bestimmten Leistungen, die ja ebenfalls nur eingeschränkt zulässig sind sowie auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Gerade hier erweist sich der Wettbewerbsgedanke aber des öfteren als fatal. Hier werden Leistungen erbracht, die die Krankenkassen aus Marketing-Gesichtspunkten und im Wettbewerb um jeden einzelnen Versicherten erbringen, die aber vom eigentlichen Rahmen des SGB V an sich nicht mehr gedeckt sind oder deren Nutzen zumindest äußerst fraglich ist, wie z.B. der berühmte „Bauchtanzkurs“. Solchen Fehlentwicklungen gilt es entgegenzusteuern.

Als Zwischenergebnis wird man festhalten können, daß auch auf Ausgabenseite einige sinnvolle Ansatzpunkte gegeben sind, daß aber letztlich nur eine Fortführung der Strukturveränderung der GKV geeignet sein wird, auf Dauer eine Leistungs- und Finanzierungsqualität in der GKV herbeizuführen.

Diese Prämisse gilt allerdings nur dann, wenn man nicht das System der Krankenversicherung an sich in Frage stellen will, wie dies etwa die Bundestagsfraktion der Grünen und Unabhängigen mit ihrem Antrag zum „Umbau und zur Weiterentwicklung der Gesundheitsstruktur“ vom 30. 1. 1996<sup>6</sup> zum Ausdruck bringt.

Sie fordern, daß – ich zitiere – „1. Die solidarische Absicherung aller Risiken im Krankheitsfall eine Grundbedingung des Sozialstaates bleibt“. Weiter: „2. Beitragssatzstabilität und Kostendämpfung dürfen nicht zur Entsolidarisierung und Leistungsausdünnung im Gesundheitswesen führen. 3. Die optimale Versorgung aller Bevölkerungsschichten ist das Ziel einer reformierten Struktur der ambulanten und stationären

---

<sup>6</sup> BT-Drucks. 13/3612 vom 30. 1. 1996.

Organisation des Gesundheitswesens. 4. Gesundheit unterliegt der gesellschaftlichen Verantwortung ... 5. Qualitative Veränderung im Gesundheitssystem bedeutet, Gesundheit und Krankheit als lebensgeschichtliche Erfahrung zu verstehen ... 12. Die männerorientierte Normenwelt des Gesunden ist zugunsten einer geschlechtergleichstellenden und allen gesellschaftlichen Gruppen gerecht werdenden Denkweise zu überwinden ...“ usw. und so fort.

Die weiteren Forderungen der Bundestagsfraktion der Grünen laufen langfristig auf eine solidarische Einheitsversicherung hinaus, die alle Bevölkerungsgruppen einbezieht, Raum für Befreiungstatbestände gibt es nicht, die private Krankenversicherung wird abgeschafft. Marktwirtschaft und Wettbewerb sind – ich zitiere wieder –: „zur Steuerung eines *Gesundheitsversorgungssystems* nicht geeignet“. Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen sollen einer umfassenden Budgetierung unterliegen, ganzheitliche Gesundheitstherapie steht im Vordergrund.

Ohne den Grünen den guten Willen bei ihrem Antrag absprechen zu wollen, muß man diesem Vorschlag entgegenhalten, daß gerade eine *allumfassende optimale Versorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall durch ein Gesundheitsversorgungssystem* verfassungsrechtlich gerade nicht geboten ist, vom Verfassungsgeber so auch nicht gewollt war und die damit verbundenen Eingriffe in die Grundrechte aller Beteiligten zu gravierend sein werden, um ein derartiges System verfassungsrechtlich absegnen zu können. Außerdem spricht wohl vieles dafür, daß ein „Gesundheitsversorgungssystem“ nicht weit von einem „Gesundheits selbstbedienungsladen“ entfernt sein wird und damit sei die Frage nach der Finanzierbarkeit erlaubt.

Meine Damen und Herren, ich hoffe, Sie gestatten mir, den Antrag der Bundestagsfraktion der Grünen und Unabhängigen nicht weiter zu vertiefen und mich nun den beiden noch im Raum stehenden Gesetzentwürfen der Regierungskoalition und der SPD zur dritten Stufe der Gesundheitsreform zuzuwenden.

Sowohl die Regierungsparteien CDU/CSU und FDP als auch die SPD hatten das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 gemeinsam getragen und haben damit einen Grundkonsens zu einer grundlegenden Strukturreform getroffen.

Allerdings wird von den grundsätzlichen Befürwortern der Strukturveränderung in der gesetzlichen Krankenversicherung nun wiederum kritisiert, daß zwar mit der Wahlfreiheit der Versicherten und der Professionalisierung der Krankenkassen das System für den Wettbewerb grundsätzlich geöffnet worden sei. Es sei aber unterlassen worden, den Krankenkassen richtige Wettbewerbsfelder zu eröffnen. Gegenüber den Versicherten seien die Kassen durch den einheitlich und abschließend im Gesetz vorgegebenen Leistungskatalog eingeschränkt. Gegenüber den Leistungsanbietern seien unterschiedliche Verträge kaum möglich, da das SGB V vielfach noch einheitliches und gemeinsames Handeln vorschreibe. Erst die Zukunft und weitere Reformen würden zeigen, ob der vom Gesundheitsstrukturgesetz eingeschlagene Weg zur Einheitskasse oder zu einem echten Wettbewerbssystem führe.

Die Parteien der Regierungskoalition haben diese Kritik zum Teil aufgenommen, sie wollen mit ihren Entwürfen insbesondere die angesprochenen Wettbewerbsdefizite beseitigen. Die Koalitionsparteien haben ihre Pläne zur dritten Stufe der Gesundheits-

reform dabei im wesentlichen in zwei Gesetzgebungsvorhaben aufgespalten, nämlich einmal für den Bereich der stationären Versorgung und zum anderen für den ambulanten Sektor.

Wegen der besonderen Dringlichkeit hatte sich die Regierungskoalition zunächst den stationären Bereich vorgenommen, am 7. 11. 1995 wurden die maßgeblichen Eckpunkte der geplanten Reform formuliert, eine Woche später (13. 11. 1995) lag der Referentenentwurf des „Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996“ vor. Mit diesem Gesetz, das vom Bundestag am 19. 1. 1996 beschlossen wurde, sollten die Zuwachsraten im stationären Bereich für 1996 budgetiert werden, und zwar auf die Höhe der Tarifabschlüsse im Öffentlichen Dienst.

Obwohl dieser Regelungsbereich nicht der Zustimmungspflicht des Bundesrates obliegt, hat dieser am 9. 2. 1996 den Vermittlungsausschuß angerufen. Die SPD-geführten Länder, die die Bundesratsmehrheit inne hatten, wollten dadurch die Bundesregierung veranlassen, nicht über den ambulanten und stationären Sektor getrennt zu entscheiden, sondern nur über die Gesundheitsreform im Ganzen. Und dies, obwohl die Mehrheit innerhalb der SPD mit dem Inhalt des Krankenhausstabilisierungsgesetzes 1996 durchaus einverstanden war. Auf diese Weise wollte sich die SPD die weitere Mitwirkung im Gesetzgebungsverfahren zur Gesundheitsreform insgesamt sichern, da nunmehr das Gesamtpaket der Zustimmung des Bundesrates unterliegen wird.

Am 6. 3. 1996 hat man sich im Vermittlungsausschuß nun auf ein entsprechendes Vorgehen geeinigt, es wird zeitgleich im Bundesrat über die Reformen im stationären und ambulanten Sektor beraten, der Bundesrat wird den Vermittlungsausschuß anrufen und dort soll eine paritätisch besetzte Kommission den Kompromiß zwischen der Regierung und den Ländern erarbeiten. Im Gegenzug hat der Vermittlungsausschuß das Krankenhausstabilisierungsgesetz passieren lassen,<sup>7</sup> so daß die Budgetierung der Krankenhausausgaben für 1996 also nun wirksam werden kann.

Für die übrigen Reformschritte auf stationärer und ambulanter Ebene wird es aufgrund des nun vorgegebenen Verfahrens zu einem Kompromiß zwischen SPD und Regierungskoalition auf der Grundlage der zur Zeit vorliegenden Gesetzentwürfe kommen. Ich möchte Ihnen deshalb abschließend noch die wesentlichen Eckpunkte der Entwürfe vorstellen.

Für den stationären Bereich hatte die Regierungskoalition zusätzlich eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen, mit der die Fortführung der dualen Finanzierungsform durch Länder und Krankenkassen bis 1998 festgeschrieben werden sollte. Diese – der Zustimmung des Bundesrats unterliegende – Änderung des KHG ist im Bundesrat am 1. 3. 1996 gescheitert und damit vorerst mal vom Tisch.

Weitere Reformpunkte hat die CDU/CSU-FDP-Koalition im Entwurf eines „Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997“ festgelegt. Es wurde zwar im Bundestag am 23. 11. 1995 in erster Lesung beraten, ist nun aber auch Teil des durch den Kompromiß vom 6. 3. 1996 geschnürten Verhandlungspaketes.

---

<sup>7</sup> Ärztezeitung vom 9. 3. 1996 sowie Bundesratspressemitteilung Nr. 45/96 vom 6. 3. 1996.

Nach der vorgelegten Begründung soll das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 dazu beitragen, „bürokratische Verkrustungen abzubauen, die Selbstverwaltung zu stärken, ihr mehr Freiräume für eigenverantwortliches Handeln geben und staatliche Regelungen auf das Notwendige begrenzen sowie sozialverträglichen Wettbewerb, mehr Transparenz und mehr Eigenverantwortlichkeit aller Beteiligten“ verwirklichen.

Das Gesetz sieht dazu u. a. für die Jahre 1997 bis 1999 die Vereinbarung einer Gesamtvergütung auf Länderebene – eine Art Landesbudget – vor. Es wird auf der Grundlage der Summe aller Gesamterlöse der zugelassenen Krankenhäuser unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung, der Leistungsentwicklung, der Entwicklung der Zahl und Struktur der Versicherten und der beitragspflichtigen Einnahmen ausgehandelt. Eine Überschreitung des Budgets führt in erster Stufe zu einer anteiligen Kürzung der laufenden Gesamterlöse aller Krankenhäuser, in der zweiten Stufe müssen die Krankenhäuser, die die Überschreitung konkret verursacht haben, den Überschreibungsbetrag zurückzahlen.

Gegen die Bildung der Gesamtvergütung sowie vor allem die vorgesehenen Sanktionsfolgen wird schon jetzt von seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft heftige Kritik geübt; die Entscheidung bestrafe geradezu die Krankenhäuser, die sich in der jüngsten Vergangenheit besonders sparsam und wirtschaftlich verhalten hätten, sie sei deshalb ordnungspolitisch verfehlt und genau der verkehrte Weg, um mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu erreichen.<sup>8</sup> Diese Kritik ist sicher berechtigt und das Bundesgesundheitsministerium hat insoweit mittlerweile auch Verhandlungsbereitschaft signalisiert.

Weiterhin sieht der Entwurf des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 vor, daß ab 1999 die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG die Entgeltkataloge verbindlich vereinbaren und weiterentwickeln; die konkreten Leistungsentgelte sollen dagegen weiterhin auf Landesebene vereinbart werden. Die Krankenhausplanung soll künftig durch einvernehmliche Regelungen der Länder mit den Landesverbänden der Krankenkassen erfolgen. Versorgungsverträge mit Krankenhäusern sollen künftig von den Landesverbänden der Krankenkassen einzeln – statt wie bisher gemeinsam – abgeschlossen werden können, die Genehmigung durch das Land bei Kündigung eines Versorgungsvertrages entfällt. Darüber hinaus wird in vielen anderen Bereichen auf gemeinsames Handeln der Krankenkassen verzichtet, z. B. bei zwei- und dreiseitigen Verträgen sowie bei den Rahmenempfehlungen über die Krankenhausbehandlung.

Ferner soll die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung verbessert werden, insbesondere durch Förderung von Praxiskliniken, der belegärztlichen Tätigkeit sowie der Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen. Schließlich soll auch die Großgeräteplanung wieder abgeschafft werden.

Für den ambulanten Bereich hat die Regierungskoalition am 1. 2. 1996 das GKV-Weiterentwicklungsgesetz in den Bundestag eingebracht. Der Entwurf will erklärtermaßen die Selbststeuerungskräfte im Gesundheitswesen stärken. Die Selbstverwaltung

---

<sup>8</sup> DKG aktuell vom 11. 3. 1996, S. 16, 17.

gen sollen in die Lage versetzt werden, das medizinisch Erforderliche mit dem volkswirtschaftlich Vertretbaren und dem dem Versicherten Zumutbaren in Einklang zu bringen. Kassen, Leistungserbringer und Versicherte sollen zu einer kostenbewußten Verhaltenweise motiviert werden, um Qualität und Finanzierbarkeit der medizinischen Versorgung gewährleisten zu können.

Die wesentlichen Positionen im einzelnen:

- Der Leistungskatalog ist im wesentlichen unverändert. Klargestellt wird,<sup>9</sup> daß Rettungsdienst und Krankentransport Leistungen sind, auf die die Versicherten einen Anspruch haben und, daß zum Rettungsdienst auch die notärztliche Versorgung gehört.
- Leistungsbeschränkungen finden sich lediglich in Form der Erhöhung der Zuzahlung bei stationärer Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung von bisher 11,- DM auf 25,- DM (20,- DM Ost) täglich.
- Alle Zuzahlungsregelungen sollen im Abstand von zwei Jahren entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße in der Sozialversicherung angepaßt werden.
- Hauptanliegen des GKV-Weiterentwicklungsgesetzes ist die Stärkung der *Selbstverwaltung der Krankenkassen* an sich sowie in ihren Beziehungen zu den Leistungserbringern (Stärkung der Leistungsverantwortung). Damit sollen den Krankenkassen Wettbewerbsmöglichkeiten eröffnet werden.

So werden etwa die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern freiheitlich gestaltet, indem auf das Erfordernis einheitlichen und gemeinsamen Handelns der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände weitgehend verzichtet wird. Einheitliche und gemeinsame Verträge sollen nur für unumgängliche, z. B. die Sicherstellung der medizinischen Versorgung oder grundsätzliche Angelegenheiten wie etwa die Abrechnungsgrundlagen für Leistungen, gesetzlich vorgeschrieben werden.

- Auch gegenüber dem *Versicherten* eröffnet der Gesetzentwurf den einzelnen Kassen weitere Gestaltungsmöglichkeiten.

So sind sog. „Gestaltungsleistungen“ neu vorgesehen, die den bislang eng begrenzten Bereich der Satzungsleistungen ausweiten. Begrenzt wird die Möglichkeit zur Erbringung von Gestaltungsleistungen allerdings dahingehend, daß ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung einschließlich wahlärztlicher Leistungen, Krankengeld, Sterbegeld und Leistungen während eines Auslandsaufenthalts nicht erweitert werden dürfen<sup>10</sup> und daß außerdem nur die sonst auch zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch genommen werden dürfen.

Die Krankenkassen können in ihren Satzungen des weiteren die Erhöhung von Zuzahlungen vorsehen, nicht jedoch neue Zuzahlungen einführen. Sie können für ihre Mitglieder auch Beitragsrückerstattungen bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen vorsehen sowie günstigere Tarife bei Selbstbehalt gewähren. Alle Versicherten sollen künftig zwischen Kostenerstattung und Sachleistung wählen können.

<sup>9</sup> In § 36a des Entwurfs.

<sup>10</sup> Vgl. § 54 Abs. 2 des Entwurfs.

- Auch gegenüber den *Leistungserbringern* finden sich wesentliche Neuerungen: Es sollen Modellvorhaben umfassend ermöglicht werden, die der Weiterentwicklung im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit dienen. Sie werden zwischen den Krankenkassen und den Vertragsärzten vereinbart, wobei die Vertragsärzte unter bestimmten Voraussetzungen den Abschluß der Vereinbarung sogar erzwingen können. Weitere Regelungen zielen darauf ab, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu stärken. So soll eine Beitragssatzerhöhung einer 3/4-Mehrheit der Verwaltungsratsmitglieder bedürfen und nur dann zulässig sein, wenn vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft sind. Andererseits besteht keine Genehmigungspflicht für Vergütungsvereinbarungen mehr.

Ich möchte mich nicht noch weiter in die Einzelheiten des Entwurfs des GKV-Weiterentwicklungsgesetzes der Regierungskoalition vertiefen. Man wird aber wohl festhalten müssen, daß durch diesen Gesetzentwurf die vorher angemahnte Kritik weitgehend Berücksichtigung gefunden hat, daß hier tatsächlich erhebliche Reformschritte enthalten sind, die wesentliche Strukturveränderungen in der GKV bewirken könnten. Einige Ansätze sind allerdings gerade in bezug auf den Solidaritätsgedanken in der GKV nicht ganz unproblematisch, zu nennen wären hier etwa die Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung, Tarife mit Selbstbehalt, Erhöhung der Zuzahlungsregelungen.

Hier knüpft auch die wesentliche Kritik der SPD am Koalitionsentwurf an, diese Reformvorhaben führten geradewegs zu einer Entsolidarisierung der GKV. Ferner revidiere die Regierungskoalition teilweise Reformelemente des GSG, etwa durch Streichung der Arzneimittelpositivliste.

Ohne derartige „Einschnitte“ in das Solidaritätsprinzip will die SPD selbst im System der GKV die Wettbewerbselemente fördern und so den vom GSG eingeschlagenen Weg fortsetzen. Ihr Gesetzentwurf zielt dabei auf folgende Maßnahmen ab, ich zitiere:

- Einführung einer globalen, an der Veränderung des Bruttoinlandsproduktes orientierten Ausgabenbegrenzung der Krankenkassen auf Dauer;
- Organisationsreform der kassenärztlichen Selbstverwaltungen entsprechend den für die Krankenversicherung mit dem GSG eingeführten Prinzipien;
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Stärkung der Stellung der Hausärzte innerhalb des Gesamtrahmens der Vertragsärzteschaft;
- Intensivierung der Prävention;
- bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich;
- Weiterentwicklung des Festbetragskonzepts in der Arzneimittelversorgung zu einem Verhandlungsmodell für Krankenversicherung und pharmazeutische Hersteller;
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung mit schrittweiser, beitragsneutraler Einführung der Finanzierungsmonistik durch die Krankenversicherung bis zum Jahre 2007;
- Neuordnung der Verantwortung für die Krankenhausbedarfs- und Investitionsplanung durch Festlegung einer einvernehmlichen Gesamtverantwortung von Ländern und Krankenkassen.

Zusammenfassend kann man sagen, die SPD plant eine Förderung des Wettbewerbs durch eine Organisationsreform auf der Anbieterseite. Sie sieht die Hauptursache für

das teilweise Fehlschlagen der Reformansätze des Gesundheitsstrukturgesetzes in veralteten Strukturen der Verbände der Leistungserbringer. Diese sollen aufgebrochen und professionalisiert werden. Damit der Wettbewerb insgesamt nicht zu einer Kostensteigerung im Gesundheitssystem führt, wird ein Globalbudget vorgesehen. Im Krankenhausbereich soll insbesondere die duale Finanzierung schrittweise abgebaut werden zugunsten einer monistischen Finanzierung.

Lassen Sie mich abschließend ein Resümee ziehen:

Beide Gesetzentwürfe haben meines Erachtens zutreffend erkannt, daß mit Flickschusterei nichts Dauerhaftes zu bewirken ist. Vereinzelt wären Maßnahmen auf Einnahmenseite – wie etwa hinsichtlich der Scheinselbständigkeit – oder Ausgabenreduzierungen durch Leistungsbegrenzungen oder höhere Zuzahlungen möglich, um Reformschritte zu unterstützen oder zu ergänzen. Es geht aber meines Erachtens – und so sehen dies auch die Parteien der Regierungskoalition und der SPD – an grundlegenden Reformschritten im Sinne einer Fortführung der Strukturveränderung der GKV kein Weg mehr vorbei. Ob dazu begleitend eine weitestgehende Budgetierung sinnvoll ist, wie dies die SPD vertritt, erscheint mir aus den oben schon genannten Gründen doch zweifelhaft.

Es bleibt nun abzuwarten, welcher Kompromiß im Vermittlungsausschuß gefunden wird. Wesentlich muß dabei sein, die GKV nach wie vor als funktionsfähige Solidargemeinschaft zu erhalten. Die GKV kann deshalb nicht vollständig den Selbststeuerungskräften des Marktes überlassen werden. Die Selbstverwaltung und der Wettbewerb im System sind jedoch in der Lage, einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzsituation der GKV zu leisten. Das allein reicht aber nicht aus. Es muß von seiten aller Beteiligten – und damit auch von den Versicherten – umgedacht und ein wirkliches Kostenbewußtsein entwickelt werden. Nur dann wird man eine dauerhafte, umfassende und gleichwohl nach solidarischen Grundsätzen funktionierende gesetzliche Krankenversicherung aufrechterhalten können.