

Steuerung der Ausgaben

Auch nach einer Finanzreform notwendig



Ulf Fink
Senator a. D.

Bei der Frage nach der künftigen Finanzierung unseres Gesundheitssystems sollte die Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht aus den Augen verloren werden. Parallel zur Reform der Einnahmeseite sollten stets auch verbesserte „Steuerungsinstrumente“ in Erwägung gezogen werden, die immerhin dafür gesorgt haben, dass sich die Ausgaben der GKV – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – weitaus weniger dramatisch entwickelt haben als allgemein angenommen.

Eine Analyse der Beitragssatzentwicklung der GKV zeigt, dass der Beitrag von durchschnittlich 4,7% im Jahr 1950 (ohne Lohnfortzahlung für kranke Arbeitnehmer) auf 14,9% im Jahr 2010 gestiegen ist und sich damit verdreifacht hat. Im selben Zeitraum hat sich der Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 2% auf über 6% ebenfalls in etwa verdreifacht. Die Analyse ist eindeutig. Die Beitragssätze und die Anteile der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt haben sich parallel entwickelt (vgl. Abb. 1). D.h., die Beitragssätze sind im Wesentlichen durch die Ausgabenentwicklung getrieben worden.

In diesem Zusammenhang lohnt jedoch eine differenzierte Betrachtungsweise, nämlich den Zeitraum von 1950 bis 2010 in zwei Perioden, von 1950 bis 1980 und von 1980 bis 2010, zu unterteilen. Von 1950 bis 1980 steigerte sich der durchschnittliche Beitragssatz der GKV von 4,7% auf 11,4% und stieg damit auf das

Zweieinhalbfache, während der durchschnittliche Beitragssatz der GKV von 1980 bis 2010 von 11,4% auf 14,9% und damit nur um ein Drittel gestiegen ist. Die eigentlich „Kostenexplosion“ hat also nicht in den letzten 20 Jahren, sondern in den ersten 30 Jahren der Bundesrepublik Deutschland stattgefunden. Man kann deshalb zu Recht sagen, dass in den letzten Jahren bei den Ausgaben der GKV eine relative Beruhigung eingetreten ist.

Was sind die Gründe dafür, dass der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP in der Bundesrepublik Deutschland deutlich auf 11% gestiegen ist und sich mittlerweile an der dritten Stelle in der Welt befindet, während der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP mit mittlerweile rund 6% doch verhältnismäßig bescheiden gewachsen ist? Einen Zugang zur Erklärung des Phänomens gewinnt man erst dann, wenn man sich mit den Steuerungselementen der verschiedenen Teile unseres Gesundheitssystems befasst.

Mesebene als zentrale Steuerungsebene in der GKV

Gesundheitspolitische Steuerung vollzieht sich stets auf mehreren Ebenen. Man unterscheidet idealtypisch drei Ebenen:

- die Makroebene
- die Mesebene
- die Mikroebene

Die staatliche Steuerung zielt auf die Steuerung des gesamten Gesundheitswesens und macht die Makroebene aus. Die Mesoebene entspricht im Wesentlichen den Tätigkeiten der Selbstverwaltung. Die Mikroebene beschreibt in der Regel das Verhältnis zwischen dem einzelnen Versicherten und dem Leistungserbringer. Die modellhafte Zuteilung von Steuerungskompetenzen fällt in den Gesundheitssystemen unterschiedlich aus. In England werden wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen auf der Makroebene getroffen.

In Deutschland werden wesentliche Entscheidungen zur Finanzierung nach Art der Leistung auf der Mesoebene im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung durch Kollektivverträge zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Finanzierungsträger getroffen. Fest

steht, dass weder Systeme, die von der Mikroebene geprägt sind und auf marktwirtschaftlichen Mechanismen beruhen, noch weniger aber Systeme, die auf der Makroebene gesteuert werden und für die staatlich organisierte Gesundheitsangebote kennzeichnend sind, im Preis-/Leistungsverhältnis den auf der Mesoebene gesteuerten Systeme überlegen sind – im Gegenteil.

Diese Beobachtung wird durch den Vergleich der Entwicklung des GKV-Systems und des Systems der Privaten Krankenversicherung (PKV) in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahrzehnten gestützt. Zwar ist es richtig, dass wesentliche Teile des Leistungsgeschehens der GKV der Verhandlungsmacht der Selbstverwaltung entzogen sind.

Es ist auch richtig, dass der Staat in den letzten Jahrzehnten sehr

häufig unmittelbar in die Rechte der Selbstverwaltung eingegriffen hat (z.B. Budgetierung), wobei die Substitution der Selbstverwaltung durch staatliche Intervention üblicherweise als *vorübergehende* negative Substitution gegen die Selbstverwaltung durch Entzug von Steuerungskompetenz zu bewerten ist. Im Übrigen wurden Überschreitungen der Budgets fast nie sanktioniert.

Es ist weiterhin richtig, dass die Mikroebene der GKV in letzter Zeit z.B. durch den Ausbau der Selbstbeteiligung gestärkt worden ist. Es bleibt aber dabei, dass die Mesoebene konstitutiv für das System der GKV geblieben ist, durch die die Vergrößerung der Rechte des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sogar eine deutliche Stärkung erfahren hat. Sowohl der ebenfalls teilweise budgetierte stationäre Bereich, als auch

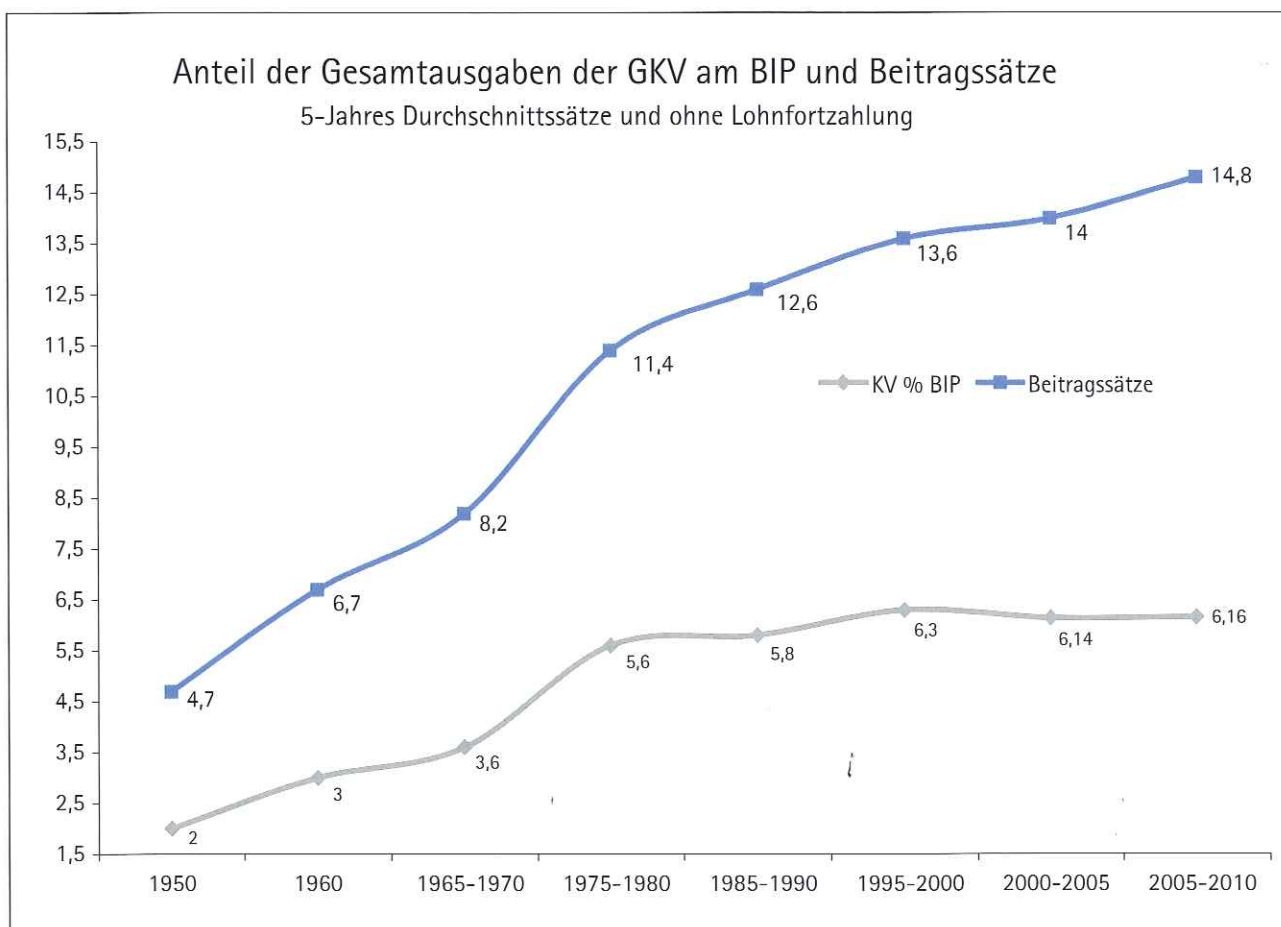


Abb. 1: Anteil der Gesamtausgaben der GKV an BIP und Beitragssätze
Quelle: eigene Darstellung

der weitgehend der Ebene der Selbstverwaltung entzogene Pharmabereich weisen bei Weitem nicht die Kostenstabilität auf, wie der ebenfalls zeitweise budgetierte vertragsärztliche Bereich, was deshalb besonders auffällig ist, weil hier die Versorgungssituation sich quantitativ drastisch verbessert hat. Umso erstaunlicher ist die hohe Kostenstabilität.

PKV braucht Vertragsgestaltungskompetenz

Ganz anders die Situation und die Entwicklung bei der PKV. Bei der GKV herrscht das Sachleistungsprinzip, d.h. Vertragsbedingungen werden direkt zwischen der GKV und den Leistungserbringern abgeschlossen. Bei der PKV wird das Kostenerstattungsprinzip angewandt, d.h. zwischen Versicherungsnehmer und Versicherung wird Erstattung der Kosten vereinbart, die aber nur durch den unmittelbaren Vertrag zwischen Versicherungsnehmer und Leistungserbringer zustande kommen. In aller Regel bestehen keinerlei Vertragsbeziehungen zwischen den privaten Krankenversicherungsunternehmen und den Leistungserbringern.

Dies hat zur Konsequenz, dass Fragen zum Leistungsangebot oder auch der Rechnungslegung nicht direkt zwischen der Privaten Krankenversicherung und dem Leistungsan-

bieter geklärt werden können. Eine direkte Absprache zwischen PKV und Leistungserbringern findet nicht statt. Hier scheint der Grund für die überproportionale Kostensteigerung bei der PKV in den letzten Jahrzehnten zu liegen. Die unabhängige Expertenkommission unterbreitet in ihrem 1996 vorgelegten Gutachten deshalb eine Reihe von Vorschlägen, die im Wesentlichen darauf hinauslaufen, der PKV – wenn auch eingeschränkt – Kompetenzen einzuräumen, wie sie derzeit nur die GKV hat.

„Die Kommission sieht es als zwingend notwendig an, dass der Gesetz- und Verordnungsgeber bei seinen Bemühungen um die Sicherung der Beitragsstabilität in der GKV die Belange der PKV angemessen berücksichtigt. Zudem sieht sie es als geboten an, dass der PKV ein rechtlicher Rahmen zur Verfügung gestellt wird, der es ihr ermöglicht, ihren Versicherten zu vertretbaren Beiträgen Krankenversicherungsschutz zur Verfügung zu stellen.“

Die unabhängige Kommission begründet dies wie folgt:

„Der sozial- und gesundheitspolitische Gesetzgeber hat sich in der Bundesrepublik dazu entschieden, der PKV die Aufgaben der ‚substitutiven‘ Krankenversicherung zuzuweisen. Teile der Bevölkerung sind hinsichtlich ihres Krankenversicherungsschutzes auf eine Absicherung in der PKV verwiesen, da ihnen die

Gesetzliche Krankenversicherung nicht offen steht. Aus dieser Grundentscheidung des Gesetzgebers erwächst nicht nur ein besonderer Schutzbedarf für die Versicherten im Verhältnis zu den PKV-Unternehmen, den der Gesetzgeber (gestützt auf Art. 54 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung) im Rahmen des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG nominiert hat, vielmehr steht auch der Gesetzgeber selber nach Auffassung der Kommission in einer besonderen Verpflichtung, durch eine verantwortungsbewusste Handhabung des für die PKV relevanten Rechtsrahmens den PKV-Versicherten einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen.“

Es besteht kein Anlass, die Steuerungselemente der GKV aufzugeben, die zu der bemerkenswerten Ausgabenstabilisation der GKV gemessen am Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt geführt haben – im Gegenteil: Auch der PKV sollten Steuerungselemente vergleichbar mit denen der GKV an die Hand gegeben werden, damit sie ihren Versicherten einen günstigeren Versicherungsschutz anbieten kann.