

„Hauptproblem der GKV ist die Finanzierungsimplosion“

Prof. Dr. Wilhelm van Eimeren und Prof. Dr. Fritz Beske zur Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung – 4. Kongreß „Gesundheit und Medien“ in Düsseldorf

von Horst Schumacher

Die Gesetzliche Krankenversicherung leidet unter einer „Finanzierungsimplosion“, nicht unter einer „Kostenexplosion“. Hohe Arbeitslosigkeit und eine steigende Zahl von Rentnern sorgen für das chronische Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), nicht dagegen explosionsartig ansteigende Kosten – was sich am nahezu unveränderten Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt ablesen läßt.

Darauf hat kürzlich in Düsseldorf Prof. Dr. Wilhelm van Eimeren hingewiesen, der Stellvertretende Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Nach seinen Worten beim Kongreß „Gesundheit und Medien“ in Düsseldorf ist die seit Jahren auf die Lohnnebenkosten fixierte Kostendämpfungsdebatte verfehlt: „Es geht nicht um Lohnnebenkosten, sondern darum, daß das System über den Faktor Arbeit nicht zu finanzieren ist.“

Rationalisierung erforderlich

Unabhängig davon sind – im Interesse eines dauerhaft stabilen Ge-



Prof. Dr. Wilhelm van Eimeren, Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte stärker vom Träger separieren und in die politische Verantwortung nehmen. Foto: GSF

„Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen“?

lautete das übergreifende Thema, mit dem sich Experten aus Wissenschaft, Gesundheitswesen, Politik, Wirtschaft und Medien kürzlich beim 4. Kongreß „Gesundheit und Medien“ in Düsseldorf beschäftigten. Unsere Berichterstattung konzentriert sich auf vier Problemkomplexe:

- Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (auf dieser und der folgenden Seite),
- Integration im Gesundheitswesen (Seite 16),
- Liberalisierung in der Vertragsgestaltung (Seite 17) und
- Prävention (Seite 19). RhÄ

sundheitssystems – nach van Eimerens Ansicht auch Rationalisierungsanstrengungen erforderlich. „Es müssen alle Möglichkeiten genutzt werden, mit weniger Personal auszukommen“, sagte er. Im personalintensiven Wirtschaftszweig Gesundheitswesen könnte der Beitragssatz nach Wegfall von 80.000 Arbeitsplätzen um einen Prozentpunkt gesenkt werden, so van Eimeren. Insgesamt ergäbe sich daraus allerdings ein deutlich negativer Arbeitsmarkteffekt, weil durch die Entlastung der Lohnnebenkosten lediglich 40.000 Arbeitsplätze in anderen Bereichen neu entstehen würden.

Neben einem verstärkten Wettbewerb – etwa auch zwischen GKV und Privater Krankenversicherung – ist nach van Eimerens Ansicht die stärkere Trennung von Nachfrage- und Angebotsstrukturen erforderlich. Als Beispiel nannte er hier das Krankenhaus. Die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sollten deutlich

vom Krankenhausträger separiert „und stärker in die politische Verantwortung genommen“ werden. So würden die Mediziner besser in die Lage versetzt, aus der Sicht ihrer Patienten zu argumentieren und beispielsweise ökonomische Interessen des Trägers dem Patienteninteresse unterzuordnen.

Arzt-Patient-Verhältnis im Mittelpunkt

„Hat die solidarische Krankenversicherung noch eine Zukunft?“ fragte Prof. Dr. Fritz Beske, Direktor des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung. Seiner Meinung nach hat sich die solidarische GKV bewährt, jedoch seien Anpassungen erforderlich, um sie zu bewahren.

Beske formulierte vier Prämissen, auf denen Reformschritte seiner Meinung nach aufbauen müssen:



Prof. Dr. Fritz Beske, Direktor des Instituts für Gesundheits-System-Forschung: Solidaritätsbegriff der GKV neu definieren. Foto: IGSF

- Das Verhältnis Patient-Arzt hat im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung zu stehen – dazu gehören auch die ärztliche Therapiefreiheit und die Entbürokratisierung der GKV.
- Der Versicherte muß die Gewißheit haben, daß Krankheit für ihn und seine Familie nicht zu ei-

ner existenzbedrohenden Belastung werden darf. Schwere und lang andauernde, teure Krankheiten müssen von der Solidargemeinschaft getragen werden.

- Den Versicherten müssen medizinische Leistungen nach dem neuesten Stand zur Verfügung stehen. Der medizinische Fortschritt muß allen zugute kommen.
- Der alte, polymorbide Mensch darf nicht ausgegrenzt werden. Die Versorgung alter Menschen – insbesondere in der Praxis des niedergelassenen Arztes – muß bei der Gestaltung des Leistungskatalogs angemessen berücksichtigt werden. Alter allein darf kein Leistungsausschluß-Grund sein.

Der von Beske empfohlene Handlungskatalog umfaßt

- eine öffentliche und ehrliche Diskussion über die Situation der GKV,
- die Bestimmung des Rationalisierungspotentials in der GKV,
- die Entlastung der GKV von Fremdleistungen,
- die Neubestimmung des Leistungskatalogs durch Politik und Selbstverwaltung,
- eine Diskussion über die Neustrukturierung der Selbstverwaltung,
- Entbürokratisierung,
- Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmesituation und
- eine öffentliche Diskussion über die Bedeutung der Gesundheit für jeden einzelnen mit dem Ziel, die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu stärken einschließlich der Bereitschaft, hierfür auch zusätzliche finanzielle Mittel aufzuwenden.

Der Kernpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion ist nach Beskes Auffassung die Frage, was zur Sicherung der Gesundheit – unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten des einzelnen und der Gesellschaft – der solidarischen Absicherung bedarf, und was in der Verantwortung des einzelnen liegt. Er forderte eine Neudefinition des Solidaritätsbegriffs in der GKV.

Fremdleistungen ausgrenzen

Vor der Neubestimmung des Leistungskatalogs sei zu klären, welche heutigen Leistungen nicht Gegenstand einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und damit auch nicht von ihr finanziert werden dürfen. Allein die „Fremdleistungen im engeren Sinne“ – das sind der GKV aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Gründen übertragene Leistungen ohne entsprechende Kostenübernahme – addierten sich nach Beskes Berechnungen im Jahr 1994 auf 3,9 Milliarden DM. Nicht enthalten sind hier nicht bezifferbare Ausgaben für Fremdleistungen im engeren Sinne wie künstliche Befruchtung, wirtschaftliche Versorgung oder

Entbindungshilfe. Darüber hinaus kostete die Absenkung der Bemessungsgrundlage bei den Beziehern von Lohnersatzleistungen die GKV 4,5 Milliarden DM im Jahr 1995, im gleichen Jahr stiegen die Ausgaben durch die Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge aus dem Krankengeld durch die Rentenreform 1992 um eine weitere Milliarde.

Rechnet man die Kosten für den Solidartransfer von aktiv Versicherten zur Krankenversicherung der Rentner (50,7 Milliarden DM im Jahr 1994) und die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (1994: 53 Milliarden DM) hinzu, ergibt sich nach Beskes aufstellung ein Gesamtbetrag an Fremdleistungen von 114,5 Milliarden DM.

GESUNDHEIT UND MEDIEN II

Integration im Gesundheitswesen

Die gesundheitliche Versorgung ist nur auf dem erreichten Qualitätsniveau zu halten, wenn alle Beteiligten über den Tellerrand ihrer Einzelinteressen hinausschauen.

von Wolfgang Klitzsch

Die hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens geht auch auf das differenzierte Leistungsangebot und die hohe Spezialisierung der Professionen zurück. Spezialisierungstendenzen und die das deutsche Gesundheitswesen ebenfalls kennzeichnende Abgrenzung der Versorgungssektoren sind Sachverhalte, denen bewußte Anstrengungen zur Vernetzung und Integration folgen müssen. Dabei geht es nicht darum, die getrennten Verantwortungsbereiche zum Beispiel der ambulanten ärztlichen Versorgung und des Krankenhausbereichs aufzuheben oder zu verwischen, sondern le-

diglich die unerwünschten Folgen zu mildern.

Vernetzung, Verzahnung, Integration – das sind Begriffe, die seit Jahrzehnten diskutiert werden. Obwohl es hierzu immer allgemeine Zustimmung gibt – so auch wieder auf der Tagung „Gesundheit und Medien, Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?“ –, ist die tatsächliche Bewegung in diesem Bereich ausgesprochen gering. Das liegt auch daran, daß sich viele faktische Sackgassen identifizieren lassen (das Potential der belegärztlichen Versorgung bzw. der Praxiskliniken wird nicht genutzt, ambulantes Operieren im Krankenhaus funk-