

**Der vorliegende Text ist exzerpiert und zitiert aus
einer Analyse und einem Reformvorschlag
von Professor Dr. Peter Oberender (gest. 2015) und
Diplom-Volkswirtin Andrea Fibelkorn**

Bayreuth, Januar 1997

Professor Dr. Peter Oberender war bis 2007 Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschaftstheorie der Universität Bayreuth und Direktor des Instituts für angewandte Gesundheitsökonomie.

Die mit Anführungszeichen gekennzeichneten wörtlichen Zitate stammen aus dem mir vorliegenden 111-seitigen gehefteten Exemplar dieses Reformvorschlages.

Das Buch ist noch erhältlich über den Bayreuther Verlag www.PCO-Verlag.de und kann über die Homepage dort bestellt werden.



Ein zukunftsfähiges deutsches Gesundheitswesen

Ein Reformvorschlag unter besonderer Berücksichtigung
der ambulanten Versorgung

Die Schrift gliedert sich im Wesentlichen in 3 Teile:

Kostenexpansion, Ausgabendämpfung und Beurteilung

Therapie: ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen mit Vertragsfreiheit und Koalitionsfreiheit

Umsetzung des Konzeptes durch gesetzliche Reformschritte

*„Die Ausgabenexpansion im Gesundheitswesen und der Versuch des Gesetzgebers, dieser durch eine Fülle von Interventionen, Regulierungen und Reglementierungen Herr zu werden, der Pflegenotstand in Krankenhäusern, Proteste und Demonstrationen von Ärzten, die sich in ihrer Existenz bedroht sehen, dies alles sind deutliche Indikatoren für eine **Krisensituation im deutschen Gesundheitswesen.**“ (Seite 1)*

Die gesetzliche Krankenversicherung beruht auf dem Solidarprinzip: die Beiträge sind einkommensabhängig, die Leistungen sind beitragsunabhängig. Die Finanzierung der Krankenversicherung wird durch Zwangsmitgliedschaft sichergestellt. Es handelt sich um eine Krankheitskostenvollversicherung und es gilt das Sachleistungsprinzip.

*„Die individuelle Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft entscheiden nicht mehr über die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung. Daraus resultiert eine **Vollkasko mentalität** der Versicherten. Die Versicherten erhalten die medizinischen Leistungen faktisch zum **Nulltarif**, da der Zusammenhang zwischen der individuellen Leistungsanspruchnahme und den Beitragssätzen nicht spürbar ist. Es entsteht ein **Verantwortungsvakuum.**“ (Seite 4)*

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird auch verursacht durch den sehr großen medizinischen Fortschritt und durch das Kippen der Alterspyramide.

Einen großen Anteil machen auch versicherungsfremden Leistungen aus:

„Während Gesundheit früher lediglich als Abwesenheit von Krankheit verstanden wurde, umfasst die Gesundheitsdefinition der WHO daneben auch einen ‚Zustand des physischen, geistig seelischen und sozialen Wohlbefindens‘.“

(Seite 9)

Die GKV-en zahlen inzwischen Kuren, Präventionsmaßnahmen, Ernährungsberatung, Bauchtanzkurse und In-Sportarten.

„Verstärkt wird die Problematik steigender Beitragssätze durch die hälftige Finanzierung der Krankenkassenbeiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Eine Bezahlung durch den Arbeitgeber liegt aber nur bei vordergründiger Betrachtung des Sachverhalts vor, da der Unternehmer die Beiträge nicht aus seinem Gewinn bezahlen, sondern sie bei der Kalkulation bei Einstellungsentscheidungen berücksichtigen wird. **Die resultierenden Lohnnebenkosten stellen eine Lohnkostenbestandteil dar, den der Arbeitnehmer erwirtschaften muss.** Obwohl die Zahllast beim Arbeitgeber liegt, ist die Traglast für die Krankenversicherungsbeiträge beim Arbeitnehmer einzuordnen.“ (Seite 14)

Durch die steigenden GKV Beiträge wird der Faktor Arbeit teurer und dies führt zu einer Verminderung der Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland.

Eine Ausgabendämpfung wurde versucht durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG 1992): Budgetierung der Leistungsausgaben, Einführung eines Arznei- und Heilmittelbudgets, Steuerung der Arzttzahlen durch Bedarfsplanung, Einführung des Risikostrukturausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen, Einführung der Fallpauschalen in den Krankenhäusern, **Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln und beim Krankenhausaufenthalt.** Dadurch sollte auch die Eigenverantwortung des Versicherten gestärkt werden.

(Die Ziele des Gesundheitsstrukturgesetzes wurden nicht erreicht. Deswegen trat bereits 1997 das GKV Neuordnungsgesetz in Kraft. Die Arznei- und Heilmittelbudgets wurden 2002 wieder abgeschafft und durch Ausgabenvolumina und Zielvorgaben ersetzt.) (eigener Kommentar)

Wegen der seit 1997 existierenden vollständigen Wahlfreiheit zwischen den GKV Kassen wurde ein **Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot**

kodifiziert. D. h. dass die gesetzlichen Kassen jeden Patienten aufnehmen müssen.

*Der **Risikostrukturausgleich**, der von den Kassen mit den weniger kranken Patienten zu den Kassen mit den kränkeren Patienten erfolgen muss, ist ein verwaltungstechnisch sehr aufwändiges Problem und basiert wohl auch auf fragwürdigen Zahlenmaterial.*

*Weitere planwirtschaftlich und freiheitsbeschränkende Eingriffe waren die **Budgetierung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung**. So wurden die Kosten des medizinischen Fortschritts und die Leistungsausdehnung alleine den Leistungserbringern auferlegt.*

*Zudem kamen noch **Niederlassungsbeschränkungen** nach staatlich vorgegebener Bedarfsplanung, ein Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben, die 4. Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung.*

*1996 wurde der **neue EBM** (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) eingeführt, der die Bezahlung der niedergelassenen Ärzte regelt. Die Gesprächsleistungen wurden aufgewertet und statt vieler Einzelleistungen wurden Ordinationsgebühren eingeführt. Durch diese Komplexziffern, die aus 12 Basisleistungen und 116 sonstigen Leistungen des alten EBM bestehen, sollten die typischen Grundleistungen beim 1. Patientenkontakt im Quartal abgegolten werden. Dies führte zu starken Umverteilungen zwischen den Arztgruppen - gewonnen haben wohl die hausärztlich tätigen Internisten und die Verlierer waren die Hautärzte.*

*„Zur Unterstützung der durch die EBM- Reform benachteiligten Ärztegruppen wurde **eine rückwirkende Budgetierung bestimmter Leistungen** beschlossen, um den Punktwert zu stabilisieren. Rückwirkend zum 1. Januar 1996 wurden Teilbudgets für bestimmte Leistungen eingeführt. Bietet ein Arzt überdurchschnittlich viele Leistungen in einem bestimmten Bereich an, bleiben diese unbezahlt. Besonderen Beschränkungen wurden die Gesprächsleistungen*

unterzogen, obwohl diese ursprünglich aufgewertet und ausgedehnt werden sollten.“ (Seite 22)

*Diese Interventionsspirale führte zu einem starken Verlust unternehmerischer Planungssicherheit und Rechtssicherheit. Diese **rückwirkende Budgetierung bedeutete nur eine willkürliche neue Umverteilung.***

Das Gesundheitswesen sollte nicht möglichst billig sein, sondern es sollten effektive und effiziente Ergebnisse erreicht werden. Die solidarische Finanzierung darf sich nur auf Leistungen beschränken, die zur Heilung und Linderung von Krankheiten dienen. (Seite 30)

Das Gesundheitssystem muss vereinbar sein mit der ökonomischen politischen Rahmenordnung. Die soziale Marktwirtschaft in Deutschland spiegelt eine politische Grundsatzentscheidung zugunsten der individuellen Freiheit wieder. Der Wettbewerb im Gesundheitswesen ist nur dort auszusetzen, wo das Solidarprinzip gefährdet wird.

Die Budgetierung bei der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung ist eine planwirtschaftliche Vorgabe, die mit einer individualwirtschaftlichen freiheitlichen Ordnung unvereinbar ist. Stattdessen sollte sich das Gesundheitssystem an den Präferenzen der Versicherten orientieren.

Die sehr vielen gesetzgeberischen Interventionen beseitigen nicht die Ursachen der Fehlsteuerung, sondern bekämpfen nur kurzzeitig Symptome. Dadurch wird auch keine Stabilität erreicht, sondern es entstehen nur neue Verwerfungen und nicht gewünschte Nebeneffekte.

*Diese dauernden Interventionen bewirken einen Destabilisierungseffekt und eine **Interventionsspirale.***

*Da die **Honorarverteilung des begrenzten Budgets** an die verschiedenen Fachgruppen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Zwangsmitgliedschaft) erfolgt, hängt es auch hier von den dort herrschenden Machtpositionen ab.*

Die Versicherten haben keinen Einfluss auf diese Verteilung und wie ihre Ärzte bezahlt werden.

Therapie: Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen

*„Das Gesundheitssystem krankt – wie oben dargestellt – an falschen Anreizsystemen, einem Verantwortungsvakuum und einer Regulierungs – und Reglementierungsflut. Ziel einer Reform muss es deshalb sein, die Ursache von Ineffizienzen zu bekämpfen und **systemimmanente individuelle Anreize** für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu schaffen.“ (Seite 49)*

„Grundziel ist also, die Aktionsspielräume aller Akteure im Gesundheitswesen so auszudehnen, dass diese ihre Präferenzen äußern und ihre Interessen weitmöglichst verfolgen können.“ (Seite 49)

*Aus diesem Grund ist es wichtig, dass zwischen Leistungen unterschieden wird, **die jedem Versicherten unabhängig von seiner finanziellen Situation zukommen soll und sonstigen Wahlleistungen.***

*Ein möglichst hohes Maß an **Eigenverantwortung** ist besonders wichtig.*

So lässt sich die Fehlsteuerung und Verschwendung im Gesundheitswesen beseitigen und die politischen Verteilungskämpfe, wie sie in regulierten Bereichen zwingend auftreten, können vermieden werden.

*Für die Krankenkassen besteht weiterhin der Kontrahierungszwang und das Diskriminierungsverbot. Außerdem muss jede Krankenkasse einen **Vollversicherungsvertrag mit einkommensabhängig kalkulierten Beiträgen anbieten.***

Daneben können die Kassen Satzungsregelungen anbieten.

***Der Risikostrukturausgleich hat hier keinen Platz mehr** - auch wegen der statistischen Mängel und einer unsicheren Datenlage. Beim*

Risikostrukturausgleich besteht auch die Gefahr, dass nicht lebensfähige Strukturen konserviert werden und eventuell das Anwerben schlechter Risiken durch ein großes Leistungsangebot als Marketingmaßnahme missbraucht wird.(Seite 53)

„Für die Versicherten bedeutet die Paarung von **Freiheit und Verantwortung** eine Erweiterung ihres Aktionsspielraums.“ (Seite 54)

„Eine duale Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmeranteil ist mit diesem Konzept unvereinbar. Sofern die Krankenversicherung vollständig von den Arbeitnehmern getragen wird, erhöht **sich nicht nur das Kosten – und Verantwortungsbewusstsein, sondern die Lohnnebenkostenproblematik wird zugleich gelöst.**“ (Seite 54)

Außerdem kann durch Wahltarife die individuelle Verantwortung gefördert werden.

So kann der Versicherte auf bestimmte Rechte verzichten und dafür eine Reduktion seines Beitrags erhalten. Zum Beispiel im Rahmen eines Hausarztmodells oder Managed Care Systems. Auch hier sind Selbstbeteiligungs- Modelle oder Ausschlussmodelle sehr gut möglich.

In einem solchen System sind Budgetierungen unnötig.

Die Ärzte sind freiberuflich tätig. Die Idee von Professor Oberender ist, dass sich die **Ärzte zusammenschließen und Verträge aushandeln** mit den Versicherungen. Und die Versicherten vergleichen die Versicherungsbedingungen, so wie sie auch Hausrat- und Autoversicherungen vergleichen.

„Jeder, der die Qualifikation zur Ausübung des Berufs des Arztes besitzt, muss das Recht haben, sich am Ort seiner Wahl niederzulassen.“ (Seite 61).

Das gleiche gilt natürlich auch für die Krankenhäuser.

“ Damit verbunden ist aber auch das Recht der Krankenkassen, selektiv zu kontrahieren.“ (Seite 61)

Ohne eine bundesweit einheitliche Gebührenordnung können die Ärzte, ihre Fachgruppen bzw. deren Vertretungen das Honorar in Euro direkt mit den Kassen aushandeln. So können regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Wenn zum Beispiel die Bezahlung der Hausärzte auf dem Land deutlich besser wird, werden sich hier auch wieder sehr viel mehr Ärzte niederlassen.

„Die bisherige Zwangsmitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung wäre jedoch aufzuheben, und sowohl fachgruppenspezifische als auch regionale Vereinigungen würden die Verhandlungs – und Vertretungsgewalt erhalten. **Die Ärzte müssen individuell selbst entscheiden, welche Interessenvertretung für Sie am besten geeignet ist.** „ (Seite 63)

Es existieren bereits funktionsfähige Interessenvertretungen der Ärzte. Diese können auch die Verhandlungen mit den Kassen übernehmen. Der Wettbewerb zwischen den Interessenvertretungen kann zu einer Stärkung führen, da gute Verhandlungserfolge diese Interessenvertretungen attraktiver machen. (Seite 66)

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Versorgungsqualität einen höheren Stellenwert für die Versicherten hat als ein eventuell niedrigerer Beitragssatz. (Seite 67)

Der Staat muss sich aus der stationären Versorgung zurückziehen. Damit haben **planwirtschaftliche Fehlsteuerungen** ein Ende und Wettbewerbsverzerrung zwischen ambulanten und stationären Sektor sind beseitigt. Damit ist auch eine staatliche Krankenhausbedarfsplan und duale Finanzierung nicht mehr nötig.

„Inwieweit sich Fallpauschalen, tagesgleiche Pflegesätze oder andere Finanzierungsformen durchsetzen, muss im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und im Wettbewerb zwischen den Kassen und Versicherten

***ermittelt werden. Zu erwarten ist auch hier ein Pluralismus von Lösungen,“
(Seite 69)***

Zeitplan der Reform

Professor Oberender vermutet, dass es politisch einfacher ist, wenn die Umstellung auf dieses vollkommen neue deutsche Gesundheitssystem in Schritten erfolgt.

Die unten liegende Abfolge habe ich der Seite 101 seiner Schrift so gut es ging übernommen.

Zeitplan der Reform

Krankenversicherung

Versicherungsfremde Leistungen
ausgliedern

Leistungskatalog des

Vollversicherungsvertrages

definieren

Umwandlung des Arbeitgeberanteils

Abschaffung des Risikostrukturausgleiches

Erweiterung der Bemessungsgrundlage

Wiedereintrittsausgleich einführen

Öffnung des Krankenversicherungsmarktes

ambulanter Sektor

Regionalisierung
der Vertragsstrukturen

Fachgruppenbudgets und Kontrolle

Abschaffung der Budgetierung

Vertragsfreiheit
und Koalitionsfreiheit

Verknüpfung ambulanten und stationärer Sektor

stationärer Sektor

Abschaffung staatlicher
KH-Bedarfsplanung

Abschaffung der
dualen Finanzierung

Privatisierung der

Krankenhäuser

selektives

Kontrahieren

