

Ordnungspolitische Maßstäbe für das Gesundheitswesen

Freiheit – Gleichheit – Brüderlichkeit¹

Wenn sich das *Seminar für freiheitliche Ordnung* mit der Zukunft des Gesundheitswesens beschäftigt, dann versucht es, ordnungspolitische Ziele klar zu beschreiben und politisch gangbare Wege zu diesen Zielen aufzuzeigen. Unsere Erfahrung mit den verschiedensten Teilbereichen des Sozialen Organismus lässt es uns geraten erscheinen, die alten Leitideen von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit als Maßstäbe der Bewertung des Bestehenden und möglicher ordnungspolitischer Ziele anzuwenden. Sie können erkenntnisleitend weiterhelfen, wenn wir in ihnen keine Gegensätze sehen, sondern den methodischen Hinweis Rudolf Steiners beachten, dass jedes dieser Prinzipien nur in bestimmten sozialen Beziehungen Geltung beanspruchen kann:

- Nur im Reich der *Freiheit* können Patient und Arzt die richtige Therapie finden. Kann ihnen diese Freiheit von der sozialen Gemeinschaft rechtlich und wirtschaftlich ermöglicht werden?
- Das Recht des Gesundheitswesens muss für alle Menschen in der staatlichen Gemeinschaft *gleich* sein. Wie kann es für jeden in *gleicher Weise* Freiheit schaffen und ihn in *gleicher Weise* zur Solidarität verpflichten?
- Können für die Aufbringung und Verteilung der wirtschaftlichen Mittel, die wir im Gesundheitswesen einsetzen, die Maßstäbe aus einem Streben nach *brüderlicher Solidarität* gefunden werden?

Die Notwendigkeit dieser Prinzipien und die Notwendigkeit der Differenzierung bei ihrer Anwendung sollen begründet und ihre Interdependenz erläutert werden. Sie schließen sich bei richtiger Handhabung nicht gegenseitig aus, wie häufig angenommen wird, sondern stützen sich gegenseitig.

Das Seminar steht mit solchen grundsätzlichen Betrachtungen des Gesundheitswesens weder am Anfang noch am Ende ausgereifter und überzeugend begründeter Lösungen, sondern mitten darin in einem aufregenden Findungsprozess. Weitere Tagungen sollen uns helfen, tiefer einzudringen. Dieses Referat soll das bisher Erreichte schildern und zum Widerspruch und Mitmachen reizen.

¹ Ausgearbeitet aufgrund eines Vortrages bei der Tagung des Seminars für freiheitliche Ordnung Bad Boll im Nov. 1987.

Die Gleichheit der Versicherungspflicht

Unser Gesundheitswesen wird zunehmend von den Regeln der sozialen Krankenversicherung geprägt. Ihr gehört ein immer größerer Teil der Bevölkerung an – die meisten nicht freiwillig. Für bestimmte Teile der Bevölkerung besteht Krankenversicherungspflicht (insbesondere Arbeiter und Angestellte), für andere Teile der Bevölkerung, die zum Teil sozial nicht minder schutzwürdig sind (z.B. kleine Beamte und Selbständige), besteht eine Versicherungspflicht nicht. Die Versicherungspflicht-Regelungen für Arbeiter und Angestellte sind unterschiedlich. Diese unterschiedliche Ausübung staatlichen Zwanges hat weitreichende Folgen im therapeutischen und ökonomischen Bereich des Gesundheitswesens. Sie ist aus einer Zeit gesellschaftlicher Ungleichheit in unser Zeitalter demokratischer Gleichheit der Bürgerrechte überkommen. Es ist eigentlich sehr erstaunlich, dass immer noch mit staatlichem Zwang Solidargemeinschaften beibehalten werden, denen Teile der Bevölkerung von vornherein nicht angehören; diese genießen also weder ihren Schutz, obwohl sie dessen bedürftig sein können, noch tragen sie zu deren Lasten bei, obwohl sie wirtschaftlich besonders leistungsfähig sein können.

Die *Versicherungspflicht bedürfte* schon dann der *Begründung*, wenn jedem Versicherungspflichtigen wenigstens die Wahl der Versicherung freistünde und die Versicherungen untereinander noch im Wettbewerb um die Versicherten stünden und mit (wenigstens im gewissen Rahmen) unterschiedlichen Leistungsangeboten und unterschiedlichen Beitragssystemen konkurrieren könnten. Die Leistungsseite ist der sozialen Krankenversicherung jedoch weitgehend gesetzlich vorgegeben und das Beitragssystem ebenfalls. Umso problematischer ist es, dass nicht die ganze Bevölkerung versicherungspflichtig ist und ein Teil der Versicherungspflichtigen Wahlrechte hinsichtlich der Krankenkasse, der sie angehören wollen, hat und ein anderer Teil nicht.

Der gesellschaftliche Status als Selbständiger, Arbeiter, Angestellter oder Beamter ist unter dem *Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit* heute kein ausreichendes Abgrenzungskriterium mehr, weil viele Selbständige sehr schutzbedürftig sind und viele Arbeiter hervorragend verdienen und ihre eigenen gesundheitlichen Interessen aufgeklärt selbständig wahrnehmen können. Unter dem Gesichtspunkt der sozialen Schutzbedürftigkeit wären viele in die Versicherungspflicht einzubeziehen, die ihr heute nicht unterliegen und die weder bereit noch wirtschaftlich in der Lage sind, für ihre Gesundheitsrisiken wirtschaftlich ausreichend durch eigenes Sparen oder freiwillige private Versicherungen vorzusorgen. Ohne einen Beitragspfennig an irgendeine Solidargemeinschaft zu leisten, können sie sich darauf

verlassen, dass sie durch ihren Rechtsanspruch auf Sozialhilfe vor den schlimmsten ökonomischen Folgen gesundheitlicher Risiken bewahrt bleiben werden.

Wollte man die Abgrenzung der Versicherungspflicht nach der wirklichen Schutzbedürftigkeit vornehmen, dann könnte man nur das Vorhandensein großer liquider Vermögen oder ausreichender privater Krankenversicherungen als Abgrenzungskriterien gelten lassen. Denn auch hohe Arbeitseinkommen sind im Falle wirklich schwerer Krankheit kein Schutz, weil sie gerade dann wegfallen, wenn der Risikofall eintritt.

Es macht aber keinen Sinn, die Versicherungspflicht auf den Kreis der Schutzbedürftigen zu begrenzen, wenn mit der Versicherungspflicht ein Beitragssystem verbunden wird, bei dem sich die Beitragshöhe proportional nach der Einkommenshöhe richtet. Gerade weil die soziale Krankenversicherung ein Beitragsverfahren hat, das sich um brüderliche Solidarität bei der Verteilung der Beitragslasten auf die Angehörigen der Solidargemeinschaft bemüht, ist nicht einzusehen, dass die wirtschaftlich Leistungsfähigen sich dieser Solidargemeinschaft vollständig entziehen können.

Für die Zukunft der sozialen Krankenversicherung ist zu fordern, dass die Gleichheitsverstöße beseitigt werden. Die Versicherungspflicht muss für jedermann gelten. *Pflichtversicherungsgrenzen* für Besserverdienende darf es nicht geben, auch *Beitragsbemessungsgrenzen* sind ausgesprochen problematisch, schließlich gibt es sie im Einkommenssteuerrecht auch nicht. Man stellte sich vor, Einkommen von mehr als DM 60.000,- pro Jahr würden nicht besteuert und zwar mit dem Argument, ein höherer Beitrag für die staatliche Solidargemeinschaft, deren Leistungen allen in gleicher Weise zugute kommen, sei dem Einzelnen nicht zumutbar. Genau dies findet aber in der gesetzlichen Krankenversicherung statt. Ein Teil des Mittelstandes (ohne Beamte und Selbständige) muss aufgrund der Versicherungspflicht die Lasten der kleinen Arbeiter, Angestellten und Rentner, deren Beiträge nicht kostendeckend sind, allein und ohne Hilfe der staatlichen Gemeinschaft kräftig mittragen, und die Besserverdienenden leisten überhaupt keinen Solidarbeitrag zur sozialen Krankenversicherung. Dass sie mangels Schutzbedürftigkeit keine Ansprüche an diese Solidargemeinschaft benötigen, ist doch kein Grund, sie von der Beteiligung an den Solidarlasten vollständig freizustellen. Es handelt sich schließlich nicht um Bagatellbeträge, sondern um mehr als 10% des Einkommens derjenigen, die der Versicherungspflicht unterworfen werden.

Die gesetzliche Verfügung über einen so hohen Einkommensanteil einem Teil der Bevölkerung als Solidarleistung zuzumuten und einen anderen davon völlig freizustellen, kann mit der weiteren Fortschreibung herkömmlicher Verhältnisse und den Schwierigkeiten einer Neuordnung nicht mehr

tragfähig begründet werden. Das Streben nach demokratischer Gleichheit, das eines der Grundphänomene der Moderne ist, wird diese Unterschiede früher oder später hinwegfegen. Wer sich auf den Fortbestand dieser Unterschiede hinsichtlich der Versicherungspflicht in seiner persönlichen Lebensplanung verlässt, wird eines Tages vor Entwicklungen stehen, die ihn überraschen.

Entweder Versicherungspflicht für alle oder Versicherungsfreiheit für alle; letzteres wäre nur mit dem Risiko stärkerer Belastung der Sozialhilfe zu haben. Wie wenig realistisch ein solcher Weg wäre, zeigen die Schwierigkeiten, die das vergleichbare Pflegefallrisiko den Trägern der Sozialhilfe zunehmend bereitet; es ist kein Zufall, dass zur Lösung dieser Schwierigkeiten nach Bonner Plänen in die gesellschaftspolitische Aufgabe, das Pflegefallrisiko abzudecken, die soziale Krankenversicherung eingeschaltet werden soll. Für die Zukunft des Gesundheitswesens stellt sich auf absehbare Zeit somit nur die Frage, wie eine für alle gleiche Versicherungspflicht im einzelnen ausgestaltet sein könnte und sollte. Welche Ausgestaltung der Versicherungspflicht sichert Freiheit und Brüderlichkeit?

Freiheit für Patient und Arzt

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik haben die Freiheit des Arztes und die Freiheit des Patienten berechtigterweise einen sehr hohen Rang. Die Therapiefreiheit des Arztes bedarf nur der freien Zustimmung seines Patienten. Die Krankenkassen haben sich in dieses Verhältnis grundsätzlich nicht einzumischen. Dieses hohe Maß an Freiheit ist auch bei uns nicht mehr selbstverständlich, aber aus vielen Gründen, auf die später eingegangen wird, unbedingt notwendig.

Schon bisher gibt es leider nicht überall in der Welt ein freiheitliches Gesundheitswesen. Im anderen Deutschland, in der DDR, gibt es ein stark ausgebautes Betriebsärztesystem, in dem der Arzt verpflichtet ist, die Betriebsangehörigen zu behandeln und die Betriebsangehörigen verpflichtet sind, diese Behandlung zu dulden. Man muss sich einmal versuchen klarzumachen, was diese Duldungspflicht bedeutet. Der Betriebsangehörige hat sich vom Werksarzt – und keinem anderen! – so behandeln zu lassen, wie es der Werksarzt für richtig hält oder wie es diesem Arzt aus dem vermeintlichen Interesse des Betriebes oder der Volkswirtschaft vorgeschrieben ist. Das Wohl des Betriebes, der Volkswirtschaft oder des Staates wird dem Wohl des Betriebsangehörigen übergeordnet; er wird dem sozialen System dienstbar gemacht und mit ihm wird sein Arzt zu einem unfreien Diener einer sozialen Gemeinschaft mit totalitärem Machtanspruch über jeden Einzelnen.

Nach unserem Freiheitsverständnis beruht das Recht des Patienten, sich den Arzt und damit die Therapie frei zu wählen, auf einem verfassungsmäßig geschützten Recht auf körperliche Unversehrtheit. Viele Therapien greifen in die körperliche Unversehrtheit ein. Viele Medikamente bergen die Gefahr unerwünschter, manchmal auch unvorhersehbarer Nebenwirkungen in sich. Alle Risiken, die mit einer Therapie verbunden sein könnten, bedürfen kraft des Rechts auf körperliche Unversehrtheit der vollen Einwilligung des Patienten. Die Therapiefreiheit ist dem Arzt im Interesse des Patienten gegeben und auch nur im Rahmen seiner Einwilligung. Dadurch bleibt es allein Sache des Patienten, zu bestimmen, was sein Interesse ist.

Die *Freiheit der Therapiefindung* ist das Grundrecht des Patienten. Getragen von seiner Hoffnung auf Heilung oder doch wenigstens Linderung sucht er eine Therapie für seine Krankheit. Diese Therapie soll möglichst wirksam und möglichst nebenwirkungsfrei sein. Dies ist in erster Linie sein persönliches, aber auch uneingeschränkt berechtigtes Interesse. Die soziale Gemeinschaft hat kein anderes Interesse, als dass der Kranke gesund werde – oder der sich krank führende Mitbürger sich wieder gesund fühle. Einzelinteresse und Gemeinschaftsinteresse stehen hier nicht in Konflikt miteinander. Die soziale Gemeinschaft fährt gut damit, dem einzelnen die Freiheit der Therapiefindung als Grundrecht zu gewähren, d. h. ihm in allen Konfliktfällen die alleinige Entscheidung zu überlassen. Nur er darf entscheiden, welchen Ärzten und anderen Therapeuten er wirksame und möglichst nebenwirkungsfreie Therapien zutraut. Dadurch wird das Gemeinschaftsinteresse in die Obhut des einzelnen Kranken gegeben. Die Gemeinschaft kann dabei auch auf den Leidensdruck bauen, unter dem er steht. Sie ruft ihm mit der unbedingten Freiheitsgewährung seine Verantwortung in das Bewusstsein, dass in erster Linie er etwas dafür tun muss, seine Krankheit zu begreifen und zu überwinden. Anderes gilt nur bei unmündigen Kindern und bei Erwachsenen, die in einem förmlichen gerichtlichen Verfahren entmündigt worden sind. Ihre Entscheidungsbefugnis überträgt die Rechtsgemeinschaft in der Regel auf Verwandte, grundsätzlich nicht auf Behörden.

Rechtlich betrachtet, ist die Therapiefindung keine Pflicht, sondern eine Last des Patienten. Dies bedeutet, dass die soziale Gemeinschaft in der Regel vom Kranken nicht verlangt, dass er sich um eine Therapie überhaupt bemüht. Sie »überlässt« es ihm, sie büdet ihm also die Last der Entscheidung und Bemühung auf, ob er eine Therapie sucht und durchhält. Bei gefährlichen ansteckenden Krankheiten kann sie ihm die Isolation abverlangen, aber nicht ohne weiteres eine Zwangsbehandlung, die sie für wirksam hält, einleiten. Selbst wenn dafür in Extremfällen die gesetzlichen Voraus-

setzungen gegeben sind, kann der Patient unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit widersprechen und sich an der Therapiefindung aktiv und mit dem Anspruch auf grundsätzlichen Vorrang seiner Entscheidung beteiligen.

Die *Therapiefreiheit des Arztes* kommt dem Patienten zugute, wenn der Patient das Recht der freien Arztwahl hat. Denn das *Recht der freien Arztwahl* macht die Therapiefreiheit dem Patienten nutzbar. Die Therapiefreiheit des Arztes bedeutet, dass er nach seiner eigenen Einsicht handeln darf, dass kein Dritter, kein anderer als der Patient, ihn hindern darf, die Therapie zu versuchen, die er bei diesem Patienten für erfolgversprechend und angemessen hält. Die Therapiefreiheit des Arztes und das Recht der freien Arztwahl des Patienten sind so *die Eckpfeiler des freien Vertrages* zwischen ihnen, *des rechtlichen Rahmens ihres Vertrauens zueinander*. Ohne das Vertrauen des Patienten in die Hilfsbereitschaft, aber auch in die freie Unabhängigkeit des Arztes kann dieser nicht richtig wirksam werden.

Der Arzt kann nur erfolgreich wirksam werden, wenn der Patient ihm sehr bereitwillig und sehr offenherzig vieles erzählt, was der Arzt wissen muss und in was der Arzt sich hineinfragen muss. Das betrifft nicht nur die rein körperliche Situation, sondern häufig auch die soziale Lage und Umgebung des Patienten. Für die Diagnose und für die Auswahl einer im Einzelfall erfolgversprechenden Therapie braucht der Arzt oft Informationen, die nur der Patient ihm zur Verfügung stellen kann, weil der Arzt auch mit Messgeräten nicht an sie herankommt. Der ganze Apparat von Laboruntersuchungen und anderen messenden Geräten erspart zwar dem Arzt, nach der einen oder anderen Sache zu fragen, aber den Haussegen oder das Betriebsklima am Arbeitsplatz kann er nie messen. Er misst allenfalls irgendwelche Folgewirkungen, hat dann aber immer noch kein Ursachenverständnis für das, was er auf seinen Messgeräten feststellt. Für eine kausale Therapie kommt es auf die Ursachenerkenntnis aber doch entscheidend an. Der Arzt braucht den Durchblick auf die Ursachen des mehr oder weniger messbaren Befundes und Befindens.

Eher kann umgekehrt ein *offenes Gespräch* mit dem Patienten nicht nur ohne jede Messung Einblick in sein Befinden, sondern auch noch in dessen Denken, Fühlen und Wollen und damit in psychische, verhaltensmäßige oder soziale Ursachen geben, die in der Regel nicht messbar sind. Das Vertrauen des Patienten, das ein offenes Gespräch mit dem Arzt erst möglich macht, erspart teure Umwege einer stummen Apparatemedizin, die meist nur Fakten, aber selten die eigentlichen schicksalsmäßigen Ursachen findet.

Das Vertrauen des Patienten kann der Arzt nicht fordern, er muss es »gewinnen« – in der Regel durch Leistungen, die seine Patienten anerkennen. Er kann nur mit Aussicht auf offene Antworten fragen, wenn der Patient das Vertrauen hat, dass der Arzt nur im ureigensten Interesse des Patien-

ten – um ihm helfen zu können – und weder aus bloßer eigener Neugier noch gar im Interesse oder Auftrag eines Dritten fragt. Nur der von fremden Interessen *unabhängige* Arzt ist in den Augen seiner Patienten vertrauenswürdig.

Sobald der Patient weiß oder auch nur befürchtet, dass die Krankenversicherung dem Arzt Vorschriften macht oder ihn bei einigen Behandlungsweisen gar mit wirtschaftlichen Sanktionen belegt, tritt eine elementare Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt ein. Der Patient hat im Hinterkopf, sein Arzt müsse wohl im Hinterkopf haben, welche Therapievorschläge wohl zu Schwierigkeiten des Arztes mit der Krankenkasse des Patienten führen werden. Mit Rücksicht auf die Konsequenzen, die die Krankenkasse möglicherweise zieht, werden Arzt und Patient nur noch eingeschränkt miteinander reden.

Von den eigenen Interessen des Arztes an seinen Patienten muss an späterer Stelle die Rede sein; sie zu kontrollieren, ist bei einem unabhängigen Arzt nur dem Patienten möglich – daraus werden Folgerungen zu ziehen sein. Dabei wird der Ausgangspunkt sein, dass das ärztliche Wissen und Können immer nur Patienten voll zugute kommt, die Vertrauen zu ihren Ärzten haben. Sie werden es nur haben können, solange es unabhängige Ärzte gibt, die nur dem Wohle ihrer Patienten verpflichtet sind – die auch ihr eigenes Interesse in ausreichendem Maße dahinter zurückstellen können. Je größer das Vertrauen der Patienten in diese unabhängige Sachbezogenheit der Ärzte ist, umso eher wird es diesen gelingen, den gewünschten Behandlungserfolg zu erzielen.

Die *Notwendigkeit der Freiheitssicherung* ist nicht nur eine rechtliche Forderung, die sich aus den Grundrechten der Berufsfreiheit des Arztes und der körperlichen Unversehrtheit des Patienten und seines Selbstbestimmungsrechts über seine gesundheitliche Situation ergibt. Ganz unabhängig von rechtlichen Überlegungen ist die Notwendigkeit der Freiheitssicherung mit sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Bedingungen einer effizienten Ausgestaltung des Arzt/Patienten-Verhältnisses begründbar. Dabei erweist sich das im ärztlichen Standesrecht seit eh und je *vielberufene Vertrauen* als ein unverzichtbarer *sozialwissenschaftlicher Schlüsselbegriff*. Das Vertrauen der Leistungsempfänger in die Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Unabhängigkeit der Leistungserbringer ist eine unübersehbare Voraussetzung voller Leistungsentfaltung. Nicht nur die Bemühungen der Ärzte um die Therapiefindung sind in ihren Erfolgchancen vom Vertrauen ihrer Patienten abhängig; sondern auch die Aussicht, dass die Patienten die Ratschläge ihrer Ärzte wirklich in vollem Umfang annehmen und umsetzen, hat Vertrauen in diese Ratschläge zur Voraussetzung. Es geht ja häufig nicht nur um die regelmäßige Einnahme von Medi-

kamenten, sondern um die Änderung fest eingefahrener Lebensgewohnheiten. Das wird der Patient nicht auf den Rat jedes beliebigen Arztes tun, sondern nur auf den Rat eines Arztes hin, zu dem er das Vertrauen hat, dass dieser ihm unbequeme Dinge nicht willkürlich zumutet. Lebens- und Verhaltensänderungen fallen doch regelmäßig sehr, sehr schwer, zumal der Patient anfänglich oft noch keine Einsicht in die Ursachenzusammenhänge hat und kaum einen Erfolg spürt. Er muss die Ratschläge zunächst einmal im Vertrauen in ihre Richtigkeit befolgen, um eigene Erfahrungen damit zu sammeln.

Die Frage, *ob ein Gesundheitssystem effektiv arbeitet*, also ob aus den Bemühungen der Ärzte ein maximaler Erfolg werden kann, hängt demnach fast allein davon ab, ob die Patienten das nicht vorschreibbare und schon gar nicht erzwingbare Vertrauen haben und vernünftigerweise haben können, dass die von ihnen gewählten Ärzte über eine von dritter Seite uneingeschränkte Therapiefreiheit verfügen. Die Patienten müssen sicher sein, dass der Arzt nur das tut, was er, der Arzt, in ihrem konkreten Fall für richtig hält. Auch die Frage des Maßes des Einsatzes des Arztes und der angewandten Heil- und Hilfsmittel, der eingeleiteten therapeutischen Maßnahmen darf von keiner dritten Seite beeinflusst, sondern nur zwischen den Patienten und dem Arzt abgesprochen werden. Dass in diese Fragen kein Dritter hineinredet, ist von grundlegender Bedeutung.

Zunehmend treten jedoch die Versicherungen als Dritte neben Patient und Arzt auf. Sie mischen sich in das Arzt/Patienten-Verhältnis ein, um den Auftrag des Gesetzgebers zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu erfüllen. Wo der Einfluss ansetzt, kann sehr unterschiedlich sein. Gelegentlich wird sogar von einem Dreiecksverhältnis gesprochen: jeder beeinflusst jeden:

Versicherung
*
* * *
Arzt * * * * * Patient

Durchschaubarer werden die Beziehungen, wenn man sie linear gestaltet:

Arzt – Versicherung – Patient
oder
Versicherung – Arzt – Patient
oder
Versicherung – Patient – Arzt

Mit anderen Worten: soll die Versicherung zwischen Arzt und Patient stehen oder soll sie das Arzt/Patienten-Verhältnis nur über den Arzt oder nur über den Patienten beeinflussen?

Hier sei nur kurz die These vertreten, dass sich die Versicherung nie mit dem Arzt, sondern *stets nur mit dem Patienten auseinandersetzen* sollte, dessen ökonomische Leistungsfähigkeit im Krankheitsfall sie ja eigentlich gewährleisten soll. Bei einer solchen Ordnung der Beziehungen wird das Arzt/Patienten-Verhältnis durch das Hinzutreten der Versicherung am wenigsten gestört. Der Arzt bleibt unabhängig. Die Freiheit der Therapiefindung ist kein Luxus, sondern Grundlage des Vertrauens des Patienten zum Arzt, das seinerseits unabdingbare Effizienzvoraussetzung des Gesundheitswesens ist. Jeder Versuch der Kostendämpfung, der zu Lasten der Freiheit der Therapiefindung geht, wird sein Ziel schon vom ordnungspolitischen Ansatz her gründlich verfehlen.

Brüderlichkeit in den wirtschaftlichen Beziehungen

Die gegenwärtig im Gesundheitswesen herrschenden ökonomischen Verhältnisse haben einen so massiven Problemdruck erzeugt, dass politische Kräfte für eine »Strukturreform des Gesundheitswesens« mobilisiert wurden. Der Anstieg der Kosten und Beiträge, die als zu hoch empfunden werden, soll unter allen Umständen gebremst werden. Die Beiträge, die zu den sogenannten Lohnnebenkosten gehören, dürfen aus wirtschaftspolitischen Gründen nicht weiter steigen, damit die Arbeitslosigkeit nicht gefördert wird. Die Krankenversicherungsbeiträge müssten eigentlich sogar sinken, weil ein anderer Bestandteil der Lohnnebenkosten, die Rentenbeiträge, in den nächsten Jahrzehnten infolge der demographischen Verhältnisse steigen werden.

Die Beitragsexplosion ist eine Folge der Kosten- oder besser Ausgabenexplosion der gesetzlichen Krankenversicherungen. Denn die Ausgaben müssen durch Beiträge gedeckt werden; andere Einnahmequellen sind bei den Krankenversicherungen nicht gegeben. Die Ausgaben der Krankenversicherungen sind Einnahmen bei den Ärzten, Therapeuten, Krankenhäusern, Apotheken, Brillen- und Pharmaherstellern. Sie ermöglichen deren Kostenniveau, Einkommen und Gewinne. Für unnötige Kosten sind viele Krankenhäuser, für überdurchschnittliche Einkommen und Gewinne manche Ärzte und Pharmahersteller bekannt. Von der Kostenexplosion ist viel die Rede, die Einkommens- und Gewinnexplosion wird selten angesprochen.

Unnötige Kosten sowie Einkommen und Gewinne, die weit über denen liegen, die in anderen gut gehenden Berufen und Branchen von den Erfolgreichen erzielt werden können, sind gewiss keine Zeichen brüderlichen Umgangs mit den wirtschaftlichen Mitteln, die im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Schaut man auf die Herkunft der Mittel, wird es noch problematischer: Ist da nicht eine Umverteilung von unten nach oben in Gang,

wenn man bedenkt, dass die Beiträge der Krankenversicherung ausschließlich von den unteren und mittleren Einkommenschichten zwangsweise aufgebracht werden? Soweit die Krankenversicherungen Mitglieder aus den höheren Einkommenschichten haben, ist deren Solidaritätsleistung durch die Beitragsbemessungsgrenze auf die Leistungspflicht mittlerer Einkommenschichten limitiert. Ist es dann noch vertretbar, dass diese Beiträge – sichtbar an steigenden Prozentsätzen – rascher steigen als die Einkommen der Beitragszahler?

Da helfen keine moralischen Angriffe auf die im bestehenden System rational handelnden Menschen; sondern nur andere wirksame gesellschaftliche Einrichtungen, die bei den rational handelnden Menschen künftig zu besseren sozialen Ergebnissen führen. Die Umgestaltung der sozialen Einrichtungen setzt aber sozialwissenschaftliche Erkenntnisse und einen politischen Handlungswillen voraus, die von echter brüderlicher Gesinnung geleitet sind. Der Leser der folgenden Zeilen schalte also seine moralischen Antennen ein.

Was hat die wirtschaftlichen Ungleichgewichte verursacht? Mit Hilfe der gesetzlichen Krankenversicherung sind alle Patienten sehr zahlungsfähig geworden. Die *Nachfrage nach Gesundheitsleistungen* ist dadurch erheblich gestiegen. Das war gewollt; es sollte niemand davon ausgeschlossen sein, im notwendigen und zeitgemäßen Umfang an den Segnungen der modernen Medizin Anteil zu haben. Dies war und bleibt ein voll berechtigtes Anliegen brüderlicher Sozialgestaltung. Allerdings stieg die Nachfrage rascher als die Ausweitung der *Kapazitäten auf der Angebotsseite* des Gesundheitswesens. Preis- und vor allem auch Einkommens- und Gewinnsteigerungen waren die marktwirtschaftlich vorhersehbare Folge. Als vorübergehendes Marktungleichgewicht wären sie hinnehmbar. Sie konnten aber nicht überall den rechtzeitigen Marktzutritt neuer Anbieter herbeiführen:

- die ansteigende Nachfrage nach medizinischen Ausbildungsplätzen, die durch die verbesserte Einkommenslage der Ärzteschaft hervorgerufen wurde, wurde durch den Numerus clausus der Medizinischen Fakultäten gebremst; nachdem dieser Engpass politisch u. a. durch Verschlechterung der Ausbildungsqualität überwunden wurde, wird begonnen, einen Numerus clausus für Kassenzulassungen zu praktizieren.
- der Wettbewerb in der Pharmaindustrie ist durch das Patentrecht, Markenrecht und Schutzwirkungen der Arzneimittelüberwachung so wirksam beschränkt, dass die deutschen Arzneimittelpreise weit über Weltmarktniveau liegen.

Dass aus diesen Preisen neben hohen Gewinnen und Gehältern auch eine aufwendige Forschung finanziert wird, ist ein schwacher Trost. Wahr-

scheinlich wäre es für die Krankenversicherungen billiger, die Forschungsmillionen anders als über die Arzneimittelpreise, die durch Wettbewerbsbeschränkungen hochgehalten werden, aufzubringen und damit industrieffreie Forschung zu finanzieren, deren Ergebnisse jedermann unentgeltlich zugänglich sind.

Damit ist wohl hinreichend angedeutet, dass die *Analyse der Ursachen* sich sowohl auf die Nachfrage- als auch auf die Angebotsseite sowie auf ihre gegenseitige Abhängigkeit beziehen muss. Die Untersuchung soll sich zunächst der Entwicklung der Nachfrageseite zuwenden.

Schon *bevor es private oder gar soziale Krankenversicherungen gab*, haben Patienten Gesundheitsleistungen von Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern nachgefragt und deren Leistungen bezahlt. Nicht uninteressant sind die Einschränkungen, die hier zu machen sind: Die Kosten der *Krankenhäuser* wurden zum Teil von Stiftungen getragen und fielen zu einem weiteren Teil wegen praktisch unentgeltlicher Arbeit von Ordensgemeinschaften gar nicht an; die Entgelte der Patienten mussten also nur einen Teil der wahren gesellschaftlichen Kosten der Spitäler tragen. Bedürftige Personen wurden unter diesen Strukturen des Gesundheitswesens sicher häufig ganz unentgeltlich behandelt.

Auch für die *Ärzte* war es selbstverständlich, die Vergütung, die sie für ihre Bemühungen von ihren Patienten erwarteten, nach deren Vermögens- und Einkommensverhältnissen zu bemessen. Nicht unerheblich war für die Lockerung des Verhältnisses von Leistung und Gegenleistung auch das Bewusstsein, dass die Bemühungen des Arztes und der Heilungserfolg nicht selten in einem größeren Missverhältnis als in der heutigen naturwissenschaftlich geprägten und hochspezialisierten Medizin standen. Trotz intensiver Bemühungen kann auch heute noch der erhoffte Erfolg ausbleiben; in anderen Fällen ist es dem Arzt ein Leichtes, den Patienten von einer schweren Last zu befreien. Soll die Gegenleistung des Patienten nach den Bemühungen oder dem Erfolg des Arztes bemessen sein? Es ist nicht verwunderlich, dass immer wieder betont wurde, dass Leistung und Gegenleistung nicht in einem Austauschverhältnis wie bei einem Kauf gesehen werden dürften. Ein deutlicher Ausdruck für die *angestrebte Trennung von Leistung und Gegenleistung*, für die Verneinung des Gegenseitigkeitsverhältnisses ist die Verwendung des Wortes »Honorar«, das in etwa besagt, es handle sich um eine Ehrensache, eine Anerkennungs-gabe des Patienten. Er bringt auch mit seiner finanziellen Leistung gegenüber dem Arzt zum Ausdruck, welchen Wert dessen Bemühungen für ihn hatten. Bei dieser Betrachtungsweise durfte sich die Höhe des Honorars natürlich nicht nur nach den Bemühungen und dem Erfolg bei der Behandlung, sondern auch nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Patienten richten.

Das Verhältnis zu den *Apothekern* war vermutlich stets kommerzieller, will sagen: deutlicher vom Gegenseitigkeitsprinzip geprägt. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass der Verkauf von abgepackten Fertigwaren früher nicht so üblich war, sondern die Anfertigung eines Arzneimittels für einen bestimmten Patienten durchaus noch im Vordergrund der Tätigkeit (und nicht nur der Ausbildung) des Apothekers stand.

Damit wird deutlich, dass die Patienten *schon immer nach* ihren *wirtschaftlichen Verhältnissen* zu den Einnahmen der Ärzte und Krankenhäuser beigetragen haben. Dies ist vom Ansatz her nicht erst eine soziale Errungenschaft der sozialen Krankenversicherung; sie hat nur das Ausmaß der gesellschaftlichen Solidarität wesentlich verändert und den Anbietern von Gesundheitsleistungen das Management des sozialen Ausgleichs abgenommen.

Eine nähere Betrachtung verdienen noch die Auswirkungen des früheren Zustandes auf das *Nachfrageverhalten der Patienten*. Sie in erster Linie mussten auf ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse Rücksicht nehmen, bevor sie einen Arzt oder ein Krankenhaus in Anspruch nahmen, weil sie die Kosten auf keine Versicherung abwälzen konnten. Sie prüften die Möglichkeit, sich selber zu helfen oder die Inanspruchnahme auf das Notwendigste zu beschränken, schon von sich aus. Auch ein Millionär fragt sich in der Regel, ob er sich eine Ausgabe, die er sich ohne weiteres leisten könnte, auch wirklich leisten will – es ist ja sprichwörtlich, dass man vernünftiges Sparen am besten von den seit langem reichen Leuten lernen kann. Arme und Reiche hatten einen vergleichbaren Ansatz in ihrem Nachfrageverhalten. Den Grenzfall des Superreichen, der die Kosten nicht spürt, wenn er als eingebildeter Kranker nur mit einem Leibarzt als ständigem Begleiter leben will, können wir hier vernachlässigen. Im Normalfall wird der eingebildete Kranke von seiner Familie, die aus demselben wirtschaftlichen Topf leben muss, zurückgehalten oder vom Arzt wegen seiner Lästigkeit mit vergleichsweise hohen Honoraren gezügelt.

Die Vergangenheitsverhältnisse sollen hier nicht idealisiert werden. Es geht nur darum, *Tendenzen*, die *in einem unreglementierten Gesundheitswesen* wirksam sind, klar wahrzunehmen. Denn auch im heutigen reglementierten Sozialstaat sind sie zumindest unter der Decke lebendig und oft auch wirksam. Sie können die soziale Akzeptanz von Reglementierungen stützen oder schwächen. Man sollte sie daher kennen, insbesondere auch ihre Gefahren. Einerseits galt damals trotz aller Tendenzen zum sozialen Ausgleich letztlich doch der Satz: »Weil Du arm bist, musst Du früher sterben!« Einfach weil die Mittel, für alle Menschen zu sorgen, rein wirtschaftlich noch nicht vorhanden waren und weil das Vorhandene ungleicher verteilt war als in einer modernen entwickelten Volkswirtschaft. Der Bedarf war wohl kaum

geringer als heute, aber die zahlungskräftige Nachfrage fehlte. Auch war selbst in den wohlhabenden Schichten die Nachfragezurückhaltung sicher oft zu stark: man ging wohl doch häufig nicht rechtzeitig zum Arzt, so dass verschleppte Krankheiten unnötig teuer oder gar unheilbar wurden. Ist diese gesundheitspolitische Gefahr durch Bildungsmaßnahmen hinreichend begrenzt oder wird sie trotzdem schwerwiegender bleiben als die wirtschaftlichen Gefahren fehlender Nachfragezurückhaltung? An der Beantwortung dieser Frage entscheidet sich erfahrungsgemäß politisch viel.

Soweit eine Versicherung die Krankheitskosten trägt, wird die »natürliche« Nachfragezurückhaltung der Patienten weitgehend aufgehoben. Dabei ist es völlig gleichgültig, ob es sich um eine private oder die soziale Krankenversicherung handelt. Auch die Ärzte und Krankenhäuser legen jede soziale Zurückhaltung bei der Berechnung ihrer Entgelte ab, wenn sie wissen, dass eine Versicherung leistungspflichtig ist. Arzt und Patient fragen nur noch: »Wird die Versicherung alles bezahlen?«

Die berechneten Preise verlieren ihren individuellen Charakter und ihre Bedeutung als persönliche Anerkennungsgabe des Patienten für die geleisteten Bemühungen. Auch die Gesundheitsanbieter denken im Verhältnis zu den Versicherungen als Kostenträgern in objektivierten Preisen, d.h. in Preisen, die für alle Patienten gleich sind. Das erwarten auch die Versicherungen, die bereit sind, den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen Preise zuzubilligen, die normale Kosten, Einkommen und Gewinne decken und damit normalerweise die Weiterarbeit ermöglichen. Jede darüberhinausgehende Preisentwicklung müssen sie als Ausbeutung betrachten und im Interesse ihrer Versicherten zurückweisen, weil diese sonst früher oder später höhere Beiträge entrichten müssten.

Die *objektivierte, kommerziell geprägte Preisbildung* muss nicht als Verstoß gegen die Brüderlichkeit gewertet werden. Die Gegenseitigkeit des Austausches, bei dem jeder Partner seinen Vorteil (eine Verbesserung seiner Lage) sucht und beide den gesuchten Vorteil finden, ohne dass der eine den anderen übervorteilt und ausgebeutet hat, ist wohl das Urbild arbeitsteiligen Wirtschaftens mit dem brüderlichen Bewusstsein, dass die getreue Befriedigung des Bedarfs des anderen dem gesuchten eigenen Vorteil am ehesten dienlich ist. Brüderlichkeit erstrebt Beiderseitigkeit, nicht Einseitigkeit.

Man kann in den objektivierten Preisen einen weiteren Schritt zur Trennung von Leistung und Einnahmen im Gesundheitswesen sehen, obwohl dem viele Marktwirtschaftler nicht folgen werden. Aber wie steht es denn mit der wirtschaftlichen Messbarkeit der Bemühungen oder Leistungen? Entzieht die notwendige Individualisierung aller therapeutischen Maßnahmen nicht auch der wirtschaftlichen Bewertung die standardisierbare Grundlage einer Massenproduktion? Jagen die Vergütungsordnungen, die

Einzeleinstellungen und damit den ärztlichen Fleiß honorieren wollen, hier nicht Scheinobjektivierungen nach, die keinen Respekt verdienen und deshalb zu den bekannten Abrechnungsproblemen beitragen? Und ist im Bereich des ärztlichen Handelns die erzielbare Gegenleistung überhaupt so motivierend? Muss der Patient zur Motivation des Arztes nicht etwas anderes zum Ausdruck bringen als das Versprechen, die Versicherung werde gut zahlen? Ist der gut versicherte schon der »gute Patient«, auf dessen Besuch sich der Arzt freut und für den er sich unwillkürlich besonders anstrengt? Es sollte im wirtschaftlichen Bereich nur keine Probleme geben, die sich störend auswirken; das ist der eigentliche Sinn einer gewissen Entkopplung der wirtschaftlichen von der medizinischen Leistungsseite in den Vergütungsordnungen; so kann man freier leben und brüderlich leben lassen; mehr sollte von diesem Bereich nicht verlangt werden, wenn man ihn nicht überfordern will. Also sollte der »gute Patient« zunächst einmal gut versichert sein, aber jenseits dieser Frage wird die Arbeit eigentlich erst richtig interessant für den Therapeuten.

Die *private Krankenversicherung* ist vielen dieser Schwierigkeiten der sozialen Krankenversicherung dadurch aus dem Wege gegangen, dass sie sich nicht mit einem Sachleistungsprinzip in die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient eingemischt, sondern stets nur die vom Patienten an den Arzt usw. bezahlten oder zu bezahlenden Kosten erstattet hat. Außerdem hat sie stets versucht, das Versicherungsversprechen so einzuschränken, dass die natürliche Nachfragezurückhaltung in weiten Bereichen erhalten bleibt. Entweder versichert sie nur einen Teil aller Kosten (prozentuale Selbstbeteiligung) oder überhaupt nur das »große Risiko«, nicht den Bagatellschaden, indem eine *Selbstbeteiligung bis zu einem bestimmten Betrag* vereinbart wird; die Versicherung muss nur zahlen, wenn und soweit die im Laufe eines Jahres angefallenen Rechnungen diesen Betrag übersteigen. Beitragsrückgewähr ist davon nur eine Variante, die dem Versicherten mehr Sicherheit bietet: Alles ist versichert, auch der Bagatellschaden; wenn er sich trotzdem entschließt, in einem Jahr die kleinen Schäden zu meiden oder diese nicht zur Erstattung einzureichen, sondern selbst zu tragen, erhält er einige Monatsbeiträge, die bereits eingezogen wurden, nachträglich zurück; tritt ein großer Schaden ein, der die Beitragsrückgewähr hindert, rechnet er auch die kleinen ab. Die Beiträge sind bei fester Selbstbeteiligung spürbar niedriger als bei Vollversicherung mit Beitragsrückgewähr.

Den umfassenden Versicherungsschutz, wie ihn die soziale Krankenversicherung heute bietet, könnten sich weite Teile der Bevölkerung zu den Tarifen, die die private Krankenversicherung dafür verlangen würde, nicht leisten, weil diese einkommensunabhängig von jedem gleiche Beiträge

verlangt, die nur risikogerecht differenziert sind. Wer sich diese Beiträge nicht leisten kann, bleibt schutzlos oder ist im Ernstfall auf die Sozialhilfe angewiesen. Die gesetzliche Einführung einer Pflicht, sich privat gegen das finanzielle Risiko von Krankheiten zu versichern, würde die Sozialhilfe von der Bewältigung unversicherter Risiken entlasten, hätte aber eine ganz andere Beitragsstruktur, als sie die gesetzliche Krankenversicherung hat, zur Folge. Bei allgemeiner Versicherungspflicht wären das Eintrittsalter und damit die Beiträge verhältnismäßig gering; aber sie müssten lebenslang gezahlt werden und sie müssten durch ihre Höhe die durchschnittlichen Ausgaben der Versicherung pro Versicherten sowie zusätzlich noch Rücklagen für deren erhöhtes Krankheitsrisiko in alten Tagen decken. Ein reines Umlageverfahren, wie es die gesetzliche Krankenversicherung hat, wäre der privaten nicht ohne weiteres möglich.

Für viele der Pflichtversicherten wären die *kommerziellen Beiträge der privaten Krankenversicherung zu hoch*. Sie müssten eine dem Wohngeld vergleichbare Sozialleistung erhalten, die sie in den Stand setzt, Marktpreise an die Versicherung zu bezahlen – *oder die Sozialhilfe* müsste ihre Beiträge ganz oder teilweise übernehmen. Heute kann sich die Sozialhilfe bei der von ihr selbst gewährten Krankenhilfe nur deswegen weitgehend an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren, weil sie für Gesundheitsleistungen verhältnismäßig selten in Anspruch genommen wird. Sie fährt in der Regel besser damit, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen, als selbst die sogenannte Krankenhilfe zu gewähren. Denn die Beiträge der Sozialhilfeempfänger an die Krankenversicherungen liegen wegen ihrer geringen Einkommen unter den durchschnittlichen Aufwendungen pro Mitglied. Die Sozialhilfeträger würden die Übernahme von Pflichtbeiträgen an die private Krankenversicherung genau so wenig verkraften wie das Pflegefallrisiko.

Die *einkommensbezogenen Beiträge* der gesetzlichen Krankenversicherung sind für jeden in gleicher Weise bezahlbar, weil sie sich bis zur Beitragsbemessungsgrenze völlig parallel mit dem Einkommen entwickeln. Dies erklärt *den geringen Abgabewiderstand* der Pflichtversicherten. Dieser geringe Abgabewiderstand wiederum *erklärt die gewaltige finanzielle Leistungskraft* dieses Beitragssystems. Man muss vor dem Hintergrund der oben angestellten Vergleiche wirklich bewundern, welche Dimension die Finanzströme bekommen haben, die durch das Beitragssystem der sozialen Krankenversicherung aufgebracht werden. Seine Leistungskraft verführt schon dazu, Sparsamkeit auf der Ausgabenseite als überflüssig anzusehen, die ohnehin nicht so schön sozial ist, wie die solidarische Aufbringung der Beiträge (für unsere Kranken ist doch schließlich das Beste gerade gut genug).

Der solidarische Ausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft beruht zwar auf gesetzlichem Zwang, wird aber von den Mitgliedern sehr weitgehend *als sozial notwendige Einrichtung innerlich mitgetragen* und ist daher politisch völlig unumstritten. Letztlich beruht darauf die Überlegenheit im Vergleich zu versicherungslosen Zeiten und zu den risikobezogenen Beitragssystemen der privaten Krankenversicherung. Es darf vor diesem Erfahrungshintergrund wohl davon ausgegangen werden, dass die Beseitigung der oben (im Abschnitt »Gleichheit der Versicherungspflicht«) aufgezeigten ungerechten Gleichheitsverstöße die soziale Akzeptanz des Beitragssystems und damit seine Ertragskraft noch mehr festigen würde. – Nur nebenbei zum weiteren Nachdenken: Die Beiträge sind wie der Zehnte im mittelalterlichen Abgabensystem völlig einkommensproportional. Im Gegensatz zur modernen Einkommensteuer sind sie allerdings nicht einkommensprogressiv; die Einkommensteuer kennt auch keine Beitragsbemessungsgrenze als Überlastschutz vor Solidarverpflichtungen.

Die brüderliche Solidarität geht innerhalb der (problematisch abgegrenzten) Versichertengemeinschaften der gesetzlichen Krankenversicherung sehr weit. Da die Leistungen – wie bei jeder Versicherung (gleichen Vertrag vorausgesetzt) – für jeden Versicherten gleich, aber die Beiträge – risikounabhängig – einkommensproportional und die Familienangehörigen ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert sind, wird ein großer Solidareffekt erzielt. Er geht über den Versicherungseffekt einer Risikogemeinschaft weit hinaus, weil dort Risiko und Beitrag des einzelnen Versicherten übereinstimmen müssen.

Ein bisher ungelöstes Problem der sozialen Krankenversicherung ist es, dass die *Entfaltung der Nachfrage* der Patienten nach Gesundheitsleistungen ökonomisch *noch völlig ungehemmt* ist. Sie können die Angebote wie in einem Selbstbedienungsladen ohne Kasse oder wie ein sorgenfreier Superreicher in Anspruch nehmen. Darf es dabei bleiben, dass die Solidargemeinschaft so grenzenlos beansprucht werden kann? Ist eine Wiederherstellung einer gewissen Nachfragezurückhaltung, wie sie auch die private Krankenversicherung kunstvoll zur Grundlage beitragsattraktiver Vertragsangebote macht, gesundheitspolitisch ganz unvertretbar?

Die ökonomischen Zwänge machen ein Umdenken unausweichlich: das ungehemmte *Nachfrageverhalten* ist unsolidarisch; es *lässt jede brüderliche Rücksichtnahme* auf die Gemeinschaft der Beitragszahler *vermissen*; es missbraucht die finanzielle Leistungskraft des solidarischen Beitragssystems und könnte es daher auf die Dauer diskreditieren. Es bleibt der Politik daher und aus den eigangs dieses Abschnitts erwähnten arbeitsmarktpolitischen Gründen nur die unverzügliche Wahl, die Nachfrage durch scharfe bürokratische Kontrollen oder durch individuell zumutbare Selbst-

behalte zu hemmen. Wer darauf Wert legt, dass der Patient selbst bestimmen kann, in welchem Maße Leistungen in Anspruch genommen werden sollen, muss sie ihn bis zu einer individuell zumutbaren Höhe mittragen lassen. In einem ökonomisch zumutbaren Rahmen soll kein anderer als der leidende Patient selbst bestimmen können, ob er ökonomische oder gesundheitliche Nachteile lieber ertragen will. Es ist ein Vorteil der sozialen Krankenversicherung, dass die Zumutbarkeitsgrenze systemimmanent bestimmbar ist, indem sie nach Monatsbeiträgen bemessen wird. Schon ein System der Beitragsrückgewähr gäbe jedem wenigstens die Wahl, sein Verhalten gar nicht zu ändern oder die neuen Chancen zu nutzen. Es wäre noch mit dem Sachleistungsprinzip ohne großen Aufwand zu vereinbaren. Wirkungsvoller wäre der *Übergang zum Kostenerstattungsprinzip mit einem Jahresselbstbehalt* in Höhe von einem oder mehreren Monatsbeiträgen und entsprechend gestaffelter Beitragsherabsetzung.

Es kann in der sozialen Krankenversicherung nicht so bleiben wie bisher; über die einzusetzenden Steuerungsinstrumente wird unter Ökonomen und Sozialpolitikern bereits heftig gestritten. Patienten und Ärzte befürchten eine Lawine von bürokratischen Kontrollen der Kassen, die ihre Freiheit der Therapiefindung einschränkt. Noch bestehen bei vielen Sozialpolitikern Hemmungen, statt bürokratischer Kontrollen, die zwar einfach einsehbar, aber in der Regel wirkungslos oder contraproduktiv sind, neue sozialökonomische Einrichtungen zu schaffen. Diese würden die Solidargemeinschaft nicht schwächen, wie oberflächliche Beurteiler oft meinen, sondern im Sinne brüderlicher Inanspruchnahme stärken. Der Gesetzgeber sollte der Selbstverwaltung der sozialen Krankenversicherungen den Weg frei machen für die Entwicklung von Beitragssystemen mit Rückerstattungen oder Selbstbehalt. Dann würde aufhören, dass der *Wettbewerb um neue Mitglieder* mit immer mehr Großzügigkeit gegenüber der ungehemmten Nachfrage einiger Versicherter geführt wird, und ein Wettbewerb *mit sozialökonomisch noch wirksameren Beitragssystemen* beginnen können. Feste Zuordnungen von sozialen Gruppen zu bestimmten Versicherungsträgern sollte es nicht mehr geben.

Auch Neugründungen von Ersatzkassen sollten wieder möglich sein, wenn sie gewisse Mindestmitgliederzahlen aufbieten können. Politisch wären die vorgeschlagenen Lösungen für die Nachfrageseite des Gesundheitswesens leichter durchsetzbar, wenn *auf der Angebotsseite* ordnungspolitisch vertretbarere Verhältnisse herrschen würden. Der geringe Preiswiderstand auf der versicherten Nachfrageseite macht die Herbeiführung ausreichenden Preiswettbewerbs auf der Angebotsseite umso dringlicher. Traditionell sind aber berufsrechtliche Wettbewerbsbeschränkungen und staatlich festgesetzte Honorare vorherrschend. Es kann mehr Markt im

Gesundheitswesen geben, wenn die Versicherten alle Leistungen erst einmal selbst bezahlen und manchen kleinen Schaden auch endgültig selbst tragen und sich deshalb alle Rechnungen, die durch ihre Hände gehen sollen, mit ökonomischem Eigeninteresse ansehen. Die Anbieter werden sich sagen müssen, dass die Nachfrager offensichtlich unnötige Kosten nicht schätzen werden, von denen sie wissen, dass sie sie mit ihren Entgelten bezahlen sollen.

Die größten Probleme liegen bei den gewucherten Kosten und Pflegesätzen in den kommunalen und staatlichen Krankenhäusern. In diesem ökonomisch gewichtigsten Bereich des ganzen Gesundheitswesens war es ordnungspolitisch richtig, die Pflegesätze zu vereinbarten Entgelten zu machen, um die Sparsamkeit der Krankenhäuser nicht mehr zu bestrafen. Es wird notwendig sein, die Einheit von laufendem und Investitions-Haushalt wiederherzustellen und die Wettbewerbsverzerrungen zwischen staatlichen und kommunalen Häusern einerseits sowie den privaten und freigemeinnützigen andererseits zu beseitigen.

Es ist zu erwarten, dass der Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip die Aufmerksamkeit der Versicherten und der Öffentlichkeit auf die Probleme der Angebotsseite lenken wird, die heute vom Sachleistungsprinzip für die Nichteingeweihten verschleiert werden. Auch daran wird deutlich, wie eng die Gestaltung der Nachfrage- und der Angebotsseite politisch und ökonomisch zusammenhängen und einander bedingen.