

Die Klinikreform entspringt kontrollwirtschaftlichem Denken, Wolfram F. Richter, FAZ, Standpunkt, 26. Oktober 2024 ·

Der Gesetzgeber misstraut Marktentscheidungen. Daher bremst er den Wettbewerb der Kassen um besseres Versorgungsmanagement aus. Ein Gastbeitrag.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist zurück in den Schlagzeilen. Für 2025 wird eine Lücke von 13,8 Milliarden Euro erwartet und ein Anstieg der durchschnittlichen Kassenbeiträge auf über 17 Prozent vom Lohn. Das erinnert an 2022, als 17 Milliarden Euro fehlten, die bei regelkonformer Schließung schon damals einen Anstieg der Kassenbeiträge auf mindestens 17 Prozent verlangt hätten. Das Problem der wachsenden Gesundheitsausgaben ist also nicht neu. Was fehlt, ist eine Politik, die das Wachstum begrenzt und die Ausgaben in ein besseres Verhältnis zur Versorgungsqualität bringt.

Das sieht Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) nicht anders. Das deutsche Gesundheitswesen sei das teuerste in Europa und „in vielen Bereichen nicht effizient“. Zur Behebung beschränkt er sich aber nicht darauf, nur einen gesetzlichen Rahmen vorzugeben, in dem die Akteure des Gesundheitswesens um Effizienzsteigerungen konkurrieren. Er zieht es vor, die Gesetzgebung zu nutzen, um auf Leistungsprozesse direkt einzuwirken. Das Ergebnis sind politische Maßnahmen, die sich durch geringe Nachhaltigkeit auszeichnen. So wurden vor zwei Jahren eine Absenkung der Arzneimittelpreise verordnet, eine Aufstockung des Bundeszuschusses und ein Rückgriff auf die Finanzreserven der Kassen und des Gesundheitsfonds.

Auch die Krankenhausreform entspringt kontrollwirtschaftlichem Denken. Erklärtes Ziel ist die Dämpfung der ökonomischen Anreize zu operieren. Eine Verbesserung der Behandlungsqualität soll erreicht werden, indem nicht länger jedes Krankenhaus jede Behandlung durchführen darf. Vielmehr bedarf es dazu einer Berechtigung, die die Planungsbehörde des jeweiligen Landes auf der Grundlage von Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen erteilt. Viel direkter kann man als Gesetzgeber auf Leistungsprozesse nicht einwirken.

Nur Notwendiges sollte finanziert werden

Darin zeigt sich ein Politikverständnis, das kurzfristige Erfolge sucht. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben ist aber eine langfristige Herausforderung. Getrieben wird sie durch die Alterung der Gesellschaft, das Aufkommen von Lifestyle-Arzneimitteln und den medizinisch-technischen Fortschritt. So entstehen ständig neue Bedürfnisse, deren Befriedigung nicht immer medizinisch notwendig ist und deren Finanzierung nur dann nicht für Beitragszahler und Arbeitgeber zur erdrückenden Last wird, wenn sich die Kosten durch entsprechenden Nutzen rechtfertigen lassen. Der Abgleich von Kosten und Nutzen ist indes ein höchst individueller, denn was der eine als wünschenswert erachtet, erscheint dem anderen verzichtbar. Man denke etwa an die Einnahme von Appetitzüglern und Abmagerungsmitteln, aber auch an die freie Arztwahl.

Die Brechung des Ausgabenwachstums in der gesetzlichen Krankenversicherung wird verlangen, dass die Beitragszahler in ihrer Eigenschaft als Versicherungsnehmer dazu gebracht werden, im Bereich von medizinisch nicht Notwendigem kostenbewusste Entscheidungen zu treffen. Dafür sah der Gesundheitsfonds eine Trennung von allgemeinem und Zusatzbeitrag vor. Langfristig sollte der Wettbewerb der Krankenkassen um die

Versicherten dafür sorgen, dass mit dem allgemeinen Beitrag nur die Kosten des medizinisch Notwendigen finanziert werden – und zwar kassenunabhängig, lohnbezogen sowie paritätisch von Beitragszahler und Arbeitgeber. Dagegen sollten die Kosten des medizinisch nicht Notwendigen über den Zusatzbeitrag finanziert werden – und zwar kassenindividuell, nur vom Versicherungsnehmer sowie in einem festen Eurobetrag, also nicht lohnabhängig.

Krankenkassen müssen sich unternehmerisch verhalten können

Wenn etwa Beitragszahler darauf bestehen, bei einer nicht lebensbedrohlichen Erkrankung statt den Hausarzt lieber gleich die Notaufnahme im Krankenhaus aufsuchen zu dürfen, und wenn solches Verhalten eine Krankenkasse durchschnittlich zehn Euro im Monat kosten sollte, dann sollten betreffende Beitragszahler auch einen Zusatzbeitrag von zehn Euro tragen. Und wenn sich durch modernes Versorgungsmanagement noch mehr sparen ließe, dann sollte es erlaubt sein, einen höheren Zusatzbeitrag von denen zu verlangen, die das Wahlangebot nicht annehmen.

Die zehn Euro sind eine fiktive Zahl, die nur die Funktion des Zusatzbeitrages illustrieren soll. Eine belastbare Zahl hängt davon ab, wie die einzelne Kasse ihren Hausarzttarif oder ihr Versorgungsmanagement ausgestaltet und welche spezielle Ausgestaltung den Wettbewerb um die Versicherten überlebt. Damit hochwertige, innovative Versorgungsangebote auch in Deutschland entstehen, müsste der Gesetzgeber aber den Rahmen schaffen, in dem sich die Krankenkassen unternehmerisch verhalten können und müssen. So müsste es ihnen erlaubt sein, mit den Leistungserbringern selektive Vereinbarungen zu treffen. So weit die Theorie.

Einen Markt für innovatives Versorgungsmanagement gibt es nicht

Die Praxis sieht leider anders aus. Die Krankenkassen haben nie unternehmerisches Handeln gelernt. Einen Markt für innovatives Versorgungsmanagement gibt es nicht. Der Gesetzgeber misstraut Marktentscheidungen. Selektives Leistungskontrahieren ist den Kassen nicht erlaubt. Daher haben sie keine Möglichkeit, Patientenströme qualitätsorientiert zu lenken.

Der Zusatzbeitrag war für den Gesundheitsfonds zentral. Mit ihm sollte ein Wettbewerb um qualitativ hochwertige Versorgungsformen ermöglicht werden. Statt die Reform zu vollenden und selektives Leistungskontrahieren zu erlauben, amputierte man sie. Einen Zusatzbeitrag von acht Euro meinte die Politik dem Beitragszahler nicht zumuten zu können. Statt Betroffene aber zu ermuntern, schlicht die Kasse zu wechseln, beschloss die Regierung Merkel/Gabriel, Zusatzbeiträge nicht länger als Eurobetrag zu bemessen, sondern als Prozentsatz vom beitragspflichtigen Lohn. Und die nachfolgende Regierung Merkel/Scholz verordnete dann gar noch die paritätische Finanzierung der Zusatzbeiträge.

Diese beiden Reformen gingen zulasten der Preisfunktion des Zusatzbeitrages. Ein Wettbewerb um modernes Versorgungsmanagement kann so nicht in Gang kommen. Die Chance, das Wachstum der Gesundheitsausgaben zu brechen, wurde verspielt. Ginge es nicht um Deutschland, könnte man sich mit dem Gedanken trösten, dass nun just der Minister die budgetären Folgen auszubaden hat, der die rückwärtsgewandten Beitragsreformen der letzten Jahre maßgeblich betrieben hat.

Wolfram F. Richter ist Professor i. R. für Öffentliche Finanzen der TU Dortmund und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen.