

Forschungsinstitut  
für die  
zahnärztliche Versorgung  
(FZV)

Stiftung der  
Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung



**Eigenverantwortung  
in der  
gesetzlichen  
Krankenversicherung**

Vorträge – Stellungnahmen  
Podiumsdiskussion

EIGENVERANTWORTUNG  
IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

S Y M P O S I O N  
D E S  
FORSCHUNGSINSTITUTS FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

18. JUNI 1980 - BONN, HOTEL AM TULPENFELD

VORTRÄGE - STELLUNGNAHMEN - PODIUMSDISKUSSION

EIGENVERANTWORTUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

---

"Materialien" des  
Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung  
Band 2 - Köln 1980

Herausgeber: Forschungsinstitut für die  
zahnärztliche Versorgung (FZV)

Stiftung der  
Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung

Universitätsstraße 73  
5000 Köln 41

Jeglicher Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und  
Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen des  
Werkes bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Heraus-  
gebers.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Vorwort	4
Übersicht	5
Einführung Dr. H. Zedelmaier	6
Vortrag Prof. Dr. F.E. Münnich	12
Stellungnahme U. Fiebig	34
Stellungnahme Dr. K. Becker	37
Stellungnahme H. Schmidt (Kempten)	45
Podiumsdiskussion	50



## VORWORT

Mit dem Symposium "EIGENVERANTWORTUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG" am 18. Juni 1980 im Bonner Tulpenfeld stellte sich das "Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung" (FZV) der Öffentlichkeit vor.

Mit dieser ersten Veranstaltung hat sich das Forschungsinstitut einem Problemkreis gewidmet, der heute in der gesundheitspolitischen Diskussion einen besonderen Stellenwert einnimmt. Bei diesem Thema, das stark von ideologischen Normvorstellungen überlagert wird, ist es besonders wichtig, durch sachliche Analyse die Problematik erst einmal zu erkennen und differenzierte Lösungsmodelle zu erarbeiten.

Gerade im Bereich der zahnärztlichen Versorgung war und ist die Forderung nach Stärkung der Selbstverantwortung des Patienten von besonderer Bedeutung. Zum einen ist die Korrelation von Selbstverantwortung und Kostenverursachung bzw. -vermeidung auf diesem Teilgebiet der Gesundheitsversorgung recht hoch, zum anderen gibt es ja vor allem auf dem zahnärztlichen Sektor praktische Erfahrungen - durch den Selbstbehalt bei prothetischen Leistungen -, die es in die allgemeine gesundheitspolitische Diskussion einzubringen gilt.

Das Symposium war ein wichtiger Schritt, den Stellenwert der Eigenverantwortung in der zahnärztlichen Versorgung darzustellen. Es wird wohl jedoch noch viel zäher theoretischer Kleinarbeit und politischen Ringens bedürfen, um das Gesundheitssystem so steuern zu können, daß Eigenverantwortung und Selbstdisziplin nicht als tönrricht empfunden werden, sondern daß das System aus sich selbst heraus gesundheitsgerechte Verhaltensweisen belohnt.

## ÜBERSICHT

Einführungsreferat

Dr. Helmut ZEDELMAIER

Vorsitzender der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

EIGENVERANTWORTUNG IN DER GKV AUS DER SICHT  
DER SOZIALWISSENSCHAFTEN

"Eigenverantwortung als Element der Selbststeuerung  
aus sozialökonomischer Sicht - Alternativen und Modelle"

Professor Dr. Frank E. MÜNNICH

Direktor des Volkswirtschaftlichen Instituts  
der Universität München

DIE BEDEUTUNG DER EIGENVERANTWORTUNG AUS DER SICHT  
DER POLITISCHEN PARTEIEN

Dr. Karl BECKER, MdB, CDU

Udo FIEBIG, MdB, SPD

Hansheinrich SCHMIDT (Kempten), MdB, FDP

P o d i u m s d i s k u s s i o n

ZIELE, INSTRUMENTE UND ALTERNATIVEN DER EIGENVERANTWOR-  
TUNG AUS DER SICHT DER HEILBERUFE, VERBÄNDE UND KASSEN

Leitung: Walter KANNENGIESSER  
Sozialpolitischer Korrespondent der FAZ,  
Büro Bonn

Teilnehmer: Dr. Horst BOURMER

Vorsitzender des Hartmannbundes,  
Verband der Ärzte Deutschlands

Willi HEITZER

Vorsitzender des Landesverbandes  
der Ortskrankenkassen in Bayern

Dr. Burkhard TIEMANN

Hauptgeschäftsführer der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Christoph ULEER

Verbandsdirektor des Verbandes der  
privaten Krankenversicherung



Einführungsreferat von Dr. Helmut ZEDELMAIER,  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Unser Gesundheitswesen droht unfinanzierbar zu werden. Wenn ich sage "unser" Gesundheitswesen, so meine ich damit unsere qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die allen Bürgern unseres Landes zur Verfügung steht, ganz gleich welchem Versicherungssystem sie angehören.

Um die Kosten in den Griff zu bekommen, schuf die von der sozialliberalen Koalition gestützte Regierung das Kostendämpfungsgesetz. Es brachte im Bereich der ambulanten Versorgung eine gewisse Entlastung, weil Ärzte und Zahnärzte bereit waren, auf eine reale Honorarsteigerung zu verzichten. Für dieses Jahr haben Ärzte und Zahnärzte Honorarvereinbarungen zugestimmt, die geringer waren als die allgemeinen Kostensteigerungen. Es liegt auf der Hand, daß ein solches Entgegenkommen nicht länger praktiziert werden kann.

In allen anderen Bereichen mußte das Kostendämpfungsgesetz erfolglos bleiben, weil dort die Kosten nicht oder kaum gesenkt werden konnten, z.B. im Krankenhausbereich, bei der stationären Versorgung, die zu 70 % personalkostenabhängig ist oder im Pharmabereich, wo die Finanzierung von Entwicklungs- und Forschungsaufgaben Teil der Endpreise ist.

Die sogenannte "einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" kann m.E. nicht funktionieren, wenn man nicht gleichzeitig den Leistungsumfang einschränkt. Niemand kann für weniger Geld immer mehr einkaufen. Es sei denn, er ist bereit, eine Verschlechterung der Qualität hinzunehmen: eine Entwicklung, die wir aus einigen sozialistischen Ländern kennen, die vor allem der sozialversicherten Bevölkerung zum Schaden gereicht.

Mit Herrn Dr. BOURMER, der heute dankenswerter Weise anwesend ist, bin ich der Meinung, daß unser Thema bis jetzt noch nicht realistisch und objektiv genug behandelt wurde. Zu viele Schlagworte werden vorgeschoben. Dr. BOURMER hat in Bad Nauheim gesagt, es gebe Schutzbehauptungen, z.B. das Solidaritätsprinzip schließe die Selbstbeteiligung aus oder die Selbstbeteiligung schädige die unteren Einkommensklassen. Das sind alles in der Tat unbewiesene Behauptungen, mit denen man sich nicht zufrieden geben darf.

Gestatten Sie mir, daß ich aus dem Verlauf der bisher geführten Diskussion noch ein paar - wie ich meine - wichtige Punkte als Vorbemerkungen anfüge:

#### 1. Bemerkung

Es wird immer wieder behauptet, die PKV würde mit der Selbstbeteiligung schlechte Erfahrungen machen. Wir haben heute einen Vertreter der PKV hier, und ich nehme an, daß Herr Dr. ULEER etwas dazu sagen wird.

Dies ist eine ganz und gar unqualifizierte Behauptung. Das gesamte System der PKV ist auf Kostenerstattung und Selbstbeteiligung aufgebaut. Es könnte mit einem reinen Sachleistungssystem überhaupt nicht funktionieren.

Wenn sich derzeit auch im PKV-System Kostenprobleme ergeben, so sind dies auch zumindest zum Teil Rückwirkungen, die sich aus der Verteuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Es wäre ein leichtes, dies an Beispielen zu belegen.



## 2. Bemerkung

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung ist sicher nicht oder nicht nur ein Vorwurf an die Versicherten, die mehr beanspruchen als sie benötigen und als die Solidargemeinschaft finanzieren kann.

Es muß festgestellt werden, und dies ist meine Meinung, daß auch die Angehörigen der Heilberufe wirtschaftliche Vorteile an einem System haben, das Kritiker dieses Systems - sicher überspitzt - als "Selbstbedienungs-laden ohne Kasse" bezeichnet haben.

## 3. Bemerkung

In der bisherigen Diskussion um mehr Selbstverantwortung wurde weitgehend mit dem ungeeigneten Begriff der "Selbstbeteiligung" hantiert, ohne daß genau definiert wurde, was man sich darunter vorstellt.

So kam es, daß sich die einen dabei ein Verfahren vorstellen, bei dem der Versicherte über seinen normalen und ungekürzten Krankenkassenbeitrag hinaus noch zusätzlich zur Kasse gebeten wird, wenn er ärztliche oder zahnärztliche Hilfe in Anspruch nimmt.

Deshalb lag es auf der Hand, daß viele unserer Zeitgenossen argwöhnten, die Ärzte wollten sich mit einer neuen Masche ein Zubrot verdienen. Offensichtlich haben sie nicht darüber nachgedacht, daß die Ärzteschaft schon einmal gegen eine "Selbstbeteiligung" gestimmt hat.

Ich möchte hier anfügen, ich bin der Meinung, daß es ein Fehler war, daß die Ärzteschaft damals, als erstmalig ein Gesetz vorbereitet wurde, dagegen war; aber selbstverständlich waren die Verhältnisse zu

jener Zeit anders. Es ist lange her. Man kann das mit den heutigen Verhältnissen, Kostenproblemen usw. nicht vergleichen.

#### 4. Bemerkung

Eigenbeteiligung - um bei diesem untauglichen Begriff zu bleiben - kann auch etwas ganz anderes sein, nämlich ein Verfahren, bei dem der Grundbeitrag des Versicherten ganz erheblich reduziert wird. Dafür muß er sich bei der Inanspruchnahme von einer Reihe von Leistungen an den Kosten mit einem Teil direkt beteiligen. Es ist selbstverständlich, daß diese Beteiligung sozial tragbar bleiben muß.

Die Kostendämpfung ergibt sich dabei aus der Tatsache, daß bei einer wie immer gearteten Direktbeteiligung die Inanspruchnahme von Leistungen reduziert wird. Eine solche Art der Direktbeteiligung kann man dann beim besten Willen nicht mehr als ein wirtschaftliches Anliegen der Ärzte deuten, und das scheint mir doch wesentlich zu sein.

#### 5. Bemerkung

Es versteht sich von selbst, daß ein solches System vorher gründlich durchdacht werden muß. M.E. sind wir noch nicht so weit, daß wir schon ein fertiges Modell auf den Tisch legen können. Zum Beispiel müssen, um den Versicherten nicht von einem notwendigen Gang zum Arzt abzuhalten, Untersuchungen und Beratungen aus der Direktbeteiligung ausgenommen werden, ebenso Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen der Frühbehandlung.

Möglicherweise gibt es auch noch andere Behandlungs-

positionen, die aus gesundheitspolitischen Gründen ausgenommen werden müssen. Aber dies ist nicht Thema der heutigen Veranstaltung.

#### 6. und letzte Bemerkung

Die eben angesprochene Form der Direktbeteiligung - und dieser Begriff scheint wesentlich deutlicher als der Begriff Selbstbeteiligung - ist nur eine Organisationsform von mehreren Möglichkeiten einer Stärkung der Eigenverantwortung in der GKV.

Es sind andere Modellemöglich und denkbar: die Kosten-erstattung mit Selbstbehalt, ein differenziertes Bonus-System oder eine Prämienrückerstattung. Auch dieser Vorschlag muß durchdacht werden.

Sicher werfen alle neuen Modelle Probleme auf, die durchdacht werden müssen. Aber es gibt ein altes Sprichwort: Wo ein Wille, da ein Weg. Mangelnder Wille zur Stärkung der Eigenverantwortung wird auf jeden Fall dort sichtbar, wo schon eine Diskussion darüber abgelehnt wird, aus welchen Gründen auch immer.

Wir aber, die wir uns als die Fachleute für unser Gesundheitswesen bezeichnen, müssen den Willen dazu aufbringen, neue Wege zu ergründen und zu erzwingen, wenn wir uns davon überzeugt haben:

Im Interesse der Bürger dieses Landes.



EIGENVERANTWORTUNG AUS DER SICHT  
DER SOZIALWISSENSCHAFTEN

"Eigenverantwortung als Element der Selbststeuerung  
aus sozialökonomischer Sicht - Alternativen und Modelle"

V o r t r a g

Professor Dr. Frank E. MÜNNICH

Direktor des  
Volkswirtschaftlichen Instituts der  
Universität München



Aus der Sicht der Sozialwissenschaften hat Eigenverantwortung zwei Aspekte. Zum einen ist Eigenverantwortung ein gesellschaftspolitischer Grundwert. Eigenverantwortung in diesem Sinne meint, daß die Staatsbürger, die Mitglieder unserer Gesellschaft, für die Gestaltung ihres Lebens zuallererst selbst verantwortlich sind und - das kommt in dem Ausdruck "Verantwortung" vielleicht unzureichend zum Ausdruck - auch berechtigt sind, zuallererst selbst über die Gestaltung ihres Lebens zu befinden. Die Forderung nach Eigenverantwortung ist insofern gleichbedeutend mit einer Forderung nach einem subsidiären Aufbau des Staates, nach einem Aufbau der Gesellschaft, der die Verantwortung und die Gestaltungsrechte primär beim einzelnen sieht und für den Appell an die gesellschaftliche Solidarität, für die Forderung nach gesellschaftlicher Unterstützung jeweils Begründung und Legitimation fordert.

Eigenverantwortung wird in den Sozialwissenschaften aber auch unter einem anderen Gesichtspunkt gesehen. Eigenverantwortung ist ein wesentliches Steuerungsprinzip für die Versorgung der Bevölkerung. Eigenverantwortung ist das Steuerungsprinzip, das Entscheidungsfreiheiten und Entscheidungsspielräume soweit wie möglich dezentralisiert. Das geschieht aus der Einsicht heraus, daß in den jeweiligen Entscheidungssituationen die Betroffenen selbst am besten informiert und am stärksten engagiert sind. Eigenverantwortung liefert daher einen starken Anreiz zur Erbringung einer eigenen Leistung, eines eigenen Beitrags. Eigenverantwortung in diesem Sinne ist also eine Antwort auf die Frage, wie man sinnvollerweise eine Gesellschaft organisieren kann, so daß ihre Mitglieder in angemessener Weise zu den produktiven Ressourcen dieser Gesellschaft beitragen und an der bestmöglichen, der effizienten, Gestaltung der Produktions- und Umverteilungsprozesse mit-

wirken.

Ursprünglich wurde die Sozialversicherung nach dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortung angelegt. Ursprünglich war sie eine Selbsthilfeorganisation für diejenigen Arbeitnehmer, die unter ähnlichen erbärmlichen Lebensumständen lebten und die für den Zweck der Daseinsvorsorge im Krankheitsfalle zu einer Solidargemeinschaft zusammengefaßt worden waren. Allerdings hat seitdem ein grundlegender qualitativer Wandel stattgefunden. Die sukzessiven Erweiterungen der Sozialversicherung haben aus dem subsidiären Instrument eine Organisation der umfassenden kollektiven Daseinsgestaltung in einem Teilbereich der Versorgung mit lebensnotwendigen Leistungen gemacht.

Dieser qualitative Umschlag hat zugleich eine Art Entfremdung der Beteiligten dieses Systems mit sich gebracht. Die Einstellung der Versicherten hat sich von einer ursprünglich unmittelbar empfundenen Solidarität zu einem allgemeinen Versorgungsanspruchsverhalten verändert. Ursprünglich stand das Empfinden im Vordergrund, in der Not füreinander eintreten zu müssen. Sicherlich ist diese Solidarität auch gegenwärtig noch wirksam. Tatsache ist aber auch, daß das Verhalten der Versicherten heutzutage vorrangig von einer ganz anderen Motivation bestimmt wird, nämlich von der Einstellung, daß man einen generellen Anspruch gegenüber dem Kollektiv, gegenüber der Gesellschaft, auf Versorgung mit diesen Leistungen habe.

Auch für die Ärzte hat sich die Lage grundlegend gewandelt. Heute sind über neun Zehntel ihrer Patienten Kassenpatienten, deren Behandlung zu Konditionen erfolgen muß, die nicht frei von den Beteiligten ausgehandelt werden können, sondern durch kollektive Entscheidungsprozesse vorgegeben sind. Aus dem frei praktizierenden Arzt wurde die



Kassenpraxis mit allen nachteiligen, aber auch mit sehr vorteilhaften Abhängigkeiten.

Mit der Ausdehnung der Kassenversorgung haben aber auch die Krankenkassen selbst einen Bedeutungswandel durchgemacht. Sowohl für die Ärzte wie für die Patienten sind sie zu einem öffentlichen Kollektivmonopol für Realtransfers geworden. Die gegenwärtig ablaufenden politischen Prozesse verstärken weiter den Charakter eines quasi öffentlichen Monopols.

Nun mag man zu öffentlichen Monopolen stehen, wie man will. Jedenfalls entstehen mit der breiten Durchsetzung des Transferprinzips schwerwiegende Steuerungsdefizite, weil die Leistungen der Kassen den Charakter von öffentlichen Gütern annehmen. Dies sind Güter, um deren Erwerb man nicht mit anderen Nachfragern durch das Gebot höherer Preise konkurrieren muß. Es sind Güter, für deren unbegrenzte und deswegen "kostenlose" Bereitstellung das Kollektiv oder die Gesellschaft oder die Institution Sozialversicherung, als verantwortlich angesehen wird. Öffentlich wird ein Gut dann, wenn es um seine Beschaffung keine Rivalitäten zwischen den potentiellen Nutzern geben kann.

Dieser Charakter des öffentlichen Guts führt zu schwerwiegenden Problemen. Das gilt nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern ist die zentrale Problematik der öffentlichen Versorgung überhaupt. Sobald man die Finanzierungsseite von der Leistungsseite abtrennt, entsteht das, was man als "Trittbrettfahrerverhalten" oder "Nulltarifmentalität" bezeichnet. Dieses "Trittbrettfahrerverhalten" besteht darin, daß man auf der einen Seite zwar Ansprüche erhebt, die, wenn sie gesetzlich formuliert sind, auch berechtigterweise erhoben werden, andererseits aber keineswegs bereit ist, sich an den Kosten der Erstellung dieser Leistungen angemessen zu

beteiligen - ganz so, wie man sich in früheren Zeiten eine kostenlose Straßenbahnfahrt beschaffen konnte, wenn man sich während der (langsamen!) Fahrt aufs Trittbrett schwang.

Dieses Trittbrettfahrerverhalten ist ein typisches Großgruppenverhalten. In kleinen Gruppen, in denen sich die Mitglieder gegenseitig kennen und in engem sozialen Kontakt zueinander stehen, wird ein potentieller Trittbrettfahrer sofort auf das "Asoziale" seines Verhaltens hingewiesen. In großen Gruppen, wie sie heute unsere Sozialversichertengemeinschaften darstellen, versagt aber diese Selbstregulierung. In großen Gruppen, in denen sich die Mitglieder nicht mehr gegenseitig kennen, wird der einzelne zu dieser Trittbrettfahrerhaltung geradezu verführt. Das ist kein moralischer Vorwurf - dies möchte ich ausdrücklich betonen. Der einzelne, der dieses Verhalten zeigt, mag durchaus ehrenwert handeln. Die Ursachen liegen nicht im Individuellen, sondern in den Steuerungsmechanismen der Gesellschaft, in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die falsch angelegt sind.

Für das Gesundheitswesen kommt noch eine andere spezielle Problematik hinzu: das "moralische Risiko". Diese Bezeichnung ist außerordentlich unglücklich, weil die Erscheinung mit Moral wenig zu tun hat. Es handelt sich um eine Erkenntnis der Versicherungstheorie, die nicht etwa nur für die Sozialversicherungen gilt, sondern für den Gedanken der Versicherung ganz generell. Es gibt eine spezifische Ausprägung des Trittbrettfahrerverhaltens beim Versicherungsvertrag. Wenn man sich in einer Schadensversicherung voll versichern kann, wenn man bei jedwedem Schaden den vollen Ersatz der Schädigungen erhält, dann bedeutet das, daß die Ersatzleistungen zum Nulltarif zu erhalten sind. Sie gewinnen daher - allein durch das Faktum des Versicherns - den Charakter öffentlicher Güter, von Gütern, die man zum Nulltarif erwerben kann.



Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Nachfrage nach Gütern um so größer ist - nicht notwendigerweise bei jedem einzelnen Nachfrager, wohl aber für den ganzen Markt -, je niedriger der Preis liegt. Daraus könnte man schlußfolgern, daß beim Nullpreis die Nachfrage bis zur Sättigung ausgedehnt wird und daher eine vollständige Sättigung des Bedarfs nur bei einer Versorgung zum Nulltarif erreicht werden kann. Das ist aber eine Illusion. Der Nulltarif, wie er im National Health Service in Großbritannien herrscht, führt nicht zu einer vollen Befriedigung der Nachfrage. Auch dort werden von den Betroffenen subjektiv die gleichen Unzulänglichkeiten des Gesundheitswesens empfunden wie unter anderen Systemen. Es gibt eben kein absolutes Anspruchsniveau; die Erwartungen wachsen mit den Möglichkeiten.

Hinzu kommt, daß die Finanzierung der Produktionskosten in der Form von Beiträgen eine Vorwegpauschalierung darstellt. Vorwegpauschalierungen haben in der Regel zur Folge, daß sich die Betroffenen aus einer Art Trotzeffekt heraus bemühen, die nun schon einmal getätigten Aufwendungen auch wieder "hereinzuholen". Es gibt dafür ganz aparte Beispiele wie "die heiße Schlacht ums Kalte Buffett", bei der jeder im Bewußtsein das Seine zu den Kosten beizutragen zu haben, und aus einem durchaus verständlichen sozialen Neid, sorgfältig darauf achtet, daß er, wenn schon das Angebot nicht die Sättigungsmenge übersteigt, einen hinreichenden Anteil am Gesamtangebot erhält. Jeder, der Erfahrungen in der Organisation gesellschaftlicher Ereignisse hat, weiß: Bei gemeinsamer Kasse wird mehr konsumiert als bei getrennter Bezahlung.

Das "moralische Risiko" hat nichts mit Privat- oder Sozialversicherung zu tun, es hat auch nichts mit Kostenerstattungs- oder Sachleistungssystem zu tun - es ist vielmehr ein ganz generelles Phänomen. Deshalb sollte man die Frage, ob man gegen die Steuerungsdefizite aus moralischem Risiko Selbstbehalt einführt, auch nicht

an der Kostenerstattung aufhängen. Ich vermag nicht zu sehen, daß man allein durch den Übergang von der Sachleistung zur Kostenerstattung wesentliche Verbesserungen in der Bewältigung des moralischen Risikos erreicht. Man kann selbstverständlich auch in Sachleistungssystemen Selbstbeteiligungen realisieren. Das ist deshalb wichtig, weil direkte Eigenbeteiligungen die versicherungstechnisch einzige Lösung sind, um mit dem moralischen Risiko fertig zu werden.

Ein weiteres Sonderproblem des Gesundheitswesens ist die Anbieterdominanz. Hiermit kennzeichnet man die Tatsache, daß die Ärzte die einzigen sachverständigen Treuhänder der Interessen der Patienten sind und zugleich diejenigen, die die Leistungen zu erbringen haben. Dies ist eine Doppelrolle, die es sonst in der Gesellschaft nicht gibt und die beim Arzt zu Motivationskonflikten führen muß. Aus der Sachverständigenrolle heraus ist er motiviert, eine - wenn wir es einmal auf eine Kurzformel bringen - maximale Versorgung für seinen Klienten zu konzipieren. Für den Arzt steht aufgrund des medizinischen Ethos die Versorgung mit medizinischen Leistungen im Vordergrund.

Als Treuhänder der Interessen der Versichertengemeinschaft erwartet man von ihm aber auch eine wirtschaftliche Erbringung der Leistungen. Für die Gesellschaft insgesamt und für die Versicherten als Beitragszahler ist zwar die Versorgung mit medizinischen Leistungen außerordentlich wichtig und weitgehend sogar tabuiert, aber die Gesundheitsgüter sind eben doch bloß eine unter sehr vielen begehrten Leistungen - eine Leistung, die in Konkurrenz mit einer Fülle anderer Ansprüche steht, deren Befriedigung der Staatsbürger auch verlangt.

Ein schwerwiegendes Steuerungsproblem ist die Tatsache, daß aufgrund des Sachleistungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungsverflechtung "dreieckig" ist: Der Patient leistet Beiträge an den



Versicherer, der Versicherer bezahlt den Versorger und die Aufwendungen zur Herstellung der Gesundheit, und der Versorger liefert seine Leistungen, z.B. seine Beratungen usw. an den Patienten.

Eine solche dreieckige Leistungsverflechtung birgt die besonderen Schwierigkeiten jeder dreieckigen Interessenkonstellation: Stets werden zwei gegen den dritten koalieren, doch sind die Koalitionen hochgradig instabil. Hinzu kommt, daß singuläre Eingriffe bei einem der drei Pole keine hinreichende Wirksamkeit aufweisen können. Politische Maßnahmen sind für die Interdependenz des gesamten Systems konsistent zu konzipieren. Man wird mit Maßnahmen, die versuchen, das Steuerungsdefizit des Gesamtsystems zu beseitigen und die nur bei einem Pol angreifen, Schiffbruch erleiden müssen und damit die Bemühungen um eine Neustrukturierung eher desavouieren, als daß man damit je Erfolg haben könnte.

Wie kann man nun diese Steuerungsdefizite abbauen? Wie kann man erreichen, daß die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen ungefähr dem entspricht, was man kollektiv für erforderlich hält? Dazu gibt es eine Reihe alternativer Möglichkeiten.

Ich will mit einer Möglichkeit beginnen, die gerade nicht in einer Verstärkung der Eigenverantwortlichkeit besteht, sondern in einer Stärkung der zentralen Steuerung des Systems. Man könnte versuchen, die Versorgung mit Gesundheitsleistungen unter eine vollständige Mengenplanung zu stellen; das wäre die rigoroseste Form der Zentralisierung. Realistischer ist, daß man die jeweils zu erbringenden Mengen nicht genau plant, aber die Anreize so setzt, daß bestimmte Planmengen zustandekommen. Hierfür können wir zarte Ansätze bei uns in Form der Transparenz, Preis-, Negativ- oder Positivlisten erkennen. Zentralisierung kann auch darin bestehen, daß man andere Rahmenbedingungen massiv ändert, z.B. die eigene unter-

nehmerische Tätigkeit der Ärzte, also ihre Freiberuflichkeit aufhebt.

Ich vermute, daß solche Versuche zum Scheitern verurteilt sein müssen, und zwar aus drei Gründen. Der erste Grund ist die Unmöglichkeit, Bedarf zu definieren. Eine operationale Definition von Bedarf ist aber die Voraussetzung einer jeden Mengenplanung. Wir haben uns gesellschaftlich nicht entschieden, was wir denn überhaupt unter einem gesunden Menschen verstehen wollen. Vielleicht ist das nicht einmal medizinisch zu klären. Aber selbst, wenn das medizinisch einwandfrei feststünde, bliebe die Frage, in welchem Ausmaße volkswirtschaftliche produktive Ressourcen, um die auch andere Verwendungszwecke konkurrieren, verwendet werden sollen, um Gesundheitszustände zu verbessern. Zu entscheiden ist ferner, welche Zustände, welche Nachfrage, welche Bedürfnisse sozial anerkannt werden sollen und daher über die soziale Solidarität versorgt werden müssen, und welche wir der Eigenverantwortung des einzelnen überlassen wollen.

Nach allen vorliegenden Erfahrungen - das ist der zweite Grund - ist die Sättigungsversorgung nicht erreichbar. Sie ist deshalb nicht erreichbar, weil einmal wohl die subjektive Einschätzung der Notwendigkeit von Gesundheitsleistungen, insbesondere beim älter werdenden Menschen, unbeschränkt ist, und weil es andererseits an der "patient compliance", an der Bereitschaft der Patienten mangelt, sich so zu verhalten, daß sie ihrer Gesundheit bestmöglich dienen. Das reicht von einer fahrlässigen Mißachtung ärztlicher Anweisungen bis zur bedingt vorsätzlichen Gefährdung der eigenen Gesundheit.

Ein dritter Grund liegt darin, daß auch bei mehr Zentralität die Ärzte die alleinigen Sachverständigen bleiben. Jedwede zentrale Mengenplanung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen müßte sich wiederum der Ärzte bedienen, weil die erforderliche Qualität und Quantität von Gesund-



heitsleistungen - wenn überhaupt - ausschließlich durch Ärzte bestimmt werden kann. Wahrscheinlich kann daher eine zentrale Mengensteuerung gar nicht ohne erhebliche Eingriffe in die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes organisiert werden, wobei diese Eingriffe von anderen Ärzten zu leisten wären. Auch diese Entwicklung deutet sich in der Diskussion um die "Listen" bereits an. Die besondere Natur der Gesundheitsleistungen erzwingt ein Mindestmaß an dezentraler Entscheidung über Art und Menge des Mitteleinsatzes und setzt von daher den Zentralisierungsversuchen eindeutige Schranken.

Es gibt weitere Möglichkeiten, die Steuerungsdefizite abzubauen. Man kann sich beispielsweise "moralischer Appelle" bedienen und das Verhalten durch Aufklärung, Erziehung und Propaganda beeinflussen. Hier sind alle Maßnahmen angesprochen, mit denen versucht wird, die innere Einstellung des Patienten zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu verändern. Ein Maßnahmenpaket, das genau so wenig präzise zu umreißen ist wie seine Wirkungen abschätzbar sind. Als Ökonom ist man etwas skeptischer gegenüber der Wirksamkeit erzieherischer Maßnahmen als es die Pädagogen sind. Pädagogen haben aber auch die jungen Menschen in ihrer bildungsfähigsten Zeit für lange Jahre zur Verfügung. Ausgefeilte Persönlichkeiten mögen durch emotionale Beeinflussung kurzzeitig in soziale Hysterien zu treiben sein, aber sie sind kaum noch zu erziehen, wenn man darunter nachhaltige verinnerlichte Veränderung des Verhaltens versteht. Während ihrer bildungsfähigen Phase ist für die jungen Menschen Gesundheit aber kein Problem: man hat sie halt. Wenn dann die gesundheitlichen Probleme drängend werden, dann ist es für die Erziehung oft zu spät. Viele Gesundheitsprobleme sind aber typische Spätfolgenprobleme: Genuß in der Zeit und Reue in der Not.

Grundsätzlich hat man als Ökonom eigentlich die Erfahrung, daß wirksamer als erzieherische Maßnahmen, die man natürlich nicht vernachlässigen darf, die ökonomischen An-

reize sind. Dafür gibt es eine Fülle empirischer Befunde, die man einerseits durch intranationale Vergleiche von Versorgungsbereichen und sozialen Gruppen und andererseits durch internationale Vergleiche von Gesellschaften und Volkswirtschaften gewinnt, die in unterschiedlichem Maße auf die Wirksamkeit ökonomischer Anreize vertrauen. Alle Versuche, auf sie zu verzichten und andere Instrumente der Steuerung des Verhaltens einzusetzen, haben doch immer wieder zu ihnen zurückgeführt. So gibt es selbst keine marxistische Gesellschaft, in der sie nicht eine prominente Rolle spielen, wenn auch unter verschiedensten Tarnbezeichnungen.

Aus der Abfolge der Argumente möge man nicht den Schluß ziehen, daß nur ökonomische Anreize wirksam wären oder daß man sich bei der Gestaltung der Gesellschaft - also bei Politik - einseitig auf solche Maßnahmen beschränken sollte. Ihnen gebührt aber unter dem Generalthema dieses Symposiums eine besondere Behandlung, weil gerade ökonomische Anreize vorzüglich zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit geeignet sind. Ökonomische Anreize sind zwar gesellschaftlich gesetzt oder durch gesellschaftliche Prozesse zustande gekommen, sie überlassen aber dem einzelnen die Entscheidung darüber, wie er auf die Reize reagiert.

Die Wirksamkeit ökonomischer Anreize ist an eine Reihe von Wirkungsvoraussetzungen geknüpft. Ökonomische Anreize wirken lerntheoretisch gesehen wie Belohnungen oder Strafen. Infolgedessen ist eine der wichtigen Wirkungsvoraussetzungen der unmittelbare Bezug von erwünschtem Verhalten und Belohnung oder unerwünschtem Verhalten und Bestrafung. Alle Maßnahmen, die das nicht berücksichtigen, bewirken keine Steuerung des Verhaltens. Damit ist allerdings nicht ausgeschlossen, daß diese Maßnahmen aus anderen Gründen wünschenswert sind.

Sodann müssen ökonomische Anreize entscheidungsrelevant sein. Das Ausmaß der Belohnungen bzw. der Strafen muß



hinreichend groß sein, um auf die Entscheidungen Einfluß zu haben. Es darf sich dabei nicht um Trivialitäten handeln. Wenn Streichhölzer um 10 Pfennig teurer werden - und das ist eine Verdoppelung ihres Preises -, interessiert das in unserer Gesellschaft niemanden, nicht einmal passionierte Raucher. Wenn man also - wie das manchmal anklingt - Selbstbeteiligung fordert und dann unter dem Ansturm politischer Entrüstung an der Vokabel festhaltend das quantitative Ausmaß einer solchen Direktbeteiligung bis zur Unkenntlichkeit verwässert, läßt man es besser sein. Dann erspart man sich besser die Kosten eines Versuchs gesellschaftlicher Reorganisation, die Aufregungen, die Ausgaben, die Anstrengungen, kurz den politischen Scherbenhaufen, den man auf diese Art und Weise produziert; denn Anreize, die trivial sind, wirken nicht.

Andererseits dürfen die Anreize im Ausmaß auch nicht zerstörerisch sein. Es können von einem falsch gewählten Anreiz, von zu massiven Anreizen, Rückwirkungen ausgehen, die zu ganz anderen Ergebnissen führen, als man sich das ursprünglich erdacht hat. Augenmaß ist ganz wesentlich bei der Entscheidung, wie groß die Anreize sein müssen.

Ökonomische Anreize sind ferner nur dann entscheidungsrelevant, wenn überhaupt eine Verhaltensänderung möglich ist, also mehrere Entscheidungsalternativen offenstehen. Eine Rezeptgebühr ist beispielsweise keine besonders entscheidungsrelevante Maßnahme. Der Patient, der den Arzt aufgesucht hat und der von ihm mit einer Diagnose und Aufklärung versehen und mit einem Rezept ausgestattet wurde, befindet sich nicht mehr in der Situation der freien Entscheidung. Darin hat er sich vielleicht befunden, bevor er zum Arzt ging. Und wenn hinreichend viel Zeit seit der Beratung vergangen ist, wird er sich vielleicht wieder in einer solchen Lage befinden, aber unmittelbar nach dem Arztbesuch ist seine Entscheidungsfreiheit stark eingeengt. Er wird das Mittel also aus

der Apotheke holen und es dann eher später nicht nehmen. Wenn es keine Entscheidung zwischen Alternativen gibt, bedeutet Selbstbeteiligung nur eine steuerungstechnisch weitgehend irrelevante Umverteilung der Lasten.

Eine dritte Voraussetzung für den Einsatz ökonomischer Anreize ist, daß sie sozialetisch angemessen sein müssen. Man darf solche Anreize nur in dem Ausmaß einsetzen, daß die daraus resultierenden Lenkungswirkungen unseren vorrangigen gesellschaftlichen Wertvorstellungen entsprechen. Sie dürfen insbesondere nicht dazu führen, daß die Betroffenen aus Angst vor den ökonomischen Konsequenzen von der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ganz Abstand nehmen. Sie dürfen nicht zur Bedrohung oder gar Zerstörung der ökonomischen Existenz des Betroffenen führen.

Ich werde nun einige Möglichkeiten diskutieren, ökonomische Anreize in das Gesundheitssystem einzuführen. Hierbei werde ich mich auf den Patienten beschränken, bei dem die ökonomischen Anreize die Form einer Selbstbeteiligung, einer direkten Eigenbeteiligung, annehmen, die vielleicht - mit einem Ausdruck, der in der Debatte der fünfziger Jahre auftauchte - besser als Inanspruchnahmebeteiligung bezeichnet würde. Aus den bereits dargelegten Gründen müßten die Maßnahmen bei den Patienten ergänzt werden durch Maßnahmen, die das selbstverantwortliche Verhalten bei den Versorgern fördern, also in erster Linie bei den Ärzten und bei den Krankenhäusern. Natürlich wäre aufgrund der Systeminterdependenzen auch zu fragen, welche ökonomischen Anreizstrukturen im Bereich der Krankenkassen erforderlich sind, damit das System in sich kompatibel wird.

Es ist nicht die Gelegenheit, alle denkbaren Alternativen einer direkten Eigenbeteiligung durchzugehen. Ich will vielmehr direkt eine denkbare Möglichkeit skizzieren. Unter dem Gesichtspunkt der sozialen Angemessenheit drängt sich die Frage auf, ob aus sozialer Solidarität auch alle die



Gesundheitsschädigungen beseitigt werden sollten, die in bedingtem Vorsatz von den Betroffenen selbst herbeigeführt worden sind. Das ist ganz sicherlich ein sehr heißes Eisen, denn die Jurisdiktion entwickelt sich gegenläufig und die RVO kennt nur beim Krankengeld die Möglichkeit eines satzungsmäßigen Ausschlusses der Leistung bei selbstverschuldeten Gesundheitsschäden. Mir ist aber nicht bekannt, wieviele Kassen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

Ich bezeichne die Herausnahme bestimmter Versicherungsfälle, bestimmter Indikationen oder bestimmter Therapien aus dem Leistungskatalog der Sozialversicherung als direkte Eigenbeteiligung durch selektiven Ausschluß. Offensichtliche Anwendungsbereiche hierfür sind der Leistungssport und der unfallträchtige Breitensport wie etwa der alpine Skilauf, der zu erheblichen Belastungen der Sozialversicherung Österreichs führt. Andere Bereiche für einen selektiven Ausschluß aufgrund von Selbstverursachung sind Drogenmißbrauch, Nikotinmißbrauch, Alkoholmißbrauch und venerische Krankheiten.

Den Versuch, einen selektiven Ausschluß von Leistungen aus der Unerheblichkeit der Gesundheitsstörung zu begründen, stellt § 368 Abs. 8 RVO dar. Es ist freilich ganz unsystematisch, dieses Ziel durch einen Ausschluß bestimmter Therapieformen anzugehen. Es nimmt daher auch nicht Wunder, daß die Verhandlungen über die Negativlisten so schwierig verlaufen: sie können gar nicht zu einem konsistenten Ergebnis führen.

Ein selektiver Ausschluß, der an die Therapie geknüpft ist, kann mit deren fehlender Wirksamkeit begründet werden. Dies ist in der RVO auch vorgesehen. Die Handhabung dieser Vorschrift wird freilich stark auf die Verschreibungen eingeschränkt. Man sollte unter dem Eindruck der sozialmedizinischen Untersuchungen über die Wirksamkeit von Kuren und Sanatorien den selektiven Ausschluß auch

in diesen Bereichen verstärkt anwenden.

Selektiver Ausschluß bedeutet nicht, daß diese Risiken in voller Höhe von dem einzelnen Betroffenen selbst zu tragen wären. Das würde der Rahmenbedingung der sozial-ethischen Angemessenheit nicht gerecht. Man müßte schon dafür sorgen, daß aus dem Bereiche der privaten Versicherer entsprechende Versicherungsangebote zustande kommen - etwa High-Risk-Versicherungen, die nur besonders hohe Risiken oder besonders hohe Aufwendungen ersetzen.

Man könnte auch - und damit komme ich zu den Beitragsdifferenzierungen - daran denken, spezielle Wahltarife zu schaffen. Im Prinzip ausgeschlossene Leistungen können gegen Entrichtung einer eigenen Prämie oder eines Risikozuschlags versichert werden. Darin läge eine Stärkung der Selbstverantwortung: Der alpine Skiläufer muß sich überlegen, besonders vorsichtig zu fahren oder diese Risikoprämie zu entrichten. Dann würden potentielle Schäden, die er verursacht, nicht mehr über die soziale Solidarität aller - auch der Küstenbewohner - , sondern nur aus der Risikogemeinschaft der alpinen Skiläufer getragen. Es ist eine schwerwiegende wettbewerbliche Frage und eine Frage des Selbstverständnisses der Krankenkassen, ob man den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit zu solchen Beitragsdifferenzierungen oder Sondertarifen eröffnen sollte oder nicht.

Unter Wahltarifen, wie auch die eben besprochenen, versteht man üblicherweise solche Tarife, bei denen Prämie und Leistung zur Wahl stehen. In der politischen Diskussion sind Wahltarife aufgetaucht, bei denen abweichend von diesem Sprachgebrauch bei festgeschriebenem Leistungsumfang nur die Form der Finanzierung differiert, bei denen man zwischen einem Vollbeitrag oder einem geminderten Beitrag bei Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten wählen kann.



Ich bin bezüglich dieser Tarife und ihrer Steuerungswirkungen skeptisch, weil sie in der Sozialversicherung zu einer Negativauslese führen dürften. Ich will das am Beispiel einer versicherungstechnisch fairen Police erläutern. Die versicherungstechnisch faire Police ist natürlich für ein bestimmtes durchschnittliches Risiko berechnet. Wenn man weiß, daß das eigene Risiko geringer als dieses durchschnittliche Risiko ist, dann ist ein ökonomischer Anreiz gegeben, diese Police nicht zu wählen. Natürlich ist der einzelne, weil er für sich selbst keinen Risikoausgleich machen kann - entweder es trifft ihn oder es trifft ihn nicht - risikoscheuer als die Versicherung. Er wird daher nicht jeden Versicherungsvertrag ablehnen, bei dem das zugrundeliegende durchschnittliche Risiko höher als sein individuell empfundenen ist.

Aber wenn er deutlich besser liegt, dann wird er diese Versicherung nicht abschließen. Die Versicherungsgesellschaft bekommt, wenn sie diesen Tarif ohne Einschränkungen der Allgemeinheit anbietet, alle Risiken, die über dem kalkulierten Risiko liegen, und nur ganz wenige, die darunter liegen. Das tatsächliche durchschnittliche Risiko ihres Versicherungsbestandes liegt deutlich über dem ursprünglich angenommenen durchschnittlichen Risiko. Die Gesellschaft gerät daher in Finanzierungsschwierigkeiten, wenn sie nicht die Prämien erhöht oder andere Maßnahmen ergreift, also z.B. Risikozuschläge erhebt.

Diese Möglichkeit einer Negativauslese ist in der gesetzlichen Krankenversicherung traditionell ausgeschlossen. Man erreicht das durch die Zwangsmitgliedschaft. Es soll ja gerade jeder, gerade auch das hohe Risiko, gegen die Folgen von Krankheiten geschützt sein. Man will sozialpolitisch ja gerade erreichen, daß diejenigen, die besonders schlecht dran sind, nicht zu der gesundheitlichen Schädigung auch noch eine ökonomische Bestrafung hinnehmen müssen. Es ist zu befürchten, daß die in der Politik diskutierten Wahltarife, wenn sie wirksam, d.h. stark differen-

ziert ausgestaltet werden, eine solche steuerungspolitisch unerwünschte Negativauslese zur Folge haben.

Die meisten Formen einer Beitragsdifferenzierung, wie etwa Schadensfreiheitsrabatte, dürften für eine Sozialversicherung unbrauchbar sein. Eine Ausnahme hiervon macht nur der Risikozuschlag für Übergewicht, der gesundheitspolitisch und steuerungspolitisch sehr wünschenswert wäre.

Es gibt im Rahmen unserer Sozialversicherung noch eine ganz andere Möglichkeit, eine direkte Eigenbeteiligung einzuführen. Das ist die Zuzahlung, wie sie in einigen Krankenkassen in Österreich realisiert ist. Bei Leistungsanspruchnahme erhält der Versicherte von seiner Kasse nach Ablauf eines Vierteljahres eine Rechnung über seine Selbstbeteiligung, die an die Kasse zu entrichten ist.

Es gibt eine ganze Reihe alternativer Organisationsprinzipien, aber gerade die Zuzahlung bei der Kasse ist aus steuerungspolitischen Gründen besonders günstig. Im Rahmen eines Sachleistungsprinzips ist sie die einzige Möglichkeit, eine direkte Beteiligung der Betroffenen an ihren Krankheitskosten zu realisieren, die den sozialen Rahmenbedingungen Rechnung trägt.

Man kann den Rahmenbedingungen deshalb so gut Rechnung tragen, weil bei der Kasse alle für eine soziale Differenzierung der Zuzahlung relevanten Informationen über jeden Versicherten vorliegen könnten. Dies setzt die Führung von Individualkonten voraus. Der häufig hiergegen vorgebrachte Einwand, dies erfordere einen zu hohen Verwaltungsaufwand, vermag angesichts der Erfahrungen der PKV nicht zu überzeugen (von den Finanzämtern ganz abgesehen!). Auf mittlere Frist dürften die Kassen selbst dazu übergehen, schon um die neu geschaffenen Möglichkeiten des § 223 RVO voll auszuschöpfen. Schon eher vermögen die Einwände gegen Individualkonten zu überzeugen, die



aus Gründen des Datenschutzes erhoben werden.

Führt man bei den Kranken Individualkonten, so kann den sozialen Gegebenheiten des einzelnen voll Rechnung getragen werden. Man kann die Zuzahlung beispielsweise von der Familienzusammensetzung abhängig machen. Man kann sie einkommensmäßig staffeln. Man kann sie nach Leistungstypus differenzieren, also beispielsweise Krankheiten mit besonders hohem Risiko herausnehmen, auch den Erstbesuch beim Arzt differenziert behandeln, um keine ökonomische Schwelle vor dem Aufsuchen des Arztes aufzurichten. Ich halte einen dem Rechnungsbetrag proportionalen Zuschlag bis zu einer sozial gestaffelten Höchstgrenze für einen zu angemessenen Kosten organisierbaren Vorschlag, der auch - jedenfalls ist noch kein schlagendes Gegenargument gekommen - den sozialen Rahmenbedingungen gerecht wird.

Es gibt noch eine Form der direkten Eigenbeteiligung, die in der ökonomischen Analyse seit über fünfzig Jahren bekannt ist, aber bislang keinen Eingang in die gesundheitsökonomische Diskussion gefunden hat. Es gibt eine Reihe von Schädigungen, bei denen eine Finanzierung auf drittem Wege möglich ist. So wie die Benutzer von Kohle über die im Kohlepreis enthaltenen Beiträge zu den Berufsgenossenschaften die Kosten der Silikosebehandlung mitfinanzieren, könnte man auch den Alkoholiker mit der Finanzierung der Behandlung der Leberzirrhose belasten, in dem man eine eigene zusätzliche nicht fiskalisch gedachte Steuer auf Alkohol erhebt, die an die Krankenkassen abgeführt und dort zweckgebunden zur Finanzierung der Krankheitsfolgen des Alkoholmißbrauchs verwendet wird. Ein Gleiches gilt für Nikotin.

Die prinzipielle Möglichkeit, auch im Rahmen des auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung eine direkte Eigenbeteiligung zu realisieren, kann heute nicht mehr bestritten werden. So konzentriert sich die Kritik auf die Auswirkungen: bewirken

die vorgeschlagenen Maßnahmen "echte" Kostendämpfungen, oder wird nicht in Wahrheit nur die Belastung verlagert?

In dieser Formulierung ist die Alternative nicht vernünftig beantwortbar. Natürlich entstehen immer Verlagerungen in der Kostenbelastung, wenn das Finanzierungssystem umgestellt wird. Die Frage kann daher nur lauten, ob die Verlagerung der Kosten wünschenswerte Folgewirkungen hat oder rein fiskalischer Natur ist, d.h. der Entlastung der Kassen dient, ohne zugleich die Gesamtheit ihrer Mitglieder zu entlasten. Belastungsverlagerungen sind dann wünschenswert, wenn sich innerhalb der Gruppe der Versicherten die Belastung, die bislang einkommensproportional bis zu einer Höchstgrenze erfolgt, so verändert, daß daraus positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten folgen oder aber dem Gesichtspunkt, daß jeder zunächst einmal in einem bestimmten Umfang für sich selbst verantwortlich ist, stärker Rechnung getragen wird.

Diese Frage kann man nicht allgemein, sondern nur im konkreten Einzelfall beantworten. Vorschläge für eine verstärkte Eigenverantwortung müssen daher im Detail auf ihre jeweilige konkrete und individuelle Verlagerungswirkung hin analysiert werden. Man kann nicht generell behaupten, daß durch eine direkte Eigenbeteiligung eine unerwünschte oder eine tolerable oder eine erwünschte Belastungsdifferenzierung resultiert. Der hier vorgetragene Vorschlag ist so konzipiert, daß er verhaltensändernd wirkt und mangelnde Bereitschaft zu gesundheitsförderlichem Verhalten maßvoll, aber angemessen "bestraft".

Die zweite Frage: Erzielen wir eine Kostendämpfung? ist ebenso schwierig zu beantworten. Was ist damit gemeint? Meinen wir die Veränderung des Gesamtaufwandes für Krankheitsleistungen? Das kann aus ökonomischer Sicht keine sinnvolle Idee sein, denn in wachsenden Volkswirtschaften steigen die Aufwendungen für die meisten Gütergruppen, warum also nicht für ein so wichtiges Gut wie Gesundheit.



Bei keiner anderen Kategorie, etwa beim Tourismus oder bei Kraftfahrzeugen, ist jemals argumentiert worden, daß eine Kostendämpfung im Sinne einer Ausgabenreduktion erforderlich sei.

Man darf sich hierzu auch durch vorgeblich wissenschaftliche Prognosen nicht irritieren lassen. Es gibt Leute, die, geschult in Mathematik, Exponentialkurven aus den Beobachtungen dreier Jahre berechnen, diese in Zukunft verlängern, feststellen, daß sie irgendwo die 100 Prozent durchstoßen, und dann Angst bekommen, die Gesellschaft würde irgendwann ihr gesamtes Einkommen für Gesundheitsleistungen ausgeben. Dieselbe Logik gab es auch schon für das Bildungswesen; und der Club of Rome arbeitet im Prinzip auch nicht anders. Solche Prognosen können uns bewußt machen, daß die Entwicklung so nicht unbeschränkt weitergehen kann. Aber darin erschöpft sich auch ihr Wert, denn natürlich gibt es keine Gesellschaft, die eine Entwicklung so lange laufen ließe, daß sie je die 100 Prozent erreichte. Nicht einmal in extremen Kriegssituationen hat es das gegeben.

Kostendämpfung kann sinnvoll nur bedeuten, daß sich das Preis-Leistungs-Verhältnis verbessert: daß entweder das gleiche Leistungsvolumen oder ein hypothetisch konstant gehaltenes Leistungsvolumen billiger oder aber mit unverändertem Einsatz produktiver Ressourcen mehr Gesundheit produziert wird. Dies kann durch eine Senkung der Preise der Gesundheitsleistungen ("Preiskomponente") oder durch eine Verringerung des Einsatzes der Gesundheitsleistungen ("Mengenkomponente") erreicht werden.

Die Frage ist, ob bei Aufrechterhaltung des medizinischen Leistungsniveaus die Mengenkomponente gesenkt werden könnte. In den übrigen Bereichen der Wirtschaft kommt eine Senkung der Mengenkomponenten durch technisch-organisatorischen Fortschritt zustande, etwa durch Rationalisierung, Mechanisierung oder Automatisierung. Eine analoge

Erscheinung im Bereich der Medizin ist der Ersatz "teurer" Psychiaterstunden durch "billigere" Psychopharmaka.

Es hat aber den Anschein, daß sich der technische Fortschritt im medizinischen Bereich in der Regel nicht den Faktoreinsatz vermindern auswirkt. Nicht nur bei der "Spitzenmedizin", sondern allgemein beim Einsatz von "ärztlicher Leistung/ärztlicher Arbeitszeit" kommt man sogar zu der gegenteiligen Auffassung. Die viel geforderte "humanere Medizin", die die ärztliche Leistung als Bestandteil der Gesamtleistung, die am Patienten erbracht wird, wieder mehr in den Vordergrund stellt, wird eine massive Expansion der Gesundheitsaufwendungen mit sich bringen.

Die Mengenkompente wird in Zukunft auch deshalb steigen, weil in unserer Gesellschaft mit zunehmendem Wohlstand die Ansprüche an Gesundheitsleistungen steigen. Auch die Altersstruktur wird zu einem höheren mengenmäßigen Gesundheitsbedarf führen.

Im Vordergrund der politischen Auseinandersetzungen steht freilich die Preiskompente, insbesondere das Arzteinkommen und der Preis der Pharmazeutika. Nun lassen sich Preise aus ökonomischen Gründen nicht beliebig durch politische Maßnahmen senken. Aber auch, wenn die Preise nicht wesentlich weiter steigen, würden wegen der Mengenkompente längerfristig die Gesundheitsaufwendungen weiter steigen. Um so wichtiger wird es, Maßnahmen zu ersinnen, um den gewünschten Gesundheitszustand der Bevölkerung produktiv zu erstellen. Dazu gehören angesichts der Entwicklung der Mortalitäten und der Morbiditäten insbesondere auch Maßnahmen, die auf jene Krankheiten einwirken, an deren Entwicklung die Patienten selbst mitgewirkt haben. Und in der Richtung könnte in der Tat eine direkte Beteiligung des Patienten an den von ihm verursachten Kosten hilfreich sein.

DIE BEDEUTUNG DER EIGENVERANTWORTUNG AUS DER SICHT  
DER POLITISCHEN PARTEIEN

S t e l l u n g n a h m e n

- Udo FIEBIG, MdB, SPD
- Dr. Karl BECKER, MdB, CDU
- Hansheinrich SCHMIDT (Kempten), MdB, FDP



Udo FIEBIG, MdB, SPD

Es würde mich jetzt sehr reizen, mich mit den Ausführungen von Herrn Professor MÜNNICH auseinanderzusetzen. Ich will das nicht tun, nur ein paar ganz wenige, kleine Gedanken. In der Tat muß ich dann auch dem stellv. DGB-Vorsitzenden, Herrn MUHR, widersprechen. Ausdiskutiert ist in der Gesundheitspolitik nie ein Thema. Es gibt immer wieder neue Situationen, auf die man neue Antworten finden muß - und erst recht in der Politik. Man könnte auch lange streiten, ob der Begriff "Eigenverantwortung" richtig gewählt ist. Herrn SCHMIDT, Kempten, einem Liberalen, wird der Begriff "Eigenverantwortung" sicherlich sehr zusagen. Ein Sozialdemokrat hätte vielleicht lieber im Thema den Begriff "Mitverantwortung" gehabt, der sowohl die Verantwortung für die eigene Person als auch für die Mitbürger in der Gesellschaft mit einschließt. Und dann wäre es sehr interessant zu überlegen: Wie sieht denn nun die Gesetzliche Krankenversicherung unter dem Stichwort "Mitverantwortung" aus? Einmal - wohlbetont - im Hinblick auf die eigene Person, aber auch im Hinblick auf die Mitversicherten. Und vielleicht käme man dann in der Tat zu einigen neuen Überlegungen, denn es geht ja wohl nicht an, daß einige sehr extensiv von den Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch machen, andere hingegen sich ihrer Verantwortung bewußt sind und von den Möglichkeiten sehr sparsam Gebrauch machen.

Bei einer Selbstbeteiligung sind wir Sozialdemokraten nicht bereit einzusteigen. Ich darf also, oder muß vielleicht auch gegenüber meinem Kollegen Eugen GLOMBIG zitieren. Er hat nach dem Ärztetag in Berlin erklärt: "Wenn der sozialpolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion Hansheinrich SCHMIDT, Kempten, Parallelen zwischen der Auffassung seiner Fraktion und der Ärzteschaft feststellt, ist ihm das unbenommen. Mir ist es unbenommen, für meine

Fraktion zu wiederholen: eine über den Krankenversicherungsbeitrag des Patienten hinausgehende Selbstbeteiligung des Patienten an seinen Krankheitskosten ist mit der Sozialdemokratischen Bundestagsfraktion nicht zu bekommen und gegen sie nicht durchzusetzen." So Eugen GLOMBIG für die Sozialdemokratische Bundestagsfraktion.

Mich würde jetzt reizen, dieses Thema unter dem Aspekt des Grundgesetzes einmal zu behandeln. Wie stellt sich unsere Gesetzliche Krankenversicherung dar auf dem Boden des Grundgesetzes? Die Grundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind im vorigen Jahrhundert entstanden, weit vor unserem Grundgesetz. Für mich erhebt sich die Frage: Ist alles das, was es in der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt, eigentlich mit dem Grundgesetz vereinbar? Etwa, wie es im Grundgesetz heißt, die freie Entfaltung der Persönlichkeit: Ist das also dem Versicherten bei den heutigen Gegebenheiten der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich? Wieweit hat er Einflußmöglichkeiten auf das, was in seiner Krankenversicherung geschieht? Die Vertreterversammlung ist sehr weit weg von ihm, wo Dinge beschlossen werden. Wir hatten gerade die Sozialwahlen. Aber auch der Tatbestand der Sozialwahlen darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß der einzelne Versicherte wenig Einfluß hat auf das, was in der örtlichen Ortskrankenkasse oder auf Kreisebene in der Ortskrankenkasse beschlossen wird. So könnte man sich in der Tat mehr Demokratie in der Gesetzlichen Krankenversicherung wünschen, mehr Mitgestaltung des einzelnen Versicherten, mehr Mitbeteiligung und mehr Mitverantwortung.

So könnte ich mir dieses heute nachmittag gestellte Thema vorstellen, und es bedürfte sicherlich anderer Leute, die mehr Zeit und mehr Kopf haben als ein schlichter einfacher Abgeordneter, sich einmal diesem Thema zu stellen: Wie sieht das aus - Grundgesetz und Gesetzliche Krankenversicherung?

Sie haben die Meinung der Sozialdemokratischen Bundestagsfraktion gehört. Wie das ganze Thema in der nächsten Legislaturperiode aussehen wird, vielleicht wieder unter veränderten Situationen und Kostenbedingungen, vermag niemand zu sagen. Obwohl ich Theologe bin, hüte ich mich, ein Prophet zu sein.

Ich danke für die Geduld, die Sie mit mir gehabt haben.



Dr. K. BECKER, MdB, CDU

Aus der Sicht der Unionsparteien ist der einzelne Bürger zentraler Bezugspunkt der Gesundheitspolitik. Ihre Aufgabe ist es, Gesundheit zu schützen, zu fördern oder wiederherzustellen. Eine solche Sicht verbindet die Freiheit des einzelnen mit der Solidarität für alle. Für uns in der Union gilt der Grundsatz: Soviel Freiheit wie möglich, soviel Staat wie nötig - auch im Gesundheitswesen.

Aus unseren Prinzipien Solidarität und Subsidiarität folgt die Selbstbestimmung des Menschen. Diese beinhaltet die freie Wahl und Nutzung der Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitswesens. Sie umschließt das Recht auf freie Arztwahl; denn gerade in der Belastung der Krankheit muß der Mensch das Recht auf individuelle Entscheidungsmöglichkeiten haben. Die Wahlmöglichkeiten finden aber ihre natürlichen Grenzen in den Leistungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens, aber auch an sozialen Bindungen und Verpflichtungen.

Selbstbestimmung bedeutet aber auch Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit. Die Leistungen eines jeden Systems der gesundheitlichen Sicherung sind letztlich aber vergebens, wenn der einzelne nicht zu einer gesunden Lebensführung bereit ist. Kein Gesundheitswesen kann auf Dauer Bürgern helfen, die sich für ihre Gesundheit nicht verantwortlich fühlen. Daher muß die Bereitschaft der Bürger zu einer gesundheitsbewußten Lebensführung ebenso gefördert werden wie der sinnvolle Gebrauch der Möglichkeiten der Vorsorge und der Früherkennung von Krankheiten. Dies setzt eine verbesserte Information, aber noch mehr eine Motivation und ein ausreichendes Angebot an Gesundheitseinrichtungen voraus.

Gesundheit ist ein hohes Lebensgut. Sie hat ihren Preis. Daher fordern wir einen angemessenen Anteil der Aus-

gaben für das Gesundheitswesen am Sozialprodukt. Die Ausgaben dürfen jedoch die Grenzen der Leistungsfähigkeit unserer Volkswirtschaft und aber auch die Grenzen der Belastbarkeit des einzelnen nicht übersteigen.

Alle Beteiligten müssen daher zu wirksamen und tragfähigen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung beitragen. Nach unserer Meinung muß eine ständige Überprüfung von Leistungen der gesundheitlichen und sozialen Sicherung auf ihre Angemessenheit und Notwendigkeit erfolgen mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit des gesamten Systems bei volkswirtschaftlich tragbaren Kosten zu erhalten und zu verbessern.

Das Einkommen darf durch Abgaben für die gesundheitliche und soziale Sicherung nicht über Gebühr belastet werden. Den Leistungsmöglichkeiten unseres Gesundheitswesens sind finanzielle Grenzen gesetzt.

Unser Versicherungssystem hat sich grundsätzlich bewährt. Es ermöglicht aber auch, daß Leistungen gedankenlos und damit ohne ökonomische Überlegungen oder sogar gewollt mißbräuchlich gefordert und auch gewährt werden. Es ist nicht zu erwarten, daß alle Beteiligten durch gesamtwirtschaftlich orientiertes Verhalten in jedem einzelnen Fall und bei jeder einzelnen Leistung und Inanspruchnahme die finanzielle Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems berücksichtigen. Dies gilt für die Versicherten genauso wie für die im Gesundheitswesen Tätigen. Das Anspruchsverhalten des einzelnen wird dadurch beeinflußt, daß die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten als "kostenlos" empfunden wird. Dem Versicherten sind die Kosten der einzelnen Leistungen nicht erkennbar. Daher ist die Transparenz des Systems zu verbessern.

Darüber hinaus wirken die Versicherungsbeiträge für den



Versicherten durch den Vorabzug von seinem Bruttolohn durch den Arbeitgeber als "verdeckte Beiträge". Andererseits, die Kenntnis eines hohen Beitrages kann aber auch konsumsteigernd sein. Herr MÜNNICH hat darauf hingewiesen. Gar viele denken wie bei einem Automaten, daß sie das unten herausholen wollen, was sie oben als Beitrag hineinstecken.

Aber auch auf Seiten der Leistungserbringer besteht oft keine Vorstellung über die durch sie verursachten Kosten. Dies gilt für die ambulante Behandlung in gleicher Weise wie für die stationären Leistungen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung muß das Verantwortungsbewußtsein des einzelnen für seine Gesundheit auch durch Änderungen im System motiviert werden.

Die im Gesundheitswesen eingebauten Elemente zur Förderung der Eigenverantwortung wurden bisher nur selten genutzt, sind teilweise zu schwach ausgebildet, mitunter auch völlig unzureichend.

Die Förderung der Eigenverantwortung der Teilnehmer eines Systems kann über zwei Wege geschehen - Sie haben es vorhin schon gehört - einmal durch positive Anreize, sich entsprechend zu verhalten, zum anderen durch "abschreckende" oder auch den Mißbrauch verhindernde Maßnahmen.

Die erste Maßnahmengruppe, die zur positiven Einstellung motiviert, ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung - auch insgesamt im Gesundheitswesen - nur gering entfaltet. Bei allen Beteiligten ist das direkte persönliche Interesse, die Kosten im Gesundheitswesen bei ausreichender und guter Leistung niedrig zu halten, nur gering entwickelt; weithin fehlt es sogar ganz.

Dies beginnt schon beim Staat: Bei der Einführung vieler sozialer Maßnahmen und Leistungen - so wichtig sie auch im einzelnen waren - hat der Gesetzgeber zu selten die Folgekosten für die Versichertengemeinschaften und auch für den einzelnen bedacht.

Bei Genußmitteln z.B. nimmt der Staat das Eintausendfache an Steuern von dem ein, was er zur Aufklärung, zur Verhinderung oder Behebung von Schäden aus dem Mißbrauch der Genußmittel aufwendet. Dies überläßt er anderen.

Die Krankenkassen gewähren innerhalb der Solidargemeinschaft Versicherungsschutz auch gegen Schäden, die oft stark vom Verhalten der Versicherungsnehmer abhängen, ohne aber die Schadensursachen selbst zu beseitigen. Sie helfen vielmehr nur, die Folgen zu tragen, Verschlimmerung zu verhüten und einen Zustand der Ausheilung herzustellen.

Hier ist zu fragen: Wird das objektiv vertretbare Ausmaß der Belastung der Versichertengemeinschaft von der Kasse immer eingehalten? Wie nutzt die Krankenkasse die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regeln zur Einschränkung des Mißbrauchs? Sie erwähnten, daß das fast kaum der Fall ist. Nutzt die Krankenkasse die Instrumente des sozial-ärztlichen Dienstes genügend, einmal zur Verhinderung einer Verschlimmerung, zum anderen aber auch zur Einschränkung des Mißbrauchs? Haben die Kassen bei den von Gesetzgeber und Rechtsprechung verursachten Leistungsausweitungen immer entschieden genug die Konsequenzen für die Solidargemeinschaft deutlich gemacht? Geschieht alles von Seiten der Kassen, die Leistungsansprüche an die Solidargemeinschaft auf das wirtschaftlich erforderliche und gesundheitlich notwendige Maß zurückzuführen? Welche Bedeutung und Einfluß haben Betriebsgrößen und Versicherungsumfang in der Rückkoppelung selbst auf die



Verwaltung der Krankenversicherung? Mit dem Größerwerden der Versichertengemeinschaften ist nicht zugleich eine relative Reduzierung der Verwaltungskosten eingetreten, wie man hätte erwarten können.

Auch in der Medizin wurden die Instrumente der Eigenverantwortung nur unvollkommen genutzt. Die ärztlichen Maßnahmen wurden in den letzten Jahren vorwiegend auf dem technischen Gebiet erweitert, während die Krankheiten mehr im psychosomatischen Bereich zunahmen. Begünstigt wurde dieses Auseinanderklaffen noch durch eine Gebührenordnung, die den technischen Bereich viel zu hoch bewertete, während sie die eigentliche ärztliche Leistung zu gering vergütete.

Die Diagnose in der Medizin ist zu sehr auf die Entstehungsgeschichte der Krankheit und zu wenig auf die Erstursache gerichtet. Eine solche ätiologische Diagnostik muß viel stärker die Risikofaktoren der ersten Stunde wie auch die dann anschließenden ermitteln. Dann wird auch die Therapie sich eher von der Behandlung der Symptome zu einer Ausschaltung der Ursachen entwickeln.

Zu oft sehen Arzt, aber auch Krankenkasse und Staat, am Verhalten des Patienten als Ursache seiner Krankheit vorbei, obgleich hier eigentlich der Grundstein für kommende große Erfolge in der Medizin liegen könnte.

Zu oft wird auch die Medizin zweckentfremdet, wenn Unbehagen zur Krankheit wird, Kur zum Urlaub, Konflikt zur Schädigung. Noch immer dient das teurere Spezialkrankenhaus als Nachsorgeklinik oder Pflegeanstalt. Auch hier fehlen vielfach die direkten persönlichen Anreize, die Unzulänglichkeiten zu beseitigen. Ich bin überzeugt, das Krankenhausfinanzierungsgesetz würde - wenn diese Momente eingebaut würden - viel schneller

zum Erfolg kommen und auch entsprechende Erfolge auch für die Krankenkassen haben.

Der Versicherte steht heute in einer weitgehend anonymen Solidargemeinschaft, deren ethisches Grundprinzip daher oft kaum noch erkannt wird, so daß es verhältnismäßig leicht ist, persönliche Vorteile aus dem vielfältigen Leistungsangebot der Krankenversicherung zu ziehen, wie z.B. durch ungerechtfertigte Krankschreibung, besondere Rezeptierung oder oftmalige Kuren. Hier muß durch entsprechende Anleitung die Bewußtseinsprägung über den Sinn der Solidargemeinschaft beginnen und bei jedem Mitglied der Gemeinschaft das richtige Solidarverhalten dargestellt und gefordert werden. Auch hier muß wieder das persönliche Interesse am richtigen Verhalten geweckt werden.

Solange aber von der Solidargemeinschaft unvernünftige Lebensweise mit den gleichen Leistungen belohnt wird wie das gesundheitsbewußte Verhalten, wird jedoch eine Bewußtseins- und Verhaltensänderung nur schwerlich eintreten. Es müssen alle wieder lernen, mit den begrenzten Mitteln das bestmögliche für die Gesundheit zu erreichen.

In letzter Zeit ist im Rahmen der Diskussion zur Kostendämpfung die Selbstbeteiligung wieder einmal in den Vordergrund getreten. Zahlreiche Ärzte und auch Verbände glauben, daß hierdurch eine Stärkung der Eigenverantwortung und damit eine Senkung der Kosten erreicht werden kann. Wenn Selbstbeteiligung dies als "abschreckendes Mittel" erreichen soll, dann muß sie genügend hoch und ohne viele Ausnahmen laufen.

Beides aber ist bei der gegenwärtigen Einkommenssituation und Abgabenbelastung der von der Gesetzlichen Krankenversicherung erfaßten 92 % der Bevölkerung weder



politisch noch sozial durchführbar. Die Anwendung bei den 10 bis 12 %, bei denen aufgrund ihrer Einkommensverhältnisse an eine die jetzige Selbstbeteiligung übersteigende Regelung gedacht werden kann, hätte jedoch kaum eine positive Beeinflussung des gesamten Systems zur Folge.

Eine Selbstbeteiligungsregelung durch sog. Wahltarife würde, Sie hörten es eben, die guten Risiken aus der Versichertengemeinschaft herausführen und wäre damit unsozial, da die relative Zunahme der schlechten Risiken die Gefahr einer Beitragssteigerung für die Krankenkassen zur Folge hätte.

Die bereits bestehende Selbstbeteiligung beim Zahnersatz kann schon jetzt in den Satzungen der Krankenkassen geändert werden, ohne daß überhaupt eine gesetzliche Regelung notwendig ist. Eine Selbstbeteiligung von 20 % erscheint mir allerdings zu niedrig angesichts der Tatsache, daß sie für jedes Material, gleichgültig ob Gold, Stahl, Keramik oder Kunststoff, gewährt wird.

Die CDU tritt für das Sachleistungssystem ein, weil es dem sozialen Schutzauftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung am meisten entspricht. Den wirtschaftlichen Erfordernissen wird Rechnung getragen, indem Gesetzgeber, aber auch Selbstverwaltung der Krankenkassen den Umfang und die Vertragspartner die Höhe der Leistungen begrenzen. Die generelle direkte Belastung der Patienten paßt nicht in dieses System.

Eine Kostenbeteiligung des Patienten kann jedoch unter anderem von Bedeutung sein, wo die Mitwirkung des Patienten für den Behandlungserfolg wesentlich ist oder von der Kostenbeteiligung eine Motivierung zu einer gesundheitsbewußten Lebensführung erwartet werden kann.

Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ist daraufhin zu überprüfen, so wie etwa jetzt schon beim Zahnersatz, Kieferorthopädie, psychotherapeutischer Behandlung.

Gegen Modelluntersuchungen in anderen Bereichen haben wir nichts einzuwenden. Dies gilt auch, ob Belohnungsanreize geeignete Mittel zur Anregung von Eigenverantwortung und zur Kostendämpfung sind. Bei der Mutterschaftshilfe hat der Gesetzgeber diesen Weg bereits beschritten (§ 198 RVO). Auf weit längere Sicht als wir heute überblicken, sehen wir in einer entschiedenen Verbesserung der Gesundheitserziehung, die schon frühzeitig beginnen muß - nicht erst mit 30 oder 40 Jahren - den richtigen Weg im Gesundheitsbereich, die Eigenverantwortung zu bessern.



Hansheinrich SCHMIDT (Kempten), MdB, FDP

Mir bleibt jetzt die Aufgabe, Ihnen aus der Sicht der FDP und zwar konkret zu Ihrem Thema "Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung" etwas zu sagen. Ich sage dies aus einer Erfahrung heraus, der ich in diesem Bundestag bereits 1961 war und bereits einmal das Sozialpaket mit Herrn Blank mitgepackt habe.

Ob all das, was da an Vorstellungen war, ganz richtig war, will ich jetzt gar nicht entscheiden, aber es gab damals einen Ansatz, und ich kann nur bedauern, daß es damals - und ich sage das sehr bewußt - gerade die Ärzteschaft war, die diesen Ansatz kaputt gemacht hat. Ich sage das hier sehr bewußt, weil damals ein solcher Weg von uns mitgetragen und - über Formen und Einzelheiten kann man streiten - mitgestaltet manche Entwicklungen, mit denen wir in den vergangenen Jahren und jetzt zu tun haben, von vornherein in eine etwas andere Richtung gebracht hätte.

Aber der Zug ist abgefahren. Wir haben die neue Diskussion, und deshalb haben wir Freie Demokraten uns auch erneut mit der Frage der Eigenverantwortung, mit der Frage einer Selbstbeteiligung befaßt und haben ja bereits 1976 in unserem Gesundheitsprogramm dazu eine Aussage gemacht.

Das ist das einzige, was ich hier vorlesen möchte in wenigen Sätzen, damit es ganz konkret ist:" Der Grundsatz der Eigenverantwortung gilt auch für Versicherte selbst. Deshalb geht es uns um mehr Wahlfreiheit und um mehr Kostentransparenz für den einzelnen. Die weitgehende Anonymität im heutigen System lähmt eine kosten- und gesundheitsbewußte Eigeninitiative und fördert das Anspruchsdenken mit allen negativen Folgen auf der

Kosten- und Beitragsseite." Dies war die konkrete Aussage in unserem Programm, aus der wir dann auch - und das darf ich als erstes Beispiel nachher kurz erwähnen - unseren Vorschlag von Wahlтарifen abgeleitet haben.

Grundausgangsposition allerdings war für mich und meine Freunde - und ich war ja für die Dinge verantwortlich - nicht etwa der Glaube oder die Hoffnung, die Kosten herabsetzen zu können, sondern das weitere Ansteigen der Kosten auffangen zu können. Denn bereits seit einigen Jahren wissen wir, daß unser Gesundbleiben und wieder Gesundwerden immer teurer wird. Ob es nun darum geht, daß moderne Forschung mehr Kosten verursacht, wenn wir sie dem Menschen zur Heilung geben wollen, ob es darum geht, daß unsere Mitbürger älter werden und dadurch mehr Kosten entstehen, ob es darum geht, daß der gesamte Bereich der Psychiatrie noch Kosten auf uns zubringen wird, die einfach heute, morgen oder übermorgen auf uns und unser Gesundheitswesen als zusätzliche Kosten zukommen.

Wenn es aber - und das wollen wir Freie Demokraten - richtig ist, das jetztige System in seiner Konstruktion und in seiner Gliederung zu erhalten, darf es nicht allzu viel teurer werden, weil es sonst zerbricht. Und deshalb ist es notwendig, für die Zukunft Wege zu finden, wie wir durch mehr Eigenverantwortung und durch Selbstbeteiligung notwendig werdende zusätzliche Kostenentwicklungen soweit wie möglich auffangen können. Dort gehen auch unsere Vorschläge hin, denn zusätzliche Einnahmequellen oder Umverlagerungen nur zu schaffen, wäre sicher zu wenig, wenn man verantwortungsbewußt an diese Dinge heran will.

Denn daß ein Stück Anspruchsentwicklung die Kosten in die Höhe getrieben hat, ist richtig. Daß zu wenige Transparenz den Versicherten heute noch im unklaren läßt, ist



genauso richtig. Daß also ein Weg, der den Versicherten - und hier stimme ich völlig mit Ihnen überein - früher oder später werden die Einzelkonten kommen müssen in diesen Bereichen, Herr Professor MÜNNICH, auch wenn das zunächst einmal Umstellungen ergibt, man wird das Einzelkonto bei der Krankenkasse haben müssen, man wird die Einzelabrechnung in dieser Form durchführen müssen. Wir haben uns bewußt beim Einstieg in diese Dinge zunächst auf die Wahltarife nach unseren Vorstellungen beschränkt, einfach deshalb, weil die politische Diskussion - darauf hat Herr BECKER auch hingewiesen - auch zum jetzigen Zeitpunkt noch gar nicht so reif ist, um hier konkret den Versicherten, der Gesellschaft deutlich zu machen, daß ein gutes, leistungsfähiges Gesundheitssystem nur mit stärkerer Mitverantwortung in Zukunft gehalten werden kann. Sonst wird es weniger Leistung geben oder zu hohe Preise.

Ob wir nach Schweden gehen, wo es zu teuer geworden ist und deshalb nicht mehr geleistet werden kann, oder ob wir nach England gehen, wo es keine Leistungsäquivalenz in dem Sinne mehr gibt und eben auch nicht mehr dem Menschen das bietet, was er bei seiner Krankheit tatsächlich braucht.

Allerdings sehen wir die Wahltarife etwas anders als es vorhin gesagt wurde. Wir - ich will es sehr kurz machen - denken an eine Art, der Vergleich ist vielleicht nicht so ganz vornehm, Teilkasko, wenn ich es mal so nennen darf, an eine Selbstbehaltregelung, die - nur einmal als Beispiel - bis zu DM 300,-- im Jahr eine Eigenbeteiligung bei bestimmten Kosten, ambulanten Behandlungskosten - Krankenhauskosten ausgeschlossen, Kinder ausgeschlossen - beinhaltet. Wir denken dabei daran - und eine gewisse Studie hat das gezeigt -, wenn es stimmt, daß in der ambulanten Behandlung - so eine Studie - pro Versicherten und Vierteljahr im Schnitt DM 30,-- anfallen, so hieße dies im Jahr DM 120,-- pro Versicherten. Damit - das muß ich hinzufügen -

würden 40 % der ambulanten Kosten aufgefangen, das andere bezieht sich auf die längeren Fälle, würden also 40 % von z.Z. 18 Milliarden aufgefangen, muß also doch über eine solche Selbstbehaltregelung - über Einzelheiten will ich nicht reden - eine Möglichkeit bestehen, in Zukunft erhebliche Kostensteigerungen aufzufangen.

Die bereits gängigen Möglichkeiten der Selbstbeteiligung brauche ich nicht nochmals im einzelnen erwähnen. Aber ich stelle immerhin zu meiner Freude fest, daß im Bereich des Zahnersatzes auch schon die Selbstverwaltung inzwischen da und dort - und dies begrüße ich sehr - von ihren Möglichkeiten Gebrauch gemacht hat, es gibt immerhin drei Ortskrankenkassen, Kiel, Lübeck und in meinem Wahlkreis Lindau, von denen zwei von 20 auf 30 % Beteiligung und eine von 20 auf 25 % Beteiligung mit gemeinsamem Beschluß von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern in der Selbstverwaltung den Weg gegangen sind, den der Gesetzgeber bereits ermöglicht.

Dies gilt auch für den Vorschlag, den ich einmal vor kurzer Zeit für die FDP machte, der wurde dann sehr schnell wieder zurückgewiesen, ob man nicht im stationären Bereich darüber nachdenken kann, dort wo keine Nebenkosten entstehen, wenigstens die sog. Hotelkosten - wenn man so will ist das eine Summe von DM 7,-- bis 10,-- pro Tag in einem Gesamtpflegesatz zu berechnen, zumindest für diejenigen, denen keinerlei generelle Kosten entstehen. Ich führe einmal folgendes Beispiel auf: Der Rentner, der ins Krankenhaus kommt, dessen Rente völlig weiterläuft, der keinerlei Kosten hat - es ist etwas anderes, wenn Kinder da sind, hier muß man abstaffeln -, ob hier nicht die gewissen Hotelkosten auch wieder zum Auffangen von besseren Leistungsmöglichkeiten im Krankenhaus berechnet werden könnten.



Zum Schluß, meine Damen und Herren, gehen wir davon aus, und das haben wir schon vor vielen Jahren einmal als einen Zielpunkt angesehen, daß am Ende der Entwicklung - wenn wir dieses System halten wollen - wohl doch ein modifiziertes Kostenerstattungssystem stehen sollte. Ein Kostenersatzungssystem, das die Möglichkeiten, die Sie, Herr Professor MÜNNICH, ja angedeutet haben, nämlich der sozialen Staffelung, am leichtesten ermöglicht. Ich würde allerdings nicht sagen - ich weiß nicht, ob ich Sie richtig verstanden habe -, daß die Familie mit fünf Kindern dann voll frei ist und bei den Verheirateten mit einem Kind sind dann 10 oder 15 % drin; hier muß man dann auch noch über Einkommenshöhen nachdenken.

Ein Beispiel haben wir bei der sog. Beihilferegulierung der Beamten: Da haben Sie ja so etwas, wo aufgrund des Familienstandes die Beihilfe gestaffelt wird. Ich will das nicht parallel ziehen. Aber das man einfach sagt, Kostenerstattung bei bestimmtem Einkommen und bestimmtem Familienstand 100 % heruntergestaffelt bis auf 70 oder 75 %. Ich glaube, daß dieser Weg unter Einbeziehung aller anderen der richtigste wäre, zumal interessanterweise - und darüber wird nie mehr geredet - dieser Weg schon in der Sozialenquete Mitte der 60er Jahre von den Wissenschaftlern als der bessere, als Abgang vom reinen Sachleistungssystem seinerzeit vorgeschlagen wurde. Aber das hat man alles schamvoll überlesen und nie daran gedacht, daß man damit vielleicht sich einmal näher befassen sollte.

P o d i u m s d i s k u s s i o n

ZIELE, INSTRUMENTE UND ALTERNATIVEN DER EIGENVERANT-  
WORTUNG AUS DER SICHT DER HEILBERUFE, VERBÄNDE UND  
KASSEN

- Leitung: Walter KANNENGIESSER  
Sozialpolitischer Korrespondent der FAZ,  
Büro Bonn
- Teilnehmer: Dr. Horst BOURMER  
Vorsitzender des Hartmannbundes - Verband  
der Ärzte Deutschlands
- Willi HEITZER  
Vorsitzender des Landesverbandes der Orts-  
krankenkassen in Bayern
- Dr. Burkhard TIEMANN  
Hauptgeschäftsführer der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
- Dr. Christoph ULEER  
Verbandsdirektor des Verbandes  
der privaten Krankenversicherung



KANNENGIESSER: Meine Damen und Herren, ich hatte mir eigentlich vorgenommen, noch eine kurze Einführung in das Thema zu geben. Ich möchte aus Zeitgründen darauf verzichten. Ich möchte aber nicht versäumen, die Teilnehmer an der Podiumsdiskussion, die nachher auch in das Plenum hineingetragen werden kann, wenn der Wunsch besteht, vorzustellen: Rechts außen - natürlich rein zufällig - Herr Dr. BOURMER, Vorsitzender des Hartmannbundes, neben ihm sitzt Herr HEITZER, der Vorsitzende des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, wenn ich das richtig weiß, Herr HEITZER, sind Sie verbunden mit der CSU-Arbeitnehmerschaft.

HEITZER: Ja.

KANNENGIESSER: Auch das sollte man vielleicht wissen. Neben mir sitzt Herr Dr. Burkhard TIEMANN, der Hauptgeschäftsführer der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, und Herr Dr. ULEER, der Verbandsdirektor des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Wir haben also hier ein Gremium von Leuten, die der Praxis verbunden sind, auch wenn sie Verbandspolitiker sind.

Ich möchte mir allerdings eine Vorbemerkung nicht verkneifen: Ich habe eben als Bonner Beobachter natürlich aufmerksam den Herren Politikern zugehört, was sie zum Thema Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung gesagt haben; das war - wie nicht anders zu erwarten - höchst kontrovers, wobei die deutlichsten Differenzen offenkundig zwischen Herrn FIEBIG und Herrn SCHMIDT auftraten. Das ist sicherlich politisch nicht ohne Reiz, kam aber in dieser Frage zumindest nicht unerwartet.

Bei Herrn Dr. BECKER gibt es möglicherweise zwei Seelen in seiner Brust. Herr BECKER ist nicht nur CDU-Politiker, sondern auch Arzt. Welche Seele sozusagen seine Ausführungen überwiegend geprägt hat, vermag ich nicht ganz abzuschätzen. Jedenfalls repräsentiert ja Herr Dr. BECKER eine Partei, die sich in den 60er Jahren - Ende der 50er

Jahre/Anfang der 60er Jahre - noch sehr erheblich am Thema Eigenbeteiligung und Eigenverantwortung politisch die Finger verbrannt hat. Auch dieses könnte möglicherweise ein bißchen die Ausführungen des Herrn Dr. BECKER mitgeprägt haben. Aber damit mag es genug sein; es wäre etwas unfair, die Herren sind nicht da.

Vielleicht doch noch eine Ergänzung: Herr FIEBIG hat ja für Herrn GLOMBIG - man konnte wohl Nuancierungen zwischen den beiden Herren wahrnehmen und vermuten - gegen eine Selbstbeteiligung plädiert. Zur Genauigkeit, zu der wir Journalisten ja verpflichtet sind, gehört es wohl, darauf hinzuweisen, daß die SPD samt Herrn FIEBIG und Herrn GLOMBIG z.B. die Negativliste nach der RVO und auch die Rezeptblattgebühr für Rentner beschlosssen hat. Auch dieses sind Formen der Selbstbeteiligung. Insofern ist das pauschale Plädoyer, das Herr FIEBIG für Herrn GLOMBIG verlesen hat, vielleicht nicht ganz korrekt gewesen. Möglicherweise liegt das daran, daß man möglichst nicht Selbstbeteiligung nennen sollte, was Selbstbeteiligung ist. Aber damit jetzt genug mit mir.

Wir wollen versuchen, das Thema sehr konkret anzupacken. Aber bei den Herren hier am Podium besteht der Bedarf, in wenigen Sätzen - ich hoffe, es sind nur wenige Sätze - gewissermaßen den Dampf abzulassen, der sich aus der vorherigen Diskussion angesammelt hat. Den Vortritt hat Herr BOURMER. Ich hoffe, daß er sehr kurz ist und damit stilbildend für die Mitstreiter hier am Podium.

Dr. BOURMER: Ich danke, Herr KANNENGIESSER. Meine sehr verehrten Damen und Herren, bei dieser Anrede des Kurzfassens und zu stilbildenden Normen muß ich gleich Herrn Professor MÜNNICH ansehen, der ein hervorragender Nationalökonom, aber offenbar nur ein dürftiger Zeitökonom ist. Aber es ist mir nicht eine Sekunde langweilig geworden bei ihrem Vortrag, verehrter Herr MÜNNICH.



Nun, wenn ich zu dem Thema etwas beitragen darf, dann ist es folgendes. Zunächst, daß der Vorwurf von Herrn SCHMIDT, Kempten, daß die Ärzteschaft seinerzeit nicht mitgemacht hat bei der Blankschen Reform zu Recht besteht. Aber hier kann sich der Hartmannbund ausgenommen fühlen, denn er hat seit seiner Gründung die Selbstbeteiligung - in welcher Form auch immer, wir waren für das Kostenerstattungsprinzip - vertreten und hat seinerzeit durch Festhalten an diesem Standpunkt 5.700 Mitglieder verloren. Das haben wir inzwischen wieder aufgeholt, wie Sie wissen. Ich will damit nur sagen, uns trifft dieser Vorwurf nicht.

Der Teufel liegt aber bekanntlich im Detail. Eine Selbstbeteiligung im derzeitigen Sachleistungssystem ist sowieso schon drin, wie Sie alle wissen. Wir kennen die Selbstbeteiligung beim Zahnersatz, wir kennen die Selbstbeteiligung bei den Arzneimitteln, wir kennen die Selbstbeteiligung bei der Kinderkrankenpflege ab dem 5. Tag, bei den Fahrtkosten usw....

Ich glaube, man muß sich einmal in einer Atmosphäre unterhalten, bei der Selbstbeteiligung kein Reizwort mehr ist, sondern man den Dingen analytisch auf den Grund zu kommen trachtet. Und ich könnte, um das relativ kurz zu machen, einfach sagen, das Sachleistungssystem hat seine originäre historische und auch heute noch gängige Wirkung nur dann wenn es wirklich den Kreis der Schutzbedürftigen betrifft, umfaßt und im alten Sinne versorgt.

Keine Partei ist auszunehmen, wenn man die politische Entwicklung in der Nachkriegszeit Revue passieren läßt um festzustellen, daß dieses Sachleistungssystem in den Zeiten unserer wirtschaftlichen Prosperität permanent ausgedehnt worden ist auf einen Kreis von Versicherten, die dieses Schutzes gar nicht bedürfen, wenn man davon ausgeht, daß unsere freie Marktwirtschaft genügend Möglichkeiten in der privaten Krankenversicherung anbietet,

um Vorsorge auch zu 100-Prozent-Tarifen zu erlangen.

Wenn ich meine kurze Einführung der Aufforderung von Herrn KANNENGIESSER folgend, damit abbrechen darf, muß ich sagen: Die einzige wirkliche Alternative sehe ich in einer Beschränkung des Versichertenkreises auf die Schutzbedürftigen, die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht analog der Teilnahme der Verkehrsteilnehmer bei der Haftpflicht im Straßenverkehr, die Verweisung derjenigen, die nicht mehr in den Kreis der Schutzbedürftigen gehören in die PKV. Ich könnte mir sogar vorstellen, daß die ärztlichen Verbände mit der PKV unter Einspannung des entsprechenden Ministers im Kartellschutz entsprechende Verträge über den Multiplikator absprechen, wie das auch in der GKV möglich ist.

Hier müßte man sich ernsthafte Gedanken machen, wie das zu realisieren ist. Man hätte dann wirklich die Gesamtbevölkerung geschützt, aber diesen Teil, der wirklich selbst Vorsorge treffen kann, in die freie Marktwirtschaft verwiesen bei Beibehaltung eines 100%igen Versicherungsschutzes. Ich habe als Kassenarzt, als niedergelassener Arzt erfahren, der ich ja auch noch bin, daß tatsächlich - ich weiß, es werden jetzt einige sehr böse mit mir sein - nicht der Arbeiter das System ausnimmt, sondern derjenige, der das Kleingedruckte zu lesen vermag, der mit den ganzen Paragraphen umzugehen versteht und de facto nicht mehr in dieses System hineingehört.

Ich glaube auch, in aller Offenheit sagen zu müssen, daß der Einwand, daß eine derartige Selbstbeteiligung gegen das Solidarprinzip verstößt, irrig ist. Es gibt auch Solidargemeinschaften innerhalb der Tarifklassen der PKV, das sollte man nicht vergessen. Man muß wissen, daß der Einwand, daß Selbstbeteiligung den Weg zum Arzt verbaue, irrig ist, denn es gibt ganze Gruppen von Berufen, die einen Selbstbehalt haben im Kostenerstattungsprinzip,



wie die Bundesbahn- und Bundespostbeamten. Bisher sind keine Statistiken veröffentlicht worden, wonach die Morbidität oder Mortalität dieser Berufsgruppen signifikant höher liegen. Ich danke Ihnen.

KANNENGIESSER: Es liegt nahe, daß sich für die Zahnärzte Herr TIEMANN anschließt.

Dr. TIEMANN: Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich habe die Ehre, hier heute im Rahmen dieser Podiumsdiskussion einen Leistungsbereich zu vertreten, der wohl über die größte Erfahrung mit der Selbstbeteiligung - in welcher Form auch immer - verfügt.

Im zahnärztlichen Bereich hat sich ja, wie man sagen möchte Gott sei Dank, nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre, das Sachleistungsprinzip nie völlig durchsetzen können. Wir haben ja in dem großen Behandlungsbereich der Prothetik ein Zuschußsystem mit einer Form der Selbstbeteiligung, und ich meine, darunter hat die Versorgung der Bevölkerung nicht gelitten, so daß wir eigentlich gerade im zahnmedizinischen Bereich einen Modellfall dafür haben, daß Selbstbeteiligung funktionieren kann, wenn sie entsprechend angewendet wird.

Und gerade an diesem Modellfall Prothetik oder auch Kieferorthopädie - Sie wissen, daß in den §§ 182 ff. der Reichsversicherungsordnung ja in diesen beiden Bereichen die Möglichkeit besteht, im Wege der Satzungsautonomie der Krankenkassen eine bestimmte Zuschußhöhe festzusetzen bzw. bei der Kieferorthopädie ein Bonus- oder Malussystem im Wege der Satzung zu installieren, indem man bei Abbruch der Behandlung eine Selbstbeteiligung in der Kieferorthopädie vom Versicherten verlangt oder aber Zuzahlungen während des Behandlungsablaufs, die dann, wenn die Behandlung erfolgreich abgeschlossen wird, zurückgezahlt werden.

In beiden Bereichen - sowohl bei der Prothetik als auch bei der Kieferorthopädie - besteht aber die Erfahrung, das ist glaube ich für das Umfeld unserer Diskussion hier interessant, daß sich die Krankenkassen eigentlich scheuen, hier konsequent von diesem Prinzip Gebrauch zu machen. Bei der Prothetik hat ihnen der Gesetzgeber die Obergrenze von 80 % vorgeschrieben. Vorher hatten sie sich ja vor dem KVKG schon allgemein an die 100-Prozent-Grenze herangetastet, so daß man eigentlich die Frage aufwerfen muß - bevor hier der Eindruck entsteht, und das ist ja manchmal in der Selbstbeteiligungs- und Eigenverantwortungsdiskussion der Fall, das ist so ein scheinbar revolutionärer Gedanke, wo sich jeder fragt, ja um Gottes willen, da wird ja soziale Demontage betrieben -, werden die vorhandenen Instrumente eigentlich sinnvoll eingesetzt?

Und ich meine, dann muß man den größeren Zusammenhang herstellen und kommt rasch zu dem Punkt, daß man feststellt, die Selbstbeteiligungsfrage ist eigentlich nur eine vordergründige Diskussion. Sie kann nur eingebettet sein in den größeren Bezugsrahmen. Und das ist auch ein Leitgedanke von Herrn Professor MÜNNICH, und da bin ich ihm sehr dankbar, daß er den so deutlich akzentuiert hat.

Der Selbstbeteiligungsgedanke muß in dem größeren Bezugsrahmen der Fragestellung stehen: Wie sieht es aus mit dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung? Auch da ist der Zahnersatz ein Paradebeispiel dafür, daß der Selbstbehalt allein - diese 20 % - nicht ausreicht, wenn man gleichzeitig hinget, in diesen Bereich alles hineinzupacken, auch die aufwendigsten Versorgungsformen, die Metallkeramik, die teuren Geschiebearbeiten. Wenn das alles in einen Leistungskatalog hineingepackt wird, dann greift eine Selbstbeteiligung deswegen nicht unbedingt, weil wir dann vor der von Professor MÜNNICH beschriebenen Grenznutzensituation stehen, daß der Versicherte sich frage - selbst wenn er 1.000,-- oder 2.000,-- DM



zuzahlt, bekommt er noch 9.000,-- oder 10.000,-- DM von der Krankenkasse - , lohnt sich das nicht immer noch für mich, da einzusteigen und mir die aufwendigste Versorgung zu beschaffen?

Erst also der Zusammenhang von Eigenbeteiligung, von anderen flankierenden Elementen der Eigenverantwortung und der Durchforstung des Katalogs, des ausufernden und überbordenden Katalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung scheint mir die ganze Fülle der Problematik abzustecken. Vielen Dank.

KANNENGIESSER: Danke, Herr TIEMANN. Die PKV steht ja immer etwas am Rande der Diskussion über das Gesundheitswesen. Ich möchte ihr deshalb den Vorrang vor der GKV geben. Bitte Herr ULEER.

Dr. ULEER: Vielen Dank Herr KANNENGIESSER. Ich kann allerdings feststellen, daß der linke Rand in diesem Fall völlig mit dem rechten Rand, nämlich mit Herrn BOURMER, übereinstimmt, und ich mich weitgehend - rein zufällig würde ich nicht sagen, das zeichnet sich schon längere Zeit ab - in einem wesentlichen Punkt Herrn BOURMER anschließen möchte.

Ich möchte vorab sagen, ich bin ein überzeugter Anhänger der Selbstbeteiligung in der Privaten Krankenversicherung. Und warum? In der Sozialversicherung haben Sie eine Fülle von Steuerungsmöglichkeiten; da haben Sie den Vertrag Kasse/Patient; da haben Sie Privilegien der Sozialversicherung von der Steuerfreiheit über den Apothekenrabatt bis hin zu den gebundenen Arzthonoraren.

In der Privatversicherung haben Sie nur den Vertrag Patient/Arzt. Und da gibt es überhaupt keine andere Eingriffsmöglichkeit als die des Patienten selbst. Die Selbstbeteiligung ist die einzige Form der Beitragsmilderung. Wir wollen keinen umerziehen - nicht zu irgend-

welchem gesundheitsbewußten Verhalten verleiten - wir wollen einfach Beiträge sparen. Wenn das dazu führt, daß einer sein Verhalten ändert, um so besser.

Wir haben jedenfalls festgestellt - Herr ZEDELMAIER, ich kann gleich Ihre Frage insofern kurz beantworten -, daß die Tarife mit Selbstbeteiligung, welche Form auch immer gewählt wird, auf jeden Fall kostengünstiger verlaufen als die 100-Prozent-Tarife und auch als die Tarife mit simulierten Selbstbeteiligungen, wenn Ihnen das etwas sagt. Sie sind also günstiger verlaufen, als sie eigentlich nach der Simulation hätten verlaufen müssen.

Nur eines wird dabei immer übersehen, man hört immer wieder in der öffentlichen Diskussion, die Selbstbeteiligung bewähre sich nicht als Instrument, denn die Kosten der Privaten Krankenversicherung würden ja genauso schnell steigen. Wenn Sie einmal die Verlaufskurven ansehen, dann ist das eigentlich sehr einleuchtend. Die höchste Kurve ist die Kurve der 100-Prozent-Tarife. Darunter läuft ziemlich parallel die Kurve der Tarife mit simulierten Selbstbeteiligungen, und darunter nochmal läuft die Kurve der tatsächlichen Selbstbeteiligung. Und daß die Anstiege gleich hoch sind, liegt auf der Hand. Sie können sich nur einmal umstellen. Sie stellen sich in dem Zeitpunkt um als Patient, wenn Sie sich überhaupt umstellen, indem Sie einen Selbstbeteiligungstarif abschließen. Dann gehen Sie vielleicht z.B. in dem Jahr weniger zum Arzt. Sie können aber nicht jedes Jahr weniger zum Arzt gehen. Sie stellen sich einmal um. Und auf dieser niedrigeren Basis ist dann die Kostenentwicklung genauso wie bei den 100-Prozent-Tarifen. Die Anstiege sind genauso hoch. Das Niveau ist lediglich niedriger. Das Thema ist sehr kompliziert; ich will die Kurvenfrage damit zunächst einmal abschließen.

Noch eine Bemerkung zu den Wahltarifen: Nochmal an Herrn



BOURMER anschließend, es gibt die Wahltarife schon, und das wird häufig übersehen, es gibt die Wahltarife in der Privaten Krankenversicherung. Ich meine, daß wir als PKV durchaus zustimmen sollten, wenn diese Wahltarife propagiert werden. Ich lese auch im FDP-Programm, daß diese Wahltarife nur im Rahmen des Solidaritätsprinzips verwirklicht werden dürfen. Da das Solidaritätsprinzip - wie auch Herr Professor MÜNNICH es eben darlegte - Wahltarife nicht zuläßt, kann eigentlich auch Herr SCHMIDT, Kempten, - ich bedauere, daß er nicht mehr da ist - doch nur die Privatversicherungswahltarife meinen.

Wie es beim Freien Verband ist, weiß ich nicht. Ich habe heute morgen nochmal in den 13 Thesen nachgeschaut. In der Presse war ja zu lesen, daß auch der Freie Verband für Wahltarife ist. In den 13 Thesen habe ich die Wahltarife gar nicht gefunden.

Abschließend meine Damen und Herren, man muß sich natürlich auch als Privatversicherer hin und wieder einige Gedanken darüber machen, wie es in der Sozialversicherung weitergehen sollte, und ich meine, wir dürften hier nicht immer versuchen, gleich Patentrezepte zu finden. Herr BECKER hat eine ganze Reihe konkreter Ansatzmöglichkeiten gezeigt - übrigens Herr SCHMIDT, Kempten, auch -, wo man im Rahmen des bestehenden Systems ansetzen könnte: Stichwort Leistungskatalog. Herr TIEMANN hat das auch aufgegriffen. Überlegen Sie, die Selbstbeteiligung im Krankenhaus von 10 DM, die eben übrigens auch Herr SCHMIDT, Kempten, so nebenbei ansprach, - 7 bis 10 DM sagte er, in Schweden ist es mehr, dort sind es 15 DM, das würde schon nur auf die Empfänger von Lohnfortzahlung bezogen und Krankengeld schon über 1 Milliarde Ersparnisse im Jahr bringen. Ich meine, man sollte hier ganz unorthodox ansetzen.

Und Herr Professor MÜNNICH, was die Ski-Unfälle angeht,

da gibt es - und das ist der einzige Fall - für schwere Risiken schon eine Versicherung, denn wer als Deutscher ins Ausland fährt - vor allem nach Österreich -, sollte klugerweise eine private Krankenversicherung für das Ausland abschließen.

KANNENGIESSER: Herr ULEER, Sie haben zwar schon recht lange gesprochen, aber trotzdem möchte ich gleich eine Frage nachschieben, weil Sie von den Tarifkurven sprachen. Inwieweit sind eigentlich diese Selbstbehalttarife wirkliche Selbstbehalttarife, steht nicht doch in einem so großen Prozentsatz dahinter die Beihilfe, die aus dem Selbstbehalttarif einen vollen kostendeckenden Tarif macht, so daß auch diese Statistiken im Grunde ein verfälschendes Bild geben. Das ist eine Frage, die der Klärung bedarf.

Dr. ULEER: Solche Beispiele würde ich Ihnen nicht bringen. Die Beispiele, die ich hier vorliegen habe, sind Beispiele von Selbstbeteiligung vor allem bei Angestellten, also solchen Personenkreisen, die keine Beihilfeansprüche haben.

KANNENGIESSER: Danke sehr. - Herr HEITZER bitte.

HEITZER: Ja, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich muß mich immer wieder wundern, wenn dieses Thema so angepackt wird. Das eigentliche Thema heißt doch gar nicht Eigenverantwortung der Versicherten oder Selbstbeteiligung oder sonst irgendetwas. Das eigentliche Thema heißt: Wie bringen wir die Kosten auf, um das so gut florierende Gesundheitswesen in unserer Bundesrepublik auch auf die nächsten Jahrzehnte zu bezahlen?

Und da kann man drum herum reden wie man will, weil ich 10 DM im Krankenhaus dazuzahle, sind die 10 DM nicht billiger geworden. Wenn ich anstatt 80 % durch die Kranken-



kasse nur noch 66 % oder irgendeinen anderen Prozentsatz beim Zahnersatz vergüte, dann wird doch nichts billiger. Bei keinem Wahltarif wird etwas billiger.

Alle die Diskussionen, die bisher gelaufen sind, und an denen ich die Ehre hatte teilzunehmen, und das betreibe ich ja nun schon seit einigen Jahren - sind doch nur Kostenumschichtungsdiskussionen. Was würde denn tatsächlich geschehen, wenn Kosten eingespart würden? Da würden doch die Einkommen der im Gesundheitswesen Tätigen niedriger werden müssen; das ist doch die Konsequenz. Wünschen das eigentlich die Damen und Herren, die im Gesundheitswesen tätig sind? Das ist eine Frage, die ich mir ständig vorlege.

Wenn immer von der Eigenverantwortung des Versicherten gesprochen wird, und wenn er weniger häufig zum Arzt gehen soll, und wenn er weniger häufig bei Bagatellen den Doktor in Anspruch nehmen soll, so ist doch die Konsequenz daraus, daß eine Einnahmequelle vermindert wird. Es sollten sich eigentlich einmal die Beschäftigten des Gesundheitswesens überlegen, über was sie diskutieren. Denn bis heute ist mir kein Fall bekannt, in dem eine Krankenversicherung nicht die ihnen vorgelegte Rechnung der KV oder KZV bezahlt hätte; bis heute fließt das Geld.

Und Sie alle wissen genausogut wie ich, daß eine der tragenden Säulen unseres Gesundheitswesens die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten ist. Wenn wir die Krankenversicherung nicht hätten, hätten wir nicht dieses Gesundheitssystem, das wir in der Bundesrepublik haben, mit dem mehr oder weniger garantierten Einkommen der darin Beschäftigten.

Wir haben im Gesundheitswesen keine freie Marktwirtschaft; das ist jedem bekannt. Wir reden nur immer wieder davon. In dem Moment, wo heute eine Leistung im Gesundheitswesen

erbracht wird, ist ihre Kostendeckung garantiert. Überlegen Sie sich also ganz genau, wenn Sie heute davon sprechen. Eins ist aber doch selbstverständlich: Wenn Sie heute eine Leistung erbringen, und die geschieht auf Krankenschein, und das sind ja 90 % aller Leistungen (lassen wir einmal 10 % Privatversicherte offen), dann geschieht doch nichts anderes, als daß das, was geleistet wird, durch eine Krankenversicherung, irgendeine Krankenversicherung, abgedeckt wird. (Zwischenruf). Der Regreß ist etwas ganz anderes: der Regreß ist eine Kontrollmaßnahme, die der Gesetzgeber eingeführt hat und den Krankenkassen zugestanden hat im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen und Zahnärztlichen Vereinigungen, das Überschreiten bestimmter Normen zu ahnden. (Zwischenruf) Das hat aber mit Kostendämpfung nichts zu tun. Nein, wirklich nicht. Verwechseln Sie doch nicht...

Was ist der Regreß? In Promille ausgedrückt ist die Summe des Regresses in den Leistungen der Krankenversicherung 0,1 ‰. Da wollen Sie mir doch nicht erzählen, daß dies eine Kostendämpfungsmaßnahme ist. Das können Sie überall nachlesen in allen Statistiken. (Zwischenruf) Wir sind am heißen Eisen angelangt.

KANNENGIESSER: Darf ich mal intervenieren. Ich freue mich über eine sehr lebhaft Diskussions. Ich finde das großartig, daß das so hin und her geht. Aber es muß ein bißchen geordnet ablaufen, und das heißt, man sollte auch die Gelegenheit haben auszusprechen. Außerdem meine ich, ist das vom Thema her, dem Regreß, nicht im Mittelpunkt unserer Diskussion. Vielleicht können wir das doch ein bißchen hinausschieben. Man wird wohl, um einen Mittelweg zu finden, natürlich kann man nicht nur allein auf die Zahlen sehen, man muß auch psychologische Wirkungen mit ins Kalkül ziehen, die natürlich aus der Möglichkeit des Regresses erwachsen. Ich könnte mir vorstellen, Herr HEITZER, daß wir auf dieser Ebene einen Kompromiß, eine Einigung und eine gemeinsame Sprache auch mit den Oppo-



nenten hier im Saal finden.

HEITZER: Das ist für mich kein Problem. Ich weiß um das Problem, das hier eingeworfen worden ist, und ich meine, es muß unter Umständen vielleicht einmal besser darüber nachgedacht werden, aber es liegt an etwas anderem. Das liegt daran, daß wir gar kein anderes Regelinstrument besitzen als den Leistungsanbieter selbst.

Denn... (Zwischenruf)... Moment: sagen wir es anders herum: sagen wir: die Vertragspartner im Gesundheitswesen; vielleicht sind wir uns dann einiger. Die Vertragspartner sind die einzigen, die selbst regulieren können, denn sie sind Anbieter und Nachfrager in einer Person. Das ist doch wohl auch unbestritten. Es kann wohl niemand bestreiten, daß das zunächst der Grundsatz ist.

Und nun wird von der Eigenverantwortung des Versicherten gesprochen, und sie wird so verstanden, daß er als Nachfrager in der Praxis mit bescheidenen oder nicht so kostentreibenden Forderungen auftritt. Das ist doch wohl das, was man als die Eigenverantwortung auch nach dem Vortrag, den ich mir von dem Herrn Professor vorhin anhörte, als Schlußkonsequenz ziehen müßte.

Haben Sie sich eigentlich einmal überlegt, von welchem Informationsort oder -punkt aus der Versicherte heute in das Gesundheitswesen hineingeht? Er geht immer davon aus, was ihm in der letzten Sendung im zweiten Programm geboten worden ist; er geht immer davon aus, was in der Illustrierten steht, was viele Ärzte unter den Rubriken "Rat von Dr. X,Y" schreiben und er in jeder Zeitung liest.

Wie kann man eigentlich dem Versicherten andere Eigenverantwortungen zuschieben als die, die seiner Information entsprechen? Jetzt habe ich noch gar nichts gesagt von dem Standpunkt, den ich als Gewerkschaftssekretär ein-

nehmen würde, sondern ich habe immer nur von dem gesprochen, was ich als Kassenvertreter in diesem Zusammenhang zunächst einmal bloß zur Einleitung dieses Begriffs Eigenverantwortung kurz darstellen wollte, damit die Diskussion richtig in Fluß kommt.

KANNENGIESSER: Danke sehr. - Es sind schon von Herrn Dr. BOURMER und von Herrn Dr. ULEER und Herrn Dr. TIEMANN einzelne Elemente von Eigenverantwortung, die wir heute im System der gesetzlichen Krankenversicherung haben, angesprochen worden. Ich meine doch, wir sollten dieses vertiefen, um nicht zu abstrakt zu diskutieren, wie das vielleicht bei Politikern üblich ist; aber wir sollten doch etwas konkret sein.

Beispielsweise sollten wir uns einmal Gedanken darüber machen, über die (wir kommen auch auf den zahnärztlichen Bereich) Beteiligung am Arzneimittelwesen. Da ist mir vorhin aufgefallen, daß Herr Professor MÜNNICH eine sehr skeptische Position bezogen hat und gesagt hat, eine Eigenbeteiligung, eine direkte Eigenbeteiligung, ist immer nur dann sinnvoll, wenn es einen Entscheidungspunkt für den Patienten, für den Versicherten gibt, und der liegt bei den Arzneimitteln nicht vor; so Professor MÜNNICH, ein bißchen frei interpretiert.

Herr BOURMER, meinen Sie nicht doch, daß die Arzneimittelbeteiligung einen Sinn hat? Ist sie Ihnen nicht vielleicht nur, so wie sie heute da ist, 1. zu gering, 2. falsch ausgestaltet?

Dr. BOURMER: Ich glaube schon, daß die Selbstbeteiligung bei den Arzneimitteln zunächst einmal all die Gewerkschaftsvertreter ad absurdum führt, die einfach behaupten, gegen die Selbstbeteiligung in grundsätzlicher Erwägung zu sein: die ist nämlich längst da; das sollte man einmal wissen.



Und ich glaube auch schon, daß sie höher sein könnte und auch sein sollte, und zwar ganz einfach deswegen, weil auch bei den Arzneimitteln von einem wirtschaftlichen Umgang bei vielen Patienten nicht gesprochen werden kann. Wir haben immer mal wieder Aktionen, die initiiert werden und stellen fest, wieviel Millionen, wenn nicht sogar höhere Beträge, an ungenutzten und überalterten Arzneimitteln noch in den sogenannten Hausapotheken herumliegen und so eine gewisse Gefahr bedeuten. Dabei ist es eine alte Jacke: ich sehe es bei den Privatpatienten ja immer wieder; wenn ich ein Medikament verordne, dann sagen die: ja Moment, das habe ich voriges Jahr bekommen. Wie lange ist es haltbar? Herr Doktor, das habe ich noch. Wieviel brauche ich ungefähr?

Das hören Sie von GKV-Patienten so gut wie nie. Man hört es gelegentlich jetzt von Rentnern; das wird seine Gründe haben und insofern glaube ich, daß da schon ein Regulativ eingebaut werden könnte. Umgekehrt muß man wissen, das wird Ihnen jeder Apotheker sagen, daß der sog. Handverkauf, der nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel, nahezu die Hälfte des Apothekenumsatzes ausmacht. Das heißt doch, daß der Patient, gleichgültig welcher Provenienz, durchaus bereit ist, selbst in die eigene Tasche zu greifen.

Es ist ja viel erstaunlicher festzustellen, daß die Patienten, wenn man mit ihnen einzeln darüber spricht, dies und jenes geht jetzt nicht mehr, viel vernünftiger sind als die Politiker oder Gewerkschaftler, die hier glauben, die Meinung der Patienten zu vertreten, und da finde ich deren Argumentation häufig recht vordergründig.

KANNENGIESSER: Herr HEITZER, können Sie sich vorstellen, daß man die Arzneimittelbeteiligung wirksamer gestalten kann oder sollte sie entfallen?

HEITZER: Wenn Sie mir diese Frage vor drei, vier Wochen

gestellt hätten, bevor diese einstweilige Anordnung durch das Bundesverwaltungsgericht in den Sachen der Listenerstellung ergangen wäre, hätte ich gesagt: völlig unbedenklich, ja. Nachdem aber jetzt nun durch dieses Verwaltungsgerichtsurteil, was ja nun endgültige Instanz werden wird, aber mit Sicherheit nicht mehr davon abweicht, auch z.B. die Fragen von § 368 p nicht mehr realisieren läßt, d.h. also herausnehmbare Arzneimittel, die dem täglichen Lebensbedarf zuzuordnen sind, weil man ja nach Liste ein Präparat nennen muß, wenn man das nennt, greift man in die Wirtschaft ein, muß ich die Frage mit nein beantworten. Was wir tun könnten wäre lediglich die Frage, die Gebühr von DM 1,-- auf DM 2,-- zu erhöhen, was aber keinen Effekt in diesem Sinne erbringt.

Prozentuale Beteiligung ist dann natürlich wieder an die soziale Komponente zu staffeln. Dann überlegen Sie sich, wieviele Menschen bei uns im Bundesgebiet bei einer durchschnittlichen Rente leben müssen, die es einfach nicht zuläßt, sich bei einem DM 15-Arzneimittel mit 20 % zu beteiligen. Das sind Dinge, die sind sehr schwierig. Überschätzen Sie nicht, oder unterschätzen Sie nicht die Anzahl der Menschen, deren Einkommen doch unterhalb dem liegt, was man im allgemeinen so um sich herum sieht. Es gibt schon mehr Menschen, die mit weniger als DM 1.000,-- im Monat leben müssen. Weniger als DM 1.000,-- sind aber eine Grenze, die ganz schön nah an die Frage herangeht: Wieviel bekomme ich an Sozialhilfe?

Ich glaube, daß der Arzneimittelsektor nur dann sinnvoll gesteuert werden kann, wenn es uns gelingt, mit Hilfe der Ärzte soviel Aufklärung beim Versicherten zu betreiben, daß er die jetzt 44 % selbst gekauften Arzneimittel, 56 % ist Rezeptumsatz bei den Arzneimitteln, wenn er sich bewußter wird, daß er vielleicht manches selbst zahlen kann. Aber da ist die Aufgabe des Arztes, ihm dann dies sozial zuzumuten. Irgendjemand muß es tun.



Wie, da sehe ich überhaupt noch keinen Lichtschimmer am Horizont. Nur zu sagen, mehr muß Du zahlen, reicht nicht aus, um das Verhalten zu ändern.

Aber eine Bemerkung von Dr. BOURMER muß ich doch zurückgeben: Der Patient kann nur so viele Arzneimittel, die rezeptpflichtig sind, zu Hause herumliegen haben, als ihm verordnet worden sind. Die Frage für mich ist (Zwischenruf), ich will das nicht ausdiskutieren, die Frage für mich ist eine ganz andere. Wir haben einen Vertrag gemacht über die therapiegerichteten Arzneimittel. Ich hoffe, daß auf Grund dieser Vereinbarung zwischen den Kassen, der Pharmazie und der Mitwirkung der Ärzte sich diese übrigbleibenden Mengen an Arzneimitteln reduzieren. Als erste wird natürlich dann die pharmazeutische Industrie auf dem Teppich stehen und wir sagen: Unser Umsatz ist zurückgegangen. Denken Sie daran, daß die natürlich auch von etwas leben wollen.

KANNENGIESSER: Leben wollen alle. Herr TIEMANN, es gibt ja auch im Bereich der zahnärztlichen Versorgung Selbstbeteiligungsmöglichkeiten. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit der Selbstverwaltung eröffnet, z.B. beim Zahnersatz und bei der Kieferorthopädie Zuschußleistungen durch den Patienten anzufordern. Plädieren Sie für einen höheren Selbstbeteiligungssatz bei bestimmten Dingen, oder wie sehen Ihre Vorstellungen aus? Wo, meinen Sie, könnte man in diesem Bereich dies etwas wirksamer, etwas sinnvoller gestalten?

Dr. TIEMANN: Herr KANNENGIESSER, meine Eingangsbemerkung zielte darauf ab, daß die Krankenkassen, denen der Gesetzgeber im Rahmen ihrer Satzungsautonomie diese Möglichkeiten eröffnet hat, von dieser Satzungsautonomie entsprechenden Gebrauch machen im Sinne einer differenzierteren Zuschußgewährung als es bisher der Fall ist. D.h. also, die Grundversorgung könnte meinetwegen mit 80 %

bezuschußt werden, aber unterhalb dieser Schwelle gibt es eine Fülle von alternativen Versorgungsmöglichkeiten, die stärker in Richtung Kosmetik gehen, wo stark die subjektiven Einschätzungen eine Rolle spielen.

Da wäre es durchaus denkbar, mit den Zuschüssen herunterzugehen und eine differenzierte Zuschußstaffelung vorzusehen, die dabei auch eine soziale Komponente, das möchte ich gleich vorweg sagen, damit dieser Einwand nicht kommt, durchaus beinhalten könnte.

Lassen Sie mich dabei aber eine Bemerkung anschließen, die ich zu Herrn HEITZER herüberreichen möchte, weil Herr HEITZER die These, die häufig formuliert wird, wiederum aufgestellt hat: Der Arzt ist im Gesundheitswesen der alleinige Zuteiler von Chancen, der Arzt bestimmt über das, was innerhalb des Leistungsprozesses sich vollzieht.

Dieser These möchte ich also ganz entschieden widersprechen. Einmal möchte ich Sie fragen, Herr HEITZER, und da stellt sich so eine Assoziation an Herrn FIEBIG ein, ich freue mich, daß das aus der Ecke gekommen ist, nämlich die Frage: Welches Menschenbild des Grundgesetzes liegt der Sozialversicherung zugrunde? Welches Menschenbild haben Sie, wenn Sie die These aufstellen, der Versicherte ist der total Betreute, der total in der Abhängigkeit Befindliche? Das ist der Unmündige, während doch sonst allenthalben das Bild vom mündigen Bürger in unserer Gesellschaft beschworen wird; vom Bürger, der sehr wohl Konsumententscheidungen, politische Entscheidungen, sonstige Entscheidungen in jedem Bereich fällen kann, aber ausgerechnet das Gesundheitswesen ist der Bereich, der scheint nicht von dieser Welt zu sein.

Das ist der Bereich, in dem ganz andere Marktgesetze gelten, obwohl doch hier Herr Professor Dr. MÜNNICH eigentlich



sehr einleuchtend gesagt hat, daß gerade im Gesundheitswesen sehr wohl ökonomische Verhaltenseffekte zu erzielen sind, wenn man auch den Bürger ernstnimmt, als Menschen ernstnimmt, als Menschen, der auch als Kranker, als Abhängiger, der vielleicht im Krankenhaus wirklich in Abhängigkeitsverhältnissen auf Grund bestimmter Leiden sich befindet; auch dieser Mensch hat ein Recht auf Selbstbestimmung und auch einen Anspruch darauf, ernstgenommen zu werden, daß er selbst darüber befinden kann, wie er sich ökonomisch in einer solchen Entscheidungssituation verhält.

Ich meine, das sollte man doch nicht außer acht lassen, daß auch in dem Bereich, und das ist nachgewiesen, insbesondere, wenn Sie bedenken, wieviel hier schon über den Primärkontakt läuft. Der Patient, der bei solchen Bagatellkrankheiten den Arzt aufsucht, das sind nach dieser bereits zitierten Studie von Herrn SCHMIDT, Kempten, 47 %, wo das Kopfvolumen unter DM 30,-- liegt, wenn man solche Zahlen hört, kann man doch wirklich nicht die Vorstellung haben, hier würde der total in Abhängigkeit befindliche Bürger irgendwelchen Zwangsverhalten folgend sich in die Obhut und in die Bevormundung des Arztes begeben.

Ganz im Gegenteil: ich meine, daran hat es gefehlt; das Leistungssystem ist in dieser Richtung, wie Sie es beschrieben haben, anonymisiert worden, entverantwortlicht worden, wenn ich mal so sagen darf. Ganz im Gegenteil, im Gegensatz zum von Herrn FIEBIG zitierten Menschenbild der autonomen, über sich selbst bestimmenden Persönlichkeit, wie es auch das Bundesverfassungsgericht immer so hehr an den Horizont malt, hier ist in der Tat der abhängige, total betreute Bürger, der hier diesem System immer mehr unterschoben wird. Andererseits wird der mündige Bürger beschworen. Hier ist ein Gegensatz, wo ich Sie bitten würde, einmal aufklärend zu reden. - Vielen Dank.

KANNENGIESSER: Herr TIEMANN, Sie haben direkt Herrn HEITZER angesprochen. Ich halte dies auch für sinnvoll. Ich möchte die Frage vielleicht noch stärker zuspitzen, Herr HEITZER. Ich habe eben aus Ihren Ausführungen im Grunde genommen den Eindruck gewonnen, daß Sie sagen: Der Arzt ist die Schlüsselfigur des Systems. Bekomme ich als Kasse den Arzt in den Griff, so habe ich das ganze System im Griff. Das ist die Frage - es sollte nicht polemisch gefragt werden - aber man konnte es herauslesen.

HEITZER: Herr KANNENGIESSER und Herr TIEMANN: wenn wir von diesen Dingen reden, müssen wir ein paar andere Aspekte unserer Reichsversicherungsordnung, die Grundlage des Handelns des Versicherten sind, mit heranziehen.

Wenn ich im Arbeitsleben stehe, dann ist die Frage, ob ich zum Arzt gehe, mit etwas anderem noch verbunden, und zwar mit der Frage: Arbeitsunfähigkeit oder nicht. Wir haben keine Ausweichmöglichkeiten in unserem Arbeitsleben, ein seelisch begründetes oder psychisch begründetes Unwohlbefinden anders in eine Freizeit umzugestalten, als zum Arzt zu gehen, ihm unter Umständen etwas vorzusimulieren, ich rede nicht nur einer Seite scharf zu, sondern ich sage es auch für uns selbst, um auf diese Art und Weise dann in die verdiente Ruhe zu kommen, damit man zu Hause dann vielleicht wieder zu sich selbst und seiner Besinnung kommt.

Wir haben einen weiteren Aspekt in unserer Reichsversicherungsordnung, daß alles, was ich tue, nach zweierlei Rechtsmaßstäben gemessen wird. Denken Sie doch einmal daran, wenn Sie von der Würde des Menschen sprechen, warum nur der Arbeiter ohne jede Einkommensgrenze Pflichtversicherter ist und warum Angestellte, wenn sie über der Beitragsbemessungsgrenze Einkommen beziehen, sich freiwillig versichern lassen können oder Privatversicherte sind.



Oder nehmen Sie die Würde-Frage, die ich in diesem Zusammenhang gerne immer wieder einmal anspreche, ohne Kritik üben zu wollen, der unterschiedlichen Rechtssituationen der Krankenversicherungen schlechthin: Ersatzkassen, RVO-Kassen... Nein, meine Herren: was hat Einheitsversicherung damit zu tun? Wenn Sie heute über irgendein Selbstbehalt- oder Kostenerstattungsprinzip oder über irgendetwas reden, so kann das doch nur für alle Versicherungen gleichmäßig Gültigkeit besitzen, sonst wäre es sozialpolitisch gar nicht machbar und auch gar nicht verantwortbar. Sehen Sie, jetzt kommen Sie zu der Frage der Würde des Menschen und zu der Frage, was nun dahintersteckt.

Das Bild eines Menschen, der in unserer Bundesrepublik lebt, ist schizophren. Er ist mit 18 Jahren mündiger, politischer Wahlbürger, hat aber zu demselben Zeitpunkt, nach den Erkenntnissen, wie ich sie mir zugeeignet habe, nicht immer die Fähigkeit, diese politische Entscheidungsfähigkeit gleich in die Lebensentscheidungsfähigkeit umzusetzen. Ich habe das einmal vorsichtig ausgedrückt, um es einmal darzustellen. Es gibt hier echte Probleme über den Begriff, ob der einzelne in seinem Wesen als Bürger, ob der Artikel 2 in unserer Verfassung: die Würde des Menschen ist unantastbar, nicht durch viel zu viele Gesetze, die von allen möglichen Seiten gefordert werden, heute schon so weit eingeengt ist, daß seine Würde zumindestens auch eingeengt ist.

Sehen Sie, wenn wir uns ernsthaft über all die Probleme unterhalten wollen, dann dürfen Sie nie übersehen, daß das Gesundheitswesen nur ein Teil unserer Gesellschaft ist - nur ein Teil. Und alle Veränderungen im System des Gesundheitswesens müssen nachvollziehbar werden in unserer Gesellschaft in anderen Punkten. Sonst funktioniert es nicht. Und wenn das Bestreben war, 90 % und darüber in das Netz der sozialen Sicherung hineinzubringen, dann

sind damit automatisch Probleme verbunden, wie Sie sie dargestellt haben, denn je mehr ich regle, desto enger wird die persönliche Freiheit.

Und ich darf Ihnen dazu sagen, wenn ausländische Delegationen bei uns da sind, und die über unser System reden, dann sind sie über einen Fakt und über eine Voraussetzung unseres Systems am meisten schockiert: das ist unser Standesamt, unsere Meldepflicht. Ich kann Ihnen nur sagen: wenn Sie heute Amerikaner oder aus dem östlichen Bereich, nicht Oststaaten, sondern aus Polynesien oder sonst irgendwoher, oder Südafrika Gäste dahaben zum Studium unseres Systems, dann können die über die Klippe des Polizeistaatbegriffs, Meldewesen, wie Sie ihn nennen, nicht hinwegspringen.

Da wir Registrierte sind, funktioniert unser System. Jede Registrierung führt zu etwas anderem, und ich wage nicht einmal davon zu träumen, von dem, was vorhin einmal angedeutet worden ist, daß alles aufgelistet werden muß, um am Ende dann festzustellen, ob man sich gesundheitsgerecht verhalten hat oder nicht. Meine Herren, es ist ein Trauma für uns, die Würde des Menschen noch gläserner zu machen und durchsichtiger zu machen und ihn noch mehr einzuengen. Dann muß man allerdings erst einmal den § 35 des SGB abschaffen und was weiß ich sonst noch.

Versuch einer Antwort: Ich bitte Sie nur nicht zu vergessen, wenn wir davon reden, von der Eigenverantwortung, in welches Netz dieser Bürger im Laufe der letzten zwanzig oder dreißig Jahre eingebunden worden ist und worauf wir staatspolitisch unheimlich stolz sind. Denn dieses Netz hat gleichzeitig verhindert, daß eine Million Arbeitslose und darüber hinausgehende Zahlen eine Radikalisierung unserer Wähler und unserer Bürger mit sich gebracht hätte. Vergessen Sie das bitte schön nicht, wenn wir davon reden.



KANNENGIESSER: Herr BOURMER, teilen Sie diese Betrachtungsweise, möchten Sie sie modifizieren?

Dr. BOURMER: Ich teile sie allenfalls deswegen nicht, weil dies eine Frage der Betrachtung ist, nicht wahr. Wenn Sie, und ich habe das zu Beginn meiner primären Ausführungen gesagt, ich nehme keinen Teil davon aus, das Netz der sozialen Sicherung über 90 % ausdehnen, dann muß eben der Spannungskoeffizient so groß werden, daß Ihnen die Luft ausgeht.

Sie geht denen natürlich am schnellsten aus, nicht wahr, die noch etwas für sich tun könnten, aber dann auch jede Motivation verlieren, darüber hinaus noch etwas für sich zu tun. Das ist der Grund warum ich sage, ein Netz soll schützen, aber nicht einengen. Und deshalb können in das Netz der Sozialen Sicherung nur die, die wirklich schutzbedürftig sind, alle anderen sollten die Freiheit haben... (Zwischenruf) Das kann man definieren.

Herr HEITZER, der Staat macht das sehr subtil im Sozialhilfegesetz. Da, wo der Staat seine Monopole hat, bei Gas, Elektrizität und Wasser, geht er nicht nach dem Sachleistungssystem vor, weil er genau weiß, daß das System unbezahlbar würde, wenn jeder von diesen Grundleistungen des täglichen Lebens uneingeschränkt Gebrauch machen kann. Und ausgerechnet das System soll im Gesundheitssektor klappen. Das kann nicht klappen. Es klappt auch nicht, deswegen reden wir darüber.

Der Staat geht mit seinem Monopol streng nach dem Äquivalenzprinzip vor: abgenommene Leistungsfrequenz x Preis hat er zu zahlen, und wenn er den Nachweis bringt, daß er das nicht kann, dann wird er nach dem Sozialhilfegesetz unterstützt. Das ist korrekt, das ist sinnvoll, das ist ökonomisch, denn das zwingt zum Nachdenken. Und das gilt für den Fall der Schutzbedürftigen der Gesundheits-

versorgung ebenfalls. Das Sachleistungsprinzip muß für diesen schutzbedürftigen Teil - ich würde einmal eine Zahl nennen - bei DM 3.500,-- im Monat soziale Familienstände einmal kompensatorisch noch offengelassen, der könnte auf den freien Markt der privaten Krankenversicherungen mit ihren Individualtarifen verwiesen werden, ohne daß er Schaden nähme. Das muß zunächst einmal hingenommen werden.

Wenn jemand nicht bereit ist, darüber zu diskutieren, so muß ich ihm sagen: Du bist eben so ideologisiert, daß es kein Thema für Dich ist. Das ist die eine Seite. Aber wenn darüber hinaus der Staat nahezu 54 % unseres Lohnes kontrolliert, wenn Sie Lohnsteuer, Kirchensteuer, Rentenversicherung, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung zusammenzählen, die Mehrwertsteuer habe ich noch gar nicht mitgerechnet, dann wäre ich schon fast bei zwei Dritteln; dann wird mir ja angst und bange.

Dann muß man ja sagen, daß wir administriert werden, und daß darunter die Demokratie als erstes, und die Individualität als zweites, Schaden nehmen. Und es ist eine alte Erfahrungstatsache, denken Sie an den sozialen Wohnungsbau, wir müssen heute eine völlige Fehlentwicklung feststellen - es sind mindestens zur Hälfte Leute darin, die gar nicht mehr hineingehören, aber die rauszukriegen ist wahnsinnig schwer - es ist heute eine Erfahrungstatsache, daß diese Segnungen der sozialen Sicherungssysteme einebnen, müde machen; daß man sich gar keine persönliche Motivation mehr aus den Rippen leiern läßt, selbst etwas dazu beizutragen.

Im Grunde genommen, damit will ich schließen, macht ja unsere Gesellschaft, auch Herr HEITZER, von ihrem Recht auf Krankheit viel öfter Gebrauch - er raucht nämlich auch - als vom Recht auf Gesundheit. - Ich danke.



KANNENGIESSER: Herr BOURMER, das Mikrophon begünstigt hier die Diskutierenden und benachteiligt den Diskussionsleiter; er kommt so schwer dazwischen, wenn es vom Thema weggeht; und den sozialen Wohnungsbau, so wichtig er ist, wollten wir vielleicht hier doch nicht diskutieren. Aber ich möchte noch einmal zu Herrn ULEER übergehen.

Herr ULEER, ich verstehe, um das ein bißchen boshaft zu sagen, Ihre Logik nicht. Sie sagen: Da hat die PKV ein sehr vorzügliches System, nämlich den Selbstbehalt, das klappt bei uns ganz gut, das ist unser einziges Steuerinstrument. Da ist die gesetzliche Krankenversicherung; die hat ja eine ganze Reihe von Steuerungsinstrumenten mehr oder weniger fragwürdiger Natur - das ist in Klammern gesprochen von mir -, aber warum eigentlich soll denn nicht zusätzlich zu diesen anderen Steuerungsinstrumenten in die Gesetzliche Krankenversicherung das bei Ihnen so bewährte Steuerungsinstrument als zusätzliches Instrument eingeführt werden? Dagegen spricht doch eigentlich gar nichts, wenn das bei Ihnen funktioniert, warum sollte das denn nicht da auch funktionieren? Oder ist das Feuer und Wasser, was sich da mischt?

Dr. ULEER: Herr KANNENGIESSER, ich habe nicht gesagt, daß man in der Sozialversicherung keine Selbstbeteiligungsformen einführen soll, ich habe nur gesagt, daß die Form des Wahltarifs nicht zur Sozialversicherung paßt. Und ich sehe auch überhaupt keine Möglichkeit, von diesem Standpunkt abzugehen, denn es ist mit dem Solidaritätsprinzip einfach wie Feuer und Wasser.

KANNENGIESSER: Das hatte ich falsch verstanden. Ich hatte das genereller verstanden; für die Formel Wahltarif habe ich Verständnis. Das verstehe ich.

Dr. ULEER: Das versteht man leider häufiger so. Wenn man gegen die Wahltarife zu Felde zieht, dann wird man als

Gegner der Selbstbeteiligung schlechthin hingestellt und möglicherweise als Partner seltsamer Allianzen.

Aber ich habe vorhin gesagt, daß man versuchen muß, ganz unorthodox an verschiedenen Stellen in der Sozialversicherung anzusetzen mit Selbstbeteiligungsformen und vor allem in dem Versuch, das Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit besser auszuformen.

Der Zahnbereich scheint mir doch ein Bereich zu sein, der sich vor allem anbietet. Oder, ich würde sagen der Krankenhausbereich; diese Geschichte da mit den Hotelleriekosten. Es will mir überhaupt nicht einleuchten, daß man am Krankenhaus auch noch etwas verdienen soll. Warum fängt man denn damit nicht an. Das sind doch ganz kleine Schritte, die bringen aber immerhin eine gute Milliarde Mark.

Warum versucht man sich immer an ganz großen Thesen und macht nicht das Naheliegende? Es gibt auch noch andere Dinge: Wir stehen jetzt in der Konzertierten Aktion vor der Problematik, daß die Kostenexplosion bei den Heil- und Hilfsmitteln nicht mehr in den Griff bekommen werden kann. Sollte man da nicht auch versuchen, gerade in diesem teuren Randbereich, mit konkreten Selbstbeteiligungsvorstellungen heranzugehen?

Und ich würde dann erst sagen, Herr KANNENGIESSER, sollen wir als einen letzten Schritt vielleicht diese große Lösung ins Auge fassen. Bloß wenn man immer gleich von der großen Lösung spricht, dann stoßen wir auf so viel Widerstand, daß wir die kleinen Schritte überhaupt aus dem Gesichtskreis verlieren.

KANNENGIESSER: Nein, davon bin ich weit entfernt. Ich möchte gerne weitere kleine Schritte machen. Und zwar hatte Herr TIEMANN angesprochen, ich glaube auch Herr BOURMER, und auch vorher Herr Prof. Dr. MÜNNICH, man



könne ja den Leistungskatalog beschränken oder modifizieren, abstufen. Können Sie das etwas konkreter fassen Herr TIEMANN, an was denken Sie? Denken Sie z.B. an das, was Herr ULEER zum Schluß angesprochen hat: Heilmittel, Kuren, Massagen usw.?

Dr. TIEMANN: Herr KANNENGIESSER, ich sagte schon, ich denke einmal an die besonders aufwendigen Versorgungsformen, die auch erst in jüngster Zeit durch die Entscheidungen der Sozialgerichte und der Schiedsämter in den Leistungskatalog der kassenzahnärztlichen Versorgung aufgenommen worden sind.

Das sind bestimmte Formen der Versorgung, hochwertige Versorgungsformen wie Metallkeramik beispielsweise, die erst durch eine Entscheidung des Bundesschiedsamtes vor drei Jahren in den Katalog hineingenommen worden ist. Bei diesen aufwendigen Versorgungsformen müßte es doch möglich sein und läge es ja auch im Rahmen des schon bestehenden Rechtssystems und Leistungssystems, durch variable und differenzierte Zuschußgewährung der Krankenkassen, hier für eine wirksame Kostendämpfung zu sorgen.

Das gleiche gilt, und das ist der Bereich, den Herr ULEER angesprochen hat, für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung, den wir nun ja als einen besonders aufwendigen Bereich mit uns herumschleppen: nämlich die Material- und Laboratoriumskosten, die durch die Zahntechniker hervorgerufen werden. Das ist einfach auch ein Bereich, wo es nicht gelungen ist, auf der Grundlage einer mangelhaften gesetzlichen Regelung im § 368 g, 5a - ich will Sie da mit den Einzelheiten gar nicht langweilen -, da ist einfach eine Regelung getroffen worden, die den Zahnarzt als ein Marktregulativ einfach herausgenommen hat aus dem System, wo die Krankenkassen mit den Zahntechniker-Innungen Verträge schließen sollten, von denen man sich erhofft hat, daß da ein Preisdruck erzeugt wird, der

dann zu der gewünschten kostenmäßigen Entlastung führen sollte.

Das ist nicht eingetreten, weil wie so häufig überall da, wo man marktwirtschaftliche Elemente eliminiert und öffentlich rechtliche Preisvorschriften einführt, genau das Gegenteil eintritt. Da wird immer wieder leicht ein Schlupfloch gefunden, und die Zahntechniker haben es gefunden, weil es - Herr HEITZER wird es mir verzeihen oder sogar zustimmen - weil es in der ersten Phase der Praktizierung dieses Gesetzes nicht gelungen ist, in den Verhandlungen mit den Zahntechnikern entsprechend zu Rande zu kommen.

Es ist den Zahntechnikern gelungen, hier ganz entschieden preistreibend zu wirken, indem sie ganz einfach ihr Leistungsverzeichnis ausgedehnt haben. Dies war eine Methode, durch die ja dann Kostensteigerungen beim Zahnersatz maßgeblich mitbeeinflusst wurden, und das sind ja nach den jüngsten Zahlen doch wieder beachtliche Ausgabenfaktoren für die Krankenkassen.

Auch hier sind überall Fehlsteuerungen in den Subsystemen, die dann, mosaiksteinchengemäß zusammengelegt, dieses ganze Bild des Gesundheitswesens ausmachen. Ich meine, gerade hier könnte man das im Sinne des Postulats von Herrn ULEER als Politik der kleinen Schritte, als Politik des Machbaren schon heute umsetzen, etwa beim Zahnersatz, bei den Material- und Laboratoriumskosten usw.. Das wäre etwa ein Weg, der gangbar wäre, und das ist ein Wunsch, den wir geäußert haben, durch stärkere Mitverantwortung des Zahnarztes, der ja den Zahnersatz eingliedert, für das Leistungsverzeichnis und für die Preisgestaltung auf dem Material- und Laboratoriumssektor.

Hier hat man in den letzten Jahren immer wieder den falschen Weg beschritten, indem man einfach die Markt-



wirtschaft ausgesetzt hat. Und da schließt sich der Kreis wieder, da berührt sich das mit dem, was ich eben schon sagte: Es ist einfach ein Irrglaube, und das zeigen ja alle Wirtschaftssysteme der Ostblockstaaten, daß es möglich sei, daß der Staat als der Sachwalter und Allmächtige und Allweise das Wirtschaftsgeschehen steuert. Es ist einfach erwiesen, daß überall da, wo die marktwirtschaftlichen Elemente, wo das ökonomische Eigeninteresse ausgeschaltet wird, wo die Nulltarifs-Mentalität gezüchtet wird, wo die Anspruchsmentalität gezüchtet wird, ein System nicht mehr funktioniert. Und all das ist das Problem hier auch.

KANNENGIESSER: Herr HEITZER, ganz kurz gefragt: Könnten Sie auf eine solche Forderung, eine begrenzte Forderung, wie sie Herr TIEMANN zuerst formuliert hat, einer etwas stärker marktwirtschaftlich orientierten Position im Bereich des Zahnersatzes, zustimmend antworten?

HEITZER: Die marktwirtschaftlichen Kontrahenten im Bereich des Zahnersatzes können nur die vertragschließenden Parteien sein. Der Versicherte selbst ist ein Zahlungsbeteiligter, aber nicht Beteiligter in der Frage der Auswahl dessen, was nun als Vertragsvereinbarung mit dem Labor, in Preisfragen mit dem Labor läuft. Der Versicherte macht keinen Preis für das Labor.

Der Gesetzgeber hat, wie Herr TIEMANN richtig ausführte, ein schlampiges Gesetz gemacht. Ich bin aber der guten Hoffnung, daß wir zumindestens für das Land, aus dem ich komme, uns mit den Zahntechnikern einigen. Nur, und da beginnt nun die Schwierigkeit: Selbst eine Einigung mit den Zahntechnikern und eine Preisgestaltung, die noch einigermaßen tragbar wäre, löst das eigentliche Problem nicht in diesem Bereich.

Das eigentliche Problem in der Politik ist nach meiner

Auffassung, das sage ich in allem Freimut, daß die bestehende Gebührenordnung insgesamt gesehen dasselbe Bild zeigt wie die Gebührenordnung bei den Medizinern. Es werden die technischen Leistungen insgesamt günstiger in ihrer Gesamtabrechnungssituation - und damit Umsatzstrategie - höherwertiger sein als jetzt. Und damit ist die Situation für die Beteiligten .. (Zwischenruf).

Entschuldigen Sie einmal: Wir haben eine Aufgabe und da müssen Sie dem Gesetzgeber sagen, daß wir als Krankenversicherung nicht die Aufgabe haben, für die gleichmäßige und gleichwertige Versorgung mit gesundheitlichen Gütern für die Versicherten zu sorgen. Dann sagen Sie dem Gesetzgeber, daß wir als Krankenkassen berechtigt sind zu sagen: Du brauchst den Zahnersatz nicht; Du verdienst genug, Du kannst den Zahnersatz allein bezahlen. Dazu sind wir nicht berechtigt.

Der Gesetzgeber hat die Voraussetzungen, unter denen wir handeln, genau festgelegt. Diskutieren Sie das bitte mit den drei politischen Parteien zunächst einmal im Deutschen Bundestag, aber nicht mit der Krankenversicherung. Da muß ich Ihnen ehrlich sagen: nein. Wir können im Rahmen unserer Möglichkeiten vorgehen. Die Krankenversicherung kann nur im Rahmen der Vertragsmöglichkeiten vorgehen. Was sie noch kann, ist die Zuschußfrage von 80 % auf weniger reduzieren. Das kann sie. Aber meine Herren, was ändert das denn an der Tatsache, daß die Preise genau die gleichen bleiben? Meine Herren, weniger Beanspruchung der Krankenversicherung heißt doch nicht weniger Kosten, heißt doch nicht Reduzierung der Laborpreise, die sie alle beklagen. (Zwischenruf) Nein. Der große Irrtum liegt darin, daß Sie doch sagen: Wenn der Versicherte anstatt 20 % 30 % oder 40 % dazuzahlt, dann wird das Labor billiger. Das stimmt doch gar nicht. Das Labor pfeift Ihnen doch an den Hut und schickt genau dieselbe Rechnung wie bisher.



(Zwischenruf) Wer sagt Ihnen, daß irgendwo bei einem Selbstbeteiligungssystem, gleich welcher Art, in der westlichen Welt, denken Sie an Frankreich, gehen Sie in die Schweiz -, daß nicht immer und überall der Trend zum höchstwertigen Möglichen bei allen Systemen vorhanden ist. (Zwischenruf) Entschuldigen Sie: Selbstbeteiligung in Frankreich hat die Kosten genauso hoch getrieben im Gesundheitswesen wie in der Schweiz, wie in allen anderen westlichen Ländern, die wir vergleichen können. Doch bitte bei der Tatsache bleiben.

KANNENGIESSER: Her HEITZER, sind Sie damit einverstanden, daß ich hier mal eben unterbreche. Da vorne sind ja verschiedene Herren, die ganz unruhig sind und gerne in die Startlöcher möchten. Da vorne ist ein Herr , der auch zu den Unruhigen zählt und der sich schon lange gemeldet hat. Darf er mal Dampf ablassen, ja? - Sagen Sie bitte Ihren Namen.

BOEHL: Herr HEITZER, Sie behaupten einfach, daß die Kosten nicht gedämpft würden, wenn man gewisse Leistungen herausnehmen würde. Das stimmt nicht. Wir wollen einmal den einen Fall herausnehmen: Ein Patient hätte eine Wahlmöglichkeit zwischen feststitzendem Zahnersatz und herausnehmbarem Zahnersatz, weil die klinische Situation eben diese Wahlmöglichkeit noch ergibt.

Wo keine Wahl für den Patienten oder den Therapeuten mehr vorhanden ist, brauchen wir natürlich nicht zu diskutieren. Wenn Sie 80 % der Kosten übernehmen, dann müßte ich fast behaupten, daß bei fast 80 % der Patienten sofort die Frage kommt: Was ist denn teurer, was ist das Beste; gut, das machen wir Herr Doktor. Wenn jetzt aber die Kosten nur zu 30 %, 40 % oder 50 % - welche Schwelle das ist, kann ich nicht sagen, das müssen Versicherungsmathematiker sagen oder Leute, die die Statistiken selber kennen, Psychologen auch - also irgendwo

ist die Schwelle. Wenn die unterschritten wird, dann kommt der Patient und sagt: Ja, Herr Doktor, das ist mir ein bißchen zu teuer. Dann nehmen wir doch lieber das einfache Modell. Und in Hunderttausenden oder Millionen von Fällen hilft das einfachere genauso.

Ein klassisches Beispiel ist die totale Prothese im Oberkiefer: Herr Doktor, haben wir es nicht noch ein bißchen teurer, so mit Stahl oder so? Wie weit der einzelne Kollege den Stahl wirklich als Vorteil bei der totalen Prothese ansieht sei dahingestellt; da müßte ich gar nicht erst in eine Diskussion einsteigen. Aber es ist auch hier ein klassisches Beispiel: Haben wir es nicht noch ein bißchen besser? Ob wirklich der teure Stahl in dieser Situation besser ist, von gewissen zwingenden Situationen wieder abgesehen, das ist sehr zu fragen.

Und wenn man jetzt die Zuschüsse heruntersetzen würde, dann käme nämlich das Interesse des Patienten hinzu, sein Portemonnaie etwas zu schonen, ohne schlechter oder gar unzureichend versorgt zu sein. Das können Sie nicht abstreiten, Herr HEITZER. Ich frage mich seit zwanzig Jahren, seitdem ich in diesem Sozialversicherungssystem mit tätig sein muß als Lastträger: Wieso gibt es eine gewisse privilegierte Schicht bei den Versicherten, die weniger Beitrag zahlen, gemessen an ihrem Einkommen, als die Pflichtversicherten. Herr HEITZER, bitte erklären Sie mir das einmal.

Die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung liegt, wenn ich richtig informiert bin und mich jetzt nicht irre, bei 3.200,-- DM. Alle, die bis 3.200,-- verdienen, zahlen, je nach Kassensatz, zwischen 11 und 12 % Beiträge von ihrem Einkommen. Und diejenigen Angestellten, die - nehmen wir einmal an, es sind natürlich nicht sehr viele, aber doch immerhin einige, - darüberliegen - manche liegen bei DM 6.000,--, manche bei DM 8.000,--, manche sogar bei



DM 12.000,--, die zahlen auf die DM 3.200,-- Beitragsbemessungsgrenze 11,2 bis 12 % Beitrag. Wenn sie das auf ihr Einkommen umrechnen, dann zahlt also einer, der DM 12.000,-- im Monat als Angestellter verdient, nicht mehr als 2,98 % seines Einkommens an die Krankenversicherung.

Warum geht man jetzt nicht dazu über und sagt: (Zwischenruf)... Er hat ja alterworbene Rechte, deswegen kann ich ihn nicht hinauswerfen. Das soll man ja auch nicht. Aber dann soll man einkommensgerecht die Beiträge erheben und nicht bei DM 3.200,-- bis 3.400,-- stehenbleiben. Dann würde nämlich auch dieser Hochverdienende sich überlegen, ob er wirklich dort noch richtig versichert ist, oder ob er sich nicht besser privat versichern würde.

Außerdem hat diese Beitragsbemessungsgrenze den negativen Effekt, daß die schlechten Risiken freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, und die guten Risiken machen von ihrem Wahlrecht Gebrauch und sagen: Wann werde ich mal krank; ich bin Junggeselle, ich verdiene DM 12.000,--, gehe in die private Krankenversicherung, kriege da noch einen besonders guten Tarif; und damit haben Sie jetzt die negative Auslese. Bitte erklären Sie mal, warum jetzt immer noch diese Beitragsbemessungsgrenze vorhanden ist.

KANNENGIESSER: Ich stelle mit Befremden fest, daß Sie mir mehr Geld aus der Tasche ziehen wollen. Aber im übrigen müssen Sie eins berücksichtigen, wenn ich mir das als Moderator erlauben darf: Die Leistungen sind überall gleich. Die Leistungen sind prinzipiell jedenfalls in der Krankenversicherung gleich. Es liegt auch in der heutigen Beitragsbemessungsgrenze schon ein deutlicher Umverteilungseffekt, sozialer Umverteilungseffekt drin. Man kann sicherlich um deren Höhe streiten, das ist eine Bewertungsfrage. Natürlich liegt der drin. Wenn ich für

den Höchstbeitrag zahle und prinzipiell keine höhere Leistung in Anspruch nehme als einer, der vielleicht DM 50,-- oder DM 20,-- in die Kasse einzahlt, da liegt doch ein enormer Umverteilungseffekt drin. (Zwischenruf) Ja, aber wie weit reicht die Solidarität? Das ist ja wohl eine legitime Frage. Aber Herr HEITZER war gefragt, nicht ich.

HEITZER: Ja, die Fragen sind wirklich die Fragen unserer Gesellschaft. Ich halte, das liegt in der Natur der Sache, die 75 %-Grenze der Rentenbemessungsgrenze als eine Fehlentscheidung der Politik. Wenn es notwendig ist, daß ich in der Rente bis jetzt DM 4.000,-- versichert bin, dann gibt es überhaupt keinen Grund, warum ich nicht in der Krankenversicherung bis in diese Größenordnung versichert bin. Der Unterschied entstammt aus unterschiedlicher Risikobeurteilung. Es liegt ein großes Problem in der Frage: Warum ist die Beitragsgrenze, also die Einkommensgrenze, gleich der Beitragsbemessungsgrenze?

Ihre Frage kann man auch so interpretieren, und die Sozialversicherung hätte dagegen gar nichts, davon bin ich überzeugt, daß die Beiträge, wenn nicht in demselben Prozentumfang, aber doch angemessen im Prozentwert angeglichen, auch die ganzen Einkommen umfassen. Die Politiker haben sich die Sache sehr einfach gemacht, wie es um die kleiner Verdienenden ging. Ich darf Sie an das nicht zustande gekommene Gesetz erinnern, daß die Rentner aus all ihren Einnahmen, angeblich ab 1.1.1982, den Krankenversicherungsbeitrag zahlen müßten. Es kommt nicht mehr zustande, das Gesetz. Für den Rentner, der liegt sicher unter DM 3.200,--, hätte das bedeutet, daß seine Betriebsrente, die bisher beitragsfrei ist, in die Beitragspflicht hineingezogen worden wäre. Der Darüberliegende wäre davon wieder verschont geblieben. Das sind die sozialen Ungereimtheiten; die gehören weg. Wenn Sie an DM 12.000,-- Einkommen denken, haben Sie sicherlich an die Zahntechniker-Meister gedacht, die mit



solchen Einkommen bedacht sind. Ich kenne sonst wenige Berufe, die so sind.

Aber eine andere Frage, die Sie anfangs stellten, muß beantwortet werden. (Zwischenruf) Ein Krankenkassendirektor kann kein höheres Gehalt als B 6 beziehen. Ich bitte Sie dann, die entsprechenden Regelungen des Bundesbesoldungsneuregelungsgesetzes § 2, Ziff. 8, da steht ja so etwas drin, bei einer RVO-Kasse, nachzusehen. Er kann es hingegen bei einer Ersatzkasse. Da beziehn sie auch höhere.

Aber ich darf Ihre andere Frage beantworten, Herr Kollege. (Zwischenruf) Moment. Mich wundert immer wieder eines: In der Reichsversicherungsordnung steht, daß der Versicherte nur Anspruch hat auf die notwendige und wirtschaftlich günstigste Behandlung. (Zwischenruf) Entschuldigen Sie. Wenn es notwendig und medizinisch begründet und ausreichend ist, daß er verschiebt und verblockt ist, dann ist es richtig. Wenn es nicht notwendig ist, dann ist doch die Frage der Wahrheit der Reichsversicherungsordnung an die Zahnärzte zu stellen. Wir sind gerne bereit, Ihnen dabei hilfreich zu sein. Da gibt es gar keinen Zweifel darüber. Ich glaube, wir Bayern haben da manches bewiesen.

KANNENGIESSER: Ich fürchte, wir rutschen jetzt ab in Grenzbereiche der Eigenverantwortung, um nicht schon zu sagen, wir kommen unter diese Grenze. Wir haben vorher diskutiert über einzelne, konkrete Beteiligungsbereiche: Arzneimittel, Prothetik. Wir haben den eigentlich erst zentralen Bereich der Krankenversicherung, nämlich den der ambulanten Behandlung, meinetwegen auch den der stationären Behandlung - er war schon angesprochen - ausgeklammert.

Meine Frage ist: Inwieweit läßt sich der zentrale Bereich

der ambulanten Versorgung durch Selbstbeteiligung, durch die Eigenverantwortungsmodelle tatsächlich steuern? Herr BOURMER, sehen Sie Abstufungen zwischen den Bereichen, die wir eben diskutiert haben und dem Bereich der ambulanten Versorgung? (Zwischenfrage) Ich wollte darauf hinaus: Sind Eigenbeteiligungsmodelle tauglich für den Bereich der ambulanten Versorgung, oder muß man dies in diesem Bereich anders ansehen als z.B. im Arzneimittelbereich oder bei der Prothetik oder bei Kuren und bei Massagen? Gibt es da Unterschiede, die man respektieren muß, die man beachten muß?

Dr. BOURMER: Ja, ich glaube, daß man in der ambulanten Behandlung - ich kann das natürlich nur als Arzt sagen - mit der Eigenbeteiligung außerordentlich subtil vorgehen sollte, weil der Patient ja primär, wenn er den Arzt aufsucht, gar nicht genau weiß, was dabei herauskommt. Ich weiß immer erst hinterher, ob das ein sogenannter Bagatellfall ist oder nicht. Und Sie kennen die begreifliche Diskussion: Was ist ein Bagatellfall, was ist keiner. Jeweils das, was man beweisen will, das ist als Argument da.

Der Husten ist ein Bagatellfall, wenn es nur ein Husten ist. Wenn dahinter ein Bronchialkarzinom steckt, dann ist es kein Bagatellfall mehr. Diese Relativität, glaube ich, muß man bei der ambulanten Behandlung ohne Selbstbeteiligung schon sehr vorsichtig ins Auge fassen.

Aber, was ich jetzt sage, meine ich keineswegs polemisch, sondern nehmen Sie es bitte auch so, es gibt Leistungen, die im ambulanten Bereich gewährt werden, die überhaupt gar nicht in die Versicherung hineingehören, die ich auch für einen echten Verstoß gegen das Solidaritätsprinzip halte: nicht medizinisch indizierte Sterilisationen, nicht medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche. Der Solidargemeinschaft wird solches zur Last gelegt. Dazu muß



ich sagen: Mir kann keiner mehr einen Verstoß gegen die Solidargemeinschaft nachweisen. Hier ist es gesetzlich fixiert. Die Krankenkassen sind dabei von außen bestimmt: es sind gesetzliche Entscheidungen.

Die Mutterschaftshilfe ist keine Leistung der Krankenkasse, sie ist eine allgemeine Aufgabe. Ich halte sie für notwendig. Aber sie gehört nicht dort hinein. Nehmen Sie es bitte nicht übel: Das muß die Allgemeinheit aus Steuermitteln bezahlen.

Wenn ich jetzt etwas dazusetze: Man kann sogar über die Vorsorgeuntersuchungen geteilter Meinung sein. Sie sind notwendig, sind eine allgemeine Aufgabe, aber ob das eine versicherungsfähige Krankenkassenleistung ist, darüber muß man einmal diskutieren. Und ich glaube, daß diese Dinge durchaus diskutabel sind.

Selbst mit den schärfsten, linksten Ideologen können Sie in dem Augenblick bekanntlich wieder diskutieren, wenn die Gelder rar werden. Wir sind auf dem Wege dahin, und nirgendwo wird eine Diskussion moderierter, als wenn die Flöhe weg sind. Das ist vielleicht das Verdienst der heutigen Diskussion, daß man zu einem Zeitpunkt diskutiert, wo möglicherweise noch ein Regulativ einzubauen ist.

Wir sind einem Anspruchsdenken verfallen; das ist zwar verständlich und wird auch von verschiedenen Medien genährt, Herr KANNENGIESSER hat das eben angedeutet, aber man muß doch eine Abstufung machen zwischen dem, was machbar ist, was wünschenswert ist und was notwendig ist. Machbar ist heute in der Technik fast alles: vom Mann im Mond angefangen bis zur vierten Herztransplantation. Aber ob das wünschenswert ist, das ist doch eine diskutabile Frage. Wünschenswert ist, nicht wahr, daß wir uns alle so verhalten, daß wir unsere Gesundheit schonen, daß wir unser Idealgewicht haben, daß wir nicht rauchen und den

Alkoholkonsum in Schranken halten. Ich schließe mich da gar nicht aus. Ich bin ja ein bestes Beispiel dafür, als einer, der von seinem Recht auf Krankheit Gebrauch macht.

Gut, ob das, was wünschenswert ist, auch alles notwendig ist, ist wieder eine Frage. Ich halte die Chancengerechtigkeit in der Wiederherstellung der Schäden allerdings für notwendig. Und da gibt es die Frage, ob das, was da im Gesetz steht, überhaupt noch praktikabel ist, notwendig, ausreichend und wirtschaftlich. In der Unfallversicherung, der gesetzlichen, heißt es ganz anders. Da heißt es: mit allen geeigneten Mitteln. Aber, da zahlt der Arbeitnehmer keine nackte Mark mit rein. Das bezahlt der Arbeitgeber ganz allein. Und da kann man natürlich erfahrungsgemäß gut fordern, wenn es ein anderer bezahlt. - Ich danke Ihnen.

KANNENGIESSER: Zu diesem Thema jetzt? Ich würde nur ungern von diesem Thema jetzt, Eigenverantwortung in der ambulanten Behandlung, weggehen. (Zwischenrufe). Also gut, die Basis hat das Wort.

UTECH: Ich finde, Herr HEITZER, es dürfen zwei Dinge, die Sie eben gesagt haben, hier nicht im Raum stehenbleiben, zumal auch die freie Presse hier ist, der ein gewisses Fachwissen in mancher Beziehung wahrscheinlich nicht a priori zuzumuten ist.

Sie haben zwei Dinge gesagt, und die möchte ich richtigstellen:

1. Es ist der Gesetzgeber gewesen, der die außervertraglichen Leistungen oder die außen liegenden aufwendigen Leistungen in die Verträge hineingezwungen hat. Das ist nicht korrekt; der Antrag an das Bundesschiedsamt um Hineinbeziehung dieser Leistung ist gestellt worden vom BdO.

2. Ich finde, auch das muß hier einmal klar gesagt werden,



Sie haben eben gerade mit einem Zwischensatz einfließen lassen den § 181,2 usw., wirtschaftlich verträglich usw.. Jeder von uns weiß Bescheid. Und Sie haben eigentlich mit Ihrer Bemerkung, jedenfalls habe ich Sie so verstanden, dem Zahnarzt nun wieder einmal, dem Sparkommissar, das aufgedrückt, was Sie so ganz gerne hätten. Die Tatsache ist, daß der Zahnarzt ohne Zweifel in seiner Therapie über die Wirtschaftlichkeit entscheidet. Das will er auch gerne. Aber die Tatsache ist, Herr HEITZER, und das ist Ihnen tausendfach zu beweisen, daß, wenn einmal ein Zahnarzt versucht, speziell in diesen aufwendigen Leistungen den Punkt der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit besonders zu beurteilen und das nicht als Kassenleistung über das Instrument der Abdingung an die Krankenkassen herangetragen wird, gerade diese Krankenkasse - und das ist der Normalfall, nichts anderes ist der Normalfall - von den Krankenkassen in fast gezwungener Form dazu gebracht wird, es eben doch über den Vertrag zu erbringen. Und das mußte einmal klar gesagt werden.

KANNENGIESSER: Ja, ich fürchte, jetzt will Herr HEITZER dazu etwas sagen.

HEITZER: Ich möchte dabei nicht vergessen, was Herr Dr. BOURMER gesagt hat. Meine Herren, in gewissem Sinne kommt es mir manchmal vor, als ob wir versuchen würden, die Quadratur des Kreises gerade in diesem Bereich zu schaffen. Was kann denn eine Krankenkasse tun? Sie kann sich einen Kostenplan anfordern, und sie kann diesen beanstanden oder nicht beanstanden, und sie kann sagen: das braucht man oder das braucht man nicht. (Zwischenruf) Ja. Dann kann ja der Versicherte das zweite Blatt unterschreiben, gemäß unserer Vereinbarungen, auf dem draufsteht, daß er sich darüber im klaren ist, daß er die darüber hinausgehenden Leistungen selbst bezahlt. - Na also. - Wir haben ja da im Grunde genommen die Geschichte, aber ein kleines bißchen anders, als es immer wieder diskutiert wird.

Die Frage, die sich für mich stellt, ist eine ganz andere. Für mich stellt sich die Frage: Gibt es Instrumente oder Möglichkeiten zwischen Zahnärzten und Krankenkassen, zu einem gemeinsam getragenen Modell zu kommen, das ermöglicht, daß das Notwendige getan wird und das Überflüssige wegbleibt? Und ich gebe Ihnen ohne weiteres zu, daß wir im Bereich der Krankenkassen nicht alles in Ordnung haben.

Aber das beginnt natürlich bei etwas ganz anderem: Ihr Kollege, drei Straßen weiter, ist zwar auch Ihr Konkurrent, aber nicht in dem Umfang, wie heute die Krankenkassen zueinander und gegeneinander konkurrieren. Das ziemlich bedingungslose Anerkennen der Sache von zahnärztlichen Leistungen führt natürlich dazu, daß der Maßstab, den möglicherweise eine Orts-, Betriebs- oder Innungskasse bei einem freiwillig Versicherten anlegt, daß dieser dazu führt, daß sie den Versicherten als Mitglied verliert und damit in der Regel ein günstigeres Versicherungsrisiko an einen anderen Versicherungsträger abgibt. Ich spreche die Dinge aus, wie sie sind.

Sehen Sie, wenn der Gesetzgeber bereit wäre, den Krankenkassen gleiche Rechtsvoraussetzungen zu geben und gleiche Möglichkeiten zu geben, dann würde mancher Problemfall, den Sie heute hier haben, nicht mehr vorhanden sein. Gegliedertes Krankenversicherungssystem heißt nicht, daß für alle Recht vorhanden sein muß; gegliedert kann es immer sein. Nur muß es noch einen einheitlichen Rechtsbegriff geben. Und sehen Sie, Sie selbst sind doch die Nutznießer dieses Systems. Herr MÜLLER, vom Verband der Angestelltenersatzkassen, erklärt mir immer wieder, daß er - unter allen Umständen - einen Punktwortvorsprung für die Mitglieder dieser Kassen haben will gegenüber den RVO-Kassen, damit eben ihre Versicherten angeblich besser behandelt werden. Das sind doch alles Dinge, die ungeheimt sind in dem Netz der sozialen Sicherung.



Schaffen wir sie ab und wir können uns das Kassen- und Zahnärztesystem ganz anders zusammensetzen und können vielleicht manches Problem, das Sie haben, günstig regeln. Wir sind dazu bereit.

KANNENGIESSER: Meine Damen und Herren, wir kommen vom Thema weg. Das Thema der Zahnärzte ist klar; die Zahnärzte veranstalten dies hier ja auch. Aber das Thema lautet: Eigenverantwortung.

Und da möchte ich gerne eine weitere Frage in die Diskussion einbringen, allerdings auch die an Herrn BOURMER gestellte Frage noch nicht vom Tisch wischen: Wie sieht es mit dem ambulanten Bereich aus? Was kann man da machen? - Aber z.B. die Frage: Muß eigentlich das Sachleistungssystem für alle gelten? Kann man nicht, zumindest für bestimmte Versicherungsgruppen, auch ein modifiziertes Kostenerstattungsverfahren einführen, also eine Art Geldleistungssystem. Herr TIEMANN, drängt es Sie, dazu etwas zu sagen?

Dr. TIEMANN: Ja, auch dazu drängt es mich, etwas zu sagen. Wenn Sie mir gestatten, nur noch eine ganz kurze Bemerkung zu Herrn HEITZER, in aller Freundschaft selbstverständlich. Aber wir sollten uns eigentlich nicht um die eigentlichen Fragen herummogeln, und mir scheint, hier wird ein Dissens immer wieder zugedeckt, der eigentlich der fundamentale ist. Dieser besteht darin: Herr HEITZER leugnet die ökonomischen Verhaltenseffekte, und er sagt: Der Arzt ist eigentlich der Geforderte; der muß eigentlich als Sparkommissar fungieren. Wir haben zwar alles in den Verträgen drin, aber dann soll gefälligst der Arzt dafür sorgen, daß die Ansprüche der Patienten nicht in den Himmel wachsen. Hier scheint mir eigentlich die entscheidende Weggabelung zu liegen, und hier liegt wohl der Dissens. Das soll man ganz offen aussprechen.

Ich stelle die These auf: Ökonomische Verhaltenseffekte, und das ist eigentlich auch der herrschende Glaube, wenn ich so sagen darf der Gesundheitsökonomie, sind nur zu erzielen, wenn sie entsprechend institutionalisiert sind, sachgerecht ausgeformt sind. Dann gibt es diese Steuerungseffekte. Und im Grunde genommen glauben Sie ja das wohl auch als Kassenseite, und der Gesetzgeber glaubt es, denn sonst hätte er ja in manchen Bereichen - siehe Zahnersatz etwa - nicht statt des Sachleistungssystems - und jetzt bin ich beim Thema, Herr KANNENGIESSER - ein Zuschußsystem gewählt. Wir haben ja schon diese zwei rechtlich unterschiedlich ausgestalteten Versorgungsformen, nämlich Sachleistungs- und Zuschußsystem in der kassenzahnärztlichen Versorgung.

Und jetzt könnte man einen Schritt weiter gehen und sehr wohl legitimerweise fragen: Gäbe es noch andere Möglichkeiten? Sollte man das Zuschußsystem ausbauen - wofür ich meine, im zahnärztlichen Bereich zunächst einmal plädieren zu sollen - indem man die Zuschüsse sachgerecht im Rahmen der vorhandenen Satzungsautonomie ausgestaltet.

Darüber hinaus bin ich aber der Auffassung, daß es durchaus noch weitere Wege gäbe, die der Überlegung wert sind, etwa, wenn man an das Kostenerstattungsprinzip denkt. Ich stimme Herrn Prof. Dr. MÜNNICH eigentlich zu, daß ich mir keine übermäßigen Steuerungseffekte vom Kostenerstattungsprinzip verspreche. Aber eines verspreche ich mir sicher, nämlich doch eine Stärkung des Bewußtseins, des Verantwortungsbewußtseins des Versicherten, eine größere Kostentransparenz, und ich meine, wenn dieser begrenzte Effekt erzielt würde, wäre es schon einer Überlegung wert, ob man nicht diesen Weg beschreiten sollte. Die Stärke der Steuerungswirkung allerdings, das möchte ich noch einmal betonen, verspreche ich mir von einer differenzierten Zuschußgewährung.



KANNENGIESSER: Dies auch für den ambulanten Bereich, den zahnärztlichen ambulanten Bereich, als Denkmodell? - Ich könnte mir denken, daß es Herrn ULEER reizt, zu der Frage: Aufspaltung des Systems in Sachleistungssystem für die mehr Schutzwürdigen und Kostenerstattungssystem für die weniger Schutzwürdigen des Systems, etwas zu sagen.

Dr. ULEER: Es wurde eben der Zwischenruf gemacht: Das wird ja praktiziert. Ich würde sagen: Diese wahlweise Kostenerstattung für die höher Verdienenden führt zu einer gewissen Privilegierung einer bestimmten Schicht. Für eine Schicht, die ursprünglich einmal bei den Ersatzkassen obligatorisch zur Kostenerstattung verpflichtet gewesen ist. Die Ersatzkassen berufen sich immer auf diese Tradition bei den freiwillig Versicherten.

Wenn man zur obligatorischen Kostenerstattung für den übergehen würde, der gerne Privatpatient sein möchte, dann sähe das schon ganz anders aus. Und dann wäre sicher auch nicht die große Abwanderung von der Privatversicherung zur Sozialversicherung gekommen. Viele sind eben rübergegangen, weil sie dachten: Wenn Du mal besonders mit einem Arzt in Kontakt treten willst, mit einem Chefarzt oder jemand anderem, dann kannst Du immer noch als Privatpatient hingehen. Man muß sagen: Entweder-Oder.

Und in dem Moment, wo eine obligatorische Kostenerstattung käme, zumindest für diesen Personenkreis der freiwillig Versicherten, da sähe vieles anders aus. Denn das ist im ambulanten Bereich mit einer ganz erheblichen Kostenbeteiligung, direkten Kostenbeteiligung verbunden. Das müssen wir sehen. Ein Risiko, das bei der wahlweisen Kostenerstattung überhaupt nicht eintritt.

KANNENGIESSER: Wenn ich das richtig weiß, heißt ja wahl-

weise nicht, daß einer heute mit Krankenschein und morgen mit Kostenerstattung... (Zwischenruf: Das wird praktiziert.) Ich kenne das nur anders, aber ich lasse mich gerne belehren.

HEITZER: Herr KANNENGIESSER, das ist eigentlich der casus belli an der ganzen Geschichte. Daß man auswählen kann: Wenn es teuer wird, geht man nicht als Privatpatient, wenn es billig ist, geht man als Privatpatient. Das ist der Kampf der Gewerkschaften gegenüber den Ersatzkassen, die dies zulassen, ohne daß sie den Versicherten annageln: Du nimmst Kostenerstattung in Anspruch, dann bleibe bei Deiner Kostenerstattung.

Ich würde dem, was Herr Dr. ULEER gesagt hat, gar nicht so weit widersprechen. Es läge in der Macht des Gesetzgebers, diese jetzige Ungereimtheit verschwinden zu lassen. Kraft Satzung oder kraft Rechts könnendie Ersatzkassen gegenwärtig auch keine Kostenerstattung betreiben. Das steht da einfach nicht drinnen. Sie berufen sich auf die Aufbauverordnung von 1943, und das stimmt nicht ganz. Man sollte eindeutig sagen, was man will als Politiker, und da würden manche Diskussionen in diesem Bereich morgen verschwunden sein. Eindeutige Stellungnahme ist: Wer mit Krankenschein geht, geht nur mit Krankenschein auf Dauer; wer Kostenerstattung haben will, der muß über der Beitragsbemessungsgrenze verdienen - das war ursprünglich des Gesetzgebers Wille - und der sollte sich dann nicht mehr in diesem Umfange wie heute freiwillig versichern können, sondern der sollte dann in die private Versicherung abwandern, wenn er nicht auf Krankenschein auf Dauer zum Arzt gehen will. Dann ist eine saubere Lösung da. Dann hätten wir uns ganz schnell in vielen Punkten geeinigt.

KANNENGIESSER: Sie wollten dazu etwas sagen?

JUNG: Herr HEITZER, mit dem, was Sie zum Schluß gesagt



haben, kann ich durchaus einverstanden sein. Nur mit dem, was Sie davor gesagt haben, da scheint mir doch Ihr Bekenntnis zur Gliederung etwas schwach zu sein. Denn, wenn Sie die Gliederung nur noch formal aufrechterhalten wollen und nun völlig gleiche Rechtskreise für alle Krankenkassen haben wollen - und unter Krankenkassen ist ja dann auch irgendwo die private Krankenkassenversicherung mit einbezogen - dann ist Gliederung irgendwo und irgendwann nicht mehr denkbar.

Ich meine schon, daß es sowohl für die private Krankenversicherung wie für die Ersatzkassen, wie für die RVO-Kassen durchaus unterschiedliche Rechtskreise geben kann, wenn sie in ihrem Bereich dann durch Zuschußsenkungen wie z.B. im Zahnersatz dafür sorgen, daß die Kosten sinken. Dann werden bei Ihnen auch die Beiträge auf Dauer sinken, dann werden auch die freiwillig Versicherten, denn das sind ja die Leute, denen man in der Regel unterstellt, daß sie das ganze System etwas mehr durchschauen, wieder zu ihnen zurückwandern. Also, daß man dafür sorgt, daß Kostenerstattung: ja-nein, und daß das einmal und dann für immer entschieden werden muß; da stimme ich Ihnen zu. Aber nicht dann, wenn Sie unisono gleiche Rechtskreise für alle Krankenkassen fordern.

KANNENGIESSER: Danke, Herr Jung. Nun wäre es sehr reizvoll, auch noch einmal über verschiedene Formen der Selbstbeteiligung zu reden. Da gibt es ja eine Fülle von Varianten. Das würde sicherlich zu weit führen. Aber ich möchte doch noch fragen, ob hier am Tisch einer etwas zu dem Vorschlag sagen möchte, den uns Herr Prof. Dr. MÜNNICH vorgetragen hat. Nämlich die Zuzahlung je Quartal.

BIEG: Ich möchte gleichzeitig eine Frage aufgreifen, die Sie an Herrn Dr. BOURMER gestellt haben und bei deren Beantwortung er verständlicherweise etwas zurückhaltend war, nämlich der Eigenbeteiligung im ambulanten Bereich.

Es ist eben aus unserer Sicht eine Frage der Mengen, der Leistungen und der Preisentwicklung der Leistungen. Wenn die Mengenentwicklung so weiter anhält, wie in unserem Bereich, dem Zahnersatzbereich, und wir glauben es auch im ärztlichen Bereich zu sehen, dann wird der Preis für die Einzelleistung, die Vergütung für die Einzelleistung, der Punktwert so weit heruntergehen, daß die Qualität einfach nicht mehr zu halten ist.

Und daher glaube ich, daß man auch bei dem sog. schutzbedürftigen Kreis der Versicherten nicht umhin kommen wird, gerade in bezug auf die Bagatellfälle hin, etwas mehr Mut zu entwickeln und auch hier über gewisse Formen der Selbstbeteiligung nachzudenken. Und da möchte ich Ihre Frage beantworten, was ich persönlich zu dem Vorschlag von Herrn Prof. MÜNNICH meine. Ich glaube, daß er der praktikabelste Vorschlag ist. Er würde den Arzt nicht verwaltungsmäßig belasten und würde trotzdem dem Versicherten signalisieren, daß er an der Inanspruchnahme in gewissem Maße sozial abgestuft beteiligt würde.

KANNENGIESSER: Danke sehr. - Gibt es weitere Wortmeldungen hierzu?

HEITZER: Darf ich dazu eine einzige Frage stellen? Wie halten Sie es dann eigentlich mit den Menschen, die mit ihrem dicken Mercedes oder auch mit einem dünnen Mercedes die Geschwindigkeit überschreiten und dadurch einen Unfall verursachen?

Sie müssen jedes Prinzip, auf das Sie in der Sozialversicherung abstellen, anwenden können auf alle Bereiche der Gesellschaft, sonst stimmt der Laden nicht mehr. Wenn also jemand mit dieser Frage bedingten Vorsatzes, wie Sie formulierten, sich gesundheitswidrig verhält, so muß ich das wohl verstehen, dann verhält er sich ja



auch gegen seine Gesundheit, wenn er die Gebote und Verbote, die sonst in unserer Gesellschaft gültig sind, und die dann zu gesundheitlichen Schäden von ihm oder anderen führen, in irgendeiner Form verstößt.

Ich glaube, es ist den wenigsten Teilnehmern klar, daß das Prinzip der Solidargemeinschaft, wenn es aufgelockert wird, nur mit Modellen aufgelockert werden könnte, die in unserer Gesellschaft in allen anderen Lebensbereichen relevant werden. Und wenn Sie mit Ihrer Eigenverantwortlichkeit des Versicherten die Frage so zusammenfassen, dann müssen Sie sich auch überlegen, daß ja der Sozialhilfeempfänger von allen Kosten freigestellt ist, so oder so. Es gibt keine Selbstbeteiligung eines unter einem bestimmten Einkommen Liegenden, ganz gleich, welche Leistungen er in Anspruch nimmt.

Also eine vollständig berechtigte Frage. Sie sagten vorhin einmal, daß man auch einmal an die harte Frage herangehen müßte, wenn jemand darunterliegt. Das widerspräche unserer sozialstaatlichen Auffassung. Sie müssen das Ganze schon ein kleines bißchen im Zusammenhang lassen mit der Sozialstaatsauffassung. Wenn Sie allerdings sagen, daß die Krankenversicherung für die Asylanten nicht zuständig ist und das eine Aufgabe der Gesellschaft sei und nicht die AOK-Mittelfranken für das Lager Zündorf die gesamten Kosten zu übernehmen hat, dann ist das eine Frage, mit der Sie mit mir auf gleicher Ebene weiterdiskutieren können. Wie vorhin Dr. BOURMER sagte, daß es viele Leistungen gibt in den Krankenversicherungen, die eigentlich nicht in die Krankenversicherung gehören, wo nur der Gesetzgeber den Mut nicht hat zu sagen: Ich übertrage der Krankenversicherung die gesetzliche Aufgabe...; und er benennt sie immer noch Krankenversicherung. Es sind nämlich schon längst keine Krankenversicherungen mehr. Das ist den wenigsten Bürgern unseres Landes klar.

KANNENGIESSER: Herr HEITZER, ich meine, wenn Sie dieses Prinzip, das Sie eben beschrieben haben, nun anwenden wollen auf die Gesetzliche Krankenversicherung, so bin ich sicher, regeln Sie in dieser Welt überhaupt nichts mehr. Wenn Sie immer alle Bereiche gleichzeitig regeln wollen, können Sie überhaupt nichts mehr regeln. - Herr TIEMANN.

Dr. TIEMANN: Da Sie die Einheit der gesellschaftlichen Lebensbereiche angesprochen haben, darf ich vielleicht eine Parallele ziehen: In unserer gesamten Rechtsordnung gibt es den Grundsatz des mitwirkenden Verschuldens, der in § 254 BGB niedergelegt ist, und dieser Gedanke des mitwirkenden Verschuldens ist nun in der sozialen Krankenversicherung völlig eliminiert bisher. (Zwischenruf) Gezielt eliminiert, jawohl.

Ich gebe zu, daß dies ein heikles Thema ist, weil die Abgrenzungsschwierigkeiten eminent sind. Herr Prof. MÜNNICH hat einige Beispiele genannt, wo ich bei einigen auch schon wieder meine Zweifel hatte über die Grenzziehung. Auf zahnärztlichem Sektor hat man auch einmal vom Zuckerkonsum gesprochen, also Ernährungsweisen. Da hätte ich persönlich gewisse Schwierigkeiten, realistische Abgrenzungen zu finden. Aber vielleicht, wenn man diese Scheu vor der negativen Stigmatisierung hat, sollte man doch vielleicht einmal den Gedanken positiv wenden. Wie beurteilen Sie denn dann die Frage des Belohnungsprinzips? Vorgeschlagen beispielsweise erst vor einigen Tagen aktuell. Hier sitzt die Bremer Crew: Herr Dr. STOLL, Vorsitzender der KZV Bremen; Herr BIEG. Dieser Gedanke ist ja immer wieder in die Diskussion gebracht worden.

Wäre nicht auch das einer der von mir angesprochenen Verhaltenseffekte, wenn man nicht nur den ökonomischen sieht, sondern auch das Belohnungsprinzip. Etwa, wenn jemand im Sinne der Prävention sich gesundheitsbewußt verhalten hat,



der Prophylaxemaßnahmen auf dem zahnärztlichen Sektor beispielsweise in Anspruch genommen hat und dies irgendwo in einem Behandlungspaß oder wie immer man sich das vorstellen mag, dokumentiert wurde. Wäre da nicht die Möglichkeit, Anreize zu schaffen für Gruppen, die sich gesundheitsbewußt verhalten und dadurch die Solidargemeinschaft entlasten, d.h. daß man hier dann materielle Anreize in der Prämienstaffelung, in der Beitragsleistung oder wie auch immer schafft oder durch Rückgewähr eines Teils des Beitrages. Auch da gäbe es ja eine Menge vorstellbarer und alternativer Modelle. Ich verstehe, daß man über die Hürde des Malus schwerer springt als hier etwa über das Belohnungsprinzip, das hat so etwas Positives. Das läßt sich auch politisch leichter verkaufen. Vielleicht fällt es Herrn HEITZER auch leichter, über diese Hürde zu springen.

KANNENGIESSER: Meine Damen und Herren, die Zeit ist weit vorangeschritten. Wir müssen Schluß machen. Das Flugzeug von Herrn HEITZER geht und auch die anderen Teilnehmer sind begrenzt in ihrer Zeit. Ich schließe also die Diskussion. Ich danke allen, die daran teilgenommen haben. Natürlich waren wir uns alle bewußt, daß wir heute abend hier überhaupt nichts lösen können. Aber vielleicht war diese Diskussion doch ein Beitrag zu einer sachlicheren Diskussion, zu einer Diskussion, die weniger belastet ist mit Vorurteilen und Schlagworten, als das sonst üblich war.

Ich bedanke mich.