

Wachsende Bürokratie bei sinkenden Leistungen: Das GKV-Modernisierungsgesetz - GMG

von
Wilfried Fuhrmann

Zur Zitation:

W. Fuhrmann (2004); Wachsende Bürokratie bei sinkenden Leistungen: Das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG; in: www.Konsumentenschutz.de Nr. 6, Stand 20.01.2004; ISSN 1433-920X;

Der Beitrag ist auch ausgedruckt vom Verfasser erhältlich.

Zur gesetzlichen Grenzziehung

Politik ist immer die politische Entscheidung über Grenzen. Dabei sind Grenzen nicht nur die des Staatsgebietes oder der Interessenssphäre, sondern beispielsweise auch die des Alters im Rahmen der Wehrpflicht oder der Verrentung sowie in der Steuerpolitik der Grenzsteuersatz und die Freigrenzen.

Grenzen gibt es notwendigerweise auch in der Sozialpolitik und damit auch im Modernisierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom 14. November 2003. Dort werden Zuzahlungen eingeführt, bei denen es sich für alle Versicherten in der GKV um neue, zusätzliche verbrauchsabhängige Sozialbeiträge, d.h. eine Beitragserhöhung handelt. Entsprechend sind die Grenzen bezüglich der Zuzahlungen und der betroffenen Personen zu betrachten.

... und Systementscheidung

Die neu eingeführten Beiträge werden, auch wenn sie beim Arzt und in der Apotheke zu zahlen sind und nicht direkt an die Versicherung, dann immer ähnlicher einer neuen allgemeinen Abgabe (im Sinne quasi einer neuen Verbrauchssteuer ohne direkte Zahlung an den Staat), wenn aufgrund politischer Entscheidungen weitere Gruppen, wie wohl demnächst die Beamten im Rahmen der Beihilfe und letztlich nahezu alle Bevölkerungsgruppen in irgendeiner Form derart zusätzlich belastet werden und diese Beiträge bisherige staatliche Aufgaben mitfinanzieren. Dann ginge es bei diesem Gesetz, was zu vermuten ist, final gar nicht per se um die gesetzliche KV mit neuen Anreizeffekten infolge von Finanzierungsproblemen, sondern um die Erhöhung der Abgaben durch die Einführung eines neuen Beitrages. Offen bzw. zu klären ist dann noch, wofür diese Einnahmen verwendet werden. Ebenso ist noch zu klären, ob infolge der im Modernisierungsgesetz fixierten institutionellen Änderungen letztlich das gesamte Versicherungssystem der gesetzlichen und auch der privaten Krankenversicherungen

betroffen sein wird und ob dadurch das Krankenversicherungssystem zu einem System von mehreren großen Versicherungsfonds mutiert, in dem bspw. ein sog. Risikopool, der Risikostrukturausgleichsfonds, Instrumente der Qualitätssicherung von Krankenhäusern bzw. von allen privaten und gesetzlichen Versicherungen gemeinsam zu finanzierende neue Institutionen die Systemklammer über alle Fonds bilden.

Zur verwaltungsaufwendigsten Form der Beitragserhöhung

Innerhalb der GKV treffen die Zuzahlungen jeden dort Versicherten bis zu einer Belastungsgrenze von 2 v.H. (1 v.H. bei chronisch Kranken) der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Es gibt keine Ausnahme bzw. keine absolute Befreiung und damit keine politische Fixierung eines Einkommensniveaus bis zu dem eine vollständigen Kostenübernahme durch die Gemeinschaft der Versicherten (bzw. der Steuerzahler) für Versicherte mit einem Einkommen unterhalb dieser Grenze erfolgt. Die Abschaffung einer derartigen, bisher vorhandenen absoluten Befreiung von Zuzahlungen bei Medikamenten usw. löst eine bisher vorhandene Art der sozialen Bindung auf - und zwar nicht nur bei jenen, die aus sozialen Überlegungen in bestimmten Situationen nicht zur Privatversicherung gewechselt sind. Diese Streichung erscheint in diesem Sinne als gemeinschaftsschädigend. Es ist eine Umverteilung, die nicht durch eine erwartete anhaltende Kostenreduktion (abgesehen möglicherweise in den ersten Monaten durch zeitlich vorgezogene Arztbesuche) zu erklären ist.

Aufgrund der generellen Zuzahlungen (einschließlich der Kosten für den Zahnarzt ab 2005 und das Krankengeld ab 2006) ist nicht zu erwarten, daß durch diese Maßnahme bei Dritten ein effektiver Anreiz entsteht, so daß bisher Privatversicherte freiwillig Mitglieder in der GKV werden (wollen). Vielmehr ist aufgrund der Zuzahlungen und der Praxisgebühr zu erwarten, dass gute Risiken, d.h. Personen mit höherem Einkommen und relativ guter Gesundheit verstärkt versuchen, aus der GKV auszutreten bzw. nicht in sie eintreten zu müssen. Es sind somit Effekte einer adversen Selektion die Folge dieser Maßnahme.

Andererseits wird eine letztlich ökonomisch sinnvolle Hinwendung zum Individualprinzip gar nicht ernsthaft angestrebt. Diesem widersprechen einerseits die unökonomische, quasi puristische Ausnahmslosigkeit dieser Zahlungen auch seitens der Bezieher von niedrigsten Einkommen, die vielleicht die Bruttoeinnahmen erhöhen, aber infolge der Verwaltungskosten die Nettoeinnahmen reduzieren werden. Andererseits widersprechen dem auch die Vielzahl der in der GKV verbleibenden umverteilenden bzw. versicherungsfremden Leistungen (trotz einer teilweisen Erstattung aus Steuermitteln).

Die Belastungsgrenze der Zuzahlungen (§ 62 Abs. 1) wird nicht aufgrund des zu versteuerten Bruttoeinkommens unter Berücksichtigung von Freibeträgen, Werbungskosten usw. ermittelt, sondern aufgrund der gesamten Bruttoeinnahmen aus allen Einkommensarten und -quellen zum Lebensunterhalt. Zu diesen Bruttoeinnahmen gehören gemäß Sozialgesetzbuch 5 u.a. auch alle Kapitalerträge, d.h. auch Einnahmen, von denen Pflichtversicherte keine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen haben.

Hier liegt nicht nur eine deutliche, systemverändernde Ausdehnung der Bemessungsgrundlage für die neue, zusätzliche Beitragszahlung vor, sondern auch eine erhebliche zusätzliche Belastung der Versicherten. Die Belastungsgrenze von 2 v.H. schafft zunächst, politisch genutzt zur Überwindung des Widerstandes der Versicherten, eine Illusion, da die Versicherten nicht un-

mittelbar die unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen erkennen. Bezogen auf die alte Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge der Pflichtversicherten liegt somit diese Grenze gerade bei älteren Bürgern mit eigener Altersvorsorge in Form von Ersparnissen und auszahlenden Versicherungsbeträgen eher beim doppelten Prozentsatz und damit deutlich höher.

Bei der Einnahmenermittlung werden nur die bedarfsorientierte Grundsicherung und vergleichbare Grundrenten nicht berücksichtigt - eine mit der obigen Ausnahmslosigkeit und dem Individualprinzip nicht kompatible Ausnahme, die einzig mit fiskalischen Überlegungen zu erklären ist.

Allen anderen Versicherten wird gar kein (und dieses ist durchaus rechtlich bedenklich) Freibetrag bei der Einkommensermittlung zur Berechnung der Belastungsgrenze gegeben. Die berücksichtigten Abschläge bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen für Familienangehörige (§62 Abs. 2) sowie die Altersabhängigkeit der Zuzahlung, Praxisgebühr usw. (ab 18 Jahren, §§ 28, 32) widersprechen ebenso dem Individualprinzip und sind Folge einer politischen Umverteilung. Diese hätte, wenn politisch gewollt, transparent über die Steuern bzw. den Bundeshaushalt zu erfolgen und nicht im Rahmen der GKV. Hier entstehen erhebliche verteilungspolitisch bedingte Verzerrungen und Intransparenz.

Bei Eintritt der Belastungsgrenze und dem Wunsch der Befreiung von weiteren Zuzahlungen ist dann das Bruttoeinkommen in toto offen zu legen, also einschließlich bspw. aller Renten, aller Zinseinkünfte und aller Einkommensbestandteile von Einmalzahlungen. Es gibt keinen Sparerfreibetrag, keine Art von Werbungskosten usw.. Derartige Beträge sind entgegen der politischen Auffassung gemäß Sozialgesetzbuch keine „steuerrechtlichen Vergünstigungen“ im Sinne von ungerechtfertigten Privilegien, sondern Ausdruck eines gesamtwirtschaftlich zweckmäßigen, ökonomisch sinnvollen Anreizes zu entsprechenden ökonomischen Aktivitäten des einzelnen Bürgers, von denen die Volkswirtschaft insgesamt profitiert.

So wie derartige ökonomische Anreize und Entlohnungen keine Berücksichtigung finden, bleiben auch Argumenten wie die, daß das Versicherungs- und das Kapitaleinkommen aus einem i.d.R. über das versteuerte Einkommen gebildeten Vermögen resultiert und diese Steuerzahlungen schon Umverteilungen u.a. zugunsten von Kindern und Familien mitfinanziert haben.

Aber das Bruttoprinzip greift auch in Lebensformen ein: Ein Bürger lebt bspw. im Alter in seinem Häuschen und erzielt keine Miteinnahmen. Wenn derselbe Bürger nun aber in eine Seniorenanlage zieht und die dortigen Wohnkosten aufgrund der Mieteinnahmen aus seinem jetzt vermieteten Häuschen trägt, der erzielt Mieteinnahmen. Seine Belastungsgrenze ist jetzt wesentlich höher als im ersten Fall.

Daneben werden sich nahezu alle Betroffenen als ungerecht zusätzlich belastet empfinden, insbesondere aber jene mit einem höheren Gehalt, entsprechend hohen Versicherungsbeiträgen und geringen Krankheitskosten (Motto: „Ich zahle Monat für Monat zig Hundert Euro, bin einmal krank und muß dann auch noch extra bezahlen.“).

Ginge es wirklich um ein Finanzierungsproblem der von politischen Umverteilungen bzw. sog. versicherungsfremden Leistungen befreiten GKV, d.h. der wahren Versicherung, dann hätte eine einfache Finanzierungslösung mittels bspw. einer 0,5-v.H. Beitragserhöhung für (auch einseitig nur für die) Versicherten weniger „Frust“ und mehr Akzeptanz hervorgerufen. Bei einer Beendigung der politischen umverteilenden Eingriffe in das Versicherungsprinzip wären dann trotzdem noch der durchschnittliche Beitragssatz und die Lohnnebenkosten gesunken. Vor allem aber hätte es keine zusätzliche Bürokratie geschaffen. Denn angesichts der steigenden Verwaltungskosten sind Begründungen für diese Zusatzbeiträge Hinweisen auf

eine Anreizfunktion und das Prinzip der „Nutzungs- und Verbrauchsabhängigkeit“ nicht überzeugend.

... und einer umfangreichen Datenerhebung

Nach Erreichen der Belastungsgrenze erfolgt auf Antrag eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen, die mit einem sehr aufwendigen Verwaltungsaufwand verbunden ist. Schon diese Erfassungs- und Kontrollkosten hätten ökonomisch die Fixierung eines unteren Einkommensbetrages zur vollständigen Befreiung erfordert. Stattdessen ist die Lösung gewählt worden, die zu maximaler Bürokratie und Datenerhebung führt. Denn es können infolge der 2 (oder 1) v.H. Zuzahlungsgrenze letztlich die Einkommens- und indirekt auch die Vermögensentwicklung einer Vielzahl von Versicherten über längere Lebensabschnitte und evtl. später über ihr gesamtes Leben erhoben und gespeichert oder im Rahmen der Zusammenarbeit aller staatlichen Ämter weitergegeben werden.

Dabei weiß der Gesetzgeber, daß viele Bürger nicht nur aus sozialer Scham oder Unkenntnis oder Hilflosigkeit, sondern auch zum Schutz des individuellen Rechtes auf die eigenen Daten auf eine Befreiung bzw. eine Bescheinigung über die Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze von 2 (1) v.H. verzichten wird. Dann aber hilft es wenig („wenn es denn politisch überhaupt wirklich soll), wenn der Gesetzgeber u.a. formuliert, dass die Bescheinigung „keine Angaben über das Einkommen“ enthalten darf (§ 62, Abs.).

Die geänderte Belastungen verändern die Verhaltensweisen ...

Die Folge wird ein verändertes individuelles kurz- und langfristiges Verhalten sein. Die Mehrzahl der Versicherten wird sich ökonomisch rational anpassen und sich zu einem neuen Verhalten veranlaßt sehen.

So werden bspw. die Versicherten zunehmend im Krankheitsfall vom Arzt nur verschreibungspflichtige Medikamente fordern (oder sie drohen, den Arzt zu wechseln).

Und die pharmazeutische Industrie wird ihr hochpreisiges Angebot dieser Nachfrageentwicklung durch veränderte Rezepturen und durch neue Präparate zur Begründung einer Verschreibungspflicht anpassen (müssen). Damit wird die Arzneimittelindustrie, wie schon zuvor bei Zuzahlungen zu Medikamenten in Abhängigkeit von der Verpackungsgröße, zu einem opportunistischen Verhalten angeregt, wobei infolge (z.T. leicht) veränderter Rezepturen es sogar zu stärkeren oder veränderten Nebenwirkungen und damit negativen Externalitäten kommen kann.

Die Berechnung der Belastungsgrenze kann prinzipiell und damit auch nicht in Folge möglicher Missbrauchsfälle nicht entlang der Trennung von verschreibungspflichtigen und verschreibungsfreien Medikamenten erfolgen. Ärztlich verschriebene nicht verschreibungspflichtige Medikamente sind medizinisch notwendig und letztlich Ausdruck des Versicherungsfalles.

Die Reduktion der Verschreibungspflicht in möglichst vielen Fällen folgt einzig der ökonomischen Logik, dadurch den Wettbewerb zwischen den Apotheken und Pharmazeutischen Präparaten zu erhöhen und andererseits vielen Versicherten die Möglichkeit der Wahl zu geben zwischen einem Arztbesuch mit entsprechendem Zeitaufwand sowie verordneter Medizin zu „geringem“ Preis und alternativ dem Sprung in die Apotheke mit der selbst bezahlten Medizin.

Diese Grenzziehung entlang der Verschreibungspflicht ist nicht nur wegen der pharmazeutisch-industriellen Anreizwirkung und des dann notwendigerweise einzurichtenden staatlichen bzw. politischen umfassenden Preisregulierungssystems falsch. Sie führt auch in vielen Krankheitsfällen schnell zum Überschreiten einer sozialverträglichen und zumutbaren unbegrenzten individuellen Belastung. Es geht hier prinzipiell nicht nur um sog. Bagatellen. Der bestehende Versicherungsschutz für die Diagnose und Verschreibung ist dann nur eine Art von Einkommensgarantie für Ärzte. Somit sind nicht nur zukünftig (überwiegend ab 2005) Zahnersatz, Sehhilfen usw. ausgeschlossen, sondern bereits jetzt eine Vielzahl von Krankheiten, für die es dann aber nicht einmal eine alternative private Versicherung gibt und auch kaum geben kann.

Aber auch eine „Abmilderung“ dieser Grenzziehung im Falle sog. chronischer Krankheiten wäre nur ein weiterer politischer Eingriff infolge eines ersten falschen Eingriffes in den Markt. Ökonomen erkennen hier die bekannten Gesetzmäßigkeiten der staatlichen kumulativen Intervention. Denn offen und strittig bleibt stets, was „chronisch“ krank ist und vor allem, bei welchen zeitlichen Unterbrechungen („alle sechs Wochen eine Woche schmerzfrei“?) jemand nicht mehr chronisch-krank ist. Mittels derartiger „Unterbrechungen“ werden über die künftige Heilmittelverordnung die Kosten für die Versicherten weiter stark steigen.

Darüberhinaus werden durch diese Belastungen der Versicherten weder Spielräume für Beitragssenkungen entstehen noch werden sich Wirkungen aus dem Zuzahlungssystem einstellen, die ökonomisch vergleichbar sind mit jenen aus dem System der Beitragsrückerstattung in der privaten Krankenversicherung im Falle eines Verzichtes auf eine Inanspruchnahme der Versicherung in einem Jahr.

Das Modernisierungsgesetz schafft somit nicht versicherbare Risiken und rationale, aber systemschädigende Verhaltensweisen und damit eine prinzipiell neue gesellschaftliche Verhaltenskultur in Deutschland mit wahrscheinlich großen negativen Externalitäten bzw. mit steigenden volkswirtschaftlichen Kosten. Damit entstehen immer wieder Begründungen für politisch-staatliche Eingriffe.

Zu den Folgen des Gesetzes gehört damit auch, diese Verhaltensänderungen zu antizipieren und entsprechende Regeln und umfassende Kontrollen, d.h. weitere Bürokratien aufzubauen. Insgesamt wird sich eine abwärtige Spiralbewegung aus der gegenseitigen Anpassung von individuellen Verhaltensweisen und bürokratischer Erfassung, Kontrolle und Nachsteuerung für die Zukunft ergeben.

... und Strukturen

Dabei sind die Abschaffung einer krankenversicherungsspezifischen absoluten unteren Belastungsgrenze und die Einführung der viele Daten generierenden 2-(1-) v.H. Grenze keine politischen handwerklichen Fehler. Es sind wohldurchdachte, gezielte Maßnahmen. Sie sind nahezu kompatibel mit den Reformen der Sozialhilfe und der gesetzlichen Rentenversicherung und mit den kommenden Reformen der Pflegeversicherung und der Heilmittelverordnung. Aber sie sind auch kompatibel und stehen im Gesamtkomplex mit dem sog. Gesetz zur Förderung der Steuerehrlichkeit und der Darstellung aller Konten eines Kunden bei einem Kreditinstitut in einer einzigen Datei mit einem Datenabruf durch eine Finanz- oder andere Behörde ohne Auskunftsanspruch des Betroffenen ab 1.4.2005 sowie mit der kommenden Einführung der zentralen, lebenslangen persönlichen (Steuerzahler-) Identifikationsnummer infolge eines veränderten § 139a der Abgabenordnung durch das Steueränderungsgesetz 2003.

In der Rentenversicherung besteht eine Analogie zu der fehlenden Einkommensgrenze in der geplanten ersatzlosen Streichung der Niveau-Sicherungsklausel und damit in einer starken möglichen Senkung des Rentenniveaus. Dieses kann in vielen Einzelfällen bis zur bedarfsorientierten Grundsicherung sinken.

Dieser Umbau aller Gemeinschaftssysteme in Richtung auf eine Individualisierung bei vollkommener Flexibilität auch nach unten entspricht zum Teil ökonomischen Vorstellungen von einer lebenslangen intertemporalen individuellen bzw. mikroökonomischen Nutzenmaximierung. Der eher politische Begriff der Generation findet Eingang wird in einfache Simulationsmodelle geschlossener Volkswirtschaften mit lebenszeitlich frühem Sparen und Vermögensaufbau, aus dessen dauerhaften Erträgen dann im Alter gelebt wird. Als Referenzsystem wird somit ein vollkommen markteffizienter, stabiler, nahezu politik- und institutionsfreier Modellraum ohne Friktionen konstruiert.

Dagegen mag prinzipiell trotz existierender Externalitäten, politischer Umverteilungen, sozialer Gruppen- und Identifikationsbildung, unterschiedlicher Risiken von individuellen, kapitalgestützten Systemen und sozialen, umlageorientierten Systemen zunächst wenig einzuwenden sein.

Aber derartigen Modellüberlegungen verlieren prinzipiell an Problemadäquanz angesichts des institutionalisierten umfassenden politischen, d.h. nicht ökonomisch konzipierten Sektors der medizinischen Dienstleistung. Es ist ein Verwaltungssystem u.a. mit arztbezogenen Regelleistungsvolumina und zentralgesteuerten politischen Vergütungsregelungen für ärztliche und zahlärztliche Leistungen (u.a. die §§ 85) bspw. für das Jahr 2006 (§85c) und das Jahr 2007 (§ 85d) sowie einer Stärkung u.a. der Kassenärztlichen Vereinigungen, wobei vermehrt u.a. standardisierte Abrechnungssoftware mit ins kleinste Detail gehenden „automatisch erfolgenden“ Positionsdarstellungen entsteht. Durch die Gesamtheit aller „Standardisierungen“ wird der Patient weder in seiner Rolle als Nachfrager bzw. Auftraggeber für medizinische Dienstleistungen gestärkt, noch werden Transparenz und Kontrollmöglichkeiten für ihn erhöht. Aber auch viele Ärzte selbst können diese Standardisierungen weder korrekt angewendet, noch individuelle, differenzierte Dienstleistungen erbringen. Daraus ergeben sich zwei Folgen: Alle Formen der Standardisierung fördern die kostentreibende Angebotsmedizin. Und wenn Differenzierungen ein wesentliches Kennzeichen entwickelter Volkswirtschaften und Märkte sind, so führt das Verwaltungssystem zur Durchschnittsmedizin und entspricht nicht den Bedürfnissen der Menschen.

Problematisch aber ist auch, daß die Gestaltung der Systemtransformation und die Geschwindigkeit dieser Veränderungen (eigentlich ist eine Zeitraum von einer Generation notwendig) und damit die gesellschaftlichen Kosten vollkommen unberücksichtigt bleiben.

Dabei gilt in jedem Falle: je schneller der Umbau in das Individualprinzip betrieben wird, desto wichtiger ist der Abbau von Bürokratie zur Verringerung der institutionellen Kosten und damit die Entlastung der Versicherung von allen politischen Eingriffen bzw. versicherungsfremden Leistungen.

Mit dem Modernisierungsgesetz aber werden Bürokratie und Verwaltung immer weiter ausgebaut und die Bürger übergebührend belastet. Ihnen wird ihr sog. permanentes Einkommen bzw. Lebenszeiteinkommen erheblich durch Bürokratie und Umverteilungsaktivitäten gekürzt. Es scheint, dass eine Lawine losgetreten wurde, ohne zu wissen oder zu sagen, wer darunter begraben wird.

Auf der Strecke bleibt nicht nur die produktive Klammer des Systemzusammenhangs im Sinne eines Effizienzverlustes, sondern auch die sog. mittlere Generation der jetzt 40-60 jährigen Bürger. Die jetzigen „Leistungsträger“ werden „frustriert“ und ihr Verhalten drastisch ändern und ändern müssen; sie werden es umso weniger können, je älter sie bereits sind.

Dabei wird die politisch übliche Frage, ob man sich in Krisensituationen teure Reformen leisten kann, ebenso falsch gestellt wie mit den Hinweisen falsch beantwortet, daß man ja gerade deshalb die Krise hat und es dann doch „nie“ den richtigen Zeitpunkt gibt.

Wenn durch die rasche, umfassende Reform die gesamtwirtschaftliche Unsicherheit steigt und die allgemeine Akzeptanz in der Bevölkerung sinkt, d.h. immer mehr Individuen lieber nach einem Floß suchen, als an Bord bleiben zu wollen, dann geht das Schiff bzw. das System insgesamt verloren, dann destabilisiert der Schritt bzw. er ist zu groß und schafft Netto-Wohlfahrtsverluste.

Ohne absolute Grenzen kann das System soweit absacken und für einige Gruppen der Bevölkerung das Realeinkommen so stark sinken, dass sie fast auf das Einheitsniveau der (politisch geschickt) zuvor eingeführten sog. bedarfsorientierten Grundsicherung oder vergleichbarer Grundrenten im Alter oder bei Erwerbsminderung fallen. Die verbleibende positive Differenz kann zu gering sein im Verhältnis zu dem erbrachten Arbeitsaufwand bzw. den Beitragszahlungen. Und dieses kann erfolgen in Verbindung mit einem gleichzeitig extrem niedrigen (politisch zugestandenem individuellen) Vermögen. Man denke an den „Zwangsverkauf“ von Versicherungspolices im Sozialhilfefall (und demnächst auch im Belastungsfall der GKV), wenn pro Jahr mehr als 500 Euro angespart wurde.

Der für viele Bürger (zumindest subjektiv) mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwartende Fall der niedrigen Rente und der gestiegenen Belastung durch die GKV hat erhebliche negative Anreizwirkungen (trotz semantischer verschönernder Worte wie „Bürgerversicherung“ oder „staatliche Grundsicherung“) auch schon auf die langfristige Lebensplanung bei jungen Menschen in den unteren Einkommensgruppen. Sie werden die eigene Zukunftsvorsorge (und Gesundheitsverantwortung) bewußt reduzieren bzw. nur in Form der sog. Riester-Rente betreiben oder in Form von durch die GKV und Rentensysteme nicht erfassten Vermögensformen betreiben einschließlich einer verstärkten, gezielten Hinterziehungsabsicht – mit der Folge weiterer staatlicher Regeln und Kontrollen bei sinkender volkswirtschaftlicher Allokationseffizienz.

Höhere Belastungen und weniger Leistungen ...

Trotz der als ungerechtfertigt empfundenen, mit dem Gesetz fixierten Leistungsreduktionen (einschl. der fragwürdigen, eher enumerativen politischen Definition von „Regelversorgung“ oder des Ausschlusses von Arzneimitteln, „bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“ § 34) und den gleichzeitigen zusätzlichen Belastungen, d.h. trotz der prinzipiell entstehenden Einnahmewüchse der GKV erwarten die Bürgern keine Beitragssenkung. Zu erwarten sind auch eher weitere Erhöhung (nicht Reduktionen) der Beitragssätze zur GKV.

Der politische Druck auf die Krankenkassen mag für wenige Monate durchaus zu kleinen Beitragssenkungen führen, die wahrscheinlich aber nicht aus Einsparungen infolge des Modernisierungsgesetzes folgen werden, sondern aus den Zusatzeinnahmen aufgrund der erhöhten Versicherungspflichtgrenze.

Die letztlich zu erwartenden Beitragserhöhungen folgen dabei aber nicht aus den bisher dargestellten zu erwartenden Verhaltensänderungen, sondern aus künftigen, schon im Gesetz vorbereiteten institutionellen bzw. bürokratischen Veränderungen.

Dazu gehört auch das neue Hausarztprinzip bzw. die „Hausarztzentrierte Versorgung“ (§ 73b), dessen Kostenreduktion nirgendwo nachgewiesen wurde und dessen Fehlen früher zu einem der Vorteile der privaten Krankenversicherungen gegenüber den gesetzlichen gezählt wurde.

Mit diesem Prinzip stärkt die Politik nicht den Versicherungsnehmer als ein kundiges, eigenverantwortliches Individuum. Die Politik formt ihn stattdessen zu einem unkundigen, zentral zu leitenden Geschöpf. Sie reduziert die Eigenverantwortung des Patienten und ignoriert sein Wissen um die Krankheit.

Die Politik schafft mit dem Hausarztprinzip ein (politisch) steuerbares Leitsystem mit zentralisierter Erfassung der gelenkten Patientenströme und damit letztlich auch einer zeitnahen Steuerung der „gedeckelten“ Leistungserstattungen und auch der Zulassungen bzw. Niederlassungen u.a. von Fachärzten in einer Region usw. Es entstehen auch prinzipiell mögliche effizientere politische Steuerungsmöglichkeiten der u.a. auch in Abhängigkeit vom Lebensalter jeweils zugestandenen Versicherungsleistungen. Leviathan ist jedenfalls nicht ausgeschlossen.

Diese Effizienzsteigerung bedarf zur Reduktion der durch das Hausarztprinzip entstehenden „doppelten“ Untersuchungs- und Beratungskosten u.a. ein umfassendes elektronisches Transfersystems (u.a. für die Untersuchungsergebnisse).

... für eine umfassende Verwaltung

Die Krankenkassen werden eine Neufestsetzung der Beiträge infolge des Modernisierungsgesetzes frühestens nach 9 bis 12 Monaten vornehmen können. Das Modernisierungsgesetz folgt nämlich kaum versicherungs- und nur teilweise fiskalischen Überlegungen. Es enthält eine Vielzahl neuer, eher versteckter Belastungen der Versicherten. Die wahren Ursachen der zusätzlichen Belastungen begründen das Wort: Modernisierungsgesetz.

So ist u.a. das vom „Gemeinsamen Bundesausschuß“ (§ 91) zu gründende „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (§139a), sofern es als Stiftung des privaten Rechts gegründet (und damit der Kontrolle durch Parlament oder Rechnungshof entzogen) wird, von den Versicherungsnehmern der GKV zu finanzieren (§139c). Die Finanzierung erfolgt über einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und eine Anhebung der Vergütung für die ambulante vertrags- (zahn-) ärztliche Versorgung (gem. §§ 85 und 85a).

Damit gehen für den Patienten wieder die Zuordnung von Leistungen und Kosten, die Kontrollmöglichkeiten und die für eine eigentlich sinnvolle rückkoppelnde Verhaltenssteuerung notwendige Transparenz verloren.

Es entstehen politisch manipulierbare „Krankheitsnebenkosten“. Hier wird ein neuer Mechanismus eingeführt, dessen Prinzip bekannt ist: In der Vergangenheit stiegen die Arbeitskosten infolge der steigenden sog. „Lohnnebenkosten“, die zentral von der Politik bestimmt wurden.

Dabei fehlt eine ökonomische Analyse der im Gesetz benannten Aufgaben des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Genannt werden bspw. die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln (§35b) und die Durchführung dieser Bewertung in Form einer Vergabe von Aufträgen oder einer aufzubauenden Eigenforschung, d.h. weiterer Institute.

Hinzu kommen aber noch weitere Bürokratien und damit Kosten infolge der Finanzierung u.a.

- a) des Aufbaus elektronischer Transfersysteme und der Dienstleistungen der Führung persönlicher elektronischer Gesundheitsakten (§§ 67, 68), der Aufbau ist im Gesetz vollkommen unökonomisch terminiert mit: „so bald und so umfassend wie

- möglich“(!) ; dieses wirkt wie eine gesetzliche Aufforderung zur Kostenexplosion und zu einem unökonomischen Umgang mit (Zwangs-) Versicherungsbeiträgen;
- b) des Aufbaus und der Funktionen von „organisatorischen Einheiten“ für Fälle von rechts- oder zweckwidriger Nutzung von Finanzmitteln (§ 81a; § 197a) sowie von Informationsflüssen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen,
 - c) eines jährlichen Berichtswesens zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur an das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (§ 85, Abs. 4a),
 - d) einer Verwaltung zu Erfassung der seitens der Kammern der Ärzte zertifizierten jeweils 5-jährigen fachlichen Fortbildung der Ärzte (§ 95b),
 - e) neuer Organisationen der in den Gremien übrigens stimmrechtslosen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (§140f),
 - f) der umfassenden Krankenversichertenkarte (§290) usw.

Mit Zwangssparen ...

Dieser enorme zentralistische Bürokratie- und Verwaltungsaufbau wird einhergehen mit Leistungsreduktionen sowie dann als investiv begründeten Beitragserhöhungen. Es sieht so aus, als ob die gesetzlich vorgenommenen Leistungsreduktionen und Zuzahlungen der Finanzierung einer weiter wachsenden, zentralisierten Verwaltung mit der Vorstellung einer dann effizienteren Gesundheitspolitik dienen.

Sind es Zyniker, die betonen, dass der Sozialismus nicht aufgrund fehlender Call-Zentren mit zentraler EDV und Vernetzung der Institute gescheitert ist?

Generell steigen für den Bürger die Kosten der Versicherungsdienstleistungen und damit wird auch die allgemeine Inflationsrate steigen. Diese Kostenerhöhung bzw. Reduktion des verfügbaren Realeinkommens ist eine Art von staatlichem Zwangssparen. Der Staat lenkt Ressourcen in die Inflations- und Kommunikationstechnologie, die Medizin- und Arzneimittelinindustrie sowie die Versicherungen und die Fonds- bzw. Vermögensverwaltungen (auch der Banken).

Unabhängig davon, daß der Staat selten ein guter Unternehmer war, werden die Bürger rational ihre individuelle Sparneigung kompensierend senken.

... und Industrieökonomik ...

Es gibt keinen Nachweis der Wettbewerbsintensivierung und damit für zu erwartende dynamische Gewinne aus diesen institutionellen Änderungen. Derartige institutionelle Änderungen bzw. Reformen sind aber volkswirtschaftliche Investitionen und aufgrund der Kalküle von Realinvestitionen zu gestalten.

Eine institutionenökonomische Analyse bezüglich des veränderten Ressourcenverzehr bzw. der Informations- und Transaktionskosten des zentralisierten Systems gibt es nicht. Es fehlt jede umfassende volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse.

Es ist auch zu beachten, dass infolge des Modernisierungsgesetzes keine Kosteneinsparungen in den bestehenden Ministerien und Ämtern erwartet werden. Aufgrund des Gesetzes wird es auch nicht zu der kleinsten allgemeinen Steuersenkung kommen.

Dabei lenkt die gegenwärtige politische Diskussion zur Senkung der (durch die Politik in den Jahren zuvor enorm erhöhten) Lohnnebenkosten und deshalb zur Senkung der Beitragssätze zur GKV (mit dem nach der Gesetzesverabschiedung bereits revidierten, zuvor politisch an-

gekündigten Ziel von einem Durchschnittssatzes von 13,6 % in 2004) nur ab. Sie lenkt die Aufmerksamkeit weg vom „Verursacher“, d.h. von einem jahrzehntelangen Politikversagen ab.

Bei einer Entpolitisierung und Entbürokratisierung des Gesundheitswesens anstelle weiterer „Regulierungsbehörden“ für den ökonomischen Wettbewerb wären wohl Steuersenkungen möglich gewesen. Eine Senkung der Steuerbelastung der Bürger in Zusammenhang mit positiveren Zukunftserwartungen wirkt positiv auf die privatwirtschaftliche Nachfrage, die Binnennachfrage und auf den Arbeitsmarkt. Dieser Effekt ist stärker als der einer Senkung der Lohnnebenkosten.

Und es zeigt sich auch hier, daß nicht die Bürger stets höhere Leistungen vom Staat fordern, ohne entsprechend dafür zahlen zu wollen – mit der Folge einer weiteren notwendigen staatlichen Verschuldung. Quasi angebotsorientiert zieht der Staat immer mehr Aufgaben an sich bzw. dehnt den politischen Gestaltungsbereich immer weiter aus und fordert dann immer mehr Mittel. Die gesamte Staatsquote steigt immer weiter.

Literatur

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. Nov. 2003; in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. Nov. 2003

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Wilfried Fuhrmann
Institut für Makroökonomik
Universität Potsdam
August-Bebel-Str. 89, 14482 Potsdam
E-mail: fuhrmann@rz.uni-potsdam.de