

Hauß, Friedrich

Article

Organisationsreform der GKV und Chancen für eine neue Versicherungspolitik

Arbeit und Sozialpolitik: Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich (1989) : Organisationsreform der GKV und Chancen für eine neue Versicherungspolitik, Arbeit und Sozialpolitik: Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, ISSN 0340-8434, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, Vol. 43, Iss. 10, pp. 278-282

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112544>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Gesetzliche Krankenversicherung

Dr. Friedrich Hauß, Berlin

Organisationsreform der GKV und Chancen für eine neue Versicherungspolitik

Im folgenden Beitrag wird der These nachgegangen, die besagt, daß eine Organisationsreform der GKV, die einen Risikostrukturausgleich sowie volle Wahlfreiheit für die Versicherten (in welcher Form auch immer) mit sich bringt, die Kassen vom Zwang frei macht, ihre Politik gegenüber den Versicherten als getarnte Jagd auf »gute Risiken« veranstalten zu müssen. Die Kassen haben unter veränderten Voraussetzungen die Möglichkeit, neue Wettbewerbsfelder mit neuen Wettbewerbszielen zu unterstützen.

Widersprüche der derzeitigen Versichertenpolitik

Das bestimmende Argument in der Diskussion um die Zukunft der Krankenversicherung ist derzeit kein gesundheitliches, sondern ein ökonomisches. Die Dominanz des ökonomischen Kalküls findet sich, oft vielfältig verdreht und gewendet, auch in der Politik der Kassen gegenüber den Versicherten wieder. Hier wird es am »guten« bzw. am »schlechten Risiko« festgemacht. Da die meisten »guten Risiken« von den RVO-Kassen inzwischen zu den Ersatzkassen übergewechselt sind, geht es nunmehr für die RVO-Kassen darum, die verbleibenden Mitglieder, soweit sie überhaupt Wahlfreiheit haben, zu halten bzw. Berufseinsteiger für die eigene Kassenart zu gewinnen. Volkswirtschaftlich gesehen ist dieser Wettbewerb ausgesprochen verschwenderisch, er erzielt nämlich nicht den Effekt, die Anzahl der »guten Risiken« insgesamt zu erhöhen. Er verteilt sie höchstens anders auf die verschiedenen Kassenarten und bewirkt damit letztlich, daß sich die bestehenden Ungleichheiten in den Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassen noch verschärfen. Andererseits zeigt sich jedoch auch, daß jede Kasse sich diesem unsinnigen Wettbewerb unterwerfen muß, will sie ihre Legitimationsberechtigung nicht aufs Spiel setzen. Letztlich ist es die Widersprüchlichkeit des gesamten Prozesses, die die Instrumente, die zum

Dr. Friedrich Hauß, Dipl.-Soziologe, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin.

Wettbewerb eingesetzt werden, ebenfalls uneinheitlich und in ihrer Wirkung widersprüchlich werden läßt.

Was sind schlechte Risiken?

Der erste Widerspruch entsteht aus einer zumindest oberflächlichen Charakterisierung der »schlechten Risiken«. Als »schlechte Risiken« gelten mittlerweile: Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Versicherte mit besonders schweren und besonders definierten körperlichen und geistigen Behinderungen, alte Mitglieder, Mitglieder mit einer hohen Familienlastquote und neuerdings auch Frauen (vgl. Fiedler 1989). Als »gutes Risiko« gilt offensichtlich nur die Minderheit gut verdienender, alleinstehender Männer zwischen 25 und 35 Jahren.

An einer solchen Risikoauffassung ist mehrere problematisch: Zunächst muß nämlich gefragt werden, was ein Risikobegriff eigentlich meint, wenn die RVO ernstgenommen wird. Schließlich ist es das Ziel einer nunmehr 100jährigen Sozial- und Gesundheitspolitik in Deutschland, eine Krankenversicherung fast für die gesamte Bevölkerung zu schaffen, die unabhängig von Krankheitsstatus, sozialer Lage, Klassen-, Berufs- und Gruppenzugehörigkeit die Behandlung von Krankheit auf einem historisch erreichten Niveau garantiert. Es ist nun einmal die Aufgabe der Krankenkassen, dieses zu gewährleisten. Daß dabei nicht jeder gleichermaßen von Krankheit betroffen ist und nicht jeder gleich viel einzahlt, ist die gesellschaftli-

che Ausgangslage für das, was wir die solidarische Krankenversicherung nennen. Unter diesem Aspekt ist die Frage nach »guten« und »schlechten Risiken« bzw. die Klage über ein Zuviel an schlechten Risiken genauso sinnvoll wie die Klage des Meteorologen über das Wetter, wenn es sich wieder einmal nicht an den langjährigen Durchschnitt hält.

Die Frage nach dem Risiko stellt sich anders, wenn es um die Beitragsgestaltung geht. Hier muß gar nicht gefragt werden: Wie können die Beiträge möglichst gleich gehalten werden?, sondern eher: Welche Verzerrungen treten innerhalb der Versichertenstruktur zwischen den Kassen und Kassenarten auf, die dazu führen, daß die Beitragsgestaltung und die Beitragshöhe so unterschiedlich ausfallen und einzelnen Kassen damit von vornherein die Möglichkeit genommen wird, über eine aktive Leistungs- und Beitragsgestaltung wenigstens nachzudenken. Gewöhnlich werden die ungleichen Ausgangsbedingungen der Kassen am Grundlohn, an bestimmten Risikogruppen mit hohen Ausgaben und geringen Einzahlungen festgemacht. Es ist jedoch bisher noch keine Arbeit veröffentlicht worden, die zum Beispiel methodisch akzeptabel den Einfluß der sogenannten Risikogruppen auf die Ausgabenseite tatsächlich nachvollziehbar berechnet und zugleich nachgewiesen hätte, welchen Anteil diese Gruppen an einem überdurchschnittlich hohen Beitragssatz haben. Wahrscheinlich sind die zu erwartenden Ergebnisse nur in der Art interessant, daß sie einen sehr kleinen Anteil dieser Gruppen an der Ausgabensituation der Kassen nachweisen können. Unklar ist

zum Beispiel auch, welchen Einfluß die Arztdichte, die unterschiedlich hohen ambulanten und stationären Kosten haben vor allem, wie diese überdurchschnittlich hohen Kosten in einzelnen Regionen überhaupt entstehen. Auf diesem Feld liegt wahrscheinlich die »Gretchenfrage« der gesamten Kostensituation, und wenn sich dies bestätigen würde, würde es die Kassen in eine vollständig andere Verhandlungssituation gegenüber den Anbietern bringen müssen. Auch ist noch längst nicht klar, ob und in welchem Ausmaß die Wanderungsbewegung durch den höheren Beitragssatz hervorgerufen wurde oder ob sie erst zur Notwendigkeit eines höheren Beitragssatzes geführt hat.

Die meisten der von dieser Entwicklung betroffenen Kassen erklären ihren derzeitigen Beitragssatz aus der Wanderungsbewegung und aus der dadurch verursachten gesunkenen Grundlohnsumme bei gleichzeitigem Steigen der Ausgaben. Dieser Sachverhalt führt, unabhängig davon, wie zutreffend er ist, zu einer widersprüchlichen Berücksichtigung des Beitrages und seiner Höhe in der Politik gegenüber den Versicherten. Gerade die Kassen, die vergleichsweise hohe Beitragssätze einfordern müssen, vermeiden in der Regel jede Erwähnung des Themas (offensichtliche Ausnahme stellt die AOK Hamburg dar), weil sie sich damit von vornherein auf verlorenem Terrain zu befinden glauben. Tatsächlich wissen sie aber auch, daß die Beitragsfrage zuallererst ein Problem für die Arbeitgeber darstellt, die sich durch unterschiedliche Beitragssätze Wettbewerbsnachteilen ausgesetzt sehen. Soweit die Ergebnisse kasseninterner Untersuchungen (aller Kassenarten) nach außen gedrungen sind, bestätigen sie übereinstimmend, daß die Mitglieder in ihrer Mehrzahl ein sehr gleichgültiges Verhältnis zu den Beiträgen allgemein und zu den Beitragsunterschieden im besonderen haben. Das Interesse der Versicherten besteht hauptsächlich in einer qualitativ hochstehenden und gegenüber rechtlichen Veränderungen stabilen medizinischen Versorgung.

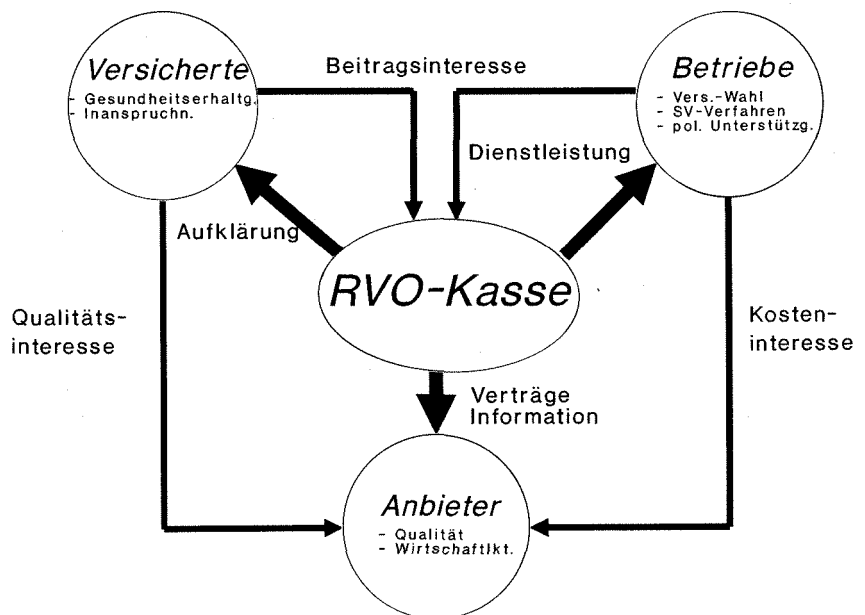
Und genau diese Einstellung macht es den Kassen so schwer, wirkungsvolle Kostendämpfungsstrategien gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen zu entwickeln oder gar durchzuführen, obwohl mit einer solchen Politik wahrscheinlich die größten Einsparungen zu erzielen wären. Denn jede Kasse, die auf diesem Gebiet aktiv würde, hätte mit erheblichem Widerspruch ihrer Versicherten zu rechnen, die eine Absenkung des Leistungsni-

veaus befürchten, weil sie immer noch »mehr« medizinische Leistungen mit »besseren« Leistungen verwechseln bzw. gleichsetzen. Die Einzelkasse, die eine solche Strategie gegenüber den Anbietern einschlagen würde, hätte darüber hinaus auch unter den meisten anderen Kassen keine Verbündeten; denn solange zum Beispiel eine Ersatzkasse die überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben in einer Region bundesweit ausgleichen kann und der Anteil dieser »zusätzlichen« Ausgaben an der gesamten Beitragsgestaltung dieser Ersatzkasse damit sehr gering ist, wird sie keine konkurrierende Kasse in ihrer Politik gegenüber den Anbietern unterstützen, die diese Kosten nicht bundesweit ausgleichen kann und sie in ihrer Region auf die Beiträge abwälzen muß. Hohe Leistungsausgaben können den Wettbewerb der Kassen damit sogar unterstützen und ihn noch widersinniger werden lassen, als er es, volkswirtschaftlich gesehen, ohnehin schon ist. Jede Kasse, die einen hohen Beitragssatz einfordern muß, kommt dadurch in eine schier ausweglose Situation: Das Versicherteninteresse an hoher Qualität der medizinischen Versorgung scheint dadurch gefährdet, wenn dem Beitragsinteresse, das vor allem die Arbeitgeberseite geltend macht, mit einer anbieterorientierten Politik der Kostendämpfung nachgekommen wird. Dies gilt zumindest, solange die Politik gegenüber der Anbieterseite sich nicht davon freimachen kann, daß sie automatisch als »Abbaupolitik« charakterisiert wird. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Interessen-, Instrumenten- und Zielzusammenhänge.

Eine selbstverwaltete Institution bringt eine so unterschiedliche Gewichtung von Handlungsparametern ihrer verschiedenen Parteien in Schwierigkeiten. Die meisten Kassen helfen sich mit einem Kunstgriff: Über Imagewerbung, Gesundheitsaktionen, gestylte Mitarbeiter und Schalterhallen (Kontaktflächen) wird versucht, den Mitgliederverlust zu stoppen und dadurch dämpfend auf die Beitragsentwicklung einzuwirken. Ob diese Strategie der symbolischen Politik erfolgreich sein kann, muß sehr in Frage gestellt werden. Jedenfalls steht der Nachweis für den Erfolg noch aus.

Gesundheitsförderung als Ausweg . . .

Da die Höhe des Beitrages offensichtlich nicht der allein ausschlaggebende Parameter für die Kassenwahl der freiwillig Versicherten ist, sollen (und müssen) andere Kriterien für die Entscheidung, bei der Kasse zu bleiben, geschaffen werden. Neben der bereits erwähnten Anpassung des Erscheinungsbildes an den Zeitgeist und einer Qualifizierung der Mitarbeiter für die Aufgaben eines modernen Dienstleistungsunternehmens gilt eine Politik gegenüber den Versicherten als erfolgreich, die mit Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung, mit Prävention und Stärkung der Eigenverantwortung für die Gesundheit begründet wird und auch die Verantwortung der Kasse für eine gesündere Arbeits-, Lebens- und Umwelt reklamiert.



miert. In der massiven Form, in der Kassen sich solche Politik- und Wettbewerbsfelder derzeit zu eigen machen, liegt eine neue Entwicklung, die von vielen als Hoffungsschimmer einer Neuformulierung von Gesundheitspolitik überhaupt gesehen wird. (Vgl. dazu die zwei dicht aufeinanderfolgenden Kongresse des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Berlin, des Soziologischen Instituts der TUB und der Ärztekammer Berlin sowie der AOK Hamburg in Zusammenarbeit mit der WHO). In dieser Politik werden auch erste Zeichen eines engen Schulterschlusses zwischen Gesundheitsbewegung und Krankenkassen sichtbar.

Die Hereinnahme von gesundheitssichernden und gesundheitsfördernden Aspekten in die Politik gegenüber den Versicherten folgt dabei durchaus wissenschaftlich haltbaren Argumenten, aber ihre Realisierung bleibt gefangen in den zur Zeit wirkenden ökonomischen Zwängen, vor allem den Jagd nach »guten Risiken«.

... mit zahlreichen Widersprüchen

Drei Begründungsstränge sind es, die zur Formulierung der neuen Politik bzw. Handlungsfelder der Kassen gegenüber den Versicherten führten:

1. das veränderte Krankheitsspektrum mit der bekannten Verschiebung zu den chronischen Erkrankungen, die Altersverteilung in der Bevölkerung und die offensichtliche Ohnmacht der Medizin, wirksam die chronischen Krankheiten aufhalten oder auch nur lindern zu können.
2. die Mitentstehung der chronischen Krankheiten durch individuelles Verhalten und die Einsicht, daß dieses Verhalten in Grenzen steuerbar ist.
3. die Notwendigkeit, auf allen Ebenen (individuell und gesellschaftlich) Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die Risiken für die Entstehung chronischer Erkrankungen zu minimieren.

Wenn die Kassen in der Realisierung dieser Politik nicht ständig durch die aufgezeigten Widersprüche behindert würden, könnte eine erhebliche Schubkraft für eine innovative und präventive Ergänzung der Gesundheitspolitik freigesetzt werden. Leider führen jedoch die derzeitigen Wett-

bewerbsbedingungen dazu, daß sich die Ansätze zu einer solchen Politik in einer Vielzahl von Widersprüchen verwickeln und sie daher weniger wirksam sind und weniger schnell als eigenständige, gesundheitssichernde Elemente von Kassenpolitik entwickelt werden können, als dies eigentlich wünschenswert und erforderlich wäre.

Im Zusammenhang mit der individuellen Verhaltensmodifikation entstehen Schwierigkeiten auf mehreren Ebenen: Sollen die Mitglieder, die man halten bzw. gewinnen will, nicht durch eine Politik verschreckt werden, bei der der Eindruck entsteht, die Kassen machen die Mitglieder für ihre Krankheit selbst verantwortlich, eröffnen sich nur zwei Möglichkeiten:

- entweder der Ansatz wird sehr vorsichtig und zurückhaltend verfolgt und damit nicht zum Hauptargument für die Mitgliederarbeit gemacht (diesen Weg verfolgen offensichtlich die Ersatzkassen),
- oder Methoden und Instrumente werden entwickelt, die eine »Beschuldigung der Betroffenen« bei der Modifikation des Gesundheitsverhaltens systematisch vermeiden und die traditionelle Gesundheitserziehung damit von ihrer missionarischen »Zeigefinger-hoch«-Haltung befreit.

Dies zu erreichen, bietet das Konzept der Gesundheitsförderung gewisse Chancen. Es wird deshalb von den Kassen so bereitwillig aufgegriffen, aktiv vorangetrieben und weiterentwickelt. Nicht zuletzt hat dies auch dazu geführt, daß die Diskussion um die Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland sehr breit geführt wird. Inwieweit die Diskussion bewirkt, daß gesundheitsbewußte Versicherte als Bündnispartner für bessere Gesundheits-, Lebens- und Versorgungsbedingungen gewonnen werden können, muß jetzt noch dahingestellt bleiben.

Umsetzung scheitert an Widersprüchen

Auch in einem weiteren Handlungsfeld stoßen die Kassenaktivitäten derzeit auf Widerstände, oder sie verfangen sich in den eigenen Widersprüchen. Dies gilt vor allem für die gesundheitsriskanten Bereiche in der Arbeits- und Umwelt, deren Sanierung als Voraussetzung für gesunde Versicherte angesehen wird. Für beide Be-

reiche ist in den Kassen zwar die Einsicht vorhanden, daß durch gesundheitsbezogene Interventionen mindestens genauso viel Nutzen für die Gesundheit der Versicherten gezogen werden kann wie aus der individuellen Verhaltensmodifikation (vgl. dazu ebenfalls die beiden genannten Kongresse sowie »BKK-Handbuch« zur Gesundheitsförderung, Essen 1989, und G. Eberle 1985), aber zur Realisierung dieser Einsicht fehlt es an Kompetenz und politischer Durchsetzungsfähigkeit bzw. an einer Konzeption, die mit der Realisierung dieser Konzepte verbundenen Konflikte bestehen zu können. So ist man hier, und das betrifft vor allem den Bereich der Arbeitswelt, auf gemeinsame Aktionen mit den Betrieben, zum Beispiel im Bereich der Gesundheitsförderung angewiesen.

Neben der gesundheitsbezogenen Dienstleistung, die die Kasse den Betrieben ihrer Region anbieten kann, ist jedoch auch eine Strategie denkbar, die versucht, den Betrieben durch Erleichterung der Abwicklung des Sozialversicherungsverfahrens entgegenzukommen. So wäre es zum Beispiel möglich, die Betriebe bei der EDV-Einrichtung in diesem Bereich zu unterstützen, die Personalsachbearbeiter über neueste Entwicklungen regelmäßig zu informieren etc. Neben einer Vereinfachung der Verwaltungsvorgänge können sich die Kassen davon vor allem versprechen, die Betriebe näher an sich zu binden, um ihnen zu verdeutlichen, daß Beiträge, die den Betrieben als Lohnnebenkosten erscheinen, am wirkungsvollsten gesenkt werden können, wenn man eine gemeinsame Politik gegenüber dem Ort der Entstehung der meisten Kosten, also gegenüber den Anbietern, entwickelt.

Es ist kein Ausweis für die Lebendigkeit der Selbstverwaltung, daß solche Vorgehensweisen dort nicht schon lange besprochen und realisiert wurden. Aber die herrschenden Widersprüche, denen vor allem die Allgemeinen Ortskrankenkassen ausgesetzt sind, verhindern es offensichtlich, daß beide Seiten der Selbstverwaltung ihre gemeinsamen Interessen gegenüber der Anbieterseite erkennen. Sowohl das Interesse an einem hohen Leistungsstandard in der medizinischen Versorgung (Versicherterseite) als auch das Interesse in bezug auf eine kostengünstige Bereitstellung dieser Leistungen (Arbeitgeberseite) läßt sich in einer anbieterorientierten Politik verwirklichen. Zugleich bestehen hier aber die größten Schwierigkeiten, Veränderungen herbeizuführen. Das liegt an einer ganzen Reihe von Gründen:

- Die Anbieterseite produziert sehr wenig Informationen über sich selbst und ihre Handlungen, bzw. die vorhandenen Informationen sind (zumindest für die Kassen) nicht verfügbar. Dieser Mangel soll teilweise durch das SGB V behoben werden. Für den jetzigen Zeitpunkt ist deshalb festzustellen, daß qualifizierte Aussagen weder über die Effektivität, die Effizienz noch die Iatrogenität der medizinischen Behandlung und Versorgung (gesundheitliche Schäden, die durch die Behandlung selbst entstehen) gemacht werden können. Untersuchungen an ausgewählten Kollektiven oder über die Behandlung besonderer Erkrankungen lassen jedoch erheblichen Handlungsbedarf in bezug auf alle genannten Faktoren erkennen.
- Die Anbieter sind wirtschaftlich und politisch sehr durchsetzungsfähig, da sie ihre Funktion und Leistungen selbst definieren und zugleich realisieren können. Die Definitionsmacht der einzelnen Ärzte über individuelle Gesundheit und Krankheit setzt sich fort in der Definitionsmacht ihrer Verbände und Industrien über die Art ihrer Erbringung. Es ist deshalb auch kein konzeptioneller Mangel im Gesundheits-Reformgesetz gewesen, daß von der Seite der Leistungsanbieter ein deutlich geringerer Beitrag zur »Kostendämpfung« verlangt wurde als von den Versicherten. Dies entspricht vielmehr den derzeitigen Machtverhältnissen im Gesundheitswesen.

Schließlich sind Aktivitäten, die sich auf die Anbieter beziehen, auch gegenüber den Versicherten nur sehr sensibel zu vertreten; immer noch gilt bei den Versicherten: mehr ärztliche Leistungen sind besser.

Aus diesem Grund wollen viele Kassen mit ihrer Politik gegenüber den Anbietern nicht in den Verdacht kommen, aus Gründen des Kostensparens zum Abbau von gesundheitssichernden Leistungen beitragen zu wollen. Dies würde von den Versicherten und gerade von den gesundheitsbewußten »guten Risiken« mit Sicherheit nicht honoriert. Das »gute Einvernehmen« der Ersatzkassen mit den Ärzten gilt auch als ein Grund für den Wechsel zu dieser Kassenart. Also sind auch auf dem Gebiet, auf dem vermeintlich die größten Kosteneinsparungen (ohne Verluste der Behandlungsqualität) zu erzielen wären, den Kassen die Hände gebunden. Zum einen durch die geringe Verhandlungsfreiheit und die ökonomische und politische

Macht der Leistungsanbieter, zum anderen durch das vorhandene Vorurteil des »Mehr ist besser«, dem keine Kasse durch eine sinnvolle Leistungssteuerungspolitik entgegenzutreten kann, wenn sie nicht »gute Risiken« verlieren will.

Versichertenpolitik unter veränderten Bedingungen

Die Politik gegenüber Versicherten im allgemeinen und den »guten Risiken« im besonderen kann nicht einfach die Werbemethoden der Konsumgüterindustrie übernehmen. Dafür liegt in den Kassen die notwendige Marketing-Orientierung nicht vor, und darüber hinaus würde ein auf Marketing und Werbung beruhender Wettbewerb zwischen den Kassen potentielle Mitglieder eher abschrecken. Aus diesen Widersprüchen gibt es derzeit keinen Ausweg. Sie sind nicht durch Unfähigkeit der Marketing-Profis in den Kassen hervorgerufen, sondern durch die wirtschaftlichen Bedingungen für die Kassen selbst.

»Eine Kasse, die erfolgreich in der Verfolgung dieser angebotssteuernden Politik durch Stärkung der Nachfrageseite ist, wird auf lange Sicht vergleichsweise sowohl einen hochwertigen Gesundheitsschutz und effektive Krankheitsbehandlung als auch günstige Beitragssätze anbieten können.«

Veränderte Wettbewerbsbedingungen führen zu ...

Wir wollen uns nun für einen Augenblick vorstellen, daß sich einige Wettbewerbsbedingungen durch die Organisationsreform geändert hätten, und die Frage stellen, welche Konsequenz dies für die Wettbewerbsfelder und Wettbewerbsziele der Kasse hätte und wie unter den veränderten Bedingungen Instrumente wie die Gesundheitsförderung auf neue oder erweiterte Ziele orientiert werden können.

Die Veränderung der Wettbewerbsbedingungen durch eine Organisationsreform wird vor allem darin bestehen (müssen), daß die einzelnen Kassen nicht mehr gezwungen sind, ihre Versichertenpolitik indirekt oder auch ganz ausdrücklich auf die »guten Risiken« zuzuschneiden. Dies kann nur erreicht werden, wenn durch einen Ri-

sikostrukturausgleich bewirkt wird, daß die Ausgangslage für einen Wettbewerb für alle Kassen der GKV gleich sind, das heißt, wenn der Anteil des Beitragssatzes, der durch die Zusammensetzung der Versicherten und ihrer Einkommenslage entsteht, für alle Kassen gleich hoch ist. Er stellt gewissermaßen den unveränderlichen Sockel des Beitrags dar, und in der Minute des »Urknalls« dieser Reform hätten alle Kassen die gleiche Ausgangssituation der Mitgliederwerbung und alle potentiellen Mitglieder die gleiche Möglichkeit der Kassenwahl. Dies setzt Wahlfreiheit bei Kontraktionszwang voraus.

... anderen Feldern und Zielen des Wettbewerbs

Welches könnten unter diesen Bedingungen die Ziele und Felder eines zukünftigen Wettbewerbs bzw. einer zukünftigen Versicherungspolitik sein? Oder wie werden (und können) sich die Kassen hinsichtlich ihrer Beitragsgestaltung unterscheiden?

Jacobs und Schröder (1989) haben hierzu einige interessante Vorschläge gemacht. Sie stellen fest, daß unter den hier genannten Bedingungen sich sowohl die Wettbewerbsfelder als auch die Wettbewerbsziele von Kassen erheblich ändern können, und wir ergänzen hier: auch die Instrumente der Versichertenpolitik und ihre Orientierung hätten sich entsprechend zu ändern.

Als Wettbewerbsfelder geben Jacobs und Schröder die Angebotssteuerung, das Versichertenverhalten und die Modernisierung der internen Kassenorganisation an.

Vor allem auf dem Wettbewerbsfeld der Angebotssteuerung spielt das Versichertenverhalten eine entscheidende Rolle. Dies klingt zunächst paradox, da bekannt ist, daß gerade die Versicherten nahezu keinen Einfluß auf die Art und den Umfang des medizinischen Angebots nehmen können. Wenn aber ein aufgeklärter Ge-

sundheitskonsument das Ziel der Versichertenpolitik wird, läßt sich dieser (scheinbare) Widerspruch aufheben, denn nur mit Hilfe eines aufgeklärten Gesundheitskonsumenten kann die Nachfrageseite gegenüber den Anbietern gestärkt werden und die Angebotssteuerungspolitik der Kasse erleichtert werden. Die Kasse schafft sich so durch eine Versichertenpolitik, die den aufgeklärten und gesundheitsbewußten Versicherten zum Ziel hat, den notwendigen Bündnispartner, um eine gesundheitlich sinnvolle und effiziente Angebotssteuerung betreiben zu können.

Wenn jene Voraussetzungen akzeptiert werden, die ja lediglich in der Annahme bestehen, daß eine Organisationsreform den kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich mit sich bringt und daß die derzeitige Art der medizinischen Leistungen, ihr Umfang und ihre Organisation einen wesentlichen Kostenfaktor darstellen, werden die oben getroffenen Aussagen weniger spekulativ (Jacobs/Schräder 1989):

- Wenn den Versicherten Wahlfreiheit zugestanden wird hinsichtlich der Art und des Umfangs ihrer medizinischen Versorgung (wobei gewährleistet sein muß, daß eine Vollversorgung für jeden erhältlich und erschwinglich ist, der dies wünscht, und jede Kasse jedem Nachfrager diese Vollversorgung gewährleisten muß), müßte es einer Kasse z.B. möglich sein, mit niedergelassenen Ärzten, die der »Pseudo-Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage dubioser Mittelwerte überdrüssig« (Jacobs/Schräder 1989) sind, Vereinbarungen über medizinisch sinnvolle Qualitätssicherungsverfahren zu treffen. Es gibt mit Sicherheit Versicherte (gerade unter den »guten Risiken«), die unter Verzicht auf die freie Arztwahl sich lieber von solchen Ärzten behandeln lassen, die ihr Handeln einer (eingeschränkten) »öffentlichen Kontrolle« unterziehen. Falls dadurch auch Kosten eingespart werden können, würden diese Einsparungen über die Beiträge an diese Versicherten weitergegeben.
- Es ist wahrscheinlich, daß es ebenfalls Versicherte gibt, die sich lieber in Krankenhäusern behandeln lassen, die bereit sind, sich hinsichtlich ihres Mengen- und Qualitätsgerüsts einer externen Kontrolle zu unterwerfen. Auch hier sind Einsparungen zu erwarten, mit denen kein »Weniger« an medizinischer Versorgung einhergeht, sondern ein »Anders«.

- Ein drittes Beispiel sei für den Arzneimittelbereich genannt. Wieso sollte es den Kassen unter veränderten Voraussetzungen nicht möglich sein, gesonderte Verträge mit niedergelassenen Ärzten abzuschließen, die sich an eine »Positivliste« von Arzneimitteln halten und den Patienten dadurch die möglicherweise vorhandene Angst der Übermedikation nehmen, wahrscheinlich weniger iatrogene Wirkungen durch Medikamente hervorrufen und zudem ihre Leistungen noch »billiger« anbieten können.

Stärkung der Nachfrageseite durch Gesundheitsförderung

Je mehr Versicherte bereit sind, sich einem Behandlungsschema zu unterwerfen, das eher rationalen gesundheitlichen Kriterien als einem wie auch immer verbrämten ökonomischen Kalkül auf Seiten der Anbieter und einem eher metaphysischen auf Seiten der Nachfrager folgt, desto effektiver wird die Gesamtleistungserbringung sein können, und desto weniger Geldmittel werden für diese Gesundheitssicherung und Krankheitsbehandlung aufgewendet werden müssen. Eine Kasse, die erfolgreich in der Verfolgung dieser angebotssteuernden Politik durch Stärkung der Nachfrageseite ist, wird auf lange Sicht vergleichsweise sowohl einen hochwertigen Gesundheitsschutz und eine effektive Krankheitsbehandlung als auch günstige Beitragssätze anbieten können. Damit kommt sie letztlich auch den Interessen »ihrer« Betriebe entgegen.

Unter den gegenwärtigen Bedingungen mag eine solche Politik zunächst utopisch erscheinen. Aber bei einer zunehmenden Zahl von Kassen werden ja derzeit schon Instrumente entwickelt, wie zum Beispiel die Gesundheitsförderung, deren Ziel die Herausbildung eines selbstbewußten Versicherten und Patienten ist, der auch mit den Institutionen des Gesundheitswesens und ihrer Leistungen rationaler umgehen kann. Über den Erfolg dieser Instrumente läßt sich noch wenig sagen, ihr Einsatz beruht schon bisher weitgehend auf plausiblen Annahmen, nicht aber auf empirisch bestätigten Ergebnissen. Aber diese Unsicherheit wird auch nicht wesentlich erhöht, wenn man eine kritische Orientierung der Versicherten gegenüber den Anbietern einleitet. Vielmehr kann eine gesundheitsfördernde Strategie vielleicht sogar dadurch an Glaubwürdigkeit gewinnen, daß we-

sentliche Akteure im Gesundheitswesen nicht einfach unbeachtet bleiben, sondern auch von ihnen der Nachweis gesundheitsgerechten Handelns verlangt wird und auf diesen Nachweis nicht nur deshalb verzichtet wird, weil Gesundheitssicherung bei diesen Gruppen definitionsgemäß angesiedelt wäre.

Wenn nun offensichtlich die weitgesteckten Ziele der Gesundheitsförderung nicht als so gänzlich unerreichbar angesehen werden, daß sich die Verfolgung dieser Politik gar nicht lohnen würde, und zweitens die Aktivitäten, die im Rahmen der Gesundheitsförderung derzeit durchgeführt werden, immer gebremst oder auch in ihrer Wirkungsrichtung umgekehrt werden durch die Notwendigkeit, die »guten Risiken« zu halten, dann kann mit Recht angenommen werden, daß die Befreiung vom Zwang zur Halte- und Überzeugungsarbeit Ressourcen freisetzen wird, die schließlich dazu führen, einige Fortschritte in der Gesundheitspolitik mit Hilfe der Gesundheitsförderung und der Schaffung eines gesundheitsbewußten Versicherten im Bündnis mit den Betrieben zu erreichen. Die vorhandenen Ansätze der Gesundheitsförderung müßten dazu freilich ergänzt werden durch Argumentationslinien, die eine Verhaltensweise bei den Versicherten unterstützt, die ihrerseits in einem kritischen Umgang mit den Leistungen des Gesundheitssystems besteht. Es ist offensichtlich, daß diese »Bündnispolitik« der Kassen zur Stärkung der Nachfrageseite, die letztlich eine Schwächung der Angebotsseite zur Folge hat, erst dann wirklich realisiert werden kann, wenn die damit entstehenden Konflikte keinen Einfluß auf die Zu- oder Abwanderung von »guten Risiken« haben. Diese Wanderungsprozesse würden durch einen Risikostrukturausgleich zumindest finanziell für die Kasse neutralisiert werden und langfristig sogar umgekehrt werden können, wenn die Kassen in ihrer neuen Bündnispolitik gegenüber den Anbietern erfolgreich sind.

Literatur

- Fiedler, E. (1989); in: Die Ersatzkasse, Nr. 7, S. 249
 BKK-Handbuch zur Gesundheitsförderung, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), Essen 1989
- Eberle, G. (1985), Prävention und AOK-Diskussionsgrundlage für eine strategische Orientierung; in: Rosenbrock/Hauß (Hrsg.), Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985
- Jacobs, K., W.F. Schräder, Neue Ziele und Felder des Kassenwettbewerbs in der GKV; in: Wirtschaftsdienst, 69. Jg., Heft 4, 1989, S. 178-183