

Henke, Klaus-Dirk; Oberender, Peter; Reiners, Hartmut; Thiemeyer, Theo

Article — Digitized Version

Strukturreform im Gesundheitswesen?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk; Oberender, Peter; Reiners, Hartmut; Thiemeyer, Theo (1988) : Strukturreform im Gesundheitswesen?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 68, Iss. 1, pp. 7-22

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136355>

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.

Strukturreform im Gesundheitswesen?

Die Bundesregierung hat kürzlich den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenversicherung beschlossen. Entspricht der Entwurf den Anforderungen an eine Strukturreform im Gesundheitswesen?

Klaus-Dirk Henke

Gesundheitsversorgung weiterhin zwischen Markt und Staat

Die in der Regierungserklärung vom Bundeskanzler angekündigte Strukturreform im Gesundheitswesen ist kurz vor Weihnachten 1987 unter dem Motto „Solidarische Erneuerung unserer Krankenversicherung“ vorgestellt worden. Die Koalitionsvereinbarung enthält u.a. folgende Schwerpunkte:

- Verzicht auf nicht unbedingt erforderliche Versicherungsleistungen durch Einführung von Festbeiträgen,
- Ausgrenzungen von Leistungen,
- krankheitsbezogene Früherkennungsmaßnahmen, gesundheitliche Aufklärung und Beratung,
- medizinischer Dienst der Krankenkassen,
- Verbesserung der häuslichen Pflege,
- zahlreiche Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit in allen Leistungssektoren,
- Stärkung der Eigenverantwortung durch Gesundheitsvorsorge und Sparanreize,

Aufwertung der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen,

Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und

Solidarbeitrag der Arzneimittelhersteller.

In dem Vorentwurf des Gesundheits-Reformgesetzes wird in §§ 81, 93 und § 150 Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung) die Beitragssatzstabilität verankert.

Vorbehaltlich der parlamentarischen Willensbildung und Entscheidung ergibt sich durch das Reformkonzept rechnerisch eine Bruttoentlastung von 14,5 Mrd. DM. Sie wird mehr als zur Hälfte in Form von Beitragssatzsenkungen an die Versicherten zurückgegeben; der Rest wird zur Finanzierung neuer Leistungen verwendet. Trotz vielfältiger Warnungen vor der Aufnahme der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos in die GKV sollen rund 6,5 Mrd. DM zur Förderung der

häuslichen Pflege aufgebracht werden. Mit dieser Maßnahme ist ein Kostentreibsatz in die GKV eingebaut, der die Beitragssatzstabilität gefährdet und den Verteilungskampf um die verbleibenden Mittel erheblich verstärkt. Je mehr das Ziel der Beitragssatzstabilität verwirklicht wird, um so stärker ergibt sich eine Finanzierung der Pflegekosten auf Kosten anderer Gesundheitsleistungen.

Angesichts des Umfangs des Gesetzentwurfs (über 300 Paragraphen) und seiner Begründung sowie der grundlegenden rechtssystematischen Überarbeitung des geltenden Krankenversicherungsrechts mit seiner Eingliederung in das Sozialgesetzbuch (SGB) ist es für eine endgültige Bewertung des Gesetzentwurfs noch zu früh. Im April 1988 sollen nach den bis dahin erfolgenden Anhörungen die 1. Lesung im Deutschen Bundestag und im November 1988 die 2. und 3. Lesung erfolgen; zum 1. Januar 1989 soll das Gesetz in Kraft treten.

Erste und zum Teil vorschnelle Reaktionen auf das Reformkonzept

der Koalition machen einerseits den Widerstand deutlich, auf den zahlreiche Vorschläge treffen, und spiegeln andererseits auch Enttäuschung darüber wider, daß die Reform nicht noch grundsätzlicher ausgefallen ist. Unstrittig dürfte wahrscheinlich nur die in der über 100seitigen klar strukturierten und gut lesbaren Begründung des Gesetzentwurfs vorhandene Auflistung der Systemmängel sein, die zur Notwendigkeit einer Strukturreform führten. Als wichtigste Systemmängel der GKV werden genannt (S. 44 f.):

- fehlende Anreize zu gesundheitsbewußtem Verhalten und sparsamer Inanspruchnahme auf seiten der Versicherten,
- falsche Wirtschaftlichkeitsanreize und fehlender Wettbewerb auf seiten der Leistungserbringer,
- fehlende Transparenz über die Kosten und Leistungen,
- Überkapazitäten und Überver-sorgungen,
- Fehlentwicklungen im Wettbewerb der Krankenkassen,
- Ungleichbehandlungen von Arbeitern und Angestellten und
- unvertretbar hohe Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen.

Zu ihrer Beseitigung sollen mit der vorgesehenen Strukturreform allerdings nur erste Schritte unternommen werden. Staatlichen Versorgungssystemen und „reinen Marktmodellen“ wird eine klare Absage erteilt. Schon in der Regierungserklärung wurden Erwartungen gedämpft, die sich auf eine Reform der GKV an Haupt und Gliedern richteten.

Trotz der angestrebten solidarischen Erneuerung werden die Grundprinzipien der GKV nicht geopfert. Die einkommensabhängige

proportionale Finanzierung bis zur Versicherungspflichtgrenze mit Arbeitgeberanteil, die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen, der nahezu einkommens- bzw. beitragsunabhängige Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips und der Charakter der Pflichtversicherung mit partiellem Kassenzwang für ei-

Die Autoren
unseres
Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 45, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Finanzwissenschaft an der Universität Hannover und Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Peter Oberender, 46, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre (Wirtschaftstheorie) an der Universität Bayreuth und Mitglied der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zur Strukturreform im gesetzlichen Krankenversicherungswesen.

Hartmut Reiners, 42, Dipl.-Volkswirt, ist Referent am wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen und Mitglied der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zur Strukturreform im gesetzlichen Krankenversicherungswesen.

Prof. Dr. Theo Thiemeyer, 58, lehrt Volkswirtschaftslehre, insbesondere Sozialpolitik, an der Ruhr-Universität Bochum.

nen großen Teil der Bevölkerung werden nicht in Frage gestellt. Das Versicherungsprinzip, wie es der GKV traditionsgemäß zugrunde liegt, bleibt bestehen. Eine umfassende Reform des Systems, orientiert am Gedanken der Schutzbedürftigkeit der Bevölkerung, ist damit nicht vorgesehen. Markt und Wettbewerb sollen nur dort zugelassen werden, wo sie möglich und sinnvoll erscheinen. Die vorgesehenen Maßnahmen sollen also nur zu einer Generalüberholung der GKV bei Aufrechterhaltung der Selbstverwaltung führen, nicht aber zu einer Neukonstruktion der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Formen der Daseinsvorsorge.

Übergreifende Zielsetzung

Bei der an dieser Stelle nicht vorgesehenen Diskussion und Bewertung der Einzelmaßnahmen (Festbeträge, Sterbegeld, Zuzahlungen, häusliche Pflege, Fahrkosten, Finanzierung der KVdR, Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten, Solidarbeitrag der pharmazeutischen Industrie), ihrer Auswirkungen auf die PKV und andere Systeme der Daseinsvorsorge sowie ihrer finanziellen Konsequenzen für Länder und Gemeinden darf die übergreifende Zielsetzung der Strukturreform nicht außer acht gelassen werden. Gerade an ihr scheiden sich die Geister. Ist die Forderung nach Beitragssatzstabilität mit der daraus folgenden einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in der GKV tatsächlich das Ziel, dem sich alle Maßnahmen unterzuordnen haben? Ist sie sachlich gerechtfertigt oder nur Ausdruck des (erforderlichen) gemeinsamen Nenners in der Strukturreformdiskussion? Gibt es Wirtschaftlichkeitsreserven, und wie hoch ist das Einsparpotential? Und bedeutet die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven eine Gefahr für den Gesundheitssektor

als Wachstumsbranche¹? Bei längerfristiger Betrachtung der neu geschaffenen Arbeitsplätze steht dieser Dienstleistungsbereich schließlich an vorderer Stelle.

Solange die Grundlohnsummenorientierung als politische Vorgabe akzeptiert wird und der Ordnungsrahmen des Krankenversicherungsschutzes nicht grundsätzlich verändert werden soll, gilt es, Verfahren zu suchen, die die Wirtschaftlichkeitsreserven nicht nur mobilisieren, sondern die freigesetzten Mittel in eine bessere Verwendung überführen, ohne die Bürokratie unangemessen zu verstärken; bei realistischer Einschätzung wird es eine von der Selbstverwaltung losgelöste quasi automatische, d.h. marktähnliche Lösung nicht geben. Trifft diese Einschätzung zu, müssen die Organe der Selbstverwaltung mit der erforderlichen Autonomie ausgestattet werden und mit größtmöglicher Beweglichkeit handeln. Der dritte Weg zwischen Markt und Staat in der Gesundheitsversorgung wird ausgebaut und gestärkt. Die Notwendigkeit einer verbesserten ökonomischen und medizinischen Orientierung gewinnt mit zunehmender Knappheit der Ressourcen an Bedeutung². Eine nur am Einsatz von Mitteln orientierte fiskalische Betrachtung wird durch eine ergebnisorientierte, stärker an der Bekämpfung von Krankheiten orientierten Gesundheitspolitik ver-

drängt. Eine weniger an Interessen und stärker an Funktionen ausgerichtete Gesundheitspolitik ergibt sich als Konsequenz der umstrittenen Beitragssatzstabilität.

Enttäuschte Erwartungen

Wer weitergehende Erwartungen an Ausrichtung und Reichweite der Strukturreform hegte, wird nicht nur enttäuscht sein, sondern sich auch fragen, warum es nicht zu einer umfassenderen Neuordnung kommt³. Übergreifende und sektorspezifische Reformkonzepte gibt es in größerem Umfang. Ihre Vielfalt erklärt sich aus einer unterschiedlichen Verknüpfung und Gewichtung der Elemente eines Krankenversicherungssystems⁴. Hinzu treten unterschiedliche Werthaltungen. Dennoch stellt sich die Frage nach den Kennzeichen einer in sich geschlossenen Reformkonzeption und den Merkmalen einer erfolgversprechenden Strukturreform. Bisher wurde zwischen den Begriffen „Reform“ (Neuordnung), „Weiterentwicklung“ und „Option“ nicht systematisch unterschieden. „Option“ ließe sich als Oberbegriff für Reform und Weiterentwicklung verwenden und Reform und Weiterentwicklung dadurch unterscheiden, daß eine Anpassung der gesetzlichen Krankenversicherung an eine veränderte Umwelt bei gegebenen Zielen nur zu einer Weiterentwicklung führt, während eine veränderte Zielsetzung weitergehende Reformen erfordert.

Bei einer in sich geschlossenen Reformkonzeption bzw. einer in sich geschlossenen Weiterentwicklung handelte es sich dann um ein widerspruchsfreies Konzept, mit dem die angestrebten Ziele verwirklicht werden können. Da jedoch über die angestrebten Ziele einer „Strukturreform“ keine Einmütigkeit besteht, nützen auch die besten in sich geschlossenen Konzepte zur

Weiterentwicklung und Reform der GKV nicht viel. So besteht beispielsweise keine Übereinstimmung über den Wert des Ziels der Beitragssatzstabilität. Unter der Prämisse, daß dieses Ziel angestrebt werden soll, ergeben sich völlig andere ordnungs- und prozeßpolitische Reformansätze als in dem Fall, wo es allein gilt, ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges System der Gesundheitsversorgung zu verwirklichen oder das gegebene System der GKV weiterzuentwickeln.

Hinzu tritt die Frage, ob es sich auch um ein konsensfähiges Konzept handeln soll. Wenn es sich bei der Reform des Krankenversicherungsschutzes und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung um ein äußerst sensibles Gebiet handelt, auf dem es nur im politischen Konsens zu einer Reform kommen sollte, ist eine partielle große Koalition ebenso unabdingbar wie eine bessere Koordination zwischen den zahlreichen Trägern der Gesundheitspolitik (BMA, BMWi, BMJFFG, BMFT, Bundesgesundheitsamt etc.). Sind beide Bedingungen gegenwärtig nicht gegeben, verengt sich der politische Handlungsspielraum erheblich.

Aufgabe der Wissenschaft

Kaum ein Gebiet der Wirtschafts- und Sozialpolitik ist dermaßen interessenvermint wie die Gesundheitsversorgung. Schließlich geht es im Kontext der Kostendämpfungsbestrebungen um Macht, Einfluß, Wiederwahl und Umsätze. Die Einkommensinteressen aller Beteiligten sind unmittelbar und nachhaltig berührt. Jede eingesparte D-Mark beinträchtigt ceteris paribus die Einkommenssituation der Leistungsanbieter. Zunehmende Kapazitäten belasten den ohnehin schon heftigen Kampf um Ressourcen und Einkommen. Neue von der Basis

¹ Siehe hierzu auch Jahresgutachten 1987/88 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BTDr 11/1317 vom 24. 11. 1987, TZ 306.

² Siehe hierzu das Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987.

³ Siehe hierzu auch H. J. Aaron: Why is Welfare so hard to reform?, Washington, D. C., 1973.

⁴ Siehe hierzu K.-D. Henke: Möglichkeiten und Grenzen einer Reform der GKV, in: G. Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin 1987, S. 612 f.

Gesundheitsberufe ausgehende Entwicklungen stellen überkommene Versorgungsstrukturen in Frage.

Länder und Gemeinden spielen im föderativen System der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle im Prozeß der gesundheitspolitischen Willensbildung. Hinzu treten die Medien, vor allem die Fachpresse, das Fernsehen und der Rundfunk, denen oft mehr an gut gemachten und am Einzelfall orientierten Sen-

dungen gelegen ist als an Aufklärung und an einer grundsätzlichen Erörterung der zugegebenermaßen überaus komplexen Materie. So kommt es schließlich, daß der eigentlich Betroffene, der Patient und der Versicherte, die Reformdiskussion nur in verzerrter Form wahrnimmt. Überdies sind die reformerischen Aufgaben in hochentwickelten Industrienationen so komplex geworden, daß die Ansprüche an die Durchsetzbarkeit „großer“ Reformen reduziert werden müssen.

Die Aufgabe der Wissenschaft, konzeptionell geschlossene Ansätze zur Reform und Weiterentwicklung der GKV vorzulegen, bleibt von der Einsicht in die mangelnde Durchsetzbarkeit umfassender Reformen der sozialen Sicherung in Wohlfahrtsstaaten unberührt. Auch in Zukunft muß sie die Anforderungen an eine rationalere Gesundheitspolitik konkretisieren; Beiträge zur besseren medizinischen und ökonomischen Orientierung der Gesundheitspolitik sind unverzichtbar.

Peter Oberender

Der Gesetzentwurf in ordnungspolitischer Sicht

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland weist gegenwärtig vielfältige Mängel auf. So bestehen umfangreiche Steuerungs-, Finanzierungs- und Strukturdefizite. Symptome hierfür sind die sogenannte Kostenexplosion, der Bettenberg, die Ärzteschwemme, die Apothekerschwemme, der Pharmamüll sowie die Großgeräteüberkapazitäten.

Die vielfältigen Probleme der GKV sind primär im unzweckmäßigen Ordnungsrahmen begründet. Falsch gesetzte Anreize verleiten alle Beteiligten zu wirtschaftlichem Fehlverhalten. Dadurch wird das an sich richtige Solidarprinzip zunehmend ausgehöhlt: Bei großer medizinischer Leistungsfähigkeit findet eine umfangreiche Verschwendung knapper wirtschaftlicher Mittel statt.

Das System der GKV ist weitgehend erstarrt und droht unter der Last der 100jährigen Tradition zusammenzubrechen. Deshalb wird zu Recht, insbesondere auch von

Bundeskanzler Kohl in seiner Regierungserklärung im März 1987, eine Generalüberholung der Gesetzlichen Krankenversicherung gefordert.

Das Regierungskonzept

Angesichts dieser Situation entschloß sich deshalb die Bundesregierung zu einer Strukturreform im Gesundheitswesen. Ziel dieser Reform ist es, Solidarität und Eigenverantwortung in der GKV wieder stärker miteinander zu verbinden. Dadurch sollen die Beitragszahler entlastet und neue Aufgaben (häusliche Pflege, Prävention) angepackt werden.

Der Maßnahmenkatalog der Koalition enthält eine Reihe von sehr begrüßenswerten Vorschlägen. So ist den Verantwortlichen für die Strukturreform uneingeschränkt zuzustimmen, daß es unerlässlich ist, die Leistungen der GKV auf das medizinisch Notwendige zu begrenzen, das heißt beispielsweise, daß

der Versicherte Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen umstritten oder als gering anzusehen ist, nicht mehr auf Kassenrezept verordnet bekommt. Dies bedeutet auch, daß die Ausgaben für Bagatellmittel sowie das Sterbegeld nicht mehr von der Gesetzlichen Krankenkasse getragen werden. Die Einführung von Sparanreizen in Form eines Systems der Beitragsrückgewährung muß grundsätzlich begrüßt werden, weil hiervon ein Steuerungseffekt auf die Gesundheitsnachfrage erwartet werden kann. Auch die Vorschläge, die Wettbewerbsverzerrungen, die aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen zwischen den einzelnen GKVn bestehen, abzubauen sowie Arbeiter und Angestellte oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze gleichzustellen, sind ebenso uneingeschränkt zu befürworten wie die Anhebung der Beiträge der Rentner auf das Beitragsniveau der übrigen Versicherten.

Im Reformkonzept der Bundesregierung nehmen Festzuschläge einen hohen Stellenwert ein, die die Ausgaben für medizinisch notwendige und preisgünstige Leistungen decken. Dieses Prinzip der Festzuschläge soll insbesondere für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, eingeschränkt auch für Zahnersatz gelten. Auf der Apothekenstufe soll der einheitliche Abgabepreis für Arzneimittel beibehalten werden. Allerdings wird der bisher vom Herstellerabgabepreis abhängige Apothekenzuschlag durch einen festen, absoluten Zuschlag ersetzt, um für den Apotheker keine Anreize zu schaffen, vor allem teure Arzneimittel abzugeben. Dieser Aspekt wird in Zukunft an Gewicht gewinnen, weil sowohl das Aut-Simile- als auch das Auseinzelungsverbot aufgelockert werden sollen.

So verständlich dieses Anliegen der Bundesregierung ist, so ordnungspolitisch problematisch ist die Einführung eines fixen Zuschlags, weil es sich um eine Entscheidung handelt, die zentral gefällt wurde und die in den marktprozessualen Ablauf direkt eingreift. Durch diese staatliche Regulierung zentralverwaltungswirtschaftlicher Provenienz wird der Apotheker in seiner Entscheidungs- und Handlungsfreiheit empfindlich eingeschränkt. In die gleiche Richtung gehen die verschärften Kontrollen für Leistungserbringer und Versicherte. Alle werden dadurch an das Gängelband der Politiker und Kassenfunktionäre genommen.

Auch der Vorschlag, die Landesverbände der einzelnen Kassenarten dazu zu verpflichten, Beitragsunterschiede zwischen den einzelnen Kassen über einen Finanzausgleich einander anzupassen, geht in die gleiche Richtung. Ein solcher Finanzausgleich wirkt kontraproduktiv, indem für Kassen der Anreiz entfällt, besonders wirtschaftlich zu

arbeiten, da ein Überschuß ohnehin zur Bestandssicherung sogenannter lohnnotleidender Kassen dient.

Problematischer Spareffekt

Ein Problem stellt auch die ökonomische Bewertung des Spareffektes seitens der Bundesregierung in Höhe von 14,3 Mrd. DM dar. Zum einen wird bei dieser Aussage von einer Konstanz der Gegebenheiten – insbesondere vom unveränderten Verhalten der Versicherten sowie der Leistungserbringer – ausgegangen. Die Schätzungen stehen somit auf einem sehr unsicheren Fundament. Zum anderen wird von der Regierung eine Aussage über die Verwendung dieser Einsparungen gemacht. So soll die eine Hälfte für eine Beitragssenkung um insgesamt einen Prozentpunkt, d. h. einen halben Prozentpunkt jeweils für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die andere Hälfte für häusliche Pflege, Vorsorge und Gesundheitserziehung zur Verfügung stehen.

Die Aufnahme der häuslichen Pflege von Schwerst- und Schwerpflegebedürftigen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt einen erheblichen Kostentreibersatz dar. Damit wird bereits jetzt der Keim dafür geschaffen, daß die Reform der GKV sich selbst in Frage stellt und das GKV-System in absehbarer Zeit unter einen noch stärkeren Druck als jetzt gesetzt wird.

Die vorgeschlagene Regelung – Pflegehilfen in Form von Sach- oder Geldleistungen bis zu 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat und die generelle Übernahme der gesamten häuslichen Pflege für vier Wochen im Jahr durch die Krankenkasse – führt nicht nur zu einer vermehrten Inanspruchnahme und damit zu einer Ausgaben- und Beitragserhöhung der GKV, sondern stellt darüber hinaus auch einen Anreiz für

die Betroffenen dar – wenn es nicht gelingt, strenge Kriterien für die Gewährung von Pflegehilfe anzulegen –, das Solidarprinzip auszuhöhlen. Auch muß damit gerechnet werden, daß mit zunehmendem Alter und zunehmendem Krankheitsrisiko immer mehr Personen versuchen, von der privaten Krankenversicherung (PKV) in die GKV überzuwechseln. Um dies zu verhindern, bedarf es auch hierzu einer gesetzlichen Regelung. Darüber hinaus ist es unverantwortlich, die GKV mit dem Pflegefallrisiko zu belasten. Denn zum einen hat dieses Risiko nichts mit Krankheit im Sinne der RVO zu tun, und zum anderen handelt es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für die eine Lösung außerhalb der GKV gefunden werden muß. Die Lösung des Pflegefallrisikos stellt eine ordnungspolitische Aufgabe dar.

Positiv bei der gegenwärtigen Reform der GKV ist zu bewerten, daß die Vorsorge stärker als bisher beachtet wird. Allerdings muß dabei auch bedacht werden, daß nur sehr wenig Wissen über eine eindeutige Kausalbeziehung hinsichtlich bestimmter Krankheiten besteht, da der Nutzen vieler Präventionsmaßnahmen nicht sicher ist. Es sollte deshalb nicht aufgrund einer allgemeinen Euphorie der Erfolg präventiver Maßnahmen überschätzt werden. In vielen Fällen reicht es vielmehr aus, wenn individuelle Anreize für ein gesundes Leben nach den Regeln, die seit mehreren 100 Jahren bekannt sind, nämlich eine ausgeglichene Ernährung, Bewegung, ein vernünftiges Verhältnis von Ruhe und Arbeit und dergleichen mehr, geschaffen werden.

In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß sich aufgrund einer gesunden Ernährung jährlich etwa 50 Mrd. DM einsparen lassen. Es ist deshalb der Ansatz der Bundesre-

gierung durchaus richtig, durch individuelle Anreize beim einzelnen den Lebensstil und das Krankheits- sowie das Gesundheitsverhalten nachhaltig zu beeinflussen. Allerdings sind die bisher ergriffenen Maßnahmen bei weitem nicht ausreichend.

Schwierigkeiten einer Strukturreform

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum eine Strukturreform sich so schwierig gestaltet. Die Gründe hierfür liegen nicht so sehr darin, daß man unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Aufgaben und Ziele einer gesetzlichen Krankenversicherung hat, als vielmehr in der Funktionsweise einer parlamentarischen Ordnung. Aufgrund der Abhängigkeit von Wahlen handeln die Politiker sehr vorsichtig, wenn es um die Durchsetzung sachlich richtiger und notwendiger Reformen geht, weil sie die Befürchtung haben, durch unpopuläre Maßnahmen Wählerstimmen zu verlieren. Hierbei ist zu bedenken, daß auch der Politiker, wenn er argumentiert, eine Reformmaßnahme sei deshalb politisch nicht durchsetzbar, weil die Wählerabwanderung zu groß sei, eine Aussage unter Ungewißheit trifft. Es kann davon ausgegangen werden, daß die Wähler durchaus einsehen, daß bestimmte Reformen, die auch mit gewissen Nachteilen für sie selbst verbunden sind, unerlässlich sind.

Darüber hinaus haben die Verbände und ihre Funktionäre kein Interesse an einer Reform des Gesundheitswesens, weil bei einer ursachenadäquaten Reform ihre Privilegien eingeschränkt oder gänzlich abgeschafft werden würden. Es ist erstaunlich, welche große Übereinstimmung trotz fundamental unterschiedlicher ideologischer Positionen unter den Verbandsvertre-

tern in bezug auf die Erhaltung des gegenwärtigen Systems der GKV und hinsichtlich der Abwehr jeglicher Reformvorschläge besteht. So stimmen – abgesehen von einigen kleineren Nuancen – beispielsweise die Spitzenverbände des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Arbeitgeber, der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Ersatzkassen sowie die kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaft dahingehend überein, daß im Grunde genommen eine Strukturreform im Gesundheitswesen überhaupt nicht erforderlich sei, bestenfalls seien einige kleinere Änderungen notwendig, allerdings nicht bei ihnen und ihren Mitgliedern, sondern bei den anderen. Oft kommt hierbei das Argument, das bestehende System könne auf eine 100jährige Tradition zurückblicken und habe sich deshalb bewährt. Mit Hilfe des Traditionsargumentes wird versucht, das gegenwärtige System der GKV gegenüber Reformmaßnahmen zu immunisieren.

Im Augenblick besteht nicht nur die große Gefahr eines Neokorporatismus, der die Strukturreform im Gesundheitswesen verhindern will, sondern dadurch wird unsere demokratische Ordnung in ihren Grundfesten bedroht. Es ist deshalb eine dringende Aufgabe, den Einfluß der Verbände auf die Legislative und Exekutive auf das ihnen zustehende Maß, nämlich die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten, zurückzuschrauben. Gelingt dies nicht, so ist damit zu rechnen, daß die Lobbyisten und Verbandsfunktionäre zu Totengräbern – obwohl sie dies nicht beabsichtigen – unserer freiheitlichen Ordnung werden.

In diesem Zusammenhang ist es recht aufschlußreich, daß von Politikern immer wieder betont wird, auch die Kassenärztliche Vereinigung müsse aufgelockert werden,

indem Ärzten eine Vertrags- und Koalitionsfreiheit eingeräumt wird. Eine solche Reform sei aber politisch nicht durchsetzbar, weil bereits zwei Arbeitsminister aufgrund dieser Forderung ihren Ministerposten zur Verfügung stellen mußten.

Angesichts dieser schwierigen politischen Situation kann – trotz gewisser grundsätzlicher Vorbehalte – der Strukturreform der Bundesregierung bescheinigt werden, daß sie mutig erste Schritte in die richtige Richtung getan hat, wenngleich nicht geleugnet werden darf, daß das Konzept einige schwerwiegende Fußangeln enthält, die unbedingt noch eliminiert werden müssen. Insbesondere müssen noch weitere Reformschritte folgen, um das gesamte GKV-System von den bestehenden vielfältigen Mängeln zu befreien; vor allem müssen der Krankenhausbereich, die ambulante Behandlung und die Organisationsstruktur der GKV in die Reformanstrengungen einbezogen werden. Anderenfalls ist die beabsichtigte Strukturreform von vornherein zum Scheitern verurteilt. Die Reform darf nicht bei isolierten punktuellen Eingriffen stehenbleiben. Vielmehr ist es erforderlich, eine Strukturreform aus einem Guß durchzuführen.

Eine Orientierungshilfe

Im folgenden wird nun dargelegt, wie eine solche Strukturreform in der GKV erfolgen sollte. Auf diese Weise soll eine Orientierungshilfe für einzelne Reformschritte gegeben werden. Die folgenden Ausführungen wurden von der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“, deren Sprecher ich bin, erarbeitet und der Öffentlichkeit im Oktober 1987 in Bonn vorgestellt.

In einer Sozialen Marktwirtschaft bedarf es der Verbindung von wirt-

schaftlicher Leistungsfähigkeit und sozialer Verantwortung. Eine Strukturreform der GKV muß daher folgende Ziele verfolgen: Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Stärkung des Solidarausgleichs sowie bedarfsgerechte Verteilung der Gesundheitsleistungen.

Die Wahl- und Handlungsfreiheit der Beteiligten auf der untersten Ebene muß dabei so weit wie möglich gestärkt werden. Dies setzt voraus, daß zentrale staatliche und ständische Regulierungen im Bereich der GKV reduziert werden sowie dezentrale Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen, Versicherten und Leistungserbringern ausgehandelt werden.

Maßnahmen einer Strukturreform der GKV aus einem Guß müssen sich deshalb gleichgewichtig auf die Eckpfeiler des Gesamtsystems konzentrieren, und zwar: (1) auf die Versicherten und deren Versicherungsverträge, (2) auf die Rahmenbedingungen für die Krankenkassen sowie (3) auf die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer.

Versicherte und Versicherungsverträge

Aus sozial- und gesellschaftspolitischen Gründen sollte der Solidarausgleich im Grundsatz erhalten bleiben, d. h. es sind weiterhin fami-

lienbezogene, lebenslange und prozentual vom Einkommen zu erhebende Beiträge zu kalkulieren. Als neue Bemessungsgrundlage wird jedoch das Haushaltsgesamteinkommen vorgeschlagen, da sich die Leistungsfähigkeit und damit auch die Schutzbedürftigkeit eines Haushaltes weniger aus dem Arbeitseinkommen als vielmehr aus dem Pro-Kopf-Gesamteinkommen ergibt.

Die bestehende Versicherungspflichtgrenze sollte erhalten bleiben. Für den einzelnen Pflichtversicherten gilt eine Versicherungspflicht, jedoch kein Kassenartenzwang, d. h., um den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen zu gewährleisten, muß auch die freie Kassenwahl innerhalb der GKV für alle Versicherten eröffnet werden.

Das Versicherungsprinzip muß in der GKV gestärkt werden. Krankenversicherungsfremde Leistungen sind daher aus dem vertraglich vorgeschriebenen Leistungskatalog auszugliedern. Sozialversicherungsverträge sind nach einheitlichen Kriterien zu durchforsten und als Regelleistungskatalog verbindlich vorzugeben. Zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sollte dem einzelnen aber auch innerhalb des Vollversicherungsvertrages mehr

Wahl- und Handlungsfreiheit zugestanden werden, und zwar bezüglich der Ausgrenzung von Leistungen, der finanziellen Selbstbeteiligung und der Einschränkung in der Wahl der Leistungserbringer. Solche Ausgrenzungsmöglichkeiten dürfen aber den Solidarausgleich nicht gefährden. Außerdem darf durch die Ausgrenzung die Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht überfordert werden. Deshalb dürfen Leistungen lediglich soweit ausgeklammert werden, bis die als Eigenbeteiligung aufzubringenden Leistungsausgaben maximal 10% des Jahreseinkommens erreicht haben. Bis zu dieser Höchstgrenze muß es jedem Versicherten gestattet sein, seinen Pflichtversicherungsvertrag frei zu wählen; hierbei muß er auch zwischen Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip frei entscheiden können.

Um einer Aushöhlung des Solidarprinzips entgegenzuwirken, muß bei einer Rückkehr von der PKV in die soziale Krankenversicherung ab dem 27. Lebensjahr eine Zuzahlung für den bisher nicht mitgetragenen Solidarausgleich geleistet werden.

Die Arbeitgeberbeiträge, die nichts anderes als einen Lohnbestandteil darstellen, sind dem Arbeitseinkommen zuzuschlagen, um

ENERGIEWIRTSCHAFTLICHES INSTITUT AN DER UNIVERSITÄT KÖLN
Direktor: Professor Dr. C. Christian von Weizsäcker · Tel.: (02 21) 4 70 22 58

Vorankündigung

***XXV. Internationale Arbeitstagung des Energiewirtschaftlichen Instituts
an der Universität Köln***

am

21./22. April 1988

**Generalthema: Neue Energietechnologien
Alternative Energiequellen
Nicht-konventionelle Energieressourcen**

Tagungsort: Congress Centrum Köln

dem Versicherten eine rationale Entscheidung zwischen Leistungsseite und Beitragshöhe zu ermöglichen.

Mehr Wettbewerb

Die staatlich verordnete Mitgliederzuweisung ist durch einen weitgehenden Wettbewerb um Versicherte zu ersetzen. Als gesetzliche Rahmenbedingung ist vorzuschreiben, daß Sozialversicherungsverträge dem Solidarausgleich entsprechend kalkuliert werden, wobei mindestens ein Vollversicherungsvertrag nach dem Sachleistungsprinzip angeboten werden muß.

Für alle gesetzlichen Krankenkassen gelten gegenüber Versicherungspflichtigen eine Kontrahierungspflicht und ein Diskriminierungsverbot. Keine Versicherung

darf durch staatliche Privilegien einen Bestandsschutz genießen. Vielmehr muß sich jede Krankenkasse im Wettbewerb um Versicherte und um Leistungserbringer immer wieder neu bewähren. Dafür sind gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen die Voraussetzung.

Auch bei den Leistungserbringern müssen die staatlichen und ständischen Regulierungen reduziert werden. Dafür sollen mehr wettbewerbliche Elemente als Ordnungsprinzip eingesetzt werden. Die bestehenden kollektiven Verträge zwischen der kassenärztlichen Vereinigung – einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Zwangsgliedschaft – und den Verbänden der GKV müssen durch

eine erweiterte individuelle Vertragsfreiheit und Koalitionsfreiheit aufgelockert werden. Dieser Grundsatz muß gleichermaßen für alle Gruppen von Leistungserbringern gelten. Dies beinhaltet auch eine stärkere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (z. B. prä- und poststationäre Behandlung).

Durch eine Entstaatlichung und Entpolitisierung des Gesundheitswesens wird eine verstärkte dezentrale Steuerung möglich, wodurch alle Beteiligten wieder autonomer werden. Die politische Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen sollte im Wege sukzessiver Änderungen erfolgen, um den Beteiligten genügend Zeit einzuräumen, sich der neuen Situation anzupassen.

Hartmut Reiners

Verkehrte Richtung, falscher Tritt

Eines sei vorab bemerkt. Eine Kritik des vorliegenden Gesetzesentwurfes, die nur an der Unvollkommenheit der dort kodifizierten Maßnahmen herummäkelt, ist billig. Angesichts des komplexen Geflechtes wirtschaftlicher Interessen, sozialer Probleme und ethischer Normen, das das Geschehen im Gesundheitswesen bestimmt, kann eine entsprechende Reform nur Schritt für Schritt ablaufen. Allerdings müssen Vorstellungen davon bestehen, wohin die Reise gehen soll. Die entscheidende Frage lautet daher: Stimmt die Richtung, stellen die beabsichtigten Veränderungen Schritte zur Realisierung einer patientenorientierten Gesundheitspolitik dar?

Diese Frage kann ich für den Gesetzesentwurf der Bundesregierung

nur mit einem klaren „Nein“ beantworten, weil er falsche Akzente setzt. Er richtet sich mit seinen ökonomischen Hebeln vornehmlich an die Patienten. Die Effektivität der bestehenden medizinischen Versorgung wird nicht thematisiert, obwohl es überzeugende Indikatoren für die Notwendigkeit einer Neuorientierung der kurativen Medizin gibt.

Bereits die einfache Auflistung der geplanten Einsparungen zeigt, daß man einseitig die Patienten belasten will. Mehr als 8 Mrd. DM der insgesamt auf 14 Mrd. DM veranschlagten Einsparungen sollen durch Zuzahlungen, Leistungskürzungen und Festbetragsregelungen von den Versicherten getragen werden. Betroffen sind davon Leistungen, auf die die Versicherten

gar nicht oder nur unter erheblichen Beeinträchtigungen verzichten können. Woher soll z. B. ein Rentner mit einem Monatseinkommen von 1200 DM die 1500 oder 2000 DM nehmen, die in Zukunft für Zahnersatzleistungen als Zuzahlung fällig werden können? Das Argument des Bundesarbeitsministers, Zahnersatz sei eine vorhersehbare, nur einmalige Leistung, für die man finanzielle Vorsorge treffen könne, ist unseriös. Als ob einem die Zähne alle auf einmal ausfallen!

Auch die Festbeträge bei Heil- und Hilfsmitteln laufen letztlich auf Zuzahlungen hinaus, da sie nicht fallorientiert gestaltet, sondern nach dem Rasenmäherprinzip für alle Patienten gleich hoch angesetzt sind. Lediglich bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln sieht der Ge-

setzentwurf Festbeträge vor, die in Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation stehen. Hierbei handelt es sich aber nur um ein Segment des Arzneimittelmarktes (potentiell 25%). Werden – wie geplant – auch bei anderen Medikamenten Festbeträge eingeführt, läuft dies entweder auf eine Preisregulierung oder eine Zuzahlungsregelung hinaus. Da in den Erläuterungen zum Gesetzentwurf die Möglichkeit etwa von zentralen Preisverhandlungen zwischen GKV und Pharmaindustrie noch nicht einmal in Ansätzen ins Auge gefaßt wird, muß man annehmen, daß man bei den Medikamenten über die Erhöhung der Rezeptblattgebühr hinaus einen weiteren Griff ins Portemonnaie der Versicherten plant.

Schiefe Lastenverteilung

Während die Bundesregierung sehr genaue Vorstellungen darüber hat, wo und wie sie die Patienten zur Kasse bittet, bleiben Einsparungen bei den Leistungserbringern nach Art und Umfang weitgehend nebulös. Insgesamt will man dort 6 Mrd DM eintreiben, kann aber nicht sagen, wie das geschehen soll. Der von der Pharmaindustrie geforderte „Solidarbeitrag“ in Form einer 10%igen Preissenkung kann ja nicht einfach per Regierungsdekret verfügt werden. Blüms im „Spiegel“ geäußerte Empfehlung, man möge auf die „Kraft der Regierung“ vertrauen, wirkt in seiner Ratlosigkeit geradezu rührend. Auf reiner Dauenerwartung beruht die Hoffnung, 1,5 Mrd. DM durch den Abbau von Fehlbelegungen in den Krankenhäusern einsparen zu können. Ganz und gar in den Bereich der „Luftbuchungen“ (SPD-MdB Dreßler) fallen die 2 Mrd. DM, die man irgendwelchen, nicht näher definierten „Struktureffekten“ zuschreibt.

Die schon rein quantitativ schiefe Verteilung der Lasten zwischen Pa-

tienten und Leistungserbringern ist nicht nur in sozialpolitischer, sondern auch in gesundheitspolitischer Hinsicht kritikwürdig. Die Probleme des Gesundheitswesens resultieren nämlich nicht aus einem überzogenen Anspruchsdenken der Versicherten, wie es die bei Gesundheitsökonomien so beliebte, aber mehr von Vorurteilen als von Sachkenntnis zeugende These von der Rationalitätenfalle behauptet („Wo es Freibier gibt, da wird gesoffen!“). Vielmehr machen sich zunehmend Mängel in der Effektivität des Medizinbetriebs bemerkbar.

Insofern ist auch das Vorhaben der Bundesregierung, den Verzicht auf einen Arztbesuch mit Beitragsrückerstattungen zu honorieren, nicht gerade Ausdruck soliden Wissens über die Struktur der Leistungsanspruchnahme. Die für diesen Bonus in Frage kommenden Versicherten kämen nur in den Genuß eines Mitnahmeeffektes, da sie bereits heute selten zum Arzt gehen. Die Krankenkassen hätten davon keinen Vorteil, da diese Klientel auch bei Leistungsanspruchnahme nicht nennenswert zu Buche schlägt. Im Gegenteil, sie müßten vermutlich ihre Beiträge erhöhen, da sich durch die Rückzahlungen die Finanzbasis für die nach wie vor fälligen Leistungsausgaben verengt hat.

Gesundheitspolitische Ignoranz

Die hinter dem Konzept der Bundesregierung, den ökonomischen Hebel beim Patienten anzusetzen, stehende Philosophie „Gesundheit soll sich lohnen“ ist die zur Parole verdichtete gesundheitspolitische Ignoranz. Es wird suggeriert, der einzelne habe über die Chancen, gesund zu bleiben, und die Risiken, krank zu werden, letztlich selbst zu bestimmen. In der Sozialmedizin gibt es hinreichend Belege für die

These, daß Krankheit in erster Linie mit sozialen und biologischen Konstellationen zusammenhängt, also vom Individuum nur sehr begrenzt beeinflussbar ist. Ein Arbeiter hat nach wie vor eine deutlich geringere Lebenserwartung als ein Professor oder ein Rechtsanwalt. Herr Blüm möge doch einmal in seinem Wahlkreis einem Stahlarbeiter, der nach 30 Jahren Konti-Schicht in die Frühverrentung gehen muß, erzählen, er hätte halt gesünder leben müssen. Der Mann wird ihm buchstäblich was husten und ihn vielleicht noch fragen, weshalb die Bundesregierung die Mittel zur Humanisierung des Arbeitslebens zusammengezogen hat.

Im Grunde genommen steht aber keine gezielte gesundheitspolitische Konzeption hinter den Vorstellungen der Bundesregierung. Vielmehr befindet man sich voll in der Tradition der Kostendämpfungsgesetze, in denen man die periodisch anlaufenden Defizite der GKV zu Lasten der Patienten umschichtete. Bei dieser „Verschiebebahnhofspolitik“ handelt es sich um volkswirtschaftliche Nullsummenspiele zu Lasten der Versicherten der GKV. Mit Gesundheitspolitik hat das alles sehr wenig, mit Verteilungspolitik hingegen sehr viel zu tun.

Kostenexplosion oder Wachstumsdynamik?

Dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung kommt das Verdienst zu, in seinen letzten Jahresgutachten regelmäßig auf diesen Sachverhalt hingewiesen zu haben, auch wenn er das sicherlich so nicht formuliert. Seine Argumentation ist auf jeden Fall von bestechender Klarheit. Eigentlich, so der Sachverständigenrat, seien steigende Gesundheitsausgaben eine gute Sache, da sie auf eine prosperierende Branche schließen ließen.

Als Ausgaben der GKV handele es sich jedoch um Lohnnebenkosten, und deren Wachstum sei unerwünscht. Man sieht nur einen Ausweg aus diesem Dilemma: Die Gesundheitsausgaben müssen weiter privatisiert werden. Dann könnten Ärzte, Krankenhäuser und Pharmaindustrie munter Geld verdienen, ohne die Lohnkosten in den anderen Branchen zu belasten.

Die Auswirkungen auf die Lohnkosten werden also faktisch zum Prüfstein für die Frage gemacht, ob in der Krankenversorgung das Geld vernünftig ausgegeben wird. Steigende Ausgaben einer auf solidarischer Umverteilung basierenden GKV sind demnach eine „Kostenexplosion“. Werden dieselben Zahlungen hingegen aus privaten Haushaltskassen bestritten, dann mutiert die „Kostenexplosion“ zur „Wachstumodynamik“. Damit hat der Sachverständigenrat die gesundheitspolitische Sinnentleerung der Kostendämpfungspolitik bekannten Strickmusters auf den Punkt gebracht.

Wie hätte nun eine Strukturreform im Gesundheitswesen auszusehen, die diesen Namen meiner Meinung nach auch wirklich verdient? Sie müßte folgende drei Problemkomplexe wenn schon nicht lösen, so doch zumindest anpacken, wobei man – wie ich eingangs bereits sagte – angesichts der Vielschichtigkeit der Probleme von einer längeren Umsetzungsdauer ausgehen sollte.

Medizinisch-soziale Grundversorgung

In der ambulanten wie in der stationären Versorgung fehlt es an einer Integration von medizinischer Behandlung und sozialer Betreuung. Vor allem bei älteren Menschen und zahlreichen chronisch Kranken bzw. Behinderten besteht ein Betreuungsbedarf, für den Ärzte

und das medizinische Hilfspersonal schlecht oder gar nicht ausgebildet sind. Erforderlich sind Einrichtungen einer integrierten medizinisch-sozialen Grundversorgung, wie sie die WHO vorschlägt. In diesen „Primary Health Care Teams“ arbeiten Ärzte, Sozialarbeiter bzw. Psychologen sowie medizinische Heil- und Hilfsberufe zusammen

Mit den herrschenden, auf der vereinzelt Kassenarztpraxis aufbauenden Versorgungsformen ist die angesichts des sich verändernden Krankheitsspektrums unbedingt erforderliche Zusammenarbeit medizinischer und sozialer Berufe kaum möglich. Insofern ist auch mit einer bloßen – und auch noch zu gering bemessenen – Finanzierung der häuslichen Pflege, wie sie der Regierungsentwurf vorsieht, wenig gewonnen. Betroffen sind von den entsprechenden Regelungen fast ausschließlich schwerkranke, mehr oder weniger hilflose Personen. Die zunehmende Bedeutung der Selbsthilfegruppen signalisiert aber neue Bedürfnisse bei „normalen“ Patienten, die das Medizinsystem offenkundig nicht angemessen befriedigen kann. Es ist seinem Selbstverständnis und seiner Arbeitskultur nach auf einen Behandlungsstil getrimmt, der Krankheit als Schadensfall begreift, den es zu reparieren gilt. Diese Philosophie der „Endpunktbehandlung“ mag für die Behandlung von Beinbrüchen und Blinddarmentzündungen angemessen sein. Das Krankheitsgeschehen wird jedoch zunehmend von chronischen Krankheiten wie Rheuma und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestimmt, die nicht heilbar, sondern nur linderbar sind. Bei einem auf endgültige Heilung ausgerichteten ärztlichen Handeln werden endlose Behandlungsketten provoziert. Fehlende Heilerfolge führen zur „Polypragmasie“, einem permanenten Ausprobieren ver-

schiedener Therapien, zu laufenden Überweisungen an Fachärzte und zur Dauermedikation. Sinnvoll wären in den meisten Fällen Behandlungsmethoden, die die Patienten im Umgang mit ihrem Leiden vertraut machen und das soziale Umfeld mit einbeziehen. Zu diesen immer drängender werdenden Problemen einer Integration medizinischer Versorgung und sozialer Betreuung enthält der Regierungsentwurf keine Impulse.

GKV und Leistungserbringer

Hier sind vor allem zwei Bereiche angesprochen: der Arzneimittelmarkt und die stationäre Versorgung. In der Arzneimittelversorgung herrscht ein groteskes Ungleichgewicht von Anbieter- und Nachfragermacht. Eine wirksame Kontrolle von Preis- und Absatzpolitik der Pharmaindustrie findet faktisch nicht statt. Die Einführung von direkten Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen ist eine Mindestforderung. Erforderlich wäre die Einrichtung eines von GKV, Ärzten und Apothekern gemeinsam geführten Arzneimittelinstituts, das in jährlichen Verhandlungen mit der Pharmaindustrie die verordnungsfähigen Medikamente nach Art und Preis festlegt. Hinzu kommen müßte eine gezielte pharmakologische Beratung von Ärzten und Patienten, wie sie in Anfängen von einigen AOKs bereits erfolgreich praktiziert wird. Das Problem in der Arzneimittelversorgung liegt nämlich nicht nur in den hohen Preisen, sondern auch und vor allem in einer zum Teil sogar gesundheitsgefährdenden Ordnungspraxis.

In der stationären Versorgung ist auch nach der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung durch die nach wie vor bestehende Ausgrenzung der Krankenkassen aus der Investitionsfinanzierung bzw. Bedarfsplanung überflüssiger Konflikt-

stoff vorhanden. Die Bundesregierung hat angekündigt, dieses Problem in einem weiteren Reformpaket anzupacken. Es wäre kein Fehler, wenn sie sich das in der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung entwickelte „Körperschaftsmodell“ einmal näher ansehen würde. Dieses Konzept sieht im Kern eine von Krankenhausträgern und Krankenkassen gemeinsam durchgeführte Krankenhausbedarfsplanung vor.

Finanzierung der GKV

In der GKV wirkt der fatale Mechanismus, daß sozial schwache Krankenkassen (niedrige Grundlohnsomme, hoher Altersdurchschnitt, viele Mitversicherte) besonders hohe Beitragssätze verlangen müssen. Das berufsständische Gliederungsprinzip verschärft diesen im

gegliederten System per se angelegten Widerspruch, da die einzelnen Kassenarten unterschiedliche Möglichkeiten haben, eine günstige Risikostruktur der Versicherten zu erreichen. Neben der längst fälligen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Wahl der Krankenkasse ist eine Vereinheitlichung der GKV erforderlich, um den Verfassungsgrundsatz der Chancengleichheit zu gewährleisten. Will man das gegliederte System erhalten, muß Chancengleichheit unter den Kassenarten hergestellt werden. Ein einnahmeorientierter regionaler Finanzausgleich unter den Kassenarten, wie ihn der DGB vorschlägt, wäre hier eine sinnvolle Regelung. Desgleichen müßten die Kassen entlastet werden, die durch Problemgruppen (Behinderte, Sozialhilfeempfänger, Langzeit-Arbeitslose) belastet sind.

Ich habe in der hier gebotenen Kürze versucht, die Richtung zu beschreiben, die eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung nach meiner Vorstellung zu nehmen hat. Eine ganze Reihe von sehr wesentlichen Aspekten, wie z. B. die Neuordnung der Rehabilitation oder die Rolle der Krankenkasse in der Prävention, habe ich aus reinen Platzgründen hier nicht angesprochen. Mir kam es in erster Linie darauf an, deutlich zu machen, daß der Hauptmangel im Reformkonzept der Bundesregierung darin besteht, die Effektivität des Medizinsystems nicht zu thematisieren. Die Folge wird sein, daß die ebenso teure wie sinnlose Medikation die sozialen Probleme nicht lösen und das nächste Kostendämpfungsgesetz nicht lange auf sich warten lassen wird.

Theo Thiemeyer

Strukturreform und gesellschaftliche Grundentscheidungen

Warnungen einiger weniger Gesundheitsökonominnen, bei den notwendigen Reformen im Bereich des Gesundheitswesens auf das Wort „Strukturreform“ zu verzichten, sind von fast allen Beteiligten in den Wind geschlagen worden. Die Warner gingen davon aus, daß infolge der Geltung bestimmter gesellschaftlicher Grundnormen und politisch dominanter Vorentscheidungen charakteristische Struktureigenschaften des Gesundheitswesens und zumal der GKV gar nicht oder nur beschränkt zur Disposition stehen können und sich gerade im gegebenen System mit einem Bündel gezielter selektiver Korrekturen entscheidende Struktureffekte erzielen lassen.

Trotz des starken Interpretationsrisikos möchte ich für die weiteren Erwägungen folgende institutionellen und organisatorischen Gestaltungselemente des gegebenen Systems der Gesundheitssicherung als zur „Struktur“ gehörig unterstellen.

- Faktischer Gewährleistungsauftrag der Gesellschaft insgesamt für das Angebot von Gesundheitsgütern,
- Verteilung von Gesundheitsgütern nach dem Bedarfsprinzip, nicht nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit,
- Solidarausgleich,
- Versicherungszwang,

- Sachleistungsprinzip,
- parafiskalische Organisation der GKV mit *sozialer* Selbstverwaltung,
- keine Eigenproduktion der GKV, sondern Bereitstellung durch selbstständige, teils erwerbswirtschaftliche, teils bedarfswirtschaftliche, öffentlich regulierte Betriebe,
- Regulierung des Angebots an ambulanter ärztlicher Versorgung durch Monopole mit *ständischer* Selbstverwaltung.

Gewährleistungsauftrag

Ich behaupte: Gesundheitsgüter sind zu einem entscheidenden Teil nach politisch absolut dominierender Meinung besondere Güter, die

sich durch gesellschaftliche, aber auch konkret-individuelle Umstände der Nachfrage und des Verbrauchs grundsätzlich von anderen Gütern, wie z.B. Kühlschränken und Autos, unterscheiden.

Gewährleistungsauftrag der öffentlichen Hand meint: Das Angebot an Gesundheitsgütern muß unter qualitativem, quantitativem und zeitlichem Aspekt bestimmten politisch vorgegebenen Normen entsprechen, und die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Leistungen im Bedarfsfall muß – eventuell personen- oder gruppenspezifisch – besonders gesichert sein.

Wenn und insoweit ein solcher Gewährleistungsauftrag des Staates gilt, sind vielen Deregulierungsforderungen Grenzen gesetzt. Was besonders nachdenklich stimmt: Der Konsumentensouveränität sind im Gesundheitswesen Grenzen gesetzt. Um so bedeutsamer sind darum alle Bestrebungen, die in realistischer Weise für Betroffene und Beteiligte, insbesondere Versicherte und Patienten Spielräume des Wählens (zwischen Leistungen und Anbietern), des Mitbestimmens und Mitarbeitens bei der Versorgung mit Gesundheitsgütern aufweisen und institutionell sichern helfen können.

Bedarfsprinzip

Ich behaupte ferner: Nach absolut vorherrschender politischer Auffassung soll im Bedarfsfall jeder Anspruch auf notwendige Versorgung mit Gesundheitsgütern haben, unabhängig von finanziellen Vorleistungen (Prämien oder Beiträgen), von seiner Zahlungsfähigkeit oder Zahlungswilligkeit: Die christliche oder humanitäre Vorentscheidung für dieses strenge Prinzip ist trotz aller Kommerzialisierung der Gesellschaft so selbstverständlich, daß die Radikalität dieser Vorentscheidung für dieses Bedarfsprinzip der

Verteilung (an Stelle des Zahlungsfähigkeitsprinzips) nicht mehr voll bewußt ist. Das Bedarfsprinzip gilt nicht nur für den skizzierten Extremfall der Nicht-Versicherung, sondern im gesamten Sachleistungsbereich. Den Gesundheitsökonom interessiert hier vor allem eine Konsequenz: Infolge dieser Vorentscheidung ist der Marktmechanismus als Steuerungsmechanismus weitgehend ausgehebelt. Niemand kann infolge dieser ethischen Vorentscheidung von der Leistung ausgeschlossen werden. Markt funktioniert aber im Prinzip nur da, wo jeder für die Kosten, die durch seine Nachfrage entstanden sind, zur Zahlung herangezogen werden kann. Worauf es hier ankommt: Sofern die These von der politischen Dominanz der Vorentscheidung für das Bedarfsprinzip der Verteilung richtig ist, ist vielen Vorstellungen von „Strukturänderungen“ einfach der Boden entzogen: Der Markt ist hier das grundsätzlich falsche Steuerungsinstrument. (Übrigens ist die Rede vom „Marktversagen“ kaum akzeptabel: Der Markt versagt überhaupt nicht. Der Marktpreis würde bei der Verteilung der Gesundheitsgüter nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit sogar in ganz hervorragender Weise seine Selektionsfunktion ausüben: Wer nicht zahlen kann, bekommt nichts: Nicht der Markt versagt, sondern das, was dabei herauskommt, paßt uns nicht.)

Solidarausgleich

Verknüpft man nun – in zumindest der Intention nach idealer Weise – das Bedarfsprinzip auf der Leistungsseite mit dem Zahlungsfähigkeitsprinzip auf der Finanzierungsseite, dann bedeutet das notwendig eine Entscheidung für den Solidarausgleich. Man könnte den Solidarausgleich aus dem GKV-System eliminieren und die Umverteilungsaufgabe (Transferfunktion) den öffent-

lichen Haushalten zuweisen. Das wäre Strukturreform. Irrig ist allerdings das Argument, eine derartige Übertragung auf den öffentlichen Haushalt sei schon darum sinnvoll, weil die Inzidenzwirkungen im GKV-System (d.h. die faktischen Belastungs- und Begünstigungswirkungen, die von den vom Gesetzgeber formal intendierten abweichen können) unklar seien: Das ist richtig, gilt aber ebenso, wenn nicht sogar stärker für die öffentlichen Haushalte.

Ein wenig beachteter Aspekt einer (plausiblen) Forderung spräche allerdings für die Konzentration der Transfereffekte in den öffentlichen Haushalten: Die Ausweitung der Bemessungsgrundlage über das Arbeitseinkommen hinaus auf das Haushaltseinkommen setzt einen steuerveranlagungsähnlichen Vorgang bei den Versicherten voraus: Das ist zwar denkbar, aber – wie die Erfahrungen mit § 180 Abs. 4 RVO zeigen, der das für freiwillig Versicherte vorsieht – problematisch. Ein wichtiger Einwand gegen die Übertragung der Transferfunktion auf die öffentlichen Haushalte ist der Hinweis, daß damit das Sozialversicherungssystem den Manipulationsbedürfnissen aus kurzfristig haushaltsstrategischer und konjunkturpolitischer Sicht noch ungeschützter ausgesetzt wäre als bei der gegenwärtigen parafiskalischen Lösung. Die Frage ist politisch nicht aktuell.

Versicherungszwang

Teilweiser Versicherungszwang (nicht zu verwechseln mit der Zwangsversicherung, also der Pflichtversicherung bei bestimmten Kassen) ist zumindest nach politisch vorherrschender Meinung unumgänglich. Einschränkungen werden in Hinsicht auf zwei Aspekte gemacht:

Es wird behauptet, Versiche-

rungszwang werde mit steigendem Einkommen (personelles oder volkswirtschaftliches Einkommen) zunehmend überflüssig. Das Argument der Schutzbedürftigkeit verliere an Überzeugungskraft. Die These ist falsch. Der medizinisch-technische Fortschritt bringt extrem teure Leistungen mit sich, deren Inanspruchnahme auch Hochverdienende und ihre Angehörigen wirtschaftlich ruinieren kann. Das Argument kann allenfalls die Forderung nach höherer direkter Selbstbeteiligung mit steigendem Einkommen stützen. Medizinisch-technischer Fortschritt erfordert Ausdehnung der Versicherungspflicht.

□ Auf den ersten Blick plausibel erscheint die Forderung, den Bereich der Grundversorgung mit Gesundheitsgütern der Versicherungspflicht zu unterwerfen, die Zusatzversorgung aber der freien Entscheidung des einzelnen gemäß seiner Zahlungswilligkeit zu überlassen. Allerdings weist eine – zugegeben zunächst formale – Bestimmung von Grundsicherung, die eine wichtige Perspektive eröffnet, allzu große Erwartungen sofort in ihre Schranken: Die Grundsicherung muß zumindest alles umfas-

sen, auf das der einzelne nach fachlichem Urteil im Bedarfsfall gemäß Bedarfsprinzip unabweislich Anspruch haben müßte. Aus dieser Sicht schrumpft die sogenannte Zusatzleistung für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf ein Minimum zusammen. Für Risikofreude ist bei der Krankenversicherung kein Platz: Das Risiko geht fast ausschließlich zu Lasten der sozialen Umgebung des Unterversicherten und zu Lasten der Allgemeinheit. (Das Bedarfsprinzip der Verteilung schließt eben – auch wenn man zögern mag – selbst den Hasardeur nicht aus.) Im zahnmedizinischen Bereich, zumal im Bereich der Prothetik, – das wird kaum bestritten – erweist sich die Abgrenzung des Bereichs der Grundsicherung allerdings als zweckmäßig.

Das Konzept des BMA hat den Gedanken der Trennung von Grundsicherung und Zusatzsicherung (man spricht hier von einer Trennung des „medizinisch Notwendigen“ vom „allgemeinen“ Gesundheitskonsum) aufgegriffen, wenn auch in vorsichtigerer Form als es radikalen Varianten der Forderung nach „Strukturreform“ entspricht. Ob der erreichbare Effekt

rationale (d.h. sinn-adäquate) Beschränkung oder aber bloße Privatisierung der Finanzlast ist, d.h. Abwälzung auf diejenigen, die des Solidarausgleichs am dringlichsten bedürfen, muß detailliert erörtert werden. In einigen Fällen scheint sich aber die Befürchtung der Kritiker an den sogenannten „Grundsicherungsplänen“ zu bestätigen: Beim Zahnersatz ist selbst die Beteiligung an der Grundsicherung geplant. Die Beteiligung ist hier nur dann in dem Umfang akzeptabel, als der Versicherte die Möglichkeiten der (unmittelbar) unentgeltlichen Prophylaxe leichtfertig nicht genutzt hat.

Sachleistungsprinzip

„Strukturänderung“ wäre auch der Übergang zum Erstattungsprinzip. In diesem Zusammenhang sei eine überraschende Inkonzsequenz der „Main-Stream-Gesundheitsökonomik“ festgestellt: Fast alle Theoretiker, die das Sachleistungsprinzip als Pfuhl der Unwirtschaftlichkeit attackieren, plädieren in äußerst engagierter Weise für die zumindest experimentelle Einführung von Health-Maintenance Organisa-

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

Christian Langer

PRODUKTIONSVERFLECHTUNG IN DER EG

– Ein interregionales Input-Output-Modell –

DIN A4, 401 Seiten, 1987, brosch. DM 72,-

ISBN 3-87895-329-1

V E R L A G W E L T A R C H I V G M B H – H A M B U R G

tionen (HMO), also eines geradezu klassischen Falls des Sachleistungsprinzips. Es geht den Kritikern also offenbar gar nicht um den Nachweis der Unwirtschaftlichkeit des Sachleistungsprinzips an sich, sondern nur darum, daß es die einzige, staatlich verordnete Angebotsform ist. Damit mündet die Diskussion in die allgemeine Deregulierungswelle ein.

Nachdenklich stimmt übrigens bei einigen sehr neuen HMO-engagierten Veröffentlichungen der abwertende Hinweis auf die „Ideologie der freien Arztwahl“: Noch vor wenigen Jahren galt der Kampf um die freie Arztwahl als schlechthin fortschrittlich und freiheitlich. Charakteristisch ist überdies, daß sogar ein Teil der wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion das Erstattungsprinzip völlig selbstverständlich mit unmittelbarer „Selbstbeteiligung“ identifiziert. Das ist unzweckmäßig. Daß das bloße Informiertsein, das als Konsequenz des „reinen“ Erstattungsprinzips gepriesen wird, keine positiven Verhaltensänderungen bewirkt, dürfte inzwischen gesichert sein. Im Gegenteil: Die These, daß das Informiertsein die Neigung zum „Möglichst-viel-Herausholen“ (Moral Hazard) anreizen könnte, ist zumindest nicht unplausibel.

Auch aus der Sicht der niedergelassenen (Zahn-)Ärzte müßte die Beurteilung des Erstattungsprinzips zumindest ambivalent sein: Ältere Fassungen der RVO (der frühere § 370 RVO i.d.F. 1930/31) sahen in dem Übergang zum Erstattungsprinzip ein wichtiges Machtmittel der Kassen zur Domestizierung nicht vertragswilliger Ärzte oder Ärztgruppen.

Soziale Selbstverwaltung

Die Organisation der Kassen als parafiskalische Körperschaften steht nicht zur Disposition. Das ge-

gliederte System der Kassen (bzw. Versicherungen) und die möglichen Formen des Wettbewerbs zwischen ihnen müssen nach folgenden Kriterien beurteilt werden:

Beitragsniveau, Beitragsstruktur, Leistungsniveau;

institutionelle und organisatorische Handlungsmöglichkeiten, um die Selektion guter und schlechter Risiken verhindern zu können;

Artikulierbarkeit der Versicherten-Interessen durch Entscheidungsspielräume bei der Inanspruchnahme oder durch Mitbestimmung;

Kompatibilität mit den Zielen des Solidarausgleichs;

verwaltungstechnische Innovationsbereitschaft, Versicherten-nähe;

Kooperationsfähigkeit in gesundheitspolitischen und finanzierungstechnischen Fragen;

Durchführbarkeit von Finanzausgleichen ohne Effizienzverlust;

Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Verhandlungspartnern und Anbietern von Leistungen;

Konsequenzen der möglichen Neigung zu Ressortpartikularismus und politischen Selbstbehauptungs-Demonstrationen.

Im gegebenen System müßte die Verwirklichung des Konzepts der freien Wahl der Kasse mit der Beseitigung von Wettbewerbsnachteilen (u.a. Primärkassenfunktion) einhergehen. Auch der (sozialpolitisch höchst bedeutsame) Kontrahierungszwang müßte zumindest modifiziert werden, wobei er für das System als Ganzes unverzichtbar ist.

Das Konzept der einheitlichen (regionalen) Gebietskrankenkasse (unterhalb der Länderebene) würde entscheidende Probleme (zufällige

Begrenzung des Solidarausgleichs, extreme Beitragssatzunterschiede in einer Region, Selektion der Risiken) großenteils lösen. Schätzt man die positive Wirkung des „Wettbewerbs eigener Art“ zwischen Kassen hoch ein und folgt man dem gesellschaftsgestalterischen Prinzip der Vielfalt, werden Finanzausgleiche unerläßlich. Diese sollten regional, kassenübergreifend, auf abgrenzbare Risiken und Risikogruppen abzielen und überwiegend unter Berücksichtigung von Interessenquoten gestaltet sein.

Leistungsanbieter

Die Tatsache, daß die GKV als Sachleistungsversicherung der eigentliche Schuldner der Leistung ist, sich aber selbständiger Produzenten bzw. Anbieter der Leistungen bedient, stellt bei einer Vorentcheidung für Marktwirtschaft in der gesamten Wirtschaftsgesellschaft eine ordnungspolitisch adäquate Lösung dar. Die nach Betriebszielen außerordentlich vielgestaltigen Anbieterbetriebe unterliegen vielfältigen Formen der „öffentlichen Bindung“, wobei der Selbstregulierung und Selbstkontrolle durch Verbände besondere Bedeutung zukommt.

Aus der Perspektive des öffentlichen Interesses geht es zunächst um die subtile Steuerung beidseitiger gleicher Verhandlungsmacht zwischen Kassen und Anbietern. (Das vorliegende Koalitions- bzw. BMA-Konzept setzt u.a. auch hier an.) Aus der Tatsache, daß Gesundheitsgüter über Zwangsabgaben finanziert werden, pflegt die Öffentlichkeit die Frage nach der Angemessenheit der Einkommen und Überschüsse der Anbieter der Leistungen abzuleiten. Eben derselbe Zusammenhang kann unter anderen Umständen zur Stützung der entgegengesetzten Argumentation dienen: Die Anbieter könnten als

eine Konsequenz der strengen öffentlichen Bindung die Sicherung angemessenen Umsatzes oder Einkommens einfordern.

„Strukturänderung“ wäre sicher auch die Abschaffung der ärztlichen Kammern oder kassenärztlichen Monopole (Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen) gewesen. In Übereinstimmung mit der US-amerikanischen Literatur richtete sich ein Hauptstoß der „Deregulierungs-Diskussion“ gegen ärztliche Monopole. Die Palette der Vorschläge reicht von der Konzeption des Wettbewerbs zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), unter denen Ärzte frei wählen können, bis zur Rückkehr zu Einzelverträgen der Vor-Hartmannbund-Zeit um 1900. Die aktuellen Gesetzesvorschläge der Regierungskoalition und des BMA sind auf diese Anregungen – mit Recht – nicht eingegangen.

Dabei mögen die gleichen Bedenken eine entscheidende Rolle gespielt haben, die schon Wilfrid Schreiber und die Sozialenquôte erwähnen: Die KV haben sich als ein wichtiges Instrument der Selbststeuerung der Angebotsseite erwiesen, auf das nach Meinung Schreibers damals schwer verzichtet werden konnte. Sie sind zumal dann kaum verzichtbar, wenn man die „Gemeinsame Selbstverwaltung“ für ein zentrales Steuerungsinstrument im Nicht-Markt-System des Gesundheitswesens hält. Aus dieser Perspektive wird die politische Stabilität des Sachleistungsprinzips noch einmal erklärbar: Das Sachleistungsprinzip erleichtert die kollektivvertragliche Regelung des ambulanten Angebots.

Ständische Selbstverwaltung

Die „Struktur“ der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ läßt sich kurz wie folgt skizzieren: Die Versi-

cherten einerseits und die Anbieter von Gesundheitsleistungen andererseits organisieren sich in Selbstverwaltungsinstitutionen, einmal zum Zwecke der Selbstorganisation und Interessenvertretung, zum anderen aber zum Zwecke der Verhandlung: Gegenstand der Verhandlung sind Vereinbarungen über die Steuerungselemente Preis, Qualität, sonstige Angebots- und Nachfragebedingungen. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich offenbar nach Meinung der politisch maßgeblichen Kräfte im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung trotz aller spektakulären inneren und äußeren verbandlichen Querelen und Kämpfe (fast ist man versucht zu sagen: wie eine „invisible hand“) bewährt, so daß sowohl der sozial-liberale als auch der konservativ-liberale Gesetzgeber in überraschender Übereinstimmung dieses System der gemeinsamen Selbstverwaltung auf den Krankenhaussektor übertragen hat. Dabei störte ihn die zunächst schon organisationssoziologisch nicht unbedenkliche, rechtlich – zumal in Hinsicht auf den besonderen kirchenrechtlichen Aspekt – gewiß problematische Umfunktionierung der Krankenhausesellschaften zu Selbstverwaltungssubstituten offenbar nicht. Und der Gedanke der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ faßt weiter Fuß. Dazu weiter unten.

Krankenhäuser

Rationalisierungsdruck für die Krankenhäuser ist unerlässlich. Jedoch ist, um jeder Illusion entgegenzuwirken, festzustellen: Die Ausgaben für die stationäre Versorgung werden in absehbarer Zeit notwendig absolut und relativ steigen: Die Krankenhäuser sind der wichtigste Ort der Erstanwendung des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts. Ferner: Man wird die Tendenz zur Arbeitszeitverkürzung für

den Krankenhausdienst nicht aufhalten wollen; andererseits wird man die Ausweitung des Wochenend-Versorgungsniveaus in die Woche mit allen Mitteln bekämpfen müssen.

Die Vorschläge des BMA schließen die Pflegesatzproblematik in der Krankenhauswirtschaft – sieht man von dem Ansatz zu einer Indemnitätslösung ab – vorab aus den Reformbemühungen aus einem ebenso plausiblen wie fatalen Grunde aus: Erst 1989, d.h. nach den Verrechnungen der Über- und Nachforderungen des dynamischen Budgets wird man die Konsequenzen des ebenso eleganten wie schlitzohrigen flexiblen Budgets übersehen können: Subtile Steuerungsinstrumente nach Art des flexiblen Budgets bieten allen Beteiligten Anreize für ebenso subtile Anpassungsstrategien.

Grundsätzlich gilt: Die Bindung der Pflegesätze an die Kosten ist falsch: Es kommt nur und ausschließlich auf die Wirkung der Pflegesätze an, wobei zwei Aspekte (möglicher Wirkungen) im Vordergrund stehen: Die Pflegesätze sollen einerseits das medizinisch und gesundheitspolitisch erwünschte Angebot und die patientengerechte Leistung fördern, andererseits muß die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, d.h. ihre Liquidität und Investitionsfähigkeit, zwecks dauerhafter Gewährleistung des erforderlichen Angebots gesichert sein. Auch staatliche Finanzzuschüsse sollten grundsätzlich die Formen von Leistungsentgelten haben (z.B. für gesundheitspolitische Vorhalteleistungen).

Arzneimittelversorgung

Aus ordnungspolitischer Sicht bietet sich auch für die Arzneimittelversorgung die Steuerung durch „gemeinsame Selbstverwaltung“

an. Auch Tagungen, die der – durchaus berechtigten – Mängelanalyse am „Korporatismus“ gewidmet sind, führen nicht um diese Einsicht herum. Die organisationspolitische und soziologische Basis für eine derartige Selbstverwaltung mit der Fähigkeit zu innerverbandlicher Steuerung ist allerdings vorab noch brüchiger als im Krankenhausbereich.

Regierungskoalition und BMA haben sich dieser Einsicht gebeugt: Man sieht die Möglichkeit von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern über Fragen der Arzneimittelversorgung (z.B. therapiegerechte Packungsgrößen, Werbung, Feldversuche) vor. Vereinbarungen über Preise sind ausdrücklich ausgeschlossen: Wenn das funktioniert, um so besser. Als Gestaltungsprinzip des Konzepts der „Gemeinsamen Selbstverwaltung“ kann gel-

ten: Der internen Selbststeuerung der Verbände soll gegenüber dem Prinzip des Verhandlungsdrucks der Vorzug gewährt werden. Allerdings entspricht es organisationssoziologischer Erkenntnis, daß erst der Verhandlungsdruck (oder die drohende staatliche Intervention) die innerverbandliche Regelungsbereitschaft fördert.

Indemnitätsprinzip

Die Übertragung des preispolitischen „Indemnitätsprinzips“, d.h. die Beschränkung der Leistungspflicht der GKV-Kasse auf das jeweils preisgünstigste Angebot bei wirkungsgleichen Leistungen – jahrelang als Lösung des Honorarproblems bei den niedergelassenen Ärzten gepriesen – auf den pharmazeutischen Bereich und den Bereich der anderen Hilfsmittel, ist nicht ohne Plausibilität. Gegner dieser Indemnitätslösung können ihre

Argumente bei jener Minderheit der GesundheitsökonomInnen suchen, die auf die für die Patienten und Versicherten negativen Wirkungen dieses Verfahrens bei der ambulanten ärztlichen Versorgung hingewiesen haben: Allerdings haben diese Argumente im personenbezogenen Dienstleistungsbereich größeres Gewicht als bei der Versorgung mit Arzneimitteln.

Auch wenn man das vorliegende Konzept der Regierungskoalition und des BMA im einzelnen kritisieren muß: Das Konzept zeigt, daß nur die subtile Eingliederung einzelner – auch ökonomisch-finanzieller – Anreizverfahren in das gegebene Nicht-Markt-System des Gesundheitssystems politisch ernstzunehmen ist: Das fundamentalistische Rufen nach „Mehr Markt“ füllt Tagungssäle und Hörsäle, die Praxis des politischen Handelns geht andere Wege.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

Henry Krägenau

INTERNATIONALE DIREKTINVESTITIONEN AUSGABE 1987

Die Beobachtung und Analyse der Direktinvestitionstätigkeit ist mit der wachsenden internationalen Kapitalverflechtung immer wichtiger geworden. Das HWWA-Institut legt nunmehr zum fünften Mal den Investitionsbericht „Internationale Direktinvestitionen“ vor, der statistisches Material für jetzt 17 Einzelländer/Regionen umfaßt.

DIN A4, 670 Seiten, 1987, brosch. DM 84,-

ISBN 3-87895-341-0

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG