

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Leistungssteuerung durch die Gesetzliche Krankenversicherung - Probleme und Optionen: sieben Thesen zum 3. IKK-Forum "Soziale Krankenversicherung - Erfolgs- oder Auslaufmodell?" am 20.1.1994 in Bonn

Die Krankenversicherung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1994) : Leistungssteuerung durch die Gesetzliche Krankenversicherung - Probleme und Optionen: sieben Thesen zum 3. IKK-Forum "Soziale Krankenversicherung - Erfolgs- oder Auslaufmodell?" am 20.1.1994 in Bonn, Die Krankenversicherung, ISSN 0301-4835, E. Schmidt, Berlin; Bielefeld; München, Vol. 46, Iss. 4, pp. 87-92

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122761>

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>.

Leistungssteuerung durch die Gesetzliche Krankenversicherung

– Probleme und Optionen –*

Priv.-Doz. Dr. Rolf Rosenbrock**

Sieben Thesen zum 3. IKK-Forum „Soziale Krankenversicherung: Erfolgs- oder Auslaufmodell?“ am 20.1.1994 in Bonn

Die Diskussion um wettbewerbliche Elemente in der GKV blendet unverwischbare Unterschiede zu Verbrauchsgütermärkten aus

Die gegenwärtige Diskussion über die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konzentriert sich auf den Ausbau wettbewerblicher Elemente im Verhältnis der Kassen untereinander und ganz besonders auf die Schaffung unterschiedlicher (sogenannter Grund- und Zusatzversorgungs-)Tarife, die zugleich als Mittel der Ausgabensenkung in der GKV gesehen werden. In diesem Zuschnitt der zum Teil bereits hochdetailliert verlaufenden Debatte liegen zwei Gefahren:

(a) die ordnungspolitische Aufgabenstellung der GKV gerät zunehmend aus dem Blickfeld; (b) die mechanistische Übertragung von Denkmodellen zur Effizienz von Anlage- und Verbrauchsgütermärkten führt zur Ausblendung unverwischbarer Unterschiede zwischen den Anforderungen an solche Märkte und den Funktionsvorausset-

zungen einer zeitgemäßen Krankenversorgung. Übersehen werden dadurch auch reale Chancen für die notwendige Modernisierung der Gesundheitspolitik und der Krankenversorgung sowie der Neubestimmung der Rollen und Aufgaben, die eine moderne GKV darin zu übernehmen hat.

2. Die Produktionsaufgabe der GKV erfordert eine andere Logik von Produktion und Verteilung sowie der Steuerung von Angebot und Nachfrage

Die GKV hat unter staatlicher Aufsicht und mit flankierender staatlicher Regulierung eine gesundheitliche, eine gesellschaftspolitische und eine ökonomische Produktionsaufgabe, an deren Erfüllung jede Reform zu messen ist. Die Aufgabe lautet: bevölkerungsweite Sicherstellung sozial und ökonomisch undiskriminierter Versorgung mit den medizinisch und gesundheitlich als notwendig und zweckmäßig erachteten Versorgungsleistungen im Krankheitsfall zu möglichst geringen Kosten. Diese Aufgabe erfordert zu ihrer Erfüllung eine andere Produktionslogik, eine andere Verteilungslogik und eine andere Logik der Steuerung von Angebot und Nachfrage, als sie sich auf anderen Gütermärkten findet. Das zur Erfüllung dieser Aufgabe vor über 110 Jahren von Bismarck geschaffene Grundmodell hat sich über alle Stürme der Zeit hinweg als hinreichend robust erwiesen, um

diese Aufgabe – auch im Vergleich mit allen anderen Systemen der Welt – verlässlich, belastbar und anpassungsfähig zu lösen. Es besteht aus den Grundelementen der parafiskalischen Aufgabenerfüllung durch kooperative Selbstverwaltung von Kapital und Arbeit, dem durch den Einkommensbezug der Beiträge gewährleisteten Solidarprinzip, der Abwesenheit von direkten Geldbeziehungen im Versorgungsgeschehen durch das Sachleistungsprinzip und der Festsetzung von Leistungen und Preisen der Versorgung durch Verhandlungen zwischen den Kassen und den Verbänden der ihrem jeweiligen Eigeninteresse folgenden Leistungserbringer unter staatlicher Aufsicht.

Jedes dieser Regulierungselemente ist essentiell. Wird ein Pfeiler entfernt, gerät das gesamte Gebäude ins Rutschen.

3. Den Reformansatz auf Basis einer soliden „Stärken-Schwächen-Analyse“ definieren

Ein Blick auf die Performance zeigt überwiegend Stärken, aber auch einige zu Reformen herausfordernde Schwächen des Systems:

Stärken:

a. Flächendeckender, zumindest ökonomisch/tarifär nicht diskriminierter Zugang zu einer im großen und ganzen medizinisch hochwertigen und modernisierungsfähigen Akut-Krankenversorgung für die gesamte Bevölkerung als

* Überarbeitete Fassung des Vortrages von Dr. Rosenbrock im Rahmen des 3. IKK-Forums (vgl. hierzu KrV 1994 S. 5 ff., S. 59 ff.). Die Zwischenüberschriften wurden von der Redaktion eingefügt.

** Leiter der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik am Wissenschaftszentrum Berlin für Soziale Forschung GmbH



Dr. Rolf Rosenbrock anlässlich seines Vortrages am 20.1.1994 beim 3. IKK-Forum

wesentlicher Bestandteil der sozialen Infrastruktur und weltweit beneidetem Vorteilsfaktor für den Wirtschaftsstandort Deutschland.

b. Bezahlbar und steuerbar: Seit dem politisch gewollten Modernisierungs- und Wachstumsschub zu Beginn der 70er Jahre konstanter Anteil der GKV-Ausgaben am BSP (1970: 3,7v.H.; 1975: 5,9v.H.; 1988: 6,4v.H. (max.); 1991: 5,7v.H.), erreicht durch ein im einzelnen fragwürdiges, aber insgesamt erfolgreiches Steuerungsmix. v.a. aus Budgetierung, moral suasion und Verlagerung von Kosten auf Versicherte, erreicht trotz des staatlichen Mißbrauchs der GKV als Verschiebebahnhof für Finanzierungsprobleme anderer Systeme der sozialen Sicherung, v.a. der Rentenversicherung.

c. Flexibel: Aufgaben und Funktionen sind zwischen der von Kapital und Arbeit verantworteten Gewährleistungsverpflichtung der GKV und der Erfüllung der Versorgungsaufgaben durch die Leistungserbringer auf Vertragsbasis unter der Rahmenregulierung und der Aufsicht durch den demokratisch legitimierten Zentralstaat verantwortungs- und interessengerecht verteilt. Diese Grundstruktur enthält nach dem heutigen Stand der internationalen Debatten zur Organisationsentwicklung im Zuge der Modernisierung des Staates und des öffentlichen Sektors gute Voraussetzungen sowohl zur Aufgabenerfüllung als auch zur notwendigen Binnenmodernisierung im Bereich jedes einzelnen der drei Akteursysteme (Naschold 1993). Jede Verschiebung dieser grundsätzlichen Aufgabenzuwei-

sung muß vor Ingangsetzung daraufhin überprüft werden, wie sie auf die Tektonik des Gesamt-Systems wirkt.

Schwächen:

a. Die Steuerungskapazität der GKV reicht nicht aus, um bedeutende, teure und gesundheitlich sinnlose (z.T. kontraproduktive) Fehlallokationen in der Krankenversorgung zu verhindern oder abzubauen. Teils ist dies auf mangelnde Entfaltung der Nachfragemacht aufgrund der immer schon wirksamen und in dieser Hinsicht immer schon kontraproduktiven Konkurrenz der Kassen zurückzuführen (Beispiele: Einzelleistungsvergütung; Entgelthöhen; Verzahnung ambulanter und stationärer

Versorgung; Zulassung ineffizienter Diagnose und Behandlungsmethoden) [Vollzugsdefizit], teils auf mangelnde Regulierungskompetenz der Kassen aufgrund der Prädominanz staatlicher Regulierung (Beispiele: Arzneimittelzulassung; Betriebsformen ärztlicher und gesundheitlicher Leistungserbringung; Planung und Steuerung stationärer Versorgung) [Vollmachtsdefizit]. Keines dieser Defizite ist durch Kassenkonkurrenz zu verringern.

b. Die Regelungskapazität der Kassen reicht nicht aus, um die gesundheitliche Versorgung aus dem Paradigma der Akut-Versorgung herauszulösen und die aufgrund des säkularen Panoramawechsels gebotene Schwerpunktverlagerung der Gesundheitssicherung (Rosenbrock 1993) auf (a) Interventionen vor der Manifestation (Prävention) und (b) gleichgewichtige Entwicklung pflegerisch-psychozialer Betreuung und Aktivierung des sozialen Umfeldes zusätzlich zu der in ihrer Bedeutung zurücktretenden medizinischen Versorgung mehr als nur symbolisch einzuleiten. (vgl. GKV-Enquete des 11. Deutschen Bundestages 1988, 1990). Die zur Lösung dieses strukturellen Defizits notwendigen Anstöße müssen vom Zentralstaat kommen, sie sind weder von der GKV noch über den Markt zu realisieren.

c. Das historisch gewachsene, berufsständisch begründete System der Mitglieder-Zuweisung führte zu erheblichen Unterschieden in den Risiko-Pools, die im Verein mit regional unterschiedlich Kosten verursachenden Versorgungsstrukturen zu Beitragsunterschieden von bis zu 100v.H. führten. Theoretisch wäre die Zusammenführung der unterschiedlichen Risiko-Pools unter dem Dach einer regionalisierten und modernisierten Einheitsversicherung eine naheliegende Lösung dieses Problems gewesen. Dagegen sprachen aber neben sachlichen Gründen auch das Eigeninteresse der Kassenapparate und ideologische Vorurteile. Realisiert wurde infolgedessen die Öffnung der Kassen zur Wahlfreiheit für die Versicherten sowie der Kontrahierungszwang für die Kassen und – komplementär – die offene Konkurrenz zwischen den SGB-Kassen.

4. GRG und GSG therapieren die Schwächen der GKV mit teilweise systemgefährdenden Mitteln

GRG und GSG sind Versuche des Zentralstaates, in diesem interessenmäßig hoch und militant besetzten Gelände Entwicklungen in Gang zu setzen, die über die Anwendung der üblichen strukturkonservativ-administrativen (Budgetierung) und sozialpolitisch fragwürdigen (direkte Zuzahlungen) Instrumente hinausgehen. Zum Teil werden die oben (unter 3.) genannten Performance-Defizite direkt angezielt, zum Teil geschieht dies allerdings mit Mitteln, die – entweder unmittelbar oder in der absehbaren Perspektive – die Stärken (und damit die sozialpolitische Substanz) der GKV unterhöheln.

a. Nichts einzuwenden ist sicher gegen die Effektivierung von Selbstverwaltung und Management der Kassen. Festzuhalten ist, daß der Gesetzgeber aus gutem Grund an der gemeinsamen und paritätischen Selbstverwaltung und am gemeinsamen Interesse von Kapital und Arbeit an kostengünstiger und effizienter Krankenbehandlung bzw. Gesundheitssicherung festgehalten hat. Wer nun die Arbeitgeber aus der Mit-Verantwortung bzw. dem Mit-Interesse dadurch entlassen will, daß Beitrags erhöhungen zukünftig allein von den Beschäftigten zu tragen sind, hat entweder die Weisheit der Bismarckschen Aufgabenverteilung nicht verstanden oder will tatsächlich vorsätzlich die unersetzlichen – und im Falle ihrer Abschaffung auch nicht mehr wiederherstellbaren – Vorteile dieser Regulierung zwischen Markt und Staat abschaffen. Wenn die asymmetrische Verteilung der Beitragslasten zwischen Kapital und Arbeit in der Pflegeversicherung der Einstieg in den Ausstieg der paritätischen Finanzierung und v.a. Verantwortung für die sozialen Sicherungssysteme in der Bundesrepublik ist, wird damit die Axt an die Wurzel dieses Systems gelegt.

b. Die Aufnahme von Aufgaben der Prävention in die von den Kassen zu gewährleistenden bzw. selbst zu erbringenden Leistungen sowie die Ermäch-

tigung zur Finanzierung von Selbsthilfegruppen (§ 20 SGB V) sowie eine Pflegeversicherung unter dem Dach der GKV können Schritte hin zum erforderlichen Wandel des Interventionsprofils sein. Die dadurch auszulösenden Aktivitäten bleiben allerdings angesichts des Fehlens von institutionellen und professionellen Regelungen zur Pflege und zur psychosozialen Versorgung (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994) sowie angesichts der mangelnden Instrumentierung der Kassen zur Aufgabenerfüllung meist unterhalb der kritischen Masse und sind selten problemangemessen. Zumindest stark behindert wird eine positive Entwicklung, wenn die Anstrengungen der Kassen weiterhin unter dem Zwang zu Konkurrenz (vgl. unten d.) stehen, und zwar aus drei Gründen: (a) Prävention und integrierte Betreuung chronisch Kranker haben ihren epidemiologisch größten Sinn gerade bei jenen Versicherten, auf die sich – auch nach korrekt vollzogenem Risikostrukturausgleich – das ökonomische Interesse der Kasse gerade nicht richten kann. (b) Moderne, gesundheitswissenschaftlich angeleitete Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung richten sich nicht primär an Individuen, sondern an Populationen, die durch gemeinsame Merkmale der Lebensweise, der Beschäftigung, des Milieus oder des Wohnens am gleichen Ort definiert sind. Die Kassenmitgliedschaft ist kein solches Merkmal. (c) Zwischen Interventionen, die – weil PR-verwertbar – im Wettbewerb um Attraktivität und Versicherte wirksam sind, und Interventionen, denen nach dem gesundheitswissenschaftlichen state of the art eine hohe Wirksamkeit zugeschrieben werden kann (Ottawa-Charta), besteht nur ein geringer Überlappungsbereich.

c. Die weitere Stärkung der Nachfrage-macht der Kassen vermindert ein in der Vergangenheit oft schmerzlich erfahrenes Defizit. Insbesondere die Aufwertung des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen kann – ein weiter anwachsendes Selbstbewußtsein der Kassen auf Basis verbesserter gesundheitswissenschaftlicher Unterstützung vorausgesetzt – insgesamt zu höherer Rationalität der Mittelverwendung führen. Es geht um die Anlegung klinisch-epidemiologischer Kriterien in den Lei-

stungskatalogen aller Leistungserbringer. Der Anteil von medizinischen Maßnahmen und Mitteln aus Diagnostik und Therapie, die nicht den Kriterien der Effektivität und Effizienz (Cochrane 1972) genügen, soll im Rahmen der Kassenleistungen verringert werden. Daß dies prinzipiell geht, haben in jüngster Zeit einige epidemiologisch und medizinisch wohl fundiert erscheinende Entscheidungen im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen gezeigt: Wegen Fehlens des Nachweises ausreichender Wirksamkeit bzw. des Überwiegens unerwünschter Wirkungen wurden Maßnahmen sowohl der Diagnose als auch aus dem therapeutischen Bereich die Zulassung als Kassenleistung versagt: Im Bereich der Früherkennung waren dies zum Beispiel das flächendeckende Mammographie-Screening und das Screening auf Toxoplasma bei Schwangeren (Abholz 1993a). Im Bereich der Behandlung konnten Effektivität und Effizienz z.B. der Thermotherapie bei Prostatavergrößerung und der Magnetfeldtherapie bei Knochenheilungsschäden nicht nachgewiesen werden. Im Falle der Zulassung hätte erneut ein Zuwachs wissenschaftlich nicht abgesicherter Einsatz von Medizin die Budgets belastet (Abholz 1993b). Der Reinigungseffekt aus der Anwendung klinisch-epidemiologischer Maßstäbe wird sich nicht einstellen, wenn zwischen den Kassen Konkurrenz herrscht und die Verlängerung des Leistungskataloges ein zugehöriger Parameter der Konkurrenz ist.

d. Die Konkurrenz zwischen den Kassen ist kein Selbstzweck, sondern lediglich die logische Folge der Aufhebung des Zuweisungsprinzips mit seinen unerwünschten Folgen großer Beitragsunterschiede. Wettbewerb ist in der Marktwirtschaft das Wettfeiern der einzelnen am Wirtschaftsprozess beteiligten Subjekte mit dem Ziel des größeren Gewinns. Einen ‚solidarischen Wettbewerb‘ kann und wird es nicht geben, aber je nach gesellschaftlich und politisch gesetzten Wertentscheidungen kann die Konkurrenz auf einzelne Felder bzw. Parameter eingeschränkt werden. Jede Branche lebt mit solchen Einschränkungen. In der GKV folgt die Einschränkung der zugelassenen Wettbewerbsfelder aus der ihr gesellschaft-

lich und politisch zugewiesenen Produktionsaufgabe (vgl. oben 2.). Danach kann sich Kassen-Wettbewerb sinnvoll nur auf Service gegenüber den Versicherten, Anstrengungen zur Qualitätssicherung bei Leistungserbringern sowie günstigere Konditionen bei der Vergütung des prinzipiell gleichen Leistungskataloges beziehen. Jede Diskussion über Wahltarife oder, allgemeiner gesprochen, über Kassen-Konkurrenz um unterschiedliche Versichertengruppen mit Hilfe unterschiedlicher Leistungskataloge und Tarife verletzt dagegen die Kernsubstanz des gesellschaftlichen Produktionsauftrages der Kassen, weil die durch sie ausgelöste Dynamik das Solidarprinzip unterhöhlt, anstatt es zu stärken. In den derzeit modernen Phantasiespielen um einen entfesselten Kassen-Wettbewerb um Tarife und Leistungskataloge werden zudem meist drei weitere, höchst unerwünschte, aber sicher eintretende Wirkungen übersehen: (a) Die unproduktiven Ausgaben für Werbung und Marketing würden sich vervielfachen: Die GKV gibt heute knapp 5v.H. für Verwaltung, Werbung und Marketing aus, im wettbewerbsgesteuerten Krankenversicherungs-System in den USA liegen die entsprechenden Kosten bei über 17v.H. (b) Die heute gegebene Sicherheit und Übersichtlichkeit der GKV für die Versicherten würde verschwinden. In den USA rangieren Klagen über Undurchschaubarkeit der Tarife und Verträge sowie die beständige Notwendigkeit, zur Abhilfe Beratungsfirmen und Rechtsanwälte einzuschalten, kurz hinter den Klagen über den sozialen Skandal der dort nach vielen Millionen zählenden Schar der Un- und Unterversicherten. Ein Blick auf die diesbezüglichen Klagen über Werbungskosten und -methoden sowie Unsicherheit im Umgang mit der PKV gibt einen Vorgeschmack auf mögliche Entwicklungen hier. (c) Wenn ökonomische Anreize in der Krankenversicherung so gesetzt werden, daß es für mehr Geld mehr medizinische Versorgungsleistungen gibt, wird die in der Sache falsche, deshalb gesundheitspolitisch schädliche und in der Konsequenz auch kostentreibende Vorstellung genährt, als sei Gesundheit erstens überhaupt als Ware oder Dienstleistung und zweitens im Gesundheitssystem zu kaufen.

5. Die gegenwärtige Diskussion wird in dreifach reduziertem Sinne geführt

Die gegenwärtige Diskussion über die Weiterentwicklung der GKV krankt hauptsächlich daran, daß häufig Argumente aus drei ganz anderen Themenfeldern und Interessen untergemischt werden: (a) Markttradikale Ideologen wollen die vollzogene Öffnung der GKV für begrenzt wettbewerbliches Handeln zu einer generellen Deregulierung der sozialen Krankenversicherung und damit für die Erweiterung privater risikobezogener Versicherungsformen nutzen. Sie gewichten ganz offensichtlich die Möglichkeiten der Schaffung zusätzlicher Verwertungsfelder für in der Bundesrepublik flottierendes und deshalb Anlagemöglichkeiten suchendes Geldkapital höher als den Wert sozialstaatlicher Infrastruktur. Erstaunlich dabei ist freilich, wie gering dabei die mittel- und langfristige Marktwirtschaft und die Leistungsfähigkeit des deutschen Produktionsmodells untergrabenden Implikationen solcher Vorstellungen gewichtet werden. (b) Sorgen um steigende Lohnnebenkosten führen zu Überlegungen der Verlagerung des Kostenrisikos auf die Schultern der Versicherten. Diese einseitig die Unternehmerinteressen zum Maßstab nehmenden Ansätze führen ebenfalls zur Auflösung des Kernbestands der GKV und übersehen darüber hinaus gegebene Steuerungsmöglichkeiten (s.u. 6.). (c) Die Diskussion über die Möglichkeiten der Prävention hat in Deutschland zu einer Verkürzung der Diskussion auf individuelles Fehlverhalten geführt. Unter der empirisch nicht begründeten Annahme, daß sich dieses Fehlverhalten ohne weiteres über ökonomische Anreize der Krankenversicherungsbeiträge steuern ließe, werden zum Teil abenteuerliche bis totalitäre Kontrollphantasien (regelmäßige Fitness-Tests zur Tarifeinstufung bei der Krankenkasse; Bluttests zur Kontrolle z.B. des Zigarettenrauchens) geäußert, die mit dem Grundbestand an Normen des Zusammenlebens in einer liberalen Demokratie unverträglich sind. Abgesehen davon wäre solche „Gesundheitspolitik“ nur eine verschärfte Auflage des alten ‚blaming the

victim', v.a. gegenüber sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen. Allen drei Themen ist gemeinsam, daß sie die vielfach analysierte und kritisierte dreifache Verkürzung der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland reproduzieren: (a) Sie reduzieren Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik und vernachlässigen Prävention und Gesundheitsförderung. (b) Sie reduzieren Krankenversorgungspolitik auf Kostenpolitik und vernachlässigen die Notwendigkeit des Auf- und Umbaus medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsstrukturen. (c) Sie focussieren Kostenpolitik einseitig auf die pretiale Steuerung des Versichertenverhaltens (Stichwort: Ansehdenken) und vernachlässigen die Schaffung aufgabenkonformer Anreiz- und Sanktionssysteme für Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und Heil-/Hilfsmittelhersteller. Die heute in den Diskussionen dominierenden Vorschläge weisen durchweg diese Reduktionen auf und gehen damit an den Gestaltungsmöglichkeiten der Gesundheitspolitik vorbei. Außerdem überlasten sie die GKV mit Aufgaben und Themen, für die sie im Rahmen der nur arbeitsteilig zu verstehenden Gesundheits- und Sozialpolitik gar nicht zuständig bzw. geeignet ist.

6. Zehn ordnungspolitisch sinnvolle Ansätze zur Verringerung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod

Wenn die soziale Krankenversicherung in Deutschland auch weiterhin ein weltweit als vorbildlich angesehenes Erfolgsmodell bleiben soll, wenn also die wesentlichen sozialpolitischen Voraussetzungen des durchweg erfolgreichen deutschen Produktionsmodells erhalten bleiben sollen, und wenn es weiterhin Aufgabe der Sozial- und Gesundheitspolitik bleiben soll, der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod entgegenzuwirken, dann bieten sich eine ganze Reihe von ordnungspolitisch unbedenklichen Ansätzen an, von denen abschließend zehn beispielhaft genannt werden sollen:

a. Es ist Aufgabe des Staates, und keineswegs primär der GKV, Voraussetzungen und Instrumente gesundheitsförderlicher und gesundheitssichernder Gesamtpolitik zu schaffen. Es sind nicht Defizite an Wissen und Konzepten, die der Umsetzung in der Arbeitswelt, in der Gemeinde, im Konsum, in der Freizeit, im Verkehr und natürlich auch in der Krankenversorgung im Wege stehen. Vielmehr ist es primär der Mangel an politischem Willen und/oder politischer Gestaltungskraft. Zum Beispiel können durch ein verbessertes Arbeitsschutzrahmengesetz, durch Modernisierung des öffentlichen Gesundheitswesens, durch die Ausrichtung staatlichen und privatwirtschaftlichen Handelns und Unterlassens an den Kriterien von Prävention und Gesundheitsförderung auch die Aufgaben der Kassen in diesen Feldern sinnvoll bestimmt werden. Wenn die Politik derzeit nahezu die gesamte Verantwortung für diese Aufgaben auf die Kassen abwälzt, ist dies kurzfristig legitimierende, aber letztlich nur symbolische Politik.

b. Die Reorganisation der bestehenden und der Ausbau neuer Strukturen zur Pflege, psychosozialen Betreuung und Aktivierung des Patientenumfeldes ist angesichts der klaren Dominanz chronischer Krankheiten notwendig, um die Versorgung zu effektivieren, die Medizin zu entlasten und die überzogene Medizingläubigkeit in der Bevölkerung zu vermindern. Auch hier ist zunächst einmal durch staatliche Vorgaben das Feld und die Rolle der Kassen darin zu bestimmen.

c. Durch einheitliches und gemeinsames Auftreten der Kassen v.a. im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen können klinisch-epidemiologisch fundierte Wirksamkeitsmaßstäbe bei neuen Leistungen durchgesetzt werden. Das Einsparpotential durch die Nichtzulassung bzw. Eliminierung von Leistungen, die nicht den daraus abzuleitenden Erfordernissen der Effektivität und Effizienz genügen (vgl. oben, 4.c), also ohne Schaden für die Qualität der medizinischen Versorgung, ohne Störung des Arzt-Patientenverhältnisses und ohne Rationierung realisiert werden können, dürfte erheblich höher liegen als die heute diskutierte Streichung angeblich

oder tatsächlich konsumnahen Leistungen.

d. Die intendierte Konzentration der Medizin auf die Lösung jener Aufgaben, die von ihr und tatsächlich nur von ihr gelöst werden können, kann nur gelingen, wenn auch die Marktzulassung neuer Medizin-Technologie und ihre Installation in Praxis und Klinik – analog der Arzneimittelzulassung – von strengen Wirksamkeits- und (regional) auch von Bedarfskriterien abhängig gemacht wird. Bislang finanzieren die Kassen in diesem Bereich einen erheblichen Teil der Erprobungsforschung bzw. Dauererprobung ohne Evaluation sowie die Infrastruktur für kostentreibende Auslastungsstrategien oft nutzloser Technik.

e. Die institutionelle und vergütungswirksame Unterscheidung zwischen dem Hausarzt als Gatekeeper und dem Facharzt, der in der Regel auf Überweisung hin tätig wird, weist ebenfalls in die richtige Richtung. Auch hier gilt es, durch Zulassung und Erprobung neuer Betriebstypen, Organisationsformen und v.a. aufgabenkonformer materieller Anreize zu problemangemessenerer Mischung von medizinischen und psychosozial-pflegerischen Leistungen zu kommen.

f. Die angestrebte Entwicklung zu einer mehr sprechenden und effizienten Medizin wird auch von weiten und wachsenden Teilen der Ärzteschaft gewünscht. Die Förderung und Unterstützung dieser Entwicklung z.B. durch Hilfestellung bei der Organisation von Qualitätssicherung ist von zentraler Bedeutung.

g. Kassen, Staat, Bildungsinstitutionen und verantwortlichen Medien kommt die langfristige Aufgabe zu, sowohl der in den letzten Jahrzehnten z.B. durch sensationsgeleitete Berichterstattung ins irrealere gewachsenen Medizingläubigkeit als auch der durch die gleiche Entwicklung ausgelösten Gegenbewegung zur Unterschätzung der Medizin durch eine realistische Darstellung medizinischer und nicht-medizinischer Bewältigungsmöglichkeiten für Befindensstörungen und Krankheiten entgegenzuwirken. Dabei ist zu beachten,

daß eine – nach medizinischen Kriterien – Fehlansprache der medizinischen Versorgung in der Regel die Folge des Fehlens anderer, v.a. psychosozialer oder pflegerischer Versorgung ist und es – mit großen schichtenspezifischen Unterschieden – nach wie vor auch Unteranspruchnahme der Medizin gibt.

h. In der Perspektive der hier skizzierten Steuerungsansätze liegen beträchtliche Möglichkeiten gesundheitsverträglicher und zum Teil auch -dienlicher Kostenbeeinflussung. Sollte trotzdem ein ungedeckter Finanzbedarf für die Modernisierung der Gesundheitspolitik verbleiben, steht auch der fiskalische Weg offen. Trotz methodisch unlösbarer Abgrenzungsprobleme können z.B. Instrumente der pretialen Lenkung beim Erwerb oder Gebrauch evident risikonerzeugender oder -verstärkender Waren und Dienstleistungen (z.B. Zigaretten, Alkohol, Ski-Lifts, Flug-Drachen, Motorräder, Autos) eingesetzt werden. Sollen solche Einsätze nicht nur Fiskal-, sondern auch Gesundheitspolitik sein, müssen sie in vielschichtig ansetzende Kampagnen eingebettet sein. Dabei sind die Erfolge, aber auch die Fallstricke ausländischer Erfahrungen zu beachten (Kühn 1993). Zivilisations- und rechtsstaatskonform sind ausschließlich Lösungen über Verkaufssteuern. Die Überwachung des persönlichen Gesundheits- bzw. Risiko-Verhaltens über Tests, Kontrollen und Denunziation ist dagegen mit einer liberalen Gesellschaftsordnung unvereinbar. Das wohl begründete Verbot von Zwecksteuern im deutschen Rechtssystem schließt im übrigen nicht aus, die aus solchen Steuern erwachsenen Mehreinnahmen zum Ausbau und Unterhalt gesundheitlicher Infrastruktur zu verwenden.

i. Eine weitere Möglichkeit der Einnahmeverbesserung besteht in der systemkonformen Ausdehnung des Beitragsvolumens. Viel zu wenig bemerkt von der Öffentlichkeit sind mit den meisten Gesetzen zur Kostendämpfung seit den 70er Jahren schrittweise die Wettbewerbsbedingungen zwischen PKV und GKV zu Lasten der letzteren verschoben worden. Damit hat der Staat eine schiefe Ebene betreten, in deren weiteren Verlauf durch Risikoselektion infol-

ge erfolgreichen Marketings der PKV speziell im Bereich der „guten Risiken“ die Grundlagen des Solidarprinzips unterminiert werden können. Demgegenüber ist es notwendig, auch durch staatliche Maßnahmen den Eintritt in die und das Verbleiben in der GKV attraktiver zu machen. Die starken Anreize für Beamte – als unmittelbarste Staatsdiener –, sich außerhalb der sozialstaatlich getragenen und tragenden Versorgung in der PKV zu versichern, waren und sind eine sozialpolitische Perversion.

k. Eine finanzielle Stärkung der GKV durch Anhebung von Versicherungspflichtgrenzen und ggf. auch Beitragsbemessungsgrundlagen (ohne Ausweichmöglichkeiten zur PKV) wäre in erster Linie nicht eine Benachteiligung gut verdienender Bevölkerungsgruppen, sondern integraler Bestandteil der Umsetzung des historisch bewährten und in der Sozialordnung der Bundesrepublik gewollten Modells der solidarischen Krankenversicherung.

7. Die nächsten Reformschritte müssen der GKV rationale Optionen für eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik eröffnen

Die GKV steht heute tatsächlich am Scheidewege: ohne die Einbettung in eine moderne staatliche Gesundheitspolitik, ohne Anpassung der Versorgungsstrukturen an das gewandelte Krankheitspanorama, ohne die Durchsetzung gesundheitswissenschaftlicher Kriterien im Leistungsgeschehen und ohne gemeinsames und einheitliches Verhalten gegenüber den Leistungsanbietern drohen am Horizont tatsächlich Rationierung oder gar amerikanische Gegenwartsverhältnisse. Wird aber die GKV mit ihren strukturtragenden Prinzipien modernisiert und in ein Gesamtkonzept von Gesundheitspolitik eingebunden, dann kann sie auch weiterhin ein Erfolgsmodell bleiben. V.a. in früheren RVO-Kassen sind seit einigen Jahren erfolgreiche Bemühungen zu beobachten, durch Leitbild- und Organisationsentwicklung sowie zunehmende Professionalisierung des Kassenshandelns

(Management, social marketing und Gesundheitswissenschaften) diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden. Diese Institutionen haben sich damit als prinzipiell modernisierungsfähig erwiesen. Ob sie zu Modernisierungsträgern werden können, hängt im wesentlichen von der staatlichen Steuerung und vom gesundheitspolitischen Engagement in den Kassen selbst ab.

Anmerkungen:

Abholz, Heinz-H.: Toxoplasmose-Screening in der Schwangerschaft: Mehr Schaden als Nutzen, in: Das Gesundheitswesen, 55. Jg., Heft 8/9 1993, S. 410–413 (zit. 1993a).

Abholz, Heinz-H.: Was bringt die Gesundheitsuntersuchung? Eine Beurteilung nach der Auswertung des ersten Jahres, in: Arbeit und Sozialpolitik, 47. Jg., Heft 11-12/1993 (zit. 1993b).

Cochrane, Archibald L.: Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services, Abindon (Berks): Burgess & Son 1972.

GKV-Enquete: Zwischen- und Endbericht der Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV des 11. Deutschen Bundestags, BT-Drucksache 11/3267 und BT-Drucksache 11/6380, Bonn 1988 und 1990.

Kühn, Hagen: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., Berlin: edition sigma 1993.

Naschold, Frieder: Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektors, Berlin: edition sigma 1993.

Rosenbrock, Rolf: Gesundheitspolitik, in: K. Hurrelmann / U. Laaser (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften, Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1993, S. 317–346.

Schaeffer, Doris / Martin Moers / Rolf Rosenbrock: Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin: edition sigma 1994.

Anschrift des Verfassers:
Wissenschaftszentrum Berlin für soziale
Forschung GmbH
Reichpietsch Ufer 50
10785 Berlin