

Kirschner, Klaus; Becker, Karl; Neubauer, Günter; Krämer, Walter

Article — Digitized Version

Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Kirschner, Klaus; Becker, Karl; Neubauer, Günter; Krämer, Walter (1990) :
Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag
Weltarchiv, Hamburg, Vol. 70, Iss. 4, pp. 171-181

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136623>

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 der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ legte kürzlich ihren Endbericht vor. Welche Reformen wurden von der Kommission vorgeschlagen? Wie sind die Vorschläge im einzelnen zu bewerten? Wie steht es um die Realisierungschancen?

Klaus Kirschner

Nun ist der Gesetzgeber gefordert

Der Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ nimmt zu allen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung ausführlich Stellung, von der Prävention über die Rehabilitation zur ambulanten, zahmedizinischen, stationären und psychiatrischen Versorgung, dem Arzneimittelbereich sowie der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Im zweiten Teil des Kommissionsberichts werden konkrete Vorschläge zur Organisationsreform vorgestellt.

Auch wenn es in vielen Punkten nicht gelungen ist, übereinstimmende Empfehlungen an den Gesetzgeber zu formulieren, es zu fast allen Bereichen dieses Endberichts Mehrheits- und Minderheitsvoten gibt, so halte ich die Kommissionsarbeit insgesamt doch für erfolg-

reich. Bei einer so hochpolitischen Thematik wie der Reform des Gesundheitswesens war es nicht zu erwarten, daß einstimmige, bis ins letzte Detail ausformulierte Reformvorschläge gemacht werden. Eine noch tiefergehende Detailarbeit hätte im übrigen das Leitprinzip unserer Arbeit gefährdet, nämlich das Gesundheitswesen als Ganzes zu sehen. Schon die Ausgrenzung wesentlicher Problembereiche aus dem Gesundheits-Reformgesetz – Kassenorganisation, Kapazitätsprobleme in vielen Versorgungsbereichen und anderes mehr – machen deutlich, daß dieser Bericht durch das GRG nichts von seiner Aktualität verloren hat. Er könnte im Gegenteil, wie es sich unsere Fraktion bei ihrem Auftrag ja auch einmal gedacht hatte, zur Richtschnur wirklicher struktureller Reformen im Ge-

sundheitswesen werden. Nicht mehr, aber auch nicht weniger will und kann dieser Endbericht leisten. Enquete-Kommissionen können weder die politische Verantwortung des Gesetzgebers übernehmen, noch die administrative Detailarbeit bei der Vorbereitung von Gesetzen leisten. Ihr Auftrag ist die Beratung, nicht die Ersetzung der Politik.

Fehlende Zielvorgaben

Die Enquete-Kommission ist im Gegensatz zum üblichen Weg nicht von den Kostenproblemen und der Demographie, also von den quantitativ faßbaren Problemen unseres Gesundheitssystems ausgegangen, sondern hat den Versuch unternommen, das Gesundheitswesen als Ganzes zu beschreiben. Dabei sind wir sehr schnell auf einen ent-

schiedenen Grundmangel unseres Gesundheitswesens gestoßen, nämlich, daß zuviel ohne inhaltliche Zielvorgabe geschieht. Eine Orientierung an gesundheitspolitischen Zielen ist jedoch überhaupt Voraussetzung dafür, um die finanziellen Größenordnungen richtig zu bestimmen, die zur medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung benötigt werden. Daraus ist die Forderung nach einer aufgabenorientierten, nicht ausgabenorientierten Einnahme- und Ausgabenpolitik abzuleiten. Eine Selbstverständlichkeit, wie man glauben sollte. Wer jedoch die öffentliche Diskussion aufmerksam verfolgt, dem wird bewußt, daß fast ausschließlich über die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten, also über Ausgaben und Kosten debattiert wird. Die eigentlichen Gesundheitsprobleme, an denen sich das Krankenversicherungssystem auszurichten hätte, werden fast völlig in den Hintergrund gedrängt.

Da wir noch viel zu wenig über die Ursachen der Gesundheitsprobleme wissen, fordert die Kommission eine aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung. Diese muß als Frühwarnsystem der Gesundheitspolitik fungieren. Die gesundheitlichen Probleme müssen transparenter werden. Wir brauchen klare Erkenntnisse über Krankheitsursachen, über unterschiedliche Gesundheitsrisiken in der Lebens-, Arbeits- und Umwelt sowie über die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod.

Solche Erkenntnisse bestimmen ganz wesentlich die Orientierung des Gesundheitswesens und damit die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Schlüsselfrage einer rationalen Gesundheitspolitik ist es nun mal, ob und wenn ja, in welchem Umfang die Entstehung von Krankheiten und vermeidbaren Todesfällen verhindert wer-

den kann. Nur eine ursachenorientierte Präventionspolitik, die eine enge Wechselbeziehung zwischen Gesundheit, Lebensstil und Lebensumwelt unterstellt und deshalb auf eine Änderung sowohl des Verhaltens der Menschen wie der Verhältnisse, die sie umgeben, abzielt, hilft wirklich den Betroffenen.

In der zahnmedizinischen Versorgung erkennt die Kommission erhebliche Defizite in der Prophylaxe – vor allem im Kindes- und Jugendalter – und in der Qualität zahnärztlicher Leistungen.

Was not tut, ist eine erheblich verbesserte Prophylaxe, wobei, wie ich

meine, die Gruppenprophylaxe nach Schweizer Modell sicherlich als Vorbild dienen kann.

Was die ambulantärztliche Versorgung angeht, so stellt der Bericht die Inhalte der klassischen Schulmedizin, die zu einseitig auf Hochleistungsmedizin ausgerichtete Ausbildung der Universitätskliniken in Frage; er konstatiert in der Folge Übermedikamentierung bei den niedergelassenen Ärzten, deren fehlendes Wissen über die Bedürfnisse insbesondere älterer Menschen, über deren angemessene geriatrische und psychiatrische Versorgung.

Was die viel diskutierte „Ärztenschwemme“ betrifft, so kommen nach Auffassung der Kommission zur Gegensteuerung zwei Alternativen in Frage: Nach der Mehrheitsmeinung könnte dem mit der Aufhebung des faktisch bestehenden Kontrahierungszwangs zwischen Kassen und kassenärztlicher Vereinigung über Ausschreibungsverfahren (Stichwort Einkaufsmodell) begegnet werden. Die Alternative der Minderheit der Kommission spricht sich für eine regionale Bedarfsplanung aus, die in der Hand der neu einzurichtenden Gesundheitskonferenz liegt.

Organisationsreform

Was die gerade bei den Verbänden, aber auch in der Politik derzeit heftig debattierte Frage der Kassenorganisationsreform angeht, so ist sich die Kommission in ihrem Erkenntnis zum Solidaritätsprinzip einig.

Die gesamte Kommission spricht sich auch grundsätzlich für das Reformkonzept der Wahlfreiheit für alle Versicherten aus. Wenn es jedoch ins Detail geht, dann weichen die Meinungen sehr weit voneinander ab. Ebenso gehen die Meinungen darüber auseinander, wie die heute

Die Autoren
unseres
Zeitgesprächs:

Klaus Kirschner, 48, Mitglied der SPD-Bundestagsfraktion, war Vorsitzender der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Dr. Karl Becker, 66, Mitglied der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, war Mitglied der Enquete-Kommission „Strukturreform“.

Prof. Dr. Günter Neubauer, 46, lehrt Volkswirtschaftslehre, insbesondere Sozialökonomie, an der Universität der Bundeswehr in München und war Mitglied der Enquete-Kommission „Strukturreform“.

Prof. Dr. Walter Krämer, 42, ist Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschafts- und Sozialstatistik an der Universität Dortmund.

teilweise eklatanten Beragssatzunterschiede zwischen den Kassen angeglichen werden sollen und wie der mangelnden Chancengleichheit der Kassen im gegliederten System begegnet werden kann. Soll dem mit kasseninternen oder kassenartenübergreifenden Risik- und Finanzausgleichen begegnet werden? Ich will keinen Hehl daraus machen, daß ich zur Minderheit gehöre, die sich für einen kassenartenübergreifenden Risiko- und Finanzausgleich ausspricht. Heute werden bereits 40 % der Kasseausgaben über die KVdR kassenartenübergreifend ausgeglichen, in Zukunft wird dieser Anteil auf 80% ansteigen. Wird dieses Problem nicht

grundlegend angegangen, ist das ganze Gerede über die Kassenorganisationsreform perspektivlos.

Was die Selbstverwaltung angeht, so ist sich die Kommission zwar darin einig, daß sich dieses Prinzip im Grundsatz bewährt hat. Die Minderheit der Kommission plädiert allerdings nachdrücklich für mehr Kompetenzen der Vertreterversammlung. Sie spricht sich für ein einstufiges Organsystem aus, wonach der Vorstand mit der Geschäftsführung zusammengelegt, dieser neue Vorstand die Geschäftsführung wahrnimmt und nur noch auf Zeit gewählt wird. Genauso wichtig ist die Einführung

durchgängiger Parität der Selbstverwaltung bei allen Kassen und Kassenarten, d.h. Versichertenvertreter und Arbeitgeber sitzen in der Selbstverwaltung auch bei den Ersatzkassen. Der andere Teil der Kommission spricht sich dagegen für die Beibehaltung des Status quo aus.

Zum Schluß: Die Arbeit der Kommission ist aus vielerlei Gründen, auch parteipolitisch motivierten, nicht einfach gewesen. Alle Einwürfe, sie würde keine fertigen Gesetzentwürfe liefern, gehen allerdings am Kern vorbei. Die Empfehlungen der Kommission zeigen dem Gesetzgeber die Richtung, jetzt ist er selbst gefordert.

Karl Becker

Handlungsschwerpunkte für die Zukunft

Auf Antrag der SPD-Einstagsfraktion wurde ersprechend dem Minderheitenrecht im Sommer 1987 eine Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingesetzt, der fünf Abgeordnete der Koalition und vier der Opposition sowie neun Wissenschaftler und Sachverständige im gleichen Zahlenverhältnis angehörten. Die Kommissionsparteien CDU/CSU und FDP hatten von Anfang an keinen Hehl daraus gemacht, daß nach ihrer Ansicht diese Enquete nicht erforderlich war, da zum einen die Fakten der Strukturanalyse der GKV schon seit längerer Zeit bekannt waren und zum anderen die Ergebnisse für eine Einarbeitung in die Ende 1988 vorgesehene Reform im Gesund-

heitswesen zu spät kommen würden. Außerdem wurde die Einsetzung einer Enquete-Kommission für ein parteipolitisch umstrittenes und spannungsgeladenes Thema wie die Krankenversicherungsreform grundsätzlich für wenig sinnvoll gehalten.

Im nachhinein hat sich auch herausgestellt, daß ein Aufschieben des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) die Ausgaben und Beiträge der GKV hätte weiter steigen lassen. Mit dem Abschluß des GRG – heute 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) – wurden den Versicherten und auch der Wirtschaft allein 1989/1990 über 17 Mrd. DM an sonst zusätzlicher Beitragszahlung erspart.

Wenn die Enquete für das Gesundheitsreformgesetz auch zu spät kam, so können dennoch aus ihrem Schlußbericht für die Zukunft deutliche Handlungsschwerpunkte entnommen werden.

Prävention und Rehabilitation

Analyse und Auswertung des Bereiches Prävention zeigen wichtige Ergänzungen zu den bereits im SGB V eingeleiteten Maßnahmen. Dies gilt zugleich für die Gesundheitsförderung als auch für die Gesundheitsvorsorge. Wichtig ist dabei ein integriertes Vorgehen von Leistungserbringern, Selbsthilfeeinrichtungen, Betrieben, Krankenkassen und Staat, um so in der Gesellschaft leichter eine Verhaltensänderung zu bewirken. Die allseits schon

bekannte Präventionsbotschaft kann durch Anreize schmackhafter gemacht werden.

Im Bereich der Rehabilitation besteht ein erheblicher Handlungsbedarf, der vor allem chronische Krankheiten und die Funktionseinschränkungen im Alter betrifft. In einer verbesserten Koordination und Kooperation aller Rehabilitationsträger in Arbeitsgemeinschaften wird eine verhältnismäßig bald realisierbare Möglichkeit gesehen, wie auch in der Nutzung der bereits im SGB V aufgenommenen Reformansätze zur Ausgestaltung der Rehabilitation durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen, ohne daß es einer Rechtsänderung bedarf. Darüber hinaus sollte durch Rechtsänderung die Harmonisierung im Rehabilitationsbereich verbessert und auch psychosoziale Defizite abgebaut werden.

In der ambulanten Versorgung bestehen Defizite wie mangelnde ärztliche psychosomatische und psychosoziale Kompetenz, Übermedikalisierung, unzureichende Versorgung älterer Menschen und nicht ausreichende pflegerische und soziale Dienste. Nach Auffassung der Koalitionsmitglieder und -sachverständigen ist dies im jetzigen Rahmen der GKV ohne eine grundsätzliche Neubestimmung

verbesserungsfähig. So sollte Aus-, Fort- und Weiterbildung qualitativ verbessert werden. Als Zulassungsvoraussetzung für Ärzte zur GKV wurde eine Pflichtweiterbildung als selbstverständlich angesehen.

Im Zahngesundheitsbereich sind die festgestellten Defizite in der Prävention und der Zahnerhaltung bei Kindern und Jugendlichen im GRG bereits angegangen. Die unzureichende Qualitätssicherung, aber auch die Transparenz der zahnärztlichen Versorgungsleistung ist zu verbessern. In der Honorierung sollten präventive und zahnerhaltende Maßnahmen gegenüber dem Zahnersatz begünstigt werden.

Stationäre Versorgung

In der stationären Versorgung besteht zwar ein hohes Versorgungsniveau; es liegen aber auch ökonomische und soziale Probleme vor. Langfristig sollte das gegenwärtige duale Finanzierungssystem abgelöst werden und die Vergütung auf prospektive und stärker leistungsbezogene Pflegesätze unter Abbau des tagesgleichen pauschalen Pflegesatzes umgestellt werden. Interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen und eine bessere Verzahnung mit anderen Bereichen sind zu entwickeln.

Das Pflegefallproblem wurde aus Zeitgründen nicht mehr behandelt, jedoch darauf hingewiesen, daß gegenwärtig die Finanzierungsaspekte zu sehr in den Vordergrund geschoben und die bedeutsameren Fragen nach einer Organisation einer problemadäquaten Pflege zu Unrecht in den Hintergrund gedrängt wurden.

In der psychiatrischen Versorgung wird eine aufeinander abgestimmte Gesamtversorgung mit dem Aufbau eines „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ empfohlen. Dieser orientiert sich an einer gemeindenahen, bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung mit Koordination aller Versorgungsdienste bei einer Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

Bei den Vorschlägen zur Arzneimittelversorgung gab es in der Kommission keinen gemeinsamen Bericht. Die Koalitionsgruppe sieht in den im SGB V neu eingeführten Festbeträgen, Richtgrößen und in den erweiterten Wirtschaftsprüfungen funktionierende Steuerungsinstrumente, um Mengen- und Preisentwicklung zu stabilisieren. Außerdem können sozial abgefederte Selbstbeteiligungsregelungen, dezentrale Verhandlungssysteme, eine Modifizierung des Patentschutzes und eine konsequente Deregu-

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

KONJUNKTUR VON MORGEN

Jahresbezugspreis
DM 120,-
ISSN 0023-3439

Der vierzehntäglich erscheinende Kurzbericht des HWWA – Institut für Wirtschaftsforschung – Hamburg über die Binnen- und Weltkonjunktur und die Rohstoffmärkte

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

lierung zur Lösung der Probleme im Arzneimittelsektor deutlich beitragen.

Im Heil- und Hilfsmittelbereich kann die Verbesserung der Markttransparenz, der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen durch die im SGB V empfohlenen Steuerungsmechanismen einschließlich des medizinischen Dienstes das Leistungsvolumen adäquat regeln.

Organisationsreform

Die wohl wichtigsten Definitionsaussagen und Reformoptionen wurden für den Bereich der Organisationsreform der GKV gemacht. Solidarprinzip, Sachleistungsprinzip, Kostenerstattungs-, Selbstbeteiligungs- und Festbetragsregelungen werden von der Koalitionsmehrheit

definiert und mit entsprechenden richtungsweisenden Empfehlungen als geeignete Reformmittel angesehen.

Zum Abbau der erheblichen Beitragssatzunterschiede trotz einheitlichem Leistungskatalog besteht bei der Gleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten in der GKV und den erheblichen Wettbewerbsverzerrungen nach Auffassung der gesamten Kommission ein erheblicher Handlungsbedarf. Die Koalitionsgruppe empfiehlt ein modifiziertes Wahlfreiheitssystem, bei dem ein begrenzter Risikofinanzausgleich eingebaut wird.

Diese Lösung erscheint mittelfristig die einzig praktikable politische Lösung zu sein. Andere Systeme

würden ein erhebliches Ungleichgewicht und massive politische Turbulenzen auslösen, die kaum überwindbar sind. Die schwierige und langwierige Umsetzung der Regelungen im SGB V bei der ersten Reformstufe bestätigen diese Auffassungen.

In der Diskussion um den vorgelegten Endbericht der Enquete-Kommission wird vielfach verkannt, daß die Grundlage für den Bericht zahlreiche Stellungnahmen von Wissenschaftlern, Krankenkassen, Sachverständigenrat, Verbänden der Ärzte und Zahnärzte, Gesundheitsfachberufe, anderer Leistungserbringer im Gesundheitswesen waren und eine die Gesamtheit der Bürger umfassende Lösung zu entwickeln ist.

Günter Neubauer

Die Vorschläge beruhen oft auf parteipolitischen Kompromissen

Der im Februar 1990 vorgelegte Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (Bundestagsdrucksache 11/6380) hat bereits unterschiedliche Beurteilungen gefunden. Vom uneingeschränkten Lob bis hin zu dem Vorwurf der Verschwendung von Steuergeldern reicht die Skala der Beurteilungen. Nun nimmt es nicht Wunder, daß ein so umfangreicher Bericht sowohl für Lob als auch für Tadel genügend Stoff enthält. Aber nicht nur die Beurteilung von außen, auch die Sichtweisen der mitwirkenden Sachverständigen umfaßten ein weites Panorama.

So sahen von vornherein nur Teile des Bundestages die Notwendigkeit, diese Enquete-Kommission einzuberufen. Die parlamentari-

sche Mehrheit der Regierungsparteien, die mitten in der Vorbereitung der Gesundheitsreform steckte, sah weder Zeit noch Bedarf für eine Beratung durch eine Enquete-Kommission. Die Opposition auf der anderen Seite wollte den Zeitplan der Regierung teils aus inhaltlichen, teils aus wahltaktischen Gründen nicht akzeptieren. Sie verlangte daher die Einsetzung einer Enquete-Kommission. Es gab daher von seiten der Parteien sehr unterschiedliche Gewichtungen und Unterstützung für die Kommission.

Wird aber eine Enquete-Kommission eingesetzt (was bereits auf Antrag eines Viertels der Mitglieder des Bundestages geschehen muß), so sind in ihr die parlamentarischen Parteien insgesamt gemäß dem Proporz ihrer Fraktionsstärke mit

neun Abgeordneten vertreten, unabhängig davon, ob sie eine Kommission für erforderlich halten oder nicht. Die ebenfalls neun wissenschaftlichen Sachverständigen werden dem Bundestagspräsidenten von den Fraktionen vorgeschlagen und dann von ihm berufen. Diese Struktur läßt erkennen, daß Enquete-Kommissionen nicht außerhalb des politischen Kräftefeldes stehen, sondern in dieses eng eingebunden sind.

Die inhaltliche Gliederung des Berichtes folgt weitgehend den Aufgabenbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Aussagen zur Prävention, Rehabilitation, der ambulanten Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, der stationären Versorgung, der psychiatrischen Versorgung sowie zu den

Heil- und Hilfsmitteln werden in jeweils eigenen Abschnitten formuliert. Einen inhaltlichen Schwerpunkt bildet die Behandlung der Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen. Die Kommission hat diesen Schwerpunkt gewählt, da von allen Mitgliedern gleichermaßen die Dringlichkeit und Notwendigkeit einer Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt wurde.

Prävention und Rehabilitation

Prävention wird von allen Sachverständigen als Teilaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen. Dabei wird Prävention nicht etwa deswegen hoch eingeschätzt, weil dadurch eine Ausgabeneinsparung bei den Krankenkassen zu erzielen wäre, vielmehr wird Prävention als ein kostengünstiges Instrument angesehen, um das Leben der Versicherten länger und lebenswerter zu gestalten. In welchem Umfang und auf welche Weise die Krankenkassen Prävention betreiben sollten, war allerdings strittig. Je nachdem welche Rolle den Krankenkassen zugeordnet wird, nämlich die einer Versicherung oder die einer allumfassenden Gesundheitsvorsorgeeinrichtung, werden verschiedene Vorschläge gemacht (Endbericht Ziff. 47ff.).

Für den Bereich der Rehabilitation besteht Einigkeit darüber, daß ein wesentliches Problem, von dem viele Mängel ausgehen, in der Trennung zwischen medizinischer Akutversorgung und der Rehabilitation selbst liegt. Die traditionelle Trennung der rechtlichen Zuständigkeit zwischen Krankenkassen, gesetzlicher Rentenversicherung und gesetzlicher Unfallversicherung muß man im Bereich der Rehabilitation aufheben, damit die Bewältigung chronischer somatischer Krankheiten sowie psychosozialer Risiken und Belastungen mit Hilfe einer

durchgängigen Rehabilitation wirkungsvoll bekämpft werden können. Auf der Leistungsseite werden eine stärkere Integration der ambulanten und stationären Versorgung in der Akutversorgung wie in der Langzeitversorgung gefordert. Auf der Finanzierungsseite werden Möglichkeiten diskutiert, durch eine Zusammenführung der über die verschiedenen Kostenträger gestreuten Finanzverantwortung in eine eigene Finanzierungseinrichtung, etwa eine Bundesanstalt für Rehabilitation oder ein Ausbau der gesetzlichen Unfallversicherung zu einer allgemeinen Invaliditätsversicherung, eine organisatorische Straffung zu erreichen. Aus Zeitgründen sah sich die Kommission jedoch nicht in der Lage, solche grundlegenden Reformkonzepte im einzelnen auszudiskutieren.

Insgesamt zeigte sich, daß im Bereich der Rehabilitation die Diskussion sehr viel offener und einvernehmlicher geführt werden konnte als im Bereich der Prävention. Der wohl entscheidende Grund dafür ist, daß die Prävention bereits Eingang in die politischen Programme der verschiedenen Parteien gefunden hat, während die Rehabilitation bislang parteipolitisch weitgehend unbesetzt geblieben ist.

Kassenärztliche Versorgung

Der kassenärztliche Versorgungsbereich hat schon immer einen hohen Stellenwert in der politischen Diskussion gehabt. Nahezu alle Parteien haben deswegen zu diesem Versorgungsbereich programmatische Aussagen gemacht, die mehr oder weniger bindend für Abgeordnete sind. Dementsprechend unterschiedlich sind die Vorschläge der Kommission. In der Mängelanalyse und den Zielvorstellungen, die relativ abstrakt formuliert sind, ist man sich weitgehend einig. Als aber die konkrete Umset-

zung in Maßnahmen diskutiert wurde, ergaben sich beträchtliche Meinungsunterschiede, insbesondere bei der Frage, wie der kassenärztlichen Überversorgung begegnet werden soll.

Überraschenderweise favorisiert eine Mehrheit der Mitglieder Ausschreibungen als Steuerungsinstrument für die Kapazitäten im ambulanten Sektor (Endbericht Ziff. 205). Unter anderem wird vorgeschlagen, daß die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und kassenärztlicher Vereinigung auf regionaler Ebene die Zahl der benötigten Kassenärzte festlegt. Die so definierten Kassenarztsitze sollen dann per Ausschreibung durch die gemeinsame Selbstverwaltung besetzt werden. Ausschreibungen müßten periodisch etwa alle fünf bis zehn Jahre wiederholt werden. Dadurch könnte sowohl eine Anpassung an Bedarfsveränderungen als auch eine Selektion von unwirtschaftlichen Kassenärzten erfolgen.

Es wird aufschlußreich sein, inwieweit das Parlament auf diesen Vorschlag in der nächsten Legislaturperiode zurückkommen wird.

Stationäre Versorgung

In der Kommission herrschte Einigkeit, daß im Krankenhausbereich Probleme vorhanden sind, die demnächst einer Lösung bedürfen. Ein Teil der Kommissionsmitglieder ist der Auffassung, daß tragfähige Lösungen nur dann zu erwarten sind, wenn vorher die Kassenstrukturen reformiert werden und innerhalb eines abgestuften Versorgungskonzeptes Planung und Finanzierung von ambulanten und stationären Einrichtungen, die das Krankenhaus entlasten, hinreichend geregelt sind.

Drei Reformkonzeptionen werden nebeneinander gestellt (Endbericht Ziff. 97 ff.): Der erste Vorschlag ist eine Reform mit wettbewerbli-

cher Orientierung. Gefordert werden der Übergang zu einem monetarischen Finanzierungssystem, die Einführung preislicher Entgelte, die direkt zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen der Höhe nach ausgehandelt werden, sowie eine Verringerung der staatlichen Planung. Dem Staat kommt hierbei im Rahmen seiner Letztverantwortung eine Aufsichtspflicht zu.

Regionale Gesundheitssicherung heißt ein zweites Konzept, in das die Krankenhausversorgung eingebunden werden soll. Hierbei sollen sich die Krankenhäuser neben allen anderen Leistungserbringern zusammen mit den Kostenträgern im Rahmen von regionalen Gesundheitskonferenzen gegenseitig so abstimmen, daß das Krankenhaus zu einem integrierten Teil der Gesamtversorgung wird. Wahltarife und Versorgungsklassen werden ausgeschlossen.

Ein drittes Konzept stellt eine vorsichtige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in staatlicher Gesamtverantwortung dar. Hierbei wird im wesentlichen das derzeitige System auf der Basis der dualen Finanzierung, der staatlichen Planungshoheit und einem Entgeltsystem weiterentwickelt, bei dem Krankenkassen und Krankenhäuser Leistungsentgelte aushandeln.

Festzuhalten bleibt, daß im Bericht im wesentlichen eine Akzentuierung bereits diskutierter Vorstellungen vorgenommen wird. Deutlich wird dabei, daß Krankenhäuser bzw. die stationäre Versorgung im Schnittpunkt von Wirtschafts- und Sozialpolitik liegen.

Organisationsreform

Wie schon anfangs oben angesprochen, legt die Kommission einen eindeutigen Schwerpunkt auf die Vorschläge zur Reform der ge-

setzlichen Krankenversicherung. Reformvorschläge werden vor allem zur Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung sowie zur Kassenorganisationsstruktur selbst gemacht.

Von der Kommission werden vier verschiedene Lösungswege im einzelnen diskutiert. Zwei davon, das System einer regionalen Einheitsversicherung sowie das System einer gleichen Zuweisung aller Versicherten auf Pflichtkassen, werden von der Kommission mehrheitlich verworfen, wobei das System der Zuweisung, das von einigen Verbänden favorisiert wird, überhaupt keinen Befürworter fand. Zwei weitere Lösungen, nämlich eine Reform durch unbeschränkte Wahlfreiheit für alle Versicherten und eine Reform durch eine modifizierte Wahlfreiheit der Versicherten, werden schließlich in die engere Auswahl genommen und detailliert erörtert.

Eine Reform durch eine unbeschränkte Wahlfreiheit wird wiederum in zwei Ausprägungen diskutiert. In der wettbewerblichen Variante soll die unbeschränkte Wahlfreiheit aller Versicherten gegenüber allen Krankenkassen dazu führen, daß der Wettbewerb der Krankenkassen um die Versicherten eröffnet wird und damit eine wettbewerbliche Erneuerung des Systems von innen heraus möglich wird. Dabei ist es erforderlich, den Krankenkassen auch entsprechende Wettbewerbsinstrumente in die Hand zu geben, mit denen sie um die Versicherten konkurrieren können. Diese Wettbewerbsinstrumente dürfen aber nicht zu einer Aushöhlung des Solidarausgleiches führen. Daß beides vereinbar ist, wird in einem Kapitel des Berichts ausführlich dargestellt. Dieser Vorschlag wurde von vielen Abgeordneten skeptisch betrachtet und als „akademisch“ abgelehnt.

Die sozialpolitische Variante des Modells der uneingeschränkten Wahlfreiheit für alle Versicherten basiert auf einem umfassenden Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen einer Region. Wettbewerb ist hier nicht mehr eine unbeliebte Nebenerscheinung, sondern ein Ziel.

Schließlich konnte sich eine Reihe von Kommissionsmitgliedern nur zu einer modifizierten Wahlfreiheit für die Versicherten entschließen. Die Vorstellung, daß durch eine unbeschränkte Wahlfreiheit das gegliederte System der Krankenkassen nicht mehr aufrechtzuerhalten wäre, beunruhigte viele in der Tradition des gegliederten Systems denkende Abgeordnete. Trotzdem wird betont, daß letztlich das Ziel eine allgemeine unbeschränkte Wahlfreiheit für alle Versicherten sein muß. Inwieweit hier bereits eine politisch tragbare Einstiegslösung gefunden wurde, wird sich später erweisen.

Realisierungschancen der Vorschläge

An sich müßten die Realisierungschancen der Kommissionsvorschläge relativ hoch sein, da doch aus den jeweiligen Fraktionen des Bundestages wichtige Vertreter der Gesundheits- und Sozialpolitik Kommissionsmitglieder waren. Andererseits ist aber kein Kommissionsmitglied an diese Vorschläge gebunden. Die Abgeordneten dienen wohl vor allem als Interpreten der Kommissionsergebnisse gegenüber ihren Fraktionen. Da die Kommission selbst im Sinne der Politik an vielen Stellen Kompromisse geschlossen und Vorschläge entwickelt hat, die den jeweiligen parteipolitischen Grundlinien entsprechen, müßten die Realisierungschancen einzelner Vorschläge weiter verbessert werden. Gleichwohl ist der Verfasser hierbei eher skeptisch, denn im parlamentarischen

Alltag werden viele Vorschläge schnell vergessen, da sich tagespolitische Ereignisse, wie z.B. die Vereinigung der beiden deutschen Staaten, in den Vordergrund schieben.

Die Erfahrung in dieser Enquete-Kommission hat gezeigt, daß durch die Mitgliedschaft von Parlamentarien nach dem Fraktionsproporz – eine andere Zusammensetzung wäre ohnedies nicht denkbar – dazu führt, daß sehr schnell die sachliche

Diskussion vom politischen Kalkül überlagert wird. Zu fordern wäre aus diesem Grunde, Enquete-Kommissionen ohne Abgeordnete zu besetzen. In einem zweiten Schritt sollten dann Enquete-Kommissionen den einzelnen Fraktionen des Bundestages die gefundenen Ergebnisse einzeln erläutern, bevor der Bericht an den Bundestag insgesamt abgegeben wird. Es hätte also eine Anhörung der Bundestagsfraktionen stattzufinden, doch wären die Ergebnisse unabhängig

vom direkten politischen Einfluß zu gewinnen und zu formulieren. Dies würde die Chance erhöhen, daß sachorientierte Lösungsansätze und nicht politische Überlegungen dominieren. Letztere sollten erst auf einer zweiten Ebene, nämlich im Parlament, einsetzen und nicht bereits bei der Arbeit einer Enquete-Kommission. Eine solche organisatorische Trennung würde dem Ziel einer wissenschaftlichen Beratung der Politik eher gerecht werden als die derzeitige Regelung.

Walter Krämer

Ein wenig überzeugender Bericht zur Strukturreform

Die gesetzliche Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, so wie sie sich heute darstellt, mit ihrer bizarr zerklüfteten Anbieterstruktur, ihren mehr als tausend Krankenkassen und Beitragsätzen und ihrem riesigen Regelwerk von Zwängen, Geboten und Verordnungen, ist aus vielfältigen historischen Zufälligkeiten, sozialen Reformbestrebungen und machtpolitischen Verteilungskämpfen der Heilberufe in über hundert Jahren mehr oder weniger wild herangewachsen. Sie erweist sich dabei als sehr robust, hat das Kaiserreich, die Weimarer Republik, die Nazis und alle Bonner Regierungskoalitionen überlebt und gibt wohl auch das Muster eines potentiellen gesamtdeutschen Gesundheitswesens ab.

Die GKV hat aber nicht nur Bewunderer. Dutzende Male reformiert und deformiert, mehr Flickenteppich als durchdachte Konstruktion, mehr Anbieter-Einkommensgarant als Kranken-Schutz- und Hilfsverein, mehr kollektive Melkschneidemaschine als Hort der Solidarität, größter Verschwender knapper Resour-

cen, den es in der deutschen Wirtschaft gibt, zieht sie zahlreiche Kritiker an. Auch die Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ ist in die Reihe der Kritiker einzuordnen.

Mit dieser Quintessenz erübrigt sich beinahe schon die überaus ermüdende Lektüre des in etwa 300-seitigen Endberichts, der außer altbekannten Klagen analytisch wenig Neues bringt. Immerhin wird der Leser, der sich durch unnötig gespreiztes Soziologendeutsch, viel nichts-sagende Allgemeinrhetorik und eine katastrophale Organisation (bei einem per Komitee erstellten Produkt wohl unvermeidbar) nicht erschrecken läßt, durch einige unkonventionelle Reformvorschläge überrascht.

Ambulante Versorgung

Das Herz der GKV schlägt in den Praxen der niedergelassenen Ärzte. Hier wird Krankheit definiert, klassifiziert und größtenteils auch therapiert, hier werden Menschen zu Patienten und Patienten zu

disponiblen Krankengut, hier werden Rezepte ausgestellt, Kuren verschrieben, Heil- und Hilfsmittel requiriert, von hier werden die Beitragsmilliarden der Versicherten mehr oder weniger direkt gelenkt. Und nicht zuletzt wird hier auch sehr viel Geld verdient.

Darüber spricht man im allgemeinen aber nicht. Daß niedergelassene Ärzte nicht nur ihrer Patienten, sondern auch und nicht zuletzt des eigenen Broterwerbes wegen tätig sind, was so manche Ungereimtheit des Systems erklärt, wird aus offensichtlichen Gründen von diesen gerne in den Hintergrund gestellt, von der Enquete-Kommission aber verdienstvollerweise ins Rampenlicht gerückt. So werden etwa die Nachteile der Einzelleistungsvergütung, mit ihren sinnwidrigen Anreizen zur Mengenausweitung, klar erkannt. Auch wenn diese heute nur noch im Innenverhältnis zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärzten gilt, das beliebte „Ausweichen in die Menge“ angesichts der modernen Gesamthonorardeckelung also nicht die Kassen

und Beitragszahler, sondern vor allem die weniger ausweichwilligen Kollegen trifft, wird das ambulante Leistungsgeschehen dadurch trotzdem kontraproduktiv verzerrt. Als Alternative bietet die Kommission hier Kopf- und Fallpauschalen an. Die häufige Befürchtung, Ärzte in freier Praxis lägen danach auf der faulen Haut, wird dabei angesichts des mittlerweile reichlichen Angebotes nicht geteilt. Ein Patient, der sich nicht ausreichend betreut fühlt, verläßt einfach den Arzt, dem diese latente Drohung das eventuell fehlende Engagement schon nahelegen wird.

Zu Recht beklagt die Kommission auch das in der ambulanten Primärversorgung sachlich kaum mehr gerechtfertigte und vor allem den Einkommensinteressen etablierter Schulmediziner dienende ärztliche Angebotsmonopol. „Infolge des Rückgangs familiärer, nachbarschaftlicher und milieumäßig organisierter Netzwerke sowie dem Fehlen anderer nicht-medizinischer Aufnahmestrukturen gelangen [zunehmend auch] Sozialprobleme in das Medizinsystem“, konstatiert sie zutreffend in Kapitel 3. III, Ziffer 18. „Von jenen Gesundheitsstörungen, die über den niedergelassenen Arzt vorgetragen werden und so in das Krankenversorgungssystem gelangen, können [aber] nach verschiedenen Schätzungen zwischen 50 und 70 Prozent dort nicht problemgerecht gelöst werden, weil sie weder medizinischer Natur noch medizinisch im Sinne von Heilung zu beeinflussen sind“, mit der Konsequenz, daß „künftig den sozialen und pflegerischen Hilfs- und Betreuungsorganisationen bzw. -berufen gegenüber dem ärztlichen professionellen System größere Selbständigkeit“ einzuräumen sei (3. III, Ziffer 39).

Dies könnte man nur unterstreichen, stünde nicht a priori fest, daß

dergleichen zu Lebenszeiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nie geschehen wird.

Auch die von der Kommission geforderte Qualitätskontrolle bei niedergelassenen Ärzten ist lange überfällig, und zwar nicht nur bei Berufsanfängern, wie das auch von etablierten Ärzten zur offensichtlichen Abschottung gegen Konkurrenz immer wieder gefordert wird, sondern auch bei diesen etablierten Medizinern selbst (3. III, Ziffer 41). Zur Zeit kann doch ein Landarzt, der seit seiner Promotion unter Reichskanzler Hindenburg kein medizinisches Lehrbuch mehr gesehen hat, ungestraft ganze Dörfer entvölkern, ohne daß man ihm das Handwerk legt. Qualitätskontrolle ist bei praktizierenden Ärzten unbekannt, Qualitätskontrolle gibt es derzeit nur beim Marktzugang. Hier können die Hürden nicht hoch genug sein, hier hütet die Kassenärztliche Bundesvereinigung mutig das Patientenwohl. Von einer Pflicht zur Fortbildung, die im Gegensatz zur sogenannten „Weiterbildung“ nicht Berufsanfänger, sondern etablierte Kollegen trifft, hört man dagegen nichts. Zwar fehlt es nicht an Angeboten, vorzugsweise in Urlaubsorten in der Schweiz, aber Teilnahmepflicht und insbesondere Erfolgskontrollen gibt es nicht. Amerikanische Pläne für regelmäßige Nachexamina, mit drohendem Lizenzentzug bei Nichtbestehen, lösen bei bundesdeutschen Ärztfunktionären eher Entsetzen aus. Auch hier kämpft die Kommission daher, wenn auch vermutlich vergeblich, für einen guten Zweck.

Was tun gegen die Ärzteschwemme?

Genauso argumentiert die Kommission beim nächsten Reizwort, der Ärzteschwemme, wider die Interessen des etablierten Medizinbetriebs. Eine Orientierung der Ausbildungskapazitäten am Bedarf wird

abgelehnt (2. III. 189). Lediglich mit der Anmerkung, daß „mit den verfügbaren Ausbildungskapazitäten eine ordnungsgemäße Ausbildung von Medizinstudenten nicht möglich“ sei, geht sie der Propaganda der Interessenvertreter auf den Leim. In den vergangenen Jahrzehnten sind schließlich nicht nur die Studentenzahlen, sondern auch die Professorenzahlen an deutschen Medizinfakultäten gewaltig angewachsen. In den 60er und 70er Jahren ist die Relation von Studenten zu wissenschaftlichem Personal sogar gefallen! Auch die sonstige Infrastruktur ist im historischen und internationalen Vergleich alles andere als schlecht. Bei nur 7 % der Studienplätze entfielen und entfallen auf die Medizin zwischen 30 und 40 % der bundesdeutschen Gesamtinvestitionen im Hochschulbau, und wenn heute an westdeutschen Universitäten von Sparen die Rede ist, bleiben die Medizinischen Fakultäten in der Regel ausgenommen. Kein anderes akademisches Ausbildungsfach wird von den Bildungspolitikern so verwöhnt wie die Medizin, nirgends fließen Personal- und Sachmittel für Lehre und Forschung so ungehemmt wie hier. Wenn die Ausbildung auch nicht so gut ist, wie sie theoretisch sein könnte (im Extremfall etwa bei einem einzigen Studenten pro Fakultät), schlechter als vor 10 oder 20 Jahren ist sie sicher nicht.

Wie die Kommission jedoch ganz richtig sieht (2. III. 194), ist der Andrang zum Medizinstudium angesichts sinkender Ärztzeinkommen ohnehin bald eine Sache der Vergangenheit.

Den aktuell vor der Zulassung und damit vor den Tresoren der Krankenkassen stehenden Jungärzten bietet die Kommission eine Art Versteigerung von Kassenarztsitzen an: das niedrigste Gebot gewinnt (2. III. 205-212). Hier muß man

zweimal lesen, ehe man das glaubt. „Die Mehrheit der Kommission favorisiert Ausschreibungen als Steuerungsinstrument für den ambulanten Sektor“, so steht es im Endbericht. „Die Versorgungsaufträge werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen gemeinsam ausgeschrieben. Auf der Grundlage der Kassenärztlichen Bedarfsplanung legt die gemeinsame Selbstverwaltung die Zahl der bedarfsnotwendigen Kassenärzte pro Fachgebiet und Versorgungsgebiet fest. Dann erfolgt eine öffentliche Ausschreibung, an der jeder Arzt, der die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, teilnehmen kann. Dabei geben die bietenden Ärzte an, zu welchen Vergütungsbedingungen (Punktwerten) sie bereit sind, die Kassenpatienten zu versorgen.“

Damit wird das geltende Kassenarztrecht auf den Kopf gestellt. Das wäre keine Reform, sondern eine Revolution, ein auf den ersten Blick geradezu genialer Kompromiß zwischen Plan- und Marktwirtschaft, der sowohl die Ärzteschwemme kontrolliert als auch den individuellen Ärzten alle Freiheit läßt. Trotz

seines utopischen Charakters verdient dieser Vorschlag daher eine seriöse Diskussion.

Andere Versorgungsbereiche

Die Analyse der übrigen Versorgungsbereiche beschränkt sich auf ein umständliches Wiedergeben der einschlägigen Literatur. Die daraus abgeleiteten Reformvorschläge, wenn auch wenig neu, sind jedoch bemerkenswert. So tritt man auch in der Zahnmedizin für eine verstärkte Qualitätskontrolle, inklusive einer obligatorischen Fortbildung der etablierten Mediziner ein (2. IV. 116). Im Krankenhaus werden diagnosebezogene Fallpauschalen angeregt. Auch die traditionelle und von den niedergelassenen Ärzten wie ihr Augapfel gehütete strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung wird in Frage gestellt (2. V. 119). In der Psychiatrie tritt man, vermutlich ohne die Konsequenzen genau zu überblicken, für eine gemeindenahere Versorgung ein (2. VI. 133), und bei Heil- und Hilfsmitteln unterstützt eine Mehrheit der Kommission die neuen Festbetragsregelungen aus dem Gesundheits-Reformgesetz. Zur

Neugliederung der Kassenstruktur schließlich einigte man sich trotz intensiver Diskussionen auf kein einheitliches Konzept.

Prävention versus Therapie

Jeder ist für Prävention. Man kann sich heute nicht mehr leisten, nicht dafür zu sein. Auch die Enquete-Kommission schließt sich dieser populären Mehrheit an. Jedoch sind viele ihrer Einsichten und Forderungen dazu durchaus nicht so wahr und klar, wie man gemeinhin glaubt. Unbestritten ist sicher das von der Kommission beklagte eklatante Informationsdefizit zu allem, was Gesundheit betrifft. Die bundesdeutsche amtliche Statistik meldet zwar getreu den monatlichen Import elektrischer Bügeleisen aus Hongkong oder den Zufluß von Sojabohnen aus Bangladesh, aber wer wissen will, wieviele Menschen in einem gegebenen Landkreis in einem gegebenen Jahr an Krebs gestorben sind, gräbt in ihren Datenbergen vergeblich nach. Daher rennt die Kommission mit ihrer Forderung nach einer besseren Gesundheitsberichterstattung als Grundlage jeder rationalen Präven-

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

NEUERSCHEINUNG

Manfred Weillepp

Großoktav,
185 Seiten, 1989,
brosch. DM 48,-
ISBN 3-87895-377-1

SUBVENTIONIERUNG IM WELTSCHIFFBAU

Ziel der vorliegenden Studie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft entstand, ist es, die Effekte der unterschiedlichen Arten von Subventionen auf die Struktur und die Wettbewerbssituation der Schiffbauindustrie in den wichtigsten Schiffbauländern zu untersuchen. Die Wirkungen der gewährten Subventionen werden unter betriebswirtschaftlichen, gesamtwirtschaftlichen und weltwirtschaftlichen Aspekten beurteilt.

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

tion außer bei extremen Datenschutzern nur offene Türen ein.

Die übrige Diskussion des Themas „Prävention“ ist dagegen schon leicht kontrovers, und es ist unübersehbar, wie der Sachverständigenrat der Ökonomen unter den Kommissionsmitgliedern den Enthusiasmus ihrer progressiven Kollegen an vielen Stellen bremst. So wird z.B. anerkannt (2. I. 49), daß Prävention nicht immer Kosten spart. Wie nämlich viele Präventionsbefürworter gerne übersehen, rettet Prävention Krankheit nicht aus, sondern ersetzt nur eine Krankheit, wenn auch später, durch eine andere. Sterben wir nicht an Krebs A, dann an Krebs B, und sterben wir nicht an Krebs, dann an einem Herzleiden oder einem Schlaganfall, wobei die Kosten dieser späteren Krankheit auch nach Diskontieren nicht notwendig kleiner sind. Von dieser Einsicht abgesehen hat sich aber hier die Fraktion der Apokalyptiker und Zwangsbeglückter durchgesetzt.

Unter völliger Mißachtung einer seit Jahrzehnten ständig steigenden Lebenserwartung bringt man die bekannte linke Litanei: Schuld an Krankheit sind Umwelt, Luftverschmutzung, Lärm und Streß, als wäre ohne diese ewiges Leben garantiert (2. I. 2). Dagegen hilft vor allem Prävention, zu Hause, bei der Ernährung, im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz. Vage bleibt dabei jedoch, und das aus gutem Grund, wie diese Prävention zu operationalisieren ist. Stichworte wie „Raucherentwöhnung“, „Aufklärung“ und „Hinführung zu gesundheitsfördernden Lebensweisen“, mit denen im entsprechenden Teil des Endberichts nicht gespart wird, lenken nämlich nur von dem unangenehmen Dilemma ab, daß Prävention am effizientesten durch Zwang geschieht, d.h. daß hinter dem Zuckerbrot, mit dem man den Menschen

ein gesundes Leben schmackhaft machen will, stets die Peitsche droht.

Der hier drohende Weg in den totalen medizinischen Überwachungsstaat ist steil und mit den besten Vorsätzen gepflastert. Gegen eine von der Kommission geforderte Zulassung der Lebensmittelkennzeichnungen „zahnschonend“ und „zuckerfrei“ haben sicher nur wenige etwas einzuwenden. Dagegen war nur noch ein Teil der Kommission bereit, die Forderung nach „Beschränkung der Werbung für Süßigkeiten in den Medien“ mitzutragen (2. IV. 112). Und wenn wir schon die Werbung verbieten, warum nicht gleich die Süßigkeiten selbst (und Tabak, Alkohol und Schweinefleisch, am besten auch laute Diskomusik und gefährliche Sportarten gleich mit)?

Begrenzte Ressourcen bei unendlichem Bedarf

Wenn man so will, behandelt der Enquete-Bericht die Taktik der Gesundheitspolitik. Hier ist angesichts der ungeheuren Verschwendung knapper Ressourcen, die der moderne Medizinbetrieb betreibt, in der Tat genug zu tun. Das eigentliche, das strategische Dilemma jeder modernen Gesundheitspolitik, nämlich daß durch die Fortschritte der Medizin inzwischen auch bei effizientester Mittelverwendung nicht mehr alles medizinisch sinnvoll Machbare auch praktisch finanzierbar ist, wird dadurch aber ausgespart.

Auch der Enquete-Bericht schließt sich hier der üblichen Verdrängung an. „Ein Krankenversicherungssystem hat die adäquate medizinische und pflegerische Versorgung stationär zu behandelnder Kranker zu gewährleisten“, heißt es etwa lapidar (2.V. 4). Bedeutet das auch ein Kunstherz für jedermann (sollte dieses eines Tages praktika-

bel sein)? Wo ist zu sparen, wenn zu sparen ist? Wer entscheidet, wer leben darf und wer sterben muß? Daß dergleichen Entscheidungen so oder so und allen Extramilliarden für die Gesundheit zum Trotz zu fällen und im Medizinbetrieb ärmerer Länder heute bereits alltäglich sind, wird völlig ignoriert.

Statt dessen wird der Leser mit nichtssagenden Allgemeinplätzen abgespeist, wie z.B., daß eine „humane und soziale“ Medizin an den „Bedürfnissen der Patienten“ zu orientieren sei (2.V. 5). Dergleichen erwartet man in einem Parteiprogramm, aber nicht in einem Bericht mit Anspruch auf wissenschaftlichen Gehalt. Auch die Forderung einer „kostenminimalen Leistungserstellung im Sinne betriebswirtschaftlicher Effizienz“ (2.V. 8) drückt sich um die zentrale Rationierungsfrage, denn um nichts anderes geht es hier, herum. Ob kostenminimal erstellt oder nicht, die benötigten Leistungen gehen inzwischen über jeden wie generös auch immer gesteckten Finanzierungsrahmen weit hinaus.

Auch das Gesundheits-Reformgesetz weicht dieser Problematik aus. Wenn Norbert Blüm allen Bundesbürgern auch künftig „Heilung mit dem höchsten Standard des medizinischen Fortschritts“ verspricht, so mag ihm das die eine oder andere Wählerstimme retten, aber durchzuhalten ist es nicht. Wenn er behauptet, „niemand muß Angst haben, daß ihm nicht geholfen wird, weil er kein Geld hat; er bekommt die beste Medizin“, so ist das schlichtweg falsch.

Hier hätte man sich von einer Kommission, die nicht im Wahlkampf steht, ein klares Wort gewünscht. Das Nichteinlösen dieses Anspruchs ist eine weitere Enttäuschung ihres wenig überzeugenden Berichts.