

Fischer, Andrea; Montgomery, Frank Ulrich; Schmeinck, Wolfgang; Cassel, Dieter;  
Rosenbrock, Rolf

**Article — Digitized Version**

## Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Fischer, Andrea; Montgomery, Frank Ulrich; Schmeinck, Wolfgang; Cassel, Dieter; Rosenbrock, Rolf (1999) : Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 79, Iss. 4, pp. 207-223

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/40406>

**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.*

# Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000

*Mit dem zwischen Gesundheitsministerium und Koalitionsfraktionen abgestimmten Eckpunktepapier ist eine Basis für den Reformdialog in der Gesundheitspolitik gelegt. Welche Maßnahmen sind vorgesehen? Wie sollten sie im einzelnen ausgestaltet werden? Sind die Schwerpunkte richtig gesetzt?*

---

Andrea Fischer

## Versicherte und Patienten sind der Mittelpunkt des Gesundheitswesens

---

Die Versicherten und Patienten haben bei den bisherigen Reformen im Gesundheitswesen kaum eine Rolle gespielt. Jetzt stehen sie bei der Strukturveränderung der gesundheitlichen Versorgung erstmals im Mittelpunkt. Am offenkundigsten wird das in den Passagen der Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000, die die Möglichkeiten der Patienten ausdrücklich stärken.

Das deutsche Gesundheitswesen ist einseitig auf Leistungserbringer und Kostenträger ausgerichtet. Patientinnen und Patienten tauchen meist als Objekte der Fürsorge auf. Wir brauchen deshalb eine Umorientierung auf die Versicherten und Patienten. Dies ist auch Voraussetzung dafür, daß Versicherte und Patienten mehr Selbstverantwortung für Gesundheit und Krankheit übernehmen. Nur informierte und aufgeklärte Versicherte und Patienten können

ihre Gesundheit fördern und sind in der Lage, die Einrichtungen des Gesundheitssystems sinnvoll zu nutzen.

Dazu muß der Patientenschutz besser verankert und eine umfassende Information und Aufklärung rechtlich abgesichert werden. Zudem brauchen die Versicherten unabhängige Anlaufstellen und Beratungseinrichtungen. Auch hier müssen sich die Krankenkassen engagieren. Der Medizinische Dienst sollte unter bestimmten Voraussetzungen Versicherte auch direkt beraten. Die Krankenkassen sollen Versicherte bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen. Das haben wir in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000 beschlossen.

Zeitlich unabhängig von der Gesundheitsreform ist darüber hinaus eine Stärkung der Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten notwendig. Dies kann auch die An-

zahl der haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen verringern. Ob dies in einem eigenen Patientenschutzgesetz oder durch bessere Regelungen in bestehenden Gesetzen geschehen soll, muß noch geprüft werden.

### **Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe**

Die Förderung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten sind unverzichtbar für ein modernes Gesundheitssystem. Ein wesentlicher Faktor sind die Selbsthilfeorganisationen, deren Integration in das Gesundheitssystem längst überfällig ist. Deshalb muß es zur gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen gehören, entsprechende Maßnahmen einschließlich der Selbsthilfe zu finanzieren.

Wir wollen die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung durch geeignete

Vorschriften, z.B. durch einen festzusetzenden Pauschalbetrag pro Versicherten, sicherstellen. Auch in die betriebliche Gesundheitsförderung werden die Krankenkassen wieder stärker einbezogen. Unfall- und Krankenversicherung werden stärker zusammenarbeiten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden gemeinsam und einheitlich Kriterien für qualitativ ausgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vereinbaren. Dieser Katalog wird sich an Zielgruppen und am Versorgungsbedarf der Versicherten ausrichten. Dabei ist die Kooperation mit anderen Akteuren, wie z.B. den öffentlichen Gesundheitsdiensten, Patientenstellen und Selbsthilfegruppen unerlässlich. Zu Marketingaktivitäten unter dem Deckmantel der Prävention darf und wird es nicht wieder kommen.

Die alte Koalition hat unter „Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten“ in erster Linie höhere Zuzahlungen verstanden. Ich halte das für eine gewaltige Fehleinschätzung. Die Menschen in unserem Land können weit mehr, als zahlen. Als mündige Patienten können sie zur Qualität unseres Gesundheitswesens ganz wesentlich beitragen. Darauf sollten wir nicht länger verzichten.

### Strukturelle Mängel

Unser Gesundheitswesen hat einige strukturelle Mängel, die nicht damit zu beseitigen sind, daß wir die Patienten stärker in den Mittelpunkt rücken. So werden nicht unbeträchtliche finanzielle und personelle Mittel zum einen durch Überflüssiges und Doppelarbeit, zum anderen durch das Fehlen einer umfassenden Qualitätsorientierung und durch Fehlanreize in den Vergütungssystemen vergeu-

det. Auch in Fachkreisen ist z.B. unbestritten, daß bei uns zu viele diagnostische Maßnahmen und Operationen durchgeführt werden, ohne daß diese aus medizinischen Gründen notwendig sind. So wird z.B. zu viel geröntgt, es werden zu viele Herzkatheteruntersuchungen und Gebärmutteroperationen durchgeführt. Die Eckpunkte enthaltenen Vorschläge, wie hier gegensteuert werden kann.

Die verschiedenen Versorgungsbereiche arbeiten nicht integriert

Die Autoren  
unseres Zeitgesprächs:

*Andrea Fischer, 39, ist Bundesministerin für Gesundheit.*

*Dr. Frank Ulrich Montgomery, 46, ist Vorsitzender des Marburger Bundes – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands – und Präsident der Ärztekammer Hamburg.*

*Wolfgang Schmeinck, 51, ist Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen in Essen.*

*Prof. Dr. Dieter Cassel, 59, lehrt Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschaftspolitik an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg.*

*Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, 53, leitet die Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), lehrt Gesundheitspolitik an der TU Berlin und ist Mitglied des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.*

und nicht in Kooperation. So kommt es z.B., daß bei uns Patienten unnötig lange im Krankenhaus verweilen. Eine aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ist eher die Ausnahme als die Regel. Ebenso wäre ein organisiertes Zusammenwirken zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitation auch im Interesse des Patienten; denn je schneller die Rehabilitation im Anschluß an die Akutversorgung einsetzt, um so gezielter und erfolgreicher kann die Gesundheit wieder hergestellt werden. Dies sind nur einige Beispiele für strukturelle Mängel unseres Gesundheitswesens, die wir mit der Reform in Angriff nehmen.

Hinzu kommt, daß die einzelnen Vergütungssysteme völlig falsche Anreize setzen. Diese müssen so verändert werden, daß die Behandlung der Patienten im Vordergrund steht und nicht der Einsatz aufwendiger Technik besonders belohnt wird. Auch hier sind die Vorgaben an die Selbstverwaltung zu konkretisieren; die Vergütung ist so weit wie möglich an die Qualität der Leistung zu koppeln.

### Mehr Effizienz statt mehr Geld oder weniger Leistung

Immer wieder wird behauptet, daß die finanziellen Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nicht ausreichen. Denn die Medizin habe ungeheure Fortschritte gemacht, die den Versicherten zugute kämen. Zum anderen würden die Menschen immer älter und damit nehme auch die Zeit ihres Lebens zu, in der Bedarf an medizinischen Leistungen besteht.

Es werden immer wieder die gleichen zwei Lösungsmöglichkeiten diskutiert:

□ Es muß mehr Geld ins System. Dazu gibt es viele Vorschläge. Sie reichen von der Anhebung der bestehenden Zuzahlungen und/oder der Beitragsätze bis zur Erschließung neuer Finanzquellen durch Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragszahlung oder zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Manche fordern auch den Einsatz von Steuermitteln oder die Abschaffung der beitragsfreien Familienversicherung.

□ Der Leistungskatalog muß abgespeckt werden. Der heutige Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sei viel zu umfangreich und beinhalte eine Reihe von verzichtbaren Leistungen. Deshalb müsse man die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch verringern, daß der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt wird. Wenn die gesetzliche Krankenversicherung weniger leistet, dann müsse eben mehr privat finanziert werden.

Diese gebetsmühlenartige Diskussion ist nicht nur einfalllos, sondern geht auch von falschen Voraussetzungen aus. Zwar ist es richtig, daß sich die Anforderungen an die gesetzliche Krankenversicherung in den letzten Jahren erhöht haben, und es ist weiter richtig, daß die Leistungsfähigkeit der Medizin zugenommen hat. Aber dem hat die Entwicklung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung getragen: Die Leistungsausgaben sind von rund 180 Mrd. DM 1991 auf rund 250 Mrd. DM 1998 gewaltig gewachsen. Sie werden auch künftig bei stabilen Beitragssätzen wachsen, weil die der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen

gen Einnahmen durch die Erhöhung der Löhne und Gehälter steigen.

Vor allem aber verbergen sich unter den Leistungsausgaben von rund 250 Mrd. DM noch reichlich Unwirtschaftlichkeit und Verschwendung. Es ist die erste Pflicht und Schuldigkeit, erst diese Reserven zu bemühen, bevor an die Erschließung neuer Finanzquellen auch nur gedacht wird. In dieser Verantwortung für einen effizienten Mitteleinsatz stehen alle Akteure in der gesetzlichen Krankenversicherung, auch die Leistungserbringer.

Ich möchte keine Spekulationen darüber anstellen, wie hoch die Summe an Unwirtschaftlichkeiten tatsächlich ist. Sie ist jedoch beträchtlich und läßt sich z.B. anhand internationaler Vergleiche eindeutig belegen (OECD-Studien). Wie die BASYS-Studie „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“ zeigt, liegt Deutschland mit den Gesundheitsausgaben pro Kopf und den Liegezeiten im Krankenhaus im europäischen Vergleich mit an der Spitze, hat aber bei den einschlägigen Indikatoren für Gesundheit keineswegs diese Spitzenposition inne. Besonders hoch sind bei uns die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen, für Arzneimittel und für Zahnersatz sowie für Heil- und Hilfsmittel.

Deshalb geht es bei der Strukturveränderung der gesundheitlichen Versorgung darum, mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit durchzusetzen, nicht aber um Leistungsabbau oder die Beschaffung von zusätzlichen Einnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung. Das dient den Versicherten und Patienten, die in den bisherigen Diskussionen kaum eine Rolle gespielt haben.

### **Effizienzverbesserung durch strukturelle Veränderung**

Durch eine bessere Abstimmung und Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche wird sichergestellt, daß der Patient zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis optimal behandelt wird. Die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ müssen konsequent umgesetzt werden. Die heute vorhandenen erheblichen Wirtschaftlichkeitsreserven werden durch eine bessere Kooperation und den Abbau von Überkapazitäten erschlossen. Das vermeidet z.B. Doppeluntersuchungen und unnötige medizinische Eingriffe. Verbunden mit der durchgängigen Durchsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und mit leistungsgerechten Vergütungen ist auch zukünftig eine gute gesundheitliche Versorgung bei stabilen Krankenkassenbeiträgen möglich.

### **Dialog in der „Reformwerkstatt“**

In den vergangenen Wochen haben wir auf der Grundlage der Eckpunkte einen breiten Dialog mit den Beteiligten geführt. Besonders kam es mir darauf an, die Versicherten selbst, die Patienten und ihre Organisationen wie z.B. Selbsthilfegruppen einzubeziehen.

Dieser Dialog wird auch während des Gesetzgebungsverfahrens fortgesetzt. Ich lade ein zu einem offenen Diskussionsprozeß: ohne Denkverbote, ohne heilige Kühe und ohne analytische Tabus. Bis Juni wird auf der Basis der Eckpunkte ein Gesetzentwurf erstellt, der dann ins Parlament eingebracht und dort weiter diskutiert wird. Ich fordere alle, die in unserem Gesundheitswesen Verantwortung tragen, auf, sich an dieser Diskussion mit sachlichen Argumenten und konstruktiven Ideen zu beteiligen.

Frank Ulrich Montgomery

## Wir brauchen eine „Neue gesetzliche Krankenversicherung“

Immer wieder wird behauptet, daß die finanziellen Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nicht ausreichen. Denn die Medizin habe ungeheure Fortschritte gemacht, die den Versicherten zugute kämen. Zum anderen würden die Menschen immer älter und damit nehme auch die Zeit ihres Lebens zu, in der Bedarf an medizinischen Leistungen besteht. Es werden immer wieder die gleichen zwei Lösungsmöglichkeiten diskutiert: 1. Es muß mehr Geld ins System. 2. Der Leistungskatalog muß abgespeckt werden. Diese gebetsmühlenartige Diskussion ist nicht nur einfalllos, sondern geht auch von falschen Voraussetzungen aus.“

Mit solch starken Worten beginnen die „Erläuterungen zu den Eckpunkten zur Reform der GKV“, die von Bundesministerin Andrea Fischer am 8. März 1999 veröffentlicht wurden. Wer so argumentiert riskiert, daß auch seine Argumente auf den Prüfstand ihrer Innovation und Intelligenz gelegt werden. Die Analyse ergibt: weitgehend Fehl-anzeige!

Nicht nur gibt es kein einziges neues Argument oder Instrument im Köcher grüner Gesundheitspolitik, mehr noch: Im Grunde handelt es sich nur um die Fortsetzung der phantasielosen Kostendämpfungspolitik der abgelösten Kohl-Regierung. Dabei enthält das Papier in den Detailregelungen durchaus auch eine Reihe von positiven Ansätzen. So unkonkret das Papier aber noch ist, so viele Probleme und Interpretationsspielräume sich noch aus der Gesetzestextierung ergeben werden, so klar ist heute schon er-

kennbar: Der große Wurf einer neuen Gesundheitspolitik ist es sicher nicht!

Ich möchte mich nun im folgenden Beitrag nicht mit Detailregelungen, sondern mit der Philosophie einiger zentraler „Eckpunkte“ des Regierungspapiers auseinandersetzen, darüber hinaus in einem zweiten Teil aber auch fehlende Reformelemente ansprechen.

### Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren!

In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform der Bundesregierung wird einer Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, der Stärkung der Krankenkassen, der Patienten und der Selbstverwaltung das Wort geredet. Was ist davon im einzelnen zu halten?

Seit zwanzig Jahren mobilisieren wir nun Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen. Jede Regierung fällt auf ein neues auf die Einflüsterungen von Interessenverbänden herein, die ihr nahelegen, es gäbe da etwas zu mobilisieren. Interessanterweise weiß fast jeder, der selbst Interessen im Gesundheitswesen hat, wo in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens noch zu sparen wäre. Nicht ohne natürlich gleichzeitig darauf hinzuweisen, daß im eigenen Bereich die „Sparzitrone“ ausgequetscht wäre.

Es ist wohl eine Binsenweisheit, daß in einem gesellschaftlichen Bereich, der über 250 Mrd. DM im Jahr umsetzt, nicht auch irgendwo Unwirtschaftlichkeit und Verschwendung herrschten. Es ist aber auch genauso richtig, daß alle Versuche der letzten zwanzig Jahre, diese Reserven mit Kostendämpfungsgesetzen zu mobilisieren, keine Verminderung zumindest der De-

batte um Höhe, Ort und Mobilisierbarkeit dieser Rationalisierungsdefizite gebracht hätten. Politiker sollten daher in Zukunft nur noch Sparvorschläge entgegennehmen, die den eigenen Bereich des Vorschlagenden betreffen. Rein empirisch kann man also feststellen: Diese Debatte ist rein akademisch und führt nicht weiter.

Ich frage mich daher, ob die markigen Formulierungen des Eckpunktepapiers, die ich diesem Beitrag vorangestellt habe, Ausdruck einer Realitäten nicht zur Kenntnis nehmen wollenden Trotzigkeit sind oder eher dem lauten Singen ängstlicher Kinder im dunklen Wald entsprechen?

### Krankenkassen stärken

Ein durchgehendes Strukturelement zukünftiger Gesundheitspolitik ist die Stärkung des Einflusses der Gesetzlichen Krankenkassen. Zugleich aber sollen auch „Patientenrechte“ und der „Patientenschutz“ verstärkt werden.

In der gegenwärtigen ange-dachten Struktur besteht zwischen diesen Forderungen und ihren Verwirklichungsansätzen ein unaufgelöster Widerspruch. Die Krankenkassen, die in einen zunehmenden Wettbewerb gestellt werden, handeln schon lange nicht mehr als verantwortungsvolle Interessenvertreter der Patienten – sie sind vielmehr allein an den Beitrags-sätzen ihrer zahlenden Mitglieder (und deren Arbeitgeber) orientiert. Die Krankenkassen also – ohne Änderung ihrer Selbstverwaltungsstrukturen – zu den Vertretern der Patienten zu machen, hieße die Böcke zum Gärtner zu ernennen!

Auch haben sich die Krankenkassen in der Vergangenheit bei allen Strukturentscheidungen nicht

gerade als klug handelnd erwiesen. Weder nutzen sie die ihnen heute schon zustehenden Entscheidungsspielräume, noch haben sie die dringend notwendige Kompetenz in medizinischer oder wirtschaftlicher Hinsicht erworben, um sachorientierte Entscheidungen treffen zu können. Ihre Hilflosigkeit in den Krankenhausplanungen der Länder – an der sie ja heute schon maßgeblich beteiligt sind –, ihre stümperhaften Werbeversuche um junge gesunde Mitglieder und ihr gerade gerichtsrelevant gewordenes Versagen im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen bei den „Arzneimittelrichtlinien“ belegen in meinen Augen ihre Inkompetenz. Diese Liste ließe sich beliebig verlängern.

Und so ist auch die stereotype Forderung nach Stärkung der Kassenmacht wohl nur dadurch zu verstehen, daß sowohl die Ministerin (in der BfA) wie auch viele ihrer leitenden Beamten (z.B. im AOK-Bundesverband) früher in den Strukturen der Sozialversicherung hauptamtlich tätig waren.

### **Vor wem muß der Patient eigentlich geschützt werden?**

Problematisch aber wird diese Stärkung der Kassenmacht vor allem im Kontext mit zunehmenden „Patientenrechten und Patientenschutz“. Um es klar zu sagen: die Ärzteschaft ist in besonderem Maße an einem hohen Schutzniveau für Patienten interessiert. Klare Regelungen für Patienten, nachvollziehbare Haftungsgesetze, klare Forschungsrichtlinien, stringenter Datenschutz, saubere Anwendungsbestimmungen für neue Verfahren und Medikamente: alles das dient nur vordergründig dem „Patientenschutz“. In Wirklichkeit ist dieses der beste Schutz eines freiheitlichen „Arzt-Patienten-

Verhältnis“ und damit auch ein hoher Schutz für den behandelnden Arzt.

Es war deswegen die Ärzteschaft, die sich seit Jahrtausenden um Patientenschutzcodices bemüht hat (Hippokratischer Eid), die in den siebziger Jahren mit der Deklaration von Helsinki die ethischen Grundlagen für die Gesetze zur Forschung am Menschen gelegt hat und in den achtziger Jahren mit der Deklaration des Weltärztebundes zu den Rechten des Patienten eine „Patientencharta“ definiert hat, die den Schutz des Patienten und des Arztes auch gegenüber staatlichen oder öffentlichen ethisch inakzeptablen Rationierungsansprüchen darstellt.

Patientenschutz und Patientenrechte sind in der Bundesrepublik gegenüber Leistungsträgern weitgehend definiert. Es gibt kaum ein anderes Land mit ähnlich klugen und vernünftigen Regelungen wie Deutschland. Was uns aber fehlt ist eine Charta, die den Anspruch des Patienten gegenüber dem Staat und gegenüber seinen Krankenkassen formuliert, damit er vor ungerechtfertigten Rationierungen geschützt wird. Was wir aber nicht brauchen, ist eine weitere, zusätzliche Ebene der Bürger- oder Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen.

Derart formalisierte Bürgerbeteiligungen gibt es interessanterweise vor allem in Systemen mit hohem Rationierungsdruck – wie z.B. in Großbritannien. Dort entledigt sich die Politik der unangenehmen Rationierungsentscheidungen, indem sie auf „Bürgerkomitees“ verlagert werden. Eine feine Politik ist das, seine Hände in Unschuld zu waschen! Wer anders als der Politiker ist – durch Wahl – legitimer Vertreter der Bürger? Er sollte seine Aufgaben mutig und

selbstbewußt wahrnehmen, statt alle unangenehmen Entscheidungen auf die Individuen rückzudelegieren.

Noch problematischer aber ist die Definition der Legitimation des „Patientenvertreters“. Sind dies die Selbsthilfegruppen oder die Patientenschutzverbände? Abgesehen von der meist allein organ- oder krankheitsbezogenen Ausrichtung der Selbsthilfegruppen und der von ausschließlich negativen Eindrücken über die Leistungsqualität geprägten Sichtweise der Patientenschutzverbände, scheinen sich hier die wirtschaftlich notleidenden Verbraucherschutzverbände ein neues Geschäftsfeld aufbauen zu wollen. Dies ist abzulehnen, statt dessen sollten die vorhandenen Strukturen funktionsfähig gemacht und gestärkt werden.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen sollte eigentlich diese Rolle der Vertretung der Patienteninteressen wahrnehmen. Sie hat unter Wettbewerbsdruck und im Würgegriff der Arbeitgeber und Gewerkschaften eine andere Entwicklung genommen: Sie vertritt versicherte Beitragszahler und nicht Patienten. Sie hat hier in ihrer Aufgabenwahrnehmung schlicht versagt. Man muß die Selbstverwaltung der Krankenkassen so umstrukturieren, daß nicht altgediente Funktionäre der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen dort ihr Gnadenbrot fristen, sondern eine wirkliche, ausgewogene Vertretung der Interessen von Versicherten und Patienten stattfindet. Dieser Ansatz aber fehlt in den Eckpunkten.

### **Selbstverwaltung: Schwächung durch „Stärkung“?**

Dafür nehmen gravierende Eingriffe in die bestehende Selbstver-

waltung breiten Raum ein. Besonders auffällig ist dies im Bereich der ambulanten Versorgung. Zugegeben: Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich in den letzten Jahren nicht gerade mit Ruhm bekleckert in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben.

Sie standen aber auch seit dem Gesundheitsreformgesetz vor kaum lösbaren Aufgaben und Problemen. So ist der Gliederungsauftrag zur haus- und fachärztlichen Versorgung, der von der falschen Auffassung der Politik ausging, es gäbe hier Defizite, mit den bisherigen Mitteln der Selbstverwaltung nicht zu lösen. Es würde aber auch gar keinen Sinn machen, denn Wissenschaft und praktische Medizin sind heute schon viel weiter als Politik und Krankenkassen.

Angesichts der dramatischen Wissenszunahme und -verdichtung ist das Konzept des allumfassend gebildeten Allgemeinarztes als „Lotsen“ durch unser ausuferndes Gesundheitssystem ein Griff in die Mottenkiste soziologisch geprägter Planwirtschaft. In Wirklichkeit soll der Lotse nur Schleusenwärter sein. Ein besserer Pfortner, der Patienten zentrifugal auf Spezialisten verteilt.

Zielführender wäre statt dessen eine breitere Definition des „Primärarztes“ unter Aufnahme auch der hausärztlich tätigen Internisten, der Frauen- und Kinderärzte. Dazu brauchen wir dringend eine Stärkung der Qualitätssicherung im ambulanten (und genauso im stationären) Bereich. Noch zielführender aber wäre es, die Patienten und Versicherten einmal zu befragen, wie sie zu einer Einschränkung ihrer Rechte bei der Wahl ihres Hausarztes stehen. Dabei kommen interessante Ergebnisse zu Tage:

Die Mehrzahl der Patienten hat nur einen „Hausarzt“, der aber krankheits- und symptombezogen durchaus auch hochspezialisiert sein kann.

Und die Mehrzahl der Bürger mißt dem Recht auf freie Arztwahl einen sehr hohen Stellenwert bei. Der Bürger will hier selbst entscheiden und nicht politisch geängelt werden.

Den Hausärzten aber durch eigene Budgets und „Minderheitenrechte“ in den Kassenärztlichen Vereinigungen Platzvorteile gegenüber Spezialärzten zu sichern, macht angesichts einer großen Dominanz von Hausärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen keinen Sinn. Die Mehrzahl der deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen wird heute von Hausärzten geführt! Mehr noch: der dadurch ausgelöste Grabenkrieg unter meinen niedergelassenen tätigen Kollegen wird deren Selbstverwaltung noch auf Jahre paralisieren. Ich vermute daher, daß grüne Gesundheitspolitik eher auf eine Schwächung bis Abschaffung der ambulanten Selbstverwaltung hinarbeitet. Daran aber kann niemandem, auch nicht den Krankenhausesärzten gelegen sein.

### **Wird die GKV zukunftsfest gemacht?**

Der Gesundheitspolitik ist vorzuwerfen, daß sie bisher versäumt hat, die Krankenversicherung zukunftsfest zu machen; dazu bedarf es aber anderer Ansätze, als von Bundesministerin Andrea Fischer vorgeschlagen.

Liest man den Koalitionsvertrag vom Oktober 1998, nimmt man Äußerungen von Vordenkern der Regierung wie Bodo Hombach hinzu, so konnte man bis zur Jahreswende die Hoffnung haben,

daß eine wirklich neue Sozialpolitik die GKV zukunftsfest machen würde. Diese Hoffnungen haben sich durch die Festlegung auf das Eckpunktepapier zerschlagen.

Es fehlen Aussagen, wie mit dem gleichbleibend hoch erwarteten Niveau der Arbeitslosigkeit in der Finanzierung der GKV umzugehen ist. Es ist eine Tatsache, daß heute schon die GKV mehr unter ihrer Einnahmeschwäche leidet, als unter einer vermuteten Kostenexplosion. Bleibt die Arbeitslosigkeit aber hoch – und Wirtschaftsinstitute wie Prognos postulieren dies –, dann wird sich das Einnahmeproblem mit dem dauerhaften Ausfall von 4 Mill. Beitragszahlern verstärken.

Zugleich stellen wir fest, daß die Unternehmergewinne steigen, während die Arbeitnehmereinkommen relativ sinken. Die „Globalisierung“ der Märkte macht auch vor dem deutschen Sozialsystem nicht halt. Die Lohnquote befindet sich im freien Fall, sie hat in den letzten 15 Jahren über 5 Prozentpunkte verloren. Da aber die Beiträge aller Sozialversicherungssysteme auf den erzielten Arbeitnehmereinkünften aufsetzen, kommt es zu einem relativen Mittelentzug in der Sozialversicherung.

### **Problem: Solidarität und Beitragsbemessung**

Es gibt heute groteske Ungerechtigkeiten in der GKV. So ist nur schwer zu ertragen, daß eine junge Familie in der Gründungsphase, die eventuell sogar selbst noch Sozialhilfe benötigt und bekommt, mit ihren Krankenversicherungsbeiträgen die Versicherung wohlsituiertener Rentnerinnen und Rentner subventioniert.

Und es ist auch nicht einzusehen, daß über die Familienmitversicherung Menschen mit hohem

Einkommen mit dem einfachen Satz der GKV vollen Familienschutz erhalten, während Wenigverdiener, bei denen beide Partner arbeiten müssen, mit den doppelten Beiträgen nur denselben Schutz erhalten, wie der Vielverdiener. Das ist Solidarität auf den Kopf gestellt und muß geändert werden!

Die Beiträge werden heute allein nach den Einkünften in einem sozialversicherungsrechtlich abgesicherten Arbeitsverhältnis berechnet. Das ist langfristig nicht durchzuhalten und daher falsch. Wir haben heute einen Wandel in der Gesellschaft zu verzeichnen, der zu mehr Mobilität und Unterschieden in der Gestaltung der eigenen Arbeitsverhältnisse geführt hat. Manch einer nutzt da ein gering vergütetes Arbeitsverhältnis zum Erwerb des Sozialschutzes, während er gleichzeitig als „Selbstständiger“ versicherungsfrei zuverdient. Dieses Problem muß durch andere Bemessungsprinzipien in der GKV gelöst werden.

Die GKV muß neu strukturiert werden – und zwar risikoorientiert, patientenorientiert, modern. Die zentralen Probleme der GKV in einer sich schnell wandelnden Gesellschaft lassen sich nicht durch Beharren auf den Positionen der Vergangenheit lösen. Die heutigen Politikansätze verspielen unsere

Zukunft. Schlimmer noch: Sie verspielen die Zukunft der Generationen nach uns, die auf sozialen Schutz angewiesen sind.

Schon jetzt ist jungen Menschen kaum klarzumachen, daß sie zwar heute hohe Beiträge zahlen sollen, ihnen selbst aber keine Garantie auf eigenen Schutz gegeben werden kann – läßt man einmal die allfälligen, kaum glaubwürdigen und noch weniger geglaubten Garantieerklärungen mancher Sozialpolitiker außer acht. Wie aber sollen auch junge Menschen von heute Sozialpolitikern abnehmen können, ihre Rente oder Krankenversicherung sei in dreißig Jahren finanzierbar, wenn dieselben Politiker offensichtlich entweder nicht den Mut oder das Wissen oder die Durchsetzungskraft haben, um Probleme für eine Legislaturperiode abschließend zu regeln?

### **Einen neuen Anfang wagen!**

Ich plädiere daher dafür, heute mit dem Aufbau einer „Neuen Gesetzlichen Krankenversicherung“ (NGKV) zu beginnen. Hierin sollte es zwei Zweige geben: einen gesetzlichen und einen „privaten“. Wer sich risikoorientierten Versicherungsschutz leisten kann, wer auf der Basis seines Einkommens mit Selbstbeteiligung und Eigenbehalt umgehen kann, dem soll das er-

möglicht werden. Das stärkt die Versicherten- und Patientenrechte! Wer sich das nicht leisten kann, bekommt einen gesetzlichen Versicherungsschutz mit vollem Leistungskatalog und einkommensabhängiger Prämie.

Das Problem besteht im Solidartransfer zwischen beiden Zweigen dieser NGKV. Hierbei handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, denn es herrscht Versicherungspflicht für alle. Derartige Aufgaben aber löst man am besten über Steuermittel.

Was also die „Neue Private KV“ dem „Besserbemittelten“ spart, muß er über Steuermittel solidarisch aufbringen. Da es sehr viel leichter sein dürfte, über Steuerehrlichkeit und -gerechtigkeit Solidarität herzustellen, als über die juristisch nachrangigen Instrumente der Selbstverwaltung der GKV, wäre hier ein erhebliches Solidaritätsproblem unter aktiver Beteiligung der Politik zu lösen.

Die Politik aber scheut sich, derart verantwortungsvolle Aufgaben anzugehen. „Soll die Politik denn zwischen Eurofighter oder GKV entscheiden?“, fragte Rudolf Dreßler (SPD) unlängst in der Süddeutschen Zeitung. Ich meine: Ja! Für diese Aufgabe habe ich ihn gewählt. Nicht dafür, daß er sich vor den entscheidenden Zukunftsfragen drückt.

---

Wolfgang Schmeinck

## **Integrierte Versorgungsformen im Rahmen der solidarischen Wettbewerbsordnung stärken**

---

**M**it dem zwischen den Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Koalitionsfraktionen und dem Bundesgesundheitsministerium abge-

stimmten Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform 2000 hat die gesundheitspolitische Diskussion an Fahrt gewonnen. Auf dieser

Grundlage kann der Reformdialog nun beginnen. Aus Sicht der Betrieblichen Krankenversicherung muß die geplante Strukturreform



an den seit Jahren bekannten Struktur- und Steuerungsdefiziten des Gesundheitswesens ansetzen, insbesondere an

- der fehlenden medizinischen und ökonomischen Gesamtverantwortung und Zielorientierung im Medizinbetrieb,
- der mangelnden Verzahnung und Arbeitsteilung zwischen präventiver, ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung,
- den bestehenden Überkapazitäten vor allem im ambulanten und stationären Sektor sowie
- an den Fehlanreizen, die durch die Ausgestaltung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Sektor hervorgerufen werden.

Dabei kann es nicht um einen vollständigen Neuentwurf eines Gesundheitssystems gehen. Vielmehr muß die Weiterentwicklung des Konzepts der solidarischen Wettbewerbsordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Mittelpunkt der geplanten Reform stehen. Bei der Gestaltung einer solidarischen Wettbewerbsordnung, die auch versorgungspolitische Ziele effizient erreichen will, müssen allen Akteuren Handlungsspielräume und Freiheitsrechte zugestanden werden. Insofern kann die in der Präambel des Eckpunktepapiers formulierte Feststellung, daß „eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung bei stabilen Beitragssätzen nicht durch eine detaillierte Regelungspolitik durch den Gesetzgeber erreichbar (ist), sondern primär durch den Wettbewerb um Qualität zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern“, nur begrüßt werden.

### **Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung**

Eine planvolle Kooperation der unterschiedlichen Leistungsberei-

che findet in der Regel weder in medizinischer noch in finanzieller Hinsicht statt. Darüber hinaus verstärken sektorale Budgets Anreize für die Beteiligten in der Versorgungskette, zeit- und kostenaufwendig zu versorgende Patienten frühzeitig aus der eigenen Budgetverantwortung zu überweisen. Dies gilt für Überweisungen von und zwischen allen Beteiligten, z.B. für Überweisungen vom Hausarzt ins Krankenhaus oder vom Krankenhaus in die Reha-Klinik. Die Risikoselektion, die mit dem Risikostrukturausgleich im Versicherungsbereich aufgehoben worden ist, findet im Versorgungsbereich nach wie vor statt.

Daher muß die medizinische und ökonomische Verantwortung mit integrierten Versorgungsformen künftig stärker über die traditionellen Schnittstellen hinaus organisiert werden. Mittels kombinierter Budgets für kooperative Versorgungsformen wird eine medizinische und ökonomische Gesamtverantwortung ermöglicht. Die Verträge der Krankenkassen beziehen veranlaßte Drittleistungen (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel etc. bis hin zur stationären Behandlung) so weit wie möglich in das „kombinierte Budget“ der beteiligten Ärzte ein.

Damit integrierte Versorgungsformen und kombinierte Budgets an Bedeutung gewinnen und sektorale Budgets mittelfristig an Bedeutung verlieren, sind nach Ansicht der Betrieblichen Krankenkassenverbände verbesserte Rahmenbedingungen erforderlich:

- Rechtliche Hemmnisse haben bisher die Kooperation innerhalb und zwischen den Sektoren behindert. Verträge mit einzelnen Leistungserbringern und Krankenhäusern sind aber erforderlich, da diese vor Ort tatsächlich die integrierte Versorgung leisten. Daher

ist es auch zweckmäßig, ihnen ein Initiativrecht für solche Verträge einzuräumen. Allerdings sollte der Gesetzgeber die Mindestvoraussetzungen für die Vertragsfähigkeit ärztlicher Zusammenschlüsse festlegen und insbesondere Normierungen über Rechtsformen und Geschäftsführung der Zusammenschlüsse treffen.

- Vertragsfähig sollten von vornherein nur Zusammenschlüsse sein, die keine marktbeherrschende Stellung haben. Zur Feststellung des Vorliegens einer marktbeherrschenden Stellung sollten Zusammenschlüsse und ihre Änderungen gegenüber der für die Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde angezeigt werden.

- Die Absicht der Koalition, die Bedingungen für das Zustandekommen von Modellversuchen und Strukturverträgen insofern zu verbessern, als versorgungspolitisch sinnvolle Weiterentwicklungen nicht mehr einseitig an dem Votum der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern dürfen, ist eine notwendige Voraussetzung für die Stärkung integrierter Versorgungsformen und von daher zu begrüßen.

- Sollen die Zusammenschlüsse adäquate Vertragsbedingungen erhalten, verbieten sich allerdings „einheitliche und gemeinsame“ Verträge der Krankenkassen: Zum einen hemmen einheitliche und gemeinsame Verträge die Innovationsbereitschaft der Krankenkassen, zum anderen könnten sich massive kartellrechtliche Bedenken gerade gegenüber einheitlichen und gemeinsamen Zusammenschlüssen von Ärzten und Krankenhäusern ergeben. Statt dessen sollten für entsprechende Zusammenschlüsse Publikationspflichten gegenüber Ärztekammern und Aufsichtsbehörden gegen-

setzlich bestimmt werden. Die übrigen Krankenkassen vor Ort müssen dann berechtigt sein, den Verträgen im Sinne einer Meistbegünstigungsklausel später beizutreten. Hierfür könnte eine Frist (z.B. drei Jahre nach Vertrags-schluß) gesetzt werden, um die Anreize für den Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen und -prozesse aufrechtzuerhalten.

Auf dieser Grundlage sollen die Versicherten kooperative Versorgungsformen aus einem Zusammenschluß hausärztlich und fachärztlich tätiger Vertragsärzte und Krankenhäuser wählen können.

Zu einer verbesserten Integration von ambulanter und stationärer Versorgung trägt auch die geplante Zulassung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen und die Betreuung schwer bzw. chronisch kranker Patienten entsprechend der ambulanten Bedarfsplanung bei. Um Abgrenzungsprobleme zu vermeiden, sollten allerdings nicht Diagnosen, sondern Prozeduren (z.B. Strahlentherapie) für die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus freigegeben werden. Weniger strategiefähig als der Schweregrad der Behandlung chronisch Kranker wäre entsprechend eine Abgrenzung nach medizinischen Leistungen.

### **Handlung und Haftung beim Globalbudget**

Eine globale Ausgabenbegrenzung kann Grundlage für eine flexible und innovationsfördernde Vertragspartnerschaft zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sein. Die Betriebliche Krankenversicherung versteht das Globalbudget nicht als monetäre gesetzliche Vorgabe, die das Haushaltsrecht der Krankenkassen einschränkt, sondern als

Orientierungswert für die wirtschaftliche Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinsichtlich der Einhaltung des Globalbudgets muß der Grundsatz der Einheit von Handlung und Haftung gelten. Dies bedeutet, daß die Krankenkasse nur für Budgetüberschreitungen verantwortlich gemacht wird, die sie auch selbst zu vertreten hat.

Des weiteren ist bei der Ausgestaltung des Globalbudgets zu berücksichtigen, daß Budgethaftung und gesetzlicher Gestaltungsauftrag in Einklang stehen müssen. Kassenartenübergreifende Globalbudgets auf Landesebene wären ausgesprochen schädlich; sie hätten nämlich zur Folge, daß bei Überschreiten der politisch gewollten Veränderungsrate des Globalbudgets pro Mitglied einzelner Kassen die Mehrausgaben so lange kassenartenübergreifend von allen anderen Krankenkassen ausgeglichen werden müßten, wie diese nicht selbst zum Überschreiten des Globalbudgets beitragen. Dies käme einer Aufforderung zur Unwirtschaftlichkeit gleich. Alle Bemühungen der Krankenkassen zu wirtschaftlichen Verträgen und sparsamer Unternehmensführung stünden unter dem Vorbehalt, Verschwendung und Mißwirtschaft anderer Krankenkassen auszugleichen. Dabei würden die Krankenkassen mit einer Leistungsgewährung „der leichten Hand“ und den höchsten Verwaltungsausgaben die meisten Mitglieder gewinnen. Damit würde Wirtschaftlichkeit bestraft und die gesetzliche Haushaltsautonomie der Krankenkassen pervertiert.

Aus Sicht der Betrieblichen Krankenversicherung sollte das Globalbudget daher an die gegebenen gesetzlichen Gestaltungsaufträge der politischen und ver-

bandlichen Akteure anknüpfen und im Sinne einer verbesserten Integration und Vernetzung der medizinischen Versorgung auf regionaler bzw. Kassenebene weiterentwickelt werden. Das Globalbudget im Sinne einer politisch festgelegten Ausgabenobergrenze wird nach den Vorstellungen der Betrieblichen Krankenversicherung durch die Summe der sektoralen und kombinierten Budgets repräsentiert und gesundheitspolitisch weiterentwickelt. Die Einhaltung des Globalbudgets wird in erster Linie systemimmanent durch die Wahlfreiheit der Versicherten und den Beitragssatzwettbewerb der Krankenkassen gewährleistet.

### **Durchgehendes Preissystem im Krankenhausbereich**

Das Globalbudget stellt zunächst einmal lediglich einen Finanzrahmen dar, innerhalb dessen die Gesundheitsleistungen mit entsprechend ausgestalteten Steuerungsinstrumenten und Anreizen auf Versorgungsziele und -bedarfe hin ausgerichtet werden müssen. Daher sollte ein wesentliches Augenmerk der anstehenden Strukturreform auf die Beseitigung bestehender Fehlanreize, insbesondere auch bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems im stationären Sektor, gerichtet werden. Hier ist eine stufenweise Einführung der monistischen Finanzierung geplant.

Notwendige Voraussetzung für die Umstellung in Richtung Monistik ist allerdings eine stärkere Einflußnahme der Krankenkassen bei der Krankenhausplanung sowie die Sicherstellung einer Gegenfinanzierung. Es reicht dazu nicht aus, die Krankenkassen bei der Rahmenplanung der Länder einvernehmlich zu beteiligen. Erforderlich ist vielmehr der Wegfall

des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen mit jedem einzelnen Krankenhaus sowie die Einbindung der investiven Anteile in ein durchgehendes Preissystem für stationäre Leistungen.

Die für den zweiten Schritt vorgesehene Übernahme der pauschalen Fördermittel, die ca. 50% der Investitionskosten ausmachen, geht allerdings aus Sicht der Betrieblichen Krankenversicherung in die falsche Richtung. Die Steuerungswirkung, auf die es ankommt, liegt gerade nicht in den pauschalen Fördermitteln, sondern bei der die übrigen 50% umfassenden Einzelförderung. Die Überwälzung der Pauschalförderung auf die Krankenkassen hätte zur Folge, daß die abnehmende Haushaltsbelastung der Länder diesen noch weniger Anreize für den Abbau von Überkapazitäten bieten würde mit der Folge weiterer Allokationsverzerrungen durch das Auseinanderfallen von Entscheidung und Finanzverantwortung.

Darüber hinaus sollte das derzeitige Mischsystem bei den Krankenhausentgelten durch ein umfassendes System leistungsbezogener Entgelte ersetzt werden. Da bislang kein anderes Klassifikations- und Entgeltsystem zur

Verfügung steht, das alle Fälle berücksichtigt und sich in der Praxis bereits bewährt hat, sollte das Konzept der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) ohne Modellphase zügig auf deutsche Verhältnisse adaptiert werden. Dazu bedarf es einer gesetzlichen Zeitvorgabe (2002). Die Einführung kann dabei in zwei Stufen erfolgen, Modellvorhaben bedarf es dazu nicht.

#### **Qualitätssicherung ausbauen**

Es ist unbestritten, daß in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Leistungen finanziert werden, deren medizinische Wirksamkeit entweder nie nachgewiesen worden oder äußerst umstritten ist. Dies ist weder mit dem Anspruch, einen qualitätsgesicherten Leistungskatalog bereitzustellen, noch mit einem gesetzlich formulierten Wirtschaftlichkeitsgebot und schon gar nicht mit einer solidarischen Beitragsfinanzierung vereinbar. Insofern ist die geplante Einführung einer Positivliste abrechnungsfähiger Arzneimittel aus Qualitätssicherungsgründen und im Sinne eines verbesserten Patientenschutzes dringend erforderlich.

Nach Ansicht der Betrieblichen Krankenversicherung sollte die Erweiterung von Patientenrechten

und des Patientenschutzes dringend im Rahmen der bestehenden Organisationen gesucht werden. In mehr als 500 Kreisen zusätzliche Beratungsstellen durch die Krankenkassen finanzieren zu lassen ist völlig unwirtschaftlich. Die Versichertenberatung ist zudem ureigene Aufgabe der Krankenkassen. Die Informationsrechte der Versicherten und Krankenkassen wie auch die Beratungsrechte und -pflichten beider Partner sollten daher erweitert werden. Dies betrifft insbesondere die Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Rechtsberatung und -vertretung der Versicherten durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern sowie eine Verbesserung der Datengrundlagen und -transparenz.

Die Betriebliche Krankenversicherung spricht sich deshalb dafür aus, den Krankenkassen in allen Versorgungsbereichen Empfehlungsrechte für die Inanspruchnahme von Leistungserbringern und für Gesundheitsprodukte einzuräumen, damit sie dem Wunsch der Versicherten und Patienten nach einer stärker versorgungsbezogenen Information und Beratung über Qualität und Wirtschaftlichkeit nachkommen können.

Dieter Cassel

## **Gesundheitspolitische Eckpunkte: Gut gemeint, aber (noch) nicht gut gemacht**

**A**ls sich die sozialistischen Planwirtschaften in Marktwirtschaften zu transformieren begannen, wurde dies auch in Deutschland allgemein begrüßt und als späte Einsicht in die Überlegenheit marktwirtschaftlicher Systeme ge-

wertet. Diesen werden nämlich in der breiten Öffentlichkeit wirtschaftliche Effizienz, Innovationsfähigkeit und Wohlstandssteigerung bei individueller Entfaltung und leistungsgerechter Entlohnung zugeschrieben, falls in ihnen

eine adäquate Wettbewerbsordnung realisiert ist. Deshalb fordern die meisten Gesundheitsökonomien seit langem auch „mehr Markt und Wettbewerb statt Dirigismus“ im Gesundheitswesen, um diesen nicht gerade unbedeu-

tenden Wirtschaftssektor einem rationaleren Steuerungsmechanismus als bisher zu überantworten<sup>1</sup>.

Dies gilt insbesondere für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der über 90% der Bevölkerung versichert sind und die mit ihren über 2 Mill. Beschäftigten traditionell ein marktwirtschaftlicher Ausnahmehereich ist, der nicht durchgängig durch Wettbewerb, sondern überwiegend durch Rechtsvorschriften, administrative Anweisungen, Budgetierungen, Festpreise, Kollektivvereinbarungen usw. gesteuert wird. Dies ist auch die Ursache für die allenthalben beklagten Steuerungsmängel, Strukturverwerfungen und Finanzierungsprobleme. Dennoch haben sich bisher Gesundheitspolitiker mit wenigen Ausnahmen quer durch alle Parteien gescheut, das korporatistisch geprägte GKV-System staatlich-administrativer Lenkung zugunsten einer konsequent ausgebauten „solidarischen Wettbewerbsordnung“ aufzugeben. Diese hätte einerseits einen effizienten Steuerungsmechanismus zu gewährleisten, andererseits aber auch den ökonomischen Besonderheiten des Gesundheitsmarktes und den sozialpolitischen Prinzipien solidarischer Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen<sup>2</sup>.

### Gut gemeint: Ziele der Gesundheits-Reform 2000

Jede Strukturreform der GKV, die mehr sein will als ein Herumbasteln am „gewachsenen System“, muß nach Zielen und Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau einer solidarischen Wettbewerbsordnung leisten und den „point of no return“ in der wettbewerbsorientierten Transformation

der GKV überschreiten. Die „Eckpunkte“ zur Gesundheitsreform 2000<sup>3</sup> wecken diesbezüglich gewisse Erwartungen, wenn dem künftigen GKV-System bereits in der Präambel (S. 1 f.) Leistungen abverlangt werden, die eine ökonomisch effiziente Steuerung des Leistungsgeschehens unter Wahrung der Konsumenten- bzw. Patientensouveränität – und damit wettbewerbliche Strukturen – voraussetzt. So soll die reformierte GKV

- eine qualitativ hochwertige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung sichern,
- der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation einen großen Stellenwert einräumen,
- die dazu erforderlichen Finanzmittel zielorientierter und effizienter als bisher einsetzen sowie Rationalisierungspotentiale erschließen,
- starre Versorgungsstrukturen aufbrechen und neue schaffen sowie die Qualität der pharmazeutischen und zahnmedizinischen Versorgung verbessern,
- die Versorgungssektoren besser als bisher integrieren und die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ konsequent umsetzen und schließlich auch
- die Selbstbestimmungsansprüche der Patientinnen und Patien-

ten achten sowie ihre Eigenkompetenz stärken.

Vollends überzeugt von der wettbewerblichen Stoßrichtung der geplanten Strukturreform ist man spätestens dann, wenn man in der Präambel (S. 2) auf das ebenso richtige wie richtungsweisende Bekenntnis stößt: „Eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung ... ist nicht durch eine detaillierte Regelungspolitik durch den Gesetzgeber erreichbar, sondern primär durch den Wettbewerb um Qualität zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern.“

### Nicht gut gemacht: Wettbewerbswidrige Maßnahmen

In einer wettbewerblichen GKV ist der Versicherte bzw. Patient der „Prinzipal“ und die Kasse sein „Agent“. Folglich hat die Kasse dafür zu sorgen, daß im Krankheitsfall effektiv und effizient geholfen wird. Falls das von seiner Kasse vorzuhaltende Leistungsangebot unzureichend und der Beitragssatz zu hoch sind, sucht sich der Prinzipal bei Kassenwahlfreiheit einen neuen Agenten. Diese permanente „Abwanderungsdrohung“ setzt die Kassen unter Wettbewerbsdruck, dem sie auf Dauer nur dann erfolgreich widerstehen können, wenn sie sich im Rahmen des gesundheitspolitisch für alle Kassen einheitlich vorzugebenden Leistungskatalogs um die Vorhaltung eines qualitativ hochwertigen, für die Versorgung ihrer Versicherten ausreichenden und vor allem kostengünstigen kassenindividuellen Leistungsangebots bemühen.

Deshalb muß jede einzelne Kasse mit den Leistungserbringern (selektiv) kontrahieren und ein nach Art, Umfang, Qualität, Honorierung und Organisation kassentypisches Leistungsangebot ver-

<sup>2</sup> Sicherlich wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992, das von den Fraktionen der CDU/CSU, FDP und SPD aufgrund der „Lahnsteiner Beschlüsse“ gemeinsam verabschiedet wurde, wichtige Schritte zur Gestaltung einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ getan, denen weitere – inzwischen durch das Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) von 1998 allerdings wieder zurückgenommene – Trippelschritte im 2. GKV-Neuordnungsgesetz (NOG) von 1997 folgten. Dennoch ist sie in wesentlichen Punkten ein Torso geblieben und hat die GKV keineswegs in ein wettbewerblich funktionierendes System transformiert; siehe Dieter Cassel: Organisationsreform der GKV. Anspruch und Wirklichkeit, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (2/1993), S. 101-115; ders.: Ausbau der Wettbewerbskonzeption der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik (11-12/97), S. 10-18.

<sup>1</sup> Siehe z.B. Dieter Cassel, Eckhard Knappe, Peter Oberender: Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 77. Jg. (1997), H. 1, S. 29-36.

<sup>3</sup> Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000, vereinbart zwischen den Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium für Gesundheit, Mimeo, Bonn, 2. März 1999.

traglich gestalten können. Konsequenterweise müssen dazu der Sicherstellungsauftrag und die Qualitätssicherung des Leistungsgeschehens auf die Kassen übergehen. Dies deshalb, weil der Kassenswettbewerb einerseits einen hochwertigen und flächendeckenden Versorgungsstandard gewährleisten und andererseits die Leistungserbringer vor übermäßiger Verhandlungsmacht der Kassen schützen soll.

Von alledem ist freilich im „Eckpunktepapier“ nichts zu lesen. Schlimmer noch: Die geplanten Maßnahmen erweisen sich bei näherem Hinsehen durchweg als wettbewerbswidrig und stellen unter dem Vorwand der Stärkung der Selbstverwaltung – sprich: der Kassen – einen Rückfall in die staatlich-administrative Lenkung des GKV-Systems dar. Hierfür seien einige besonders gravierende Beispiele genannt:

□ Um zwischen Haus- und Fachärzten sowie ambulantem und stationärem Bereich neue integrierte Versorgungsformen zu entwickeln, soll es künftig möglich sein, „...Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen...“ (S. 2). Doch sollen diese Verträge „gemeinsam und einheitlich“ von den Krankenkassen geschlossen werden, wobei zunächst nicht beteiligten Kassen ein Beitrittsrecht eingeräumt wird (S. 7 f.). Dies verhilft den Kassen zu einem staatlich sanktionierten Kartell gegenüber den Leistungserbringern, verhindert die Innovation kassenspezifischer Versorgungsformen und hebt den Wettbewerb als Entdeckungsverfahren schlichtweg aus.

□ Wettbewerbswidrig und innovationsfeindlich sind auch die geplanten Vorschriften zur Vereinbarung der vorgesehenen sektoralen Budgets zur ambulanten und sta-

tionären Versorgung (S. 8). Sie sollen wie die Vergütungsverträge mit den einzelnen zugelassenen Krankenhäusern wiederum „gemeinsam und einheitlich“ von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf Landesebene geschlossen werden. Der Kassenseite wird dabei sogar die Kompetenz zur Einhaltung der Budgetvorgaben und das Recht übertragen, „gemeinsam und einheitlich“ einzelne Abteilungen eines zugelassenen Krankenhauses nicht in den Vergütungsvertrag einzubeziehen. Hierdurch werden die Kassen nicht nur hinsichtlich der Gestaltungsmöglichkeiten der Vergütung gleichgeschaltet, sondern sie werden auch als Vollstrecker der Budgetierung instrumentalisiert.

□ Die Selbstverwaltung, d.h. das Kassenskartell, soll auch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umsetzen, indem sie einen für die gesamte GKV verbindlichen Katalog ambulant durchzuführender Eingriffe erstellt und bei fallweisen Abweichungen davon als Genehmigungsbehörde fungiert (S. 3). Andererseits sollen die Krankenhäuser in eingeschränktem, aber für alle einheitlich vorgegebenem Umfang zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen werden (S. 3). Woher nehmen aber Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik das Wissen um medizinisch effektive, ökonomisch effiziente und vor allem praktikable Formen der integrierten Versorgung, die dem System landesweit vorgeschrieben werden können?

□ Der gleiche zentralistische Ansatz prägt auch die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung (S. 3). Hiernach „...muß die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Leistungserbringer verpflichtet werden, vertragliche Vereinbarungen zu den Verfahrensregelungen zu treffen, die für eine wirksame

Erfüllung der Hausarztfunktion erforderlich sind.“ Der Hausarzt soll nämlich künftig der „kompetente Lotse“ (S. 3) sein, der nicht nur Alltagsbeschwerden und verbreitete Krankheiten behandeln, sondern auch die Betreuung seiner Patienten durch geeignete ärztliche und nichtärztliche Spezialisten organisieren und koordinieren soll. Abgesehen davon, daß in der christlichen Seefahrt der „Lotse“ immer noch der Spezialist ist, der dem „Kapitän“ in gefährlichen Gewässern zur Seite steht – und nicht umgekehrt –, dürfte sich gerade die Neudefinition der Hausarztfunktion für kassenspezifische Organisationsmodelle, wie z.B. das AOK-Hausarztmodell oder das BKK-Modell vernetzter Praxen, eignen. Warum läßt die Gesundheitspolitik derartige Konzepte der Patientenführung (Managed Care) nicht generell als Wettbewerbsparameter der Kassen zu und wartet darauf, welche Organisationsformen integrierter Versorgung sich letztlich am Markt durchsetzen?

□ In jeder Hinsicht wettbewerbswidrig und innovationshemmend sind schließlich auch die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung (S. 4 f.). Gegen „Positivlisten“ für Arzneimittel – wie auch für diagnostische und therapeutische Verfahren – ist nichts einzuwenden, solange sie von den einzelnen im Wettbewerb stehenden Kassen mit ihren jeweiligen Leistungserbringern vertraglich vereinbart werden; denn sie intensivieren dann den Wettbewerb unter den Arzneimittelanbietern und wirken nicht als Innovationsbremse. Und wem als Prinzipal die pharmazeutischen und medizinischen Positivlisten seines Agenten nicht zusagen, kann – wie im Falle der Einschränkung der Arztwahl in der vernetzten Praxis seiner Kasse –, diese jederzeit ohne wirtschaftliche Nach-

teile wechseln. Statt dessen soll die Positivliste bundeseinheitlich kommen und soll zwecks Aktualisierung und Fortschreibung auch noch ein „unabhängiges Arzneimittelinstitut beim BMG“ (S. 4) errichtet werden. Als wenn nicht die Hürden zum Nachweis der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln im Zulassungsverfahren schon hoch genug wären! Dazu kommen schließlich auch noch GKV-weite Festbeträge, Zahlungen sowie Arzneimittel- und Heilmittelbudgets (S. 4f.), die den Kassen auf administrativem Wege als Wettbewerbsparameter genommen werden.

### **Kassenkartell statt Kassenwettbewerb?**

Das eingangs zitierte Bekenntnis zum Wettbewerb in der GKV erweist sich somit als Täuschung: Mit keiner der vorgeschlagenen Maßnahmen wird der mit dem Gesundheits-Strukturgesetz von 1992 so hoffnungsvoll begonnene Aufbau einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ fortgeführt – im Gegenteil: Sie fördern vielmehr die Kartellierung der Kassen mit dem Ziel, ihre Nachfragemacht gegenüber den Leistungsanbietern zu stärken<sup>4</sup>. Dies aber hat Methode: Weil die „Einnahmenseite“ in den Eckpunkten mit dem Hinweis: „Der Ruf nach mehr Geld löst diese Probleme nicht“ (S. 2) gänzlich ausgeklammert und eine „dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze“ (S. 1 u. 7) zum prioritären

Ziel erhoben wird, bleibt bei anhaltender Ausgabendynamik nur noch der Ausweg einer interventionistischen Kostendämpfung.

Hierzu braucht die Gesundheitspolitik aber einen Verbündeten für das operative Geschäft, den sie offenbar in den Kassen gefunden hat. Es ist schon merkwürdig, wie sehr sich das „Positionspapier“ der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16. Februar 1999<sup>5</sup> und das „Eckpunktepapier“ vom 2. März 1999 im Tenor wie in einzelnen Formulierungen gleichen. Auch hat man als Beteteiligter der Anhörung zum GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 25. November 1998 in Bonn noch gut im Ohr, wie führende Vertreter der Kassenverbände vehement Wettbewerbsparameter eingefordert haben und Budgetierungen nur als Übergangslösung bis zur Gesundheitsreform 2000 zu akzeptieren bereit waren<sup>6</sup>. Nun scheint sich eine hierarchische Rollenverteilung abzuzeichnen, die vom „General“ Bundesgesundheitsministerium über den „Oberst“ Kassenkartell bis zum „Gefreiten“ Leistungserbringer reicht und damit einmal mehr die Gefahr der Entwicklung der GKV zur Einheitskasse heraufbeschwört.

### **Beitragssatzstabilität trotz ungebrochener Ausgabendynamik?**

Wenn in den „Eckpunkten“ die Einnahmenseite als Reformoption gänzlich ausgeblendet wird, kann das nur an einer maßlosen Überschätzung der zweifellos vorhandenen „Rationalisierungspotentiale“ des gegenwärtigen GKV-Systems einerseits und einer ebenso fatalen Unterschätzung der künfti-

gen Entwicklungsdynamik der Gesundheitsausgaben andererseits liegen<sup>7</sup>. Denn nur in dem Falle, daß sich die Ausgabenentwicklung an die voraussichtlich auch in der Zukunft nur moderat erhöhenden beitragspflichtigen Einkünfte anpaßt, können die Beitragssätze wie gewünscht stabil bleiben.

Vieles spricht allerdings dafür, daß sich die Gesundheitsausgaben weiterhin progressiv erhöhen werden: Der per saldo leistungsausweitende medizintechnische Fortschritt, die Vergreisung der Bevölkerung und der damit verbundene Anstieg der ausgaben-treibenden Multimorbidität, eine zunehmende Präferenz der Bevölkerung für Gesundheitsgüter sowie nicht zuletzt das Gesundheitswesen als ein arbeitsintensiver, durch geringe Produktivitätssteigerungen geprägter Dienstleistungssektor sind quasi „systemindifferente“ Faktoren, die in allen entwickelten Industriegesellschaften beobachtbar sind und auch künftig jenseits aller gesundheitspolitischen Weichenstellungen die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen prägen dürften.

### **Strukturreform ohne Reform der Finanzierung?**

Für die Bundesrepublik Deutschland ergibt sich hieraus jedoch ein besonderes Finanzierungsproblem, weil die Beiträge zur GKV einkommensproportional erhoben und hälftig von den Arbeitgebern gezahlt werden. Letzteres führt dazu, daß jede Beitragssatzerhöhung entsprechend auf die Lohnzusatz-

<sup>4</sup> Wenn man will, kann man aus den „Eckpunkten“ sogar die Absicht einer Schwächung der Verhandlungsmacht der Leistungsanbieter herauslesen: Das Kassenkartell soll mit einzelnen Leistungsanbietern (Ärzten, Krankenhäusern) kontrahieren können (S. 2), es braucht einzelne Abteilungen eines zugelassenen Krankenhauses nicht in den Vergütungsvertrag einzubeziehen (S. 8) und es hat das Recht, die Vergütungen von der Qualität der erbrachten Leistungen abhängig zu machen (S. 6). Außerdem verlieren die Kassenärztlichen Vereinigungen (Kven) ihr bisheriges Zustimmungsrecht bei Modellversuchen (S. 4) – was bei Wettbewerb sicherlich notwendig wäre – und sollen sich eine den Kassen nachgebildete „professionelle“ Organisationsstruktur geben (S. 8).

<sup>5</sup> Gemeinsames Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Strukturreform 2000, Mimeo, Essen, 16. Februar 1999.

<sup>6</sup> Der erste Punkt des Modells der Spitzenverbände der Krankenkassen lautet dagegen: „Mit sektoralen und sektorübergreifenden Budgets zum Globalbudget!“ Gemeinsames Positionspapier, a.a.O., S. 4.

<sup>7</sup> Der SPD-Gesundheitsexperte Dreßler schätzt dieses Potential auf „praeter propter 25 Mrd. DM“ (Wirtschaftswoche Nr. 52/17. 12. 1998, S. 25). Dies ist ein klassischer Fall von „Anmaßung von Wissen“, denn nur ein ergebnisoffener und damit letztlich nicht nach Mark und Pfennig kalkulierbarer Wettbewerbsprozeß kann die vermuteten „Rationalisierungspotentiale“ des GKV-Systems aufdecken. Der dadurch erzielbare Ausgabensenkungseffekt steht zudem nur einmal zur Beitragssatzstabilisierung zur Verfügung.

kosten durchschlägt und so die Standortbedingungen in Deutschland verschlechtert<sup>8</sup>. Es ist deshalb verständlich, wenn auch die derzeitige Regierung „Beitragssatzstabilität“ als vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel betrachtet. Nur manövriert sie sich dadurch in eine schier ausweglose Situation, wenn sie die fast ausschließliche Koppelung der Gesundheitsausgaben an das Arbeitseinkommen und die Heranziehung der Arbeitgeberbeiträge zur Finanzierung nicht ebenfalls auf die reformpolitische Agenda setzt. Unter diesen Umständen bedeutet nämlich „Beitragssatzstabilität“, die Entwicklung der Gesundheitsausgaben an die zu erwartende Entwicklung der Arbeitseinkommen anzupassen. Damit wird die „Budgetierung“ – wie im Eckpunktepapier vorgesehen (S. 7 f.) – zum zentralen Instrument der Gesundheitspolitik.

Dabei sollte klar sein, daß Budgetierung im Sinne der Aufstellung eines Budgets bzw. Haushaltsplanes für individuelle Haushalte, Unternehmen usw. Ausdruck rationaler Verwendung von knappen Ressourcen ist und insofern nicht nur wirtschaftlich notwendig, sondern auch völlig unproblematisch erscheint. Zum Problem wird die Budgetierung jedoch immer dann, wenn Ausgaben für ganze Wirtschaftszweige wie das Gesundheitswesen politisch festgelegt werden und administrativ bis auf die individuelle Handlungsebene heruntergebrochen werden müssen. Sie gehört mit diesem Anspruch in den Instrumentenkasten zentraladministrativer Planung und muß sich deshalb in einer Markt-

wirtschaft das Argument der Systeminkonformität entgegenhalten lassen.

Konkret: Es macht einen gewaltigen Unterschied, ob sich z.B. im Berliner BKK/TK-Praxisnetz die beteiligten Leistungserbringer auf die Einhaltung der von ihnen selbst aufgestellten kombinierten Budgets verpflichten oder ob für Arzneimittel, Arzthonorare, Krankenhausleistungen oder ähnliches feste Ausgabenblöcke administrativ vorgegeben werden und diese „sektorale Budgetierung“ letztlich beim Leistungserbringer als einzuhaltende „Planaufgabe“ ankommt. Es darf deshalb niemanden wundern, wenn die Strukturreform 2000 alle Leistungserbringer gegen sich hat und später, wenn die erforderlichen Rationierungen greifen, auch die GKV-Versicherten opponieren.

#### Wo bleiben die Versichertenpräferenzen?

Damit stellt sich auch die – letztlich entscheidende – Frage, wie die Gesundheitspolitik mit den Präferenzen der Versicherten und Patienten umgeht, die sie doch erklärtermaßen zu respektieren beabsichtigt (S. 1 u. 7). Gefragt werden muß, ob es überhaupt ökonomisch und politisch sinnvoll ist, daß Bürger in einer freien Gesellschaft nur einen bestimmten Anteil ihres Arbeitseinkommens für Gesundheitsleistungen ausgeben sollten? Bedeuten politisch verordnete Beitragssatzstabilität und Globalsteuerung nicht eine Bevormundung der Bevölkerung, die vielleicht ganz andere Präferenzen hat? Woher nimmt eigentlich die Politik das Recht, der Bevölkerung vorzuschreiben, welchen Betrag sie für Gesundheitsleistungen auszugeben hat? Wenn man z.B. die Entwicklung der Freizeitausgaben in Deutschland betrachtet, kann man feststellen, daß sie in den letzten 25 Jahren ähnlich stark gestiegen sind wie die Gesundheitsausgaben. Dennoch war noch nie

zu hören, daß ein Politiker gefordert hat, den Anteil der Freizeitausgaben am Einkommen stabil zu halten.

Es sollte auch zu denken geben, daß in anderen Ländern wie den USA, Kanada und der Schweiz pro Kopf der Bevölkerung erheblich mehr für Gesundheitsleistungen ausgegeben wird als in Deutschland. So sind die Pro-Kopf-Ausgaben in den USA knapp doppelt so hoch. Auch haben sich die Amerikaner von 1980 bis 1994 einen beachtlichen Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt – von 9,3% auf 14,2% – geleistet, während der Anteil in Deutschland praktisch konstant geblieben ist. Und dies, obwohl in den USA immer noch etwa 15% der Bevölkerung nicht krankenversichert sind.

Daraus läßt sich nur ein Schluß ziehen: Der Spielraum für Ausgabensteigerungen ist bei uns noch keineswegs ausgeschöpft. Voraussetzung für seine Nutzung wäre allerdings ein durch Wettbewerb gesteuertes GKV-System ohne Arbeitgeberbeiträge, das die Rationalisierungsreserven ausschöpft, effiziente Versorgungsstrukturen hervorbringt und die Qualität der Gesundheitsleistungen dem medizinisch-technischen Fortschritt entsprechend verbessert. Sind dann noch die Arbeitgeberbeiträge abgeschafft oder zumindest „eingefroren“, ist gegen mögliche Beitragssatzerhöhungen nichts mehr einzuwenden: Sie sind dann Ausdruck der Präferenz der Versicherten für ihr „höchstes Gut“ – die Gesundheit.

So wird denn mit der Strukturreform 2000, wenn sie den Eckpunkten gemäß umgesetzt wird, einmal mehr die Chance für eine rationale Gesundheitspolitik vertan. Wo ein systemüberwindender „Weitsprung“ nötig wäre, wird nach Lage der Dinge gesundheitspolitisches „Sackhüpfen“ geboten. Man darf schon jetzt gespannt sein, was die übernächste Strukturreform bringen wird.

<sup>8</sup> Kürzlich wurde in einer Simulation gezeigt, daß sich der GKV-durchschnittliche Beitragssatz unter Status-quo-Bedingungen von derzeit 13,6% auf beachtliche 27,5% im Jahr 2030 erhöht; siehe Veit Oberdieck: Beitragssatzelexplosion in der GKV. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Hamburg 1998.

Rolf Rosenbrock

## Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform – ein neuer Anlauf zu ehrwürdigen und erreichbaren Zielen

Die zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Koalitionsfraktionen Anfang März vereinbarten „Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000“ enthalten ein klares Leitbild: Die von Kapital und Arbeit paritätisch finanzierte (und unter staatlicher Aufsicht verantwortete) Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll auf Basis des Solidar- und des Sachleistungsprinzips eine die Selbstbestimmungsansprüche der Versicherten und PatientInnen achtende, qualitativ hochwertige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten und dabei durch effizienten Ressourceneinsatz die Beitragssätze dauerhaft stabil halten.

Was zunächst vielleicht eher wie tausendmal gehörte, wohlfeile Sozialbelletristik klingt, zeigt seinen reformpolitischen Anspruch und damit auch Größe und Schwierigkeit der damit gestellten Aufgaben erst im Vergleich mit dem GKV-Leitbild der letzten Phase der alten Regierung: Kostendämpfung hatte spätestens seit Mitte der 90er Jahre, also seit den Debatten und Taten im Umkreis der „3. Stufe der Gesundheitsreform“ und speziell der „Neuordnungsgesetze“ ebensowenig Priorität wie der Erhalt der sozial- und steuerpolitischen Kernsubstanz des GKV-Modells. Unter weitgehendem Verzicht auf effizienzsteigernde Beeinflussung von Strukturen und Prozessen der Versorgung sowie mit zunehmender Gleichgültigkeit gegenüber

Kriterien der sozial und finanziell undiskriminierten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wurden Medizin und Gesundheitswesen als Wachstumsbranche erkannt und behandelt. Der Problemfokus verschob sich von „efficiency“ und „equity“ auf die Frage, wie 'mehr Geld ins System' zu bringen sei. In der Dogmenwelt eines mikroökonomisch neoklassisch inspirierten Neoliberalismus konnte dieses 'mehr Geld' nur von den Versicherten bzw. Patienten genommen werden, wobei sich die ohnehin seit vielen Jahren erodierende Verteilungsposition der abhängig Beschäftigten weiter verschlechtert.

### Das GKV-Leitbild der alten Regierung

Organisationsmängel der Versorgung und daraus resultierende Fehlallokationen sollten – auch dies eher ein Ausfluß von Dogmatik als von nüchterner Systemanalyse – perspektivisch durch Deregulierung und mehr ökonomisch angetriebene Konkurrenz sowohl zwischen den Kassen als auch zwischen den Leistungsproduzenten zum Verschwinden gebracht werden. Das für das deutsche GKV-System konstitutive Solidarprinzip wurde gleich auf allen vier Ebenen angegriffen: Nur von den Versicherten zu finanzierende Satzungsleistungen sowie das „Krankenhausnotopfer“ bildeten den Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung und Steuerung durch Unternehmen

und Versicherte, und damit aus sozialpartnerschaftlicher Sozialpolitik. Ein unzureichender, weil Morbidität und Kosten nicht berücksichtigender Risikostrukturausgleich stellt die Solidarität zwischen 'armen' und 'reichen' Kassen (und damit die sozialpolitische Grundlage der GKV) in Frage und führt – anreizgerecht – zur Konkurrenz um 'gute Risiken'.

Mechanismen der individuell risikobezogenen Finanzierung wie z.B. die Beitragsrückerstattung läuteten den Abbau der solidarischen Umverteilung zwischen den GKV-Versicherten innerhalb einer jeden Kasse ein. Und durch die massive Erhöhung der Direktzahlungen, verbunden mit 'Härtefallregelungen', die für ärmere und chronisch kranke Versicherte vor den bislang umstandslos zu realisierenden Rechtsanspruch auf alle notwendigen Versorgungsleistungen die Schwelle der Offenlegung aller Einkünfte legten, wurde auch die vierte und fundamentale Ebene der Solidarität, nämlich die zwischen Gesunden und Kranken, unterminiert.

Die Umsetzung und Weiterverfolgung dieses Konzepts hätte zu irreversiblen Schäden am bewährten und entwicklungsfähigen Steuerungsmodell der GKV geführt, in Richtung auf Versicherten-selektion sowie Differenzierung der Versicherung und Versorgung zum Nachteil der schutzbedürftigsten Bevölkerungsgruppen – und zum Vorteil der Entfaltung einzel-



wirtschaftlicher Interessen bei den jeweils politisch mächtigsten Leistungsproduzenten und der Verteilungsposition der besserverdienenden, gesünderen 'Nettozahler'.

In dieser Perspektive liegt die Reduktion der GKV auf eine Art minderwertige (sowie absehbar auf Subventionen aus Steuermitteln angewiesene) Armenversicherung und die Marktentfaltung in Versicherung und Versorgung für die gesündere und wohlhabendere Mehrzahl der Bevölkerung – ein Modell, das eigentlich kein Gesundheitspolitiker oder -ökonom ernsthaft wollen können sollte, der je die Verhältnisse z.B. in den USA unvoreingenommen betrachtet hat.

### Neuanfang durch die Eckpunkte

Gemessen an dieser Ausgangslage ist das in den 'Eckpunkten' niedergelegte Reformprogramm zumindest partiell eine echte Kehrtwendung, und das „Vorschaltgesetz“ von Ende 1998 kennzeichnet durch Rücknahme GKV-inkompatibler Regelungen der alten Regierung den Neuanfang.

Gegenüber markt- und finanzpolitischen Dogmen wählen die 'Eckpunkte' die Perspektive einer integrierten, sozial und ökonomisch undiskriminierten Patientenversorgung unter den Bedingungen des säkularen Wandels der Morbidität und Mortalität zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen. Den damit aufgeworfenen Problemen ist bekanntlich mit einer Konzentration auf immer mehr und immer spezialisiertere und technisiertere Medizin nicht beizukommen.

Dazu bedarf es vielmehr zum einen ernsthafter, d.h. nicht nur symbolischer Bemühungen um eine an modernen Konzepten der Gesundheitsförderung orientierte Primärprävention. Zu Recht versprechen die 'Eckpunkte', die Krankenkassen hierfür wieder in die Pflicht zu nehmen, ohne dem alten Fehler zu verfallen, dieses zukunftssträchtige

Entwicklungsprojekt ohne verpflichtende Kooperation z.B. mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst im Magnetfeld der Kassenkonkurrenz verkommen zu lassen.

Zum anderen erfordert die epidemiologische Makroentwicklung tiefgreifende Veränderungen in der Versorgung: Die Schlüsselfigur bildet auch nach international weitgehend konsensfähigen Konzepten der Hausarzt, der problemorientiert und patientengerecht den Übergang zwischen gesunder Lebenswelt und Medizinsystem organisieren und als Lotse und Regisseur die Versorgung – einschließlich der ebenfalls besser ins Versorgungsgeschehen zu integrierenden Rehabilitation – steuern soll. Diese Rolle ist allerdings nur unter mindestens drei Bedingungen problemadäquat zu erfüllen.

Zum einen müssen die Voraussetzungen dafür erhalten bleiben bzw. geschaffen werden, daß der Primärarzt als vertrauenswürdiger Treuhänder der Gesundheitsinteressen der Patienten und nicht – wie z.B. in den USA – als Sparkommissar und Leistungsverweigerer vor allem gegenüber sozial Unterprivilegierten wahrgenommen wird. Dies kann im allgemeinärztlichen Bereich weniger als in der fachärztlichen und stationären Versorgung durch Leitlinien gewährleistet werden, sondern erfordert entsprechende Vergütungs-, d.h. Anreizsysteme, Institutionalisierungen jenseits der Einzelpraxis, spezielle Qualitätssicherung (neben Beratung z.B. Organisationseinrichtung, benchmarking, 'Zirkel') und andere, bessere Ausbildung.

Zum anderen bedarf es eingespielter, auf Transparenz und Vertrauen basierender Kooperationsstrukturen mit Fachärzten und Krankenhäusern (vertikale Versorgungsintegration). Ungeachtet der

noch zu lösenden Probleme der Konstituierung und Feinsteuerung solcher Versorgungsnetzwerke unter den Bedingungen des Management mit einem globalen Budget (Hausarztbudget, Budgets für integrierte Versorgung) und der Rechte und Pflichten der Vertragspartner (Kassen, Ärzte, Krankenhäuser) umreißen die 'Eckpunkte' diesbezüglich ein ebenso notwendiges wie schwieriges wie machbares Reformfeld.

Das gilt nicht gleichermaßen für die ebenso notwendige horizontale Versorgungsintegration. Denn der Primärarzt steht ja nicht nur vor der Alternative 'selber behandeln' oder 'an den Facharzt überweisen', sondern es müssen ambulante Pflege, Sozialarbeit und Selbsthilfe als gleichermaßen wichtige Subsysteme der Primärversorgung nicht nur wahrgenommen, sondern auch real zur Verfügung stehen und genutzt werden. Die verdienstvollen Hinweise der 'Eckpunkte' auf Gesundheitsförderung, Selbsthilfe und Patientenorientierung sowie auf die Integration 'ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungserbringer' enthalten leider keine institutionelle, rechtliche und finanzielle Operationalisierung dieser unverzichtbaren Elemente eines modernen Gesundheits- und Krankheitsmanagements im Hinblick auf die Primärversorgung. Das Leitbild hat damit noch einige blinde Flecken an wichtigen Stellen.

### Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Eher die Abwesenheit eines klaren Leitbildes ist dagegen für eine der meistbeklagten Schwächen der deutschen Krankenversorgung zu konstatieren: die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Krankenhäuser sollen zur Teilnahme an vor allem hochspezialisierten Lei-

stungen der fachärztlichen Versorgung zugelassen werden, sie sollen unnötig eingewiesene Patienten auch ambulant operieren und behandeln dürfen, die Fristen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sollen verlängert werden etc. Als Pendant sollen Vertragsärzte z.B. stärker als bisher Patienten sowohl ambulant als auch kurzstationär im Krankenhaus betreuen dürfen etc. Kurz: die 'Eckpunkte' plädieren dafür, die starren Grenzen von beiden Seiten durchlässig zu machen.

Nimmt man die historisch und international überaus eindeutige Befundlage zur Kenntnis, daß in der Krankenversorgung sich nahezu jedes Angebot auch seine 'Nachfrage' schafft, und daß das Krankenversorgungssystem – ohne Gegensteuerung – die Tendenz hat, mehr Patienten als gesundheitlich-medizinisch begründbar auf unnötig hohe Versorgungsstufen 'hinaufzudrücken', so kann dieser Ansatz nicht befriedigen.

Erforderlich wäre ein klares Leitbild, das seinerseits auch klare gesundheitspolitische Strukturentscheidungen voraussetzt: soll die spezial- (und eventuell auch zum Teil die haus-) ärztliche Versorgung in der Perspektive in Krankenhäuser integriert werden (Gesundheitszentren), oder soll das Krankenhaus die Auffangposition für stationäre Patienten und die fachärztliche Versorgung dezentral organisiert sein? Für jede dieser Optionen gibt es Argumente pro und contra, keine wäre wohl im Konsens durchzusetzen. Der Verzicht auf ein Leitbild führt dagegen absehbar – trotz gegenteiliger Programmatik in den 'Eckpunkten' – zur Zunahme von Kapazitäten, Unübersichtlichkeit und Ausgaben- druck.

### Offene Fragen

Widersprüchlich, zumindest aber unklar ist die Position der 'Eckpunkte' im Hinblick auf das Ver-

hältnis zwischen Normierung und Marktkonkurrenz als Instrumente der Innovation und Regulierung von Versicherung und Versorgung. Bei den allgemeinen Bekenntnissen zum Wettbewerb bleibt zum Teil unklar, ob ökonomische Konkurrenz oder durch andere Anreize angeregter Leistungswettbewerb gemeint ist. In welchem Ausmaß und in welchem Verhältnis in Zukunft zwischen Kassen und/oder Leistungsproduzenten Konkurrenz und/oder Einheitlichkeit herrschen soll, wenn es darum geht, das vorgegebene Globalbudget sektoral bzw. kombiniert auf neue, integrierte Versorgungsformen aufzuteilen, wird wohl noch auszukämpfen sein.

Offen ist auch noch die Sicherung der langfristigen Finanzierungsgrundlagen der GKV: Die steigenden Beitragssätze der Vergangenheit und möglicherweise auch der Zukunft erklären sich ja nicht aus einer „Kostenexplosion“, sondern aus der Erosion der Einnahmen durch sinkende volkswirtschaftliche Lohnquoten und staatliche Selbstbedienung aus dem GKV-Topf. Es steht zu hoffen, daß sich die Politik dieses Problems nicht erst dann annehmen wird, wenn nur noch Krisenlösungen möglich sein werden.

Ausgabensenkungen, zumindest aber -dämpfungen mit Qualitätsverlust, zumindest aber ohne Qualitätsverlust versprechen dagegen die in vielen Ländern mit hervorragender Versorgung zum Teil seit Jahrzehnten bestens bewährte Positivliste für Arzneimittel, die - in den 'Eckpunkten' eher vorsichtig formulierte - Großgeräteplanung, die Bindung der Zulassung neuer medizinischer Technologien an eine gesundheitswissenschaftlich fundierte Technikfolgenabschätzung sowie die Schaffung eines Gremiums, das – analog zum Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen – neue Verfahren und Leistungen im Krankenhaus vor-

ihrer Einführung bewertet. Im Hinblick auf die Einführung dieser längst überfälligen Instrumente, die mit vorhandenem Wissen überflüssigen, zum Teil schädlichen, immer teuren Wildwuchs steuern können, liegen mögliche Hindernisse vor allem in der Tatsache, daß dabei durchweg mächtige ökonomische und politische Interessenpositionen berührt sind, die ihrerseits mächtige Bündnispartner in der Wirtschaft und in der Politik mobilisieren können.

Damit ist schließlich die entscheidende große Unbekannte der nunmehr eingeläuteten Reformrunde angesprochen: wie in anderen Politikfeldern auch, sind in der Gesundheitspolitik Nullsummenspiele wesentlich häufiger als Win-win-Spiele. Das heißt auch, daß fast jede der hier nur angerissenen Reformen und Reformkomponenten zunächst einmal Gewinner und Verlierer haben wird, gemessen in Macht, Einfluß, Ansehen und vor allem in Geld. Traditionell gilt dies in besonderem Maße für das Verhältnis zwischen Kassen und Leistungsproduzenten, denen es dabei angeblich stets nur um „gleich lange Spieße“ geht.

Die Frage, in welcher Aufgabenteilung welche Kassenformationen mit welchen Repräsentanten der Leistungsproduzenten den durch die geplante Vorgabe von Globalbudgets entstehenden Möglichkeitsraum der Systemsteuerung ausgestalten werden, wird – das deutet die zum Teil rational bereits jetzt nicht mehr nachvollziehbare Heftigkeit und Polemik vor allem ärztlichen Widerstandes gegen bisherige Reformschritte an – weniger nach gesundheitlicher Zweckmäßigkeit und ökonomischer Sparsamkeit, sondern vielmehr nach der Verfügbarkeit von Machtressourcen auszutragen sein. Daß in letzter Instanz Patienten bzw. Versicherte die Gewinner sein sollten und könnten, wird dabei hoffentlich nicht vollständig untergehen.