Hartmut Reiners

Bericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« — außer Spesen nichts gewesen?

Druck der Tagespolitik

Ende Februar 1990 hat die Enquete-Kommission des Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (im folgenden GKV-Enquete) nach zweieinhalbjähriger Arbeit ihren Endbericht vorgelegt[1], nachdem bereits im November 1988 ein Zwischenbericht[2] präsentiert wurde. Auf den unbefangenen Zeitungsleser mußte das Presseecho auf diesen Bericht reichlich verwirrend wirken. Alles in allem wurde der Eindruck erweckt, als sei einmal mehr viel Geld ausgegeben[3] und wohl auch fleißig, aber doch letztlich ohne greifbares Resultat gearbeitet worden. Die Presse-Urteile reichten von »Unnützes Papier« (Die Welt) über »Völlig überflüssig« (Münchener Merkur) und »Außer Spesen nichts gewesen« (Hessische Allgemeine) bis hin zu »Ein Jahr zu spät« (General-Anzeiger Bonn).

Eine besonders intensive Lektüre des über 400 Seiten starken Berichts steht wohl nicht hinter diesen wohlfeilen Verdikten. Man hat es sich nach Journalistenart leicht gemacht und nur die letzten Abschnitte der einzelnen Kapitel gelesen, die die Reformoptionen der GKV-Enquete enthalten. Diese Passagen sind nun in der Tat — vor allem als Ensemble — nicht unbedingt die Highlights des Berichtes. Die für den Leser mitunter verwirrende Vielfalt von Meinungen und Sondervoten ist konsequenter Ausdruck eines enormen tagespolitischen Drucks, unter dem die GKV-Enquete von Anfang an gestanden hat. Vor allem in den Schlußsitzungen, in denen über die Reformoptionen der Kommission beraten und abgestimmt wurde, verkam die Diskussion zunehmend zu einem verbissenen, mitunter grotesken Streit über das Gesundheits-Reformgesetz (GRG); die Sekretariatsmitarbeiter sollen beim Abhören der Tonbandmitschnitte unterhaltsame Stunden verbracht haben. Geradezu reflexartig wurde jede Passage im Text, die auch nur entfernt den Eindruck erwecken könnte, es handele sich um eine Kritik oder eine Distanzierung vom GRG, von den Abgeordneten der Regierungsparteien moniert. Ihnen saß offensichtlich noch der Zwischenbericht vom November 1988 in den Knochen, als sie offensichtlich nicht aufgepaßt und »ihren« Sachverständigen[4] freien Lauf gelassen hatten, mit dem

Ergebnis, daß z.B. die GRG-Konzepte zur Arzneimittelpolitik — Festbeträge und Negativliste — sehr skeptisch beurteilt wurden.

Wie keine andere Enquete-Kommission des Bundestages stand die GKV- Enquete unter dem Druck der Tagespolitik. Dem Interesse der Bundesregierung, das GRG schnellstmöglich durch das Gesetzgebungsverfahren zu pauken, stand die Politik der SPD gegenüber, dieses Verfahren mit allen Mitteln zu konterkarieren, wobei die GKV-Enquete ein leicht erkennbares Instrument war, das man von beiden Seiten — je nach tagespolitischer Opportunität — benutzte oder ignorierte[5]. Die Folge war ein »Stop-and-go-Management« (Kommissionsmitglied Rolf Rosenbrock), das die praktische Arbeit ganz erheblich behinderte. Im nachhinein gesehen ist es geradezu ein Wunder, daß der Mitarbeiterstab der Kommission unter diesen mit erheblicher Arbeitsplatzunsicherheit verbundenen Bedingungen nicht auseinanderbrach und auch kein Sachverständiger entnervt den Bettel hinwarf.

Wenn trotz aller Widernisse mit dem Endbericht ein Arbeitsergebnis präsentiert werden konnte, das von Leuten, die sich der Mühe einer vollständigen Lektüre des Textes unterzogen hatten, mit »Als Bestandsaufnahme von Wert« (Die Neue Ärztliche vom 21.2.1990) charakterisiert wurde, dann ist dies ausschließlich auf das trotz Streit in der Sache konstruktive Arbeitsklima unter den Sachverständigen und einen unglaublich engagierten Arbeitseinsatz der Mitarbeiter im Sekretariat der Kommission zurückzuführen. Man kann getrost davon ausgehen, daß die Qualität des Berichtes vor allem in der Darstellung und dem Aufbau besser geworden wäre, wenn er von den Sachverständigen und dem Sekretariat ohne parteitaktische Einflußnahme hätte verfaßt werden können. Dann wären zwar auch keine durchgehend einvernehmlichen Analysen erarbeitet worden, aber die gesundheitspolitischen Kontroversen und Alternativen hätten teilweise klarer als in dem vorliegenden Bericht umrissen werden können. So aber kann man den Endbericht der GKV-Enquete eher mit einem Steinbruch vergleichen, dessen Strecken von unterschiedlicher Ergiebigkeit sind.

Gesundheitspolitische Perspektiven des Enquete-Berichts

Wenn auch die verschiedenen Reformoptionen in den einzelnen Sachkapiteln des Berichts nicht immer von wünschenswerter Konsistenz sind, so basiert der gesamte Bericht auf zwei gar nicht hoch genug zu bewertenden Einsichten:

— Erstmalig macht ein von einem so hochrangigen politischen Organ der BRD wie dem Bundestag herausgegebener Bericht den Begriff

»Gesundheit« zum Paradigma von Gesundheitspolitik. Bislang wurde Gesundheitspolitik implizit als Bewältigung von Gesundheitsschädigungen, d.h. als »Krankheitspolitik« verstanden. Man konzentrierte sich auf das Medizinsystem; der soziale Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit war weitgehend ausgeblendet. Diese medizinorientierte Krankheitspolitik wurde zudem durch Kostendämpfungsgesetze von wirtschaftspolitischen und damit sachfremden Interessen gesteuert. Der Enquete-Bericht hingegen postuliert eine Gesundheitspolitik, die sich an den gesundheitlichen Risiken und Chancen der Bevölkerung orientiert. Die gesetzliche Krankenversicherung wird als integraler Bestandteil einer solchen gesundheitlichen Versorgung begriffen.

— Die gesetzliche Krankenversicherung mit den Prinzipien der solidarischen Finanzierung und der selbstverwalteten Organisation ist sowohl gesundheitspolitisch wie volkswirtschaftlich ohne tragfähige ordnungspolitische Alternative. Die noch vor einigen Jahren auch von Mitgliedern der GKV-Enquete favorisierte weitgehend marktwirtschaftlich, d.h. auf Basis privater Risikoabsicherung funktionierende Steuerung der medizinischen Versorgung kann nicht als ernstzunehmende Lösung angesehen werden. Der Streit unter den Sachverständigen in der Kommission ging nur noch um die Frage, inwieweit wettbewerbliche Elemente mit den Prinzipien einer sozialen Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbar sind bzw. Effektivität und Effizienz der Versorgung beeinflussen. Die gesetzliche Krankenversicherung auf sozialer Basis als solche stand außer Frage.

Für den regelmäßigen Argument-Leser mag vor allem die erste These keine sensationelle Neuigkeit sein. Für die reale Gesundheitspolitik sind derartige Ausgangspunkte und argumentationsleitenden Thesen aber von zentraler Bedeutung. Die in der Gesundheitsbewegung und der wissenschaftlichen Gemeinde bereits seit Ende der 70er Jahre geführte Diskussion über die Determinanten von Gesundheit und die in diesem Zusammenhang zu sehende Bedeutung der Medizin hat damit Eingang in den politischen Apparat gefunden. Zwar gibt es zum Thema »Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems« zwei verschiedene Berichte, weil die Kommission zeitlich nicht mehr in der Lage war, die Kontroversen so intensiv zu diskutieren, daß man den Kern herausarbeiten konnte. Jedoch ist es z.B. ausgesprochen bemerkenswert, daß auch in dem von der CDU/FDP-Seite vertretenen Bericht A (S. 224ff.) deutliche Kritik an der einseitig naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizinerausbildung sowie den

mangelnden sozialen Bezügen im Denken und Handeln der meisten Ärzte geübt wird.

Der Bericht der GKV-Enquete belegt in seiner Gesamtheit die prinzipielle Hegemoniefähigkeit einer ökologischen und sozialen Gesundheitspolitik, die vor Jahren noch als weitgehend akademisches alternatives Denkmodell gelten mußte. Es kann natürlich nicht behauptet werden, daß aus dieser Hegemoniefähigkeit auch tatsächlich die praktische Durchsetzung einer ökologischen Gesundheitspolitik folgt. Das wäre angesichts eines nur als Kostendämpfungsgesetz daherkommenden Gesundheits-Reformgesetzes reichlich illusionär. Der Enquete-Bericht macht aber deutlich, welchen Argumentationsvorsprung eine ökologische Gesundheitspolitik hat. Es kommt niemand mehr darum herum, sich auf ihre Thesen und Erkenntnisse einzulassen.

Hinzu kommt, daß die zweite zentrale Einsicht der GKV-Enquete, wonach die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aus Gründen der Effektivität wie der Wirtschaftlichkeit einer sozialen Finanzierung und Steuerung bedarf, angesichts der deutsch-deutschen Entwicklung an politischer Bedeutung noch gewonnen hat. Der Zusammenbruch der realsozialistischen Kommandowirtschaft in der DDR wie generell in Osteuropa wird wieder den Kräften Nahrung geben, die jede politische Steuerung eines Wirtschaftszweiges wie des Gesundheitswesens nach dem Bedarfsprinzip, d.h. die Ausschaltung der individuellen Zahlungsfähigkeit bei der Inanspruchnahme von Gütern und Dienstleistungen, als »sozialistische Mißwirtschaft« denunzieren. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß man in Polen bereits den gesundheitspolitisch wie volkswirtschaftlich verhängnisvollen Weg zur flächendeckenden privaten Krankenversicherung beschreitet. Das einhellige Votum der GKV-Enquete für eine solidarische gesetzliche Krankenversicherung kann daher gar nicht hoch genug bewertet werden. Positionen wie etwa die des Kronberger Kreises, eines Zusammenschlusses marktradikaler Ökonomen, die einer weitgehenden Privatisierung der Krankheitsrisiken das Wort reden, finden in dem Enquete-Bericht nur Widerspruch.

Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der gesundheitlichen Versorgung

Wie kein anderer offzieller Report zuvor hebt die GKV-Enquete den gesundheitspolitischen Zusammenhang hervor, in dem die GKV und das damit zusammenhängende Versorgungs- und Betreuungssystem

stehen. Ihre Aufgaben werden aus folgenden Sachverhalten abgeleitet (vgl. Abschnitt B, Kapitel 1):

— Die Dominanz chronisch-degenerativer Krankheitsbilder macht Gesundheitspolitik zu einer Querschnittsaufgabe der Politik und damit verschiedener Institutionen. Der GKV kommt dabei insofern eine zentrale Stellung zu, als sie die Organisation ist, die sich als einzige ausschließlich mit gesundheitlichen Risiken und Krankheitsfolgen beschäftigt.
— Aus der Dominanz chronisch-degenerativer und damit ex definitione nicht heilbarer Krankheiten folgt die Notwendigkeit einer Stärkung des Präventionsgedankens.
— Die Gesundheitsprobleme sind schicht-, verhaltens- und lebenslagenspezifisch unterschiedlich verteilt. Gesundheitspolitik muß kompensatorisch auf diese systematischen Defizite einwirken.

So unstrittig diese allgemeinen Ausgangspunkte und Orientierungen von Gesundheitspolitik waren, so kontrovers wurden die daraus zu ziehenden Konsequenzen und Reformüberlegungen von den Mitgliedern der GKV-Enquete beurteilt. Im Kern dreht es sich bei dieser Kontroverse um zwei zentrale Fragen, die sich mehr oder weniger deutlich durch alle Einzelkapitel des Berichts ziehen:

— Muß Gesundheitspolitik stärker auf das Verhalten oder auf die Verhältnisse einwirken?
— Wie ist der jeweilige Nutzen der medizinischen Leistungen zu beurteilen? Wie soll das Verhältnis von medizinischer Versorgung und sozialer Betreuung bzw. Förderung aussehen?

Diese Fragestellungen machen den Kern der gesundheitspolitischen, aber auch gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen der letzten 10 bis 15 Jahre aus. Auch wenn es unter dem erwähnten politischen und zeitlichen Druck nicht immer gelungen ist, dies in der Darstellung mit der wünschenswerten Klarheit herauszuarbeiten, so kann der Bericht der GKV-Enquete doch für sich in Anspruch nehmen, eine Dokumentation der Auseinandersetzung zweier gesundheitspolitischer Linien zu sein.

Aufgaben der GKV in der Prävention

Mit dem §20 SGB V hat die GKV erstmals einen positiv definierten Auftrag als Träger präventiver Maßnahmen. Vorher ließen sich entsprechende Aufgaben für die Krankenkassen nur auf dem Wege juristischer Hilfskonstruktionen gesetzlich ableiten, mit der Folge, daß Aktivitäten in der Prävention stark vom Engagement der Geschäftsführung bzw. des

Vorstandes einer Kasse abhingen. Mit dem GRG ist die Prävention zur Pflichtaufgabe der Kassen gemacht worden, wobei allerdings nichts über die entsprechenden Aufgabenschwerpunkte gesagt wird.

Einigkeit bestand in der GKV-Enquete darin, daß diese im Grunde neue Aufgabenstellung für die GKV zu begrüßen ist; kein Gesetz von einem Umfang wie dem des Gesundheits-Reformgesetzes ist ja so schlecht, daß es nicht auch ein positives Element enthält. Einigkeit bestand ferner darin, daß die Kassen nicht der »geborene« Träger der Prävention sind, diese vielmehr als Gemeinschaftsaufgabe aller gesundheitspolitischen Institutionen (Staat, Kommunen, Kassen, Ärzteschaft usw.) zu begreifen ist. Bemerkenswert ist die daraus mit nur einer Gegenstimme gezogene Konsequenz der GKV-Enquete, daß regionale Arbeitsgemeinschaften als Präventionsträger gebildet werden sollten. Damit liegt man auf einer Linie mit dem WHO-Progrmm »Gesundheit 2000«. Wichtige und vorrangig zu fördernde Aufgabe dieser regionalen Arbeitsgemeinschaften soll nach Auffassung der GKV-Enquete der Aufbau regionaler Gesundheitsberichterstattungen sein.

Die Differenzen lassen sich an der Einschätzung des Nutzens von Verhaltensprävention sowie der Schwerpunktsetzung bei den Aufgaben der regionalen Präventions-Arbeitsgemeinschaften festmachen. Projekte in der Verhaltensprävention wie verschiedene Programme und Modellversuche bei Orts- und Betriebskrankenkassen werden zwar übereinstimmend als »ausbaufähiger Ansatz« (S. 29) angesehen, jedoch äußert sich der rot-grüne Teil der Kommission skeptisch über den faktischen Nutzen dieser Projekte. Zum einen seien sie in der Regel auf einen Personenkreis ausgerichtet, der bereits ein relativ entwickeltes Gesundheitsbewußtsein habe; im Sinne einer kompensatorischen Gesundheitsförderung müßten aber gerade diejenigen angesprochen werden, die erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt seien. Außerdem wird die Gefahr gesehen, daß Verhaltensprävention »auf die Umthematisierung struktureller Gesundheitsrisiken in allein gesundheitsriskante Verhaltensweisen hinausläuft« (S. 29). Da die Krankenkassen in der Verhältnisprävention ein konfliktträchtiges Feld betreten und die Interessen innerhalb der Selbstverwaltung sich schnell gegenseitig blockieren, bietet sich die Verhaltensprävention als bequemes Ausweichgebiet an.

Aufgaben der GKV in der medizinischen Versorgung

Die Analyse der GKV-Enquete über Defizite in der medizinischen Versorgung, dem traditionellen Aufgabengebiet des GKV-Systems, läßt an

Deutlichkeit kaum zu wünschen übrig. Dementsprechend wütend waren denn auch die Reaktionen von Ärzteverbänden, die sich zumeist unter Verzicht auf inhaltliche Auseinandersetzung mit den Thesen der GKV-Enquete in Beschimpfungen von Kommissionsmitgliedern erschöpften[6].

Wie ein roter Faden zieht sich durch die Analysen der verschiedenen Bereiche die Kritik an der mangelnden Verzahnung der Einzelsysteme zu einer final ausgerichteten medizinischen Versorgung.

Rehabilitation

Besonders deutlich und von der Kommission einhellig geäußert wird diese Kritik an der medizinischen Rehabilitation. Diese wird als Aufgabe zur Zeit verschiedenen Sozialversicherungsträgern zugeordnet, wodurch Reibungsverluste entstehen, die nach Auffassung der GKV-Enquete wesentlich für die Defizite in der medizinischen Rehabilitation verantwortlich sind. Sie plädiert für eine Stärkung der GKV-Kompetenzen, stellt aber zugleich fest, daß die Krankenkassen von den im Reha-Angleichungsgesetz enthaltenen Möglichkeiten zu wenig Gebrauch machen. Solange sich hier nichts ändert, können die Krankenkassen auch keine Stärkung ihrer eigenen rechtlichen Kompetenzen geltend machen.

Wenn die GKV-Enquete ferner kritisiert, daß die medizinische Rehabilitation nur auf kurzfristige Kompensation und Bekämpfung akuter Gesundheitsschäden ausgerichtet sei und der Bewältigung chronischer Krankheiten und psychosozialer Belastungen weitgehend hilflos gegenüberstehe, dann trifft diese Kritik im Grunde auf das gesamte Medizinsystem zu. Wenn dies die GKV-Enquete im Abschnitt über die medizinische Rehabilitation so klar und vor allem quasi einstimmig formuliert, dann mag das daran liegen, daß die Rehabilitation unterschwellig bei einigen Kommissionsmitgliedern eher als untergeordnetes Thema angesehen wurde. In anderen Bereichen der medizinischen Versorgung wie der kassenärztlichen Versorgung war eine derartige grundsätzliche Kritik an der mangelnden Verzahnung von medizinischer Behandlung und sozialer Betreuung weitaus umstrittener.

Kassenärztliche Versorgung

Der ambulanten kassenärztlichen Versorgung räumt die GKV-Enquete insofern zentralen Stellenwert im medizinischen Versorgungssystem ein, als sie so etwas wie eine »Arbeitsverteilungszentrale« des gesamten

Medizinsystems ist. Insofern hat eine Kritik der Kassenärzte zugleich die faktische Funktion einer Kritik der arbeitsteiligen Strukturen und der Effektivität unserer medizinischen Versorgung schlechthin. Zwar liefen die Diskussionen in der GKV-Enquete zu diesem Thema durchaus kontrovers, jedoch konnte eine vor dem Hintergrund der personellen Zusammensetzung der Kommission bemerkenswerte Zusammenstellung von prinzipiellen Schwachstellen der kassenärztlichen Versorgung einvernehmlich aufgestellt werden. Diese Mängelliste, die so viele Ärztefunktionäre auf die Palme brachte, kann hier nur stichpunktartig wiedergegeben werden. Sie liest sich wie eine konzentrierte Fassung von Argument-Aufsätzen zu diesem Thema:

— Mangelnde psychosomatische Kompetenz der Ärzte,
— Untergewichtung von Gesundheitsförderung und Beratung,
— Neigung zu Medikalisierung psychosozialer Problemlagen,
— zu hohe Spezialisierung der niedergelassenen Ärzte, Vernachlässigung der Allgemeinmedizin,
— fragwürdige Praxis der Arzneimittelverordnung,
— naturwissenschaftlich verengter Krankheitsbegriff,
— überhöhte Diagnosestandards als Folge der Ausbildung der Mediziner, die fast ausschließlich in Krankenhäusern stattfindet und an den Problemen in der normalen Arztpraxis vorbeigeht.

Aus dieser sehr kritischen Analyse der Situation in der kassenärztlichen Versorgung ziehen die beiden Fraktionen der GKV-Enquete unterschiedliche Konsequenzen. Die an der Regierungskoalition orientierte Mehrheit sieht trotz der konstatierten Mängel keinen Bedarf an einer grundsätzlichen Revision des Kassenarztsystems. Sie glaubt, die Probleme durch eine gezielte Förderung der Allgemeinmedizin, z.B. durch eine entsprechende Umstrukturierung der Gebührenordnung oder der Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin, lösen zu können. Auch müßte die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte reformiert werden. Schließlich werden Modellversuche gefordert, die neue Formen von Verträgen zwischen Kassenärzten und Krankenkassen ausprobieren sollen. Dabei wird aber auf einen Knackpunkt des Kassenarztsystems nicht eingegangen, der die auch von der Mehrheit der Kommission beklagte mangelnde Flexibilität dieses Systems verursacht: der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die rot-grüne Minderheit der GKV-Enquete arbeitet in ihren Reformoptionen hingegen deutlich heraus, daß eine Reform der ambulanten Versorgung um eine wie auch immer geartete Aufhebung dieses Eckpfeilers des Kassenarztsystems nicht herumkommt. Sie sieht im Behandlungsmonopol und dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte

den eigentlichen Hemmschuh für den erforderlichen Umbau der ambulanten Versorgung. Sie zieht aus der festgestellten Medikalisierung sozialer Probleme und der mangelnden psychosozialen Kompetenz der Ärzte den Schluß, daß dieses Problem nicht allein durch eine entsprechend verbesserte Ausbildung der Ärzte zu lösen ist. Sie fordert, daß die ambulante Versorgung auf drei verschiedene, gleichberechtigt zusammenarbeitende Säulen zu stellen ist: ein professionelles medizinisches Krankenversorgungssystem, professionelle psychosoziale bzw. soziale Hilfen und Institutionen sowie nichtmedizinisches und nichtprofessionelles Bewältigungshandeln. Darüber hinaus werden integrierte Organisationsformen vor allem von allgemein- und fachmedizinischer und sozialer Versorgung unterstützt. Vorbild ist dabei das Konzept der »Primary Health Care Teams«, wie sie die WHO favorisiert.

Ein solches Konzept, das liegt auf der Hand, ist mit dem bestehenden, auf dem Behandlungsmonopol und dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte beruhenden Versorgungssystem nicht zu realisieren. Nach den Vorstellungen der rot-grünen Minderheit der GKV-Enquete soll der Sicherstellungsauftrag von regionalen Gesundheitskonferenzen wahrgenommen werden. Diese Konferenzen sollten entweder nur aus Vertretern der Krankenkassen und des Staates bzw. der Gebietskörperschaften oder drittelparitätisch unter Hinzuziehung der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhausträger usw.) zusammengesetzt sein.

Stationäre Versorgung

Diskrepanzen zwischen tendenzieller Übereinstimmung in der Analyse der Ist-Situation und den daraus zu ziehenden Konsequenzen lassen sich auch im Kapitel des Enquete-Berichts über die stationäre Versorgung ausmachen. Übereinstimmend wird festgestellt, daß man den Problemen in der stationären Versorgung nicht allein mit krankenhausinternen bzw. -spezifischen Veränderungen beikommen kann. Hier spielen viele externe Faktoren eine Rolle. Der Lösung des Pflegeproblems wird dabei angesichts der zunehmenden Zahl älterer Menschen zentraler Stellenwert beigemessen. In den Krankenhäusern werden zu viele Patienten stationär behandelt, bei denen eine ambulante Behandlung zwar möglich und sinnvoll erscheint, aber mangels sozialer Betreuung nicht durchführbar ist.

Die Mängel der stationären Versorgung werden von der GKV-Enquete wie folgt zusammengefaßt (vgl. S. 103):

— mangelnde Aktivierung und Mitwirkung der Betroffenen,
— ungleiche Verteilung von Gesundheitsrisiken und Behandlungschancen,
— Absicherung bei Pflegebedürftigkeit fehlt, insbesondere bei chronischen und psychischen Erkrankungen,
— Fehlorientierung im Leistungssystem, wie z.B. Überbetonung der Arzneimittel, Diagnostik ohne therapeutische Konsequenz,
— Trennung der Versorgungsbereiche mit daraus resultierenden Koordinationsdifiziten,
— Lücken in der Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,
— Lücken in der Qualifizierung des Pflegepersonals wie generell der im Krankenhaus arbeitenden Gesundheitsberufe.

Während in der Mängelanalyse durchaus Übereinstimmung erzielt werden konnte, machen sich bei den Reformüberlegungen zumindest in der Tendenz bzw. der Schwerpunktsetzung trotz auch hier vorhandenem partiellen Konsens Auffassungsunterschiede geltend. Man kann diese Differenzen dahingehend auf den Punkt bringen, daß die Bedeutung ökonomischer Anreize bzw. alternativer Finanzierungs- und Entgeltformen verschieden gewichtet wird.

Die rot-grüne Minderheit der Kommission hält die Finanzierungsfrage zwar für wichtig, aber so lange für nachrangig, wie die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und die Stellung des Krankenhauses in diesem System nicht neu definiert ist. Nach ihrer Auffassung sollte es Aufgabe der aufzubauenden regionalen Gesundheitskonferenzen sein, den Bedarf und die Struktur der Krankenhausleistungen festzulegen. Zu berücksichtigen wäre dabei insbesondere die Morbiditätsstruktur, die Struktur und das Angebot der (regionalen) ambulanten Versorgung, die Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Bevölkerung und die Infrastruktur einer Region. Das Entgeltsystem sollte weitgehend budgetorientiert sein, um so eine größere Flexibilität der Krankenhäuser zu ermöglichen und eine mit leistungsbezogenen Entgeltformen (u.a. diagnosebezogene Fallgruppen — DRGs) verbundene Gefahr der Bürokratisierung und Einzelfallkontrollen zu vermeiden.

Ein Teil der von den Regierungsparteien benannten Sachverständigen sieht hingegen im Ansetzen des ökonomischen Hebels das wirkungsvollste Mittel zur Effizienzsteigerung der Krankenhäuser. Angestrebt werden echte Verhandlungspreise, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ausgehandelt werden. Dabei gilt das monistische Finanzierungsprinzip, d.h. die zur Zeit bestehende Trennung in staatliche Investitionsfinanzierung und von den Krankenkassen zu tragende

laufende Betriebskosten entfällt. Die auszuhandelnden Preise würden sich »nicht mehr an den krankenhausindividuellen Kosten anlehnen, sondern die realen Knappheitsverhältnisse abbilden und könnten sich vor allem an aktuellen Steuerungszielen ausrichten« (S. 116).

In dieser Auffassung spiegelt sich ein ungebrochener Glaube an die Wirksamkeit marktwirtschaftlicher Mechanismen auch im Gesundheitswesen wieder. Auf die politische Setzung von Gesundheitszielen wird bewußt verzichtet, da sich diese — so die Annahme — aus den freien, wettbewerblich orientierten Verhandlungen von Krankenhausträgern und den verschiedenen Krankenkassen von selbst ergeben würden. Dementsprechend lassen sich die politischen Auffassungsunterschiede dahingehend festmachen, daß die eine Seite von gesundheitspolitisch definierten Zielen ausgeht, denen sich die Fragen der Finanzierung und des Entgeltsystems unterzuordnen haben, während die andere Seite aus der ökonomischen bzw. ordnungspolitischen Struktur der stationären Versorgung die gesundheitspolitischen Ziele wachsen lassen möchte.

Arzneimittelversorgung

Diese Kontroverse über die Wirksamkeit bzw. die Effekte marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung war auch der Kern der Auseinandersetzung unter den Sachverständigen in der Kommission über die Reform der Arzneimittelversorgung. Leider ist dies im Endbericht ein wenig untergegangen. Nach Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes gab es für die Regierungsabgeordneten nur noch ein Ziel: die dort beschlossene Festbetragsregelung sowie die Negativliste von nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln mußten als sowohl wirtschaftlich wie gesundheitspolitisch effektive Konzepte gefeiert werden. Entsprechend wurden die Sachverständigen in die Pflicht genommen, mit dem Ergebnis, daß von den im Zwischenbericht bezogenen Positionen Abstand genommen wurde.

Damals war in der GKV-Enquete mehrheitlich, d.h. mit den Stimmen der Mehrheit der von den Regierungsparteien benannten Sachverständigen, für Positivlisten votiert worden. Unterschiede machten sich dabei insofern geltend, als die auf der christlich-liberalen Seite stehenden Kommissionsmitglieder die Positivliste als Wahlleistung der Krankenkassen, d.h. als Instrument im Wettbewerb der Kassen untereinander einführen wollten. Den Krankenkassen sollte die Möglichkeit gegeben werden, neben einer Basis-Positivliste auch Tarife anzubieten,

die ein umfangreicheres Arzneimittelsortiment enthalten. Dem stand das Konzept der anderen Seite gegenüber, eine für alle Kassen verbindliche Positivliste zu definieren. Diese Liste sollte mit einer gezielten und systematischen pharmakologischen Beratung von Ärzten und Patienten verbunden sein, da andernfalls auch eine Positivliste nichts an den überhöhten Arzneiverordnungen ändern würde.

Als nach Verabschiedung des GRG in den Kommissionsdiskussionen immer deutlicher wurde, daß die Regierungsparteien ihr Konzept um jeden Preis durchsetzen wollten und ihre Sachverständigen dem nur hinhaltenden Widerstand entgegensetzten, kam man überein, zwei getrennte Berichte zur Arzneimittelversorgung zu erstellen (vgl. Abschnitt C). Das hat — bei aller Enttäuschung darüber, daß ein zuvor von den Sachverständigen gemeinschaftlich erstellter Bericht gekippt wurde — für den Leser sicher den Vorteil, daß die realen politischen Alternativen zur GRG-Konzeption deutlicher sichtbar werden.

Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Aufbau des Berichts der GKV-Enquete setzt die Organisationsreform der GKV bewußt an den Schluß des Textes. Damit wird ausgedrückt, daß erst die gesundheitspolitischen Ziele diskutiert und festgelegt werden sollen, bevor deren Finanzierung durch die Krankenkassen zur Debatte steht. Durch alle Berichtsteile zieht sich die Forderung nach einer Stärkung der gesundheitspolitischen Kompetenzen der Krankenkassen. Sie sollen nicht mehr — wie bis heute — nun der Zahlmeister des Gesundheitswesens sein, sondern sich zum gesundheitspolitischen Initiator und Gestalter entwickeln. Die Krankenkassen können diese Aufgabe aber nur erfüllen, wenn ihre finanziellen und organisatorischen Strukturen auf einer gesunden Grundlage stehen. Davon kann aber im vorhandenen gegliederten GKV-System nicht die Rede sein.

Bekanntlich basiert die Finanzierung der Krankenkassen auf dem Solidaritätsprinzip. Alle Versicherten haben den gleichen Leistungsanspruch, tragen aber nur nach individueller Leistungsfähigkeit — gemessen durch einen Lohnanteil in Form des Beitragssatzes — zur Finanzierung dieser Leistungen bei. In einem gegliederten Krankenversicherungssystem hat dies den fatalen Effekt, daß Kassen mit einer sozial schwachen und/oder gesundheitlich hoch belasteten Mitgliederstruktur besonders hohe Beiträge erheben müssen. Im Grunde gilt das Solidaritätsprinzip nur innerhalb einer Kasse und nicht übergreifend im gesamten GKV-System. Verschärft, wenn nicht hervorgerufen wird

dieser entsolidarisierende Effekt durch ein berufsständisches Mitgliedschaftsrecht, das einzelnen Kassenarten unterschiedliche Möglichkeiten einräumt, ihre Versichertenstruktur zu beeinflussen. Während die AOK als die Basiskasse jeden Versicherungsberechtigten aufnehmen muß, haben die anderen Kassenarten entweder kollektive (Betriebs- und Innungskassen) oder vom Status bzw. Beruf (Ersatzkassen) abhängige Möglichkeiten, ihren Mitgliederkreis zu begrenzen. Die Folge dieser unterschiedlichen Chancen der Risikoselektion (»Rosinenpicken«) sind Beitragssatzunterschiede zwischen 8 % und 16 %, bei gleichem Leistungsniveau versteht sich.

Die Sachverständigen in der GKV-Enquete waren sich von vornherein darin einig, daß dieses die Risikoselektion fördernde berufsständische Gliederungsprinzip nicht nur eine Verletzung des Solidaritätsprinzips darstellt, sondern auch gesellschaftspolitisch ein Anachronismus ist. Weshalb soll auch ein technischer Angestellter in einer anderen Kasse versichert sein als ein Facharbeiter? Das Problem stellte sich daraufhin, eine gegliederte GKV zu entwerfen, die keine entsolidarisierenden Effekte mehr enthält. Eine Einheitsversicherung als die vordergründig einfachste Lösung wurde von der einen Seite von vornherein abgelehnt, von der anderen, rot-grünen Seite für politisch nicht durchsetzbar gehalten und daher als Reformoption nicht weiter verfolgt. Es blieben zwei Konzepte übrig, die sich wie folgt zusammenfassen lassen[7]:

Option I:
Jeder Versicherte erhält die Möglichkeit, jeder in der jeweiligen Region vertretenen Kasse beizutreten. Die Kassen werden ihrerseits verpflichtet, jeden Versicherungsberechtigten, der dies wünscht, aufzunehmen (Kontrahierungszwang). D.h. beispielsweise, daß Betriebskrankenkassen auch betriebsfremde Versicherte aufnehmen müssen. Dadurch würde, so die Annahme, ein freier Wettbewerb unter den Kassen stattfinden, der in seiner Tendenz zu einer gleichen Risikoverteilung und damit zumindest deutlich abnehmenden, wenn nicht verschwindenden Beitragssatzunterschieden führen.

Option II:
Diesen Optimismus bezüglich der Effekte der freien Kassenwahl teilt die andere, von der rot-grünen Seite vertretene Position nicht. Sie tritt zwar auch für eine freie Kassenwahl bei Kontrahierungszwang ein, will aber gleichzeitig einen kassenübergreifenden Risikoausgleich einführen, der vereinfacht dargestellt wie folgt aussieht: Alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen werden in einen Topf geworfen und nach

den jeweiligen Alters- und Geschlechtsstrukturen auf die Kassen verteilt. Durch diesen Risikoausgleich entsteht einer Kasse kein Nachteil mehr durch eine sozial schwache und/oder gesundheitlich besonders gefährdete Versichertenstruktur.

Hinter diesen beiden Positionen steht eine konträre Auffassung über die Funktion des Wettbewerbs in der GKV. Während die eine Seite darin ein positives Steuerungsinstrument sieht, hält die andere Seite den Kassenwettbewerb für ein gesundheits- und sozialpolitisches Risiko, das eingegrenzt werden muß. Dieses Risiko wird in erster Linie darin gesehen, daß die freie Kassenwahl ohne Risikoausgleich zu einem diskriminierenden Wettbewerb um eine möglichst günstige Risikostruktur der Kassen führt. Die Kassen werden sich vor allem um junge, gutverdienende und möglichst alleinstehende Versicherte bemühen und sozial schwache und gesundheitlich gefährdete Personengruppen vernachlässigen. Daran werde auch ein Kontrahierungszwang nichts ändern. Aus gesundheitspolitischer Sicht wird diese Form des Wettbewerbs ferner abgelehnt, weil er die Aktivitäten der Kassen mehr auf die Mitgliederakquisition lenkt als auf die Stärkung ihrer gesundheitspolitischen Kompetenz.

Im Zwischenbericht der GKV-Enquete wurde diese sonst in keiner Publikation so auf den Punkt gebrachte Kontroverse noch in der wünschenswerten Klarheit dargestellt. Der Endbericht gibt leider nur noch eine verwässerte Form der einstmals so klaren Alternative wieder, was die rot-grüne Fraktion dazu veranlaßte, sich bei der Abstimmung über diesen Abschnitt der Stimme zu enthalten bzw. gegen den Text in dieser Fassung zu stimmen. Im Endbericht halten es die Kollegen, die ursprünglich einem ungehinderten Wettbewerb der Kassen das Wort redeten und dies für unverzichtbar erklärten, auf einmal für möglich, daß es Mischformen von berufsständischer Gliederung und freier Kassenwahl geben könnte — eine Auffassung, die mit der zuvor einhellig erstellten Analyse nicht in Einklang zu bringen ist. Danach müßte das berufsständische Gliederungsprinzip ohne Kompromisse abgeschafft werden. Von »positiven Aspekten« der »historisch gewachsenen Strukturen« der GKV, von der in der von den Regierungsparteien vertretenen Option III die Rede ist (S. 218), ist in der von der GKV-Enquete zuvor gemachten Bestandsaufnahme des GKV-Systems nichts zu spüren.

Insofern kann ein Kompromiß in dieser Frage nur als Kniefall vor den Sonderinteressen einzelner Kassenarten und deren Funktionären gewertet werden. Es ist sicherlich nicht zu bestreiten, daß in der praktischen Politik Kompromisse geschlossen werden müssen und sachlogisch

aufgebaute Konzepte nur in Ausnahmefällen in reiner Form umgesetzt werden. Allerdings gehört es m.E. nicht zu den genuinen Aufgaben einer Enquete-Kommission, derartige tagespolitische Kompromisse gedanklich vorwegzunehmen. Enquete-Kommissionen haben die Funktion der Politikberatung, und diese sollte in erste Linie darin bestehen, klare Handlungsalternativen zu formulieren. Dies ist nicht nur bezüglich der Organisationsreform der GKV der GKV-Enquete in ihrem Zwischenbericht vom November 1988 erheblich besser gelungen als im Endbericht.

Anmerkungen

1 Bundestags-Drucksache 11/6380 vom 12.2.1990. Der Bericht erscheint auch als Buch in der Reihe »Zur Sache«, hrsg. vom Deutschen Bundestag.

2 Bundestags-Drucksache 11/3267 vom 7.11.1988.

3 Im Münchener Merkur vom 20.2.1990 ist von »neun hochbezahlten Experten« die Rede, womit die von den Bundestagsparteien vorgeschlagenen Sachverständigen gemeint sind. Fakt ist, daß jeder dieser Sachverständigen eine zu versteuernde Anfwandsentschädigung von 14.000 DM pro Jahr erhalten hat, ein angesichts der branchenüblichen Gutachterhonorare und vor allem des erheblichen Arbeitsaufwandes weiß Gott nicht überhöhter Betrag. Finanzielle Gründe dürfte keiner der Sachverständigen für seine Mitarbeit in der GKV-Enquete gehabt haben.

4 Von der CDU/CSU wurden die Professoren Beske, Genzel, Gitter und Neubauer vorgeschlagen, die FDP benannte Prof. Oberender. Die SPD nominierte Eugen Glombig, Ellis Huber und Rolf Rosenbrock, die Grünen mich.

5 Vgl. hierzu auch den Bericht eines wissenschaftlichen Mitarbeiters im Sekretariat der Kommission: C. Hermann, Der Bundestag und die Zukunft der Krankenversicherung, in: Kompaß Heft 2/1990, S. 57ff.

6 Hier eine kleine Auswahl: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht in dem Bericht nur »sattsam bekannte parteipolitische und marktwirtschaftliche Programme« (Presseerklärung vom 20.2.1990). Der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) beschwert sich über einen Bericht, der »sich in unqualifizierten Rundumschlägen erschöpfe und längst entwickelte Konzepte aus der niedergelassenen Ärzteschaft schlichtweg ignoriere« (Presseerklärung vom 19.2.1990). Die Berliner »Schutzgemeinschaft für Kassenärztliche Rechte« schließlich versteigt sich zu der Behauptung, bei den Kommissionsmitgliedern handele es sich um »imkompetente, realitätsferne Theoretiker«, deren Kritik »nur auf die kostengünstige ambulante Medizin (ziele) und aus Furcht vor den Gewerkschaften (sic!) die Krankenhäuser ausspare« (Ärztezeitung vom 21.2.1990).

6 Eine detaillierte Darstellung der Analyse und Vorschläge der GKV-Enquete findet sich bei C. Hermann, Die Kassenorganisationsreform zwischen Politikberatung und Politikdominanz, in: Arbeit und Sozialpolitik Heft 2/1990, S. 60ff.