Hagen Kühn

Globalbudget und Beitragssatzstabilität

Kommentar zum »Kernpunkt« einer intendierten Gesundheitsreform 2000

Vorbemerkung

Hinterher ist man immer schlauer. Die Leserinnen und Leser werden das Schicksal des Reformgesetzes kennen. Während dies geschrieben wird, steht hingegen noch nicht fest, welchen Weg die Gesundheitsreform der rotgrünen Koalition genommen haben wird. Im Zentrum des Gesetzentwurfs – »Gesundheit 2000« vom Juni 1999 steht ein Globalbudget, das die Ausgaben der Krankenkassen strikt an ihre Einnahmen bindet. Das ausdrückliche Kernziel der Reform, die »Beitragssatzstabilität« soll gewährleistet werden, indem das Ausgabenvolumen der GKV nicht schneller wachsen darf als die beitragspflichtigen Lohn-, Gehalts- und Sozialeinkommen. Es interessiert also im folgenden nicht ein Globalbudget im allgemeinen, sondern diese spezifische Einnahmebindung. Von einer Gegenwehr der ärztlichen Standesorganisationen, Krankenhausgesellschaft oder der Pharmazeutischen Industrie wäre nichts zu sehen, wenn im Gesetzentwurf ein Globalbudget mit beispielsweise einer jährlich zehnprozentigen Steigerungsrate vorgesehen wäre. Diese jährliche Beitragssatzstabilität ist auch in dem Sinne der Kernpunkt, weil sie, falls sie realisiert werden sollte, dem gesamten System der medizinischen Versorgung ihren Stempel aufdrücken würde. Auch jenen anderen Reformelementen, deren Realisierung für sich genommen neue Wege hätte eröffnen können (die Ansätze zur Integration, Arzneimittelversorgung und Qualitätssicherung), würde sie Gepräge und Richtung geben. Selbst wenn dieses Kostendämpfungsgesetz nicht realisiert werden sollte, lohnt sich ein analytischer Blick auf einen sozial exemplarischen Fall rotgrüner Politik.

Die Wortdesigner der »neuen Mitte« »jenseits von links und rechts« haben – modern ausgedrückt – ihr rotgrünes Produkt im Herbst 1998 erfolgreich vermarktet. Jedoch an den realen Erfahrungen der Menschen beim Genuß dieses Produkts zerplatzen die Wörter wie Seifenblasen. Die »Gesundheitsreform 2000« ist, wie auch andere bisherige Leistungen dieser Regierung, weder »neu« noch »jenseits von rechts und links«:

Rentenmanipulation, Kriegsbeteiligung durch Verfassungsbruch, Umweltschutz nach Maßgabe der Autolobby und nun ein Kostendämpfungsgesetz im Gesundheitswesen – was daran soll neu sein?

Einnahmeorientierung: Anbindung an Markt und Macht

Erfahrungen in anderen westlichen Industrieländern zeigen, daß die verbindliche Limitierung des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens durch Globalbudgets zur *Ausgabenkontrolle* im Gesundheitswesen wahrscheinlich unvermeidbar sind. Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind durch die Mechanismen von Angebot und Nachfrage nicht kontrollierbar. Die Länder mit erfolgreicher Ausgabenkontrolle operieren mit ähnlichen Instrumenten (Evans 1997; White 1995), womit allerdings noch nichts über die Versorgung gesagt ist.[1] Die Frage stellt sich also nicht, *ob* ein Globalbudget angebracht ist, sondern *wie* es bemessen und vorgegeben wird. Zur Debatte steht im folgenden die im Gesetzentwurf zur »GKV-Gesundheitsreform 2000« vorgesehene Ausgabenbindung an die Beitragseinnahmen der GKV, also die beitragspflichtigen Löhne, Gehälter und Sozialeinkommen (ausführlich s. § 142, SGB V; Gesetzentwurf 1999: 26f., 94 f.).

Die finanziellen Mittel für die medizinische Versorgung sollen strikt an eine gesamtwirtschaftliche Verteilungsgröße gebunden werden, nicht an – wie auch immer ermittelte – gesundheitspolitischen Bedarfs- und Zielgrößen, nicht einmal an das Wachstum des gesamtwirtschaftlichen Reichtums, gemessen mit dem Bruttoinlandsprodukt.[2] Mit der Einnahmebindung werden die GKV-Ausgaben unmittelbar abhängig:

1. vom Arbeitsmarkt; die Summe aller Arbeitseinkommen ist das Produkt von Lohnhöhe und Beschäftigung. Die hohe, seit Mitte der 70er Jahre im Trend steigende Zahl der Beschäftigungslosen senkt die verfügbare Lohnsumme zum einen direkt[3] und zum anderen indirekt, da ein Überangebot auf den Arbeitsmärkten (»Reservearmee«) auch unter sozialstaatlichen Bedingungen die Lohnhöhe drückt;
2. von den politisch-ökonomische Kräftekonstellation zwischen Gewerkschaften auf der einen und den privaten und öffentlichen Arbeitgebern auf der anderen Seite. Je weniger erfolgreich (bzw. je bescheidener und gemäßigter) die Gewerkschaften bei ihren Tarifabschlüssen sind, desto weniger Mittel werden der medizinischen und pflegerischen Versorgung zur Verfügung stehen. Der »Hartmannbund« beispielsweise würde im Sinne dieser Ökonomik rational handeln, wenn er IG Metall und ÖTV in ihren Tarifkonflikten nach Kräften unterstützte. Eine Frage der Kräftekonstellationen sind auch die politischen

Manipulationen an der Rentenformel. Die geplante Aussetzung der Nettolohnbezogenheit der Renten senkt die GKV-Mittel um ca. 2,4 Mrd.[4]; und

3. von der Wirtschaftskonjunktur, durch die die Restriktivität kurzfristig gemildert oder verstärkt werden kann, falls Löhne und Beschäftigung sich prozyklisch entwickeln.

Die hohe Abhängigkeit der Einkommensverteilung vom Arbeitsmarkt und die mittelfristig absehbare Persistenz eines hohen Arbeitskräfteüberangebotes[5] machen es sehr wahrscheinlich, daß die derzeitigen Komponenten der GKV-Einnahmen als Anteil am Sozialprodukt auf absehbare Zeit ihren sinkenden Trend (ggf. zyklisch unterbrochen) beibehalten werden. Anders ausgedrückt: Das quantitative Versorgungsniveau muß also bei Arbeitslosigkeit, schwächeren Gewerkschaften und schlechter Konjunktur sinken. Die gesetzliche Norm der Bedarfsorientierung wird demzufolge hinter die Norm der Beitragssatzstabilität zurückgestellt.

Ein gravierender Punkt kommt hinzu: Die Koppelung öffentlicher Ausgaben an objektiv vorgegebene Wirtschaftsdaten ist ein Verfahren, mit dem die Gestaltung eines (weiteren) relevanten gesellschaftlichen Sektors demokratischen Entscheidungsprozessen entzogen wird. Das ist nicht interessenneutral, denn die Verwandlung demokratisch verantwortbarer Lebensprobleme in Anhängsel an die Wirtschaftsentwicklung verbirgt, daß der Umfang und in vieler Hinsicht auch die Qualität sozialstaatlicher Dienstleistungen vom sozialpolitischen Bedarfsziel abgekoppelt werden. In diesem Kontext nehmen auch alle Steuerungsnormen und -anreize in der medizinischen Versorgung letztlich den Charakter von Hebeln an, die dafür sorgen, daß Gebote der wirtschaftlichen Umverteilung und sozialen Polarisierung schließlich auch am Krankenbett und in der Arztpraxis gegenüber den Patienten exekutiert werden.[6] Die Überformung tendenziell aller fachlichen und ethischen Entscheidungsmotive durch die Imperative der gegenwärtig dominierenden ökonomischen Doktrin wird auf diese Weise im gesamtwirtschaftlichen Maßstab vorangetrieben.

Selbstgebautes konzeptionelles Gefängnis

Seit 1977 fordert das Gesetz »Beitragssatzstabilität«. Die Vorgänger der »rotgrünen« Koalitionsregierung waren jedoch klug (oder auch schwach) genug, sie nicht auch um jeden Preis umzusetzen. Schon am Tag der Veröffentlichung des Gesetzentwurfes war erkennbar, daß sich die Reformstrategen mit der Festlegung auf diese Einnahmebindung in

ein selbstgebautes konzeptionelles Gefängnis gesperrt haben, aus dem nur Verliererstraßen hinausführen; entweder:

- wird man mit dem einnahmeorientierten Globalbudget bereits im Gesetzgebungsverfahren scheitern oder
- es wird sich als undurchführbar erweisen oder
- seine Durchführung wird so viel und so nachhaltig für Unzufriedenheit sorgen, daß die politischen Kosten für die gegenwärtige Regierung untragbar werden.

Würde der Bundesrat das einnahmeorientierte Globalbudget zu Fall bringen, so wendete er damit letztlich auch politischer Schaden von der Koalition ab.[7] Denn die im Erfolgsfall geschaffene Realität wäre für viele Menschen ein weiteres, alltäglich erfahrbares Zeugnis »real existierender« Sozialpolitik des Regierungs- und Koalitionspersonals.

Wer bei gegebenen Versorgungs- und Machtstrukturen im Gesundheitswesen ohne gravierende Verschlechterungen sparen will, braucht paradoxerweise dazu erst einmal Geld und Zeit. Diese Einsicht bedeutet nicht einfach »mehr Geld ins System«, sondern meint vielmehr, das Globalbudget müsse ein in Zahlen ausgedrücktes inhaltliches Zukunftskonzept für das Gesundheitswesen sein, das einen relevanten Teil der Ausgaben explizit für Verwendungen festlegt, die das System tatsächlich auch in die gewünschte Richtung verbessern. Das betrifft alle Systemebenen:

- *»input«:* z.B. bessere Qualifikationen, gut evaluierte Technologien, anspruchsvoll zertifizierte Krankenhäuser und Arztpraxen etc;
- *Strukturen:* z.B. höhere Grade der Integration über das gesamte Interventions- und Versorgungssystem (d.h. von der Prävention bis zur Rehabilitation) zu regionalen, problemorientierten Versorgungs- und Interventionssystemen;
- *Prozesse:* z.B. rationale Organisation von Leistungsprozessen und Behandlungsketten, die an empirisch ermittelten »outcomes« orientiert sind und von dort ein verbindliches »feedback« erhalten, kurz gesagt, die sich für ihren Beitrag zur Gesundheit tatsächlich verantworten müssen.[8]

Auf allen Ebenen fehlt es noch an fundamentalen Voraussetzungen, beispielsweise einer Informations-Infrastruktur, einer energisch vorangetriebenen Outcomes-Forschung, der Entwicklung von Feedback-Systemen, Modellen neuer Arbeitsteilungen und Kooperationsformen, Beseitigung von rechtlichen Hindernissen wie z.B. der gegenwärtigen Form des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen[9] usw.

Mit der strikten Bindung der Finanzen an die – als Anteil am Sozialprodukt tendenziell sinkenden – Lohn- und Sozialeinkommen würden

die Wege, die erst über Investitionen in Zeit und Geld zur Verbesserung führen, weitgehend abgeschnitten. Die Gefängniskonstellation besteht darin, daß genau das Kriterium, an dem man sich primär messen lassen will, nämlich das der Beitragssatzstabilität, verhindert, daß die Reformelemente, die als (investive) Anstöße in Richtung eines verbesserten Gesundheitswesens gewertet werden könnten, überhaupt realisiert werden können. Die jährliche Anbindung an die Einnahmen lassen – von kurzen Zeiten der Hochkonjunktur abgesehen – de facto nur solche Maßnahmen zu, die unmittelbar und kurzfristig zu Kosteneinsparungen führen.

Wirtschaftlichkeitsreserven – wer trägt das Risiko?

Die implizite Begründung des geplanten Globalbudgets lautet: die Begrenzung der Ausgaben auf die Einnahmen führt nicht zur Leistungsverschlechterung, da die reduzierten Zuwachsraten durch erhöhte *Wirtschaftlichkeit*, die Kürzung von Überflüssigem, Stillegung von Überkapazitäten (Krankenhäuser und Personal) ausgeglichen werden. Die Reform ermögliche dies durch verschiedene strukturelle Veränderungen (z.B. Integration), verbesserte Informationsinfrastruktur (z.B. Ermittlung und Auswertung neuer Daten) und die Krankenhausfinanzierungsreform (Monistik, Kassenkompetenz, Fallpauschalen in den Krankenhäusern). Kurz gesagt: Der Druck führe zu höherer Wirtschaftlichkeit und nicht zur schlechteren Versorgung.

Zunächst zum Begriff der *Wirtschaftlichkeit*. Korrekt gebraucht, meint er eine möglichst günstige Beziehung zwischen Nutzen und Aufwand. Im Zähler stehen Leistungsumfang und Qualität und im Nenner Kosten bzw. Ausgaben.[10] In keinem Fall können also zwei Produkte (bzw. zwei Zeitpunkte bei einem Produkt) auf ihre Wirtschaftlichkeit (oder »Effizienz«) hin verglichen werden, wenn man über die Qualität nichts weiß. Ebenso kann man über die Folgen von Ausgabenänderungen auf die Wirtschaftlichkeit nichts sagen, wenn nichts über die empirischen »Tradeoffs« zwischen Kosten und Qualität bekannt ist bzw. über die diesbezüglichen Anpassungsprozesse, die man realistischerweise zu erwarten hat.

Wenn man aber sieht, daß auf keiner der oben genannten Ebenen verbindliche Qualitätsnormen festgelegt werden, muß man damit rechnen, daß globaler Finanzdruck nicht auf größere Wirtschaftlichkeit, sondern Aufwandsminimierung hinauslaufen wird. Bislang existiert definitiv kein praktikables System öffentlicher Qualitätskontrolle, das auch nur annähernd in der Lage wäre, die subtilen Methoden zu verfolgen, mit denen bei so komplexen Dienstleistungen wie den medizinischen, betriebliche Kosten an Patienten und Öffentlichkeit weitergereicht werden

können. Die Situation im deutschen Gesundheitswesen läßt derzeit, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, weder die Identifizierung und Beobachtung noch die Sanktionierung von Risikoselektion, Leistungs- und Qualitätsreduzierung zu. Wenn beispielsweise monetäre Kosten (z.B. Schmerztherapie) in nichtmonetäre (z.B. vermeidbare Schmerzen) überführt werden, erscheint die Produktion »wirtschaftlicher«. In diesem realen Kontext kann es im Wettbewerb weder um Qualität noch um Wirtschaftlichkeit, sondern nur um Ausgaben gehen, so daß der *billigste* Anbieter als der *beste* erscheint.

Mit der Kombination von Budget und Wettbewerb möchte man Überkapazitäten[11] »zurückbauen« bzw. »abstrukturieren« (Knieps, AOK). Da man nur die Ausgaben eines Krankenhauses und weder Kosten noch Qualität kennt, können im Wettbewerb der Krankenhäuser um die Gunst der Krankenkassen, denen durch die Reform mehr Gewicht im Krankenhaussektor zukommen soll(te), auch nur die betrieblich anfallenden Ausgaben in Frage kommen, die Billigsten werden überleben. Bei der Anhörung im Deutschen Bundestag sagte der Sprecher der Angestelltenkrankenkassen, Rebscher: »Wir produzieren – verzeihen Sie bitte das harte Wort – einen perversen Wirtschaftlichkeitsbegriff. Der heißt nämlich in Zukunft, wirtschaftlich ist der, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen frei zu halten, denn dann ist er innerhalb des Budgets.« (Ausschuß für Gesundheit, 29. Sitzung)

Ohne inhaltliche Zielvorstellungen, die sich auch in den Gewichtungen eines Globalbudgets niederschlagen, und ohne verbindliche – wenigstens auf der Input- und Prozeßebene (Personal, Wissen, evaluierte Richtlinen, Patientenschutz etc.) definierbare – qualitätssichernde Normen bleibt die sogenannte Gesundheitspolitik weiterhin auf der quantitativen Ebene von »Mehr« oder »Weniger« statt auf der *qualitativen* des »Wozu« und »Wie«.[12]

Selbst unter der (nicht eben realistischen) Annahme, die vorgesehene Reform von Strukturen, Informationen und finanziellen Anreize würden tatsächlich die Ausgaben auf dem Pfad der beitragspflichtigen Lohn- und Sozialeinkommen halten, wird man dafür einen erheblichen *Zeitbedarf* von – je nach Bereich – drei bis zehn Jahren einkalkulieren müssen. Die Maßnahmen müssen zuerst umgesetzt werden und dann den erhofften wirtschaftlichen Effekt zeitigen. Die Ausgabenhöchstgrenze des Globalbudgets soll jedoch *sofort* gelten. Einer Reihe von sofort wirksamen Nicht- bzw. Unterdeckungen auf der Soll-Seite stehen also auf der Haben-Seite einige möglicherweise künftig zu erwirtschaftende Posten gegenüber.[13] Man verteilt die Früchte, bevor überhaupt mit der Pflanzung der Bäume begonnen wurde. Das erinnert an den Mann, der bei der Bank

einen hohen Kredit beantragte und als Sicherheit die Absicht hinterlegte, demnächst Lotterie spielen zu wollen.

Man mag nun einwenden, die hohen Gewinn- und Honorareinkommen im Gesundheitswesen könnten beschnitten werden, womit sich verhindern lasse, daß der starke und unspezifische Finanzierungsdruck unerwünschte Folgen nach sich ziehe. Auch dieses Argument ist nur auf den ersten Blick einleuchtend. Die Einkommen im Gesundheitswesen sind heterogen. Nicht alle Einkommen und Gewinne sind zu hoch (verglichen mit anderen Sektoren). Sie sind allerdings dort am höchsten, wo die größte Macht vorliegt. *Einkommensverteilung und Machtverteilung* liegen im Gesundheitswesen noch enger zusammen als in den marktwirtschaftlichen Sektoren der Wirtschaft. Wenn das aber so ist, wird globaler finanzieller Druck auf das System jeweils nach Maßgabe der Machtverhältnisse in und zwischen den Institutionen, Berufsgruppen und (damit auch) Leistungsarten verteilt. D.h. finanzieller Druck, der nicht ganz gezielt nach gesundheitlichen Zielkriterien ausgeübt wird, wirkt als Trendverstärker. Die bisher Reichen werden reicher, die Mächtigen mächtiger, und die Leistungsarten der relativ Reichen und Mächtigen werden relativ zu anderen Leistungsarten ausgedehnt. Zu den Verlierern werden die personalintensiven Leistungsbereiche gehören, vor allem die zeitaufwendigen und kaum rationalisierbaren Kommunikations- und Beratungsleistungen sowie qualifizierte Pflege, Betreuung und Therapien durch nichtärztliche Heilberufe etc. Das *Risiko* dieser Luftbuchungen tragen die genannten Leistungserbringer mit ihrer wirtschaftlichen Existenz und die Patientengruppen, bei denen bei Leistungszurückhaltung und -verschlechterung die geringste Gegenwehr erwartet wird (niedriger sozialer Status, hohes Alter, geringe Bildung), mit ihrer Gesundheit.

Dieses Versorgungsrisiko, dem nun die Patienten ausgesetzt sind, ist ein Resultat des – in allen westlichen Industrieländern zu beobachtenden – Übergangs zu *prospektiven Finanzierungsmethoden*, also Budgets auf allen Versorgungsebenen sowie Fall- und/oder Kopfpauschalen. Die Höhe der Bezahlung wird im vorhinein (prospektiv) festgelegt und zwar unabhängig vom dann erfolgenden tatsächlichen Ressourcenverbrauch. Damit wird das Versicherungsrisiko ganz oder teilweise auf die Leistungserbringer übertragen (auch wenn z.T. die Patientenzahl zu gering ist, um eine tatsächliche Risikogemeinschaft zu bilden). Über Gewinn und Verlust entscheidet allein die Fähigkeit des Leistungserbringers, die Kosten möglichst weitgehend unterhalb dieser Pauschalen/Budgets zu drücken. D.h. je niedriger der in Geld bewertete Ressourcenverbrauch pro Fall, Abteilung, Praxis etc. ist, desto höher der Gewinn. Daher gelten

Pauschalen (pro Fall oder pro Kopf) und Budgets als *Anreize zur Leistungsreduzierung*. Die damit konstituierte betriebswirtschaftliche Rationalität lautet: »earning more by doing less«. Während Gesundheitsökonomen nicht müde werden, auf die Existenz medizinisch nicht gerechtfertigter und überwiegend ökonomisch motivierter Überversorgung als Folge der traditionellen retrospektiven Finanzierungsmethoden zu verweisen, vergessen sie leicht, daß es nun beim umgekehrten Anreiz ebenso viele Gründe gibt, eine ökonomisch motivierte Unterversorgung als Versorgungsrisiko anzunehmen und entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Hätten die Architekten der Reform ihre Strategie einmal aus der Patientenperspektive durchdacht, wäre ihnen dieser einfache Zusammenhang nicht entgangen.

Beim derzeitigen Stand des Wissens ist es angebracht, die Defizite sowohl im Übermaß an nicht angebrachten als auch im Mangel an notwendigen Leistungen anzunehmen. Unabhängig von der empirischen Existenz von Über- und Unterkapazitäten muß bezweifelt werden, daß rein finanzielle Anreize das geeignete Instrument für Korrekturen sind. Monetäre Anreize sind zwar fähig, den Umfang bestimmter Leistungen zu verändern, aber sie sind nicht in der Lage, das Verhältnis von notwendigen zu unnötigen und schädlichen Leistungen substantiell zu verändern (Brook/Kosecoff 1988). Da der Geldanreiz gegenüber dem medizinisch Angebrachten in jeder Richtung blind ist, haben nützliche Leistungen die prinzipiell gleiche Chance, reduziert oder erweitert zu werden wie unnütze und schädliche. Inhaltliche, an Gesundheitszielen ausgewiesene Kriterien für den Abbau von Überkapazitäten und die Deckung von Versorgungslücken sucht man in der sog. Gesundheitsreform ebenso vergebens wie in den vorherigen Kostendämpfungsgesetzen. Mit den prospektiven Finanzierungsformen werden also stark wirkende Anreize geschaffen, während sich die einzelnen Patienten gegen das damit verbundene Versorgungsrisiko kaum schützen können. Patientenschutz wird jedoch erst für die Zukunft versprochen. Ebenso hätte man der Ministerin ihren PS-starken Dienstwagen mit dem Hinweis aushändigen können, die Bremsen würden in der Zukunft eingebaut. Während sie aber auf Fahrrad und Bahn umsteigen könnte, sind die meisten Patienten gezwungen, medizinische Hilfe mit diesem Risiko in Anspruch zu nehmen.

Auf weitere, größtenteils immanent vermeidbare Mängel und Fallstricke über die Konstruktion des Globalbudgets hinaus kann hier im einzelnen nicht eingegangen werden. Eine Reihe vorgesehener Veränderungen sind finanziell ungedeckt und werden den Druck der Einnahmeorientierung erheblich verstärken. Beispiele für solche (meist wünschenswerte) *Mehraufwendungen* sind die Förderung der Selbsthilfe durch die

Kassen, ambulante Soziotherapie, Patientenberatung der Kassen und Regelungen über Zahnimplantate. Auch die bei der Einführung einer »monistischen« Krankenhausfinanzierung entfallenden Länderanteile an den Investitionskosten sind größtenteils nicht gegenfinanziert.[14] Hinzu kommen absehbare *Mindereinnahmen* aus dem (begrüßenswerten) Wegfall der Fehlbelegungsabgabe der Krankenhäuser, der Abschaffung der Mindestbeiträge freiwillig versicherter Kleinrentner, der sinkenden Zuzahlungen im Rehabereich und dem Einnahmeausfall, den die beabsichtigte Aussetzung der Nettolohnanpassung bei den Renten nach sich zieht. Insgesamt erscheint eine Summe von der Größenordnung von 15 Mrd. DM auf der Soll-Seite der Bilanz, denen auf der Haben-Seite nur die vielbeschworenen *»Wirtschaftlichkeitsreserven«* stehen.[15]

Dem gesamten Konzept mit seinem sehr restriktiven Finanzrahmen fehlt insgesamt eine realistische Vorstellung darüber, was bei einer deutlichen Überschreitung zu geschehen habe. Aus dem Verzicht auf die Rückforderungen aus den in der Vergangenheit überschrittenen Arzneimittelbudgets der Kassenärzte hätte man lernen können, daß es Größenordnungen von Beträgen gibt, die man selbst mit rechtlicher Legitimation nicht, auch nicht in dem vom Gesetz bestimmten Zweijahreszeitraum, zurückfordern kann.

Finanz- statt Gesundheitspolitik

Wie alle Kostendämpfungsgesetze zuvor ist auch dieses letztlich eine auf die gesetzliche Krankenversicherung deklinierte Finanzpolitik der jeweiligen Bundesregierung. Handelte es sich um Gesundheitspolitik, so würde es sich primär auf die als zentral definierten Gesundheitsprobleme der Bevölkerung beziehen. Und darauf, die daraus abgeleiteten Notwendigkeiten der präventiven Interventionen, der Gesundheitsförderung und der medizinischen und pflegerischen Versorgung so wirtschaftlich wie möglich realisieren.

Kritiker sagen, auch nach dem Regierungswechsel sei die wirtschafts- und finanzpolitische Orientierung des Bundes eine »neoliberale« geblieben, nur konsequenter und härter. Was heißt »neoliberal«? Von der Sache her ist sie keineswegs »neo«, sondern so alt, wie es konservative und wirtschaftsliberale Dominanz in den Parlamenten moderner Industriestaaten gibt: Geht das Wachstum zurück, entstehen staatlicherseits Mindereinnahmen. Diese werden durch Steuersenkungen für Bezieher hoher Einkommen verstärkt. Die daraus resultierenden Defizite wurden im Prinzip durch Einschnitte auf der Ausgabenseite, überwiegend im Sozialstaatsbereich ausgeglichen. Damit fällt staatlich vermittelte Nachfrage

aus, das Wachstum wird – von konjunkturellen Schwankungen der globalisierten Wirtschaft abgesehen – weiter geschwächt mit der Folge weiterer Einnahmeausfälle und vergrößerter Defizite. Am Ende sind trotz bzw. wegen der permanenten »Haushaltskonsolidierung« die Staatsschulden höher als zuvor und der Staat um vieles »schlanker«, was auf deutsch heißt, daß die für die Bevölkerung relevanten Dienstleistungen (Bildung, Kultur, öffentlicher Nahverkehr, Klientenorientierung der Behörden, Justiz etc.) knapper, schlechter, privater und teurer geworden sind und zur jeweils kurzfristigen »Konsolidierung« in die Sozialkassen gegriffen wird. Vermutlich hatten die Wähler im September 1998 eher das Ende als die Forcierung einer solchen Politik im Sinn.

»Neo« ist an dieser konservativ-wirtschaftsliberalen Strategie also nicht das Politikmuster (mit ihm wurde bereits die Weimarer Demokratie zugrunde gespart), sondern allenfalls die wissenschaftsförmige Rechtfertigung. Deren Herzstück ist derzeit die »Angebotstheorie« (»supply-side economics«).[16] Mit ihr läßt sich zeitgemäß formulieren, wie die Wirtschaftspolitik aus der Perspektive des einzelnen Kapitalunternehmens aussehen soll: Löhne, Steuern und Sozialabgaben sind zu senken, staatliche Regulierung abzubauen, Tarifverträge »flexibler« zu machen etc. Indem die Mainstreamökonomie die hohe Arbeitslosigkeit, fern jeder Empirie, auf zu hohe und »unflexible« Löhne, Sozialbeiträge und Steuerbelastungen zurückführt, erscheint der permanente Verzicht auf Steuern der Unternehmen und Vermögenseigner sowie die Kürzungen im Sozialstaat nicht als Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums, sondern als Beschäftigungspolitik. Wer dagegen ist, gefährdet »Arbeitsplätze«. An anderer Stelle habe ich gezeigt (Kühn 1997), daß dieses Beschäftigungskonzept bereits seit 1982 in die Tat umgesetzt wird: die Lohnquote (incl. Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung) ist seither deutlich gesunken, die Steuerlast der Unternehmen hat sich (als Prozentsatz des BSP) halbiert, Arbeitszeitverkürzungen wurden durch hohe Produktivitätssteigerungen überkompensiert. Und während sich somit Jahr für Jahr die sogenannten Angebotsbedingungen der Wirtschaft verbessert haben, ist die Arbeitslosenquote in dieser Periode um fast das Dreifache gestiegen. Reicht dieser Großversuch, der empirisch das exakte Gegenteil des angeblich angestrebten Beschäftigungsziels erbracht hat, noch nicht aus? (Darauf komme ich weiter unten noch zurück.)

Künftiger Bedarf

Im Konflikt um das Globalbudget werden eine Reihe von Gründen angeführt, warum der vorhersehbare *Bedarf* an medizinischen Versorgungs-

leistungen künftig weiter ansteigen wird und daher nicht mit der vorgesehenen Einnahmebindung zu finanzieren sei. Hier muß man unterscheiden zwischen unsinnigen (z.B. das vor allem von Ökonomen immer wieder angeführte unbegrenzte Bedürfnis nach medizinischen Leistungen) und ernstzunehmenden Argumenten. Bei letzteren stehen zwei im Vordergrund: die sich verändernde *Altersstruktur* der Bevölkerung und der *medizinisch-technische Fortschritt*, der die Interventionsmöglichkeiten der Medizin ständig erweitere. Konzedierend, daß hier eine Reihe von Details noch empirisch aufzuklären ist, stellen sich beide Fragen unter Gesichtspunkten künftigen Bedarfs und seiner Finanzierbarkeit weit weniger dramatisch dar, als das gemeinhin angenommen wird bzw. werden soll. Da eingehende Betrachtungen zu weit führen würden, nur einige generelle Anmerkungen:

Zur »Alterung« der Gesellschaft: Der statistische Zusammenhang zwischen den Kosten der medizinischen Versorgung und dem demografischen Wandel der Altersstruktur ist mit geschätzten 0,5 - 0,8 % jährlich nicht dramatisch, vor allem nicht auf kurze und mittlere Sicht. Wenn, wie das in amerikanischen und schweizer Studien getan wurde, die Ausgaben für die medizinische Versorgung im letzten Lebensjahr ausgeklammert werden, ist der Zusammenhang nur noch sehr schwach bzw. nicht signifikant (Zweifel/Felder 1996). Sie sind zudem bei den »alten Alten« niedriger als bei den »jungen Alten« oder Jungen. Da jeder Mensch nur ein letztes Lebensjahr erlebt, müssen die Prognosen, die früher ohne diese Differenzierung errechnet wurden, noch weiter nach unten korrigiert werden.

Was meist vergessen wird: Die prognostizierte Entwicklung läßt sich durch Gesundheitspolitik beeinflussen. Es bieten sich gezielte präventive und gesundheitsfördernde Interventionsmöglichkeiten an mit dem Ziel, den Beginn der chronischen Krankheiten in immer spätere Lebensphasen zu verschieben (»compression of morbidity«). Aus der Empirie läßt sich entnehmen, daß die pessimistische These, wonach die verlängerte Lebensdauer mit schlechter Lebensqualität durch chronische Krankheiten (und hohe Behandlungskosten) bezahlt werden muß, offenbar nur für die unteren sozialen Schichten zutrifft, während die entsprechend Belastung der bessergestellten Gruppen sich tatsächlich in spätere Altersphasen verschiebt (House et al. 1990).

Zum medizinisch-technischen Fortschritt: Zu wenig beachtet wird, daß dieser nicht nur interventionserweiternde und kostensteigernde, sondern auch kostensenkende Effekte haben kann. Unstrittig dürfte sein, daß bisher erstere überwogen haben. Das ist aber nicht naturnotwendig, sondern hat politisch veränderbare Gründe. Beispielsweise gibt es keine obligatorische

Evaluation der empirisch erzielbaren Gesundheitseffekte, die Einführung neuer technischer Maßnahmen erfolgt meist nicht nur ohne ernsthafte Bewertung des Nutzen, sondern auch unkoordiniert. Gesundheitssysteme mit höherem Integrationsgrad können einen weitaus effizienteren Gebrauch vom technisch Möglichen machen. Vorhandene, aber ungenutzte kostensenkende Technologien (z.B. im Bereich von Management und medizinischer Sicherheit der Medikamentierung oder des disease management) können in einem desintegrierten System oft nicht oder nur schwer eingeführt und verbreitet werden. Solche Sachverhalte verbieten es, Erfahrungswerte aus der Vergangenheit lediglich hochzurechnen. Die gebräuchliche Nennung spektakulärer Einzelbeispiele für neue Interventionsmöglichkeiten und deren Kosten erlaubt keinerlei allgemeine Schlußfolgerungen.

Insgesamt gesehen geht der künftige Bedarf auf Wirkungsgründe zurück, die langsamer und langfristiger Natur sind und für jährliche Ausgabenveränderungen nicht ins Feld geführt werden können. Sie wären auch durchaus gesundheitspolitisch beeinflußbar.

Persönliche Dienstleistungen

Ein anderer Faktor, der sich nicht auf den Bedarf, sondern auf die *relative Verteuerung der Produktion medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen* bezieht, bleibt in der Öffentlichkeit weitgehend unberücksichtigt, obwohl er für die Konstruktion eines Globalbudgets eminent bedeutend ist.

In den westlichen Industriegesellschaften findet ein langfristiger Wandel der Wirtschaftsstruktur statt: Die öffentlichen und privaten Dienstleistungen vergrößern im Trend ihren Anteil am gesellschaftlichen Arbeitskräfteeinsatz zu Lasten der Industrie und der Landwirtschaft. Unterscheiden wir zwischen administrativen (informationellen) und personenbezogenen Dienstleistungen (Behandlung, Pflege, Beratung, Unterrichtung etc.), so erfordern letztere zunehmend mehr Arbeitskräfte im Vergleich zu ersteren. Ursache dieser Verschiebung sind die systematisch unterschiedlichen Raten der *Arbeitsproduktivität.*

Personenbezogene Dienstleistungen können mit der gesamtwirtschaftlich durchschnittlichen Produktivitätsentwicklung nicht Schritt zu halten. Wollte man beispielsweise die Produktivität eines Lehrers erhöhen, so ließe sich die Zahl der Schüler verdoppeln. Die Schulbildung würde dann zwar billiger, aber nicht »wirtschaftlicher« (effizienter), da wir es nun mit einem anderen Produkt zu tun haben. Das hängt damit zusammen, daß die »Arbeitsgegenstände« persönlicher Dienstleistungen Menschen

sind. Diese können nicht aufbewahrt, gestapelt oder standardisiert werden wie Industriegüter. In Pflege und Medizin sind sie gar krank und hilfsbedürftig, was die Restriktionen noch weiter erhöht.

Steigt nun die Produktivität eines Sektors unterdurchschnittlich oder überhaupt nicht, dann müssen in der Tendenz die *»relativen Preise«* zunehmen. Das heißt, daß eine persönliche Dienstleistung (z.B. eine Stunde Beratungsgespräch), ausgedrückt in Gütern der materiellen Produktion (z.B. Kühlschränke, Videorecorder), tendenziell teurer wird, da letztere mit immer weniger Arbeitskräfteeinsatz hergestellt werden können. Als Resultat wird durch diese Dienstleistungen ein tendenziell steigender Anteil des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens gebunden. Und wenn die Lohnentwicklung dieser Sektoren der gesellschaftlich Durchschnittlichen folgt, dann steigt auch der finanzielle Anteil am Bruttosozialprodukt.

Durch die steigenden relativen Preise könnten diese Dienstleistungen ohne sozialpolitische Umverteilung tendenziell nur einem immer kleiner werdenden Kreis von Empfängern überdurchschnittlicher Einkommen verfügbar sein. Bei Aufrechterhaltung des Ziels, alle Bürger unabhängig vom Einkommen mit medizinischen Leistungen bedarfsorientiert zu versorgen, wird der Umverteilungsbedarf also eher wachsen als abnehmen.

Es kommt darauf an zu verstehen, daß der Anteil persönlicher Dienstleistungen am Bruttosozialprodukt selbst dann steigt, wenn diese realwirtschaftlich überhaupt nicht ausgedehnt werden. Umgekehrt ausgedrückt: Soll das Nutzenniveau dieser Dienstleistungen konstant bleiben, steigen die finanziellen Aufwendungen – unter der Voraussetzung, daß die Löhne der Dienstleister sich mit dem Durchschnitt entwickeln. Zugespitzt auf unser Thema bedeutet dies: Das Gesundheitswesen stellt zwar alle Formen von wirtschaftlichen Produkten her, der Anteil an personenbezogenen Dienstleistungen ist aber weit überdurchschnittlich hoch. Wird die Ausgabensumme für personenbezogene Dienste als Geldgröße auf dem Niveau eines konstanten Anteils des gesamtwirtschaftlichen Wachstums fixiert, läßt sich der für die Aufrechterhaltung des realen Leistungsniveaus erforderliche Input auf längere Sicht nicht finanzieren, es sei denn durch Lohn-, Honorar- und/oder Gewinnverfall in diesen Sektoren.[17] Das geplante einnahmeorientierte Globalbudget der rotgrünen Koalition bleibt sogar noch unterhalb eines gleichen Anteils am Wirtschaftswachstum (BSP).

Diesen Basiszusammenhang vor Augen, läßt sich das Spektrum möglicher Wirkungen des intendierten Globalbudgets auf mittlere Sicht ohne großes Irrtumsrisiko vorhersagen:

- Reduktion von Leistungen (wobei die dominierenden Kriterien dafür nicht gesundheitlicher, sondern einzelwirtschaftlicher Natur sein werden) und/oder
- Verbilligung von Leistungen (durch Arbeitsintensivierung, Preis- und Gewinnsenkung, ökonomisch und medizinisch rationalere Gestaltung der Arbeitsprozesse) und/oder
- Abbau von Beschäftigung (Stellenverringerung tendenziell nach Maßgabe des Rückstands zur Durchschnittsproduktivitätssteigerung) und/oder
- Dequalifikation (neue Formen der Arbeitsteilung, z.B. Nichtärzte übernehmen ärztliche Tätigkeiten, Pflegehelfer übernehmen Tätigkeiten ausgebildeter Pfleger etc.).

Beschäftigung

Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (SVR 1996) schätzte 1996 die Zahl der Beschäftigten, die direkt oder indirekt mit der Herstellung und Verteilung von Gütern und Dienstleistungen der gesundheitlichen Versorgung befaßt sind, auf ca. 4,2 Millionen Personen. In den herkömmlichen Gesundheitsberufen sind 1 965 219 Millionen Personen beschäftigt, davon sind 267 187 berufstätige Ärzte, 59 211 Zahnärzte, 43 822 Apotheker und 1 586 000 »sonstige Gesundheitsberufe« wie Heilpraktiker, Masseure, Krankengymnasten, Krankenschwestern und Pfleger, Krankenpflegehelfer/innen, Sprechstunden-Helfer/innen, therapeutische Berufe etc. Hinzu kommen noch eine weitere Million Menschen bei den Zulieferern von Geräten, Medikamenten und Dienstleistungen, im Handel und in der Forschung. Die durch das Gesundheitswesen induzierte Beschäftigung in der übrigen Wirtschaft schätzt man auf 1,11 Millionen. Das sind insgesamt etwa 12 Prozent aller Erwerbstätigen.

Sowohl die grüne Ministerin als auch der sozialdemokratische Chefexperte Dreßler betonten mehrfach in Zeitungsinterviews, die Aufgabe des Gesundheitswesen läge nicht in der Beschäftigung, sondern in der wirtschaftlichen Versorgung der Krankenversicherten auf hohem Qualitätsniveau. Wer möchte dem widersprechen?

Diese Aussage zielt darauf ab, Beschäftigungsabbau im Gesundheitswesen zu legitimieren, indem man sagt: Es arbeiten hier viele Menschen, deren Arbeit nicht benötigt wird und viel kostet. Die wichtigsten Implikationen:

- Die Rhetorik der Kassenverbände und Koalitionspolitiker betont die unbedingte Notwendigkeit des Abbaus von Überkapazitäten und

Überversorgung.[18] Tatsächlich existiert jedoch zugleich Über- und Unterversorgung. Überversorgung im spezialärztlichen und medizintechnischen Bereich, Unterversorgung in kommunikativen, betreuenden Bereichen, in der Rehabilitation, der geriatrischen Betreuung und Pflege auch in der Versorgung chronisch Kranker (Diabetes, Rheuma etc.). Erforderlich sind also Umschichtungen, und zwar in ausgesprochen personalintensive Bereiche mit nur geringen Rationalisierungsmöglichkeiten. Ein Beispiel für die realökonomische Uneinsichtigkeit in diesen Zusammenhang sind die Versuche, durch Veränderungen der ärztlichen Gebührenordnung, d.h. ein rein monetäres Arrangement, eine »sprechende Medizin« zu fördern. Sprechen kann aber nicht Geld, sondern müssen Menschen. Diese benötigen dafür ein bestimmtes reales zeitliches Arbeitsvolumen. Werden die realen Personalressourcen in den Mängelbereichen und -funktionen nicht erhöht, dann können auch kommunikative Leistungen nicht erweitert werden. Zusammenfassend gesagt: Auch wenn es der Bundesregierung gelänge, wenigstens einen größeren Teil der erbrachten Leistungen und ihre Institutionen gesundheitlich bewertbar zu machen, und sich – was zu erwarten ist – dann Überkapazitäten zeigten, ließen sich genug sinnvolle und nützliche Arbeitsfelder im Gesundheitswesen entdecken und fördern, bevor man eine Umschichtung forciert, in der nutzenstiftende Beschäftigung beitragssatzwirksam eingespart, damit sinnlose Arbeitslosigkeit von der Bundesanstalt für Arbeit finanziert werden kann.

– Hier wendet die Bundesregierung in der Begründung des Gesetzentwurfes ein, gerade die »Sicherung der Beitragssatzstabilität« sei eine »wichtige *beschäftigungspolitische Voraussetzung zur Schaffung neuer Arbeitsplätze*« (Deutscher Bundestag 1999: 53). Die Behauptung, mit jährlich durchgesetzter Beitragssatzstabilität würden Arbeitsplätze geschaffen, ist bereits durch den weiter oben dargelegten Produktivitätszusammenhang widerlegt. Das exakte Gegenteil liegt auf der Hand. Das zeigt zudem eine defensive Berechnung der unterschiedlichen Beschäftigungseffekte im Gesundheitswesen und in der gewerblichen Wirtschaft. Sie ergibt für das *Gesundheitswesen* eine erheblich höhere Beschäftigungselastizität der Nachfrage[19] als in der *gewerblichen Wirtschaft*. Eine zusätzliche Milliarde DM im personalintensiven Gesundheitswesen führt hiernach zu 9212 zusätzlichen Arbeitsplätzen, während in der gewerblichen Wirtschaft (durch den angenommenen Effekt erhöhter Kosten und umgeleiteter Nachfrage) 3676 Arbeitsplätze entstehen würden. Per Saldo käme es zu einer Mehrbeschäftigung von 5536 Arbeitskräften. Ein zusätzlicher

Beitragssatzpunkt würde nach Abzug der im gewerblichen Bereich entfallenden Arbeitsplätze insgesamt eine Mehrbeschäftigung von 95 773 Personen bedeuten (SVR 1996).

– Die im vorigen Abschnitt angeführten säkularen Veränderungen haben ihre Ursache darin, daß die materiellen Produkte (selbst unter den Bedingungen permanenter Bedarfsreizung) aufgrund des technischen Fortschritts von einer permanent abnehmenden Beschäftigtenzahl hergestellt werden können. Das ist eine gute Nachricht, die lediglich dadurch einen verheerenden Klang annimmt, daß die hier nicht mehr Benötigten in anderen Bereichen keine Beschäftigung finden können. Der darin enthaltene humane »Auftrag« besteht darin, die Transformation von Industriearbeitskraft in von der Gesellschaft als notwendig und wünschenswert erachtete Dienstleistungsarbeit einerseits und in Muße und Nichterwerbsarbeit andererseits zu organisieren. Eine langfristige Aufgabe für alle gesellschaftlichen Bereiche. Die »Gesundheitsreform 2000« leistet hierzu, falls sie denn Gesetz wird, nicht nur keinen Beitrag, sondern sie verschärft das Problem. Wie es tatsächlich um die Beschäftigungsperspektiven der – übrigens nicht nach der Nützlichkeit ihrer Produkte befragten – Industriesektoren bestellt ist, beleuchtet folgende Zahl exemplarisch: Der Homepage des BMW-Konzerns (www.BMW.de) ist zu entnehmen, daß mit einem Mehrumsatz von über 8 Mrd. DM 1 512 neue Arbeitsplätze geschaffen worden sind, bezogen auf eine zusätzliche Milliarde sind das 189 Arbeitsplätze (im Vergleich das Gesundheitswesen 9 212). Um eine Million Arbeitslose zusätzlich zu beschäftigen, müßte die Automobilindustrie 5 291 Mrd. DM zusätzlich investieren, das 1,7fache des deutschen Bruttosozialprodukts von 1996. Dazu muß der Beitragssatz der GKV unbedingt stabil gehalten werden.

Strukturpolitik durch Laissez-faire

Aus den bisher skizzierten ökonomischen Zusammenhängen erwächst noch ein weiterer Effekt, und zwar für die *Binnenstruktur* des Versorgungssystems. Ob es die politischen Akteure wollen oder nicht, sie betreiben in jedem Fall *implizite Strukturpolitik*. Die Sektoren des Versorgungssystem können gedanklich nach ihren jeweiligen Anteilen an personenbezogenen, administrativen und technischen Dienstleistungen sowie industriell hergestellter Güter an ihren Gesamtausgaben differenziert werden. Gleiches kann man auch für einzelne Leistungsgruppen tun.[20]

Die Frage ist nun, wie sich die durch das Globalbudget gesetzte Knappheit auf diese Bereiche verteilt. Explizit und zeitgeistgemäß wird

eine Gewichtung durch das demokratische Parlament abgelehnt zugunsten der »Selbstverwaltung« bzw. Interessengruppen. Betont wird auch, daß unterhalb der »globalen« Ebene Flexibilität herrschen soll. Zwei Varianten erscheinen hier möglich. Entweder diese Flexibilität wird tatsächlich realisiert, dann – da der Staat bzw. die Demokratie sich heraushält – nach Maßgabe der Machtkonstellationen, oder sie wird – ebenfalls aufgrund der Machtkonstellationen, etwa durch Vetopositionen von Verliererbündnissen – blockiert. Am Ende wachsen alle Sektoren monetär mehr oder weniger mit den gleichen Steigerungsraten, nämlich denen des Gesamtbudgets.[21] Mittelfristig führen jedoch *gleiche monetäre Wachstumsraten* für alle Leistungsbereiche und -elemente zu *ungleichem realen Wachstum* und damit zu weiteren Verzerrungen der Angebotsstruktur: Die industrielle Produktion materieller Gesundheitsgüter weist die höchsten und die Erstellung personenbezogener, kommunikativer und betreuender Dienstleistungen die niedrigsten Produktivitätssteigerungen auf. Da das Produktivitätswachstum der Hersteller von Industrieprodukten (z.B. Geräte, Verbrauchsmaterial, Medikamente) höher sein kann als die des Globalbudgetwachstums, kann die Versorgung mit diesen Waren bei Beitragssatzsteigerung realwirtschaftlich sogar expandieren; die administrativen und technischen Dienstleister würden in der Tendenz wahrscheinlich ihr Niveau halten können, und der Anteil *der kommunikativen persönlichen Dienstleistungen* muß unter diesen Bedingungen abnehmen. Sobald beiden personenbezogenen Dienstleistungen das durchschnittliche Lohnwachstum mitvollzogen wird, wird das monetäre Wachstum bei gleichen Personalbestand höher sein als das Wachstum der beitragspflichtigen Lohn- und Sozialeinkommen.[22] Die somit erzwungene tendenzielle Schrumpfung der kommunikativen, pflegenden und betreuenden Dienstleistungen bei möglichem Wachstum technischer Leistungen und des Arzneimittelverbrauchs sind mittelfristig das Resultat gleicher Wachstumsraten unterhalb des einnahmeorientierten Globalbudgets. Das steht im Gegensatz zu den Prioritäten, die von Gesundheitswissenschaften und in der Politikrhetorik nahezu gleichklingend seit Jahrzehnten zu vernehmen sind.

Fazit: Die jährliche Beitragssatzstabilität ist nicht nur kein wünschenswertes, sondern auch ein *unrealistisches Ziel*. Sie enthält einen eingebauten Sprengsatz: Das Gesundheitswesen als Wirtschaftssektor schließt ein überdurchschnittlich hohes Maß an personen- bzw. patientenbezogenen Dienstleistungen ein, entsprechend *steigen* mittelfristig – wie bei den anderen persönlichen Diensten (Erziehung, Beratung usw.) – die relativen Preise. Finanzierungsgrundlage hingegen sind die beitragspflichtigen Arbeits- und Sozialeinkommen, die mittelfristig einen

sinkenden Trend aufweisen. Wenn weder die Finanzierungsbasis (durch höhere Beitragssätze) stärker in Anspruch genommen, noch andere Einnahmequellen erschlossen werden, werden – allenfalls zeitweise konjunkturell gemildert – die genannten Gegenkräfte ihr Werk tun. Entweder wird das selbstgewählte jährliche Stabilitätsziel verfehlt oder eine Reihe von Teilmomenten wie Leistungskürzungen, Selbstbeteiligung, Personalmangel in Krankenhäusern und Praxen mit daraus resultierender Unzufriedenheit, Zurückbleiben der Einkommen hinter denen des gesamtwirtschaftlichen Durchschnitts usw. sorgen für *politischen* Gärstoff.[23]

Korrespondenzadresse:
PD Dr. Hagen Kühn
AG Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
E-Mail: kuehn@medea.wz-berlin.de

Anmerkungen

1 Unter Umständen können Budgets als Ausgabenkontrolle erfolgreich sein, zugleich jedoch die Versorgung verschlechtern, z.B. wenn sie kombiniert sind mit der Vergütung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen, die bei Mengenausweitung umgekehrt proportional entwertet wird. Effekt ist, daß Ausgaben limitiert werden, aber der Wettbewerb um Anteile des Budgets verstärkt zur Mengenausweitung führt.

2 So stand es noch im Gesetzentwurf der SPD zur Seehoferschen Reform von 1996/97.

3 Die Lohnsumme verringert sich auch, wenn sich Umschichtungen zwischen abhängig Arbeitenden und Selbständigen zulasten ersterer ergeben. Die ausufernde Zahl der Scheinselbständigen schränkt – wenn diese nicht freiwillig Versicherte der GKV bleiben – also die finanziellen Ressourcen der GKV zusätzlich ein.

4 Auch dies ist im Gesetzentwurf nicht finanziert.

5 In mancher Hinsicht wäre hier der Begriff »Unternachfrage« angebracht.

6 Von »Mit-Regierungspolitikern posierenden Sozialwissenschaftler(n)« (Narr 1999) wurde mir auf den Einwand der Ent-Demokratisierung versichert, anders lasse sich das nicht machen, da »der Staat« ja bekanntlich aus der »Steuerung« herausgehalten werden müsse.

7 Da allerdings Unglücksfälle, die möglich sind, meist auch passieren, muß damit gerechnet werden, daß der Vermittlungsausschuß den absehbaren Schaden eher noch vergrößert.

8 In den USA wird der Anteil der medizinischen Leistungen, die sich wissenschaftlich im Hinblick auf ihre outcomes bewerten lassen, auf nicht mehr als 30 Prozent geschätzt. Im deutschen System dürfte – nach meiner vergleichenden Vermutung – dieser Anteil noch darunter liegen. Aber selbst da, wo empirisches Wissen vorliegt,

müssen sich die Leistungserbringer nicht daran messen bzw. zur Verantwortung ziehen lassen.

9 Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte – um Mißverständnisse zu vermeiden – m. E. keineswegs abgeschafft werden, jedoch darf er nicht weiterhin *mißbraucht* werden können, um bestimmte überkommene *Formen* ärztlicher Strukturen sicherzustellen.

10 Genau genommen brauchte man zum Vergleich von Wirtschaftlichkeiten die empirischen Informationen über den Nutzen in Form des tatsächlichen Beitrags zur Lebensqualität und über Kosten unter Einschluß aller monetären und auch nichtmonetären Kosten. Das Nichtvorliegen solcher Informationen kann aber keinesfalls dazu legitimieren, Billigkeit mit Wirtschaftlichkeit gleichzusetzen.

11 Sieht man einmal von der dürftigen empirischen Basis ab, auf der diese Behauptungen hierzulande aufgestellt werden, und konzediert Überkapazitäten und Überversorgung (die es allerdings zu spezifizieren gälte), dann müßten diesen die zugleich bestehenden – und ebenfalls zu beseitigenden – Unterkapazitäten, Unterversorgungen und Fehlversorgungen gegenübergestellt werden. Tatsächlich werden jedoch Einsparungen aus dem Abbau von Überversorgung in die Bilanz gestellt, ohne daß auf der Soll-Seite auch die voraussichtlichen Kosten zu beseitigender Unterversorgung stehen. Hier fehlt es bereits an fundamental notwendigem Wissen. Warum werden kaum Studien durchgeführt, mit denen die Angemessenheit der Behandlung chronisch Kranker oder geriatrischer Patienten beurteilt werden kann? Will man es nicht wissen?

12 Die Rhetorik spricht von »weiterhin hoher Qualität der Versorgung«. Grundlage dieser Behauptung ist Nichtwissen, durch das sie nicht belegt und nicht bestritten werden kann. Bisher haben weder Politiker noch Selbstverwaltung dafür gesorgt, daß Versorgungsqualität gemessen und verglichen werden kann, daher kann jeder noch alles behaupten. Ob die Verantwortlichen jedoch auf die Dauer der Kraft ihrer unbewiesenen Behauptungen vertrauen können, scheint fraglich. Es gibt die realen Erfahrungen Betroffener und ihrer Angehörigen. Das amerikanische National Committee for Quality Assurance demonstriert neuerdings, daß Zufriedenheit der Patienten und objektive Qualitätsindikatoren über einen längeren Zeitraum miteinander korrelieren (s. http://www.ncqa.org). Niemand wird es also beweisen können, aber viele werden es sinnlich erfahren, wenn Qualitätsverschlechterung und Demoralisierung um sich greifen und sich in den Wahrnehmungen der Bürger in entsprechender Unzufriedenheit niederschlagen.

13 Die Prozesse in der medizinischen Versorgung sind so komplex und interdependent, daß die Prognose künftiger Einsparungen als Resultat bestimmter Maßnahmen nur sehr eingeschränkt und mit großer Unsicherheit möglich ist.

14 Zur monistischen Krankenhausfinanzierung s. den Beitrag von Michael Simon in diesem Band.

15 Hinzu kommen noch *technisch-administrative Fehlleistungen* wie die Erstellung eines »landesweiten Gesamtbetrages« für das Krankenhausbudget, zu dessen Einhaltung die Kassen mit jedem einzelnen Krankenhaus zeitgleich und »online« Verhandlungen führen müßten und das daher Beschneidungen nach der Rasenmähermethode erwarten läßt.

16 »Angebotstheorie« ist ein Gegenbegriff zur keynesianischen Wirtschaftspolitik, die nachfrageorientiert ist. Keynes hatte nachgewiesen, daß es ein wirtschaftliches Gleichgewicht bei unterausgelasteten Fabriken und dauerhafter Arbeitslosigkeit geben kann, wenn die erzielten Einkommen nicht in voller Höhe wieder als Nachfrage verwendet werden. Dem Staat wachse daher die Aufgabe zu, diese Nachfragelücke zu schließen. Die neoliberalen Angebotstheoretiker stellen die

Kapitalverwertungsbedingungen eines einzelnen Unternehmens (aus dessen Sicht die Löhne Kosten sind, die keine spürbare Nachfragewirkung zeitigen) ins Zentrum und negieren die Kreislaufzusammenhänge der Gesamtwirtschaft. Wenn nur die Löhne und Steuern niedrig genug sind, werden Produkte und Arbeitskraft verkauft werden können. Falls die Empirie das nicht zeigt, dann sind die Löhne und Steuern eben noch nicht genug gesunken. Diese Argumentation schmeichelt dem marktgesellschaftlich erlernten »gesunden Menschenverstand« und hat außerdem den Vorzug völliger Empirie- und Kritikresistenz.

17 Daß die Angleichung der Gehälter von Krankenhausangestellten an die Steigerung der Bundes-Angestellten-Tarife bereits unausweichlich durch eine einnahmeorientierte Budgetierung entweder nicht oder nur bei Beschäftigungsabbau finanzierbar ist, kann durchaus in diesem Zusammenhang gesehen werden.

18 S. Anmerkung 11.

19 D.h.: wieviel Beschäftigung kann eine zusätzliche Nachfrageeinheit in verschiedenen Sektoren einkaufen?

20 Beispielswiese ärztliche Leistungen, die an technisches Personal delegierbar sind, und nichtdelegierbare ärztliche Leistungen.

21 Für die Binnenverteilung im Krankenhaussektor, des vorgesehenen landesweiten Gesamtbetrages, wird von Experten überwiegend eine gleiche Steigerungsrate prognostiziert.

22 Die Renten (und damit auch die Beiträge der Rentner) werden z.B. definitiv nicht an die Brutto-, sondern an die (bislang geringer ansteigenden) Nettolöhne angepaßt, nach der vorgesehenen Rentenreform nicht einmal mehr das.

23 Den massiven Versuchen, mit der Behauptung ihrer künftigen Nichtfinanzierbarkeit der solidarischen Krankenversicherung den Garaus zu machen, indem sie auf eine »Grundsicherung« reduziert wird mit dem faktischen Zwang zum Abschluß einer privaten Zusatzversicherung, wird durch die eingeschlagene Kostendämpfungsstrategie ohnehin der Boden bereitet.

Literatur

Ausschuß für Gesundheit [des Deutschen Bundestages] (1999): 29. Sitzung am Mittwoch, 22.09.1999, unkorrigierte Version [des Protokolls]

Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H. (1999): Das Märchen von der Kostenexplosion, 3. Aufl. Frankfurt a.M.: Fischer TB

Brook, R.H.; Kosecoff, B. (1988): Competition and Quality, Health Affairs, Summer 1988, 150-161

Deutscher Bundestag (1999): Drucksache 14/1245 v. 23. Juni 1999: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen

Evans, R.G. (1997): Going for Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. Journal of Health Politics, Policy and Law 22, 427-465

House, J.S. et al. (1990): Age, Socioeconomic Status, and Health. The Milbank Quarterly 68, 383-411

Kühn, H. (1985): Soziale Sicherheit und »angebotsorientierte Wirtschaftspolitik«. WSI-Mitteilungen 38, 94-102

Kühn, H. (1997): Gesundheitspolitik für den »Standort Deutschland«: Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen. Jahrbuch für Kritische Medizin 28, 15-32

Kühn, H. (1998): Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken. Sozialer Fortschritt 47, 131-136

Narr, W.-D. (1999): Gegenwart und Zukunft einer Illusion: Rotgrün und die Möglichkeiten gegenwärtiger Politik, Prokla 116, 351-375

Purdum, T.S. (1999): California to set level of staffing for nursing care, New York Times v. 12. Oktober 1999

Rosenbrock, R. (1999): Das Globalbudget – Chancen und Risiken für die Versorgungsqualität. Die Krankenversicherung 51, 174-179

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Sondergutachten: Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Baden-Baden: Nomos

White, J. (1995): Competing Solutions: American Health Care Proposals and International Experience, Washington, D.C.: Brookings Institution

Zweifel, P.; Felder, S. (Hg.) (1996): Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses, Bern u. Stuttgart: Haupt