

Editorial: Gesundheitsmärkte in der Perspektive des Gesundheitsstrukturgesetzes

Wenn dieses Editorial erscheint, wird sich die nun erweiterte Bundesrepublik auf dem ungewissen Weg einer wirtschaftlichen Abwärtsentwicklung befinden. Niemand kann heute ahnen, ob es sich lediglich um eine – durch den Vereinigungsboom verzögerte – zyklische Krise mit baldigem Aufschwung handeln wird oder um tieferegreifende Erschütterungen der Weltwirtschaft. Bei unverändertem politischen Status quo steht aber eines bereits heute fest: der einigermaßen egalitäre Charakter der medizinischen Versorgung, die mit ihrer Kombination von privatwirtschaftlichem Angebot und sozialpolitisch organisierter Finanzierung dem Modell des »sozialverträglichen« Kapitalismus der BRD entsprach, wird am Ende gründlich demoliert sein.

Das absehbare Szenario könnte etwa so skizziert werden: Die Steuereinnahmen des Staates gehen drastisch zurück, während seine Aufgaben wachsen. Die GKV-Finzen werden noch härter getroffen: Die wachsende Reservearmee von Arbeitslosen und unsicher Beschäftigten drückt verstärkt auf die rückläufige Lohnquote, während das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) die großen Ausgabenblöcke mit der »Deckelung« fest an die Lohnentwicklung geschmiedet hat. Das läßt die antisozialstaatliche Idealkonstellation entstehen: das »Diktat der leeren Kassen«.

Nicht wenige unserer Leser werden in den vergangenen Monaten frohlockt haben, als sich nach dem CDU-SPD-Kompromiß zum GSG abzuzeichnen schien, daß dieses Mal auch Kassenärzte und Gesundheitsindustrie Federn lassen müssen. Zumindest perspektivisch ist es aber so schlecht nicht bestellt um Honorare und Gewinne. Das Spannungsverhältnis zwischen dem Kapital, dem das Gesundheitswesen Kosten bereitet (es sei denn es ist auf den Gesundheitsmärkten selbst engagiert) auf der einen sowie der mittelständischen Ärzteschaft und den großen Krankenhausträgern auf der anderen Seite, hat nämlich keineswegs zum Bruch dieses gesellschaftspolitischen Bündnisses geführt. Das GSG markiert mit der Einführung prospektiver Finanzierungsmodelle lediglich den Beginn neu entstehender Spielregeln, nach denen sich diese ökonomischen Interessen nicht mehr konträr gegenüberstehen. Sie können sich – in der Tendenz – gemeinsam auf Kosten der Sozialversicherten schadlos halten. Die Rolle der etablierten Parteien bestand darin,

diese Regeln zu entwickeln und einzuführen, auch wenn das den »Akteuren« nicht einmal aufgefallen sein sollte. Die pharmazeutische und medizintechnische Industrie scheint sich ohnehin nicht beeinträchtigt zu fühlen. Geld ist bekanntlich »ein scheues Reh« und die Börsenkurse zeugen von unerschüttertem Vertrauen in die neuen Bedingungen. Von schmerzlichen Umstellungsverlusten abgesehen, wird das modifiziert auch für die Krankenhausträger, Chef- und Kassenärzte gelten.

Was verändert sich bis zum Jahr 2000 für die Krankenhäuser, die nun Gewinne erzielen müssen, nach allmählichem Übergang zur »prospektiv« gestalteten Finanzierung? Der bisherige wirtschaftliche Anreiz zur Überversorgung (nach Krankenhaustagen) verwandelt sich mit den Fallpauschalen in einen Anreiz zur Unterversorgung. Bei prospektiv fixierten Preisen pro definiertem Fall kann und muß ein Gewinn dadurch erzielt werden, daß der Aufwand pro »Fall« so niedrig wie möglich gehalten wird. »Erfolgsgebundene« Chefarzteinkommen werden ein Übriges tun. In eine ähnliche Richtung wird es in den neunziger Jahren auch bei den Arzthonoraren gehen, wenn Komplexhonorare eingeführt werden. Auch dann vermindert sich ja nicht die wirtschaftliche Interessiertheit der Anbieter, sie wird lediglich umgepolt. Kann man heute sein Einkommen durch Leistungsausweitung erhöhen, so wird man das gleiche Ziel künftig durch deren Einschränkung verfolgen. Das GSG ist nur ein Anfang.

Die Kosten der GKV werden freilich wieder weitersteigen, sobald die »Deckelung« beseitigt und die Anbieter gelernt haben, diese neuen Spielregeln zu beherrschen. Dann wird die Stunde des »Subsidiaritätsprinzips« gekommen sein. Wie Seehofer bereits ankündigt, wird man versuchen, die GKV durch Streichungen und Selbstbeteiligung auf eine Art von Mindestsicherung zu stützen und dem Versicherungsgewerbe einen breiten Raum für Angebote der »privaten Vorsorge« zu geben. Das führt den Anbietern einen großen Kundenkreis privatversicherter Patienten zu, was es vielen leichter machen wird, ihre ethischen Bedenken auszuräumen. Zum Ausgleich für die bis dahin zweifellos drohenden Härten wurde dem Ärztestand – unter Beifall des DGB! – als bislang einziger Berufsgruppe erlaubt, sich mittels Niederlassungsbeschränkung die Konkurrenz der nachwachsenden Generation vom Leibe zu halten.

Dieser Band stellt zwei aktuelle Aspekte der Gesundheitsmärkte vor. Das ist einmal deren Ausdehnung auf die neuen Provinzen. Das gleiche System also, das heute von den Politikern aller Parteien als unhaltbar und reformbedürftig angeprangert wird, wurde erst vor

zwei Jahren dem Osten fast ohne Modifikation als das »freiheitlich gegliederte« angepriesen und übergestülpt. Der zweite Aspekt ist die derzeit schwindelerregend rasche Erschließung »innerer Märkte« durch die Individualisierung und Medizinierung von Prävention bzw. Gesundheitsförderung. Der »Fall Cholesterin« und die präventive »Abschaffung der Wechseljahre« sind sowohl für sich selbst gesehen bedeutend als auch für die Methoden der Markterschließung durch »Prävention« mittels der medizinischen Wissenschaft. Die gesundheitspolitischen Effekte der individualisierten und medizinierten Prävention bzw. Gesundheitsförderung werden an der empirischen Realität der U.S.A. geprüft. Schließlich freuen wir uns, daß wir in dieser Phase des Wandels zwei Beiträge zu den Berufsfeldern Medizin und Pflege vorstellen können.