

Franz Knieps

Kostenbremse oder Strukturreform?

Zwischenbilanz des Gesundheitsstrukturgesetzes vor weiteren Entwicklungsschritten in der gesetzlichen Krankenversicherung¹

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat zum Jahreswechsel 1993/94 seinen ersten Geburtstag gefeiert. Die Gratulanten haben dies zum Anlaß genommen, ganz unterschiedliche Bewertungen über den Jubilar abzugeben. Während der zuständige Bundesgesundheitsminister Seehofer, zusammen mit der SPD in Bund und Ländern der Erzeuger des von vielen ungeliebten Kindes, die Krankenversicherung wieder gesundschrieb, urteilen andere politische Akteure, wie der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion und ehemalige Vorsitzende der Enquete-Kommission »Strukturreform der GKV« Klaus Kirschner, eher zurückhaltend, da die eigentlichen strukturellen Erneuerungen des GSG noch gar nicht wirken. Diejenigen, die bei Seehofers Spiel über die Bande zu kurz gekommen sind, flüchten sich in die Zukunft und machen schon jetzt Pläne für das nächste Kind, das dann endlich marktwirtschaftlichen Prinzipien im Gesundheitswesen zum Durchbruch verhelfen sollen. Die aktuelle Diskussion um die Wirkungen des GSG, die strategischen Vorentscheidungen für einen nächsten Reformschritt im Gesundheitswesen und die taktischen Winkelzüge im Superwahljahr 1994 verdienen es, näher analysiert zu werden, damit es nicht in naher Zukunft zu einer Todgeburt in der Gesundheitspolitik kommt.

Das GSG – Politischer Ausreißer oder Trendsetter?

Während das GSG überwiegend als gelungenes und weitgehend unerwartetes Ergebnis eines lange nicht mehr für möglich gehaltenen Konsenses zwischen Bund und Ländern, Regierung und Opposition gelobt worden ist², hat die organisierte Lobby der am Gesundheitswesen Verdienenden den Verlust ihres traditionellen Einflusses auf die Gesundheitspolitik bis heute nicht verwunden. Für eine umfassende Bewertung der Wirkungen des Gesetzes ist es ein Jahr nach Inkrafttreten zu früh, doch lassen sich im Gesetz selbst und bei dessen Umsetzung Trends erkennen, die »Kontinuität durch Wandel«³ signalisieren.

Für eine Akzentuierung gesundheitspolitischer Trends gilt es festzuhalten, daß das GSG wie die zahlreichen Reparaturgesetze in der Krankenversicherung seit Mitte der siebziger Jahre⁴ keinem einheitlichen Steuerungskonzept folgt. Es enthält ebenso marktwirtschaftliche Elemente wie administrative Leitentscheidungen. Es beseitigt keineswegs die Verantwortung der Selbstverwaltung, sondern stärkt deren Steuerungskompetenz, in der Regel auf Landesebene. Die Neuordnung längst antiquierter Leitungsstrukturen bei den Krankenkassen, bei der die deutsche Unternehmensverfassung mit Aufsichtsrat und Vorstand Pate gestanden hat, soll vielmehr die Voraussetzung für wirtschaftliches und innovatives Handeln der Kassen bieten.

Das GSG liegt im Trend, wenn es problem- und bereichsbezogene Steuerungsinstrumentarien etabliert, die sich weniger an der reinen Lehre der Ordnungspolitik als an den konkreten Problemen und Mißständen in einzelnen Versorgungsbereichen orientieren⁵. Das GSG liegt auch insoweit im Trend, als es die globale Verantwortung des Staates für politische Grundziele wie Verteilungsgerechtigkeit, Solidarprinzip oder Beitragssatzstabilität deutlicher herausstellt. Das Gesetz ist auch eine Reaktion darauf, daß die Beteiligten ohne staatliche Rückendeckung Effektivität und Effizienz der Versorgung nicht gewährleisten können. Globale Budgets, präzisere gesetzliche Vorgaben und wirksame Konfliktlösungsmechanismen für die gemeinsame Selbstverwaltung, staatliche Genehmigungsvorbehalte, Verordnungsermächtigungen und die Androhung von Ersatzvorhaben zeigen, daß der Staat nicht länger gewillt ist, Blockadepositionen von Leistungserbringern bei der Umsetzung von Rechtsvorschriften hinzunehmen. Es hatte sich ja in den letzten Jahren geradezu als Kultur herausgebildet, daß viele Akteure im Vorfeld neuer gesetzgeberischer Maßnahmen als eigenen Beitrag anboten, das längst geltende Recht umzusetzen⁶.

Trotzdem hat der Gesetzgeber im GSG der Selbstverwaltung nicht den Garaus gemacht, sondern speziell im Vertragsbereich die politischen Möglichkeiten erweitert. Allerdings werden die Freiheit der Selbstverwaltung beschnitten, nichts zu tun. Während das Recht der Leistungserbringung erheblich umgestaltet worden ist, bleibt die Beziehung von Versicherten zu Leistungserbringern und Krankenkassen weitgehend stabil. Nur die Stellung des Patienten beim Zahnarzt wird deutlich verbessert. Damit offenbart sich ein neuer Trend im GSG. Wer die Spielregeln des Systems verletzt, muß die Bestrafung durch den Gesetzgeber erwarten. Die Politik läßt sich nicht

länger von den Einkommensinteressen gutverdienender Kleingruppen leiten, sondern holt das Gemeinwohl aus dem Exil zurück. Die Blockadepolitik gut organisierter Interessengruppen, die bisher jeden Reformversuch erstickt hatte, wurde mit dem GSG erstmals überwunden. Heute, knapp eineinhalb Jahre nach Lahnstein, hält der Konsens noch immer, wie Bemühungen um eine einvernehmliche Verabschiedung eines GKV-Anpassungsgesetzes dokumentieren. Eine solche Einigkeit trotz des anstehenden Wahlmarathons wird sicherlich auch dadurch gefördert, daß die für 1993 erwarteten Wirkungen des GSG eingetreten sind.

Die Inhalte des Gesundheitsstrukturgesetzes⁷ lassen sich grob vereinfacht vier Gruppen von Maßnahmen zuordnen:

1. Sofort wirksame Kostendämpfungsmaßnahmen
2. Kurzfristig wirkende Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern
3. Mittelfristig wirkende Ansätze zur Umgestaltung der Leistungserbringung
4. Mittel- und langfristig wirkende Innovationen zur strukturellen Erneuerung des Gesundheitswesens

1993 – Das Jahr der Vollbremsung

Eine Bilanz der Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung Ende 1993 zeigt, daß vor allem das Durchtreten der Kostenbremse im GSG erfolgreich gewesen ist. Die gesetzlichen Krankenkassen, die im Jahr 1992 noch ein Defizit von rund 9,4 Milliarden DM ausweisen mußten, erzielten 1993 einen Überschuß von rund 10,2 Milliarden DM. Der durchschnittliche Beitragssatz fiel zur Jahreswende 1993/94 in den alten Bundesländern leicht von 13,4 auf 13,35 %. Dagegen hat sich das Beitragssatzniveau in den neuen Ländern von 12,74 % auf 12,97 % erhöht und ist damit weiterhin auf dem Weg zur Angleichung an die Verhältnisse im Westen. Während die beitragspflichtigen Einnahmen in den alten Ländern unerwartet noch einmal um 3,9 % im Jahr 1993 angestiegen sind, gingen die Leistungsausgaben je Mitglied dort um 1,3 % zurück. In den neuen Ländern überstieg der Zuwachs der Einnahmen mit 16,8 % den der Leistungsausgaben mit 11,8 % deutlich. Auffallend stark zurückgegangen sind in den alten Ländern die Kosten für Zahnersatz (-26,6 %), für Arzneimittel (-19,3 %) und für Heilmittel (-6,3 %). Verantwortlich dafür sind neben den üblichen Vorzieheffekten – man spricht

diesmal vom »Seehofer-Buckel« – die auf das Jahr 1991 als Referenzgröße bezogenen Budgets und die gesetzlich vorgeschriebenen Preissenkungen für Arzneimittel und für zahntechnische Produkte. Bei der Verordnung von Arzneimitteln und Heilmitteln blieben die Ärzte sogar deutlich unter dem fixierten Budget. Dagegen gelang in den anderen budgetierten Bereichen (ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitation und Prävention, Verwaltungskosten) eine Punktlandung auf dem fixierten Budget. Erhöhte Steigerungsraten sind dort zu verzeichnen, wo aus gesundheitspolitischen oder rechtlichen Gründen keine Budgetierung erfolgt ist. So nahmen die Ausgaben für Schwerpflegebedürftigkeit um 7,2 % zu. Ein besonderes Ärgernis bereitet die Zunahme der Ausgaben für Fahrtkosten um 13,9 %, da es hier deutliche Anzeichen dafür gibt, daß Rettungsdienste ihre Vorhaltekosten den gesetzlichen Krankenkassen in Rechnung stellen.

Der Rückgang der Ausgaben für Arzneimittel und für Heilmittel läßt auf ein deutlich geändertes Ordnungsverhalten der Ärzte und Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten schließen. Dies läßt sich auch über die Zeitreihe der Quartale belegen. Das von manchen befürchtete und vor allem von der pharmazeutischen Industrie herbeigesehnte Strohfeuer ist nicht eingetreten. Speziell die Entwicklung um die Jahreswende 1993/94 beweist, daß mit einer längerfristigen Veränderung der Verhaltensweisen zu rechnen ist. Erste Sondererhebungen aus dem GKV-Arzneimittelindex zeigen, daß Ärzte in der Arzneimittelverordnung auf wirkstoffgleiche, aber kostengünstigere Produkte umsteigen. Das Verordnungsvolumen geht vor allem bei therapeutisch umstrittenen Arzneimitteln zurück. Mittel zur Durchblutungsförderung, Venenmittel, Vitamine und Mineralstoffe, die seit langem im Zentrum der Arzneimittelkritik stehen, werden deutlich weniger verordnet⁸. Das Bundesgesundheitsministerium zeichnet auch bei Heilmitteln ein differenziertes Bild. Während die Verordnung von Bädern und Massagen zurückgegangen ist, wurde auf Krankengymnastik und logopädische Betreuung nicht verzichtet.

Strukturell hat die kostenbewußtere Ordnungsweise der Ärzte mit rund 3 Milliarden DM zur Ausgabensenkung von 5 Milliarden DM bei Arzneimitteln beigetragen. Eine weitere Milliarde brachten Preissenkungen und die Festsetzung neuer Festbeträge. Die letzte Milliarde ist das Ergebnis einer äußerst problematischen neuen Zuzahlungsregelung. Im Jahr 1993 galt eine nach Preisen differenzierte Zuzahlungsstaffel von 3 über 5 bis 7 DM je verordnetem

Arzneimittel. Diese wird 1994 von einer an der Packungsgröße orientierten Zuzahlung abgelöst. Auch wenn die Politik im guten Glauben gewesen sein sollte, hiermit werde eine Mengensteuerung bewirkt, so hat sie doch zwei entscheidende Nebenwirkungen übersehen. Zum einen werden mit dieser Zuzahlungsregelung chronisch Kranke überproportional belastet⁹. Zum anderen schwächt die generelle Zuzahlung die Durchschlagkraft der Festbetragsregelungen. Die Begründungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten bei Abweichung von einem zuzahlungsfreien Produkt hat die Durchsetzung der Festbeträge am Markt wesentlich beschleunigt. Dieser Anreiz fällt nunmehr weg. Man wird deshalb den Arzneimittelmarkt genauestens beobachten müssen. Die vor allem von der pharmazeutischen Industrie geäußerten Befürchtungen, die Unterschreitung des Arzneimittelbudgets führe zu Qualitätseinbußen bei der Arzneimittelversorgung, läßt sich aus Sicht der Krankenkassen nicht belegen. Nach üblichen Problemen bei der Umstellung auf das neue Recht, denen mit verstärkten Informations- und Aufklärungskampagnen begegnet wurde, gab es ab Mitte des Jahres keine Anzeichen dafür, daß das medizinisch Notwendige nicht verordnet worden ist. Doch es ist nicht zu leugnen, daß Ärzte stärker abwägen, ob in jedem Fall das neueste und häufig teuerste Medikament zu verordnen ist oder ob nicht ein eingeführtes und preiswerteres Produkt ausreichend ist. Näheren Aufschluß über das Verordnungsverhalten wird der Mitte des Jahres erscheinende Arzneiverordnungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK geben. Das veränderte Verordnungsverhalten wird in jedem Fall Anlaß sein, die Diskussion über eine rationale Arzneimitteltherapie und über die Beziehungen zwischen Krankenkassen, Ärzten, Apotheken und pharmazeutischer Industrie neu zu diskutieren. Letztere hat bei ihrem Taktieren beim Einigungsvertrag selbst die Vorlage dafür geliefert, bei der (nicht eingetretenen) Überschreitung des Arzneimittelbudgets in eine Mithaftung zu geraten. Der Lösungsansatz ist zu bestechend, um ihn für die weitere Reformdiskussion außer acht zu lassen.

Erheblichen Wirbel verursachte die Budgetierung im Bereich der stationären Versorgung. Zum Jahresende mehrten sich Berichte, daß Krankenhäuser oder einzelne Abteilungen von Krankenhäusern nicht mehr in der Lage seien, Patienten ordnungsgemäß zu versorgen. Recherchen der Administration oder der Krankenkassen ergaben allerdings keine Belege dafür, daß die Budgetierung eine ordnungsgemäße Versorgung unmöglich gemacht hat. Vielmehr stieß man beim genaueren Hinsehen in manchen Krankenhäusern auf

organisatorische Unzulänglichkeiten, Falschinformationen oder Mißmanagement. Krankenhäuser tun sich schwer, ihr medizinisches und ökonomisches Verhalten an neue gesetzliche Rahmenbedingungen anzupassen. Dabei ist allerdings nicht zu verkennen, daß Krankenhäuser am Ende einer Versorgungskette stehen. Man wird deshalb sorgfältig prüfen müssen, ob die Budgetierung dazu geführt hat, daß schwerkranke Patienten verstärkt in Krankenhäuser abgeschoben worden sind und innerhalb der Krankenhauslandschaft eine Verschiebung zu Lasten der Maximalversorgung stattgefunden hat. Ein empirischer Beleg dafür fehlt bisher. Weder Krankenhäuser noch die im Wehklagen des Jammertals verharrende Deutsche Krankenhausgesellschaft konnten die behauptete Verschiebung von teuren Patienten in die Krankenhäuser belegen. Der Bundesgesundheitsminister verweist sogar auf eine Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter ermächtigten Krankenhausärzten. Danach konnten 82 % der Befragten keine Einweisungen oder Überweisungen aus Kostengründen feststellen, 17 % halten eine solche Verschiebungspraxis für eher selten. Bezeichnend für die Umstellungsprobleme in vielen Krankenhäusern ist, daß die Möglichkeiten zum ambulanten Operieren und zur vor- und nachstationären Behandlung nur sehr zaghaft genutzt werden. Für die Krankenkassen ist nicht akzeptabel, daß die Krankenhäuser bei der Novellierung der Bundespflegesatzverordnung versuchen, die alte Rechtslage mit Selbstkostendeckungsprinzip und kostengleichem Pflegesatz zu konservieren und neue Entgeltformen zu torpedieren suchen. Die Steuerung der Krankenhausversorgung bleibt nicht nur unter Finanzierungsaspekten – die Krankenausgaben machen mit steigender Tendenz den weitaus größten Ausgabenblock in der GKV aus – ein Handlungsfeld für weitere Reformen im Gesundheitswesen.

Die Revitalisierung der Vertragsverhandlungen

Eine Zwischenbilanz des Gesundheitsstrukturgesetzes, die allein auf die kostendämpfenden Wirkungen abstellen würde, müßte zu kurz greifen. Auf der positiven Seite der Bilanz schlägt vor allem zu Buche, daß viele Blockaden zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern – natürlich unter dem Druck drohender staatlicher Interventionen – endlich aufgelöst werden konnten. Vertragsverhandlungen, die jahrelang ergebnislos vor sich hin dümpelten, wurden nach Inkrafttreten des Gesetzes zielstrebig zu Ende geführt. Dabei ist vor allem die schrittweise Einführung der Krankenversichertenkarte

hervorzuheben, die den technisch längst veralteten Krankenschein ablöst.¹⁰ Die Nutzung der Krankenversichertenkarte ist Voraussetzung dafür, das Leistungs- und Kostengeschehen in der GKV transparenter zu machen und Rationalisierungsreserven aufzuspüren. Datenschutzrechtliche Bedenken haben den Gesetzgeber bisher daran gehindert, die Karte auch zur Speicherung von Gesundheitsinformationen nutzbar zu machen. Sofern die mißbräuchliche Nutzung solcher Daten ausgeschlossen werden kann, bietet sich hier ein weites Feld einer patientenfreundlichen Anwendung. Nicht im Sinne einer rationalen ambulanten Versorgung ist der Gebrauch der Karte zum häufigen Wechsel des Arztes. Die Zunahme des direkten Zugangs zu Fachärzten und die Abnahme von Kontakten mit Hausärzten, die in einigen Einführungsregionen der Krankenversichertenkarte beobachtet wurde, ist bedenklich. »Doktor-Shopping« mit der Krankenversichertenkarte darf nicht zum Strukturmerkmal der ambulanten Versorgung werden.

Dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Kassenärzten und Krankenhäusern kamen jahrelang nicht zustande, da der Verteilungskampf zwischen ambulantem und stationärem Sektor ein Nachgeben nicht zuließ. Auch hier hat das GSG festgefahrene Vertragsverhandlungen in Bewegung gesetzt. So wurde zum ambulanten Operieren ein umfassendes Übereinkommen geschlossen, dessen Umsetzung noch Probleme bereitet.¹¹ Zwar wurde für ambulantes Operieren in der ambulanten Versorgung ein Sonderbudget geschaffen, das überproportional wachsen darf, doch wurde 1993 so viel ambulant operiert, daß der Punktwert dramatisch verfiel. Der Gesetzgeber scheint hier geneigt zu sein, noch weitere Zugeständnisse an die Höhe des Budgets zu machen. Er sollte im Gegenzug aber auch darauf achten, daß die Qualitätssicherung in diesem sensiblen Bereich wirksam funktioniert. Die Krankenhäuser haben zwar den dreiseitigen Vertrag mitunterzeichnet, sich aber organisatorisch und personell noch nicht auf diese neue Aufgabe eingestellt.

Im Rekordtempo wurden die neuen Bedarfsplanungsrichtlinien für Ärzte und Zahnärzte umgesetzt. Das Ergebnis hat aber vor allem junge Ärzte erschreckt. Städtische Ballungsgebiete bleiben für Neuzugelassene künftig weitgehend gesperrt. In vielen Fachgebieten wird bereits in einigen Jahren bundesweit keine Neuzulassung mehr möglich sein. Es ist deshalb abzusehen, daß die vereinbarten Anhaltszahlen bis zum Inkrafttreten gesetzlicher Zulassungsbeschränkungen im Jahr 1999 noch einmal angehoben werden müssen, damit die Bedarfsplanung verfassungsrechtlichen Vorgaben standhält.

Der Versuch einiger Ärzte, die verschärften Zulassungsbedingungen im Eilverfahren durch das Bundesverfassungsgericht zu Fall zu bringen, scheiterte kläglich. Sie wurden auf den Weg durch die Instanzen gewiesen. Die Krankenkassen betrachten die Zulassungsbegrenzungen mit gemischten Gefühlen. Einerseits müssen sie konstatieren, daß die Arzttzahlenentwicklung wesentliche Ursache für die Kostenentwicklung darstellt. Ärzte schaffen sich ihre Nachfrage auch selbst. Andererseits haben die Kassen kein Interesse daran, junge Ärzte gezielt von der Berufsausübung fernzuhalten. Dazu ist schon die Halbwertszeit des medizinischen Wissens zu kurz. Ein Königsweg aus diesem Dilemma ist allerdings noch nicht gefunden. Schließlich bleibt anzumerken, daß eine aus dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes im GSG eingefügte großzügige Übergangsregelung im Jahr 1993 erst einmal zu einem sprunghaften Anstieg der Arzttzahlen führte. Die meisten der Krankenhausärzte, die sich noch niederlassen konnten, haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Die Zahl der Kassenärzte stieg 1993 netto um rd. 10000 auf über 100000. Jeder Reformschritt hat also seine Vorzieheffekte.

Einen politischen Streit zwischen Selbstverwaltung und Politik gab es bei der Neufassung der Arzneimittelrichtlinien.¹² Diese vom Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen verabschiedete Leitlinie für die Arzneimittelverordnung sollte die Kassenärzte anhalten, ganze Gruppen von wirtschaftlich oder qualitativ umstrittenen Arzneimitteln nur in besonderen Ausnahmefällen zu verordnen. Die entsprechenden Passagen in der Neufassung wurden von der Politik beanstandet, da sie angeblich keine klaren Vorgaben für den Umgang mit Arzneimitteln enthielten. Die Politiker, die in Lahnstein noch kräftig über Einsparpotentiale bei der Arzneimittelversorgung spekulierten, verließ der Mut, als rigide gespart werden sollte. Folglich blieben striktere Vorgaben für eine wirtschaftliche und qualitätsorientierte Ordnungsweise aus. Ähnliche Konflikte könnten sich bei der Gestaltung der Positivliste wiederholen.

Auf einer Vielzahl weiterer Problemfelder ist Anfang 1994 ein Durchbruch in Sicht. Herauszuheben ist dabei der Vertrag über die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die eine Honorarumschichtung von der Labormedizin zur sprechenden Medizin des Hausarztes bringen soll.¹³ Den Hausärzten geht dieser Vertrag noch nicht weit genug, während Fachärzte weitere Beschneidungen ihrer Vergütungen führen. Ein Blick in den ebenfalls vom Wissenschaftlichen Institut der AOK herausgegebenen Leistungsreport Ärzte zeigt, daß Umsatz- und Einkommenssituation diverser Facharztgruppen eine

solche Umschichtung durchaus nahelegt.¹⁴ Die Ablösung des Arzneimittelbudgets durch arztgruppenspezifische Richtgrößen, die von den Kassenärzten gefordert und von den Spitzenverbänden der GKV im Prinzip zugestanden ist, scheidet bisher daran, daß eine arztbezogene Erfassung der Verordnungsdaten noch nicht möglich ist. Dies liegt auch daran, daß die Apothekerverbände seit fast fünf Jahren die Umsetzung von Transparenzbestimmungen hinauszögern. Die Krankenkassen werden diesem Spiel nicht mehr lange zusehen und einen Schiedsspruch herbeiführen, wenn hier nicht bis Mitte 1994 ein Durchbruch gelingt. Diese und weitere Beispiele zeigen, daß das Gesundheitsstrukturgesetz nicht zu einer Entmachtung der Selbstverwaltung geführt hat. Es hat vielmehr zu einer Revitalisierung des Vertragsprinzips beigetragen und lang anhaltende Blockaden aufgelöst. Eine solche Bewertung gilt zumindest für das Verhältnis von Ärzten und Krankenkassen.

Die Zahnärzte, die sich bereits im politischen Kampf um das GSG ins Abseits gestellt hatten, brauchen offensichtlich länger, sich auf neue Verhältnisse einzustellen. Von der Möglichkeit, für längere Gewährleistungsfristen Honorarzuschläge zu erhalten, wurde bis Anfang 1994 kein Gebrauch gemacht. Zahnärztliche Körperschaften und Verbände waren vielmehr unverändert mit einem Kampf gegen die GKV beschäftigt, dem allerdings durch das GSG weitgehend die Zähne gezogen worden sind. Viele Zahnärzte richten sich offensichtlich auf eine Zukunft weitgehend außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Sie hausieren mit einem Grund- und Wahlleistungskonzept, das den profitablen Bereich der Versorgung mit Zahnersatz aus der sozialen Krankenversicherung ausgliedern und der privaten Vorsorge unterstellen will. Hauptmerkmale dieses Einkommensmaximierungsmodells sind das Ausscheiden aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Liquidierungsmöglichkeit nach der privaten Gebührenordnung und weitgehende Abdingungsmöglichkeiten gegenüber den Patienten.

Die Krankenhäuser schauen demgegenüber lieber in die Vergangenheit und suchen nach Auswegen, einem Preissystem für viele Leistungen der stationären Versorgung zu entgehen. Nachdem es ihnen bereits gelungen war, das Festhalten am Kostendeckungsprinzip für weite Teile des Leistungsspektrums in der stationären Versorgung an versteckter Stelle im Krankenhausfinanzierungsgesetz festzuschreiben, versuchen sie nun, über die Neufassung der Bundespflegesatzverordnung die Uhr zurückzudrehen. Wenn die Vorstellungen der Krankenhäuser, nicht zuletzt auf Druck der Bundesländer, geltendes

Recht werden sollten, hätte man von der Novellierung der Krankenhausfinanzierung besser gleich die Finger gelassen. Aus Sicht der Krankenkassen bietet die stationäre Versorgung noch immer die größten Rationalisierungsreserven. Allerdings konzentriert sich dort auch der Widerstand gegen alle Bestrebungen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung spürbar zu verbessern. Dabei hatten die Krankenkassen ihre Zustimmung zur Umsetzung der Pflegepersonalregelung mit einer Effizienzsteigerung verknüpft, auch wenn erhebliche Bedenken dagegen bestehen, daß die Pflegenden den Pflegeaufwand selbst feststellen. Speziell in den Großstädten stellen die hohen Krankenhauskosten die Finanzierbarkeit und die Wettbewerbsfähigkeit einer regionalen Krankenversicherung in Frage. Das Budget konserviert hier eher unwirtschaftliche Betriebsweisen und gibt keine Anreize zu Kapazitätsanpassungen.

Daran ändert auch der zum 01.01.1994 anlaufende Risikostrukturausgleich nichts. Mit dem Ausgleich der Faktoren beitragspflichtige Einnahmen, mitversicherte Familienangehörige, Alter und Geschlecht werden die hohen Grundlöhne städtischer Ballungsgebiete abgeschöpft. Regionale Krankenkassen bleiben jedoch in den Ballungsgebieten auf den hohen Leistungsausgaben sitzen, da diese nicht ausgeglichen werden. Die im Jahr 1993 erhobene Stichprobe, die zur Feinjustierung des Risikostrukturausgleiches dient, hat dies belegt. Die Stichprobe hat auch einen gravierenden Mangel des Risikostrukturausgleiches offenbart. Dieser gleicht nämlich nicht die unterschiedliche Morbidität der am Ausgleich beteiligten Kassen aus. Deshalb ist die Gefahr groß, daß sich im verschärften Wettbewerb der Krankenkassen eine Risikoselektion nach Morbiditätskriterien entwickelt. Daß die noch bis 1996 geltende Zuweisung von Arbeitern und die Zugangsbeschränkungen bei allen Kassen mit Ausnahme der AOK Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken unterschiedlich verteilt, wurde in der Vergangenheit mehrfach belegt. Für das Jahr 1993 ist es aber schon als Erfolg anzusehen, daß eine Stichprobenerhebung trotz des hinhaltenden Widerstandes der zahlungspflichtigen Krankenkassen durchgeführt und eine Rechtsverordnung zur näheren Ausgestaltung des Ausgleichs termingerecht verabschiedet werden konnte.¹⁵ Die gesundheitspolitisch unabweisliche Einbeziehung der Morbidität in den Ausgleich wird im von Gruppen- und Institutioneninteressen geprägten gegliederten Kassensystem wohl weiterhin auf den heftigen Widerstand einzelner Kassenarten stoßen. Trotzdem wird sie politisch durchgesetzt werden, um die Solidarfunktion der GKV nicht auszuhöhlen.

*Zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens –
Rationalisierung oder Rationierung*

Angesichts der unterschiedlichen Interessen der verschiedenen Kassen und Kassenarten ist es bemerkenswert, daß über die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ähnliche Vorstellungen herrschen.¹⁶ Hierzu haben sicherlich die anerkannten Defizite der bestehenden Wettbewerbsordnung in der GKV und die Vorstellungen zahlreicher Systemveränderer in der Gesundheitspolitik beigetragen, die Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung beseitigen oder aushöhlen wollen. Kassen konkurrieren heute über den Preis, über den Service und vor allem über das Image miteinander. Der Leistungskatalog ist weitgehend gesetzlich festgeschrieben, damit es nicht zu unterschiedlichen Versorgungsniveaus bei den Versicherten kommt. Anreize, den Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit, Qualität und Innovationen zu führen, sind selten. Dagegen ist die Gefahr groß, den Wettbewerb um überflüssige Leistungen und um Randprodukte zu führen.¹⁷ Entsolidarisierende und selbstzerstörerische Tendenzen, die jedem Wettbewerb innewohnen, werden durch geltende Rahmenbedingungen nur unzureichend eingedämmt.

Dieser Wettbewerb zwischen den Krankenkassen trifft auf stark regulierte Strukturen mit allenfalls begrenztem Wettbewerb bei den Leistungserbringern. Monopole, Kartelle und Zünfte der Leistungserbringer verhandeln mit wettbewerbsmäßig ausgerichteten, aber formal zu einheitlichem und gemeinschaftlichem Handeln gezwungenen Krankenkassen. Zwar findet auch bei den Leistungserbringern unter der Budgetdeckelung intern ein erheblicher Konkurrenzkampf statt. Der führt zu erheblichen Mengenausweitungen und Qualitätsverlusten, weil die einzelnen Leistungserbringer – betriebswirtschaftlich rational – ihren Anteil am GKV-Kuchen erhalten oder auf Kosten anderer vergrößern wollen. Fehlanreize aus den heutigen Honorierungs- und Vergütungsstrukturen begünstigen diese Entwicklung. Die Organisationsstrukturen bei den Leistungserbringern, speziell den niedergelassenen Einzelpraxen in freier Unternehmerschaft, haben mit der medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklung nicht standgehalten. Die Folge von auch nach dem GSG fortbestehenden Strukturdefiziten im Gesundheitswesen sind die Verordnung von unnötigen Leistungen, der Verzicht auf effiziente Alternativen in Diagnose und Therapie, der vermeidbare Verlust von Qualität und Wirtschaftlichkeit, die mangelhafte Abstimmung der Beteiligten, das Fehlen integrierter Versorgungsformen

und -konzepte, die Abschottung von Versorgungsbereichen, die Intransparenz des Leistungs- und Kostengeschehens und die Förderung der Unmündigkeit der Patientinnen und Patienten. Ein bis heute verzerrter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, deren fehlende Fachkompetenz in medizinischen Fragen und deren Erpreßbarkeit, wenn Leistungserbringer mit provokanten Aktionen Versicherte in ihren Wartezimmern quasi als »Geiseln« politische und ökonomische Förderungen nehmen, machen die Krankenkassen zu einem schwachen Partner bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern.¹⁸ Da die Politik zudem mitansehen mußte, wie sich die Krankenkassen Jahr für Jahr von den Leistungserbringern gegeneinander ausspielen ließen und der Wettbewerb auf einen stetigen Aufschaukelungsprozeß hinauslief, verschärfte sie die gesetzlichen Vorgaben für die Vertragspolitik. Die meisten Verträge müssen heute einheitlich und gemeinsam von allen Kassenarten auf Landesebene geschlossen werden. Der Abstimmungsprozeß zwischen acht Kassenarten fördert aber nicht gerade die Suche nach neuen, effizienteren und qualitativ besseren Versorgungsformen. Diese Suche ist im übrigen durch starre gesetzliche Rahmenbedingungen im SGB V und anderen Gesetzen eingeschränkt, wenn überhaupt Alternativen bestehen.

Die Krankenkassen erwarten deshalb von einer nächsten Stufe der Gesundheitsreform, daß solche unzeitgemäßen Beschränkungen aufgehoben werden. Ihre Vorstellungen laufen dabei nicht darauf hinaus, den Leistungskatalog der GKV zur Disposition zu stellen. Die Differenzierung des Anspruchsniveaus in Abhängigkeit von den finanziellen Möglichkeiten liefe dem Bedürftigkeitsprinzip und dem Solidarprinzip entgegen.¹⁹ Beide Strukturprinzipien stehen für die Träger einer sozialen Krankenversicherung nicht zur Disposition. Allerdings wünschen sich diese mehr Flexibilität in der Leistungserbringung und erweiterte Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Dabei sollen Anspruchsumfang für den Versicherten und Standards für die Leistungen beibehalten werden, die einheitlich und gemeinsam von allen Kassen gewährleistet sein müssen. Dies gilt etwa für die Festlegung des Leistungsverzeichnisses in der ambulanten und stationären Versorgung, wobei Öffnungsklauseln durchaus denkbar sind. Dies gilt sicher auch für Preise von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln. Dies gilt sicher für Mindeststandards an Qualität und Wirtschaftlichkeit in allen Versorgungsbereichen. Auch ist es nur schwer vorstellbar, daß künftig jede Kassenart oder sogar jede Kasse die Leistungen bei bestimmten Leistungserbringern einkauft. Es ist

unzweifelhaft ein sozialpolitischer Fortschritt, daß Ärzte ihre Patienten nicht mehr nach Kassenzugehörigkeit selektieren.

Erweiterte Möglichkeiten in der Vertragspolitik und eine Flexibilisierung der Leistungserbringung zielen darauf ab, den Versicherten eine integrierte Versorgung zu bieten.²⁰ Kassen wollen im Einzelfall und für bestimmte Krankheitsbilder Gesundheitsmanagement mit Prozeßsteuerung und Qualitätssicherung der gesundheitlichen Betreuung betreiben. Sie wollen die Versorgungsangebote an ihre Versicherten differenzieren und den Versicherten Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Versorgungsform bieten. So soll der Versicherte beispielsweise die Wahl haben, ob er sich bei einem Hausarzt einschreibt, der auch alle weiteren Leistungen veranlaßt und über kombinierte Budgets dafür in die wirtschaftliche Verantwortung genommen wird, ob er eine ganze Versorgungskette wählt, die ähnlich arbeitet wie amerikanische Health Maintenance Organizations, oder ob er sich den häufigen Arztwechsel und den direkten Zugang zu Fachärzten etwas kosten lassen will.

Es versteht sich von selbst, daß Krankenkassen in einem solchen Konzept neue Aufgaben, Funktionen und Rollen zukommen. Der Schwerpunkt wird sich von Verwaltungsaufgaben zu Dienstleistungsaufgaben verschieben. Aufklärungs- und Beratungsleistungen, die dem Versicherten einen Überblick über Leistungen und Qualität diverser Anbieter verschaffen sollen, und Kosten- wie Qualitätsmanagement sowohl für einzelne Patienten als auch für Gruppen erfordern einen erheblichen Wandel im Selbstverständnis der Krankenkassen. Krankenkassen müssen zu Anwälten von Versicherten und Beitragszahlern werden. Dieses Konzept von Rationalisierung und Gesundheitsmanagement richtet sich gegen Bestrebungen, das Sicherungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich abzusenken. Vor allem mit Hinweisen auf die demographische Entwicklung und auf rasante Fortschritte in Medizin und Medizintechnik wird das Gespenst der Rationierung von Politikern, Wissenschaftlern und Leistungserbringern beschworen.²¹ Allerdings machen sich die wenigsten die Mühe, die Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen genau zu analysieren. Wer dies tut, kommt zu keinen Ergebnissen, die einen Abbruch der Strukturprinzipien einer sozialen Krankenversicherung rechtfertigen. Klare Erkenntnisse halten aber auch so renommierte Institutionen wie den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nicht davon ab, Planspiele zur schrittweisen Aushöhlung der GKV zu betreiben.²² Vor allem das Solidarprinzip ist nicht nur Wirtschaftsliberalen ein Dorn

im Auge. Es fehlt deshalb nicht an Rezepten, die Gesundheitssicherung von Umverteilungselementen zu befreien. Solche Planspiele scheinen außerhalb der F.D.P. – zumindest im Wahljahr 1994 – kaum Befürworter zu finden. Allerdings enthebt dies alle, die die soziale Krankenversicherung fortentwickeln wollen, nicht von der Notwendigkeit, sich offensiv mit den Vorstellungen »Marktradikaler« auseinanderzusetzen²³, ohne dabei bei unergiebigem Debatten um ordnungspolitische Grundsätze stehen zu bleiben.²⁴

Ein breiter politischer Konsens, der die Basis für wirksamere Reformen im Gesundheitsstrukturgesetz bildete, ist für den Abbau des Sicherungsniveaus in der sozialen Krankenversicherung nicht in Sicht. Vieles spricht dafür, daß mit dem für 1996 zu erwartenden nächsten Reformschritt Trends in der Gesundheitspolitik fortgeschrieben werden, die bereits mit dem GSG angelegt sind. Dieses Gesetz hat mit der globalen Budgetierung²⁵ den Rationalisierungsdruck im Gesundheitswesen erhöht, ohne der Gefahr der Rationierungsdiskussion zu erliegen.²⁶ Es hat zugleich längst erforderliche Strukturveränderungen eingeleitet, aber keineswegs alle Fehlentwicklungen beseitigt. Gerade die durch das GSG ausgelösten strukturellen Veränderungen können ihre Wirkungen erst in den nächsten Jahren entfalten. Daher lohnt es sich, auch weiterhin aufmerksam die Wirkungen des Steuerungsmixes zu analysieren, der mit dem GSG implimentiert worden ist, und an der Fortentwicklung differenzierter Steuerungsansätze zu arbeiten.

Korrespondenzadresse: Franz Knieps
c/o AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1, D-53177 Bonn

Anmerkungen

- 1 Der Verfasser ist Leiter einer Planungsabteilung bei einem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Von daher bleibt es nicht aus, daß sein spezifisches Vorverständnis in diesen Beitrag einfließt. Der Verfasser legt aber Wert darauf, daß er hier ausschließlich seine persönliche Meinung wiedergibt.
- 2 Hermann, Christopher, 1993: Das Gesundheits-Strukturgesetz – Ein Überblick zu Ursachen, Chronologie und wesentlichen Inhalten. In: Kompaß 1993, 21ff.; Reiners, Hartmut, 1993: Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein Hauch von Sozialgeschichte?. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 20. Hamburg, 21ff.
- 3 Döhler, Marian, 1993: Ist das Gesundheitswesen reformierbar? – Einige Überlagerungen aus politikwissenschaftlicher Sicht?. Unveröffentlichtes Manuskript.

- 4 Frerich, Johannes und Frey, Martin, 1993: *Geschichte der Sozialpolitik*. 3 Bände, München; Knieps, Franz, 1994: *Einführung in das Krankenversicherungsrecht – Juristische, politische, ökonomische, soziale und gesundheitliche Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen in Deutschland*. In: von Maydell, Bernd (Hg.) *Gemeinschaftskommentar zum SGB V*. Neuwied. Einleitung, Rz. 17ff.
- 5 Vgl. zur Analyse und Bewertung unterschiedlicher Steuerungssysteme Dahlhoff, Michael, 1992: *Modelle und Entwicklungsperspektiven für die GKV*. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 3-4/1992, 15ff.; Reiners, Hartmut, 1987: *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*. Bonn; Deutscher Bundestag, 1990: *Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«*, 2 Bände. Bonn.
- 6 Rosewitz, Bernd und Webber, Douglas, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt.
- 7 Nachweise zur umfangreichen Literatur bei Knieps (Anm. 4), Rz. 28ff., 80.
- 8 Oldiges, Franz Josef, 1993: *Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung*. In: AOK-Bundesverband (Hg.): *AOK und GKV 2000*. Bonn, 23ff.
- 9 Pfaff, Anita et. al., 1993: *Die Reform der Gesundheitsreform – Auswirkungen auf die Versicherten*. In: *Sozialer Fortschritt* 1993, 216ff.
- 10 Hannemann, Anne und Partsch, Manfred, 1993: *Krankenversichertenkarte – Chipkarte löst Krankenschein ab*. In: *DOK* 1993, 232ff.; Kilian, Wolfgang, 1992: *Rechtliche Aspekte bei Verwendung von Patientenchipkarten*. In: *NJW* 1992, 2313ff.
- 11 Jansen, Christoph, 1993: *Ambulantes Operieren im Krankenhaus*. In: *Medizinrecht* 1993, 252ff.; Partsch, Manfred, 1993: *Ambulantes Operieren im Krankenhaus – Neue Perspektiven*. In: *DOK* 1993, 316ff.
- 12 Schönbach, Karl-Heinz, 1993: *Positivliste und Arzneimittelrichtlinien – Wege zu einer rationalen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung*. In: *Die Betriebskrankenkasse* 1993, 196ff.
- 13 Vgl. Pannen, Christoph, 1992: *Gesundheitsstrukturgesetz – Ambulante Versorgungsstrukturen vor dem Umbruch?*. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 11-12/92, 14ff.; Weber, Silvia, 1993: *Der Hausarzt in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung*. In: *Die Krankenversicherung* 1993, 18ff.
- 14 Klose, Jochen, 1993: *Leistungsreport Ärzte – Arztprofile der wichtigsten Fachgruppen niedergelassener Ärzte*. Stuttgart et. al.
- 15 Reichelt, Herbert, 1993: *Die Umsetzung des Risikostrukturausgleichs im verbandspolitischen Interessengeflecht*. In: *DOK* 1993, 409; Reichelt, Herbert, 1994: *Kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich – Plangemäßer Start im Januar 1994*. In: *DOK* 1994, 76ff.
- 16 Vgl. AOK-Bundesverband, 1994: *Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens*. Bonn; BKK-Bundesverband, 1994: *Solidarische Gesundheitspolitik im Wettbewerb gestalten – Positionen der betrieblichen Krankenversicherung zur Weiterentwicklung des Wettbewerbskonzepts in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Essen.
- 17 Cassel, Dieter, 1993: *Anspruch und Wirklichkeit – Zur Organisationsreform der GKV*. In: *Soziale Sicherheit* 1993, 18ff.; Jacobs, Klaus, 1993: *Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV*. In: *Wirtschaftsdienst* 10/1993.

- 18 Knieps, Franz, 1994: Die nächste Stufe der Gesundheitsreform – Ausgangslage und Positionen. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, 10ff.; Rebscher, Herbert, 1994: Solidarische Wettbewerbsordnung – Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, 42ff.; Schönbach, Karl-Heinz, 1994: Perspektiven funktionalen Wettbewerbs in der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, 19ff.
- 19 Abholz, Heinz-Harald, 1994: Gesundheitsbedürfnisse im Wandel – Modelle und Zwänge gewandelter Krankenversicherungssysteme. In: Soziale Sicherheit 1994, 20ff.; Paquet, Robert, 1994: Individualisierung der Gesundheitsbedürfnisse und Wahlfreiheit der Versicherten – Thesen zur Modernisierung und zum Wettbewerb in der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, 49ff.
- 20 Pfaff, Martin, 1994: Bürgernahe Reform – Die versichertenorientierte Umgestaltung des Gesundheitswesens. In: Soziale Sicherheit 1994, 8ff.; Sandler, Hans, 1994: Zukunftsaufgaben der deutschen Gesundheitspolitik. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, 65ff.; von Ferber, Christian, 1994: Verzahnung und Selbsthilfe – Voraussetzungen und Bedingungen bürgernaher Gesundheitspolitik. In: Soziale Sicherheit 1994, 3ff.
- 21 Beispielhaft: Arnold, Michael, 1993: Solidarität 2000 – Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende, Stuttgart.
- 22 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Bonn.
- 23 Hengsbach, Friedhelm SJ und Möhring-Hesse, Matthias, 1992: »Mehr Markt« macht nicht gesund – Gesellschaftsethische Überlegungen zur Reform des Gesundheitswesens. In: Sozialer Fortschritt 1992, 119ff.
- 24 Reiners, Hartmut, 1993: Die »Dritte Stufe« der Gesundheitsreform: Wahlleistungen in der GKV – Ein sinnvolles Steuerungsinstrument? In: Jahrbuch für Kritische Medizin 21. Hamburg, 159ff.
- 25 Griesewell, Gunnar, 1994: Markt oder Staat – Wettbewerb oder Dirigismus – Zur Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/1994, 28ff.
- 26 Kühn, Hagen, 1991: Rationalisierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte. In: Argument Sonderband 193. Hamburg, 40ff.