orientierten Kongresses den Schluß, daß es in Zukunft vermehrt wichtig sei, Beiträge zu klassischen klinischen Themenfeldern, wie etwa der Schizophrenie aus der Perspektive der demokratischen Psychiatrie zu leisten. Die Teilnahme am Kongreß hat der italienischen Gruppe Diskussionen und Begegnungen gebracht, die von dieser für wichtig und wertvoll gehalten wurden und Momente der Frustration und Desorientierung (die auch zeitweilig viele deutsche Teilnehmer und Referenten überkamen) wettmachten.

Die Diskussion mit den niederländischen und italienischen Kollegen hat einerseits deutlich gemacht, welche gesundheitspolitischen Reformen im psychosozialen Bereich in der Bundesrepublik (vor allem im Ausbau des ambulanten Bereiches) zwingend notwendig sind. Andererseits läßt diese spezifische Rückständigkeit in der Bundesrepublik manche der auch bei diesem Kongreß abgelaufenen Diskussionen als absurd erscheinen, da sie sich eigentlich real erst stellen, wenn die Entwicklung etwa das Niveau von Holland oder Italien erreicht hat. Im Rahmen dieses Kongresses hatten solche eher irrealen Diskussionen zumindest den positiven Effekt, daß die »gemeindepsychologischen Perspektiven« nicht zu psychologisierenden Beglückungsphantasien verkamen.

Bodo Scharf, Alfred Schmidt, Erich Standfest

Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

Zwischenbilanz und Perspektiven aus gewerkschaftlicher Sicht

1. Zu einigen Rahmenbedingungen der Sozialpolitik

Durch die Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen seit 1977 gelang es, die Leistungsausgaben der Krankenversicherung den Beitragseinnahmen vorübergehend anzunähern. Dadurch stabilisierte sich der durchschnittliche Beitragssatz bei etwa 11,4 v.H. (1980). Im Gefolge der »Kostenexplosion« war der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2 v.H.(1970) auf 11,29 v.H. (1976), d.h. um fast 40 v.H. gestiegen. Seit 1980 vollzog sich jedoch die Ausgabenentwicklung mit 8,6 v.H. je Mitglied wieder stärker, als die Entwicklung der Einnahmen (5,5 v.H. je Mitglied). Der Ausgabenüberhang bei den Krankenkassen betrug 1980 also etwa 1,4 Mrd. DM, so daß der durchschnittliche Beitragssatz in 1981 auf ca. 11,8 v.H. steigen mußte. Dabei streuten allerdings die Beitragssätze einzelner Krankenkassen zwischen 7 v.H. und 15 v.H.! Die einzelnen Versicherten-gemeinschaften wurden demnach offensichtlich von dieser erneuten Kostenexpansion ungleich betroffen. Bei heute etwa gleichem Leistungsstandard ist diese Schwankungsbreite der Beitragssätze ein Hinweis auf gravie-

rende, dem systemtragenden Solidaritätsgedanken widersprechende Belastungsungerechtigkeiten. Der sich im Jahr 1980 abzeichnende Ausgaben-trend setzte sich — wenn auch auf einem niedrigeren Niveau — im Jahre 1981 fort. Die Leistungsausgaben je Mitglied stiegen um 5,9 v.H., die entsprechenden Einnahmen hingegen nur um 4,8 v.H.; ein Ausgabenüberhang von 1,1 v.H. oder rund 1 Mrd. DM führte demzufolge in 1981 zu einer weiteren Erhöhung des Beitragssatzniveaus um etwa 0,1 Beitragspunkte auf rund 11,8 v.H. und lag zum 1.1.1982 bei 11,97 v.H. Gleichzeitig sind jedoch auch andere Systeme kollektiver Daseinsvorsorge in Finanzierungsschwierigkeiten geraten.

Diese Finanzierungsschwierigkeiten signalisieren, daß auch im Bereich der Gesundheitspolitik und Sozialen Krankenversicherung veränderte Rahmenbedingungen der Sozialpolitik wirksam werden. Verschiedene Anzeichen sprechen nämlich dafür, daß auch mittelfristig aufgrund eng bleibender Verteilungsspielräume die Finanzierung der Sozialleistungen einige Probleme mit sich bringen wird, wie allgemein ungünstigere wirtschaftliche Wachstumsaussichten, eine vor allem energiepolitisch motivierte Umverteilung des Sozialproduktes zu Lasten konsumptiver, daher auch der Sozialausgaben und eine erheblich stärkere konjunkturstützende und wachstumsfördernde Ausrichtung der öffentlichen Haushalte. Daraus könnte sich eine zweifache Einschränkung der sozialen Haushalte ergeben, nämlich durch ein geringeres Wachstum ebenso wie durch eine notwendigerweise sich verändernde Verwendungsstruktur des Sozialproduktes. — Derart eingeschränkte Sozialhaushalte treffen jedoch auf einen voraussichtlich wachsenden Sozialbedarf. Ein erhöhter Finanzbedarf an die Arbeitslosenversicherung und die Arbeitsmarktpolitik, die Rentenversicherung (zunehmende Frühverrentung) und Sozialhilfe wird sich z.B. infolge voraussichtlich verschärfter Massenarbeitslosigkeit ergeben; Technologieentwicklung und Rationalisierungsprozesse werden eher das Arbeitsvermögen zunehmend gefährden, z.B. den Gesundheitsverschleiß beschleunigen.

Kostensteuerung wird daher ein beherrschendes sozialpolitisches Problem bleiben. Die Politik könnte allerdings aufgrund dieser Tendenzen ihre Aufgaben einseitig als *Kostenkontrolle* interpretieren und damit angesichts eher wachsender Risiken (und damit auch steigendem Bedarf) und tradiertem Versorgungsmängel und -lücken sozialpolitischen Rückschritt betreiben. Das kürzlich verabschiedete Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) verdeutlicht diese Gefahr eindringlich. Sinnvolle Ansätze zur Beseitigung kostentreibender Strukturmängel, wie die Schaffung einer Arzneimittel-Positivliste und die Errichtung eines produzentenunabhängigen Arzneimittel-Informationsinstitutes, scheiterten. Verschärfte Selbstbeteiligungsregelungen und Leistungsvoraussetzungen, die vorgeblich ausufernde Anspruchsmoralität zügeln, mißbräuchliche Inanspruchnahme

der Leistungen unterbinden und die Neigung zur eigennützigen Ausbeutung der Solidargemeinschaft durch die Versicherten austreiben sollen, wurden als vermeintlich wirksamste Kostenkontrollinstrumente bestätigt. Koalitionszwänge vermögen dieses Scheitern allein nicht zu erklären; offensichtlich scheint auch das bisher handlungsleitende Kostendämpfungskonzept einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik selbst in seiner Konstruktion für solche einseitigen, die Kostenproblematik individualisierenden Interpretationen zugänglich zu sein. Es wird daher darauf ankommen, daß Kostendämpfungskonzept um Elemente einer »leistungssteuernden Strukturpolitik« (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981) zu erweitern.

2. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik — ein Konzept freiwillig-unfreiwilliger Partnerschaft

Erste Anstöße in Richtung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gingen vom DGB und der BDA aus. Angesichts eines wachsenden Kostendrucks und steigender Beitragssätze, appellierten sie 1976 gemeinsam an die Selbstverwaltung der Sozialen Krankenversicherung, alle Möglichkeiten der finanziellen Konsolidierung im Interesse einer Beitragsstabilität auszuschöpfen. Insbesondere sollten die Ausgabenzuwächse für die kassen(zahn)ärztliche Versorgung, die Krankenhausbehandlung sowie die Arzneimittelversorgung an der Einnahmenentwicklung orientiert, die Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt erhöht und bei der Leistungserbringung die Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit strenger als bisher beachtet werden. In dieser schwierigen Kostensituation wuchs wohl auch die Einsicht der organisierten Ärzteschaft, daß über die Finanzkraft der Sozialen Krankenversicherung auf Dauer hinaustreibende Ausgabenzuwächse die Beitragszahler überfordern, das selbstverwaltete System der Sozialen Krankenversicherung erschüttern, die bestehenden Strukturen vor allem der kassenärztlichen Versorgung und deren tragende Philosophie der Freiberuflichkeit ernsthaft infrage stellen könnten. Man ahnte wohl auch, daß Beitragserhöhungen die Schere zwischen den Einkommen der Beitragszahler und den Einkommen der Leistungsanbieter, wie der Ärzte und Zahnärzte, weiter öffnen würden und sich somit die verteilungspolitische Frage mit aller Schärfe stellen müßte. Die organisierte Ärzteschaft war daher bereit, gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Empfehlung abzugeben, nach der sich die Ausgabenentwicklung in der ambulanten Versorgung für die Jahre 1976 und 1977 an der voraussichtlichen Einnahmenentwicklung orientieren sollte. Der Kern dieser gemeinsamen Empfehlung war nicht nur eine Begrenzung der Preis-, sondern auch der Mengentwicklung ärztlicher Leistungen; die Gesamtausgaben für die ambulante Versorgung sollten also insgesamt beschränkt und ein einkommensmotiviertes Ausweichen in die Leistungsausweitung

verhindert werden. Beide Initiativen ließen bereits den Grundtenor der Kostendämpfungsphilosophie und das Grundmuster der folgenden Kostendämpfungsgesetze erkennen. Kern der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist die *Globalsteuerung*. Zwei zentrale Aspekte kennzeichnen sie:

Durch entsprechende *Empfehlungen über Veränderungsraten* sollen die verschiedenen (*globalen*) *Ausgabenblöcke* der sozialen Krankenversicherung, wie die Gesamtvergütungen und Arzneimittelausgaben, entsprechend der volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, der Einkommensentwicklung der Versicherten und der Einnahmenentwicklung der Krankenkassen gesteuert werden. Da die empfohlenen Veränderungsraten sowohl die Preis- wie auch die Mengenkomponente der Leistungsausgaben umfassen, wird im Prinzip ein Ausweichen des Arztes in die Fallzahl und/oder in den Fallwert mit dem Ziel, die eigenen Einkommens- bzw. Verteilungsvorstellungen trotz Preisbeschränkungen zu realisieren, verhindert. Dem Honorartopf ist ein Deckel aufgesetzt. Die Verteilung des Honorarkuchens auf die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte bleibt der kassenärztlichen Selbstverwaltung überlassen.

Da die Globalsteuerung nur das Ausgabenvolumen, die Entwicklung des Ausgabenniveaus beeinflussen kann, bedarf es der *Feinsteuering*. Durch diese soll das individuelle ärztliche Leistungs- und Ordnungsverhalten so motiviert werden, daß es im Einklang mit dem Globalziel steht. Transparenzlisten sollen z.B. dem Arzt die komplexen Arzneimittelmärkte durchsichtig machen. Er soll den pharmakologisch-therapeutischen Nutzen und die Preiswürdigkeit durch Vergleich zwischen gleichwirksamen Arzneimitteln beurteilen können; ein GKV-Arzneimittelindex liefert ihm als Frühwarnsystem alle für sein Ordnungsverhalten relevanten Informationen über Preis-, Mengen- und Strukturveränderungen der Arzneimittelausgaben. Wirtschaftlichkeitsappelle gehören ebenso in diesen Instrumentenkasten des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) wie die gezielte Einzelprüfung ärztlichen Leistungsverhaltens und verschärfte Einzelregresse. Da die Sanktionsmechanismen zur Verhaltenssteuerung nur schwach entwickelt sind, gehören Seelenmassage und Psychologie (moral suasion) zu den wichtigsten Instrumenten der Globalsteuerung.

Dieses Konzept der Globalsteuerung kann jedoch nur funktionieren, wenn die für die Ausgabenentwicklung Verantwortlichen in die Pflicht der Kostensteuerung genommen werden und zwischen diesen ein austariertes Machtgleichgewicht, d.h. »Waffenparität« besteht. Daher sah das KVKG ursprünglich vor, die 1976 auf freiwilliger Basis getroffene bundeseinheitliche Empfehlungsvereinbarung der Vertragspartner unter Einschluß der Ersatzkassen auf eine verbindliche gesetzliche Grundlage zu stellen. Eine von der organisierten Ärzteschaft und der Bundestagsopposition als Alternative zum Kostendämpfungsgesetz — in Anlehnung an das Vorbild aus

der Wirtschaftspolitik — ins Spiel gebrachte *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (KAG) wurde dann im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens dem Regelungsmechanismus der Bundesempfehlungsvereinbarung vorgeschaltet.

Das KVKG wie das am 1.1.1977 in Kraft getretene Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) haben wohl die Position der Krankenkassen und ihre Selbstverwaltungen durchaus verbessert — diesem Ziel dienten die Bundesempfehlungsvereinbarungen, die Verlagerung der Vertragshoheit auf die Landesverbandsebene oder das Postulat einer gemeinsamen Verantwortung für die kassenärztliche Bedarfsplanung —, ein Machtgleichgewicht und die Waffenparität konnten sie jedoch nicht vollständig herstellen. Die Stärkung der Kassenposition durch das KVWG und KVKG reichten jedoch offensichtlich aus, um das abgestufte System der Globalsteuerung durch die Konzertierte Aktion, die Bundesempfehlungsvereinbarungen und die Gesamtverträge einigermaßen funktionsfähig zu machen. Darin liegt wohl auch ein wichtiger Grund dafür, daß sich die KAG zum bisher wichtigsten Steuerungsinstrument der Kostendämpfung entwickeln konnte. Obwohl dieses 16-köpfige Koordinations- und Abstimmungsgremium der »an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten« nicht direkt intervenieren und steuern kann, sind die dort erarbeiteten Orientierungsdaten und Empfehlungen bisher weitgehend bei den gesundheitspolitischen Akteuren handlungsleitend wirksam geworden. Die Philosophie der Globalsteuerung und der Konzertierten Aktion haben sich offensichtlich zumindest bis 1980 bei der Steuerung der Ausgaben für die kassenärztliche Versorgung und für Arzneimittel einigermaßen bewährt. Ihre Entwicklung stand in etwa im Einklang mit der Grundlohnsumme und der Finanzkraft der Krankenkassen. Dafür gibt es zwei wichtige Erklärungsgründe:

Zum einen die *Öffentlichkeit* der KAG. Sie erzeugte einen gewissen Druck zu einer sachlicheren und argumentativeren Diskussion der dort anstehenden gesundheitspolitischen Probleme, machte Entscheidungsprozesse allgemein etwas durchschaubarer, förderte die Einsicht in die Verantwortung für das Gesamtsystem und wirkte somit auch disziplinierend bei der praktischen Umsetzung gemeinsam gefundener und getragener Leitlinien.

Zum anderen kam die Konzertierte Aktion immer dann zu Empfehlungen, wenn in ihrem Vorfeld die wesentlich Beteiligten in zahlreichen Gesprächen und Abstimmungsbemühungen diese erfolgreich vorbereitet hatten. Es zeigt sich, daß die KAG als eine staatlich organisierte, auf Konsensus angelegte Veranstaltung ohne formalisierte Entscheidungskompetenz und Sanktionsgewalt auf eine *effektive, problembereinigende Vorarbeit der Selbstverwaltung der Sozialen Krankenversicherung* angewiesen ist. Neben der Öffentlichkeit der KAG ist daher eine arbeitsfähige, starke

Selbstverwaltung die wichtigste Funktionsbedingung der Konzertierten Aktion; es muß nicht nur Machtgleichgewicht und Waffenparität zwischen den an der Gesundheitssicherung der Bevölkerung wesentlich Beteiligten, sondern auch zwischen Selbstverwaltung und Staat herrschen.

3. Konzertierte Aktion und Globalsteuerung: Ihre Mängel

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Steuerungsinstrumentarium des Kostendämpfungsgesetzes von 1977 zeigen allerdings, daß die Konzertierte Aktion ein sehr sensibles und daher störanfälliges Instrument ist. Die Funktionsfähigkeit und Wirksamkeit der Konzertierten Aktion gründen der Idee und der gesetzlichen Konstruktion nach letztendlich auf der Bereitschaft der Beteiligten zur Verantwortung für das *Gesamtsystem* und ihrer Konsensus- und Kompromißfähigkeit zumindest in den wesentlichen Fragen des Gesundheitssystems. Darin liegen zugleich die Stärken und Schwächen der Konzertierten Aktion.

Gemeinsam getragene Entscheidungen der KAG haben größere Durchsetzungschancen. Jedoch ist auch die Versuchung groß, daß Beteiligte in wechselnder Folge ihr Eigeninteresse in das Gewand grundsätzlicher und existenzieller Fragen des Gesundheitssystems kleiden; es besteht die Möglichkeit, das Eigeninteresse berührende Sachverhalte der Regelungskompetenz der KAG mit der Begründung ihrer Nichtzuständigkeit überhaupt zu entziehen. Partikularen Interessen kann mit Austrittsdrohungen Nachdruck verliehen werden. Die Konzertierte Aktion ist daher stets existenziell gefährdet; zwangsläufig besteht damit die Neigung, im Konfliktfall zur Überlebensstrategie der Problemausklammerung und der Selbstbeschränkung auf einen Minimalkonsensus zurückzugreifen. Die KAG scheint daher in der Beantwortung von Strukturfragen und der Initiierung von Strukturmaßnahmen weniger erfolgreich gewesen zu sein als bei ihren Empfehlungen über die Ausgabenentwicklung — über Deklamationen zur Prävention, zur Humanität der Patientenversorgung ist sie offensichtlich nicht hinausgelangt. Der Konstruktion einer auf Freiwilligkeit begründeten Konzertierten Aktion ist jedoch nicht nur die Neigung zur Problemausklammerung immanent, sie tendiert auch zur systematischen Ausklammerung von Interessen. Sie ist zunächst eine Veranstaltung verbandsmäßig organisierter, konfliktfähiger Interessen. Bedürfnisse und Interessen von Gruppen, die nicht Mitglied der KAG sind, laufen Gefahr, durch den Filter der KAG, damit von den Bargaining- und Verteilungsprozessen im Gesundheitswesen überhaupt ausgeblendet zu werden. Die Frage stellt sich, ob sich die durch die KAG repräsentierten Interessen mit den Gesundheitsinteressen der Bevölkerung decken. Nichtorganisierte, nichtkonfliktfähige Interessen, wie z.B. die Interessen psychisch Kranker und Pflegebedürftiger oder nicht-ärztlicher Berufe, haben allenfalls dann eine Chance, wenn sie in einem Mitglied der KAG einen Anwalt finden. Hier

stellt sich eine wichtige Aufgabe der Gewerkschaften. — Gefahren drohen der KAG auch dadurch, daß ihre Empfehlungen über Ausgabenbegrenzungen durch die konkrete Honorarpolitik der Vertragspartner unterlaufen werden. So hob der Sündenfall des Staates wider seine eigene Deckeltheorie Ende 1978 die Konzertierte Aktion beinahe aus den Angeln: Er nahm die Vertragsabschlüsse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Ersatzkassen ohne nennenswerten Widerstand hin, obgleich lediglich die Honorarhöhe festgelegt wurde. Der Ausweitung der ärztlichen Leistungen wurde mit einer losen Überprüfungsabsicht, der »Dernbacher Erklärung«, weitgehend freier Lauf gelassen.

Darüber hinaus ist die Funktionsfähigkeit der Konzertierte Aktion und der abgestuften Globalsteuerung dadurch gestört, daß nicht alle Ausgabenbereiche einbezogen sind, das Feinsteuerungsinstrumentarium zu wenig entwickelt ist oder gar völlig fehlt und das Machtgleichgewicht durch Sonderrechte einzelner Kassenarten nicht vollständig ist.

Die Ausgabenentwicklung lief gerade in den Leistungsbereichen aus dem Ruder der Grundlohnentwicklung, die nicht oder nur unzureichend in das System der Globalsteuerung insbesondere in die KAG einbezogen worden waren.

Obgleich z.B. die Ausgaben für Krankenhauspflege etwa 30% des Krankenversicherungsbudgets beanspruchen, blieb der stationäre Bereich aus dem System der Globalsteuerung und der KAG ausgeklammert. Die letzte Novelle des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes verpflichtete wohl die KAG zur Abgabe von Empfehlungen über die Veränderung der Gesamtausgaben der Sozialen Krankenversicherung für Krankenhauspflege, vermochte jedoch die strukturellen Widersprüche zwischen Selbstkosten-Deckungsprinzip und einnahmeorientierter Ausgabenpolitik nicht zu lösen. Dafür wäre es erforderlich gewesen, der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Krankenhäuser die Bedarfsplanungs- und Kostensteuerungsinstrumente an die Hand zu geben, die es ihnen ermöglicht hätten, die Selbstkosten eines wirtschaftlichen und leistungsfähigen Krankenhauses so zu gestalten, daß sie in ihrer Summe in Einklang mit den Empfehlungen, also mit den Budgetzielen stehen; alternativ müßte man über eine grundlegende Änderung des Finanzierungssystem des Krankenhaussektors nachdenken.

Wirkungslos blieb — um ein weiteres Beispiel zu nennen — der Arzneimittelhöchstbetrag. Diesem Regelungssystem fehlt ein wirksamer Sanktionsmechanismus, der bei Überschreiten des Höchstbetrages unverzüglich greift. Die Bemühungen um mehr Transparenz der Arzneimittelmärkte mündete in einen Wirrwarr von Transparenzlisten. Der Ausbau eines funktionsfähigen Feinsteuerungsinstrumentariums in Richtung einer Positivliste und eins produzentenunabhängigen Arzneimittel-Informationsinstitutes im Rahmen des KVEG scheiterten. Auf die Präzisierung eines für

das Konzept der Globalsteuerung so zentralen Begriffes wie der Gesamtvergütung im Sinne einer unzweideutigen Verpflichtung auch zu Mengengrenzungen wurde für die Zusage einer Verlängerung der Honorarverträge der Kassenärzte bis Ende 1982 verzichtet. Die Tatsache, daß die Ersatzkassen auch nach Inkrafttreten des KVEG nicht im gleichen Maße wie die RVO-Kassen in das Vergütungssystem des Kassenarztes einbezogen sind, bleibt ein gravierender Mangel des Globalsteuerungssystems. Lediglich der Bereich der Heil- und Hilfsmittel konnte in das Konzept der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und die Konzertierte Aktion einbezogen werden.

4. Kostendämpfungspolitik — ein begrenztes Steuerungsinstrument

Das abgestufte System der Globalsteuerung ist von der Reichweite und der Zielsetzung her ein in sich selbst begrenztes Instrumentarium. Mit diesem werden lediglich kurzfristig (1-Jahres-Zeitraum) das Ausgabenvolumen, bestimmte Globalgrößen (Gesamtvergütungen, Arzneimittelhöchstbeträge) nach bestimmten Kriterien und Vorgaben (wie Entwicklung der Grundlohnsumme, der Praxiskosten usw.) gesteuert. Ziel ist es, durch eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Gesundheitssystem im Gleichgewicht zu halten. Eine geschlossene Konzeption und ein entsprechend ausgefeiltes Instrumentarium, mit dem kostentreibende Strukturängel in den Griff zu bekommen wären und mit dem die Ausgabenstruktur und auch die Qualität der Gesundheitsversorgung gesteuert werden könnten, fehlen im Kostendämpfungsgesetz. Darüber hinaus ist das System der Globalsteuerung einseitig auf das Wirtschaftlichkeitsziel ausgerichtet. Es müßte in ein Planungs- und Steuerungsmodell eingebaut werden, in dem Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit, Qualität zumindest gleichrangige Ziele sind, denen auch die Strukturen und die Finanzierungsmodalitäten des Gesundheitssystems entsprechen.

Nun dürfte ein weitgehender Konsens darüber bestehen, daß ein Widerspruch zwischen dem Prinzip der kollektiven Zwangsfinanzierung mit grundsätzlich bedarfswirtschaftlicher Orientierung und der weitgehend privatwirtschaftlichen Organisation der Leistungserbringung existiert: »Ein Solidarausgleich zur Finanzierung monopoloider Profite ist eine Provokation« (Th. Thiemeyer, 1977). Dieser Widerspruch manifestiert sich nicht nur als säkulare Ausgabenexpansion, sondern auch als Fehlsteuerung des Leistungsangebotes in Richtung einer Überversorgung wie einer übermäßigen Arzneitherapie oder überflüssiger Laborleistungen.

Es kann aber vermutet werden, daß durch den Druck der globalen Kostendämpfung niedergelassene Ärzte Ausweichstrategien wie Maßnahmen der Praxisrationalisierung ergreifen, um traditionelle Einkommenserwartungen zu erfüllen (A. Holler, 1981). Praxisrationalisierung kann aber die

Überwälzung des Kostendrucks auf die Beschäftigten, z.B. in Form von Personalabbau und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen ebenso bedeuten, wie das Abschieben aufwandsintensiver, abrechnungstechnisch suboptimaler »Problemfälle« z.B. in nachgeordnete Versorgungsstufen.

Berücksichtigt man zudem, daß in einem vermutlich zunehmenden Ausmaß psycho-soziale, zu einem nicht geringen Teil auch nur soziale Faktoren, einen Arztbesuch auslösen, so dürfte deutlich werden, daß zwischen Bedürfnissen und ökonomisch motivierter Angebotsstruktur eine erhebliche Diskrepanz besteht, die durch solche Ausweichstrategien verstärkt wird. Dies könnte dazu führen, daß die Tendenz zur Versorgung und Bearbeitung solcher Leiden außerhalb des professionellen ambulanten Systems zunimmt, was Überlegungen nach organisatorischen Veränderungen und einer Umlenkung finanzieller Ressourcen erforderlich macht.

Das Fehlen von Instrumenten einer Qualitätssteuerung machte sich in den vergangenen Jahren gerade auch bei den Heil- und Hilfsmitteln als Kostenexpansion bemerkbar (vgl. R. Saekel, 1981). Bis zur Verabschiedung des KVEG konnten die Anbieter ihre Leistungen von den Preisen wie von den Mengen her relativ ungehindert ausweiten. Eine sinnvolle, d.h. am gesundheitlichen Nutzen orientierte Mengensteuerung setzt jedoch Mechanismen voraus, die es den Kassen und auch den Ärzten ermöglichen, den therapeutischen Nutzen von Leistungen und Produkten zu beurteilen.

Aufgrund dieser Überlegungen kann man vermuten, daß die globale einnahmenorientierte Ausgabenpolitik die Fehlsteuerung im Gesundheitswesen eher verstärkt, da der Kostendruck durch die dominanten Anbieter überwältigt werden kann. Es ist daher notwendig, daß das Kostendämpfungskonzept weiterentwickelt und in eine verstärkt betriebene Politik zur Veränderung der Strukturen integriert wird. Dies bedeutet gegenüber der bisherigen Politik eine Verlagerung der Prioritäten.

5. Ansatzpunkte für Strukturreformen im Gesundheitswesen

»Die Grenzen des Wachstums personenbezogener Dienste — das ist eine einfach auszusprechende, aber nicht einfach einzulösende Forderung — sollten zuallererst in ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit liegen, d.h. in der Qualität des ihnen zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Wissens und im Nutzen und der Qualität der von ihnen angebotenen Leistungen.« (B. Badura, 1979) Die folgenden beiden Probleme in diesem Bereich der durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanzierten gesundheitlichen Dienstleistungen mit einer Größenordnung von immerhin etwa 80 Mrd. DM im Jahre 1980 müssen vorrangig im Auge behalten werden:

— Der Widerspruch von kollektiver Zwangsfinanzierung und profitgesteuertem Leistungsangebot, was sowohl die Kostenexpansion als auch die Fehlsteuerung bewirkt;

- die Zunahme von Risiken, die sich einer bloß professionellen Bearbeitung zum großen Teil entziehen und die in die dominierende, kurativ orientierte Versorgungsstruktur nicht »passen«. Dabei handelt es sich vor allem um chronische Leiden und Zustände, sowie um solche mit psychosozialen Ursachenhintergrund. Sie erfordern in erster Linie präventive Maßnahmen sowie Pflege und Betreuungsleistungen (vgl. H. Abholz, 1980). Charakteristisch ist weiterhin, daß soziale und psychische Faktoren (vermittelt über informelle Unterstützungssysteme wie die Familie) auch eine wesentliche Rolle bei der Krankheitsbewältigung spielen.

Aus diesen Bemerkungen folgt für die gesundheitliche Versorgung zweierlei. Es kommt *zum einen* darauf an, die *Schwerpunkte* der Problembearbeitung in der gesundheitlichen Versorgung in Richtung *Prävention, psychosozialer Versorgung sowie Pflege- und Betreuungsleistungen* zu verschieben. Dies bedeutet auch eine Verlagerung der Finanzmittel und steht somit teilweise quer zur gegenwärtig betriebenen Kostendämpfungspolitik, die eine schnelle, unkomplizierte Diagnose und Therapie im ambulanten Bereich (Laborleistungen und Arzneitherapie) provoziert, durch Arbeitsintensivierung (Kostendruck) etwa im stationären Sektor Betreuungs- und Pflegedienste verkommen läßt. Aus gewerkschaftlicher Sicht müßte hier konzeptionell das geleistet werden, was man als *gebrauchswert-orientierte Sozialpolitik* bezeichnen kann: Das partielle gemeinsame Interesse von Patienten (an humaner Krankenversorgung) und Beschäftigten (z.B. an befriedigender Arbeit) zu nutzen, um ein sozialpolitisches Produkt — personelle Dienstleistungen — mit hohem Gebrauchswert (d.h. Qualität für Benutzer und Hersteller) zu erzeugen. Darüber hinaus muß versucht werden, professionelles und Laiensystem zu verknüpfen, da ganzheitliche Gesundheitsversorgung beide Elemente enthält. Über dazu *brauchbare Organisationsformen* scheint sich, wenn auch unter abweichenden Benennungen, im Prinzip ein Konsens in der wissenschaftlichen Diskussion abzuzeichnen — dezentrale, gemeindenahere Versorgungsformen, in denen die verschiedenen Institutionen kooperieren und die eine hohes Maß an demokratischer Beteiligung enthalten (vgl. WSI-Studie Nr. 35; P. Gross, 1980; F. Hegner, 1980; R. Thorbecke, 1980). Es käme darauf an, diese Aufgaben und Strukturen solcher bedarfswirtschaftlicher »Dienstleistungsgenossenschaften« präziser zu bestimmen, um die strukturpolitische Richtung auch im Alltagsgeschäft nicht aus dem Auge zu verlieren. Die Diskussion um das Organisationskonzept »Arbeitsgemeinschaften« (vgl. DGB-Vorstellungen zur Organisationsstruktur der Sozialversicherung), sowie die Vorstellung über eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung und über interdisziplinäre Teamkonzepte in der psychosozialen Versorgung (vgl. B. Scharf, 1981) passen in diese Richtung.

Zum anderen könnte durch die beschriebenen Aktivitäten ein Teil der

gesundheitlichen und sozialen Versorgung nach bedarfswirtschaftlichen Kriterien organisiert werden. Flankierend dazu muß die *Kostendämpfungspolitik weiter entwickelt* werden. Ziel sollte es sein, die Kostenexpansion zu Lasten der Gewinne der Pharmaindustrie, der Einkommen der niedergelassenen Ärzte und anderer »freier« Leistungsanbieter zu stoppen, um so eine *Umschichtung der Finanzmittel* zu ermöglichen. Gleichzeitig muß versucht werden, auch in diesem Bereich stärker bedarfswirtschaftliche Prinzipien durchzusetzen. Die aus dem gegenwärtigen Honorierungssystem resultierenden Zwänge werden vor allem dort deutlich, wo versucht wird, vom Prinzip der »Abrechnungsoptimierung« abzuweichen und eine stärkere patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu praktizieren (vgl. die Praxisberichte über neue Modelle ambulanter gesundheitlicher Versorgung, in: psycho-sozial, Heft 1/81).

Mit diesen Vorschlägen sind Elemente einer offensiven sozialpolitischen Strategie angesichts schwieriger werdender Verteilungsbedingungen und -kämpfe beschrieben. Sie stellen eine Alternative zu defensiven Positionen dar, die Leistungseinschränkungen und Beitragserhöhungen innerhalb für tolerierbar erachteter Grenzen halten möchten.

6. Weiterentwicklung der Kostendämpfung:

Voraussetzung und Flankierung für Strukturreformen

Wie an einigen Überlegungen gezeigt wurde, führt die globale Kostendämpfungspolitik teilweise zu einer Verschärfung der Fehlsteuerung im Gesundheitswesen. Kostendämpfung und mittelfristig angelegte Strukturpolitik bedingen jedoch einander. Allerdings müßte das Instrumentarium der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik stärker an strukturpolitischen Zielen ausgerichtet werden:

Der *Krankenhausbereich* muß in die Kostendämpfungsmaßnahmen auf der Grundlage einer Stärkung der Selbstverwaltung sowohl der Krankenkassen als auch der Krankenhäuser einbezogen werden. Dazu müssen auch von den Selbstverwaltungen inhaltliche Vorstellungen — etwa zur Krankenhausbedarfsplanung, zur Sicherung einer wirtschaftlichen und humanen Krankenversorgung — eingebracht werden. Damit wäre ein erster Ansatz gefunden, über Interessengegensätze (zwischen Kassen als Zahler und Krankenhäusern als Anbieter) hinweg, Kooperationsbeziehungen zu institutionalisieren, die das gemeinsame Interesse an einem qualitativ hochwertigen »Produkt« fördern können. Ergänzend müßten die inneren Strukturen der Krankenhäuser verändert werden (Abbau der Hierarchie, Institutionalisierung der Mitbestimmung der Beschäftigten), um dem Interesse der Beschäftigten an besseren Arbeitsbedingungen gerecht zu werden.

Im *Arzneimittelbereich* könnten mehrere Milliarden DM jährlich — nach Expertenmeinung etwa 30-40 v.H. der Gesamtaufwendungen — ein-

gespart werden, ohne daß die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gefährdet würde. Voraussetzung dazu wäre eine erhöhte Therapie- und Preistransparenz, eine Marktstärkung der Kassen sowie eine herstellerunabhängige wissenschaftliche Überprüfung der therapeutischen Eigenschaften als eine Bedingung für die Marktzulassung von Arzneimitteln. Die Vorschläge einer Arzneimittel-Positivliste und eines wissenschaftlichen Arzneimittel-Informationsinstitutes in der Trägerschaft der Spitzenorganisationen der Krankenkassen und der Kassenärzte liegen nach wie vor auf dem Tisch.

Das durchschnittliche *Bruttoeinkommen der niedergelassenen Ärzte* und Zahnärzte dürfte etwa das Sieben- bis Neunfache (je nach unterschiedlichen Berechnungen) des Durchschnittseinkommens der Arbeitnehmer betragen. An einem theoretischen Beispiel sei das Sparpotential deutlich gemacht: Würde man dieses Verhältnis halbieren, könnten die Krankenkassen insgesamt etwa 5-7 Mrd. DM jährlich einsparen, wobei das durchschnittliche Bruttoeinkommen der Ärzte immer noch über 100.000 DM liegen würde. Mit der Benennung dieser Größenordnung soll darauf aufmerksam gemacht werden, wo im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der *Honorarpolitik*, insbesondere in Verbindung mit der erheblich wachsenden Zahl von Ärzten, ebenfalls Sparmöglichkeiten liegen, ohne das Leistungsspektrum einzuschränken.

Ähnliche Sparpotentiale lassen sich im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ohne Absenkung des Leistungsstandards ausschöpfen. Das KVEG hat mit seinen Maßnahmen erste wichtige Schritte in diese Richtung getan, indem z.B. der *zahnärztliche Vergütungsanteil* an den Ausgaben für Zahnersatz zur Sachleistung gemacht wurde, womit dieser in die Gesamtvergütungsregelung des Kassenarztes einbezogen und eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitskontrolle möglich wird. Bemerkenswert ist der gesetzliche Auftrag an die Krankenkassen und Zahnärzte, gemeinsam Leistungsstandards für Zahnersatz zu entwickeln und den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen zu überarbeiten mit dem Ziel eines größeren Anreizes für Zahnprophylaxe und -frühbehandlung.

Diese Beispiele zeigen, daß im Gesundheitswesen auf der Anbieterseite erhebliche Einsparmöglichkeiten ohne Erhöhung der gesundheitlichen Risiken vorhanden sind, die eine Kostendämpfungspolitik rechtfertigen, welche für bestimmte Ausgabenbereiche mindestens ein »Nullwachstum«, eher aber noch abnehmende Raten durchzusetzen versucht.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: H.U. Deppe (Hrsg.), *Vernachlässigte Gesundheit*. Köln 1980

- Badura, B.:* Bedürfnisstruktur, politisches System und die Grenzen des Wachstums medizinischer Dienste und Leistungen, Diskussionsbeitrag Nr. 3/1979, Konstanz.
- Gross, P.:* Reißt das soziale Netz? in: Wachstum immer mehr. Frankfurt 1980
- Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock:* Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies., Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn 1981
- Hegner, F.:* Sozialpolitik in den achtziger Jahren: Suche nach dem Mittelweg zwischen Bürokratie und Selbsthilfe, in: Die Krankenversicherung, Heft 11/1980, S.276ff.
- Holler, A.:* Erfolg unterbrochen, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 1/1981, S.23ff.
- Saeckel, R.:* Ersatz im Blickfeld, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 1/1981, S.31ff.
- Scharf, B.:* Irren ist menschlich, in: Soziale Sicherheit, Heft 5/1981, S.129ff., Heft 6/1981, S.161ff.
- Standfest, E. (Projektl.):* Sozialpolitik und Selbstverwaltung — zur Demokratisierung des Sozialstaates, WSI-Studie Nr. 35; Köln 1978
- Thorbecke, R.:* Inanspruchnahme medizinischer Institutionen beim Auftreten morbider Episoden, in: Schönabäck, W., (Hrsg.), Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt, München u.a. 1980
- Thiemeyer, Th.:* Irrwege der Gesundheitsökonomik, in: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 2, Argument-Sonderband AS 27, Berlin 1977

Aufbau nach 30 Jahren Krieg

Interview mit Nguyen Cuong, stellvertretender Gesundheitsminister der Sozialistischen Republik Vietnam*

Wir möchten mit einer persönlichen Frage beginnen: Können Sie uns Ihre eigene Entwicklung schildern?

Ich nahm schon als Schüler an der revolutionären Studentenbewegung teil, als die Augustrevolution¹ kam, an der revolutionären Erhebung und anschließend am antikolonialen Kampf der Resistance gegen die Franzosen. Nach den Genfer Vereinbarungen des Jahres 1954² bin ich nach Nordvietnam gegangen. Dort habe ich im Gesundheitswesen gearbeitet und als Professor für Pharmazie unterrichtet. Später leitete ich dann die Planungsabteilung des Gesundheitsministeriums. Während der letzten 5

* Das Interview wurde während der von der *International Group for the Advanced Study of the Political Economy of Health* vom 26. Juli bis 2. August 1981 in San Miguel Regla/Mexico abgehaltenen *Conference on Industrialization, Dependency and Health* in französischer Sprache durchgeführt. Gesprächspartner waren Dieter Borgers, Julia Wiesinger-Borgers, Christian Hueck und Klaus Priester. Übersetzung, Überarbeitung, Erläuterungen und Zwischenüberschriften durch die Interviewer.