Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/6380

12. 02. 90

Sachgebiet 82

Endbericht

der Enquete-Kommission
„Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung"

gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 4. Juni 1987 und vom 27. Oktober 1988
– Drucksachen 11/310 und 11/3181 –

Mitglieder der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Stand: 4. November 1989

Klaus Kirschner, MdB (SPD)
Vorsitzender

Dr. Paul Hoffacker, MdB (CDU/CSU)
Stellvertretender Vorsitzender

Dr. Karl Becker (Frankfurt), MdB (CDU/CSU)
Editha Limbach, MdB (CDU/CSU)
Gerhard Scheu, MdB (CDU/CSU)
Ingrid Becker-Inglau, MdB (SPD)
Karl-Hermann Haack (Extertal), MdB (SPD)
Dr. Dieter Thomae, MdB (FDP)
Heike Wilms-Kegel, MdB (DIE GRÜNEN)

Prof. Dr. Fritz Beske
Prof. Dr. Herbert Genzel
Prof. Dr. Wolfgang Gitter
Eugen Glombig
Dr. Ellis E. Huber
Prof. Dr. Günter Neubauer
Prof. Dr. Peter Oberender
Diplom-Volkswirt Hartmut Reiners
Privat-Dozent Dr. Rolf Rosenbrock

Sekretariat

Ministerialrat Klaus-Peter Pohl (Leiter)
Dr. Michael Drupp (Wiss. Mitarbeiter)
Diplom-Volkswirt Martin Frey (Wiss. Mitarbeiter)
Dr. Christopher Hermann (Wiss. Mitarbeiter)
Franz Knieps (Wiss. Mitarbeiter)
Diplom-Volkswirt Dusan Tesic (Wiss. Mitarbeiter)
Oberamtsrätin Brigitte Schellhammer
Michaela d'Ambrosio
Susanne Klein
Margareta Ruhnau

Vorwort

Nach zweieinhalbjähriger Arbeit legt die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages ihren Endbericht vor, mit dem sie die Hoffnung verbindet, einen auch über den Tag hinaus bedeutsamen Beitrag zur weiteren gesundheitspolitischen Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland leisten zu können. Der Bericht verliert durch die Tatsache nichts von seiner Aktualität, daß vor gut einem Jahr vom Deutschen Bundestag das Gesundheitsreformgesetz verabschiedet worden ist.

Gerade der hier vorgelegte Bericht der Enquete-Kommission, in dem der Sachverstand von Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachdisziplinen und erfahrener Sozialpolitiker zusammenfließt, zeigt, daß die gesetzliche Krankenversicherung nicht nur einen Eckpfeiler unseres gesamten Sozialleistungssystems bildet, sondern gleichzeitig ein hochkomplexes Gebilde mit vielfältigen Problemen darstellt.

In einem ersten Teil behandelt dieser Endbericht die einzelnen Bereiche des gesundheitlichen Versorgungssystems. Im Gegensatz zu vielen anderen Untersuchungen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland macht dieser Teil nicht die ökonomischen und organisatorischen Probleme zum Ausgangspunkt der Analyse. Der Blick wird vielmehr zunächst auf die einzelnen gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung gelenkt, mit denen unser gesundheitliches Versorgungssystem gegenwärtig konfrontiert ist.

Die Dokumentation der Gesundheitsprobleme, insbesondere deren schichtenspezifische, demographische und regionale aber auch verhaltensbedingte Differenziertheit, ergibt einerseits gewichtige Argumente für die Bedeutung verstärkter Prävention und liefert zugleich Erkenntnisse über das Ausmaß ihrer Vernachlässigung durch die bisherige Gesundheitspolitik. Ähnliches gilt für die Rehabilitation, für die der Bericht gleichfalls eine Reihe von Defiziten konstatiert. Die weitere Analyse der einzelnen Leistungsbereiche des Medizinsystems offenbart, daß die traditionelle Zuordnung des Teils der individuellen Gesundheitsprobleme, der medizinische Behandlung erfährt, vielfach keine zufriedenstellenden Ergebnisse mehr hervorbringt. Auf vielen Ebenen lassen sich deutliche Anzeichen dafür finden, daß die Leistungen nicht mehr oder nicht mehr hinreichend den gesundheitlichen Problemen entsprechen, die an sie herangetragen werden.

Eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung kommt nicht daran vorbei, verstärkt gesundheitliche, organisatorische und finanzielle Gesichtspunkte der Versorgungsqualität gemeinsam zur Kenntnis zu nehmen. Eine Lösung der vielfältigen – in der öffentlichen Diskussion weithin anerkannten – Probleme und Defizite des gesundheitlichen Versorgungssystems kann sich nicht in einer Optimierung der Funktionsweise der gewachsenen Institutionen und Strukturen der Krankenversorgung erschöpfen. So wichtig Fragen der Finanzierbarkeit des Systems letztlich auch sind, können sie als alleiniger Maßstab leicht das Gegenteil dessen bewirken, was eine Reform anzustreben hat: Eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheits- und Gesundungschancen der Bevölkerung bei gleichzeitiger Verringerung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod.

Die einzelnen Berichtsteile zu den verschiedenen Versorgungsbereichen enthalten jeweils eine kurze Skizze unter dem Gesichtspunkt ihrer mehr oder weniger gelungenen Ausrichtung auf die Probleme, die sie lösen sollen. Die daraus sich ergebenden Befunde lassen zwar teilweise keine Entwicklung einer kompletten Reformstrategie zu, ermöglichen aber, in Umrissen aufzuzeigen, welchen Kriterien Reformen in diesen Bereichen genügen müßten, um der Verwirklichung des Oberziels »Gesundheit« näher zu kommen. Die dazu in der Kommission vorhandenen Meinungen gehen auseinander und sind in den jeweiligen Abschnitten als zum Teil weit auseinanderliegende Reformoptionen dargestellt.

Der zweite Teil des Kommissionsberichts erörtert die im Zusammenhang mit einer Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung zentralen Problembereiche und unterbreitet auch dazu eine Reihe von Reformoptionen und Empfehlungen.

Gerade da es aufgrund des heterogenen Meinungstandes innerhalb der Enquete-Kommission hierbei letztlich nicht gelingen konnte, dem Bundestag und der interessierten Öffentlichkeit weitgehend einvernehmlich verabschiedete Reformempfehlungen zu unterbreiten, gilt es besonders hervorzuheben, daß alle Vorschläge nicht nur die Grundpfeiler unseres sozialen Krankenversicherungssystems nachdrücklich bestätigen, sondern darüber hinaus gemeinsam für ihren weiteren Erhalt und Ausbau eintreten. Bei allen Unterschieden im Detail verlieren die Reformoptionen nie das gemeinsame Ziel einer zukunftsgerichteten Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung aus den Augen.

Unbestritten gehört dabei die Reform der Kassenorganisationsstrukturen zu den dringendsten der vor uns liegenden Aufgaben einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Dementsprechend hat die Enquete-Kommission auch hier einen besonderen Schwerpunkt während ihrer gesamten Tätigkeit gesehen.

Nachdem die Frage der Gliederung des Krankenversicherungssystems bereits im Zwischenbericht der Kommission ausführlich behandelt worden ist, vervollständigt die Kommission in ihrem Endbericht aber nicht allein die dort vorgenommene erste Problemaufarbeitung. Sie hat es sich darüber hinaus nunmehr vor allem zur Aufgabe gemacht, die konkreten Auswirkungen aufzuzeigen, die mit einer Reform der Kassenorganisationstrukturen durch die Einführung der Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten verbunden wären.

Trotz ihres für die Erfüllung eines solchen Vorhabens engen Zeitrahmens und einer Vielzahl dabei zu überwindender Hindernisse freut es mich als Vorsitzendem der Kommission ganz besonders, daß es im vorliegenden Endbericht gelungen ist, gerade in diesem Zusammenhang eine Reihe interessanter Ergebnisse vorzustellen, die sicherlich bei weiteren Diskussionen um die Gestaltung der Organisationsreform wertvolle Impulse liefern können.

Insgesamt versteht sich der Bericht der Enquete-Kommission als ein Beitrag, um politisch adäquate Antworten auf die vielfältigen Herausforderungen, die die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gegenwärtig und in der Zukunft aufwirft, zu ermöglichen. Angesichts der in der gesamten Kommission repräsentierten, sehr unterschiedlichen Denkrichtungen konnte es nicht primäres Ziel der Arbeit sein, unter Ausklammerung aller strittigen Fragen zu einheitlichen Handlungsempfehlungen zu gelangen. Die Tatsache, daß in diesem Bericht teilweise sehr unterschiedliche Lösungsansätze aufgezeigt werden, sollte auch als Chance aufgefaßt werden, über festgefügte ordnungspolitische Vorstellungen hinaus, den Blick für alternative Lösungen zu erweitern.

Mein besonderer Dank gilt allen in die Kommission berufenen Sachverständigen für ihren engagierten Einsatz, den für alle Beteiligten fruchtbaren Gedankenaustausch und die über die gesamte Zeit hinweg hervorragende Zusammenarbeit. Ebenfalls danke ich sämtlichen Mitarbeitern des Sekretariats, ohne deren vorbildliche Mitarbeit und einen über normale Arbeitsleistungen weit hinausgehenden Einsatz der Bericht in dieser Form nie möglich gewesen wäre.

Bonn, 12. Februar 1990

Klaus Kirschner

(Vorsitzender)

Inhaltsübersicht

Abschnitt A

Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit ... 12

Abschnitt B

Erster Teil: Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im gesundheitspolitischen Zusammenhang ... 19

Kapitel 1: Gesundheitspolitische Ausgangspunkte und Orientierungen ... 19

I. Entwicklung von Morbidität und Mortalität ... 19

II. Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems*) ... 26

Kapitel 2: Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der gesundheitlichen Versorgung ... 27

I. Prävention ... 27

II. Rehabilitation ... 38

III. Ambulante Versorgung ... 52

IV. Zahnmedizinische Versorgung ... 79

V. Stationäre Versorgung ... 94

VI. Psychiatrische Versorgung ... 121

VII. Arzneimittelversorgung*) ... 135

VIII. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ... 135

Zweiter Teil: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung ... 150

I. Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips ... 150

II. Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung ... 165

III. Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht zu den Leistungserbringern ... 173

IV. Gliederung des Krankenversicherungssystems/Reform der Kassenorganisationsstruktur ... 186

Abschnitt C

Berichte von Teilen der Kommission *) ... 224

I. Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems ... 223

II. Arzneimittelversorgung ... 240

Anhang

Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems ... 279

Verzeichnis der Tabellen ... 424

Verzeichnis der Kommissionsdrucksachen ... 426

*) Abschnitt C enthält Berichte von Teilen der Kommission zu Themenbereichen, die von der Kommission behandelt wurden, zu denen sie jedoch keine Berichte verabschiedet hat (vgl. zum Verfahren auch: Abschnitt A, S.16)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A

Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit ... 12

1. Entstehung und Auftrag der Kommission ... 12
2. Zusammensetzung der Kommission ... 13
3. Arbeitsweise der Kommission ... 13
4. Beratungsverlauf ... 15

Abschnitt B

Erster Teil:
Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im gesundheitspolitischen Zusammenhang ... 19

Kapitel 1:
Gesundheitspolitische Ausgangspunkte und Orientierungen ... 19

I. **Entwicklung von Morbidität und Mortalität** 19
1. Allgemeine Darstellung ... 19
2. Altersabhängige Differenzierung ... 19
3. Regionale Differenzierung ... 21
4. Schichten- und berufsspezifische Differenzierung ... 21
5. Verhaltensbedingte Differenzierung ... 24
6. Sozialepidemiologie als Basis rationaler Gesundheitspolitik ... 24
7. Schlußfolgerungen ... 25
Literaturverzeichnis ... 25

II. **Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems** ... 26

Kapitel 2:
Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der gesundheitlichen Versorgung ... 27

I. **Prävention** ... 27
1. Aufgaben präventiver Gesundheitspolitik ... 27
2. Kriterien effektiver Prävention ... 27
3. Konzepte und Interventionsfelder ... 28
4. Prävention im Sozialgesetzbuch V ... 32
5. Reformoptionen ... 32
Literaturverzeichnis ... 37

II. **Rehabilitation** ... 38
1. Zielvorstellungen, Einordnung in das Gesamtsystem und rechtliche Rahmenbedingungen ... 38
1.1 Allgmeine Einführung ... 38
1.2 Gesellschaftspolitische Zielvorstellungen der Rehabilitation ... 39
1.3 Einordnung der Rehabilitation in das gegliederte System der sozialen Sicherheit ... 39
1.4 Rehabilitation in der Krankenversicherung - Rechtliche Rahmenbedingungen ... 40
1.5 Konkretisierung der Zielvorstellungen für die Rehabilitation durch die soziale Krankenversicherung ... 40
2. Bestandsaufnahme und Problembereiche ... 42
2.1 Allgemeine Defizite im Sozialversicherungssystem und im medizinischen Versorgungssystem ... 42
2.2 Rehabilitation und ambulante ärztliche Versorgung ... 42
2.3 Rehabilitation und stationäre Versorgung ... 43
2.4 Rolle der Krankenkassen ... 43
2.5 Defizite am Beispiel ausgewählter Krankheitsarten ... 44
2.5.1 Rheumaerkrankungen ... 44
2.5.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen ... 45
2.5.3 Psychische Erkrankungen ... 45
2.5.4 Onkologische und andere Erkrankungen ... 45
2.6 Ursachen für die problematische Entwicklung ... 45
2.7 Fazit ... 47
3. Reformkonzepte und Reformansätze ... 47
3.1 Umorientierung des medizinischen Versorgungssystems ... 47
3.2 Grundlegende Reformkonzepte ... 48
3.3 Reformansätze ... 49
3.3.1 Koordination und Kooperation in Arbeitsgemeinschaften ... 49
3.3.2 Harmonisierung des Rehabilitationsrechts ... 49
3.3.3 Flankierende Änderungen im Sozialrecht ... 50
3.3.4 Weiterentwicklung durch die Selbstverwaltung ... 50
Literaturverzeichnis ... 51

III. **Ambulante Versorgung** ... 52
1. Aufgaben ... 52
1.1 Gesundheits- und Krankheitsbegriff ... 52
1.2 Normative Rahmenbedingungen ... 53
1.3 Defizite ... 53
1.4 Lösungsansätze ... 56
2. Bestandsaufnahme ... 57
2.1 Funktion der Kassenärzte ... 57
2.1.1 Leistungserbringer ... 58
2.1.2 Leistungsveranlasser ... 58
2.2 Ausgewählte Problembereiche im System der ambulanten Versorgung ... 62
2.2.1 Bedarfsplanung und Qualifikation der Kassenärzte ... 62
2.2.2 Kassenärztliche Behandlungsstile ... 63
2.2.3 Kassenärztliche Betriebsformen ... 65
2.2.4 Kassenärztliches Vergütungssystem ... 65

2.2.5 Steuerungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen ... 68
3. Zielvorstellungen ... 70
4. Reformoptionen ... 72
Literaturverzeichnis ... 79

IV. Zahnmedizinische Versorgung ... 79
1. Zielvorstellungen ... 79
2. Bestandsaufnahme ... 79
2.1 Morbidität ... 79
2.2 Wesentliche Beeinflussungsfaktoren der Mundgesundheit ... 82
2.2.1 Mundhygiene ... 82
2.2.2 Ernährung ... 82
2.3 Leistungsanbieterstruktur ... 82
2.3.1 Zahnärzte ... 82
2.3.2 Zahnmedizinisches Hilfspersonal ... 83
2.3.3 Zahntechniker ... 83
2.4 Vergütung ... 83
3. Problembereiche ... 85
3.1 Defizite in der zahnmedizinischen Versorgung ... 85
3.1.1 Allgemeines ... 85
3.1.2 Krankenkassen ... 85
3.1.3 Kassenzahnärztliche Vereinigungen ... 86
3.1.4 Zahnarzt-Patienten-Verhältnis ... 86
3.1.5 Qualitätssicherung ... 86
3.2 Kinder- und Jugendzahnpflege ... 86
3.3 Prophylaxe ... 86
3.4 Qualitätsdefizite ... 87
3.4.1 Konservierend-chirurgische Behandlung ... 87
3.4.2 Prothetische Versorgung ... 88
3.4.3 Kieferorthopädie ... 88
3.4.4 Parodontosebehandlung ... 89
3.5 Forschung, Aus- und Weiterbildung ... 89
3.6 Zahnärztliche Werkstoffe ... 90
4. Reformansätze und Reformoptionen ... 90
4.1 Reformansätze durch das GRG ... 90
4.1.1 Neuregelungen im SGB V ... 90
4.1.2 Kritik an den Neuregelungen ... 90
4.1.3 Evaluation ... 91
4.2 Leistungstransparenz ... 91
4.3 Prophylaxe ... 91
4.4 Ernährung ... 91
4.5 Aus- und Weiterbildung ... 91
4.6 Qualitätssicherung ... 92
4.7 Honorierung ... 92
4.8 Ausbildungskapazitäten ... 92
Literaturverzeichnis ... 92

V. Stationäre Versorgung ... 94
1. Einordnung in das Gesamtsystem ... 94
2. Zielvorstellungen und Rahmenbedingungen ... 94
2.1 Zielvorstellungen einer angemessenen und finanzierbaren stationären Versorgung ... 94
2.2 Normative Rahmenbedingungen ... 95
3. Bestandsaufnahme ... 96
3.1 Externe Einflußfaktoren ... 96
3.2 Strukturdaten und Kapazitätsaspekte ... 97
3.3 Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ... 99
3.4 Krankenhausfinanzierung ... 100
3.5 Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ... 101
4. Problembereiche ... 102
4.1 Ermittlung und Festsetzung von Leistungsindikatoren und Kapazitäten ... 103
4.2 Ökonomische Steuerung des Krankenhausbereichs ... 106
4.3 Medizintechnik ... 109
4.4 Qualität und Humanität ... 111
4.5 Verzahnung mit anderen Bereich ... 112
5. Reformoptionen ... 113
5.1 Ordnungspolitische Grundkonzeptionen ... 113
5.2 Reformschwerpunkte ... 114
5.2.1 Finanzierung der stationären Versorgung ... 114
5.2.2 Krankenhausplanung und Kapazitätenbestimmung ... 115
5.2.3 Gestaltung des Entgeltsystems ... 116
5.2.4 Medizintechnik ... 117
5.2.5 Qualität und Humanität ... 117
5.2.6 Verzahnung mit anderen Bereichen ... 119
Exkurs: Aufgaben eines Krankenversicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit ... 120
Literaturverzeichnis ... 121

VI. Psychiatrische Versorgung ... 121
1. Ausgangslage und Eingrenzungen ... 121
1.1 Zur Notwendigkeit der Beschäftigung mit der psychiatrischen Versorgung ... 122
1.2 Begriffliche Eingrenzungen ... 122
2. Hauptgruppen der psychiatrischen Versorgung ... 123
2.1 Hauptgruppen ... 123
2.2 Anmerkungen zu »Chronisch krank - behindert« ... 124
2.3 Größenordnungen ... 124
3. Versorgung, Aufgaben, Gestaltungs- und Steuerungsprinzipien ... 125
3.1 Funktionale Bestimmung des Hilfsbedarfs ... 125
3.2 Gestaltungsprinzipien bei der Steuerung psychiatrischer Versorgung ... 126
4. Bestandsaufnahme, Strukturprobleme und Defizite in den einzelnen Bereichen der psychiatrischen Versorgung ... 128
4.1 Bestandsaufnahme unter quantitativen Aspekten ... 128
4.1.1 Stationärer Bereich ... 128
4.1.2 Teilstationärer Bereich ... 129
4.1.3 Ambulanter Bereich ... 129
4.1.4 Komplemetärer Bereich ... 129
4.2 Strukturprobleme und Defizite ... 130
4.2.1 Stationärer Bereich ... 130
4.2.2 Teilstationärer Bereich (z.B. Tagesklinik) ... 132
4.2.3 Ambulanter Bereich ... 132
5. Reformoptionen ... 133
Literaturverzeichnis ... 134

VII. Arzneimittelversorgung ... 135

VIII. **Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel** ... 135
1. Zielvorstellungen ... 135
1.1 Bedarfsgerechte Versorgung ... 135
1.2 Qualitätssicherung ... 135
1.3 Wirtschaftliche Versorgung ... 135
2. Bestandsaufnahme ... 136
2.1 Struktur der Heil- und Hilfsmittelversorgung 136
2.2 Verordnungsverhalten des Arztes ... 136
2.3 Vertragliche Sicherstellung der Leistungserbringung ... 137
3. Einzelne Problembereiche ... 137
3.1 Preis- und Mengenprobleme ... 137
3.2 Qualitätsproblem ... 138
3.3 Marktintransparenz ... 138
3.4 Produktivität der Hersteller und Lieferantenbetriebe ... 139
3.5 Verbesserung durch das Gesundheits-Reformgesetz ... 139
3.6 Teilmarktprobleme ... 139
3.6.1 Heilmittel ... 140
3.6.1.1 Physiotherapeutische Leistungen ... 140
3.6.1.2 Sprachtherapie ... 140
3.6.1.3 Beschäftigungstherapie ... 141
3.6.2 Hilfsmittel ... 141
3.6.2.1 Hörhilfen ... 141
3.6.2.2 Sehhilfen ... 142
3.6.2.3 Orthopädische Hilfsmittel und Hilfsmittel besonderer Art ... 142
4. Instrumente zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie zur Steuerung der Inanspruchnahme ... 143
4.1 Qulitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte ... 143
4.1.1 Informationskonzepte ... 144
4.1.2 Medizinisch inhaltliche Kompetenz für die Verhandlungsführung der Krankenversicherung ... 144
4.1.3 Begutachtungs- und Beratungskonzepte ... 144
4.1.4 Regulierungskonzepte ... 145
4.2 Preisgestaltung und Steuerung der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln ... 145
4.2.1 Administrative Steuerung: Bedarfsplanung, Leistungsausgrenzung, Positivlisten ... 145
4.2.2 Festbetragskonzept ... 145
4.2.3 Selbstbeteiligung der Versicherten ... 146
4.2.4 Ausschreibungskonzept ... 146
4.2.5 Bonus-Malus-Konzept ... 146
4.2.6 Konkurrenz alternativer Steuerungsansätze ... 147
5. Reformoptionen ... 148
5.1 Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit 148
5.2 Steuerung der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln ... 149
Literaturverzeichnis ... 149

Zweiter Teil:

Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung ... 150

I. **Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips** ... 150
1. Rechtliche und tatsächliche Ortung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ... 150
1.1 Das Solidaritätsprinzip als tragendes Element des GKV-Rechts ... 150
1.2 Überblick zur faktischen Tragweite des Solidaritätsprinzip in der GKV (Ist-Analyse) ... 150
2. Elemente des Solidaritätsprinzips in der Strukturreformdiskussion ... 151
2.1 Vorbemerkung zur Problemauswahl ... 151
2.2 Probleme einer solidarischen Einnahmegestaltung und Beitragsaufbringung ... 152
2.2.1 Einkommensbegriff in der GKV und Folgen für die Versicherungspflicht ... 152
2.2.1.1 Individuelles Arbeitsentgelt als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht ... 152
2.2.1.2 Erwerbseinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht ... 153
2.2.1.3 Familieneinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht ... 154
2.2.2 Abweichungen von den jeweiligen Grundkonzepten ... 155
2.2.2.1 Alterskomponenten ... 155
2.2.2.2 Familienkomponenten ... 156
2.2.2.3 Weitere Formen der Abweichung ... 156
2.2.3 Verteilungswirkungen alternativer Einnahme- und Beitragsgestaltung: Ergebnisse empirisch gestützter Abschätzung ... 156
2.2.3.1 Modell »Individuelles Arbeitsentgelt« ... 157
2.2.3.2 Modell »Erwerbseinkommen« ... 157
2.2.3.3 Modell »Familieneinkommen« ... 158
2.3 Probleme einer solidarischen Leistungsgestaltung ... 158
2.3.1 Leistungsgewährung und Beitragshöhe in der GKV ... 158
2.3.2 Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang ... 158
2.3.2.1 Kostenerstattungsregelungen ... 158
2.3.2.2 Wahltarife ... 160
2.3.2.3 Selbstbeteiligung der Versicherten ... 161
2.3.2.4 Festbetragsregelungen ... 162
2.3.2.5 Festzuschußregelungen ... 162
2.3.2.6 Bonus- und Malusregelungen ... 162
2.3.2.7 Beitragsrückgewähr ... 162
3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen ... 162
3.1 Einnahmegestaltung ... 162
3.2 Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang 163
Literaturverzeichnis ... 163

II. **Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung** ... 165
1. Allgemeine Grundzüge und Probleme der Selbstverwaltung ... 165
1.1 Die Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip ... 165
1.2 Defizite in der Selbstverwaltung der GKV ... 166
2. Ebenen einer Reform der Selbstverwaltung der GKV ... 167
2.1 Das Verhältnis der GKV zu den Leistungserbringern: Die gemeinsame Selbstverwaltung ... 168
2.2 Selbstverwaltung und Staat ... 168

2.3 Beziehungen der Selbstverwaltung zu den Versicherten und Arbeitgebern ... 168
2.4 Interne Struktur der Selbstverwaltung ... 169
2.5 Das Verhältnis von Krankenkassen zu ihren Verbänden ... 170
3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen ... 170
Literaturverzeichnis ... 171

Minderheitenvotum ... 172

III. Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht zu den Leistungserbringern ... 173
1. Rechtliche Ortung ... 173
1.1 Unterschiede im Mitgliedschaftsrecht ... 173
1.1.1 Grundsätzliche Abgrenzung der verschiedenen Personengruppen in der GKV ... 173
1.1.1.1 Die pflichtversicherten Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung ... 173
1.1.1.2 Die versicherungsfreien Personen ... 175
1.1.1.3 Die versicherungsberechtigten Personen ... 176
1.1.1.4 Familienversicherung ... 178
1.1.2 Zuständigkeit der Kassenarten für einzelne Versichertengruppen ... 178
1.1.2.1 Zuständigkeit für pflichtversicherte Personen ... 178
1.1.2.2 Zuständigkeit für versicherungsberechtigte Personen ... 180
1.1.3 Zurückweisung und Ausschluß von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten ... 180
1.1.3.1 Zurückweisung ... 181
1.1.3.2 Ausschlußmöglichkeiten ... 181
1.2 Unterschiede im Beitragsrecht ... 181
1.2.1 Erhebung und Bemessung der Beiträge ... 181
1.2.2 Tragung der Beitragslast ... 181
1.2.3 Entrichtung der Beiträge ... 181
1.3 Unterschiede im Leistungsrecht ... 182
1.3.1 Leistungen an Pflicht- und freiwillig Versicherte ... 182
1.3.2 Verfahren der Leistungserbringung ... 182
1.4 Unterschiede im Vertragsrecht zu den Leistungserbringern ... 182
1.5 Besonderheiten für Krankenkassenbeschäftigte ... 185
1.5.1 Zuständigkeit ... 185
1.5.2 Leistungen ... 185
2. Schlußfolgerungen und Empfehlungen ... 185
Literaturverzeichnis ... 185

IV. Gliederung des Krankenversicherungssystems/Reform der Kassenorganisationsstruktur ... 186
1. Rechtliche und tatsächliche Situation ... 186
1.1 Gliederungsvoraussetzungen und -kriterien ... 186
1.2 Gliederungsergebnisse ... 187
2. Problemanalyse des gegliederten Systems ... 189
2.1 Wahlmöglichkeiten für Versicherte zwischen einzelnen Kassenarten ... 189
2.2 Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassenarten ... 190
2.3 Kassenarten und Risikostrukturen ... 191
2.3.1 Finanzierungspotential der Kassen(arten) ... 191
2.3.2 Versichertenstruktur der Kassen(arten) ... 193
2.3.2.1 Altersgliederung ... 194
2.3.2.2 Geschlechtsverteilung ... 194
2.3.2.3 Familienlastquote ... 195
2.3.3 Besondere gruppenspezifische Risiken der Kassen(arten) ... 196
2.3.3.1 Arbeitslose ... 196
2.3.3.2 Sozialhilfeempfänger ... 198
2.3.3.3 Behinderte, Rehabilitanden ... 199
2.3.3.4 Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner (BU/EU-Rentner) ... 200
2.3.3.5 Schwerstrisiken ... 201
3. Grundsätzlich mögliche Lösungsstrategien ... 201
3.1 Reform des Systems durch regionale Einheitsversicherung ... 201
3.2 Reform des Systems durch Zuweisung der Versicherten ... 202
3.3 Reform des Systems durch unbeschränkte Wahlfreiheit der Versicherten ... 202
3.4 Reform des Systems durch modifizierte Wahlfreiheit der Versicherten ... 203
4. Probleme einer Ausgestaltung des Modells unbeschränkter Wahlfreiheit ... 203
4.1 Kassen und Risikoausgleiche ... 203
4.1.1 Mögliche Ansatzpunkte für Risikoausgleiche ... 204
4.1.2 Ausgabenseitige Ausgleichsformen ... 204
4.1.3 Einnahmenseitige Ausgleichsformen: Risikostrukturangleichung ... 205
4.1.4 Organisation der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ... 206
4.2 Kassen und räumliche Organisationsstrukturen ... 207
4.2.1 Regionalisierte Kassenstrukturen ... 207
4.2.1.1 Räumliche Abgrenzung ... 208
4.2.1.2 Regionalisierte Beitragssatzgestaltung ... 209
4.2.2 Zentralisierte Kassenstrukturen ... 209
4.3 Kassen und Wettbewerb ... 210
4.4 Kassen, Beitragssätze und Wanderungspotential der Versicherten ... 211
4.5 Kassenwechsel und Wahlfreiheit: praktische Umsetzungsprobleme ... 212
4.6 Datenlage und Datennotwendigkeiten ... 213
5. Schlußfolgerungen und Empfehlungen ... 214
5.1 Ausgangspunkte der Modelle ... 214
5.2 Unbeschränkte Wahlfreiheit mit zeitlich begrenztem Risikoausgleich und Wahlmöglichkeiten im Leistungsrecht (Reformopion I) ... 215
5.2.1 Begründung für die zeitliche und inhaltliche Begrenzung des Risikoausgleichs ... 215
5.2.2 Wahlfreiheit mit zeitlich und inhaltlich begrenztem Risikoausgleich ... 215
5.2.3 Begründung und Ausgestaltung der Wahlmöglichkeiten im Leistungsbereich ... 216

5.3 Wahlfreiheit mit kassenübergreifendem dauerhaften Risikoausgleich und gleichem Leistungsangebot (Reformoption II) ... 216
5.3.1 Inhaltliche Ausgestaltung und Begründung des Risikoausgleichs ... 217
5.3.2 Kassenspezifischer Umfang des Risikoausgleichs ... 217
5.3.3 Räumliche Gestaltung des Risikoausgleichs ... 217
5.4 Modifizierte Wahlfreiheit (Reformoption III) ... 218
5.5 Mehrheit der Kommission für das Modell der modifizierten Wahlfreiheit als Einstiegslösung in die Organisationsreform ... 218
Literaturverzeichnis ... 218

Minderheitenvotum ... 222

Abschnitt C

Berichte von Teilen der Kommission ... 224

I. **Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems** ... 224

Bericht A

[Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Dr. Becker (Frankfurt), Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.] ... 224

1. Funktion und Arbeitsweise ... 224
1.1 Ausbildung zum Arzt ... 224
1.1.1 Medizinstudium ... 224
1.1.2 Weiterbildung ... 225
1.1.3 Fortbildung ... 226
1.2 Einflüsse der Arbeitsbereiche auf das Denken und Handeln von Ärzten ... 226
1.2.1 Ambulante Medizin ... 226
1.2.2 Krankenhaus ... 227
2. Reformansätze ... 227
2.1 Aus- und Fortbildung ... 227
2.2 Medizinsystem ... 227

Bericht B

[Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Haack (Extertal), Glombig, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock, Dipl.-Vw. Reiners, Abg. Frau Wilms-Kegel.] ... 228

1. Bedeutung des Arztes im Gesundheitswesen ... 228
1.1 Ausbildung zum Arzt ... 228
1.1.1 Medizinstudium ... 228
1.1.2 Weiterbildung ... 230
1.1.3 Fortbildung ... 231
1.2 Sozio-kulturelle Bedingungen für ärztliches Denken und Handeln ... 232
1.3 Die Einflüsse der Arbeitsbereiche auf das Denken und Handeln von Ärzten ... 234
1.3.1 Krankenhaus ... 234
1.3.2 Ambulante Medizin ... 234
1.4 Fortschritts-Fallen ärztlicher Leitbilder ... 236
2. Reformoption ... 238
2.1 Ausbildung ... 238
2.2 Medizinsystem ... 238
Literaturverzeichnis ... 239

II. **Arzneimittelversorgung** ... 240

Bericht A

[Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Dr. Becker (Frankfurt), Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.] ... 240

1. Zielvorstellungen ... 240
1.1 Bedarfsgerechte Versorgung ... 240
1.2 Qualitätssicherung ... 240
2. Bestandsaufnahme ... 240
2.1 Besonderheiten des Arzneimittelmarktes ... 241
2.1.1 Marktzutrittsbedingungen und Produktionsstruktur ... 241
2.1.2 Transparenz des Marktes ... 242
2.1.3 Rolle des Arzneimittels im Arzt-Patienten-Verhältnis ... 242
2.2 Steuerung der kassenärztlichen Verordnungstätigkeit ... 242
3. Ausgewählte einzelne Problembereiche ... 243
3.1 Mengenentwicklung ... 245
3.1.1 Mengenniveau und -entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV ... 245
3.1.1.1 Globalanalyse ... 245
3.1.1.2 Indikationsanalyse ... 245
3.1.2 Selbstmedikation ... 245
3.1.3 Arzneimittel im Krankenhaus ... 246
3.1.4 Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums ... 246
3.2 Preise der Arzneimittel ... 246
3.2.1 Preisniveau ... 246
3.2.2 Strukturkomponente ... 247
3.2.3 Entwicklung des Generika-Marktes ... 247
3.3 Therapeutische Qualität ... 247
3.3.1 Qualitative Aspekte des Arzneimittelangebots ... 247
3.3.1.1 Wirksamkeitsnachweis nach dem Arzneimittelgesetz ... 247
3.3.1.2 Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit, risikobehaftete und unzweckmäßig zusammengesetzte Arzneimittel ... 248
3.3.1.3 Patentrechtliche Aspekte der Arzneimittelinnovation ... 248
3.3.2 Qualitative Aspekte der Verordnungsstruktur ... 249
3.3.2.1 Verordnung therapeutisch umstrittener Arzneimittel ... 249
3.3.2.2 Arzneimitteltherapie ohne begründete Indikation ... 249
3.4 Steuerungsprobleme: Aktionsparameter und Anreizsysteme ... 249

3.4.1 Rolle des Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt ... 249
3.4.2 Dominanz der Herstellerinformationen ... 250
3.4.3 Mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten durch Arzt und Patient ... 250
3.4.3.1 Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient ... 250
3.4.3.2 Geringe Preiselastizität der Nachfrage ... 250
3.4.4 Einflußmöglichkeiten der GKV ... 251
3.4.4.1 Festbeträge ... 251
3.4.4.2 Arzneimittel-Richtlinien/Wirtschaftlichkeitsprüfungen ... 252
3.4.5 Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen im Arzneimittelsektor ... 252
4. Instrumente zur Reform ... 253
4.1 Selbstbeteiligung ... 253
4.2 Modelle direkter Preisverhandlung ... 255
4.3 Modelle globaler Budgetierung ... 255
4.4 Bonus-Malus-Systeme ... 255
4.5 Aut-Idem/Aut-Simile-Verordnungen ... 255
4.6 Flankierende Maßnahmen zur Beeinflussung des ärztlichen Verordnungsverhaltens ... 255
4.7 Modifizierung des Patentschutzes ... 256
4.8 Fazit: Konsequente Deregulierung ... 256
Literaturverzeichnis ... 256

Bericht B

[Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Haack (Extertal), Glombig, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock, Dipl.-Vw. Reiners] ... 257

1. Zielvorstellungen ... 257
1.1 Bedarfsgerechte Versorgung ... 257
1.2 Qualitätssicherung ... 258
1.3 Medizinischer Fortschritt ... 258
2. Bestandsaufnahme ... 258
2.1 Besonderheiten des Arzneimittelmarktes ... 258
2.1.1 Marktzutrittsbedingungen und Produktionsstruktur ... 259
2.1.2 Intransparenz des Marktes ... 259
2.1.3 Rolle des Arzneimittels im Arzt-Patient-Verhältnis ... 260
2.2 Steuerung der kassenärztlichen Verordnungstätigkeit ... 261
3. Einzelne Problembereiche ... 263
3.1 Mengensentwicklung ... 263
3.1.1 Mengenniveau und -entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV ... 263
3.1.1.1 Globalanalyse ... 263
3.1.1.2 Indikationsanalyse ... 263
3.1.2 Selbstmedikation ... 264
3.1.3 Arzneimittel im Krankenhaus ... 264
3.1.4 Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums ... 264
3.2 Preise der Arzneimittel ... 264
3.2.1 Preisniveau ... 264
3.2.2 Strukturkomponente ... 265
3.2.3 Entwicklung des Generika-Marktes ... 265
3.3 Qualität der Arzneimittel ... 265
3.3.1 Qualitative Aspekte des Arzneimittelangebots ... 266
3.3.1.1 Wirksamkeitsnachweis nach dem Arzneimittelgesetz ... 266
3.3.1.2 Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit, risikobehaftete und unzweckmäßig zusammengesetzte Arzneimittel ... 267
3.3.1.3 Patentrechtliche Aspekte der Arzneimittelinnovation ... 267
3.3.2 Qualitative Aspekte der Verordnungsstruktur ... 267
3.3.2.1 Verordnung therapeutisch umstrittener Arzneimittel ... 268
3.3.2.2 Arzneimitteltherapie ohne begründete Indikation ... 268
3.4 Steuerungsprobleme: Aktionsparameter und Anreizsysteme ... 268
3.4.1 Die Rolle des Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt ... 268
3.4.2 Dominanz der Herstellerinformation ... 269
3.4.3 Mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten durch Arzt und Patient ... 269
3.4.3.1 Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient ... 269
3.4.3.2 Geringe Preiselastizität der Nachfrage ... 270
3.4.4 Einflußmöglichkeiten der GKV ... 270
3.4.4.1 Festbeträge ... 272
3.4.4.2 Arzneimittel-Richtlinien/Wirtschaftlichkeitsprüfungen ... 273
3.4.4.3 Arzneimittelversorgung als Parameter im Krankenkassenwettbewerb ... 273
4. Instrumente zur Reform ... 273
4.1 Herstellerunabhängiges Arzneimittelinstitut 273
4.2 Direkter Preisverhandlungen und Positivlisten ... 275
4.3 Flankierende Maßnahmen zur Beeinflussung des ärztlichen Verordnungsverhaltens ... 275
4.3.1 Verbesserung der ärztlichen Ausbildung und Informationspolitik ... 275
4.3.2 Werbeaktivitäten der Pharamindustrie ... 276
4.3.3 Administrative und informelle Informationsmedien ... 276
4.3.4 Aufklärung und Information der Patienten ... 276
4.4 Selbstbeteiligungsregeln ... 277
4.5 Modelle globaler Budgetierung ... 277
4.6 Bonus-Malus-Systeme ... 277
4.7 Aut-Idem/Aut-Simile-Verordnungen ... 277
4.8 Fazit ... 277
Literaturverzeichnis ... 277

Anhang

Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems ... 279

1. Globalsteuerung und Budgetierung ... 285
2. Marktwirtschaftliche Orientierung ... 320
3. Steuerung auf der Ebene der Verbände ... 364
4. Problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung ... 395

Verzeichnis der Tabellen und Schaubilder ... 424
Verzeichnis der Kommissions-Drucksachen ... 426

Abschnitt A

Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit

1. Entstehung und Auftrag der Kommission

1. Am 20. Mai 1987 stellte die Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag den Antrag, eine Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« zur Vorbereitung der Entscheidungen des Deutschen Bundestages über eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen.[1] Die Fraktion der SPD begründete ihren Antrag damit, daß nach Auffassung aller Fraktionen eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung dringend notwendig sei und auch die Bundesregierung diese zu einem besonderen Schwerpunkt ihrer Arbeit während der nächsten vier Jahre erklärt habe. Da jedoch das System der gesundheitlichen Versorgung zu den Eckpfeilern des Sozialstaates gehöre, sei für diese Reform eine breite parlamentarische Mehrheit von besonderer Wichtigkeit. Dies aber erfordere, daß sich der Bundestag selbst der Vorbereitung einer Strukturreform annehme.

2. Der Deutsche Bundestag hat dann in seiner 16. Sitzung am 4. Juni 1987 den Antrag der Faktion der SPD zusammen mit einem Antrag der Fraktion DIE GRÜNEN vom 3. Juni 1987[2] beraten und anschließend die Einsetzung einer Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« gemäß § 56 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages entsprechend dem Antrag der Fraktion der SPD beschlossen. Dabei kam zum Tragen, daß der Deutsche Bundestag zur Einsetzung einer Enquete-Kommission verpflichtet ist, wenn der Einsetzungsantrag von einem Viertel der Mitglieder des Bundestages gestellt wird. Dies war im Falle des Antrages der Fraktion DIE GRÜNEN nicht der Fall. Die Fraktionen der Regierungskoalition enthielten sich der Stimme.

3. Gemäß dem vom Deutschen Bundestag angenommenen Antrag hatte die Kommission die Aufgabe:

1. die Strukturen unseres Krankenversicherungssystems zu analysieren und seine Schwächen und Mängel aufzuzeigen;
2. zu prüfen, ob im System der gesundheitlichen Versorgung eine Orientierung an gesundheitspolitischen Zielen und Prioritäten bisher möglich ist, und wer ggf. Ziele und Prioritäten vorgibt;
3. zu prüfen, ob die Aufgabenwahrnehmung der Krankenversicherung im Hinblick auf die Erreichung solcher Ziele und die Erhaltung von Prioritäten ausreichend steuerbar ist;
4. zu untersuchen, ob die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bei vertraglichen Regelungen die Interessen ihrer Mitglieder in gleichem Maße zur Geltung bringen können wie die Erbringer von Gesundheitsleistungen;
5. zu prüfen, ob der rechtliche Rahmen für die Selbstverwaltung und die praktische Anwendung ihrer Prinzipien in den verschiedenen Bereichen den Anforderungen entspricht, die an eine leistungsfähige und eine mitgliederorientierte Selbstverwaltung gestellt werden müssen;
6. die Bedingungen zu definieren, die das Prinzip der Solidarität in einem leistungsfähigen Krankenversicherungssystem garantiert;
7. zu untersuchen, in welchem Umfang im Leistungs-, Beitrags-, Mitgliedschafts- und dem Vertragsrecht mit der Leistungserbringerseite für die verschiedenen Kassenarten unterschiedliches Recht besteht und gleiche Tatbestände unterschiedlich behandelt werden;
8. Vor- und Nachteile eines Sachleistungssystems aufzuzeigen, sie denen eines Kostenerstattungssystems gegenüberzustellen und insgesamt unter den Erfordernissen einer sozialen Krankenversicherung zu bewerten;
9. Vor- und Nachteile von Tarif- und Leistungsdifferenzierungen sowie Kostenbeteiligungen aufzuzeigen und unter den Erfordernissen einer sozialen Krankenversicherung zu bewerten.

Laut Einsetzungsbeschluß hatte die Kommission unter Berücksichtigung der ihr gestellten Aufgaben bis zum 30. September 1988 Vorschläge für eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung vorzulegen.

4. Am 27. Oktober 1988 stellten die Fraktionen der CDU/CSU und der FDP im Deutschen Bundestag den Antrag[3], die Tätigkeit der Enquete-Kommission zur Behandlung bestimmter Schwerpunktbereiche einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung – Organisationsreform; Überkapazitätenproblem einschließlich Krankenhausbereich – bis zum 30. Juni 1989 zu verlängern. Seitens der Koalitionsfraktionen wurde dieser Antrag damit begründet, daß die Enquete-Kommission ihre Arbeit fortsetzen sollte, um Vorschläge für eine zweite Stufe der Strukturreform – nach der ersten Stufe des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) – zu erarbeiten. Entsprechend diesem Antrag faßte der Deutsche Bundestag in seiner 103. Sitzung am 27. Oktober 1988 mit der Mehrheit der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP bei Nichtbeteiligung der Fraktionen der SPD und DIE GRÜNEN folgenden Beschluß:

»Die Enquete-Kommission wird beauftragt, bis zum 30. Juni 1989 Vorschläge für die Organisationsstrukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung und für eine sachgerechte Lösung der Überkapazitätenfrage in der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich des Krankenhausbereichs zu erarbeiten.«

5. Am 31. Oktober 1988 beschloß die Enquete-Kommission mit Mehrheit, einen Zwischenbericht über den Stand der Arbeiten der Enquete-Kommission dem Präsidenten

1) Bundestags-Drucksache 11/310
2) Bundestags-Drucksache 11/414
3) Bundestags-Drucksache 11/3181

des Deutschen Bundestages vorzulegen. Der Zwischenbericht ist als BT-Drucksache 11/3267 erschienen.

2. Zusammensetzung der Kommission

6. Entsprechend dem Einsetzungsbeschluß setzte sich die Kommission aus 9 Abgeordneten des Deutschen Bundestages im Verhältnis 4 : 3 : 1 : 1 für das Benennungsrecht der Fraktionen und 9 nicht dem Deutschen Bundestag, der Bundesregierung oder einer Landesregierung angehörenden Sachverständigen zusammen.

Die Fraktionen benannten folgende Mitglieder des Deutschen Bundestages für die Kommission:

CDU/CSU-Fraktion:
Dr. Karl **Becker** (Frankfurt)
Dr. Paul **Hoffacker**
Frau Editha **Limbach**
Horst **Seehofer** (bis 10. Mai 1989)
Gerhard **Scheu** (ab 10. Mai 1989)

SPD-Fraktion:
Frau Ingrid **Becker-Inglau** (ab 22. Februar 1989)
Jürgen **Egert** (bis 22. Februar 1989)
Karl-Hermann **Haack** (Extertal) (ab 22. Februar 1989)
Horst **Jaunich** (bis 22. Februar 1989)
Klaus **Kirschner**

FDP-Fraktion:
Dr. Dieter **Thomae**

Fraktion DIE GRÜNEN:
Frau Heike **Wilms-Kegel**

Der Präsident des Deutschen Bundestages berief auf Vorschlag der Fraktionen als sachverständige Kommissionsmitglieder:

Prof. Dr. Fritz **Beske**
(Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel)

Prof. Dr. Herbert **Genzel**
(Lehrbeauftragter für Krankenhausorganisations- und -betriebslehre an der Technischen Universität München und der Ludwig-Maximilians-Universität München)

Prof. Dr. Wolfgang **Gitter**
(Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Zivilrecht, Arbeits- und Sozialrecht)

Prof. Dr. Günter **Neubauer**
(Universität der Bundeswehr München, Professor für Volkswirtschaftslehre, insb. Sozialökonomik)

Eugen **Glombig**
(Bürgerbeauftragter für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein und Landesbeauftragter für Behinderte)

Dr. Ellis E. **Huber**
(Präsident der Ärztekammer Berlin)

Priv.-Doz. Dr. Rolf **Rosenbrock**
(Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik)

Prof. Dr. Peter **Oberender**
(Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre)

Dipl.-Volkswirt Hartmut **Reiners**
(Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen)

7. Die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« wurde am 9. Juli 1987 konstituiert. Der Abgeordnete Klaus Kirschner (SPD) wurde einstimmig zum Vorsitzenden und der Abgeordnete Horst Seehofer (CDU/CSU) einstimmig zum Stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission bestimmt. Nach dem Ausscheiden des Abgeordneten Horst Seehofer aus der Kommission wurde der Abgeordnete Dr. Paul Hoffacker zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

Kommissionssekretariat

8. Die Verwaltung des Deutschen Bundestages stellte der Kommission ein Sekretariat zur Verfügung, das organisatorische und wissenschaftliche Aufgaben zu erfüllen hatte. Das Sekretariat wurde von Ministerialrat Klaus-Peter Pohl geleitet. Wissenschaftliche Mitarbeiter im Sekretariat waren: Dr. Michael Drupp (ab April 1989), Dipl.-Volkswirt Martin Frey, Dr. Christopher Hermann (beide ab November 1987), Franz Knieps (ab April 1988), Dr. Hartmut Günther (Juni 1988 bis November 1988), Dr. Friedrich Karl Klasen (März bis Juni 1988), Frau Gudrun Schellenbeck (Juli 1988 bis Oktober 1988), Dipl.-Volkswirt Dusan Tesic (ab Februar 1989), Frau Dr. Christina Tophoven (November 1987 bis Juli 1988). Zum Sekretariat gehörten weiterhin: Frau OARn Brigitte Schellhammer, Michaela D'Ambrosio, Margareta Ruhnau und Susanne Klein.

Auf Werkvertragsbasis waren für die Kommission tätig: Dr. Heinz-Harald Abholz, Dipl.-Sozialwirt Arno Georg, Dipl.-Kaufmann Herbert Rebscher, Dipl.-Volkswirt Rolf Reher, Dipl.-Volkswirt Herbert Reichelt, Hubertus Stroebel.

3. Arbeitsweise der Kommission

9. Im Anschluß an die konstituierende Sitzung hat sich die Kommission in ihrer 2. und 3. Sitzung mit organisatorischen Fragen, der Erstellung eines Arbeitsplanes, der Terminplanung sowie der Arbeitsweise beschäftigt und zugleich in diesen Sitzungen Berichte der sachverständigen Kommissionsmitglieder über deren Einschätzung der Strukturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung entgegengenommen und diskutiert.

Die Kommission war sich bei ihrer Arbeit von Beginn an bewußt, daß die komplexe Natur der Probleme ihr keine Möglichkeit ließ, zu allen im Einsetzungsbeschluß enthaltenen Themenstellungen ausführliche Empfehlungen abzugeben. Auch einschließlich der Verlängerung stand der Kommission insgesamt für ihre Arbeit relativ wenig Zeit zur Verfügung. Dies führte insbesondere dazu, daß die Überkapazitätenfrage nicht ausdiskutiert werden konnte.

Sämtliche Entwürfe für die verschiedenen Berichtskapitel erfuhren im Verlauf der Sitzungen der Arbeitsgruppen sowie in den Beratungen der Kommission Änderungen. Dies gilt sowohl für die Berichtsentwürfe des Zwischen- wie des Endberichts.

Arbeitsgruppen

10. Die Kommission hat sowohl in ihrer ersten Arbeitsphase (bis zum Zwischenbericht) wie in ihrer zweiten Arbeitsphase (bis zum Endbericht) einen wesentlichen Teil ihrer Beratungsarbeiten in Arbeitsgruppen zu bestimmten Sachthemen erledigt. Die Arbeitsgruppen hatten vor allem die Aufgabe, einzelne Themenbereiche in vertiefter Form zu bearbeiten, Entwürfe für die Berichtskapitel zum Stand von Forschung und gesellschaftspolitischer Diskussion zu erarbeiten sowie als Beratungsvorlagen für die Kommission Schlußfolgerungen, Reformoptionen und Empfehlungen zu den einzelnen Fragestellungen zu formulieren.

Aufgrund spezieller Kenntnisse oder aus besonderem Interesse waren einzelne Mitglieder der Kommission zugleich Mitglieder in verschiedenen Arbeitsgruppen. Den einzelnen Arbeitsgruppen waren bestimmte Mitarbeiter des Sekretariats zugeordnet.

Den übrigen Kommissionsmitgliedern stand die Teilnahme an den Arbeitsgruppensitzungen jederzeit frei.

Erste Beratungsphase bis zum Zwischenbericht

11. In ihrer 16. Sitzung am 21. Januar 1988 setzte die Kommission Arbeitsgruppen zu den folgenden vier Themenbereichen ein:

1) Aufgaben eines Krankenversicherungssystems
2) Orientierung und Steuerbarkeit des Krankenversicherungssystems
3) Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern
4) Solidaritätsprinzip, Selbstverwaltung, Gliederung und unterschiedliches Recht in der GKV

Die einzelnen Arbeitsgruppen setzten sich aus folgenden Kommissionsmitgliedern zusammen:

Arbeitsgruppe I
Prof. Dr. Beske
Prof. Dr. Genzel
Eugen Glombig
Dr. Huber
Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock (Vorsitzender)

Arbeitsgruppe II
Prof. Dr. Gitter
Prof. Dr. Oberender
Dipl.-Vw. Reiners (Vorsitzender)
Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock

Arbeitsgruppe III
Prof. Dr. Genzel
Dr. Huber (Vorsitzender)
Prof. Dr. Neubauer
Prof. Dr. Oberender
Dipl.-Vw. Reiners

Arbeitsgruppe IV
Prof. Dr. Gitter
Eugen Glombig (Vorsitzender)
Prof. Dr. Neubauer
Dipl.-Vw. Reiners

12. Die einzelnen Arbeitsgruppen führten zur Erledigung der ihnen übertragenen Aufgaben zwischen Ende Januar und Mitte September 1988 folgende zum Teil ganztägige Sitzungen durch:

- 10 Sitzungen der AG I »Aufgaben eines Krankenversicherungssystems«
- 8 Sitzungen der AG II »Orientierung und Steuerbarkeit des Krankenversicherungssystems«
- 20 Sitzungen der AG III »Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern«
- 24 Sitzungen der AG IV »Solidaritätsprinzip, Selbstverwaltung, Gliederung und unterschiedliches Recht in der GKV«.

13. Zur abschließenden Beratung der erarbeiteten Untersuchungsergebnisse, der Diskussion von Vorentwürfen für die von ihr erstellten Berichtsteile und der Erarbeitung von Schlußfolgerungen, Reformoptionen und Empfehlungen zu den verschiedenen Themenbereichen fanden Klausurtagungen der Arbeitsgruppen statt:

- AG I vom 28. bis 29. August 1988 in Hamburg
- AG II vom 5. bis 7. September 1988 in Mayschoß
- AG III vom 7. bis 10. September 1988 in Berlin
- AG IV vom 22. bis 27. August 1988 in Glücksburg und vom 8. bis 9. September 1988 in Berlin.

Inbesondere die Arbeitsgruppe IV führte im Rahmen ihrer Beratungen insgesamt 6 Informationsgespräche mit Sachverständigen durch. Außerdem wurde von ihr im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag »Gliederung des GKV-Systems« zur Schaffung detaillierten und gesicherten Datenmaterials ein Fragenkatalog zur Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen der Bundesrepublik Deutschland entwickelt. Für die Beantwortung dieses Fragenkatalogs sind von zahlreichen Kassenverbänden und Ersatzkassen schriftliche Stellungnahmen eingeholt worden.

Zweite Beratungsphase bis zum Endbericht

14. Zu Beginn der zweiten Arbeitsphase im Anschluß an den Zwischenbericht entschied sich die Kommission in ihrer 34. Sitzung vom 26. Januar 1989 erneut dafür, zur Erledigung der Arbeitsaufträge thematisch gegliederte Arbeitsgruppen einzusetzen. Entsprechend wurden die folgenden drei neuen Arbeitsgruppen gebildet:

1) Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung
2) Aufgaben, Kapazitäten und Steuerung in der ambulanten Versorgung und in der Arzneimittelversorgung
3) Aufgaben, Kapazitäten und Steuerung in der stationären Versorgung und im Bereich der medizinischen Technologie.

Die neuen Arbeitsgruppen setzten sich aus den folgenden Kommissionsmitgliedern zusammen:

Arbeitsgruppe I (neu)
Prof. Dr. Beske (Vorsitzender)
Eugen Glombig
Prof. Dr. Gitter
Abg. Kirschner
Prof. Dr. Neubauer
Prof. Dr. Oberender
Dipl.-Vw. Reiners

Arbeitsgruppe II (neu)
Prof. Dr. Gitter
Dr. Huber (Vorsitzender)
Prof. Dr. Oberender
Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock

Arbeitsgruppe III (neu)
Prof. Dr. Beske
Prof. Dr. Genzel
Dr. Huber
Prof. Dr. Oberender
Prof. Dr. Neubauer (Vorsitzender)
Dipl.-Vw. Reiners

Die einzelnen Arbeitsgruppen führten zur Erledigung der ihnen übertragenen Aufgaben zwischen Mitte Februar und Oktober 1989 folgende, überwiegend ganztägige Sitzungen durch:

- 12 Sitzungen der AG I »Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung«
- 8 Sitzungen der AG II »Aufgaben, Kapazitäten und Steuerung in der ambulanten Versorgung und in der Arzneimittelversorgung«
- 9 Sitzungen der AG III »Aufgaben, Kapazitäten und Steuerung in der stationären Versorgung und im Bereich der medizinischen Technologie«.

Zur abschließenden Beratung ihrer Arbeitsergebnisse und der von ihnen erstellten Berichtsentwürfe trafen sich die einzelnen Arbeitsgruppen in der Woche vom 21. bis 25. August 1989 zu jeweils zweitägigen Klausurtagungen in Mayschoß.

15. Die Arbeitsgruppe I führte darüber hinaus am 6. Juni 1989 in Kiel mit Vertretern des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ein Gespräch zu Aspekten einer Kassenstrukturreform. Weiterhin wurden von mehreren Sachverständigen Kurzexpertisen zum Thema »Auswirkungen einer Implementation verschiedener Formen der Wahlfreiheit zur Reform der Krankenkassenstrukturen des GKV-Systems« eingeholt, die betreffenden Sachverständigen am 22. Juni 1989 von der Arbeitsgruppe angehört. Ein zusätzliches Expertengespräch hatte die Arbeitsgruppe am 23. August 1989 in Mayschoß.

4. Beratungsverlauf

16. Die Kommission hielt in der Zeit vom 9. Juni 1987 bis 31. Oktober 1988 (der Verabschiedung des Zwischenberichts) insgesamt 33 ganztägige Sitzungen ab. In der zweiten Arbeitsphase von November 1988 bis November 1989 traf sich die Kommission zu weiteren 14 ganztägigen Sitzungen.

Im Verlaufe der Kommissionssitzungen fanden 9 öffentliche Anhörungen mit externen Sachverständigen bzw. Vertretern von Verbänden statt. Weiterhin ließ sich die Kommission auf ihren Sitzungen von der Bundesregierung zweimal über spezielle Themen informieren. Zu spezifischen Problemstellungen vergab die Kommission insgesamt 10 Gutachten an externe Sachverständige bzw. Institute. Ferner forderte sie im Rahmen der Anhörungen/Expertengespräche zahlreiche schriftliche Stellungnahmen von Einzelpersonen, Verbänden, Instituten und Behörden an.

Darüber hinaus sind die laufenden Veröffentlichungen und Stellungnahmen der Verbände zu Fragen einer Strukturreform im Gesundheitswesen in die Beratungen der Kommission sowie der Arbeitsgruppen einbezogen worden.

Auf Einladung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung gaben die Berichterstatter der einzelnen Arbeitsgruppen am 10. Oktober 1988 den Mitgliedern dieses Ausschusses eine Darstellung erster Zwischenergebnisse und des Standes der Kommissionsberatungen.

Zwischenbericht

17. Die Enquete-Kommission hat in ihrer 33. Sitzung am 31. Oktober 1988 mit Mehrheit beschlossen, einen Zwischenbericht über den Stand der Arbeiten der Enquete-Kommission gemäß dem in dieser Sitzung erreichten Beratungsstand dem Präsidenten des Deutschen Bundestages vorzulegen.

Die Kommission hat in dieser Sitzung sämtliche im Zwischenbericht enthaltenen Berichtsteile mit der Mehrheit der anwesenden Kommissionssachverständigen (Prof. Dr. Beske und Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock waren verhindert) sowie der Vertreter der Fraktion der SPD und der Vertreterin der Fraktion DIE GRÜNEN angenommen. Die in der Sitzung am 31. Oktober 1988 nicht anwesenden Sachverständigen haben zu dem Zwischenbericht wie folgt Stellung genommen: Prof. Dr. Beske hat in der Sitzung am 26. Januar 1989 erklärt, daß er den Zwischenbericht ablehnt; Dr. Rosenbrock hat in der Sitzung am 2. November 1989 erklärt, daß er dem Zwischenbericht zustimmt.

18. Die in diesem Zwischenbericht enthaltenen Berichtsteile fanden nicht die Zustimmung der Vertreter der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP, die diese Berichtsteile in der vorliegenden Fassung teils ablehnten, teils sich der Stimme enthielten. Die Vertreter der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP kündigten zunächst an, einen Minderheitenbericht vorzulegen. Nachdem die Kommission sich im Zuge der Weiterarbeit darauf verständigt hatte, auch die Berichtsteile des Zwischenberichts für den Endbericht zu bearbeiten, sahen die Abgeordneten der Koalitionsfraktionen von einem Minderheitenbericht zum Zwischenbericht ab. Diese brachten statt dessen unter dem Datum vom 5. September 1989 eine Stellungnahme zum Zwischenbericht in die Beratungen der Kommission ein (Komm.-Drs. 166).

Der Zwischenbericht enthielt den Vermerk »Vorläufige Fassung. Redaktionelle Überarbeitung steht noch aus«. Die Enquete-Kommission hat im Januar 1989 beschlossen, von dieser ursprünglich vorgesehenen Überarbeitung des Zwischenberichts abzusehen und diese im Rahmen des Endberichts vorzunehmen.

19. Von der Kommission waren folgende weitere Berichtsteile vorgesehen gewesen:

- »Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Krankenversorgung«
- »Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation«
- »Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens«
- »Die ambulante ärztliche Versorgung - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Kassenärzten«
- »Die ambulante zahnärztliche Versorgung - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Kassenzahnärzten«
- »Die stationäre Versorgung - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Krankenhäusern«.

Die Kommission hatte hierzu im Rahmen ihrer Arbeitsgruppen und einer anschließenden ersten Lesung in der Kommission bereits weitgehende Vorarbeiten geleistet. Diese Berichtsteile wurden im Rahmen dieses Zwischenberichtes nicht vorgelegt, weil nach Auffassung der Kommission noch Beratungsbedarf bestand.

Endbericht

20. Die Kommission verständigte sich im Anschluß an den Zwischenbericht darauf, ihre Arbeit auf der Grundlage der beiden Bundestagsbeschlüsse vom 4. Juni 1987 und 27. Oktober 1988 sowie des Zwischenberichts und unter Berücksichtigung der in der ersten Arbeitsphase erstellten, aber nicht veröffentlichten Arbeitsberichte fortzuführen. In ihrer zweiten Arbeitsphase führte die Kommission insgesamt 16 Sitzungen durch.

Anhand einer von der Kommission in ihrer 36. Sitzung am 21. April 1989 beschlossenen Gliederung für den Endbericht wurden von den verschiedenen Arbeitsgruppen Entwürfe für die im Endbericht vorgesehenen Berichtsteile erstellt. Ausgehend von diesen Berichtsentwürfen nahm die Kommission in ihrer 42. Sitzung am 7. September 1989 ihre abschließenden Beratungen auf.

Die 1. Lesung der Berichtsentwürfe erfolgte in Sitzungen der Kommission am 7., 8. und 15. September sowie am 6., 20. und 26. Oktober 1989. Die 2. Lesung begann am 26. Oktober 1989 und wurde fortgesetzt auf der vom 2. bis 4. November 1989 in Bad Neuenahr abgehaltenen Klausurtagung. Dort erfolgte vom 2. bis 4. November auch die 3. Lesung des Berichts. Die Kommission beendete ihre Arbeit mit einer redaktionellen Schlußsitzung am 25. Januar 1990.

Die Beschlußfassungen über den Endbericht und seine Teile erfolgten vom 2. bis 4. November 1989. Abgeordnete Frau Wilms-Kegel (DIE GRÜNEN) war verhindert, an den Abstimmungen teilzunehmen. Mit Zustimmung der Kommission hat Abgeordnete Frau Wilms-Kegel nachträglich mit Schreiben vom 25. Januar 1990 (Komm.-Drs. 205) ihre Position zu den Abstimmungen erklärt. Diese nachträgliche Stellungnahme wird bei der Nennung von Abstimmungsergebnissen innerhalb des Bericht besonders ausgewiesen.

Der Gesamtbericht wurde von der Kommission in der Sitzung am 4. November 1989 mit 16 Stimmen bei Enthaltung des Kommissionsmitgliedes Glombig angenommen. Abgeordnete Frau Wilms-Kegel hat dem Gesamtbericht in der Sitzung am 25. Januar 1990 nachträglich zugestimmt.

Diese Gesamtabstimmung bezog sich auf alle Teile des Endberichts mit Ausnahme der in Teil C des Berichts aufgenommenen Berichte von Teilen der Kommission. Ebenfalls noch nicht vorgelegen hatten der Kommission zu diesem Zeitpunkt mit Vorbehalt angekündigte Minderheitsvoten.

Die einzelnen Berichtsteile des Endberichts sind von der Kommission mit unterschiedlichen Abstimmungsergebnissen verabschiedet worden; die Ergebnisse dieser Abstimmungen werden zu Beginn des Berichts genannt. Eine Reihe von Berichten enthalten darüber hinaus Textabschnitte, über die einzeln abgestimmt wurde; als Ergebnis davon sind im Text bestimmte Aussagen als die der »Mehrheit« bzw. »Minderheit« der Kommission ausgewiesen. Zugleich sind die Ergebnisse dieser Abstimmungen durch Fußnoten an den jeweiligen Stellen im Bericht kenntlich gemacht.

Soweit innerhalb der einzelnen Berichte die Bezeichnungen »Teil« bzw. »Teile« der Kommisssion verwendet werden, besagt dies, daß es sich bei den entsprechenden Aussagen nicht um die Auffassung der Kommission handelt, sondern um Positionen von im einzelnen nicht spezifizierten Gruppen von Kommissionsmitgliedern.

Zu den in Arbeitsgruppe II (neu) bearbeiteten Themen »Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems« und »Arzneimittelversorgung« verständigte sich die Kommission im Laufe der Schlußberatungen darauf, nicht die der Kommission zur Beratung vorliegenden Berichtsentwürfe zu verabschieden, sondern – ohne Beratung im Plenum – Berichte in den Endbericht aufzunehmen, die von Teilen der Kommission verfaßt wurden. Diese Berichte finden sich in Abschnitt C des Endberichts.

Ferner hat die Kommission beschlossen, in einem Anhang das 2. Kapitel des Zwischenberichts »Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems«, das eine systematische Darstellung verschiedener ordnungspolitischer Konzeptionen enthält, im Rahmen des Endberichts nochmals zu veröffentlichen.

Die Kommission legt Wert auf die Feststellung, daß sie versucht hat, – unter Verzicht auf die Durchsetzung eigener Standpunkte – im Interesse eines von allen Fraktionen und den auf Vorschlag der Fraktionen vom Präsidenten des Deutschen Bundestages berufenen Sachverständigen getragenen Kompromisses, die Einzelteile des Berichts und den Gesamtbericht zu verabschieden.

Delegationsreisen

21. Vom 5. bis 9. April 1988 sowie vom 23. Mai bis 1. Juni 1988 besuchten Delegationen der Enquete-Kommission die Schweiz, Frankreich und die USA, um Informationen über die Förderung und den Stand von Präventionsmaßnahmen, neuen Organisationsformen im Krankenversicherungswesen sowie die Anwendung von Selbstbeteiligungsregelungen zu erhalten. Die Delegationen führten in den genannten Ländern zahlreiche Gespräche mit Vertretern der jeweiligen Regierungen, Krankenversicherungen, Verbänden, Vertretern von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie mit Wissenschaftlern (Prof. Uwe Reinhardt).

Anhörungen

22. Die Enquete-Kommission hat öffentliche Anhörungen von Verbänden und Sachverständigen nur am Beginn ihrer Arbeit zu bestimmten allgemeinen Themen des Bundestagsauftrages als Einstieg in die Kommissionsarbeit durchgeführt. Im übrigen hat die Kommission von weiteren öffentlichen Anhörungen zu den Themen des Bundestagsauftrages, insbesondere im Hinblick auf die zahlreich vorliegenden veröffentlichten Stellungnahmen von Verbänden und wissenschaftlichen Arbeiten zu Fragen einer Strukturreform, der kurzen Fristsetzung des Auftrages sowie der schwerpunktmäßigen Verlagerung der Arbeit in die Arbeitsgruppen abgesehen.

»Analyse der Strukturen des Krankenversicherungssystems, Aufzeigen seiner Schwächen und Mängel sowie Prüfung von Lösungsmöglichkeiten im Rahmen einer Strukturreform«; Schwerpunkt: Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems

am 22./23. Oktober 1987: Anhörung von Vertretern der Krankenkassenverbände

(AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskranken-kassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Verband der privaten Krankenversicherung e.V.)

am 12./13. November 1987: Anhörung von Sachverständigen
(Prof. Dr. Arnold, Prof. Dr. von Ferber, Prof. Dr. Müller, Prof. Dr. Naschold, Dr. Paffrath, Prof. Dr. Graf von der Schulenburg, Prof. Dr. Schwartz, Prof. Dr. Thiemeyer)

am 26. November 1987: Anhörung von Vertretern sonstiger Verbände
(Deutscher Gewerkschaftsbund, Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft)

»Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidarprinzips im Rahmen einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

am 10./11.Dezember 1987: Anhörung von Vertretern der Sozialpartner, von Hinterbliebenen- und Behindertenverbänden, Krankenkassenverbänden sowie von Familienverbänden

(Deutscher Gewerkschaftsbund, Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Christlicher Gewerkschaftsbund, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Reichsbund der Kriegsopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V., Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner e.V., AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen, Familienbund der Deutschen Katholiken)

»Praxis der Gesundheitsberichterstattung und ihre Verwendung für eine aktive Gesundheitspolitik in ausgewählten Staaten«
am 3. März 1988
(zur Situation in Großbritannien und Schweden wurden die folgenden ausländischen Sachverständigen angehört: Prof. A. J. Fox, Prof. Brian Jarmen, Dr. Per Gunnar Svensson)

»Voraussetzungen einer rationalen Gesundheitspolitik: Gesundheitsberichterstattung als Ausgangspunkt einer gesundheitspolitischen Orientierung des Krankenversicherungssystems«
am 4. März 1988
(Dipl.-Volkswirtin E. Schach, Prof. Dr. von Ferber, Prof. Dr. Schwartz)

Expertengespräche der AG IV

Im Verlaufe ihrer Beratungen führte die Arbeitsgruppe VI zu einzelnen Themen nachstehende Expertengespräche durch:

»Probleme der Krankenkassenorganisation im Rahmen einer Strukturreform der GKV; Lösungsmöglichkeiten und Folgen«
am 5. Mai 1988
(Bauer, Dr. Berg, Prof. Dr. Cassel, Dr. Paquet)

»Erfahrungen der Ersatzkassen mit der Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit für freiwillig Versicherte«
am 19. Mai 1988
(Schupeta)

»Einführung von Kostenerstattungsregelungen in der GKV aus der Sicht der Ortskrankenkassen«
am 23. Juni 1988
(Dr. Oldiges)

»Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der GKV«
am 23. August 1988
(Prof. Dr. Breyer, Prof. Dr. Männer)

»Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen in der GKV«
am 23. August 1988
(Prof. Dr. Brennecke)

»Analyse der Krankenkassenstrukturen am Beispiel Hamburg; Probleme und Lösungsmöglichkeiten«
am 24. August 1988
(Dr. Behrends)

Expertengespräche der AG I (neu)

»Neuordnung der Kassenorganisationsstruktur der GKV aus der Sicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Probleme und Lösungsansatz«
am 6.Juni 1989 in Kiel
(Prof. Dr. Pfaff, Dipl-Volkswirt Leber)

»Auswirkungen einer Implementation verschiedener Formen der Wahlfreiheit zur Reform der Krankenkassenstrukturen des GKV-Systems«
am 22. Juni 1989
(Prof. Dr. Brennecke, Prof. Dr. Günter Büschgens, Prof. Dr. Knappe, Dipl.-Volkswirt Jacobs)

»Auswirkungen einer Implementation verschiedener Formen der Wahlfreiheit zur Reform der Krankenkassenstrukturen des GKV-Systems«
am 23. August 1989 in Mayschoß
(Prof. Dr. Cassel)

Information durch die Bundesregierung

23. Auf der Tagesordnung der 18. und 19. Sitzung der Enquete-Kommission am 4. und 5. Februar 1988 stand eine Unterrichtung durch die Bundesregierung. Die Kommission ließ sich durch Bundesminister Dr. Norbert Blüm (BMA) sowie die Bundesministerin Frau Prof. Dr. Rita Süssmuth (BMJFFG) über den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform des Gesundheitswesens (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) informieren.

Gutachten

Die Kommission vergab wissenschaftliche Gutachten zu folgenden Themen:

- *Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Arzneimittelversorgung*
  Auftragnehmer:
  Dipl.-Kaufm. Brenner (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung)

Dr. Glaeske (AOK-Mettmann)
Dr. Kimbel (Arzneimittelinstitut der Deutschen Ärzteschaft)
Prof. Dr. Wille (Universität Mannheim)

- *Chronische Krankheiten des Kreislaufsystems sowie zugehörige Risikofaktoren in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland – Häufigkeiten, Validität und Plausibilität nach Alter, Geschlecht und Schichtzugehörigkeit. Sonderauswertung von Daten des Nationalen Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie*
  Auftragnehmer:
  Forschungsverbund Herz-Kreislauf-Präventionsstudie
- *Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: Theoretische Modellanalyse*
  Auftragnehmer:
  Prof. Dr. Breyer (Gesamthochschule Hagen)
- *Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: Empirische Überprüfung*
  Auftragnehmer:
  Prof. Dr. Männer (Universität Göttingen)
- *Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Untersuchung verschiedener Modellvarianten*
  Auftragnehmer:
  Prof. Dr. Brennecke (Freie Universität Berlin)
- *Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten*
  Auftragnehmer:
  Frau Dr. Küfner-Schmitt (Universität Bayreuth)
- *Sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik*
  Auftragnehmer:
  Dr. med. Borgers/Prof. Dr. Laaser (Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen Bielefeld)
- *Aufgaben, Kapazitäten und Steuerung in der psychiatrischen Versorgung (ambulant, teilstationär, stationär)*
  Auftragnehmer:
  Prof. Dr. Schmid (Forschungsgruppe Gesundheit und Soziales – FOGS-Köln)
- *Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation*
  Auftragnehmer:
  Alfred Schmidt (Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand Düsseldorf)

Die Kommission holte ferner Kurzexpertisen zu folgenden Themen ein:

- *Auswirkungen einer Implementation verschiedener Formen der Wahlfreiheit zur Reform der Krankenkassenstrukturen des GKV-Systems*
  Auftragnehmer:
  Prof. Dr. Brennecke (Institut für Soziale Medizin der FU Berlin)
  Prof. Dr. Büschgens (Institut für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg)
  Prof. Dr. Knappe (Institut für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialverwaltung der Universität Trier)
  Dipl.-Vw. Jacobs (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung Berlin)
  Prof. Dr. Cassel (Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg)

Abschnitt B

Erster Teil: Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im gesundheitspolitischen Zusammenhang

Kapitel 1: Gesundheitspolitische Ausgangspunkte und Orientierungen

I. Entwicklung von Morbidität und Mortalität

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission einstimmig verabschiedet.*]

1. Allgemeine Darstellung

1. Auch wenn die Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland gerade erst im Aufbau begriffen ist und die notwendigen Instrumente der Sozialepidemiologie hierzulande kaum entwickelt sind, lassen sich Aussagen über die Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur machen. An dieser Stelle soll nur ein knapper Aufriß erfolgen. Auf weitergehende Informationen im Zwischenbericht der Kommission (vgl. BT-Drucksache 11/3267, S.15 ff.) wird verwiesen.

2. Sowohl die Rentenzugangsstatistiken der gesetzlichen Rentenversicherung wie die Krankheitsartenstatistiken von bestimmten Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, daß das Krankheitspanorama heute von einigen wenigen Krankheitsbildern dominiert wird. Herz-Kreislauf-Krankheiten, rheumatische Erkrankungen, bösartige Neubildungen (Krebs) und psychiatrische Erkrankungen erklärten 1986 76,4% (Arbeiterrentenversicherung) bzw. 80,9% (Angestelltenversicherung) des Zugangs an Renten wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit (STATISTISCHES BUNDESAMT 1988).

Die Statistik der Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder der AOK verdeutlicht die dominante Rolle der Erkrankungen der Atmungsorgane und der rheumatischen Erkrankungen für das Krankheitspanorama in den mittleren Lebensjahren und ergänzt es um die Krankheiten der Verdauungsorgane. 25,6% der Arbeitsunfähigkeitsfälle sind auf Erkrankungen der Atmungsorgane zurückzuführen; 20,1% auf rheumatische Erkrankungen und 11,6% auf Erkrankungen der Verdauungsorgane. Die Statistik der Arbeitsunfähigkeitsfälle zeigt außerdem mit 20,5% der Arbeitsunfähigkeitsfälle die Häufigkeit von Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen (AOK-BUNDESVERBAND 1987).

3. Die ungenügende Datenlage läßt einen allgemeinen Morbiditätswandel nur in Umrissen erkennen. Allerdings ist nach den Ergebnissen des Mikrozensus zwischen 1974 und 1982 eine deutliche Zunahme der rheumatischen Erkrankungen sowie der Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten zu beobachten, während Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane erheblich zurückgingen (SVR KA 1989). In der stationären Versorgung, wo Krankheiten des Kreislaufsystems, der Verdauungsorgane, bösartige Neubildungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Schwangerschaftskomplikationen mehr als die Hälfte der Krankenhausfälle und -tage ausmachen, zeigt sich seit 1975 eine starke Rückläufigkeit von Krankheiten der Verdauungsorgane bei gleichzeitiger Zunahme von bösartigen Neubildungen und Kreislaufkrankheiten (REINERS 1989).

4. Die Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sterben, wie in anderen Industrieländern auch, hauptsächlich an vier Todesursachen. Von den 1987 Verstorbenen starben 49,8 % an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, 24,2% an Krebs, 5,8% an Krankheiten der Atmungsorgane und 4,6% an Krankheiten der Verdauungsorgane (SCHÜTZ 1988). Damit starben über vier Fünftel an chronischen bzw. unheilbaren Krankheiten.

5. In der Mortalitätsentwicklung zwischen 1970 und 1987 ist ein deutlicher Rückgang der Todesursachen Säuglingssterblichkeit, Unfälle und Gewalteinwirkungen zu verzeichnen. Rückläufig waren ebenfalls Krankheiten der Atmungsorgane und der Verdauungsorgane sowie die Selbstmordrate. Demgegenüber nahmen bösartige Neubildungen und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (vor allem bei Frauen) deutlich zu.

6. Die Lebenserwartung ist in der Bundesrepublik Deutschland sowohl für Säuglinge wie für Menschen mittleren und höheren Alters seit 1970 – bei großen gruppenspezifischen Unterschieden – weiter angestiegen. Die Entwicklung in anderen Industrieländern verlief keineswegs einheitlich (vgl. Tabelle 1.1); es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß Probleme der Bevölkerungsfortschreibung, Unterschiede in Kriegseinwirkungen und Wanderungsbewegungen einen internationalen Vergleich erschweren.

2. Altersabhängige Differenzierung

7. Gesundheitsprobleme und Gesundheitszufriedenheit, Krankheitspanorama und Krankheitshäufigkeit sind ebenso wie Todesursachen stark vom Lebensalter der Betroffenen geprägt. In der Befragung zum Gesundheitszustand im Rahmen des Mikrozensus 1986 gaben 14 % der Bevölkerung oder 7,3 Mio. Personen an, krank bzw. unfallverletzt zu sein. Die Krankheitshäufigkeit stieg mit zunehmendem Alter an. Die 40- bis 65jährigen waren doppelt so häufig

*) Nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

krank wie die 15- bis 39jährigen. Die Erkrankungshäufigkeit verdoppelt sich nochmals für die über 65jährigen (KERN 1989). Ähnliche Ergebnisse erbrachten die Auswertungen des sozio-ökonomischen Panels zur gesundheitlichen Situation in der Bundesrepublik Deutschland (MÖHLMANN/ZOLLMANN 1989). Chronische Erkrankungen betreffen, nach Auswertungen des Mikrozensus, zunehmend auch jüngere Altersgruppen.

Tabelle 1.1: Entwicklung der Lebenserwartung im internationalen Vergleich (1970–1983/84)

Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt (weiblich)

Land	1970	1983/84	Veränderung in %
Belgien	74,2	76,8[1]	+ 3,5
Dänemark	76,1	77,5	+ 1,8
Finnland	74,5	78,0	+ 4,7
Frankreich	76,7	78,2[2]	+ 2,7
BR Deutschland	73,6	77,5	+ 5,3
Griechenland	76,0	78,3[2]	+ 3,0
Japan	74,9	79,8	+ 6,5
Niederlande	76,6	79,7	+ 4,0
Norwegen	77,5	79,5	+ 2,6
Portugal	70,3	76,1	+ 8,2
England	75,2	77,2[3]	+ 2,6
USA	74,7	78,2	+ 4,7

Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt (männlich)

Land	1970	1983/84	Veränderung in %
Belgien	67,8	70,0[1]	+ 3,2
Dänemark	71,0	71,5	+ 0,7
Finnland	66,2	70,2	+ 6,0
Frankreich	69,1	70,7[2]	+ 2,3
BR Deutschland	67,3	70,8	+ 5,2
Griechenland	71,6	73,6[2]	+ 2,8
Japan	69,5	74,2	+ 6,8
Niederlande	70,9	73,1	+ 3,1
Norwegen	71,0	72,5	+ 2,1
Portugal	64,1	69,1	+ 7,8
England	68,8	71,3[3]	+ 3,7
USA	67,2	70,7	+ 5,2

Lebenserwartung im Alter von 40 Jahren (weiblich)

Land	1970	1983/84	Veränderung in %
Belgien	36,9	38,8[1]	+ 5,1
Dänemark	38,2	39,1	+ 2,3
Finnland	36,5	39,2	+ 7,4
Frankreich	39,1	40,7[2]	+ 4,1
BR Deutschland	36,6	39,2	+ 7,1
Griechenland	39,3	35,5[2]	- 9,7
Japan	37,3	41,1	+ 10,2
Niederlande	38,7	40,6	+ 4,9
Norwegen	39,2	40,9	+ 4,1
Portugal	36,6	34,2	- 6,6
England	37,5	38,8[3]	+ 3,5
USA	37,7	35,5	- 5,8

Lebenserwartung im Alter von 40 Jahren (männlich)

Land	1970	1983/84	Veränderung in %
Belgien	31,7	33,0[1]	+ 4,1
Dänemark	34,0	33,9	- 0,3
Finnland	29,8	32,5	+ 9,1
Frankreich	32,7	33,7[2]	+ 3,0
BR Deutschland	31,7	33,5	+ 5,7
Griechenland	35,9	31,8[2]	- 11,4
Japan	32,9	36,2	+ 10,0
Niederlande	33,7	34,5	+ 10,3
Norwegen	34,1	35,0	+ 2,6
Portugal	32,0	29,1	- 9,1
England	31,8	33,5[3]	+ 5,3
USA	31,6	29,5	- 6,6

Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren (weiblich)

Land	1970	1983/84	Veränderung in %
Belgien	19,2	20,9[1]	+ 8,8
Dänemark	20,7	21,6	+ 4,3
Finnland	18,7	21,1	+ 12,8
Frankreich	21,4	22,7[2]	+ 6,1
BR Deutschland	19,0	21,2	+ 11,6
Griechenland	21,1	17,6[2]	- 16,6
Japan	19,5	22,7	+ 16,4
Niederlande	20,7	22,4	+ 8,2
Norwegen	21,1	22,6	+ 7,1
Portugal	18,8	16,8	- 10,4
England	19,9	21,0[3]	+ 5,5
USA	20,7	18,8	- 9,2

Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren (männlich)

Land	1970	1983/84	Veränderung in %
Belgien	15,3	16,3[1]	+ 6,5
Dänemark	17,3	17,2	- 0,6
Finnland	14,5	16,1	+ 11,0
Frankreich	16,6	17,6[2]	+ 6,0
BR Deutschland	15,2	16,8	+ 10,5
Griechenland	18,7	15,4[2]	- 17,6
Japan	16,1	19,0	+ 18,0
Niederlande	16,9	17,3	+ 2,3
Norwegen	17,3	18,0	+ 4,0
Portugal	15,7	13,7	- 12,7
England	15,2	16,5[3]	+ 8,5
USA	16,1	14,5	- 9,9

1) 1979/82; 2) 1982; 3) 1981/83
Quelle: OECD, 1985

8. Unter Hinweis auf die unbefriedigende Datenlage haben vor allem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KA 1987) und die Projektgruppe »Prioritäre Gesundheitsziele« (1987) eine altersabhängige Differenzierung von Gesundheitsrisiken und Morbidität vorgenommen. Bei Kindern bis 14 Jahre werden die psychisch-seelische Entwicklung sowie Verletzungen und Gewalteinwirkungen vor allem durch Unfälle als Schwerpunkte aufgezeigt. Unfälle und Selbsttötungen bzw. Selbsttötungsversuche verursachen bedeutende gesundheitliche Folgewirkungen bei Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren, die im übrigen als die gesündeste Altersgruppe anzusehen ist.

Ab dem 25. Lebensjahr steigt die Morbidität stetig an. Dem entspricht eine steigende subjektive Gesundheitsbelastung. Dabei ist das subjektive Gesundheitsempfinden in der Regel bei Frauen relativ schlechter als bei Männern. Der altersabhängige Anstieg der Akutkrankheiten ist weit weniger ausgeprägt als der Anstieg chronischer Erkrankungen, die oft über lange Zeit ohne Beschwerden verlaufen und zu einem großen Teil ab dem 40. Lebensjahr manifest werden. Neben den lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei denen Männer eine deutlich höher ausgeprägte Risikoprävalenz aufweisen, und bösartigen Neubildungen stehen hierbei rheumatische Krankheiten und Krankheiten der Verdauungsorgane im Vordergrund.

Bei den über 65jährigen und speziell bei Personen über 75 Jahren sind Chronizität, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit die herausragenden gesundheitlichen Problemfelder, ohne daß sich das Krankheitspanorama grundlegend ändert. Allerdings steigt die Krankheitshäufigkeit gegenüber dem mittleren Lebensalter sehr stark an.

9. Auch die Mortalität zeigt eine altersabhängige Differenzierung, die im wesentlichen mit der Morbiditätsstruktur übereinstimmt (SVR KA 1987; STATISTISCHES BUNDESAMT 1988). In der Altersgruppe bis 25 Jahre spielen die unnatürlichen Todesursachen (Verletzungen, Vergiftungen, Selbsttötung) eine überragende Rolle. Ferner sind Erkrankungen des Nervensystems und angeborene Fehlbildungen (vor allem in der Kindheit) von Bedeutung. Auch in der Altersgruppe der 25- bis 44jährigen dominieren die unnatürlichen Todesursachen. Bei Männern schließen sich davon in etwa gleichgewichtig Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen und aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an. Bei Frauen stehen dagegen bösartige Neubildungen deutlich vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen an zweiter Stelle. Ab 45 Jahren beherrschen dann Erkrankungen des Kreislaufs und Neubildungen die Statistik der Todesursachen. Bei Frauen zwischen 45 und 65 Jahren führen bösartige Neubildungen in deutlich höherem Umfang als Kreislauferkrankungen zum Tode.

3. Regionale Differenzierung

10. Morbidität und vor allem Mortalität differieren regional (KERN/BRAUN 1987; KOCH 1986; HEINS 1985). Dies gilt sowohl für die Gesamtentwicklung wie für einzelne Krankheitsarten bzw. Todesursachen. In die Bundesrepublik Deutschland zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle mit wiederum erheblichen regionalen Unterschieden (vgl. für Bayern NEUBAUER, 1988). Alte Industriestandorte und strukturschwache Gebiete zeigen erhöhte Sterblichkeitswerte (SVR KA 1987). Die standardisierte Sterblichkeitsrate differiert erheblich zwischen den Bundesländern.

11. Regionale Morbiditäts- und Mortalitätsdifferenzen können als Indiz dafür gelten, daß Menschen in Ballungsgebieten und alten Industriegebieten in besonderem Maße Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind oder waren (HEINS 1987). Eine andere Erklärung geht dahin, daß bestimmte sozioökonomische Gruppen Gesundheitsrisiken durch Abwanderung aus besonders belasteten Räumen ausweichen können, so daß dadurch die Sterblichkeit in diesen Räumen ansteigt (NEUBAUER 1988).

12. Ein flächendeckender regionaler Vergleich der Morbidität ist bisher nicht durchgeführt worden. Durch eine Analyse der Krankenkassendaten von 70.000 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in den Untersuchungsräumen östliches und mittleres Ruhrgebiet sowie Münster- und Sauerland wurden eindeutige räumliche Risikogruppen identifiziert. Differenziert nach Krankheitsarten und Bevölkerungsgruppen wurden unterschiedliche gebietsspezifische Erkrankungshäufigkeiten und -dauern unter Ausschaltung berufsbedingter Einflüsse und Beobachtung bestimmter Störvariablen ermittelt. In den Belastungsgebieten wurden vor allem bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten deutlich mehr Krankmeldungen als in der ländlichen Vergleichsregion registriert. Außerdem traten dort bestimmte Krankheitsbilder, wie z.B. akute Infektionen der oberen Luftwege, chronische und obstruktive Lungenerkrankungen und ischämische Herzkrankheiten, häufiger auf. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer für Atemwegserkrankungen war im Belastungsgebiet länger. Diese Befunde lassen auf einen Zusammenhang von Umwelteinflüssen und Morbidität schließen, der zudem bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. ältere Menschen, besonders betrifft.

13. Für die Mortalität in der Bundesrepublik Deutschland ergibt ein regionaler Vergleich auf der Basis der Sterbetafel 1980/85, daß im Saarland Männer vergleichsweise häufiger an Krebs sterben (9 % und mehr Abweichung vom Bundesdurchschnitt). Auch in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen liegen die Sterbeziffern über dem Bundesdurchschnitt; deutlich weniger Männer und Frauen sterben in Baden-Württemberg an Krebs. Auch die Zahl der an Herz-Kreislauf-Krankheiten Gestorbenen liegt im Saarland, in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen mit mehr als 5 % bemerkenswert hoch über dem Bundesdurchschnitt. Besonders groß sind die Abweichungen bei Todesfällen infolge von Krankheiten der Atmungsorgane. Von 100.000 Personen starben im bundesweiten Durchschnitt 2.952 Männer an Krankheiten der Atmungsorgane, im Saarland aber waren es 4.352 und in Nordrhein-Westfalen 3.396 (KERN/BRAUN 1987). Innerhalb der Bundesländer gibt es wiederum erhebliche Unterschiede. So differierten innerhalb Bayerns am stärksten Unfälle sowie Erkrankungen der Atmungs- und der Verdauungsorgane. Ein erheblicher Teil solcher Todesfälle ist mit persönlichem Verhalten erklärbar. Problemgruppen waren dabei vor allem Personen im erwerbsfähigen Alter mit niedrigem Einkommen und niedrigem Bildungsstand sowie geringer Mobilität (NEUBAUER 1988).

4. Schichten- und berufsspezifische Differenzierung

14. Für die Bundesrepublik Deutschland vorliegende Befunde, die infolge des Fehlens einer fundierten sozialepidemiologischen Berichterstattung lückenhaft sind (Nachweise bei RITZ 1989), weisen auf eine schichten- bzw. gruppenspezifische Mortalität hin. Zur Einteilung der Schichten wird dabei auf die Indikatoren berufliche Stellung, Monatseinkommen und Schulbildung zurückgegriffen (vgl. SCHEUCH 1968).

15. Eines der wenigen deutschen Datenbeispiele wurde in einem deutschen Ballungsgebiet mit relativ wohlhabender Bevölkerung (Stuttgart) erhoben. Hiernach ist das Mortalitätsrisiko für Männer der untersten Schicht gut zweieinhalbmal höher als dasjenige für Männer der oberen sozialen Schicht (NEUMANN/LIEDERMANN 1981). Eine gruppenspezifische Berechnung der sog. Standardisierten Mortali-

tätsrate (= Maß, inwieweit die Sterbewahrscheinlichkeit der untersuchten Gruppen von der bevölkerungsdurchschnittlichen abweicht) zeigt, daß sozial schlechter gestellte Gruppen und Schichten einem höheren Frühsterblichkeitsrisiko unterliegen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Dies wird durch die Auswertung von Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, der Berufsgenossenschaften, der Bundesanstalt für Arbeit und der Beschäftigtenstatistik des öffentlichen Dienstes bestätigt (RITZ 1989).

16. Wegen der insgesamt ungenügenden Datenlage muß auch auf Statistiken und Forschungsergebnisse aus mit der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Ländern (z.B. Frankreich, Großbritannien, Schweden) zurückgegriffen werden. Diese weisen auf eine schichten- und berufsspezifische Mortalität hin, was darüber hinaus in Anhörungen ausländischer Wissenschaftler vor der Kommission bestätigt wurde. In Großbritannien lag die Mortalitätsrate in den Jahren 1979 bis 1983 bei ungelernten Arbeitern im Alter zwischen 16 und 64 Jahren doppelt so hoch wie bei Akademikern dieser Altersstufe (OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS 1986; vgl. auch WHITEHEAD 1987; BLACK u. a. 1982). In Frankreich lag in den Jahren 1975 bis 1980 die zukünftige Lebenserwartung eines 35jährigen Professors fast 9 Jahre über derjenigen eines gleichaltrigen Hilfsarbeiters (DESPLANQUES 1984). Für England, Wales und Schweden wurden schichtenabhängige Differenzierungen in der Mortalitätsrate und bei Langzeiterkrankungen nachgewiesen (VAGERÖ/LUNDBERG 1989).

17. Repräsentative Daten zur gruppen- und schichtenspezifischen Variation von Morbidität liefert für die Bundesrepublik Deutschland derzeit nur der Nationale Gesundheitssurvey. Im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) wurde in den Jahren 1984 bis 1986 eine repräsentative Stichprobe der bundesdeutschen Bevölkerung im Alter von 25 bis 69 Jahren einer standardisierten Untersuchung und einer umfangreichen Befragung zu gesundheitlich relevanten Themen unterzogen.

Eine für die Enquete-Kommission durchgeführte Auswertung der Daten (BORMANN 1988) ergab, daß der subjektive Gesundheitszustand ebenso wie die persönlich empfundene Beeinträchtigung bei der Wahrnehmung täglicher Aufgaben in starkem Maße alters- und schichtenabhängig ist. Personen in der unteren sozialen Schicht geben etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an wie Personen in der obersten sozialen Schicht. Es deutet nichts darauf hin, daß dieses Ergebnis auf eine höhere Klagsamkeit der Betroffenen zurückzuführen ist (ABHOLZ 1981; HAUSS u. a. 1981).

18. Der Nationale Gesundheitssurvey konzentriert sich in erster Linie auf die Erfassung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Hierbei traten deutliche Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten auf. Verhaltensgebundene Risikofaktoren, also Rauchen, sportliche Inaktivität und Übergewicht, verteilen sich für beide Geschlechter schichtabhängig. Die Risikofaktoren Hypertonie und Hypercholesterinämie sind für beide Geschlechter gleichmäßiger über die sozialen Schichten verteilt. Die Anzahl der Risikofaktoren, ein wichtiger Gesamtindikator für die Herzinfarktgefährdung, zeigt einen eindeutigen Schichtgradienten für beide Geschlechter. Das prognostizierte kardiovaskuläre Risiko ergibt mit Ausnahme der Gruppe der älteren Frauen durchgängig, daß in den beiden niedrigsten sozialen Schichten im Vergleich zu den beiden höchsten sozialen Schichten ein hoch signifikanter Anstieg dieses Risikos vorliegt.

19. Die Auswertungen der Daten der DHP-Studie zeigen auch einen Trend zunehmender Morbidität bei starker Arbeitsbelastung. Mit Art und Zahl der Arbeitsbelastungen steigen Multimorbidität und chronische Erkrankungen ebenso wie das subjektive Krankheitsempfinden. Die Gesundheitsbelastungen der Arbeiter sind hierbei größer als die der Angestellten, deren berufliche Belastungen noch weitgehend unerforscht sind.

20. Die Rentenzugangsstatistiken untermauern diese Feststellung (vgl. Tabelle 1.2 bis 1.5).

Tabelle 1. 2: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Arbeiterrentenversicherung 1979–1988 (Männer)

Jahr	Versicherten-renten insgesamt	Frührenten, insbesondere EU/BU-Renten	Anteil in %
1979	178.160	101.045	56,7
1980	188.911	104.882	55,5
1981	190.597	110.709	58,0
1982	195.489	108.006	55,2
1983	202.568	111.601	55,1
1984	203.217	111.743	55,0
1985	198.041	100.218	50,6
1986	190.878	92.704	48,6
1987	196.382	93.818	47,8
1988	218.200	98.479	45,1

Quelle: VDR, diverse Jahrgänge

Tabelle 1. 3: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Arbeiterrentenversicherung 1979–1988 (Frauen)

Jahr	Versicherten-renten insgesamt	Frührenten, insbesondere EU/BU-Renten	Anteil in %
1979	173.102	94.197	54,4
1980	193.850	108.202	55,9
1981	188.398	110.785	58,8
1982	181.987	108.637	59,7
1983	180.554	106.876	59,1
1984	193.596	99.944	51,6
1985	154.220	48.077	31,2
1986	189.117	37.446	19,8
1987	201.294	36.392	18,1
1988	209.528	36.056	17,2

Quelle: VDR, diverse Jahrgänge

1988 wurden bei den Männern in der Arbeiterrentenversicherung 45,1 % der Versichertenrenten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit neu gewährt gegenüber nur 23,9 % in der Angestelltenrentenversicherung. Dieses Verhältnis spiegelt einen allgemeinen Trend der letzten 10 Jahre wider. Der Anteil von Frührenten lag absolut wie relativ in der Arbeiterrentenversicherung stets erheblich über dem Anteil in der Angestelltenrentenversicherung. Dies kann nur zu einem Teil damit erklärt werden, daß der Arbeitsmarkt Arbeitern häufiger verschlossen sein wird (konkrete Betrachtungsweise), eine Verweisung auf andere Tätigkeiten daher nicht möglich ist und deshalb ein Rentenanspruch gegeben ist, denn 1988 wurde lediglich bei jeder fünften Frührente an Männer und jeder vierten Frührente an Frauen überhaupt die Arbeitsmarktsituation geprüft (BT-Drucksache 11/

4975, S.11). Bei den Rentenzugängen der Frauen ist festzustellen, daß der relative Anteil an Frührenten mit 17,2% in der Arbeiterrentenversicherung und 18,3% in der Angestelltenversicherung erheblich niedriger liegt als derjenige der Männer. Absolut sind auch hier die Zahlen der Frührenten an Frauen in der Arbeiterversicherung erheblich höher als diejenigen in der Angestelltenversicherung. Der sich in den Tabellen abzeichnende starke Rückgang von Frührenten an Frauen ab dem Jahre 1985 ist auf das Haushaltsbegleitgesetz von 1984 zurückzuführen, das die Voraussetzungen für Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten erheblich verschärfte.

Tabelle 1. 4: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Angestelltenrentenversicherung 1979—1988 (Männer)

Jahr	Versicherten-renten insgesamt	Frührenten, insbesondere EU/BU-Renten	Anteil in %
1979	88.967	29.325	33,0
1980	94.999	32.014	33,7
1981	89.697	29.870	33,3
1982	96.314	32.559	33,8
1983	103.213	33.826	32,7
1984	114.629	38.500	33,6
1985	106.882	30.535	28,6
1986	100.688	25.833	24,5
1987	101.069	25.105	24,8
1988	108.398	25.918	23,9

Quelle: VDR, diverse Jahrgänge

Tabelle 1. 5: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Angestelltenrentenversicherung 1979—1988 (Frauen)

Jahr	Versicherten-renten insgesamt	Frührenten, insbesondere EU/BU-Renten	Anteil in %
1979	109.800	44.528	40,6
1980	135.677	56.523	41,7
1981	133.527	57.624	43,2
1982	132.068	59.015	44,7
1983	139.287	59.651	42,8
1984	165.476	72.037	43,5
1985	128.838	37.347	29,0
1986	151.228	28.807	19,0
1987	145.076	27.806	19,2
1988	147.577	26.965	18,3

Quelle: VDR, diverse Jahrgänge

21. Im Jahre 1987 lag die Sterbewahrscheinlichkeit für Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner deutlich über derjenigen von Altersrentnern. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen (SCHEITEL 1989). Leider liegen keine versicherungszweigspezifische Untersuchungen zur Lebenserwartung der Frührentner vor. Berechnungen von SCHUNTERMANN (1986) lassen immerhin den Schluß zu, daß der größere Anteil der Frührentner Arbeiter sind. Sterblichkeit von Frührentnern ist demnach aller Wahrscheinlichkeit nach auch mehrheitlich eine Sterblichkeit von Arbeitern. Die erhöhte Sterblichkeit von Frührentnern muß demnach auch auf die durchschnittliche Sterblichkeit der Personengruppe Arbeiter erhebliche Wirkungen haben (RITZ 1989).

22. In der Arbeitswelt befinden sich umfassende Studien über den Zusammenhang von Arbeitsplatzbelastungen und Gesundheitszustand erst im Anfangsstadium (vgl. BdB/GfAH 1988 und 1989). Es werden allerdings in Einzelstudien Risiken für bestimmte Krankheitsarten deutlich, die beispielhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgezeigt werden:

- Starker Lärm am Arbeitsplatz kann vermittelt über die steigende Katecholaminsekretion ein Ansteigen des Cholesterinspiegels bewirken und damit zu einem erhöhten koronaren Risiko führen (ORTIZ u.a. 1974; KLOTZBÜCHER 1976). Lärmbelastungen über 90 dB(A) erhöhen nach mehrjähriger Expositionszeit die Hypertonieprävalenz mindestens um den Faktor zwei bis drei. Zwischen der Dauer einer gegebenen Lärmbelastung und der Höhe der Hypertonieprävalenz besteht eine positive Dosis-Wirksamkeits-Beziehung (BOLM-AUDORF 1983). Frühere Studien haben gezeigt, daß eine andauernde intensive Lärmbelastung am Arbeitsplatz nicht nur die Prävalenz der somatischen Risikofaktoren Hypertonie und Hypercholesterinämie beeinflußt, sondern wahrscheinlich auch zum vermehrten Auftreten manifester koronarer Krankheiten führt (MEINHARD/RENKER 1970; CAPELLINI/MARONI 1974).
- Erhöhte Schwefelkohlenstoffexpositionen, Belastungen mit Kohlenmonoxyd und Nitroglycole haben nachweisbar kardiotoxische Wirkungen, während die toxischen Effekte von Kadmium, Blei, Antimon und Kobalt widersprüchlich diskutiert werden. Eine Beziehung zwischen Arsenexpositionen und koronaren Herzkrankheiten ist wahrscheinlich (vgl. BOLM-AUDORF 1983).
- Der Risikocharakter der Überstundentätigkeit von mehr als 10 Wochenstunden speziell für koronare Herzkrankheiten wurde in retrospektiven Studien nachgewiesen (THEORELL/RAHE 1972; SIEGRIST u.a. 1980; MASCHEWSKY 1980).
- Der Risikocharakter von Schichtarbeit wird widersprüchlich diskutiert. Einige Untersuchungen deuten auf einen Zusammenhang besonders zwischen Nachtschichtarbeit und koronaren Herzkrankheiten (KASL u.a. 1969; KOLLER u.a. 1978).
- Quantitative Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, vorgegebene Maschinengeschwindigkeit, Mehrfachtätigkeiten sind bei Arbeitnehmern mit erstem Herzinfarkt bedeutend ausgeprägter als bei gesunden Vergleichspersonen (MASCHEWSKY 1980; SIEGRIST u.a. 1980).
- Qualitative Belastungen durch eine hohe Komplexität oder auch Inkonsistenz der Anforderungen können ebenso auf die Gesundheit einwirken wie hohe Verantwortung (SIEGRIST u.a. 1980). Ein erhöhtes koronares Herzkrankheitenrisiko ist aber nicht allein im Zusammenhang mit beruflicher Verantwortung, sondern in Verbindung mit einhergehenden Mehrfachbelastungen zu sehen (BOLM-AUDORF 1983).

23. Gesundheitliche Belastungen treten aber nicht nur in klassischen Arbeiterberufen, sondern verstärkt auch bei Dienstleistungsberufen und bestimmten Angestelltentätigkeiten auf. Eine große Gruppe der Angestelltenberufe ist durch geringe Qualifikationsanforderungen und starke berufliche Belastungen gekennzeichnet. Beispielhaft seien Reinigungsberufe, Hotel- und Gaststättenberufe, Kassiererinnen oder Sekretärinnen genannt. In diesen Berufen sind Frauen stark überrepräsentiert. Studien weisen auf erhöhte Morbiditätsrisiken von Frauen in einzelnen Berufsgruppen

hin, die auch auf zusätzliche Belastungen außerhalb der Arbeitswelt zurückgeführt werden (BÜRKARD/OPPEN 1984).

5. Verhaltensbedingte Differenzierung

24. Krankheiten sind in aller Regel multifaktorell verursacht. Es kann zumeist nicht ein Faktor allein in naturwissenschaftlicher Determination für das Entstehen einer Krankheit verantwortlich gemacht werden. So können Entstehungsbereiche gesundheitsgefährdender Faktoren in der biologischen und sozialen Umwelt, in der Arbeitswelt und im persönlichen Lebensstil geortet werden. Dabei läßt sich das Gewicht der einzelnen Faktoren selten genau bestimmen, und es bestehen zwischen den Entstehungsbereichen sowie den Risikofaktoren und dem subjektiven Gesundheitsempfinden enge Beziehungen.

25. Gesundheitsgefährdendes Verhalten ist von besonderer Bedeutung bei Unfällen, speziell im Straßenverkehr, und auch bei Zahnerkrankungen.

Bei mehr als zwei Dritteln aller Straßenverkehrsunfälle im Jahr 1986 trug das Fehlverhalten von Beteiligten zumindest zum Geschehen bei.

Als Hauptunfallursachen wurden

- überhöhte Geschwindigkeit,
- Verletzung der Vorfahrtsregeln,
- ungenügender Sicherheitsabstand und
- Alkoholeinfluß

festgestellt (vgl. BT-Drucksache 11/2364). Rechnet man technische Mängel an Fahrzeugen, die ca. ein Zehntel der Unfallursachen ausmachen, ebenfalls zu den verhaltensbedingten Ursachen, wird die Bedeutung individuellen Verhaltens sichtbar, auf das allerdings die Gesellschaft vielfältige Einwirkungsmöglichkeiten hat. Bestes Beispiel ist der Rückgang der tödlichen Unfälle nach Einführung von Sicherheitsgurten in Personenwagen.

Karies wird durch Ernährungsgewohnheiten und unzureichende Mundhygiene mitverursacht. Von Kind auf eingeübte Zahnpflege und eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten ist zumindest ebenso wichtig wie flankierende Fluoridisierungsmaßnahmen (vgl. Berichtsteil »Zahnmedizinische Versorgung«).

26. Neben diesen Bereichen, in denen gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen Mortalität bzw. Morbidität, insbesondere, aber nicht ausschließlich, bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen spürbar beeinflussen, wird auch das Krankheitspanorama der großen Volkskrankheiten von risikobehaftetem Verhalten mitbestimmt. Speziell bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen Faktoren wie

- Zigarettenrauchen,
- Hypertonie,
- Hypercholesterinämie,
- Übergewicht und
- Bewegungsmangel

die Gefahr zu erkranken, insbesondere eine Gefäßatherosklerose oder einen Herzinfarkt zu erleiden (TRUETT u. a. 1967; WILHELMSEN u. a. 1973). Nahezu die Hälfte aller koronaren Herzerkrankungen läßt sich allerdings nicht anhand dieser Risikofaktoren erklären (EPSTEIN 1979; SIEGRIST u. a. 1980; BADURA, 1983). Unabhängig davon ist signifikant, daß falsche Ernährung, Zigaretten- und Alkoholkonsum und körperliche Inaktivität generell Gesundheitsrisiken darstellen, die vom Individuum beeinflußbar sind. Dabei weisen die Sonderauswertungen der DHP-Studie für die verhaltensgebundenen Risikofaktoren auch auf eine deutliche Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit hin.

27. Im Zusammenhang mit falschen Ernährungsgewohnheiten bildet in der Bundesrepublik Deutschland Überernährung das dominierende Problem. Jeder sechste Bundesbürger (17,4 %) ist stark übergewichtig (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 1984). Dies ist für die Entstehung somatischer Risikofaktoren von Arteriosklerose und ischämischen Herz-Krankheiten von besonderer Bedeutung. Neben Erbanlagen beeinflussen eine gestörte Energiebilanz, die übermäßige Zufuhr von Cholesterin, gesättigten Fetten, Salz, Kalium und Calcium sowie der Alkoholkonsum als ernährungsabhängige Faktoren diese Krankheiten. Durch Veränderung der Ernährungsgewohnheiten können gleichzeitig mehrere Risikofaktoren beeinflußt werden.

28. Rauchen ist einer der wichtigsten Risikofaktoren bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen. 90 % aller an Lungenkrebs Erkrankten waren zuvor starke Raucher. Das Risiko wächst mit Dauer und Intensität des Rauchens (BECKER u. a. 1984). 1984 rauchten 37 % der Gesamtbevölkerung, 48 % rauchten noch nie, 15 % waren ehemalige Raucher. Es rauchten dabei 48 % der Männer und 29 % der Frauen. Während der Anteil der rauchenden Männer sinkt, nimmt der Anteil der rauchenden Frauen stark zu. In der Altersgruppe der 20- bis 39jährigen rauchten 35 % (BZgA 1984). Schichtenspezifisch variiert der Raucheranteil zwischen 42 % in der Unterschicht und 29 % in der Oberschicht. Ebenso haben Schulbildung, Stellung im Beruf und besondere Arbeitsbelastungen Einfluß auf den Raucheranteil und die Intensität des Rauchens (BMJFFG 1983; BORGERS 1988; MÜLLER 1980).

29. Bewegungsmangel ist ein bedeutender Risikofaktor vor allem bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Er ist bei Frauen häufiger anzutreffen als bei Männern und nimmt von der Ober- zur Unterschicht zu. Sportliche Aktivitäten werden in der Forschung ab einer Dauer von zwei Stunden pro Woche als präventionswirksam angesehen. Die Sonderauswertungen der DHP-Studie für die Kommission (BORMANN 1988) belegen einen Trend hin zu vermehrten sportlichen Aktivitäten innerhalb der Bevölkerung.

30. Hinsichtlich der verhaltensgebundenen Risikofaktoren falsche Ernährung, Rauchen und Bewegungsmangel zeigen sowohl diese Sonderauswertungen wie andere Studien (HORN u. a. 1984; KRAMPITZ u. a. 1986) eine Tendenz hin zu einem gesundheitsfördernden Verhalten. Allerdings scheint diese Entwicklung nur äußerst langsam fortzuschreiten.

6. Sozialepidemiologie als Basis rationaler Gesundheitspolitik

31. Rationale Gesundheitspolitik ist auf wissenschaftliche Grundlagen angewiesen. Sozialepidemiologie kann dazu beitragen, aus der Erforschung der verursachenden Mechanismen von Krankheiten und aus der empirischen Beobachtung und Erforschung der sozialen Zusammenhänge, die Krankheiten hervorbringen, diese Grundlagen zu schaffen. Die Natur chronischer Krankheiten macht eine langfristige

Beobachtung und Empirie notwendig. Im Vergleich zu anderen Ländern sind die hierzu notwendigen Instrumente in der Bundesrepublik Deutschland kaum entwickelt. Erst heute wird mit der auf mehrere Jahre veranschlagten Arbeit des Aufbaus einer Gesundheitsberichterstattung begonnen.

7. Schlußfolgerungen

32. Der notwendigerweise knappe Aufriß der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland läßt dennoch einige Schlußfolgerungen hinsichtlich gesundheitspolitischer Ausgangspunkte und Orientierungen zu:

- Die dominierenden Krankheitsbilder legen aufgrund der Chronizität bzw. Nichtheilbarkeit eine Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen nahe.
- Die Gesundheitsprobleme sind schicht-, verhaltens- und lebenslagenspezifisch unterschiedlich verteilt. Hierauf sollte die Gesundheitspolitik entsprechend reagieren.
- Die Gesundheitsberichterstattung ist wenig entwickelt und kaum institutionalisiert.
- Die Komplexität und Breite der Krankheitsursachen macht Gesundheitspolitik zu einer Querschnittsaufgabe der Politik. Anstelle der gegenwärtigen »organisierten Nichtverantwortlichkeit« (von FERBER 1981 und in seiner Anhörung vor der Enquete-Kommission 1988) sollte eine rationale Gesundheitspolitik eine sinnvolle Abstimmung der Träger und Akteure, insbesondere der GKV, bewirken.

Literaturverzeichnis

ABHOLZ, Heinz-Harald [1981]: Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in: Friedrich Hauss / Frieder Naschold / Rolf Rosenbrock: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr.55) Bonn, S.64 ff.

AOK-BUNDESVERBAND [1987]: Krankheitsartenstatistik 1986, Bonn

BADURA, Bernhard [1983]: Erste Ergebnisse der Oldenburger Longitudinalstudie, in: C. von Ferber, B. Badura (Hrsg.): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, München, S.191 ff.

BECKER, Nikolaus / FRENTZEL-BEYME, Rainer / WAGNER, Gustav [1984]: Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland, 2. Auflage, Berlin

BLACK, D. u.a. [1982]: Inequalities in Health, The Black Report, Harmondsworth

BOLM-AUDORF, Ulrich [1983]: Berufliche Belastungen und koronare Herz-Krankheiten, Frankfurt

BORGERS, Dieter [1988]: Rauchen und Berufe, in: Prävention 1/1988, S. 12 ff.

BÜRKARD, Dagmar / OPPEN, Maria [1984]: Sind Frauen häufiger krank? — Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger Frauen, IIVG-pre 84-216, Berlin

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (BMJFFG): [1983]: Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen, Bonn

BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN IN KOOPERATION MIT DER GESELLSCHAFT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND HUMANISIERUNGSFORSCHUNG (BdB/GfAH) [1988/89]: Modellvorhaben Krankenkassen- und Betriebsmedizindaten — Ihre Verwendung für die Gesundheitsvorsorge und den betrieblichen Gesundheitsschutz, 1. und 2. Zwischenbericht, Essen

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA), (Hrsg.) [1984]: Aktionsgrundlagen der BZgA, Teilband Rauchen, Köln

CAPELLINI, A. / MARONI, M. [1974]: Indagine clinica sull' ipertionsione arteriosa e la malattia coronarica e loro eventuali rapporti con l'ambiente di lavoro in operai di un'industria chimica (Klinische Untersuchung zum möglichen Zusammenhang von Hypertonie und koronarer Herzkrankheit zur Arbeitssituation von Chemiearbeitern), in: Medicina del lavoro (Mailand) 65 (1974), S.297 ff.

DESPLANQUES, Guy [1984]: Vortrag beim Deutsch-Französischen Arbeitstreffen der Demographen am 21.10.1983 in Reims, in: Wirtschaft und Statistik 1984, S.20 ff.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E.V. (Hrsg.) [1984]: Ernährungsbericht 1984, Frankfurt/M.

EPSTEIN, F. [1979]: Predicting, explaining and preventive Coronary Heart Disease. An epidemiological View, in: Modern Concepts of Cardiovascular Disease, 1979, S.48 ff.

FERBER Christian von [1981]: Wie läßt sich die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verbessern? Wie können medizinische und soziale Dienstleistungen einander wirksam ergänzen, in: WIdO (Hrsg.): Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum, Bonn, S.103 ff.

HAUSS, Friedrich / NASCHOLD, Frieder / ROSENBROCK, Rolf [1981]: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: diess.: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr.55), Bonn, S.176 ff.

HEINS, Frank [1985]: Zur Beobachtung regionaler Unterschiede der Morbidität in der Bundesrepublik Deutschland, in: Informationen zur Raumentwicklung, S.221 ff.

HORN, Klaus / BEIER, Christel / KRAFT-KRUMM, Dagmar [1984]: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn, Opladen

KASL, S. / COBB, S. / BROOKS, G. [1968]: Changes in serum uric acids and cholesterol levels in men undergoing job loss, in: Journal of the American Medical Association (Chicago) 206 (1968), S.1500 ff.

KERN, Klaus / BRAUN, Werner [1987]: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen im regionalen Vergleich, in: Wirtschaft und Statistik 1987, S.319 ff.

KERN, Klaus [1989]: Gesundheitszustand der Bevölkerung, in: Wirtschaft und Statistik 1989, S.104 ff.

KLOTZBÜCHER, E. [1976]: Zum Einfluß des Lärms auf Leistung bei geistiger Arbeit und ausgewählte physiologische Funktionen, in: International archives of occupational and environmental health (Berlin) 37 (1976), S.239 ff.

KOCH, E. u. a. [1986]: Die Gesundheit der Nation, Köln

KOLLER , M. / KUNDI, M. / CERVENKA, R. [1978]: Field studies of shift work at an Austrian oil rafinery: health and psychosocial wellbeing of workers who drop out of shift work, in: Ergonomics (London) 21 (1978), S.835 ff.

KRAMPITZ, D. / FEHR, R. / KAHLKE, W. [1986]: Einflußgrößen für Aspekte des Gesundheitsverhaltens — Ergebnisse einer Querschnittsstudie an Einwohnern Hamburgs, Teil I und II, in: Öffentliches Gesundheitswesen 48 (1986), S.112 ff. und S.201 ff.

MASCHEWSKY, Werner [1980]: Zwischenauswertung der Befragungsergebnisse in der Herzinfarktstudie des Wissenschaftszentrums Berlin, Berlin

MEINHARD, P. / RENKER, U. [1970]: Untersuchungen zur Morbidität an Herz- und Kreislauferkrankungen durch Dauerlärm, in: Zeitschrift der gesamten Hygiene und ihrer Grenzgebiete (Berlin) 16 (1970), S.853 ff.

MÖHLMANN, Harald / ZOLLMANN, Pia [1989]: Die gesundheitliche Situation in der Bundesrepublik Deutschland, Sonderforschungsbereich 3 — Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik, Frankfurt/Mannheim

MÜLLER, Rainer [1980]: Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Belastungen am Arbeitsplatz, in: Argument-Sonderband 53, Berlin 1980, S.97 ff.

NEUBAUER, Günter [1988]: Regionale Sterblichkeitsunterschiede in Bayern, Bayreuth

NEUMANN, Günter / LIEDERMANN, A. [1981]: Mortalität und Sozialschicht, in: Bundesgesundheitsblatt 1981, Heft 24, S.173 ff.

OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS: [1986]: Registrar General's Decennial Supplement on Occupational Mortality 1979-1983, London

ORTIZ, G. / ARGUELLES, A. / CRESPIN, A. / SPOSARI, G. / VILLA-FRANE, C. [1974]: Modification of epinephrine, norepinephrine, blood liquid fractions and the cardiovascular system produced by noise in an industrial medium, in: Hormone Research (Basel) 5 (1974), S.57 ff.

PROJEKTGRUPPE PRIORITÄRE GESUNDHEITSZIELE (Hrsg.) [1987]:, Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten, Köln

REINERS, Hartmut [1989]: Die stationäre Versorgung im Zeichen einnahmeorientierter Ausgabenpolitik der gesetzlichen Krankenversicherung, in: H. U. Deppe / H. Friedrich / R. Müller (Hrsg.): Das Krankenhaus — Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt, New York 1989, S.9 ff.

RITZ, Hans-Günther [1989]: Soziale Ungleichheit vor Tod in der Bundesrepublik Deutschland, Bremen

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA) [1989]: Jahresgutachten 1989, Baden-Baden

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA) [1987]: Jahresgutachten 1987, Baden-Baden

SCHEITL, Othmar [1989]: Zur Rentnersterblichkeit — Aktuelle Ergebnisse der Jahre 1986 und 1987, in: DRV 1989, S.108 ff.

SCHEUCH, Erwin K./DAHEIM, Kurt [1968]: Sozialprestige und soziale Schichtung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1968, Sonderheft 5, S.65 ff.

SCHUNTERMANN, Michael [1986]: Das Berentungsrisiko wegen Erwerbsminderung: Begriff., Struktur und Entwicklung in der Zeit von 1973-1982, in: DRV 1986, S.237 ff.

SCHUTZ, Harald [1988]: Sterbefälle nach Todesursachen, in: WiSt 1988, S.733 ff.

SIEGRIST, Johannes u.a. [1980]: Soziale Belastungen und Herzinfarkt, Stuttgart

STATISTISCHES BUNDESAMT [div. Jahrgänge]: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden, diverse Jahrgänge

THEORELL, T. / RAHE, R. [1972]: Behavior and life satisfaction characteristics of swedish subjects with myocardial infarction, in: Journal of chronic diseases (New York) 25 (1972), S.139 ff.

TRUETT, J. / CORNFIELD, J. / KANNEL, W. [1967]: A multivariate analysis of the risk of coronary heart disease in Framingham, in: Journal of diseases (New York) 20 (1967), S.511 ff.

VAGERÖ, Denny / LUNDBERG, Olle [1989]: Health Inequalities in Britain and Sweden, in: The Lancet, July 1989, S.35 ff.

VERBAND DER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (VDR) [div. Jahrg.]: Rentenzugangsstatistiken, Frankfurt, diverse Jahrgänge

WHITEHEAD, Margant [1987]: The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980's, London

WILHELMSEN, L. / WEDEL, H. / TIBBLIN, L. / TIBBLIN, G. [1973]: Multivariate analysis of risk factors for coronary heart disease, in: Circulation (New York) 48 (1973), S.950 ff.

Für die Enquete-Kommission wurden folgende Sonderauswertungen vorgenommen:

BORMANN, C. (WiAD) [1988]: Präventives Verhalten und Verhaltensänderungen nach Geschlecht und sozialer Schicht dargestellt anhand der Daten des Mediensurveys für die Studienregion der DHP, Bonn

BORMANN, C. (WiAD) [1988]: Verteilung der Herz-Kreislauf-Krankheiten und des Risikostatus in Abhängigkeit von Dauer und Häufigkeit der Arbeitslosigkeit anhand der Daten des Nationalen Untersuchungssurveys der DHP, Bonn

BORMANN, C. (WiAD) [1988]: Verteilung der kardiovaskulären Risikofaktoren in Abhängigkeit von der Krankenversicherungszugehörigkeit anhand der Daten des Nationalen Untersuchungssurveys der DHP, Bonn

HELMART, U. / TEMPEL, G. (BiPS) [1988]: Soziale Schicht und Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten unter besonderer Berücksichtigung von Globalindikatoren, Bremen

INFRATEST [1988]: Chronische Krankheiten des Kreislaufsystems und wahrgenommener Gesundheitszustand in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt in Abhängigkeit von der Krankenversicherungszugehörigkeit, München

INFRATEST [1988]: Subjektive Morbidität und Risikofaktoren für koronare Erkrankungen bei Erwerbstätigen dargestellt in Abhängigkeit von Arbeitsplatzbelastungen, München

II. Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems

[vgl. Abschnitt C: Berichte von Teilen der Kommission, S.224]

Kapitel 2: Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der gesundheitlichen Versorgung

I. Prävention

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission einstimmig verabschiedet.*]

1. Aufgaben präventiver Gesundheitspolitik

1. Schlüsselfrage präventiver Gesundheitspolitik ist, ob, und wenn ja, in welchem Umfang die Entstehung von Krankheiten und vermeidbare Todesfälle verhindert werden können. McKEOWN (1982) zeigt in einer weltweit beachteten Studie für England und Wales, daß der Rückgang der Mortalitätsraten zwischen 1850 und 1971 hauptsächlich auf eine verbesserte Ernährung und gesundheitsverträglichere hygienische und soziale Lebensbedingungen zurückgeführt werden kann, also letztlich weitmehr präventiven Maßnahmen als medizinischen Erfolgen zu verdanken sei. SPREE hat diese Ergebnisse für die deutschen Verhältnisse in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bestätigt (SPREE 1986).

2. Ähnliches gilt auch für die Gegenwart. Die Medizin kann die Haupttodesursachen – Herz-Kreislauf-Krankheiten und bösartige Neubildungen – oft nur unzureichend, mitunter überhaupt nicht kurieren. Linderung gelingt meist nur um den Preis erheblicher Nebenwirkungen. Die Erfolge sind bei den anderen die Morbiditätsstatistik dominierenden Krankheitsbildern – Krankheiten der Knochen und Gelenke, des Halte- und Stützapparates sowie des Magen- und Darmtraktes – begrenzt. Als Krankheitsursachen werden in industrialisierten Staaten Zivilisationseffekte wie Umwelteinflüsse, Luftverschmutzung, Streß usw. angenommen (ABHOLZ 1980).

3. Ziel präventiver Gesundheitspolitik ist es also, mit geeigneten Konzepten in die Entstehungsbereiche und -prozesse der Krankheiten zu intervenieren. Neben der Verhütung von Krankheiten geht es hierbei auch um Gesundheitsförderung. Letztere könnte man umschreiben als Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens einschließlich der Vermeidung körperlicher oder psychischer Erschöpfungs- oder vorzeitiger Abnutzungsprozesse sowie als Steigerung unspezifischer Krankheitsresistenz einschließlich der Sicherung individueller und zunehmend auch globaler gesundheitlicher Lebensgrundlagen (SCHWARTZ 1989 b).

2. Kriterien effektiver Prävention

4. In der Bundesrepublik Deutschland und in vergleichbaren Industriestaaten führte der formal gleiche Zugang zur Versorgung mit Gesundheitsgütern nicht zu einer Aufhebung der Ungleichheit der Menschen vor Krankheit und Tod. Morbidität und Mortalität differieren schicht- und gruppenabhängig. Für Menschen in bestimmten Regionen (z.B. alte Industriegebiete und Ballungszentren), mit hoher Arbeitsbelastung (Hitze, Kälte, einseitige Belastung, Streß etc.) und in Wohngebieten mit erhöhten Belastungen ist das Risiko, zu erkranken und frühzeitig zu sterben, erhöht. Ausgangslage für die folgenden Überlegungen zur präventiven Gesundheitspolitik ist die Sozialepidemiologie.

5. Um präventive Maßnahmen zielgerecht einsetzen zu können, ist eine kontinuierliche sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung über die Entstehungsbereiche und Zusammenhänge von Krankheiten in Arbeits- und Lebenswelt – also die relativ präzise Beschreibung von Belastungs- und Erkrankungsschwerpunkten – notwendig.

- Aufgrund der multifaktoriellen Genese der Krankheiten muß sich präventive Gesundheitspolitik bei der Abschätzung von Gesundheitsgefahren mehr an Vorsorgegesichtspunkten als an wissenschaftlich nachgewiesenen Schädlichkeitsgrenzen orientieren (RAT VON SACHVERSTÄNDIGEN FÜR UMWELTFRAGEN [RSU] 1987).
- Auf Gemeindeebene und beim gesundheitlichen Arbeitsschutz kommt es auf die Beteiligung und Mitarbeit der Betroffenen an. Gerade chronische Erkrankungen sind durch langfristige Verläufe, die unterhalb der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen bleiben, gekennzeichnet. Aufgrund schichten- und lebenslagenspezifischer Artikulationsfähigkeiten äußern sich die am meisten Belasteten aus diesem Personenkreis besonders selten (ABHOLZ 1981; ROSENBROCK 1984). Hier gilt es, verschüttete Kompetenzen wieder verfügbar zu machen.

6. Ursachenorientierte Prävention, die auf den Abbau von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, Umweltbedingungen und Arbeitsbelastungen zielt, kann mit ökonomischen und politischen Interessen kollidieren. Sie kann nur erfolgreich sein, wenn diese Interessenkollisionen gesehen und problematisiert werden. Nur durchsetzungsstarke Koalitionen erreichen, daß Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik, der Technologie- und Innovationspolitik systematisch auf ihre Gesundheitsfolgen hin überpüft werden. Maßstab für die Zulässigkeit von Maßnahmen und Instrumenten sollte ihre Gesundheitsverträglichkeit werden. Die Gesundheit braucht eine Lobby mit einer Durchschlagskraft vergleichbar derjenigen, die in den 60er Jahren die »autogerechte Stadt« zum Maßstab der Siedlungs- und Urbanitätsentwicklung erheben konnte.

7. Das Risikofaktorenmodell lenkt den Blick auf die verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken. Bestimmte Verhaltensweisen, z.B. Rauchen, falsche Ernährung, Bewegungsarmut etc. werden als gesundheitsschädlich charakterisiert und eine entsprechende Aufklärung zum Teil mit der Erwartung verbunden, daß die Verhaltensweisen von den Betroffenen korrigiert werden.

8. Der Appell für gesundheitsbewußtes Verhalten kann jedoch zu unbewußten Interessenkollisionen führen, denn gesundheitsriskantes Verhalten kann durchaus mit Vorteilen verbunden sein. Selbstzerstörerisches Krankheits- und Risikoverhalten ist ein wichtiger Entlastungsmechanismus,

*) Nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

um mit den Anforderungen des Alltags fertig zu werden (HORN u. a 1984).

9. Die Streßforschung trug dazu bei, die gesundheitlichen Auswirkungen unterschiedlicher Lebensbedingungen abzuschätzen (von EULER u.a. 1984; HAMMERSTEIN u.a. 1957; LEVI 1964; STARLINGER u.a. 1969; KASL u.a. 1969). Chronischer Distreß – hierunter werden die unerwünschten, belastenden und potentiell gesundheitsschädigenden Faktoren des Stresses gefaßt (SCHÄFER/BLOHMKE 1977; LEVI 1974) – hat verhaltenssteuernde Wirkung. Ein nach konventioneller Sichtweise unvernünftiges Verhalten ist u.U. eine sozial legitimierte Bewältigungsstrategie, auf die ein Mensch nicht ohne weiteres verzichten kann (HORN u. a. 1984).

10. Da gesundheitsriskante Lebensstile häufig fehlgeschlagene Versuche sind, mit Streß und anderen Belastungen umzugehen, vermögen Aufklärungskampagnen und Gesundheitsberatung wenig. Das Konzept des Lebensstils, das eine enge Wechselbeziehung zwischen Gesundheit, Lebensstil und Lebensumwelt unterstellt, kann ein Ansatzpunkt für den Versuch sein, Gesundheitsverhalten zu ändern.

11. Da Gesundheitsverhalten auch „das Produkt der persönlichen Verarbeitung widersprüchlicher gesellschaftlicher Anforderungen ist" (HORN 1984), sind die unterschiedlichen Lebensbedingungen sozialer Gruppen zu beachten. Es gibt nicht eine für alle verbindliche gesunde Lebensweise. Ein »pluralistisches Konzept der Gesundheitsförderung« ist zu fordern (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1983).

12. Eine offene Frage bleibt allerdings, inwieweit gerade gesundheitlich besonders gefährdete Gruppen – man denke an doppelt belastete Frauen, Schichtarbeiter etc. – den notwendigen Handlungsspielraum haben, um Verhaltensänderungen zu erlernen und anzuwenden.

13. Prävention als »Zeigefinger- und Hochglanzbroschürenpädagogik« vernachlässigt nicht nur die Entstehungszusammenhänge der Risikofaktoren, vor allem erreicht sie gesundheitlich besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen viel zu wenig (ROSENBROCK 1989). Letzteres gilt allerdings ebenso – wenn auch eingeschränkt – für verhaltenstherapeutisch orientierte Kurse, die am Lebensweisenkonzept ausgerichtet sind (LEMKE 1985; WENGLE 1988). Dennoch können solche Kurse als erfolgversprechender Ansatz gelten, wenn es gelingt, die Eigenkompetenz der Betroffenen zu stärken und sie beim Erlernen neuer Verhaltensweisen zu unterstützen. Die Umsetzung und Integrierung gesundheitsbewußten Verhaltens unter strukturell oft gegensätzlichen Bedingungen will gelernt sein und schärft den Blick für gesundheitsriskante Faktoren in Arbeits- und Lebenswelt.

14. Ausgangspunkt von Verhaltensprävention bzw. Gesundheitsförderung ist kein Defizitmodell menschlichen Verhaltens. Es geht nicht darum, Risikofaktoren zu diagnostizieren und Menschen anschließend aufzuklären und umzuerziehen. Wichtig ist die Einsicht, „daß lebensweltbezogene Prävention nur mit, jedoch niemals für oder über die Menschen gemacht werden kann" (STARK 1989).

15. Im folgenden wird vor dem Hintergrund dieser Kriterien zu prüfen sein, inwieweit die gesetzliche Krankenversicherung erfolgreich Träger präventiver Maßnahmen sein kann. Auf die Analyse der Erfolgsaussichten und Aktionsbedingungen anderer Träger und Akteure verzichten wir angesichts der begrenzten Zeit und des Themenschwerpunktes der Enquete-Kommission.

3. Konzepte und Interventionsfelder

a) Verhaltensprävention

16. Ziel verhaltenspräventiver Maßnahmen ist die Vermeidung von gesundheitsriskantem Verhalten, das Erlernen risikoärmerer Bewältigungsformen sowie die Hinführung zu gesundheitsfördernden Lebensweisen. Ein geradezu klassisches Beispiel für die erfolgreiche Anwendung des Lebensweisenkonzepts findet sich in der Schweiz im Bereich der Kariesprophylaxe. Karies wird durch bestimmte Ernährungsgewohnheiten und unzureichende Mundhygiene verursacht. Karies ist eine vermeidbare Krankheit. Seit Beginn der 60er Jahre baute man in der Schweiz eine systematische und vor allem kontinuierliche Kariesprophylaxe auf. Im Kindergarten spielerisch und in der Schule als Schulfach üben die Kinder richtiges Zähneputzen. In der Primarschule werden zusätzlich Informationen zur Anatomie und Physiologie des Zahnes und des Kauapparates sowie zu Karies und Ernährung vermittelt. Ab dem 10. bis 15. Lebensjahr wird diese Gruppenprophylaxe durch Individualprophylaxe ergänzt, zweimal jährlich eine Viertelstunde durch eine Prophylaxehelferin in einer Zahnarztpraxis (SCHULZAHNKLINIK BASEL STADT 1987).

17. Die Schulzahnpflege ist in der Schweiz praktisch flächendeckend eingeführt und kantonal oder kommunal organisiert. Der größte Teil der Kinder wird durch Vertragszahnärzte betreut. In den großen Städten, wie z. B. Basel, bestehen Schulzahnkliniken. Die Unterrichtung der Kinder erfolgt in Kooperation zwischen der Lehrerschaft, Schulzahnpflegehelferinnen, Dentalhygienikerinnen und Prophylaxehelferinnen. Flankierende Maßnahmen zum Schulzahnärztlichen Dienst sind:

- Das Trinkwasser ist fluoridiert (in der Stadt Basel und einigen angrenzenden Gemeinden),
- in der ganzen Schweiz ist fluoridiertes Kochsalz erhältlich,
- fluoridierte Zahnpasten haben einen Marktanteil von fast 100 %.

Der Erfolg dieses Programms spricht für sich. In Berlin haben nur 36 % der 7jährigen ein kariesfreies Dauergebiß, in Basel sind es 89 %. Nur 18 % der 10jährigen in Berlin, aber 68 % der 10jährigen in Basel weisen ein kariesfreies Dauergebiß auf (KZV WESTFALEN-LIPPE 1987).

18. In der Bundesrepublik Deutschland ist man noch weit von der flächendeckenden Einführung vergleichbarer Gruppenprophylaxemaßnahmen entfernt. Im SGB V werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, im Zusammenwirken mit anderen Stellen Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche bis zum 12. Lebensjahr zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen (§ 21 SGB V). Bei Jugendlichen zwischen dem 12. und 20. Lebensjahr wird die Gruppenprophylaxe durch die Individualprophylaxe abgelöst (§ 22 SGB V). Es steht zu hoffen, daß Maßnahmen in Anlehnung an das Schweizer Modell gefunden werden.

19. Gerade im Bereich der Verhaltensprävention gab es im Kassenbereich in den letzten Jahren einige Modellprojekte,

deren Ergebnisse Ausblick geben auf Grenzen und Möglichkeiten der Kassen in diesem Bereich.

Im Modellversuch »Gesundheitsberatung durch Ärzte« wurden die 30- bis 50jährigen Mitglieder der sechs am Modellversuch beteiligten Ersatzkrankenkassen zu max. drei Gesundheitsberatungen eingeladen. Sie hatten Gelegenheit mit ihrem Arzt die Themen Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, gesundheitsgefährdender Streß und Bluthochdruck zu erörtern (ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG [ZI] 1988).

Die Modellprojekte der AOK Mettmann und der Betriebskrankenkassen in Berlin und Kiel zielen ebenfalls auf Verhaltensmodifikationen. Prävention wurde hier als Bildungsaufgabe begriffen. Man geht davon aus, daß Verhaltensänderungen nur stattfinden, wenn die Lernenden nicht nur mit Informationen konfrontiert werden, sondern auch aktiv mit ihrem affektiven und kreativen Potential in einem auf konkrete Erfahrungen abzielenden Lernprozeß einbezogen werden. Im Schwerpunkt wurden Kurse zur Gewichtsreduktion, zum Abbau von Bewegungsmangel, zur Raucherentwöhnung und zur Streßbewältigung angeboten (BMA 1985, Bd. 1; WENGLE 1988).

20. Die angebotenen verhaltenstherapeutisch orientierten Kurse gehen über das Angebot einer Aufklärung und Wissensvermittlung durch Ärzte hinaus und werden den Anforderungen des Lebensweisenkonzepts eher gerecht. Im übrigen wird das Präventionsangebot einer Gesundheitsberatung durch den Arzt überwiegend von Angehörigen der Mittelschicht wahrgenommen (vgl. u.a. BMA 1985). Da als Zielgruppen für Prävention aufgrund der Risikoverteilung vor allem gewerbliche Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und die Angehörigen unterer sozialer Schichten gelten, greift der bisherige Präventionsansatz einer Gesundheitsberatung durch Ärzte nicht weit genug. Nach Ansicht der Minderheit der Kommission*) zielt dieser Ansatz vor allem auf die Bedürfnislage von Angehörigen der Mittelschicht.

21. Untersuchungen zur Teilnehmerstruktur der Präventionsangebote von AOK und BKK ergaben immer wieder eine Unterrepräsentanz der unteren sozialen Schichten (LEMKE 1985; BMA 1985). Kursprogramme auf Betriebsebene scheinen eine etwas bessere Ansprache sonst schwer erreichbarer Zielgruppen zu ermöglichen (WENGLE 1988). Bei der Teilnehmergewinnung und der Ansprache von Menschen mit erhöhtem Risikostatus könnten im übrigen Ärzte eine Schlüsselrolle einnehmen. Kurse auf Gemeinde und Betriebsebene bauen auf freiwilliger Teilnahme auf. Selbst bei zielgruppenspezifischer Ausgestaltung wirkt dies wie ein Selektionsinstrument. Nach Ansicht der Minderheit*) der Kommission werden dadurch vor allem eher Angehörige der Unterschicht ausgegrenzt. Die Autorität des Arztes und das mögliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sind für die Überweisung der eigentlichen Problemgruppen in Kurse und Beratungsgespräche entscheidend (GÖCKENJAN 1979).

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.
Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

22. Systematische Verhaltensprävention soll den Versicherten dafür sensibilisieren, daß gesundheitliche Probleme nicht nur mit Personen, sondern auch mit Strukturen zu tun haben. Chronischer Streß wurde in zahlreichen Studien als ein Risikofaktor identifiziert, dessen Entstehungsbereich auch die Arbeitswelt ist. Eine betriebsnahe Durchführung von Streßbewältigungsprogrammen könnte dazu führen, daß dieses Problem im Gesamtzusammenhang seiner strukturellen Verursachung gesehen wird. Erreicht werden könnte z.B., daß Arbeitnehmer den durch Arbeitszeitgestaltung induzierten Streß nicht nur wahrnehmen und subjektiv besser bewältigen können, sondern auch auf den Abbau streßinduzierender Arbeitszeitregelungen drängen. Die Minderheit der Kommission*) weist darauf hin, daß andererseits gerade die Streßbewältigungsprogramme im Rahmen des BKK-Modellprojekts nur wenig nachgefragt wurden. Wahrscheinlich wirke sich hier die Nähe zum Betrieb sogar negativ aus, da Arbeitnehmer befürchten, die Teilnahme an einem Kurs zur Belastungsbewältigung könnte als Eingeständnis gewertet werden, der täglichen Arbeit nicht mehr gewachsen zu sein.

23. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Modellprojekte der AOK und der BKK ein ausbaufähiger Ansatz sein können, wenn sie dazu beitragen, die Menschen für ihre Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse zu sensibilisieren. Skeptisch stimmt die Minderheit der Kommission*) jedoch, daß auch andere potentielle Träger präventiver Maßnahmen sich in erster Linie auf Verhaltensprävention spezialisieren. Die Gefahr sei nicht zu leugnen, daß eine ausschließliche Verhaltensprävention auf die Umthematisierung struktureller Gesundheitsrisiken in allein gesundheitsriskante Verhaltensweisen hinausläuft (ROSENBROCK 1989). Eine Reduzierung der Gesundheitsrisiken auf die Verhaltenskomponenten werde der Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung nicht gerecht.

b) Verhältnisprävention

24. Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt entstehen im Zusammenhang mit

- technischen Bedingungen der Arbeitsgestaltung, z.B. durch Umweltbelastungen (Lärm, gefährliche Arbeitsstoffe etc.), Unfallhäufigkeit sowie einseitige und unnatürliche Körperbelastungen;
- organisatorischen Bedingungen der Arbeitsgestaltung, z.B. Arbeitsinhalte, Arbeitszeitgestaltung, Inkonsistenz der Anforderungen etc.;
- sozialen Bedingungen der Arbeitsgestaltung, z.B. Qualifikationsanforderungen, Dequalifikation und solchen Situationen, in denen sich die Beschäftigten zwischen Gesundheitsinteressen und Lohnhöhe bzw. Arbeitsplatzsicherheit entscheiden müssen.

25. Die Zusammenhänge zwischen bestimmten Arbeitsbedingungen und Gesundheitsbelastungen bzw. Gesundheitsstörungen sind statistisch nachweisbar. Im Einzelfall und kausal können diese pathogenen Strukturen aufgrund der Vielfalt qualitativ unterschiedlicher physikalischer, chemischer und psychosozialer Faktoren nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden (MÜLLER 1982).

26. Die Grundlage für die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit ist jedoch der medizinische Nachweis, daß die Gesundheitsschäden auf bestimmte identifizierbare chemische, physikalische oder biologische Einwirkungen

zurückführbar sind. Damit werden ganze Gruppen arbeitsplatzgebundener Risikofaktoren ausgeschlossen. Das Konzept der Berufskrankheiten greift unter medizinischen und pathophysiologischen Gesichtspunkten für die Prävention zu kurz (SVR KA 1987). Als Ansatzpunkt für Präventionsmaßnahmen führt es zudem zum verspäteten und nicht ausreichenden Einsatz von Maßnahmen.

27. Das Konzept der arbeitsbedingten Krankheiten kann hingegen ein Ansatz für präventivorientierte Gesundheitspolitik sein, da es ausreichend dem Vorsorgegesichtspunkt Rechnung trägt und die Bandbreite der Risikofaktoren berücksichtigt.

28. Die Betriebskrankenkassen bemühen sich seit mehr als 10 Jahren darum, das Krankheitsgeschehen branchenbezogen zu dokumentieren (GEORG u.a. 1984). Auf die Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichts zielt ein neues Forschungsvorhaben der Betriebskrankenkassen, das erstmals Daten aus der Arbeitswelt und Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenführt. Zusätzlich geht es um die Verbesserung der Kooperation aller in der betrieblichen Gesundheitssicherung tätigen Personen und Institutionen sowie der relevanten wissenschaftlichen Disziplinen untereinander und um die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erforschung arbeitsbedingter Erkrankungen.

29. Mit großen Problemen ist jedoch spätestens dann zu rechnen, wenn die GKV auf das Abstellen identifizierter Gesundheitsrisiken und Belastungsschwerpunkte drängt. Ursachenadäquate Prävention am Arbeitsplatz kann Eingriffe in die unternehmerischen Entscheidungen und nicht selten ein Entweder-Oder zwischen betriebswirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen bedeuten. Nach Ansicht der Minderheit der Kommission*) ist dies in der Praxis nicht nur eine Möglichkeit, sondern täglich stattfindende Realität. Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltung kann dazu führen, daß solche Vorhaben bereits im Vorfeld abgefiltert werden (GÖCKENJAN 1979).

30. Umweltschadstoffen ist der Mensch neben der Arbeitswelt vor allem in seiner Lebenswelt ausgesetzt. Der Einwirkung durch schädigende Stoffe in Luft, Wasser, Nahrung, im Haushalt, mit der Kleidung u.a.m. kann der einzelne sich im allgemeinen durch persönliche Entscheidung nicht entziehen. Das Trinkwasser in der Bundesrepublik Deutschland enthält etwa 7000 chemische Stoffe. In der Nahrung sind rd. 5000 Zusätze zugelassen. Die Langzeitwirkungen dieser Substanzen auf die menschliche Gesundheit und Vererbung sind nicht ausreichend erforscht. Expertenurteile hinsichtlich der Einschätzung der Gesundheitsgefahren erweisen sich als wenig hilfreich und widersprüchlich. Hinsichtlich der Gesundheitsgefährdung durch Trinkwasser und Nahrung reicht die Spannweite der Empfehlungen vom Rat, die nahrungsbedingte Aufnahme bestimmter Stoffe zu reduzieren (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 1984), bis zur Feststellung, daß die Grenze einer zumutbaren Belastung für bestimmte Nahrungsmittel erreicht bzw. für bestimmte Risikogruppen sogar überschritten sei (RSU 1987).

31. Auch bei Umweltschadstoffen werden die Möglichkeiten epidemiologischer Aussagen zur Gesundheitsschädlichkeit einzelner Faktoren unter anderem durch die Komplexität der Expositionsbedingungen und durch die multifaktorielle Bedingtheit der Krankheiten begrenzt. Gerade diese methodischen Probleme bei der Bestimmung der Wertigkeit von gesundheits- bzw. umweltriskanten Faktoren können zum »Methodentod« umweltpolitischer Maßnahmen führen. Wissenschaftliche Kenntnislücken können aufgrund erheblicher Interessendivergenzen gerade in diesem Bereich zu Lasten der Bevölkerung als Anlaß für Interventionsvermeidung oder -verzögerung herangezogen werden. Zur Ermittlung von Risiken bedarf es pragmatischer Erhebungsmethoden, die Verdachtsfälle aufgreifen und ihre epidemiologische Relevanz prüfen (RSU 1987).

32. In § 20 SGB V wird den Krankenkassen die Aufgabe zugewiesen, den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen. Um diesen ihr zugewiesenen Auftrag zu erfüllen, müssen die Kassen solche pragmatischen epidemiologischen Erhebungsmethoden anwenden und ausbauen, um so auch zu regionalisierten Gesundheitsberichten zu gelangen. Sie sollen aber nicht nur den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und -schäden nachgehen, sondern auch auf ihre Beseitigung hinwirken. Inwieweit letzteres den Kassen gelingen kann, ist fraglich.

33. Trotz aller Skepsis hinsichtlich der Durchsetzungskraft der Krankenkassen bei anwaltschaftlicher Wahrnehmung der Gesundheitsinteressen ihrer Versicherten kann man festhalten:

- Die Dokumentation von Gesundheitsrisiken unter räumlichen, sozialen und betrieblichen Gesichtspunkten erhöht die Treffsicherheit jeder präventiven Maßnahme unabhängig davon, wer sie letztlich durchsetzt oder durchführt.
- Die Kassen verfügen über gute und teilweise institutionalisierte Wege in die gesundheitspolitische Öffentlichkeit und in die Institutionen regionaler und bundesweiter Gesundheitspolitik. Durch die Verbreitung von Informationen über die gesundheitliche Lage der Versicherten und über deren soziale Ursachen kann die Kasse allein durch die Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit und bei den Entscheidungsträgern auch dort gesundheitspolitischen Nutzen stiften, wo sie keine formelle und/oder operative Zuständigkeit hat.
- Durch die beständige Rückbesinnung auf ihr eigentliches Aufgabenfeld, die Gesundheit der Versicherten, werden Selbstverwaltung und Geschäftsführung der Kassen dazu angeregt, nach konkreten und zielbezogenen Möglichkeiten der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zu suchen.
- Die Definition der Prävention als Aufgabe der GKV ist jedoch nicht unproblematisch. Eine Gefahr liegt in der Überforderung bei der Durchsetzung umweltpolitischer oder betrieblicher Maßnahmen. Durch die Benennung der GKV als Träger der Prävention könnten andere Träger versucht sein, sich mit Verweis auf die GKV dieser Aufgabe zu entziehen. Die Folge wäre nach Ansicht der Minderheit der Kommission*) eine »symbolische Politik«. Gesundheitsgefahren würden zwar benannt; es entstünde sogar der Eindruck, daß etwas geschieht; in Wahrheit jedoch gelänge keine ausreichende Durchset-

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

zung der Gesundheitsinteressen gegenüber ökonomischen oder politischen Anliegen.

c) Gesundheitsförderung

34. Gesundheitsförderung baut als positive Forderung auf die Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren in Lebens- und Arbeitswelt auf. Gesundheitsförderung will den einzelnen Menschen, der als Teil eines Netzwerks anderer Individuen und Systeme begriffen wird (KELLY 1989), bewegen, seinen Gesundheitszustand aktiv zu stärken oder zu verbessern. Gesundheit wird als Grundbedingung des alltäglichen Lebens begriffen. »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen« (OTTAWA-CHARTA DER WHO). Gesundheitsförderung umschließt Strategien, durch die mit allen möglichen geeigneten Mitteln, Medien und Institutionen Menschen in den Stand gesetzt werden, Gesundheitsrisiken für sich zu erkennen und Handlungswissen zu erwerben, um individuell und kollektiv besser damit umzugehen (vgl. ROSENBROCK 1989; RAPPAPORT 1982).

35. Ein Beispiel für den Ansatz von Gesundheitsförderung stellt das Projekt »Healthy Cities« der Weltgesundheitsorganisation dar. Dieses Projekt will mehr spezifische Präventionsprogramme (Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, Streßbewältigung) durch Schulen, Gesundheitsämter, Volkshochschulen oder Krankenkassen. Im deutschsprachigen Raum sind Bremen, Düsseldorf, München und Wien am Projekt beteiligt. Als konkrete Umsetzung z.B. der Netzwerkförderung werden lokale »Aktions- und Innovationszentren für Gesundheitsförderung« vorgeschlagen (HILDEBRANDT/TROJAN 1988). Welche Aufgaben hier den Krankenkassen über materielle Hilfestellung und sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung hinaus erwachsen können, muß sich noch zeigen.

d) Früherkennung

36. Krankheitsfrüherkennung ist darauf ausgerichtet, durch die möglichst weitgehende Vorverlegung der Diagnose die Heilungs- und Behandlungschancen von Krankheiten zu verbessern. Dies bedeutet, daß Früherkennungsmaßnahmen sich daran messen lassen müssen, ob eine frühzeitig einsetzende medizinische Maßnahme das Leben der Betroffenen verlängert oder ihre Lebensqualität spürbar verbessert.

37. Die Effektivität von Früherkennungsprogrammen wird in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Unangefochten ist die Notwendigkeit von Früherkennungsmaßnahmen bei Schwangeren, Neugeborenen und Kindern (vgl. den Sammelband von SPRANGER 1988; DOLL 1988) und von Impfschutzmaßnahmen gegen bestimmte Krankheiten (ARNOLD 1986). Auch die Untersuchung von Risikogruppen (z.B. beruflich mit gefährlichen Arbeitsstoffen befaßte Personen, erblich Belastete usw.) wird nicht in Zweifel gezogen (SCHWARTZ 1988). Periodische allgemeine Screenings sind nach nahezu einhelliger Meinung der Fachleute medizinisch wie ökonomisch unsinnig (DOLL 1988; SCHWARTZ 1988; ARNOLD 1986). Epidemiologische Studien, die den Nutzen solcher Screenings nachweisen könnten, liegen nicht vor. Ein selektives periodisches Screening der erwachsenen Bevölkerung in bestimmten Altersgruppen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten wird unterschiedlich bewertet (bejahend: SCHWARTZ 1988; DOLL 1988; SVR KA 1987; differenzierend: SCHMOLL 1983; ablehnend: ABHOLZ 1988; SCHMIDT 1988; PFLANZ 1979). Die Minderheit der Kommission*) kritisiert die Ausrichtung von Früherkennungsprogrammen, deren medizinischer und humanitärer Nutzen ausreichend wissenschaftlich nachgewiesen ist, auf die diagnostischen Möglichkeiten und das Entgeltsystem der niedergelassenen Ärzte (HAERTEL 1973). Kritiker der bisherigen Früherkennungsprogramme geben der Gesundheitsförderung den Vorzug vor diesen Maßnahmen (ROSENBROCK 1989; PFLANZ 1979).

38. Nach Ansicht der Minderheit der Kommission*) besteht bei der Beurteilung der Effektivität von Früherkennungsprogrammen häufig die Gefahr, Scheinerfolge zu vermelden. Könne der Früherkennung keine wirksame Therapie folgen, werde durch die Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts nur die Zeit verlängert, in der der Patient um seine Krankheit wisse, nicht aber seine Lebenszeit. Früherkennungsmaßnahmen seien vor allem dort sinnvoll, wo der Erkennung der Krankheit ihre wirksame Behandlung folgen könne.

39. Insbesondere bei Krebserkrankungen ist zu berücksichtigen, daß Unterschiede in geweblicher Eigenart und Biochemie bei gleicher Lokalisation zu unterschiedlich schnell wachsenden und damit unterschiedlich tödlichen Neubildungen führen. Die Wahrscheinlichkeit, eher langsam wachsende Krebserkrankungen durch Früherkennungsprogramme frühzeitig zu erkennen, ist größer als die Wahrscheinlichkeit, eher schneller wachsende Krebserkrankungen frühzeitig zu erkennen. Die Selektion eher langsam wachsender Krebserkrankungen beeinflußt den Erfolg eines Früherkennungsprogramms. Erfolge bei der Früherkennung von Bronchialkrebs wurden in drei internationalen Studien auf diesen Selektionsmechanismus zurückgeführt (Nachw. bei ABHOLZ 1988).

40. Die Effektivität von Früherkennungsmaßnahmen wird auch durch die Teilnehmerselektion bestimmt. Es nehmen nur bestimmte Menschen an den angebotenen Programmen teil. Diese sind häufig nicht diejenigen, die das höchste Risiko für die gesuchte Krankheit mitbringen (ZENTRALÄRZTLICHES INSTITUT 1986; KIRSCHNER 1985). Die Teilnahmehäufigkeit nimmt von der obersten zur untersten Sozialschicht ab (SMIGIELSKI 1988; THIELE 1981), während das Erkrankungsrisiko häufig in dieser Richtung zunimmt (vgl. Berichtsteil »Morbidität und Mortalität«).

41. Die Struktur der angebotenen Maßnahmen hat ebenfalls Einfluß auf die Effektivität der Früherkennung. Die Aufhebung institutioneller Barrieren, wie beispielsweise Berechtigungsscheinen, steigert die Inanspruchnahmerate (BERGHOF/FLATTEN 1987). Ausländische Erfahrungen zeigen, daß eine effektive Gesundheitspolitik die Leistungen an die Betroffenen heranzutragen sucht (SCHWARTZ 1989 a). Früherkennungsprogramme sind beispielsweise in England dort erfolgreicher, wo sie in die Arbeits- und Lebenswelt hineinreichen.

---

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

42. Schließlich hängt die Effektivität einer Maßnahme von Prävalenz und Inzidenz der Krankheit ab, die entdeckt werden soll. Der Vergleich der Morbidität und Mortalität von Teilnehmern und Nichtteilnehmern ist unter Studienbedingungen wie unter realen Gegebenheiten – schlechtere Arzt-Patienten-Compliance – nur sinnvoll, wenn die Bedeutung der Krankheit für die Zielgruppe und für die Gesamtbevölkerung betrachtet wird. Eine diesen Bedingungen gerecht werdende Untersuchung wurde zum Mammakarzinom in den Vereinigten Staaten durchgeführt (Nachw. bei ABHOLZ 1985). Das Ergebnis dieser Studie kann zutreffend auf zweierlei Weise dargestellt werden: Einerseits wurden durch früher einsetzende Behandlungen aufgrund von Früherkennungsuntersuchungen in der Untersuchungsgruppe die Sterblichkeit am Mammakarzinom gegenüber der Vergleichsgruppe um 37 % gesenkt. Anderseits mußten – dies ist die andere Lesart des gleichen Ergebnisses – 1000 Frauen über 10 Jahre an Screenings auf Mammakarzinom teilnehmen, damit 1-2 Frauen weniger an diesem Krebs starben.

43. Auch wenn bei Operationen im Anschluß an Früherkennungsuntersuchungen Erfolge vermeldet werden – so vor allem bei Eingriffen vor dem Auftreten von Metastasen –, können gefährliche Eingriffe eine Lebensverkürzung bewirken (SCHÄFER 1985). Bestimmte Früherkennungsverfahren, wie z. B. die Mammographie, bergen die Gefahr, Schäden zu verursachen (SCHMIDT 1988). Schließlich ist auch auf die Gefahr von Folgeerkrankungen bei der Bekanntgabe positiver Befunde hinzuweisen. Insbesondere die Mitteilung falschpositiver Befunde wirft schwerwiegende ethische Probleme auf.

44. Die gesetzliche Krankenversicherung hat Möglichkeiten, die Effektivität der Früherkennungsuntersuchungen zu verbessern. Als wichtig kristallisiert sich heraus, daß Früherkennungsuntersuchungen nicht bloß passiv angeboten (Komm-Strukturen), sondern vermehrt aktiv an die Zielgruppen herangetragen werden sollen (Bring-Strukturen). Überdies sollten Früherkennungsprogramme auf nachweislich sinnvolle Screenings beschränkt werden bzw. bleiben.

4. Prävention im Sozialgesetzbuch V

45. Mit dem Gesundheits-Reformgesetz wurde nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) eine spürbare Verstärkung der Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet und zwar durch eine ganze Reihe konkreter Maßnahmen in der Vorsorge zur Vermeidung neuer Zivilisationskrankheiten, in der Früherkennung chronischer Krankheiten und zur Prophylaxe zahnmedizinischer Erkrankungen. Damit wurde mit der Gesundheitsreform eine entscheidende Neuorientierung in der Gesundheitspolitik eingeleitet, die der Erkenntnis Rechnung trägt, daß die chronischen und zivilisationstypischen Erkrankungen, insbesondere Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und Krebs, im Krankheitsspektrum der Bundesrepublik Deutschland einen immer breiteren Raum einnehmen.

46. Im einzelnen handelt es sich dabei um folgende Regelungen:

1. Allgemeine Aufklärung über Gesundheitsgefährdung und Beratung über Krankheitsvergütung durch die Krankenkasse (§ 20 Abs.1 SGB V);
2. freiwillige Leistungen der Krankenkasse durch Satzungsregelungen, beispielsweise zur Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Streßbewältigung (§ 20 Abs.3 SGB V);
3. Maßnahmen der Krankenkassen zur Erprobung neuartiger Verfahren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, beispielsweise auch zur Gesundheitserziehung in den Schulen (§ 67 SGB V);
4. Ausweitung des Versorgungsangebotes für Kinder vom 4. auf das 6. Lebensjahr (§ 26 SGB V);
5. Leistungen der Krankenkasse zur Verhütung von Zahnkrankheiten durch Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe (§§ 21, 22 SGB V);
6. Zusammenarbeit der Krankenkassen mit allen für Präventionsaufgaben zuständigen Stellen (§ 20 Abs.4 SGB V).

Mit den neuen Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen sollen auch die Schwellen zu den Krebsvorsorgeuntersuchungen abgebaut werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Krankenkassen zukünftig gemeinsam mit den örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen, auch mit den Betriebsärzten, neue Wege gehen, um die Anspruchsberechtigten in größerer Zahl als bisher zu motivieren, die angebotenen neuen Untersuchungsmöglichkeiten zu nutzen.

5. Reformoptionen

47. In der Kommission werden verschiedene Auffassungen zur Umsetzung präventiver Konzepte durch die gesetzliche Krankenversicherung vertreten**).

a) Prävention als Aufgabe einer Krankenversicherung***)

48. Das Konzept der GKV als primäre »Krankenversicherung« sieht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung im wesentlichen im solidaren Schutz für den Fall der Krankheit. Die Versicherten der GKV haben Anspruch auf Versorgung im Krankheitsfall nach dem letzten Stand der medizinischen Wissenschaft und Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt. Dieser Anspruch richtet sich ausschließlich an die GKV und ist auf keinen anderen Leistungsträger übertragbar.

49. Das ökonomische Argument, Ressourcen in präventive Maßnahmen umzulenken, um aufgrund des verbesserten Gesundheitszustandes bei der Kuration Einsparungen zu erzielen, wird als individualmedizinisch richtig gewertet, ist jedoch, bezogen auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung, unrealistisch, denn die Kosten konkurrierender Todesursachen bei Lebensverlängerung bzw. Verhütung bestimmter Krankheiten lassen sich nicht ansatzweise bestimmen. Im übrigen geht es hierbei in erster Linie um Fra-

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

**) Die Abgeordneten Frau Limbach und Dr. Hoffacker sind keiner der drei folgenden Optionen beigetreten, weil sie Elemente an allen Optionen mittragen können.

***) Für diese Option votierten die Kommissionsmitglieder Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Abg. Scheu, Abg. Thomae.

gen der Lebensqualität, weniger um Kosten-Nutzen-Überlegungen.

50. Dem Charakter einer Krankenversicherung entspricht es, Tatbestände, die das Kriterium der Versicherbarkeit erfüllen, in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Krankheit ist versicherbar – Gesundheit nicht. Prävention gehört unter diesen Prämissen nur in Teilbereichen zu den Aufgaben einer gesetzlichen Krankenversicherung und ist in erster Linie allgemeine, soziale und gesellschaftliche Aufgabe. Die Notwendigkeit primärer Prävention bleibt damit unbestritten. Träger sind aber z.B. im Bereich des Umweltschutzes der Staat als Gesetzgeber und der öffentliche Gesundheitsdienst, beim gesundheitlichen Arbeitsschutz die Gewerbeaufsicht und die Berufsgenossenschaften, bei Gesundheitsaufklärung und Erziehung der öffentliche Gesundheitsdienst, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, freie Träger, Schulen usw.

51. Der Aufgabenbereich der GKV in der Prävention läßt sich dann in vier Bereiche abstecken:

- Im Rahmen der mitgliederorientierten Prävention ist Ansatzpunkt die stärkere Berücksichtigung präventiver Aspekte in der Arztpraxis, z.B. Gesundheitsberatung durch den Arzt und Zahnarzt als Regelleistung der GKV.
- Im Ausbau der Früherkennungsprogramme liegt eine mögliche Ausweitung des präventiven Angebots der Krankenkassen. Der Ausbau kann jedoch nur bei nachgewiesener Effektivität gerechtfertigt sein.
- Im Bereich der allgemeinen Gesundheitsaufklärung und Erziehung liegen die Aufgaben der GKV in der Kooperation mit anderen Trägern. Die Einrichtung eigener Gesundheitszentren und Beratungsstellen durch die Krankenkasse würde über den Aufgabenbereich der GKV bereits hinausgehen. Ihre Aufgabe wäre die Beteiligung, Initiierung und Förderung der Kurse anderer Träger.
- Im übrigen können die Krankenkassen zur Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung beitragen, indem sie ihre Daten aufbereiten und für die Gesundheitsberichterstattung auf Kreisebene, regionaler Ebene und Bundesebene zur Verfügung stellen.

52. Ein allgemeiner Auftrag zur Prävention an die GKV ist mit diesem Konzept nicht vereinbar.

b) Prävention als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe*)

53. Dieser Vorschlag sieht Prävention als gesamtgesellschaftliche Problemstellung und damit als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe. Aufgabenzuordnung und Erfüllungsverantwortung sollen sich an der gesundheitspolitischen Bedeutung und insbesondere der Effektivität präventiver Maßnahmen orientieren. Dabei muß bei knapper werdenden Ressourcen auch für Präventionsaufwendungen ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis gewährleistet sein. Prävention ist im Rahmen der öffentlichen Aufgabenerfüllung kein Ausnahmebereich. Die Maßnahmenkompetenz ist im Interesse einer klaren Verantwortungsstruktur rechtlich abzusichern und mit der Finanzverantwortlichkeit zu koppeln. Dies bedeutet aber auch, daß den Beiträgen der GKV ein äquivalenter Leistungsstrom gegenüberzustehen hat. Maßnahmen und damit Ausgaben, die nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse keine Leistungsäquivalenz für die Versicherungsgemeinschaft – nicht etwa für den einzelnen Versicherten – versprechen, können nur über Steuern finanziert werden. Der dem öffentlichen Abgabenrecht immanente Äquivalenzgrundsatz läßt eine Beitragsfinanzierung nicht zu.

54. Aufgabenteilung bedingt gleichzeitig Informationsaustausch und Koordination der Durchführung von einzelnen Maßnahmen. Es wird deshalb eine Organisationsstruktur vorgeschlagen, die sicherstellen soll, daß Formen der Prävention stärker in öffentliche Entscheidungsprozesse einfließen und besser abgestimmt werden.

55. Unter Beachtung dieser Grundsätze soll es Pflichtaufgabe aller Krankenkassen sein, Prävention durchzuführen und zu finanzieren, wenn bei einzelnen Maßnahmen

- ein Ursache-Wirkungszusammenhang feststellbar,
- eine positive gesamtgesellschaftliche Nutzen-Kosten-Relation erkennbar ist und
- durch die Übernahme die Leistungsfähigkeit der GKV nicht beeinträchtigt wird (Überforderungsklausel).

56. Die Aufgabenbestimmung bedarf aus rechtsstaatlichen Gründen einer normativen Regelung. Im Interesse einer flexiblen Anpassung an die Entwicklung sollten aufgrund gesetzlicher Ermächtigung die Präventionsmaßnahmen, bei denen ein Ursache-Wirkungszusammenhang feststellbar ist, durch Rechtsverordnung bestimmt werden. Aus heutiger Sicht erfüllen gegenwärtig nur die Zahnprophylaxe, bestimmte Früherkennungsmaßnahmen (z. B. für werdende Mütter und Kleinkinder und bei bestimmten Krebsformen) diese Voraussetzung. Die Organisation der Erfüllung der Pflichtaufgabe sollte zweckmäßigerweise über lokale/regionale Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen erfolgen. Doch kann diese Frage der Selbstverwaltung überlassen bleiben.

57. Der Einschränkung von Präventionsmaßnahmen als Pflichtaufgabe steht nicht entgegen, daß sich die Krankenkassen in weniger gesicherten Feldern der Prävention engagieren. Es bleibt jeder Krankenkasse überlassen, ihre Versicherten aufzuklären, weitergehende Leistungen anzubieten oder auch mit (finanziellen) Anreizen ihre Versicherten zu gesundheitsbewußterem Verhalten anzuregen. Diese freiwilligen Aufgaben sollten im Wettbewerb der Kassen untereinander erfüllt werden können. Im Vordergrund müßte auch hier die Interessenlage der Versicherten stehen. Dies bedeutet, daß der unmittelbare Verantwortungsbereich der GKV sich auf Maßnahmen der Verhaltensprävention beschränkt.

58. Die zunehmende Bedeutung präventiver Maßnahmen in den Bereichen Arbeitswelt, Umwelt, Lebensverhältnisse und Lebensweisen läßt eine Beteiligung der GKV zwar geboten erscheinen, die Verhältnisprävention ist aber nicht unmittelbar Aufgabe der GKV. Es kann ihr nicht primär obliegen, gesamtgesellschaftliche Problemstellungen aufzugreifen (zu thematisieren), zu organisieren oder zu finanzieren. Sie wäre sowohl inhaltlich, organisatorisch, aber auch

*) Für diese Option votierten die Kommissionsmitglieder Abg. Dr. Becker, Abg. Frau Becker-Inglau, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Herr Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Dipl.-Vw. Reiners, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

finanziell überfordert. Für die GKV besteht aber insoweit die Verpflichtung zur Kooperation mit anderen Trägern.

59. Um diese institutionalisiert sicherzustellen, andererseits aber auch gesundheitsrelevante Problemstellungen verstärkt in öffentliche Planungs- und Entscheidungsprozesse einzubringen, werden vorgeschlagen:

- die Bildung von Arbeitsgemeinschaften auf regionaler Ebene als fachkundige Beratungsgremien;
- die Verpflichtung der Träger von Präventionsmaßnahmen (Staat, Kommunen, Kassen, Ärzteschaft), die jeweilige Arbeitsgemeinschaft zu beteiligen.

60. Eine generelle Aufgabe dieser regionalen Arbeitsgemeinschaften wäre es, zu allen Infrastrukturmaßnahmen in einer Region eine Stellungnahme zu den gesundheitlichen Auswirkungen geplanter Maßnahmen abzugeben. Eine Beteiligungspflicht vor allem für die Kommunen würde sicherstellen, daß gesundheitspräventive Gesichtspunkte in das Verwaltungshandeln umfassend Eingang finden.

61. Darüber hinaus müßten die Arbeitsgemeinschaften auch Initiativrechte für ihren Bereich haben, um gesundheitspolitische Ziele zum Tragen zu bringen. Den Kassen, dem Staat, den Kommunen und anderen Leistungsträgern bleibt es dabei unbenommen, in ihren Verantwortungsbereichen durch Vereinbarungen und Absprachen koordinierte Präventionsmaßnahmen zu ergreifen und durchzuführen.

62. Regionale Arbeitsgemeinschaften könnten zu den Arbeitsbereichen Lebensweise und Gesundheit (Federführung: Ärztekammer), Arbeitswelt und Gesundheit (Federführung: Berufsgenossenschaften) sowie Umwelt und Gesundheit (Federführung: Kommunen) gebildet werden. Die Geschäftsführung der jeweiligen Arbeitsgemeinschaften sollte mit dem Vorsitz verbunden sein, dem die Koordination der Tätigkeit der regionalen Arbeitsgemeinschaften übertragen werden müßte.

63. Voraussetzung rationaler Gesundheitspolitik, insbesondere einer effektiven Präventionspolitik, ist der Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung auf regionaler Ebene. Sie sollte in die Zuständigkeit der Gesundheitsämter fallen. Diese könnten sich des eigenen, aber auch des Datenmaterials der Statistischen Landesämter und anderer Institutionen bedienen. Alle Körperschaften (z. B. Kassen, Kassenärztliche Vereinigungen u. a.) und Verbände haben die nach einheitlichen Kriterien aufbereiteten Daten unter Wahrung des Datenschutzes an die Gesundheitsämter weiterzugeben. Die Gesundheitsämter sammeln schon heute die Grunddaten für die Mortalitätsstatistiken und können als neutrale Instanz von allen Betroffenen am ehesten akzeptiert werden.

c) Prävention im Aufgabenkreis der GKV*)

64. Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein solidarisches, durch Beiträge finanziertes Sozialleistungssystem, das vom Versicherungsprinzip beherrscht wird. Sie leistet im individuellen Krankheitsfall in aller Regel auf der Basis individueller, medizinisch attestierter Behandlungsbedürftigkeit. Diese gewachsenen Strukturprinzipien stehen – zumindest auf den ersten Blick – in einem gewissen Spannungsverhältnis zu sozialepidemiologischen, d. h. kollektiv ansetzenden Strategien der Risikominderung durch Prävention. Allerdings haben die Krankenkassen in den vergangenen Jahren durch Aktivitäten wie der Einrichtung von Gesundheitszentren und sozialen Diensten, dem Angebot von Kursen zu Alkohol- oder Raucherentwöhnung, Bewegungstherapien und vielem anderen mehr unter Beweis gestellt, daß sie in der Lage sind, diese gewachsenen Strukturprinzipien fortzuentwickeln oder zu überwinden. Diese Ansätze beschränken sich weitgehend auf Versuche der Verhaltensbeeinflussung. Das erweiterte Leistungsangebot blieb zumeist auf Komm-Strukturen begrenzt. Die Bereiche Arbeit, Umwelt und Lebenswelt, in denen sowohl direkt Gesundheitsrisiken auftreten als auch die Möglichkeiten gesundheitsgerechten Verhaltens (mit-) bestimmt werden, blieben fast vollständig ausgespart.

65. Auch in diesen Bereichen zeichnen sich Handlungsmöglichkeiten ab, wenngleich diese bei weitem nicht so groß sein dürften, wie noch in den 70er Jahren angenommen wurde, weil die Anforderungen und Auswirkungen des Versicherungsprinzips unterschätzt worden sind. Ausgangspunkt jeder Überlegung zur Erweiterung präventiver Aufgaben der GKV muß ihr Charakter als institutionell ausdifferenzierte und auf die Finanzierung und Regulierung der Krankenbehandlung hin entwickelte Institution sein. Dabei dürfen nicht zu hohe Erwartungen produziert und damit Mißerfolge von vornherein vorprogrammiert werden. Andererseits darf aber auch nicht übersehen werden, daß unter der Voraussetzung günstiger, staatlich geschaffener Rahmenbedingungen die GKV in Kooperation mit anderen Institutionen und Gruppen durchaus in der Lage ist, wichtige Beiträge zur Initiierung, Durchführung und Evaluation von Prävention zu leisten.

66. Bei der Ausgestaltung der Reformoption geht es also in erster Linie um die Bestimmung der Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung in arbeitsteiligen Prozessen mit anderen Institutionen, nicht jedoch darum, der GKV die primäre Verantwortung für die Gesunderhaltung der Bevölkerung zuzuweisen. Ein solches Vorhaben würde auch die anderen gesellschaftlichen Träger (Staat, Sozialpartner, Wohlfahrtsverbände usw.) allzu leicht aus ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention entlassen. Nachfolgend sollen daher die spezifischen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren verschiedenen Organisationsebenen im jeweils zweckmäßigen Aufgabenzuschnitt und in der jeweiligen Arbeitsteilung aufgezeigt werden.

67. In den letzten Jahren und verstärkt noch einmal seit Inkrafttreten des SGB V hat sich der Innovationsprozeß im Bereich der Prävention in viele Richtungen hin entwickelt. Es kann deshalb nicht Aufgabe der Enquete-Kommission sein, ein bestimmtes Modell vorzuschlagen und zu favorisieren. Statt dessen sollen hier einige Leitlinien aufgezeigt werden, die gesundheitspolitische Zielbezogenheit von Prävention und Gesundheitsförderung einerseits sicherstellen sollen, ohne andererseits den notwendigen Freiraum für Experimente und Modellversuche einzugrenzen.

68. Die Dominanz der großen chronisch verlaufenden, medizinisch auf absehbare Zeit nicht beherrschbaren Volkskrankheiten gebietet eine zusätzliche Schwerpunktsetzung in der gesamten Gesundheitspolitik auf dem Gebiet der Prävention. Dabei geht es sowohl um präventivmedizinische Ansätze, die mit Früherkennungsprogrammen den

*) Für diese Option votierten die Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Beginn der individuell medizinischen Behandlung vorzuverlegen versuchen, als auch um Ansätze sozialer Prävention. Bisher überwiegen im Kassenhandeln dabei Früherkennungsprogramme bei weitem. Früherkennungsprogramme sind für Kleinkinder (U1–U8) und bei einigen Krankheiten des erwachsenen Menschen (gut belegte Wirksamkeit v. a. beim Cervix-Karzinom) von Nutzen. Bei solchen Programmen muß freilich über ungezielte Angebote in reinen Komm-Strukturen hinausgegangen werden, da sonst gerade die meistgefährdeten Bevölkerungsgruppen nur unterproportional erreicht werden. Auf ungezielte Gesundheits-Check-Ups, wie sie im SGB V für alle Erwachsenen ab dem 35. Lebensjahr vorgesehen sind, kann aufgrund ihrer in der Epidemiologie und Evaluationsforschung als evident angesehenen Ineffektivität verzichtet werden.

69. Trotz unbestreitbarer Fortschritte wird unter Gesundheitspolitik heute immer noch überwiegend Organisation, Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung verstanden. Neben diesem klassischen Aufgabenbereich, der mehr als 90 % der organisatorischen und finanziellen Ressourcen der GKV verbraucht, muß als zweite Säule der Aufgabenbereich Prävention und Gesundheitsförderung auf- und ausgebaut werden. Im Vordergrund steht dabei die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen der sozialen Prävention, die auf dem weitgefaßten Konzept lebensbezogener Gesundheitspolitik aufbaut, wie es z.B. vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation vorgelegt worden ist. In einem langfristigen Prozeß, der Chancen und Risiken aufweist, sollen stoffliche und soziale Gesundheitsrisiken vermindert und die Chancen für ein gesundheitsgerechtes und -förderliches Verhalten verbessert werden.

70. Lebensweisebezogene Präventionspolitik setzt sowohl an gesundheitsriskanten Verhältnissen als auch an gesundheitsriskantem Verhalten an. Erfolgversprechende Strategien müssen stets beide Komponenten berücksichtigen. Medizinische und nichtmedizinische Instrumente müssen fall- und problembezogen nebeneinander zum Einsatz kommen. Strategien und Maßnahmebündel richten sich auf die wichtigsten Verursachungsfelder der großen Gesundheitsrisiken: Arbeitswelt, stoffliche Umwelt und persönliche Lebensführung. Die Ausformung der Strategien kann krankheitsspezifisch erfolgen oder sich auf ganz bestimmte Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko beziehen.

71. Voraussetzung für die Einleitung, Durchführung und Evaluation präventiver Maßnahmen ist eine Gesundheitsberichterstattung, die darauf abzielt, Gesundheitsrisiken nach Verursachungsbereichen, Krankheiten und Bevölkerungsgruppen differenziert zu erfassen. Auf diese Weise können soziale Ungleichheiten der Gesundheitschancen sichtbar gemacht und der Erfolg bzw. Mißerfolg von Maßnahmen der Prävention, der präventiven Medizin und der kurativen Medizin ermittelt werden. Eine langfristige Präventionsstrategie bedarf einer regelmäßigen, öffentlich zugänglichen und sozialepidemiologisch angeleiteten Gesundheitsberichterstattung. Die vielfältigen Aufgaben der Prävention sind demnach nur in Zusammenarbeit jeweils verschiedener Akteure sachnah, flexibel und auf der Basis wissenschaftlich fundierter Informationen zu bewältigen.

72. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine öffentliche Aufgabe. Für ihre Realisierung sind in erster Linie öffentliche Institutionen gefordert. Darüber hinaus bedarf es aber auch einer Aktivierung der Öffentlichkeit. Prävention und Gesundheitsförderung ist ohne die Beteiligung von Betroffenen und Interessierten im Regelfall nicht denkbar. Dies gilt für alle Handlungsfelder der Prävention:

- Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung;
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung öffentlicher Maßnahmen in nahezu allen öffentlichen Verwaltungsressorts als Querschnittsaspekt;
- Ermöglichung, Förderung, Durchführung und Evaluation von Kampagnen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

73. Da die gesundheitliche Wirkung von der Veränderung gesundheitsriskanter Verhältnisse und der Beeinflussung gesundheitsriskanten Verhaltens vor Ort abhängt, ist die eigentliche Handlungsebene der Präventionspolitik die Region. Region kann dabei, je nach Zweckmäßigkeit, die Gemeinde, der Kreis, der Bezirk oder eine andere Verwaltungseinheit sein. Grundsätzlich sollte so dezentral vorgegangen werden, wie es die Existenz handlungsfähiger Akteure, die Datenlage und der Datenschutz zulassen. Mit der Betonung der Region ist keineswegs ausgeschlossen, daß höheren Ebenen Aufgaben zugewiesen werden. Die Betonung der Region bedeutet lediglich, daß Prävention aus dezentraler Perspektive, also von unten nach oben, durchdacht und betrieben werden muß.

74. Wenn Prävention den Rahmen von unzusammenhängenden Einzelprojekten überschreiten und sich an prioritären Gesundheitszielen ausrichten soll, bedarf sie der Fundierung durch eine öffentlich verständliche regionale Gesundheitsberichterstattung. Eine solche Gesundheitsberichterstattung soll einen unter territorialen, betrieblichen und sozialen Gesichtspunkten geordneten Überblick über die Gesundheitsprobleme und Gesundheitsrisiken in der Region, ihre soziale Verteilung sowie über den Möglichkeiten der Risikoverminderung und der Evaluation entsprechende Ansätze geben. Dabei ist allerdings den artikulierten Gesundheitsbeschwerden und Initiativen ein breiter Raum einzuräumen. So können sich in der regionalen Gesundheitsberichterstattung Schwerpunkte der Luftverschmutzung, der arbeitsbedingten Erkrankungen, der verschiedenen Verkehrsgefährdungen, der sozialen Brennpunkte, der Probleme der Schulpolitik usw. finden. Regionale Gesundheitsberichterstattung kann so zur Mobilisierung und zum Führungsinstrument regionaler Präventionspolitik werden, wie sich bereits heute in vielen Ansätzen zeigt.

75. Nach Datenlage und Kompetenzen kommen in der Region hier vor allem zwei Institutionen in Betracht, die diese Aufgabe in fachlicher und politischer Zusammenarbeit zu lösen haben: die Kommunalverwaltung, speziell das Gesundheitsamt, und die regionale Repräsentanz der Sozialversicherungsträger, darunter natürlich vor allem die gesetzliche Krankenversicherung. Datenlieferanten für die regionale Gesundheitsberichterstattung sind neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die gesetzliche Unfall-, die gesetzliche Renten- und die Arbeitslosenversicherung.

76. Gliederung und Strukturen der Gesundheitsberichterstattung sowie die Definition von Kriterien und Maßstäben zur Evaluation von Prävention müssen nicht in jeder Region neu entwickelt werden. Es bietet sich an, Instrumente hierzu im Rahmen der nunmehr entstehenden Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene zu entwickeln und diese auf die Regionalebene zu übertragen. Die schrittweise

Konkretisierung der Gesundheitsberichterstattung von der Bundes- und Landesebene auf die regionale Ebene wäre zugleich ein wichtiger fachlicher und politischer Impuls für die in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Ansätze der akademischen Institutionalisierung von »Public Health«.

77. Prävention und Gesundheitsförderung bedürfen der Koordination und der Ergänzung bislang verstreuter und unvollständiger Aktivitäten. Diese Einzelaktivitäten bedürfen der Koordination und der Kooperation mit erfahrenen Akteuren und Institutionen. Sie bedürfen der Planung und der öffentlichen Diskussion. Diese Aufgaben können Gesundheitskonferenzen übernehmen, deren Handlungsebene ebenfalls die überschaubare Region ist. Die regionale Gesundheitskonferenz vereinigt die Repräsentanten der gesellschaftlichen Bereiche und der Berufe, die für Gesunderhaltung und Prävention größere Aufgaben zu erfüllen haben. Neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Sozialversicherungsträgern, vertreten durch die gesetzliche Krankenversicherung, ist an die Sozialpartner, die Ärzteschaft, die Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und weitere kompetente Institutionen zu denken. Dabei ist das Beschlußgremium in seiner Mitgliederzahl so zu beschränken, daß es arbeitsfähig wird und bleibt. Gremien mit mehr als acht Mitgliedern sowie ohne konkrete und terminierte Aufgabenstellungen und Berichtsverpflichtungen haben sich in der Vergangenheit nicht immer als hinreichend aktionsfähig erwiesen.

78. Zentrale Aufgabe der Gesundheitskonferenz könnte es sein, den jährlich von den Sozialversicherungsträgern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst vorzulegenden Gesundheitsbericht entgegenzunehmen, zu diskutieren, zu ihm öffentlich Stellung zu nehmen und ihn an betroffene Institutionen und Ressorts weiterzuleiten. Daneben sollte ihr das Recht eingeräumt werden, von öffentlichen Verwaltungen und anderen gesundheitspolitischen Akteuren der Region (Unternehmen, Sozialpartner, Verkehrsverbände usw.) Stellungnahmen zu Fragen der Gesundheitspolitik zu verlangen. Die Stellung der regionalen Gesundheitskonferenz könnte weiter dadurch gestärkt werden, daß sie in bestimmtem Umfang haushaltswirksame Beschlüsse für die Gesundheitspolitik der Region bestimmen oder zumindest mitbestimmen könnte oder daß ihr in dieser Hinsicht wenigstens ein Vorschlagrecht eingeräumt würde. Eine ähnliche Institution auf kommunaler Ebene besteht zur Zeit schon für die Jugendpolitik im Stadt-/Kreisjugendwohlfahrtsausschuß.

79. Die regionale Gesundheitskonferenz kann, je nach regionalen Gegebenheiten, Fachausschüsse zu bestimmten Schwerpunktbereichen, vor allem zu den Verursachungsbereichen der modernen Volkskrankheiten, bilden. Für den Bereich »Arbeitswelt und Gesundheit« könnte ein solcher Fachausschuß neben den Vertretern des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der gesetzlichen Krankenversicherung die Tarifpartner, die Berufsgenossenschaften, Vertreter der niedergelassenen Ärzte und der Betriebsärzte, der Rentenversicherungsträger und ggf. weitere Verbände umfassen. Ein Fachausschuß »Umwelt und Gesundheit« könnte Verkehrsverbände, Naturschutzverbände, Bürgerinitiativen usw. einbeziehen. Ein Fachausschuß »Lebenslage und Gesundheit« müßte neben den Verbraucherschutzverbänden auch Vertreter der Schulverwaltung sowie Vereine mit im weitesten Sinn gesundheitsförderlichen Aktivitäten oder Zielsetzungen integrierend einbeziehen. Diese Fachausschüsse arbeiten der Gesundheitskonferenz zu. Sie erstatten öffentlich Bericht, nehmen Stellung zum Gesundheitsbericht und können die jeweils angesprochenen Verwaltungsressorts, Betriebe, Verkehrsträger usw. zu Stellungnahmen hinsichtlich der Gesundheitsverträglichkeit der von ihnen zu verantwortenden Maßnahmen auffordern.

80. Es kann sich als zweckmäßig erweisen, die Arbeit der regionalen Gesundheitskonferenzen zumindest auf Landesebene zu koordinieren. Hierzu werden derzeit im Bundesgebiet verschiedene Modelle von Landesgesundheitskonferenzen oder auch Landesarbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung erprobt oder sind in Vorbereitung. Auch hier spielen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren gesundheitsbezogenen Daten und ihrem Fachwissen eine unverzichtbare Rolle. Ob auf Bundesebene die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nach einer entsprechenden Umstrukturierung die Aufgabe einer zentralen Koordination dieser Aktivitäten übernehmen kann oder ob hierfür eine eigene Institution geschaffen werden muß, kann angesichts der vielfältigen laufenden Experimente und Modellversuche derzeit nicht entschieden werden.

81. Die Gesundheitskonferenzen sollten nur solche Kampagnen, Projekte und Maßnahmen initiieren, fördern oder unterstützen, bei denen eine wissenschaftlich unterstützte Plausibilität pragmatisch für eine realistische Erfolgsmöglichkeit spricht. Allerdings können Strategien nicht nur dann weiter verfolgt werden, wenn der Erfolg von vornherein garantiert ist. Möglichen Fehlentwicklungen auf diesem Gebiet können der in der Gesundheitskonferenz repräsentierte Sachverstand sowie die politisch vorgegebene Begrenzung der verfügbaren Ressourcen entgegenwirken.

82. In jeder Region gibt es eine Vielzahl von organisierten und organisierenden Aktivitäten, die entweder direkt oder indirekt der Gesundheitsförderung und der Prävention dienen. Es fehlt jedoch an einer Verknüpfung der Aktivitäten mit dem System der öffentlichen Gesundheitspflege. Zu solchen Trägern von Gesundheitsförderung und Prävention in der Region gehörten jeder sozialmedizinisch orientierte Arzt der Primärversorgung, jede Sozialstation, jede Selbsthilfegruppe, jede betriebliche oder überbetriebliche Arbeitsschutzinstitution sowie Bürgerinitiativen, Sportvereine, Schulen usw. In diesem mobilisierten oder mobilisierbaren Potential liegt die größte Produktivitätsreserve der Prävention. Die Aktivitäten all dieser Akteure zielen auf die Schaffung gesundheitsgerechter Lebensverhältnisse. Sie fördern gesundheitsgerechtes Verhalten und sind potentielle Träger einer vielfältigen Palette lebensweisebezogener, vorwiegend nichtmedizinischer Gesundheitsangebote in Betrieben, in der Gemeinde, in der Ausbildungsstätte usw. Viele dieser Aktivitäten sind spontan und bedürfen keiner Unterstützung. Zahlreiche Aktivitäten sind aber darauf angewiesen, daß sie Zugang zu Daten und öffentliche Aufmerksamkeit erhalten, daß sie vorhandene Infrastrukturen und Ressourcen nutzen können und daß sie untereinander sowie mit öffentlichen Institutionen kooperieren können.

83. Diese Defizite können mit der Einrichtung eines Gesundheitsforums in jeder Region beseitigt werden. Das Gesundheitsforum sollte die Schnittstelle von Staat, Sozialversicherungsträgern und Bürgern bilden. Hier könnten Beschwerden artikuliert, Probleme thematisiert, Lösungswege

diskutiert und Interessenkonflikte ausgetragen werden, ohne daß dem bürokratische Hemmnisse entgegengesetzt oder Rechts- und Regelkenntnisse abverlangt werden. Aufgabe staatlicher Institutionen und der gesetzlichen Krankenversicherung wäre es, Initiativen und Einzelpersonen Unterstützung zu bieten. Daher sollte das Gesundheitsforum paritätisch aus Vertretern der regionalen Arbeits-, Umwelt- und Gesundheitsverwaltung sowie aus den regionalen Repräsentanten der Sozialversicherungsträger besetzt werden.

84. Das Plenum des Gesundheitsforums sollte zwei- bis viermal im Jahr öffentlich tagen. Die auf diesen Tagungen aufgeworfenen Gesundheitsfragen müßten von den beiden Trägerinstitutionen weiter bearbeitet werden. Das Ergebnis dieser Bearbeitung (Bericht, Ressourcenzuweisung, konkrete Maßnahmen usw.) ist zu veröffentlichen und geht in den regionalen Gesundheitsbericht ein. Erste Erfahrungen mit vergleichbaren Institutionen zeigen, daß Initiativen mobilisiert werden, die ohne solche öffentliche Unterstützung brachliegen würden.

85. Die hier vorgeschlagene Institutionalisierung der Gesundheitsberichterstattung, der Gesundheitskonferenz und des Gesundheitsforums auf regionaler wie auf überregionaler Ebene weist den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung eine wichtige Rolle bei Gesundheitsförderung und Prävention zu, ohne der Illusion zu verfallen, daß sich dieses Ziel anders als arbeitsteilig und langfristig erreichen läßt. Dem liegt ein Verständnis von Gesundheitspolitik zugrunde, das über die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung, deren Probleme nicht verniedlicht werden sollen, hinausreicht. Gesundheitspolitik erfüllt ihre Aufgabe nur dann effektiv, wenn sie einen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Risiken und zur Vermehrung gesundheitsgerechten Verhaltens leistet.

Literaturverzeichnis

ABHOLZ, Heinz-Harald [1980]: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?, in: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit — zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1980, S.15 ff.

ABHOLZ, Heinz-Harald [1981]: Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in: Friedrich Hauss / Frieder Naschold / Rolf Rosenbrock: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 55), Bonn, S.64 ff.

ABHOLZ, Heinz-Harald [1985]: Vorsorge und Früherkennung als Prävention, in: Rolf Rosenbrock / Friedrich Hauß (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin, S.101 ff.

ABHOLZ, Heinz-Harald [1988]: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Argument-Sonderband AS 178 (1988), S.63 ff.

ARNOLD, Michael [1986]: Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stuttgart

BERGHOF, B. / FLATTEN, G. [1987]: Krebsfrüherkennung bedeutet rechtzeitige Prävention, in: Deutsches Ärzteblatt 84, Heft 49, 1987

BESKE, Fritz [1988]: Prävention als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsches Ärzteblatt 1988, S.2201 ff.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG [1985]: Wissenschaftliche Vorbereitung und Begleitung des Modells Gesundheitsberatung in der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK-Mettmann, Band 1 und 2 des Forschungsberichts 124, Bonn

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG [1983]: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Köln

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E. V. (Hrsg.) [1984]: Ernährungsbericht 1984, Frankfurt/M.

DOLL, Richard [1988]: Möglichkeiten der Prävention. Das Potential für die Verbesserung der Gesundheit, in: Argument Sonderband „Grenzen der Prävention" 178, Berlin, S.6 ff.

EULER, U. S. von / HELLNER, S. / PURKOHOLD, A. [1954]: Excretion of noradrenaline in urine in hypertension, in: Scandinavian journal of clinical laboratory investigation, Oslo, 6/1954, S.54 ff.

FERBER, Christian von [1981]: Wie läßt sich die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verbessern? Wie können medizinische und soziale Dienstleistungen einander wirksam ergänzen, WIdO (Hrsg.): Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum, Bonn, S.103 ff.

GEORG, Arno / STUPPARDT, Rolf / ZOIKE, Erika [1984]: Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, Essen

GÖCKENJAN, G. [1979]: Bestimmungsfaktoren und Durchsetzungschancen präventiver Sozialpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung, IIVG/dp/79-201, Berlin

HAERTEL, R. [1973]: Kritik der Versorgungsmaßnahmen, in: Initiativkreis Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt (Hrsg.): Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln, S.63 ff.

HAMMERSTEIN, F. / CATHEY, C. / REDMOND, R. / WOLF, S.[1957]: Serum cholesterol, diet and stress in patients with coronary artery disease, in: Journal of clinical investigation (Boston) 36 (1957), S.897 ff.

HILDEBRANDT; Helmut / TROJAN, Alf [1988]: Gesundheitsförderung und Krankenkassen, in: Krankenversicherung, S.63 ff.

HORN, K. / BEIER, Ch. / KRAFT-KRUMM, D. [1984]: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn, Opladen

HUSAIN, O. [1977]: National cancer screening, in: R. Raven (Ed.): Outlook on cancer, London

KASL; S. / COBB, S. / BROOKS, G. [1968]: Changes in serum uric acids and cholesterol levels in men undergoing job loss, in: Journal of the american medical association (Chicago) 206 (1968), S.1500 ff.

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG WESTFALEN-LIPPE / ZAHNÄRZTEKAMMER WESTFALEN-LIPPE (Hrsg.) [1987]: Kindergartenbetreuungsprogramm Westfalen-Lippe. Kariesepidemiologische Untersuchung an 5- bis 9jährigen Kindern in Münster/Westfalen, Greven

KELLY, J. G. [1989]: Die ökologischen Grundlagen präventiver Konzepte am Beispiel präventiver Beratungsarbeit, in: W. Stark (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, Freiburg, S.128 ff.

KIRSCHNER, W. [1985]: Krebsfrüherkennung in der Bundesrepublik Deutschland. Gründe der Nichtinanspruchnahme und Möglichkeiten zur Erhöhung der Beteiligung, Köln

KROKOWSKI, Ernst [1979]: Erfolg und Scheinerfolg der Krebsfrühdiagnostik, in: Fortschritte der Röntgenstrahlen 1979, Heft 2, S.234 ff.

LEMKE, Peter [1985]: Möglichkeiten präventiver Gesundheitssicherung für Bevölkerungsgruppen in benachteiligten Lebenslagen durch die gesetzlichen Krankenkassen, in: Rolf Rosenbrock / Friedrich Hauß (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin, S.211 ff.

LEVI, L. [1964]: The stress of everyday work as reflected in productiveness, subjective feelings and adrenaline under salaried and pice-work conditions, in : Journal of psychosomatic (Oxford) 8 (1964), S.199 ff.

LEVI, L. [1974]: Stress, Distress and Psycho-social Stimuli, in: Mc Lean (Hrsg.): Occupational Stress, Springfield (IL) 1974.

MacGREGOR, J. / FRASER, M. / MANN, E. [1966]: The Cytopipette in the Diagnosis of Early Cervical Cancer, in: Lancet 1966, S.252 ff.

McKEOWN, Thomas [1982]: Die Bedeutung der Medizin — Traum, Trugbild oder Nemesis?, Frankfurt

MÜLLER, Rainer [1982]: Die Möglichkeiten des Nachweises von arbeitsbedingten Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse, in: WSI (Hrsg.): Sozi-

alpolitik und Produktionsprozeß (WSI-Studie Nr.40), Köln, S.15 ff.

NATIONAL CANCER INSTITUTE: [1986]: Cancer Control objectives for the nation: 1985-2000, P. Greenwald, E. Sondik (Ed.), Bethesda

OSBORN, G. / LEYSKON, V. [1966]: Domiciliary Testing of Cervical Smears by Home Nurses, in: Lancet 1966, S.256 ff.

PFLANZ, Manfred [1979]: Vorsorge statt Früherkennung, in: WIdO (Hrsg.): Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung, Teil 2, Bonn, S.173 ff.

PRESTON, B. [1976]: Studies of inequality, in: Abholz, H. (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage, Frankfurt

RAPPAPORT, J. [1987]: Terms of empowerment exemplars of prevention: toward a theory of community psychology, in: American Journal of Community Psychology, 15 (1987), S.121 ff.

RAT VON SACHVERSTÄNDIGEN IN UMWELTFRAGEN (RSU) [1987]: Umweltgutachten 1987, Wiesbaden

ROSENBROCK, Rolf [1984]: Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise — regressive Tendenzen und neue Aufgaben für die Experten, WZB IIVG/dp 84 -221, Berlin

ROSENBROCK, Rolf [1989]: Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention, Referat auf dem Kongreß »Gesundheit als Herausforderung — Zur neuen Rolle der Krankenversicherung«, Hamburg, 3.-16. Juni 1989

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [SVR KA 1987]: Jahresgutachten 1987, Baden-Baden

SCHAEFER, H. / BLOHMKE, M. [1977]: Epidemiologie der koronaren Herzkrankheiten, in: M. Blohmke (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin Bd. II, Stuttgart

SCHAEFER, H. [1986]: Früherkennung, in: Christian von Ferber u. a. (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München 1985, S.383 ff.

SCHMIDT, J. [1988]: Die Brustkrebs-Vorsorgeuntersuchung: Die kritische und praktisch relevante Beurteilung wissenschaftlicher Daten, in: Argument-Sonderband AS 178 (1988), S.100 ff.

SCHMOLL, H.J. [1983]: Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennung, in: WIdO (Hrsg.): Früherkennung, Therapie und Nachsorgung bei Tumorerkrankungen, Bonn

SCHULZAHNKLINIK BASEL-STADT (Hrsg.): [1987]: Jahresbericht der Schulzahnklinik Basel-Stadt 1985/86, Basel

SCHWARTZ, Friedrich-Wilhelm [1980]: Prävention im System der GKV, Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der BRD Bd. 19, Köln

SCHWARTZ, Friedrich-Wilhelm [1988]: Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Argument-Sonderband AS 178 (1988), S.31 ff.

SCHWARTZ, Friedrich-Wilhelm [1989 a]: Prävention als ärztliche und nichtärztliche Aufgabe, in: AuS 1989, S.416 ff.

SCHWARTZ, Friedrich-Wilhelm [1989 b]: Zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung — Prioritäre Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung, Referat auf dem Kongreß: »Gesundheit als Herausforderung — zur neuen Rolle für die Krankenversicherung«, Hamburg, 13.–16. Juni 1989

SMIGIELSKI, Edwin [1988]: Stellenwert der präventiven Medizin gegenüber der kurativen Medizin im Rahmen der RVO, in: J. Spranger (Hrsg.): Früherkennung und Verhütung von Behinderungen im Kindesalter, Frankfurt 1988, S.74 ff.

SPRANGER, J. (Hrsg.): [1988]: Früherkennung und Verhütungen von Behinderungen im Kindesalter, Frankfurt

SPREE, R. [1986]: Veränderungen des Todesursachen-Panoramas und soziolökonomischer Wandel. Eine Fallstudie zum »Epidemiologischen Übergang«, in: Gérald Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Neue Folge Band 159, Berlin, S.73 ff.

STARK, W. [1989]: Prävention als Gestaltung von Lebensräumen, in: ders. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, Freiburg, S.11 ff.

STARLINGER, H. / HAWEL, W. / RUTENFRANZ, J. [1969]: Untersuchungen zur Frage der Katecholaminausscheidung im Harn als Kriterium für emotionalen Streß unter verschiedenen Bedingungen, in: Internationale Zeitschrift für angewandte Physiologie einschließlich Arbeitsphysiologie (Berlin) 27 (1969), S.1 ff.

THIELE, W. [1981]: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Friedrich Hauss / Frieder Naschold / Rolf Rosenbrock: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 55), Bonn

WAKEFIELD, J. [1973]: Social study in cervical cancer, in: E. Easson (Ed.): Cancer of the uterin cervix, London

WENGLE, E. u. a. [1988]: Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen, Abschlußbericht, München

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG (ZI) [1986]: Krankheitsfrüherkennung Krebs Frauen und Männer — Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1983, Köln

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG (ZI) [1988]: Gesundheitsberatung durch Ärzte, Wissenschaftliche Reihe, Band 32, Köln

II. Rehabilitation

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission einstimmig verabschiedet.*]

1. Zielvorstellungen, Einordnung in das Gesamtsystem und rechtliche Rahmenbedingungen

1. 1 Allgemeine Einführung

1. In den letzten Jahren ist zunehmend zum einen das System der gegliederten Zuständigkeit der Rehabilitation, zum anderen aber auch die Praxis der Rehabilitation im Medizinsystem selbst in die Kritik geraten. Der soziale Wandel – bezogen unter anderem auf Krankheitsbilder und ihre Verlagerung hin zu chronischen Volkskrankheiten sowie ihren zunehmenden psycho-sozialen Verursachungen und Verstärkungen, ebenso aber auch bezogen auf die Entwicklung des Angebots an medizinischen und sozialen Leistungen – läßt die Frage berechtigt erscheinen, ob die Angebote des Sozialleistungs- und Medizinsystems noch problemadäquat sind oder der Weiterentwicklung bedürfen.

2. Die Probleme der Pluralität der Reha-Träger mit ihren jeweils eigenen gesetzlichen Vorschriften und von daher Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten werden noch verstärkt durch die zum Teil sehr scharfen Trennungen auf der Anbieter- und Vertragspartnerseite, so daß insgesamt die Kontinuität und Einheitlichkeit des Behandlungs- und Therapieprozesses leidet und zu weniger optimalen Ergebnissen führt. Von daher werden unnötig Leid, Schmerzen und Frühinvalidität verursacht als bei größerer Sicherstellung der Kontinuität als wesentlichem Bestandteil der Qualität des Therapie- und Rehabilitationsprozesses. Daneben

*) Nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Tabelle 1. 6: Rehabilitationsmaßnahmen 1987 nach Trägern und Art der Maßnahme

Träger der Rehabilitationsmaßnahme	insgesamt		Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen		Berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen		Maßnahmen zur sozialen Eingliederung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesetzliche Krankenversicherung[1]	134.791	9,8	134.791	13,0	—	—	—	—
Gesetzliche Unfallversicherung	100.644	7,3	79.706	7,7	16.075	5,6	4.863	8,9
Gesetzliche Rentenversicherung	814.375	59,1	786.195	75,8	28.180	9,8	—	—
Kriegsopferversorgung	31.096	2,3	31.096	3,0	—	—	—	—
Kriegsopferfürsorge	36.450	2,6	—	—	1.287	0,5	34.163	62,3
Arbeitsförderung	239.924	17,4	—	—	239.924	83,8	—	—
Sozialhilfe	22.569	1,6	5.782	0,6	937	0,3	15.850	28,9
insgesamt	1.378.849	100	1.037.570	100	286.403	100	54.876	100

[1]) Von der gesetzlichen Krankenversicherung wurden zusätzlich 699.779 Krankenhausbehandlungen mit rehabilitativem Charakter durchgeführt.
Quelle: Wirtschaft und Statistik, 11/1989, Tab.1, S.737

wird weiterhin auf spezifische Wissenschafts- und Forschungsdefizite der Rehabilitation hingewiesen. Hinzu treten Sonderprobleme für einzelne Krankheitsgruppen – vor allem im Bereich psychischer Erkrankungen. Kritische Stimmen aus Betroffenen- und Behindertenverbänden sowie Selbsthilfegruppen monieren, daß die derzeitigen Regelun gen mehr institutionellen Eigeninteressen als denen der Betroffenen selbst Rechnung tragen.

3. Infolge des steigenden Alters der Bevölkerung müssen sich immer mehr Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen arrangieren. Multimorbidität und die psychio-sozialen Überlagerungen dieser Krankheiten verlangen zusätzliche Anpassungsfähigkeit von der Krankenversicherung. Auch der Rückgang der Erwerbstätigen, für deren Rehabilitation die Rentenversicherung zuständig ist, bringt die Krankenkassen stärker in die Verantwortung. Die Rehabilitation von Alterskrankheiten dürfte damit zu einer wesentlichen Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung werden.

4. Diesen Problemen kann hier nicht umfassend nachgegangen werden. Die Untersuchung beschränkt sich vielmehr auf die soziale Krankenversicherung und ihre Vertragspartner in der – schwergewichtig medizinischen – Rehabilitation und geht nur dann auf Aspekte weiterer Sozialleistungsträger ein, wenn dies zum Verständnis der Sache erforderlich erscheint.

1. 2 Gesellschaftspolitische Zielvorstellungen der Rehabilitation

5. Die Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation lassen sich nicht abstecken, ohne zunächst einen Blick auf den Gesamtkontext der gesellschaftspolitischen Zielsetzung der Rehabilitation Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland und seiner Realisierung zu werfen. Zwar bestehen umfassende gesellschaftspolitische und in Gesetzen auch deklarierte Verpflichtungen, ihre Verwirklichung obliegt aber einer Vielzahl von Trägern und Einrichtungen, wobei die soziale Krankenversicherung nur eine von mehreren zentralen Institutionen darstellt. Das aus verschiedenen Artikeln der Verfassung (Würde des Menschen, Sozialstaatsgrundsatz) hergeleitete Recht auf Rehabilitation ist als »soziales Grundrecht« unter anderem im Ersten Buch des SGB (§ 10 SGB I) sowie in § 1 Abs.1 Rehabilitationsangleichungs-Gesetz (RehaAnglG) niedergelgt. Nach § 10 SGB I hat derjenige, der körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder dem eine solche Behinderung droht, unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern und um ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern. Nach § 1 des RehaAnglG sind die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation darauf auszurichten, körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern, wobei den Behinderten jene gleichstehen, denen eine Behinderung droht. Diese Rechtsvorschriften gehen von der Behinderung bzw. drohenden Behinderung aus, ohne diese Begriffe selbst zu definieren. Dazu wird auf die §§ 39 Bundessozialhilfe-Gesetz (BSHG), 1 Schwerbehinderten-Gesetz (SchwbG) und die allgemein anerkannte Begriffsbestimmung durch die WHO zurückgegriffen. Bei der Behinderung ist zwischen *impairment* (Gesundheitsschaden), *disability* (aus dem Gesundheitsschaden fließende funktionelle Einschränkung) und *handicap* (mit der funktionellen Einschränkung verbundene Beeinträchtigung der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben) zu unterscheiden (Zur Begriffsbildung siehe GLOMBIG 1989).

6. Die Rehabilitation darf also nicht auf einzelne Maßnahmen beschränkt sein, sondern muß die Gesamtheit der Bemühungen umfassen, einschließlich der Maßnahmen auf medizinischen, beruflichen, sozialen, pädagogischen und anderen Sektoren. Sie hat das Ziel, eine umfassende gesellschaftliche Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sicherzustellen. Zur sozialen Eingliederung gehört auch die Überwindung baulicher und technischer Hindernisse – nicht nur für Rollstuhlfahrer. Rehabilitation umfaßt alle Maßnahmen, die darauf zielen, Funktionseinschränkungen und daraus resultierende Behinderungen zu reduzieren und die Behinderten zu befähigen, soziale Integration zu erreichen.

1. 3 Einordnung der Rehabilitation in das gegliederte System der sozialen Sicherheit

7. Der in den Katalog der sozialen Rechte (§ 10 SGB I) aufgenommene, rechtlich jedoch unverbindliche, finale – das heißt unabhängig von der Ursache der Behinderung gegebene – Anspruch aller Behinderten und von einer Behinderung Bedrohten auf Rehabilitationsleistungen wird im So-

zialrecht dennoch kausal – also abhängig von den Ursachen der Behinderung – eingelöst. Der Gesetzgeber hat die Rehabilitation als ständige Aufgabe aller Träger der sozialen Sicherung in das gegliederte System sozialer Sicherheit eingeordnet. Lediglich die Sozialhilfe ist hierbei subsidiär der finale Ausfallbürge. Die Leistungen zur Rehabilitation sind in den einzelnen Sozialleistungsbereichen den jeweiligen Trägern im Rahmen der für sie maßgeblichen Rechtsvorschriften zugewiesen worden (Einen Überblick über die 1986 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen nach Träger und Art der Maßnahme vermittelt Tabelle 1.6). Zwar sind alle Trägerbereiche der umfassenden Zielsetzung des Sozialgesetzbuches verpflichtet; die Leistungen im einzelnen richten sich jedoch ausschließlich nach dem Leistungsrecht des jeweiligen Trägerbereichs. Dies schränkt die allgemeine Zielvorstellung entscheidend ein.

1. 4 Rehabilitation in der Krankenversicherung - Rechtliche Rahmenbedingungen

8. Nachdem das RehaAnglG die gesetzliche Krankenversicherung seiner umfassenden Zielsetzung unterstellt – allerdings beschränkt auf die gesamte medizinische Rehabilitation einschließlich ergänzender Leistungen – ist mit dem SGB V nun auch gesetzlich eindeutig festgelegt, daß die Leistungen der Krankenversicherung Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen, wobei zusätzlich in § 11 Abs.2 SGB V als Rehabilitationsziel die Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit festgelegt wird.

9. Nach Inkrafttreten des RehaAnglG am 1. Oktober 1974 wurden seinerzeit hohe Erwartungen an das Krankenversicherungssystem zwecks innovativer Änderungen im Reha-Bereich geknüpft. Die Krankenkassen sollten zu gleichgewichtigen Rehabilitationsträgern werden, welche das Rehabilitationsverfahren steuern und selbst geeignete Rehabilitationsstätten aussuchen bzw. in den notwendigen Fällen für deren Errichtung sorgen.

10. Das RehaAnglG verlangt, daß in allen geeigneten Fällen der zuständige Träger einen Gesamtplan aufzustellen hat, der alle Maßnahmen umfassen muß, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine vollständige und dauerhafte Eingliederung zu erreichen. Damit sollten, neben den Vorschriften über die umfassende Zusammenarbeit mit den anderen Trägern und der Einrichtung von Auskunfts- und Beratungsstellen vom Verfahren her, die Voraussetzungen für eine lückenlose Rehabilitations- und Behandlungskette garantiert werden, welche die Zusammenarbeit zwischen den verschiedensten Einrichtungen (Krankenhaus, freie Praxis, öffentlicher Gesundheitsdienst, Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherung) umfaßt.

11. Von den Krankenkassen und ihren Verbänden wurden in den Folgejahren – teils gemeinsam mit den anderen Trägern (vor allem der Rentenversicherung), teils kassenartenübergreifend und teils kassenartenbezogen – zwar zahlreiche Schritte unternommen, um den Anforderungen des Reha-Angleichungsgesetzes gerecht zu werden. Die schon im Gesetzgebungsverfahren von den führenden Reha-Experten der beiden großen Parteien (Agnes HÜRLAND-BÜNING [CDU/CSU], Eugen GLOMBIG [SPD]) geäußerte Skepsis, ob die Intentionen des Gesetzgebers vom gegliederten System auch eingelöst werden können (BUHR 1987), hat sich aber in der Praxis bestätigt.

12. Nunmehr hat der Gesetzgeber durch das GRG vor allem in den § 11 Abs.1 und 2, § 27 Abs.1 und 2, §§ 40-43 und § 275 Abs. 1 und 2 SGB V versucht, das mit dem RehaAnglG für die Krankenversicherung geschaffene Recht der medizinischen Rehabilitation weiterzuentwickeln und vor allem zu systematisieren. Anders als bisher ist neben der ambulanten Krankenbehandlung auch von der ambulanten Rehabilitation die Rede, ohne daß der Unterschied zwischen Therapie und Rehabilitation näher erläutert wird. Reichen ambulante Therapie und ambulante Rehabilitation nicht aus, kann die Kasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Reha-Kur erbringen (sog. freie Badekur), wobei die Satzung der Kasse einen Zuschuß von bis zu 15,00 DM pro Tag – für Unterkunft und Verpflegung – vorsehen kann. Wenn auch damit das Rehabilitationsziel nicht erfüllt wird bzw. nicht zu erfüllen ist, dann kann die Kasse eine stationäre Reha-Maßnahme mit Behandlung, Unterkunft und Verpflegung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Insgesamt geht der Gesetzgeber für die Notwendigkeit der Rehabilitation von einer aufsteigenden Linie der Maßnahmen aus. Die §§ 107, 111 SGB V erweitern die Möglichkeiten, im Rahmen der Verträge stärker auf Qualitätsgesichtspunkte zu achten.

13. Obwohl die psycho-soziale Betreuung integrierter Bestandteil jeder Versorgung sein muß, gleich von welchem Träger sie erbracht wird, geht aus der Begründung zu § 43 Nr.2 SGB V (BT-Drucksache 11/2237, S.163, 180) hervor, daß psycho-soziale Leistungen, die für chronisch Kranke, insbesondere psychisch Kranke, in der Regel neben der rein medizinischen Versorgung dringend notwendig sind, nicht zu den Aufgaben der sozialen Krankenversicherung gehören und dort auch nicht finanzierungsfähig sein sollen. Diese Einschränkung gefährdet oder vereitelt den Rehabilitationserfolg, bei jenen Rehabilitanden, für die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung Rehabilitationsträger ist.

14. Im Rahmen der Modellerprobungsregelungen (§ 67 Abs.1 SGB V) wird den Krankenkassen ausdrücklich das Recht eingeräumt, innovative Veränderungen und Weiterentwicklungen auch im Reha-Bereich voranzubringen, womit ein großer Teil der Mängel und Defizite beseitigt werden kann, die bisher – zum Teil mit vorgeschobenen rechtlichen Begründungen, zum Teil mit tatsächlichen rechtlichen Hindernissen – von der Krankenversicherung beklagt wurden.

1. 5 Konkretisierung der Zielvorstellungen für die Rehabilitation durch die soziale Krankenversicherung

15. Die gesellschaftspolitischen Zielsetzungen sind so zu konkretisieren, daß sie mit der sozialen Wirklichkeit verglichen werden können. Dabei sind zwei Aspekte besonders wichtig, die Ausdruck der »umfassenden, nahtlosen und aufeinander abgestimmten« Zielsetzung der Rehabilitation sind, nämlich die Kontinuität der Behandlung und die ausreichende Berücksichtigung psycho-sozialer und psychosomatischer Komponenten. Dabei ist in die Betrachtung die Frage einzubeziehen, inwieweit das RehaAnglG selbst mit seiner Trennung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation Probleme aufwirft, die sehr wohl in den Zielvorstellungen, kaum aber in der Praxis überwunden werden können. Denn das SGB V hat diese Phaseneinteilung zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation übernommen und könnte sie sogar noch verschärfen. Es ist zwei-

felhaft, ob das aus dem Bereich plötzlich eintretender Ereignisse (z. B. Schlaganfall oder Unfall) auf chronische Krankheiten übertragene Konzept, das Krankheitsgeschehen in Phasen der Akut-Medizin und der Rehabilitation einteilt, medizinisch und gesundheitspolitisch sinnvoll ist.

16. Die Medizin hat hier relativ eindeutige Antworten parat. Zum einen wird Rehabilitation im medizinischen Bereich als eine Aufgabe der ersten Stunde angesehen. Zum anderen läßt sich bei chronischen Erkrankungen die Akutversorgung nicht von der rehabilitativen Langzeiterkrankung trennen. Die traditionelle Vorstellung, die den Rehabilitationsprozeß auf einen gewissen Zeitraum beschränkt, welcher der Phase einer akuten und kurativen Medizin folgt und den Patienten befähigen soll, anschließend die Aufgaben des Alltags wieder zu übernehmen, trifft nur für solche Krankheiten bzw. Krankheitszustände zu, die als medizinisch erfolgreich behandelt und damit als abgeschlossen gelten können. Die Rehabilitationsmaßnahmen sind demgegenüber bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise aus dem rheumatischen Formenkreis oder des Herz-Kreislauf-Systems, von ausschlaggebender Bedeutung. Diese Krankheiten lassen keine Trennung mehr in rein kurative und rehabilitative Phasen zu, weil der Krankheitsprozeß grundsätzlich von kontinuierlicher Art ist. Es ist oft ganz entscheidend, daß die rehabilitativen Prinzipien und Bemühungen am ersten Tag der manifest gewordenen Krankheit einsetzen und sich kontinuierlich dem wandelnden Krankheitsbild anpassen. Die Realität von chronischen Erkrankungen zwingt die Rehabilitationsmedizin, sich nicht mit einem Zustand, sondern mit einem Krankheitsprozeß auseinanderzusetzen (SENN 1988). Rehabilitation im Wortsinn genommen und verstanden, findet man höchstens bei Gesundheitsstörungen aus folgenschweren Ereignissen mit langdauernder psychischer Heilbehandlung – also nach schweren Unfällen, nach Schlaganfällen jeder Art, nach Krebsoperationen, nach Drogen- oder Alkoholentziehung. Aber bei Krankheitsprozessen geht es um Behandlung, deren Aufgabe allenthalben die bestmögliche Wiederherstellung der körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte und das Verhüten des Herausgleitens aus dem Leben der Gesellschaft zu sein hat.

17. Es ist daher nicht unbedenklich für zwei gänzlich verschiedene Aufgaben, die gleiche Bezeichnung zu verwenden, nur weil sie vom gleichen Versicherungsträger finanziert werden.

18. Aus medizinischer Sicht läßt sich für die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung folgendes Resümee ziehen: Die Behandlungsverläufe müssen sich an den funktionalen Notwendigkeiten bei der Behandlung der großen Volkskrankheiten – seien es nun Rheuma-Erkrankungen oder Herz-Kreislauf-Krankheiten – orientieren. Benötigt wird dabei die Integration von ärztlicher, pflegerischer, physio- und psychotherapeutischer Versorgung mit Sozialarbeit. Nur damit kann anstelle der heutigen überkommenen Abfolge von Behandlung und medizinischer Rehabilitation die frühzeitige sekundäre Prävention, also die Verhütung von Komplikationen, so gut als möglich erreicht werden. Dies läßt sich bei den meisten chronischen Volkskrankheiten demonstrieren und wird auch von den entsprechenden Fachgesellschaften so gesehen.

19. Erfüllt werden diese Zielvorstellungen von der sozialen Unfallversicherung, die ihre Leistungen im Gegensatz zu den anderen Trägern grundsätzlich von Amts wegen feststellt (§ 1545 RVO). Medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen sollen nach § 556 RVO mit allen geeigneten Mitteln die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachte Körperverletzung oder Gesundheitsstörung und Minderung der Erwerbsfähigkeit beseitigen oder bessern, ihre Verschlimmerung verhüten, die Auswirkungen der Unfallfolgen erleichtern und den Verletzten nach seiner Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung seiner Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeiten möglichst auf Dauer beruflich eingliedern. Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation liegen alle in einer Hand.

20. Die Unfallversicherung bedient sich bereits in der akuten medizinischen Frühphase der Institution des »Berufshelfers«. Er begleitet den Verletzten je nach der Schwere der Verletzung von der medizinischen Rehabilitationsphase in die berufliche Phase hinein und gibt dem Versicherten das Gefühl, daß der zuständige Träger der Rehabilitation sich um ihn kümmert. Die Erfolge der Unfallversicherung liegen wohl zu einem guten Teil in dieser individuellen Betreuung, bei der im Einzelfall mit den Betroffenen von Anfang an durch den Berufshelfer abgesprochen wird, wie es vorangeht und damit dem Patienten die notwendige Sicherheit vermittelt wird, die für die Bewältigung der mit Krankheit zusammenhängenden, sozialen Probleme unerläßlich ist. In der Unfallversicherung gilt die Heilbehandlung in der Akutphase bereits als Teilbereich der Rehabilitation, die von ihr aktiv gestaltet wird. Von daher gibt es auch keine Unterscheidung zwischen ambulanter Heilbehandlung und stationärem Heilverfahren – beides gilt als Bestandteil einer einheitlichen Rehabilitation. Ebensowenig gibt es die grundsätzliche Unterscheidung zwischen Akutkrankenhaus und Reha-Klinik; die Unfallversicherung hat praktisch die Akutkrankenhäuser zu Reha-Kliniken weiterentwickelt.

21. Ein genereller Vergleich der medizinischen Rehabilitation chronischer Krankheiten mit der Situation der Unfallversicherung (Arbeitsunfälle als plötzlich eintretende Ereignisse) ist nicht sinnvoll bzw. nur für einen eingeschränkten Bereich plötzlich eintretender Ereignisse, wie z.B. Schlaganfälle oder Herzinfarkt, zulässig. Bei anderen Krankheiten, seien es nun Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises oder Stoffwechselstörungen, ist die Ausgangssituation sowohl im medizinischen als auch im beruflichen Sinne unterschiedlich. Trotzdem können die dargestellten Unterschiede wichtige Hinweise auf Veränderungen in anderen Bereichen geben.

22. Operationalisiert man den Reha-Begriff auf die Zielsetzung, Menschen mit bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu befähigen, soweit als möglich ihren persönlichen Rollenverpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft nachzukommen, also leben zu lernen mit der Behinderung, dann wird die psycho-soziale Komponente gerade der Rehabilitation deutlich. Unbestritten ist heute, daß einerseits eine Vielzahl von sich chronifizierenden somatischen Erkrankungen psycho-somatische Ursachen besitzt, trotzdem andererseits fast überwiegend somatisch, vor allem mit Arzneimitteln, therapiert wird. In einem größeren Forschungsvorhaben wurde gezeigt, daß bei einem großen Teil von Patienten mit psycho-somatischen Erkrankungen bzw. psycho-sozialen Komponenten der Erkrankung trotzdem ausschließlich medizinische Maßnahmen den Ausbau der Krankheitskarriere förderten, daß dieses Behandlungskarussell mit erheblichen Kosten verbunden war und erst alternative Behandlungsstrategien unter Einbeziehung unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen langfristig erfolgreiche Wirkungen besaßen (ZIELKE/MARK 1989).

23. Auf die Beachtung der psycho-sozialen Problemlagen der Patienten und ihrer Bedeutung für den Rehabilitationserfolg wird in letzter Zeit zunehmend hingewiesen. In der Herzinfarktstudie von BADURA wurde deutlich, daß die Rehabilitationserfolge weniger von medizinischen Ausgangsbefunden und der Schwere der Erkrankung abhängen, sondern vor allem von einer Reihe sozialer und psycho-sozialer Aspekte und daß die zu geringe Einbeziehung psycho-sozialer Aspekte ebenso wie die kaum vorhandene Einbeziehung der Familie den Rehabilitationserfolg wesentlich beeinträchtigen (BADURA u.a. 1987). Andere Studien haben die Bedeutung der psycho-sozialen Zusammenhänge für die Bewältigung des Herzinfarkts (KOCH/HAAG 1988), die Hauptquelle der Belastungen bei Krebspatienten im psycho-sozialen Bereich (GERDES 1985) oder die unzureichende psycho-soziale Rehabilitation und Nachsorge aufgezeigt (DELLBRÜCK 1985). Die Auswirkungen der Tumorerkrankungen und der Therapie auf die Psyche, auf das soziale Gefüge und die berufliche Sicherheit sind nicht von wesentlich größerer Tragweite als die körperlichen Einbußen. Dem trägt das derzeitige Rehabilitationssystem kaum Rechnung.

2. Bestandsaufnahme und Problembereiche

2. 1 Allgemeine Defizite im Sozialversicherungssystem und im medizinischen Versorgungssystem

24. Faßt man die Kritik am derzeitigen Zustand der Rehabilitation zusammen, dann läuft sie auf eine zu starke Zentralisierung und Institutionalisierung der Rehabilitation in überörtlichen Einrichtungen, auf das Fehlen adäquater ambulanter rehabilitativer Maßnahmen, auf eine unzureichende Verzahnung zwischen medizinischen und beruflichen Reha-Maßnahmen sowie auf Defizite in der psycho-sozialen und psycho-somatischen Rehabilitation hinaus. Es zeigt sich, daß die Rehabilitation häufig zu spät kommt, daß der Weg von der Prävention über die kurative Medizin zur Rehabilitation und Nachsorge nicht nahtlos verzahnt ist und die Zuständigkeiten der einzelnen Sozialversicherungszweige häufig den sinnvollen Ablauf von Therapie und Rehabilitation stören. Insgesamt wird ein Auseinanderfallen von Konzeption bzw. Theorie der Rehabilitation und deren praktischer Umsetzung konstatiert. Während die Theorie sich durch eine ganzheitliche Betrachtungsweise auszeichnet, folgt die Praxis zerstückelten Zuständigkeiten und verwaltungstechnisch zustande gekommenen Finanzierungsströmen.

25. Wie ein roter Faden zieht sich praktisch bei sämtlichen Krankheitsarten die Kritik an künstlich geschaffenen Abgrenzungskriterien der Sozialleistungsträger, die quer zu den Erfordernissen von sinnvollen Therapieschritten bzw. den Bedürfnissen der Betroffenen liegen. Bei sämtlichen relevanten Kranheitsarten ergeben sich kritische Fragestellungen zur Abgrenzung Akutkrankenhaus/Reha- bzw. AHB-Klinik. § 107 SGB V schreibt die Tendenz fort, wonach die Krankenhäuser entgegen der Entwicklung im Ausland reine Einrichtungen der Akut-Versorgung werden, während alle rehabilitativen Aspekte dann in Reha- bzw. AHB-Kliniken mit überregionalem Einzugsbereich angegangen werden. Bei allen Krankheitsarten macht sich die Trennung von der medizinischen Versorgung, die überwiegend in den Händen des als »Einzelkämpfer« agierenden niedergelassenen Arztes liegt, den sozialen und rehabilitativen Diensten in der ambulanten Nachbehandlung und der qualifizierten ambulanten Rehabilitation und Therapie bestimmter chronischer Erkrankungen bemerkbar, die um so gewichtiger wird, je ortsferner die Reha-Kliniken liegen und je weniger rehabilitative Dienste ambulant vorgehalten werden. Die Krankheit oder die Behinderung der Betroffenen wird maßstabsgerecht in jene Teile zerlegt, für die dann einzelne Sozialleistungsträger bzw. bestimmte Medizinbereiche zuständig sind. Die Finanzierung bereitet in all jenen Bereichen Schwierigkeiten, welche mehrere Sozialleistungsträger betreffen. Ohne Anspruch auf Vollzähligkeit seien genannt die Rehabilitation psychisch Kranker oder der Suchtkranken, der gesamte Bereich komplementärer Einrichtungen, seien es nun Übergangseinrichtungen oder Wohngemeinschaften, die Früherkennungs- und Behandlungszentren für Kinder, die geriatrische Rehabilitation oder das große Gebiet der Sozialstationen und Pflege.

26. Anders als in nahezu allen westlichen Industrieländern, wo die fachärztlichen Dienste bei den Polikliniken der Krankenhäuser angesiedelt sind, umfaßt in der Bundesrepublik Deutschland das Monopol der niedergelassenen Ärzte die gesamte ambulante Versorgung einschließlich der ambulant tätigen Gebietsärzte in Einzelpraxen. Dies verhindert, daß alle in Diagnostik und/oder Therapie schwierigen – vor allem chronischen – Krankheitsprozesse früher oder später in die ambulante Behandlung von Krankenhausärzten gelangen und dort bleiben und daß eine bei einem Patienten erforderlich werdende stationäre Behandlung hier nur den Charakter einer »funktionalen Episode« erlangt, nach deren Ende die ambulante Behandlung ohne Kontinuitätsbruch in der Hand des Arztes verbleibt, der auch vorher behandelt hat. Das System der voneinander unabhängigen, in Einzelpraxen tätigen Ärzte hat im Zusammenhang mit der allzu starren Trennung zum Krankenhaus mit dieser Koordination in Diagnostik und Therapie erhebliche Schwierigkeiten. Bei den Krankenhäusern als dem Ort der Behandlung schwieriger Krankheitsverläufe und Verschlimmerungsphasen können sich spezielle fachliche – die Aspekte der ambulanten Praxis einbeziehende – Erfahrungen kaum sammeln, weil die Ärzte des Krankenhauses die Kranken nur in Episoden sehen und behandeln oder selbst bei wiederholter stationärer Behandlung die Kranken keineswegs regelmäßig in das gleiche Krankenhaus eingewiesen werden.

2. 2 Rehabilitation und ambulante ärztliche Versorgung

27. Niedergelassene Ärzte selbst räumen ein, daß sie viel zu wenig über die Zusammenhänge der Rehabilitation im Bereich der Sozial- und Rentenversicherung wissen (Maiwald, 1969 und 1987). Die Koordination zwischen Rehabilitationsträgern und niedergelassenem Arzt sei zum Teil mangelhaft, die Rehabilitation laufe am niedergelassenen Arzt, der seinen Patienten/Behinderten und dessen Umfeld am besten kenne, vorbei. Wenn überhaupt Gesamtpläne aufgestellt werden, erfahre der niedergelassene Arzt in der Regel nichts davon. Rehabilitationszentren zeigten wenig Neigung zur Kooperation mit dem niedergelassenen Arzt. Gesamtpläne würden dort aufgestellt, ohne den niedergelassenen Arzt einzubeziehen. Ergebnisse durchgeführter Rehabilitationsmaßnahmen würden in der Regel sehr isoliert und nur von einzelnen Rehabilitationseinrichtungen über die dort geleisteten Maßnahmen erstellt (ERNST 1983).

28. Das Mitteilungsverfahren für Kassenärzte nach § 368 s RVO a. F. über die Notwendigkeit rehabilitativer Maßnah-

men blieb praktisch bedeutungslos und wurde nicht in das SGB V übernommen. Ärztliche und nichtärztliche Experten klagen generell über die Uninformiertheit der niedergelassenen Ärzte und der Klinikärzte über Belange nicht nur der beruflichen, sondern auch der medizinischen Rehabilitation. Als Ursachen wurden in geringerem Maße fehlende Informationen angesehen. Die betreffenden Fortbildungsmöglichkeiten (Fachpresse, Fachliteratur, Veranstaltungen) seien in durchaus vielfältiger Anzahl vorhanden und müßten eigentlich nur wahrgenommen werden. Leider fehle es jedoch an einem entsprechenden Interesse der Adressaten. Das medizinische Versorgungssystem sei vorrangig kurativ ausgerichtet, eine weitergehende rehabilitative Orientierung fehle fast völlig. Die geringe Akzeptanz, die der Auftrag des zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation wie auch das RehaAnglG bei Ärzten gefunden haben, könnten auch auf das Antragserfordernis zurückzuführen sein. Eine kontinuierliche Versorgung muß sinnvolle therapeutische Maßnahmen ohne förmlichen Antrag des Rehabilitanden sicherstellen.

29. Geht man davon aus, daß der Ärzteschaft eine Schlüsselrolle in der Rehabilitation zukäme, da nicht nur die Einleitung der Maßnahmen zu ihren Aufgaben zählt, sondern ihre Auffassung für die allgemeine rehabilitative Einstellung, die Motivation der Betroffenen usw. von besonderer Bedeutung ist, dann wird deutlich, daß hier eine der entscheidenden Schwachstellen liegt.

2. 3 Rehabilitation und stationäre Versorgung

30. Um das individuell erreichbare Maß funktioneller Wiederherstellung und Wiedereingliederung zu erreichen, ist es vorrangig Aufgabe des Krankenhauses – über die operative und/oder medikamentöse Therapie hinaus – den nach dem Aufwand optimal zu bemessenden, individuellen Beitrag zur bestmöglichen Wiederherstellung und Wiedereingliederung zu leisten. Der optimale Weg des anfangs schwerkranken Patienten sollte von der Intensivpflege oder von der Schwerkranken-Station über die Normal-Station und die Rehabilitations-Station in die optimale Wiederherstellung, ggf. anschließend in die aktive Wiedereingliederung führen, und zwar – mit Ausnahme der letztgenannten Stufe – im gleichen Krankenhaus. Das erfordert freilich Verlegungen innerhalb des gleichen Hauses, nur damit läßt sich eine – auch psychisch wirksame – Stufenfolge der Genesung schaffen. Im Klinikalltag wie im medizinischen Unterricht führt die Rehabilitation ein Schattendasein und wird als ärztliche, als medizinische Aufgabe nur sehr zögernd, oftmals widerstrebend begriffen (PAESLACK 1977). Zwar haben nahezu alle Krankenhäuser Vorkehrungen getroffen, die gewährleisten sollen, daß rehabilitationsbedürftige Krankenhauspatienten ermittelt und die erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden, doch die Krankenhäuser verstehen sich überwiegend noch nicht als eigenständiges erstes Glied in der Rehabilitationskette, sondern sehen die Rehabilitation als eine Behandlungsphase, die zeitlich in aller Regel erst nach Abschluß der Akut-Behandlung Platz greift. Dies wird durch Verteilung von hergebrachter physikalischer Therapie und neueren speziellen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und durch die Relation zwischen krankenhauseigenen und externen Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation belegt (BERATUNGSINSTITUT FÜR ANGEWANDTE STATISTIK 1988).

31. In der stationären Versorgung ist die Rehabilitation allenfalls ansatzweise integriert. Die Verzahnung zwischen Akutversorgung und (ambulanter wie stationärer) Rehabilitation ist da, wo eine solche Trennung überhaupt möglich und sinnvoll ist (vgl. oben 1.5), ungenügend ausgeprägt. Zwar ermöglichen die §§ 112 Abs.2 Nr.5, 111 Abs.6 SGB V nunmehr eigene Versorgungsverträge für selbständige Reha-Abteilungen unter gebietsärztlicher Leitung; diese Vorschriften wirken allerdings nur, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen sich nicht ihrer rehabilitativen Aufgaben entziehen und von diesem Instrumentarium Gebrauch machen. Die scharfe rechtliche Trennung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in § 107 SGB V birgt die Gefahr, daß die Kontinuität der Behandlung unterbrochen wird und läuft dem internationalen Trend zuwider, die Rehabilitation in die Krankenhausbehandlung einzubauen und die Reha-Einrichtungen in die Krankenhäuser zu integrieren. Zusammenfassend läßt sich gegenwärtig in der stationären Versorgung eine unzureichende Integration der Rehabilitation und eine ungenügende Verzahnung mit anderen Versorgungseinrichtungen (vgl. Berichtsteil »Stationäre Versorgung« 4.5) konstatieren.

2. 4 Rolle der Krankenkassen

32. Seit Inkrafttreten des RehaAnglG ist in der Krankenversicherung die Situation durch einen zunächst sehr zögerlichen, in den letzten Jahren einigermaßen kontinuierlich verlaufenden Aufbau von rehabilitativen und sozialen Diensten geprägt. Die Aktivitäten der Krankenkassen konzentrierten sich dabei seit Mitte der siebziger Jahre weniger auf die Entwicklung konzeptioneller Vorstellungen für die Rehabilitation bestimmter Krankheiten (von spezifischen Gesamtplänen bis zum Aufbau entsprechender institutioneller Einrichtungen), sondern auf die personelle Infrastruktur der Kassen zum Herausfinden betroffener Personen und zur individuellen Steuerung des Verfahrens in den geeigneten Fällen, ohne daß dies bereits auf breiter Front entsprechend den allgemeinen Zielvorstellungen befriedigend gelöst wäre. Die Reha-Dienste arbeiten zum Teil getrennt, zum Teil in enger Zusammenarbeit mit den sozialen Dienten. Damit könnte ein Entwicklungsprozeß in Gang kommen, der durch die zunehmende Integration neuer Berufsgruppen und Arbeitsinhalte in das System der Krankenversicherung gekennzeichnet ist. In einigen Fällen entwickeln sich solche sozialen Dienste entsprechend ihrem Selbstverständnis zu einem Beitrag der sozialen Krankenversicherung zur besseren psycho-sozialen und wohl auch psycho-somatischen Betreuung der Versicherten; sie gleichen damit Defizite des ambulanten und stationären Versorgungssystems aus. Über individuelle Beratung und Kontaktherstellung zu anderen Reha-Trägern und Leistungserbringern und damit über die Einzelfallhilfe hinaus erstreckt sich heute die Tätigkeit auch auf die Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

33. Allerdings ist die Situation je nach Kassenart und Krankenkasse unterschiedlich. Einzelne Krankenkassen unterhalten neben einem rehabilitativen Dienst, der nicht nur vom Schreibtisch aus administrativ, sondern auch vor Ort tätig wird, einen sozialen Dienst, in denen verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, usw.) zusammenwirken. Andere Kassen beschäftigen wenigstens spezielle Sachbearbeiter für Reha-Fragen. Die meisten Krankenkassen zeigen bisher allerdings kaum oder wenig Engagement für die Rehabilitation.

34. Zuverlässige Zahlen über den Einsatz spezieller Dienste sind jedoch von den Kassen kaum zu erhalten. Planungsvorgaben der Spitzenverbände, bezogen auf die Versicher-

tenzahlen und die einzusetzenden Mitarbeiter in den sozialen Diensten und Reha-Diensten, existieren nicht. Von den einzelnen Kassenarten werden gesonderte, von den Verbänden und der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation aber auch trägerübergreifende Fortbildungsmaßnahmen für die mit Reha-Fragen Beschäftigten veranstaltet. Eine systematische Datenauswertung anhand der den Kassen vorliegenden Unterlagen zur systematischen Herausfilterung und Betreuung von Problemfällen existiert nur in Ausnahmefällen. In der Regel werden die Fälle aus der Leistungsabteilung zugewiesen, oder die Versicherten selbst wenden sich an die entsprechenden Dienste. Die Akzeptanz der Reha-Berater und der sozialen Dienste bei den Versicherten kann als gut angesehen werden. Von den übrigen Beschäftigten werden diese Mitarbeiter heute in der Regel auch akzeptiert.

35. Mit dem Aufbau einer personellen Infrastruktur zur Integration der Rehabilitation in die Krankenversicherung hat die konzeptionelle Ausgestaltung der Rehabilitation, von dem Setzen von Standards für Reha-Verläufe einzelner typischer Krankheiten angefangen, über die Bedarfsplanung und die Steuerung in die geeigneten Einrichtungen bis hin zu ihrer institutionellen Sicherstellung, nicht Schritt gehalten, so daß insgesamt die Erwartungen, die seinerzeit mit der Einbeziehung der Krankenversicherung in das Rehabilitationssystem verbunden wurden, zweifellos nicht erfüllt worden sind. Weder das frühzeitige Erkennen und Einleiten von Rehabilitationsfällen noch die zielgerichtete Gestaltung des Rehabilitationsgeschehens und die systematische Bewältigung des Rehabilitationsverlaufs funktioniert im notwendigen Maße. Trotz einer umfassenden Verantwortung der Krankenversicherung wurden auf keinem Rehabilitationsfeld Konzepte und Initiativen im Sinne einer aktiven Leistungsgestaltung entwickelt. Geriatrische Einrichtungen, für die ausschließlich die Krankenversicherung zuständig ist, die mit gezielten therapeutischen Maßnahmen speziell auf altersbedingte Krankheitsbilder bzw. Funktionsstörungen eingehen, sind kaum vorhanden, obwohl für die geriatrische Rehabilitation allein die gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist. Im Gegensatz zur Unfallversicherung und Rentenversicherung gibt es in der Krankenversicherung keine differenzierten Zahlen oder Prognosen über den Reha-Bedarf. Ebenso fehlen eine bundesweite Übersicht über Rehabilitationsstätten und -plätze nach dem jeweils aktuellen Belegungsstand und eine Clearing-Stelle für Rehabilitationsplätze. Ob sich diese Situation nunmehr im Zusammenhang mit den §§ 107, 111 und 112 SGB V ändern wird, läßt sich noch nicht absehen. Noch immer unterstellen die Kassen das Rehabilitations-Ist als Bedarfs-Soll. Die Möglichkeiten, im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen mit Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen auf die Gestaltung von Reha-Konzepten Einfluß zu nehmen, wurden kaum genutzt. Heute dominieren bei Verhandlungen einzelne Kostenansätze, aber keine geschlossenen konzeptionellen Grundlagen.

36. Allerdings sei angemerkt, daß es sich hierbei in der Krankenversicherung um kein rehabilitationsspezifisches Defizit handelt. Die bedarfsgerechte Durchführung von Gesundheitsleistungen erfordert

- die Erhebung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen,
- die Vorhaltung und den Rückgriff auf diesem Bedarf entsprechende therapeutische Konzepte in kompetenten Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- die qualifizierte Zusammenführung des Bedarfs mit dem diesem Bedarf entsprechenden Angebot

jeweils im Grundsatz wie im Einzelfall. Für die Krankenversicherung bestehen im Sinne dieses Anforderungsprofils für kein Leistungsfeld gesetzliche Planungs-, Steuerungs- oder Konzeptgrundlagen.

37. Dieser Zustand ist im wesentlichen das Ergebnis der Trennung vom Sicherstellungsauftrag, der im deutschen Gesundheitswesen überwiegend den Leistungsanbietern und deren Institutionen zugeordnet ist, und der Kostenverantwortung, was die Krankenkassen weitestgehend zu Kostenerstattern ohne wirklich durchgreifende Gestaltungsmöglichkeiten, bezogen auf das im Rahmen des Sicherstellungsauftrags am Markt vorgehaltene Leistungsangebot, bestimmt hat. Als Folge dieser Trennung ergeben sich denn auch wegen der nicht vorhandenen Angebotssteuerung, bezogen auf bestimmte Krankheitsarten, Angebotsdefizite, die in der Vergangenheit von anderen Sozialleistungsträgern durch unmittelbare gesetzliche Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten (z.B. im Rahmen der Rehabilitation durch Renten- und Unfallversicherung) ausgeglichen wurden.

38. Allerdings wurden auch vorhandene gesetzliche Möglichkeiten kaum genutzt. Zu erinnern ist dabei an den in bestimmten Fällen vom RehaAnglG vorgeschriebenen Gesamtplan zur individuellen Steuerung des Reha-Geschehens. Diese individuelle Steuerung durch die Krankenversicherung mittels eines Gesamtplans wird so gut wie nicht praktiziert, obwohl sie gesetzlich vorgeschrieben wird. § 275 Abs.1 Nr.2 SGB V verpflichtet den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Begutachtung des von der Krankenkasse aufzustellenden Gesamtplanes. Die Sozialleistungsträger sehen darin einen formalistischen Perfektionismus, der einer flexiblen und im Verlauf des Verfahrens änderbaren Reha-Steuerung widerspricht und verzichten in der Praxis weitgehend auf dieses Instrument. Allerdings betrachten die anderen Sozialleistungsträger den Gesamtplan, dessen Federführung bei der Krankenversicherung liegen soll, auch als Eingriff in ihre Kompetenzen. Sie befürchten, daß ihnen ein anderer Träger vorschreibt, welche Leistungen zu erbringen sind und dann auch noch den zeitlichen und inhaltlichen Reha-Ablauf kontrolliert.

2. 5 Defizite am Beispiel ausgewählter Krankheitsarten

39. Fehlt ein Gesamtplan, dann wird die gute Zusammenarbeit zwischen den Reha-Trägern sowie die Kommunikation und Koordination zwischen den einzelnen Einrichtungen des Medizinsystems umso wichtiger. Aber gerade an der Kontinuität fehlt es, so daß sich keine optimalen Therapie- und Reha-Verläufe einstellen. Am Beispiel von in der Morbiditätsstruktur dominierenden Erkrankungen lassen sich die Defizite näher konkretisieren.

2. 5. 1 Rheumaerkrankungen

40. Die ambulante Versorgung der Rheumakranken ist vor allem wegen der nur unzureichend vorhandenen Orthopäden und Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung »Rheumatologie« (noch) nicht auf dem wünschenswerten Niveau. Auch die wohnortnahe Zusammenarbeit von Allgemeinärzten, Internisten und Orthopäden untereinander und mit anderen medizinischen Fachberufen (Physio-Therapeuten, Ergo-Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern), der Rheumaliga und den Selbsthilfegruppen, ist unzureichend und im Rahmen der derzeitigen Tätigkeits- und Honorierungs-

Strukturen auch nicht zu gewährleisten. Kontinuität und Qualität von Diagnostik und Therapie sind häufig unzureichend. Viele Patienten, vor allem mit entzündlichen Rheumaformen, müssen wahre Irrfahrten durch das medizinische Versorgungssystem unternehmen (TOLK/PRÜMEL 1988). Für stationäre und rehabilitative Maßnahmen stehen als Rheuma-Kliniken an einigen Orten, in der Regel wohnortfern, Spezialkrankenhäuser zur Verfügung, bei denen zumeist lange Wartezeiten bis zur Aufnahme bestehen. In Akut-Situationen erfolgt daher die stationäre Aufnahme bis heute überwiegend in allgemein-internistischen Abteilungen der Kliniken. Ähnlich sind die Verhältnisse bei rheuma-chirurgischen Maßnahmen. Auch hier existieren ausgezeichnete, aber wohnortferne rheuma-chirurgische Kliniken, was die postoperative Nachsorge erschwert und den stationären Aufenthalt verlängert, da meist kein nahtloser Übergang in die wohnortnahe ambulante Betreuung (z. B. im Rahmen einer Tagesklinik) möglich ist. Damit erfolgt die Versorgung rheumakranker Menschen heute überwiegend getrennt nach ambulanten, stationären und rehabilitativen Leistungen in verschiedenen Einrichtungen und an weit entfernt gelegenen Orten, was eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, die von allen Rheumatologen als dringend notwendig bezeichnet wird, verhindert. Mancher Behandler sieht den Patienten in seiner 20 bis 30 Jahre dauernden »Patientenkarriere« nur wenige Male.

41. Die medizinisch wichtigste Aufgabe liegt in periodisch wiederholter aktivierender Physio-Therapie, auch in Zeiten geringerer Beschwerden. Anläßlich verstärkter Beschwerden kann die Bewilligung von festgelegten Serien einer Physio-Therapie bei schwereren Prozessen nicht ausreichen und führt zu weiterer Verschlimmerung. Rheuma-Zentren, die in der Regel an Kurorten mit Hilfe der Rentenversicherung durch die Umgestaltung von Reha-Einrichtungen errichtet wurden, sind in reinen Industriegebieten die Ausnahme.

2. 5. 2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

42. Wie bei anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen trifft bei Herzinfarkten das Akut-Krankenhaus kaum Maßnahmen, um die Behandlung für die späteren Phasen intensiver vorzubereiten, die Frühmobilisation ist unzureichend (BADURA u. a. 1987). Zu späte bzw. unterlassene Frühmobilisierung im Akutkrankenhaus ist aber eine der wichtigsten Determinanten für die Frühinvalidität nach einem Herzinfarkt. Obwohl die Krankenhausverweildauer mit vier Wochen im Durchschnitt der Bundesrepublik Deutschland im Verhältnis zum Ausland extrem lang ist, kommt es nicht zu der für die Auswahl der richtigen Reha-Kliniken notwendigen Diagnostik. Die lange Verweilzeit wird nicht für die problemgerechte Auswahl bzw. die sachgerechte Vorbereitung zur Entlassung nach Hause genutzt. Möglicherweise müßte bei einer vernüftigen Frühmobilisation im Krankenhaus und einer entsprechenden Fortsetzung der Rehabilitation im ambulanten Bereich – entsprechende rehabilitative Dienste vorausgesetzt – gar nicht der größte Teil der Patienten in das Anschlußheilverfahren, das sich inzwischen routinemäßig zur Verlängerung des Krankenhausaufenthalts entwickelte.

43. Die ambulante hausärztliche Versorgung nach Abschluß der Anschlußheilbehandlung ist in erheblichem Umfang durch eine medikamentöse Versorgung mit dem Akzent auf Psycho-Pharmaca gekennzeichnet. Rehabilitative Dienste bzw. die Fortsetzung der stationären Rehabilitationsbemühungen während der Anschlußheilbehandlung finden im ambulanten Bereich so gut wie nicht statt. Die psycho-soziale Seite der Rehabilitation ist unterentwickelt. Eine orts- und situationsnahe Rehabilitation existiert kaum.

2. 5. 3 Psychische Erkrankungen

44. Die Rehabilitation von psychischen Erkrankungen ist durch besonders viele Abgrenzungsprobleme zwischen Sozialhilfe, Renten- und Krankenversicherung geprägt, nicht zuletzt weil psychisch Kranke in hohem Maße auf die Sozialhilfe angewiesen sind. Für diesen Krankheitsbereich hat jüngst die Expertenkommission Psychiatrie Empfehlungen abgegeben. Voraussetzung für die Verkleinerung psychiatrischer Krankenhäuser und die vermehrte Rückführung von Langzeitpatienten aus psychiatrischen Krankenhäusern in die Gemeinden ist vor allem der Aus- und Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes (EXPERTENKOMMISSION PSYCHIATRIE 1988; vgl. auch den Berichtsteil »Psychiatrische Versorgung«).

45. Obwohl psychisch Kranke und Behinderte sozialrechtlich anderen Kranken und Behinderten gleichgestellt sind, kommt nur eine verschwindende Minderheit der Patienten aus psychiatrischen Krankenhäusern in den Genuß von Reha-Maßnahmen, denn das Einrichtungsangebot wurde in erster Linie entsprechend den Reha-Bedürfnissen von Körperbehinderten entwickelt, und die Reha-Leistungsträger – abgesehen von den überörtlichen Sozialhilfeträgern – haben bisher die sozialrechtlichen Ansprüche ihrer psychisch behinderten Versicherten, außer bei Sucht- und Neurose-Kranken, nicht eingelöst. Da auch von den amtlichen Behindertenstatistiken die Spezifität psychischer Behinderungen meist negiert wird, bleibt diese Problematik offiziell unsichtbar (KUNZE 1982).

2. 5. 4 Onkologische und andere Erkrankungen

46. Obwohl die onkologischen Erkrankungen in der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur eine wesentliche Rolle spielen, ist ein Therapie- und Rehabilitationskonzept nur in unscharfen Umrissen zu erkennen. Ein organisatorisches Verbundsystem, das aus onkologischen Zentren, onkologischen Schwerpunkten sowie onkologischen Arbeitskreisen und Schwerpunktpraxen besteht und das mit den Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtungen verbunden werden soll, ist noch im Aufbau. Defizite existieren nach den vorliegenden Berichten weniger bei der stationären Tumortherapie als vielmehr im Rahmen der kurativen und rehabilitativen Versorgung am Wohnort, vor allem bei der hier besonders wichtigen psycho-sozialen Betreuung. Angefangen von der ärztlichen Nachsorge über die psychische Betreuung bis hin zur Krankengymnastik und phsyikalischen Therapie bestehen hier die gleichen Probleme wie für die oben genannten Erkrankungen.

47. Ähnliche Mängel bestehen für andere zentrale Indikationsbereiche, beispielsweise für Stoffwechselerkrankungen (von STETTEN 1989) oder neurologische Erkrankungen (JANZIK 1989).

2. 6 Ursachen für die problematische Entwicklung

48. Die Rehabilitation kam in der Bundesrepublik Deutschland anders als überall auf der Welt in ein rechtliches Rankenwerk, das durch strikte Abgrenzungen gekennzeichnet ist. So wurde durch das Kassenarztrecht Mitte der 50er Jahre das Monopol der kassenärztlichen Versorgung

für die ambulante Behandlung festgeschrieben und das Krankenhaus so gut wie ausschließlich auf die stationäre Behandlung fixiert. Die Abgrenzungen sind hier wesentlich schärfer als im Ausland. Vor- und nachstationäre Behandlung existieren kaum. Andere Formen der Überwindung der Trennung (z.B. Praxis-Kliniken, Ermächtigungen von leitenden Ärzten) fallen kaum ins Gewicht. Hinzu kommt die Trennung auf institutioneller Ebene zwischen Renten- und Krankenversicherung. Hier hat sich die Praxis eingebürgert, daß die Krankenversicherung für die ambulante und stationäre kurative Versorgung zuständig ist, während die Rentenversicherung die Rehabilitation praktisch nur stationär betreibt. Auf die gegenteilige Entwicklung in der Unfallversicherung wurde bereits verwiesen.

49. Diese Entwicklung bewirkt eine rein kurative Ausrichtung des Krankenhauses und der freien Praxis. Die in den letzten Jahrzehnten gewachsene Bedeutung einer rehabilitativen Einstellung und die Anerkennung von psycho-sozialen Aspekten der Krankheitsbilder beeinflußte diese Einrichtungen kaum. Den Teil der stationären Behandlung, der über die Akut-Behandlung hinaus den besterreichbaren Stand des Leistungsvermögens und die Rückführung in das Leben der Gesellschaft anlangt, überlassen die Krankenkassen und die Krankenhäuser in der Bundesrepublik im Gegensatz zum Ausland anderen Einrichtungen. Dies gefährdet in hohem Maße die Einheit des therapeutischen Prozesses und die Kontinuität der Behandlung.

50. Ausgeglichen werden die Defizite durch Heilverfahren und Anschlußheilbehandlungen, welche sich in den letzten Jahrzehnten verstärkt herauskristallisierten. Im Ausland sind sie in dieser Form und Größenordnung weitgehend unbekannt, obgleich die Wiedereingliederungserfolge bei chronischen Erkrankungen in etwa gleich hoch liegen, weil die entsprechende Frühmobilisation oder die rehabilitativen Aspekte sowohl bei der stationären Behandlung am Krankenhaus (nicht immer »im« Krankenhaus) ebenso wie bei der ambulanten Versorgung berücksichtigt werden. Die ambulanten Dienste umfassen dort nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die sonstigen sozialen und psycho-sozialen Dienstleistungen. Dabei sind die physio-therapeutischen Dienste besser mit dem medizinischen Versorgungssystem verzahnt als in der Bundesrepublik Deutschland. Der Schwerpunkt in der Therapie und Rehabilitation chronisch Kranker lag in den letzten Jahren im Ausbau und der Qualifizierung von Rehabilitationskliniken, während Krankenhaus und freie Praxis weiterhin Defizite aufweisen. Erste Ansätze zur Überwindung der starren Trennung zwischen den Versorgungsbereichen, beispielsweise teilstationäre Einrichtungen (Tageskliniken), haben vielfach noch Modellcharakter. Dadurch wird insgesamt bei chronischen Erkrankungen zu wenig gegengesteuert und mehr Frühinvalidität verursacht als nötig.

51. Die allgemeinen strukturellen Defizite wirken sich für bestimmte Bereiche besonders aus (Rehabilitation und Therapie psychisch Kranker, Frühförderung für Kinder in Früherkennungs- und Behandlungszentren, neurologische Rehabilitation, geriatrische Rehabilitation). Da eine geriatrische Rehabilitation weitgehend fehlt, enstehen weitaus mehr Pflegefälle als nötig. Dies ist wohl auch darauf zurückzuführen, daß bei der Rehabilitation in den letzten Jahren vor allem wohl aus Kostengründen vorwiegend Gewicht auf die berufliche Eingliederung gelegt wurde und Fragen der sozialen Eingliederung bzw. der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dadurch in den Hintergrund gedrängt wurden.

52. Anders als in der Unfallversicherung oder Rentenversicherung fehlt in der Krankenversicherung die ökonomische Motivation, sich in der Rehabilitation zu engagieren. Die Organisationsstruktur der Krankenversicherung trägt einer solch komplexen Aufgabe nicht genügend Rechnung. Viele relativ kleine Versicherungsträger sind kaum in der Lage, die notwendige Infrastruktur vorzuhalten, die für eine übergreifende Rehabilitation notwendig ist. Bei den Landes- und Bundes- bzw. Spitzenverbänden liegt die Priorität der Aufgabenverteilung nicht in der Entwicklung von Konzeptionen für die Therapie und Rehabilitation chronisch Kranker, sondern in den Beziehungen zu den Vertragspartnern. Die herkömmliche Vertragspolitik ist aber noch nicht zu einer Gesundheitspolitik gediehen. Zwar ist bei allen Verbänden in den letzten Jahren ein zunehmender Anstieg des Personals im Vertragsbereich zu beobachten, doch kam dies nicht konzeptionellen Vorstellungen in Rehabilitation und Therapie zugute. Im Bereich der Rehabilitation können neue Erkenntnisse und Weiterentwicklungen möglicherweise zu einer Zunahme der Kosten führen. Deshalb wird hier extrem vorsichtig operiert.

53. Erschwert wird diese Situation noch durch die zunehmenden Bestrebungen nach wettbewerblicher Profilierung im gegliederten System. Der existentiell schärfer werdende Wettbewerb in der Krankenversicherung wirkt sich für die Rehabilitation eher störend als förderlich aus. Die Krankenkassen konzentrieren sich mehr und mehr auf die Maßnahmen, von denen sie sich positive Wirkungen bei den (jungen, gesunden) Mitgliedern bzw. potentiellen Mitgliedern versprechen. Während die Prävention in diesem Sinne als zukunftsträchtig und wettbewerbsfördernd angesehen und von daher in diesen Sektor kräftig investiert wird, ist bei der Rehabilitation das Gegenteil der Fall. Insgesamt wird eine kassenübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, wenn überhaupt, nur zögerlich vorgenommen.

54. Die Zusammenarbeit zwischen den Versicherungszweigen ist wesentlich intensivierungsbedürftig. Die Sozialpartner waren bisher nicht in der Lage, ihre Klammerwirkung über die Selbstverwaltung der Versicherungszweige hinweg ausreichend auszuüben. Das Instrument der Arbeitsgemeinschaften (§ 94 SGB X) wird nach wie vor kaum genutzt. Soweit überhaupt Arbeitsgemeinschaften bestehen, nehmen diese überwiegend gemeinsame Verwaltungsaufgaben wahr, statt konzeptionell wegweisende Strategien voranzubringen. Die Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation verfolgen weiterhin insofern ihre institutionellen Eigeninteressen, als sie darauf achten, daß hier keine die Entwicklung bestimmende Einrichtung entsteht, weil dadurch automatisch die Bedeutung der Spitzenverbände in den Hintergrund gedrängt würde. Insgesamt bleibt festzuhalten, daß es keinen institutionalisierten Anreiz für die Einleitung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen gibt.

55. Schließlich ist es bemerkenswert, daß heute wichtige Aussagen bedeutender Gutachten von der Politik und vom Sozialleistungs- und Medizinsystem kaum zur Kenntnis genommen werden. Über Mängel der Versorgung wird nur unzureichend diskutiert. Von diesen Diskussionen bleiben die Selbstverwaltung ebenso unberührt wie die Verantwortlichen in Parlament und Regierung. Dies gilt z. B. für zentrale Aussagen der Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Das gegenwärtige System mit seinen Interessen am Ist-Zustand dominiert die Diskussion und verhindert innovative Wei-

terentwicklungen. Die Ursache für die mangelnde Innovationsfähigkeit wird darin zu suchen sein, daß Krankenkassen und Ärzte gemeinsam die Entwicklung bestimmen. Sie sind die Hauptbeteiligten, wobei jeder auf die Interessen des anderen Rücksicht nimmt.

56. Die eigentliche Aufgabe der Krankenversicherung in der Rehabilitation ist deshalb, im Zusammenhang mit Veränderungen der Rahmenbedinungen die notwendigen Innovationen vor allem im Praxis-, Krankenhaus- und Verwaltungsbereich herbeizuführen. Sie dürfen dies nicht den Leistungsanbietern überlassen, sondern müssen mit ihnen gemeinsam Verfahrensstandards und Maßnahmen realisieren, die rehabilitativen Gesichtspunkten Rechnung tragen, und dies über die Honorierung steuern. Die Durchsetzung rehabilitativer Aspekte in freier Praxis und am Krankenhaus erfordert andere Versorgungsstrukturen (z. B. die gemeinschaftliche Praxisausübung, die Integration von Sozialarbeitern und Pflegekräften und der Physio-Therapie, veränderte Aus- und Weiterbildungsstrukturen bis hin zur Zusatzqualifikation für die Geriatrie, Zwischenstufen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich usw.).

2. 7 Fazit

57. Als wesentliches Problem, von dem viele der erwähnten Defizite ausgehen, erweist sich demnach die Trennung zwischen medizinischer Akut-Versorgung und der eigentlichen Rehabilitation, die der traditionellen rechtlichen Zuständigkeitstrennung zwischen Kranken- und Rentenversicherung folgt. Da unsere Sozialversicherung in weiten Teilen auf die kurzfristige Kompensation und die Bekämpfung akuter Schäden angelegt ist, hat sie erhebliche Probleme bei der Bewältigung chronischer Krankheiten, chronischer psycho-sozialer Risiken und Belastungen, so daß die bisherigen Regelungen zunehmend unwirksam und ineffizient werden.

3. Reformkonzepte und Reformansätze

3. 1 Umorientierung des medizinischen Versorgungssystems

58. Ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg der Rehabilitation durch die Krankenversicherung außerhalb des GKV-Systems liegt in der Verbesserung der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, denn die Kassenärzte wie die Krankenhäuser und Krankenhausärzte haben es bis heute nicht verstanden, sich angemessen auf die Belange der Rehabilitation einzustellen. Eine Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung hat die Anforderungen der Rehabilitation in besonderer Weise zu berücksichtigen (SVR KA 1988, 1989). Zusammen mit den Vorschlägen zur Kontrolle der Fortbildung, zur Intensivierung des Wettbewerbs durch eine bessere Information der Patienten bei einer Lockerung standesrechtlicher Vorschriften sowie den Möglichkeiten zur Institutionalisierung der Qualitätssicherung über Verträge (§§ 135, 137 SGB V) liegt damit ein Katalog von Positionen vor, dessen Realisierung unzweifelhaft zur Verbesserung von Qualität und Kontinuität der Behandlung und Rehabilitation beitragen würde.

59. Die notwendige Umorientierung des Gesundheitswesens sollte den rehabilitativen und psycho-sozialen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Die Kontinuität der Behandlung und Rehabilitation leidet am stärksten an den hohen Barrieren zwischen ambulantem und stationärem System. Diese Trennung muß durch Verzahnungselemente und neue Versorgungsformen überwunden werden (vgl. Berichtsteil »Stationäre Versorgung« 5.2.4), so daß ein integriertes Verbundsystem entsteht. Durch den Ausbau der vorstationären Diagnostik und nachstationären Therapie können Brücken geschlagen werden. Die Möglichkeiten zu dreiseitigen Verträgen (§ 115 SGB V) sind ebenso zu nutzen wie die Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen.

60. Zweiter wesentlicher Aspekt der Umstrukturierung unter Rehabilitations- und Therapiegesichtspunkten ist die Intensivierung der gemeinschaftlichen Praxisausübung bei gleichzeitiger Stärkung des allgemeinärztlichen Elements. Dabei sind andere Fachberufe des Gesundheitswesens (z.B. Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter usw.) in die ärztliche Praxis zu integrieren. Sowohl von der Bedarfsplanung als auch vom Honorierungssystem her sollten diese Tendenzen gefördert werden. In diesem Zusammenhang erscheint es dringend notwendig, aus den bisher vorliegenden Erfahrungsberichten mit neuen Modellen medizinischer und psycho-sozialer ambulanter Versorgung abzuklären, inwieweit sie trotz vieler Restriktionen ihre selbstgestellten Ansprüche einlösen und zur Verbesserung der Versorgung der Patienten und gleichzeitig auch zu sinnerfüllterer ärztlicher Tätigkeit beitragen könnten (beispielhaft: HOFFMANN u. a. 1982).

61. Drittes wesentliches Element der Umstrukturierung, welches eng mit dem Ausbau gemeinschaftlicher Praxistätigkeit zusammenhängt, ist die Einrichtung ambulanter Therapiezentren als Ergänzung von Krankenhaus und freier Praxis. Solche pragmatischen Lösungen beginnen sich für solche Krankheitsbilder herauszukristallisieren, bei denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer therapeutischer Dienste zwingend erforderlich ist (BERLEBURGER ARBEITSGESPRÄCH 1984). In ambulanten Rheuma-Zentren sollten neben Ärzten psychologische, physio-therapeutische sowie krankengymnastische und ergo-therapeutische Dienste vorgehalten und um die soziale Betreuung erweitert werden. Auch für den neurologischen Bereich wird darauf hingewiesen, daß qualifizierte medizinische Reha-Maßnahmen wenig nützen, wenn die Behinderten nach ihrer Entlassung ohne entsprechende qualifizierte interdisziplinäre Weiterbehandlung stehen, denn auch die ambulante Therapie und Rehabilitation verlangt immer mehr eine Bündelung von medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Maßnahmen, die auch bei diesem Krankheitsbild nur interdisziplinär durchgeführt werden können. Für den Bereich psychischer Krankheiten sei nur auf das Stichwort sozialpsychiatrischer Zentren hingewiesen. Ausschlaggebend für die Qualität der geriatrischen Versorgung ist die ausreichende Bereitstellung differenzierter Behandlungsangebote – über die heute nahezu allein dominierende Pharmako-Therapie hinaus – und ihre Integration in die vorhandenen medizinischen und sozialen Dienste im Lebensbereich der Patienten. Die Bildung ärztlicher Gruppenpraxen mit geriatrischem Schwerpunkt und der Einbeziehung von Pflegekräften und Sozialarbeitern ist eine bislang kaum ausgeschöpfte Möglichkeit (SVR KA 1988). Für die Versorgung behinderter und chronisch kranker Kinder bieten sich besondere Tageskliniken und ambulante Zentren an (EWERBECK 1981). Es ist notwendig, daß zumindest die Krankenkassen die sich pragmatisch herausbildenden Lösungen untersuchen und unterstützen, weil in isoliert arbeitenden Einzelpraxen von Gebietsärzten für bestimmte Erkrankungen keine Medizin betrieben werden kann, die dem Wandel der Krank-

heitsbilder und rehabilitativen und psycho-sozialen Aspekten Rechnung trägt.

62. Bei der Entwicklung zwischen Akut-Krankenhaus und Reha-Kliniken scheint noch vieles abklärungsbedürftig. Endgültige Antworten sind derzeit kaum möglich. Diese Fragen müssen von allen Beteiligten (u.a. Kassen, Krankenhäusern, Vertretern des Reha-Systems, Ärzteschaft) diskutiert und politisch gesteuert werden. Es sollten keine einseitigen Wege gegangen werden. Einerseits sollten im Rahmen der notwendigen Umstrukturierung der stationären Versorgung unter rehabilitativen Gesichtspunkten Rehabilitationsdienste in den Krankenhäusern ausgebaut werden. Andererseits sind geeignete Reha-Kliniken zu Spezialkliniken für bestimmte Krankheitsarten mit differenzierter Indikationsstellung weiter zu entwickeln, in denen dann die Unterschiede zwischen Therapie und Rehabilitation, eingeebnet werden. Beim Ausbau der Akutkrankenhäuser mit rehabilitativen Diensten und der Weiterentwicklung der Reha-Kliniken sollte nicht ein Entweder-Oder gelten, sondern dies sollte unter Bedarfsgesichtspunkten pragmatisch gehandhabt werden. In jedem Fall sind Reha-Kliniken für die wohnortnahe Versorgung aller Versicherten zu öffnen.

3. 2 Grundlegende Reformkonzepte

63. Die Auseinandersetzungen um die »richtige Lösung« für die behandelten Probleme reichen bis in die 50er Jahre zurück (Einzelheiten bei BUHR 1987). Schon in der »Rothenfelser Denkschrift« (ACHINGER u.a. 1955) aus dem Jahr 1955 wurde vorgeschlagen, die Krankenkassen zum alleinigen Kostenträger der medizinischen Rehabilitation zu machen und die Berufsgenossenschaften als Träger der Unterhaltssicherung während der Rehabilitation vorzusehen.

64. Ähnliche Vorstellungen wurden in der Folgezeit von Parteien, Gewerkschaften und Verbänden geäußert. Heftige Diskussionen löste 1966 der Vorschlag der Sozialenquete (ACHINGER u.a. 1966) zur Lösung des Problems »langfristiger Leiden und Gebrechen« aus, statt der in der bisherigen Diskussion favorisierten Lösungen, die gesamte Rehabilitation einem Träger der Sozialversicherung zu übertragen, einen neuen gesamtverantwortlichen Träger zu schaffen. Über die Rechtsformen dieses neuen Trägers wurde kontrovers diskutiert. Zur Abwehr solcher Pläne und zur Absicherung ihrer Kompetenzen gründeten die Sozialleistungsträger auf Initiative der Sozialpartner die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die die Koordinationsaufgaben im gegliederten System übernehmen sollte, ihnen aber bis heute nicht gerecht geworden ist. Bei der Schaffung des RehaAnglG 1974 waren sich CDU/CSU und SPD einig, eine einheitliche Zuständigkeit für die gesamte Rehabilitation zu begründen, konnten sich aber gegen die Vorstellungen der FDP nicht durchsetzen, so daß es nur zu einer teilweisen Harmonisierung des Reha-Rechts in den verschiedenen Sozialleistungsbereichen kam (BUHR 1987). Bis heute hält die Diskussion über die institutionelle Zuordnung der Rehabilitation an.

65. Dabei werden folgende organisatorische Lösungen über den Bereich der medizinischen Rehabilitation hinaus diskutiert, die hier nicht abschließend dargestellt und beurteilt werden können:

Bundesanstalt für Rehabilitation

66. Die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation wird einem neu zu schaffenden Rehabilitationsträger (Bundesanstalt für Rehabilitation) übertragen, die ähnlich der Bundesanstalt für Arbeit zentral organisiert sein sollte und vor Ort durch nachgeordnete Behörden vertreten ist.

Ausbau der gesetzlichen Unfallversicherung zu einer allgemeinen Invaliditätssicherung

67. Die gesetzliche Unfallversicherung wird zu einer final ausgerichteten, allgemein obligatorischen Invaliditätssicherung ausgeweitet, die für die gesamte Bevölkerung zuständig ist. Neben der Akutversorgung von chronischen Krankheiten, die zu schweren Funktionsverlusten führen, hätte die Unfallversicherung eine umfassende Rehabilitation im medizinischen, beruflichen und sozialen Feld einschließlich der Einkommenssicherung und der Steuerung von Einrichtungen und Diensten sicherzustellen.

68. Die gesetzliche Rentenversicherung hätte sich aus der Invaliditätssicherung und der Rehabilitation zurückzuziehen und auf die Alters- und Hinterbliebenensicherung zu konzentrieren. Der Anspruch auf die Leistungen der Invaliditätssicherung wäre dann vom Grund her (d.h. bei der Frage, ob überhaupt ein Anrecht auf Leistungen besteht) unabhängig von der Ursache der bestehenden oder der drohenden Invalidität. Es wäre dann gleichgültig, ob es sich um die Folgen von Krankheit, Arbeitsunfall, Haushaltsunfall, Freizeitunfall, Verkehrsunfall oder angeborenem Leiden handelt. Vor allem bei Sach- und Dienstleistungen würde damit eine strikte Gleichbehandlung hergestellt.

69. Im Rahmen dieser Option – wie auch bei anderen Lösungen – bietet es sich an, für Straßenverkehrsunfälle die private Haftplichtversicherung in ein öffentlich-rechtliches Entschädigungssystem – hier die Invaliditätssicherung – zu überführen. Die gravierende gesellschaftliche Bedeutung des Invaliditätsrisikos im Straßenverkehr und die Abwälzung sozialer Folgelasten von Straßenverkehrsunfällen auf die Sozialversicherung rechtfertigt eine verschuldensunabhängige öffentlich-rechtliche Lösung.

Übertragung der Rehabilitationsaufgaben der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung/ Bundesanstalt für Arbeit

70. Die Rentenversicherung wird von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation entlastet. Die medizinische Rehabilitation wird der gesetzlichen Krankenversicherung, die berufliche Rehabilitation über den bisher berechtigten Personenkreis hinaus voll der Bundesanstalt für Arbeit übertragen. Damit wäre, abgesehen von der Unfallversicherung und dem sozialen Entschädigungsrecht, die medizinische Rehabilitation bei der Krankenversicherung, die berufliche bei der Bundesanstalt für Arbeit und die soziale bei der Sozialhilfe vereint; bestehende Koordinationsprobleme bleiben damit jedoch ungelöst. Im Rahmen dieser Option wird deshalb auch erwogen, alle Bereiche der Rehabilitation auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen oder sie zumindest zur zentralen Koordinationsinstitution zu machen.

71. Jede grundlegende Neuordnung der Trägerzuständigkeit verringert die aufgezeigten Defizite der bestehenden Zersplitterung mit den Folgen der Diskontinuität von Betreuung und Behandlung sowie den konzeptionellen, organi-

satorischen und finanziellen Verantwortungslücken. Die sog. großen Lösungen weisen allerdings wiederum selbst beachtliche Nachteile und Probleme auf. Eine neue Institution allein garantiert noch nicht die effektive und effiziente Erfüllung rehabilitativer Aufgaben. Auf die Probleme einer Trennung von kurativer und rehabilitativer Versorgung wurde bereits hingewiesen. Ebenso ist fraglich, ob die gesetzliche Krankenversicherung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen in der Lage wäre, die Gesamtverantwortung für die Rehabilitation zu übernehmen.

72. Die Enquete-Kommision sieht sich angesichts der begrenzten Laufzeit nicht in der Lage, sich eindeutig für eine dieser grundlegenden Reformkonzepte zu entscheiden. Sie hält eine gründliche Aufarbeitung der Probleme und eine umfassende politische Diskussion der Lösungsvorschläge für dringend geboten. Sie ist sich einig, daß

- die durchgängige Betreuung und Behandlung (Kontinuitätsprinzip),
- die Gleichstellung aller Behinderungen und chronischen Erkrankungen unabhängig von deren Ursache und damit die konkrete rechtliche Gleichstellung aller Behinderten und chronisch Kranken (Finalitätsprinzip) und
- die Überwindung institutioneller Abschottungen (Integrationsprinzip)

unverrückbare Maßstäbe sind, an denen sich alle Konzepte messen lassen müssen. Eine solche grundsätzliche Neuordnung der Rehabilitation schließt jedoch nicht aus, bereits vorab eine Weiterentwicklung des geltenden Systems vorzunehmen.

3. 3 Reformansätze

3. 3. 1 Koordination und Kooperation in Arbeitsgemeinschaften

73. Nachdem die Möglichkeiten zur freiwilligen Kooperation unter Hintenanstellung eigenständiger institutioneller Interessen in den zur Zusammenarbeit anstehenden Angelegenheiten nur unzureichend genutzt wurden, muß der Gesetzgeber die Bildung von Arbeitsgemeinschaften mit eigenständigem Aufgabenbereich (Etat, Mehrheitsentscheidungen usw.) zwangsweise vorschreiben. In existentiell widerstreitende Wettbewerbsauseinandersetzungen verknüpfte Kassenarten haben Schwierigkeiten, solche Schritte freiwillig zu vollziehen. Insbesondere sind die Kranken- und Rentenversicherungen gesetzlich zur besseren Zusammenarbeit zu verpflichten. Die für die Krankenversicherung beklagten Mängel (keine differenzierten Zahlen und Prognosen über den Reha-Bedarf, fehlendes kompetentes Zusammenführen des Reha-Bedarfs mit dem im Einzelfall für diesen Bedarf optimalen Angebot, fehlende Kenntnis der Reha-Angebote im Detail auch bei wohnortfernen Spezialeinrichtungen) lassen sich nicht innerhalb einer Kasse oder Kassenart beheben, sondern es bieten sich Arbeitsgemeinschaften der Reha-Träger für die Planung, Steuerung und konzeptionelle Entwicklung der Rehabilitation an. Mit den Zielvorstellungen ist es nicht vereinbar, daß die Reha-Konzepte für bestimmte Krankheitsarten je nach Kassenart, Wettbewerbssituation, Finanzpolster unterschiedlich ausfallen und ggf. noch unterschiedliche Konzeptionen für die chronischen Erkrankungen zwischen Kranken- und Rentenversicherung existieren.

74. Im Rahmen solcher Arbeitsgemeinschaften könnten dann durchaus jenen Trägern, die bestimmte Aufgaben aufgrund ihrer Organisationsstruktur am besten erfüllen können, solche Aufgaben auch übertragen werden. Wegen ihrer besonderen Kenntnis wohnortnaher Reha-Möglichkeiten wäre die Krankenversicherung z. B. für die Durchführung der ambulanten Rehabilitation besonders geeignet, auch wenn es sich um Versicherte handeln sollte, für die die Rentenversicherung zuständig ist. Erst wenn solche gemeinsamen Aufgabenstellungen existieren, könnten die Krankenkassen, ohne Wettbewerbsnachteile zu befürchten, die Struktur im Angebot der Leistungserbringer gestalten, ohne lediglich die von deren Berufsverbänden bestimmten Ausstattungs- und Zulassungskriterien, die auf Abgrenzung und gegenseitige Abschottung gerichtet sind, nachzuvollziehen.

75. Durch Auswertung aller geeigneten Daten, bei Beachtung datenschutzrechtlicher Gesichtspunkte, müßten die Krankenkassen den Reha-Bedarf feststellen und in den Einzelfällen die Arbeitsgemeinschaft einschalten, welche über die zu ergreifenden Maßnahmen entscheidet. Auch hierzu müßten die Kassen gesetzlich verpflichtet werden, da die Motivation zur Einleitung ggf. kostspieliger Reha-Maßnahmen sehr unterschiedlich entwickelt ist. Da ein Reha-Konzept meist erst noch zu entwickeln ist, liegt in der Erprobungsregelung des § 67 SGB V eine große Chance für die Krankenversicherung.

76. Gerade weil der Reha-Bereich heute von den Krankenkassen im Gegensatz zur Prävention nicht so sehr als Handlungsfeld des Wettbewerbs angesehen wird, müßten solche Arbeitsgemeinschaften die Planung und Steuerung der Rehabilitation im konzeptionellen und institutionellen Bereich wahrnehmen. Zur notwendigen Einbindung des medizinischen Sachverstands ist der neu gegründete Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit diesen Arbeitsgemeinschaften zu verknüpfen. Damit könnte die Vertragspolitik der Verbände gehalten sein, ihre Arbeit an inhaltlichkonzeptionellen Vorstellungen über die sinnvolle Therapie/Rehabilitation chronisch Kranker auszurichten. Auf regionaler und lokaler Ebene könnten die sozialen Dienste und Reha-Dienste gemeinsam von den in der Region vertretenen Kassen getragen werden, um die strukturell bedingten Nachteile kleiner Kassen zum Aufbau solcher Dienste auszugleichen. Über die Kranken- und Rentenversicherung hinaus besteht die Notwendigkeit der Kooperation mit anderen Trägergruppen. Dafür wurde seinerzeit die BAR gegründet, deren Arbeit und Entscheidungskompetenz intensiviert und vergrößert werden müßte. Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob über solche Arbeitsgemeinschaften auch andere Defizite aus dem Gesundheitssektor (z.B. Gesundheitserziehung, Prävention) einer Lösung zugeführt werden könnten, ohne die einzelnen Leistungsträger entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag aus der Verantwortung zu entlassen.

3. 3. 2 Harmonisierung des Rehabilitationsrechts

77. Eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung muß sich auf die trägerbezogene Einordnung der Rehabilitation in das System der Sozialen Sicherheit erstrecken, soweit Zusammenhänge bestehen. Das Rehabilitationsrecht muß aufeinander abgestimmt werden. Es bietet sich hierzu an, das Spezifische im Zusammenhang mit dem Recht des jeweiligen Zweiges der Sozialen Sicherheit zu kodifizieren und das Gemeinsame in einem eigens dafür vorzusehenden Buch des Sozialgesetzbuches zusammenzufassen (BT-Drucksache 10/6705). Ziel einer solchen Kodifizierung ist es sicherzustellen, daß dem Gesamtbedarf des Behinderten oder von einer Behinderung Bedrohten ein Gesamtangebot gegenübersteht, soweit der Betroffene der Hilfe bedarf. Da-

bei sind Benachteiligungen ebenso zu eliminieren wie Überversorgungen. Zu kodifizieren ist dann das für alle Zweige gemeinsam Verbindliche wie Gesundheitsberichterstattung, Entwicklung von Rehabilitationsstrategien, Vorgaben bezogen auf Anforderungsprofile für Rehabilitationseinrichtungen, Hilfsmittelversorgung, Sozialmedizinischer Dienst, Gesamtvereinbarungen, Zusammenarbeit, Führen von Statistiken usw. Dabei ist auch die Sozialhilfe in die Harmonisierung einzubeziehen.

78. Die Einheitlichkeit der Leistungen während der Rehabilitation sollte wiederhergestellt, die Geldleistungen der Versicherungsträger wieder auf das mit dem Reha-Angleichungsgesetz harmonisierte Niveau gebracht werden. Es ist bekannt, daß erforderliche Rehabilitationsmaßnahmen von Versicherten häufig nicht in Anspruch genommen werden, weil dann erhebliche Geldeinbußen in Kauf zu nehmen sind. Vorteile hätte eine Angleichung der Geldleistungen auch insofern, als bei irrtümlicher Leistungsgewährung keine Schwierigkeiten mehr bei der Rückerstattung entstünden.

3. 3. 3 Flankierende Änderungen im Sozialrecht

79. Nach Auffassung eines Teils der Kommission sollten die Krankenkassen – entsprechend § 1236 Abs. 1 Satz 5 RVO – das Recht erhalten, ebenso wie die Rentenversicherungsträger (oder die Unfallversicherung) im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Leistungen zur Rehabilitation sowie die Rehabilitations-Einrichtungen nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen. Trotz schwieriger Abgrenzungsfragen zur Akut-Versorgung erscheint eine Steuerung individueller Rehabilitationsprozesse sinnvoll, da das Reha-Wissen in der Ärzteschaft sich höchstens mittel- und längerfristig verbessern wird.

80. Psycho-soziale Leistungen sind unerläßlicher Bestandteil der Rehabilitation und ergänzen häufig nicht nur die medizinischen Leistungen, sondern sichern vielfach erst deren Ergebnis. Medizinische Gesichtspunkte lassen sich von psycho-sozialen Faktoren, wie z.B. zusätzlichen Belastungen durch Familienkonflikte, Lernschwierigkeiten, Erziehungsproblemen usw., nicht trennen, ohne daß die Einheit der Person Schaden leidet. Die Einschränkung des § 43 Nr. 2 SGB V, welche psycho-soziale Leistungen von der Finanzierung durch die Krankenversicherung ausschließt, sollte deshalb gestrichen und psycho-soziale Leistungen in den Leistungsrahmen der Krankenversicherung aufgenommen werden. Auch der über den medizinischen Teil der Frühförderung und Frühbehandlung hinausgehende soziale und pädagogische Leistungsteil sollte durch eine Klarstellung im Gesetz der Krankenversicherung übertragen werden.

81. Da nur eine ganzheitliche Behandlung, d.h. eine Behandlung, die die verschiedenen Komponenten (medizinisch, psychisch, physio-therapeutisch, psycho-sozial) berücksichtigt, zum Therapie- und Rehabilitationserfolg führen kann, sollte den Krankenkassen über die Erprobungsregelung hinaus die Möglichkeit zur Mischfinanzierung eröffnet werden. Ebenso sind gesetzliche Öffnungsklauseln erforderlich, die die starre Trennung von Versorgungsbereichen und von Berufsfeldern aufheben.

82. Da die von der Unfallversicherung entwickelten Heilverfahrensarten gewährleisten, daß Unfallverletzte mit bestimmten besonderen Verletzungen auf dem schnellsten Wege in die beste und am meisten geeignete Behandlung und Rehabilitation kommen, sollte zur Vermeidung von bleibenden Behinderungen und Frühinvalidität die medizinische Rehabilitation von Kranken- und Rentenversicherten, die einen Privatunfall erlitten haben, in den notwendigen Fällen der gesetzlichen Unfallversicherung gegen Kostenerstattung übertragen werden, um Betroffenen die besonderen Erfahrungen der Unfallversicherung zugute kommen zu lassen.

83. Die Vorleistungspflicht sollte von der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung übertragen werden. § 6 Abs.2 RehaAnglG läuft trotz der Gesamtvereinbarung »Vorleistung« in vielen Fällen leer, weil die Rentenversicherung häufig das Vorliegen eines Rehabilitationsfalles bestreitet, also von vornherein nicht »ungeklärt« sein kann, welcher Reha-Träger zuständig ist. Es ist sinnvoll, wenn sich alle Fälle der Vorleistung nach § 43 SGB I richten. Danach ist die Vorleistungspflicht dem Träger übertragen, der zuerst in Anspruch genommen wird.

84. Damit Kontinuitätsbrüche zwischen den Sozialleistungszweigen vermieden werden, wird es für zweckmäßig gehalten, daß die Rentenversicherung, sozusagen von Anfang an, medizinische Leistungen zur Rehabilitation auch ambulant immer dann übernimmt, wenn Invalidität droht oder bereits eingetreten, aber voraussichtlich behebbar ist. Die Trennung zwischen kurativer Medizin und Rehabilitation könnte somit entschärft werden, und der stationäre Bereich könnte um bestimmte Leistungen (z. B. Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Suchttherapie, Suchtnachsorge) entlastet werden.

3. 3. 4 Weiterentwicklung durch die Selbstverwaltung

85. Aber auch ohne Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen lassen sich Verbesserungen durch die Selbstverwaltung erreichen. Um eine Übersicht über die Aufgaben in der Rehabilitation zu gewinnen, aber auch damit aus der Entstehung und dem Verlauf der Erkrankungen sowohl Konsequenzen für die rechtzeitige Einleitung von Reha-Maßnahmen als auch für die Prävention gezogen werden können, sollte die Kranken- und Rentenversicherung gemeinsam ein Berichts- und Informationssystem für die Rehabilitation und Frühinvalidität aufbauen, aus dem gesundheitspolitische Schlußfolgerungen gezogen werden können. Hierbei muß allerdings jener Versuchung widerstanden werden, Erfolgsbilanzen vorzuweisen, wobei Probleme – wenn überhaupt – nur global angesprochen, konkrete Lösungswege kaum aufgezeigt werden. Solche Berichte binden Arbeitskapazität; sie sind nicht weiterführend.

86. Verstärkt werden müssen bei den meisten Krankenkassen die Bemühungen um eine qualifizierte Beratung in der Rehabilitation. Dazu gehört, daß die hier tätigen Fachkräfte neben einer differenzierten Kenntnis der Rechtsvorschriften der anderen Sozialleistungsbereiche auch über medizinische Grundkenntnisse verfügen müssen. Daher sollte der Medizinische Dienst in die Rehabilitationsberatung einbezogen werden. Die Selbstverwaltung sollte institutionell absichern, daß die verstärkte Rolle des Medizinischen Dienstes in der Rehabilitation auch genutzt wird. Für schwierige Rehabilitationsfälle ist eine qualifizierte Rehabilitationsabklärung erforderlich, die alle Aspekte der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation einbezieht. Auch hier kann es eine Aufgabe des Medizinischen Dienstes sein, das hierfür erforderliche interdisziplinäre Team zu organisieren.

87. Für die Erarbeitung gemeinsamer Therapie- und Rehabilitationsstrategien müssen konzeptionelle Schwerpunkte

sowohl bei der ambulanten Rehabilitation (unter starker Steuerung auch durch die Kasse und den Medizinischen Dienst bei Einbindung auch nichtärztlicher Therapeuten und sozialer Dienste) ebenso wie bei stationären Reha-Maßnahmen in geeigneten Einrichtungen gesetzt werden. Hier sollten die Möglichkeiten der §§ 137, 107, 111 SGB V, stärker auf Qualitätsgesichtspunkte zu achten, genutzt werden. Damit die orts- und situationsnahe Rehabilitation am Wohnort besser vollzogen werden kann, ist auch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Kassen und Kommunen erforderlich. Wiederholt sei hier nochmals die Feststellung, daß solche Konzeptionen nicht für die Krankenversicherung alleine, sondern von den Reha-Trägern gemeinsam erstellt werden müssen (BADURA 1989). Fragen, wie man den Gedanken „Rehabilitation vom ersten Tag an" in die stationäre Versorgung integrieren kann, wie der vom Rehabilitationsangleichungsgesetz vorgeschriebene Gesamtplan, der zur Zeit nur eine unbedeutende Rolle spielt, durch eine bessere Zusammenarbeit zu ergänzen ist, wie man trägerübergreifende einheitliche Definitionen der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (verbunden mit der Erarbeitung verbindlicher Anforderungsprofile) rascher voranbringt, wer für die Erfassung und Dokumentation der medizinischen Reha-Einrichtungen in regional gegliederten Verzeichnissen und die Einrichtung einer Clearingstelle für Betten in Spezialeinrichtungen zuständig ist, kann nicht ein Sozialversicherungszweig alleine beantworten, sondern hier müssen gemeinsame Antworten gefunden werden.

88. Die Selbstverwaltung hat die Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung im Rehabilitationssektor zu fördern. Ein Forschungsinstitut für diese Zwecke – gemeinsam getragen von Renten- und Krankenversicherung – erscheint erwägenswert. Da die Träger der Rehabilitation ständig Erfahrungen in der Rehabilitation sammeln, sollten sie angehalten werden, Effizienz und Effektivität von Leistungen und Maßnahmen zur Rehabilitation zu beobachten, Defizite zu erkennen und einen daraus resultierenden Forschungsbedarf festzulegen. Sie sollten aufgefordert und ermächtigt werden, Zweckforschung »zur Rehabilitation« zu betreiben. Dabei empfiehlt es sich, einen angemessenen Finanzrahmen vorzugeben, d.h. einen bestimmten Prozentsatz der Aufwendungen für Rehabilitation von vornherein für Forschungszwecke vorzusehen. Die Träger sollten Forschungsvorhaben wissenschaftlich begleiten und auf in der Praxis verwertbare Ergebnisse drängen. Aus dem Wettbewerb der Krankenkassen sollte die Forschung herausgehalten werden. Neue technologische Entwicklungen sind zu beobachten und auf ihre Anwendbarkeit im Zusammenhang mit Rehabilitationstechnologien zu überprüfen (Intelligenz im Hilfsmittel, Technologien für Sinnesbehinderte, Elektrostimulation usw.). Die Leistungsträger sollten Rehabilitationsstätten für Zwecke der Forschung und Lehre öffnen.

89. Die Selbstverwaltung muß die Erfahrungen der Betroffenen für die Weiterentwicklung in der Rehabilitation besser nutzen sowie das Wissen und die Erfahrungen von Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden verstärkt in die Überlegungen der Selbstverwaltung – auch der Kassen vor Ort – einbeziehen. Diese sollten ggf. finanzielle, organisatorische und fachliche Hilfen durch die Rehabilitationsträger erhalten. Das Erfahrungswissen der Selbsthilfegruppen ist so mit der Selbstverwaltung zu verzahnen – sei es durch Arbeitskreise oder Ausschüsse für bestimmte Krankheitsarten oder andere Regelungen –, daß der häufig vorhandene Konflikt zwischen »Beitragszahlerinteressen« und »Patienteninteressen« stärker im Sinne des »Patienteninteresses« aufgelöst wird.

Literaturverzeichnis

ACHINGER, Hans / HÖFFNER, J. / MUTHESIUS, H. / NEUNDÖRFER, Ludwig [1955]: Neuordnung der sozialen Leistungen, Köln

ACHINGER, Hans / BOGS, Walter / MEINHOLD, Helmut / NEUNDÖRFER, Ludwig / SCHREIBER, Wilfied [1966]: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland — Bericht der Sozialenquete, Stuttgart u. a.

BADURA, Bernhard [1989]: Ideenskizze für eine Weiterentwicklung der Herzinfarkt-Rehabilitation durch die Betriebliche Krankenversicherung, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 7/8 1989, S.412 ff..

BADURA, Bernhard u. a. [1987]: Leben mit dem Herzinfarkt, eine sozialepidemiologische Studie, Heidelberg

BERATUNGSINSTITUT FÜR ANGEWANDTE STATISTIK [1988]: Medizinische Rehabilitation im Krankenhaus, Repräsentative Befragung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bei 275 Krankenhäusern

BERLEBURGER ARBEITSGESPRÄCHE [1984]: Der richtige Patient zur richtigen Zeit in die richtige Institution, 2. Berleburger Arbeitsgespräch, Bad Berleburg

BUHR, Regina [1987]: Programmentwicklung im politisch-administrativen System, Das RehaAnglG, 1974, Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik (IBS) der Universität Bielefeld, 1987, IBS-Materialien Nr. 24, Bielefeld

DELLBRÜCK, H. [1985]: Krebsnachsorge und Rehabilitation, Band 1 – Mammakarzinom, München, Bern, Wien, San Francisco

ERNST, E. [1983]: Eingliederung von Behinderten in Beruf und Gesellschaft, Köln

EWERBECK, H. [1981]: Die Versorgung behinderter und chronisch kranker Kinder, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 3/1981, S. C 77 ff.

EXPERTENKOMMISSION PSYCHIATRIE [1988]: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psycho-therapeutischen / psycho-somatischen Bereich, Bonn

GERDES, N. [1985]: Evaluation der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung, Analyse vorliegender Untersuchungen und Konsequenzen für die Rehabilitationsforschung, Reisenburg

GLOMBIG, Eugen [1989]: Behinderte und Rehabilitation, in: Zacher, Hans F. / Blüm, Norbert (Hrsg.): 40 Jahre Sozialstaat Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden

HOFFMANN, U. / SCHUBERT, J. / TATSCHMURAT, C. / ZETTEL, O. [1982]: Gruppenpraxis und Gesundheitszentren, Frankfurt/New York

JANZIK, H. H. [1988]: Sicherung der Qualität in der Versorgung von Langzeitkranken, in: Perspektiven einer Neuorientierung im Gesundheitswesen, Bericht über die gesundheitspolitische Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Behinderte am 27.09. 1988, Manuskript im Druck

KOCH, U. / HAAG, G. [1988]: Rehabilitation als Hilfe zur Bewältigung der Behinderung — eine Problemanalyse des Rehabilitationswesens am Beispiel eines Herzinfarktpatienten, in: Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 4/88

KUNZE, H. [1982]: Psychisch Kranke und Behinderte — Stiefkinder der Rehabilitation, in: Rehabilitation 1982, S. 106 ff.

MAIWALD, D. [1969]: Ein besonderes Honorar für die Rehabilitation in freier Praxis, in: Der niedergelassene Arzt, 1969, Nr. 12, S. 16 ff.

MAIWALD, D. [1987]: Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit Ärzten und Betrieben bei der beruflichen Rehabilitation — aus der Sicht eines Kassenarztes (Allgemeinmedizin), in: Rehabilitation — Herausforderung an alle, Bundeskongreß für Rehabilitation 1987, Frankfurt 1987, S. 433 ff.

PAESLACK, V. [1977]: Rehabilitation in der ärztlichen Praxis und im Krankenhaus, Protokoll der Mitgliederversammlung der BAR, 1977, Seite 20 ff..

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA) [1988]: Jahresgutachten 1988, Baden-Baden

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA) [1989], Jahresgutachten 1988, Baden-Baden

SENN, P. [1988]: Stellenwert der Kurortmedizin im Rahmen der Rehabilitation als Ergänzung der wohnortnahen Versorgung, in: Heilbad und Kurort 1988, S. 227 ff.

STETTEN, D. von [1989]: Die Behandlung chronischer Krankheiten im Rahmen der Rentenversicherung, Manuskript in Druck

TOLK, J. / PRÜMEL, U. [1988]: Wohnortnahe Versorgung von Rheuma-Kranken - Ein Symposiumsbericht, München

ZIELKE, M. / MARK, N. [1989]: Psychosomatische Erkrankungen, in: Die Betriebskrankenkasse 1989, S. 401 ff.

III. Ambulante Versorgung

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission mit der Mehrheit von 16 Stimmen* bei 1 Gegenstimme** verabschiedet.]

1. Aufgaben

1. Ziel eines Krankenversicherungssystems im Bereich der ambulanten Versorgung muß es sein, das individuelle Gesundheitsproblem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige Versorgungssystem zu plazieren. Eine inhaltliche Konkretisierung dieses Ziels setzt eine Klärung der Begriffe »Gesundheit« und »Krankheit« sowie eine Analyse des ambulanten Versorgungssystems voraus.

Die ambulante Versorgung wird durch professionelle und nichtprofessionelle Dienste und Hilfen durchgeführt. Die professionelle Versorgung umfaßt die ambulanten ärztlichen, psycho-sozialen und pflegerischen Dienste.

2. Der quantitativ und ökonomisch bedeutendste Teil der professionellen ambulanten Versorgung wird von den niedergelassenen Ärzten in eigener freiberuflicher Praxis sichergestellt. Insbesondere den Kassenärzten kommt eine Schlüsselstellung im ambulanten gesundheitlichen System zu. Als Leistungserbringer und Veranlasser von Leistungen durch Dritte besitzen die Kassenärzte einen maßgeblichen Einfluß auf die Entwicklung im ambulanten professionellen Versorgungssektor. Auch der stationäre Sektor wird durch das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Kassenärzte beeinflußt. Durch die Art und Weise ihres praktischen Umgangs mit ihren Patienten nehmen Kassenärzte auch Einfluß auf das gesundheitliche Alltagsverhalten der Bevölkerung.

3. Allerdings muß bei der Beurteilung der gesamten ambulanten Versorgung hervorgehoben werden, daß die von der Bevölkerung getragenen krankheitsbezogenen und selbstverantwortlich organisierten Aktivitäten für die Betroffenen bei feststellbaren Gesundheitsstörungen eine quantitativ und teilweise auch qualitativ größere Bedeutung haben als die Inanspruchnahme der vorgehaltenen professionellen Dienste und Hilfen. Vorliegende Schätzungen beziffern den Anteil an allen auftretenden Krankheitsepisoden, die nicht zum Arztkontakt führen, auf 60–80 Prozent. Eine dazu durchgeführe Untersuchung ergab, daß mehr als 75 Prozent aller Krankheitsepisoden im Familien-, Bekannten- und Freundeskreis oder in der Nachbarschaft »behandelt« oder »bewältigt« werden (GRUNOW 1988, S.31). Es handelt sich dabei in erster Linie um geringfügige Befindlichkeitsstörungen.

4. Die Bedeutung dieser informell erbrachten und dem professionellen ambulanten Versorgungssystem vorgelagerten Aktivitäten ist immer noch zu wenig bekannt. Größere Publizität haben Selbsthilfegruppen erringen können. Diese sind teils wegen fehlender Versorgungsangebote, teils wegen kritikwürdiger Zustände bei den professionellen Diensten entstanden. Gegenwärtig decken Selbsthilfegruppen und ähnliche Gruppen noch keinen wesentlichen Teil der ambulanten Versorgung ab. Sie existieren meist nur punktuell und auch nicht immer über hinreichend lange Zeit. Eine effektive Infrastrukturförderung zur Stützung von Selbsthilfegruppen, die ihnen ein ihrer systematischen Bedeutung entsprechendes Gewicht verleihen würde, existiert bisher nicht.

1. 1 Gesundheits- und Krankheitsbegriff

5. Maßgebend für die Aufgabenbestimmung eines Krankenversicherungssystems ist der ihm zugrundeliegende Gesundheits- und Krankheitsbegriff. Die jeweiligen Begriffsdeutungen unterliegen selbst einem historischen Wandel, insofern Gesellschaften auf bestimmten Stufen ihrer Entwicklung frühere Gebrechen nunmehr – dank technologischer und ökonomischer Möglichkeiten – als kurierbare Krankheiten ansehen oder überhaupt erst mit einer Verlängerung der Lebenserwartung auftretende somatische und psychische Dysfunktionen als behandlungsfähige und -bedürftige Krankheiten definieren. Im Umkehrschluß gilt, daß jemand, der nicht unter einer gesellschaftlich definierten und anerkannten Krankheit leidet, als gesund gilt.

6. Die WHO definiert Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen. Ein derart umfassender Gesundheitsbegriff ist für die Aufgabenbestimmung einer Krankenversicherung kaum operationalisierbar. Zudem wird die Krankenversicherung nur in Kooperation mit anderen zur Förderung der Gesundheit beauftragten oder daran interessierten Organisationen ihren Beitrag dazu leisten können.

7. Die GKV war im Rahmen der RVO in erster Linie eine Versicherung »für den Fall der Krankheit«. Mit Inkrafttreten des SGB V wird den Krankenkassen erstmals aufgegeben, nicht nur die Krankenbehandlung zu gewährleisten, sondern auch geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung ihrer Versicherten zu ergreifen (§§ 1, 20, 67 SGB V). Der Gesetzgeber hat im SGB V davon abgesehen, die Begriffe Gesundheit und Krankheit zu definieren. Es war explizit nicht beabsichtigt, die Begriffsdefinition der WHO zu übernehmen. Vielmehr soll die Klärung der Begriffe wie bisher der Rechtsprechung und der Praxis überlassen bleiben.

*) Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Herr Glombig, Abg. Haack, Abg. Dr. Hoffacker, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

**) Prof. Dr. Beske.

8. Die bisherige Rechtsprechung definiert Krankheit als regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, an den sich eine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit knüpft. Als Krankheit oder Gesundheitsstörung gilt »jede von der Norm abweichende Erscheinung«, wobei als Norm das »Leitbild des gesunden Menschen« gilt. Begriffe wie »regelwidriger Körper- oder Geisteszustand« ebenso wie das »Leitbild des gesunden Menschen« werden letztlich in Abhängigkeit vom Zeitgeist aber auch von soziologischen und medizinischen Erkenntnissen interpretiert.

1. 2 Normative Rahmenbedingungen

9. Im Grundgesetz finden sich allenfalls Anhaltspunkte, wie ein System der ambulanten ärztlichen Versorgung auszugestalten ist. Aus dem Sozialstaatsprinzip kann abgeleitet werden, daß der Gesetzgeber verpflichtet ist, für ein angemessenes Gesundheits- und Versorgungssystem Sorge zu tragen und, unter Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes, den Zugang für alle behandlungsbedürftigen Bürger zu gewährleisten. Dem Gesetzgeber steht allerdings ein weiter Gestaltungsspielraum zu, wie er dieses System ausgestalten will und welche Finanzmittel er für angemessen hält (PAPIER 1988, Rz.1 ff.). Innerhalb des gewählten Systems ist eine Ungleichbehandlung ohne sachlich rechtfertigende Begründung unzulässig. Eine Reform darf einzelne soziale Gruppen nicht privilegieren.

10. Einschränkungen für eine gesetzliche Neuregelung des Verhältnisses von Krankenkassen zu Kassenärzten ergeben sich aus der Freiheit der Berufswahl und der Berufsausübung nach Art. 12 GG sowie aus dem Eigentumsschutz des Art. 14 GG. Insbesondere stellt sich die Frage, ob einem Überangebot an Kassenärzten durch besondere Maßnahmen gegengesteuert werden darf. Gegen Zulassungsbeschränkungsabsichten bei der kassenärztlichen Versorgung wird mit dem Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30 ff.) argumentiert. Das Gericht hatte unter den damaligen Umständen Zulassungsbeschränkungen auf der Basis von Verhältniszahlen für verfassungswidrig erklärt, weil ein solcher Eingriff in die Berufsausübung materiell einer Beschränkung der Berufswahlfreiheit nahekomme und nicht durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gerechtfertigt sei. Deshalb müsse grundsätzlich jeder zulassungsfähige Arzt zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen werden.

11. Diesem Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts lagen Verhältnisse zugrunde, die mit der heutigen Situation nicht vergleichbar sind. Daher vertreten einzelne Verfassungsrechtler die Meinung, daß der Bindungswirkung des Urteils eine neue Beschränkung der Zulassungsvoraussetzungen nicht entgegen steht. Allerdings lassen sich Eingriffe in die Zulassungsfreiheit verfassungsrechtlich nur dann rechtfertigen, wenn eine bedrohliche Gefahrenlage für die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung erkennbar ist und zuvor alle zulassungsverträglicheren Steuerungsmittel ausgeschöpft sind.

12. Andere Eingriffe in die Berufsausübungsfreiheit müssen im Einzelfall notwendig, geeignet, zumutbar und verhältnismäßig sein. Maßnahmen zur Berufslenkung toleriert das Grundgesetz nicht (BVerfGE 33, 303, 332). Eine Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium allein zur Begrenzung des Überangebots wäre daher verfassungswidrig.

13. Unbestritten ist der Gesetzgeber verpflichtet, die Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Krankenversicherungssystems zu gewährleisten. Verfassungsrechtlich ungeklärt ist die Reichweite, die dem Gesetzgeber bei Eingriffen in die Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern offensteht. Das Bundesverfassungsgericht hat direkte staatliche Eingriffe in das Vergütungssystem zur Sicherung der finanziellen Stabilität des Krankenversicherungssystems für zulässig erachtet, wenn der Gesetzgeber zunächst erfolglos versucht hat, sein Ziel mit weniger belastenden Maßnahmen zu erreichen. Ein gesetzlicher Eingriff ist vor allem dann verfassungsrechtlich zu rechtfertigen, wenn die Selbstverwaltung der Vertragspartner den ihr auf diesem Gebiet eingeräumten Handlungsspielraum nicht ausgefüllt hat. Eine Verletzung von grundrechtlich geschützten Eigentumsrechten durch den gesetzlichen Eingriff wird in aller Regel schon deshalb nicht in Betracht kommen, weil sich der Schutzbereich des Art. 14 GG nur auf bestehende Rechte und Güter erstreckt, nicht aber faktisch oder rechtlich zugelassene Nutzungsmöglichkeiten oder gar Chancen mit einbezieht.

14. Die Grenze der Eingriffsbefugnis dürfte dort liegen, wo bei typisierender Betrachtungsweise eine schwerwiegende und unzumutbare Belastung für einzelne oder bestimmte Gruppen vorliegt. Entscheidend ist dabei auf die Einkommenssituation der Ärzte und die Ertragslage der Praxen abzustellen.

15. Das SGB V hat das früher im wesentlichen in der RVO geregelte Kassenartzrecht und das Vertragsrecht der Ersatzkassen in den Grundstrukturen unverändert übernommen. In weiten Bereichen sind die §§ 72-106 SGB V nur bereinigt und neu gegliederte Fassungen des bisherigen Rechts (WANNER 1989, S.190 ff.; KNIEPS 1989, Rz. 135 ff.).

1. 3 Defizite

16. Defizite in der Aufgabenbestimmung eines Krankenversicherungssystems gehen im Bereich der ambulanten Versorgung auf drei Hauptursachen zurück:

- Systematische Untergewichtung der Prävention und Gesundheitsförderung;
- Naturwissenschaftlich verengter Krankheitsbegriff mit der Folge einer Überbetonung von medizinischer Diagnose, Therapie und Rehabilitation (cure) gegenüber Pflege (care);
- Ungleichgewichtung der zwei Interventionssysteme (ambulante gesundheitliche und soziale Versorgung) und deren fehlende Verzahnung. Die Versorgungssysteme haben unterschiedliche Entwicklungsbedingungen und Zugangsmechanismen. Klare Regelungen zur Aufgabenabgrenzung fehlen ebenso wie institutionalisierte Übergänge zum und aus dem professionellen Krankenversicherungssystem. Die Übergänge folgen vielmehr Zufällen und Einflüssen, die zumeist keinen Direktbezug zu dem Problem aufweisen. Aspekte wie Bildungsstand, soziale Schicht, soziale Integration oder Vereinzelung sind bedeutsam.

Im einzelnen werden folgende wesentliche Defizite gesehen:

Behandlungsbedürftige Krankheiten erreichen das System nicht

17. Von 100 Krankheitsepisoden erreichen 60 bis 80 Prozent das professionelle Gesundheitssystem nicht (TROSCHKE 1981; GRUNOW 1988). Ganz überwiegend, aber eben nicht sämtlich, gehören sie dort auch nicht hin. Der in dieser

Hinsicht wirksame Filtereffekt (Fremd- und Selbstselektion) selektiert zu einem großen Teil nicht nach medizinisch rationellen Kriterien. In allen Bereichen außerhalb und innerhalb des Systems finden sich sowohl behandlungsbedürftige wie nicht behandlungsbedürftige Erkrankungen. Belegbar ist, daß der Filtereffekt zu Ungleichbehandlungen unter den sozialen Schichten führt.

Nicht medizinisch behandelbare Krankheiten gelangen in das Medizinsystem

18. Infolge des Rückgangs familiärer, nachbarschaftlicher und milieumäßig organisierter Netzwerke sowie dem Fehlen anderer nicht-medizinischer Auffangstrukturen gelangen Sozialprobleme in das Medizinsystem. Von jenen Gesundheitsstörungen, die über den niedergelassenen Arzt vorgetragen und so in das Krankenversorgungssystem gelangen, können nach verschiedenen Schätzungen zwischen 50 und 70 Prozent dort nicht problemgerecht gelöst werden, weil sie weder medizinischer Natur noch medizinisch im Sinne von »Heilung« zu beeinflussen sind.

Schichtspezifische Disparitäten

19. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung differiert in Abhängigkeit von sozialer Schichtzugehörigkeit gemessen an den gängigen Gesundheitsparametern: Lebenserwartung, Gesamtsterblichkeit, Kindersterblichkeit, Krankenstand, Arbeitsunfähigkeit, psychiatrische Morbidität und Häufigkeit chronischer Krankheiten. Über den Gesundheitszustand entscheiden nicht allein die Versorgungschancen. Zugangschancen zu mehr Gesundheit können nicht nur durch die Höhe der Einkünfte, sondern auch durch Wissen, Faktoren des Arbeitens, des Wohnens und des Lebensstils nachhaltig beeinflußt sein. In der medizinischen Versorgung tragen aber darüber hinaus auch Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patient zu einer Verschärfung der Disparitäten bei.

Mangelnde ärztliche psychosomatische und psychosoziale Kompetenz

20. Der enge Zusammenhang zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit macht die Berücksichtigung alterspezifischer Problemlagen bei der medizinischen Versorgung notwendig: Zum Beispiel bei 5- bis 14jährigen, die geistig-seelische Entwicklung; bei 15- bis 24jährigen riskantes Verhalten als Ausdruck von Anpassungsschwierigkeiten an die soziale Umwelt oder auch als konkrete existenzielle Probleme; bei 25- bis 44jährigen überfordernde Lebenslagen, die zu gesundheitsgefährdenden Bewältigungsstrategien führen; bei Menschen über 65 Jahren fehlende Aufgaben und Ziele als zentrales psycho-soziales Problem.

In der ambulanten Versorgung finden diese Problemlagen als krankheitsmitbegründete Ursachen bei den Ärzten zu wenig Beachtung. Die Minderheit*) der Kommission führt dies auch auf die mangelnde psychosomatische und sozialmedizinische Kompetenz der Ärzte zurück.

Übermedikamentierung

21. Als Folge unzureichender Aus- und Fortbildung können viele Ärzte auf somatische und psychische Probleme nicht adäquat reagieren. Oft werden über einen längeren Zeitraum regelmäßige Verordnung von Arzneimitteln verordnet, um den Patienten mit seinen Problemen nicht allein zu lassen. Die Minderheit*) der Kommission führt dies auch auf Fehlsteuerungen durch die Gebührenordnung und die persönliche Überlastung der Ärzte zurück. Es werden zu viele Arzneimittel und zu viele Arzneimittel mit zweifelhafter Wirkung und in nicht sinnvoller Kombination verordnet. Als Folgen sind unter anderem zu nennen:

- Nach Schätzung von Fachleuten benötigen 50 Prozent der mit Digitalispräparaten behandelten Patienten (SCHOLZ 1989, S.261) und ein Drittel bis 50 Prozent der Hypertoniker nicht zwingend eine medikamentöse Therapie.
- Die Wirkung von Mitteln zur Anregung des Hirnstoffwechsels und der Hirndurchblutung ist fraglich, zum Teil wird sie im Placebobereich angesiedelt. Diese Arzneimittel gehören jedoch zu den Medikamentengruppen, die mit die höchsten Kosten verursachen (HELD/SCHWABE 1989, S.211 ff.).
- Bei psycho-sozialen Konflikten und den psycho-sozialen Folgen körperlicher Krankheiten verordnen Ärzte Arzneimittel als sogenannte »social drugs«. Die verordneten Tagesdosen an Tranquilizer erscheinen therapeutisch oft nicht gerechtfertigt. Zudem können sie zu Suchtverhalten bei Patienten führen mit gravierenden psychischen und somatischen Schäden (HOFFMANN/FAUST 1983, S.11, 19; LOHSE/MÜLLER-OERLINGHAUSEN 1989, S.253, 352). Alternativen zur Pharmakotherapie werden in der ambulanten ärztlichen Praxis nicht in ausreichendem Maße praktiziert und sind auch außerhalb der Kassenarztpraxen nicht hinreichend verfügbar.

Unzureichende Versorgung alter Menschen

22. Aufgrund des langfristigen demographischen Wandels in der Bevölkerungsstruktur wird die geriatrische Versorgung, die psychiatrische Versorgung und die Versorgung chronisch kranker alter Menschen in Zukunft eine immer größere Bedeutung erlangen. Da die Krankheitshäufigkeit mit zunehmendem Alter steigt, ist die gesundheitliche Situation der alten Personen (60-75 Jahre) und der Hochbetagten (über 75 Jahre) für das ambulante Versorgungssystem von besonderer Bedeutung. Allerdings liegen insbesondere Daten zu gerontopsychiatrischer Versorgung, aber auch zu Gesundheitsrisiken, Krankheits- und Behinderungslast für diese Altersgruppe in befriedigender Form nicht vor. Dies ist vor allem deshalb gravierend, da schon seit langem bekannt ist, daß dieser Personenkreis den höchsten Pro-Kopf-Verbrauch an Ressourcen des Gesundheitswesens aufweist. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat im Jahresgutachten 1988 vorliegende Datenquellen zur Beschreibung der Gesundheit der älteren Bevölkerungsgruppe für die Bundesrepublik zusammengestellt und beispielhaft durch Ergebnisse ausländischer Studien ergänzt (SVR KA 1988, Ziffern 7 ff.).

23. Diagnose, Therapie, Prävention und Rehabilitation bei spezifischen Alterskrankheiten unterscheiden sich erheblich von der Versorgung in jüngeren Jahren. Ausbildungsstand, Weiterbildungsangebot und damit verknüpft die Kenntnisse und Fähigkeiten des Kassenarztes bei der Betreuung von al-

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

ten Menschen sind mangelhaft. Eine spezielle Ausbildung und Weiterbildung in Fragen der Geriatrie und der gesundheitlichen Betreuung von alten Menschen ist insgesamt nicht ausreichend sichergestellt. Dies führt zu schwerwiegenden Mangel- und Fehlversorgungen, die auch die Kostenentwicklung im ambulanten medizinischen Versorgungssektor ungünstig beeinflussen. Die Bundesrepublik Deutschland weist trotz hoher Ausgaben für die Versorgung alter Menschen auf dem Gebiet der Geriatrie gravierende Defizite aus.

24. Andererseits werden Alterskrankheiten wie akute Erkrankungszustände behandelt. Mit großem Aufwand werden viele Symptome des Alters diagnostiziert und inadäquat behandelt, anstatt den Kranken durch Betreuung, Zuwendung und Beratung den Umgang und das Leben mit spezifischen Handicaps zu erleichtern.

Es fehlt an differenzierten Behandlungsangeboten und am Zusammenwirken der vorhandenen medizinischen und sozialen Dienste im Lebensbereich von alten Patienten. In der ambulanten medizinischen Versorgung dominiert die Pharmako-Therapie und die symptomatische »Beruhigung« von psycho-sozialen Problemlagen unterschiedlichster Art.

Ergo-therapeutische, physio-therapeutische, sozialarbeiterische, logopädische oder psychologische Betreuungskompetenzen werden zu selten problemorientiert und angemessen eingesetzt. Viele Möglichkeiten der nicht-pharmakotherapeutischen Hilfe sind Kassenärzten nicht bekannt.

Fehlende pflegerische und soziale Dienste

25. Bei psycho-sozialen Problemen und bei der Versorgung chronischkranker Menschen fehlen pflegerische und soziale Dienste, die die medizinisch-ärztliche Versorgung ergänzen. Für therapiebegleitende paramedizinische Hilfen oder grundsätzliche Alternativen zu einer medizinisch-ärztlichen Behandlung, z.B. bei Dauerpatienten, die an Bluthochdruck, Diabetis und Magen-Darm-Krankheiten leiden, steht eine wissenschaftliche Evaluation noch aus. Das Defizit an sozialen Diensten führt dazu, daß soziale Hilfsbedürftigkeit in medizinische Behandlungsbedürftigkeit umdefiniert wird. Gerade bei multi-morbiden älteren Patienten entscheiden Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit sozialer Dienstleistungen auch über Art und Umfang der ambulanten medizinischen Versorgung.

26. Besonders entwicklungsbedürftig ist die häusliche Krankenpflege. 90 Prozent der Verordnungen häuslicher Krankenpflege erfolgen in der Krankenversicherung der Rentner. Ein Netz von Sozialstationen in der Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Kirchen und anderer Religionsgemeinschaften und zunehmend auch privater Unternehmen soll die häusliche Krankenpflege sichern. Die Einzugsgebiete der jeweiligen Sozialstationen umfassen in der Regel 20.000 bis 50.000 Einwohner. Diese Größenordnung macht eine medizinisch verordnete und soziale Betreuung insbesondere von alleinlebenden betroffenen alten Menschen und Pflegebedürftigen sehr schwierig.

27. Neben der häuslichen Krankenpflege vermitteln Sozialstationen auch Haus-, Familien- und Altenpflege. Fahrbare Mittagstische, Hilfe für Behinderte und psychisch Kranke, die Unterstützung nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Hilfen, die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln und der Kontakt zu allgemeiner sozialer Beratung sind ebenso zum Angebot durch Sozialstationen geworden wie die Schulung von Helfern und ehrenamtlichen Mitarbeitern. Die Sozialstationen entwickeln sich zunehmend zur primären Anlaufstelle für sozialpflegerische und krankenpflegerische Bedürfnisse der Bevölkerung. Sie stellen ein dezentrales Kontaktnetz für soziale Dienste dar. Den vorhandenen Ansprüchen können die bestehenden Sozialstationen jedoch aufgrund ihrer begrenzten finanziellen Mittel nicht gerecht werden.

28. Der Anteil der finanzierten Leistungen zur häuslichen Krankenpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung nahm in den letzten Jahren zwar zu. Dennoch befinden sich die Sozialstationen aufgrund restriktiver Kostenübernahmeregelungen bzw. oft fehlender Regelungen im Pflegebereich in einer chronischen Finanzierungskrise. Ihre Personalausstattung und die Qualifikation des eingesetzten Personals sind unzureichend; psychiatrisch geschulte Altenpfleger und ergänzende soziale Dienste fehlen ganz besonders. Die vorhandene Zahl von Sozialstationen ist also keinesfalls bedarfsdeckend und ihre Qualität nicht ausreichend. Auch die neu in das SGB V aufgenommene Leistungspflicht der Krankenkasse für häusliche Pflegehilfe bei Schwerpflegebedürftigkeit (§ 53 ff. SGB V) kann nach dem dort abgesteckten Umfang und Inhalt die finanziellen Engpässe der Sozialstationen nicht entscheidend verbessern.

Unzureichendes Wissen um den Krankheitsverlauf

29. Im Rahmen der universitären Ausbildung wird den Medizinstudenten an einem speziellen Patientenkreis sowohl in pharmakologischer wie in medizinischer Hinsicht Wissen vermittelt, das sie auf die Versorgung der Patienten in der ambulanten Praxis nicht adäquat vorbereitet. Klinische Medizin beschäftigt sich in erster Linie mit schweren behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Das Wissen der Ärzte um Vorstadien, Nachsorge und Langzeitbehandlung nach ihrer Ausbildung ist auch entsprechend gering.

Inadäquate Diagnose- und Therapiestandards

30. Die Ausbildung der Medizinstudenten in der Klinik führt später zu überhöhten Therapie- und vor allem Diagnosestandards in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ausgefeilten Diagnosemethoden und Ergebnissen stehen zum Teil keine adäquaten Therapiemöglichkeiten gegenüber. Darüber hinaus fehlen valide Untersuchungen, ob die jeweilige medizinisch-technische Therapie die richtige Antwort auf die diagnostizierte Problemlage ist. Auch findet eine stringente Überprüfung des Nutzens extrem teurer und häufig angewendeter Maßnahmen nach Wirkungsgrad, Kosten und Alternativen nicht statt.

Krankenversorgung eine Kostenfrage?

31. Krankenversorgung wird weithin unter dem Aspekt der Kosten wahrgenommen, definiert und betrieben. Dabei wird nicht einmal hinreichend zwischen Kosten und Ausgaben differenziert. Ausgaben und Ausgabentwicklung im Krankenversorgungssystem sind ein gravierendes Problem, wenngleich die hier am häufigsten benutzte Metapher von der Ausgaben-»Explosion« einer empirischen Überprüfung in der Bundesrepublik Deutschland noch weniger standhält als in eher marktwirtschaftlich organisierten Krankenversorgungssystemen wie z. B. in den USA.

32. Wichtiger aber als die metaphorische Übertreibung ist für einen Teil der Kommission die meist mit ihr verbundene Blickwinkelverengung: Beitragssatzstabilität oder die Beeinflussung von bestimmten Kostengrößen bzw. -blöcken tre-

ten allzu häufig an die Stelle eigentlicher Gesundheits- und auch Versorgungsziele. Die meist komplexeren Probleme der Steuerung und Messung von Versorgungsqualitäten werden darüber oft vergessen. Dies trifft auch auf mehrere Formulierungen im SGB V zu, wo allein der Grundsatz der Beitragsstabilität hervorgehoben wird (§§ 71, 86, 141 SGB V). Der Verzicht auf strukturierende Eingriffe zeigt sich auch in der in diesem Zusammenhang verwendeten Metaphorik: Honorare werden »gedeckelt«, Kosten werden »gedämpft«.

33. Nach Auffassung eines anderen Teils der Kommission ist neben der Beachtung der Gesundheits- und Versorgungsziele auch die Beachtung des Grundsatzes der Beitragsstabilität wichtig. Das SGB V legt diesen Grundsatz für die Empfehlung der Konzertierten Aktion und der Bundesausschüsse Krankenkassen-Ärzte dahingehend fest, daß die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten sind, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die nowendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichtkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten.

1. 4 Lösungsansätze

34. Die Mehrheit*) der Kommission hält eine grundlegende Neubestimmung der Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der ambulanten Versorgung nicht für erforderlich. In der Bundesrepublik Deutschland hat jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung kurzfristig Zugang zu diesem System. In der ambulanten Versorgung stehen neben praktischen Ärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin Ärzte jeder Fachrichtung in ausreichender Zahl zur Verfügung. Die Qualität der ambulanten Versorgung ist hoch.

35. Für die Weiterbildung der ambulanten Versorgung ist die Stärkung der Allgemeinmedizin von besonderer Bedeutung. Dabei sollte der Arzt für Allgemeinmedizin sowohl eine Aufgabe als qualifizierte Schaltstelle zur Weiterleitung von Patienten in andere Bereiche des Systems der gesundheitlichen und sozialen Sicherung wahrnehmen als auch in der Lage sein, so viele Patienten wie möglich abschließend und auf Dauer zu behandeln, da damit die Funktion des Allgemeinarztes als Familienarzt am besten erfüllt wird und außerdem diese Versorgung am kostengünstigsten ist.

Probleme in der ambulanten ärztlichen Versorgung werden insbesondere in einer zunehmenden Zahl sich niederlassender Ärzte gesehen.

36. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist relativ starr. Es wird bedauert, daß es für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung zu wenig Möglichkeiten für Experimente und Modellversuche gibt. Daher lautet die Forderung, ausreichend Möglichkeiten und Experimentierklauseln zu schaffen, die es erlauben, für notwendig gehaltene Änderungen oder Weiterentwicklungen des Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen, durch wissenschaftlich begleitete Versuche zu erproben. Die den Krankenkassen in den §§ 63 ff. des SGB V eingeräumte Möglichkeit, bestimmte Modellvorhaben über einen Zeitraum von 5 Jahren zu erproben – wobei diese wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten sind –, weist in diese Richtung.

Insgesamt wird die Auffassung vertreten, daß eine grundsätzliche Änderung des Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht notwendig ist, sondern daß eine schrittweise Weiterentwicklung aufgrund gesicherter Erkenntnis erfolgen soll.

37. Die Minderheit*) der Kommission hält tiefgreifende Änderungen in Gestaltung und Steuerung der ambulanten Versorgung und der daraus resultierenden Aufgaben des Krankenversicherungssystems für unverzichtbar. Entscheidend kommt es nach dieser Auffassung darauf an, daß die unterschiedlichen Versorgungsarten (professionelles Krankenversorgungssystem, professionelle psycho-soziale bzw. soziale Hilfen und Institutionen, nichtmedizinisches und nichtprofessionelles Bewältigungshandeln) zu drei Säulen der ambulanten Versorgung im Sinne von tendenziell gleichberechtigten Versorgungssystemen aufgebaut werden. Organisationsformen, Preise und Honorare sollen dahingehend verändert werden, daß sie zu einem angemessenen Behandlungsaufwand führen und den Gefahren einer Maximal- oder einer Minimalversorgung begegnen. Dazu sind Vergütungsformen auszuhandeln, die eine medizinisch und wirtschaftlich unnötige Leistungsvermehrung (wie z.B. bei der Einzelleistungsvergütung im Bereich der kassenärztlichen Versorgung) unterbinden.

38. Es werden Organisationsformen bevorzugt, die die Nachteile der Einzelpraxis überwinden (fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren etc.). Kriterien und Instrumente der Qualitätskontrolle sind in Zusammenarbeit mit den Kassen zentral und dezentral zu entwikkeln (*peer group review*, Stichprobenverfahren, *second opinion*, Prüfärzte).

Der Zugang zur ärztlichen Versorgung und das Verhältnis zwischen Primärärzten (Allgemeinärzte, allgemeinärztlich tätige Internisten etc.) und Spezialärzten wird im Spannungsfeld zwischen freier Arztwahl einerseits und der Vermeidung von Übermedikalisierung und fehlgeleiteten Patientenkarrieren andererseits neu gestaltet.

39. Den sozialen und pflegerischen Hilfs- und Betreuungsorganisationen bzw. -berufen soll gegenüber dem ärztlich professionellen System größere Selbständigkeit eingeräumt werden. In diesem Zusammenhang ist zu überprüfen, ob eine Institutionalisierung über Selbstverwaltungskörperschaften analog zur Ärzteschaft erfolgen sollte.

Nicht zuletzt gebührt der organisierten Betroffenenkompetenz (z. B. Selbsthilfegruppen) gesundheitspolitisch erhöhte Aufmerksamkeit. Sie bedarf der materiellen und ideellen Förderung sowie der rechtlichen und tatsächlichen Aufwertung durch die Bereitstellung förderlicher Infrastrukturen. Gründung, Aufbauhilfe und materielle Unterstützung sind dabei pragmatisch zu handhaben.

40. Ein den Grundsätzen von Humanität, Effektivität und Effizienz verpflichtetes Krankenversicherungssystem erfordert die organisatorische Verzahnung zwischen den drei Systemen der ambulanten Versorgung. Wenngleich ärztlich-medizinische Institutionen zur Kooperation mit den anderen beiden Säulen verpflichtet werden müssen, kann die

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Verzahnung nicht den Leistungserbringern allein überlassen werden; sie ist Aufgabe der Gesundheitspolitik.

Mit der Bewältigung dieser komplexen Gestaltungs- und Steuerungsaufgabe sind die gegenwärtigen Akteure mit den ihnen zur Verfügung stehenden Kompetenzen und Instrumenten überfordert. Hierzu bedarf es vielmehr der Zusammenführung der Kompetenzen auf regionaler Ebene. Regionale Organisationsprinzipien bieten günstige Voraussetzungen für die Entwicklung eines gemeindenahen, umfassenden, alle Bedarfsgruppen einschließenden Versorgungssystems, da sie in einem gegenseitigen Bedingungsverhältnis zu den regionalen Infrastrukturen stehen.

41. Diese Zusammenführung der Kompetenzen auf regionaler Ebene soll in Form regionaler Gesundheitskonferenzen erfolgen, denen im wesentlichen die folgenden Aufgaben zugewiesen sind:

- Die Gewährleistung der Gesundheitsberichterstattung und Definition vorrangiger Gesundheitsziele,
- die Aushandlung des regionalen Versorgungsbedarfs auf der Grundlage der regionalen Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen, die sich ihrerseits an den zentralstaatlichen Empfehlungsgrößen orientiert, jedoch von den dortigen Normen, Standards und Richtzahlen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten abweichen kann,
- die Durchführung von Qualitätskontrollen auf der Basis normierter Qualitätsstandards,
- die Schaffung von Infrastrukturen für die organisierte Betroffenenkompetenz,
- die Entwicklung und Durchführung von Konzepten zur Gesundheitsförderung.

42. Eine regionale Gesundheitskonferenz kann sich entweder allein aus Vertretern der Krankenkassen und Gebietskörperschaften oder drittelparitätisch aus Vertretern der Krankenkassen, der Gebietskörperschaften und der Leistungserbringer zusammensetzen. Der Vorzug einer nur aus Krankenkassen und Gebietskörperschaften besetzten regionalen Gesundheitskonferenz ist darin zu sehen, daß eine Kompromißfindung nicht bereits bei der Problemdefinition erforderlich ist und damit die Möglichkeit zu eindeutiger Interessenartikulation besteht. Kritisch wird hiergegen eingewandt, daß die professionelle Kompetenz in die Entscheidungsprozesse nicht hinreichend einbezogen werde. Diesem Argument würde eine Besetzung unter Einbeziehung der Leistungserbringer Rechnung tragen. Gegen diese Konstellation werden jedoch Zweifel im Hinblick auf die Ausgleichsfähigkeit der unterschiedlichen Interessen der Beteiligten geäußert. Unabhängig von der weiter zu diskutierenden Frage der Besetzung einer regionalen Gesundheitskonferenz setzt deren effektive Tätigkeit eine Kooperation zwischen den Krankenkassen zwingend voraus.

Schließlich ist im Zusammenhang mit der Organisation einer regionalen Gesundheitskonferenz vertiefend zu überprüfen, ob der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung auf die Gebietskörperschaften als Teil der Gesundheitskonferenz übertragen werden soll.

43. Die Mehrheit*) der Kommission vertritt die Auffassung, daß die Strukturprobleme bei der kassenärztlichen Versorgung im Grundsatz nur über eine »Stärkung des Versicherungsprinzips« längerfristig lösbar sind. Konkret heißt dies, daß anders als in der heutigen Situation in diesem Sektor eine »erweiterte Vertragsfreiheit« für Versicherte, Krankenkassen und auch Leistungsanbieter geschaffen werden muß. Statt der Vorgabe von medizinisch zu gewährenden Leistungen durch den Staat oder kollektiven Organen (Selbstverwaltungskörperschaften) soll der einzelne Versicherte gemäß seiner Zahlungsbereitschaft über Umfang und Struktur der von ihm gewünschten medizinischen Leistungen entscheiden können. Ihm soll dadurch die Möglichkeit eröffnet werden, neben der bisherigen Volldeckung seines Krankheitsrisikos auch alternative Vertragsangebote verschiedener Kassen mit entsprechenden finanziellen Belastungen zu wählen.

44. Diesen alternativen Vertragsangeboten von seiten der Kassen soll eine erweiterte Vertragsfreiheit der Kassen gegenüber einzelnen Leistungsanbietern korrespondieren. Die Kassen könnten demnach mit den Ärzten in Form von Gruppen- oder Individualverträgen direkt in Beziehung treten und dadurch die medizinisch notwendige Versorgung ihrer Mitglieder durch sachliche und personelle Kapazitäten sicherstellen. Demzufolge entfällt die bisherige Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihr Sicherstellungsauftrag bei der kassenärztlichen Versorgung, der allenfalls bei dem einmal bestandenen Mangel an Ärzten gerechtfertigt war. Angesichts der »Ärzteschwemme« und dem dadurch verstärkten Wettbewerb unter den Ärzten werden Befürchtungen hinsichtlich einer Qualitätsverschlechterung bei ärztlichen Leistungen für unbegründet gehalten.

2. Bestandsaufnahme

2. 1 Funktion der Kassenärzte

45. Bei den in der Bundesrepublik Deutschland vorhandenen ambulanten Versorgungsweisen professioneller Art überwiegt die Versorgung durch niedergelassene Ärzte in eigener, freiberuflich ausgeübter Praxis. Das vorherrschende Verständnis der ambulanten Versorgung als Bereitstellung medizinischer Dienste spiegelt sich hier wider. Die Aufgaben des niedergelassenen Arztes umfassen dabei viele Versorgungsfelder. Dem Kassenarzt kommt die Schlüsselrolle im ambulanten gesundheitlichen System zu. Als Anbieter und Veranlasser von Dienstleistungen und als Motivator und Anleiter für das Alltagsverhalten von Menschen bei gesundheitlichen und psycho-sozialen Problemen besitzt der Kassenarzt maßgeblichen Einfluß auf das gesamte auch nichtmedizinische Versorgungssystem.

46. Die kassenärztliche Versorgung gliedert sich in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung. Sie umfaßt ärztliche Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, der Belastungserprobung oder der Arbeitstherapie, die Anordnung von Hilfeleistungen anderer Personen, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, von Krankentransporten, Krankenhausbehandlung oder die Behandlung in Vorsorge- bzw. Rehabili-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.
Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

tationseinrichtungen, die Verordnung häuslicher Krankenpflege und häuslicher Pflegehilfe, die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten für Krankenkassen und soziale Leistungsträger. Maßnahmen zur Empfängnisregelung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation sowie Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung und die Aktivierung psycho-sozialer Hilfen fallen ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich der kassenärztlichen Versorgung.

47. Nach dem Selbstverständnis der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften stellt die allgemeinmedizinische Versorgung folgende umfassende Hilfen bereit: die Erkennung und Behandlung jeglicher Art von Erkrankungen; die Gesundheitsführung von Patienten; die Früherkennung von Krankheiten; die Sofortbehandlung lebensbedrohlicher Zustände; die ärztliche Betreuung chronisch-kranker und alter Menschen; die Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden; die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen; die Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken sowie die Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete und anderer nichtärztlicher Berufsgruppen in Praxen, Tageskliniken, Sozialstationen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

48. Aufgrund der vorherrschenden Aufgabenzuweisung durch die gesetzliche Krankenversicherung und dem Selbstverständnis der ärztlichen Profession besitzt die Kassenarztpraxis Anlauf-, Verteilungs-, Verordnungs-, Koordinations- und kritische Bewertungsfunktionen für die Inanspruchnahme sämtlicher ambulanter Hilfen. Der einzelne Kassenarzt übernimmt dabei sowohl »Anwaltsfunktion« für die Interessen von Patienten und ihre gesundheitlichen Belange und »Notarfunktion« für die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Leistungsverpflichtungen. Zwischen »Anwalts- und Notarfunktion« muß der einzelne Arzt einen Ausgleich herstellen, der oft das Aushandeln von Kompromissen oder auch parteiische Entscheidungen erfordert.

49. Ärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Der ausdrückliche Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gibt ihnen ein Monopol für die ambulante ärztliche Behandlung aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Behandlungsmonopol der Kassenärzte wird durch ihre Alleinzuständigkeit bei der Definition von Erkrankungen ergänzt.

2. 1. 1 Leistungserbringer

50. Zulassung und Mandat weisen dem Arzt ausschließende Rechte bei der Definition von Krankheit zu. Der Patient ist meist nicht in der Lage, die ärztliche Tätigkeit fachkundig zu beurteilen oder zu kontrollieren, was durch seinen gefühlsmäßigen Zustand vor allem bei ernsthafter Erkrankung noch verstärkt wird. Der Arzt ist der Entscheidungsträger über die Art und den Umfang des Einsatzes der Gesundheitsgüter.

51. Die starke ärztliche Stellung gegenüber dem Patienten, den Krankenkassen und den nichtärztlichen Gesundheitsberufen findet ihre Stütze im Kassenarztrecht. Das Sozialgesetzbuch (SGB V) räumt den Kassenärzten eine weitgehend im fachlichen Rahmen gegebene Definitionsmacht über das Kranksein ein. Was ärztliche Behandlung ist – und damit zugleich der Umfang und die Inhalte der ambulanten Behandlung überhaupt – bleibt der Festlegung des Arztes überlassen, soweit hierzu nicht ihn bindende Bestimmungen durch Verträge oder Richtlinien vorliegen. Sein Definitionsrahmen wird im wesentlichen durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bestimmt. Darin werden u.a. die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen durch Bewertungsausschüsse festgelegt, die paritätisch mit Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besetzt sind (§ 87 SGB V). Des weiteren dürfen nach § 135 SGB V neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den Kassenärzten zu Lasten der Kassen nur dann abgerechnet werden, wenn die Bundesausschüsse nach § 91 SGB V mittels Richtlinien nach § 92 SGB V qualifizierte Empfehlungen abgegeben haben. Die in diesem Rahmen gegebene Definitionsmacht bedeutet einerseits Therapiefreiheit für die Ärzte, anderseits aber Bindung der Versicherten und der Krankenkassen an die ärztliche Entscheidung und, last not least, Bindung oder Ausschluß für andere Gesundheitsberufe.

52. Das Monopol des Kassenarztes, über das Krank- und Gesundsein eines Patienten zu befinden, eröffnet ihm auch die Möglichkeit, über den Umfang seiner Leistungen zu disponieren. Dabei wird dieser Umfang nicht immer nur vom tatsächlichen medizinischen Bedarf des Patienten bestimmt. Wird der Arzt nach Einzelleistungen honoriert – dies ist derzeit nur im Rahmen der Weiterverteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung nach der Gesamtpauschalvergütung durch die Krankenkassen möglich –, besteht für ihn ein materieller Anreiz, Leistungen über das medizinisch Notwendige hinaus zu erbringen. Die dadurch ausgelöste mengen- und wertmäßige Leistungsausweitung wird als anbieterinduziert bezeichnet.

2. 1. 2 Leistungsveranlasser

53. Die traditionelle Darstellung der Ausgabenentwicklung getrennt nach den unterschiedlichen Ausgabenbereichen verdeckt die Schlüsselposition, die der Arzt bei der Veranlassung von »Drittleistungen« einnimmt. Durch Verordnungen und Überweisungen lösen die niedergelassenen Ärzte im Schnitt ca. ein Vier- bis Fünffaches der Kosten für die ambulante ärztliche Behandlung aus. Dabei ist bedeutsam, daß das Veranlassungsvolumen mit zunehmender Nähe zur Grundversorgung ansteigt.

Arzneimittel

54. Kennzeichnend für die Rolle des Patienten ist, daß sich seine Nachfrage nach ärztlichen Leistungen auf eine Dienstleistung für den gesamten Krankheitsfall bezieht. Die tatsächliche Erbringung der erforderlichen Dienstleistungen vollzieht sich im Regelfall in Teilleistungen. Als solche Teilleistung ist die Verordnung von Arzneimitteln eingebettet in das umfassende Beziehungsgeflecht zwischen Arzt und Patient, das sich als Interaktion zwischen einem Experten und einem Laien darstellt. Die starke Stellung des Arztes äußert sich darin, daß er weitgehend ohne Beurteilungs- und Kontrollmöglichkeit durch den Patienten die Entscheidung darüber fällt, ob eine pharmakotherapeutische Maßnahme zur Erzielung des beabsichtigten Heil- bzw. Linderungserfolges eingesetzt wird; außerdem trifft er bei Anwendung einer medikamentösen Therapie die Arzneimittelauswahl.

55. Dem Argument der Arztdominanz auf dem Arzneimittelsektor wird insbesondere von der Ärzteseite entgegengehalten, daß der Patient eine Art »Nachfragedruck« produziere, dem sich der Arzt häufig nicht entziehen könne, weil

dieser mit einem Arztwechsel drohe. Dies ändert allerdings nichts an der rechtlichen Verpflichtung des Arztes zu einer medizinisch indizierten und wirtschaftlichen Verordnungsweise.

56. Der ihnen rechtlich und tatsächlich zugewiesenen dominierenden Rolle bei der Medikamentenverschreibung werden die meisten Ärzte unter den gegenwärtigen Bedingungen kaum gerecht. Die pharmakologische Ausbildung im Medizinstudium ist unzureichend. Entscheidende Mängel bestehen ferner darin, daß die Pharmakotherapie gegenwärtig nicht unter Einbeziehung praxisrelevanter und möglicher Behandlungsalternativen in die jeweiligen klinischen Disziplinen integriert ist und die wirtschaftlichen Folgen von Arzneiverordnungen kaum thematisiert werden. Diese Mängel wurden auch durch die Approbationsordnung für Ärzte aus dem Jahre 1978, die die Pharmakologie durch die Einführung von zwei Kursen aufwertete, nicht behoben.

57. Die pharmakologischen Ausbildungsdefizite werden auch durch die bisherigen Fortbildungsmaßnahmen nicht kompensiert. Innerhalb des Fortbildungsangebotes der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen spielt die Pharmakologie eine nur untergeordnete Rolle. Der Arzt ist deshalb weitgehend auf die Informationen der Arzneimittelhersteller (Pharmaberater, Produktveranstaltungen) angewiesen. Das Engagement der Pharmaindustrie bei der pharmakologischen Fortbildung dient neben der Produktwerbung insbesondere dem Ziel, den ärztlichen Behandlungsstil dahingehend zu orientieren, daß in der Regel dem Patienten als Teil der Behandlung eine Medikamentenverordnung ausgestellt wird. Eine rationelle Arzneimitteltherapie läßt sich durch herstellerabhängige Fortbildungsmaßnahmen nicht erzielen.

Heil- und Hilfsmittel

58. Die Beurteilung der Rolle des Arztes bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln hat die Heterogenität dieses Bereiches zu berücksichtigen. Es bestehen zahlreiche Teilmärkte, die sich hinsichtlich Produktart, Angebotsstruktur und Preisbildungsmechanismus unterscheiden.

Physio-therapeutische Leistungen

59. Zur Physio-Therapie zählen aktive Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik, Ergo-Therapie) sowie passive Maßnahmen (z. B. Massagen, Bäder, Packungen), die bis heute in der Wertschätzung von Ärzten und Patienten einen hohen Rang einnehmen. Die Funktion des Arztes bei der Physiotherapie ist derjenigen auf dem Arzneimittelsektor rechtlich und sozial vergleichbar. Leistungen der physikalisch-medizinischen Therapie müssen von einem Kassenarzt verordnet werden. Innerhalb des Rahmens der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien ist der Arzt in seiner Entscheidung über das »Ob« und »Wie« physio-therapeutischer Leistungen frei. Eine Beurteilungs- und Kontrollmöglichkeit besteht für den Patienten infolge des Wissensgefälles zwischen Arzt und Patient nicht.

Der entscheidende Mangel der Arztdominanz ist darin zu sehen, daß es den Ärzten aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung häufig an einem kompetenten Umgang mit den Indikationen und dem differenzierten Maßnahmenspektrum in der physikalischen Therapie fehlt.

Sehhilfen

60. Anders als bei den Arzneimitteln sowie den physio-therapeutischen Maßnahmen kommt den Ärzten im Bereich der Sehhilfen nur bedingt eine Schlüsselrolle zu. Lediglich die Erstverordnung einer Brille muß der Augenarzt vornehmen. Demgegenüber ist eine Versorgung mit Ersatzbrillen nicht an eine ärztliche Verordnung gebunden; sie darf vielmehr nach der Rechtsprechung allein aufgrund einer Augenglasbestimmung durch den Augenoptiker erfolgen. Die Versorgung ohne vorherige ärztliche Verordnung nimmt zu. Gegenwärtig werden ca. 30 Prozent aller Augenglasbestimmungen von Augenoptikern vorgenommen.

Hörhilfen

61. Von einer ärztlichen Dominanz kann insoweit ausgegangen werden, als die Gewährung von Hörhilfen stets an eine Verordnung gebunden ist. Sie beschränkt sich allerdings auf die Entscheidung der Frage, ob eine alters- oder krankheitsbedingte Schwerhörigkeit vorliegt, die die Versorgung mit Hörhilfen erfordert. Mit der Hörgeräteauswahl ist der Arzt demgegenüber infolge der Vielzahl der auf dem Markt befindlichen Hörhilfen regelmäßig überfordert. Dies belegen die ärztlichen Verordnungen, die ganz überwiegend nur allgemeine Hinweise für den Lieferanten enthalten. Die Geräteauswahl wird damit letztlich dem Hörgeräteakustiker übertragen.

Orthopädische Hilfsmittel; Heil- und Hilfsmittel besonderer Art

62. Die Stellung des Arztes bei den orthopädischen Hilfsmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln besonderer Art ist derjenigen bei den Hörhilfen vergleichbar. Zwar beinhalten die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Regelungen zum Verordnungsinhalt und damit zur Hilfsmittelauswahl. Die Vielzahl der Hilfsmittel mit ihren unterschiedlichen Material- bzw. technischen Eigenschaften sowie Bezeichnungen und Handelsnamen erschweren jedoch die Anwendung der Richtlinien, zumal Aus- und Weiterbildung den Arzt auf diesen Sektor seiner Tätigkeit nicht hinreichend vorbereiten. Die von den Fachinnungen angebotenen Informationsveranstaltungen werden nur in Ausnahmefällen angenommen. Fortbildungsangebote seitens der Ärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen fehlen weitgehend. Als Folge bleibt die konkrete Ausstattung und damit die Hilfsmittelauswahl den Lieferanten überlassen.

Ärztliches Überweisungsverhalten

Überweisungen zu Gebietsärzten

63. Die Bedeutung des Überweisungssektors wird durch die Tatsache belegt, daß ca. 1/3 aller Behandlungsfälle auf Sekundärbehandlungen (Überweisungen) entfallen. Sie kommt auch darin zum Ausdruck, daß trotz rückläufiger Versichertenzahl die Überweisungsfälle im Kassenarztbereich auch im Vergleich zum Anstieg der Behandlungsfälle insgesamt überproportional gestiegen sind.

Die Zahl der Überweisungen wird weitgehend durch den Arzt bestimmt. Das verfügbare Datenmaterial gibt keinen Aufschluß darüber, wie groß der Anteil der Patienten ist, die allein auf eigenen Wunsch überwiesen werden.

64. Die Ursachen des Anstiegs der Zahl der Überweisungsfälle sind im wesentlichen zu sehen in:

- Der durch Aus- und Fortbildung erworbenen Angewohnheit, die Ausschluß- und Differentialdiagnostik bis zur äußersten Grenze des technisch Möglichen voranzutreiben;
- dem Anstieg der Zahl der Gebietsärzte und der Vielfalt der Spezialgebiete. Eine Studie der AOK-Dortmund weist aus, daß die dort bestehende überdurchschnittliche Gebietsarztdichte (67 Prozent gegenüber 56,6 Prozent im Bundesdurchschnitt) eine überdurchschnittlich hohe Zahl an Sekundärscheinen nach sich zieht (insgesamt 22 Prozent mehr Sekundärscheine je Gebietsarzt als im Bundesdurchschnitt);
- der Hilflosigkeit bei psychosomatischen und psycho-sozialen Erkrankungen.

65. Infolge unzureichender Kompetenz des überweisenden Arztes sowie mangelhafter Kooperation zwischen überweisendem Arzt und Überweisungsempfänger bleiben die in einer Überweisung liegenden Steuerungsmöglichkeiten weitgehend ungenutzt:

- Überweisungen werden in Überschätzung eigener Möglichkeiten oft verzögert vorgenommen und erfolgen nicht nach rationellen Kriterien. Eine fachgebietsübergreifende Kooperation sowie ein interkollegialer Diskurs findet nur in seltenen Fällen statt. Dies hat vermeidbare Doppel- bzw. Mehrfachuntersuchungen zur Folge und verhindert eine frühzeitige, gezielte Therapieeinleitung.
- Überweisungen erfolgen überwiegend ungezielt. Auftragsleistungen spielen im Rahmen des Überweisungsgeschehens nur eine untergeordnete Rolle. Hinzu kommt, daß der Überweisungsnehmer nur selten über die bisherigen diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen unterrichtet und mit einer konkreten Fragestellung konfrontiert wird. Einer Studie der AOK-Dortmund zufolge erfolgen über 80 Prozent der Überweisungen ohne spezifizierte Angaben. Eine Stufendiagnostik kann nicht zum Zuge kommen. Dies läßt sich am Beispiel der Schilddrüsenerkrankungen verdeutlichen: Der lapidare Hinweis »Schilddrüsendiagnostik«, der sich nahezu durchgängig auf den Überweisungsscheinen findet, ohne Angabe der Verdachtsdiagnose, der Symptome und der bereits erhobenen Befunde, veranlassen den Überweisungsempfänger regelmäßig zur Durchführung des kompletten schilddrüsendiagnostischen Spektrums. Bei gezielter Fragestellung wäre – abhängig von der Art der vermuteten Erkrankung – jeweils nur ein Teilspektrum der Untersuchungen erforderlich.

Einweisungen in Krankenhäuser

66. Mit der von ihm veranlaßten Krankenhauseinweisung bestimmt der Kassenarzt weitgehend den Zugang zu stationärer Versorgung. Der kontinuierliche Anstieg der Krankenhausaufnahmen bei gleichzeitig abnehmender Verweildauer ist mit den Veränderungen objektiver Determinanten wie Bevölkerungsstruktur, Altersstruktur und Morbiditätsstruktur allein nicht erklärbar. Vielmehr deutet die stei-gende Zahl von Krankenhauseinweisungen auch auf eine Veränderung des ärztlichen Einweisungsverhaltens hin. Große Bedeutung kommt dem wachsenden Konkurrenzdruck unter den Kassenärzten infolge steigender Arztzahlen zu. Ein Hausarzt wird eher geneigt sein, seinen Patienten in ein Krankenhaus einzuweisen als eine Überweisung an einen niedergelassenen Gebietsarzt vorzunehmen. Es wird befürchtet, daß der Patient in der Behandlung des Überweisungsempfängers verbleibt. Ein weiterer Grund für den Anstieg der Einweisungszahlen wird in der kassenärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung gesehen. Durch die Einweisung der kostenintensiven Leistungsfälle in die stationäre Versorgung kann der Fallkostendurchschnitt, der Maßstab für die Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ist, gesenkt werden.

67. Schließlich wird das ärztliche Einweisungsverhalten in erheblichem Maße vom Fehlen ausreichender Infrastrukturen bestimmt. Die Begleituntersuchung zum »Bayern-Vertrag« hat ergeben, daß die Hälfte aller befragten Kassenärzte innerhalb eines Quartals Patienten allein wegen fehlender komplementärer Einrichtungen ohne medizinische Notwendigkeit in ein Krankenhaus eingewiesen haben.

68. Auch die Selbsteinweisungen durch Patienten, die vor allem in Ballungsgebieten an Bedeutung gewinnen, sind – zumindest teilweise – auf Einstellungen und Verhaltensweisen der Kassenärzte zurückzuführen. Die hausärztliche Versorgung ist vor allem nachts und an Wochenenden oftmals nicht sichergestellt. Die Nichterreichbarkeit ihres Hausarztes sowie die vielfach unterstellte höhere Kompetenz des Krankenhauses veranlassen Patienten, in Notfällen unmittelbar das Krankenhaus aufzusuchen. Selbst bei funktionierendem Notdienst kommt es verstärkt zu Krankenhauseinweisungen. Der ärztliche Notdienst und Notarzt ist in Unkenntnis der Krankengeschichte des Patienten eher als der behandelnde Arzt geneigt, in Zweifelsfällen eine Einweisung in die stationäre Behandlung vorzunehmen. Damit übernehmen Krankenhäuser vor allem nachts und an Wochenenden Funktionen, die eigentlich der ambulanten Versorgung zugewiesen sind.

Zusammenarbeit mit psycho-sozialen Versorgungseinrichtungen

69. Auch das Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion zeigt den Mangel an komplementären ambulanten Behandlungsangeboten auf, die der Reintegration und Stabilisierung von Kranken mit langfristigen Krankheitsverläufen dienen. Defizite lassen sich vor allem im Bereich von Geriatrie und Psychiatrie feststellen. Es fehlt dabei insbesondere an anerkannten, ärztlich geleiteten Übergangsheimen, an angemessenen betreuten Wohnangeboten, therapeutisch kompetent ausgestalteten Wohn- und Pflegeangeboten für geronto-psychisch Kranke, an Berufsförderangeboten, arbeitstherapeutischen Maßnahmen sowie an geschützten Arbeitsplätzen für seelisch Behinderte.

70. Soweit komplementäre Angebote existieren, ist die Kooperation der Kassenärzte mit derartigen Einrichtungen unzureichend. Nach der Nervenarztstudie des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung aus dem Jahre 1987 ist davon auszugehen, daß nur in etwa der Hälfte der Fälle, in denen komplementäre Einrichtungen oder psycho-soziale Dienste im Einzugsgebiet den Nervenärzten bekannt sind, tatsächlich eine Kooperation stattfindet. Die mangelhafte Zusammenarbeit wird im wesentlichen auf zwei Ursachen zurückgeführt: Defizite in Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Lücken im Vergütungssystem.

71. Nach den für die Bundesrepublik Deutschland vorliegenden Erfahrungen sowie nach Einschätzung der WHO ist die fehlende Kooperation nicht zuletzt das Ergebnis völlig getrennter Ausbildungswege, in denen Ärzte und andere soziale oder psychologische Berufsgruppen keinen Kontakt

haben. Teamfähigkeit wird im Rahmen der Aus- und Weiterbildung nicht erlernt.

72. Auch die Vergütungsregelungen werden als Ursache genannt: Gemeinsame, teamorientierte Lösungsansätze sind äußerst zeitaufwendig und werden den Kassenärzten auch nach dem am 1. Oktober 1987 in Kraft getretenen neuen einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht vergütet.

73. Vergleichbare Defizite lassen sich auch bei der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen feststellen. Die Aufgabe der Ärzte im Zusammenhang mit den Selbsthilfegruppen besteht vor allem darin, auf diese hinzuweisen und Zugangsbarrieren abzubauen. Die Motivation der Ärzte zu einer derartigen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen ist bisher wenig erschlossen. Neben der fehlenden Teamfähigkeit sind mangelnde Kenntnis der Funktion, Verfügbarkeit und Zugänglichkeit hierfür ursächlich.

Ärztliche Anordnung von Laborleistungen

74. Laborleistungen gehören zu den veranlaßten Leistungen, die im Rahmen der ärztlichen Gesamtvergütung honoriert werden. Sie können in unterschiedlichen Organisationsformen erbracht werden:

- Eigenlabor
  Im Eigenlabor werden alle Schritte der Befunderhebung von der Entnahme des Untersuchungsmaterials bis zur Beurteilung der Ergebnisse durch den behandelnden Arzt oder durch qualifizierte Mitarbeiter unter seiner Aufsicht und Weisung selbst durchgeführt.
- Auftragslabor
  Im Auftragslabor werden Untersuchungen aus eingesandten Untersuchungsmaterialien oder aus Untersuchungsmaterial, das dem hierzu überwiesenen Patienten entnommen wird, als Auftragsleistungen durchgeführt.
- Laborgemeinschaft
  In der Laborgemeinschaft werden Untersuchungen ausschließlich aus Untersuchungsmaterial des eigenen Behandlungs- oder Begutachtungsfalles des jeweiligen Mitgliedes der Laborgemeinschaft durchgeführt.

75. Laborleistungen wurden ursprünglich grundsätzlich im Labor des einzelnen Arztes erbracht. Die Weiterentwicklung von Methoden hat die Erfassung klinisch-chemischer Parameter erleichtert und dazu geführt, daß immer mehr Laborleistungen üblich wurden. Diese Entwicklung wurde durch eine großzügige Honorierung gefördert, die bei der zunächst nur relativ seltenen Erstellung von Laborleistungen durch den Arzt selbst gerechtfertigt war, aber bei zunehmender Automatisierung im Labor erhebliche Rationalisierungsgewinne zuließ. Wegen der erheblichen finanziellen Belastungen im eigenen Labor haben Ärzte unter Ausnützung der damit gegebenen Verdienstmöglichkeiten Laborgemeinschaften gegründet, in denen Laboruntersuchungen zentralisiert und bei zunehmender Automatisierung durchgeführt werden.

76. Als Gegenreaktion auf den steigenden Anteil von Laborleistungen am Honorar und um einen ungebremsten Anstieg zu verhindern, wurden für Laborleistungen wiederholt Absenkungen innerhalb der kassenärztlichen Gesamtvergütung vereinbart. 11,4 Prozent der Aufwendungen für die ärztliche Behandlung insgesamt wurden 1986 für Laborleistungen verwendet. Mit ca. 2,3 Milliarden DM für Laborleistungen dürfte die Bundesrepublik Deutschland einen Spitzenplatz in der Welt bei der klinisch-chemischen Analyse einnehmen. Die hohen Aufwendungen für Laborleistungen sind nicht per se Indiz für Fortschritt und Wirtschaftlichkeit. Ein großzügiger Einsatz dieser Diagnostik birgt die Gefahr einer Vielzahl falsch positiver Befunde mit der Folge aufwendiger und unnützer Diagnostik und Behandlung. Diesem Phänomen wird bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

77. Die Mengenausweitung ergibt sich bei den Laborleistungen nicht nur aus den ökonomischen Anreizen, sie wird auch durch die Bereitstellung von Multikanalanalysegeräten gefördert, die – soweit sie nicht selektiv arbeiten – unabhängig vom individuellen Krankheitsgeschehen stets eine bestimmte Anzahl von Parametern auswerfen. So fielen im dritten Quartal 1987 bezogen auf 100 Fälle 123 Parameter an.

78. Die zunehmende Automatisierung im Labor kommt den von den Ärzten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung erlernten Einstellungen entgegen. Die Angewohnheit vieler Kassenärzte, möglichst viele klinisch-chemische Parameter zu bestimmen, folgt dem Beispiel der klinischen Versorgung an einem speziellen Krankengut, die für ihre Aus- und Weiterbildung eine Vorbildfunktion hat. Die Neigung wird verstärkt durch die Preisgestaltung zahlreicher Laborgemeinschaften und Auftragslabors: Die Kosten der Einzelbestimmungen werden nach der georderten Menge gestaffelt (Mengenrabatte).

79. Der am 1. Oktober 1987 in Kraft getretene einheitliche Bewertungsmaßstab sah eine Absenkung der Ausgaben für Laborleistungen um 800 Millionen DM vor. Hierzu wurden die Bewertungen der klinisch-chemischen Parameterbestimmungen zum Teil deutlich gesenkt. Die dadurch eingesparten Mittel sollten zugunsten der zuwendungsintensiven Medizin umverteilt werden. Ob diese Absicht auch ohne eine Pauschalierung von Laborleistungen längerfristig erreicht werden kann, bleibt abzuwarten. Die Erfahrungen vergangener Jahre lassen befürchten, daß bei einem Einzelleistungsvergütungssystem die Ausgabensteuerung über Einzelpreise letztlich durch weitere Mengenausweitungen bei verstärkter Zentralisierung der Leistungserbringung konterkariert wird.

Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

80. Zu den verordneten Maßnahmen des niedergelassenen Arztes mit beträchtlichen ökonomischen Auswirkungen gehört die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Sie löst die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers und nach deren Ablauf den Krankengeldanspruch gegenüber der Krankenkasse aus. Wenngleich der Anteil der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall an den gesamten Lohnnebenkosten von 8,6 Prozent im Jahre 1975 auf 6,5 Prozent im Jahre 1986 zurückgegangen ist, bindet die mit der Arbeitsunfähigkeit verbundene Pflicht zur Lohnfortzahlung oder zur Zahlung von Krankengeld erhebliche volkswirtschaftliche Ressourcen. Die Ausgaben für Lohnfortzahlung und Krankengeld stiegen im Zeitraum 1970 bis 1985 um über 100 Prozent von 15,667 Milliarden DM auf 32,379 Milliarden DM. Die Ausgaben wurden im Jahre 1985 durch 1505,7 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder der GKV (Pflicht- und freiwillige Mitglieder) verursacht.

81. Dem Arzt kommt bei der Krankschreibung ein hohes Maß an Verantwortung zu. Hierauf wird er jedoch im Rahmen der klinisch ausgerichteten Aus- und Weiterbildung nicht hinreichend vorbereitet. Kriterien bei der Ausstellung

von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und ihre wirtschaftlichen Folgen werden dem Arzt nicht vermittelt. Dieses Ausbildungsdefizit wird durch das gegenwärtige Fortbildungsangebot, das im wesentlichen an den letzten Entwicklungen der Hochleistungsmedizin orientiert ist, nicht abgebaut.

2. 2 Ausgewählte Problembereiche im System der ambulanten Versorgung

2. 2. 1 Bedarfsplanung und Qualifikation der Kassenärzte

Arztzahlentwicklung, Versorgungsunterschiede

82. Seit den 70er Jahren ist ein starker Anstieg der zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte zu verzeichnen. Diese Entwicklung weist dabei regionale und arztgruppenspezifische Unterschiede auf:

- Der Zuwachs erfolgte vor allem in verdichteten Gebieten.
- Die Zahl der Fachärzte stieg schneller als die der Allgemeinärzte.

Die Ausweitung des Ärzteangebotes kann nicht ohne Bezug zur Inanspruchnahme und zu den Ausgaben gesehen werden.

In den Jahren 1980 bis 1986 stieg die Behandlungsfallzahl um ca. 2,0 Prozent. Die Fallzahlentwicklung verlief in den einzelnen Gebietsarztgruppen unterschiedlich. Während bei den Allgemeinärzten ein deutlicher Fallzahlrückgang zu verzeichnen war, nahm die Fallzahl bei den Fachärzten stetig zu. Der Zuwachs bei den Fachärzten ist auf die Primärinanspruchnahme und vor allem auf die Sekundärinanspruchnahme zurückzuführen.

83. Mit wachsender Arztzahl ging zwar die Inanspruchnahme je Arzt zurück, doch war gleichzeitig ein starker Anstieg des Fallwerts zu verzeichnen. Dies hatte zur Folge, daß das von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubringende Finanzvolumen für die kassenärztliche Versorgung erheblich anstieg. Andererseits vermochte der Anstieg des Fallwertes in stark verdichteten Regionen den Rückgang der Fallzahl bei einzelnen Ärzten nicht voll zu kompensieren. Hierdurch verstärkte sich der Amortisationsdruck in technisch-apparativ aufwendig ausgestatteten Praxen mit der Gefahr einer Vernachlässigung medizinischer Gesichtspunkte gegenüber ökonomischen Aspekten bei der Leistungsausrichtung durch die Ärzte.

84. Die erwähnte Arztzahlentwicklung löste darüber hinaus teilweise einen kontraproduktiven Wettbewerb im Bereich der veranlaßten Leistungen aus. Er führte einerseits zu medizinisch nicht indizierten Gefälligkeitsleistungen, andererseits zu unnötigen Krankenhauseinweisungen anstelle von Überweisungen zu anderen Kassenärzten als potentiellen Konkurrenten. Wegen der Einzelheiten der Arztzahlentwicklung und der hieraus resultierenden Konsequenzen wird auf die Darstellungen in den Jahresgutachten 1987 und 1988 des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion verwiesen.

85. Das 1987 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung strebt eine Beschränkung des regionalen und nach Gebietsärzten differenzierten Angebotes an. Die gesetzliche Vorgabe einer Überversorgung bei Überschreitung des bedarfsgerechten Versorgungsgrades um mindestens 50 Prozent, die zeitliche Beschränkung von Zulassungssperren sowie die Möglichkeit von Ausweichsreaktionen (z.B. Niederlassung von Fachärzten als Ärzte ohne Gebietsbezeichnung in einem für das betreffende Fachgebiet gesperrten Gebiet) beschränken die Wirkung des Gesetzes auf eine Angebotsverteilung. Außerdem wird die Bedarfsgerechtigkeit von der gegenwärtigen Zahl der Ärzte her definiert. Diese Festsetzung, der empirische Untersuchungen nicht zugrunde liegen, muß als willkürlich erscheinen.

Verhältnis zwischen medizinischer Grundversorgung und fachärztlicher Versorgung

86. Zu den Aufgaben der Grundversorgung gehören das Erkennen und die Behandlung jeglicher Art von Erkrankungen, die Gesundheitsführung von Patienten, die Früherkennung von Krankheiten, die Sofortbehandlung lebensbedrohlicher Zustände, die ärztliche Betreuung chronisch kranker und alter Menschen, die Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für den Kranken sowie die Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete und anderen nichtärztlichen Berufsgruppen in Praxen, Tageskliniken, Sozialstationen, in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

87. Als Vorteile der medizinischen Grundversorgung (hausärztliche Versorgung) werden allgemein folgende Faktoren an-gesehen:

- Der Hausarzt verfügt über Kenntnisse des privaten und beruflichen Umfelds seiner Patienten, die bezogen auf individuelle soziale und psychische Situationen angemessene Behandlungswege eröffnen.
- Als zentrale Anlaufstelle mit Überwachungs- und Verteilungsfunktion kann der Hausarzt den Patienten vor unnötigen Behandlungen und Maßnahmen durch Dritte bewahren. Er kann aber auch das medizinisch Notwendige veranlassen und sicherstellen, daß die erhobenen Befunde von ihm zu einem Gesamtbild integriert werden. Insoweit gilt die hausärztliche Versorgung – auch nach internationalen Erfahrungen – als besonders wirtschaftlich.

88. Träger der medizinischen Grundversorgung sind gegenwärtig

- weitergebildete Ärzte für Allgemeinmedizin,
- nicht weitergebildete Ärzte (Praktische Ärzte),
- hochspezialisierte Gebietsärzte, die ohne Hinweis auf ihr Fachgebiet als Arzt praktizieren,
- Hausärztliche Aufgaben werden zudem vor allem in städtischen Bereichen und für Mittelschichtangehörige in steigendem Maße von Internisten, Kinder- und Frauenärzten wahrgenommen.

89. Wesentliche ökonomische Mängel im Verhältnis der medizinischen Grundversorgung zur spezialärztlichen Behandlung sind darin zu sehen, daß

- die Rechtsordnung in der kassenärztlichen Versorgung gegenwärtig die Inanspruchnahme von Fachärzten über eine obligatorische Hausarztüberweisung nicht vorsieht. Dies verhindert eine gesundheitspolitisch und ökonomisch sinnvoll abgestufte, koordinierte ambulante ärztliche Betreuung;

- die Versorgungsangebote im Bereich der medizinischen Grundversorgung im jetzigen System wegen der unterschiedlichen Trägergruppen für den Patienten völlig undurchsichtig sind und zu vermutende Qualitätsunterschiede verdeckt werden;
- den Ärzten in der Grundversorgung eine ausreichende Kompetenz infolge ihrer naturwissenschaftlich verengten und vorwiegend klinisch ausgerichteten Ausbildung fehlt. Kompetenzdefizite sind insbesondere bei Ärzten anzunehmen, die sich nach Abschluß ihrer Ausbildung und nach Ableistung einer gleichfalls nicht zwingend ambulanzzentrierten, patientennahen Vorbereitungszeit als Kassenärzte der medizinischen Grundversorgung niederlassen können. Der Anteil der Kassenärzte ohne oder mit unzureichender Weiterbildung lag Ende 1986 immerhin bereits bei 18 Prozent. 1988 betrug der Bruttozuwachs an nicht weitergebildeten praktischen Ärzten 7,1 Prozent, wohingegen der Zuwachs bei den weitergebildeten Ärzten für Allgemeinmedizin nur bei 4 Prozent lag (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 1989, A 13).

Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die ambulante Versorgung und Nutzung des Laienpotentials

90. Die kassenärztliche Behandlung erfolgt grundsätzlich durch approbierte Ärzte. Sie bezieht die Hilfeleistungen anderer Personen nur dann ein, wenn der Arzt sie anordnet. Die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten von Hilfspersonen sind noch nicht ausgeschöpft und daher erweiterbar. In der Praxis stößt eine derartige Ausweitung aber auf erhebliche leistungsrechtliche und abrechnungstechnische Hindernisse.

Ein entscheidender Mangel dieser Situation besteht darin, daß die Differenziertheit der Gesundheitsberufe und die Vielfalt der verfügbaren, teilweise von Nichtärzten ausgeführten Behandlungsmethoden für die Patienten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht nutzbar gemacht werden (z. B. in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie u.s.w.) kann.

91. Einzelne im SGB V enthaltene gesetzliche Vorschriften (§§ 85, 118, 119, 120 SGB V) tragen der Vielfalt der Gesundheitsberufe teilweise Rechnung, indem sie bei der ambulanten psychiatrischen und bei der ambulanten sozialpädiatrischen Versorgung ausdrücklich nichtärztliche Fachkräfte in die kassenärztliche Versorgung einbinden. Diese Regelung bezieht sich sowohl auf Arztpraxen als auch auf psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren. Andere nichtärztliche Fachkräfte, die der Kassenarzt bei zusätzlichen Aufgaben in der kassenärztlichen Versorgung sinnvoll einsetzen könnte, werden durch die Vorschrift nach § 85 Abs.2 SGB V nicht gedeckt.

2. 2. 2 Kassenärztliche Behandlungsstile

Die kurative Ausrichtung der ambulanten Versorgung — das naturwissenschaftliche Paradigma in der Medizin

92. Das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen richtet sich überwiegend nach den Vorstellungen der Schulmedizin und ist damit einseitig naturwissenschaftlich ausgerichtet. Das Ziel der Naturwissenschaften, mit möglichst objektiven Daten zu möglichst allgemeingültigen Regeln und zur Formulierung von Naturgesetzen zu kommen, prägt in der Medizin entscheidend den Charakter des Versorgungsangebotes:

- Es ist vorwiegend kurativ ausgerichtet.
- Somatische Veränderungen und Normabweichungen werden in den Vordergrund gestellt.
- Als Urteilsbasis werden möglichst objektive Daten angestrebt.

Defizite in Prävention und Rehabilitation

93. Definition, Inhalt und Defizite der Prävention und der Rehabilitation sind in den entsprechenden Kapiteln umfassend dargestellt.

Übermaß an Diagnostik

94. Von einem Übermaß an Diagnostik kann dann ausgegangen werden, wenn dieselben Behandlungsergebnisse mit einem geringerem diagnostischen Aufwand erreicht werden können. Im Zeitraum 1980 bis 1986 erhöhte sich die Punktzahl je Fall um rund 17 Prozent. Die Zunahme des abgerechneten Leistungsvolumens wurde dabei im wesentlichen durch den Anstieg solcher Leistungen bestimmt, die dem diagnostischen Bereich zuzuordnen sind, wie Laborleistungen, radioimmunologische Untersuchungen, Röntgenleistungen, Sonographien.

95. Die Ursachen dieser Entwicklung sind vielschichtig. Aus- und Weiterbildung der Ärzte erfolgen an einer spezifischen Patientenklientel in klinischen Einrichtungen. Störungen im somatischen Akutbereich stehen dabei im Vordergrund. Jungen Ärzten stellt sich der medizinisch-technische Fortschritt in Kliniken unkritisch dar. Sie werden von den diagnostischen Möglichkeiten in den Krankenhäusern bei ihrer späteren Arbeit im ambulanten Bereich geprägt. Dies verleitet die jungen Ärzte dazu, die Bedeutung technischer Methoden zu überschätzen. Die Ausbildung an Universitätskliniken bringt zudem die Gewöhnung an einen sehr hohen Standard mit sich, den der Arzt bei seiner Berufsausübung im ambulanten Bereich beibehalten will. Die dort betriebene extensive Diagnostik ist nicht zuletzt auch auf eine verstärkt defensive medizinische Einstellung zurückzuführen, die durch eine steigende Zahl von Haftpflicht- und Kunstfehlerprozessen gefördert wird. Neben der durch Aus- und Weiterbildung erworbenen Einstellung der Ärzte wird die Entwicklung der Diagnostik ganz wesentlich durch das Vergütungssystem geprägt.

96. Der gegenüber dem begrenzten Wachstum der Gesamtvergütung überproportionale Punktzahlanstieg führt zu sinkenden Punktwerten, d.h. die einzelne ärztliche Leistung wird geringer vergütet als in der Vergangenheit.Dies veranlaßt den einzelnen Arzt, zur Einkommenssicherung die Zahl seiner Leistungen weiter zu erhöhen. Zwangsläufige Folge dieser Handlungsweise ist eine Verschiebung des Leistungsspektrums hin zu solchen Leistungen, die sich mit geringem ärztlichen Aufwand erbringen lassen und die eine möglichst günstige Vergütungs-Kosten-Relation aufweisen. Dies ist vor allem beim Einsatz medizinisch-technischer Diagnoseverfahren der Fall.

97. Schließlich geht die Ausweitung der Diagnostik auf die Einführung neuer medizinisch-technischer Geräte zurück, die in den vergangenen 25 Jahren einen schnellen Verlauf nahm. Medizinisch-technische Großgeräte werden zunehmend im Bereich der ambulanten Versorgung eingesetzt. Ih-

re Zahl hat sich im Zeitraum 1984 bis 1987 nahezu verdoppelt.

98. Die Amortisation der mit der Einrichtung medizinisch-technischer Großgeräte in die ambulante Praxis verbundenen hohen Anschaffungskosten erfordert eine optimale Geräteauslastung. Unter solchen Umständen besteht für den Arzt ein starker Anreiz, seine Leistungserbringung nicht streng am medizinischen Bedarf zu orientieren, sondern stark von eigenen wirtschaftlichen Überlegungen mitbestimmen zu lassen.

99. Neue Technologien können zweifellos Fortschritte auf dem Gebiet der Medizin mit sich bringen.Es werden damit nicht nur Leistungen erbracht, die noch vor einiger Zeit für ausgeschlossen gehalten wurden; sie ermöglichen auch, Patienten mit weniger riskanten und belastenden Methoden zu untersuchen. Der Einsatz neuer Technologien ersetzt nur in wenigen Fällen alte Verfahren völlig; sie werden häufig komplementär zu den bereits bestehenden Verfahren eingesetzt. Dies ist zum einen durch den unterschiedlichen Informationsgehalt verschiedener Verfahren bedingt. Aber selbst bei einer möglichen Substitution herkömmlicher Untersuchungsmethoden werden vorhandene Geräte aus wirtschaftlichen Gründen bis zu ihrer vollständigen Abschreibung weiter eingesetzt.

Überbehandlung geringfügiger Erkrankungen

100. Die Ausrichtung der Aus- und Weiterbildung am klinischen Hochleistungsprinzip führt nicht nur zu einem Übermaß an Diagnostik im ambulanten Sektor, sondern zieht auch eine Überbehandlung – präziser eine pharmakotherapeutische Überbehandlung – geringfügiger Erkrankungen nach sich. Damit werden dem angehenden Arzt die für die Behandlung und Führung der Patienten in der ambulanten Praxis erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten sowie sozialen und emotionalen Einstellungen nicht ausreichend vermittelt. Erkenntnisse über die psycho-sozialen Hintergründe von Befindlichkeitsstörungen und Krankheitsverläufen bleiben so in der Praxis weitgehend unberücksichtigt. Maßnahmen zur Stärkung der psychovegetativen Belastbarkeit, zur Stärkung des Patientenselbstvertrauens u.s.w. werden nicht ergriffen. An ihre Stelle tritt die symptomorientierte Pharmakotherapie.

101. Defizite in der Aus- und Weiterbildung sind jedoch nicht allein ursächlich für die Übertherapie geringfügiger Erkrankungen. Ein Vergütungssystem nach Einzelleistungen verstärkt die erlernten Verhaltensmuster. Dabei lassen sich geringfügige Erkrankungen regelmäßig wirkungsvoller und kostengünstiger durch ein einfühlsames Gespräch zwischen Arzt und Patient, ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen, behandeln. Ein derartiges Gespräch, bei dem unter Umständen auch Hinweise auf den Einsatz bewährter Hausmittel gegeben werden können, ist erheblich zeitaufwendiger als die Verordnung eines Medikaments und sollte entsprechend vergütet werden. Dies soll durch den neuen EBM weiter gefördert werden.

102. Die gängige Verschreibungspraxis der Kassenärzte determiniert auch die bei den Patienten bestehende Vorstellung über den ärztlichen Behandlungsstil. Sie erweckt bei den Patienten den Eindruck, daß ihre Beschwerden nur dann ernst genommen werden, wenn der Diagnostik eine Rezeptausstellung folgt. Dadurch ist die Medikamentenverordnung im Patientenbewußtsein u. a. zum Maßstab für die Qualitätsbeurteilung eines Arztes und zu einem Wettbewerbsfaktor zwischen den Ärzten geworden, der angesichts steigender Arztzahlen an Bedeutung gewinnt.

103. Im dargestellten Kontext über die ärztliche Verschreibungspraxis muß der Ausschluß von sogenannten Bagatellarzneimitteln aus der Leistungspflicht der Krankenkassen kontraproduktiv wirken. Dies wird durch die gewonnenen Erfahrungen seit Inkrafttreten der Ausschlußbestimmung bestätigt: Die in der Vergangenheit verordneten gering wirksamen Präparate wurden, z. B. bei Erkältungskrankheiten, durch hochwirksame Medikamente wie Antibiotika ersetzt. Diese Entwicklung ist gesundheitspolitisch und aus Kostengründen bedenklich. Ob Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106 SGB V und die zu vereinbarenden arztgruppenspezifischen Richtgrößen für Arzneimittel nach § 84 SGB V das beschriebene Ausweichsverhalten künftig unterbinden können, ist offen.

Vernachlässigung alternativer Therapieansätze

104. Auf die fehlende Integration der Arzneimitteltherapie in das Gesamtspektrum der zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden wurde bereits hingewiesen. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich deshalb auf das Verhältnis schulmedizinischer Maßnahmen zu alternativen Therapieansätzen.

105. Die Entstehungsgeschichte des schulmedizinischen Lehrgebäudes in der Blütezeit der klassischen Naturwissenschaften zeigt das auch heute noch vorherrschende Bemühen, mechanistische Erklärungsmodelle für das Entstehen von Krankheiten und daraus abgeleitet entsprechende Therapievorschläge zu entwickeln. Dieses naturwissenschaftliche Paradigma der Medizin behindert die Anwendung sinnvoller alternativer Therapieansätze.

106. Eine entscheidende Ursache dieser Behinderung sind die im Vergleich zur Schulmedizin strengeren Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis einer alternativen Behandlungsmethode. So wurde z. B. der Einsatz durchblutungsfördernder Mittel in der Vergangenheit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht in Frage gestellt, obwohl namhafte Pharmakologen wiederholt begründete Zweifel an deren Wirksamkeit geäußert haben. Anders verhält es sich demgegenüber bei alternativen Behandlungstherapien wie z. B. der Akupunktur, die wegen fehlenden Wirksamkeitsnachweises aus der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen bleibt und damit dem Arzt als kassenärztliche Therapiemethode nicht zur Verfügung steht.

107. Zwar werden in § 2 Abs.1 SGB V Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen als Kassenleistung nicht ausgeschlossen, aber die Leistungspflicht an den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis gebunden. Nicht ausreichend erprobte neue Verfahren oder zwar bekannte, aber nicht bewährte Außenseitermethoden lösen keine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen aus. Dabei scheint den Krankenkassen ein Spielraum eingeräumt worden zu sein. Sind Arzneimittel für eine besondere Therapierichtung von den Krankenkassen anerkannt, dann sind sie nach § 35 Abs.2 SGB V auch festbetragsfähig. Solche von den Krankenkassen anerkannte Arzneimittel besonderer Therapierichtungen kann das BMA durch Rechtsverordnung nach § 34 Abs.2 SGB V nicht ohne weiteres aus dem Leistungskatalog der GKV ausschließen, vielmehr muß bei solchen Überlegungen ihrer besonderen Wirkungsweise Rechnung getragen werden.

108. Der Wirksamkeitsnachweis alternativer Behandlungskonzepte wird zudem dadurch erschwert und zum Teil sogar unmöglich gemacht, daß einseitig naturwissenschaftliche Maßstäbe bei ihrer Beurteilung angelegt werden, obwohl diese Behandlungsmethoden gerade auf einem Abrükken von der streng naturwissenschaftlichen Denkungsweise beruhen. Die bisherige vor allem naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin trifft gegenwärtig auf sich verändernde Einstellungen in der Gesellschaft. Patienten reagieren auf die technologischen Vorgehensweisen der Schulmedizin mit einer zunehmenden Skepsis und wenden sich vermehrt nichtorthodoxen Behandlungsmethoden zu, wie an der wachsenden Inanspruchnahme von naturheilkundlich tätigen Ärzten und Heilpraktikern ablesbar ist.

2. 2. 3 Kassenärztliche Betriebsformen

Einzelpraxis als überwiegende Betriebsform

109. Die in der Bundesrepublik Deutschland dominierende Form der Praxisausübung bei niedergelassenen Ärzten ist die kassenärztliche Einzelpraxis. Gemeinschaftspraxen haben als Betriebsformen eine zwar wachsende, aber immer noch untergeordnete Bedeutung in der kassenärztlichen Versorgung. Ihre Zahl belief sich 1988 auf 5.821 gegenüber 2.844 im Jahre 1980. Wenn auch mit abnehmender Tendenz stellen Gemeinschaftspraxen zwischen Ehegatten oder Verwandten annähernd die Hälfte an den Gemeinschaftspraxen insgesamt (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 1989, A 21).

110. Der Anteil fachübergreifender Gemeinschaftspraxen an den Gemeinschaftspraxen insgesamt ist unverändert gering. Ihre Zahl lag 1986 bei ca. 100. Zu dieser Situation hat entscheidend die jahrelange Rechtsunsicherheit im Hinblick auf die Zulässigkeit dieser Praxisform beigetragen. Hiergegen wurde im wesentlichen eingewandt, einer Gemeinschaftspraxis wäre die Austauschbarkeit von Leistungen immanent. Die Genehmigung fachübergreifender Gemeinschaftspraxen würde systematisch fachfremde Tätigkeit nach sich ziehen und damit gegen das verfassungsrechtlich anerkannte Gebot der Gebietsbeschränkung verstoßen. Im übrigen wäre die freie Arztwahl in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen nur noch theoretisch gewährleistet. Schließlich wurde die dann fehlende Überprüfbarkeit ärztlicher Abrechnungen ins Feld geführt. In zwei Grundsatzentscheidungen beurteilte das Bundessozialgericht 1983 die Zulässigkeit fachübergreifender Gemeinschaftspraxen positiv. Das Gericht bestätigte zwar die Prinzipien »Gebietsbeschränkung«, »freie Arztwahl« und »Notwendigkeit der Prüfbarkeit von Abrechnungen«, vertrat jedoch die Auffassung, daß diesen durch die Ausgestaltung der Genehmigungen Rechnung getragen werden könnte. Den Entscheidungen des Bundessozialgerichtes schlossen sich langwierige Verhandlungen der Vertragspartner über die Anforderungen an eine Genehmigung an, die erst in jüngster Zeit zu einem Abschluß gebracht wurden.

Konsequenzen der Betriebsorganisation

111. Die vorherrschende Betriebsform der Einzelpraxis verschärft den Amortisationsdruck und kontraproduktiven Wettbewerb infolge steigender Arztzahlen. Sie trägt wesentlich zu einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung mit dem Ziel einer optimalen Geräteauslastung bei. Zudem erschwert sie eine ganzheitliche ambulante ärztliche Betreuung und begünstigt statt dessen partikuläre Urteilsbildung und Behandlungsvielfalt. Schließlich verlangsamt sie eine umfassende und kurzfristige Anwendung von Innovationen für den Patienten, insbesondere im kostenträchtigen medizinisch-technischen Bereich.

2. 2. 4 Kassenärztliches Vergütungssystem

112. Das kassenärztliche Vergütungssystem ist zur Zeit Gegenstand intensiver Diskussion vor allem innerhalb der Ärzteschaft. So gibt es erhebliche Unsicherheiten über die möglichen Auswirkungen des neuen einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Hinzu kommt, daß nach einer langen Phase des ungebremsten Wachstums der ärztlichen Honorare seit dem 1.7.1986 zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine feste Begrenzung der Gesamtvergütung vereinbart worden ist. Zwar liegen detaillierte Angaben über die Auswirkungen dieser Regelungen insbesondere auf das kassenärztliche Leistungsgeschehen noch nicht vor. Gleichwohl hält es die Kommission aufgrund von gesundheits- und verteilungspolitischen Erwägungen für notwendig und sinnvoll, über die zur Zeit praktizierten Vergütungsregelungen hinausgehende Vorschläge zu unterbreiten. Zuvor werden die Regelungen und Prinzipien des gegenwärtigen Vergütungsgeschehens erläutert.

113. Nach der Statistik der KBV hat sich die Punktzahlanforderung der Kassenärzte mit Inkrafttreten des neuen EBM im 4. Quartal 1987 kräftig erhöht. Bis zur EBM-Reform lag die durchschnittliche Punktzahlanforderung pro Leistung bei 96,5 Punkten. Danach erhöhte sich dieser Wert auf 110 Punkte bzw. um 10 Prozent. In den auf das 4. Quartal 1987 folgenden Quartalen entwickelte sich die genannte Relation in einem ähnlichen Auf und Ab wie vor der EBM-Reform – nur auf einem höheren Niveau.

114. Die EBM-Reform hatte zum Ziel, die Bewertung der zuwendungsintensiven Leistungen zu Lasten medizinisch-technischer Leistungen anzuheben. Eine im Durchschnitt für alle Kassenärzte markant gestiegene Punktzahlanforderung pro Leistung ist auf eine Ausweitung der durchschnittlichen Leistungsmenge gegenüber der Zeit vor der EBM zurückzuführen. Mit der EBM-Reform war bei gegebener Leistungsmenge und Punktzahlanforderung insgesamt angestrebt worden, durch eine Neubewertung der von den einzelnen Gebietsarztgruppen erbrachten Leistungen eine bessere Honorierung der Grundleistungen durchzusetzen. Die ersten Ergebnisse zeigen, daß eine Leistungsausweitung insgesamt nicht verhindert werden konnte. Allerdings fehlt in der KBV-Statistik eine Darstellung der Punktzahlanforderung pro Leistung für die einzelnen Gebietsarztgruppen. Soweit erste Ergebnisse von einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen über die Durchschnittshonorare der einzelnen Arztgruppen vorliegen, scheint die EBM-Reform den Ärzten, die in der Grundversorgung hauptsächlich tätig sind, überproportionale Zuwächse beschert zu haben. Eine umfassende Bewertung der bisherigen Resultate dieser Reform durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen steht allerdings noch aus.

Grundstruktur

115. Die zu Beginn der 30er Jahre eingeleitete Kollektivierung des Arztrechts brachte für den Vergütungssektor entscheidende Neuregelungen. Die bis dahin geltenden selbständigen Einzelverträge zwischen Arzt und Krankenkasse

wurden durch eine Zwangsmitgliedschaft des Arztes in einer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung abgeschafft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren nun Schuldner des Honoraranspruchs der Ärzte. Sie konnten als deren Interessenvertreter die Einkommensforderungen der niedergelassenen Kassenärzte durchsetzungsfähig bündeln und gegenüber den Krankenkassen geltend machen. Die Krankenkassen kamen ihrer Zahlungspflicht durch die Entrichtung einer Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit befreiender Wirkung nach. Diese Strukturprinzipien wurden durch das Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) aus dem Jahre 1957 präzisiert und gelten bis heute fort.

116. Aus dieser Regelung ergibt sich die Stufung des Vergütungssystems für Kassenärzte:

- Die Krankenkassen entrichten die Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit befreiender Wirkung.
- Die Gesamtvergütung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung unter die Kassenärzte verteilt.

Aus der gesetzlichen Regelung des § 85 Abs.1 SGB V, wonach die Zahlung der Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung unabhängig von den Ansprüchen der einzelnen Kassenärzte für die Krankenkassen befreiende Wirkung hat, folgt, daß beide Abrechnungswege bei den zur Zeit geltenden Bestimmungen relativ unabhängig voneinander bestehen.

Berechnung der Gesamtvergütung

117. Die Festlegung der Höhe der Gesamtvergütung ist in die Vertragsautonomie der Vereinigungen der Krankenkassen und Kassenärzte gestellt. Die Berechnung der Gesamtvergütung kann nach den im § 85 SGB V alternativ aufgeführten Berechnungsarten erfolgen. Danach besteht die Wahlmöglichkeit zwischen den vier Vergütungssystemen »Festbetrag«, »Kopfpauschale«,»Fallpauschale« und »Einzelleistungsvergütung« bzw. einem System, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.

118. Über lange Zeit wurde die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet. Dabei lag das Morbiditätsrisiko allein bei den Krankenkassen. Ein Anstieg der absoluten Zahl der Behandlungsfälle und/oder eine Ausweitung der ärztlichen Leistung pro Behandungsfall schlug sich in einer höheren Gesamtvergütung und damit finanziellen Belastung der Kassen nieder. Untersuchungen zu den Effekten der verschiedenen Vergütungssysteme zeigten, daß bei einer Einzelleistungsvergütung für Kassenärzte ein Anreiz besteht, ihre Leistungen auszuweiten, während bei den Vergütungssystemen Festbetrag, Fallpauschale und Kopfpauschale unterschiedlich starke Anreize bestehen, den ärztlichen Leistungsumfang zu verringern.

Höhe der Gesamtvergütung

119. Die Höhe der Gesamtvergütung wird von Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Kassen vereinbart. Im vertragsärztlichen Bereich schließen die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung analoge Verträge ab. Dabei haben die Parteien bei der Veränderung der Gesamtvergütung die zu erwartende Entwicklung

- der Praxiskosten,
- der für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit und
- Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen,

zu berücksichtigen (§ 85 Abs.3 SGB V).

120. Nach § 86 SGB V haben die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam eine Empfehlung über eine angemessene Veränderung der Gesamtvergütung abzugeben. Diese Pflicht entfällt, wenn die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nach § 141 SGB V eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat und die Vertreter der Kassenärzte sowie die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung dieser zugestimmt haben. Unabhängig davon, wer die Empfehlung letztlich ausspricht, soll die empfohlene Gesamtvergütungsänderung Beitragssatzerhöhungen bei den Kassen vermeiden bzw. den Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachten.

121. Schon vor dem Inkrafttreten des SGB V hatten die Konzertierte Aktion bzw. die Bundesverbände Empfehlungen über die Höhe der Veränderung der Gesamtvergütung abgegeben. Allerdings konnte dadurch die gewünschte Beitragssatzstabilität nicht erreicht werden. Ob mit den Formulierungen im neuen Gesetz der Verbindlichkeitscharakter der Empfehlung in regionalen bzw. zentralen Vergütungsverhandlungen durchschlagen wird, muß offen bleiben.

Bewertung der kassenärztlichen Leistungen

122. Der Kassenarzt bzw. Vertragsarzt rechnet mit seiner Kassenärztlichen Vereinigung die von ihm erbrachten einzelnen Leistungen ab. Für diese Abrechnung sind die ausgehandelten Gebührenordnungen maßgebend, die für jede Leistung eine Punktzahl oder in DM umgerechnete Beträge festlegen. In der kassenärztlichen Versorgung sind zwei Gebührenordnungen maßgebend, und zwar

- Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ) und
- Ersatzkassengebührendordnung (E-GO).

Beide bauen auf dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Ärzte auf. Trotz dieser einheitlichen Basis unterscheiden sich die genannten Gebührenordnungen durch ihre bei vielen Leistungspositionen unterschiedlichen Abrechnungsbestimmungen.

123. Durch den EBM wird der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in unterschiedlichen Punktzahlen ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt. Dem Kassenarzt wird bei der Einzelleistungsvergütung für jeden im BMÄ, E-GO festgelegten Behandlungsvorgang die dafür vereinbarte Punktzahl angerechnet. Der EBM ist in bestimmten Zeitabschnitten dahingehend zu überprüfen, ob die Bewertungen noch dem Stand der medizinisch-technischen Entwicklung, den Rationalisierungserfordernissen sowie den Wirtschaftlichkeitsaspekten genügen.

Probleme der Einzelleistungsvergütung

124. Wird sowohl die Gesamtvergütung als auch die ärztliche Leistung nach Einzelleistungen abgerechnet, entstehen zwei Problembereiche:

- Die relative Gewichtung der einzelnen ärztlichen Leistungspositionen (a)

- Das Niveau und die Entwicklung der Gesamtvergütung (b)

  (a) Erhält der Kassenarzt – wie bei der Einzelleistungsvergütung – für jeden im Bewertungsmaßstab festgelegten Behandlungsvorgang die dafür vereinbarte Vergütung (Punktzahl x vereinbarter Punktwert), so stellt die Bewertungshöhe (Punktzahl) der einzelnen Leistungen für ihn einen Anreiz dar, seine Tätigkeit danach auszurichten. Die Folge war in der Vergangenheit, daß aufgrund einer relativen Höherbewertung medizinisch-technischer Verrichtungen eine Apparatemedizin gefördert wurde. Andererseits führte die relative Minderbewertung individueller Beratungsgespräche zwischen Arzt und Patient gemessen am persönlichen Zeiteinsatz des Arztes zur Entpersönlichung der Behandlung und zur viel kritisierten »5-Minuten-Medizin«.

  (b) Bei der Einzelleistungsvergütung bestimmen zwei Komponenten die Gesamtvergütung: die Mengenkomponente als die Menge der Einzelleistungen und die Preiskomponente als die absolute Höhe des Betrages, der die einzelne Leistung bewertet. Im BMÄ erfolgt eine Bewertung der Leistungen durch Punktzahlen, während der Wert eines Punktes, also sein Preis, als Ergebnis der Verhandlungen zwischen den Partnern auf regionaler Ebene festgelegt wird. Da in der Vergangenheit die Vertragspartner meist nur einen steigenden Punktwert (Preiskomponente) festgelegt hatten, ermöglichte dies dem Arzt eine Ausweitung seiner Leistungsmenge. Diese Steigerungen sowohl bei der Preis- als auch bei der Mengenkomponente führten zu einer »Doppeldynamik« bei dem Ärzteeinkommen.

Die beschriebenen Mängel des Vergütungssystems bewogen die Verhandlungspartner der Krankenkassen und der Kassenärzte zu einer Neuordnung im Vergütungsbereich.

Gesamtvergütung

125. Die Ausgabenentwicklung für ambulante ärztliche Leistungen bis zum Jahre 1984 und die dadurch beeinflußten Beitragsanhebungen bei den Kassen in der GKV veranlaßte die Verhandlungspartner auf Bundesebene zu einer Empfehlung, wonach bei der kassenärztlichen Gesamtvergütung für die Preis- und Mengenentwicklung Regelungen zu vereinbaren seien, die den Ausgabenzuwachs der einzelnen Kasse für ambulante ärztliche Leistungen (im Zeitraum 1.7.1985 – 30.6.1986) auf den Zuwachs ihrer Grundlohnsumme begrenzt. Schließlich wurde am 12.3.1986 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen eine Vereinbarung abgeschlossen, wonach die Gesamtvergütung losgelöst vom BMÄ errechnet wird.

126. Nach dieser Vereinbarung erhöhte sich im genannten Zeitraum der Betrag für kassenärztliche Leistungen je Mitglied und je Kasse im Ausgangsquartal (3. und 4. Quartal 1985, 1. und 2. Quartal 1986) um den prozentualen Anstieg des Grundlohns je Mitglied und Kasse bzw. Kassenart im Abrechnungsquartal. Zur Berechnung der Gesamtvergütung wurde die im Ausgangsquartal gezahlte Vergütungssumme zugrunde gelegt und um die Steigerungsrate der Grundlohnsumme im Abrechnungsquartal erhöht. Diese Vereinbarung ist in der Zwischenzeit von den Vertragsparteien über den 30.6.1988 hinaus verlängert worden.

127. Mit dieser Vereinbarung werden immer noch die Ausgaben für Kassenärzte auf einem relativ hohen Niveau gemäß der Grundlohnsummensteigerung fortgeschrieben. Doch muß das im Einklang mit der Grundlohnsumme steigende Vergütungsvolumen an eine ebenfalls steigende Zahl von Ärzten verteilt werden. Setzt sich der Trend steigender Ärztezahlen in den nächsten Jahren fort und erhöht sich auch der Anteil der Praxiskosten am Umsatz weiter, so wird das durchschnittliche Einkommen der Kassenärzte bei gedeckelter Gesamtvergütung sinken.

Bewertungsmaßstab

128. Neben der Vereinbarung über die Gesamtvergütung wurde am 12.3.1986 auch eine grundlegende Überarbeitung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Inhalt dieser Vereinbarung war neben der Anpassung des Bewertungsmaßstabes an den medizinischen Fortschritt seine Straffung und Vereinfachung, die Einführung neuer Leistungen, Regelungen zur Steuerung der Mengenentwicklung und vor allem eine prinzipielle Korrektur der Bewertungsrelationen. So sollten insbesondere die qualifizierten häuslichen Tätigkeiten gestärkt und die sog. Grundleistungen stärker differenziert und höher bewertet werden. Finanziert werden sollte dies durch eine kostenneutrale Abwertung von überwiegend technischen oder delegierbaren Leistungen.

Konsequenzen für die Verteilung der Gesamtvergütung

129. Grundlage der Abrechnung des einzelnen Arztes mit seiner Kassenärztlichen Vereinigung sind die von ihm erbrachten, nach Punkten bewerteten Leistungen nach Maßgabe des neuen EBM. Bei gedeckelter Gesamtvergütung hängt die Höhe des Honorars entscheidend davon ab, was der einzelne Punkt wert ist. Dieser Punktwert ergibt sich aus der Division der Gesamtvergütung durch die Summe der von allen Kassenärzten erreichten Gesamtpunktzahl nach dem neuen EBM.

Zu berücksichtigen ist ein weiteres:

130. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen die Gesamtvergütung mittels eines Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) unter die Kassenärzte. Der HVM budgetiert oder quotiert den Anteil der einzelnen Leistungsgruppen (wie z. B. Laborleistungen, Grundleistungen, sonstige Leistungen) an der Gesamtvergütung. Rechnen Kassenärzte bei gedekkelter Gesamtvergütung ihre jeweiligen Einzelleistungen ab und ist eine Quotierung der Leistungsgruppen auf der Basis des HVM durch die Kassenärztliche Vereinigung beschlossen, so führt dies bei den einzelnen Leistungsgruppen unter bestimmen Umständen zum Verfall der Punktwerte. Werden z. B. im Laborsektor überproportional viele Leistungen erbracht und folglich sehr viele Punkte angesetzt, dann sinkt der bisherige Laborpunktwert, wenn die quotierte Vergütungssumme für den Laborbereich durch eine unverhältnismäßig hohe Punktzahl dividiert werden muß.

131. Die nach dem HVM festgelegten Anteile für verschiedene voneinander abgegrenzte ärztliche Leistungsbereiche führten wegen der unterschiedlichen Punktzahlenentwicklung in den jeweiligen Bereichen zu differierenden Punktwerten. Die von den Punktwertabsenkungen besonders stark betroffenen Arztgruppen verlangten daraufhin von ihren Kassenärztlichen Vereinigungen eine Korrektur. Einige Kassenärztliche Vereinigungen haben deshalb der in einzelnen Bereichen erheblichen Punktwertdeflation durch

einen gleich hohen Punktwert für alle Kassenärzte gegengesteuert.

2. 2. 5 Steuerungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen

Zulassung von Kassenärzten

132. Der niedergelassene Arzt hat nach der geltenden Rechtslage einen Anspruch auf Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung, sofern die in § 95 SGB V und in der Zulassungsverordnung für Kassenärzte normierten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Entscheidung der paritätisch aus Ärzten und Kassenvertretern besetzten Zulassungsgremien ist deshalb im Kern rein formaler Natur. Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Steuerung der Zahl der Leistungserbringer bestehen somit nicht.

Ermächtigungen von Ärzten

133. Anders als in der RVO ist im SGB V geregelt, daß der paritätisch besetzte Zulassungsausschuß auch für die Ermächtigung von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung zuständig ist. Nach der Zulassungsverordnung für Kassenärzte ist die Erteilung der Ermächtigung an bestimmte Voraussetzungen gebunden (§ 31 Ärzte-ZV). Bei den dafür infragekommenden Ärzten handelt es sich insbesondere um Ärzte in Krankenhäusern und in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Ermächtigungsfähige Einrichtungen können z. B. ärztlich geleitete Dialyseeinrichtungen sein.

134. Auf jeden Fall sind Ermächtigungen in ihrer Dauer zu befristen. Vor dem Hintergrund einer auch künftig wachsenden Zahl von Ärzten, die, sofern sie die Voraussetzungen nach geltendem Recht erfüllen, zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen werden müssen, ist bei der Erteilung von Ermächtigungen künftig mit einer restriktiven Handhabung zu rechnen.

Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf die Gesamtvergütung

Rechtslage

135. Die Krankenkassen wirken bei der Festlegung der Gesamtvergütung und bei der Festlegung der Leistungen und ihrer Bewertungsrelationen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab gleichberechtigt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. Diese rechtliche Ausgestaltung legt die Schlußfolgerung einer gewichtigen preislichen Gestaltungsmöglichkeit für die Krankenkassen nahe. Gleichwohl wird von verschiedener Seite die Stärkung der Kassenposition bei der Vergütungsverhandlung gefordert. Die dieser Forderung zugrunde liegenden Betrachtungsweisen und Einschätzungen sind uneinheitlich.

Fehlende medizinische und ökonomische Kompetenz

136. Teilweise wird eine ungleichgewichtige Verhandlungsmacht von Ärzten und Krankenkassen mit fehlender medizinischer und ökonomischer Kompetenz auf Kassenseite begründet, die eine Dominanz der Ärzteseite bei der Preisverhandlung zur Folge habe. Dem wird häufig insbesondere von Kassenseite widersprochen. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen habe sich im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung bewährt. Verwiesen wird hierzu auf die Tatsache eines sinkenden Anteils der Aufwendungen für die ambulante ärztliche Behandlung an den Gesamtleistungsaufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Entwicklung belegt nach Ansicht einzelner Kassen eindeutig die effektive Nutzung der den Krankenkassen auf diesem Handlungsfeld eingeräumten Steuerungsmöglichkeiten.

137. Insbesondere die vermuteten Informationsdefizite bei den Krankenkassen auf dem medizinischen Gebiet haben den Gesetzgeber veranlaßt, in § 275 Abs.4 SGB V eine Bestimmung aufzunehmen, wonach die Krankenkassen u. a. bei Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen sollen.

Fehlen marktwirtschaftlicher Rahmenbedingungen

138. Verschiedene Gesundheitsökonomen leiten eine Anbieterdominanz bei der Preisgestaltung aus dem Fehlen marktwirtschaftlicher Rahmenbedingungen in der kassenärztlichen Versorgung ab. Bei dem Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Behandlung handele es sich ökonomisch betrachtet um ein Angebotsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen. Derartigen Monopolen sei die Tendenz überhöhter Preise und nicht nachfragegerechter Angebotsmengen immanent. Auch könnte sich eine unter solchen Bedingungen zunehmende Angebotsdichte nicht in Form niedrigerer Preise auswirken.

139. Der These von der Monopolstellung wird eine Verkennung der bereits skizzierten rechtlich normierten Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen entgegengehalten. Im System der kassenärztlichen Versorgung finde eine alleinige Kontrolle der Preise durch die Anbieterseite aufgrund dieser Rahmenbedingungen nicht statt.

140. Dieser Einwand wird wegen der unterschiedlichen Organisationsformen auf Ärzte- bzw. Kassenseite als nicht schlüssig angesehen. Die Interessenvertretung der Ärzte werde einheitlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen, denen als Verhandlungspartner miteinander im Wettbewerb stehende Kassenorganisationen gegenüberständen. Diese Konstellation ermögliche den Anbietern faktisch einen bestimmenden Einfluß auf die Preisgestaltung.

Staatliche Reglementierung

141. Ein strukturelles Hemmnis für eine Preissteuerung durch die Krankenkassen wird in der ausgeprägten staatlichen Reglementierung gesehen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab sei zwar keine Gebührenordnung, lege jedoch inhaltlich die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen fest und bewerte sie im einzelnen, relativ nach Punkten. Hierdurch werde die Festlegung des bedarfsgerechten, medizinisch und wirtschaftlich angemessenen Angebotes determiniert. Eigene, auf die Bedürfnisse des versicherten Personenkreises abgestellte Bewertungen der Krankenkassen seien ausgeschlossen. Auch könnte weder Fehlentwicklungen und Fehlsteuerungen zügig begegnet, noch der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung sowie den Rationalisierungsprozessen flexibel Rechnung getragen werden. Dem wird der Grundsatz einheitlicher Lebensbedingungen entgegengehalten, der ein gleichmäßiges Versorgungsangebot für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erfordere.

Einwirkungsmöglichkeiten auf Qualität und rationellen Mitteleinsatz

142. Qualität und rationeller Mitteleinsatz im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung werden in bedeutendem Maße

durch die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und nicht zuletzt durch die Gebührenordnung bestimmt. Nach § 135 Abs.3 SGB V obliegt die Ausgestaltung der Qualitätssicherungsverfahren mittels Richtlinien allein der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Ärztliche Ausbildung

143. Die Festlegung der Ausbildungsinhalte und deren Vermittlung, die entscheidend von Art und Umfang der Ausbildungskapazitäten abhängig ist, liegt in der alleinigen Zuständigkeit des Staates.

Ärztliche Weiterbildung

144. Die Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung ist in der Bundesrepublik Deutschland den Ärztekammern übertragen. Ihnen kommt hierdurch eine zentrale Funktion für die Qualität ärztlicher Leistungen zu. Die in der Weiterbildungsordnung normierten Inhalte zur Erlangung einer Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung beeinflussen auch das ärztliche Denken und Handeln in der ambulanten Praxis. Ein Gebietsarzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, dem die Weiterbildungsordnung einen differenzierten Operationskatalog vorschreibt, unterscheidet sich grundlegend von einem Gebietskollegen, der zur Teilnahme an Balintgruppen oder sozial-medizinischen Kursen verpflichtet wird.

145. Eine Folge der fehlenden Ausrichtung der Weiterbildung an den Erfordernissen der ambulanten Praxis ist, daß das Daten- und Erfahrungswissen der Krankenkassen bei der inhaltlichen Gestaltung der Weiterbildungsordnung unberücksichtigt bleibt.

146. Die klinikzentrierte Weiterbildung wird nach weit verbreiteter Auffassung durch das Fehlen ambulanter Weiterbildungsstellen in geeigneten Praxen begünstigt. Durch eine mittelbare Kostenbeteiligung an der Finanzierung von Weiterbildungsstellen, z. B. durch Krankenscheinzuschläge, könnten die Krankenkassen hier Anreize schaffen. Dieser Weg wurde von den Primärkassen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung eingeschlagen. Überwiegend wird jedoch von Kassenseite die Position vertreten, die ärztliche Weiterbildung gehöre nicht zum Aufgabengebiet der gesetzlichen Krankenversicherung.

Motivierung zu ärztlicher Fortbildung

147. Wenngleich die Notwendigkeit lebenslanger ärztlicher Fortbildung unbestritten und der Arzt hierzu nach § 7 der Bundesärzteordnung verpflichtet ist, bleibt dieses berufsrechtliche Fortbildungsgebot abstrakt.

Die Ärztekammern bieten eine große Zahl von Fortbildungsveranstaltungen auf den verschiedenen Ebenen als offenes Angebot an. Andererseits bleibt es dem Arzt überlassen, wie er sich neues Wissen aneignet. Ob er seiner Fortbildungsverpflichtung nachkommt, wird nicht kontrolliert. Die Motivierung des Arztes zu einer angemessenen Fortbildung ist ein zentrales Problem für die Sicherung der Qualität der ärztlichen Versorgung. Die Krankenkassen haben hier insbesondere durch die Schaffung finanzieller Anreize die Möglichkeit, steuernd einzugreifen. Hiervon wurde in der Vergangenheit verschiedentlich dergestalt Gebrauch gemacht, daß die Abrechnungsfähigkeit einzelner Leistungen von besonderen Qualifikationen des Arztes abhängig gemacht wurde. Die Regelungen betrafen jedoch stets nur die neu hinzugekommenen bzw. solche Ärzte, die ein bestimmtes Diagnose- oder Behandlungsverfahren in der Vergangenheit noch nicht angewandt hatten. Wegen der Bestandsschutzklauseln kam ihnen überwiegend die Wirkung einer Leistungsbegrenzung, nicht hingegen einer Qualitätsverbesserung zu. Von der Möglichkeit, Honorarzuschläge bei Teilnahme an bestimmten Fortbildungsveranstaltungen zu zahlen, wurde bisher von den Krankenkassen nicht zuletzt unter Verweis auf die angespannte Finanzlage kein Gebrauch gemacht.

Inhaltliche Ausrichtung der Fortbildung

148. Ein entscheidendes Defizit der ärztlichen Fortbildung wird in ihrer inhaltlichen Ausrichtung gesehen. Das derzeitige Angebot deckt sich in viel zu geringem Maße mit den Notwendigkeiten der kassenärztlichen Versorgung. Psychosoziale und nicht-medikamentöse Behandlungsformen finden in nur geringem Ausmaß Eingang in die kassenärztliche Fortbildung. Diese Situation wird unter anderem auf die Tatsache zurückgeführt, daß Fortbildung zur Zeit in erheblichem Ausmaß von interessengebunden Anbietern medizinischer Geräte sowie der Arzneimittelhersteller angeboten wird. Demgegenüber fehlt es an einer – rechtlich zulässigen – Kooperation zwischen den Ärztekammern und den Krankenkassen bei Themenauswahl und Durchführungsplanung für die Fortbildungsprogramme der Ärztekammern. Der Forderung einer verstärkten Kooperation wird sowohl von Ärzte- als auch von Kassenseite mit der Argumentation begegnet, die ärztliche Fortbildung falle in den ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der Ärzteschaft.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

149. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung setzt gegenwärtig an der Abweichung der Leistungs- oder Verordnungsmenge vom jeweiligen Fachgruppendurchschnitt an. Die Rechtsprechung hat diesen Prüfansatz gebilligt und durch Rechtsfortbildung die Kriterien für die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit entscheidend geprägt. Die sogenannte »Dreistufentheorie« differenziert dabei nach dem Ausmaß der Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt.

150. Im Bereich der normalen Streuung (bis 20 Prozent Abweichung) kann der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit nur mittels einer Einzelfallanalyse geführt werden. In der Übergangszone (Abweichung von 20 bis ca. 40 bis 50 Prozent) ist der Anschein einer Unwirtschaftlichkeit zwar gegeben; er muß jedoch anhand einer hinreichenden Zahl von Beispielfällen durch die Prüfgremien belegt werden. Ab einer Überschreitung von ca. 40 bis 50 Prozent wird von einem offensichtlichen Mißverhältnis ausgegangen, mit der Folge, daß allein aufgrund eines statistischen Vergleichs in den Prüfungsausschüssen Honorarkürzungen oder Verordnungsregresse ausgesprochen werden können. Die Ausnahmen, in denen trotz hoher Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt von Kürzungen bzw. Regressen abgesehen werden kann, sind auf den Fall kompensatorischer Einsparungen (der Mehraufwand in einem Sektor steht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Minderaufwand in einem anderen Bereich) bzw. das Vorliegen von sogenannten Praxisbesonderheiten (z.B. erhöhter Rentneranteil) begrenzt. Der Arzt seinerseits kann dem statistisch begründeten Anschein der Unwirtschaftlichkeit durch den Nachweis der Zweckmäßigkeit seiner Behandlung entgegentreten.

151. Wegen der geringen Zahl an qualifizierten Prüfärzten bei den kassenärztlichen Vereinigungen und der großen Menge der erbrachten oder veranlaßten Leistungen konzentriert sich das Prüfgeschehen im wesentlichen auf solche Ärzte, deren Honorarabrechnungen bzw. Honorarvolumen je Fall sich im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses bewegen.

152. Der einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrundeliegende Wirtschaftlichkeitsbegriff ist nicht identisch mit dem der ökonomischen Theorie. Durch die kassenärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung wird in letzter Konsequenz eine übermäßige Überschreitung des Durchschnittswerts eines einzelnen Arztes vom Durchschnittswert seiner Arztgruppe geprüft und nicht seine Wirtschaftlichkeit. Durch eine derartige Wirtschaftlichkeitsprüfung läßt sich weder die Wirtschaftlichkeit noch die Qualität ärztlicher Versorgung steuern. Von einer Einwirkungsmöglichkeit der Krankenkasse kann demzufolge trotz der gemeinsamen Festsetzung der Prüfkriterien durch die Ärzte und Krankenkassen sowie der Beteiligung der Kassenseite in den Prüfgremien nicht ausgegangen werden (§ 106 SGB V).

153. Im § 106 SGB V wird die oben beschriebene arztbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Fachgruppendurchschnittswerten ergänzt durch eine Stichprobenprüfung von 2 Prozent der Ärzte pro Quartal. Dabei sollen die ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen arzt- und versichertenbezogen geprüft werden. Ziel dieser Regelung ist die Aufdeckung möglicher unwirtschaftlicher Behandlungs- und Verordnungsweisen von Ärzten, die gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt keine auffälligen Abweichungen aufweisen. Solche Stichprobenprüfungen müssen deshalb als Einzelfallprüfungen durchgeführt werden. Angesichts der dabei anfallenden großen Zahl von Einzelprüfungen muß die Zahl der Prüfärzte gegenüber dem bis zum Inkrafttreten des GRG allein praktizierten Durchschnittsprüfungsverfahren erheblich erweitert werden.

154. Des weiteren legt das Gesetz fest, daß arztbezogene Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 SGB V zu erfolgen haben. Sie sind in Gesamtverträgen jeweils arztgruppenspezifisch für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln von den Partnern der Gesamtverträge, also gesondert für alle Kassenärztlichen Vereinigungen, festzulegen. Die Verpflichtung zur Vereinbarung von Richtgrößen gilt nicht für die Ersatzkassen und Bundesknappschaft.

155. Das mit den erwähnten erweiterten Prüfbestimmungen versehene SGB V, das auch die Vereinbarung anderer arztbezogener Prüfungsarten erlaubt, ist aufgrund der angedeuteten Probleme, die zudem noch durch inhaltliche Abgrenzungs- und Datenfragen zwischen den einzelnen Wirtschaftlichkeitsprüfarten kompliziert werden, von den Vertragspartnern noch nicht umgesetzt worden. Vermutungen werden dahin geäußert, daß Anfang 1991 mit neuen Prüfvereinbarungen gerechnet werden könnte.

156. Als Instrument der Qualitätssteuerung gelten in der kassenärztlichen Versorgung auch die Qualitätsrichtlinien der kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Richtlinien betreffen die Labor-, Röntgen- und zytologischen Leistungen, die Ultraschalldiagnostik sowie die Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, d. h. ausschließlich den Bereich technischer Leistungen. Hierdurch wird der Qualitätsbegriff auf Einzelschritte ärztlichen Handelns eingegrenzt. Beurteilt wird lediglich die Prozeß-, nicht hingegen die Ergebnisqualität. Die Mitwirkung der Krankenkassen ist im wesentlichen beschränkt auf die Frage, ob die von den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erlassenen Qualitätsrichtlinien durch die Übernahme in die bestehenden Verträge Inhalt der kassenärztlichen Versorgung werden sollen oder nicht. Eine inhaltliche Einflußnahme auf die Richtlinien durch die Krankenkassen findet kaum statt. Selbst die formale Beteiligung der Krankenkassen entfällt, wenn – wie teilweise vertraglich vereinbart – die Richtlinien ohne weiteren Rechtsetzungsakt automatisch Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung werden.

157. Allerdings ist in § 135 Abs.2 des SGB V festgelegt, daß für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die besondere ärztliche Kenntnisse und Erfahrungen erfordern, die Vertreter der Kassen und der Kassenärzte einheitliche Qualifikationserfordernisse vereinbaren. Die Krankenkassen haben bislang keine generellen Untersuchungen zur Evaluierung des Leistungsgeschehens durchgeführt, um eine Qualitätskontrolle der von ihnen bezahlten Leistungen vornehmen zu können.

3. Zielvorstellungen

158. Handlungs- und strukturleitende Prinzipien für die Gestaltung der kassenärztlichen Versorgung sollten nach Auffassung der Kommission folgende allgemeine Zielvorstellungen sein:

- Das Leitbild einer präventiv orientierten, kurativ effektiven humanen und sozialen Medizin in der kassenärztlichen Versorgung;
- die Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Rahmen der solidarischen Absicherung;
- die Verbesserung der Effektivität der ambulanten Versorgung;
- die Verbesserung der Effizienz der ambulanten Versorgung.

Die Zielvorstellungen stehen in einem inneren Zusammenhang. Eine isolierte Betrachtung zieht deshalb zwangsläufig Überschneidungen nach sich.

Das Leitbild einer präventiv orientierten, kurativ effektiven humanen und sozialen Medizin

159. Nach Auffassung der Kommission hat sich eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung an den gesundheitlichen und sozialen Problemlagen der Versicherten auszurichten. Eine Blickwinkelverengung auf die Beeinflussung von bestimmten Kostengrößen geht an dieser Aufgabe vorbei. Finanzierbarkeit ist nur eine – wenngleich bedeutsame – Bedingung der Gesundheitspolitik, die erst nach der Bestimmung der Versorgungsaufgaben und -qualität bei der alternativen Allokation knapper Ressourcen eine Rolle spielen kann.

160. Im Zentrum der ambulanten ärztlichen Versorgung muß die Gesamtpersönlichkeit des Patienten stehen. Krank ist niemals nur ein Organ, sondern der ganze Mensch. Gesundheit und Krankheit haben dabei nicht nur eine körperliche Dimension. Sie hängen vielmehr auch von der Lebenssituation und der psychischen Lage ab.

161. Die Lebenssituation wird dabei wesentlich von den Arbeits- und Umweltbedingungen und von Umfang und Qualität persönlicher und sozialer Beziehungen in der Familie, dem Freundes- und Bekanntenkreis, der Nachbarschaft und zu den Arbeitskollegen bestimmt. Dieses persönliche Netzwerk eines Menschen wirkt auch auf die Gesundheit. Soziale Hilfe-, Schutz- und Unterstützungsleistungen können zur Vermeidung, Beseitigung oder Früherkennung akuter oder chronischer Belastungen beitragen. Sie vermögen psychische oder somatische Folgen von Belastungen aufzufangen. Schließlich tragen solche Leistungen dazu bei, daß einmal eingetretene Krankheiten rascher und wirksamer bewältigt werden können.

162. Von der psychischen Lage, dem Befinden, hängt im wesentlichen die individuelle Wahrnehmung und Bewertung einer gegebenen Belastungssituation ab; die Art der Persönlichkeitsentwicklung sowie unterschiedliche individuelle Bewältigungsstrategien haben eine erhebliche Bedeutung dafür, ob eine Belastungssituation als Überforderung und Beeinträchtigung des (seelischen) Befindens erlebt und – nicht (ausreichend) bewältigt – zu Gesundheitsstörungen und Krankheiten führt. Zudem hängt von der seelischen Verarbeitung der Krankheit durch den Patienten der weitere Krankheitsverlauf entscheidend ab. Umgekehrt kann sich Krankheit als lebensgestaltende Kraft mit entscheidendem Einfluß auf das weitere persönliche, familiäre, berufliche und soziale Schicksal auswirken. Selbst bei primär organisch bedingten Krankheiten lassen sich seelisches Erleben und körperliche Krankheit nicht voneinander trennen. Eine humane ambulante ärztliche Versorgung muß neben der körperlichen Dimension auch die sonstigen genannten Aspekte berücksichtigen. Sie setzt dabei eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kassenärzten mit anderen Berufsgruppen (z. B. Psychologen, Sozialarbeitern) voraus.

163. Eine am Menschen orientierte Gesundheitspolitik gebietet zudem, daß die ambulante Versorgung nicht erst im Zeitpunkt der Krankheitsmanifestation einsetzt. Gesundheitsförderung und Prävention müssen gleichrangig neben der Hilfe bei eingetretener Krankheit stehen. In Zeiten zunehmender chronischer Erkrankungen kann sich die ambulante Versorgung nicht auf die Intervention in der Akutphase beschränken. Vielmehr müssen rehabilitative Dienste in das System integriert werden.

Diese Aufgaben können zwar von der GKV nicht allein und vollständig gelöst werden. Der Zielbezug muß jedoch auch für die GKV und die ihr zu Verfügung stehenden Möglichkeiten gelten.

Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Rahmen solidarischer Absicherung

164. Eine humane und soziale Medizin setzt den mündigen Patienten voraus, der nicht Objekt der ambulanten ärztlichen Behandlung ist, sondern aktiv hieran mitwirkt. Der Arzt muß den Hilfesuchenden als gleichberechtigten Partner akzeptieren und in die Entscheidungsprozesse einbeziehen. Wegen des medizinischen Wissensunterschieds zwischen Arzt und Patient bedarf es zu einer eigenverantwortlichen Mitwirkung des Patienten einer umfassenden, verständlichen und das Lebensumfeld berücksichtigenden Information und Beratung durch den Arzt. Dieser notwendigen Kommunikation steht die Überbetonung der Apparatemedizin entgegen. Zwar kommt der Medizintechnik bei der Diagnose und Behandlung von Krankheiten unbestreitbar große Bedeutung zu; ihr Stellenwert ist auf den eines Hilfsmittels zu beschränken. Eine Umorientierung hin zu einer zuwendungsintensiven Medizin ist daher geboten. Sie muß sich nicht nur in Aus-, Weiter- und Fortbildung, sondern auch in der Art und Höhe der Vergütung und in den Organisationsstrukturen der ambulanten Versorgung vollziehen.

165. Eine Stärkung der Selbstbestimmungsrechte des Patienten erfordert auch eine verstärkte Einbeziehung des Laiensystems in die ambulante Versorgung. Kennzeichnend speziell für Selbsthilfegruppen ist die allgemeine Aktivierung der Gruppenmitglieder, die Befähigung zu sozialem Handeln und die Bereitschaft, trotz Schwierigkeiten, das Leben stärker in die eigenen Hände zu nehmen. Zu den spezifischen Wirkungen der Selbsthilfe gehören darüber hinaus z. B.

- der Erwerb von Wissen über die eigene körperliche Erkrankung und die möglichen Behandlungswege,
- ein sicherer Umgang mit den Handicaps von Erkrankungen durch den Austausch von Erfahrungen, Tips und sozialen Rezepten unter den Betroffenen,
- der mündigere Umgang mit professionellen Diensten und die Emanzipation gegenüber deren Angeboten.

166. Schließlich sind Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Versicherten auch eine Grundlage für eine gesundheitsbewußte Lebensgestaltung. Viele der heute dominierenden Krankheiten können auch durch Verhaltensänderung positiv beeinflußt werden bzw. dadurch ihre Entstehung zumindest verlangsamt werden oder in ihrer Manifestation weniger gravierend auftreten. Es ist daher sinnvoll, Hilfen zur Verhaltensänderung anzubieten. Dabei haben alle Erfahrungen in der Vergangenheit gezeigt, daß Gesundheitserziehung in Form rein verbaler gesundheitlicher Wissensvermittlung (gesundheitliche Aufklärung) wenig bewirkt. Nachhaltige, durch Gesundheitserziehung angestrebte Verhaltensänderungen, finden eher statt, wenn der Mensch aktiv mit seinen gefühlsmäßigen und schöpferischen Möglichkeiten in einen auf konkrete Erfahrungen abzielenden Lernprozeß einbezogen wird. Die Kommission hält den Ausbau entsprechender Angebote unter Einbeziehung insbesondere der Krankenkassen, der Kommunen, der Schulen, der Volkshochschulen, der Ärzteschaft und weiterer Gesundheitsberufe für unverzichtbar. Dabei sind Programm und Organisation im Interesse einer Motivationsförderung so zu gestalten, daß sie den Teilnehmern ein hohes Maß an Freiwilligkeit, Spontaneität und Flexibilität erlauben. Zur Förderung einer gesundheitsbewußten Lebensführung sollten neben dem Ausbau des Bildungsangebotes weitere positive Anreizsysteme modellhaft erprobt werden.

Verbesserung der Effektivität der ambulanten ärztlichen Versorgung

167. Zur Steigerung der Effektivität der ambulanten ärztlichen Versorgung ist eine problemadäquate Versorgungsstruktur aufzubauen. Im Hinblick auf den auch weiterhin zu erwartenden hohen Zustrom von Ärzten in die kassenärztliche Versorgung und der damit verbundenen Gefahr eines kontraproduktiven Wettbewerbs sind Teile der Kommission der Auffassung, daß der faktische Kontrahierungszwang der Krankenkassen gegenüber allen zulassungswilligen Ärzten aufgehoben werden sollte zugunsten einer Kapazitätsausrichtung am tatsächlichen Bedarf, der seiner-

seits entscheidend von der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung und dem Wandel der Morbidität bestimmt wird. Die Grenzen der Berufswahl- und Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 des Grundgesetzes sowie das Kartellrecht sind dabei zu beachten.

168. Zur Vermeidung einer medizinisch fragwürdigen Behandlungsvielfalt sowie zum Abbau schichtenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes muß nach Auffassung der Kommission der Hausarzt ins Zentrum der kassenärztlichen Versorgung gestellt werden. Unter »Hausarzt« wird dabei nicht ausschließlich der in Einzelpraxis tätige Arzt verstanden. Das geänderte Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum läßt vielmehr die Bildung ärztlicher Gruppenpraxen als Schwerpunktpraxen auch unter Einbeziehung von sozialen Diensten als sinnvoll erscheinen.

169. Hausärztliche Versorgung umfaßt neben der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen die Gesundheitsführung von Patienten, die Früherkennung von Krankheiten, die Sofortbehandlung lebensbedrohlicher Zustände, die ärztliche Betreuung und Behandlung chronisch Kranker und alter Menschen, die Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken sowie die Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete und anderen nichtärztlichen Berufsgruppen in Praxen, Tageskliniken, Sozialstationen, in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

170. Im Verhältnis zum Patienten kommt dem Hausarzt somit eine Anlauf-, Verteilungs- und Koordinierungsfunktion zu. Die Erfüllung dieser Aufgabe setzt ein hohes Maß an medizinischer, aber auch psycho-sozialer Kompetenz sowie die Fähigkeit zu interkollegialer Zusammenarbeit und zur Kooperation mit sozialen Diensten voraus. Hierauf muß der Arzt vor seiner Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung vorbereitet werden.

Effizienzverbesserung in der ambulanten ärztlichen Versorgung

171. In der kassenärztlichen Versorgung besteht Reformbedarf. Das gegenwärtige System erzeugt Anreize für überflüssige Ausgaben, die zur Zeit durch die Anbindung der Gesamtvergütungen an die Grundlohnentwicklung und durch eine bloß sektorale Betrachtungsweise verdeckt werden.

172. Die notwendigen Korrekturen bestehender Fehlsteuerungen haben zum Ziel, mit den Ausgaben der Krankenkassen eine qualitativ hochstehende und quantitativ ausreichende ambulante kassenärztliche Versorgung zu gewährleisten. Diese Zielsetzung unterscheidet sich von dem in der aktuellen Diskussion im Vordergrund stehenden Ziel der Beitragssatzstabilität. Höhere Beiträge können dann als akzeptabel angesehen werden, wenn es die gewollte Entwicklung der Rahmenbedingungen für eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich macht. Beitragssatzsteigerungen, die allein aus Fehlsteuerungen des gegebenen Versorgungssystems resultieren, sind durch entsprechende Reform zu vermeiden.

173. Um das genannte Ziel zu verwirklichen, stellt die Kommission folgende Anforderungen an eine Strukturreform:

- Steigerung der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an veränderte Umstände,
- Abbau von Anreizen zur Mengenausweitung,
- Schaffung von Anreizen für zuwendungsorientierte Leistungen,
- Schaffung von Anreizen zum Erwerb und zur Sicherung der notwendigen Fachkunde,
- Vermeidung überflüssiger Mehrfachuntersuchungen und -behandlungen,
- Ausbau rationeller Betriebsformen in der ambulanten ärztlichen Versorgung,
- Schaffung einer funktionsgerechten Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und innerhalb dieser Sektoren.

174. Forderungen, die Effizienz der Mittelverwendung nachzuweisen, werden unterstützt. Es empfiehlt sich, diese Forderungen als ein allgemein gültiges medizinisch und ökonomisch wissenschaftliches Evaluationsgebot auszugestalten.

175. Besonderer Handlungsbedarf besteht nach Auffassung der Kommission bei der Bewertung medizintechnologischer Fortschritte im Hinblick auf ihre Bedarfsgerechtigkeit. Vor ihrem Einsatz außerhalb der Forschung muß sich die Medizintechnik an den Kriterien der Technologiefolgeabschätzung messen lassen. Einer solchen Überprüfung steht bisher die unzureichende Datenlage entgegen. Deshalb sind zunächst Maßnahmen zur Verbesserung der Datenlage zu ergreifen.

176. Die Auffassung über Mittel, Wege, Instrumente und Umfang einer Leistungs- und Kostentransparenz zur Erreichung einer effizienten kassenärztlichen Versorgung gehen auseinander. Die Kommission hält aber grundsätzlich eine verbesserte Kenntnis aller Beteiligten über die Leistungen der GKV und ihrer Kosten für wünschenswert. Allerdings werden die Auswirkungen solcher Transparenz auf das tatsächliche Verhalten der Versicherten ambivalent eingeschätzt. Umfassende Kosten-Nutzen-Untersuchungen liegen für diesen Bereich bislang nicht vor. Probleme der Qualitätssicherung lassen sich nach Auffassung der Kommission über eine Kostentransparenz allein nicht lösen.

4. Reformoptionen

177. Leitidee und Grundlage der Vorschläge der Kommission sind die Zielvorstellungen, wie sie im vorherigen Abschnitt niedergelegt sind. Die Kommission hat sich bei der Formulierung ihrer Vorschläge von der Überlegung leiten lassen, zu den gemeinsam erkannten Mängeln möglichst konkrete Maßnahmen zu deren Beseitigung zu unterbreiten, denen jeweils bestimmte ordnungs- und gesundheitspolitische Leitbilder zugrunde liegen.

Verbesserung der Qualität der kassenärztlichen Versorgung durch eine Neuorientierung in Aus-, Weiter- und Fortbildung

178. Ein zentrales Faktum in unserem Gesundheitswesen ist der durch veränderte Arbeitsstrukturen, Umweltbedingungen und Lebensweisen bedingte Wandel des Krankheitspanoramas, in dessem Mittelpunkt die chronischen Krankheiten und das Pflegefallrisiko stehen. Die unter dem

bisherigen schulmedizinischen Paradigma erfolgte finanzielle und personelle Expansion im Medizinsektor hat in wachsendem Maße ärztliche Behandlungsstrategien auf die Medikalisierung und Technisierung gesundheitlicher Problemlagen beschränkt. Diese Strategien stellen im Hinblick auf die Erfordernisse des heutigen Krankheitspanoramas eine medizinische und ökonomische Fehlorientierung dar.

179. Da die Inhalte der klassischen Schulmedizin den gewandelten Anforderungen der gesundheitlichen Versorgung nur noch unzureichend Rechnung tragen und angesichts des öfters ineffizienten Einsatzes von Mitteln der GKV, erscheint eine Neuorientierung in der kassenärztlichen Versorgung erforderlich. Diese Neuorientierung betrifft sowohl die bestehende Organisation des ambulanten Sektors als auch die inhaltliche Orientierung der Medizin. Die inhaltlichen Qualitätsnormen für medizinisches Denken und Handeln werden im Bereich der universitären Forschung und Lehre und der schulmedizinischen Bestimmungs- und Sozialisationskräfte in der Akutversorgung in Krankenhäusern ausgebildet. Dort wird der angehende Arzt weder auf die chronisch körperlichen noch auf die seelischen Gesundheitsstörungen und auch nicht auf die Anforderungen der geriatrischen Versorgung in Aus- und Weiterbildung in einer problemadäquaten Weise vorbereitet. Auch die klinisch dominierte und oft von der Pharmaindustrie finanzierte und beeinflußte Fortbildung trägt dem nicht hinreichend Rechnung. Eine Neuorientierung hat das bislang gelehrte Theorie- und Handlungsspektrum der Schulmedizin kritisch zu prüfen und in Richtung auf eine ganzheitliche und patientenorientierte Medizin zu verändern.

180. Diese Neuorientierung umfaßt auch die Weiterbildungsaufgaben der Ärztekammern. Bisher findet die Weiterbildung zum Arzt mit Gebietsbezeichnung im wesentlichen als »Training-on-the-job« statt, ohne daß dahinter ein curriculares Konzept und adäquate wissenschaftliche Lehrveranstaltungen erkennbar wären; eine nennenswerte Erfolgskontrolle erfolgt nicht.

181. Die Kommission ist der Ansicht, daß die notwendige Umorientierung der Sicht- und Handlungsweisen in der ambulanten Versorgung auch ein Ausbildungsproblem ist, dessen Lösung in der Veränderung der bisherigen Ärzteausbildung und der ärztlichen Selbstverwaltung liegt. Die Sichtweise und Berufsstellung der ärztlichen Profession wirkt sich auf die Einstellung und das Verhalten aller anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen aus. Die Schlüsselstellung der Ärzte zwingt deshalb dazu, Reformen bei und mit der ärztlichen Profession zu beginnen.

182. Notwendig ist eine kassenarztorientierte Qualifikation, die sich an den tatsächlichen gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert. Insbesondere ist die psycho-soziale Komponente von Krankheit und Gesundheit stärker zu beachten, und gesundheitsökonomische Aspekte der kassenärztlichen Versorgung sind zu vermitteln. In diesem Zusammenhang ist die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung auf entsprechend weitergebildete Ärzte zu begrenzen bzw. eine Pflichtweiterbildung für Kassenärzte zu etablieren. Dies könnte durch die Kopplung der Gebietsarztbezeichnung oder der Kassenarztzulassung an eine obligatorische Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen erreicht werden.

183. Zur Verbesserung der Qualifikation von Kassenärzten sollte neben dem »Sicherstellungsauftrag« der kassenärztlichen Vereinigung für die ambulante ärztliche Versorgung daher den Landesärztekammern ein »Sicherstellungsauftrag« für die Qualität ärztlicher Berufsausübung und die soziale Verantwortung per Gesetz zugewiesen werden. Bei der Planung, Gestaltung und Durchführung einer bedarfsgerechten und humanen ambulanten Krankenversorgung und eines wirksamen Gesundheitsschutzes für die Bevölkerung müßten aber auch die Ärzteschaft und die Krankenkassen zur Zusammenarbeit verpflichtet werden.

184. In die Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung und der ärztlichen Selbstverwaltung gehört schließlich die Überprüfung und problemorientierte Anpassung der ärztlichen Qualifikation an die realen Aufgaben der Krankenversorgung. Fragen der Theoriebildung, der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen, der Gestaltung von Versorgungsangeboten, der Qualitätssicherung im System, der Organisationsentwicklung und der Organisationsberatung für das System zählen zur gemeinsamen Aufgabe des »Bündnisses« von Krankenkassen und Ärzteschaft.

185. Darüber hinaus tritt die Mehrheit*) der Kommission für eine Auflockerung des Werbeverbots ein, um den Kassenärzten die Möglichkeit zu eröffnen, ihre spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten darzustellen und dadurch den Patienten eine nach ihren Bedürfnissen sachgerechte Arztwahl zu ermöglichen. Über diesen Weg könnte der einzelne Arzt versuchen, seine Marktposition zu verbessern. Ärztliches Marketing könnte dazu führen, daß der Arzt die spezifische Besonderheit seines Praxisbetriebs annociert, z. B. seine soziale Kompetenz, und dadurch Patienten anspricht. Dies wäre ein erster Schritt hin zur Etablierung einer neuen kassenärztlichen Praxiskultur.

Steuerung des ärztlichen Angebotes

186. In der Öffentlichkeit wird das Problem der Ärzteschwemme als eine der zentralen Fragen der kassenärztlichen Versorgung diskutiert. Die Kommission ist aber grundsätzlich der Auffassung, daß gegenüber der Zahl der Ärzte die Qualität der kassenärztlichen Versorgung im Zentrum der Reformüberlegungen stehen sollte. Gleichwohl sieht auch sie die Probleme, die mit einer unkontrolliert wachsenden Zahl niedergelassener Kassenärzte bei den heutigen Strukturen in der kassenärztlichen Versorgung verbunden sind.

Zur Bewältigung und zur Steuerung des ärztlichen Angebots gibt es in der Kommission in Abhängigkeit von den jeweils zugrundeliegenden ordnungspolitischen Leitbildern unterschiedliche Ansätze.

187. Die Mehrheit**) der Kommission geht davon aus, daß nicht mehr alle die Zulassung anstrebenden Ärzte in die

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock.

**) Mehrheit (11 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Herr Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock.

Enthaltungen (6 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

kassenärztliche Versorgung aufgenommen werden sollten. Als für diesen Zweck taugliche Steuerungsmaßnahmen werden

- die Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Kassen, oder
- regionale Zulassungsbeschränkungen

betrachtet.

188. Ebenfalls diskutierte Vorschläge zur Steuerung des ärztlichen Angebots über

- bedarfsorientierte Ausbildungskapazitäten,
- Orientierung der Ausbildungskapazitäten an einer ordnungsgemäßen Ausbildung,
- die Pflichtweiterbildung als Zulassungsvoraussetzung,
- die Einführung einer Altersgrenze für Kassenärzte und
- die strikte Begrenzung der kassenärztlichen Gesamtvergütung

werden von der Kommission unterschiedlich beurteilt.

Bedarfsorientierte Ausbildungskapazitäten

189. Der vielfach erhobenen Forderung einer Orientierung der Ausbildungskapazitäten am Bedarf vermag sich die Mehrheit*) der Kommission nicht anzuschließen. Diese Lösung begegnet nicht nur schwerwiegenden verfassungsrechtlichen Bedenken; sie ist in den Augen dieser Kommissionsmitglieder auch ein untaugliches Instrument zur Bedarfssteuerung, da es eine genügend scharfe zukunftsbezogene Bedarfschätzung, aus der sich die Versorgungsziele präzise ableiten lassen, nicht gibt. Sie halten eine Neuorientierung der medizinischen Ausbildungsinhalte an die Erfordernisse in der ambulanten Praxis für bedeutsamer als vordergründige Kapazitätsüberlegungen.

Orientierung der Ausbildungskapazitäten an einer ordnungsgemäßen Ausbildung

190. Es ist unbestritten, daß mit den verfügbaren Ausbildungskapazitäten eine ordnungsgemäße Ausbildung der Medizinstudenten nicht möglich ist. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Numerus-clausus-Urteil festgestellt, daß eine ordnungsgemäße Ausbildung der Medizinstudenten sichergestellt sein muß. Die Zahl der Medizinstudenten muß sich daher an der Möglichkeit einer ordnungsgemäßen Ausbildung orientieren. Möglichkeiten der außeruniversitären Ausbildungsstätten, z.B. qualifizierte Krankenhäuser, sollten für die praxisnahe Ausbildung von Medizinstudenten verstärkt genutzt werden.

Pflichtweiterbildung als Zulassungsvoraussetzung

191. Der insbesonders von Teilen der Ärzteschaft und von seiten der Krankenkassen seit Jahren erhobenen Forderung nach einer mindestens dreijährigen Pflichtweiterbildung als Voraussetzung zur Zulassung als Kassenarzt pflichtet die Kommission bei. Sie sieht hierin jedoch kein geeignetes Instrument der quantitativen Bedarfssteuerung.

*) Mehrheit (16 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Herr Glombig, Abg. Haack, Abg. Dr. Hoffacker, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock, Abg. Dr. Thomae; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.
Enthaltung: Abg. Scheu.

Altersgrenze für Kassenärzte

192. Die Freiberuflichkeit der Ärzte steht einer Altersgrenze für Kassenärzte nicht entgegen. Grundsätzlich ist dem Angehörigen eines freien Berufes nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes kein irgendwie bestimmbarer erhöhter Anspruch auf Freiheit von gesetzgeberischen Eingriffen rechtlich verbürgt.

Die Kommission präferiert zunächst die Ausnutzung positiver Anreizsysteme. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können nach § 105 Abs.3 SGB V den freiwilligen Verzicht auf die Kassenzulassung ab dem 62. Lebensjahr fördern. Mit Erreichen der Altersgrenze in der berufsständischen Versorgung sollte die Kassenarztzulassung beendet sein, zumal die Alterssicherung der ärztlichen berufsständischen Versorgungswerke erheblich besser ist als in den anderen Systemen. Eine Minderheit**) der Kommission ist aus grundsätzlichen Erwägungen gegen jede Altersgrenze für Kassenärzte.

193. Von der erteilten gesetzlichen Ermächtigung zu derartigen Regelungen haben nur wenige Kassenärztliche Vereinigungen Gebrauch gemacht, wenn auch erste positive Tendenzen in diesem Bereich erkennbar sind. Allerdings weist die Kommission auch darauf hin, daß sich nach ihrer Ansicht die Probleme einer zunehmenden Zahl von Ärzten allein über die Einführung einer Altersgrenze für Kassenärzte langfristig nicht lösen lassen.

Begrenzung der kassenärtzlichen Gesamtvergütung

194. Die Zahl der niedergelassenen Kassenärzte könnte auch über eine verbindliche Begrenzung der kassenärztlichen Gesamtvergütung beeinflußt werden. Wird ein als wesentliches Motiv für die Wahl des Studienfachs Medizin und für die Zulassung als Kassenarzt die Erwartung eines im Vergleich zu anderen akademischen Berufsgruppen hohen Einkommens angesehen, könnte sich eine absehbare Einkommensbegrenzung oder gar -reduktion restriktiv auf die Wahl des Medizinstudiums auswirken und insoweit eine Steuerungswirkung entfalten. Die Kommission weist aber darauf hin, daß dieser Effekt, insbesondere im Lichte internationaler Erfahrungen, nicht als gesichert angesehen werden kann.

Umverteilung von Leistungen und Einkommen in der kassenärztlichen Versorgung

195. Die Minderheit***) der Kommission ist der Ansicht, daß eine grundlegende neue Gewichtung und Umverteilung der Aufgaben und ärztlichen Leistungen in der kassenärztlichen Versorgung in Richtung auf eine präventiv orientierte und zuwendungsintensive Medizin notwendig ist. Es wird

**) Minderheit (2 Stimmen): Prof. Dr. Beske, Abg. Dr. Thomae.
Mehrheit (14 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Herr Glombig, Abg. Haack, Abg. Dr. Hoffacker, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock, Abg. Scheu.
Enthaltung: Prof. Dr. Oberender.

***) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.
Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

davon ausgegangen, daß ein Großteil der Probleme – verschiedene Schätzungen liegen bei mehr als 2/3 (NASCHOLD/SCHÖNBÄCK 1978) –, auf die der Kassenarzt in seiner Praxis trifft, mit dem herkömmlichen Instrumentarium der Schulmedizin nicht zu bewältigen ist. Nach dieser Meinung soll die Aus- und Weiterbildung vor allem den für die Grundversorgung zuständigen Arzt dazu befähigen, gesprächsorientiert, mit psycho-sozialer Kompetenz und als Vermittler von sozialen Hilfen tätig zu werden. Ein entsprechender aus- und weitergebildeter Allgemeinarzt wird die ärztliche Grundversorgung zeitintensiver betreiben, mit Schwerpunkten auf psychotherapeutischen, sozial unterstützenden und Selbsthilfekräfte stärkenden Methoden und Maßnahmen. Längere Kontaktzeiten führen auch zur Verkürzung der Kontakthäufigkeit und können dadurch den Umfang von verordneten ärztlichen Leistungen verringern.

196. Ein Teil der Kommission hält bei mildem Hochdruck, Durchblutungsstörungen oder bei allgemeinen Befindlichkeitsbeeinträchtigungen nicht-medikamentöse Therapieansätze für viel wirksamer, sinnvoller und nicht zuletzt problemorientierter als die Verabreichung von in ihrem therapeutischen Nutzen fragwürdigen Medikamenten. Die notwendige Umverteilung der Mittel für die kassenärztliche Versorgung in der Weise, daß weniger Geld insbesondere für die technisch-apparative und medikamentöse Medizin ausgegeben wird und mehr Mittel für eine zuwendungsintensive ärztliche Versorgung zur Verfügung gestellt werden, ist Selbstverwaltungsaufgabe von Krankenkassen und Ärzteschaft. Der Ausbau von Hilfeangeboten, wie z. B. der Gesundheitspark München, und die Vermittlung von psychosozialen Fähigkeiten und Kenntnissen für die Ärzte der Grundversorgung erfordern entsprechende Dienste, Serviceeinrichtungen und Bildungsmaßnahmen.

197. Teile der Kommission sind der Auffassung, daß das Steuerungsziel hin zu einer personalen Zuwendung und weg von einer fragwürdigen Pharmakotherapie eine lösbare Aufgabe ist, wenn die dafür notwendige Infrastruktur finanziert wird. Deshalb sind Investitionen in einen entsprechend aus- und weitergebildeten Arzt der Grundversorgung sinnvoller als Investitionen in überflüssige diagnostische Apparaturen und fragwürdige therapeutische Konzepte für die Medizin der Alltagskrankheiten.

Der diese Konzeption befürwortende Teil der Kommission geht davon aus, daß auf diese Weise die zuwendungsintensiven Leistungen gegenüber den verordneten und veranlaßten Leistungen wesentlich zunehmen werden. Er geht weiter davon aus, daß die bei den verordneten und veranlaßten Leistungen einsparfähigen Mittel ausreichen, um auch künftig die in die kassenärztliche Versorgung strebenden Mediziner aufnehmen zu können. 1987 erhielten rd. 70.000 Kassenärzte nach Abzug der Praxiskosten ein Gesamteinkommen vor Steuer von ca. 10 Mrd. DM von der GKV, die für die ambulante ärztliche Behandlung insgesamt rd. 21 Mrd. DM aufzuwenden hatte. Wie groß der finanzielle Spielraum im Rahmen des gegebenen Budgets der kassenärztlichen Versorgung ist, soll folgende Modellrechnung zeigen. Um von vornherein Mißverständnisse zu vermeiden: Wenn in dieser Modellrechnung für niedergelassene Ärzte ein Einkommen gemäß BAT Ib zugrunde gelegt wird, bedeutet dies nicht, daß allgemein eine Bezahlung der Kassenärzte nach BAT gefordert oder für sinnvoll gehalten wird. Es geht darum, eine für akademische Berufe übliche Einkommensgröße zu verwenden. Legt man z. B. einen derzeit üblichen Haushaltsansatz von DM 86.820 p.a. für die Finanzierung (Arbeitgeberbruttoausgaben) einer BAT Ib Stelle zugrunde, dann beträgt der Aufwand für 70.000 Ärzte rund 6 Mrd. DM.

Die Umwandlung aller Einzelpraxen in Doppel- bzw. Gemeinschaftspraxen würde Kosten in der Größenordnung von 6 Mrd. DM verursachen, wenn die zusätzlichen Ärzte als »Gesprächs- und Beratungsärzte« zur Vermeidung von unnötigen Verordnungen bei Arznei und veranlassungsfähigen Leistungen eingestellt würden. Eine in der Tendenz ähnliche Überlegung hat der Sachverständigenrat 1988 angestellt. Auch er plädiert für eine breitere Umwandlung von Einzelpraxen in Gemeinschaftspraxen (SVR KA 1988, Ziffer 114).

198. Einzelne Kommissionsmitglieder vertreten die Auffassung, daß durch eine Mittelfreisetzung im Bereich der veranlaßten Leistungen die Beschäftigungsmöglichkeit für Ärzte im kassenärztlichen Bereich darüber hinausgehend erweitert werden könnte. Die Daten des Arzneiverordnungs-Reports von 1989 weisen aus, daß die GKV im Jahr 1988 5,5 Mrd. DM für Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit ausgegeben hat. Davon entfallen allein 1,43 Mrd. DM auf »durchblutungsfördernde Mittel« (ARZNEIVERORDNUNGSREPORT 89, S.11 Tab.7). Der größte Teil der hierunter fallenden Wirkstoffe wird in Skandinavien und den angelsächsischen Ländern weder eingesetzt noch vertrieben. Im Arzneiverordnungsreport wird hierzu festgestellt: „Für die große Mehrzahl der in ständig steigendem Umfang verordneten Präparate fehlt der Nachweis klinischer Wirksamkeit, so daß durchblutungsfördernde Mittel auch als »Massenplacebos« bezeichnet werden, die allerdings wegen unerwünschter Wirkungen keineswegs immer unbedenklich sind" (HELD/SCHWABE 1989, S.212).

Für die umstrittenen 5,5 Mrd. DM für Arzneimittel könnten zusätzlich rd. 55.000 entsprechend BAT Ib bezahlte Ärzte beschäftigt werden, wenn eine zuwendungsorientierte ärztliche Praxis erreicht, daß Arzneimittel von zweifelhafter Wirksamkeit nicht mehr verordnet werden.

199. Die beispielhaften Berechnungen belegen nach dieser Auffassung tendenziell, daß bei einer Umwandlung von Einzelpraxen in Gemeinschaftspraxen eine kostenneutrale Verdoppelung der heutigen Kassenärztezahl bei Umsetzung einer problem- und kostenbewußten Medizin durchaus möglich wäre. Es ist Aufgabe und Möglichkeit der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzteschaft, die dafür notwendigen Instrumente der Organisationsentwicklung und Qualitätssabsicherung bereitzustellen.

Aufhebung des Kontrahierungszwanges

200. Teile der Kommission plädieren für eine Auflösung des bestehenden kollektiven Vertragszwanges in der kassenärztlichen Versorgung. Um insbesondere Handlungs- und Gestaltungsspielräume zu erhöhen, soll der faktische Kontrahierungszwang zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen aufgehoben werden. Dabei werden von einzelnen Mitgliedern der Kommission jeweils unterschiedliche Wege favorisiert:

a) Auflockerung des kollektiven Vertragszwanges

201. Nach Ansicht einiger Kommissionsmitglieder engt das geltende Kassenarztrecht die wirtschaftliche und medizinische Entscheidungsfreiheit der Kassenärzte an vielen Stellen unnötig ein. Die Freiberuflichkeit der Kassenärzte müsse sich auch im ökonomisch-rechtlichen Bereich wieder-

finden lassen. Deshalb sei der individuelle Entscheidungsspielraum durch den Abbau zentraler, übergeordneter Zwänge zu erweitern. Auf der anderen Seite sei auch den Vertragspartnern, den Krankenkassen und ihren Verbänden, mehr Entscheidungsspielraum einzuräumen.

202. Insbesondere sollten die Krankenkassen die Möglichkeit haben, Vertragspartner nach Bedarf und Wirtschaftlichkeit auszuwählen. Die »freie Arztwahl« der Versicherten dürfe dabei nicht verabsolutiert werden, da es wichtiger sei, den Versicherten neben der unbeschränkten auch eine beschränkte Arztwahl als Option anzubieten. Bei Ergänzung dieser Option durch die Möglichkeit, die Krankenkasse wechseln zu können, werde das Krankenversicherungssystem freiheitlicher und versichertenfreundlicher.

Die angestrebte Systemöffnung kann dieser Auffassung zufolge in zwei Schritten erfolgen:

203. In einem ersten Schritt sind dem Kassenarzt wie dem Versicherten Optionen einzuräumen, auf welche Weise sie ihrer Organisationspflicht nachkommen wollen. Dem Versicherten ist eine freie Wahl der Krankenkasse, dem Kassenarzt eine freie Wahl des kassenärztlichen Verbandes zu gewähren. Neben den Kassenärztlichen Vereinigungen müssen dazu weitere Verbände mit unterschiedlichen Organisationsformen, aber gleichen Rechten zugelassen werden, in denen Kassenärzte ihrer Organisationspflicht nachkommen können.

204. In einem zeitlich späteren zweiten Schritt sollte den einzelnen Krankenkassen ebenso wie den einzelnen Kassenärzten zusätzlich ein direktes Vertragsrecht zugestanden werden, wobei der Sicherstellungsauftrag schrittweise auf die Krankenkassen zurückverlagert werden muß. Die Krankenkassen sollten ergänzend dazu das Recht erhalten, Versicherte, die kostengünstigere Kassenärzte aufsuchen, an dem Kostenvorteil zu beteiligen. Gelingt es den Krankenkassen, ihre Patienten zu den kostengünstigeren Kassenärzten zu lenken, kann dann eine Entwicklung eingeleitet werden, die mittelfristig zur Ausgabenstabilisierung beiträgt und den einzelnen Kassenärzten sowie den einzelnen Krankenkassen mehr Gestaltungsspielraum läßt. Wird dem pflichtversicherten Kassenpatienten darüber hinaus das Recht eingeräumt, das Kostenerstattungsprinzip zu wählen, könnten Kassenpatienten und Kassenarzt auch auf privatrechtlicher Ebene Behandlungsverträge abschließen und völlig auf kollektivvertragliche Regelungen verzichten.

b) Ausschreibung von Versorgungsaufträgen für Kassenärzte

205. Die Mehrheit*) der Kommission favorisiert Ausschreibungen als Steuerungsinstrument für den ambulanten Sektor. Das angestrebte Ziel ist, neben einer Festsetzung der benötigten Zahl auch geeignete und wirtschaftliche Leistungserbringer zu finden.

206. Dem Einsatz eines Ausschreibungsverfahrens liegen unterschiedliche ordnungspolitische Vorstellungen zugrunde. So ist auf der einen Seite daran gedacht, daß die Krankenkassen mit Hilfe des sog. Einkaufsmodells in einer bestimmten Region die gewünschte Zahl von geeigneten Leistungserbringern auswählen und so ihren Einfluß in der ambulanten Versorgung vergrößern. Die Ausschreibung kann aber auch als wettbewerbliches Instrument verstanden werden, mit dessen Hilfe die Handlungs- und Gestaltungsspielräume in der ambulanten Versorgung erhöht werden. Es ist aber zu betonen, daß unabhängig von diesen ordnungspolitischen Überlegungen die Ausschreibung als ein neutrales Instrument anzusehen ist, um die eingangs genannten Ziele zu erreichen. Die Ausgestaltung dieses Instruments soll im folgenden skizziert werden:

207. Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor Beginn der Ausschreibung einen abrechenbaren Katalog ärztlicher Einzelleistungen sowie die relativen Preise (Punktzahlen) fest. Die zentrale Vorgabe der Preisstrukturen wäre bei der Anwendung pauschalierter Entgeltverfahren allerdings entbehrlich.

208. Die Versorgungsaufträge werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen gemeinsam ausgeschrieben. Auf der Grundlage der kassenärztlichen Bedarfspläne legt die gemeinsame Selbstverwaltung die Zahl der bedarfsnotwendigen Kassenärzte pro Fachgebiet und Versorgungsgebiet fest. Dann erfolgt eine öffentliche Ausschreibung der Versorgungsaufträge, an der jeder Arzt, der die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, teilnehmen kann. Dabei geben die »bietenden« Ärzte an, zu welchen Vergütungsbedingungen (Punktwerten) sie bereit sind, die Kassenpatienten zu versorgen.

209. Die gemeinsame Selbstverwaltung ordnet für jede Versorgungsregion und jedes Fachgebiet die Angebote nach der Rangfolge der Preisgebote. Dieser Rangfolge entsprechend werden pro Fachgebiet und Versorgungsregion alle Leistungsersteller, die nach Aussage der gesundheitspolitischen Vorgabe zu einer bedarfsgerechten Versorgung notwendig sind, als Vertragspartner akzeptiert. Alle Vertragsärzte eines Fachgebietes erhalten den Punktwert, den der als letzter akzeptierte Mitbewerber in der Region geboten hat (*vickrey-auction*).

210. Die Ausschreibung wird periodisch, z. B. alle 5 bis 10 Jahre – dies entspricht etwa der Abschreibungszeit für bestimmte Investitionsgüter – wiederholt. Durch abgestuftes zeitliches Vorgehen kann sichergestellt werden, daß jedes Jahr eine Reihe von Ausschreibungen anstehen und somit jungen Bewerbern ausreichend Chancen geboten werden. Generell wird die Kassenzulassung zeitlich begrenzt und nicht mehr als lebenslanges Privileg vergeben. Patienten, die bei ausgeschiedenen Kassenärzten verharren, wird Kostenerstattung in der durch die Ausschreibung ermittelten Kostenhöhe geboten. Ärzten, die es verstehen, Patienten durch ihre Qualität zu überzeugen, bietet sich damit eine Chance, auch außerhalb der GKV an der medizinischen Versorgung zu partizipieren. Zum anderen werden neue oder abgelehnte Bewerber nicht für alle Zukunft aus der Versorgung von Kassenpatienten ausgeschlossen.

211. Teile der Kommission halten diese Reformoption grundsätzlich für eine ernsthaft zu diskutierende, verfassungskonforme Alternative zu interventionistischen Maßnahmen wie Zulassungsbeschränkungen und Ausgrenzung von neuen Leistungsanbietern. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt in der raschen Bewältigung des Überkapazitätsproblems sowie darin, daß im Vergleich zum jetzigen System eine hohe Kontinuität gewahrt wird. Eine Umset-

*) Mehrheit (11 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Herr Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock.
Gegenstimmen (2 Stimmen): Prof. Dr. Beske, Abg. Dr. Thomae.
Enthaltungen (4 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Limbach, Abg. Scheu.

zung dieser Reformoption setzt aber – zumal eine regional begrenzte und zeitlich befristete Erprobung rechtlich und faktisch auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen dürfte – weitere vertiefende Untersuchungen voraus. Zu erforschen sind insbesondere die gesundheitspolitischen Auswirkungen des Modells, z. B., ob hierdurch eine zuwendungsintensive Medizin gefördert oder im Gegenteil eine Kurzzeitmedizin begünstigt wird bzw., welche Auswirkungen auf das Verordnungsverhalten zu erwarten sind.

212. Weiter ist die Frage zu klären, ob die regionale Ausschreibung für alle Kassen gemeinsam mit wettbewerbs- und kartellrechtlichen Bestimmungen in Einklang steht. Immerhin sind die Anbieter ärztlicher Leistungen örtlich gebunden und können bei Existenz von regionalen Einkaufsgemeinschaften der Krankenkassen nur noch geringe Wahlchancen wahrnehmen. Es besteht die Gefahr, daß die Krankenkassen den Leistungsanbietern einseitig die Vertragsbedingungen diktieren können. Andererseits agieren die Kassen nicht als erwerbswirtschaftliche Unternehmen, sondern als gebundene Selbstverwaltung mit öffentlichem Auftrag. Zudem übernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts eine Mittler- und Schutzfunktion (Bedarfsplanung, Festsetzung der relativen Preise) für die einzelnen Leistungsanbieter und stellen ein Gegengewicht zu den Krankenkassen dar.

213. Auch die Auswirkungen des Modells auf die Organisationstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung sind in rechtlicher, gesundheits- und gesellschaftspolitischer Hinsicht zu bedenken.

214. Daneben bedürfen zahlreiche Detailfragen einer vertieften Betrachtung. Genannt seien hier beispielshaft nur

- die Einbeziehung von alternativen Betriebs- und Organisationsformen (z. B. HMO) in das Ausschreibungsverfahren;
- die Berücksichtigung von Qualitätsgesichtspunkten;
- die Steuerung der Menge der erbrachten Leistungen.

Regionale Zulassungsbeschränkungen

215. Als Abwehrmaßnahme gegen eine drohende »Ärzteschwemme« wird eine Verschärfung und Ausdehnung der kassenärztlichen Bedarfsplanung mit dem Ziel regionaler Zulassungsbeschränkungen diskutiert.

Die Vorstellungen über die Zuständigkeit für die Bedarfsermittlung gehen dabei auseinander. Teilweise wird für eine Beibehaltung der bisherigen Zuständigkeiten plädiert. Nach anderer Auffassung sollen die Aufgaben der Bedarfsplanung, die bisher von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf Basis bundeseinheitlicher Richtlinien wahrgenommen werden, auf regionale, aus Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringern beschickte Gesundheitskonferenzen übertragen werden.

Die Vorteile dieser Mengensteuerung liegen in ihrer relativ leichten technischen Handhabbarkeit durch Gebote und Verbote sowie in optisch leicht erkennbaren Erfolgen.

216. Die Vertreter des marktorientierten Ansatzes sehen in der Bedarfsplanung ein Instrument staatswirtschaftlicher Volkswirtschaften, das unserer Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung fremd ist. Der gesellschaftliche Bedarf an medizinischen Leistungen kann administrativ nicht befriedigend geregelt werden. Er ergibt sich vielmehr am überzeugendsten in dezentralen Prozessen aus den Präferenzen der Individuem. Hierzu bedarf es geeigneter struktureller Maßnahmen.

Vergütungsbereich

217. Jedes Entgeltsystem hat nicht nur Finanzierungsaufgaben, sondern auch Steuerungsfunktionen. Nach Auffassung der Kommission sollten diese Steuerungsfunktionen zur Verbesserung der Strukturen in der ambulanten Versorgung gezielt eingesetzt werden. Ziel eines Entgeltsystems sollte die Aufwertung von zuwendungsintensiven Leistungen und damit die Stärkung der allgemeinen ärztlichen Grundversorgung sein. Insoweit werden die Zielvorstellungen der Reform des EBM von der Kommission begrüßt.

218. Durch die Reform des EBM ist die Diskussion um eine Neuorientierung im Vergütungsbereich keineswegs abgeschlossen. Diese Neuorientierung betrifft beide Stufen des Vergütungssystems und wirft zwei Fragen auf:

a) Ist auch für die Zukunft eine Begrenzung der Gesamtvergütung erforderlich?

b) Wie sind ärztliche Leistungen zu bewerten und in welche Relation sind sie zueinander zu stellen?

- Hinsichtlich der Gesamtvergütung drängen vor allem die Krankenkassenverbände darauf, auch für die Zukunft die Gesamtvergütung so zu begrenzen, daß sie nicht stärker als die Grundlohnentwicklung steigt. Teile der Kommission unterstützen dieses Ziel. Andere Kommissionsmitglieder wenden dagegen ein, daß die grundlohnbezogene Budgetierung letztlich eine willkürliche, allenfalls auf der Ebene der einzelnen Kasse gerechtfertigte Festlegung sei.
- Bei den Bewertungen der ärztlichen Leistung sollte der durch die EBM-Reform eingeschlagene Weg, nämlich die Aufwertung der patientenbezogenen Zuwendung des Arztes, weiter verstärkt und durch flankierende Regelungen unterstützt werden. Zu prüfen sind aber auch völlig neue Ansätze für die Honorierung der ärztlichen Leistung, wie z. B. die Einführung von Leistungskomplexhonoraren.
- Ein Teil der Kommission tritt dafür ein, daß die Kassen den einzelnen Kassenärzten unterschiedliche Vergütungssysteme zur Auswahl unterbreiten.

219. Dem Bewertungsmaßstab als der Grundlage für die Gebührenordnungen in der kassenärztlichen Versorgung kommt für die Honorierung eine entscheidende Bedeutung zu. Die Steuerungsfunktion des Bewertungsmaßstabes für das ärztliche Geschehen verlangt, daß bei der Auswahl eines Honorierungssystems Vor- und Nachteile möglicher Alternativen offengelegt und an den gewünschten Zielen, die erreicht werden sollen, gemessen werden. Daß die Entscheidung für ein bestimmtes Honorierungssystem nicht einfach ist, soll eine Übersicht verdeutlichen (vgl. Schaubild 1. 1 S.78. Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, daß die im folgenden beschriebenen Effekte einzelner Vergütungssysteme bei verschiedenen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen jeweils unterschiedliche Wirkungen zeigen.

220. Empirische Untersuchungen zu den Auswirkungen der verschiedenen Honorierungssysteme liegen nur vereinzelt vor. Die Kommission ist sich darin einig, daß die Realisierung der Anforderungen an eine Strukturreform von keinem Honorierungssystem optimal erreicht werden kann. Ein Teil der Kommission favorisiert ein Konzept, bei dem

die ärztliche Grundversorgung pauschaliert, die fachärztliche Versorgung demgegenüber nach Einzelleistungen honoriert wird. Ob die erwähnte Pauschale als Kopfpauschale oder als diagnoseabhängige Fallpauschale ausgelegt werden sollte, bedarf der weiteren Prüfung. Zu betonen ist aber, daß dieser Vorschlag einen Ausschluß des direkten Zugangs des Versicherten zur gebietsärztlichen Versorgung voraussetzt. Der direkte Zugang der Patienten sollte grundsätzlich auf Primärärzte beschränkt sein. Gebietsärzte, die sowohl primär- als auch fachärztlich ausgebildet sind, müssen sich bei ihrer Zulassung für eine Versorgungsstufe entscheiden.

Schaubild 1.1: Positive und negative Anreize der Einzelleistungsvergütung, der Pauschale und des Gehalts

Positive Anreize	*Negative Anreize*
Einzelleistungsvergütung	
- kostenminimale Produktion, Einzelleistungen - kurze Wartezeit - Spezialisierung - Nutzung des technischen Fortschritts - auch aufwendige Medizin wird angewendet	- unnötig viele Einbestellungrn - Erbringung medizinisch unnötiger Leistungen (keine kostenminimale Behandlungsmethode) - Gefahr iatrogener Schäden durch extensive Medizin - Vermeidung von Überweisungen - tendenziell gegen präventive Orientierung
Pauschale pro eingeschriebenem Patient	
- keine überflüssigen Leistungen (kostenminimale Behandlungsmethode) - kostenminimale Produktion einzelner Leistungen - Nutzung des technischen Fortschritts - präventive Orientierung	- Anreiz zur Maximierung der eingeschriebenen Patienten - viele Überweisungen - keine Motivation für aufwendige Leistungen - keine Motivation zur Innovation
Pauschale pro Behandlungsfall	
- keine überflüssigen Leistungen (kostenminimale Behandlungsmethode) - kostenminimale Produktion einzelner Leistungen - Nutzung des technischen Fortschritts - präventive Orientierung	- Anreiz zur Maximierung der eingeschriebenen Patienten - viele Überweisungen - keine Motivation für aufwendige Leistungen - keine Motivation zur Innovation
Gehalt	
- keine exzessive Leistungsausdehnung (insofern keine Koppelung an die Leistungsmenge) - präventive Orientierung	- viele Überweisungen - keine Motivation zur Innovation - keine Motivation für kostenminimale Produktion

Quelle: REINHARDT/SANDIER/SCHNEIDER (1986): Die Wirkungen von Vergütungssystemen auf die Einkommen der Ärzte, die Preise und auf die Struktur ärztlicher Leistungen im internationalen Vergleich, Forschungsbericht Nr. 148, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn, S.17

221. Einige Mitglieder der Kommission wollen diesen Vorschlag nur als Übergangslösung verstanden wissen. Sie treten für eine Flexibilisierung des Vergütungssektors ein, um mehr Entscheidungs- und Handlungsfreiheit für alle Beteiligten zu gewährleisten. Ihre Vorstellungen gehen dahin, dezentral mehrere Vergütungssysteme nebeneinander zuzulassen.

Medizinische und ökonomische Evaluation

222. Generell muß das hohe Defizit an fachlich-wissenschaftlicher Überprüfung der im ambulanten Bereich eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Verfahren abgebaut werden. Der im Bundesmantelvertrag vereinbarte Ausschuß für Untersuchungs- und Heilmethoden ist bisher nur im geringen Maße aktiv geworden und hat sich überwiegend mit seltenen Methoden befaßt. Die Tätigkeit der genannten Gremien ist für die konkrete Versorgungssituation bislang unerheblich.

223. Ein Teil der Kommission folgt deshalb dem Vorschlag des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion, ein gesetzliches, allgemein gültiges medizinisches und ökonomisch-wissenschaftliches Evaluationsgebot zu normieren, um einen nutzenmaximalen Einsatz bei den erwähnten Verfahren zu erreichen.

Kassenärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung

224. Die bis zum Inkrafttreten des SGB V ausschließlich praktizierte Wirtschaftlichkeitsprüfung des einzelnen Arztes anhand des statistischen Durchschnitts aller Ärzte bzw. seiner Arztgruppe stellt keine wirksame Form der Ausgabenbegrenzung dar. Sie entspricht auch nicht dem ökonomischen Wirtschaftlichkeitsbegriff, demzufolge mit knappen Ressourcen ein größtmöglicher Nutzen bzw. ein gegebener Nutzen mit geringstmöglichen Mitteln erreicht werden soll. Diesem Wirtschaftlichkeitsbegriff trägt eine Einzelfallprüfung besser Rechnung. Ein Teil der Kommission verkennt jedoch nicht, daß dieses theoretisch denkbare Instrument an der Menge der erbrachten und veranlaßten Leistungen scheitern muß. Die gegenwärtig geübte Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfung wirkt in den Augen dieser Kommissionsmitglieder eher kontraproduktiv, da sie allein auf monetäre Größen ausgerichtete Denk- und Verhaltensweisen der Ärzte begünstigt und den Blick auf die gesundheitspolitischen Ziele der ambulanten Versorgung verstellt.

Zulassung alternativer Praxisformen

225. Bislang findet die ambulante kassenärztliche Versorgung nahezu ausschließlich durch die einzeln arbeitenden niedergelassenen Ärzte statt. Lediglich Praxisgemeinschaften, in denen die Ärzte getrennt wirtschaften, aber möglicherweise eine zwischenbetriebliche Kooperation stattfindet, und Gemeinschaftspraxen, die ihrer Rechtsform nach Gesellschaften bürgerlichen Rechts sind und deren Gesellschafter die dort tätigen Ärzte sind, die ihre Honorare auch gemeinsam abrechnen, haben in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen.

226. Ein Teil der Kommission hält es angesichts der gewandelten Anforderungen an die ambulante Versorgung und aufgrund vorhandener Rationalisierungsreserven für notwendig, die strukturellen, organisatorischen, vertraglichen und vergütungstechnischen Voraussetzungen für die Errichtung kooperativer ambulanter Einrichtungen oder al-

ternativer Praxisformen in der ambulanten Versorgung zu schaffen.

227. Ein Teil der Kommission spricht sich dafür aus, die Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen in multiprofessionellen Teams, innerhalb der kassenärztlichen Versorgung zu erproben. Vorhandene Erfahrungen schon bestehender Praxisgemeinschaften, Gemeinschafts- und diagnostischer Schwerpunktpraxen, Ambulatorien, Gesundheitszentren und Krankenhausambulanzen sollten genutzt und die Errichtung weiterer sowohl privater wie öffentlicher kooperativer Einrichtungen gefördert werden.

Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche

228. Bestehende rechtliche und finanzielle Abgrenzungen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen sind Zentralprobleme im Gesundheitswesen. Beispielhaft für die mangelnde Verzahnung der verschiedenen Sektoren ist für einen Teil der Kommission die Behandlungsaufteilung der Patienten in Behandlungsverläufe ohne inneren Zusammenhang, die Inselsituation der Krankenhäuser und die Ausgrenzung des Laiensystems aus der ambulanten Versorgung. Die Kommission ist sich darin einig, daß eine Verbesserung der Koordination und Kooperation aller Versorgungsbereiche eine wichtige gestalterische und organisatorische Aufgabe eines Krankenversicherungssystems ist.

Literaturverzeichnis

GRUNOW, D. [1988]: Selbsthilfe im Gesundheitswesen: Einstellung, Verhalten und strukturelle Rahmenbedingungen, in: Ch. von Ferber (Hrsg.): Gesundheitsselbsthilfe, München

HELD, K. / SCHWABE, U. [1989]: Durchblutungsfördernde Mittel, in: U. Schwabe / D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '89, Stuttgart-New York, S.211-22

HOFFMANN, C. / FAUST, V. [1983]: Psychische Störungen durch Arzneimittel, Stuttgart-New York

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG [1989]: Grunddaten zur Kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln

KNIEPS, Franz [1989]: Einleitung zum Krankenversicherungsrecht, in: Bernd Baron von Maydell (Hrsg.) Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch V, Neuwied

LOHSE, M. J. / MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. [1989]: Hypnotika und Sedativa — Psychopharmaka, in: U. Schwabe / D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '89, Stuttgart-New York, S.243-254, S.352-367

NASCHOLD, Frieder / SCHÖNBÄCK, Wilhelm [1978]: Systemanalyse des Gesundheitswesens, 2. Auflage, Wien

PAPIER, Hans Jürgen [1988]: Der Einfluß des Verfassungsrechts auf das Sozialrecht, in: Bernd Baron von Maydell / F. Ruland (Hrsg.): Sozialrechtshandbuch (SRH), Neuwied

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1988]: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden

SCHOLZ, Hasso [1989]: Kardiaka, in: U. Schwabe, / D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '89, Stuttgart-New York, S.255-264

SCHWABE, U. / PAFFRATH, Dieter. [1989]: Arzneiverordnungsreport '89. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Stuttgart

TROSCHKE, J. von, u.a. [1981]: Selbstbehandlung und Selbstmedikation Medizischer Laien; Forschungsbericht Gesundheitsforschung 67, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

WANNER, Ernst [1989]: Neugestaltung des Kassenarztrechts, in: BKK 1989, S.190-198

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPEN »KRANKENVERSICHERUNG« [1989]: Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (Beiträge zur Gesundheitsökonomie der Robert-Stiftung, Bd.25), Gerlingen

IV. Zahnmedizinische Versorgung

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission mit der Mehrheit von 16 Stimmen* bei 1 Gegenstimme verabschiedet**.]

1. Zielvorstellungen

1. Im Gegensatz zu vielen anderen Feldern der medizinischen Versorgung ist es im zahnmedizinischen Bereich vergleichsweise einfach, Konsens über die von der WHO in Zusammenarbeit mit der Internationalen Zahnärzte Vereinigung zur Verbesserung der Mundgesundheit bis zum Jahr 2000 aufgestellten konkreten Ziele herzustellen (FDI/WHO 1982):

1. Kariesfreiheit bei 50 % der 5-6jährigen (WHO-Ziel 1)
2. Nicht mehr als drei kariöse, verlorene oder gefüllte Zähne bei 12jährigen (WHO-Ziel 2)
3. Vollständiges Gebiß bei 85 % der 18jährigen (WHO-Ziel 3)
4. 50%ige Reduzierung des gegenwärtigen Standes der Zahnlosigkeit bei 35-44jährigen (WHO-Ziel 4)
5. 25%ige Reduzierung des gegenwärtigen Standes der Zahnlosigkeit bei 65jährigen und älteren (WHO-Ziel 5)
6. Aufbau eines Berichtssystems zur Analyse der Veränderungen der Mundgesundheit (WHO-Ziel 6)

2. Zahnmedizinische Experten halten diese Ziele für durchaus erreichbar. Die praktische Erfahrung in Ländern mit fortschrittlicher Zahngesundheitspflege bestätigt dies.

2. Bestandsaufnahme

2. 1 Morbidität

3. Die epidemiologische Datenlage zur Mundgesundheit in der Bundesrepublik Deutschland ist unbefriedigend. Im folgenden können deshalb nur epidemiologische Schwachstellen und Schwerpunkte für Reformansätze skizziert werden. Nahezu die gesamte Bevölkerung leidet an Zahnkaries und ihren Folgen. Hinsichtlich der Erkrankungen des Zahnhalteapparates kann man von einer Prävalenz von ca. 80 %

*) Abg. Dr. Becker, Abg. Frau Becker-Inglau, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Glombig, Abg. Haack, Abg. Dr. Hoffacker, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Oberender, Dipl.Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

**) Prof Dr. Beske

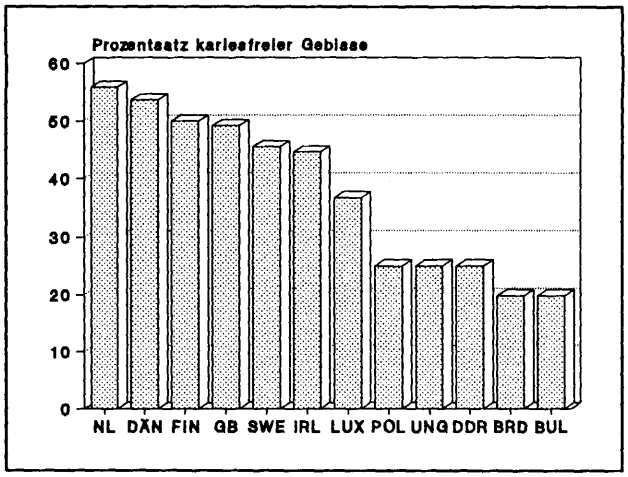
ausgehen (NAUJOKS 1986; LANGE 1983). Vernachlässigt wurde die Epidemiologie der Zahnstellungs- und Kieferanomalie. Regelmäßige epidemiologische Untersuchungen des »oral health«-Status könnten zur Definition und Evaluierung operationalisierter Gesundheitsziele dienen, vergleichbar dem »Leitbild 86« der schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin. Auch aus pragmatischer Sicht ist im Interesse des rationalen Umgangs der Vertragspartner miteinander eine von allen Beteiligten am Gesundheitswesen getragene datenmäßige Bewertungsgrundlage der notwendigen Behandlungsvolumina zu schaffen.

4. Bis in die 70er Jahre wurden Präventionsdefizite überwiegend den Betroffenen angelastet (Victims blaming). Dies führte dazu, daß eine Definition des präventiven Gesamtauftrags der Zahnärzte im Spannungsfeld von individueller Mundhygiene und Maßnahmen des Gesundheitsversorgungssystems ausblieb, wie sie in der Schweiz seitens der zahnärztlichen Profession erreicht wurde, und daß das derzeitige System der Versorgung weder in die Lage versetzt wurde, Kinder und Jugendliche so zu betreuen, daß Zahnerkrankungen rechtzeitig vorgebeugt werden, noch diese angemessen zu behandeln.

5. Da in der Bundesrepublik Deutschland repräsentative Daten insgesamt fehlen, müssen zur Morbiditätsbeschreibung Regionalstudien herangezogen werden. Der extrapolierte Wert von 19,8 % kariesfreier Gebisse bei 5-6jährigen Kindern setzt die Bundesrepublik an die vorletzte Stelle der von der WHO untersuchten Staaten (WHO 1986 b). Während zahlreiche Staaten das WHO-Ziel 1 bereits erreicht haben, bzw. in Kürze erreichen werden, korrespondiert das deutsche Ergebnis mit den erheblichen Defiziten, vor allem auf dem Gebiet der Gruppenprophylaxe. Die positiven Beispiele in einzelnen Regionen beruhen auf kontinuierlicher zahnmedizinischer und pädagogischer Begleitung (KRÜGER/SCHWABE 1987; GÜLZOW u.a. 1987). Bei einer kariesepidemiologischen Untersuchung im Kreis Biberach konnten 50 % der 5jährigen und 46 % der 6jährigen ein absolut kariesfreies Gebiß aufweisen (vgl. ZBB 12/1986, S.667 ff.). In einer Studie in Hamburg konnte bei Vorschulkindern festgestellt werden, daß der Anteil naturgesunder Gebisse von 9 % im Jahr 1977 auf 25,7 % im Jahr 1987 gesteigert werden konnte (vgl. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 44/1989, S. 531-535). Bei einer epidemiologischen Studie in Göttingen wurde festgestellt, daß 28 % der Erstklässler naturgesunde Milchzähne haben (vgl. Oralprophylaxe 11/1989, S.50-56). Im Kreis Stormarn konnte der Anteil naturgesunder Gebisse durch gruppenprophylaktische Maßnahmen auf 53,6 % bei Vorschulkindern gesteigert werden (dazu Zahngesundheitserziehung für Kleinkinder, Deutscher Ärzteverlag 1987, S.40 ff.).

6. Die bedenkliche Situation der Zahngesundheit von Kindern und Schülern in der Bundesrepublik Deutschland war in einem Ländervergleich bereits 1973 zum Ausdruck gekommen (WHO 1975). Neue Untersuchungen zeigen neben der Aktualität der problematischen Mundgesundheit auch die unzureichende zahnmedizinische Versorgung bei Kindern (NAUJOKS 1986; NAUJOKS/HÜLLEBRAND 1985; GÜLZOW u.a. 1985; GÜLZOW u.a. 1980). 1985 waren bei einer Untersuchung von Kindergartenkindern nur 16 % der an Karies erkrankten Zähne ausreichend behandelt. Bei den Dreijährigen waren die Zahndefekte fast alle unbehandelt, von den Fünfjährigen hatte nur noch jedes vierte bis fünfte Kind ein naturgesundes Gebiß. In der Altersklasse der 6jährigen war lediglich etwa jeder dritte erkrankte Zahn mit intakten Füllungen versorgt (PIEPER u.a. 1985).

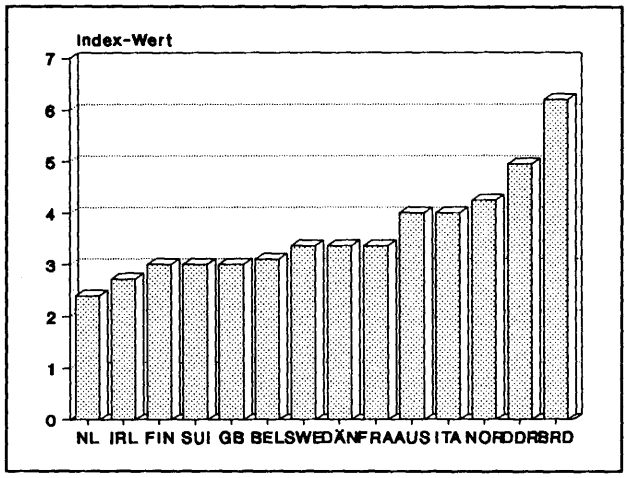
Schaubild 1. 2: Kariesfreie Gebisse bei 5- bis 6jährigen Anfang der 80er Jahre



Wert für die Bundesrepublik Deutschland aus mehreren Regionalstudien extrapoliert.
Quelle: WHO, 1986 b

7. 1986 steht die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich mit 13 anderen europäischen Staaten in bezug auf die Zahngesundheit der 12jährigen Kinder an letzter Stelle. Ein bundesrepublikanisches 12jähriges Kind hatte danach 6,2 kariöse, verlorene oder gefüllte Zähne. Am DMF-Index [Der DMF-T bzw. DMF-S-Wert ist der international gebräuchlichste Karies-Index: Er bezeichnet die Anzahl kariöser (= decayed-D), fehlender (= missing-M) und gefüllter (= filled-F) Zähne (=teeth-T) oder Zahnflächen (= surfaces-S).] gemessen ist der Zahngesundheitszustand – populär gesagt – doppelt so schlecht wie in neun anderen europäischen Staaten.

Schaubild 1. 3: Index kariöser, fehlender und gefüllter Zähne (DMFT-Index) bei 12jährigen im internationalen Vergleich (1986)



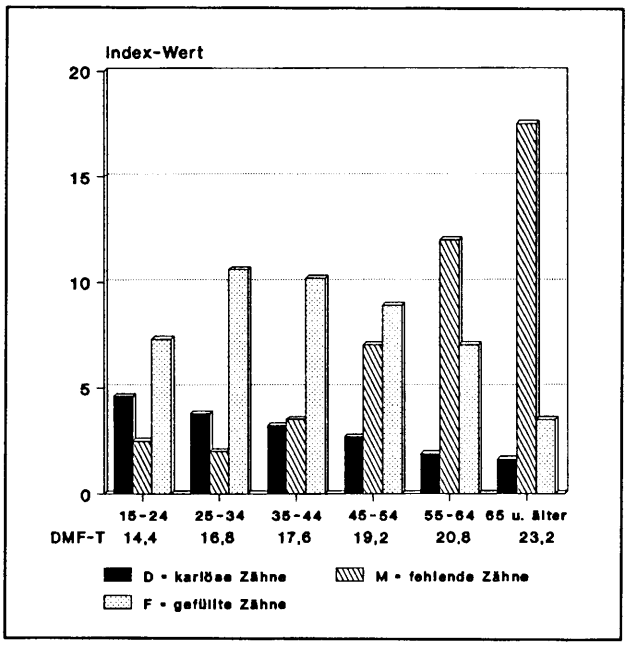
WHO: 1986 b; Wert für die Bundesrepublik Deutschland nach HÜLLEBRAND, 1986

8. Während heute lediglich bei den 8-9jährigen erste Ansätze zur verbesserten Zahngesundheit vorliegen (NAUJOKS/HÜLLEBRAND 1985), setzt sich diese Entwicklung bei älteren Kindern noch nicht im erwünschten Umfang fort. Kariesprophylaktische Maßnahmen haben in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht gegriffen, da erfolgrei-

che Ansätze im Vorschulalter durch den Mangel kariesprophylaktischer Aktivitäten bei Schulkindern ins Leere liefen (SVR KA 1987). Neuere Untersuchungen zeigten allerdings bei Jugendlichen stark verbesserte Ergebnisse. Im Vergleich von 1978 zu 1988 reduzierte sich bei den 15- bis 19jährigen die D-Komponente, also die zerstörten unversorgten Zähne, von 6,9 auf 2,5, und die gefüllten versorgten Zähne, also die F-Komponente, stieg von 6,0 auf 10,4 % (FREYTAG/WETZEL/PAPST 1988). Diese Studie kommt zu dem Schluß, daß im Vergleich zu 1978 ein deutlich verbesserter Versorgungsstandard für das Jahr 1988 zu verzeichnen ist.

9. 1978 und 1983 waren in großangelegten Studien Gesundheitszustand und Versorgungsgrad der Zähne und ihre Veränderungen im Zeitverlauf untersucht worden (PATZ/NAUJOKS 1980). 1978 hatten von 14.000 Untersuchten nur 0,15 % ein naturgesundes Gebiß (PATZ/NAUJOKS 1980).

Schaubild 1. 4: Index kariöser, fehlender und gefüllter Zähne (DMFT-Index) für die Bundesrepublik Deutschland (1983)



Quelle: Hüllebrand, 1986

Untersuchungen aus dem Jahr 1986 (HÜLLEBRAND 1986) zeigten erneut (vgl. Abb. 1.3) das unbefriedigende Verhältnis zwischen kariösen (D) und fehlenden (M) Zähnen einerseits und gefüllten (F) Zähnen andererseits. Berücksichtigt man, daß es sich bei den Untersuchten um Patienten handelte, die zahnärztliche Praxen aufsuchten (und damit bei entsprechender Motivation einer Behandlung zugänglich waren), so stellt die Tatsache, daß die versorgten Zähne (F) bei den jüngeren Patienten die unversorgten plus fehlenden Zähne (D+M) nur um 10 % überstiegen und sich diese Relation bei den älteren Patienten (durch den steilen Anstieg der M-Komponente) umkehrt, ein zentrales Problem der hohen Versorgungskosten in der Bundesrepublik Deutschland dar.

10. Während Prävention und Zahnerhaltung bei Kindern und Jugendlichen defizitär verläuft, ist die Versorgung bereits eingetretener Zahnschäden bzw. -verluste bei Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich gut. Der umfassende Krankenversicherungsschutz im deutschen GKV-System, aber auch die Honorierungsanreize zur konservierenden Behandlung und zur prothetischen Versorgung führen dazu, daß der bereits erwähnte DMFT-Index für die Bundesrepublik Deutschland bei 35- bis 44-jährigen vergleichsweise günstig ausfällt und die Zahnlosigkeit in dieser Altersgruppe wie in der Gruppe der über 65jähri-gen relativ gering ausgeprägt ist (vgl. Tabelle 1.7). Die hohen Karies- und Zahnverlustindices in späteren Lebensabschnitten bei Personen aus Ländern mit ausgebauten und bewährten Prophylaxe-Programmen lassen sich einerseits damit erklären, daß sie überwiegend Personengruppen betreffen, die in ihrer Jugend keine organisierte Prophylaxe durchlaufen haben. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß der Krankenversicherungsschutz in diesen Ländern oftmals hinter dem Niveau der Bundesrepublik Deutschland zu-rückbleibt.

Tabelle 1. 7: Index kariöser, fehlender und gefüllter Zähne (DMFT-Index) und Zahnlosigkeit in verschiedenen Ländern

			Zahnlosigkeit in % der Altergruppe der	
Land	DMFT 35–44	davon fehlende	35–44-jährige	65jähr. u. ält.
Österreich	—	7,4	—	30
Dänemark	22,0	4,5	8	60
Finnland	22,0	15,0	15	55
DDR	14,0	5,0	0,5	58
Irland	17,7	10,6	12	72
Niederlande	19,6	9,9	18	70
Schweden	—	5,0	1	20
Schweiz	20,0	5,0	—	25
Großbrit.	19,9	9,2	13	79
Norwegen	—	—	6	—
BR Deutschl.	17,7	3,6	1,1	27

Quelle: WHO, 1986b, Werte für die Bundesrepublik Deutschland nach HÜLLEBRAND, 1986

11. Diese günstigen Werte dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß im Alter zwischen 35 und 55 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland vor allem aufgrund parodontaler Erkrankungen durchschnittlich pro Person 10 Zähne verloren gehen, daß bei den Mittdreißigern nur noch jeder Fünfte ein vollbezahntes Gebiß hat und 43 % dieser Altersgruppe bereits Prothesenträger sind (PATZ/NAUJOKS 1980).

12. Im Gegensatz zur WHO hat die Europäische Gemeinschaft zwar 1984 Ziele für die parodontale Gesundheit aufgestellt, eine evaluierende Gesundheitsberichterstattung ist allerdings nicht bekannt.

13. Ein Ländervergleich marginaler Parodontopathien aus dem Jahr 1973 (eine neuere Untersuchung liegt nicht vor) beschreibt für die Bundesrepublik Deutschland einen relativ schlechten parodontalen Gesundheitszustand (WHO 1975). Es gibt keine Erkenntnisse, daß sich die Situation heute spürbar gebessert hat (NAUJOKS 1986; LANGE 1983; WINGERATH 1980).

14. Untersuchungen bei Jugendlichen zeigen günstige Werte in Ländern mit gut organisierter Jugendgruppenprophylaxe, während in der Bundesrepublik Deutschland im Alter von 20 Jahren bereits von einer nahezu 100prozentigen Prävalenz mit Parodontitiden verschiedener Schweregrade auszugehen ist (LANGE 1986; PONTI 1985; LANGE/SCHWÖPPE 1981).

15. Amerikanische Studien stellen fest, daß im Grundschulalter etwa jedes 6. Kind Gebißfehlstellungen hat und

Tabelle 1. 8: Marginale Parodonthose im internationalen Vergleich

Land	8-9jährige		13-14jährige		35-44jährige		
	Zahl der Zähne mit Gingivitis	PI[1]	Zahl der Zähne mit Gingivitis	PI[1]	Zahl der Zähne mit Gingivitis	Zahl der Zähne mit Parodontitis	PI[1]
Australien	8,8	0,87	17,1	0,79	10,9	2,0	1,49
Norwegen	7,3	0,72	13,8	0,53	11,4	2,0	1,30
Neuseeland	6,6	0,62	14,0	0,57	14,3	1,0	1,08
BR Deutschland	9,2	0,79	18,2	0,80	18,6	2,3	2,02
Japan	6,0	0,52	14,0	0,85	19,1	3,8	2,15

1) PI = Periodontal-Index (nach Russel); Quelle: WHO, International Collaborative Study

dieser Anteil bei Jugendlichen dann auf ein bis zwei Drittel ansteigt (Nachweise bei SCHICKE 1984). In der Bundesrepublik Deutschland wird angenommen, daß 85 % aller Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien erworben und der Rest erblich bedingt sind, und daß kariöse Einbrüche im Milchgebiß einen Teil der erworbenen Kieferanomalien darstellen (KZV WESTFALEN-LIPPE o.J.). In welchen Strukturen sich aber der Erwerb der Fehlstellungen und Anomalien vollzieht und wo Interventionspunkte für Behandlungen nach eindeutigen Standards liegen, ist bisher nicht ausreichend geklärt. Ebenso ist nicht ausreichend erforscht, wieviel Zahn- und Gebißfehlstellungen auf frühzeitigen Verlust von Milchzähnen zurückgehen.

2. 2 Wesentliche Beeinflussungsfaktoren der Mundgesundheit

2. 2. 1 Mundhygiene

16. Auch wenn die Erhaltung der Zahngesundheit in erster Linie eine individuelle Angelegenheit zu sein scheint, ergeben sich bedeutsame Wechselwirkungen zwischen den Lebensbedingungen und der Mundhygiene. Repräsentative Studien zum Stand der Mundhygiene, die auch diejenigen Personen einschließen, die nicht mehr oder weniger regelmäßig in zahnärztlicher Behandlung sind, fehlen weitgehend. Es ist lediglich festzustellen, daß sich die Mundhygiene insgesamt während der letzten 20 Jahre verbessert hat. Sie ist aber immer noch völlig unzureichend zur Eindämmung von Karies und Parodontose. Das Niveau der Mundhygiene korreliert außerdem mit dem sozialen Status (SCHÄFER 1985; GÜTZOW u.a. 1985; PIEPER u.a. 1981).

17. Zahnpasta- und Zahnbürstenverbrauch sowie Putzfrequenz sind ebenso unzureichend, wie zahnärztliche Hinweise oder Übungen zur Mundhygiene (SPIEKERMANN 1984). Dies weist auf einen Nachholbedarf an Zahngesundheitserziehung und -aufklärung hin (LANGE 1986; LANGE 1983), insbesondere wenn man hinzuzieht, daß zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung immer noch der Auffassung sind, sie seien gegenüber Zahnerkrankungen immun. Damit korreliert die Vorstellung von drei Vierteln der Befragten, daß Zahnerkrankungen, sollten sie dann doch eintreten, nicht durch eigenes Verhalten zu vermeiden seien (SVR KA 1987).

18. Zwar besuchen immer mehr Personen jährlich einen Zahnarzt, sie tun dies aber oft nicht aus vorbeugender Planung, sondern wegen akuter Schmerzzustände. Die Angst vor dem Schmerz hält gleichzeitig vier von fünf Bundesbürgern von einem vorbeugenden Zahnarztbesuch ab. Eine süddeutsche Regionalstudie mit 8.325 erfaßten Personen (BKK Voith-Studie) zeigt, daß lediglich 12 % der Untersuchten – wie prophylaktisch sinnvoll – zweimal jährlich zum Zahnarzt gehen. Nahezu ein Viertel der Untersuchten ging innerhalb von vier Jahren überhaupt nicht zum Zahnarzt. Bei den übrigen Personen differierte die Inanspruchnahmerate alters- und geschlechtsspezifisch (BMA 1988).

2. 2. 2 Ernährung

19. Neben individueller Mundhygiene und zahnärztlicher Behandlung spielt die Ernährung eine wichtige Rolle für die Mundgesundheit. In den letzten Jahren sind wesentliche Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten in der Bundesrepublik Deutschland festzustellen (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 1984): Zunehmende Substitution herkömmlicher Kostformen durch Industrieprodukte, vermehrte Außer-Haus-Verpflegung sowie zunehmender Konsum gezuckerter Süßgetränke und »versteckten« Zukkers. Während indirekt durch die Überversorgung mit Phosphaten und Unterversorgung mit Calcium für Kinder und Jugendliche eine Beeinträchtigung der Mineralisierung von Skelett und Zähnen zu befürchten ist, sind direkt die niedermolekularen Kohlehydrate des Zuckers als kausaler Faktor in der Ätiologie der Karies anerkannt.

20. Nach Angaben der OECD (OECD 1985) ist der Verbrauch von Rohr- und Haushaltszucker in der Bundesrepublik von ca. 30 kg pro Kopf/Jahr (1961/62) auf 40,6 kg (1982) gestiegen, so daß man von einem durchschnittlichen Verbrauch von ca. 111 Gramm pro Person/Tag ausgehen kann.

2. 3 Leistungsanbieterstruktur

2. 3. 1 Zahnärzte

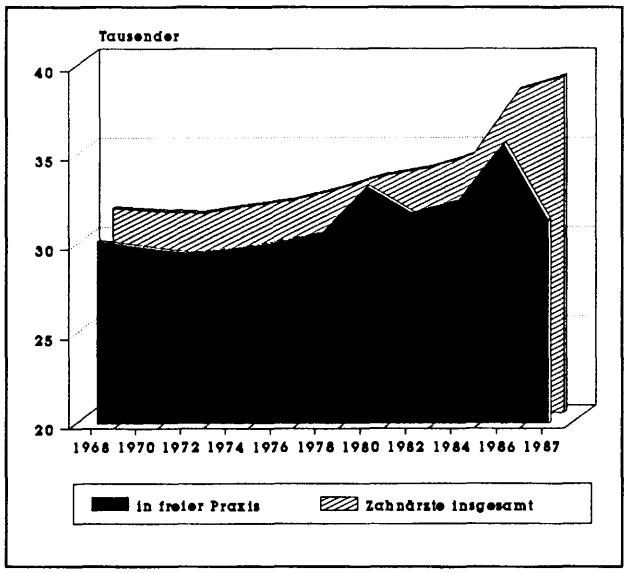
21. 1986 nahmen in der Bundesrepublik Deutschland an der kassen- bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung 30.766 Zahnärzte teil, darunter 324 nur für Ersatzkassen sowie 1.380 (4,5 %) nur an der kieferorthopädischen Versorgung. Behandelnd tätig waren 1986 insgesamt 38.027 Zahnärzte.

22. Von den am 30.09.1986 berufstätigen Zahnärzten (37.309) waren 30.554 Praxisinhaber, 4.462 Assistenten in freien Praxen, 1.249 Mitarbeiter in Universitätskliniken, 319 Jugendzahnärzte und 715 in anderen Bereichen tätig.

23. Während 1968 noch 1.922 Einwohner auf einen behandelnden Zahnarzt fielen, waren es 1986 1.608.

24. Aufgrund der immer noch wachsenden Zahnarztzahlen und zusätzlich behandelbarer Krankheiten (Parodontose) sind Ausgabensteigerungen auch in Zukunft zu erwarten. Damit ist allerdings noch nicht die Frage nach der optimalen Zahnärztedichte, speziell zur Erreichung der WHO-Ziele 1-3, für ein entwickeltes Industrieland beantwortet.

Schaubild 1. 5: Zahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland - Entwicklung im Zeitverlauf



Quelle: Statistisches Bundesamt

25. Die WHO hat 1986 erstmals internationale Vergleichszahlen zur zahnmedizinischen Versorgung und ihrer Finanzierung veröffentlicht (WHO 1986a). Danach arbeiten die meisten Zahnärzte (80-100) je 100.000 Einwohner in den skandinavischen Ländern. Die Bundesrepublik Deutschland (60) liegt mit der Schweiz, Frankreich und Belgien im Mittelfeld (55–65). Die WHO-Studie macht deutlich, daß der Indikator »Zahnarztdichte« aber isoliert betrachtet wenig aussagefähig ist, da eine gute präventive Betreuung auch bei relativ niedriger Zahnarztdichte möglich ist, wenn zahnmedizinisches Hilfspersonal verfügbar ist.

2. 3. 2 Zahnmedizinisches Hilfspersonal

26. Die Bundesrepublik Deutschland nimmt bei der Anzahl der Zahnarzthelferinnen je behandelnd tätigem Zahnarzt in Europa (und auch weltweit) einen Spitzenplatz ein. Auffällig kontrastiert dazu das weitgehende Fehlen von Dentalhygieniker/innen (vgl. Tabelle 1.9). In fast allen europäischen Ländern mit guter Mundgesundheit arbeitet ein/e Dentalhygieniker/in je 6 bis 14 Zahnärzte. Die ca. 50 in der Bundesrepublik Deutschland jährlich ausgebildeten zahnmedizinischen Fachhelferinnen (die z. B. auch für Prophylaxe qualifiziert werden) arbeiten fast ausnahmslos in den Praxen niedergelassener Zahnärzte.

27. Das Berufsbild der zahnmedizinischen Fachhelferin wird nach Angaben des Sachverständigenrates auch nur in 8 der 18 Kammerbereiche vermittelt (SVR KA 1987). Im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeitete 1987 keine zahnmedizinische Fachhelferin. Dort werden je nach der Anzahl der Drei- bis Achtzehnjährigen eines Versorgungsgebietes Prophylaxehelferinnen eingestellt. In Nordrhein-Westfalen beträgt nach den Richtlinien von 1978 dieses Verhältnis 1:12.000, in der Schweiz 1:3.200.

Tabelle 1. 9: Zahnmedizinisches Hilfspersonal pro aktivem Zahnarzt in verschiedenen Ländern, Anfang der 80er Jahre

Land	Zahntechniker pro Zahnarzt	Zahnarzthelferin pro Zahnarzt	Dental-Hygienikerin pro Zahnarzt
Österreich	0,27	1,7	—
Belgien	0,29	—	—
Dänemark	0,15[1]	1,3	0,07
Finnland	0,18[1]	1,2	0,11
Frankreich	0,66	0,2	—
DDR	0,64	1,2	0,05
BR Deutschland	1,20[2]	3,2[4]	—
Irland	0,19	0,9	—
Italien	0,66	—	—
Niederlande	0,26	0,9	0,11
Norwegen	0,20	1,0	0,9
Schweden	0,24	1,6	0,14
Schweiz	0,22[5]	1,2	0,15[3]
Großbritannien	0,20	1,0	0,08
USA (1976)	—	—	0,27

1) Einschließlich Dentisten, die selbständig Zahnersatz eingliedern; 2) Ohne angestellte Techniker in Praxislaboren; 3) Ohne 980 sonstige zahnmedizinisch präventiv Tätige; 4) Angabe der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege Hamburg (Wert pro Praxis); 5) Angesichts anderer vorliegender Daten scheint dieser Wert zu niedrig zu sein. SCHICKE gibt für 1981 einen Wert von 0,44 an, in: SCHICKE, R.K.: Sozialmedizinische Aspekte der Zahnheilkunde, New York, 1984

2. 3. 3 Zahntechniker

28. Ebenso wie das Fehlen der Zahnhygieniker/innen als Indikator unzureichender organisierter Prophylaxe anzusehen ist, entspricht die Relation von 1,53 Zahntechnikern je behandelnd tätigem Zahnarzt der Bedeutung restaurativer Zahnmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Dies ist im internationalen Vergleich mit Abstand der höchste Wert (Tabelle 1.9). Der im Gefolge der Prothetik-Verträge von 1975 expandierende Wirtschaftszweig Zahntechnik (1970: 2.399 gewerbliche Labors mit 14.800 Beschäftigten; 1985: 4.305 Betriebe mit 45.000 Beschäftigten, zuzüglich 10.850 Zahntechnikern in Praxislabors) wird nach der Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabs infolge neuer Zahnersatz-Richtlinien vermutlich schrumpfen.

2. 4 Vergütung

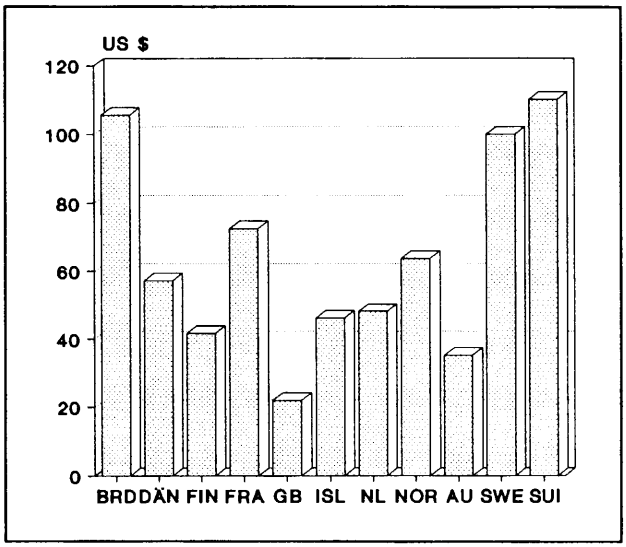
29. Die WHO (WHO 1986a) weist für die Schweiz mit 112 US-Dollar den höchsten Wert der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung aus, gefolgt von der Bundesrepublik Deutschland mit 109,5 US-Dollar (Korrigierter Wert durch SVR KA 1987) und Schweden mit 101,7 US-Dollar, wohingegen alle anderen Länder Pro-Kopf-Ausgaben zwischen 22,36 US-Dollar (Großbritannien) und 75,35 US-Dollar (Frankreich) haben.

30. Bezogen auf das Bruttosozialprodukt liegen die höchsten Anteilswerte in der Bundesrepublik Deutschland mit 0,98 % des Bruttosozialproduktes vor. Es kann festgestellt werden, daß, abgesehen von Schweden (0,87 %), der Schweiz (0,72 %) und Frankreich (0,78 %), alle anderen Länder weitaus weniger für die zahnmedizinische Versor-

gung ausgaben. Dabei ist das unterschiedliche Niveau der zahnmedizinischen Versorgung zu berücksichtigen:

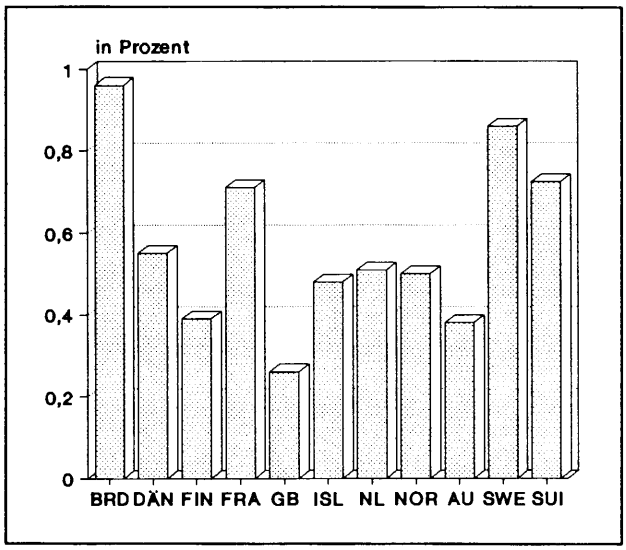
- Der Umfang des Leistungskatalogs;
- das Niveau und die Qualität der erbrachten Leistungen (z.B. das Niveau der prothetischen Versorgung);
- die Nutzungsprofile zahnmedizinischer Leistungen durch die Bevölkerung.

Schaubild 1. 6: Pro-Kopf-Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung



Quelle: WHO, 1986a

Schaubild 1. 7: Anteil der Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung am BSP



Quelle: WHO, 1986a

31. Vergleicht man den Anteil der Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung mit den Ausgaben für Gesundheit insgesamt, zeigt sich auch hier die Spitzenstellung der Bundesrepublik Deutschland. 12,6 % der Gesundheitsausgaben gehen in die zahnmedizinische Versorgung.

32. Die hohen Ausgaben sind einerseits eine Folge der aus dem Honorierungssystem für die Zahnärzte resultierenden Anreize. Zum anderen liegt im Erwachsenenalter ein hoher Behandlungsbedarf vor. Dieser ist nicht zuletzt das Produkt unklarer bzw. unzureichender Prophylaxe im Kindes- und Jugendalter.

33. Im Jahr 1987, also vor den Ankündigungseffekten des GRG, betrugen die GKV-Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung 13,65 Mrd. DM.

34. Die Ausgabenentwicklung seit 1970 ist geprägt durch starke Steigerungen in den Leistungsbereichen konservierende Behandlung (1970-1986: +220 %) und Prothetik (1970-1986: +733 %) (vgl. Tabelle 1.10). Besonders auffällig ist der Zusammenhang zwischen Änderungen im Leistungsrecht der GKV und Ausgabenzuwächsen. Schließlich ist auf das geringe Ausgabenvolumen für Parodontosebehandlungen hinzuweisen, das in krassem Gegensatz zur Parodontoseprävalenz steht.

35. Die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber betrugen 1985 ca. 615.400 DM. 73,8 % davon stammen aus der Kassenpraxis, 26,2 % aus privater Behandlung. Vor Steuern ergibt sich daraus ein Reinertrag von 209.300 DM (KZBV 1987). Demgegenüber betrug nach Angaben der KZBV gegenüber der Kommission der durchschnittliche Reinertrag im Jahr 1987 DM 189.700.

36. Bei einer Untersuchung zur Struktur zahnärztlicher Praxen wird ein Zusammenhang von zahnärztlicher Umsatzhöhe und Dauer der Niederlassung deutlich (REICHERTZ 1985). Jüngere Zahnärzte arbeiten in der Regel länger und ihre Umsätze liegen über den Durchschnittszahlen.

37. Ein Viertel aller Praxisinhaber verursachen mehr als die Hälfte (die Angaben schwanken zwischen 45 und 65 %) der Ausgaben der GKV für zahnmedizinische Versorgung. Dies bedeutet: 7.688 Selbständige erwirtschaften allein zwischen 6,5 und 7,5 Mrd. DM pro Jahr aus dem Haushalt der GKV. Dies bedeutet aber auch, daß drei Viertel der Praxisinhaber weniger als die Hälfte der Ausgaben der GKV für die zahnmedizinische Versorgung unter sich aufteilen müssen.

38. Die Minderheit der Kommission*) weist darauf hin, daß die Zahl der Zahnarztpraxen, die im Jahr eine Million DM Kassen-Umsatz erwirtschaften, auf 5 bis 10 % aller Praxen geschätzt werde. Ein solcher Jahresumsatz ergab bei 220 Arbeitstagen pro Jahr einen rechnerischen Tagesumsatz von 2.680 Punkten (FEDERSPIEL/KIRCHHOFF 1988). Ein solches Arbeitsvolumen könne durch den Einsatz von Praxisassistenten, die Delegation von Leistungen an Zahnarzthelferinnen, kurze Zahnarzt–Patienten-Kontakte mit eingeschränkter Beratung, Abstriche vom Qualitätsniveau oder die einseitige Ausrichtung der Praxis auf Leistungen mit hohen Punktwerten erreicht werden.

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Tabelle 1.10: Struktur und Kosten zahnmedizinischer Versorgung

Jahr	Zahnärztliche Behandlung								Zahnersatz und Zahnkronen	
	Konservierende und chirurgische Behandlung		Kieferorthopädie		Parodontose		sonstige zahnärztliche Leistungen			
	Ausgaben in Mio.DM	Veränderung in % z. Vorjahr	Ausgaben in Mio.DM	Veränderung in % z. Vorjahr	Ausgaben in Mio.DM	Veränderung in % z. Vorjahr	Ausgaben in Mio.DM	Veränderung in % z. Vorjahr	Ausgaben in Mio. DM	Veränderung in % z. Vorjahr
1970	1.708	—	—	—	—	—	—	—	828	—
1971	2.022	18.38	—	—	—	—	—	—	1.209	46.01
1972	2.250	11.28	—	—	—	—	—	—	1.524	26.05
1973	2.459	9.29	212	—	—	—	—	—	1.860	22.05
1974	2.810	14.27	589	177.83	—	—	—	—	2.086	12.15
1975	3.332	18.58	797	35.31	—	—	—	—	4.180	100.38
1976	3.377	1.35	920	15.43	—	—	—	—	5.312	27.08
1977	3.582	6.07	1.026	11.42	—	—	—	—	5.403	1.71
1978	3.806	6.25	1.162	13.26	—	—	—	—	5.755	6.51
1979	3.965	4.18	1.253	2.26	—	—	—	—	6.472	12.46
1980	4.160	4.92	1.357	7.87	—	—	—	—	7.351	13.58
1981	4.650	11.78	1.286	-5.23	—	—	—	—	8.110	10.33
1982	4.585	-1.40	1.274	-0.93	197	—	16	—	6.988	-13.83
1983	4.712	2.77	1.325	4.00	224	13.71	19	18.75	6.664	- 4.64
1984	4.881	3.59	1.407	6.19	250	11.61	25	31.58	7.338	10.11
1985	4.933	1.17	1.429	1.56	259	3.60	30	20.00	7.666	4.47
1986	5467	10,71	1391	-2,66	272	5,00	35	16,67	6897	- 10,03

Quelle: BMA (Hrsg.), Arbeits- und Sozialstatistik (lfde. Jge.)

3. Problembereiche

3.1 Defizite in der zahnmedizinischen Versorgung

3.1.1 Allgemeines

39. Gemessen am westeuropäischen Effizienz-Standard scheint es grundsätzlich möglich, mit niedrigeren Ausgaben eine erhebliche Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung zu erreichen (SVR KA 1987).

40. Die Materialien zur Angebots- und Kostenstruktur zahnmedizinischer Versorgung wie auch zum Stand der Mundgesundheit machen deutlich, daß

- in den Niederlanden, Dänemark und Großbritannien eine bessere Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen mit der Hälfte der entstehenden Kosten in der Bundesrepublik Deutschland erreicht wird, bzw.
- bei annähernd gleich hohen Pro-Kopf-Ausgaben in der Schweiz, Schweden und der Bundesrepublik Deutschland die Mundgesundheit schwedischer und schweizerischer Kinder und Jugendlicher fast doppelt so gut ist, wie die der deutschen.

41. Der Vergleich mit Versorgungssystemen anderer europäischer Staaten legt nahe, daß weniger die Art der Finanzierung als vielmehr Faktoren wie

- mangelnde Prophylaxe im Kinder- und Jugendalter, vor allem mangelnde Gruppenprophylaxe bei Kindern,
- wenig präventive Ausrichtung zahnärztlichen Handelns,
- Fehlen von zahnmedizinischem Hilfspersonal für systematische Prophylaxe,
- fehlende Anreize/Unterstützung individueller Mundhygiene,
- Steuerungsdefizite in den zahnmedizinischen Versorgungsstrukturen, insbesondere der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung sowie
- unzureichende Sicherung der Qualität zahnärztlicher Versorgungsleistungen

zu dieser Situation beitragen.

42. Da die meisten Mund, Kiefer- und Zahnkrankheiten durch präventive Maßnahmen verhindert oder ihr Auftreten verzögert werden kann, ist eine Umkehrung von der Spät- zur Frühversorgung und zur Prophylaxe von höchster Priorität. Die hierzulande dominierende Versorgung bereits eingetretener Schäden ist deshalb kritisch zu bewerten, weil eine Zahnkrankheit in aller Regel nicht heilt, sondern ein Defekt bleibt, der lebenslang versorgt werden muß. Kostendämpfende Maßnahmen können daher nur Versorgungsbereiche ausgrenzen, offensichtliche Polypragmasie und Unwirtschaftlichkeit einschränken oder Verschlechterungen des Mundgesundheitszustandes billigend in Kauf nehmen. Prinzipielle Abhilfe kann nur durch einen Wandel des therapeutischen Ansatzes erzielt werden. Dieser Wandel braucht Zeit und unterstützende Rahmenbedingungen.

3.1.2 Krankenkassen

43. Die vorwiegend monetär und auf Globalsteuerung ausgerichteten Krankenkassen haben die zur Verfügung stehende Datenmenge nicht in ausreichendem Maße genutzt. Wirtschaftlichkeitsprüfungen konzentrieren sich auf quanti-

tative Gesichtspunkte, weniger auf Qualität und Effektivität/Effizienz von Leistungen (GEORG 1983). Dies ist – zumindest zu einem Teil – auf mangelnde Aktivitäten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen in diesem Bereich zurückzuführen.

44. Die Gründe dafür liegen u. a.

- in den relativ dünnen Personaldecken der Krankenversicherungsträger,
- im Mangel fachlich unterstützender Stellen (Medizinischer Dienst),
- im ungenügenden Informationsaustausch zwischen Krankenkassen, ihren Verbänden sowie anderen Kassenarten,
- in Defiziten der gemeinsamen Selbstverwaltung.

3. 1. 3 Kassenzahnärztliche Vereinigungen

45. Bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Honorarabrechnungsstellen werden zwar alle erbrachten Leistungen auf Datenträgern erfaßt; diese Daten werden aber nicht hinreichend differenziert ausgewertet und publiziert. Ein Datenträgeraustausch wird teilweise blockiert.

46. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben bislang

- nur unzureichend empirische Untersuchungen zur Morbiditätsstruktur der Bevölkerung und zum Zeitaufwand qualitativ akzeptabler Arbeit durchgeführt und
- allgemein anerkannte Nachweise der Qualität zahnärztlicher Tätigkeiten nicht vorgelegt.

3. 1. 4 Zahnarzt-Patienten-Verhältnis

47. Das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis wird durch zwei widerstreitende Momente bestimmt: Einerseits wird zahnmedizinische Kompetenz und Hilfeleistung erwartet und gewährt, andererseits haben viele Patienten Angst vor der zahnärztlichen Behandlung.

48. Die Steuerung der Leistungsarten und -menge vollzieht sich überwiegend durch den Zahnarzt.

49. Bei der Versorgung mit Zahnersatz, bei der der Patient unter Umständen die Wahl zwischen mehreren zahnmedizinisch indizierten Lösungen hat, wird er die Variante wählen, die der Zahnarzt in funktioneller und ästhetischer Hinsicht empfiehlt und die für den Patienten noch finanzierbar ist.

3. 1. 5 Qualitätssicherung

50. Das bei den Krankenkassen für eine effektive Wirtschaftlichkeitsprüfung nur unzureichend vorhandene Fachwissen sollte nach Ansicht eines Teils der Kommission in Zukunft durch den Aufbau fallbezogener, quartals- und leistungsartenübergreifender Prüfinstrumente verbessert werden, für deren Grundlage qualitätssichernde Richtlinien zu erarbeiten sind. Dabei ist zur Operationalisierung des Qualitätsbegriffes zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu unterscheiden (DONABEDIAN 1980). Bei jeder Qualitätssicherung sind professionelle Kriterien, ökonomische Möglichkeiten und soziale Faktoren zwar dynamisch und interaktiv an einem theoretischen »Ideal« zu messen, dennoch zeigen empirisch gesicherte Erfahrungen zum Beispiel der California Dental Association (ADA 1979; CDA 1977) und erste Versuche in der Bundesrepublik Deutschland (GEORG 1988; AG »QUALITÄTSSICHERUNG« 1988; DAZ 1986) sowohl die Machbarkeit als auch die Verwendbarkeit klinischer wie routinedatengestützter Indikatoren. Beide Vorgehensweisen werden von einem Teil der Kommission unterstützt.

3. 2 Kinder- und Jugendzahnpflege

51. Der bis 1939 stetig erfolgte Ausbau der Jugendzahnpflege (Schulzahnkliniken, -pflegestätten, etc.) wurde nach 1945 nicht den gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechend wieder aufgenommen. Die Aufgaben der Jugendzahnpflege werden heute durch die niedergelassenen Zahnärzte, die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (die kein Behandlungsrecht haben!) und die Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege offensichtlich nur unzureichend wahrgenommen. Bereits in den 70er Jahren zeigten sich die Unzulänglichkeiten der sogenannten Überweisungssysteme (Untersuchung in der Schule, Überweisung zur Behandlung in die freie Zahnarztpraxis, teilweise keine Nachuntersuchungen) in Form erhöhter (Wieder-)Behandlungsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen (KÖHLER 1980). Das Bonner Modell, späteres Vorbild der Schweizer Prophylaxe-Aktivitäten, das mit Untersuchungen und (Nach-) Behandlungen in der Weimarer Zeit drastische Kariesreduktionen erreichen konnte, wird heute kaum praktiziert.

52. Ein Grund dafür liegt in der sukzessiven Reduktion von Kompetenzen sowie personeller und sachlicher Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. 1984 beschäftigten die Gesundheitsämter 295 hauptamtliche, 1.857 nebenamtlich tätige Zahnärzte sowie 328 Zahnarzthelferinnen. Reihenuntersuchungen mit einheitlicher Befunderhebung und statistischer Aufbereitung gibt es nur noch in Berlin, NRW und Hessen, wobei zum Teil nur ca. 50 % der Kinder erreicht werden (BZÖGD 1986).

53. Mit den Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege und Prophylaxe liegen sehr unterschiedliche Erfahrungen vor. Von wenigen positiven Beispielen abgesehen haben trotz dringenden Handlungsbedarfes (Zunahme der Zahl desolater Gebisse trotz leichter Besserung der Gesamtsituation) Kassenkonkurrenz, Stellenstreichungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst und kurzfristiges und unsystematisches Agieren der niedergelassenen Zahnärzteschaft vielerorts die Funktionsfähigkeit der Arbeitsgemeinschaften nach dem ohnehin in seiner Wirksamkeit umstrittenen „Obleute-Konzept" verhindert (WITTE 1985).

54. Ein Teil der Kommission teilt diese Wertung nicht. Im internationalen Vergleich muß die Kinder- und Jugendzahnpflege in der Bundesrepublik Deutschland heute als lückenhaft, unzweckmäßig und ineffizient bezeichnet werden (DAJ 1987; SPICKERMANN 1984). Das ist letztlich auch Ausdruck unzureichender Rahmenbedingungen (Honorierung).

3. 3 Prophylaxe

55. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Karies- und Parodontoseprävention sind weitgehend erarbeitet (WIDO 1979). Populär zusammengefaßt kann der Satz gelten, daß nur ein sauberer Zahn auch ein gesunder Zahn ist.

56. Die westeuropäischen Länder mit ausgebauten Prophylaxesystemen folgen der Erkenntnis, daß ohne präventive Maßnahmen

- pro Jahr und Person zwei kariöse Läsionen entstehen,

- das Zahnfleisch alle 5 Jahre um ca. 1 mm zurückweicht und
- als Folge von Karies und Parodontose alle 3 Jahre pro Person ein Zahn verloren geht.

57. Entsprechend wird die Erziehung zur Mundhygiene als Aufgabe mit Priorität angesehen, die das Zusammenwirken von Politik und Profession zwingend voraussetzt. Es wird angenommen, daß bereits mittelfristig Prophylaxe die Ausgaben für einige zahnärztliche Leistungen senkt.

58. Erfahrungen aus der Schweiz und den skandinavischen Ländern legen zwingend nahe, mit der Prophylaxe im Kindesalter zu beginnen. In der Schweiz wird bis zum Alter von 16 Jahren der Gruppenprophylaxe gegenüber der (isolierten) Individualprophylaxe der Vorzug gegeben.

59. Auf organisatorischer Seite sind 4 Eckpfeiler der Programme zu nennen:

1. Sinnvolle Prophylaxe baut auf Gruppenprophylaxe im Kindesalter auf (MARTHALER 1979). Die Erfolge in der Verbesserung der Mundgesundheit in Neuseeland und später in der Schweiz führten dazu, daß in den letzten 20 Jahren in fast allen wesentlichen Staaten Ausbildungsstätten für zahnmedizinische Hilfskräfte zum späteren Einsatz in der Gruppenprophylaxe geschaffen wurden. Es war deutlich geworden, daß betreuungsintensive Prophylaxe überhaupt nur bei Beschäftigung von kostengünstigerem zahnmedizinischen Hilfspersonal durchführbar ist (HYRINGE 1975).
2. Allen Programmen liegen verbindliche Gesamtkonzepte zugrunde. Die Sicherstellung von Kontinuitäts- und pädagogischen Kriterien wird von Vertretern der Schweizer Zahnprophylaxe (neben persönlichem und kommunalem Engagement) als wesentliches Element der Jugendzahnpflege hervorgehoben.
3. Alle Programme enthalten Fluoridierungsmaßnahmen. Sie verbinden diese aber immer mit einer systematischen Verbesserung der Mundhygiene sowie einer pädagogisch abgesicherten Ernährungslenkung.
4. Alle Programme dokumentieren Verläufe und Ergebnisse der Maßnahmen und stellen damit die nötige Transparenz für begleitende Kosten-Nutzen-Prüfungen her.

60. Für die Bundesrepublik Dutschland liegen internationalen Maßstäben und neuesten Erkenntnissen gerecht werdende Modelle vor, die vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde und vor allem von der Arbeitsgemeinschaft »Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe« in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde betreut werden. Modellvorhaben in deutschen Regionen, in denen Prophylaxe-Maßnahmen (Zahnputzaktionen, Fluorabgaben, etc.) bei Kindern systematisch durchgeführt worden sind, lassen erwarten, daß bei flächendeckender Durchführung bereits kurzfristig erhebliche Verbesserungen der Zahngesundheit aller Schulkinder möglich sind (SVR KA 1987; KRÜGER u.a. 1987; KLIEMEK u.a. 1985): So wurde zum Beispiel in Heilbronn bereits nach zwei Jahren eine Halbierung der behandlungsbedürftigen Befunde erreicht. Eine zahnmedizinische Betreuung von Geburt an erbrachte in einem Versuch bei den dann Siebenjährigen einen Anteil von 81 % naturgesunder Zähne.

61. Während also breitenwirksame Prophylaxe die Mundgesundheit der betroffenen Jahrgänge innerhalb weniger Jahre nachweislich signifikant verbessert, gibt es über die erst mittel- bis langfristigen Kostenentlastungen bisher wenig verläßliches Material. Aus der Analyse der »preventive-dentistry-Staaten« wird von einigen Wissenschaftlern abgeleitet, daß in Industriestaaten der Bedarf an größeren restaurativen Maßnahmen (Totalprothesen, große Brücken, etc.) abnehmen wird (SPIKERMANN 1984). Danach wird in Zukunft eine relativ kleine Zahl gut ausgebildeter Zahnärzte für die Behandlung schwerer Fälle notwendig sein, während eine große Zahl zahnärztlichen Hilfspersonals umfassende Prophylaxe durchführt. Die Halbierung der Füllungstätigkeit und Zahnfleischentzündungen bei Kindern in Zürich (MAGRI 1987; MARTHALER 1979) unterstützt diese Annahme ebenso wie die Entlassung von Kinderzahnärzten in Skandinavien, der Schweiz und den Niederlanden wegen Arbeitsmangel.

3. 4 Qualitätsdefizite

62. Ausmaß und Qualität der konservierend/chirurgischen Therapie korrelieren nach Auffassung der Minderheit der Kommission*) mit dem sozialen Status der Patienten (SVR KA 1987; PIEPER 1981). Auch wenn man berücksichtigt, daß Ernährungsgewohnheiten, Symptomaufmerksamkeit, usw. je nach sozialer Schichtzugehörigkeit unterschiedlich ausgeprägt sind, erklärt dies nicht die günstigere Versorgung von Angehörigen der Mittel- und Oberschichten gegenüber Angehörigen der unteren sozialen Schichten. Ähnliches gilt für den prothetischen Bereich. Hier besteht jedoch dringender Untersuchungs- und Kompensationsbedarf.

3. 4. 1 Konservierend-chirurgische Behandlung

63. Abgesehen von der sozialen Abhängigkeit der Qualität der Versorgung haben erste Untersuchungen von »Zahngeschichten« (das heißt der Verläufe von Therapiemaßnahmen vom ersten kariösen Defekt bis zur Extraktion und zum Ersatz des Zahnes) defizitäre bzw. erfolglose Therapien und häufige Wiederholungen von Leistungen feststellen können (BMA 1988). Jenseits von Auffälligkeiten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung gibt es also »unauffällige« Behandlungsmuster, die unter qualitativen Gesichtspunkten zahnmedizinisch erklärungsbedürftig sind.

64. Seit langem vermutete und nur unsystematisch festgestellte Qualitätsmängel (RIETHE 1984; LEON 1976) im konservierenden Bereich wie z. B.

- Nicht-Polieren von Füllungen (Haltbarkeit wird kürzer),
- Füllungen ohne Unterfütterung (unter Umständen Schädigung der Pulpa),
- unvollständige Kariesentfernung (Wiedererkrankung)

lassen sich zum Teil nur durch zahnmedizinische Untersuchung von Patienten (PIEPER 1988) kurz nach Leistungserbringung belegen und wären Gegenstand interner Qualitätssicherungsbemühungen der Profession. Für die Schweiz wurde 1985 eine technische Qualitätsverbesserung der Füllungstherapie gefordert, da nach Untersuchungen das Er-

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

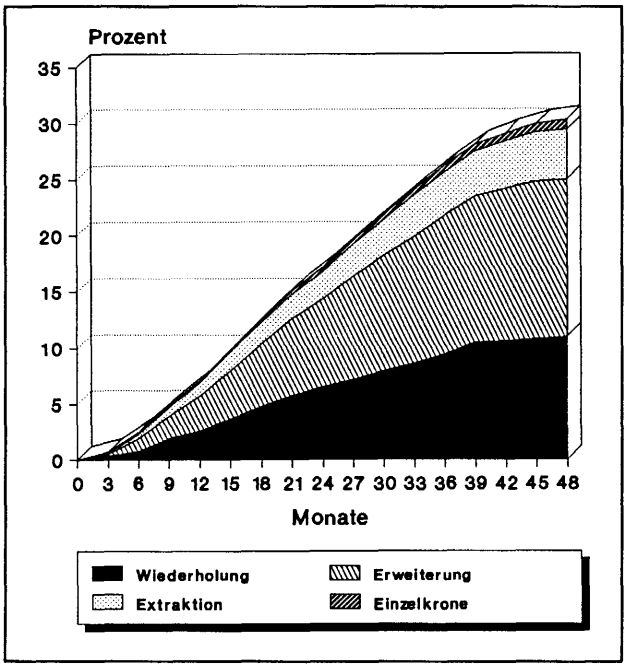
Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

setzen bestehender Füllungen die häufigste Tätigkeit der Zahnärzte war (MÜHLEMANN/LUTZ 1985). Für die Bundesrepublik Deutschland ist der diesbezügliche Bedarf lediglich in einer Studie beschrieben (DIETZ/GEROLD 1980).

65. Neben den klinischen Daten ist es möglich, Indikatoren zur Bewertung des Behandlungsverhaltens aus GKV-Routinedaten sinnvoll zu verwenden. Signifikante Unterschiede in Befundintensität, Therapiemustern und -umfang sowie in Konsistenz von Diagnose/Befund und Therapie können als Basis für den Dialog zur Qualität und als Anstoß für weitere Untersuchungen dienen.

66. Die Kohortenstudie bei der BKK Voith mit über 8.000 erfaßten Versicherten zeigte z. B., daß nach 4 Jahren 30 % der Füllungen wiederholt oder erweitert bzw. die gefüllten Zähne extrahiert oder überkront worden waren. Diese annähernd den internationalen Referenzwerten entsprechende Durchschnittszahl beinhaltet allerdings behandlerspezifisch zum Teil extreme Abweichungen, die Argumente für Qualitätssicherungsmaßnahmen liefern können (BMA 1988).

Schaubild 1. 8: Zahnärztliche Füllungstherapie



3. 4. 2 Prothetische Versorgung

67. Beim Zahnersatz muß ein Teil der eingegliederten Arbeiten nach relativ kurzer Tragedauer erneuert, repariert oder erweitert werden. Darüber hinaus bestanden bei der Hälfte der im Rahmen der BKK Voith-Studie untersuchten aufwendigen Kombinationsarbeiten nach zahnärztlicher Prüfung Bedenken hinsichtlich Indikation und Wirtschaftlichkeit (BMA 1988; vgl. dazu aber KERSCHBAUM 1987; KERSCHBAUM/MÜHLENBAUM 1987).

68. Einfluß auf die Mengenentwicklung im prothetischen Bereich hat auch das durch Ausbildung und Abrechnung unterstütze Therapiemuster, Zähne mit größeren kariösen und/oder parodontalen Schäden frühzeitig zu ersetzen, d. h. ein biologisches Problem mechanisch-technisch zu lösen.

69. Erfahrungen der Krankenkassen (z. B. der BKK Voith, der AOK Burgdorf, der AOK Dortmund, u. v. m.) wie Forschungsarbeiten belegen eine verbreiterte Unsicherheit bei der Aufstellung von Heil- und Kostenplänen (BMA 1988; ZIMMERMANN 1986; MARXKORS u.a. 1975; SPIKERMANN 1974; PFÜTZ 1972). Kosten prothetischer Versorgungen fallen bei annähernd gleichen Ausgangsbefunden je nach gewählter Alternative in den Zahnarztpraxen um bis zu mehrere tausend DM auseinander. Zahnarzttypische Versorgungsmuster sind erkennbar.

70. Eine Reihe klinischer Untersuchungen weisen übereinstimmend auf Präzisions-Defizite in der Prothetik hin (DONATH/ROTH 1987; SPIKERMANN 1986; LANGE 1986; LANGE 1983; KERSCHBAUM 1983; MARXKORS 1980; GROPP/SCHWINDLING 1971): Fehlen exakter Randschlüsse, überstehende, zu lange Kronenränder, Behandlungsschäden an Nachbarzähnen (KÄYSSER 1985), Karies unter Kronen. Die in der wissenschaftlichen Diskussion behandelten Präzisions-Sollwerte werden offenbar in der Praxis teilweise nicht erreicht (NIELSEN 1987).

71. Strengere Indikationsstellung, verbesserte Präparation und Abformung, individuelle Auftragserteilung an den Zahntechniker, genauere Prüfung des fertigen zahntechnischen Werkstücks und bessere Berücksichtigung der Meßwerte bei Einproben und Anpassungen sind anzustreben und organisatorisch zu unterstützen. Andernfalls bleiben (zahnarztspezifisch) hohe Raten von Wiederholungs- oder Reparaturleistungen bestehen.

72. Ein Teil der Kommission ist der Auffassung, daß das zahnärztliche Honorar mit höherem zahntechnischen Aufwand, der selbst einen beachtlichen – in der Vergangenheit ständig gewachsenen – Kostenblock darstellt, steigt. Durch die Konstruktion der Beziehung Zahnarzt-Dentallabor ist der Bereich der Material- und Laborkosten lange Zeit unbeachtet geblieben. Die Konstruktion der rechtlichen Verantwortung des Zahnarztes für das zwar von ihm geplante, aber extern hergestellte Werkstück scheint keine Gewähr für qualitativ und wirtschaftlich befriedigende Leistung zu bieten und erschwert überdies die Situation des Patienten im Falle der Qualitätsmängel.

73. Bei weltweiter Spitzenstellung der Deutschen Dental-Industrie sind Rationalisierungsvorteile in der Vergangenheit nicht hinreichend weitergegeben worden. Hohe Preisunterschiede zwischen den Regionen und die Überbewertung von Material- und Laborpositionen bei der Abrechnung lassen finanzielle Spielräume erkennen.

3. 4. 3 Kieferorthopädie (KFO)

74. 1973 wurde die Kieferorthopädische Behandlung als Maßnahme zur Verhütung von Krankheiten Krankenkassenleistung. Nach einem darauf erfolgten steilen Anstieg aufgrund bisher unterbliebener Behandlungen haben die hohen Fallzahlen der letzten Jahre ihre Ursache vermutlich in der Ausdehnung der Indikation im Bereich der leichten und mittelschweren Fälle, in der Zunahme der Erwachsenenbehandlung und in der zunehmenden Zahl von sog. »Zweitbehandlungen«.

75. Kann die mit modernen Behandlungsmethoden mögliche Erwachsenenbehandlung grundsätzlich als medizinischer Fortschritt bezeichnet werden, so ist die hohe Fallzahl von Kindern mit mittelschweren und leichten Zahn- und Kieferfehlstellungen kritischer einzuschätzen.

76. Selbst führende Wissenschaftler in der KFO (TAMMOSCHEIT/WITT 1984; WITT 1983) räumen ein, daß hierfür eine solide epidemiologische Basis nicht vorhanden ist. Auch ungünstige Kurz- und Langzeitauswirkungen der Therapie sind kaum erforscht, zum Teil auch deshalb, weil Rezidive der Behandlungsergebnisse oft erst Jahre nach Abschluß der Behandlung auftreten und dann mit der früheren Therapie nicht mehr im Zusammenhang gebracht werden können.

77. Vorbehaltlich genauer Untersuchungen scheint eine behandlungsbegleitende Konsultation der Krankenkassen zur Bestätigung der Mitarbeit des Patienten und der Motivierungsarbeit des Behandlers wünschenswert.

78. In diesem Zusammenhang wäre auch einzuschätzen, welchen Nutzen die Versicherten und die Kostenträger davon haben, daß in der KFO Zahnärzte ohne fachzahnärztliche Ausbildung und Prüfung etwa 50 % der Behandlungsfälle behandeln. Die beratende Tätigkeit gewerblicher Labors bei der Erstellung der Behandlungspläne und Planung der Behandlungsapparaturen läßt auf Möglichkeiten des Mißbrauchs schließen. Deshalb sollte (SCHLÖMER 1988) eine Zwischenbegutachtung durch den medizinischen Dienst grundsätzlich möglich sein, um zum Wohle der Patienten eine Überforderung der Behandler rechtzeitig zu erkennen.

79. Das Vergütungssystem in der KFO beruht wesentlich auf der Selbsteinschätzung des Schwierigkeitsgrades und hiermit des Honorars durch den Behandler selbst. Generell ist festzuhalten, daß bei den erheblichen Unterschieden im zeitlichen Aufwand der verschiedenen KFO-Behandlungsmethoden der Faktor Arbeitszeit keine ausreichende Berücksichtigung im Honorierungssystem findet.

80. Dringend wünschenswert ist mehr Transparenz bei der Indikation festsitzender und herausnehmbarer Behandlungsapparaturen sowie bei der jeweiligen Ergebnisqualität.

81. Aus ökonomischer Sicht ist hierbei auch zu beachten, daß im Verhältnis zum hohen Zeitaufwand bei der festsitzenden Behandlungsmethode eine Überbewertung der Behandlungsmethode mit konventionellen herausnehmbaren Apparaturen vorliegt.

82. Der Hinweis des Sachverständigenrats, daß mit präziserer Fassung der Indikationsbereiche, veränderten Gutachtenverfahren und Absenkung der Gebührenpositionen ca. 370 Mio. DM ohne Abstriche bei der Versorgungseffektivität eingespart werden könnten (SVR KA 1987), ist dahingehend zu ergänzen, daß dringend zu klären ist, was eine mittlere oder leichte Zahnfehlstellung oder Kieferfehllage ist. Außerdem sind die Auswirkungen des »Massenexperimentes Multiband« auf die Gesundheit der Bevölkerung bis heute nicht untersucht.

3. 4. 4 Parodontosebehandlung

83. Mängel der Parodontosebehandlung sind in der Literatur auch deshalb nicht bekannt, weil systematische Parodontosebehandlungen nur relativ selten durchgeführt werden. Daß bei einer Verbreitung der Zahnbetterkrankungen bei 60 bis 90% der Bevölkerung sowie der Erkenntis, daß diese Krankheiten wesentlich den Zahnverlust ab 35 Jahren verursachen, nur auf ca. 1% der Leistungsfälle Parodontosebehandlungen entfallen, muß als gravierende Unterversorgung bezeichnet werden (LÖST 1984).

84. Obwohl parodontale Schädigungen die wichtigste Ursache für den Funktionsverlust von Kronen und Brückenankern sind, wird nur bei einem Bruchteil der einzugliedernden prothetischen Versorgungen vorher die Wiederherstellung bzw. Erhaltung gesunder Parodontalverhältnisse mittels systematischer Parodontosebehandlung betrieben (BMA 1988). Es ist insbesondere fraglich, ob die parodontale Leichttherapie hier für den Regelfall ausreichend ist.

85. Die hohen Kosten der Behandlung für die Krankenkassen, ihre für den Patienten zeitaufwendige, unangenehme und oft schmerzhafte Art und das nicht ausreichende Qualifikationsniveau der Zahnärzte haben eine Diskussion dieses Versorgungsdefizites in der Vergangenheit verhindert. Seitens der Zahnärzte wird in der Parodontosebehandlung zukünftig ein Kompensationsbereich für wegfallende Zahnersatz-Einnahmen gesehen. Die Krankenkassen dagegen befürchten, bedeutende Kostensteigerungen bei absehbar unzureichender Behandlungsqualität hinnehmen zu müssen. Die Mehrheit*) der Kommission teilt diese Auffassung nicht.

3. 5 Forschung, Aus- und Weiterbildung

86. Mit der Bereitstellung finanzieller und personeller Kapazitäten wurde in einigen Staaten Europas – im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland (SPIEKERMANN 1984; WISSENSCHAFTSRAT 1981) – in den 60er und 70er Jahren die zahnmedizinische Forschung gezielt gefördert, um über eine systematische Forschung auf den Gebieten präventive Zahnheilkunde, Parodontologie und Kariologie an den Universitäten den Standard der Lehre und damit direkt verbunden auch den Standard der zahnärztlichen Versorgung anheben zu können (Beispiel Schweden 1981: 20 Mio. DM für vier Hochschulen; Bundesrepublik Deutschland 1981: 4 Mio. DM für 22 Universitäten).

87. Entsprechend spielt die deutsche zahnmedizinische Forschung eine weniger bedeutende Rolle in der internationalen Forschungslandschaft (Ausnahme: Werkstoffkunde und Implantologie) (vgl. die Beiträge in SIEBERT 1984).

88. Das Erlernen biologisch-naturwissenschaftlicher Fakten sowie medizinisch-technischer, insbesondere zahntechnischer Fertigkeiten in der Vorklinik sowie die Einübung praktischer Fähigkeit der Patientenbehandlung im klinischen Studium legen die Einschätzung des Studiums in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt als pragmatisch-technisch nahe (SVR KA 1987), während die Zielsetzungen und beruflichen Ausrichtungen an amerikanischen Dental Schools oder Zahnkliniken in den Niederlanden, Skandinavien und der Schweiz stärker sozialmedizinisch und an gesundheitlichen Problemen orientiert sind (Epidemiologie, Ernährung, Psychologie, etc.).

89. Allerdings gibt es in der Bundesrepublik Deutschland auch nur an fünf Universitäten eine selbständige Abteilung für Parodontologie, nur je einen Lehrstuhl für Prävention und für Kinderzahnheilkunde.

---

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

90. Ad hoc erscheint besonders eine Weiterbildung im parodontologischen Bereich nach dem Studium erforderlich sowie eine intensivere Vermittlung der Parodontologie an den Hochschulen.

91. Aufgrund hoher Lehrbelastungen und besserer finanzieller Perspektiven in der freien Praxis verläßt der für die Qualität von Forschung und Lehre wichtige akademische Mittelbau vorschnell die Universitäten.

92. Der Transfer klinischer und praktischer Erfahrungen ist unzureichend organisatorisch flankiert und nicht ausreichend personell und finanziell abgesichert. Die kontinuierlich notwendige zahnärztliche Fortbildung bedarf einer Präzisierung ihrer gesetzlichen Grundlagen, der verbindlichen Einhaltung und der Überarbeitung ihrer Inhalte (SVR KA 1987).

3. 6 Zahnärztliche Werkstoffe

93. Die Diskussion um das Gefährdungspotential der bei der zahnmedizinischen Versorgung verwandten Werkstoffe ist noch nicht abgeschlossen. Abgesehen von der Frage, ob für alle zahnmedizinischen Indikationen eine Alternative zum Amalgam vorliegt, gibt es innerhalb der Zahnmedizin eine Auffassung, die das Gefährdungspotential besonders betont (SCHIELE u.a. 1987; GEIS-GERSTDÖRFER 1986; TILL 1978; TILL 1977; vgl. schon MOCKE 1971; STRASSBURG u.a. 1967). Daher sollten Forschungsaktivitäten zum Ersatz von Amalgam bzw. zur Entwicklung korrosionsärmerer Typen intensiviert werden. Gold kann aus ökonomischen Gründen dauerhaft keine Alternative darstellen. Während es für Legierungen mit einem hohen Gold- oder Platin-Massenanteil Normen und Standards gibt, sind für alle anderen (vor allem Nicht-Edelmetall-)Legierungen bisher weder ausreichende Mindestanforderungen noch Prüfordnungen entwickelt worden – im Gegensatz zu den USA und Skandinavien, wo es offizielle Zulassungsverfahren, Qualitätskriterien und klinische Prüfungen gibt. Der einzelne Zahnarzt ist damit überfordert, aus der unüberschaubaren Menge der Legierungen Vor- und Nachteile eines Produktes abzuwägen.

94. Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit hat angekündigt, ein Gesetzgebungsverfahren zur Aufnahme der zahnmedizinischen Werkstoffe in das Arzneimittelgesetz einzuleiten. Dies ist als erster Schritt zu begrüßen.

4. Reformansätze und Reformoptionen

4. 1 Reformansätze durch das GRG

4. 1. 1 Neuregelungen im SGB V

95. Mit dem Gesundheits-Reformgesetz sind auch Veränderungen in der zahnärztlichen Versorgung eingeleitet worden. So ist in § 21 SGB V die Gruppenprophylaxe für Kinder unter 12 Jahren zur Aufgabe der Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen gemacht worden. Dabei sollen sich die Maßnahmen auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

96. Neben der Gruppenprophylaxe sieht § 22 SGB V für Versicherte, die das 12., aber noch nicht das 20. Lebensjahr vollendet haben, die Individualprophylaxe einmal in jedem Kalenderhalbjahr vor.

97. Die eigenen Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne werden in § 30 Abs. 5 SGB V dadurch honoriert, daß im Falle der Notwendigkeit eines Zahnersatzes die Zuschüsse der Krankenkasse erhöht werden. Ein Wegfall der erhöhten Zuschüsse ist für den Fall angeordnet, daß der Versicherte die Untersuchungen nach § 22 SGB V nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und sich nach Vollendung des 20. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

98. Dieses System der Erhöhung der Zuschüsse der Krankenkassen bei eigenen Bemühungen des Versicherten um die Gesunderhaltung der Zähne, das im Gesundheits-Reformgesetz noch weiter ausdifferenziert ist, wird nach Auffassung eines Teils der Kommission zu einer Verbesserung der Zahngesundheit und einem Rückgang der Zahnersatzleistungen führen. Steuernd wird auch die Regelung in § 30 Abs. 6 SGB V wirken, die dem Versicherten die Mehrkosten auferlegt, wenn er einen aufwendigeren Zahnersatz als notwendig wählt.

99. Das Gesundheits-Reformgesetz verstärkt zugleich die Qualitätssicherung und -kontrolle, indem es in § 135 Abs. 4 SGB V neben anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen den Vertragspartnern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Aufgabe zuweist, einheitliche Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz zu vereinbaren. Darüber hinaus haben nach § 136 SGB V die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Aufgabe, eine Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben vorzunehmen. Die Kommission erwartet, daß diese mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeleitete verstärkte Qualitätssicherung und -kontrolle zu einer Verbesserung des teilweise beanstandeten Qualitätsstandards zahnärztlicher Leistungen führen wird.

4. 1. 2 Kritik an den Neuregelungen

100. Ein Teil der Kommission hält die Zuweisung einer wesentlichen Rolle bei der Gruppenprophylaxe an die Gruppe der niedergelassenen Zahnärzte für bedenklich, da deren Interesse am Erfolg solcher Maßnahmen aus wirtschaftlichen und standespolitischen Gründen nicht außer Zweifel steht. Dieser Teil der Kommission hält deshalb den (Wieder-) Ausbau des schulzahnärztlichen Dienstes für diese Aufgabe für notwendig. Zugleich müßten Schritte zur Qualifizierung und Einbeziehung von Hilfskräften, vor allem von Dentalhygienikerinnen unternommen werden. Die Durchführung von Gruppenprophylaxe ist keine primär zahnärztliche Aufgabe.

101. Ein Teil der Kommission sieht in der verabschiedeten Regelung zur Individualprophylaxe die Tendenz, daß durch diese Regelung die – zumindest im Kindesalter – wirksame Gruppenprophylaxe nicht die notwendige Priorität erhält.

102. Ein Teil der Kommission sieht in der Zuschußregelung des SGB V vor allem eine Erhöhung der Selbstbeteiligung an den Kosten für Zahnersatz mit verhängnisvollen Auswirkungen insbesondere für sozial schwache Versicherte. Überdies hält dieser Teil der Kommission Versuche, das Verhalten in Bezug auf Zahnhygiene durch finanzielle Sanktionen zu steuern, für im Ansatz verfehlt. Für ihre Wirksamkeit im Sinn der deklarierten Zielsetzung gibt es auch keinen wissenschaftlichen Beleg.

4. 1. 3 Evaluation

103. Die Kommission hält es für notwendig, die Wirksamkeit der durch das GRG in Gang gesetzten Änderungen von vornherein sorgfältig zu beobachten und wissenschaftlich zu evaluieren.

104. Darüber hinaus schlägt die Kommission folgende Reformschritte vor:

4. 2 Leistungstransparenz

105. Die Kommission empfiehlt Maßnahmen zur Beseitigung der erheblichen Informationsdefizite im zahnmedizinischen Leistungsbereich. Neben dem beschleunigten Ausbau des Medizinischen Dienstes empfiehlt es sich, z.B. bei den Krankenkassen Patienten-Beratungsstellen einzurichten. Dabei sind vielfältige Organisationsformen denkbar. Allerdings ist die Unabhängigkeit von den Einkommensinteressen der Leistungsanbieter zu gewährleisten.

4. 3 Prophylaxe

106. Vorhandene Ressourcen müssen mit höchster Priorität in der Prophylaxe eingesetzt werden. Nach Auffassung der Minderheit*) müssen diese in erster Linie in der Gruppenprophylaxe eingesetzt werden. Sie sei – im Gegensatz zur Individualprophylaxe – in ihrer Durchführbarkeit und Effektivität hinreichend wissenschaftlich abgesichert. Die jahrzehntelangen Erfahrungen in der Schweiz zeigen, daß mit in der Bundesrepublik zur Verfügung stellbaren Mitteln drastische Verringerungen der Karies- und Parodontoseerkrankungen erreicht werden können. Gesetzliche Krankenversicherung, zahnärztliche Körperschaften, Länder und Kommunen müssen für eine langfristig gesicherte, effiziente und flächendeckende Prophylaxe verbindlich kooperieren.

107. Von einem Teil der Kommission wird empfohlen, den kommunalen Gebietskörperschaften die Sicherstellung des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes zu übertragen. Hierbei ist eine Vielfalt von Wegen zur Erfüllung dieses Auftrages möglich. Inhalt des Sicherstellungsauftrages sind alle Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in der Kinder- und Jugendzahnpflege. Die dringliche Aufgabe dabei ist die Einführung flächendeckender Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche (Gruppenprophylaxe) von drei bis fünfzehn Jahren. Schwerpunktmäßig sind alle Kindergärten und Schulen miteinzubeziehen. Voraussetzung sind, da ein bundesweit geltendes Jugendzahnpflegegesetz aus Kompetenzgründen nicht möglich ist, ineinandergreifende entsprechende Ländergesetze, um z.B. auch die bildungspolitischen Voraussetzungen zu schaffen, zur Aufnahme des Faches Zahngesundheit in die Ausbildung von Erziehern und Lehrern. Die personelle und organisatorische Ausgestaltung bleibt den Trägern des Jugendzahnärztlichen Dienstes selbst überlassen. Diagnostik und Behandlung soll in den Händen von Zahnärzten liegen, vorbeugende Maßnahmen, Ernährungsberatung und Mundhygiene-Anleitungen werden von Prophylaxehelfern/innen durchgeführt.

108. Eine stärkere Koordination der sozialen und medizinischen Dienste wird angestrebt. Die Schwangerenvorsorge und Mütterberatung ist im Hinblick auf die Kariesprophylaxe weiter zu verbessern. Die Ausbildung von Arzthelferinnen und Schwestern der entsprechenden Fachgebiete sollte Mundhygieneunterweisung und Ernährungsberatung berücksichtigen.

109. Dem Kinderarzt und seinen Helfern kommt eine besondere Aufgabe im Rahmen der zahnmedizinischen Prophylaxe zu. Sie sollten Hinweise zur Zahnpflege geben, Ernährungsberatungen durchführen und die Möglichkeiten der Fluoridierung aufzeigen.

110. Als Träger der verstärkten Aufklärung und zahnmedizinischer Prophylaxemaßnahmen kommen neben Krankenkassen und Gebietskörperschaften auch die zahnärztlichen Körperschaften in Betracht.

111. Zahnmedizinische Prophylaxehelfer/innen könnten nach der Schaffung eines entsprechenden Gebührenrahmens dadurch herangebildet werden, daß die Kassenverbände mit den Zahnärztekammern eine entsprechende Rahmenvereinbarung schließen oder eine solche Vereinbarung mit dem Jugendzahnärztlichen Dienst unter vertraglicher Mitwirkung einzelner Zahnärzte treffen.

4. 4 Ernährung

112. Eine Zulassung der Lebensmittel-Kennzeichnung »zahnschonend« oder »zuckerfrei« ist durchgehend anzustreben sowie die Kennzeichnung des Zuckergehaltes der Nahrung. Es bedarf einer stärkeren Risikoaufklärung und einer Einschränkung des Verkaufs von Süßwaren in Schulen. Nach Auffassung eines Teils der Kommissionsmitglieder soll die Werbung für Süßigkeiten in den Medien beschränkt werden.

113. Bisherige Forschungsaktivitäten in den Bereichen

- Kariogenität der Nahrung,
- Nahrungsverhalten und Eßgewohnheiten der Bevölkerung,
- unterstützende Maßnahmen für Bevölkerungsgruppen mit hohem Krankheitsrisiko,
- Zuckeraustauschstoffe und Zuckerersatzstoffe sowie
- ihre Akzeptanz

sind auszubauen. Maßnahmen zur Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis sind voranzutreiben.

4. 5 Aus- und Weiterbildung

114. Wie in allen Ländern mit ausgebauter Zahnprophylaxe müssen Prävention (einschließlich ihrer sozialen, epidemiologischen und pädagogischen Voraussetzungen), zahnerhaltende Therapie, Epidemiologie und Sozialmedizin sowie der Anteil praktischer Übungen in der universitären Ausbildung ein stärkeres Gewicht erhalten. Hierzu sind Kapazitäten bereitzustellen.

115. Im außeruniversitären Bereich sollten nur diejenigen Praxen als Ausbildungspraxen für Vorbereitungsassistenten in Frage kommen, die gewisse Mindestanforderungen erfüllen. So sollten beispielsweise die Praxisinhaber die Fortbildung nachweisen müssen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen das Praxiskonzept/Sanierungskonzept vorlegen.

---

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

116. Die Sicherstellung einer kontinuierlichen Fortbildung durch die zuständigen Kammern ist zu gewährleisten.

4. 6 Qualitätssicherung

117. In der zahnmedizinischen Versorgung muß ein System der Qualitätssicherung entwickelt und als Routineverfahren in der Praxis implementiert werden. Die Prüfung der zahnärztlichen Arbeit auf ihre Wirtschaftlichkeit sollte unbedingt verknüpft werden mit der Kontrolle ihrer Qualität. Die Kommission empfiehlt die Entwicklung verbindlicher Qualitätsstandards. Auch für die Lebensdauer zahnärztlicher Arbeiten sollten Standards definiert werden.

118. Zur Sicherung der Qualität der Versorgung sind von den Krankenkassen – neben der statistisch orientierten Prüfung des Behandlungsgeschehens – auch Verfahren zur zahnmedizinischen Untersuchung zu erproben.

119. Die Möglichkeiten der gemeinsamen Qualitätssicherung von Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Zahnärzteschaft durch den Aufbau gemeinsamer Abrechnungsstellen ist zu prüfen.

120. Zur Sicherstellung von Qualität und Transparenz (vgl. oben 4. 2) des Leistungsgeschehens sind ein chronologisch gestalteter zahnärztlicher Behandlungsschein sowie die Übermittlung von Leistungsdaten unter Verwendung moderner Datentechnik vorzusehen. Eine Intensivierung der Vorprüfung vor Genehmigung von Zahnersatz- und KfO-Behandlungsplänen ist vorzunehmen.

121. Zur Erweiterung der zahnmedizinischen Kompetenz der Selbstverwaltung empfehlen sich folgende Maßnahmen:

- Aufbau eines ständigen Berichtswesens Zahngesundheit,
- Wirksamkeitsanalyse der bisherigen Zahnprophylaxe,
- Ermittlung der Ausbildungsqualität (Zahnärzte und Heilberufe),
- Erarbeitung von Qualitätsstandards,
- Problemanalyse der kassenzahnärztlichen Versorgung hinsichtlich von Zugangsbarrieren, Ungleichheiten, Qualität und Wirtschaftlichkeit, Compliance und
- Untersuchungen des Ernährungs- und Mundhygieneverhaltens insbesondere bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen.

Qualitätssicherung soll, was den Zugriff von unberechtigter Seite auf Patientendaten angeht, einem sensiblen Datenschutz unterliegen. In die Qualitätssicherung sollten Gutachterdienste und Patientenberatungsstellen einbezogen werden.

122. Schließlich ist einvernehmlich zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu regeln, wann eine mangelhafte Qualität der Versorgung Regreßansprüche der Krankenkassen auslöst.

4. 7 Honorierung

123. Präventive und zahnerhaltende Maßnahmen müssen in der Honorierung entsprechend gegenüber der restaurativen Zahnmedizin begünstigt werden.

124. Die Honorierung bedarf einer flankierenden Qualitätssicherung.

125. Es ist zu prüfen, ob überdifferenzierte und nicht kontrollierbare Leistungen zu Komplexen zusammengeführt werden können.

4. 8 Ausbildungskapazitäten

Da nach Auffassung eines Teils der Kommission die vorhandenen Ausbildungskapazitäten in der Zahnheilkunde eine ordnungsgemäße Ausbildung zum Zahnarzt nicht mehr gewährleisten, ist nach dieser Auffassung die Zahl der Studierenden der Zahnmedizin soweit zu reduzieren, daß eine ordnungsgemäße Ausbildung gewährleistet ist.

Literaturverzeichnis

ADA (American Dental Association) [1979]: Quality Assurance Project: Assurance in Dentistry-Executive-Summary, p. I and II, in: J Am Dent Ass Vol. 98/1979

ARBEITSGEMEINSCHAFT »KINDERHEILKUNDE UND PROPHYLAXE« IN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERKRANKHEITEN [1989]: Zielgruppengerechte Prophylaxe, 1989

ARBEITSGEMEINSCHAFT »QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ZAHNMEDIZIN« [1988]: Manuskript ohne Ort, Studienhandbuch des Projektes »Qualitätssicherung in der Zahnmedizin« Definitionsphase, Würzburg 1988

BMA [div. Jg.]: Arbeits- und Sozialstatistik, div. Jahrgänge

BMA (Hrsg.) [1988]: Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnmedizinischen Versorgung, Forschungsbericht zur Gesundheitsforschung Nr. 159, Bonn 1988

BUNDESVERBAND DER ZAHNÄRZTE DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES (BZÖDG) [1986]: Bilanz des BZÖGD zur Lage der Jugendzahnpflege und Prophylaxe, in: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 1, 1986, S.4 ff.

CALIFORNIA DENTAL ASSOCIATION (CDA) [1977]: Quality Evaluation for Dental Care, Los Angeles 1977

DEUTSCHER AUSSCHUSS FÜR JUGENDZAHNPFLGE (DAJ) [1987]: Zahn- und Mundhygiene als zahnärztliche und kinderärztliche Aufgabe, 1987

DEUTSCHER ARBEITSKREIS FÜR ZAHNHEILKUNDE (DAZ) [1986]: Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeit nach Qualitätskriterien, München 1986

DEUTSCHER ARBEITSKREIS FÜR ZAHNHEILKUNDE (DAZ) [1988]: Vorschläge zur Verbesserung der Jugendzahnpflege und Prophylaxe in der Bundesrepublik Deutschland, München 1988

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (Hrsg.) [1984]: Ernährungsbericht, 1984

DIETZ / GEROLD [1980]: Zur plastischen Füllung des 6-Jahrmolaren von 550 sieben-bis zehnjährigen Kindern aus der Münchner Region, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift (DZZ) 1980, S.1065 ff.

DONABEDIAN [1987]: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Vol. 1, Michigan 1980

DONATH / ROTH [1987]: Histologisch-morphometrische Studie zur Bestimmung des zervikalen Randschlusses von Einzel- und Pfeilerkronen, in: Z Stomatol. 1987, S.53 ff.

FDI / WHO [1982]: Global goals for oral health in the year 2000, in: Int. Dent. J. 32/1982

FEDERSPIEL / KIRCHHOFF [1988]: Lückenlos - Die goldenden Geschäfte der Zahnärzte, Köln 1988

GEIS-GEISTDÖRFER u. a. [1986]: Vergleichende In-Vitro-Untersuchungen zur Verfärbung und zum Massenverlust korrodierender Amalgame, in: DZZ 1986, S.1266 f

GEORG [1983]: Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen, in: BKK 11/83

GÜLZOW u. a. [1980]: Milchzahnkaries bei Großstadtkindern, in: DZZ 1980, S.297 ff.

GÜLZOW u. a. [1985]: Milchzahnkaries bei Kindern aus Stormarner Kindergärten, in: DZZ 1985, S.1044 ff.

GÜLZOW u. a. [1987]: Milchzahnkaries bei Kindern aus Stormarner Kindergärten zwei Jahre nach Einführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen, in: DZZ 1987, S.44 ff.

GROPP / SCHWINDLING [1971]: Statistische Feststellungen über fehlerhafte Kronenrandgestaltung mit Folgen auf Zahn, Parodontium und Gingiva, in: DZZ 1971, S.734 ff.

HÜLLEBRAND [1986]: Kariesbefall und Gebißzustand zahnärztlicher Patienten in der Bundesrepublik, Diss. Würzburg 1986

KÄYSSER u.a. [1985]: Kronen- und Brückenprothetik, Köln 1985

KERSCHBAUM [1983]: Zur Bedeutung von Nachuntersuchungen in der zahnärztlichen Prothetik, in: DZZ 11/1983

KERSCHBAUM / MÜHLENBEIN [1987]: Longitudinale Analyse von herausnehmbarem Zahnersatz privatversicherter Patienten, in: DZZ 1987, S.352 ff.

KERSCHBAUM [1986]: Überlebenszeiten von Kronen- und Brükkenzahnersatz heute, in: Zahnärztliche Mitteilungen (ZM) 1986, S.2315 ff.

KERSCHBAUM [1987]: Zur medizinischen Bedeutung der zahnärztlichen Therapie mit festsitzendem Zahnersatz (Kronen und Brücken) im Rahmen der Versorgung, Manuskript, Köln 1987

KLIMEK u. a. [1985]: Marburger Schulkinder, in: ZM 6/1985

KÖHLER [1980]: Jugendzahnpflege in Deutschland, in: Der Artikulator, Sonderausgabe 1980

KRÜGER / SCHWIBBE [1987]: Der Gebißzustand acht- bis neunjähriger Kinder nach siebenjähriger zahnmedizinischer Betreuung, in: DZZ 1987, S.594 ff.

KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KZBV) [1987]: KZBV-Statistik, Köln 1987

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG WESTFALEN-LIPPE (KZV WL), Handbuch, ohne Ort und Jahr

LANGE [1983]: Parodontologie-Daten, Fakten, Entwicklungen und Zielsetzungen, in: Quintessenz 9, 1983, S.1745 ff.

LANGE [1986]: Häufigkeit, Schweregrad und Behandlungsbedürftigkeit von Parondontopathien, in: ZWR 1986, S.402

LANGE / SCHWÖPPE [1981]: Epidemiologische Untersuchungen an Rekruten der Bundeswehr (Mund- und Gebißbefunde), in: DZZ 36/1981

LEON [1976]: Amalgam restorations and periodontal disease, in: Brit. Dent J 140 (1976)

LÖST [1984]: Parondontologie und Prothetik, in: Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe 2/1984, S.12

MAGRI [1987]: Aspekte zur Compliance in der Oralprävention unter Einbeziehung von Erfahrungen aus der Schweiz, in: Deutscher Arbeitskreis für Jugendzahnpflege, Zahn- und Mundhygiene als zahnärztliche und kinderärztliche Aufgabe, 1987, S.51 ff.

MARTHALER [1979]: Was kann präventiv orientierte Jugenzahnheilkunde erreichen?, in: DZZ 1979, S.76 ff.

MARXKORS / SOBANSKI / WINGERT (Marxkors u. a.) [1975]: Erhebungen zur befundbezogenen Planung von Zahnersatz, in: DZZ 1975, S.682 ff.

MARXKORS [1980]: Der Randschluß der Kronen, in: DZZ 1980, S.913 ff.

MOCKE [1971]: Untersuchungen durch Neutronenaktivierung über den diffundierten Elementgehalt von Zähnen mit Amalgamfüllungen, in: DZZ 1975, S.657

MÜHLEMANN / LUTZ [1985]: Standespolitik statt Ethik, in: SwissDent 6/1985, Nr. 9, S.7 ff.

NAUJOKS [1986]: Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung: Internationaler Vergleich und Ausblick, in: BZB 2/1986, S.2 ff.

NAUJOKS / HÜLLEBRAND [1985]: Mundgesundheit in der Bundesrepublik, in: ZM 1985, S.416 ff.

NIELSEN [1987]: Zwischen Spalt und Kluft, in: DAZ-Forum 16/1987, S.59 ff.

OECD [1985]: Food Consumption Statistics, Paris 1985

PATZ / NAUJOKS [1980]: Morbidität und Versorgung der Zähne in der Bevölkerung der Bundesrepublik, in: DZZ 1980, S.257 ff.

PFÜTZ [1972]: Untersuchungen zur Korrelation zwischen Parodontalhygiene und parodontaler Abstützung bei Modellgußprothesen, in: DZZ 27/1972, S.526

PIEPER [1988]: Klinische Qualitätsbeurteilung vom Amalgam-, Kunststoff- und Gußfüllungen, in: DZZ 8/1988

PIEPER u. a. [1981]: Der Einfluß der sozialen Schicht auf Kariesbefall, Sanierungsgrad und Mundhygiene bei Jugendlichen, in: DZZ 1981, S.376 ff.

PIEPER u. a. [1985]: Kariesbefall, Sanierungsgrad und Mundhygiene bei Kindern im Vorschulalter, in: DZZ 1985, S.865 ff.

PONTI [1985]: Zahnmedizin in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz: Versuch einer Gegenüberstellung, Diss. Zürich 1985

REICHERTZ / WALTHER [1986]: Strukturdaten zahnärztlicher Praxen, Köln 1986

RIETHE [1972]: Welche Füllungsmaterialien sind im gingivalen Bereich vertretbar, in: DZZ 27/1972

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA) [1987]: Jahresgutachten 1987, Baden-Baden

SCHÄFER [1985]: Untersuchungen zur Frage eines Zusammenhanges zwischen Gebißzustand von Schulkindern und Sozialstatus, Diss. Kiel 1985

SCHICKE [1984]: Sozialmedizinische Aspekte der Zahnheilkunde, New York/Frankfurt 1984

SCHIELE u. a. [1987]: Quecksilbergehalt der Pulpa von ungefüllten und amalgamgefüllten Zähnen, in: DZZ 1987

SCHLÖMER [1988]: Das Labor plant für den Zahnarzt, in: Informationen aus Orthodontie und Kieferorthopädie, 3/1988

SIEBERT (Hrsg.) [1984]: Zahnmedizinische Forschung - Standort, Ziele, Wege, München/Wien, 1984

SPIEKERMANN [1974]: Modellgußprothese in der täglichen Praxis, in: Zahnärztliche Welt (ZW) 1974, S.469

SPIEKERMANN [1984]: Stand und Entwicklungsperspektiven der Zahnmedizin in der Bundesrepublik Deutschland - mit internationalem Vergleich, unv. Studie für BMA, BMFT, BMJFFG, Bonn 1984, auszugsweise in: Der Artikulator 1985, S.45 f

SPIEKERMANN [1986]: Zur marginalen Paßform von Kronen und Brücken, in: DZZ 1986, S.1015 ff.

STATISTISCHES BUNDESAMT [div. Jg.]: Statistisches Jahrbuch, Wiesbaden, div. Jahrgänge

STRASSBURG u. a. [1969]: Generalisierte allergische Reaktion durch Silberamalgamfüllungen, in: DZZ 1969, S.3 f

TAMMOSCHEIT / WITT [1984]: Forschungsperspektiven in der Kieferorthopädie, in: Siebert (Hrsg.), Zahnmedizinische Forschung, Standort, Ziele, Wege, München/Wien 1984, S.177 ff.

TILL u. a. [1977]: Bericht über Spurenanalysen an menschlichen Zähnen, in ZW 1977

TILL u. a. [1978]: Quecksilber in Zahnwurzeln und Kieferknochen, in: ZW 1978, S.288 f

WHO [1975]: International Collaborative Study of Dental Manpower Systems in Relation to Oral Health Status, Genf 1975

WHO [1986 a]: Financing of Dental Care in Europe, Part I, Kopenhagen 1986

WHO [1986 b]: Country profiles on oral health in Europe 1986, Kopenhagen 1986 (Berichterstatter für die BRD: P. Müller, Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung, Köln)

WINGERATH [1980]: Mundhygieneverhalten von 14- bis 15jährigen Schülern im Raum Bottrop unter soziologischen Gesichtspuntken, Diss. Münster 1980

WISSENSCHAFTLICHES INSITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.) [1979]: Zahnmedizinische Prophylaxe, Bonn 1979

WISSENSCHAFTSRAT [1981]: Empfehlungen zur Verbesserung der Lage von Forschung und Lehre in der Zahnmedizin, Köln 1981

WITT [1984]: Die Kieferorthopädie in Deutschland heute, in: ZM 1984, S.2700 ff.

WITTE [1985]: Wie effektiv ist das Obleutekonzept wirklich, in: DAZ-Forum 11/1985, S.210 f

ZIMMERMANN / LAU [1986]: Variationen von Modellgußplanungen verschiedener Behandler an einem Fall, in: DZZ 1986, S.826 ff.

V. Stationäre Versorgung

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission einstimmig verabschiedet.*]

1. Einordnung in das Gesamtsystem

1. Reformvorstellungen einer quantitativ und qualitativ angemessenen und finanzierbaren stationären Versorgung sind abhängig von der Einbettung in ein gesundheits-, ordnungs- und sozialpolitisches Gesamtkonzept. Unabhängig von seiner Orientierung (vgl. unten 5.1) muß dieses Konzept Aussagen darüber machen,

- welche Aufgaben von stationären Versorgungseinrichtungen erfüllt werden sollen,
- welche stationären Versorgungseinrichtungen für die Erfüllung dieser Aufgaben notwendig sind,
- wie Aufgaben, Niveau, Kapazitäten, Preise und Qualität der stationären Versorgung gesteuert werden,
- wie Veränderungen in Morbidität, Demographie und Sozialstruktur berücksichtigt werden,
- wie die stationäre Versorgung mit anderen Versorgungsbereichen verzahnt wird und
- speziell welche Bedeutung der gesetzlichen Krankenversicherung dabei zukommt.

2. In der zur Verfügung stehenden Zeit konnte die Kommission kein neues, eigenständiges Gesamtkonzept entwickeln. Vielmehr leitet sie aus den allgemein anerkannten gesundheits- und sozialpolitischen Werthaltungen (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987; SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987,1988), also insbesondere

- Humanität im Gesundheitswesen,
- Bedarfsgerechtigkeit,
- sozialpolitische Gleichheit,
- Solidarität,
- Subsidiarität und
- Selbstverwaltung,

Zielvorstellungen einer angemessenen und finanzierbaren stationären Versorgung ab, die die Konzepte und Schwerpunkte einer Reform bestimmen.

3. Die Definition des Versorgungsauftrags und die Aufgabenbeschreibung müssen darauf ausgerichtet sein, daß nur solche Patienten in stationären Versorgungseinrichtungen behandelt werden, die nicht besser in anderen Systemen, insbesondere in der ambulanten Versorgung oder durch soziale Dienste, versorgt werden können. Dabei ist kurz- und mittelfristig sowohl der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen wie den Behandlungsstilen der Medizin angemessen Rechnung zu tragen, sowie der Mangel an krankenhausentlastenden Einrichtungen zu berücksichtigen. Auf längere Sicht besteht auch hier Reformbedarf. Die prinzipielle Nachrangigkeit der Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs.1 Satz 1 SGB V) muß sich, ebenso wie die medizinische Behandlung selbst, an den Maßstäben der Effektivität und der Effizienz messen lassen. Umgekehrt muß sichergestellt sein, daß Patienten, die einer stationären Behandlung bedürfen, auch das stationäre Versorgungssystem erreichen. Diesem Bedarf muß die Versorgungsstruktur entsprechen. Innerhalb der Versorgungsstruktur soll sich eine Vielfalt leistungsfähiger, eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser entwickeln können. Die Finanzierung dieses zur Wirtschaftlichkeit verpflichteten Systems muß sozial tragbar sein. Da im Rahmen der stationären Versorgung die Akutversorgung im somatischen Bereich eine herausragende Bedeutung hat, beziehen sich die nachfolgenden Untersuchungen und Aussagen überwiegend auf diese Versorgungsform. Die Besonderheiten der Versorgung in stationären Vorsorge-, Rehabilitations- und psychiatrischen Einrichtungen müssen an dieser Stelle außer Betracht bleiben (Vgl. aber die Berichtsteile »Rehabilitation« und »Psychiatrische Versorgung«).

*) Nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

2. Zielvorstellungen und Rahmenbedingungen

2. 1 Zielvorstellungen einer angemessenen und finanzierbaren stationären Versorgung

4. Ein Krankenversicherungssystem hat die adäquate medizinische und pflegerische Versorgung stationär zu behandelnder Kranker zu gewährleisten. Ziel dieser Versorgung ist die möglichst weitgehende (Wieder-)Herstellung von Autonomie und Lebensqualität der Patienten. Hierzu ist ein nach Funktionen gegliedertes, durchlässiges System vielfältiger stationärer Hilfen und ausreichender häuslicher Versorgung erforderlich. Zur Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ angemessenen und finanzierbaren Krankenhausversorgung läßt sich die Kommission von folgenden allgemeinen Zielvorstellungen leiten:

- Die Stärkung der Selbstbestimmungsrechte der Patienten sowie die Aktivierung und Mitwirkung der Betroffenen;
- die Sicherung der Qualität der stationären Versorgung und die Förderung bedarfsorientierter Versorgungsformen;
- die Gewährleistung von Trägervielfalt;
- die Gewährleistung von Wahlmöglichkeiten der Patienten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten;
- die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung;
- die Vernetzung der stationären Versorgung mit anderen Versorgungsbereichen.

Alle Zielvorstellungen sind ineinander verschränkt. Bei einer isolierten Betrachtung lassen sich Überschneidungen nicht vermeiden.

5. Eine humane und soziale Medizin muß sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Der Arzt muß die Bereitschaft der Patienten wecken, auch durch eigene Anstrengungen Krankheiten zu überwinden oder, vor allem bei chronischen Erkrankungen, zu lernen, mit der Krankheit umzugehen (Hilfe zur Selbsthilfe). Betriebsablauf und Behandlungsverlauf im Krankenhaus sind stärker als bisher an den Interessen und Wünschen der Kranken auszurichten. Den besonderen Bedürfnissen chronisch Kranker und alter Menschen müssen stationäre Versorgungseinrichtungen – speziell im Hinblick auf die demographische Entwicklung und die Veränderung der Morbiditätsstruktur – stärker als bisher Rechnung tragen.

6. Im modernen Krankenhaus kommt der medizintechnischen Ausrichtung große Bedeutung zu. Medizinische Technik darf jedoch nicht zum Selbstzweck werden. Sie kann weder die Kommunikation zwischen Arzt und Patient noch die für einen Behandlungserfolg erforderliche persönliche Zuwendung ersetzen. Medizintechnik ist in dem Rahmen einzusetzen, in dem sie für Diagnose und Therapie zwingend erforderlich ist. Die angestrebte Verlagerung zu einer bedarfsorientierten Medizin muß durch die Stärkung des pflegerischen Bereichs erfolgen. Dahingehend soll sich nicht nur die investive und personelle Ausstattung, sondern auch der Betriebsablauf ausrichten. Diese Umorientierung muß sich ebenfalls in der Aus-, Fort- und Weiterbildung des ärztlichen wie des nichtärztlichen Personals niederschlagen. Einen größeren Stellenwert innerhalb der stationären Versorgung muß die psychische und soziale Betreuung der Patienten erhalten. Dazu sind auch Berufsgruppen heranzuziehen, die über den eigentlichen Krankenhausbereich hinaus im sozialen Umfeld der Patienten wirken und dort soziale Konfliktfelder, die für eine Hospitalisierung ursächlich sind, erkennen und zu deren Entschärfung beitragen. Das Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen dient der inhaltlichen Qualitätssicherung. Zur Sicherung eines hohen Qualitätsniveaus sind geeignete Kriterien auszuwählen und Standards zu entwickeln. Qualität und Wirksamkeit der stationären Behandlung bedürfen ständiger Kontrolle. Eine Kontrolle ohne regelmäßige Prüfverfahren und Sanktionsmöglichkeiten muß wirkungslos bleiben.

7. Schon aus verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten ist an der Vielfalt der Krankenhausträger festzuhalten. Dabei ist zu gewährleisten, daß unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen ihre Werthaltungen in der stationären Versorgung zur Geltung bringen können. Die Patienten haben bei einer Vielzahl von Trägern und Organisationsformen die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten zu wählen und durch ihre Entscheidungen zu einem patientengerechten Krankenhausangebot beizutragen. Dabei ist sicherzustellen, daß keine Diskriminierung bestimmter Gruppen auf Angebots- oder Nachfrageseite stattfindet.

8. In Anbetracht ökonomisch knapper Ressourcen unterliegt auch die stationäre Versorgung in zunehmendem Maße Kosten-Effektivitäts-Erwägungen. Eine relative Verknappung der Mittel bringt nicht nur die Leistungserbringer unter steigenden Rechtfertigungszwang, sondern verlangt auch eine zunehmende Verwendung nach Maßgabe ihrer Gesundheitswirksamkeit. Über geeignete Steuerungsformen soll sichergestellt werden, daß die eingesetzten finanziellen Mittel nicht nur effektiv, sondern auch effizient verwendet werden. Ein Ziel von Reformbemühungen ist daher auch im stationären Bereich die kostenminimale Leistungserstellung im Sinne betriebswirtschaftlicher Effizienz. Umgekehrt wird insbesondere eine Effektivität der Versorgung angestrebt, d.h. es soll erreicht werden, daß im Krankenhaus wirklich nur jene Patienten behandelt werden, die nicht in anderen Einrichtungen auf wirksamere Weise versorgt werden können.

9. Ein Schlüssel zu Verbesserungen in der stationären Versorgung liegt in der engen Vernetzung des Krankenhausbereichs mit anderen Versorgungsformen sowie in der Schaffung neuer, mit sozialer Betreuung verbundener Einrichtungen. Dies gilt sowohl für eine Anbindung an die präventive, kurative und rehabilitative ambulante Versorgung als auch für einen nahtlosen Übergang zu sozialen Versorgungsformen und zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Besondere Bedeutung kommt dem Zusammenwirken mit sozialen Diensten, Selbsthilfegruppen und Selbstorganisationen zu.

2. 2 Normative Rahmenbedingungen

10. Das Grundgesetz (GG) selbst macht nur wenige Aussagen zum Krankenversicherungssystem und zur stationären Versorgung. Aus der Interpretation durch Rechtsprechung, insbesondere des Bundesverfassungsgerichts, und Wissenschaft lassen sich jedoch normative Rahmenbedingungen herausarbeiten, die bei jeder Reform des stationären Sektors zu beachten sind (PAPIER 1988). Aus dem jeglicher Verfassungsänderung entzogenen Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 3, 28 Abs. 1, 79 Abs. 3 GG) wird unmittelbar die Verpflichtung des Staates abgeleitet, für eine bedarfsgerechte Versorgung der gesamten Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern Sorge zu tragen. Der Gesetzgeber muß festlegen, wer für die Erfüllung dieses sog. Sicherstellungsauftrages rechtlich und politisch verantwortlich ist und wie der Auftrag inhaltlich auszugestalten ist (GENZEL 1984). Dabei hat der Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum, muß allerdings auf andere verfassungsrechtliche Grundsätze Rücksicht nehmen sowie widerstreitende Interessen abwägen und angemessen ausbalancieren. Vom verfassungsrechtlichen Sicherstellungsauftrag zu unterscheiden ist die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, ihren Versicherten im Bedarfsfall Krankenhausbehandlung zu gewähren. Dieser sog. Gewährleistungsauftrag ist verfassungsrechtlich zumindest mittelbar dadurch abgesichert, daß der Gesetzgeber aus dem Sozialstaatsprinzip heraus verpflichtet ist, dafür zu sorgen, daß den Bürgern ein zeitangemessenes Gesundheits- und Versorgungssystem zur Verfügung steht und speziell bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit ein Zugang zu entsprechenden Einrichtungen offensteht (SCHLENKER 1986). Soweit aus der Gewährleistung des physischen Existenzminimums durch Art. 1 GG ein Grundrecht des Patienten auf die bestmögliche medizinische Behandlung und die in seinem Interesse sinnvolle medizinische Versorgung abgeleitet wird (SEEWALD 1982), bildet der Angemessenheitsvorbehalt die Schranke des Möglichen und dient als Maßstab des Mitteleinsatzes.

11. Die Krankenhauslandschaft gliedert sich je nach Trägerschaft in öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser. Das Grundgesetz schützt diese Träger in unterschiedlicher Intensität vor staatlichen Eingriffen. Soweit der Gesetzgeber die Rechtsverhältnisse der öffentlichen Krankenhäuser neu ordnen will, wird er nur durch wenige verfassungsrechtliche Schranken eingeengt. Je nach Ausrichtung und Aufgabenstellung können Hochschulkliniken den Schutz der Einrichtungs- und Freiheitsgarantie von Forschung und Lehre (Art.5 Abs.3 GG) genießen. Die institutionelle Garantie der kommunalen Selbstverwaltung (Art.28 Abs.2 GG) entfaltet sich in einem nur schwer bestimmbaren Kernbereich. Rechnet man aufgrund der historischen Entwicklung in manchen Bundesländern die Vorhaltung eines Krankenhauses zum Kernbereich kommunaler Daseinsvorsorge, ist ein verfassungsrechtlicher Schutz nicht auszuschließen (GENZEL 1984). Freigemeinnützige und private Krankenhausträger, die nahezu zwei Drittel aller Krankenhäuser betreiben, sind durch Art.2, 9, 12 und 14 GG le-

gitimiert und geschützt (FALTIN 1986). Kirchliche Träger können sich darüber hinaus auf die Art. 4 und 140 GG in Verbindung mit Art.137 Abs.3, 138 Abs.2 Weimarer Reichsverfassung berufen (DEPENHEUER 1986). Diese Grundrechte bieten die Gewähr für eine pluralistische Struktur der Krankenhausversorgung. Inwieweit sie staatliche Regelungsbedürfnisse zurückdrängen, ist umstritten.

12. Von entscheidender verfassungsrechtlicher wie politischer Bedeutung für eine Neuordnung der Rechtsbeziehungen in der stationären Versorgung ist die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern. Die materielle Kompetenz fällt sowohl für Angelegenheiten der Sozialversicherung (Art. 74 Nr. 12 GG) wie für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Nr. 19 a GG) in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung. Soweit ein Bedürfnis für eine bundeseinheitliche Regelung besteht, kann der Bund nur in der Krankenhausplanung und -förderung sowie im Pflegesatzverfahren tätig werden. Daneben bleibt den Bundesländern erheblicher Spielraum für eigene Gesetze, der von nahezu allen Bundesländern genutzt wurde. Aus der materiellen Gesetzgebungskompetenz folgt nicht automatisch die Kompetenz zur Regelung der Verfahrens- und Verwaltungsorganisation. Diese liegt vielmehr grundsätzlich bei den Bundesländern (Art. 30, 83 GG). Die Schaffung einer bundeseinheitlichen Verwaltungsorganisation bedürfte in jedem Fall der Zustimmung des Bundesrates (Art. 84 Abs. 1 GG).

3. Bestandsaufnahme

3. 1 Externe Einflußfaktoren

13. Die Entwicklung und Ausgestaltung der stationären Versorgung ist nicht nur in besonderem Maße abhängig von den übrigen Sektoren des Gesundheitswesens, sondern wird auch von einer Reihe externer Faktoren determiniert, die von den Verantwortlichen dieses Versorgungsbereichs überhaupt nicht oder allenfalls marginal beeinflußt werden können. Dieses Faktum ist insofern bedeutsam, da es den Möglichkeitsbereich begrenzt, allein durch krankenhausinterne bzw. -spezifische Strukturveränderungen, z.B. die Entwicklung der Ausgaben oder das Patientenaufkommen, zu verändern. Solche externen Faktoren, die ganz entscheidend die Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer Versorgungseinrichtungen und in der Folge die Höhe der Gesundheitsausgaben für die stationäre Versorgung mitbestimmen, sind insbesondere der demographische Prozeß und die Entwicklung der Morbiditätsstruktur. Entsprechende Auswirkungen haben aber auch der allgemeine medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt, Veränderungen in den individuellen Präferenzstrukturen der Bevölkerung, die Gestaltung der Verkehrsinfrastruktur (Erreichbarkeit) und Veränderungen im räumlichen Siedlungsverhalten (Standorte von Krankenhäusern). Als für den Krankenhausbereich i.e.S. weitgehend externe Determinante anzusehen ist schließlich das Versorgungsangebot im ambulanten und poststationären Bereich.

14. Einen besonders starken Einfluß auf die Ausgabenentwicklung in der GKV hatte in den letzten Jahren zweifellos der enorme Anstieg der Ausgaben im Bereich der Krankenversicherung der Rentner. Das Ausgabenniveau eines Rentners, das 1970 noch bei 107,6 % eines aktiven Versicherten lag und bis 1988 auf 170,1 % stieg, läßt sich mit dem Anstieg des Rentneranteils an der Gesamtzahl der in der GKV Versicherten nicht allein erklären. Zurückzuführen ist dieser überproportionale Anstieg stattdessen im wesentlichen auf eine erhöhte Behandlungsintensität, die anhaltende Verlängerung der Lebenserwartung, wenigstens teilweise auf fehlende oder mangelhafte geriatrische Versorgungsstrukturen sowie auf Defizite in der psycho-sozialen Betreuung. In ganz besonderem Maße Auswirkungen haben all diese Faktoren gerade für das Leistungs- und Kostengeschehen im Bereich der stationären Versorgung.

Weithin ist unbestritten, daß die Inanspruchnahme der stationären Versorgungseinrichtungen mit steigendem Alter zunimmt. Sowohl bei den Krankenhausfällen als auch bei der Verweildauer weisen die älteren Bevölkerungsgruppen überdurchschnittliche Werte auf. Bei einem Anteil an den GKV-Mitgliedern (ohne mitversicherte Angehörige) von 23,4 % entfielen auf die Gruppe der über 65jährigen 1986 immerhin 45,9 % der Krankenhaustage und 36,7 % der Krankenhausfälle, wobei die Krankenhaushäufigkeit mit steigendem Alter noch zunimmt; über 75jährige haben bei den Krankenhausfällen einen Anteil von 20,6 % und bei den Krankenhaustagen von 26,5 %, stellen jedoch nur 13,1 % der GKV-Mitglieder. Sieht man von der Altersgruppe der unter 15jährigen ab, nimmt die durchschnittliche Verweildauer mit dem Alter der Patienten stetig zu. Während der Krankenhausaufenthalt bei 15-25jährigen je Fall im Durchschnitt nur 10,30 Tage dauert, verbleiben über 75jährige durchschnittlich immerhin 21,92 Tage im Krankenhaus (BMA 1989). Darüber hinaus deuten alle Daten darauf hin, daß die Behandlungsintensität mit dem Alter steigt; während bei den Patienten insgesamt lediglich bei 30,5 % eine zeitweilige Behandlung auf der Intensivstation notwendig ist, beläuft sich dieser Anteil bei den über 65jährigen auf 41,5 %.

Unter sonst sich nicht ändernden Bedingungen stützen diese Fakten die Vermutung, daß die von einer abnehmenden Sterblichkeitsrate bei gleichzeitig niedriger Nettoreproduktionsrate gekennzeichnete demographische Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in den nächsten Jahren einen weiteren Anstieg der Nachfrage nach stationären Versorgungsleistungen bewirken wird. Die empirischen Gegebenheiten allein lassen allerdings noch nicht den Schluß zu, daß ein höheres Durchschnittsalter und eine längere Lebenserwartung der Bevölkerung zwangsläufig mit höheren stationären Versorgungsquoten verbunden sein muß.

15. Ähnliche nachfragewirksame Effekte wie von der Altersentwicklung gehen von der Veränderung der Morbiditätsstruktur aus. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus vom April 1986 hängt die Morbidität entscheidend mit dem Alter und dem Geschlecht zusammen; insbesondere steigt danach die Krankheitshäufigkeit sowohl bei Frauen wie bei Männern mit zunehmendem Alter. Während die Altersgruppen der bis 40jährigen nur geringe Unterschiede in den Morbiditätsziffern aufweisen, waren die Werte für die 40-65jährigen Männer und Frauen schon doppelt so hoch wie die der Altersgruppe 15 bis unter 40 Jahren. Im Vergleich zu den 40 bis unter 65jährigen weisen die über 65jährigen eine Verdoppelung der Erkrankungsziffern auf. Am häufigsten und zugleich am längsten krank sind Frauen ab dem 65. Lebensjahr.

16. Die Morbiditätsentwicklung selbst wiederum hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, darunter u.a. von der soziodemographischen Struktur der Bevölkerung. Eindeutig stärker von einer Krankheit oder einer Unfallverletzung betrof-

fen waren gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1986 Personen aus Ein- und Zwei-Personen-Haushalten (z.B. 25,96 % der Personen in Ein-Personen-Haushalten, aber nur 8,12 % der Personen in Vier-Personen-Haushalten). Auffallend ist auch, daß über 65jährige aus Ein-Personen-Haushalten fast doppelt so häufig krank sind wie vergleichbare Personen in Vier-Personen-Haushalten. Angesichts dieser Zusammenhänge erlangt selbstverständlich der seit Jahren zu beachtende Trend hin zu Ein-Personen-Haushalten besondere Bedeutung.

17. Hinsichtlich der epidemiologischen Determinanten ist zudem zu berücksichtigen, daß sich die Gewichte der verschiedenen Krankheitsgruppen bei den Krankenhausfällen der GKV-Versicherten in den vergangenen Jahren verschoben haben. Bezogen auf die Krankheitsfälle (Krankheitsarten je 10.000 Einwohner) haben im Zeitraum 1975-1985 vor allem die Krankheitsgruppen Schwangerschaftskomplikationen, psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Skeletts, Neubildungen (Krebs) und Kreislauferkrankungen stark zugenommen, während Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane rückläufig sind. Während die erstgenannten fünf Krankheitsgruppen 1975 »erst« 43,0 % der Krankenhaustage verursachten, waren es 1985 immerhin 53,7 %. Auch hier steht die steigende Zahl der Krankenhausfälle infolge von Kreislauf- und Krebserkrankungen in engem Zusammenhang mit Veränderungen der Altersstruktur. Vor allem stellen Krankheiten des Kreislaufsystems bei Langzeitkranken (Verweildauer über 25 Tage) ab dem 65. Lebensjahr mit einem Anteil von 33,3 % die weitaus häufigste Hauptdiagnose dar (bei unter 65jährigen ist dies nur in 8,8 % der Fälle die Hauptdiagnose).

3. 2 Strukturdaten und Kapazitätsaspekte

18. Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung bilden seit langem den größten Einzelposten der GKV-Ausgaben. Allein schon von daher steht die Ausgabenentwicklung in diesem Bereich stets im Mittelpunkt, wenn nach den Ursachen des »Kostenanstiegs« im Gesundheitswesen gefragt wird. Im Jahre 1988 beliefen sich die GKV-Ausgaben für die Krankenhausversorgung auf 40,668 Mrd. DM gegenüber 6,009 Mrd. DM im Jahre 1970 und 25,465 Mrd. DM im Jahre 1980. Ihr Anteil an den gesamten Leistungsausgaben der GKV lag 1988 bei 31,8 % (nach 28,34 % im Jahr 1980 und 25,19 % im Jahr 1970). Dabei lagen die Zuwachsraten der Krankenhausausgaben in den letzten Jahren zumeist spürbar über dem Anstieg des Grundlohns und der Leistungsausgaben insgesamt. Während von 1976 bis 1987 je GKV-Mitglied der Grundlohn um 64,1 % und die Leistungsausgaben je Versicherten um 93,3 % zunahmen, erhöhten sich die Ausgaben für stationäre Behandlung je Versicherten um 110,8 %. Zwar hat sich der Ausgabenanstieg 1987 mit 4,6 % (nach Steigerungsraten von 7,0 % bzw. 5,5 % in den beiden vorangegangenen Jahren) merklich verlangsamt, er lag aber nach wie vor über der Grundlohnsummensteigerung von 3,0 %. Im Jahre 1988 blieb die Steigerung der Ausgaben für Krankenhauspflege mit 3,71 % leicht unter dem Wachstum der Grundlohnsumme (+ 4,2 %).

19. Ähnliche Entwicklungen sind auch in vergleichbaren Industrienationen festzustellen (NEUBAUER/GÜNTHER 1988); sowohl in der Bundesrepublik Deutschland wie in den Vergleichsländern fehlen jedoch bislang überzeugende, generell gültige Erklärungsansätze hinsichtlich der Ursachen dieses Trends. Entsprechend wäre es unredlich, den Ausgabenanstieg vorschnell primär auf eine vermeintliche Unwirtschaftlichkeit dieses Sektors zurückzuführen. Einflüsse auf die Ausgabenentwicklung haben sicherlich gleichermaßen ökonomische wie medizinische Faktoren. Jedenfalls wird in Teilen der Fachwelt die Bezeichnung »Kostenexplosion« entschieden zurückgewiesen und statt dessen darauf verwiesen, daß der Ausgabenanstieg von einer »Leistungs- und Mengenexplosion« (BRUCKENBERGER 1989) bzw. durch Defizite in der Organisation, Steuerung und Vernetzung verursacht werde (REINERS 1989).

20. Umfang und Struktur der Krankenhausversorgung und -planung werden im allgemeinen an Hand folgender Merkmale beschrieben:

- Anzahl, Trägerschaft, Organisationsform und Versorgungstyp der Krankenhäuser,
- Krankenhausinvestitionen,
- Bettenkapazität,
- Personalbestand,
- Patienten (Einweisungen),
- Verweildauer,
- Bettenauslastung.

Eine Analyse dieser Daten und ihrer Veränderung im Zeitablauf soll erste Aufschlüsse über gewisse Entwicklungstrends und mögliche Interdependenzen geben. Wirkliche Leistungsindices zur Messung der Effektivität und Effizienz der stationären Versorgung lassen sich jedoch aus ihnen nicht ableiten. Ebenso können aus ihnen kaum brauchbare Schlußfolgerungen hinsichtlich möglicher Überkapazitäten, Überversorgungen oder Fehlversorgungen gezogen werden.

21. Ende 1987 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 3.071 Krankenhäuser, die zusammen 673.687 Betten vorhielten. Der seit Ende der 60er Jahre zu beobachtende Rückgang im Krankenhausbestand, der sich bereits zu Beginn der 80er Jahre deutlich verlangsamt hat, setzte sich in jüngster Zeit nicht mehr fort. Ebenfalls zu einem weitgehenden Stillstand gekommen ist der Abbau der Bettenkapazitäten, nachdem sich die Zahl der insgesamt vorgehaltenen Krankenhausbetten zwischen 1975 und 1986 noch von 727.791 auf 674.384 reduziert hatte. In 530.767 der insgesamt zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten wurde Ende 1987 Krankenhauspflege gemäß § 184 RVO (entspricht § 39 SGB V) gewährt; bei einer durchschnittlichen Bettendichte von 86,9 (Betten je 10.000 Einwohner) wies West-Berlin mit 138,9 die bei weitem höchste, Baden-Württemberg mit 75,5, gefolgt von Schleswig-Holstein (76,4) und Niedersachsen (76,8), die geringste Bettendichte auf. Bezogen auf die Gesamtzahl der Krankenhausbetten (d.h. einschl. der Betten in Kur- und Spezialeinrichtungen) standen Ende 1971 der Bevölkerung im Durchschnitt 110,0 Betten je 100.000 Einwohner zur Verfügung (1970 betrug der entsprechende Wert 112,0, 1975 immerhin 118,4). Berücksichtigt man nur die Betten in Akutkrankenhäusern, erhöhte sich die »Bettendichte« von 74,9 (1970) auf 79,4 im Jahr 1975 und sank seitdem auch dort auf gegenwärtig 74,9 (1985). Die Entwicklung der »Bettendichte« im Zeitablauf variiert von Bundesland zu Bundesland zum Teil recht deutlich. Die prozentual stärkste Verringerung bei allerdings weit über dem Durchschnitt liegendem Niveau verzeichneten bei Akutkrankenhäusern seit 1978 Berlin und das Saarland, einen vergleichweise geringen Rückgang Bayern, Schleswig-Holstein, Hamburg und Rheinland-Pfalz (DKG 1987; GRÄB 1989).

22. Für die Beurteilung der Versorgungsstruktur reicht es allerdings nicht aus, nur die Gesamtzahl der vorgehaltenen Betten zu betrachten; einen geeigneteren Aufschluß gibt vielmehr erst die Differenzierung nach der Zweckbestimmung und nach Fachrichtungen. 1987 gab es 1.781 Krankenhäuser für die Akutbehandlung mit zusammen 459.340 Betten. Von diesen Krankenhäusern dienten rd. 90% (1.314) der Sicherstellung der stationären Grundversorgung (Allgemeine Krankenhäuser) der Bevölkerung. Neben den sog. Allgemeinen Krankenhäusern standen für die Akutversorgung 467 Fachkrankenhäuser mit insgesamt 45.860 Betten zur Verfügung. Stationäre Versorgung fand darüber hinaus in 1.290 Sonderkrankenhäusern (mit insgesamt 214.347 Betten) statt; hierbei handelt es sich vor allem um Kur-, Spezial- und psychiatrische Einrichtungen, in denen u. a. Behandlungen nach §§ 184a RVO (entspricht § 40 SGB V) und 1236 RVO durchgeführt werden (medizinische Rehabilitation).

In Bezug auf die einzelnen Krankenhaustypen und die Fachabteilungen hat sich die Angebotsstruktur in den letzten Jahren nachhaltig verändert. Mit einem Anteil von 23,4% (156.155 Betten) wurden Ende 1987 in Fachabteilungen für Innere Medizin die meisten Betten vorgehalten; 19,2% der Betten dienten der chirurgischen Behandlung (127.957 Betten), 12,5 % der Behandlung von psychiatrischen, Nerven- und Suchtkrankheiten (113.500 Betten) und 85.400 Betten der medizinischen Rehabilitation; über 53.000 Betten verfügten zudem die Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Ihre Bettenkapazität in den letzten Jahren beträchtlich ausgebaut haben vor allem Reha-Einrichtungen (Zunahme 1987: 13,9 %) und Suchtkliniken. In den Akutkrankenhäusern stand einer Abnahme der Betten in den Fachabteilungen Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Augenheilkunde und HNO-Heilkunde eine Bettenerhöhung im Bereich der Neurologie und Neurochirurgie gegenüber (vgl. BRUCKENBERGER 1989).

23. Im Hinblick auf die für das Krankenhauswesen konstitutive Trägervielfalt lassen sich für die letzten Jahre nicht unbedeutende Veränderungen bzgl. der Bettenkapazitäten erkennen. Während die Betten in Krankenhäusern öffentlich-rechtlicher Träger im Zeitraum 1975-1987 von 389.429 auf 339.365 und die in Krankenhäusern freigemeinnütziger Träger von 257.365 auf 235.671 reduziert wurden, erhöhten die privaten Krankenhäuser ihre Bettenzahl von 82.997 auf 98.651. Festzustellen ist ferner ein Trend zu Krankenhäusern mittlerer Größe; zurückgegangen ist in den zurückliegenden Jahren vor allem die Zahl kleinerer Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten. Nicht fortgesetzt hat sich zugleich die in den 70er Jahren zu beobachtende Tendenz zu Großkrankenhäusern (über 800 Betten). Ende 1987 verfügte das »durchschnittliche« Krankenhaus über 219 Betten. Mit durchschnittlich 316 Betten waren Krankenhäuser öffentlich-rechtlicher Träger deutlich größer als jene der freigemeinnützigen (226 Betten) bzw. der privaten Träger (103). Ein Grund dafür ist u.a. das bereitgestellte Versorgungsangebot; während rd. 70% der öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser Akutversorgung betreiben, sind in diesem Bereich nur 30% der Privaten tätig. In der Fachdiskussion wird hier zum Teil ein Trend zur „selektiven Privatisierung" betriebswirtschaftlich besonders gut kalkulierbarer Patienten- und Fallgruppen zu Lasten öffentlich-rechtlicher Träger gesehen (KÜHN, 1980). Akutkrankenhäuser waren Ende 1987 mit durchschnittlich 258 Betten im allgemeinen deutlich größer als Sonderkrankenhäuser (166 Betten) (GRÄB 1989; DKG 1987).

24. Seit dem Inkrafttreten des KHG, also zwischen 1973 und 1986, haben die Länder 55,036 Mrd. DM in Krankenhäuser investiert; nachdem die Investitionen 1984 eine Rekordmarke erreicht hatten (4,701 Mrd. DM), standen in den beiden Folgejahren nurmehr jährlich rd. 4,5 Mrd. DM zur Verfügung. Die in den einzelnen Ländern zwischen 1972 und 1987 aufgewandten KHG-Mittel weisen erhebliche Abweichungen auf. Je Einwohner beliefen sich die Aufwendungen z.B. in Berlin auf 2.659 DM, in Hamburg auf 1.449 DM, in Bayern auf 1.121 DM, in Niedersachen dagegen nur auf 753 DM und in Schleswig-Holstein auf 681 DM. Die mit Abstand höchsten KHG-Mittel pro Bett wurden in diesem Zeitraum, bezogen auf die Zahl der insgesamt geförderten Planbetten im Jahre 1987, mit rd. 196.000 DM pro Planbett in Berlin, gefolgt von Bayern mit rd. 138.000 DM pro Planbett aufgewendet. Demgegenüber waren es in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein nur zwischen 93.000 und 98.000 DM pro Planbett (vgl. BRUCKENBERGER 1989).

Ungeachtet dieser im Vergleich zu den 60er Jahren hohen Investitionssummen wird weithin ein »Investitionsstau« in Milliardenhöhe anerkannt. Verstanden wird darunter eine Investitionslücke, die dann gegeben ist, „wenn die tatsächlichen Investitionen unter den betriebswirtschaftlich notwendigen Abschreibungen liegen" (SVR KA 1989). Nach Schätzungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beträgt das erforderliche Investitionsvolumen jährlich rd. 7,5 Mrd. DM, wenn man ein betriebswirtschaftliches Anlagevermögen des Krankenhaussektors von ca. 150 Mrd. unterstellt und von einer 20jährigen Nutzungsdauer (Abschreibungsrate: 5% p.a.) ausgeht. Stellt man die derzeitigen Investitionen der Länder in Höhe von rd. 4,5 Mrd. DM zuzüglich der durch die Krankenhäuser selbst finanzierten Investitionen in Höhe von rd. 1 Mrd. DM dem Investitionsbedarf gegenüber, gelangt man zu einer Investitionslücke in der Größenordnung von ca. 2 Mrd. DM jährlich. Nach Ansicht des SVR Konzertierte Aktion wird es unter den gegebenen Umständen nicht möglich sein, „auf Dauer die vorhandenen technischen Kapazitäten zu erhalten oder das derzeitige Volumen auf der Höhe des technisch Möglichen zu gewährleisten". Allerdings werde die Verminderung des Investitionsvolumens bzw. die Nichtfinanzierung des errechneten Bedarfs vermutlich zunächst zu einem Abbau der Kapazitäten führen, erst danach möglicherweise die Versorgungsqualität beeinträchtigen (SVR KA 1989).

25. Eine entscheidende Determinante in der Kostenstruktur der Krankenhäuser bilden die Personalausgaben, wenngleich auch die Sachkosten in den letzten Jahren stärker als die Personalkosten gestiegen sind. Dabei wird die Personalausstattung – insbesondere bei den Pflegekräften – als längst nicht befriedigend angesehen. Ende 1987 waren in den Krankenhäusern insgesamt 842.815 Personen beschäftigt, 77.174 mehr als 1980. Von dieser Zunahme entfielen knapp 54% auf das Krankenpflegepersonal. Rund 75% der Beschäftigten in den Krankenhäusern sind Frauen; während Frauen beim ärztlichen Personal lediglich einen Anteil von 24,8% aufweisen, sind 84,4% des Pflegepersonals (einschl. Schüler/innen) weibliche Kräfte.

In den Krankenhäusern waren Ende 1987 insgesamt 87.515 Ärzte und Ärztinnen beschäftigt (51 % aller in der Bundesrepublik berufstätigen Ärzte). Von diesen Ärzten

waren knapp 90 % hauptamtlich und etwa 10 % als Belegärzte tätig. Nur 53,7% der Krankenhausärzte besaßen eine Gebietsbezeichnung, was vor allem auf den hohen Anteil von Assistenzärzten zurückzuführen ist, die mit über 60 % die größte Ärztegruppe bilden. Unter den Gebietsärzten dominieren Internisten (8.300) und Chirurgen (6.600), gefolgt von Anästhesisten (5.300) und Frauenärzten (4.150). Verglichen mit 1975 hat sich die Zahl der Ärzte um 26.365 oder rd. 44,3 % erhöht.

Ebenfalls Ende 1987 zählten die Krankenhäuser insgesamt 323.212 Krankenpflegepersonen (ohne Schüler/innen); dies waren 77.934 oder 31,7 % mehr als 1975. Die Zahl der Krankenpflegepersonen in Ausbildung variiert seit Beginn der 80er Jahre zwischen 70.000 und 75.000. Eine deutliche Zunahme ist auch beim Verwaltungspersonal zu verzeichnen; seine Zahl stieg zwischen 1975 und 1987 von 49.536 auf nunmehr 64.742; dagegen hat sich das Wirtschaftspersonal in diesem Zeitraum von 194.536 auf 177.635 Personen vermindert.

Die planmäßige Bettenzahl je Arzt hat sich zwischen 1975 und 1987 von 12,0 auf 7,7 verringert; bei den Pflegepersonen (ohne Schüler) nahm das Verhältnis von 2,9 auf 2,1 ab (DKG 1987). Die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten je 100 belegte Betten erhöhte sich 1978–1987 beim ärztlichen Dienst von 11,0 auf 14,3 Personen, beim Pflegedienst von 43,1 auf 50,5, beim medizinisch-technischen Dienst von 13,6 auf 16,2 und beim Funktionsdienst von 8,7 auf 11,6. Im internationalen Vergleich allerdings kennzeichnet sich die stationäre Versorgung in der Bundesrepublik nach wie vor durch eine geringe Personalintensität (Personal je Bett). Insbesondere die Ausstattung mit Pflegepersonal ist vergleichsweise niedrig; während in Großbritannien auf ein Bett 1985 immerhin 1,22 Pflegepersonen und in den Niederlanden 0,63 kamen, betrug der Wert für die Bundesrepublik Deutschland 0,46 (BMA 1986).

26. Hinsichtlich des Leistungsgeschehens ist vor allem die anhaltende Zunahme der Zahl der Krankenhausfälle (Mengenkomponente) hervorzuheben. Zwischen 1975 und 1987 stieg die Zahl der stationär Behandelten von 10,427 auf 12,868 Mio.; dabei lag die Zunahme mit 24,0 % in Akutkrankenhäusern etwas über der in Sonderkrankenhäusern (+ 19,8 %). Der Anstieg der Fallzahlen wird seitens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion primär auf die vorhandenen Angebotsstrukturen und die bestehenden Anreize zurückgeführt, da eindeutige, in der Morbiditäts- und Altersentwicklung liegende Gründe hierfür nicht zu erkennen seien (vgl. SVR KA 1989). Fortgesetzt hat sich in den letzten Jahren die Tendenz zur Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer; während diese 1970 noch bei 24,9 Tagen (Akutkrankenhäuser: 18,3 Tage) lag, waren es 1987 nur noch 17,1 Tage (Akutkrankenhäuser: 13,1 Tage). Angesichts steigender Fallzahlen hat die Abnahme der Verweildauer nur bedingt zu einer Reduktion des Pflegetagevolumens insgesamt geführt. Die Entwicklung der Pflegetage ist mit einigen Schwankungen im Zeitablauf eher durch eine Konstanz gekennzeichnet. Insbesondere in den Akutkrankenhäusern hat sich nur wenig verändert; 143,55 Mio. Pflegetagen im Jahre 1987 standen 144,85 Mio. im Jahre 1970 gegenüber. Allenfalls bei den Sonderkrankenhäusern ist eine leichte Abnahme des stationären Pflegetagevolumens zu konstatieren; hier dürfte in der Tat die deutliche Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer von 77,8 Tagen (1970) auf 45,7 Tage (1987) einen Einfluß gehabt haben (STATISTISCHES BUNDESAMT 1989). Ebenfalls lediglich marginale Veränderungen lassen sich hinsichtlich der Bettenauslastung feststellen. Nachdem die durchschnittliche Bettennutzung zwischen 1970 und 1976 von 88,5 % auf 82,9 % zurückgegangen war, hat sie sich bis 1986 wieder auf 86,4 % erhöht. Nur unwesentlich weicht die Bettennutzungsquote zwischen den einzelnen Trägern ab, wenngleich bei den privaten Krankenhäusern im Zeitverlauf größere Schwankungen zu verzeichnen sind. Ursächlich für den Anstieg der Bettenauslastung dürften zum einen die höheren Fallzahlen, andererseits aber auch der Abbau der Bettenkapazität sein.

27. Unter Kapazitäts- wie Kostenaspekten von erheblicher Bedeutung ist auch die Entwicklung hinsichtlich des Einsatzes von medizinisch-technischen Apparaturen, insbesondere von Großgeräten. Während es 1972 unabhängig vom Standort in der Bundesrepublik Deutschland erst 352 medizinisch-technische Großgeräte gab, die zu rd. 70 % therapeutisch eingesetzt wurden, wurden Anfang 1988 immerhin 2.796 derartige Großgeräte vorgehalten, darunter 1.869 in Krankenhäusern. Allein 1988 erhöhte sich die Zahl gegenüber dem Vergleichszeitpunkt des Vorjahres um 224 oder 8,7 %. Von den insgesamt zur Verfügung stehenden Großgeräten entfallen etwa 87 % auf Geräte, die zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden. Die meistverbreiteten Gerätetypen im Krankenhaus bilden Gamma-Kameras (655), Digitale-Subtraktions-Angiographie (DSA)-Geräte (328), Computertomographie (CT)-Geräte (331), Linksherzkatheder-Meßplätze (184) sowie CO-60 und Cs-127 Geräte (Kobalt- und Cäsium-Bestrahlungsgeräte)(165) (vgl. BRUCKENBERGER 1989).

3. 3 Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

28. Ärztliche wie nichtärztliche Beschäftigte unterliegen im Krankenhaus den allgemeinen Regeln des Arbeitsrechts. Sie sind den Weisungen des Krankenhausträgers und dessen Repräsentanten unterworfen. Die organisatorischen Rahmenbedingungen sind zumeist hierarchisch geprägt. Zwar gelten für das Krankenhauspersonal im Prinzip die gleichen Schutzbestimmungen wie für andere Arbeitnehmer, doch sind diese durch eine Reihe von Ausnahmen gelockert oder werden in der Praxis unterlaufen (z.B. durch ständige Mehrarbeit, überlangen Bereitschaftsdienst, ungenügende Ruhezeiten, usw.). Die praktische Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften findet nahezu ausschließlich in den Krankenhäusern statt. Hinzu können noch Fortbildungsmaßnahmen treten (vgl. Berichtsteil »Funktion und Arbeitsweise des Medizinsystems«).

29. Die zunehmende Verrechtlichung des Gesundheitswesens, die von Ärzten (WETZEL 1989;BESKE 1989) wie Juristen (LAUFS 1988) kritisch betrachtet wird, erfaßt auch das Krankenhaus bei der Erfüllung seines humanitären und sozialen Versorgungsauftrags. Sie bestimmt das Behandlungsverhältnis zum Patienten und stützt die herkömmlichen Leitungs- und Organisationsstrukturen, die sich nicht nur im ärztlichen Dienst auswirken, sondern auch das Verhältnis zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus bestimmen. Das Krankenhauspersonal fühlt sich durch die Verrechtlichung in eine Defensivmedizin gedrängt und durch die von der Rechtsprechung entwickelten Maßstäbe, insbesondere zur Aufklärungs- und Dokumentationspflicht, belastet. Zu den Risiken, die der Patient mitbringt und die jedem diagnostischen oder therapeutischen Eingriff immanent sind, treten neue, noch weitgehend unbekannte, die dem medizinischen oder medizinisch-technischen Fortschritt innewohnen (BORGERS 1986). Oft reichen die medizinisch-techni-

schen Möglichkeiten weiter als das ethisch oder rechtlich Gebotene bzw. Verbotene (z.B. beim Einsatz von Hochleistungsmedizin bei sterbenden alten Menschen). Herkömmliche Grenzen werden infolge des medizinischen oder medizinisch-technischen Fortschritts in Frage gestellt und überlieferte Kriterien beseitigt. Zudem müssen problematische Entscheidungen häufig unter großem Zeitdruck gefällt werden. Trotz erhöhtem Mitteleinsatz steigt die Arbeitsbelastung des Krankenhauspersonals, und es bleibt immer weniger Zeit für die persönliche Betreuung der Patienten (REINERS 1989; BREDDEMANN 1980).

30. Die ärztliche Entscheidungskompetenz steht nicht im Einklang mit wirtschaftlicher Verantwortlichkeit. Häufig weisen Ärzte schon die Forderungen nach einer wirtschaftlichen Behandlungsweise als grundsätzlich unvereinbar mit medizinischen und ethischen Erfordernissen zurück. Vor allem die leitenden Ärzte sind versucht, sich bei ihren Entscheidungen (z. B. bei Verordnungen von Arzneimitteln, Anschaffung von Geräten) von den ökonomischen Anforderungen abzukoppeln.

31. Die gegenwärtige Situation des Pflegedienstes ist von Problemen gekennzeichnet, die erst in jüngster Zeit in der Öffentlichkeit Beachtung finden (vgl. aber schon BOTSCHAFTER-LEITNER 1980). Faktoren wie

- unbesetzte und fehlende Planstellen,
- mangelhafte Arbeitsorganisation,
- ständige Mehrarbeit (»Überstundenberg«),
- nicht leistungsgerechte Bezahlung und
- fehlende Aufstiegsmöglichkeiten

lassen den Pflegeberuf unattraktiv werden. Sie können dazu führen, daß künftig nicht mehr genügend Auszubildende diesen Beruf ergreifen. Den strukturellen Veränderungen in der stationären Versorgung wurde der Pflegedienst nur unzureichend angepaßt. Während die Zahl der Patienten pro Krankenhausarzt deutlich gesunken ist, blieb sie im Verhältnis zu den Pflegekräften nahezu konstant, obwohl der zunehmende Einsatz medizinischer Technik und der gestiegene Anteil von Verwaltungstätigkeiten im Pflegedienst höhere Anforderungen an das Pflegepersonal stellen. Ständige Mehrarbeit, die zu einem kaum noch abzubauenden Überstundenberg geführt hat, ist die Folge. Weder die Anhaltszahlen für die Personalberechnung, auf deren Neuberechnung sich Krankenhäuser und Krankenkassen auch nach jahrelangen Verhandlungen nicht einigen konnten, noch die in der Regel tarifvertraglich geregelten Eingruppierungen und Vergütungen tragen bislang diesen Belastungen Rechnung.

32. Arbeitsorganisatorisch dominiert in deutschen Krankenhäusern noch immer die Funktionspflege, obwohl sich dabei Effektivitätseinbußen und Effizienzprobleme nachweisen lassen (ELKELES 1988). Der Handlungsspielraum der Pflegekräfte ist – nicht zuletzt durch die hierarchischen Strukturen – eng begrenzt und entspricht häufig nicht dem Ganzheitscharakter der pflegerischen Aufgabe. Dem internationalen Trend zur ganzheitlichen Gruppenpflege, die die Übertragung von mehr Verantwortung an die einzelne Pflegekraft und eine entsprechende Qualifizierung voraussetzt, werden von den Krankenhausträgern personalwirtschaftliche und organisatorische Bedenken entgegengehalten und zuweilen mit der Schaffung von Pflegeeinheiten in überschaubarer Größe begegnet.

33. Viele Pflegekräfte, von denen offenbar ein Übermaß an caritativem Engagement erwartet wird, geben ihren Beruf schon nach wenigen Jahren wieder auf, zumal engagierten Kräften nur begrenzte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten offenstehen. Die in den Pflegeberufen ohnehin hohe Fluktuation nimmt zu. Der große Bedarf an Auszubildenden wird künftig infolge der demographischen Entwicklung und wegen der sinkenden Attraktivität des Pflegeberufs nur schwer zu decken sein. Obwohl zumindest in den großstädtischen Ballungsgebieten, wo das Mißverhältnis zwischen Vergütung und Lebenshaltungskosten besonders groß ist und Planstellen bereits unbesetzt sind, eine Gefährdung der Funktionsfähigkeit der pflegerischen Versorgung droht, ist bisher keine systematische Analyse der Situation des Pflegedienstes im Krankenhaus erstellt worden.

3. 4 Krankenhausfinanzierung

34. Die Krankenhausfinanzierung ist nicht in das herkömmliche Beziehungsgeflecht zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen integriert, obwohl die Krankenkassen über die Pflegesätze nahezu zwei Drittel des Umsatzes der Krankenhäuser tragen. Das heutige System der Krankenhausfinanzierung, deren Rechtsgrundlagen auch durch das Gesundheits-Reformgesetz nicht in das Krankenversicherungsrecht im engeren Sinn, d.h. in das SGB V, integriert worden sind, läßt sich vor allem aus der historischen Entwicklung erklären (GENZEL/HANISCH/ZIMMER 1988).

35. Bis zur grundlegenden Neuordnung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 1972 existierte ein formal-juristisch monistisch ausgerichtetes Finanzierungssystem, das aber faktisch durch landesrechtliche, wenig durchschaubare Subventionen geprägt war. Die stationäre Versorgung wurde überwiegend durch zwischen den Krankenhäusern und den Sozialleistungsträgern ausgehandelte Pflegesätze finanziert; auf die Preisbildung wurde jedoch auf verschiedenen administrativen Wegen (Preisbindung, Kalkulationsregeln, staatlicher Genehmigungsvorbehalt, usw.) Einfluß genommen. Ein zum großen Teil noch kriegsfolgenbedingter Investitionsstau und eine bedrohliche Unterdeckung im laufenden Betrieb zwangen den Gesetzgeber nach drei vergeblichen Anläufen 1972 zum Handeln. Mit dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG – dazu JUNG 1982/1985) wurden Grundentscheidungen getroffen über

- die duale Finanzierung,
- die Kompetenzübertragung für Krankenhausbedarfsplanung und Investitionsförderung auf die Bundesländer,
- das Selbstkostendeckungsprinzip und
- das Pflegesatzverfahren (Einzelheiten regelt die neue Bundespflegesatzverordnung [BPflV] 1973).

36. Nach Anfangserfolgen erfüllten sich die Erwartungen an das neue Recht nicht. Trotz erheblicher Finanzmittel von Bund und Ländern konnten längst nicht alle notwendigen Investitionen getätigt werden, und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stiegen schneller als deren Einnahmen. Mitte der achtziger Jahre versuchte der Gesetzgeber die Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kran-kenhäusern zu erweitern; sein Spielraum wurde allerdings von den Eigeninteressen der Bundesländer eingeschränkt. Mit dem Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung –

Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) 1984 wurden neue Schwerpunkte (VOLLMER 1985) gesetzt in

- der Auflockerung des dualen Finanzierungssystems durch die Möglichkeit zum Abschluß von Investitionsverträgen für Rationalisierungsinvestitionen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern,
- der Ausgestaltung der staatlichen Investitionsförderung (in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser erhalten einen Rechtsanspruch auf Fördermittel),
- der Stärkung der Mitwirkungsrechte der Beteiligten bei der Aufstellung von Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen und
- neuen Vorgaben für das Pflegesatzrecht (Die in Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Sozialleistungsträgern vereinbarten oder von einer unabhängigen Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze bedürfen weiterhin der staatlichen Genehmigung. Erstattungsfähig sind nur noch die vorauskalkulierten Selbstkosten eines sparsamen und leistungsfähigen Krankenhauses. Die Bemessung der Pflegesätze muß sich stärker an globalen Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen und an den Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser orientieren. Bei der Umsetzung dieser Vorhaben ist Raum für differenzierte Entgeltformen wie Pauschalen, Einzelleistungs- oder Gruppenvergütung, Budgetierung in Form fester oder veränderlicher Gesamtbeträge, usw.).

37. Die neu gefaßte Bundespflegesatzverordnung (BPflV 1986) macht von diesen Differenzierungsmöglichkeiten nur spärlich Gebrauch (KEHR 1985). Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden aus einem flexiblen Budget und – bei entsprechenden Vereinbarungen – aus Sonderentgelten für einzelne, in der Regel teurere Leistungen vergütet. Das Budget als verbindlicher Gesamtfinanzierungsrahmen wird auf der Basis der vorauskalkulierten Selbstkosten und der voraussichtlichen Belegung des Krankenhauses für einen künftigen Zeitraum vereinbart. Die Pflegesätze sind damit, bezogen auf den Berechnungstag, nur noch anteilige Abschläge auf das Gesamtbudget. Belegungsschwankungen werden nur noch teilweise ausgeglichen. Bei wesentlichen Änderungen der Kalkulation zugrunde gelegter Annahmen kann eine Neuverhandlung verlangt werden. Vor Ort können alternative Entgeltformen vereinbart werden.

38. Im Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen – Gesundheits-Reformgesetz (GRG) – blieb der Bereich der Krankenhausfinanzierung im engeren Sinn weitgehend unangetastet (vgl. Art.22,23 GRG). Die Änderungen im Krankenversicherungsrecht (vgl. dazu 3.5) werden allerdings erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und -finanzierung haben, die sich heute noch nicht abschätzen lassen (GENZEL 1989; BRUCKENBERGER 1989). Im März 1989 legte der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA 1989b) einen Erfahrungsbericht über die Auswirkung der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsrechts vor, der in weitgehender Übereinstimmung mit den Beteiligten keinen Anlaß für eine grundlegende Veränderung des geltenden Systems der Krankenhausfinanzierung sieht. Er stützt diese Auffassung vor allem auf den Gleichklang von Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Jahr 1988 und auf die durch das GRG geschaffenen zusätzlichen Steuerungselemente für die Selbstverwaltung. Die Ablösung der dualen Finanzierung sei wegen der Verlagerung von Investitionsausgaben der Länder in Höhe von ca. 5 Mrd. DM auf die Beitragszahler in der Krankenversicherung derzeit nicht realisierbar. Die Ersetzung des Selbstkostendeckungsprinzips durch ein Preissystem scheitere derzeit noch an der ungenügenden wissenschaftlichen und praktischen Durchdringung. Den Schwerpunkt einer Weiterentwicklung des heutigen Systems setzt der Bericht in der Stärkung interner Wirtschaftlichkeitsanreize für Krankenhäuser und Krankenhauspersonal. Im einzelnen werden vorgeschlagen:

- Die Ablösung des allgemeinen Pflegesatzes durch Abteilungspflegesätze,
- der Ausbau der derzeitigen Sonderentgelte zu einem System von regional ausgehandelten Preisen für bestimmte Krankenhausleistungen, insbesondere im operativen Bereich,
- die Erweiterung der »Schonfristen« für Gewinne der Krankenhäuser aus erhöhter Wirtschaftlichkeit,
- die Ablösung der Investitionsfinanzierung von der Bemessungsgröße »Bettenzahl«,
- der Verzicht auf die staatliche Genehmigung der Pflegesätze und
- die Möglichkeit zum Abschluß von Vergütungsvereinbarungen ohne Kostendeckungsgarantie.

Bei der Personalbemessung für Krankenhäuser signalisiert der Bericht Handlungsbedarf für den Verordnungsgeber (Psychiatrie, Anrechnung der Auszubildenden) und für die Selbstverwaltung (Festsetzung der allgemeinen Anhaltszahlen). Schließlich macht er Vorschläge zur Klärung einer Reihe rechtlicher Zweifelsfragen. Die öffentliche Diskussion von Analyse und Empfehlungen des Berichts befindet sich noch im Anfangsstadium.

3. 5 Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

39. Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sind nicht nur durch die staatlichen Entscheidungsbefugnisse im Rahmen der Krankenhausfinanzierung materiellen und formellen Beschränkungen unterworfen. In das komplexe Beziehungsgeflecht des stationären Sektors sind außerdem die Versicherten, die Kassenärzte und der Medizinische Dienst eingebunden (ausführlich zum neuen Recht: BAUER/SCHIBORR-WULFF/SENDATZKI 1989; GENZEL 1989; VOLLMER/HOFFMANN 1989). Der Transparenz in der stationären Versorgung besonders abträglich ist die unübersichtliche Zersplitterung der Materie in verschiedene Rechtsquellen.

40. Der Versicherte hat im Krankheitsfall Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des § 39 SGB V. Vorrang vor der stationären Versorgung hat danach die ambulante Behandlung einschließlich der häuslichen Krankenpflege. Bei der Behandlung ist stets das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten, das ggf. das Recht des Versicherten auf freie Wahl des Krankenhauses begrenzt, denn ihm können die Mehrkosten auferlegt werden, wenn er ohne zwingenden Grund ein anderes, als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt. Die auf 14 Pflegetage im Kalenderjahr beschränkte Selbstbeteiligung der Patienten an den Krankenhauskosten wurde durch das GRG ab 1.1.1991 auf 10 DM je Kalendertag erhöht. Mittels Beschränkungen des Krankheitsbegriffs auf solche Beschwerden, die mit Aussicht auf Erfolg heilbar oder wenigstens linderbar erscheinen, wird die gesamte Pflegefallproblematik zumindest juristisch aus der stationären Versorgung ausgeklammert.

41. Kassenärzte haben künftig bei der Einweisung das Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte (§ 39 Abs. 2 SGB V) zu beachten und in geeigneten Fällen die beiden nächst erreichbaren, für die Behandlung adäquaten Krankenhäuser anzugeben. Im übrigen sind die Kassenärzte in dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen mit Krankenhäusern und Krankenkassen (§§ 115-123 SGB V) eingebunden, die insbesondere

- die Förderung des Belegarztwesens und der Praxiskliniken,
- die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus,
- die Gestaltung des Notdienstes und
- die Bedingungen ambulanter Krankenhausbehandlung

regeln. Ihnen wird also in Fragen, die die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung betreffen, ein gewichtiges Mitwirkungsrecht eingeräumt. Demgegenüber beschränken sich die Funktionen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auf die Beratung der Krankenkassen und die Begutachtung in gesetzlich normierten Einzelfällen (vgl. § 275 SGB V).

42. Die zweiseitigen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wurden, soweit sie nicht die Krankenhausfinanzierung im engeren Sinn betreffen, durch das GRG (vgl. §§ 107-114 SGB V) neu geordnet. Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlungen nur in Hochschulkliniken, in Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen sind, und in Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag abgeschlossen worden ist, erbringen lassen. Nur bei letzteren haben die Krankenkassen eine wirkliche Vertragsfreiheit, während bei Hochschulkliniken und Plankrankenhäusern der Abschluß eines Versorgungsvertrages fingiert wird. Künftig kann die Kassenseite, die durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen einheitlich handeln muß, diesen Versorgungsvertrag wegen andauernder Unwirtschaftlichkeit oder mangels entsprechendem Bedarf kündigen. Bei Plankrankenhäusern muß die Kündigung mit einem Antrag verbunden sein, das Haus aus dem Krankenhausplan des Landes herauszunehmen. Die stets erforderliche Genehmigung der Kündigung durch die zuständige Landesbehörde kann bei einem Plankrankenhaus versagt werden, wenn es weiterhin bedarfsgerecht ist.

Der Regelungsinhalt der zweiseitigen Verträge und Rahmenempfehlungen über die nähere Ausgestaltung der Krankenhausbehandlung (§112 SGB V) wird erweitert. Damit sollen u.a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung gewährleistet, sowie die soziale Betreuung der Versicherten im Krankenhaus und ein nahtloser Übergang zur Rehabilitation oder zur Pflege sichergestellt werden.

43. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall, die künftig dem Medizinischen Dienst vorbehalten ist, wird durch eine umfassende Wirtschaftlichkeits-, Leistungsfähigkeits- und Qualitätsprüfung für das gesamte Krankenhaus ergänzt. Eine solche Prüfung auf Antrag der Kassenseite muß durch einvernehmlich bestellte Prüfer erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung darf erst mit Wirkung für die Zukunft in den Pflegesatzverhandlungen umgesetzt werden. Überall dort, wo einvernehmliche Entscheidungen gefordert sind, entscheidet im Konfliktfall eine aus Vertretern beider Parteien und drei unparteiischen Mitgliedern besetzte Schiedsstelle.

44. Krankenhäuser sind nunmehr gesetzlich verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die sich auf die Qualität von Behandlung, Versorgungsablauf und Behandlungsergebnis erstrecken müssen. Näheres ist in Verträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auf (Landes-)Verbandsebene zu regeln (§ 137 SGB V).

45. Ebenfalls in die Kompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern fällt die Aufstellung eines in der Regel regional gegliederten Verzeichnisses stationärer Leistungen und Entgelte (§ 39 Abs. 3 SGB V), das einen »Preisvergleich« zwischen verschiedenen Häusern möglich machen soll.

46. Inwieweit die Neuregelungen die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern grundlegend verändern werden, läßt sich heute noch nicht absehen. Alle Beteiligten zeigen sich mit dem neuen Recht mehr oder weniger unzufrieden. Die Krankenkassen sehen den gesamten Krankenhausbereich von strukturellen Reformen unangetastet und ihre Forderungen insbesondere nach eigenverantwortlicher Aushandlung und Vereinbarung der Budgets durch die gemeinsame Selbstverwaltung, nach der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips, unerfüllt (KEHR 1989). Die Krankenhäuser sehen sich demgegenüber einer Vielzahl kollektiver und zentralisierter, bürokratischer und kontrollierender Beschränkungen ausgesetzt, wobei vor allem das Kündigungsrecht der Krankenkassen, die Anbindung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnsumme und die Verbändesteuerung auf Widerstand stoßen (PRÖSSDORF 1988). Obwohl die Mehrheit der Bundesländer dem Gesundheits-Reformgesetz im Bundesrat zugestimmt haben, kommt auch von dieser Seite zum Teil heftige Kritik an der Aushöhlung ihrer Kompetenzen (BRUKCENBERGER 1988) und an den Ungereimtheiten diverser Neuregelungen (WABNITZ 1989). Schließlich werden gegen einzelne Neuregelungen, so zum Beispiel gegen die Preisvergleichsliste (BESKE u.a. 1988) oder gegen die Bindungswirkung von auf Verbandsebene abgeschlossenen Verträgen gegenüber Außenseitern (GENZEL 1989; LEISNER 1988), juristische, ökonomische und politische Bedenken laut. Auch wenn die bisherigen Erfahrungen mit erweiterten Spielräumen der Beteiligten (BMA 1989 a, 1989 b) zeigen, daß von diesen Möglichkeiten nur zögerlich Gebrauch gemacht wird, steht – vor allem wegen der Erweiterung der Schiedsstellenfähigkeit und der drohenden Entscheidung durch die zuständige Landesbehörde – zu erwarten, daß die Beteiligten das neue Recht alsbald in die Praxis umsetzen.

4. Problembereiche

47. Grundsätzlich ist anzuerkennen, daß das Niveau der Akutversorgung, dem Kernbereich der Aufgaben der GKV im stationären Sektor, hoch und im internationalen Vergleich trotz hoher Bettendichte und überdurchschnittlicher Verweildauer noch nicht einmal übermäßig ausgabenintensiv ist (NEUBAUER/GÜNTHER 1988). Dennoch haben die erheblichen Steigerungen bei den Leistungsausgaben der GKV insgesamt, und speziell bei den Ausgaben für Krankenhausbehandlung, eine lebhafte Diskussion über ökonomische Mängel in der stationären Versorgung angefacht. Während seitens der Krankenhauswirtschaft vor allem die Notwendigkeit der finanziellen Absicherung des erreichten Leistungsstandes hervorgehoben wird, beklagen die Finanzierungsträger die hohen Ausgaben für die stationäre Versorgung. Dabei werden die von den Krankenhäusern ver-

wendeten Kostendaten vielfach als Hinweis für die fehlende Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer gewertet. Außerdem wird häufig unterstellt, daß ein Überangebot an Krankenhausleistungen (»Bettenüberhang«) existiere, der nicht bedarfsnotwendig sei. Die Krankenhausträger ihrerseits nennen als Indizien ihrer Leistungsfähigkeit vornehmlich Daten über die Zahl der behandelten Patienten, die Zahl der vorgehaltenen Betten und Geräte, die Personalbesetzung oder die geleisteten Pflegetage. Bisweilen werden sogar „die entstandenen Kosten als Beweis für Art und Umfang der abgegebenen Leistungen angeführt" (NEUBAUER 1989).

48. Inwieweit tatsächlich Unwirtschaftlichkeit dominiert, Überkapazitäten vorhanden und Steuerungsmängel gegeben sind, ist in der Fachöffentlichkeit äußerst umstritten. Während eine Seite die Krankenhauswirtschaft zu Unrecht als einen der angeblichen Hauptverursacher der Kostenexplosion auf der Anklagebank sieht (BRUCKENBERGER 1989), verlangen andere einen nachdrücklichen Bettenabbau, um die überproportionale Ausgabenentwicklung in diesem Bereich umzukehren. Andere wiederum sehen die Hauptursachen im Fehlen wirksamer Steuerungsmechanismen. Ein Teil der Kritiker sieht die Gründe hierfür im Fehlen marktmäßiger Abstimmungsprozesse bei der Festlegung der stationären Leistungsvolumina. Auch wenn die Defizite in der stationären Versorgung kaum alle durch Veränderung der Steuerungsmittel und der ökonomischen Anreizsysteme zu beheben seien, so dürfe dennoch nicht übersehen werden, daß die Krankenhäuser in den volkswirtschaftlichen Kreislauf eingegliedert seien, als Wirtschaftsbetriebe geführt werden sollten und Leistungen erbrächten, über die sie zwar einen Anspruch auf Entgelt hätten, wofür sie aber auch über ihre Leistungen Rechnung abzulegen hätten. Vor allem aus Sicht von Ökonomen haben sich bei der Krankenhausfinanzierung Fehlentwicklungen ergeben, die sich in Mängeln des Steuerungssystems, der Finanzträgerschaft und des Entgeltverfahrens widerspiegelt (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987). Eine weitere Gruppe schließlich sieht das Hauptproblem im Bereich der stationären Versorgung weniger in einem generellen Kapazitätsproblem, sondern primär in der ihrer Ansicht nach weit verbreiteten Fehlversorgung. Diese Fehlversorgung äußert sich zum einen in regional und fachspezifisch inadäquaten Angebotsstrukturen (Überversorgung, Unterversorgung), zum anderen in einer nicht behandlungsangemessenen Versorgung. Dahinter steht die Auffassung, daß derzeit im Krankenhaus eine Vielzahl von Patienten versorgt werden, deren Probleme effektiver und effizienter durch andere Einrichtungen behandelt werden könnten. Die Folge sei, daß Betten in Krankenhäusern fehlbelegt würden (SVR KA 1987 und 1988).

49. Auch wenn wirtschaftliche Fehlsteuerungen wohl nicht von der Hand zu weisen sind, beruhen die Mängel und Defizite im Krankenhausbereich zweifellos auch auf grundsätzlichen gesundheits- und sozialpolitischen Fehlentwicklungen und -steuerungen, insbesondere auf Defiziten in der ambulanten, rehabilitativen und geriatrischen Versorgung, die auf den stationären Sektor durchschlagen (REINERS 1989). Defizite werden im Medizinsystem und beim Einsatz der Medizintechnik, bei der Organisationsentwicklung im Krankenhaus, bei der Absicherung des Pflegefallrisikos, bei der Vernetzung der Versorgungsbereiche und bei der Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ausgemacht. Hier besteht akuter Handlungsbedarf, auch wenn dieser nicht immer direkt die GKV betrifft, da gesellschaftspolitische Fehlentwicklungen spürbar werden, die über den Gestaltungs- und Regelungsbereich der Krankenversicherung weit hinausgehen.

Gerade im Krankenhausbereich macht sich das Fehlen einer umfassenden gesundheits- und sozialpolitischen Gesamtkonzeption bemerkbar. Die Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen, die mit einer Aufteilung der Finanzverantwortung (duales System) einhergeht, erschwert die politische Gesamtverantwortung. Darüber hinaus hat sich die Gesundheits- und Sozialpolitik seit Mitte der 70er Jahre immer mehr zu einer Kostendämpfungspolitik verengt, die den innovativen Charakter völlig eingebüßt hat. Bereichsübergreifende Problemfelder, wie beispielsweise

- die mangelnde Aktivierung und Mitwirkung der Betroffenen,
- die ungleiche Verteilung von Gesundheitsrisiken und Behandlungschancen,
- die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, inbesondere bei chronischen und bei psychischen Erkrankungen,
- die Fehlorientierung im Leistungssystem wie z.B. Überbetonung der Arzneimittel, Technisierung, Diagnostik ohne therapeutische Konsequenzen, u. a. m.,
- die Trennung der Versorgungsbereiche mit daraus resultierenden Koordinationsdefiziten,
- die Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und
- die Qualifikation der Gesundheitsberufe,

werden oft zusammenhangslos betrachtet. Prioritäten für ein abgestimmtes Gesamtsystem sind nur schwer zu erkennen (SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987).

4. 1 Ermittlung und Festsetzung von Leistungsindikatoren und Kapazitäten

50. Anerkanntermaßen eine der Hauptschwierigkeiten in der Kontroverse um die Ausgabenentwicklung bzw. die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit im Bereich der stationären Versorgung besteht darin, daß allgemein akzeptierte Leistungsindikatoren für die Beurteilung fehlen. Grundsätzlich besteht zwar Einigkeit darüber, daß die Vergütung leistungsgerecht erfolgen soll; was jedoch unter dem Begriff »leistungsgerechtes Entgelt« zu verstehen ist, wird äußerst kontrovers diskutiert. Mangels operationalisierbarer Kriterien wird der Leistungsbegriff gegenwärtig weitgehend interessengebunden definiert. Der Dissens rührt allerdings auch daher, daß es in der Krankenhausversorgung tatsächlich sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes pro Leistungseinheit als auch bei der Festlegung der Leistungseinheiten Probleme gibt. Das Fehlen von Marktpreisen in einem vorwiegend nichtmarktlich organisierten Wirtschaftsbereich macht es erforderlich, nach anderen geeigneten Bewertungsverfahren zu suchen. Für ein funktionsfähiges, leistungsgerechtes Entgeltverfahren, wie es allenthalben gefordert wird, sind indessen sinnvoll definierte Leistungseinheiten unabdingbar. Bevor eine leistungsgerechte Vergütung überhaupt erfolgen kann, sind zunächst einmal sinnvolle Leistungseinheiten erforderlich; erst wenn diese vorhanden sind, können dafür Entgelte bestimmt werden und Vergleiche zwischen verschiedenen Leistungsanbietern vorgenommen werden.

51. Im Hinblick auf die Entgeltverfahren ist grundsätzlich zwischen der Kostenerstattung und preislichen Entgelten zu unterscheiden. Bei der Kostenerstattung richtet sich die Höhe der Vergütung in der Rechnungsperiode nach den tatsächlich nachgewiesenen Kosten des betroffenen Krankenhauses. Kostenerstattungsverfahren zählen zu den sog. retrospektiven Verfahren, da eine endgültige Ermittlung der Entgelthöhe erst am Ende der Rechnungsperiode möglich ist. Zwar werden in der Regel nur jene Selbstkosten erstattet, die bei wirtschaftlicher Leistungserstellung notwendigerweise entstehen; die Unangemessenheit von Kosten im Einzelfall nachzuweisen, bereitet jedoch enorme Schwierigkeiten. Die Gewährleistung der Kostenerstattung entbehrt nach weit verbreiteter Ansicht zudem jeglichen Anreizes zum wirtschaftlichen Umgang mit Ressourcen. Im Gegensatz zur Kostenerstattung stehen Leistungspreise nur in einer mittelbaren Beziehung zu den, dem Krankenhaus jeweils tatsächlich entstehenden Kosten. Preise werden i.d.R. *ex ante* auf unterschiedliche Weise für bestimmte Leistungseinheiten festgelegt. Die Höhe der Preise kann das Ergebnis von Marktprozessen oder von Einigungen im Rahmen von Verhandlungen sein, sie kann aber auch administrativ festgelegt werden. Als Grundlage letzterer dienen vielfach Kostenfestpreise, bei denen Kosten prospektiv als Durchschnittsgrößen oder mittels analytischer Verfahren bestimmt werden.

52. Unabhängig davon, welches preisliche Entgeltverfahren gewählt wird, besteht das Problem eines geeigneten methodischen Verfahrens zur Messung der Leistungsmenge. Im Gegensatz zu vielen anderen Wirtschaftsbereichen läßt sich die eigentliche Krankenhausleistung, die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die Linderung von Leiden der Patienten allenfalls unzureichend quantifizieren. Im wesentlichen werden im Krankenhaus Dienstleistungen erbracht, die schwer operationalisierbar sind. Als Ausweg bleibt letztlich nur, die Messung der erbrachten Leistungsmenge über Hilfsgrößen vorzunehmen. Anstatt das Ergebnis zu messen, werden prozeßorientierte Methoden der Leistungsmessung eingesetzt. Gemessen werden Leistungen, die in engem Zusammenhang zum Gesamtergebnis stehen. Diese Hilfsgrößen werden zur Produktdefinition verwendet und dienen als Basis für die monetäre Bewertung der Krankenhausleistung. Das Entgelt eines Krankenhauses bestimmt sich dann als Produkt der Menge der vorher definierten Abrechnungseinheiten (Mengenkomponente) und dem Geldwert je Abrechnungseinheit (Wertkomponente).

53. Zur Messung der Leistungsmenge können verschiedene Abrechnungseinheiten angewandt werden. Grundsätzlich unterscheiden lassen sich die Einzelleistungen, Leistungskomplexe (z.B. Pflegetage, Krankheitsfälle, Patientenzahl, Bettenzahl) sowie Gesamtleistungen pro Zeitperiode, kalkuliert auf der Basis von Pflegetagen, Krankheitsfällen, Patientenzahlen, Bettenzahlen, Versorgungsauftrag oder Bevölkerung. Bei letzterem Verfahren kann die Vergütung zudem flexibel (d.h. in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme) oder starr (inanspruchnahmeunabhängig) gestaltet werden. Die Verwendung der verschiedenen Abrechnungseinheiten ist naturgemäß mit differenzierten Vor- und Nachteilen verbunden, wobei der Zweck, für den sie verwandt werden, ein wichtiger Beurteilungsmaßstab sein kann.

- Am genauesten messen läßt sich die prozeßorientierte Leistungsabgabe durch Addition der Einzelleistungen, die den Input für die Behandlung der einzelnen Patienten darstellen. Einzelleistungen lassen sich hinreichend stark differenzieren und damit homogenisieren, so daß Leistungen (d.h. einzelne Verrichtungen) zwischen den verschiedenen Krankenhäusern vergleichbar sind. Die unterschiedlichen Einzelleistungen werden mit unterschiedlichen Preisen bewertet. Aus der Summe der mit Preisen bewerteten Einzelleistungen, die für die Behandlung eines Patienten erforderlich sind, ergibt sich der Preis der Behandlung. Der entscheidende Nachteil dieser Methode besteht darin, daß der Gesamterlös des Krankenhauses von der Art und dem Umfang der Einzelleistungen abhängt, d.h. dieser steigt, wenn mehr und vor allem höher bewertete Einzelleistungen erbracht werden. Daher ist bei der Vergütung nach Einzelleistungen stets ein Anreiz gegeben, die Zahl der Einzelleistungen zu erhöhen.
- Der Patiententag (Pflegetag) als die derzeit am häufigsten angewandte Abrechnungseinheit erfaßt im Vergleich dazu weitaus weniger differenziert den tatsächlichen Leistungsaufwand. Grundgedanke dieses Ansatzes ist alle Einzelleistungen die pro Patient und Tag im Krankenhaus erbracht werden durch eine Pauschale pro Tag zu vergüten. Aus dem in der Praxis sehr unterschiedlich anfallenden Ressourcenaufwand wird ein Durchschnitt gebildet. Zwar ist es denkbar nach Leistungsanfall differenzierte Kategorien von Patiententagen (z.B. im Zeitablauf »degressiver Pflegesatz«) zu bilden bzw. nach Versorgungsstufen zu unterscheiden eine Vergleichbarkeit des tatsächlichen Ressourcenaufwandes zwischen einzelnen Krankenhäusern wird dadurch dennoch nicht möglich. Weil die Erlöse über die Zahl der Patienten und die Verweildauer pro Patient beeinflußt werden können besteht hier tendenziell die Gefahr daß der Krankenhausaufenthalt absichtlich verlängert wird zumal davon ausgegangen werden kann daß die dem Krankenhaus entstehenden Kosten gerade am Ende einer Behandlung am geringsten sind. Eine Vergütung auf der Basis des Pflegetages bietet für das Krankenhaus zudem die Möglichkeit den Faktoreinsatz (und damit die Kosten) pro Tag zu reduzieren.
- Die weitgehenden Möglichkeiten zur Differenzierung bieten Leistungskomplexe auf der Grundlage von Krankheitsfällen. Neben patientengleichen Pauschalen sind differenzierte Behandlungsfälle als Abrechnungseinheiten möglich. Im ersteren Fall wird die Gesamtheit der Leistungen, die pro Patient während eines Krankenhausaufenthaltes erbracht werden, als Abrechnungseinheit definiert und mit einer Pauschale vergütet. Bei der zweiten Methode wird zwischen einzelnen Krankheitsfällen (Schwere, Behandlungsintensität etc.) unterschieden und werden für die einzelnen Fallgruppen unterschiedliche Entgelte gewährt. Bei der patientengleichen Pauschale bestimmt sich der Erlös des Krankenhauses primär über die Anzahl der behandelten Patienten. Einfluß auf die Kosten hat demgegenüber die Struktur der Fälle, d.h. die je Fall erforderlichen Einzelleistungen sowie die notwendige Verweildauer. Entsprechend können bei gleicher Patientenzahl, aber unterschiedlicher Struktur der Fälle, für zwei Krankenhäuser sehr voneinander abweichende variable Kosten entstehen. Für die Krankenhäuser besteht zwar grundsätzlich ein Anreiz, die Kosten je Fall zu senken (z.B. die Verweildauer zu verringern), aber auch ein Interesse, die Struktur der Behandlungsfälle nach Deckungsgesichtspunkten zu beeinflussen. Diese Mängel zu beseitigen, ist das Ziel der Fallgruppendifferenzierung; hier wird explizit der in Abhängigkeit von der Krankheitsart und

ggf. von der Risikostruktur des Patienten anfallende Behandlungs- und Pflegeaufwand berücksichtigt.

54. Seit Beginn der 80er Jahre spielen in der wissenschaftlichen Diskussion zur Krankenhausvergütung fallbezogene Leistungsentgelte als Bezugsbasis für Preise eine zunehmend wichtige Rolle. In Anbetracht der Nichtmeßbarkeit des Leistungsergebnisses wird bei derartigen Verfahren auf die Tätigkeiten bei der Verfolgung des Leistungszieles als Maßgröße für die Leistung abgestellt. Um nun nicht von Patient zu Patient im allgemeinen unterschiedliche Behandlungsaufwendungen jeweils einzeln messen zu müssen, wird vorgeschlagen, die Krankheitsart als Bezugsgröße zu wählen. Unterschiede im durchschnittlich erwarteten Ressourcenaufwand pro Patient werden durch eine (direkte) Zuordnung der Patienten zu vorher definierten Fallgruppen berücksichtigt. Anders ausgedrückt werden Patienten mit ähnlicher Krankheit und damit ähnlichem Leistungsprofil (Faktoreinsatz) zu Gruppen zusammengefaßt und diese Fallgruppen mit jeweils einheitlichen Preisen vergütet, die auf unterschiedliche Weise festgesetzt werden können. Die Zuordnung zu bestimmten Fallgruppen erfolgt dabei mit Hilfe bestimmter Charakteristika des Patienten und somit krankenhausunabhängig.

55. Differenzierten Fallgruppen als Leistungseinheiten in der Krankenhausvergütung und Fallpauschalen als Entgeltverfahren werden u.a. folgende Vorteile zugeschrieben (vgl. NEUBAUER 1989):

- Unterschiede in der Auslastung sowie im Patientengut und damit im Mittelaufwand pro Durchschnittsfall werden automatisch in der Entgelthöhe berücksichtigt;
- es werden zweckmäßige Produktspezifikationen geschaffen, die den Leistungsvergleich zwischen einzelnen Krankenhäusern erleichtern;
- durch weitgehende Beschränkung der Aktionsparameter der Krankenhäuser zur Erhöhung der Fallzahl und -struktur wirken differenzierte Fallpauschalen als Entgeltverfahren eher kontraktiv und kapazitätsreduzierend;
- der Aufbau einer leistungsfähigen fallbezogenen Kosten- und Leistungsrechnung wird induziert und damit die Voraussetzung für die Rationalisierung und effizientere Gestaltung von Behandlungsverfahren geschaffen;
- die patientenbezogene Informationsverarbeitung wird stimuliert; die Leistungsdokumentation und das Leistungsgeschehen orientieren sich verstärkt am Patienten;
- Krankenhäuser erhalten Anreize, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung bei der Fallbehandlung zu verbessern;
- insgesamt sind von der fallgruppenbezogenen Vergütung Anreize zur Verminderung der Fallkosten zu erwarten, die insbesondere über verstärkte Anstrengungen zu einer Reduktion der Verweildauer, einer Verminderung der Leistungsintensität und einem Abbau schlecht ausgelasteter Bettenkapazitäten erreicht werden können.

56. Voraussetzung für die Anwendung eines fallbezogenen, preislichen Entgeltverfahrens ist allerdings das Vorhandensein eines brauchbaren Fallklassifikationssystems, d.h. eines nach Krankheitsarten differenzierten patientenbezogenen Klassifikationssystems. Von den zahlreichen, vor allem in den USA zu diesem Zweck entwickelten Klassifikationsverfahren haben insbesondere das Konzept der »Diagnosis Related Groups« (DRGs) sowie die »Patient Management Categorie's« (PMCs) weitergehende Beachtung gefunden. Um Klassifikationssysteme in der Praxis sinnvoll anwenden zu können, sollten sie verschiedenen Voraussetzungen genügen. U.a. sollten die Fallgruppen das Kriterium der Homogenität erfüllen (Fälle innerhalb einer Gruppe sollten möglichst ähnlich sein entweder in bezug auf den erwarteten Ressourcenaufwand oder hinsichtlich medizinischer Kriterien), medizinische und klinische Aussagekraft besitzen (d.h. nicht nur statistisch homogene Merkmalsgruppen abbilden), genügend differenziert und groß genug sein, um statistisch signifikante Durchschnittswerte bilden zu können, operationalisierbar, flexibel (einfache Überprüfbarkeit und kostengünstige Revidierbarkeit) und konsensfähig sowie robust sein, d.h. eine krankenhausinteressenbezogene Manipulation der Einordnung der Patienten nach Möglichkeit ausschließen.

57. Das Ende der 60er Jahre – ursprünglich vor allem für die Qualitätssicherung – entwickelte, seitdem ständig verfeinerte und auf die Anwendung als Vergütungsbasis hin erweiterte Konzept der »Diagnosis related Groups« basiert auf einer Kombination von statistischen Methoden zur Gruppierung bestimmter Merkmale zu homogenen Kategorien und medizinischem Sachverstand zur Ergänzung oder Modifikation der statistisch ermittelten Fallgruppen. Angestrebt wurde, medizinisch sinnvolle diagnoseorientierte Fallgruppen zu bilden, die den gleichen Ressourcenaufwand erwarten lassen. Empirischen Erfahrungen zufolge ist dies dann gegeben, wenn die Verweildauer oder der Aufwand pro Diagnosegruppe ähnlich ist. Konkret wurden zunächst 23 Hauptdiagnosegruppen gebildet, die sich ihrerseits in jeweils 470 Diagnosegruppen untergliedern. Während die Bildung der Hauptdiagnosegruppen unter Verwendung der ICD-9-CM-Diagnosen ausschließlich nach klinisch/medizinischen Kriterien erfolgte, wurden die DRGs statistisch aus Vergangenheitswerten ermittelt und anschließend im Hinblick auf ihre medizinische und klinische Zweckmäßigkeit hin korrigiert.

Obwohl das DRG-Konzept ein erstes in der Praxis einsetzbares Klassifikationsverfahren darstellt, weist es doch eine Reihe von Unzulänglichkeiten auf. Insbesondere werden ein einseitiger Krankheitsbegriff (organbezogen) verwandt, ineffektive Behandlungsweisen durch das Durchschnittsprinzip berücksichtigt, die Arztleistungen nicht einbezogen, eine außerordentlich hohe Varianz in der Verweildauer nicht ausgeschlossen und der Schweregrad der Erkrankung sowie Multimorbidität unzureichend berücksichtigt.

58. Im Gegensatz zu den DRGs wird bei den »Patient Management Categorie's« (PMCs) auf Durchschnittswerte oder sonstige statistische Verfahren völlig verzichtet. Die Klassenbildung erfolgt vielmehr durch Krankenhausärzte, wobei Fallgruppen mit typischen Behandlungswegen im Krankenhaus definiert werden. Von Ärzteteams wurden zu diesem Zweck 47 Krankheitsgruppen (Module) und ca. 840 PMCs erarbeitet. Die Einordnung der Patienten in die PMCs erfolgt mit Hilfe typischer Diagnosekombinationen, wobei – anders als beim DRG-Konzept – die Reihenfolge der Diagnosen keinen Einfluß auf die Einordnung in die PMCs hat. Bei der Klassifikation explizit berücksichtigt werden insbesondere unterschiedliche Schweregradniveaus, der Einweisungsgrund, bestimmte Symptome, das Geschlecht des Patienten sowie gewisse altersabhängige Ausnahmefälle. Außerdem berücksichtigen sie in angemessener

Weise die Multimorbidität. In einem zweiten Schritt werden für die einzelnen PMCs effektive Behandlungsleitlinien (Patient Management Paths, PMPs) entwickelt, die einen auf ärztlichem Konsens basierenden Behandlungsleitfaden darstellen, der für jede PMC die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft angezeigten diagnostischen und therapeutischen Einzelleistungen enthält. Auf der Basis der PMPs, die den unterschiedlichen Ressourcenverzehr widerspiegeln, kann der »effektive« quantitative Ressourcenverbrauch je Fallgruppe ermittelt werden. Den im Rahmen der einzelnen PMPs erforderlichen Leistungen können Punktewerte zugeordnet werden, die ihrerseits mit monetären Größen versehen werden können.

59. Neben diesen differenzierten Leistungsindikatoren werden auch Leistungsmaße diskutiert, bei denen unterschiedliche Einzelleistungen oder Leistungskomplexe auf einer höheren Produktionsstufe aggregiert werden. Grundgedanke dieses Ansatzes ist, z. B. ein Krankenhaus für die Erbringung einer bestimmten Versorgungsleistung zu vergüten. Beispielsweise könnte ein Krankenhaus dafür, daß es garantiert, die notwendige Versorgung eines bestimmten räumlich abgegrenzten Personenkreises für eine bestimmte Zeitperiode (z.B. ein Jahr) zu übernehmen, ein Entgelt in Form eines Gesamtbetrages (also ein Budget) erhalten. Bei gegebenem Budget und abgegrenztem zu versorgendem Personenkreis wäre es allein Sache des Krankenhauses, vorhandene Einnahmen und entstehende Kosten unter Gewährleistung des übernommenen Versorgungsauftrages miteinander in Einklang zu bringen.

Für die Bemessung der Budgets können grundsätzlich zwei Ansätze angewendet werden:

- kapazitätsorientierte Bezugsbasen (starre Budgets) und
- prozeßorientierte Bezugsbasen (flexible Budgets).

Im ersteren Fall ist daran gedacht, Krankenhäusern, die während einer bestimmten Periode hinsichtlich Struktur und Umfang gleiche Kapazitäten (z.B. Bettenbestand, Personalbestand, medizinisch-technische Ausrüstung) vorhalten, eine fixe Pauschale gleicher Höhe für die Gesamtleistung einer Periode zu zahlen. Dahinter steht die Auffassung, daß die Fixkosten in besonderem Maße die Gesamtkosten eines Krankenhauses determinieren. Da die Erlöse bei diesem Konzept zumindest für eine Periode festgeschrieben sind, bleibt dem Krankenhaus als einzige Reaktionsmöglichkeit lediglich die Beeinflussung der Kostenseite. Dies kann zur Folge haben, daß das Krankenhaus seine Behandlungsbereitschaft bzw. -willigkeit reduziert, da jeder zusätzliche Fall nur Kosten verursacht, jedoch keinen weiteren Erlös einbringt.

Demgegenüber versuchen flexible Budgets, die tatsächliche oder erwartete Inanspruchnahme der Kapazitäten bei der Budgetberechnung zu berücksichtigen. Indem auf die variablen Kosten abgestellt wird, verändert sich die Budgethöhe mit der Menge der tatsächlich erbrachten Leistungen. Als Leistungs- oder Abrechnungsmaße zur Bestimmung des flexiblen Budgets können wiederum die oben diskutierten Hilfsgrößen herangezogen werden. Insbesondere kann eine Flexibilisierung auf der Grundlage von Patiententagen, von krankheitsartenbezogenen Fallgruppen sowie einer nach Risikostrukturen differenzierten Population erfolgen.

4. 2 Ökonomische Steuerung des Krankenhausbereichs

60. In Anbetracht verschiedener offensichtlicher Mängel im System der Steuerung und Koordination der Krankenhausversorgung gibt es seit geraumer Zeit eine intensive Diskussion um mögliche Reformalternativen. Dabei geht es zum einen um Systeme zur Steuerung und Koordination von Leistungs- und Finanzierungsprozessen, zum anderen um Alternativen zum derzeitigen Finanzierungsverfahren sowie um Verfahren zur Bestimmung der Leistungsentgelte von Krankenhäusern. Während weitgehende Einigkeit darüber herrscht, daß das gegenwärtige Finanzierungssystem (Mittelaufbringung und Entgeltverfahren) erhebliche Mängel aufweist, gibt es hinsichtlich alternativer Formen der Steuerung und damit verbundenen ordnungspolitischen Entscheidungen bereits vom Ansatz her erhebliche Meinungsverschiedenheiten.

61. Aus ökonomischer Sicht wird das gegenwärtig angewandte duale Finanzierungssystem vor allem wegen

- der betriebswirtschaftlich unzweckmäßigen Trennung von Investitions- und Betriebskosten,
- der unklaren Finanzierungsverantwortung mit Manipulationsmöglichkeiten,
- des erheblichen Verwaltungsaufwandes bei Investitionsentscheidungen,
- der Bindung an politische Entscheidungen mit besonderer Rücksichtnahme auf die Haushaltslage und
- der Begrenzung eigenverantwortlicher Initiativen von Krankenhäusern und Krankenkassen

kritisiert. Als Hauptmängel des angewandten Entgeltverfahrens werden die Anbindung der Entgelte an die krankenhausindividuellen Kosten, die fehlende Synchronisation von Kosten- und Erlösverläufen sowie die ungleichmäßige Belastung der Patienten bzw. der unterschiedlich organisierten Krankenkassen (»doppelte Solidargemeinschaft«) angesehen.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten führt das Auseinanderfallen von Leistungs- und Finanzverantwortung zu erheblichen Friktionen, Einschränkungen und Belastungen. Kritisiert wird insbesondere, daß bei den Investitionskosten die Folgekosten zu wenig beachtet werden. Zugleich werden mangels fehlender Finanzierung durch die Krankenhäuser Anlagegüter durch Verbrauchsgüter substituiert. All diese Faktoren tragen letztlich dazu bei, daß die Pflegesätze stark erhöht werden (vgl. HOLLER 1985). Unter Planungsgesichtspunkten hat von Anfang an besondere Kritik hervorgerufen, daß der für die Krankenhausplanung herangezogene Bedarfsbegriff ausschließlich bestandsgerichtet bzw. bestandsabhängig ist. Tatsächlich werden bei der Bedarfsplanung zur Bedarfsbestimmung vor allem Kriterien wie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettenauslastung herangezogen, die Ergebnisse der tatsächlichen Inanspruchnahme des Bestandes an Krankenhauseinrichtungen sind. Die Bestimmungsgrößen soziale Tragbarkeit, Leistungsfähigkeit und Bedarfsgerechtigkeit sind lediglich mehr oder minder differenzierte Beschreibungen des gegebenen Bestandes an Krankenhausversorgung. Eine bedarfsunabhängige Beurteilungsnorm für den Bedarf an Krankenhausversorgung wird dagegen nicht genannt. Angesichts der methodisch erheblichen Mängel der Krankenhausbedarfsplanung, bei der letztlich die vorhandene Struktur festgeschrieben wird, ist es kaum verwunderlich, daß es trotz hohen Einsatzes an Ressourcen nicht gelungen ist ein ausrei-

chend einheitliches Versorgungsniveau in den Bundesländern zu schaffen und Fehlentwicklungen zu vermeiden. Während einerseits Bettenüberhänge bestehen blieben oder entstanden sind, wurden andererseits Versorgungslücken und -mängel nur partiell überwunden. Insgesamt wird eingewandt, daß es sich bei der Krankenhausbedarfsplanung zu sehr um einen administrativ-politischen Prozeß der Angebotsplanung statt um eine nachfrageorientierte Planung handelt; entsprechend sei die Bedarfsplanung zu sehr sektoral orientiert und trage daher zu einer großen Hospitalisierung der medizinischen Versorgung bei (HOLLER 1985). Unter den gegebenen Voraussetzungen ist eine flexible Anpassung des Bettenbestandes an die tatsächliche Versorgungslage kaum zu erwarten. „Es sind zwar Fortschritte im Bettenabbau erfolgt, jedoch ist die staatliche Durchsetzungskapazität nicht ausreichend groß, so daß die überhöhten Bettenbestände nach wie vor die Versorgungseffizienz beeinträchtigen" (HOLLER 1985).

62. Neben der Krankenhausfinanzierung und -bedarfsplanung stellt für viele Ökonomen das Entgeltverfahren auch nach seiner 1984/85 erfolgten Modifizierung einen der zentralen Mängel des derzeitigen Systems dar. Die nach wie vor bestehende prinzipielle Anbindung der Entgelte an die krankenhausindividuellen Kosten macht die finanzielle Situation der Krankenhäuser abhängig von dem Geschick, möglichst hohe vorauskalkulierte Selbstkosten in den Verhandlungen mit den Krankenversicherungen durchzusetzen (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987). Grundsätzlich schaffe die Beibehaltung des Prinzips der Kostenerstattung auch in seiner prospektiven Ausgestaltung langfristig kaum genügend Anreize, um zu wirklichen Kostensenkungen zu gelangen und nicht erforderliche Kapazitäten einzusparen. Weiterhin könne es für das Krankenhaus sinnvoll sein, mittels der Beeinflußung der Verweildauer ökonomische Ziele zu erreichen. Von daher sei auch weiterhin mit einer Fehlbelegung zu rechnen. Andererseits kann bei einer drohenden Überschreitung der vorauskalkulierten Selbstkosten insbesondere für Krankenhäuser der unteren Versorgungsstufe ein Anreiz entstehen, behandlungsintensive Patienten an Krankenhäuser höherer Versorgungsstufe zu überweisen.

63. Da in der stationären Versorgung die Institutionen, denen die Entscheidungskompetenzen eingeräumt oder wenigstens ein Mitwirkungsrecht zugestanden wird, oftmals nicht für finanzielle Folgen ihres Handelns aufkommen müssen, fließen bei ökonomischen Entscheidungen auch sachfremde Gesichtspunkte ein. Dies gilt für alle Beteiligten. Der Staat entscheidet bei der Krankenhausplanung und bei der Genehmigung von Pflegesätzen nicht selten nach politischen Gesichtspunkten, die der ökonomischen Ratio und den gesundheitlichen Bedürfnissen widersprechen können. Die Krankenhausträger demgegenüber stellen eigene Belange bisweilen vor Wirtschaftlichkeitserwägungen, zumal sie in der Regel einen Rechtsanspruch auf Förderung haben. Die Krankenkassen schließlich nutzen ihre Möglichkeiten, auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung hinzuwirken, nicht immer in vollem Umfang und setzen sich so dem Verdacht aus, Kosten ungeprüft über die Beiträge an ihre Versicherten weiterzugeben. Diese generelle Kritik ist insofern zu relativieren, als die hauptsächlich Betroffenen, also Krankenhausträger und Krankenkassen, im gegenwärtigen System nur über begrenzte Handlungskompetenzen verfügen und vielfältigen gesetzlichen und administrativen Restriktionen ausgesetzt sind.

64. Zumindest ein Teil der an den Trägern der GKV geübten Kritik vernachlässigt die Tatsache, daß der Einfluß der Krankenkassen auf die Bestimmung der Preise und Kapazitäten durch die staatlichen Kompetenzen beschränkt ist. Bei der Krankenhausplanung besteht lediglich ein – in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgebildetes – Mitwirkungsrecht. Das Letztentscheidungsrecht liegt jedoch, ebenso wie bei der Genehmigung vereinbarter oder durch die Schiedsstelle festgesetzter Pflegesätze, bei der zuständigen Landesbehörde. Gegenüber allen Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind, sowie gegenüber den meisten Vertragskrankenhäusern besteht ein Kontrahierungszwang, der eine Kündigung nahezu ausschließt. Kontrollen, ob das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wird, laufen nicht zuletzt wegen fehlender Sanktionsmöglichkeiten meist ins Leere. Soweit das System Öffnungsmöglichkeiten bietet, scheint von ihnen nur zögerlich Gebrauch gemacht zu werden (BMA 1989 a,b).

65. Ebenso wie die Krankenkassen sind die Krankenhäuser staatlichen Entscheidungen ausgesetzt. Sie haben zwar einen Rechtsanspruch auf Förderung, dieser Anspruch ist aber durch die politisch bestimmten Budgets begrenzt, so daß ökonomisch sinnvolle Investitionsentscheidungen verhindert oder verzögert werden. Von ökonomischen Entscheidungen sind häufig andere Belange des jeweiligen Trägers berührt, die in seinen Augen Vorrang genießen. Das inzwischen modifizierte Selbstkostendeckungsprinzip bei den Pflegesatzverhandlungen relativiert Wirtschaftlichkeitserwägungen bei der Entscheidungsfindung im Krankenhaus. Die Wahl der Betriebsform wird oftmals weniger von ökonomischen Erfordernissen als von organisationsrechtlich oder politisch (bei öffentlichen Trägern) sowie weltanschaulich (bei freigemeinnützigen Trägern) geprägten Vorgaben für den jeweiligen Träger bestimmt (WESTPHAL 1988; GENZEL 1985).

Bei der Betriebsführung werden Erkenntnisse moderner Managementmethoden und -instrumente nicht oder nur zögerlich umgesetzt. Vor allem die Mediziner stehen der Krankenhausökonomie reserviert gegenüber und sehen die ärztliche Therapiefreiheit bedroht, wenn sie stärker in die wirtschaftliche Verantwortung eingebunden werden sollen. Häufig wird die Forderung nach einer wirtschaftlichen Behandlungsweise als grundsätzlich unvereinbar mit medizinischen und ethischen Erfordernissen zurückgewiesen. Dem wird entgegengehalten, daß die weitreichende Entscheidungskompetenz gerade der Krankenhausärzte es als notwendig erscheinen lasse, eine erhöhte wirtschaftliche Verantwortung zu übernehmen. Dabei ist allerdings nicht auszuschließen, daß es zu Konflikten zwischen gesamtwirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Interessen kommt. Das betriebswirtschaftliche Interesse an einer hohen Belegungsquote darf nicht zu medizinisch überflüssigen Leistungsausweitungen führen. Die Koppelung von personeller und sachlicher Ausstattung an Belegungsquoten kann daher durchaus auch kontraproduktive Effekte haben. Desgleichen ist zu verhindern, daß private Einkommensziele der Ärzte zu Lasten der Versichertengemeinschaft maximiert werden.

66. Eine optimale Ausgestaltung des Steuerungssystems in der stationären Versorgung muß so ausgestaltet sein, daß der Bedarf an Krankenhausleistungen und der Mittelbedarf für die Erbringung dieser Leistungen gedeckt sind. Dabei sind die Entscheidungen der Veranlasser (in der Regel der Ärzte), der Erbringer (also der Krankenhäuser), der Empfänger (der Patienten) und der Finanzierungsträger (gesetz-

liche Krankenkassen, private Krankenversicherungsunternehmen, Krankenhausträger und Bundesländer) aufeinander abzustimmen. Je nachdem, mit welchen Mitteln, auf welcher Ebene und über welchen Gegenstand Entscheidungen gefällt werden sollen, lassen sich verschiedene Steuerungs- und Koordinationssysteme unterscheiden. Üblicherweise als Koordinierungsinstrumente angesehen werden Wahlen, Märkte, Verhandlungen auf der Ebene von Verbänden sowie unterschiedliche Formen der Regulierung. Durch Kombination der verschiedenen Merkmalsausprägungen sind darüber hinaus eine Vielzahl von Mischformen denkbar. Unabhängig von der ökonomischen Praktikabilität eines Steuerungssystems ist allerdings entscheidend, daß es mit der vorherrschenden rechtlichen Rahmenordnung sowie mit bestimmten gesellschaftlichen Wertvorstellungen kompatibel ist.

67. Über Vorschläge für punktuelle Veränderungen des geltenden Rechts hinaus befinden sich in der aktuellen Diskussion zur Reform der stationären Versorgung auch zahlreiche Konzepte, die eine z. T. grundlegende ordnungspolitische Neuorientierung dieses Bereichs anstreben (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987). Neben einer Umstellung des Finanzierungsverfahrens sowie eines veränderten Entgeltverfahrens werden einschneidende Reformen beim Koordinations- und Steuerungssystem für dringend erforderlich gehalten. Besondere Aufmerksamkeit erlangt haben dabei Konzeptionen, die auch im Bereich der stationären Versorgung für mehr Markt bzw. mehr Wettbewerb plädieren. Daneben sind vor allem Modelle entwickelt worden, die die Regelung von Angebot und Nachfrage in der stationären Versorgung primär Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen überantworten wollen. Beachtung gefunden hat ferner das sog. »Einkaufsmodell«; außerdem gibt es Ansätze, die im Rahmen einer Regionalisierung bzw. einer Rekommunalisierung der gesamten Gesundheitsversorgung auch eine Lösung der Probleme der stationären Versorgung anstreben.

68. Zu den umfassenden Reformkonzepten, die besondere Beachtung gefunden haben, gehören die von der Kommission »Krankenhausfinanzierung« der Robert-Bosch-Stiftung entwickelten Modelle. Den Modellen gemeinsam ist die monistische Finanzierung der Versorgung mit Krankenhausleistungen sowie eine prospektive, leistungsorientierte Vergütung der Krankenhausleistungen. Im Hinblick auf unterschiedliche Möglichkeiten, den Steuerungsprozeß organisatorisch auszugestalten, wurden zwei Reformmodelle (Körperschaftsmodell und Verhandlungsmodell) erarbeitet, die sich vor allem hinsichtlich der Sicherheit und des Freiheitsspielraumes voneinander unterscheiden. Während das Körperschaftsmodell durch die Einbindung der Krankenhäuser in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts v. a. im finanzwirtschaftlichen und planerischen Bereich feststehende Rahmenbedingungen und damit Sicherheit garantiert, räumt das Verhandlungsmodell den Krankenhäusern mehr Freiheit ein, mutet ihnen aber zugleich ein höheres Maß an Risiko zu. Eine Gegenüberstellung der beiden Modelle zeigt, „daß zwischen Zwang und Existenzsicherung sowie Freiheit und Existenzrisiko ein notwendiger Zusammenhang besteht, der in keinem Steuerungs- und Finanzierungssystem aufgehoben werden kann" (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987).

69. Das Körperschaftsmodell geht davon aus, daß es gute Gründe dafür gibt, die Versorgung mit Krankenhausleistungen durch eine überbetriebliche Angebotsplanung zu steuern und damit die Voraussetzungen für eine flächendeckende Krankenhausversorgung zu schaffen. Allerdings soll diese überbetriebliche Angebotsplanung nicht durch den Staat, sondern von den Selbstverwaltungsorganen vorgenommen werden. Das System der Krankenhausplanung stellt das Herzstück des Körperschaftsmodells dar. Ausgehend von einem von unten nach oben organisierten Entscheidungsprozeß soll für die Krankenhäuser einer Region eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Pflichtmitgliedschaft geschaffen werden (mit Regelungen für einen Minderheitenschutz), die die Interessen der Mitglieder vertritt und gleichzeitig hoheitliche Befugnisse besitzt, um die Krankenhausversorgung sicherzustellen. Zusammen mit den Krankenkassen sollen diese Krankenhausvereinigungen einen Sicherstellungsauftrag erhalten.

Die Regionalen Krankenhausvereinigungen würden die eigenen Angelegenheiten der Krankenhäuser regeln, so vor allem

- die Aufstellung und die Weiterentwicklung des regionalen Krankenhausplanes für die Versorgung mit allgemeinen Krankenhausleistungen,
- die Ausführung und Umsetzung des regionalen Krankenhausobjektplanes sowie
- die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Überregionale Aufgaben, wie z.B. die Entwicklung und Aufstellung von

- Rahmenrichtlinien zur Krankenhausplanung,
- Zulassungsbedingungen für Krankenhäuser sowie
- Grundsätzen zur Sicherung von Qualität, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung

oder die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Leistungsentgeltverfahren, sollen von einer ebenfalls öffentlich-rechtlichen Bundeskrankenhausvereinigung im Zusammenwirken mit den Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuß erledigt werden, dessen Richtlinien für regionale Krankenhausgesellschaften nur durch Übernahme verbindlich werden.

Die regionalen Krankenhausvereinigungen und die Krankenkassen bzw. ihre Verbände (ggf. unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen) sollen für den jeweiligen Bereich einer Versorgungsregion einen Gemeinsamen Ausschuß bilden, dem zusätzlich ein zu ernennendes unparteiisches Mitglied angehört. Wichtigste Aufgaben der Gemeinsamen Selbstverwaltung sollen sein:

- Vereinbarung eines regionalen Krankenhauskapazitätenplanes,
- Einigung auf die Anwendung eines bestimmten preislichen Entgeltverfahrens,
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und
- Beschlußfassung über Fragen, zu denen innerhalb der regionalen Krankenhausvereinigung keine Einigung erzielt werden konnte.

Die Krankenhausplanung würde demnach in drei (Haupt-) Stufen erfolgen:

1) Erarbeitung von Rahmenrichtlinien zur regionalen Krankenhausplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuß.

2) Entscheidung über den regionalen Krankenhauskapazitätenplan durch den Gemeinsamen Ausschuß auf Vorschlag der regionalen Krankenhausvereinigung.

3) Entscheidung über den regionalen Krankenhausobjektplan durch die regionale Krankenhausvereinigung.

Letztere Entscheidung, die die Verteilung der vorgegebenen Gesamtkapazitäten auf die einzelnen Betriebseinheiten regelt, bedarf innerhalb der Krankenhausvereinigung einer besonderen Mehrheit. Beide Pläne sollen der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde bedürfen. Dagegen werden Zugang und Ausscheiden von Krankenhäusern allein durch die regionale Krankenhausvereinigung geregelt.

Das Entgeltverfahren soll prospektiv sein und vom Gemeinsamen Ausschuß vereinbart werden. Als Standardverfahren schlägt die Kommission die Anwendung von differenzierten prospektiven Fallpauschalen für alle medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie eine Tagespauschale für Unterbringung und Verpflegung vor. Über die Höhe des Entgelts soll im Gemeinsamen Ausschuß verhandelt werden. Allerdings sollen die Krankenhäuser eine Option erhalten, die Tagespauschale für Unterkunft und Verpflegung individuell auszuhandeln. Überschüsse würden nach diesem Modell den Krankenhäusern verbleiben; sie müßten jedoch auch Verluste selbst abdecken.

70. Das Verhandlungsmodell geht zwar vom selben Finanzierungs- und Entgeltverfahren aus, weist jedoch ein anderes System der Steuerung und Koordination auf. Statt der im Körperschaftsmodell erreichbaren, wenn auch mit einer erheblichen Beschränkung der einzelbetrieblichen Handlungsfreiheit verbundenen Existenzsicherheit des einzelnen Krankenhauses favorisiert das Verhandlungsmodell den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander als Regulativ. Das Modell geht davon aus, daß die Krankenhäuser den Krankenkassen ihre Leistungen anbieten und versuchen, in Einzelverhandlungen mit den Kassen Versorgungsaufträge und die zur Kostendeckung notwendigen Preise zu erzielen. Im Hinblick auf die Kassen wird unterstellt, daß diese ein Interesse daran haben, bei den Vertragsverhandlungen dafür zu sorgen, für ihre Versicherten ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Leistungsangebot sicherzustellen. Um der Gefahr der Leistungs- und Risikoselektion vorzubeugen, sollen Krankenhäuser und Krankenkassen das notwendige Niveau der Versorgung durch Vereinbarungen auf Landesebene definieren. Diese sollen der Genehmigung durch das Land unterliegen und als öffentlich-rechtliche Richtlinien erlassen werden. Für den Fall, daß diese Richtlinien zur Krankenhausversorgung in einer Versorgungsregion erheblich und nachhaltig verletzt werden, sieht das Modell die Möglichkeit eines abgestuften Eingreifens des Staates vor, um Umfang und Niveau der Versorgung zu sichern.

Die Gemeinsame Selbstverwaltung reduziert sich in diesem Modell im wesentlichen auf die Festlegung des Versorgungsniveaus. Hierfür sollen die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer sowie die Vertreter der Krankenhausträger einen Landesausschuß bilden, der Richtlinien zur Krankenhausversorgung erarbeitet. Gegenstand dieser Richtlinien sollen z.B. Angaben über die räumliche Aufteilung des jeweiligen Bundeslandes in Krankenhausversorgungsregionen, Zulassungsbedingungen für eine Teilnahme an der Krankenhausversorgung sowie qualitative und quantitative Angaben über die Untergrenzen für die notwendige Versorgung auf der Ebene der Krankenhausregion sein.

Kennzeichnend für dieses Modell ist der außerordentlich große Handlungsspielraum, den es den Krankenhäusern einräumt. Sie sind weder an einen übergeordneten Krankenhausplan gebunden noch verpflichtet, jenseits der Vereinbarungen mit den Krankenkassen allgemeine Versorgungsaufträge zu erfüllen. Zudem gibt es in diesem Modell keine imperative Krankenhausobjektplanung. „Hauptinstrument sind die Preise. Die Krankenkassen tragen faktisch die gesundheitspolitische Verantwortung für die stationäre Versorgung in der Region, wenn sie die Krankenhäuser durch ihre Preispolitik zur Leistungsselektion zwingen“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987).

71. Als besondere Variante wettbewerblicher Steuerung anzusehen sind Vorstellungen, die unter dem Begriff »Einkaufsmodell« bzw. »Ausschreibungsmodell« Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion gefunden haben.Wettbewerbliche Verhandlungen oder Ausschreibungen unterscheiden sich insofern von rein marktwirtschaftlichen Preisbildungsmechanismen, als bei ersteren die Preise allein zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern ausgehandelt werden, während in Marktsystemen idealtypisch der Patient über seine Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft die Preishöhe steuert. Grundgedanke der Einkaufs- bzw. Ausschreibungsmodelle ist, daß die Krankenkassen die zur Versorgung ihrer Mitglieder erforderlichen Leistungen von Dritten mittels Ausschreibung einkaufen. Gegenüber »reinen« Marktmodellen weisen sie vor allem den Vorteil auf, daß die besonderen Probleme der individuellen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch Einschaltung der Kassen reduziert werden. Der Selbstverwaltungsaspekt reduziert sich dabei allerdings auf die Kassenseite, wo die Interessen der Versicherten kollektiv wahrgenommen werden.

Einkaufs- bzw. Ausschreibungsmodelle werden in einer Vielzahl von Varianten diskutiert und vor allem in den USA praktiziert (vgl. NEUBAUER 1989). Vorausgesetzt wird im Prinzip bei allen Modellvarianten, daß

- keine Kontrahierungspflicht besteht,
- keine monopolistischen oder monopsonistischen Marktstrukturen bestehen, sondern Wettbewerb herrscht und offener Marktzugang gewährleistet ist,
- Ausschreibungsbedingungen mit ausreichendem Inhalt vor Beginn der Ausschreibung erstellt werden,
- homogene Leistungseinheiten definiert werden und
- keine Bevorzugung aus sachfremden Erwägungen erfolgt.

Für die Erarbeitung von Kapazitätsleitlinien und die Erstellung von differenzierten Leistungseinheiten als Preisbezugssystem bieten sich nach Krankheitsarten differenzierte Fallgruppensysteme an. Die Befürworter eines Ausschreibungswettbewerbs in der stationären Versorgung rechnen vor allem in überversorgten Ballungsgebieten mit scharfem Wettbewerb, der die Preise sinken läßt und zum Abbau nicht bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen führen soll.

4. 3 Medizintechnik

72. Eine humane und soziale Medizin kann gerade in der stationären Versorgung nicht auf den Einsatz der medizinischen Technologie und auf die Nutzung des medizinisch-technischen Fortschritts verzichten. Das Krankenhaus ist in unserem Gesundheitssystem als Zentrum des Einsatzes medizinischer Technologie verankert. Dies entspricht sowohl dem Stellenwert innerhalb des Gesamtsystems der Krankenversorgung wie der Erwartungshaltung des einweisenden Arztes und des Patienten. Ärzte und Patienten ha-

ben ein verständliches Interesse daran, in jedem Krankenhaus mit Hilfe neuester Technologie zu behandeln bzw. behandelt zu werden. Die Dynamik der medizinisch-technischen Entwicklung (LEU 1988; KIRCHBERGER 1986) bedarf jedoch sowohl unter medizinisch-humanitären Leistungs- und Qualitätsgesichtspunkten wie unter ökonomischen Gesichtspunkten einer Steuerung. Dies setzt Transparenz der Anwendungsbereiche der Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsstruktur voraus. Für den stationären wie für den ambulanten Sektor ist die Datenlage über das Leistungsgeschehen wie über die Investitions- und Folgekosten völlig unzureichend. Auch fehlt es an Kenntnissen über den technologischen Wandel im Gesundheitswesen und über die Auswirkungen dieses Wandels auf das medizinische Leistungsgeschehen. Evaluationsuntersuchungen über neue diagnostische oder therapeutische medizinisch-technische Entwicklungen finden nur in beschränktem Umfang statt und werden dann häufig von der Medizingeräteindustrie finanziert und/oder durchgeführt.

73. Der Einsatz der Medizintechnik schafft insbesondere bei kostspieligen Großgeräten (vgl. Kapitel 3.2) erhebliche Koordinationsprobleme. Zu koordinieren sind die Anzahl der Geräte, die räumliche Verteilung sowie die sektorale Verteilung auf Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte. § 122 SGB V führt die früher unterschiedlichen Koordinationsregelungen für die Standortbestimmung und den Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenhäusern und Kassenarztpraxen zu einer Lösung zusammen, die auf die Integration der verschiedenen Interessen von Krankenhäusern, Kassenärzten, Bundesländern und Krankenkassen in einem sog. Großgeräteausschuß setzt. Abgrenzung, Bedarf und Standort medizinischer Großgeräte sollen unter Beachtung der Krankenhausplanung (§ 10 KHG) und der Großgeräterichtlinien (§ 92 Abs.1 Satz 2 Nr.9 SGB V) möglichst einvernehmlich festgelegt werden. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde. Die Entscheidungen sind im ambulanten wie im stationären Bereich wegen ungeklärter Rechtsprobleme nur mit Schwierigkeiten umzusetzen (GENZEL 1989). Dabei ist die Mitbenutzung von Großgeräten ausdrücklich im Gesetz verankert. Leistungen, die mit nicht abgestimmten Großgeräten erbracht worden sind, können in beiden Sektoren nicht mehr abgerechnet werden. Ziel der Neuregelung ist die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten Großgeräten. Ob mit dieser Ausschußlösung, die im Zweifel in der Hand der Bundesländer liegt, die bisherigen Funktionsprobleme der Großgeräteplanung (SIEBIG 1988) einer Lösung näher gebracht werden, ist abzuwarten. Es darf jedenfalls nicht übersehen werden, daß § 122 SGB V lediglich Verfahrens- und Sanktionsregelungen enthält, aber keine Vorgaben für Bewertungsmethoden für Neuerungen (GÄFGEN 1984) bietet. Bis aussagefähige Kriterien, gegebenenfalls für jedes einzelne Gerät (KIRCHBERGER 1988), entwickelt werden, muß weiterhin auf Anhaltszahlen zurückgegriffen werden.

74. In der Bundesrepublik Deutschland fehlt es sowohl an Wissen wie an Kriterien für eine adäquate Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen (vgl. Berichtsteil »Entwicklung von Morbidität und Mortalität«), aber auch an Wissen über die Durchsetzung, Verbreitung und Wirksamkeit medizinischer Technik (KIRCHBERGER 1988). Trotz einer Reihe unbestreitbarer Erfolge nehmen medizinisch-technische Innovationen eher selten Bezug auf die epidemiologisch relevanten Problembereiche der Medizin. Der Schwerpunkt der bisherigen Entwicklung lag im Bereich der Diagnose, weniger in der Erweiterung der Therapie. Zudem traten Innovationen zumeist nicht an die Stelle bisheriger Methoden, sondern neben die konventionelle Diagnose und Therapie. Zwischen den durch technischen Fortschritt erweiterten Diagnosemöglichkeiten und den therapeutischen Fähigkeiten der Medizin klafft eine Lücke, die sich in den letzten Jahrzehnten ständig ausgeweitet hat. Allerdings sind Forschungserfolge nicht steuerbar; wann ein therapeutischer Durchbruch gelingt weiß niemand. Die wachsenden Möglichkeiten der Diagnostik werden andererseits nicht nur in der Forschung, sondern auch in der täglichen Praxis des Krankenhauses oft unkritisch eingesetzt (KÖPPL/LAUBER 1987). Dies führt vermehrt zu Befunden, deren Relevanz häufig nur schwer und nur über weitere, risikobehaftete Untersuchungen bestimmbar ist (ABHOLZ 1986; BORGERS 1986). Fragen hinsichtlich des medizinischen Nutzens und der humanitären Auswirkungen des Einsatzes der Medizintechnik sind demnach Beiträge zur Verfahrens- und Ergebnisqualität der stationären Behandlung (WETZELS 1989). Es bleibt abzuwarten, inwieweit Verträge zur Qualitätssicherung nach § 137 SGB V zu einer qualitativ ausgeglichenen Versorgung führen können.

75. Die medizinisch-technische Entwicklung hat wesentlich zum Anstieg der Ausgaben im Krankenhausbereich und im Gesundheitssystem insgesamt beigetragen (KRÄMER 1989; KNAPPE 1988; MÜNNICH 1984). Für die Kostensteigerungen werden unterschiedliche Begründungen vorgetragen. So wird grundsätzlich auf die Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen (MÜNNICH 1984) oder auf spezielle Strukturen der Medizintechnik verwiesen (KIRCHBERGER 1988). Da kostensenkende Prozeßinnovationen im Krankenhaus vernachlässigt werden und sich solche auch nur langsam verbreiten, demgegenüber Produktionsinnovationen - zum Teil als »Abfallprodukte« aus anderen Technologiebereichen – stark begünstigt, rasch übernommen und verarbeitet werden (KNAPPE 1988), wird der medizinisch-technische Fortschritt teurer erkauft als in anderen Branchen. Die Dynamik der Ausbreitung der Medizintechnik, die sich deutlich in dem Bestreben aller Krankenhäuser nach optimaler technischer Ausstattung – vielfach weit über den Rahmen der jeweiligen Versorgungsstufe hinaus – ausdrückt, läßt sich unter anderem auf das Prestige- und Konkurrenzverhalten der Krankenhausträger und Krankenhausärzte, auf das Absicherungsverhalten des Krankenhauspersonals, auf die Ausweitung der Aufklärungspflichten über die medizintechnische Ausstattung durch die Rechtsprechung, auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten und auf eine – allerdings in Auflösung befindliche – allgemeine Technikgläubigkeit zurückführen (KIRCHBERGER 1988). Der Technikeinsatz wird darüber hinaus durch die diagnoseorientierte Ärzteausbildung und die vorherrschende naturwissenschaftliche Ausrichtung des Medizinsystems begünstigt (vgl. Berichtsteil »Funktion und Arbeitsweise des Medizinsystems«).

76. Insgesamt läßt sich feststellen, daß die bisherigen Steuerungsansätze, insbesondere durch die Großgeräteplanung, ihr erklärtes Ziel der Ausgabendämpfung nicht erreicht haben und teilweise durch Ausweichstrategien wirkungslos wurden (BRUCKENBERGER 1989). Zudem ist die ökonomische Rationalität nur teilweise deckungsgleich mit den epidemiologischen und humanitären Anforderungen an

die moderne Medizin. Diese Feststellungen gelten nicht nur für medizinische Großgeräte, sondern - in teilweise abgeschwächter Form, aber verstärktem Umfang - auch für andere Technologien, die mit geringeren investiven Kosten verbunden sind (sog. »low-capital-cost-technology«).

4. 4 Qualität und Humanität

77. In der stationären Versorgung ist die allgemeine Forderung nach mehr Humanität im Krankenhaus mit Bemühungen um eine stärker patienten-orientierte Behandlung im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich verbunden.

Im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung sollen neben den somatischen die psychischen und sozialen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden. Arbeitsüberlastungen infolge Personalmangels sowie unzureichende fachliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, speziell im Hinblick auf die psycho-sozialen Bedürfnisse der Patienten und die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der pflegerischen Tätigkeit, beeinträchtigen diese Bemühungen. Schließlich fehlt es in der Bundesrepublik Deutschland an einer ausreichenden wissenschaftlichen Durchdringung der Bereiche Qualität und Humanität in der stationären Versorgung, die entsprechende Zielsetzungen unterstützen könnte (BMA 1983).

78. Die Forderung nach einer umfassenden und kontinuierlichen Qualitätssicherung, die sich in der Industrie längst durchgesetzt hat, ist in der Medizin erst in den letzten Jahren Allgemeingut geworden. Dies läßt sich sowohl auf die Verfeinerung naturwissenschaftlich-technischer Methoden und Verfahren als auch auf den ökonomischen Handlungsdruck und auf ein gewachsenes Bewußtsein für ökonomische, psycho-soziale und humanitäre Rahmenbedingungen zurückführen.

79. Seit Mitte der siebziger Jahre sind verschiedene Projekte zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus angelaufen, um die fachlichen, strukturellen und organisatorischen Mängel der Krankenhausbehandlung aufzudecken (BESKE/NIEMANN/HORN 1989). Die Projekte haben meist primär fachliche Bezüge und beruhen auf freiwilliger Basis. Eine umfassende Bestandsaufnahme vorhandener Ansätze zur Qualitätssicherung, die insbesondere über

- die Definition wesentlicher Begriffe,
- die prioritäre Zielbestimmung,
- die Operationalisierung der Begriffe,
- die Entwicklung geeigneter Indikatoren und Instrumente zur Messung der Qualität,
- die Standardisierung der Erhebungsinstrumente,
- die Entwicklung von Dokumentationsmethoden und -systemen,
- die Analyse von Prozessen und Ergebnissen und
- die Umsetzbarkeit von Ergebnissen

Auskunft gibt, steht noch aus (SVR KA 1989). Ansätze dazu liefern Projekte zur Qualitätssicherung und -kontrolle pflegerischer Arbeit im Krankenhaus (BMA 1985; BMA 1983). Vergleiche mit anderen Industrieländern wie den Niederlanden (REERINK 1984) oder den USA (BESKE 1987; ROBERTS/WELCZEK/WIDMANN 1984; BASSETT 1984; HUDSON 1984) lassen auf einen erheblichen Rückstand der Bundesrepublik Deutschland in der institutionalisierten Qualitätssicherung schließen.

80. Der Gesetzgeber hat daraus die Konsequenz gezogen und die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die sich auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse erstrecken (§ 137 SGB V). Wegen der ungenügenden wissenschaftlichen Durchdringung der Materie und den begrenzten Erfahrungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern, denen das GRG die Kompetenz zur vertraglichen Regelung von Qualitätssicherung und -kontrolle übertragen hat, erscheint es illusorisch, kurzfristig Ergebnisse zu erwarten (vgl. aber § 112 Abs. 3 SGB V, der den Vertragsparteien bis zum 31.12.1989 Zeit gibt). Vertragsparteien und dann die Schiedsstellen werden zunächst Schwierigkeiten haben. Nicht ausreichend sichergestellt ist ferner die Beteiligung von Institutionen, denen – beispielsweise über das Berufsrecht – rechtlich oder faktisch Definitionsbefugnisse über die Qualität der Leistungserbringung zukommen (Ärztekammern, ärztliche Fachverbände, u. a.). Schließlich ist unklar, inwieweit die krankenhausinterne Qualitätssicherung durch das neue Recht sichergestellt wird.

81. Im pflegerischen Bereich ist der Zusammenhang von Qualität und Humanität mit dem Konzept der pflegerischen Arbeit weitgehend anerkannt (BISCHOFF 1986; BMA 1983). Die gegenwärtig vorherrschende Praxis ist gekennzeichnet durch unzulängliche Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal (vgl. 3.3), eine streng hierarchische Ordnung und eine Funktionspflege, bei der jede Pflegekraft innerhalb eines Arbeitsgangs nur für eine bestimmte Tätigkeit zuständig ist. Vorhandene Methoden der Pflegeplanung und der Pflegeprozeßdokumentation werden in der Praxis kaum genutzt. Eine weitgehende Spezialisierung wird durch den Einsatz medizinischer Technologie und durch die wachsende Bürokratisierung zusätzlich gefördert. Die einzelne Pflegekraft läuft Gefahr, den Überblick über Sinn und Bedeutung ihrer Tätigkeit zu verlieren, und wird von der Verantwortung für Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erfolg der Krankenhausbehandlung im Einzelfall wie im gesamten Leistungsgeschehen abgekoppelt (BREDDEMANN 1980). Die berufliche Identität wie auch die Entscheidungsmöglichkeiten im eigenen Tätigkeitsfeld sind bei den Pflegeberufen nicht hinreichend entwickelt und deshalb verbesserungswürdig. Die ganzheitliche Behandlung des kranken Menschen wird erschwert, und es entstehen Kooperations- und Koordinationsprobleme. All dies wirkt sich nachteilig auf Prozeß- und Ergebnisqualität der stationären Behandlung insgesamt aus.

82. Die Versorgung und Betreuung alter, behinderter oder chronisch kranker Menschen, der Mangel an qualifizierten stationären Pflegeeinrichtungen (BMA 1987 a) sowie ambulanten sozialen und pflegerischen Diensten führen zur Hospitalisierung von Menschen mit sozialen Problemlagen. Alte, Alleinstehende, Menschen in Krisen- und Konfliktsituationen suchen das Krankenhaus als soziale Zufluchtsstätte auf. Alte und Behinderte, die den Angehörigen lästig geworden sind, werden nicht selten – verstärkt in Ferienzeiten – ins Krankenhaus abgeschoben. Schließlich weist ein Arzt auch Patienten ins Krankenhaus trotz fehlender medizinischer Indikation ein, wenn er eine Rückkehr in die bisherige soziale Umgebung für nicht mehr zumutbar hält.

83. Das Krankenhaus kann unter den gegenwärtigen Bedingungen seinen Beitrag zur Bewältigung der mit der Krankheit der Patienten verbundenen sozialen Probleme und Konflikte nicht hinreichend erbringen. Entsprechende Berufsgruppen (z.B.Sozialarbeiter) sind dort nur in gerin-

gem Umfang vertreten. Das medizinische und das pflegerische Personal ist dazu nicht ausgebildet und deshalb, trotz prinzipieller Hilfsbereitschaft, zumeist überfordert. Die Ausstattung der Krankenhäuser ist – entsprechend der Zweckbestimmung – nicht auf die sozialen Aufgaben zugeschnitten. Trotzdem werden die sozialen Problemfälle aus humanitären Gründen in aller Regel nicht abgewiesen. Das Krankenhaus wird allzu oft als Zuweisungsstelle für soziale und psycho-soziale Problemfälle mißbraucht und begreift sich häufig – entsprechend dem humanitären Selbstverständnis des jeweiligen Trägers sowie des Personals – als solche. Allerdings ist das Krankenhaus von seinem Zweck her nicht für die Bewältigung von allgemeinen sozialen Konflikten bestimmt und deshalb dafür auch nicht entsprechend ausgerüstet.

84. Im Krankenhaus treten zunehmend humanitäre Probleme auf, die Patienten und Personal überfordern. Dies gilt nicht nur für ethische Grenzfälle in der Medizin, wie dem lebensverlängernden Einsatz der medizinischen Apparate bei Sterbenden oder wie im Rahmen klinischer Forschung. Auch der »normale« Krankenhausalltag wirft zahlreiche humanitäre Fragen auf. Diese reichen von der Gestaltung des Tagesablaufs (Weckzeit, Besuchsmöglichkeiten für Angehörige, Selbstbeteiligung im Sinn einer aktiven Mitarbeit) und des Behandlungskonzepts (Aufklärung, Ansprechpartner) über den Einsatz der Medizintechnik und die Entscheidung für risikoreiche oder umstrittene Therapieformen (beispielsweise Transplantationen, Chemotherapie in der Onkologie) bis zur Schaffung von Bedingungen für einen würdigen Tod. Auf all diese Fragen ist die Organisation des Krankenhausbetriebs unzureichend eingestellt und das – oftmals überlastete – Krankenhauspersonal ungenügend vorbereitet. Eine systematische Aufarbeitung dieser Problemkreise findet zumeist weder im einzelnen Krankenhaus noch im Gesamtsystem statt.

85. Das Krankenhaus hat die gewohnte (familiäre) Umgebung als üblichen Sterbeort abgelöst. Während in anderen Ländern – beispielsweise in England, in der Schweiz oder in Schweden – der Hospizgedanke in die stationäre Versorgung Eingang gefunden hat, stehen die Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland diesem Gedanken – nicht zuletzt wegen der ungesicherten Finanzierung – oftmals zurückhaltend und ratlos gegenüber. Palliativstationen und Hospize sind äußerst selten. Ärzte und Pflegepersonal sind für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in der Regel nicht besonders geschult. Zumeist fehlen auch die räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen, um einen engen Kontakt zwischen dem Schwerstkranken und seinen Angehörigen zu ermöglichen.

86. Während das Niveau der rein medizinischen Versorgung im deutschen Krankenhaussystem auch im internationalen Maßstab anerkanntermaßen hoch ist, sind Defizite in der psycho-sozialen Betreuung stationär zu versorgender Kranker unbestreitbar (SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987; BREDDEMANN 1980). Dies ist weitgehend auf Versäumnisse in der Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen wie des nichtärztlichen Personals zurückzuführen (vgl. Berichtsteil »Funktion und Arbeitsweise des Medizinsystems«). Entsprechende Berufsfelder (Psychologen, Sozialarbeiter u.a.) sind noch nicht umfassend in das stationäre Leistungsangebot integriert. Eine intensivierte psycho-soziale Betreuung fordert dem Krankenhauspersonal mehr Zeit ab. Die Kommission ist sich daher der Konsequenz bewußt, daß eine Verbesserung von Qualität und Humanität nicht unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung betrachtet werden kann.

4. 5 Verzahnung mit anderen Bereichen

87. Im Unterschied zu anderen vergleichbaren Ländern (ARNOLD 1988; BMA 1987 b) sind in der Bundesrepublik Deutschland die einzelnen Versorgungsbereiche traditionell stark voneinander getrennt. Dies offenbart sich bereits in unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für verschiedene Sozialsysteme und in rechtlichen Differenzierungen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Daneben bestehen aber auch in der Praxis strukturelle Defizite und Brüche. Schließlich werden die vorhandenen Spielräume für Koordination und Kooperation keineswegs optimal genutzt. Ob sich die Situation durch die dreiseitigen Verträge des § 115 SGB V spürbar verbessern wird, ist heute noch offen.

88. Speziell die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung führt zu erheblichen medizinischen wie ökonomischen Problemen. Erfahrungsgemäß wirkt sich die Trennung in vielen Einzelaspekten der medizinischen Versorgung aus (BMA 1989 b; SVR KA 1987 und 1988).

- Eine Abstimmung zwischen dem behandelnden und in der Regel einweisenden niedergelassenen Arzt und dem Krankenhaus über eine nahtlos ineinandergreifende ambulante und stationäre Versorgung findet nicht in ausreichendem Umfang statt. Dies gilt für die Überlassung von Krankenunterlagen wie für die konsiliarische Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten.
- Durchaus vorhandene Möglichkeiten zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (ASMUTH 1988) werden kaum genutzt.
- Vorhandene personelle und instrumentelle Verzahnungsinstrumente, insbesondere Praxiskliniken, die Beteiligung von Krankenhausärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen an der kassenärztlichen Versorgung oder ein kooperatives Belegarztwesen werden kaum genutzt.
- Medizinisch-technische Einrichtungen und Geräte werden kaum gemeinsam genutzt. Eine gemeinsame Standortplanung scheitert (bisher) an unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen und gegenläufigen Interessen.

89. Patientengerechte Übergänge in andere Versorgungsformen, speziell in andere Versorgungsbereiche wie z.B. ambulante und stationäre Pflegedienste, Altenheime, Sozialstationen usw., scheitern ganz überwiegend an den erheblichen Unterkapazitäten dieser Einrichtungen (BRUCKENBERGER 1989). Hinzu treten aber auch Mängel in der Kooperation sowie ungelöste Finanzierungsprobleme beim Übergang zu solchen Einrichtungen. Schließlich mangelt es zuweilen überhaupt an Kenntnis über solche Versorgungsangebote (vgl. Berichtsteil »Ambulante Versorgung«).

90. Medizinisch führt die Trennung der Versorgungsbereiche zur Diskontinuität von Behandlung, Betreuung und Verantwortlichkeit für den Patienten. Es besteht die Gefahr, daß der Patient mit einem Übermaß an unnötiger und teilweise riskanter Diagnostik belastet wird, die nicht selten zu widersprüchlichen Befunden führt. Der Zerfall der Behandlung in verschiedene institutionell getrennte und oftmals mit Unterbrechungen verbundene Abschnitte gefährdet die erreichbaren Wirkungen der Therapie. Dies gilt vor allem für chronische Erkrankungen. Schließlich gefährden das Feh-

len einer organisierten Entlassungspflege und eines fallbezogenen Entlassungsmanagements, eine unzureichende oder fehlende Nachsorge, etwa durch Hauspflege in Verantwortung des Krankenhauses, häufig den Erfolg der Behandlung (SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987).

91. Ökonomisch tragen vor allem die Doppeluntersuchungen zur Unwirtschaftlichkeit bei. Sie führen dazu, daß die medizinische und personelle Infrastruktur doppelt vorgehalten werden muß und teilweise überflüssig in Anspruch genommen wird. Auch besteht die Gefahr, daß niedergelassene Ärzte aufwendigere Fälle an das Krankenhaus – und nicht an den (konkurrierenden) Gebietsarzt – überweisen, und Krankenhäuser Selbsteinweisungen fördern (SVR KA 1987). Versuche, diesem Trend – wie beim sog. »Bayern-Vertrag« – über die Vergütung der Kassenärzte entgegenzuwirken, verliefen bisher weitgehend erfolglos, da sie als Vertrag zu Lasten Dritter konzipiert waren und die Krankenhäuser nicht mit einbezogen haben (SCHWEFEL/ van EIMEREN/SATZINGER 1986). Krankenhäuser entlassen den Patienten nur ungern frühzeitig ins ambulante System zurück, insbesondere wenn sie ihre Bettenauslastung aus ökonomischen Gründen auf hohem Niveau halten müssen.

5. Reformoptionen

5. 1 Ordnungspolitische Grundkonzeptionen

92. Weitgehend Einigkeit - bei allen Nuancierungen - besteht in der Kommission, daß im Krankenhausbereich Probleme vorhanden sind, die gelöst werden müssen. Ein Teil der Kommissionsmitglieder ist der Auffassung, daß tragfähige Problemlösungen für die Krankenhäuser nur dann zu erwarten sind, wenn erstens vorher die Kassenstrukturen reformiert werden und zweitens innerhalb eines abgestuften Versorgungskonzepts Planung und Finanzierung entlastender ambulanter und stationärer Einrichtungen vor allem im sozialen Bereich hinreichend geregelt sind.

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, daß die stationäre Versorgung Teil eines Gesamtsystems gesundheitlicher Leistungserbringung ist. Damit bestehen gegenseitige Abhängigkeiten hinsichtlich Planung, Versorgung und Finanzierung. Ein Teil der Kommission betrachtet daher als unabdingbare Voraussetzung jeder Entscheidung über das zukünftige Krankenhausplanungs- und Finanzierungssystem eine Reform der Kassenstrukturen, um annähernd gleich leistungsfähige Einheiten auf der Versicherungsseite zu schaffen, sowie die Bestimmung von Aufgaben und deren Finanzierung in den einzelnen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen, einschließlich der Betreuung von Pflegebedürftigen innerhalb eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzepts. Organisatorische Maßnahmen und wirtschaftliche Anreize stellen ein völlig unzureichendes Mittel zur Steigerung von Effizienz und Effektivität im Krankenhaus dar, solange das Pflegeproblem nicht befriedigend gelöst ist.

93. Hinsichtlich des langfristigen Gesamtrahmens, innerhalb dessen sich der stationäre Versorgungssektor entwikkeln soll, werden in der Kommission unterschiedliche Positionen vertreten. Unter Ausklammerung bestimmter Details beschreiben die verschiedenen, innerhalb der Kommission vertretenen Positionen, drei grundsätzliche Entwicklungsrichtungen, die allerdings mehr oder weniger starke Überschneidungen zulassen.

1) *Krankenhausversorgung in staatlicher Gesamtverantwortung*

Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung für alle Bürger als grundsätzliche Aufgabe des Staates, die unmittelbar aus dem Grundgesetz abgeleitet wird. Beibehaltung der Länderverantwortung für die Krankenhausplanung und die Erfüllung des Versorgungsauftrages. Finanzierung der stationären Versorgung durch ein weiterentwickeltes duales Finanzierungssystem. Schaffung erweiterter Partizipationsmöglichkeiten von Krankenkassen und Krankenhausträgern im Rahmen der staatlichen Krankenhausplanung.

2) *Wettbewerbliche Orientierung*

Übergang zu stärker wettbewerblich orientierten Prinzipien in der stationären Versorgung durch Einführung preislicher Entgelte, einen nachdrücklichen Abbau staatlicher Krankenhausplanung, den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem und direkten Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen. Unter bestimmten Voraussetzungen Öffnung des Versorgungsangebots für Wahlmöglichkeiten des Versicherten unter Wahrung der Letztverantwortung des Staates.

3) *Regionale Gesundheitssicherung*

Einbindung der stationären Versorgung in ein Konzept regionaler Gesundheitssicherung (regionale Gesundheitskonferenz) mit gleichzeitiger Überwindung der derzeitigen strikten Trennung zwischen der Verantwortung für die Leistungserstellung und der Finanzierung. Orientierung auf eine medizinisch und pflegerisch optimale Versorgung bettlägerig Kranker mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden (Wieder-) Herstellung von Autonomie und Lebensqualität in einem nach Funktionen und Versorgungsaufgaben gegliederten und durchlässigen System aus Krankenhäusern, pflegerischen Diensten stationärer und teilstationärer Art sowie der Betreuung in der eigenen Wohnung. Wahltarife und Versorgungsklassen werden ausgeschlossen.

94. Die Befürworter einer wettbewerblichen Orientierung plädieren für eine Beseitigung der staatlichen Krankenhausplanung. Soweit gesundheits- und sozialpolitisch vertretbar, soll sich der Staat aus der Regulierung der stationären Versorgung zurückziehen; der Staat setzt zwar Rahmenbedingungen, greift aber nicht direkt in die Krankenhausversorgung ein. Grundsätzlich sollen, soweit wie möglich, an die Stelle zentraler Planung dezentrale Entscheidungen treten. Desgleichen wird angestrebt, die bisherige duale Finanzierung durch ein monistisches Finanzierungssystem abzulösen, wobei sämtliche Kosten (Betriebs- und Kapitalkosten) über preisliche Entgelte zu finanzieren wären. Bei grundsätzlicher Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Krankenhäuser soll die Verantwortung für die Versorgung (Sicherstellungsauftrag) auf die Krankenkassen übertragen werden. Hinsichtlich der Patienten sollen neben einem für alle gesetzlich Versicherten gleichen Angebot der Grundversorgung Angebote an den Versicherten möglich sein, gegen Beitragsreduktion auf die volle Wahlfreiheit zwischen Krankenhäusern zu verzichten, ohne den Solidarausgleich auszuhöhlen (z.B. HMO-Konzept). Die Vergütung der Krankenhausleistungen soll über Verhandlungspreise erfolgen, wobei daran gedacht ist, die Anwendung unterschiedlicher Entgeltverfahren nebeneinander zuzulassen. Entsprechend der Betonung von Wirtschaftlichkeitsprinzipien soll es keinen Bestandsschutz für nicht leistungsfähige

Krankenhäuser geben. Schließlich soll das Krankenhaus in eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung und eine umfassende Qualitätssicherung eingebunden werden.

95. Die Befürworter eines Konzepts der regionalen Gesundheitsplanung gehen davon aus, daß auf Bundesebene zwischen Repräsentanten der Ärzteschaft, einer analogen Organisation des Pflegebereichs und den Bundesverbänden der Krankenkassen ein Rahmenplan für die verschiedenen Versorgungsaufgaben festgelegt wird und Kriterien und Qualitätsstandards für die Versorgungsbereiche sowie die Anwendung und Umsetzung der Technologieempfehlungen erarbeitet werden. Diese Bundesrichtlinien zur stationären Versorgung sollen auf Landesebene (bzw. sonstigen regionalen Gebietseinheiten) im Rahmen eines Konzepts regionaler Gesundheitssicherung konkretisiert und fortgeschrieben werden. Angestrebt wird ein regionales Gesundheitswesen »aus einem Guß«, in dem Finanzierung und Leistungserbringung gemeinsam organisiert und sichergestellt werden. Zuständige Planungs- und Kontrollinstanz wäre in einem solchen Modell eine regionale Gesundheitskonferenz, die sich aus Vertretern der Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern und den Gebietskörperschaften zusammensetzt und einen allgemeinen Sicherstellungsauftrag in der medizinischen Versorgung übernimmt. Besonderer Wert wird in diesem Konzept auf die Gewährleistung eines rationalen Einweisungsverfahrens und die Durchlässigkeit im Versorgungsnetz gelegt. Außerdem soll eine Verzahnung mit dem Pflegebereich sichergestellt werden. Im Rahmen der regionalen Planung sollen Krankenkassen und Krankenhäuser über jährliche Budgets verhandeln.

96. Die dritte Gruppe interpretiert das Grundgesetz so, daß sich daraus ein unmittelbarer Staatsauftrag für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung für alle Bürger ergibt. Daher soll grundsätzlich an der bestehenden Länderverantwortung für die Krankenhausplanung und die Gewährleistung der Versorgung festgehalten werden. Entsprechend dem Grundsatz der Subsidiarität soll die Aufgabenerfüllung allerdings durch ein Zusammenwirken von Staat und sozialer Selbstverwaltung in gemeinsamer öffentlicher Verantwortung erreicht werden. Im einzelnen beinhaltet dies:

- Staatliche Krankenhausplanung unter Mitwirkung von Krankenhäusern und Krankenkassen in institutionalisierten Planungsgremien; nähere Ausgestaltung durch Landesrecht (§ 7 Abs.2 KHG);
- Sicherstellungsauftrag an kommunale Gebietskörperschaften unter Beteiligung der Krankenhäuser und Kassen in regionalen Planungsgremien; dabei Gewährleistung der Trägerpluralität (vgl. § 1 Abs.2 S.1 KHG);
- Finanzierung der Gesamtkosten eingeschränkt dual;
- Verknüpfung von Sicherstellung der allgemeinen stationären Versorgung und Gewährleistung der Versorgung von sozialversicherten Patienten durch ein Vertragssystem (vgl. § 108, § 111 SGB V);
- gleiches Versorgungsangebot für alle Bürger; Wahl von medizinisch nicht indizierten Zusatzleistungen für alle Patienten;
- einheitlicher Pflegesatz für alle Patienten; gesonderte Vergütung von Zusatzleistungen;
- grundsätzliche Wahlfreiheit des Krankenhauses auch für sozialversicherte Patienten; Einschränkung nur im Rahmen mitgliedschaftlicher Absprachen (z.B. HMO-Lösungen).

5. 2. Reformschwerpunkte

5. 2. 1 Finanzierung der stationären Versorgung

97. Von der Feststellung ausgehend, daß im Finanzierungsbereich die duale Finanzierung eine ökonomisch effiziente Steuerung verhindert, befürworten Teile der Kommission den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem. Sie sind der Ansicht, daß die Trennung von Investitionsmittelfinanzierung und Betriebsmittelfinanzierung es den Krankenkassen unnötig schwer macht, auf die Betriebskosten einzuwirken, da diese durch die Investitionen in erheblichem Umfang prädeterminiert sind. Im KHNG eröffnete Möglichkeiten (z.B. Übernahme der Finanzierung bestimmter Investitionen im Rahmen von Investitionsverträgen) werden zwar als in die richtige Richtung weisend angesehen, ihre praktische Wirksamkeit wird jedoch in Anbetracht der fortbestehenden staatlichen Planungsdominanz als eng begrenzt eingestuft. Für die Krankenhäuser führt die monistische Finanzierung zu mehr Flexibilität und Handlungsautonomie.

Im Hinblick darauf, daß eine wirksame preisliche Steuerung des stationären Versorgungsbereichs ohnehin nur durch »ganzheitliche Preise« erreicht werden kann, sprechen sich Teile der Kommission für die volle Finanzierung der Investitionskosten durch die Krankenversicherung aus. Dies bedeutet jedoch nicht, daß die Krankenkassen oder ihre Verbände eigene Investitionsfonds bilden. Durch eine Entlastung der GKV von bestimmten bisherigen Aufgaben soll diese Umstellung für die Krankenkassen ausgabenneutral gestaltet werden. Um die Krankenhäuser und die Krankenkassen auf das angestrebte monistische Finanzierungssystem vorzubereiten und Akzeptanzschwierigkeiten vorzubeugen, werden Übergangsregelungen vorgeschlagen. Diese sollen vermeiden, daß einerseits die Finanzierungslast für die Investitionskosten auf einen Schlag auf die Krankenkassen übergeht, andererseits jedoch die künstliche Trennung von Investitions- und Betriebskosten sukzessive für zunehmend größere Teile der Gesamtinvestitionen aufgehoben würde. Gedacht wird insbesondere daran, den Krankenkassen in einem ersten Schritt die Finanzierung der kurz- und mittelfristigen Investitionen zu übertragen, die Finanzierung der Erstinvestitionen zunächst jedoch noch beim Staat zu belassen. Für denkbar gehalten wird dabei ein Übergangszeitraum von fünf bis zehn Jahren.

98. Ein anderer Teil der Kommission ist zwar nicht grundsätzlich gegen eine monistische Finanzierung, sieht dagegen auf absehbare Zeit jedoch keine realistische Möglichkeit, von der dualen Finanzierung abzugehen. Abgesehen davon, daß die Länder – entsprechend ihrem föderalistischen Selbstverständnis – kaum bereit sein werden, auf ihre derzeit bestehenden Kompetenzen, insbesondere die Planungshoheit, zu verzichten, sehen diese Mitglieder der Kommission bei einer Einführung der monistischen Finanzierung die gleichmäßige, abgestufte stationäre Versorgung der Bürger gefährdet. Zugleich befürchten sie eine Vernachlässigung der Interessen der öffentlichen Krankenhäuser, auch der Hochschulkliniken. Im übrigen gehen sie davon aus, daß sich die Krankenkassen außerstande sehen, ohne eine anderweitige umfangreiche Entlastung die Gesamtverantwortung für die Finanzierung der Krankenhäuser (d.h. der Inve-

stitionen) zu übernehmen. Als Folge befürchten sie eine Gefährdung der Sanierung und Modernisierung älterer, in der Vergangenheit unzureichend öffentlich geförderter Krankenhäuser. Insbesondere sind sie der Auffassung, daß der bisher noch nicht ausreichend ermittelte investive Nachholbedarf nicht nur bei den psychiatrischen Fachkrankenhäusern auf absehbare Zeit nicht zu decken wäre. Allerdings empfehlen auch diese Mitglieder der Kommission, das bisherige Finanzierungssystem zu modifizieren. U.a. sollte der Staat zukünftig nurmehr die Finanzierung der Errichtung von Krankenhäusern (Neu-, Um- und Erweiterungsbauten) und die Wiederbeschaffung von langlebigen Anlagegütern (z.B. Modernisierung, Sanierung) aus allgemeinen Haushaltsmitteln übernehmen. Dagegen sollten die Betriebskosten einschließlich der Kosten für die Wieder- und Ersatzbeschaffung von kurz- und mittelfristigen Wirtschaftsgütern über Entgelte der Benutzer bzw. ihrer Kostenträger finanziert werden.

99. Die Kommission plädiert dafür, daß Krankenhausträger die uneingeschränkte Möglichkeit erhalten, ihre Krankenhäuser in eigenbetrieblichen Formen (Eigenbetrieb, privatrechtliche Gesellschaftsformen, usw.) zu führen. Entgegenstehende Vorschriften sind aufzuheben. Unabhängig von der Trägerschaft soll das Gebot der Eigenwirtschaftlichkeit durchgesetzt werden. Dies beinhaltet insbesondere, daß entsprechende gesetzliche Beschränkungen für die Betriebsform öffentlicher Krankenhäuser aufgehoben werden müßten. Dies hätte u.a. zur Folge, daß sich die Stellung öffentlicher Krankenhäuser jener freigemeinnütziger oder privater Träger angleichen würde. Zugleich wird eine stärkere Einbindung der Krankenhausärzte in die wirtschaftliche Verantwortlichkeit im Krankenhaus für notwendig erachtet.

5. 2. 2 Krankenhausplanung und Kapazitätenbestimmung

100. In bezug auf die Krankenhausplanung sowie die Bestimmung von Kapazitäten werden in der Kommission, ausgehend von den unterschiedlichen allgemeinen ordnungspolitischen Rahmenvorstellungen, voneinander abweichende Auffassungen vertreten (vgl. Ziffer 2).

101. Die Befürworter einer stärker wettbewerblichen Regelung gehen davon aus, daß mit der Abschaffung der dualen Finanzierung und der Einführung eines preislichen Entgeltverfahrens staatliche Krankenhauspläne überflüssig werden. Im Rahmen der staatlichen Infrastruktur- und Raumentwicklungsplanung werden die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung festgelegt.

Nach diesem Konzept würde die Teilnahme von Krankenhausträgern an der Krankenhausversorgung nicht mehr von der Aufnahme in einen Krankenhausplan abhängen, sondern davon, ob sie Patienten und Vertragspartner finden. Angebot und Nachfrage würden nicht mehr über eine staatliche Kapazitätsfestlegung reguliert, sondern durch dezentrale Planung und Entscheidungen der Beteiligten vor Ort ausgeglichen. Lediglich bei einer drohenden Unterversorgung sollte der Staat das Recht haben, zu intervenieren.

Ein über Preise gesteuertes Angebot würde die administrativ festgesetzte Hierarchie der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen überflüssig machen. Vielmehr würden die erzielbaren Preise und die eigene Leistungsfähigkeit die Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern steuern. Auch Universitätskliniken könnten nicht mehr a priori höhere Entgelte fordern, sondern müßten sich im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern auch im Bereich der Hochleistungsmedizin behaupten. Als Voraussetzung dafür wird allerdings verlangt, daß Ausbildungs- und Forschungsaufgaben über staatliche Ausgabenbudgets finanziert werden.

102. Das von einem Teil der Kommission favorisierte Konzept der regionalen Gesundheitssicherung überträgt die Krankenhausplanung einschließlich der Kapazitätsbestimmung der regionalen Gesundheitskonferenz. Bis ein derartiges Gremium aufgebaut ist, sollte dabei an der bisherigen staatlichen Krankenhausplanung festgehalten werden. Der Bedarf an stationärer Versorgungskapazität läßt sich nach Auffassung dieser Kommissionsmitglieder nur aus einem Bündel von Indikatoren und Anhaltszahlen ermitteln. Zu berücksichtigen wären danach insbesondere die Morbiditätsstruktur, die Struktur der (regionalen) ambulanten Versorgung, die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sowie die räumlichen Verhältnisse und die Verkehrsinfrastruktur in der Region. Die wesentliche Entscheidungs- und Gestaltungsmacht obliegt dem strukturierten Aushandlungsprozeß der Beteiligten in der Region: Krankenkassen, Anbietern von gesundheitlichen und sozialen Diensten und kommunalen Gebietskörperschaften. Als wesentlich erachtet wird zugleich die kontinuierliche Einbeziehung von Betroffenen-Expertisen.

103. Eine dritte Gruppe in der Kommission erkennt zwar die methodische Unzulänglichkeit der derzeitigen Planungsmethodik, sieht jedoch keine realistische Alternative dazu, zumal ein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Verfahren zur Bestimmung des objektiven Bedarfs an Krankenhauskapazitäten nicht vorhanden ist. Empfohlen wird daher, durch pragmatisches Vorgehen mit Experimentieren und Lernen die Kapazitäten in der stationären Versorgung zu bestimmen. Zugleich soll versucht werden, das vorhandene Planungsinstrumentarium zu verbessern. Erforderlich dafür wären insbesondere für Planungszwecke geeignete regionale Gesundheitsdaten (z.B. prognosefähige Morbiditätsanalysen sowie zweckorientiert aufbereitetes Datenmaterial der Kostenträgerseite). Angestrebt wird – unter der Voraussetzung, daß entsprechendes Datenmaterial zur Verfügung gestellt werden kann – die Entwicklung verfeinerter, mehr nachfrageorientierter Planungsmethoden. Grundsätzlich befürworten diese Teile der Kommission, die Planungsträgerschaft auch weiterhin beim Staat (Land) unter Beteiligung der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen zu belassen. Im einzelnen soll in Betracht gezogen werden:

- Eine bessere fachrichtungsbezogene, nach Versorgungsstufen ausgerichtete Verteilung des stationären Leistungsangebots;
- eine flexible Krankenhausplanung insbesondere bei der Baugestaltung von Neubauten; diese sollten so gestaltet sein, daß eine unterschiedliche Funktionszuweisung möglich ist;
- eine verstärkt bettenunabhängige Ausrichtung des Leistungsangebots (z.B. Tag-/Nachtkliniken; vorstationäre Diagnostik, poststationäre Behandlung, Praxiskliniken);
- eine bessere Einbeziehung des krankenhausentlastenden sozialen ambulanten und stationären Versorgungsbereichs sowie
- eine Einbeziehung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Bedarfsabstimmung (dies wird durch § 111 SGB V noch nicht hinreichend sicher gestellt);

- bei Bestehen von Überkapazitäten statt eines forcierten Abbaus die Umwidmung von Kapazitäten sowie die Integration zusätzlicher Leistungen ins Krankenhaus.

Betont wird außerdem, in bezug auf den Bedarf an Krankenhausbetten das Problem der Humanität und Lebensqualität nicht zu vernachlässigen; eine ausschließlich wirtschaftlich orientierte Entgeltzahlung mit einer dementsprechend ausgerichteten Krankenhausstruktur werde den Wünschen der Bevölkerung und den Anforderungen an eine humane Medizin nicht gerecht.

5. 2. 3 Gestaltung des Entgeltsystems

104. Grundsätzlich besteht in der Kommission Einigkeit, die Vergütung im Bereich der stationären Versorgung auf prospektive, stärker leistungsbezogene Entgeltformen umzustellen. Es wird angestrebt, sukzessive vom tagesgleichen pauschalen Pflegesatz abzugehen. Übereinstimmend als ungeeignet angesehen wird von der Kommission das Verfahren der retrospektiven Kostenerstattung. Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung eines prospektiven Entgeltsystems gibt es in der Kommisson abweichende Auffassungen. Kontrovers sind insbesondere der Geltungsbereich der Preisfestlegung, Kriterien der Vergütung sowie die als Ausgangsbasis für die monetäre Bewertung zu wählenden Abrechnungseinheiten. Als Basis für die Kosten- und Leistungsrechnung sowie die Qualitätssicherung soll anstelle der unzureichenden dreistelligen ICD-Klassifikation ein patientenbezogenes Klassifikationssystem eingeführt werden (z. B. PMC's).

105. Ein Teil der Kommission sieht insbesondere in dem derzeit praktizierten Entgeltverfahren einen der Hauptsteuerungsmängel des bestehenden Systems. Die Pflicht zur Erstattung retrospektiv ermittelter Kosten, wie sie bis Ende 1985 bestanden hat, habe Steuerungseinflüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung praktisch gänzlich ausgeschlossen. Der mit der Novellierung der Bundespflegesatzverordnung erfolgte Übergang zur Vergütung auf der Grundlage vorauskalkulierter Kosten wird als nicht ausreichend angesehen, da auch weiterhin die individuellen Kosten des einzelnen Krankenhauses Grundlage der Vergütung seien. Hinzu komme, daß der Leistungsbezug des Entgelts nicht realisiert sei, weil der überwiegende Teil der Krankenhausleistungen auf der Basis des tagesgleichen proportionalen Pflegesatzes mit den Patienten oder den Krankenkassen abgerechnet wird. Auf dieser Basis sei jedoch eine preisliche Steuerung des Leistungsangebots der Krankenhausversorgung nicht realisierbar.

In Anbetracht dieser Unzulänglichkeiten sieht ein Teil der Kommission in der Veränderung des Entgeltverfahrens den Hauptansatzpunkt einer Krankenhausreform, zumal dafür auch unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen nur wenige Vorschriften geändert werden müßten. Vorgeschlagen wird, auch für die Krankenhausleistungen die Steuerungsmöglichkeiten von Preisen zu aktivieren. Für die Leistungen sollten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Preise vereinbart werden.

Angestrebt werden sollen echte Verhandlungspreise, die zwischen Krankenversicherungen und einzelnen Krankenhäusern oder zwischen von diesen autorisierten Verhandlungspartnern ausgehandelt werden. Derartige Preise würden sich nicht mehr an die krankenhausindividuellen Kosten anlehnen, sondern die realen Knappheitsverhältnisse abbilden und könnten sich vor allem an aktuellen Steuerungszielen ausrichten.

Voraussetzung eines solchen Preissystems wäre der Abgang von der Kontrahierungspflicht. Kommt es zu keinem Vertrag, so könnten die Krankenversicherungen ihren Versicherten entweder Kostenerstattung gewähren oder aber das Krankenhaus von der Leistungserbringung für ihre Versicherten ausschließen. Als einen ersten Ansatzpunkt für die Einführung eines derartigen Preissystems wird der Ausbau der in § 6 BPflV vorgesehenen Sonderentgelte gesehen, wobei darauf zu achten ist, daß von der derzeitigen Grundlage der Kostenerstattung abgegangen und stattdessen ein Diagnosebezug hergestellt wird. Ein wirksames Preissystem würde darüber hinaus erfordern, sukzessive in bezug auf die Abrechnungseinheit vom tagesgleichen Pflegesatz abzurücken und stärker auf den Behandlungsfall abzustellen. Welches Verfahren sich hierbei endgültig durchsetzen wird, sollte den Präferenzen der Beteiligten überlassen werden. Für denkbar gehalten wird auch ein Nebeneinander unterschiedlicher Abrechnungseinheiten; in keinem Fall sollten bestimmte Entgeltverfahren administrativ vorgegeben werden. Dies beinhaltet auch, daß den Krankenversicherungen freigestellt sein sollte, für ihre Versicherten besondere Angebote zu machen (z.B. im Rahmen von HMO-Lösungen die Benutzung kostengünstiger Krankenhäuser zu empfehlen).

106. Andere Teile der Kommission plädieren zwar ebenfalls für einen größeren Leistungsbezug des Entgeltsystems, lehnen aber den Übergang zu völlig frei ausgehandelten Preisen ab. Sie sprechen sich für prospektive Budgets auf der Basis einer fallbezogenen Leistungserfassung aus. Ihnen geht es primär darum, durch einen größeren Leistungsbezug das Leistungsgeschehen im Krankenhaus zum Zwecke einer besseren Vergleichbarkeit transparenter zu machen. Sie befürworten, die in § 21 BPflV vorgesehenen Möglichkeiten für Modellvorhaben stärker zu nutzen. Aufgrund der dort gemachten Ergebnisse sollte der Verordnungsgeber alternative Entgeltformen einführen. Während eine Einzelleistungsvergütung wegen des damit verbundenen bürokratischen Aufwandes abgelehnt wird, werden diagnose-/fallbezogene Vergütungsformen in unterschiedlicher Form für möglich gehalten.

Die stationären Entgelte (Pflegesätze) sollten auch zukünftig durch die Parteien vereinbart werden. Bei Nicht-Einigung sollte die Schiedsstelle entscheiden. Die Genehmigung des Staates als Wirksamkeitsvoraussetzung für Vereinbarung und Schiedsspruch entspricht nach Auffassung eines Teils der Kommission der Letztverantwortung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche stationäre Versorgung; daher sollte an ihr grundsätzlich festgehalten werden. Ebenfalls beibehalten werden sollte die Ausrichtung der Leistungsentgelte auf prognostisch festgestellte Selbstkosten, um die wirtschaftliche Sicherung der stationären Gesamtversorgung zu gewährleisten. Insbesondere müsse vermieden werden, daß ähnliche Mängel wie in der Zeit vor Inkrafttreten des KHG auftreten.

Empfohlen wird daher, den inzwischen begonnenen Weg der prospektiven Budgetierung mit der Möglichkeit der Überschußerzielung (zur uneingeschränkten Verwendung für Betriebszwecke) weiterzuführen und zu verfeinern. Die Budgetierung auf der Grundlage prognostizierter Selbstkosten schließe nicht aus, Krankenhäuser, die nicht nur vorübergehend keine leistungsfähige und wirtschaftliche Kran-

kenhausbehandlung bieten, aus der Versorgung auszuschließen (z.B. Kündigungsrecht nach § 110 SGB V).

5. 2. 4 Medizintechnik

107. Die Beantwortung der Frage, wie künftig der Einsatz der Medizintechnik im Krankenhaus gesteuert und eine Abstimmung mit der ambulanten Versorgung herbeigeführt werden soll, hängt wesentlich davon ab, welche ordnungspolitischen Grundvorstellungen dem jeweiligen Reformkonzept zugrundeliegen (vgl. 5.1) und wie das ökonomische Steuerungssystem ausgestaltet werden soll.

108. Der Teil der Kommission, der sich für eine Steuerung der stationären Versorgung durch verstärkten Einsatz wettbewerblicher Instrumente ausspricht, lehnt eine wie auch immer ausgestaltete Innovationslenkung ab. Vielmehr soll das einzelne Krankenhaus im Rahmen einer leistungsbezogenen Vergütung selbst entscheiden, welche Medizintechnik angeschafft und eingesetzt wird. Über die Vergütung, speziell über die spezifische Entgelthöhe, können die Krankenkassen steuernd in den Prozeß der Anschaffung neuer medizinischer Geräte und deren Einsatz eingreifen. Subventionen durch die Krankenkassen oder den Staat sind – gegebenenfalls in einer Übungsphase – denkbar, aber ordnungspolitisch unerwünscht. Eine Koordination von ambulanter und stationärer Versorgung über zentrale Vorgaben wird abgelehnt. Die Abstimmung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen soll vielmehr dezentral durch Erweiterung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume und durch individuelle Anreize zur Verzahnung für alle Leistungserbringer erfolgen.

109. Ein weiterer Teil der Kommissionsmitglieder hält es grundsätzlich für wünschenswert, daß die Entscheidung über den medizinisch-technischen Ausstattungsbedarf in der Autonomie des Krankenhausträgers liegt und über eine leistungsbezogene Vergütung Einwirkungen durch die Krankenkassen ausgesetzt wird. Solange aber vor allem die Erstausstattung durch den Staat finanziert wird, muß dieser auch ein Einwirkungsrecht haben. Das Abstimmungsverfahren im Großgeräteausschuß (§ 122 SGB V) birgt zwar große Gefahren hinsichtlich Bürokratie, Innovation und der Abstimmung unterschiedlicher Interessen, wird aber für die vorhersehbare Zukunft bestimmend und als Ansatz einer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung anzusehen sein. Erfahrungen mit der Arbeit des Großgeräteausschusses sollen kritisch ausgewertet werden.

Weiterer ökonomisch orientierter Steuerungsbedarf hängt von Schritten zur Modifikation des dualen Finanzierungssystems ab. Fragen des medizinischen Nutzens des Technikeinsatzes gehören zur Verfahrens- und Ergebnisqualität der Behandlung. Die entsprechenden Instrumente des GRG zur Qualitätssicherung müssen alsbald genutzt werden. Im Rahmen der Verträge nach §§ 137 Satz 4, 112 SGB V können Maßstäbe zur Qualitätssicherung vereinbart werden. Aufgabe der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen ist es, ggf. unter Einholung von Evaluationsuntersuchungen, Richtlinien über den Einsatz der Medizintechnik im Krankenhaus festzulegen. Eine Überprüfung der Qualität der Krankenhausbehandlung, einschließlich medizinisch-technischer Maßnahmen, ist nach §§ 137 Satz 6, 113 SGB V vorgesehen.

110. Diejenigen Mitglieder der Kommission, die eine Systemsteuerung über regionale Gesundheitskonferenzen präferieren, halten im Bereich der medizinischen Technologie gleichwohl ein Mindestmaß an überregionaler Koordination für erforderlich. Sie schlagen, ähnlich wie bei der Arzneimittelversorgung (vgl. Berichtsteil »Arzneimittelversorgung«), die Einrichtung eines herstellerunabhängigen Technologie-Instituts vor, das gemeinsam von Ärztekammern/Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausträgern und Krankenkassen getragen werden soll. Auf der Basis von Kalkülen der erwünschten und unerwünschten Wirkungen nimmt das Institut Sicherheits-, Wirksamkeits- und Bedürfnisprüfungen vor. Damit kann sichergestellt werden, daß im Masseneinsatz, also außerhalb der Forschung, nur solche Technologie eingesetzt wird, für die ein relevanter medizinischer Nutzen hinreichend wahrscheinlich gemacht werden kann. In der Diagnostik ist das Prinzip durchzusetzen, daß nur solche Technik zum Einsatz kommt, deren Ergebnisse in erfolgversprechende Therapie umzusetzen sind.

Preisvergleiche und Preisverhandlungen sollten entweder zwischen dem Technologie-Institut oder den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden einerseits und den Medizintechnikherstellern oder ihren Verbänden andererseits erfolgen. Dabei seien bei der Preisgestaltung die Forschungs- und Innovationskosten zu berücksichtigen.

Die regionale Gesundheitskonferenz entscheidet über Anschaffung, Finanzierung, Standort und Nutzung medizinischer Großgeräte nach einer individuellen Prüfung des Nutzens. Bei der Finanzierung medizinischer Technologie muß sichergestellt werden, daß eine Entkoppelung von ärztlicher Honorierung und Investitionen erfolgt und das Investitionsrisiko nicht bei der einzelnen Praxis liegt.

Als Nebenbedingungen setzt diese Reformoption voraus, daß es auf dem Feld der technischen Ausstattung weder zwischen den Leistungserbringern noch zwischen den Krankenkassen Konkurrenz gibt, daß organisierte Qualitäts- und Sicherheitskontrollen stattfinden und daß in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sozialepidemiologisch fundiertes Beurteilungswissen über Medizintechnologie vermittelt wird.

5. 2. 5 Qualität und Humanität

111. Grundsätzlich unterstützen alle Kommissionsmitglieder Bestrebungen,

- interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen zu entwickeln und durchzuführen,
- humane Behandlungsformen in allen Bereichen zu gewährleisten und
- die Autonomie des Patienten zu stärken.

Da die ordnungspolitischen Leitvorstellungen unterschiedlich ausgerichtet sind, können jedoch nicht alle Kommissionsmitglieder alle Vorschläge, die nachfolgend aufgeführt sind, mittragen.

112. Nunmehr ist externe Qualitätssicherung ausdrücklich im Gesetz selbst und interne Qualitätssicherung zumindest mittelbar geregelt. Nach Ansicht eines Teils der Kommissionsmitglieder ist es im Ansatz richtig, Fragen der Sicherung der Verfahrensqualität und der Ergebnisqualität, wie in den §§ 137, 112, 111 SGB V geschehen, der gemeinsamen Selbstverwaltung zu übertragen. In den abzuschließenden Verträgen sind deshalb Regelungen zu treffen über die Art der Patientenklassifikation, die Qualitätsmaßstäbe und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Nicht ausreichend sichergestellt ist aber die gebotene Beteiligung an den Verträ-

gen und Maßnahmen der Fachinstitutionen, z.B. der Ärztekammern, der ärztlichen Fachverbände u.a., denen über das Berufsrecht hinaus faktisch Definitionskompetenz über die Qualität der Leistungserbringung zukommt. Da die Qualitätskontrolle über die Leistungserbringung im Krankenhaus durch Prüfer auf Verlangen der Kostenträger jederzeit erfolgen kann, ist es gegenwärtig nicht notwendig, eine generelle, regelmäßige, institutionalisierte Qualitätskontrolle einzuführen. Entsprechende Erfahrungen mit dem neuen Instrumentarium sollen abgewartet werden. Neben diese externe Qualitätssicherung tritt die interne Qualitätssicherung im Krankenhaus, die in der Entscheidungskompetenz des Krankenhausträgers liegt. Die Verträge nach § 137 SGB V haben aber insoweit auch mittelbare Auswirkungen, weshalb keine normativen Vorgaben notwendig erscheinen. Das Ergebnis der Qualitätsprüfung kann Sanktionen auslösen, die insbesondere zu einer Kündigung des Versorgungsvertrages führen. Die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze zur Qualitätssicherung sind vertraglich festzulegen.

113. Die Qualitätssicherung im Krankenhaus ist ein sensibler Bereich, der zum größten Teil erst noch entwickelt werden muß. Die Erfahrungen mit Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland sind begrenzt. Nach Auffassung eines Teils der Kommissionsmitglieder sollen deshalb qualitätssichernde Maßnahmen zu Beginn nicht zu umfassend und schwierig sein und nur begrenzte Bereiche erfassen, die dann schrittweise ausgedehnt werden könnten. Für die Gewährleistung allgemeiner Akzeptanz ist vor allem die Einbindung der Ärzte, aber auch aller anderen Beteiligten zwingend geboten. In den Krankenhäusern sind nach Auffassung eines Teils der Kommissionsmitglieder Qualitätssicherungskommissionen (»Qualitätssicherungszirkel«) als kontinuierliche Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Zusicherung einzuführen. Die Beteiligung an diesen »Zirkeln« soll zu einem obligaten Bestandteil der Fort- und Weiterbildung für Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, usw. werden. Grundsätzlich wird eine Verbesserung der Prozeßqualität nur durch ständige Reflexion erreicht werden können, da sich ein Großteil der medizinischen und pflegerischen Behandlung einer objektivierten Betrachtung entzieht. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung müssen daher in regelmäßigen Abständen mit den Beteiligten besprochen werden. Qualitätssicherung soll in erster Linie Angelegenheit jedes einzelnen Krankenhauses sein. Qualitätssicherung darf nicht zu einer weiteren Verrechtlichung der Medizin führen, sondern muß vielmehr individuelle Verantwortlichkeiten und Entscheidungen stärken. Kosten und Nutzen müssen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Insbesondere darf mit Qualitätssicherung kein Übermaß an Bürokratie verbunden sein. Von entscheidender Bedeutung ist eine auf die Belange der Qualitätssicherung ausgerichtete Dokumentation auf der Basis einer gut geführten Diagnosestatistik.

114. Aufbauend auf einem Patientenklassifikationsverfahren, das die Patienten hinsichtlich ihrer sozialdemographischen Merkmale und ihrer Morbidität erfaßt, sollen nach Auffassung eines Teils der Kommissionsmitglieder anhand typischer Behandlungsabläufe Leistungsstandards durch unabhängige Institutionen aufgestellt werden. Das einzelne Krankenhaus wird zur Veröffentlichung ausgewählter fallbezogener Merkmale wie

- Operationsrate,
- Komplikationsrate,
- Infektionsrate,
- Letalitätsrate,
- Verweildauer nach Krankheiten und
- Wiederaufnahmerate

verpflichtet. Die Qualitätskontrolle soll in einem abgestuften Verfahren, beispielsweise mit

- jährlichen externen Prüfungen durch unabhängige Institute, Krankenkassen, Medizinischen Dienst, u. a.,
- monatlichen internen Prüfungen durch die Krankenhausleitung
- wöchentlichen abteilungsbezogenen Prüfungen durch ärztliche Konsilien und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherungszirkel,

erfolgen. Die Krankenkassen müssen von wirksamen Sanktionsinstrumenten (Entgeltminderung, Vertragskündigung) auch Gebrauch machen (vgl. § 137 Satz 6 i.V.m., §§ 113, 110 SGB V), ehe ihnen weitergehende Sanktionsinstrumente an die Hand gegeben werden.

115. Zusätzlich könnten nach Auffassung eines Teils der Kommissionsmitglieder externe Beschwerdestellen oder Patientenfürsprecher (»Ombudsmann«), beispielsweise bei den regionalen Gesundheitskonferenzen, eingerichtet werden. Dabei ist eine Rückkoppelung der Informationen und Beschwerden an Qualitätssicherungszirkel sicherzustellen. Auch soll der Medizinische Dienst mehr auf Qualitätskontrolle ausgerichtet werden.

116. Zur Gewährleistung humaner Behandlungsformen in allen Bereichen und unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern, chronisch und Langzeitkranken, Pflegebedürftigen und Schwerstkranken halten alle Kommissionsmitglieder

- die darauf ausgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen (vgl. Berichtsteil »Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems«),
- die bedarfsorientierte investive und personelle Ausstattung, speziell im Pflegebereich, und
- das Zusammenwirken aller Berufsgruppen einschließlich klinischer Psychologen, Sozialarbeiter, usw. in Behandlungs- und Betreuungsteams

für ebenso erforderlich wie eine deutliche Aufwertung des pflegerischen Bereichs (Personalaufstockung, leistungsgerechte Entlohnung, ganzheitliches Pflegekonzept). Zur Umsetzung dieser Vorstellung sind eine Reihe von organisatorischen Maßnahmen (Einrichtung spezieller Abteilungen im Sinne der abgestuften Pflege, wohnliche Ausstattung, usw.) erforderlich, die gezielt gefördert werden sollten. Die Einführung der Gruppenpflege und die Nutzung von Pflegeplanungs- und Pflegedokumentationssystemen hält die Kommission für dringend geboten. Dies setzt nach Auffassung eines Teils der Kommissionsmitglieder die Bildung einer eigenen beruflichen Identität der Pflegekräfte voraus.

117. Ansatzpunkte zur Stärkung der Autonomie der Patienten sehen die Kommissionsmitglieder vor allem in

- der Erhöhung der Leistungstransparenz, etwa durch Aufklärung und Information durch Krankenhäuser, Krankenkassen und unabhängige Beratungsstellen,
- der Schaffung und Unterstützung von Vermittlungs- und Beratungsstellen für Patienten,
- der Beteiligung von Selbsthilfegruppen und Laienpotential,
- der Befragung von Patienten im Krankenhaus, nach der Entlassung und im Umfeld der stationären Versorgung,

- der Einführung der Zweitmeinung bei erheblichen Eingriffen und
- der Entkriminalisierung des Heileingriffs. Die Definition des rechtmäßigen Heileingriffs zusammen mit einer modifizierten Gefährdungshaftung würde zu einer Verstärkung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und zu einer gelösteren und offeneren Beziehung des Arztes zum Patienten und damit auch des Krankenhauses zum Patienten führen.

Ein Teil der Kommissionsmitglieder sieht schließlich im Ausbau der Wahlfreiheit hinsichtlich der Krankenhäuser und der Krankenhausleistungen eine Möglichkeit zur Stärkung der Autonomie der Patienten.

5. 2. 6 Verzahnung mit anderen Bereichen

118. Die Kommission sieht in der besseren Verzahnung der stationären Versorgung mit anderen Versorgungsbereichen, speziell der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung, sowie in der sozialen Betreuung einen Schlüssel zur Lösung vieler Probleme des Krankenhauses. Eine enge Kooperation zwischen allen Versorgungseinrichtungen dient der Effektivität und der Effizienz der gesamten gesundheitlichen Versorgung. Zum Abbau der Schranken zwischen den Versorgungssystemen fordert die Kommission eine Verbesserung des Informationsflusses, die Bildung neuer integrierter Versorgungsformen, die durchgängige Behandlung und Betreuung der Patienten und die enge Kooperation zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern. Vom Instrument der gemeinsamen Finanzierung sollte verstärkt Gebrauch gemacht werden.

119. Zur Überwindung der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung spricht sich die Kommission aus für

- die gemeinsame Nutzung der medizinischen Technik durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte,
- die Erweiterung der Möglichkeiten zur vorstationären Diagnostik sowie zur nachstationären Behandlung im Krankenhaus auf der Grundlage der Neuregelung im SGB V,
- die frühzeitige Einleitung und Durchführung von rehabilitativen Maßnahmen bereits im Rahmen der Akutversorgung,
- die Erweiterung teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten,
- die Mitwirkung bzw. die Koordinierung beim Einsatz ambulanter pflegerischer Dienste,
- Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Rahmen des § 115 Abs. 1 SGB V und
- die Förderung integrierter Versorgungsformen (Belegarztsysteme, Praxiskliniken, Krankenwohnungen usw.).

Auch die Koordination des ärztlichen Notdienstes und der Notfallambulanzen der Krankenhäuser mit dem landesrechtlich geregelten Rettungsdienst in gemeinsamen Einrichtungen ist vertraglich festzulegen.

Ein Teil der Kommission spricht sich darüber hinaus für die generelle Beteiligung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung unabhängig vom Bedarf aus.

120. Die Kommission war aus Zeitgründen nicht in der Lage, detailliert zur Pflegefallproblematik Stellung zu nehmen. Sie sieht sich aber veranlaßt, darauf hinzuweisen, daß ohne

- die Einbeziehung und Berücksichtigung ambulanter und stationärer sozialer Versorgungseinrichtungen in ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept,
- die finanzielle Absicherung des Pflegefallrisikos und die Sicherung der Durchgängigkeit von Krankenbehandlung und Pflegebetreuung und ohne
- die Integration der Langzeitbehandlung und der geriatrischen Rehabilitation in die Krankenhausversorgung

eine effizientere und humanere Krankenhausversorgung kaum zu erreichen ist. Die Kommission ist sich darüber im klaren, daß dies mit erheblichen Kosten verbunden ist. Es ist Aufgabe des Staates und der Kommunen, die Voraussetzungen für ein bedarfsorientiertes Netz von sozialen Versorgungseinrichtungen zu schaffen, das in erster Linie den dringenden Bedarf der Bevölkerung deckt. Die Krankenhäuser sollen mit diesen Einrichtungen, insbesondere über ihren Sozialdienst, kooperieren; sie können diese Einrichtungen jedoch nicht ersetzen.

Exkurs: Aufgaben eines Krankenversicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit

Die soziale Absicherung des Pflegefallrisikos stellt sich als eines der drängendsten sozialpolitischen Probleme in der Bundesrepublik Deutschland dar. Der Altersquotient der Bevölkerung (= die Zahl der über 60jährigen im Verhältnis zu den potentiellen Erwerbstätigen, d.h. den 20-60jährigen) wird nach den derzeit verfügbaren Prognosen aus dem Jahre 1987 bis zum Ende dieses Jahrhunderts um ca. ein Viertel auf 46,9 % steigen (BMI 1987). Mit dieser Veränderung der Bevölkerungsstruktur wird die pflegerische Betreuung alter Menschen eine herausragende Bedeutung gewinnen.

Oft läßt sich die Unterscheidung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit aus medizinischer Sicht nicht begründen. Die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen und die fehlende soziale Absicherung von Pflegerisiken führen vielfach zur Medikalisierung von Pflegebedürftigen. Altersgebrechen und körperliche, seelische oder soziale Handicaps im Alter werden durch intensivierte Diagnostik zu somatisch begründeten Krankheitsbildern umdefiniert. Diese Problemlagen treten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich auf, so daß eine adäquate Lösung der Pflegeproblematik die Reformmaßnahmen im ambulanten und stationären Sektor letztlich ohne spürbare Wirkung bleiben werden.

Angesichts der unabweisbaren Problemlagen im Pflegebereich gab und gibt es zahlreiche Bemühungen, eine Verbesserung der Pflegesituation zu erreichen. So haben eine Reihe von Bundesländern (Hessen, Rheinland-Pfalz, Bayern) in der 10. Wahlperiode Gesetzesanträge zur besseren sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit eingebracht, und auch die Bundesregierung, Parteien, Vereine und Verbände haben ihre Lösungsvorschläge zur Diskussion gestellt. Die in

der Diskussion befindlichen Konzepte lassen sich auf drei Grundmodelle zurückführen:

- Erstens wird eine Neuregelung im Rahmen einer Versicherungslösung diskutiert, sei es durch eine völlig eigenständige Pflegeversicherung, sei es durch eine eigenständige, organisatorisch aber an die GKV angebundene Pflegeversicherung, sei es durch eine Ausdehnung des Leistungskatalogs der GKV auf die Pflege.
- Zweitens wird vorgeschlagen, ein sog. Pflegeleistungsgesetz zu beschließen, in dessen Rahmen – losgelöst von der Sozialhilfe – die Leistungen aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.
- Drittens wird eine Erweiterung der Pflegeregelungen des Bundessozialhilfegesetzes erwogen mit dem Ziel einer kurzfristigen Teillösung, um Härten im stationären Pflegebereich zu mildern.

Die Enquete-Kommission sieht sich aufgrund ihrer knappen zeitlichen und personellen Ressourcen nicht in der Lage, zu den bislang diskutierten Reformüberlegungen Stellung zu nehmen oder gar einen eigenen Vorschlag zur Lösung der Pflegeproblematik zu unterbreiten. Die Kommission weist aber darauf hin, daß nach ihrem Eindruck die gegenwärtigen Probleme der Pflege zu sehr auf Finanzierungsaspekte reduziert werden und die bedeutsameren Fragen nach der Organisation einer problemadäquaten Pflege zu Unrecht in den Hintergrund treten. Ohne eine grundlegende Lösung der Pflegeproblematik wird eine Strukturreform des Gesundheitswesens letztlich Stückwerk bleiben.

Literaturverzeichnis

ABHOLZ, H.-H. [1986]. Das Dilemma medizinisch-technischer Innovationen, in: Argument – Sonderband (AS) 141 (1986), S.29-48

ARNOLD M. [1988]: Möglichkeiten der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors, in: das Krankenhaus 1988, S.98-103

ASMUTH, M. [1989]: Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, in: das Krankenhaus 1989

BASSETT, J.-G. [1984]: Der Einfluß der Professionel Activity Study auf die Qualität ärztlichen Handelns, in: Selbmann H.K., Qualitätssicherung ärztlichen Handelns. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 16, Gerlingen 1984, S.99-107

BAUER, U. / SCHIBORR-WULFF, G. / SENDATZKI, V. [1989]: Krankenhäuser nach der Gesundheitsreform, in: BKK 1989, S.116-130

BESKE, F. [1987]: Bericht über eine Studienreise in die USA zur Frage der Qualitätssicherung in Krankenhäusern, Kiel 1987

BESKE, F. [1989]: Das Krankenhaus im Jahr 2000, in: das Krankenhaus 1989, S.246-254

BESKE, F. / HORN, G.-T. / JENKE, A. / REINKEMEIER, A.-M. / SULLIVAN, K. [Beske u. a. 1988]: Gutachten zum Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte nach § 38 des Entwurfs eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Kiel 1988 (noch unveröffentlicht)

BESKE, F. / NIEMANN, F.-M. / HORN, G.-T. [1989]: Qualitätssicherung im Krankenhaus der Bundesrepublik Deutschland, Kiel 1989

BISCHOFF, C. [1986]: Hat die »Patientenorientierte Pflege« Durchsetzungschancen?, in: Argument-Sonderband (AS) 131 (1986) S.96-114

BMA [1983]: Qualitätssicherung und -kontrolle pflegerischer Arbeit im Krankenhaus, Forschungsbericht zur Gesundheitsforschung Nr. 84, Bonn 1983

BMA [1985]: Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Krankenhaus, Forschungsbericht zur Gesundheitsforschung Nr.128, Bonn 1985

BMA [1987 a]: Adäquate stationäre Versorgung von Alters- und Langzeitkranken, Forschungsbericht zur Gesundheitsforschung Nr. 157, Bonn 1987

BMA [1987 b]: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Forschungsbericht zur Gesundheitsforschung Nr. 160, Bonn 1987

BMA [1989 a]: Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung - Bericht zur Untersuchungsphase 1, Forschungsbericht zur Gesundheitsforschung Nr. 178, Bonn 1989

BMA [1989 b]: Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhausneuordnung 1984 mit Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1985 und Bundespflegesatzverordnung 1986, Bonn 1989

BORGERS, D. [1986]: Für eine ganzheitlichere Perspektive in der Anwendung medizinischer Technologien, in: Argument-Sonderband (AS) 141 (1986), S.49-68

BOTSCHAFTER-LEITNER, P.[1980]: Die berufliche Situation des Krankenhauspflegepersonals, in: Deppe H.U., Vernachlässigte Gesundheit – Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1980, S.174-191

BREDDEMANN, J. [1980]: Das Krankenhaus zwischen humanitärem Anspruch und ökonomischer Realität, in: Deppe H.U., Vernachlässigte Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1980, S.141-173

BRUCKENBERGER, E. [1988]: Von der parallelen Kompetenz bis zur Letztentscheidung der Krankenkassen bzw. des BMA, in: das Krankenhaus 1988, S.197-206

BRUCKENBERGER, E. [1989]: Dauerpatient Krankenhaus – Diagnosen und Heilungsansätze, Freiburg 1989

DEPENHEUER, O. [1986]: Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen – Eine verfassungsrechtliche Studie über die Grenzen sozialstaatlicher Ingerenz gegenüber freigemeinnützigen Krankenhäusern, Berlin 1986

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT [DKG, 1987]: Zahlen, Daten, Fakten '87, Düsseldorf 1989

ELKELES, Th. [1988]: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege – Zur Kritik der Funktionspflege, in: Argument-Sonderband (AS) 155 (1988), S.5-19

FALTIN, J. [1986]: Freigemeinnützige Krankenhausträger im System staatlicher Krankenhausfinanzierung, Köln, Berlin,Bonn, München 1986

GÄFGEN, G. [1984]: Zur Beurteilung medizinischer Fortschritte und Forschungen – Notwendigkeit, Ansatzpunkte und Probleme normativer Aussagen, in: Münnich F./Oettle K., Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 6, Gerlingen 1984, S.145-191

GENZEL, H. [1984]: Zum stationären Versorgungsauftrag der Kommunen, in: BayVBl. 1984, S.449-453 und 487-492

GENZEL, H. [1985]: Zur Betriebsform des modernen Kommunalen Krankenhauses, in: BayVBl. 1985, S.609-615

GENZEL, H. [1989]: Gesundheitsstrukturreform und stationäre Versorgung – Aktuelle Rechtsfragen im Zusammenhang mit der landesrechtlichen Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes, in: BayVBl. 1989, S.481-489

GENZEL, H. / HANISCH / ZIMMER [1988]: Krankenhausfinanzierung in Bayern, 2. Auflage, Loseblatt, München 1988

GRÄB, Ch. [1989]: Krankenhäuser 1987, in: WiSt. Nr. 6/1989, S.14-18

HOLLER, A. [1985]: Das Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Fragen der Versorgungskrise, in: von Ferber Ch./Reinhardt E./Schaefer H./Thiemeyer Th. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd. 4), München 1985, S.153-166

HUDSON, J. J. [1984]: Quo vadis. PSRO?, in: Selbmann H.K., Qualitätssicherung ärztlichen Handelns. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 16, Gerlingen 1984, S.109-118

JUNG, K. [1982/1985]: Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), 1. Auflage 1982, 2. Auflage 1985, Köln

KEHR, H. [1985]: Inhalte und Probleme der neuen Bundespflegesatzverordnung, in: DOK 1985, S.831-836

KEHR, H. [1989]: Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung – Situationsanalyse und Reformvorschläge, in: DOK 1989, S.584-588

KIRCHBERGER, St. [1986]: Technischer Fortschritt in der Medizin — Strukturen der Kostenentwicklung und der Leistungserbringung, in: Argument-Sonderband (AS) 141 (1986), S.7-28

KIRCHBERGER, St. [1988]: Überlegungen zu Diffusion und Kosten medizinischer Technik, in: Gäfgen G., Oberender P.: Technologischer Wandel im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S.89-116

KNAPPE, Eckhard [1988]: Innovations- und Diffusionsprozesse technischer Enwicklungen im ambulanten und stationären Sektor, in: Gäfgen G., Oberender P.: Technologischer Wandel im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988, S.35-56

KÖPPL, Franz / LAUBER, Wolfgang [1987]: Strukturen der Medizintechnik im Krankenhaus, in: Argument-Sonderband AS 155 (1987), S.26 ff.

KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG DER ROBERT BOSCH STIFTUNG [1987]: Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung — Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung, Teil I, Gerlingen

KRÄMER, W. [1989]: Die Krankheit des Gesundheitswesens — Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt/M.

KÜHN, Hagen [1980]: Privatisierung im Krankenhaus, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 6, Berlin, S.33-43

LAUFS, A. [1988]: Arztrecht, 4. Auflage, München

LEISNER, W. [1988]: Verfassungsfragen des Regierungsentwurfs eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen — Rechtsgutachten im Auftrag des Diakonischen Werks und des Deutschen Caritasverbands, Erlangen-Nürnberg (unveröffentlicht)

LEU, R. E. [1988]: Technologischer Wandel im Gesundheitswesen — Determinanten und Auswirkungen, in: Gäfgen G., Oberender P.: Technologischer Wandel im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S.9-34

METZE, I. [1982]: Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz

MÜNNICH, Frank E. [1984]: Kosten- und Allokationswirkungen des technischen Fortschritts im Gesundheitswesen, in: Münnich F., Oettle, K.: Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 6, Gerlingen, S.13-41

NEUBAUER, Günther [1989]: Von der Leistung zum Entgelt. Neue Ansätze zur Vergütung von Krankenhäusern, Gerlingen

NEUBAUER, G. / GÜNTHER, E. [1988]: Krankenhausausgaben und deren Finanzierung im internationalen Vergleich, in: das Krankenhaus, S.552-558

PAPIER, H. J. [1988]: Der Einfluß des Verfassungsrechts auf das Sozialrecht, in: Maydell, B. Baron von, Ruland, F.: Sozialrechtshandbuch (SRH), Neuwied 1988, A. 3, S.114-150

PRÖSSDORF, Klaus [1988]: Krankenhauspolitische Aspekte der Strukturreform des Gesundheitswesen, in: das Krankenhaus 1988, S. 91-97

REERINK, E. [1984]: Qualitätssicherung in den Niederlanden - Erfahrungen mit der interkollegialen Qualitätssicherung im Krankenhaus, in: Selbmann H.-K.: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 16, Gerlingen, S.61-84

REINERS, Hartmut [1989]: Die stationäre Versorgung im Zeichen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Gesetzlichen Krankenversicherung — Zum Verhältnis von Krankenhaus und Krankenkasse, in: Deppe H., Friedrich H., Müller R.: Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt-New York, S.9-40

ROBERTS, J. / WELCZEK, R. / WIDMANN, D. E. [1984]: Das Qualitätssicherungsprogramm der Gemeinsamen Kommission zur Akkreditierung von Krankenhäusern (JCAH), in: Selbmann H.-K.: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 16, Gerlingen, S.43-59

SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR) [1983]: Jahresgutachen 1983/84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 10/669, Bonn

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [SVR KA, 1987-1989]: Jahresgutachten, Baden-Baden

SCHLENKER, H. U. [1986]: Soziales Rückschrittsverbot und Grundgesetz — Aspekte verfassungsrechtlicher Einwirkungen auf die Stabilität sozialer Rechtslagen, Berlin

SCHMIDT, A. / JAHN, E. / SCHARF, B. (Hrsg.): Gesundheitspolitische Strukturkomission beim DGB-Bundesvorstand. Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft — Band 1 [1987]: Grundmängel — Grundanforderungen — Reformperspektiven. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 60, Köln; Band 2 [1988]: Vorschläge zur Strukturreform, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 63, Köln

SCHWEFEL, D. / EIMEREN, W. van / SATZINGER W. (Hrsg.) [1986]: Der Bayern-Vertrag — Evaluation einer Kostendämpfungs-politik, Berlin u. a.

SEEWALD, O. [1982]: Gesundheit als Grundrecht, Königsstein/Ts.

SIEBIG, J. [1988]: Funktionsprobleme der Großgeräteplanung, in: das Krankenhaus 1988, S.496-500

STATISTISCHES BUNDESAMT [1989]: Fachserie 12, Reihe 6, Wiesbaden

VOLLMER, R. [1985]: Die Reform des Krankenhausfinanzierungsrechts, in: NJW 1985, S.2161-2168

VOLLMER, R. / HOFFMANN, [1989]: Das Krankenhaus nach der Gesundheits-Reform, in: BKK 1989, S.199-208

WABNITZ, R.J. [1989]: Krankenhausplanung und Gesundheits-Reformgesetz, in: das Krankenhaus 1989, S.384-390

WESTPHAL, E. [1989]: Rechtsform der Krankenhäuser – Einfluß auf die Kostenentwicklung?, in: DOK 1989, S.589-593

WETZELS, E. [1989]: Medizin in Zwängen. Eröffnungsvortrag bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 1989 (noch unveröffentlichtes Manuskript)

VI. Psychiatrische Versorgung

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission einstimmig verabschiedet.*]

1. Ausgangslage und Eingrenzungen

1. Die Beschäftigung der Enquete-Kommission mit der psychiatrischen Versorgung erfolgt zu einem Zeitpunkt, da sich zwei Jahrzehnte dem Ende zuneigen, die für die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von großer Bedeutung waren. Viele und wichtige Reform-Vorhaben wurden in dieser Phase erprobt, Erfahrungen zusammengestellt und Empfehlungen veröffentlicht. Daher wird hier nicht der Anspruch erhoben, darüber hinaus noch grundsätzlich neue Erkenntnisse zu liefern. Die Enquete-Kommission sieht es dennoch als ihre Aufgabe an — wenn auch in geraffter Form —, zu einer Standortbestimmung beizutragen, auf nach wie vor bestehende Lücken hinzuweisen und Perspektiven für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen aufzuzeigen.

2. Die Ausführungen der Enquete-Kommission zum Bereich der psychiatrischen Versorgung erfolgen nicht als systematische Abhandlung von Fragestellungen im Hinblick auf spezifische Gruppen (z. B. nach alters- oder diagnosebezogener Einteilung). Zu beiden Aspekten muß auf vorhan-

*) Nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

denes Material zurückgegriffen bzw. verwiesen werden (vgl. EMPFEHLUNGEN 1988; EMPIRISCHE GRUNDLAGEN 1988; RÖSSLER 1987 u.a.; PROGNOS AG [Hrsg.] 1989). Nicht mehr zum Kreis der psychischen Erkrankungen zählen heute Epilepsiekranke; die verbesserte medikamentengestützte Beherrschbarkeit der Epilepsie verweist sie weitgehend in den Zuständigkeitsbereich der Neurologie. Geistige Behinderung zählt ebenfalls nicht mehr als Hauptgebiet der psychiatrischen Versorgung. Beide Gruppen bleiben folglich hier außer Betracht.

1. 1 Zur Notwendigkeit der Beschäftigung mit der psychiatrischen Versorgung

3. Die Notwendigkeit, Ausführungen zur »psychiatrischen Versorgung« im Rahmen einer Enquete zur Strukturreform der GKV zu machen, läßt sich aus folgenden – thesenartig formulierten – Überlegungen ableiten:

1) In das System der GKV haben Ergebnisse und Folgen des Strukturwandels in der psychiatrischen Versorgung nach wie vor an vergleichsweise wenigen Stellen Eingang gefunden. Dieser Wandel resultiert u.a. aus der Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten wie dem sukzessiv erreichten Fortschritt in der medikamentösen Therapie. Vor allem aber ist er die Folge eines neuen fachlichen Verständnisses von psychischer Krankheit, verbunden mit einer veränderten Grundkonzeption zur psychiatrischen Versorgung, die die (Re-)Integration der psychisch Kranken in den Vordergrund stellt. Die Bestimmung und Anerkennung des Hilfebedarfs für psychisch Kranke bereitet innerhalb des Systems der GKV nach wie vor erhebliche, z.T. prinzipielle Schwierigkeiten. Dies hat u. a. dazu beigetragen, daß faktisch die Sozialhilfe als »Hauptkostenträger« innerhalb der psychiatrischen Versorgung fungiert (vgl. die Untersuchungen in RIEDEL/STEINHAUSEN 1986); auf die strittige Abgrenzung von »Krankheit« und »Pflegefall« im Bereich psychiatrischer Versorgung wird ebenfalls in diesem Zusammenhang verwiesen.

   Unter Gesichtspunkten der Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker muß folglich die Frage, ob beiden Gruppen zur Heilung, Besserung oder Linderung ihrer Krankheit äquivalente Leistungsbündel »verordnet« werden können, heute noch verneint werden. In § 27 SGB V (Gesundheitsreformgesetz - GRG) wird durch den Hinweis auf die Berücksichtigung der »besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker« dem Gleichstellungsgrundsatz abstrakt Rechnung getragen. Die materielle Ausfüllung ist wegen der noch strittigen Abgrenzung von »Krankheit«, »Behinderung« und »Pflegefall« derzeit noch offen und nur in Teilbereichen der GKV zuzuordnen.

2) Die mangelnde bzw. unzureichende sozialrechtliche Verankerung des Hilfebedarfs für psychisch Kranke resultiert u.a. aus der mangelnden operationalen Klärung des aus der Eigenart psychischer Erkrankungen abzuleitenden Hilfebedarfs und aus der jahrzehntelangen Vorherrschaft einer »einrichtungsbezogenen« gegenüber einer »funktionsbezogenen« Sichtweise.

   Eine Reformprogrammatik, die auf die Veränderung und Verbesserung der Aufenthaltsorte psychisch Kranker und die Rückführung der Betroffenen in die Gemeinde abzielt und von daher insbesondere die historisch gegebenen Verhältnisse in großen, sog. gemeindefernen Krankenhäusern kritisiert, muß sich zunächst auf die Konzeption neuer Aufenthaltsorte sowie auf den Auf- und Ausbau »gemeindenaher« institutioneller Hilfen und Einrichtungen beziehen.

   Die »Psychiatrie-Enquete« (BT-Drucksache 7/4200) stellt den Markstein für diese Programmatik dar. Es hat sich jedoch in der Folge gezeigt, daß die allein auf »Einrichtungen« bezogene Betrachtungsweise im Hinblick z.B. auf die Heranziehung der GKV als Kostenträger dann argumentativ erhebliche Nachteile hat, wenn es nicht gelingt, die in Frage stehende Einrichtung in diesem Fall als der »Krankenbehandlung« dienlich zu deklarieren. Die weitere Diskussion muß sich folglich auf die Eingrenzung desjenigen Hilfebedarfs beziehen, der sich aus den Beeinträchtigungen ableitet, die psychische Erkrankungen nach sich ziehen. Die Notwendigkeit der Behebung von Defiziten in der Versorgung psychisch Kranker ist aus dem Fehlbestand von Möglichkeiten abzuleiten, die mit dem Erkranktsein bestehenden funktionalen Einbußen zu beheben. Dieser Sichtweise folgt im Kern die Argumentation in den Empfehlungen der Expertenkommission; sie wird auch hier in den Vordergrund gestellt.

   Eine »funktionale« Betrachtungsweise begreift patientenbezogene Versorgungsnotwendigkeiten zunächst unabhängig von möglichen Varianten institutioneller Ausformung und Trägerschaft. Sie beschreibt die Versorgung als notwendige Funktion zur Gewährleistung einer fachgerechten Behandlung und Betreuung vorrangig psychisch Kranker und Behinderter im ambulanten, komplementären, teilstationären und rehabilitativen Bereich. Es wird also nicht „...von Einrichtungstypen ausgegangen und ein starres Schema von Diensten und Institutionen vorgegeben ..." (EMPFEHLUNGEN 1988, S.116 f.)

3) Die Thematisierung der psychiatrischen Versorgung ist schließlich auch deshalb im gegebenen Rahmen angebracht, weil die Abgrenzung der Begriffe »Krankheit« und »Behinderung« im Bereich psychischer Erkrankungen nach wie vor strittig ist. Zu konstatieren ist, daß psychisch Kranke und insbesondere längerfristig an einer psychischen Erkrankung leidende Personen oft in der Gefahr stehen, in einen behindertengleichen Status abzugleiten oder darauf verwiesen zu werden. Unzureichende Behandlungsmöglichkeiten und fehlende Anspruchsvoraussetzungen – die große Mehrzahl der chronisch psychisch Kranken ist erwerbslos (vgl. EMPIRISCHE GRUNDLAGEN 1988 - Teil C, S.23 ff.) – verweisen gerade diese Gruppe in Verbindung mit der vorschnellen Etikettierung »behindert« ins gesellschaftliche Abseits.

   Die sachliche Bedeutung des Behindertenbegriffs auch für den Bereich Psychiatrie wird damit zwar prinzipiell nicht in Abrede gestellt; kritisch zu sehen ist die praktizierte Anwendung dieses Begriffs mit entsprechenden, empirisch belegbaren Folgen, z. B. auch im Hinblick auf die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen. Sie führt dazu, daß bei psychisch Kranken die Maxime »Rente vor Rehabilitation« zu gelten scheint (vgl. EMPIRISCHE GRUNDLAGEN 1988 - Teil D, S.118).

1. 2 Begriffliche Eingrenzungen

4. Mangelndes Verständnis und ungenügende Begriffserklärung hängen auch damit zusammen, daß Erörterungen zur Eingrenzung »psychischer Krankheit« und der damit jeweils korrespondierende Hilfebedarf von vergleichsweise

großer Unschärfe und entsprechenden Interpretationsspannen gekennzeichnet sind, die wesentlich in Art und Erscheinungsform psychischer Krankheiten selbst begründet liegen. Wenngleich inzwischen weithin anerkannt ist, daß psychische Krankheit sich innerhalb eines komplexen Ursachen- und Wirkungsgefüges, bestehend aus somatischen, psychischen und sozialen Komponenten, äußert und abspielt, erschweren die psychischen Krankheiten häufig kennzeichnenden schubhaften, phasischen und in ihrem Verlauf und Ergebnis schwer oder kaum prognostizierbaren Verläufe das Verständnis von der Eigenart dieser Krankheiten.

5. Im Unterschied zu vielen somatischen Zustandsbildern fügen sie sich folglich z.B. sozialrechtlich geforderten Bestimmungen - etwa der Erfordernis der »günstigen Prognose« als Voraussetzung für den Eintritt der Rehabilitationsträger in die Leistungspflicht – nur schwer oder kaum. Die wenig hilfreiche und manchmal vorschnelle »Umdefinition« von Befindlichkeitsstörungen und vorübergehenden Lebenskrisen zu einer psychischen Krankheit führte zu einer Überdimensionierung des Gegenstandsbereiches der Psychiatrie.

6. Trotz der damit unleugbar gegebenen Breitenwirkung in der öffentlichen Diskussion für das Thema »Psychiatrie«, zu der auch die Behauptung in der Psychiatrie-Enquete, daß „jeder Dritte in seinem Leben eine behandlungsbedürftige Krise durchmache" (BT-Drucksache 7/4200, S.7) beigetragen hat, wird hier – auch im Rückblick – die Auffassung vertreten, daß die mit dieser Ausweitung unterstellbaren Größenordnungen und »ausrechenbaren Mengenkomponenten« Gesetzgeber, Kostenträger und Sozialverwaltung von spezifischen Initiativen und klaren Zuschnitten des Hilfebedarfs für die tatsächlich von psychischer Krankheit betroffenen Menschen bisher eher zurückgehalten hat bzw. diese Zurückhaltung auch leicht wurde.

7. Allerdings besteht bis heute keine einheitliche Auffassung dazu, wie und in welchem Ausmaß jeweils ärztliche und sog. »nicht-ärztliche« Maßnahmen und Hilfen für psychisch Kranke zusammenwirken, wie sie zusammengefügt werden müssen und wie dieses Zusammenspiel geregelt werden kann bzw. soll. Bei der Verankerung von therapeutisch-stützenden, orientierenden, begleitenden und sozialbezogenen Hilfen, für die sich umschreibend der Begriff der »psycho-sozialen« Hilfen eingebürgert hat, in das gegliederte Systems der sozialen Sicherung sind Defizite erkennbar. Einer bloßen Ausweitung psycho-sozialer Hilfen generell wird hier allerdings nicht das Wort geredet; die Erfahrung hat gezeigt, daß dadurch die Festlegung und Begründung des spezifischen Hilfebedarfs für psychisch Kranke und insbesondere chronisch psychisch Kranke eher erschwert wird.

8. Mit dieser Feststellung soll die Bedeutung psychosozialer Hilfen nicht herabgemindert, sondern vielmehr darauf hingewiesen werden, daß dieser Hilfebedarf unter anderem aufgrund der prognostizierbaren Veränderung im Krankheitsspektrum und aufgrund des medizinisch-therapeutischen Fortschritts auch im somatischen Bereich steigen wird. Dabei sei an AIDS bzw. an Fortschritte in der Krebstherapie erinnert, die in vielen Fällen nur unter Aufrechterhaltung psycho-sozial-stützender Maßnahmen ihre Wirkung entfalten kann. Entscheidend ist eine übereinstimmende Definition der Begriffe: »Psychiatrie« ist nicht gleichzusetzen mit »psycho-sozialer Versorgung«; umgekehrt haben psycho-soziale Hilfen in weit mehr Feldern als nur in der psychiatrischen Versorgung ihren Stellenwert.

9. Schließlich sei, um Mißverständnissen vorzubeugen, darauf verwiesen, daß die Herleitung des spezifischen Hilfebedarfs aus der Art und »Natur« psychischer Erkrankung nicht in die Forderung mündet, diesen Hilfebedarf bzw. die Zuständigkeit hierfür vollständig in den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verlagern. Sie verfolgt allerdings den Zweck, Grundlagen und Hinweise für eine Beurteilung zu liefern, ob die Bereitstellung von Leistungen im gegebenen System der Gesetzlichen Krankenversicherung für psychisch Kranke sach- und bedarfsgerecht sowie ausreichend erfolgt und ob Nahtstellen zu anderen Teilbereichen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung genügend entwickelt sind.

2. Hauptgruppen der psychiatrischen Versorgung

2. 1 Hauptgruppen

10. Überlegungen und Sachfragen zum System der psychiatrischen Versorgung müssen daran gemessen werden, wem es und ob es den Erfordernissen, die psychische Krankheiten stellen bzw. nach sich ziehen (Hilfebedarf), gerecht wird. Die Hauptgruppen, an die sich psychiatrische Versorgung ganz oder in wesentlichen Anteilen richtet, bzw. zu richten hat, sind durch folgende diagnoseabgeleitete Klassifizierungen bezeichenbar:

- Schizophrenien, affektive Psychosen, psycho-organische Syndrome,
- Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen,
- Suchtkrankheiten.

11. Qualitative und quantitative Bestimmungen dahingehend, wer diesen Gruppen zuzuordnen ist, hängen prinzipiell davon ab, ob es sich um eine Störung mit Krankheitswert handelt; solches ist bei der zuerst genannten Gruppe unstrittig. Diese Anmerkung ist deshalb insbesondere im Hinblick auf die häufig mißverständlich und umgangssprachlich überdehnten Begriffe innerhalb der zweitgenannten Gruppe notwendig: „Unter klinischem Gesichtspunkt sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen Krankheiten. Die hier verwendete kategoriale Dreiteilung entspricht dem internationalen Gebrauch, unabhängig von pathogenetischen Konzepten ... Zwischen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen einschließlich der funktionellen Erkrankungen gibt es fließende Übergänge, auch solche zu psychotischen Dekompensationen." (Zur weiteren Begriffserklärung vgl. z. B. EMPFEHLUNGEN 1988, S.530 f.).

12. Strittig sind überdies definitorische Eingrenzungen der mit »Suchtkrankheiten« bezeichneten dritten Gruppe. Hilfreich ist hier die Unterscheidung zwischen »Substanzmißbrauch« und »Substanzabhängigkeit«: Während Mißbrauch – ohne behandlungsbedürftig zu sein – zur Abhängigkeit tendiert, ist Substanzabhängigkeit im allgemeinen eine schwerere Form der Störung durch psychotrope Substanzen. Letztere ist eine psychische Erkrankung, die körperliche Abhängigkeit einschließt – nachgewiesen durch Toleranz- oder Entzugserscheinungen –, und eine Vielzahl körperlicher, seelischer, geistiger sowie sozialer Schäden und Folgeerkrankungen nach sich zieht (vgl. EMPFEHLUNGEN 1988, S.487 f.) Im weiteren wird der Bereich der Suchtkrankenversorgung allerdings nur in Verbindung mit Pro-

blemdarstellungen genereller und krankheitsbezogender Art thematisiert. Spezifische Aspekte bleiben ebenso wie bei allen anderen Teilgruppen ausgeklammert. Dies gilt auch für die schwierige Diskussion, ob Suchtkrankenversorgung überhaupt der Psychiatrie oder insgesamt anderen Disziplinen unterzuordnen ist.

13. Die mit den genannten diagnostischen Klassifizierungen umschriebenen Zustandsbilder variieren in Ursache und Symptomatik zum Teil wesentlich in Abhängigkeit des Alters bzw. in Abhängigkeit altersspezifischer Entwicklungsprozesse. Daraus lassen sich eigene Zuständigkeiten im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung ableiten, jedoch unter der Maßgabe, daß Rolle und Bedeutung eben dieser altersspezifischen Entwicklungen entsprechendes Gewicht beizumessen wäre. So sind physiologisch bedingte Prozesse des Alterns, die Veränderung körperlicher und geistiger Funktionen und Fähigkeiten im Alter, nicht unbedingt und bereits als solche zum Aufgabengebiet der Psychiatrie zu rechnen. Dies soll hier gerade angesichts der prognostizierten wachsenden Zahlen für den Bereich der »Hochbetagten« unterstrichen sein. Versorgung, Behandlung und Pflege »Altersverwirrter« sollten im Kern integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung alter Menschen bzw. der Altenhilfe generell sein und nicht von vornherein »Sonder-Einrichtungen« vorbehalten werden. Unbenommen davon ist der Anteil der »gerontopsychiatrischen« oder, umfassender, »psycho-geriatrischen« Fachkompetenz im Bereich der Altenhilfe zu erhöhen.

2. 2 Anmerkungen zu: »Chronisch krank - behindert«

14. Wichtiges Kennzeichen aller genannten Gruppen ist es, daß die bezeichneten Erkrankungen häufig eine Tendenz zur Langfristigkeit, zum chronischen Verlauf, zur »Chronizität« bergen. Dieser Erscheinung und Problematik wird das derzeit gegebene Hilfesystem am wenigsten gerecht. Die auch an somatischen Zustandsbildern orientierte Art der »Behandlung« ist mit der Ausrichtung auf den akuten Fall nicht auf den häufig phasischen, langwelligen Verlauf psychischer Erkrankungen ausgerichtet. Von daher bricht z.B. der Leistungskatalog der GKV relativ früh ab. Die Ursache hierfür liegt vor allem darin, daß chronisch verlaufende psychische Erkrankungen an der Oberfläche Merkmale einer »Behinderung« zeigen, und damit – sozialrechtlich betrachtet – andere als GKV-abgeleitete Zuständigkeiten unterstellt bzw. suggeriert werden.

15. Obwohl eine auf der Symptomebene bleibende Unterscheidung zwischen »chronisch krank« und »behindert« Schwierigkeiten bereitet, ist festzuhalten, daß der Verzicht auf die Überwindung dieser Schwierigkeit für den Kreis der chronisch-psychisch Kranken erhebliche Benachteiligungen nach sich zieht: Ansprüche, die sich aus dem Krankheitsgeschehen ableiten, sind kaum einlösbar oder werden negiert. „Denn die Parameter des gegliederten Systems der sozialen Sicherung, die der Abgrenzung der Zuständigkeiten von Leistungsansprüchen dienen, beruhen auf der Annahme, daß sich Krankheit und Behinderung als regelwidrige Gesundheitszustände voneinander abgrenzen und hinsichtlich ihrer Zukunftsperspektiven zuverlässig beurteilen lassen. Solche für den Bereich körperlicher Erkrankungen durchaus brauchbaren Maßstäbe sind jedoch nur sehr bedingt auf chronische psychische Krankheitszustände anwendbar. Bei der ihnen eigenen wechselvollen und facettenreichen Ausprägung und Verschränkung von Krankheitssymptomen und geistig-seelischen Funktionseinbußen gelten für die Prognosestellung andere Kriterien und verschwimmen die Grenzen immer wieder zwischen den aktuellen und längerfristigen Ansprüchen an Maßnahmen der Behandlung, Rehabilitation, Pflege und sozialer Stützung." (EMPFEHLUNGEN 1988, S.113).

16. Erforderlich ist jedoch eine kritischere Betrachtung des »Übergangsfeldes« chronisch krank/behindert zugunsten der Belange psychisch Kranker, weil eine bloße Orientierung am somatischen Bereich fehlgeht. Dort ist die Behinderung in der Regel Folge eines umgrenzbaren körperlichen Krankheitsgeschehens und mit dem Verlust oder der Einschränkung von Fähigkeiten verbunden, Aufgaben in der physischen Umwelt zu bewältigen. Demgegenüber verweisen behinderungsähnliche Symptome bei psychischer Krankheit auf die eingeschränkte Fähigkeit, die von der sozialen Umwelt geforderten Rollen auszufüllen (vgl. EMPFEHLUNGEN 1988, S.111 f.). Zugleich können diese Symptome ihrerseits Merkmale einer noch andauernden Erkrankung sein.

2. 3 Größenordnungen

17. Für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland muß nach derzeitiger Schätzung mit folgenden Größenordnungen der genannten Gruppen gerechnet werden: Die Zahl der innerhalb eines Jahres Behandlungsbedürftigen aller Altersstufen dürfte nach Expertenmeinung bei ca. 10–12,5% der Bevölkerung liegen (vgl. EMPFEHLUNGEN 1988, S.IV f.). Die Gruppe der an Schizophrenie bzw. an (affektiven) Psychosen erkrankten Personen umfaßt – je nach diagnostischer Abgrenzung – zwischen 0,3 bis 0,4 % (200.000 – 250.000) bzw. ca. 1,3% (800.000) (vgl. WEYERER/DILLING 1984, S.32 ff.); die Gruppe der Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen umfaßt ca. 1 Mio. Personen (Untergrenze), die Zahl der behandelten und unbehandelten Abhängigkeitskranken wird derzeit auf mindestens ca. 2 Mio. Personen geschätzt (mit wachsender Tendenz).

18. Die Zahl der chronisch psychisch Kranken muß auf ca. 500.000 bis 600.000 angesetzt werden; jede 8. – 10. Person mit einer psychischen Erkrankung unterliegt dem Risiko einer Chronifizierung.

19. Inwieweit diese Größenordnungen auch für die weitere Zukunft gelten können, hängt von der Entwicklung unterschiedlicher Einflußgrößen ab, so z. B. von der Frage der Konstanz der Rate psychischer Erkrankungen: Im Unterschied z.B. zu Entwicklungen im Suchtbereich, der für die vergangenen Jahre eine starke Steigerung der Raten von Alkoholikern aufweist, geht man im Kernbereich der schizophrenen Erkrankungen – in gewissen Grenzen – von einer Konstanz der Erkrankungen aus[1]. Untersuchungen deuten darauf hin, daß das altersstandardisierte Ersterkrankungsrisiko für Schizophrenie im letzten Jahrhundert im wesentlichen stabil geblieben ist (vgl. HÄFNER 1985, S.120-133).

20. Allerdings spielen im Bereich psychischer und insbesondere »nicht psychotischer«, z. B. neurotischer, Erkran-

1) Die Aussagen hier beziehen sich nur auf den Bereich der 65jährigen Bevölkerung! Anzunehmende Steigerungen der Zahlen z.B. hirnorganisch erkrankter, demeter Personen in den demographisch wachsenden Altersgruppen der über 65jährigen bleiben für die Überlegungen außer Betracht.

kungen darüber hinaus die gesellschaftliche Definition (was wird »toleriert«?) und die daraufhin erfolgende Inanspruchnahme von Hilfen eine wichtige Rolle bei der Beantwortung der Frage, ob psychische Krankheiten »häufiger« geworden sind. Auch die Veränderung und Entwicklung der Angebotsstrukturen definieren Auftretenshäufigkeiten mit. In welcher Größenordnung Patienten schließlich der Nachsorge bedürfen, also im außerstationären Bereich »häufiger« auftreten, hängt auch von der sog. »Enthospitalisierung« und der damit zusammenhängenden weiteren Planung der Klinikträger bzw. der Krankenhausplanung ab.

3. Versorgung, Aufgaben, Gestaltungs- und Steuerungsprinzipien

3. 1 Funktionale Bestimmung des Hilfebedarfs

21. Die Bestimmung des spezifischen Hilfebedarfs für Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden, geht von der Eigenart dieser Erkrankung aus.

22. Zentrales Kennzeichen psychischer Erkrankung ist, daß sie sich in einer tiefgehenden Störung der Beziehungen zum eigenen Ich, zu den persönlichen Fähigkeiten und zur sozialen Umwelt äußert. Sie wird „ ...unabhängig von ihren Ursachen in den Wechselbeziehungen zwischen dem betroffenen Individuum (Disposition zur Krankheit, Persönlichkeitsstruktur, vor und nach Ausbruch der Krankheit erworbene Fähigkeiten bzw. erlittene Beeinträchtigungen etc.) und seinen konkreten Lebensbedingungen (Familie, Schule, Arbeitswelt, Freunde, Nachbarn, professionelles Hilfesystem etc.) erlebt. ... Psychische Störungen, Krankheiten und Behinderungen werden also in Beziehungen erfahrbar. Die verschiedenen in der Diagnostik und Behandlung psychisch Kranker Tätigen haben unterschiedliche Erklärungsmodelle für dieses Phänomen. Die notwendige Synthese wird nur selten geleistet. Die Verunsicherung aller Beteiligten über das, was ein angemessener Umgang sein könnte, wird damit noch verstärkt." (EMPFEHLUNGEN 1988, S.81 f.)

23. Die »Behandlung« psychischer Krankheit muß also zugleich Vorstellungen darüber einschließen, wie sie zur Beseitigung oder zumindest Linderung der krankhaften Beziehungsstörung beitragen kann. Die dadurch gegebenen Schwierigkeiten in der Begriffsbestimmung dessen, was unter »psychischer Erkrankung« und damit verbundener »Beziehungsstörung« zu verstehen sei, haben immer wieder dazu Anlaß gegeben, etwa zwischen »Krankenbehandlung« einerseits und z. B. sog. »Soziotherapie« andererseits zu unterscheiden bzw. ärztliche und »nicht-ärztliche« oder psycho-soziale Hilfen auch im Rahmen der Diskussion um Finanzierungszuständigkeiten voneinander zu entkoppeln. Dies hat unter anderem dazu geführt, daß sowohl im sog. Langzeitbereich der Krankenhäuser wie im außerstationären Bereich für psychisch Kranke heute nach wie vor in weitreichendem Ausmaß die Sozialhilfe als alleiniger Kostenträger von Maßnahmen und Hilfen fungiert (vgl. die Erhebungen zur Verteilung der Kostenträgerzuständigkeiten für die Versorgung psychisch Kranker in einem Landkreis (»Regionales Psychiatriebudget«), in: RIEDEL/STEINHAUSEN 1986). Gelegentlich wurde auch das Argument vorgetragen, daß zu »Reparaturen« von Beziehungsstörungen beizutragen, nicht Aufgabe z.B. der GKV sei – ein Argument, das im Hinblick auf psychische Erkrankungen fehlgeht.

24. Im Kern geht es darum: Psychische Erkrankungen führen – wie jede andere Krankheit auch – zu funktionalen Einschränkungen und Beeinträchtigungen des Lebensvollzugs. Während z.B. entzündliche oder krankheitsbedingte chronische Eingriffe in der Regel klar umgrenzbare körperliche Beeinträchtigungen hervorrufen, die nach allgemeiner medizinischer Erfahrung prognostisch gut beurteilbar sind sowie durch Einhaltung eines Katalogs verordneter Maßnahmen zur Heilung oder Linderung führen, gilt Gleiches für psychische Erkrankungen in dem Maße nicht. Diese äußern sich diffuser, auf verschiedenen Ebenen (körperliche, psychische, soziale Ebene), führen häufig zum Rückzug und zur Vernachlässigung zentraler Lebensvollzüge, zur Hilflosigkeit sowohl des Betroffenen wie auch seiner Partner und Mitmenschen und sind, prognostisch betrachtet, in ihrer Entwicklung schwer kalkulierbar. Dabei leidet die „Respektierung psychisch Kranker ... auch unter den Wertmaßstäben, die die moderne Medizin und unser Sozialversicherungssystem stellen. Wichtigstes Erfolgskriterium für ärztliches Handeln ... sind die möglichst uneingeschränkte Wiederherstellung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit. Werden diese Ziele nicht erreicht, wird das als Mißerfolg verbucht und führt einerseits zum Abbruch der therapeutischen Beziehung, andererseits zur Ausgrenzung aus dem Leistungssystem der Versicherung. Sinnfälligen Ausdruck finden beide Akte in der Krankenhauspsychiatrie, wenn ein Behandlungsfall zum »Pflegefall« deklariert wird". (EMPFEHLUNGEN 1988, S.84)

25. Die Aufgaben der psychiatrischen Versorgung müssen, wie im somatischen Bereich, folglich darin gesehen werden, den Erkrankungsprozessen, soweit dies möglich ist, Einhalt zu gebieten, einer Verlängerung der Krankheit entgegenzuwirken bzw. eine weitere Verschlimmerung zu verhindern. Psychiatrische Versorgung muß deshalb mit den Mitteln, Leistungen und Hilfen ausgestattet sein, deren die Behandlung psychischer Krankheit bedarf. Die Art und der Umfang dieser Mittel, Leistungen und Hilfen bestimmt sich aus den Anforderungen, die sich aus dem Ziel der Beseitigung oder Linderung der durch die Krankheit hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen ergibt; sie sind, der Sache nach und anlaßbezogen, der »Krankenbehandlung« zuzuordnen. Diese Anforderungen leiten sich aus der Spezifik psychischer Erkrankungen ab. Denn anders als körperlich Kranke, „sind psychisch Kranke und Behinderte mithin aufgrund von Störungen des Wahrnehmens, Fühlens, Denkens, Wollens und der Erlebnisverarbeitung nicht nur in ihren Fertigkeiten eingeschränkt, ihre unmittelbaren Lebensbedürfnisse aus eigener Kraft zu befriedigen, sondern vor allem auch in ihrem Vermögen, soziale Beziehungen aufzubauen, zu unterhalten und soziale Rollen zu erfüllen. Auch sind psychische Erkrankungen und die aus ihnen erwachsenden Funktionseinbußen in anderer Weise als körperliche Krankheiten und ihre Folgen ineinander verschränkt. Psychische Erkrankungen sind im Zeitablauf vielfach starken Intensitätsschwankungen ihrer Symptome unterworfen mit entsprechenden Auswirkungen auf Art und Grad der Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Verwirklichungsmöglichkeiten der Betroffenen." (EMPFEHLUNGEN 1988, S.112 f.)

26. Substanz und Qualität psychiatrischer Versorgung bestimmen sich also nach dem Grad der Möglichkeiten, diesen Anforderungen und Wirkungen, die psychische Erkrankungen stellen, gerecht zu werden. Für »psychiatrische Behandlung« als Teil der Gesetzlichen Krankenversicherung ist folglich ein entsprechender Qualitäts-Maßstab anzulegen

und insoweit im Rahmen des § 70 Abs.1 SGB V auch für psychisch Kranke eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, sowie »ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu gewährleisten«.

27. In Ausfüllung von § 27 SGB V, daß »bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker...insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und der medizinischen Rehabilitation (Rechnung zu tragen)« sei, ergeben sich damit, nach derzeitigem Stand der Erkenntnisse, eine Reihe von Aufgaben und Erfordernissen im einzelnen, um insbesondere schwereren Formen krankhafter Störungen (gekennzeichnet durch einen zunehmenden Verlust der Selbststeuerungsfähigkeiten, der Orientierung, der Motivation, häufig auch von fehlender Krankheitseinsicht bei gleichzeitig schwächer werdendem Willen und Fähigkeiten begleitet) zu begegnen und dem drohenden Ausfall wichtiger Lebensvollzüge und (Re-)Produktionsleistungen im Bereich des Wohnens, der Arbeit und Beschäftigung, des Tagesablaufs, der familiären und sozialen Beziehungen und anderem mehr ebenfalls entgegenzuwirken. Psychiatrische Versorgung hat – so betrachtet – zu gewährleisten und sicherzustellen, daß in Verbindung mit ärztlich induzierten Maßnahmen medikamentöser und therapeutischer Art zugleich ein abgestuftes Spektrum stützender Maßnahmen und Hilfen »verordnet« werden kann, die auf die Wiedergewinnung oder zumindest den Erhalt der vorhin genannten Fähigkeiten und individuellen Möglichkeiten abzielen und krisenhafte Zuspitzungen möglichst vermeiden helfen. Dabei ist zu beachten, daß der Hinweis in § 27 Abs.1 Satz 3 SGB V nicht zugleich eine Ausweitung des Leistungskataloges bedeutet (vgl. BT-Drucksache 11/3480, S.34).

28. Die Spannbreite der Maßnahmen- und Hilfebereiche ist damit vergleichsweise weit zu stecken. Klargestellt sei, daß diese Spannbreite nicht im Rahmen der GKV allein abzudecken ist; prinzipiell zu überdenken ist jedoch der Bereich, den die GKV innerhalb des Gesamtrahmens von Maßnahmen für psychisch Kranke übernehmen könnte.

29. Die Maßnahmen und Hilfen zur Behebung, Besserung oder Linderung der Krankheitserscheinungen und -folgen lassen sich nach Auffassung der Expertenkommission zur Psychiatriereform entsprechend den Schwerpunkten der Funktionsstörungen und Funktionsausfällen vier Bereichen zuordnen:

1) Funktionsbereich Behandlung/Rehabilitation:
   Dazu gehören neben Diagnostik und der Vornahmen zur Einschätzung der Fähigkeiten und Defizite des Kranken, insbesondere: Behandlung und psychiatrische Pflege (im ganzheitlichen Sinn) sowie Beratung und Rehabilitation.
2) Funktionsbereich Wohnen:
   Hierzu gehören z.B.: Hilfen beim Erhalt familiärer Wohnformen, bedarfsorientierte Unterstützung und Aufbau von beschützten Einzelwohnungen, Wohngruppen/Wohngemeinschaften, Heimen und deren Betreuung.
3) Funktionsbereich Kontaktstiftung – Alltagsgestaltung/Tagesstrukturierung – Teilhabe am Leben in der Gesellschaft:
   Zu nennen sind: Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen, Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung, Angebote zu sinnvoller Beschäftigung und Arbeit, körperliche Aktivitäten, Club-Veranstaltungen, Ausflüge und Besuch kultureller Veranstaltungen sowie Hilfen zur Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen.
4) Funktionsbereich Arbeit:
   Dazu gehören z.B.: Rehabilitationsberatung und Hilfen zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, berufliche Rehabilitation, Bereitstellung von beschützten Arbeitsplätzen und begleitende Hilfen im Arbeitsleben.

30. Dem o.g. »Gleichstellungsgedanken« folgend, aber auch im Hinblick auf die funktional bestimmten Erfordernisse, sind des weiteren zu nennen:

- Vorsorge: Maßnahmen der Frühdiagnostik und Frühbehandlung bei sich anbahnenden psychischen Erkrankungen und Störungen.
- Nachsorge: Rückfallverhütung, vor allem die Einleitung und Begleitung von Maßnahmen der sozialen und beruflichen Rehabilitation.
- Krisenintervention und Notfallpsychiatrie: rasches, befristetes Eingreifen zur Vermeidung oder Abwendung von medizinischen oder sozialen Notlagen. (zur Terminologie und Erläuterung der Hilfen im einzelnen vgl. insbesondere EMPFEHLUNGEN 1988, S.137 ff.).

31. Grad und Ausmaß, in denen so eingegrenzte Maßnahmen vorzuhalten wären, sind nicht von vornherein bestimmbar, sondern variieren individuell unterschiedlich in Abhängigkeit von

- der Art der Erkrankung,
- dem Ausmaß der Einschränkung lebenspraktischer Fähigkeiten,
- den verbliebenen sozialen Bezügen außerhalb der betreuenden Einrichtung,
- der zurückgelegten Dauer der Krankheit und
- dem Lebensalter.

32. Anhand dieser Kriterien wird deutlich, daß es keine vorab definierbaren Leistungsbündel für psychisch Kranke geben kann, ebenso wie keinesfalls alle psychisch Kranken grundsätzlich umfassender Angebote bedürfen. Diese Leistungsbündel sind individuell zu bemessen. Zugleich hängt die Frage, ob Behandlung, Betreuung, Pflege, Unterstützung etc. im Vordergrund zu stehen haben, wesentlich von dem Zeitpunkt im Krankheitsgeschehen ab, an dem diese Frage gestellt wird.

3. 2 Gestaltungsprinzipien bei der Steuerung psychiatrischer Versorgung

33. Erforderlich ist somit grundsätzlich ein kontinuierlich abgestuftes Hilfssystem, bei dessen Aufbau folgenden Gestaltungsprinzipien Rechnung zu tragen wäre:

- Normalisierung und Integration: Alle Maßnahmen und Hilfen sollten so gestaltet werden, daß sie zu einer möglichst normalen Lebensführung beitragen bzw. verhelfen. Einrichtungen und Hilfen sollen die Integration der Betroffenen in übliche und alltägliche Lebenszusammenhänge so weit wie möglich fördern. Die Betonung des Normalitätsprinzips unterstreicht zugleich die Rolle, die nicht-professionellen und durch Laienhelfer gestützten Angeboten sowie Selbsthilfeaktivitäten zukommt.
- Differenzierung: Die einzelnen Maßnahmen und Hilfen sollten nicht schematisch konzipiert und durchgeführt werden, sondern möglichst dem individuell gegebenen Hilfebedarf angepaßt werden können. Dies setzt die Be-

reitschaft zur Differenzierung der Angebote sowie eine möglichst hohe Flexibilität in der Organisation und Möglichkeiten zur jeweils spezifischen Verknüpfung der Hilfen voraus.

- Versorgung, Betreuung und Hilfe sollen die Eigenaktivität nicht reduzieren, sondern auf deren Stärkung ausgerichtet sein.
- Gleichstellung: Das Prinzip der Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker wurde bereits in der Psychiatrie-Enquete 1975 hervorgehoben: „Dem psychisch Kranken muß prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie den körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden." (BT-Drucksache 7/4200, S.205).

  Die Auslegung dieses Grundgedankens für psychisch Kranke führt zu der Forderung, daß Einrichtungen und Hilfen für diesen Personenkreis nicht als »Sonder«leistungen zu begreifen, sondern als integrierter Bestandteil des allgemein bestehenden Angebots an Gesundheits- und Sozialleistungen zu verstehen sind.

34. Einer der entscheidenden Nachteile in der psychiatrischen Versorgung besteht darin, daß Maßnahmen und Hilfen (insbesondere für die schwerer betroffenen chronisch psychisch Kranken) außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses nicht in dem Maße integriert vermittelt werden können, wie dies der Besonderheit psychischer Erkrankung entspräche. Nach Verlassen des Krankenhauses und bei häufig fehlenden familiären und sozialen Netzen ist unter derzeitigen Bedingungen die betreffende Person in der Regel darauf verwiesen, die für sie wichtigen Lebens- und Sozialbezüge wieder allein für sich zu verknüpfen, sich zu orientieren, sich innerhalb unterschiedlicher Trägerzuständigkeiten und Anspruchsvoraussetzungen zurechtzufinden und sich zu behaupten. Handlungen sind also erforderlich, deren mangelnde Ausgeprägtheit selbst gerade Kennzeichen psychischer Erkrankung ist. Häufig gelingt es nicht, einen damit aufkommenden *circulus vitiosus* zu durchbrechen; »Drehtür-Psychiatrie« und jahre- bzw. z.T. jahrzehntelanger Verbleib in psychiatrischen Krankenhäusern sind die Folge.

35. Bereits in der Psychiatrie-Enquete (1975) wurde der Gedanke vorgetragen, daß Hilfen folglich kooperativ, koordiniert und »im Verbund« für psychisch Kranke entwickelt und geboten werden müßten. Denn ist der psychisch Kranke nicht in der Lage, die Verknüpfung funktional wichtiger Leistungen und Lebensvollzüge für sich selbst zu erbringen, so muß die Hilfe an seiner Stelle und als Verknüpfungsleistung für ihn erbracht werden. Nach Auffassung der Expertenkommission (1988) soll diesem Zweck der Aufbau eines sog. »Gemeindepsychiatrischen Verbundes« dienen können, innerhalb dessen die Leistungserbringer und Angebotsträger vor Ort sukzessive auf die Vervollständigung und Abstimmung der Leistungen und Hilfen für psychisch Kranke hin zusammenarbeiten. Effektivität und Qualität der Maßnahmen und Hilfen würden sich dann nicht nur an der Wirkung der Einzeldienste und -hilfen bemessen lassen, sondern insbesondere auch an der Kooperation der Beteiligten.

36. Damit stellt sich die Frage, wie überhaupt Anreize für Kooperation und für den Aufbau »verbundener Hilfen« gesetzt werden könnten. Mit der Antwort darauf sind wenigstens zwei Aspekte berührt, die mit der spezifischen Steuerung und Koordination von Leistungen und Hilfen für psychisch Kranke generell zusammenhängen. Der erste Aspekt bezieht sich auf die »finanzielle Seite« des Verbundgedankens, der zweite auf seine »ordnungspolitische Seite«.

37. Unter dem Gesichtspunkt der finanziellen Steuerung und Anreizsetzung ist zu konstatieren, daß es auf Basis des derzeit geltenden Rechts und entsprechend ausformulierter Verordnungen bzw. Richtlinien nicht möglich ist, für psychisch Kranke Maßnahmen und Hilfen durch einen Leistungsträger zu verordnen, die ein anderer Angebotsträger erbringen und abrechnen kann[2]. Wäre dem so, ließe sich im Kern der Aufbau von den im Verbund anbietbaren Leistungen durch entsprechende Anreizsetzung steuern. Notwendig wäre es aber, Definition und rechtliche Fixierung derartiger Leistungen zu fördern – darauf ist zurückzukommen.

38. Nicht auszuschließen, wenngleich mit Schwierigkeiten behaftet, ist der Auf- und Ausbau »mischfinanzierter« Einrichtungen im außerstationären Bereich. Bei dieser Lösung würden innerhalb einer oder mehrerer Einrichtungen die nötigen Hilfen integriert angeboten; die »Steuerung« dieses Angebots hinge dann davon ab, welche Kostenträger in welchen Anteilen zur Mischfinanzierung heranzuziehen bzw. zu gewinnen wären. Beispiele für Mischfinanzierungen unter Beteiligung der GKV stellen die sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg dar. »Eine besondere Schwierigkeit macht allerdings immer aus, daß es an einer Leistungsdefinition dessen mangelt, was mit Fug und Recht als diejenigen therapeutischen Hilfearten bezeichnet werden muß, die eindeutig medizinischen Charakter im Sinne der Heilung, Besserung oder Linderung psychischer Krankheit aufweisen und somit als verbindliche Grundlage des seitens der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragenden Anteils in die Finanzierungsverhandlungen eingehen kann. Dies ist einer bedarfsgerechten Finanzierungsform insbesondere insofern abträglich, als sich der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragende Anteil solcher Mischfinanzierungen von den Krankenkassen leicht als aus dem Leistungsrecht nicht zwingend ableitbar dargestellt werden kann.« (EMPFEHLUNGEN 1988, S.637)

39. Hinsichtlich des ordnungspolitischen Aspekts ist es zugunsten der Belange psychisch Kranker angebracht, die Frage der Koordination und Steuerung der Angebote noch von einer anderen und übergeordneten Warte her zu betrachten. Da es auf absehbare Zeit weder sachlich sinnvoll noch durchführbar erscheint, einem Leistungs- und Versorgungsträger die Hauptaufgabe der Koordination von Leistungen und Hilfen für psychisch Kranke zu überantworten (abgesehen davon, daß es dazu der sozialrechtlichen Vorklärung und Anreizsetzung bedürfte), liegt der Gedanke nahe, diese Koordination bei Gemeinden, Kreisen und Städten anzusiedeln, weil sie für die in ihnen wohnenden Bürger zunächst der »zentrale Ort« sind, in dem diese ihre Angelegenheiten regeln, in dem sie handeln, innerhalb dessen sie Lebens- und Berufsperspektiven entwickeln und in dem sich die sozialen Beziehungen realisieren. Die Gemeindeordnungen bestimmen in der Regel, daß die Gemeinden das Wohl der in freier Selbstverwaltung durch ihre von der Bürgerschaft gewählten Organe fördern (so z.B. Gemeindeordnung Nordrhein-Westfalen). Den Gemeinden obliegt folglich die Pflicht, auch für psychisch Kranke Voraus-

2) Daß dem im Bereich häuslicher Krankenpflege - § 37 SGB V - zwar dem Grunde nach so ist, steht dazu nicht im Widerspruch, weil das derzeitige Leistungsspektrum häuslicher Krankenpflege den spezifischen Belangen psychisch Kranker nicht angemessen ist. Auch delegierender Arzt und Psychotherapeut sind nicht als zwei selbständige Elemente eines »Verbundes« in dem hier gemeinten Sinn anzusehen, sondern sind, leistungsrechtlich betrachtet, eine Einheit.

setzungen zu schaffen oder zu fördern, die dem Wohl dieser Teilgruppe aller Bürger dienlich sind.

40. Abgesehen von derartigen Grundsätzen, daß die Gemeinden das Wohl aller Bürger – gesunder wie kranker – zu fördern haben, bestehen für die kommunale Verantwortung und im gegebenen Kontext weitere bereits gesetzlich geregelte Bereiche, in denen die sachliche Zuständigkeit der Kommunen für psychisch Kranke in je besonderer Weise und zumindest formal ausgeprägt ist:

- § 96 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) bestimmt die kreisfreien Städte und Landkreise als örtliche Träger der Sozialhilfe. Im Rahmen der Ausfüllung der mit dem BSHG gegebenen Vorschriften fällt den Kommunen für die Gestaltung der Hilfen und Maßnahmen für psychisch Kranke über die Gewährung von Leistungen eine besonders wichtige Rolle zu. Aus Sicht der Betroffenen ist diese Rolle sogar entscheidend, da sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe angewiesen sind.
- Die Psychisch-Kranken- und Unterbringungsgesetze dieser Länder bestimmen in der Regel die Kreise und kreisfreien Städte als Träger vorsorgender, nachgehender und begleitender Hilfen für psychisch Kranke und unterstreichen damit deren Verantwortung für diesen Personenkreis. In Ausfüllung dieser Hilfen sollen die Träger mit den Krankenhäusern und Ärzten und den sonstigen Hilfeträgern zusammenarbeiten.

41. Wenngleich speziell die letztgenannten Gegebenheiten häufig Anlaß zu Kritik bieten, beinhalten sie doch andererseits die prinzipielle Möglichkeit, positiv-fördernde Maßnahmen genau an diese Zuständigkeit zu knüpfen. Aufgrund der vielerorts bereits erprobten Koordinations- und Steuerungsmaßnahmen wird somit überlegt, die Förderung der Zusammenarbeit durch entsprechende Maßnahmen und Koordination der im Versorgungsgebiet tätigen Einrichtungen zum dezidierten Aufgabengebiet der zuständigen Gemeinden, Kreise und Städte zu erklären. „Zur Erfüllung dieser Aufgabe und der damit zwangsläufig verbundenen langfristigen Bewältigung des Aufbau- und Entwicklungsprozesses der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter empfiehlt die Expertenkommission ... die Einrichtung einer Koordinationsstelle (mit Fachkraft besetzte Verwaltungsstelle)", zu deren Aufgabenkreis u.a. gehören soll:

- Entwicklung von Planungskonzepten unter Einbeziehung der regionalen Dienste,
- Koordination und Initiierung von Aktivitäten in der Region,
- Verhandlungen mit Kostenträgern zum Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (vgl. EMPFEHLUNGEN 1988, S.318 f.)

42. Abschließend sei angemerkt, daß die Frage nach der Koordination der Hilfen gleichzusetzen ist mit der Frage nach den »Garanten« für den Prozeß der »Re-Kommunalisierung der Psychiatrie«, eine Kurzformel, auf die sich die Philosophie der Psychiatriereform zurückführen läßt. Damit greift das Thema der funktionsgerechten Steuerung der Hilfen im Bereich der psychiatrischen Versorgung über GKV-systemimmanent angelegte Steuerungsprinzipien zwar hinaus, schließt aber damit nicht die Frage aus, welcher Beitrag generell von Seiten der GKV innerhalb des Gesamtsystems und wie zu erbringen wäre. Denn diese, die Gestaltung psychiatrischer Versorgung kennzeichnende Frage nach der Verknüpfung der Funktionen: Behandlung, Pflege, Wohnen, Arbeit, Tagesstrukurierung etc. zielt auch darauf ab, wie Übergänge zwischen Krankenversorgungssystem und gesunder Lebenswelt zu regeln sind. Die Steuerung des GKV-Systems ist – so gesehen – dann nicht abgehoben zu betrachten von dem übergeordneten ordnungspolitischen Rahmen einerseits und dem »gemeindlichen« Rahmen andererseits.

4. Bestandsaufnahme, Strukturprobleme und Defizite in den einzelnen Bereichen der psychiatrischen Versorgung

4. 1 Bestandsaufnahme unter quantitativen Aspekten

43. Die Entwicklung und Differenzierung der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahrzehnten ging aus von der Erweiterung der lange auf zwei Säulen ruhenden Versorgung durch das meist »gemeindefern« gelegene (Groß-) Krankenhaus (zur stationären Akut- und Langzeitversorgung) und durch die Praxis des niedergelassenen Arztes. Dieses Basissystem wurde ursprünglich nur ergänzt durch die an Gesundheitsämter gebundene »Außenfürsorge« sowie durch Heimeinrichtungen zumeist konfessionell gebundener Träger; bis heute wurde und wird es sukzessive um weitere Hilfsmöglichkeiten ergänzt. Allerdings trägt das Basis-System Psychiatrisches Krankenhaus – Niedergelassener Nervenarzt auch heute noch, rein quantitativ betrachtet, den Hauptanteil an der psychiatrischen Behandlung und Versorgung psychisch Kranker.

4. 1. 1 Stationärer Bereich

44. Mit Beginn des Jahres 1988 (Stand 31.12.1987, vgl. GRÄB 1989) standen in der Bundesrepublik zur Verfügung:

	Anzahl	Betten
Krankenhäuser für		
- Psychiatrie/Neurologie	215	83.068
- Suchtkrankheiten	99	7.741
zusammen:	314	90.809
Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie an Allgemeinkrankenhäusern	ca. 115	ca. 11.000

45. Damit standen zu Beginn des Jahres 1988 ca. 15 % aller Betten (= 673.700) für die stationäre Behandlung psychiatrischer Fälle zur Verfügung, und zwar in 14 % aller Krankenhäuser. Die Gesamtzahl der psychiatrischen Betten hat sich um 2,4 % gegenüber dem Vorjahr verringert. Allerdings ist präzisierend hinzuzufügen, daß in der o.g. bundesstatistischen Zählung der Krankenhäuser auch eine Reihe kleinerer Sonderkrankenhäuser enthalten ist mit z.T. unter 50 Betten. Insofern ist die Zahl von 215 Krankenhäusern für Psychiatrie dann zu hoch, wenn man sich nur auf die (großen) Psychiatrischen Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag für ein bestimmtes Gebiet im engeren Sinne bezieht. Diese Zahl dürfte bei ca. 90 bis 110 liegen. Eine exakt abgegrenzte und aktuelle Statistik auf Bundesebene existiert dazu nicht. Der seit etwa zwei Jahrzehnten anhaltende Trend der Verlagerung der Betten in aufzubauende Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser hat sich – wenngleich in den letzten Jahren eher verlangsamt – weiter fortgesetzt.

Im Schnitt verfügt etwa jedes 12. Allgemeinkrankenhaus über eine psychiatrische Abteilung.

46. 200.000 Patienten werden jährlich in den psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern stationär behandelt, davon bereits ca. 100.000 in den Abteilungen mit einer mittleren Verweildauer von ca. 30 Tagen. Für die meist weiter von den Wohnorten der Patienten liegenden größeren Krankenhäuser sind Angaben zu Verweildauern schwierig, da keine einheitliche Basisdokumentation existiert, Aufenthalte dort von wenigen Tagen bis zu mehreren Jahren sich erstrecken und unterschiedlich definierte Gruppen (nach Alter, Diagnose etc.) zu trennen wären. Grob geschätzt, dürfte die mittlere Verweildauer von Patienten in Krankenhäusern für Psychiatrie zwischen 60 und 90 Tagen liegen.

47. Die stationäre Versorgung ist außerdem seit Jahren von zwei Trends gekennzeichnet: Bei sinkenden durchschnittlichen Verweildauern und rückläufigen Bettenzahlen steigen Krankenhaushäufigkeit und Wiederaufnahmequoten an. Parallel zu einem steilen Anstieg der Zahl stationär versorgter Patienten sind Veränderungen in der Patientenstruktur zu beobachten. Als ursächlich für diese Entwicklung werden Veränderungen der psychiatrischen Morbidität der Bevölkerung, das gewandelte Leistungsspektrum psychiatrischer Krankenhäuser oder verfügbare Alternativen zur stationären Behandlung angesehen (vgl. RÖSSLER u. a. 1987, S.289).

4. 1. 2 Teilstationärer Bereich

48. Die teilstationäre Behandlung beschränkt sich in der Bundesrepublik nahezu ausschließlich auf Tageskliniken. Eine Behandlung in Nachtkliniken findet nur in Einzelfällen statt. Als besonders charakteristisch für den Wandel des psychiatrischen Versorgungsgedankens gilt die Tagesklinik, da sie Gemeindenähe, d. h. die Möglichkeit des Verbleibs des Patienten in seiner angestammten Umgebung, mit längerfristiger, strukturierter Behandlung vereint. Die Tagesklinik gibt es als integrierten Teilbereich oder auch als räumlich getrennte »Außenstelle« einer Klinik; in wenigen Fällen existieren Tageskliniken auch in eigener Trägerschaft. 1985 waren in der Bundesrepublik 122 Tageskliniken eröffnet, heute dürften es ca. 130–140 sein (vgl. LEITFADEN ZUR TAGESKLINISCHEN BEHANDLUNG 1986). Infolge der Neuregelung der Fahrtkostenregelung im GRG (§ 60 SGB V) sind verschiedene Projekte von Tageskliniken in Schwierigkeiten geraten. Eine Reihe von Patienten ist nicht bereit oder in der Lage, die trotz Härtefallregelung nach § 62 SGB V fälligen Zuzahlungen zu leisten. Dieses Problem könnte dadurch gelöst werden, daß die Krankenkassen die Fahrtkosten im Rahmen der Pflegesätze übernehmen bzw. die Gewähr bieten, daß den Patienten durch An- und Abfahrt keine finanziellen Nachteile entstehen. Gegebenenfalls müssen hierfür rechtlich präzisere Gundlagen geschaffen werden.

4. 1. 3 Ambulanter Bereich

49. 1988 waren rd. 3.100 niedergelassene Ärzte als Kassen- oder Vertragsärzte mit den Gebietsbezeichnungen »Neurologie und Psychiatrie« bzw. »Neurologie« oder »Psychiatrie« tätig, in der weit überwiegenden Anzahl mit erstgenannter Gebietsbezeichnung. Ca. 1,6 Mio. Patienten erhielten in den Praxen niedergelassener Nervenärzte psychiatrische Hilfe.

50. Über Inhalt und Anfang der nervenärztlichen Tätigkeit gibt die im Sommer 1987 vorgelegte »Nervenarztstudie« (ZENTRALINSTITUT 1987) Aufschluß. Rein rechnerisch versorgt eine Nervenarztpraxis heute durchschnittlich 25.000 Einwohner – mit regionalen Spannbreiten von 1 : 10.000 (meist in großstädtischen Gebieten) bis 1 : 60.000 (ländlicher Raum).

Im ambulanten Bereich sind des weiteren derzeit tätig bzw. zu nennen:

- Ärztliche Psychotherapeuten (mit anderen als nervenärztlichen Gebietsbezeichnungen) und Fachpsychotherapeuten (i.d.R. mit Grundberuf Psychologe), die im Rahmen der sog. Richtlinien »Psychotherapie/im Delegationsverfahren« tätig sind (ca. 2.200),
- Institutsambulanzen (gemäß § 118 SGB V)(ca. 30–40),
- Psychologische Praxen (ca. 3.000 – 4.000),
- Gesundheitsämter (Teil des öffentlichen Gesundheitswesens) mit angebundenem Sozialpsychiatrischem Dienst (z.B. Berlin, Nordrhein-Westfalen) und ohne angebundenen Dienst dieser Art (z.B. Bayern, Baden-Württemberg) (ca. 320),
- Sozialpsychiatrische Dienste in freier Trägerschaft (Bayern, Baden-Württemberg, als »Psychosoziale Dienste« im Saarland organisiert) (ca.70) (vgl. NEUBAUER 1989),
- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, gelegentlich in Verbindung mit Tagesstätten (meist nur in Städten).

4. 1. 4 Komplementärer Bereich

51. Die Bezeichnung »komplementärer« Bereich folgt einer an sich überholten Nomenklatur in Gegenüberstellung zu den und als Komplettierung der Begrifflichkeiten ambulant, stationär, teilstationär. Historisch betrachtet, kam ihm längere Zeit der Charakter einer Residualkategorie zu, da in ihm alle diejenigen Hilfeformen zusammengefaßt wurden, die außerstationär angesiedelt sind, aber dort unter dem Gesichtspunkt, Versorgungsformen für psychisch Kranke zu sein, sozialrechtlich betrachtet, nur schwer »untergebracht« werden konnten. Inzwischen hat dieser Bereich jedoch zunehmend Aufmerksamkeit auf sich gezogen als derjenige, in dem sich die zentralen Funktionen des »Wohnens«, der »Beschäftigung«, der »Arbeit« und der »Tagesstrukturierung« realisieren.

52. Trotz dieser Bedeutung offenbart dieser Bereich das Dilemma von Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke in besonderer Weise: Sind die Einrichtungen »regelfinanziert« bzw. »anerkannt«, wie z.B. Werkstätten für Behinderte, sind sie häufig noch nicht für Belange und Bedürfnisse psychisch Kranker und Behinderter ausgelegt; sind sie vorwiegend oder ausschließlich auf psychisch Kranke ausgerichtet, mangelt es an entsprechenden Voraussetzungen, andere Kostenträger als die Sozialhilfe – über den Anspruch des Betroffenen gegenüber dem Sozialhilfeträger »gesteuert« – zu erreichen: „Die in der Psychiatrie-Enquete weitgehend ausgesparte Analyse sozialrechtlicher Rahmenbedingungen für den eben beschriebenen Prozeß hat eine Entwicklung gefördert, welche die Sozialhilfe in der Vergangenheit zum vorrangigen Kostenträger im komplementären Bereich gemacht hat. Im Gegensatz zum sozialversicherungsrechtlich geregelten Bereich, in dem die Anforderungsprofile weitgehend festliegen, hat sich im komplementären Bereich ein Einrichtungsspektrum herausgebildet, das kaum

überschaubar ist. Hinzu kommt, daß sozialversicherungsrechtliche Regelungen bundeseinheitlich getroffen werden, hingegen die Modalitäten der Sozialhilfe länderspezifische, regionenspezifische und z.T. sogar einrichtungsspezifische Lösungen ermöglichen. Aus diesem Grunde sind derzeit unterschiedliche Versorgungsmuster sowie Einrichtungstypen vorfindbar." (EMPIRISCHE GRUNDLAGEN - 1988 Teil D, S.51).

53. Die Steuerung über die Anspruchsvoraussetzungen des Betroffenen gegenüber der Sozialhilfe verlangt außerdem von den Trägern in Einrichtungen hohe Flexibilität und Anpassung, wobei immer schwer zu kalkulieren ist, wie lange auf diese Weise finanzierte Einrichtungen »sich halten« können. Die auf Kontinuität der Beziehungen zu Personen und Orten angewiesenen psychisch Kranken und Behinderten sehen sich damit häufig Unsicherheiten ausgesetzt.

54. Zahlenangaben für den komplementär-rehabilitativen Bereich sind bundesweit mit wenigen Ausnahmen nicht vorhanden (weil auch einheitliche Definitionsmuster weitgehend fehlen). Werkstätten für Behinderte gab es 1986 ca. 350 mit 84.000 Plätzen, von denen im Schnitt ca. 10%-15% mit psychisch Behinderten besetzt sind (vgl. BMA). Die Zahl von Selbsthilfefirmen für psychisch Kranke dürfte derzeit im Bundesgebiet die Anzahl von vier bis fünf Dutzend nicht übersteigen. (vgl. zur beruflichen Rehabilitation und Integration psychisch Kranker: BUNGARD u.a. 1987). Wohngruppen, Übergangseinrichtungen und Tagesstätten sind inzwischen in jeder Großstadt vorhanden; in kleineren Städten und ländlichen Gebieten fehlen sie häufig. Die Zahl der Heimeinrichtungen explizit für psychisch Kranke und Behinderte ist bundesweit nicht bekannt. Schätzungsweise 100.000 psychisch Kranke und Behinderte dürften jedoch in Heimen, z.T. weit entfernt von ihren ursprünglichen Wohnorten leben.

55. Die bisher verfolgte, einrichtungsbezogene Aufzählung für die psychiatrischen Versorgungsbereiche birgt jedoch, abgesehen von der damit beabsichtigten Information zu Größenordnungen, Gefahren: Sie suggeriert eine breite Palette von Behandlungs-, Betreuungs-, Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten, die jedoch erstens von Stadt zu Stadt, von Kreis zu Kreis und über das Bundesgebiet hin, regional betrachtet, höchst uneinheitlich ausgeprägt ist und die zweitens in Bestand und Zusammensetzung ungesichert ist, insbesondere im außerstationären Bereich. Dazu kommt, daß diese Aufzählung, einschließlich des vorhin genannten Basis-Systems, die Tatsache verdeckt, daß nach Experten-Schätzung ein Gutteil, wenn nicht 50%, aller an einer psychischen Störung oder Erkrankung leidenden Patienten nicht innerhalb des psychiatrischen Systems behandelt und versorgt werden: In der »Nervenarztstudie« wurde z.B. geschätzt, daß 43% der Gesamtinanspruchnahme von ärztlichen Praxen durch Personen mit psychiatrisch-neurologischen Leiden bei Ärzten für Allgemeinmedizin erfolgen. Die Expertenkommission schätzt, daß ca. 3 Mio. Behandlungsbedürftige durch andere als psychiatrisch-medizinische Einrichtungen, Praxen und Dienste versorgt werden[3]. Eine jüngst durchgeführte Studie des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg kommt zu dem Ergebnis, daß etwa 30% bis 60% aller Kranken, die regelmäßig ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, an neurotischen und psychosomatischen Krankheitsbildern mit meist guten Heilungschancen leiden (vgl. Ärzte-Zeitung, Nr. 107, 14.6. 1989).

56. Nun sollte damit die grundsätzliche Möglichkeit für Patienten, andere als psychiatrische Facheinrichtungen aufzusuchen, nicht im mindesten bestritten sein. Die Zahlen lassen jedoch Lücken im Fachsystem vermuten, die aufgrund der bereits angedeuteten Systemmängel der psychiatrischen Versorgung durch ein bloßes »Mehr« an Einrichtungen nicht behoben werden können. Einfach ausgedrückt kann man sagen, daß Patienten, die andere Leistungsanbieter außerhalb des Fachsystems aufsuchen (müssen), entweder im Fachsystem nicht das bekommen, was sie brauchen, oder dort nicht das finden, was sie suchen, sofern sie nicht bei leichter Form ihres Zustandes im Hausarztsystem behandelt werden können. Insofern ist prioritär nicht die Frage zu stellen, wieviele Einrichtungen es geben sollte, sondern welche Leistungen und Hilfen in ihnen angeboten und erbracht werden müssen. Dabei erlaubt es die hier in den Vordergrund gestellte Gliederung der Hilfen für psychisch Kranke nach Funktionsbereichen, „...die Vollversorgung der psychisch Kranken und Behinderten in einer Region flexibel zu überprüfen und zu planen, indem unter dieser Sichtweise der Blick nicht auf einen relativ starren Katalog von notwendigen Institutionen gerichtet wird, sondern sich der wesentlich bedeutsameren Frage zuwenden kann, ob in einer gegebenen Region alle Hilfen innerhalb eines Funktionsbereiches vollständig angeboten werden, ob nun von einer Institution oder einem Träger oder von mehreren." (EMPFEHLUNGEN 1988, S. 141)

4. 2 Strukturprobleme und Defizite[4]

4. 2. 1 Stationärer Bereich

57. Defizite im stationären Versorgungsbereich bestehen nicht in der Zahl der Betten, sondern in ihrer regionalen Verteilung. Diese Situation hat historische Gründe, die insbesondere den psychiatrischen stationären Versorgungsbereich kennzeichnen, der seinen Ursprung bei den großen, gemäß dem Versorgungskonzept des 19. Jahrhunderts »in freier Natur« gelegenen Heil- und Pflegeanstalten hat[5].

58. Der vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten erfolgte Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hat eine gleichmäßigere Verteilung – regional, aber noch nicht bundesweit – und eine Integration und Verzahnung mit den Institutionen der allgemeinmedizinischen Versorgung zwar in Gang gesetzt, aber noch keineswegs zu einer »einstufigen« stationären psychiatrischen Versorgung

3) Mit der Nennung dieser Größenordnung ist keine Forderung verknüpft, daß diese Patientenzahlen allein dem Bereich psychiatrischer Versorgung »zuzuordnen« wären. Da diese Thematik jedoch die Abgrenzung allgemein- und fachärztlicher Versorgung generell berührt sowie die Frage der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, wird auf die an anderer Stelle in diesem Bericht erfolgende Analyse dazu verwiesen.

4) Hierfür ist ein knapper Gesamtüberblick zu System, Funktionslogik und Umfang der psychiatrischen Versorgung notwendig, weil nur aus diesem (GKV-Zuständigkeiten im engeren Sinne überschreitenden) Gesamtüberblick heraus bestehende Strukturfragen und Defizite verständlich werden. Das Hauptaugenmerk lag bei den Ausführungen vor allem auf diesen Aspekten, die - weil auch durch die bisherigen Reformvorhaben noch nicht zureichend gelöst - vor allem die Diskussion in Gegenwart und Zukunft bestimmen werden. Unter diesem Blickwinkel werden abschließend (nur) diejenigen Punkte aufgegriffen, die mit Blick auf »GKV« besonderer Hervorhebung bedürfen.

5) Aufgrund der im Vergleich zu anderen Disziplinen noch deutlich ungleichmäßigeren Verteilung der Bettenkapazitäten, aufgrund der gerade den psychiatrischen Versorgungsbereich kennzeichnenden Wechselwirkung von stationären mit nicht-stationären Behandlungsmöglichkeiten u.a.m., ist eine Angabe von Anhaltszahlen zur Zahl der Betten auf Einwohner sehr problematisch, weswegen auf Angaben dazu hier verzichtet wird.

geführt. Wenngleich die Expertenkommission an dem »Prinzip der Einstufigkeit« als oberstem Grundsatz festhält, wird darunter sowohl dem (wohnortfernen) Psychiatrischen Krankenhaus wie der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus spezifisches Gewicht beigemessen. Das Psychiatrische Krankenhaus wird als Einrichtung der Spezialversorgung für bestimmte Patientengruppen, darunter auch für chronisch psychisch Kranke, die besonders schutzbedürftig sind, auf absehbare Zeit seine Funktion und seinen Stellenwert behalten. Voraussetzung dafür ist, daß es eine entsprechende qualitative Ausstattung aufweist.

59. Sollte die Akutversorgung zunehmend auf die gemeindenahen Abteilungen verlagert werden bzw. in den Psychiatrischen Krankenhäusern auf möglichst das Gebiet beschränkt werden, in dem das Krankenhaus selbst liegt, so besteht eine wichtige Voraussetzung für die Übernahme der Akutversorgung in den Abteilungen darin, daß sie die Übernahme der »Pflichtversorgung« gewährleisten können – also die Zuständigkeit für Patienten mit gesetzlich begründeter bzw. ordnungsbehördlicher Einweisungsverfügung haben. Dies stellt für Träger von Allgemeinkrankenhäusern häufig eine Hürde dar, weil die damit einhergehende Folge, nämlich die Aufnahme »unruhiger« Patienten, für den Gesamtbetrieb oft als störend empfunden wird. Nimmt man jedoch von der Pflichtversorgung Abstand, behält das wohnortferne Psychiatrische Krankenhaus seine »Lückenbüßerfunktion« im Rahmen des zweistufigen Systems. Bei entsprechender Organisation, personeller und qualitativer Ausstattung hat sich allerdings gezeigt, daß Pflichtversorgung auch in ausreichend großen Allgemeinkrankenhäusern möglich ist - von Seiten der GKV wird diese Entwicklung jedoch eher zögerlich gefördert.

60. Der Trend zum Verzicht auf Betten wird sich im Rahmen moderner psychiatrischer Versorgungskonzeptionen fortsetzen. Allerdings ist dieses Thema nicht losgelöst vom Aufbau alternativer Behandlungs- und Betreuungsformen diskutierbar. Die Frage des »Wohin?« stellt sich nach wie vor für eine große Zahl von Insassen psychiatrischer Krankenhäuser, weil es an adäquaten Alternativen mangelt.

61. Qualifizierte stationäre psychiatrische Behandlung ist abhängig vom Personalschlüssel in den Krankenhäusern. Die Verhandlungen dazu zwischen den Spitzenverbänden stocken seit Jahren. Inzwischen hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung eine Arbeitsgruppe zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung im Rahmen von § 19 KHG berufen. Defizitär erscheint derzeit insbesondere die Personalausstattung speziell im nicht-ärztlichen Bereich. Am Beispiel der Pflichtversorgung, die bei zwangseingewiesenen Patienten zunächst eine qualifizierte Rund-um-die-Uhr-Betreuung nötig macht, kann darauf verwiesen werden, daß gerade die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinversorgung davon abhängt, ob sie die Chance bekommt, sich als »normale« Krankenhausabteilung zu verhalten. Hier fällt den Kostenträgern auch eine Verantwortung zu, für eine vorurteilsmindernde Betreuung und Pflege einen Beitrag zu leisten. Die Funktion der Krisenintervention und Notfallpsychiatrie kann – verweildauerverkürzend – ebenfalls unter Voraussetzung einer guten Personalausstattung, ggf. in eigenen Krisenstationen, an Allgemeinkrankenhäusern gemeindenah wahrgenommen werden.

62. Einer besondereren Überprüfung der qualitativen Ausstattung und der Personalausstattung bedürfen die Bereiche, in denen die Patienten insbesondere nach mittel- oder längerfristigen Aufenthalten wieder auf die Entlassung vorbereitet werden. Die Arbeits- und Beschäftigungstherapie ist – trotz Verbesserungen – noch häufig auf ein sehr niedrigschwelliges und eher dequalifizierendes Dauerangebot angelegt als auf die in kürzeren Fristen wiederzuerlangende Fähigkeit, eigenmotiviert zu arbeiten und sich sinnstiftend zu beschäftigen.

63. Qualifizierte Krankenhausbehandlung im Bereich psychischer Erkrankungen setzt medizinisch-pflegerische und psychotherapeutische Maßnahmen ebenso voraus wie die Beachtung von Lebensbezügen, die zwar während des Krankenhausaufenthalts nicht wahrgenommen werden können, deren Wiedergewinnung aber gerade für die schrittweise Genesung von essentieller Bedeutung ist: Mit den Begriffen »sinnvolle Tagesgestaltung«, »Beschäftigung«, »Nutzung sozialer Bezüge« sind sie zwar unzulänglich bezeichnet, aber auf diese Aspekte ist als Teil der Krankenhausbehandlung ebenfalls zu achten. Dafür sind die personalmäßigen Voraussetzungen noch ungenügend. Im Zuge der Erörterungen zur GKV-Strukturreform spricht schließlich die Situation der psychisch Kranken für eine Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen stationärem und nicht-stationärem Bereich: Psychisch Kranke müssen die Möglichkeit haben, intervallmäßig und im Rahmen eines therapeutisch gezielten Konzepts schrittweise den stationären Bereich zu verlassen. Dies verlangt eine etwas andere Grundorientierung des Psychiatrischen Krankenhauses, nämlich sich als im Prinzip vorübergehender Aufenthaltsort mit Erhalt der Funktionsbezüge nach außen zu verstehen und nicht als abgeschlossene Einrichtung, die sie für viele z.T. für Jahrzehnte war.

64. Die Betonung der Bedeutung des Übergangs und der Durchlässigkeit zwischen stationärem und nicht-stationärem Bereich läßt den ursprünglichen, in der Psychiatrie-Enquete angelegten und anfänglich auch von der Expertenkommision verfolgten Gedanken an eine stationär angebundene »Übergangsbehandlung« wieder aufleben. Wenngleich von seiten der Kostenträger dieser Gedanke aus prinzipiellen Erwägungen heraus negativ beurteilt wurde, ist sein sachlicher Gehalt damit nicht falsch geworden. Der Gedanke hat sich fortgesetzt in der Idee für eine »zwischen« Krankenhaus und ambulantem Bereich anzusiedelnde qualifizierte »Übergangseinrichtung«: Herausgearbeitet wurde – zusammen mit Vertretern der Kostenträger – ein Anforderungsprofil für eine »Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)«, das zur Zeit im Rahmen eines vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung getragenen Modellversuchs erprobt wird. Offen ist, inwieweit die Frage nach Klärung von Zuständigkeiten für im RPK gebotene bzw. vermittelte Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wieder das bereits in Abschnitt 3 angesprochene Dilemma der »Mischfinanzierung« aufwirft. Ob dazu eine Vereinbarung zwischen den Beteiligten erreicht werden kann, ist ebenfalls offen. Sofern psychisch Kranke die nötigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, können zur Entscheidung über die Zuständigkeit der Krankenkassen die §§ 20 Abs.3 (Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung) und 23 Abs.1 (Medizinische Versorgungsleistungen, darin: »Vermeidung von Pflegebedürftigkeit«) aus SGB V herangezogen werden.

65. Noch immer ist der stationäre Bereich Aufenthaltsort für ca. 50.000 bis 60.000 langfristig als »Pflegefälle« eingestufte Patienten; des weiteren mehren sich die Anzeichen, daß eine neue zahlenmäßig relevante Gruppe von »Langzeitpatienten« entsteht, bestehend aus immer wieder und

häufig aufgenommenen Patienten (»Drehtür«). Ein Zuschnitt des Hilfebedarfs auf diese Gruppe erscheint zwingend und erfolgversprechend, solange sie noch vergleichsweise klein ist. Es erscheint kurzsichtig, für eine wohlumschreibbare Kerngruppe Ressourcen nicht »umzuschichten« – durch gezielte strukturverbessernde Maßnahmen im Krankenhaus (s.o.) und durch die Weiterentwicklung der außerstationären Möglichkeiten. Gerade für diese Gruppe der meist noch jüngeren, sog. »neuen« chronisch Kranken hat die Verwendung des »Behindertenbegriffs« oder die Umdefinition zum Pflegefall einschneidende Folgen für weitere Lebensjahrzehnte.

4. 2. 2 Teilstationärer Bereich (z. B. Tagesklinik)

66. Probleme im Bereich der tagesklinischen Behandlung liegen zur Zeit

- in der zögerlichen Anerkennung einer Einrichtung dieser Art bei nicht (gleichzeitig) nachgewiesenem Kapazitätsabbau im vollstationären Bereich;
- in der Beschränkung der tagesklinischen Behandlung auf Patienten mit bestimmten Diagnosen und Schweregraden; zugleich müssen Anfahrtswege begrenzt sein;
- in der Anerkennung der Tagesklinik als Medium der »Krankenhausbehandlung«.

67. Der Regelfall der Krankenhauspflege ist zwar die vollstationäre Behandlung, bei der der Patient Tag und Nacht im Krankenhaus untergebracht wird, insbesondere für die Behandlung psychisch Kranker sind aber in begrenztem Umfange auch teilstationäre Dienste entwickelt worden. Psychiatrische Tageskliniken sind vor allem für Kranke mit ausreichend stabilem sozialem Hintergrund bestimmt, die z.B. den Abend und die Nacht im gewohnten häuslichen Milieu verbringen können. Umgekehrt können in Nachtkliniken Patienten behandelt werden, die tagsüber einer Arbeit nachgehen (vgl. BT-Drs. 7/4200, S.222). Zu diesem Zweck hatte das KVEG dem § 184 Abs.1 Satz 1 mit Wirkung vom 1. 1. 1982 einen 2. Halbsatz angefügt, der die Fortführung vollstationär erbrachter Krankenhauspflege in teilstationärer Form ausdrücklich zuließ. Dies bedeutete allerdings, daß eine teilstationäre Behandlung psychisch Kranker den Umweg über eine vorangegangene vollstationäre Behandlung voraussetzte. Um von vornherein eine aus medizinischer Sicht erforderliche und ausreichende teilstationäre Behandlung zu ermöglichen, wurde durch das Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker vom 26.2.1986 [BGBl.I S.324] mit Wirkung vom 1. 1. 1986 der 1981 eingefügte 2.Halbsatz erneut gestrichen. Unterdessen wird in § 39 Abs.1 Satz 2 SGB V ausdrücklich festgestellt, daß die »Krankenhausbehandlung ... voll- oder teilstationär erbracht« wird.

68. Ungeachtet bisweilen vorhandener Abgrenzungsprobleme zwischen voll- und teilstationärer Behandlung, ist die Weiterentwicklung im tagesklinischen Bereich notwendig. Ein Blick über die Grenzen (z.B. nach England) zeigt, daß Tageskliniken dort vielerorts zum unverzichtbaren Kernbestand für eine zeitlich ausgedehnte Behandlungsphase gehören und zugleich den Bedarf für vollstationäre Behandlungen bzw. Kapazitäten deutlich reduzieren helfen. Wichtig ist, die Profilierung des tagesklinischen Angebots für die Kostenträger bei klarer Indikationsstellung, die die spezifischen Belange psychiatrischer Behandlung berücksichtigt, möglichst transparent zu machen.

4. 2. 3 Ambulanter Bereich

69. Unter dem Beurteilungsgesichtspunkt »GKV« sind insbesondere zu nennen:[6]

- Tätigkeiten und Leistungen nicht-ärztlicher Berufsgruppen sind mit wenigen Ausnahmen nicht in das Spektrum kassen- und vertragsärztlicher Versorgung einzuordnen;
- Hilfen und Funktionen für psychisch Kranke, die eine wesentliche Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich bedeuteten, sind nicht abrechenbar bzw. verordnungsfähig. Dazu zählen insbesondere häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke und (ambulante) Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

70. Nervenärztliche Praxen haben im Vergleich zu Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) keine Abrechnungsmöglichkeiten für die Leistungen nicht-ärztlicher Fachkräfte. Die Tätigkeit dieser Fachkräfte käme psychisch Kranken zugute, die neben der Behandlung auch der Vermittlung von Hilfen, der Stützung im Alltag, der Motivation und der Nachsorge bedürfen. Auf diese Weise ließen sich auch Gruppen im ambulanten Bereich »halten«, die bisher vom Nervenarzt aller Erfahrung nach schwer erreicht wurden (z.B. Personen mit chronischen und akuten Psychosen bei gleichzeitiger sozialer Desintegration). „Die ‚Praxisbesonderheit' einer gemeindepsychiatrischen Orientierung beinhaltet eben nicht nur die überdurchschnittlich häufige Abrechnung bestimmter Gebührenziffern für die Behandlung einer bestimmten, besonderen Klientel, sondern sie erfordert auch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Praxis wie auch enge Kooperationsformen mit anderen Diensten und Einrichtungen. Diesem besonderen Umstand sollen die kassenärztlichen Vereinigungen in Verhandlungen über eine so geartete Praxisbesonderheit vor allem Rechnung tragen." (EMPFEHLUNGEN 1988, S.207). Modellerprobungen – z.B. von Sozialarbeitern in Nervenarztpraxen – haben zu positiven Ergebnissen geführt.

71. Die derzeitige Situation der Tätigkeit insbesondere von Psychologen in eigener Praxis (außerhalb der sog. Richtlinien-Psychotherapie) wird als nicht befriedigend betrachtet; eine gesetzliche Lösung wird gefordert (»Psychotherapeutengesetz«). Welche Zulassungsregelungen bestehen sollen und wie die Eingrenzung von Tätigkeitsformen (= »wissenschaftlich anerkannte Heilverfahren«) erfolgen kann, davon wird die weitere Diskussion bei diesem Thema vorrangig bestimmt werden.

72. Die Ausstattung der Psychiatrischen Institutsambulanzen ist zwar in der Regel bereits »multiprofessionell«, sie sind jedoch als Einrichtung regional nur sehr unterschiedlich vorhanden. Des weiteren ist ihr Kostendeckungsgrad trotz vorhandener Abrechnungsmöglichkeiten der Tätigkeiten nicht-ärztlicher Berufsgruppen gering bzw. nicht ausreichend. Die Wahrnehmung ihrer Hauptaufgabe, der Nachsorge klinikentlassener Patienten zu dienen, erfolgt damit nur begrenzt.

73. Zunehmend zeigt sich, daß insbesondere für klinikentlassene Personen bzw. zur Vermeidung von Klinikaufenthalten die Palette ambulant anzubietender Hilfen verbrei-

6) Vgl. zu einer einrichtungsbezogenen Darstellung der Problemfelder, die nacheinander die zum ambulanten Bereich zu zählenden Praxis-, Einrichtungs- und Dienstformen zusammen mit ihren Vorteilen und Defiziten auflistet, insbesondere EMPIRISCHE GRUNDLAGEN 1988 - Teil D 1988).

tert werden muß. Gerade für schwerer betroffene Personen ist ein stufenweiser Übergang zu (wieder) möglichst selbständigem Leben geboten. Bisher findet der klinikentlassene Patient außer in der Weiterbehandlung beim Nervenarzt kaum regelhaft angebotene Hilfen im Rahmen der GKV. Sinnvoll erscheint es folglich zur Besserung und Linderung von Funktionsbeeinträchtigungen, die »häusliche Krankenpflege« auch für den Bereich der psychisch Kranken weiterzuentwickeln. In Ausfüllung von § 27 SGB V müßte deshalb auch zu § 37 SGB V (»Häusliche Krankenpflege«) auf diese Gruppe übertragbar werden, daß spezielle Tätigkeitsfelder durch besonders qualifizierte Personen abgedeckt werden können. Voraussetzung wäre eine Anerkennung des Bedarfs durch die Krankenkassen, eine entsprechende Erweiterung der Förderrichtlinien der Bundesländer sowie die Qualifizierung und der Einsatz geschulten Personals.

74. Als nachteilig, insbesondere für chronisch psychisch kranke Personen, ist anzusehen, daß »ambulante Arbeits- und Beschäftigungstherapie« nicht erbracht werden kann. Sie könnte einer schrittweisen Erprobung und Wiedergewinnung von Motivations- und Arbeitsfähigkeit sowie psychischer Stabilität und Gesundheit insgesamt dienen. Träger von Kontaktstellen und Tagesstätten könnten zu Vermittlern und Ankerpunkten sukzessive zu entwickelnder Beschäftigungsangebote werden, bzw. in manchen Städten und Kreisen bereits vorhandene und bewährte Werkangebote für psychisch Kranke ließen sich dadurch »regelhaft« finanzieren.

75. Abschließend sei erwähnt, daß die Überlegungen der Expertenkommission an dieser Stelle noch einen Schritt weitergehen und auf die Verankerung des Begriffs der »therapeutischen Dienstleistung« abzielen, die diejenigen Hilfen umfassen sollte, der psychisch Kranke neben der Behandlung besonders bedürfen (vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 4). In den EMPFEHLUNGEN heißt es dazu: „Denn die Erfahrung hat gezeigt, daß die in der Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane liegende Ausgestaltung der besonderen Formen von ‚Heil- und Hilfsmitteln', derer psychisch Kranke und Behinderte bedürfen, in der Vergangenheit stark vernachlässigt worden ist. Insbesondere sind die besonderen Erfordernisse der psychiatrischen Pflege und der ergotherapeutischen (beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen) Leistungen für psychisch Kranke und Behinderte bislang nirgends verbindlich geregelt. ... Die Expertenkommission schlägt daher vor, die ‚therapeutischen Dienstleistungen' von vornherein als von den Heil- und Hilfsmitteln gesonderte Regelleistungen zu definieren und ihre Formen ausdrücklich aufzuzählen, auf die grundsätzlich - sowohl bei ambulanter wie bei stationärer Krankenhausbehandlung - ein Leistungsanspruch besteht. Ihre konkrete Ausgestaltung insbesondere für psychisch Kranke soll in die Richtlinienverantwortung der Bundesausschüsse gelegt werden; ..." (EMPFEHLUNGEN 1988, S. LVII f.)

76. Wiederum wäre hierfür derzeit unter Vorbehalt § 27 SGB V »Begründungsparagraph« (vgl. Ziffer 27): In Anerkennung des dort verankerten Grundsatzes, daß den Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, wäre es konsequent, die »therapeutischen Dienstleistungen« als einen Unterpunkt in die Aufzählung dessen zu übernehmen, was dort unter »Krankenbehandlung« gefaßt wird. Die Befürchtung einer unzulässigen Ausweitung der Nachfrage nach diesen Dienstleistungen könnte, wie erwähnt, durch Richtlinien behoben werden; außerdem sollen sich derartige Hilfen insbesondere nur an die zahlenmäßig begrenzte Kerngruppe der schwer betroffenen (und chronisch) psychisch Kranken richten.

77. Als Ziele, die mit dem Einsatz therapeutischer Dienstleistungen erreicht werden sollen und die zugleich zur Dekkung des Hilfebedarfs in der hier abgeleiteten Weise beitragen, werden genannt: Befähigung zur eigenständigen Inanspruchnahme der notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung, Kontrolle der Medikamenteneinnahme und Einübung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit den Psychopharmaka, Hilfen zur möglichst eigenverantwortlichen krankheitsgerechten Gestaltung des Alltags, Hilfen zum Abbau geistig-seelischer Funktionseinbußen und Hilfen zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit (vgl. EMPFEHLUNGEN 1988, S.665).

5. Reformoptionen

78. Die Enquete-Kommission befürwortet, ausgehend von den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (BT-Drucksache 7/4200) sowie der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psycho-therapeutisch/psychosomatischen Bereich (1988), ein System der psychiatrischen Versorgung, das sich an folgenden vier Grundprinzipien orientiert:

1) Gemeindenahe Versorgung.
2) Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten.
3) Koordination aller Versorgungsdienste.
4) Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken.

79. Erreicht werden soll eine nahtlose, aufeinander abgestimmte Gesamtversorgung psychisch Kranker und Behinderter, an der die gesetzliche Krankenversicherung neben anderen Sozialleistungsträgern beteiligt ist. Erforderlich ist dafür ein prinzipiell und kontinuierlich abgestuftes Hilfssystem, bei dessen Aufbau folgenden Gestaltungsprinzipien Rechnung zu tragen ist:

1) Alle Maßnahmen und Hilfen sind so zu gestalten, daß sie zu einer möglichst normalen Lebensführung beitragen bzw. verhelfen. Einrichtungen und Hilfen sollen die Integration der Betroffenen in übliche und alltägliche Lebenszusammenhänge so weit wie möglich fördern. Die Betonung des Normalitätsprinzips unterstreicht zugleich die Rolle, die nicht professionellen und durch Laienhelfer gestützten Angeboten sowie Selbsthilfeaktivitäten zukommt.
2) Versorgung, Betreuung und Hilfe sollen die Eigenaktivität nicht reduzieren, sondern auf deren Stärkung ausgerichtet sein.
3) Die einzelnen Maßnahmen und Hilfen sollten nicht schematisch konzipiert und durchgeführt werden, sondern möglichst dem individuell gegebenen Hilfebedarf angepaßt werden können. Dies setzt die Bereitschaft zur Differenzierung der Angebote sowie eine möglichst hohe Flexibilität in der Organisation und Möglichkeiten zur je spezifischen Verknüpfung der Hilfen voraus.
4) Den psychisch Kranken müssen, prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf den gleichen Wegen wie den körperlich Kranken, optimale Hilfen unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden.

80. Die Anwendung dieser Prinzipien bedeutet für sämtliche Sozialleistungsträger, so auch für die gesetzliche Krankenversicherung, daß Einrichtungen und Hilfen für psychisch Kranke nicht als »Sonder«leistungen zu begreifen, sondern als integrierter Bestandteil des allgemein bestehenden Angebots an Gesundheits- und Sozialleistungen zu verstehen sind.

81. Erforderlich ist weiterhin, daß – unter Einbeziehung der gesetzlichen Krankenversicherung – die Hilfen kooperativ, koordiniert und »im Verbund« für psychisch Kranke entwickelt und angeboten werden müssen. Diesem Zweck soll der Aufbau eines sog. »Gemeindepsychiatrischen Verbundes« dienen, innerhalb dessen die Leistungserbringer und Angebotsträger vor Ort sukzessive auf die Vervollständigung und Abstimmung der Leistungen und Hilfen für psychisch Kranke hin zusammenarbeiten. Effektivität und Qualität der Maßnahmen und Hilfen bemessen sich dann nicht nur an der Wirkung der Einzeldienste und -hilfen, sondern insbesondere auch an der Kooperation der Beteiligten.

82. Vor diesem Hintergrund hält die Enquete-Kommission insbesondere folgende Maßnahmen für erforderlich:

- eine verstärkte Integration und Verzahnung der psychiatrischen Fachabteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern mit den Institutionen der allgemeinmedizinischen Versorgung mit dem Ziel, zu einer »einstufigen« stationären psychiatrischen Versorgung zu gelangen;
- den Auf- und Ausbau entlastender und alternativer Behandlungs- und Betreuungsformen im ambulanten Bereich als Element einer effektiven und humanen psychiatrischen Versorgung sowie als Voraussetzung für eine weitere Verringerung der im psychiatrischen Bereich vorhandenen Bettenkapazitäten;
- eine beschleunigte Verbesserung der Personalausstattung im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung, insbesondere bei nicht-ärztlichen Fachkräften;
- den Auf- und Ausbau eines flächendeckenden ambulanten psychiatrischen Notfalldienstes;
- eine Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen stationärem und nicht-stationärem Bereich, um psychisch Kranken verstärkt die Möglichkeit zu eröffnen, intervallmäßig und im Rahmen eines therapeutisch gezielten Konzepts schrittweise den stationären Bereich zu verlassen;
- die Schaffung von Übergangseinrichtungen zwischen stationärem und ambulantem Bereich, um praktische Voraussetzungen für die Realisierung von mehr Durchlässigkeit und eines sinnvollen Übergangs zwischen den Versorgungssystemen zu schaffen;
- Sicherstellung der Verzahnung zwischen dem medizinischen, dem medizinisch-rehabilitativen sowie dem sozialen Bereich der psychiatrischen Versorgung auch bei unterschiedlichen Finanzierungszuständigkeiten (z.B. Lösung der Pflegefallproblematik).

83. Im einzelnen spricht sich die Enquete-Kommission daher im ambulanten Bereich für den Ausbau psychiatrischer Institutsambulanzen (gemäß § 118 SGB V) sowie psychiatrischer Schwerpunktpraxen unter Einbeziehung nicht-ärztlicher Fachkräfte aus. Desgleichen befürwortet sie die Einrichtung und verstärkte Nutzung von Tageskliniken und Übergangseinrichtungen, den Ausbau von sozialpsychiatrischen Diensten und psycho-sozialen Kontakt- und Beratungsstellen sowie die Abrechenbarkeit und Verordnungsfähigkeit von Hilfen und Funktionen, die eine wesentliche Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich bedeuten (z.B. spezialisierte häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke; Arbeits- und Beschäftigungstherapie). Teile der Kommission denken daran, – ausgehend von § 27 SGB V – auch § 37 SGB V (»Häusliche Krankenpflege«) auf die Gruppe der psychisch Kranken anwendbar zu machen. Darüber hinaus halten sie die Förderung von therapeutischen Wohngemeinschaften sowie betreutem Einzelwohnen für erforderlich. Zur Erprobung dieser Versorgungsformen sollen die im SGB V vorhandenen Möglichkeiten genutzt werden. Teile der Kommission betrachten es außerdem als notwendig, zur Sicherstellung einer durchgängigen Versorgung zweckmäßige Formen der Mischfinanzierung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern zu entwickeln.

84. Teile der Kommission befürworten darüber hinaus, sog. »therapeutische Dienstleistungen« (Hilfen, derer psychisch Kranke neben der Behandlung besonders bedürfen) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Zugleich halten sie eine Lösung der derzeit unbefriedigenden Situation der Tätigkeit insbesondere von Psychologen in eigener Praxis für erforderlich. Für beide Leistungen sollen – soweit möglich – für die GKV kostenneutrale Lösungen angestrebt werden.

Literaturverzeichnis

BUNGARD, W. / REIHL, D. / SCHUBERT, A. (Hrsg.) [1987]: Psychisch Kranke in der Arbeitswelt: Neue Ansätze zur beruflichen Rehabilitation und Integration, München-Weinheim

EMPFEHLUNGEN [1988]: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, hrsg. vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn

EMPIRISCHE GRUNDLAGEN [1988]: Prognos AG (Hrsg.), Empirische Grundlagen, Modellprogramm Psychiatrie, im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Projektleitung: Stürmer, W., Schmid, R., Steinhausen, J., Köln

EMPIRISCHE GRUNDLAGEN - Teil A [1988]: Steinhausen, J., Stürmer, W.: Kurzfassung zur Vorgehensweise der Wissenschaftlichen Begleitung in den Modellregionen – Aufgabenstellung und Untersuchungsansatz

EMPIRISCHE GRUNDLAGEN - Teil B [1988]: Nowak, M.; Riedel, W., Schmid, R., Schmidt, E. H., Steinhausen, J., Stürmer, W.: Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen unter Wirksamkeitsgesichtspunkten – Versorgungssektoren und Einrichtungen

EMPIRISCHE GRUNDLAGEN - Teil C [1988]: Schmid, R., Schmidt, E. H., Stürmer, W., Zell, U.: Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen unter Wirksamkeitsgesichtspunkten – Besondere Patientengruppen

EMPIRISCHE GRUNDLAGEN - Teil D [1988]: Nowak, M., Steinhausen, J.: Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten – Sozialrechtliche Einordnung

EMPIRISCHE GRUNDLAGEN - Teil E [1988]: Heinzelmann, A., Riedel, W., Steinhausen, J.: Darstellung und Analyse der regionalen Versorgungsstruktur unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten – Monetäre Bewertung

GRÄB, Christop [1989]: Krankenhäuser 1987. in: Krankenhausumschau. 8/1989, S.431-436

HÄFNER, H. [1985]: Sind psychische Krankheiten häufiger geworden? in: Nervenarzt, 56. Jg., 1985, S.120-133

NEUBAUER, Günther [1989]: Effektivität und Effizienz der sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern, Forschungsbericht im Auf-

trag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, München

PSYCHIATRIE-ENQUETE [1975]: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung [Psychiatrie-Enquete], BT-Drs. 7/4200, Bonn

RIEDEL, W. / STEINHAUSEN, J. [1986]: Modellprogramm Psychiatrie. Regionales Psychiatriebudget, Band 181 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Stuttgart

RÖSSLER W. / HÄFNER H. / MARTINI H. / AN DER HEIDEN W. / JUNG E. / LÖFFLER W. [1987]: Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg — Analysen Konzepte Erfahrungen. Schlußbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit im Auftrag des Ministeriums für Arbeit Gesundheit Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg, Weinheim

WEYERER, S. / DILLING, H. [1984]: Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, in: Nervenarzt, 55. Jg., 1984, S.30-42

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND / BERUFSVERBAND DEUTSCHER NERVENÄRZTE [1987]: Nervenarzt-Studie. Bestandsaufnahme und Situationsanalyse ambulanter nervenärztlicher Tätigkeit, Berichterstellung: H. J. Bochnik [Typoskriptfassung, 1987]

VII. Arzneimittelversorgung

[vgl. Berichte von Teilen der Kommission in Abschnitt C, S.240]

VIII. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission einstimmig verabschiedet.*]

1. Zielvorstellungen

1. 1 Bedarfsgerechte Versorgung

1. Auch für den Heil- und Hilfsmittelbereich gilt die allgemeine gesundheitspolitische Zielsetzung einer »bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung der Versicherten«, die zugleich »ausreichend und zweckmäßig sein (muß) ..., das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (darf) und ... wirtschaftlich erbracht werden (muß)« (§ 70 SGB V). Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung umfaßt die Sicherstellung einer bedarfsorientierten Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen — sowohl die industrielle und handwerkliche Produktion von Gütern als auch die Bereitstellung von Dienstleistungen im Rahmen von Therapieformen (Allokationsproblem) — und die Frage einer bedarfsgerechten Verteilung dieser Güter und Dienste auf die Betroffenen und die Modalitäten des Zugriffs für die Betroffenen selbst (Verteilungsproblem).

2. Das Bedarfsprinzip bei der Verteilung verhindert grundsätzlich, daß die Inanspruchnahme von Heil- und/oder Hilfsmitteln durch die Betroffenen an ihrer Zahlungsfähigkeit orientiert werden kann. Wenn allerdings für Leistungsberechtigte mit unterschiedlichen Behinderungsursachen unterschiedliche Festbetrags- und/oder Selbstbeteiligungsregelungen bei Hilfsmitteln gelten und dadurch Versicherte der GKV im Gegensatz zu z.B. Kriegsgeschädigten und Unfallverletzten schlechter versorgt oder stärker finanziell belastet werden, wird das Bedarfsprinzip verletzt. Die bereits erreichte Harmonisierung des Leistungsrechts der einzelnen Bereiche der sozialen Sicherung wird auf diese Weise wieder rückgängig gemacht bzw. weiter erschwert und die Hilfsmittelversorgung statt nach dem Grundsatz der Finalität wieder nach dem Grundsatz der Kausalität geregelt.

1. 2 Qualitätssicherung

3. Die Produkte und Dienstleistungen des Heil- und Hilfsmittelbereichs sind — wie die überwiegende Zahl der Gesundheitsleistungen — typische Such- und Erfahrungsgüter. Auf die Annahme, daß bei Gütern dieser Art sich im Prozeß der Leistungserbringung und Leistungsverteilung quasi automatisch Qualitätssicherung ergibt, können wir im Bereich des Gesundheitswesens, also auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung, nicht *per se* vertrauen. Dazu kommt es zu selten zu wiederholten Verordnungen vergleichbarer Produkte, so daß eigene Erfahrungswerte beim Patienten kaum möglich sind. Damit gewinnen Verfahren der externen Qualitätssicherung durch Dritte besondere Relevanz. Dies bedeutet auch, daß die Krankenversicherung Fragen der Qualitätssicherung zu »ihrem Thema« machen und gemeinsam mit unabhängigen Experten aus der Medizin, aus dem Bereich der nichtärztlichen Therapeuten und der Hilfsmittelversorgung Qualitätsstandards definieren muß.

1. 3 Wirtschaftliche Versorgung

4. Die Forderung nach wirtschaftlicher Versorgung ist implizit bereits in der Zielvorstellung einer bedarfsgerechten Versorgung enthalten. Wirtschaftlichkeit oder Effizienz in Versorgungssystemen muß durch geeignete Instrumente permanent abgesichert werden. In der historisch gewachsenen Ausprägung des GKV-Systems und gerade auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung wirken nach Auffassung eines Teils der Kommission auf alle Beteiligten Anreize, die die Verfolgung wirtschaftlicher Versorgungsformen individuell diskriminieren und die Verfolgung unwirtschaftlicher Versorgungsformen individuell honorieren. Vielfach sehen die Beteiligten ihr Handeln in »Rationalitätenfallen« gefangen. Warum sollte beispielsweise ein niedergelassener Arzt dem Wunsch eines Versicherten nach einer »konsumnahen« Verordnung aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel (z. B. Massagen mit Wärmebehandlung oder ein auch für sportliche Aktivitäten nutzbares Hilfsmittel) nicht entsprechen, wo doch eine Ablehnung aus bekannten Gründen nur negative Folgen für ihn hätte, oder warum sollte der Lieferant eines Hilfsmittels eine unpräzise Verordnung nicht dadurch präzisieren, daß er ein möglichst teures Hilfsmittel mit entsprechend hohen eigenen Gewinnanteilen ab-

*) Nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

gibt? Steuerungsinstrumente, die die wirtschaftliche Versorgung zum Ziel haben, müssen solche »Rationalitätenfallen« überwinden helfen, ohne dabei Abstriche an den qualitativen Standards der Versorgung und an der bedarfsnotwendigen Verteilung zu machen.

2. Bestandsaufnahme

2. 1 Struktur der Heil- und Hilfsmittelversorgung

5. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stellt die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln den wohl heterogensten Teilbereich der gesundheitlichen Versorgung dar.

Die jeweiligen Besonderheiten der Teilmärkte haben erhebliche Konsequenzen auf die zu diskutierenden Reformoptionen. Besonderheiten ergeben sich insbesondere hinsichtlich

- der völlig unterschiedlichen Struktur von Gütern und Dienstleistungen,
- der zum Teil nicht vergleichbaren Indikationsbereiche innerhalb des Heil- und Hilfsmittelangebotes, auch innerhalb seiner Teilmärkte,
- der Art der Nachfrage nach Leistungen, die in (fast) jedem einzelnen Fall eine »abgeleitete« Nachfrage per Verordnung durch einen Kassenarzt darstellt,
- der handlungsleitenden Anreize bei allen Beteiligten mit Konsequenzen für die Vorteilhaftigkeit alternativer Steuerungsinstrumente.

6. Nach einer pragmatischen Definition läßt sich der Heil- und Hilfsmittelbereich in einer ersten Näherung grob unterteilen. Danach sind:

- Heilmittel alle sächlichen Mittel, die zur Behandlung einer Krankheit eingesetzt und überwiegend äußerlich angewendet werden, ohne ihrerseits Arzneimittel zu sein, sowie die Maßnahmen der nichtärztlichen Heilberufe im Bereich der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie und der Beschäftigungstherapie;
- Hilfsmittel alle Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, z.B. Rollstühle oder Hörgeräte, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern und eine körperliche Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Brillen und andere Sehhilfen sind Hilfsmittel eigener Art.

7. Der Anteil des Heil- und Hilfsmittelsektors an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ist von 2,8 % im Jahre 1970 auf 6,82 % im Jahre 1988 angestiegen. Insgesamt haben sich die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für Heil- und Hilfsmittel von 1970 bis 1988 mehr als verzwölffacht. Sie stiegen von 705 Mio. DM auf über 8,86 Mrd. DM. Kein Bereich des Gesundheitswesens weist diese Wachstumsraten auf. So stiegen auch im Jahr 1988 die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel um 12,3 % und lagen damit weit über dem Orientierungsmaß »Grundlohnsumme«, die um 4,2 % anstieg (BMA-STATISTIK KV 45).

Allerdings ist hierbei zu beachten, daß die Ausgabenzuwächse in einzelnen Leistungsbereichen wie etwa in der Physiotherapie in erster Linie auf die Zunahme erbrachter Leistungen zurückzuführen sind. Als Ursache hierfür hat der Sachverständigenrat vor allem bei den Logopäden und Ergotherapeuten einen weiterhin bestehenden Nachholbedarf konstatiert (SVR KA 1988, Zif. 454). Auch die Zahl der niedergelassenen Krankengymnasten in der Bundesrepublik ist – trotz expandierender Zahl der Leistungserbringer – im Vergleich mit der Versorgungsdichte anderer Länder (USA, Schweden, Frankreich und vor allem Belgien) keineswegs als hoch anzusehen. Die Enquete-Kommission nimmt das hier angesprochene Problem des teilweise ungedeckten Bedarfs im Heil- und Hilfsmittelbereich, insbesondere auch bei der logopädischen Versorgung, ernst und warnt davor, unter Kostengesichtspunkten eine allgemeine Reduzierung des Zuwachses von Leistungsangebot und Leistungsausgaben einzuklagen. Die Mehrheit der Kommission*) begrüßt vor diesem Hintergrund ausdrücklich die mit der Gesundheitsreform vorgenommene Ausweitung der arbeitstherapeutischen Leistungen.

2. 2 Verordnungsverhalten des Arztes

8. Jede Leistung (außer einigen Reparaturen oder Brillenverordnungen durch Optiker) und damit (fast) jede Ausgabe der GKV erfolgt aufgrund einer ärztlichen Verordnung. Damit hat der Verordner sowohl medizinisch als auch in hohem Maße ökonomisch eine Schlüsselfunktion für die Struktur und Ausgabendynamik des Heil- und Hilfsmittelbereichs inne.

9. Aus Sicht des Verordners, insbesondere wenn er nicht selbst oder mit eigenem Hilfspersonal entsprechende Leistungen erbringen kann, gehen allerdings Therapieverantwortung und Kompetenz zur Beurteilung des Therapiefortschrittes weitgehend auf den beauftragten Therapeuten über. Die ärztliche Funktion reduziert sich auf eine »Notarfunktion« gegenüber der Krankenversicherung, d. h. die Überwachung des Therapieverlaufs und Therapieerfolges beschränkt sich auf die Bescheinigung formal korrekter Abwicklung.

10. Während die niedergelassenen Ärzte im Bereich der physikalischen Therapie noch ein vergleichsweise hohes Maß an Kenntnissen über die möglichen Heilmittel haben, sind diese Kenntnisse bei Therapiekonzepten mit gezielter Indikation oder Hilfsmitteln mit speziellen Wirkprinzipien in der Regel auf die Gebietsärzte begrenzt. Wenn der Arzt die verschiedenen alternativ nutzbaren Produkte des Marktes weder kennt noch medizinisch beurteilen kann und mangels eigener therapeutischer Erfahrung mit diesen Produkten auch keinen Vergleich anstellen kann, wird die Verordnungskompetenz zu einem formalen Privileg ohne inhaltliche Begründung.

11. Ein Grund für die oft unspezifische Verordnungsweise der Kassenärzte sind die im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der kassenärztlichen Vereinigung nur zögernd eingesetzten Möglichkeiten der Beschränkung der Verordnungen auf dafür qualifizierte Gebietsärzte.

Die Risiken für die Beteiligten liegen bei einer engen Begrenzung auf der Hand: Die niedergelassenen Allgemeinärzte befürchten mit der Überweisung zur Verordnung ein »Abwandern« des Patienten, während sich aus der Sicht

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau-Wilms-Kegel.

der Kassen die Gefahr eines höheren Fallwertes durch die Überweisung und die sich anschließende gebietsärztliche Diagnose und Therapie ergibt.

Die Risiken der gegenwärtigen Verordnungspraxis sind jedoch ebenfalls offensichtlich: Mit jeder unspezifischen Verordnung von Dienstleistungen und Produkten legt der Arzt die konkrete Definition der einzelnen Leistungen in die Hände des nichtärztlichen Therapeuten oder Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln und ermöglicht diesen Leistungserbringern damit, genau solche Dienstleistungen und Produkte am Markt abzusetzen, die eine größtmögliche Rendite versprechen. Bei substituierbaren Hilfsmitteln kann dies dazu führen, daß nicht Produkte mit eindeutig geklärten Qualitätsnachweisen abgegeben werden, sondern Produkte, bei denen die Handelsspanne für den Lieferanten besonders attraktiv ist.

2. 3 Vertragliche Sicherstellung der Leistungserbringung

12. In Anknüpfung an § 376 d RVO sehen die §§ 125 und 127 SGB V vor, daß die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden über die Einzelheiten der Versorgung sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen. Während bei Heilmitteln die vereinbarten Preise grundsätzlich Höchstpreise sind, sollen bei Hilfsmitteln die vereinbarten Preise nunmehr schrittweise durch Festbeträge abgelöst werden (§ 36 SGB V). Sofern für Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 SGB V festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die vertraglich vereinbarten Preise (§ 33 Abs.2 SGB V). Gesetzliche Sonderregelungen bestehen für Brillen und Kontaktlinsen (§ 33 Abs.3 u. 4 SGB V).

13. Bei Heilmitteln ist vom Versicherten eine Zuzahlung von 10 % des Preises jedes einzelnen verordneten Mittels zu leisten. Gleichzeitig wurde die bisher von jeder Zuzahlung befreite Heilmittelbehandlung für familienversicherte Kinder ab 18 Jahren ersatzlos gestrichen. Diese Zuzahlung, die eine Ausweitung der Selbstbeteiligung darstellt (früher: 4,00 DM je Verordnungsserie), gilt nach der Neuregelung auch dann, wenn das Heilmittel in der Praxis des Arztes bzw. bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben wird (§ 32 Abs.2 SGB V). Hiermit wollte der Gesetzgeber offensichtlich Wettbewerbsverzerrungen gegenüber anderen Leistungserbringern, insbesondere Masseuren und medizinischen Bademeistern, vermeiden (siehe Begründung des Regierungsentwurfs, BT-Drucksache 11/2237, S.173)

14. Ausdrücklich geregelt ist nunmehr in § 33 Abs.5 SGB V, daß die Krankenkasse den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen kann. Schließlich kann sie die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch unterrichten lassen. Dadurch soll eine höhere Versorgungsqualität erreicht werden.

3. Einzelne Problembereiche

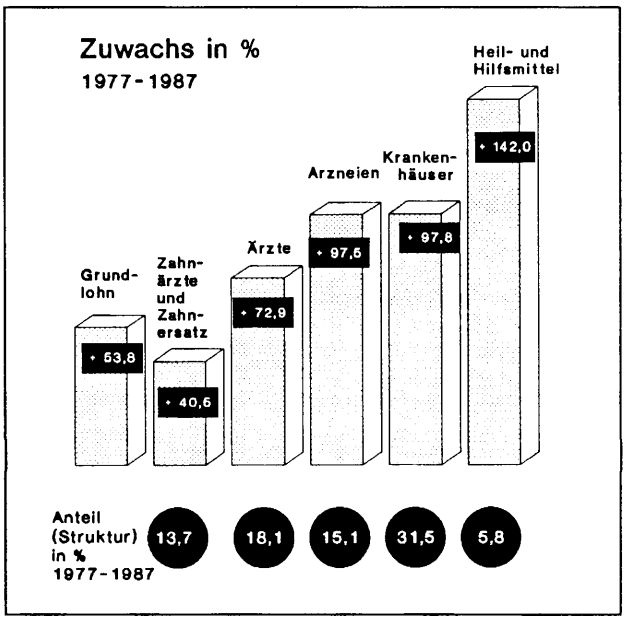
Auf der Grundlage der Regelungen in der Reichsversicherungsordnung haben sich die nachfolgend beschriebenen Probleme herausgebildet, zu deren Lösung nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) das Gesundheits-Reformgesetz der Selbstverwaltung verbesserte Instrumente an die Hand gibt.

3. 1 Preis- und Mengenprobleme

15. Von 1977 bis 1984 lagen die Wachstumsraten für Heil- und Hilfsmittel im Schnitt um 3,1 % über dem Zuwachs der Grundlohnsumme. Diese Entwicklung führte dazu, daß der Anteil des Heil- und Hilfsmittelsektors an den gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich anstieg, während die Anteile für ärztliche Behandlung oder Arzneimittel im gleichen Zeitraum abnahmen.

Auch die Leistungsausgaben der GKV je Mitglied für wichtige Leistungsbereiche zeigen deutlich die Ausgabendynamik des Heil- und Hilfsmittelbereichs. Für diesen »kleinen« Leistungsbereich sind die mit Abstand größten Ausgabenzuwächse zu verzeichnen.

Schaubild 1. 9: Leistungsausgaben der GKV je Mitglied für ausgewählte Leistungsbereiche von 1977-1987



Quelle: BMA: Arbeits- und Sozialstatistik.

Parallel zur Ausgabenentwicklung in diesem Bereich erfolgte eine sprunghafte Zunahme der Anbieterzahlen, die nicht zuletzt durch die Einkommenserwartungen in diesen Bereichen induziert sein dürfte.

16. Die stark steigende Zahl der Anbieter führt notwendigerweise zu einer Intensivierung des Wettbewerbs in den Teilmärkten des Heil- und Hilfsmittelbereichs, schafft regional oft erst das Angebot, das dann von dem niedergelassenen Arzt nachgefragt werden kann, und bewirkt letztlich insgesamt eine Intensivierung des ärztlichen Verordnungsverhaltens.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau-Wilms-Kegel.

Tabelle 1.11: Zahl und Zuwachsraten der Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln (Stand: 15.10.1987)

Anbieter	1977	1987	Zuwachsrate 1987/77 in v. H.
Orthopädietechniker[1]	1.551	1.730	+ 11,5
Orthopädie-Schuhmacher[1]	1.299	1.499	+ 15,4
Augenoptiker[1]	4.201	6.051	+ 44,0
Hörgeräteakustiker[1,2]	298	496	+ 66,4
Medizinische Bademeister[3]	3.223	5.682	+ 76,3
Masseure[3]	6.487	10.469	+ 46,8
Krankengymnasten[3]	2.918	6.308	+116,2

1) in die Handwerksrolle eingetragene Betriebe; 2) einspartige Betriebe; 3) abrechnende Leistungserbringer.
Quelle: AOK Bundesverband.

17. Vergleicht man die Steigerung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel mit der Mengenentwicklung in diesem Bereich, so zeigt sich, daß die Mengen- und Strukturentwicklung in extrem hohem Maße für die Entwicklung der Gesamtausgaben verantwortlich gemacht werden muß (SVR KA 1988, Zif. 439). Die Preiskomponente spielt demgegenüber eine eher untergeordnete Rolle. Hier fließen natürliche Ursachen wie Versorgungsdefizite in bestimmten Bereichen, z. B. Hörhilfen, Sprachtherapie oder die Verlagerung zu moderneren Therapieformen, ein. Zum großen Teil dürfte die Mengen- und Strukturkomponente jedoch in der Zahl der Verordnungen, der Zahl der erbrachten Leistungen sowie versteckten Preisanpassungen, z. B. durch Produktvariationen, begründet sein.

3. 2 Qualitätsproblem

18. Sowenig differenzierte Kenntnisse die Krankenversicherung von der Struktur des Verordnungsverhaltens der Ärzte und von den tatsächlich erbrachten Dienstleistungen und abgegebenen Produkten im Hilfsmittelbereich hat, so ungeklärt ist die Frage der Qualitätsstandards in diesen Bereichen.

19. Hinsichtlich der Qualitätssicherung enthalten die Rahmenverträge Vorgaben über Ausbildung und Abschluß der Bewerber, Mindestausstattung der Behandlerräume, berufspraktische Erfahrungszeiten sowie das Vorhandensein ausgebildeten Sachverstandes (Meisterpräsenz) bei der Erbringung von Dienstleistungen oder der Abgabe von Produkten. Auf eine Qualitätssicherung hinsichtlich Art und Inhalt der erbrachten Dienstleistungen wird jedoch weitgehend verzichtet.

20. Im Heilmittelbereich ist bislang völlig ungeklärt, welche spezifischen qualitativen Kriterien Leistungen zu erfüllen haben, die beispielsweise von Masseuren, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Krankengymnasten oder in ärztlicher Praxis erbracht werden. Im Hilfsmittelbereich sind die zum Teil extrem unterschiedlichen Preise auch innerhalb vergleichbarer Produktgruppen zwar regelmäßig mit Qualitätsunterschieden begründet, diese müssen jedoch in keiner Weise nachgewiesen werden. Neue Produkte können ohne nennenswerte Qualitätskontrolle am Markt plaziert werden. Gerade im Bereich der Hilfsmittel wird von seiten des Verbrauchers oft größeres Gewicht auf die optisch gefällige Form des Hilfsmittels gelegt (z.B. stabilisierende Schuhe von Sportartikel-Herstellern gegenüber angepaßten orthopädischen Stabilisierungselementen; Sportbandagen gegenüber orthopädisch sinnvollen Bandagen mit Stabilisierungselementen [Schienen etc.]). Die Nachfrage nach diesen Produkten wird auch durch den hohen Preis mitbestimmt. In Unkenntnis von qualitativen Standards sehen sowohl Verordner als auch Patienten im hohen Preis allzu oft einen Qualitätshinweis.

21. Die Überprüfung der Qualität obliegt dem verordnenden Arzt im Wege der Nachprüfung nach erfolgter Versorgung. Diese Nachprüfung findet jedoch in der Regel nicht statt und würde auch in den meisten Fällen den verordnenden Arzt überfordern. Oft hat er eine unspezifische Form der Verordnung ja gerade deshalb gewählt, weil er keine konkreten Erfahrungen und Kenntnisse mit dem Produkt hat und er dem Hilfsmittel-Lieferanten die Gelegenheit geben will, die Konkretisierung der Verordnung selbst vorzunehmen.

3. 3 Marktintransparenz

22. Die Heterogenität des Gesamtbereichs der Heil- und Hilfsmittelversorgung findet ihre Entsprechung in einem hohen Maß an Intransparenz für alle Beteiligten innerhalb der Teilmärkte. Es fehlen in fast allen Teilmärkten systematische Informationsinstrumente, die diesen Mangel abbauen könnten.

Die Schaffung solcher Instrumente ist für die Krankenversicherung auch schwierig zu leisten: Wenn der Heil- und Hilfsmittelbereich insgesamt deutlich unter 10 % der Gesamtausgaben der Kassen ausmacht und eine tiefe Differenzierung in sehr heterogene Märkte aufweist, deren einzelne Anteile am Gesamtbudget bei maximal 1 bis 3 % liegen, so wäre für die systematische Aufarbeitung der Marktstrukturen und Marktergebnisse ein Personalaufwand notwendig, der weit über ähnlich angelegte Versuche in den großen Ausgabenblöcken, z.B. im Arzneimittel- oder Krankenhausbereich, hinausgehen würde. Dies ist eine mögliche Erklärung für die mangelnde Informationsgrundlage in diesem Bereich. Die gegenwärtig vorhandene Intransparenz eröffnet für die Leistungserbringer indessen Optionen, bei denen zum großen Teil unklar bleibt, welcher medizinische Grund das Handeln bestimmt.

23. Intransparenz ist zweifelsohne die dauerhafteste Garantie für die Umsetzung von Anbieterinteressen am Markt. Der Abbau von Intransparenz wird deshalb inhaltlich von seiten der Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich kaum unterstützt werden. Im Gegenteil: »Unvergleichbarkeit« ist gleichsam als strategische Größe für die Leistungserbringer anzusehen. Die Vielzahl der Produktvariationen und das extrem unterschiedliche Preisniveau auch zwischen Produkten vergleichbarer Produktgruppen sind damit nur zum Teil medizinisch, zu einem großen Teil jedoch absatzpolitisch bestimmt.

24. Können schon, wie bereits oben betont, die verordnenden Ärzte die Heil- und Hilfsmittelalternativen hinsichtlich ihrer Qualität und medizinischen Indikation nicht hinreichend beurteilen, so muß sich dieses Problem für die Verwaltungsangestellten der Krankenversicherung in noch größerem Maße stellen. Die Krankenversicherung wird deshalb auf Dauer nicht umhinkommen, geeignete »Expertensysteme« in eigener Verantwortung zu organisieren, um im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung transparentere Strukturen für alle Beteiligten zu schaffen. Freilich über-

steigt es die personellen Kapazitäten einzelner Kassen oder Kassenarten, die Marktsegmente systematisch zu analysieren und geeignete Informationsinstrumente zu erarbeiten. Diese Aufgabe kann deshalb inhaltlich und ökonomisch effektiv nur gemeinschaftlich von den Kassen geleistet werden.

3. 4 Produktivität der Hersteller und Lieferantenbetriebe

25. Für die beiden großen Bereiche, die Versorgung mit Hörhilfen und Sehhilfen, hat der Sachverständigenrat (SVR KA 1988, Ziff. 483 f. u. 500) eine vergleichsweise geringe Arbeitsproduktivität festgestellt: In den handwerklich organisierten Optiker-Betrieben liegt danach rein rechnerisch die Abgabe bei 2,7 Brillen je Beschäftigten und Arbeitstag, in den Betrieben der Hörgeräte-Akustiker werden 0,7 Hörgeräte pro Arbeitstag und Betrieb angepaßt. Beide Produktivitätsraten lassen die Frage aufkommen, wie diese Betriebe betriebswirtschaftlich bestehen können. Das Beispiel einzelner wettbewerblich agierender Filialbetriebe des Optiker-Handwerks zeigt, daß die Arbeitsproduktivität dreimal so hoch – bei ca. 8 Brillen pro Beschäftigtem und Tag – liegen kann. Mit höheren Qualitätsstandards ist die unproduktive Betriebstruktur nicht hinreichend zu erklären, eher damit, daß – etwa bei Hörgeräten – die hohen Herstellerrabatte von 40 bis 70 % (im Schnitt 62 %) trotz unproduktiver Vertriebsstruktur ein Überleben am Markt möglich machen.

Vor diesem Hintergrund bedarf es nach Auffassung eines Teils der Kommission einer weiteren systematischen Evaluation der Teilmärkte im Hinblick auf deren jeweilige Arbeitsproduktivität. Nur in Kenntnis dieser Daten können in den Verhandlungen und in den Steuerungskonzepten Anreize und Zwänge zur Förderung der Produktivität etabliert werden.

26. Es obliegt der politischen Entscheidung, ob über die gesetzliche Krankenversicherung, über die ein großer Teil der Nachfrage gerade dieser beiden Hilfsmittelbereiche finanziert wird, unproduktive Strukturen aufrechterhalten werden sollen, oder ob sich nicht durch geeignete Steuerungsanreize produktivere Organisationsformen durchsetzen können.

3. 5 Verbesserung durch das Gesundheits-Reformgesetz

27. Nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) sind die im Gesundheits-Reformgesetz geschaffenen Instrumente geeignet, den dargelegten Problemen zu begegnen. Im einzelnen sind als wichtige Instrumente für den Heil- und Hilfsmittelbereich geschaffen worden:

Zur Lösung der Preis- und Mengenprobleme ist die Einführung von Festbeträgen bei Hilfsmitteln sowie bei Brillen und Hörgeräten vorgesehen. Im Bereich von Heilmitteln wird eine steuernde prozentuale Zuzahlung von 10 Prozent eingeführt.

Als weiteres Instrument zur Mengensteuerung sind Richtgrößen für die verordneten Heil- und Hilfsmittel vorgesehen.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau-Wilms-Kegel.

Ebenso werden bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Stichproben und Durchschnittswerten die Heil- und Hilfsmittelverordnungen einbezogen. Darüber hinaus können die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.

Zur Lösung der Qualitätsprobleme sieht das Gesundheits-Reformgesetz ausdrücklich die neu geschaffenen Paragraphen 138 und 139 SGB V vor.

Nach § 138 SGB V dürfen neue Heilmittel von Kassenärzten nur verordnet werden, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 SGB V Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

Zur Sicherung der Qualität bei Hilfsmitteln haben die Krankenkassen im § 139 SGB V den Auftrag erhalten, gemeinsam und einheitlich Qualitätsstandards für Hilfsmittel zu entwickeln.

Neue Hilfsmittel werden in das von den Kassen ebenfalls zu erstellende Hilfsmittelverzeichnis nur aufgenommen, wenn der Hersteller die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität nachgewiesen hat. Dabei wird der medizinische Dienst in das Prüfverfahren einbezogen. Auch die neuen Zulassungsregelungen für Heil- und Hilfsmittelleistungserbringer werden zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beitragen. Ein weiteres Instrument zur Verbesserung der Mengen- und Qualitätssteuerung ist die im § 34 SGB V vorgesehene Liste ausgeschlossener Heil- und Hilfsmittel.

Zur Verbesserung der Markttransparenz wird die mit der Festbetragskonzeption verbundene Zusammenstellung qualitativ vergleichbarer Produkte sowie das von den Kassen zu erstellende Hilfsmittelverzeichnis (§ 128) entscheidend beitragen.

Mit diesen Regelungen hat nach Auffassung dieses Teils der Kommission der Gesetzgeber für die Heil- und Hilfsmittelversorgung ein in sich schlüssiges Konzept zur Lösung der Preis-, Mengen- und Qualitätsprobleme geschaffen.

28. Die Minderheit der Kommission*) sieht in der Neufassung des SGB V keinen hinreichenden Beitrag zur Lösung der Probleme im Heil- und Hilfsmittelbereich.

3. 6 Teilmarktprobleme

29. Eine detailliertere Analyse muß in die einzelnen Marktstrukturen der Teilmärkte im Heil- und Hilfsmittelbereich eindringen. Auch die grundsätzliche Unterscheidung in Heilmittel und Hilfsmittel bedarf der weitergehenden Präzisierung. Im folgenden werden Heilmittel in physiotherapeutische, sprachtherapeutische und beschäftigungstherapeutische Leistungen unterschieden. Im Bereich der Hilfsmittel soll die Differenzierung nach Hörhilfen, Sehhilfen, orthopädischen Hilfsmitteln und Hilfsmitteln besonderer Art erfolgen. Einen Überblick über die Entwicklung der Anteile der einzelnen Leistungsbereiche innerhalb der jeweiligen Gesamtausgaben des Heil- und Hilfsmittelbereichs vermittelt die Tabelle 1. 12. Hierbei ist bemerkenswert, daß sich die Struktur der einzelnen Leistungsbereiche im Zeitablauf erheblich verändert hat. Dies wird u.a. durch verstärkte Nutzung neuerer Therapieformen (z. B. Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie) sowie Umschichtungen innerhalb

Tabelle 1.12: Anteile der Leistungsarten an den Gesamtausgaben für Heil- und Hilfsmittel 1970-1988 in %

Jahr	insgesamt	Orthopäd. Heil- und Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen	Med. Badebetriebe, Masseure, Krankengymnasten	Verband-, Heil- und Hilfsmittel Arzneien v. Sonstigen	Dialyse und Hilfsmittel besonderer Art
1970	100	28,5	34,6	—	31,4	5,5	—
1980	100	18,2	29,5	—	32,9	12,7	6,7
1982	100	18,0	23,3	5,4	28,9	4,7	19,7
1983	100	18,2	24,9	5,5	27,7	4,2	19,9
1984	100	17,9	23,3	5,7	29,0	4,6	19,5
1985	100	17,7	22,7	5,8	29,9	4,8	20,1
1986	100	17,5	22,4	5,5	29,6	4,9	20,8
1987	100	17,0	22,2	5,3	28,9	6,7	19,9
1988	100	16,7	23,9	6,4	27,5	6,7	18,8

Anmerkung: Ab 1982 geänderter Kontenrahmen. Werte mit denen der Vorjahre nur bedingt kompatibel.
Quelle: BMA (Hrsg): Arbeits- und Sozialstatistik.

des Hilfsmittelbereiches (Rückgang orthopädischer Einzelfertigung und Zuwachs technischer Produkte) bewirkt.

3. 6. 1 Heilmittel

3. 6. 1. 1 Physiotherapeutische Leistungen

30. Schon innerhalb dieses Teilmarktes muß man verschiedene Berufsgruppen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten ihres Indikationsbereiches zusammenfassen. Zu den Erbringern physiotherapeutischer Leistungen werden im folgenden Masseure, Masseure und medizinische Bademeister sowie Krankengymnasten gezählt. Physiotherapeutische Leistungen sind für den verordnenden Arzt in hohem Maße disponibel und untereinander in einem Kernbereich substituierbar. Z. B. werden in jeder der drei genannten Berufsgruppen Massagen durchgeführt.

31. Zwischen den einzelnen Berufsgruppen gibt es einen erheblichen Bereich von Überschneidungen im Leistungsspektrum und in der Indikationsstellung. Es hat sich jedoch eine Art »Spezialisierung« der einzelnen Berufsgruppen dahingehend herausgebildet, daß Masseure sowie Masseure und medizinische Bademeister zu ca. 46 % Massagen und zu 27 % wärme- und kältetherapeutische Leistungen durchführen, während Krankengymnasten Massagen nur zu 7 %, Wärme- und Kältetherapien nur zu 4 % durchführen. Ihre Haupttätigkeit liegt in der gymnastischen Einzel- und Gruppenbehandlung mit 38 % Umsatzanteil. Überschneidungen ergeben sich zusätzlich zu den niedergelassenen Ärzten und zu den Krankenhäusern, die zum Teil auch diese Leistungen in eigener Regie anbieten. Bei den Ärzten konzentrieren sich die Leistungen jedoch vorwiegend auf die geräteintensiven und delegierbaren Leistungen (z.B. Elektrotherapie mit 30,8 %).

32. Besonders auffällig sind die regionalen Preisunterschiede sowohl zwischen den einzelnen Landesverbänden als auch im Falle vergleichbarer Leistungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. So liegt das Niveau der von den Ersatzkassen gezahlten Preise für physiotherapeutische Leistungen (mit Ausnahme von Baden-Württemberg) um 10—15 % höher als das der anderen Kassen (SVR KA 1988, Zif. 459). Der günstigste Vertragsabschluß für den Leistungsbereich Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment- und Periostmassage lag in der Anbietergruppen der Masseure 1988 bei 9,79 DM, der teuerste Vertragsabschluß bei 12,25 DM. Eine Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Krankengymnasten betrug im günstigsten Fall 16,20 DM, der teuerste Vertragsabschluß lag bei 21,00 DM.

33. Die starke Expansion der Leistungserbringer, insbesondere in den Jahren 1975—1980 und in abgeschwächter, aber gegenüber anderen Leistungsbereichen immer noch starker Expansion ab 1980 (siehe Tabelle 1.13), übt einen erheblichen Druck im Hinblick auf eine Niederlassung in eigener Praxis aus. Für die große Zahl ausgebildeter Bewerber steht keine entsprechende Anzahl von unselbständigen Beschäftigungsverhältnissen in Kliniken oder Praxen zur Verfügung.

3. 6. 1. 2 Sprachtherapie

34. Die Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachbehandlungen stellt wegen des differenzierten Krankheitsbildes und der damit einhergehenden therapeutischen Maßnahmen hohe Anforderungen an den verordnenden Arzt. Er übernimmt mit dieser Verordnung auch die Verantwortung für die Durchführung der Behandlung. Der Arzt sollte Träger der Teilgebietsbezeichnung »Phoniatrie-Pädoaudiologie« sein oder über die Zusatzbezeichnung »Stimm- und Sprachstörungen« verfügen. Verordnungen anderer Ärzte, insbesondere HNO- und Kinderärzte, sollten nur im Ausnahmefall erfolgen. Gerade wegen der besonderen Schwierigkeiten ist die Verordnung durch geeignete Ärzte ein wichtiges Steuerungskriterium. Es sollte verstärkt überprüft werden.

Tabelle 1.13: Zahl der abzurechnenden Leistungserbringer auf dem Heilmittel-Sektor[1]

Leistungserbringer/ Jahr	Medizin. Badebetriebe	Masseure	Krankengymnasten
1975	2.718	5.061	2.273
1980	4.384	7.685	3.891
1985	5.408	9.525	5.362
1989	5.844	11.422	7.520
Steigerung 1980/89 in %	33,3	48,6	93,2

1) Einschl. Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die physiotherapeutische Leistungen ambulant erbringen.
Quelle: Berechnungen nach Angaben des VdAK.

Die Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen ist die Aufgabe von HNO-Ärzten mit der Teilgebietsbe-

zeichnung »Phoniatrie/Pädoaudiologie« sowie von staatlich anerkannten Logopäden. Ein Problem in diesem Bereich sind die verschiedenen Berufszugänge außerhalb des logopädischen Ausbildungsweges. Dadurch entstehen teilweise Abgrenzungsprobleme hinsichtlich des »Leistungsrahmens« der einzelnen Therapeuten.

35. Die jüngere Entwicklung der Zahl der Leistungserbringer zeigt, daß vermehrt Logopäden, und damit die wohl qualifizierteste Berufsgruppe, auf den Markt dringt. So hat sich die Zahl der Logopäden nach Angaben des VdAK allein zwischen 1980 und 1989 von 297 auf 999 erhöht. Trotz dieser Steigerungsraten gibt es nach Aussagen der Beteiligten, auch der Krankenkassen, noch einen erheblichen Bedarf in freier Niederlassung. Vom medizinisch-qualitativen Gesichtspunkt her ist die Expansion der Leistungserbringer insofern zu begrüßen. Um die Effizienz der Versorgung zu erhöhen, sollte insbesondere auch die Frage von Gruppensprachtherapien geprüft werden. Hier könnten sowohl ökonomische als auch medizinisch-qualitative Reserven liegen.

3. 6. 1. 3 Beschäftigungstherapie

36. Die Leistungen der Beschäftigungstherapie (oder auch Ergotherapie) wurden durch das Rehabilitations-Angleichungsgesetz als Krankenpflege in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Aufgabe von Ergotherapeuten ist die systematische Schulung und Stärkung von menschlichen Grundfunktionen, die durch Krankheit oder Unfall geschädigt wurden, mit dem Ziel, die schrittweise Wiedereingliederung des Betroffenen in den Gesellschafts- und Arbeitsprozeß zu ermöglichen.

37. Die Zahl der abrechnenden Leistungserbringer stieg nach Angaben des VdAK zwischen 1980 und 1989 um 39 auf 304 an. Die Ausgaben für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten erhöhten sich allein zwischen 1984 und 1986 von 3,2 Mio DM auf 6,3 Mio DM (BMA: Arbeits- und Sozialstatistik). Da es sich jedoch um eine neue Therapierichtung handelt, sind auch hier weder die enormen Zuwachsraten noch die Expansion der Leistungsausgaben besonders auffällig.

38. Einen interessanten Hinweis auf die Wechselwirkung zwischen Angebot und Nachfrage im Heil- und Hilfsmittelbereich gibt die Entwicklung der Ausbildungskapazitäten im Bereich der Beschäftigungs- oder Ergotherapeuten: Gab es 1976 lediglich 8 Ausbildungsstätten, so wurde nach dem ersten Rahmenvertrag mit den Ersatzkassen, der die Etablierung auf dem Markt der GKV einleitete, ein Sog auf neue Ausbildungskapazitäten ausgelöst, der zu zahlreichen Neugründungen führte. Mittlerweile gibt es 37 Ausbildungsstätten im Bundesgebiet, die jährlich ca. 1.200 Absolventen (SVR KA 1988, Zif. 457) ausbilden.

3. 6. 2 Hilfsmittel

3. 6. 2. 1 Hörhilfen

39. Mit Hörhilfen soll eine krankheits- und altersbedingte Schwerhörigkeit kompensiert werden. Der Markt für Hörhilfen in der Bundesrepublik umfaßte 1987 ein Gesamtvolumen von 460 Mio. DM. Davon entfielen ca. 420 Mio. DM (90 v.H.) auf die gesetzliche Krankenversicherung. Die Stückzahlen sind zwischen 1980 mit 197.486 Geräten auf 1987 mit 283.435 kontinuierlich angewachsen. Aufgrund des Ankündigungseffektes des GRG sind 1988 ca. 350.000 Geräte abgesetzt worden (SAEKEL 1989, S.20). Der Verkauf von Hörgeräten verteilte sich 1987 auf ca. 1.400 Handwerksbetriebe mit durchschnittlich 2,8 Beschäftigten. 20 % der Umsätze entfielen hierbei auf Augenoptikerbetriebe.

40. Insgesamt ist die Marktstruktur im Bereich der Hörhilfen in hohem Maße monopolisiert. Die Akustiker beziehen ihre Geräte von etwa einem Dutzend Firmen, die jedoch ihrerseits bei der Beschaffung wichtiger Bauteile (Mikrofone, Lautsprecher) auf einen amerikanischen Hersteller angewiesen sind, der auf diesem Markt eine Monopolstellung innehat (SVR KA 1988, Zif. 495). Im Vergleich zu anderen hochwertigen technischen Produkten ist diese Marktstruktur nicht verbraucherfreundlich, weil die technischen Innovationen durch den mangelnden Preiswettbewerb quasi automatisch preissteigernd wirken.

41. Die Mengenentwicklung auf dem Markt für Hörhilfen ist sicher zu einem Teil »anbieterinduziert«, wenngleich insgesamt der Versorgungsgrad mit Hörgeräten in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich noch gering ist. Mengenentwicklungen sind also auch in Zukunft »morbiditätsbedingt«, um so mehr sollte die Krankenversicherung Sperren gegen medizinisch nicht indizierte Abgaben aufbauen.

42. Das sprunghafte Ansteigen der nur ausnahmsweise verordnungsfähigen Im-Ohr-Geräte von 2,5 % (1983) auf 17 % (1987) zeigt deutlich die Präferenzen der Patienten. Allerdings sind auch nach medizinischer Meinung die Indikationsbereiche für IO-Geräte sehr begrenzt.

43. 1987 lag der durchschnittliche Hörgerätepreis bei ca. 1.250 DM (ohne Otoplastik und Energieversorgung). Wird der Fabrikabgabepreis mit ca. 450 DM veranschlagt, so entfallen auf den Dienstleistungspreis ca. 800 DM. Inländische wie internationale Vergleiche deuten indessen darauf hin, daß sowohl der Gerätepreis als auch der Dienstleistungspreis weit überzogen sind. So kosten beispielsweise Hörgeräte, wenn sie in England privat finanziert werden, einschließlich Anpassung und Nachbetreuung zwischen 460 DM und 1.200 DM (SAEKEL 1989, S.39).

44. Insgesamt dürften auf dem Markt für Hörgeräte noch erhebliche Rationalisierungspotentiale stecken, die durch das bisherige Preissystem nicht hinreichend ausgeschöpft werden. Gerade vor dem Hintergrund einer Versorgungsstruktur, die tendenziell einen noch großen Bedarf aufzeigt, müssen geeignete Instrumente diese Rationalisierungsmöglichkeiten sowohl bei den Herstellern als auch im Vertriebssystem aufdecken. Dabei müssen auch die bisherigen Verträge und Lieferbedingungen auf wettbewerbsbehindernde und die gegenwärtige Struktur stützende Bedingungen hin untersucht werden (Meisterpräsenzklausel, etc.).

45. Auf dem Hintergrund dieser Analyse verweist die Mehrheit der Kommission*) auf die mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführten Festbeträge für Hörhilfen. Erste Erfahrungen in verschiedenen Bundesländern (neben Ham-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau-Wilms-Kegel.

burg und Nordrhein-Westfalen nunmehr auch Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hessen, Bayern und Saarland) haben gezeigt, daß das Festbetragskonzept zu deutlichen Preisreduktionen ohne Qualitätsverluste führt. Langfristige Steuerungswirkungen bleiben abzuwarten.

3. 6. 2. 2 Sehhilfen

46. Der Markt für Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen) wird von drei Besonderheiten wesentlich bestimmt, die ihn von anderen Teilmärkten des Hilfsmittelssektors unterscheiden:

Brillen dienen einerseits als medizinisches Hilfsmittel zum Ausgleich einer unzureichenden Körperfunktion, gleichzeitig oft aber auch als »modisches Hilfsmittel« (HENNING 1981) zur Darstellung der eigenen Persönlichkeit.

Versicherte besitzen im Unterschied zu ihrer Lage in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung ein ungewöhnlich hohes Maß an »Konsumentensouveränität«, da sie nach eigenen Vorstellungen das Aussehen der Brille und Details der Gläser (Tönung, Entspiegelung) bestimmen können, während sie bei den technischen Details der Augenglasbestimmungen auf das Expertenwissen des Optikers angewiesen bleiben.

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt stets dann nur einen Teil der durch die Anschaffung einer Brille für die Versicherten entstehenden Kosten, wenn die Versicherten aufwendigere Versorgungsformen wünschen. Diese Eigenbelastung der Versicherten lag nach den Erkenntnissen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion Mitte der 80er Jahre für etwa drei Viertel aller Versicherten höher als die Kassenleistung selbst (SVR KA 1988, Zif. 476).

47. Die Entwicklung auf dem Markt für Sehhilfen muß vor dem Hintergrund betrachtet werden, daß mit § 376 d RVO seit Anfang der 80er Jahre ein Instrumentarium zur Verfügung stand, aufgrund dessen die Krankenkassenverbände mit den Anbietern Verträge über Art und Preise der zu liefernden Sehhilfen vertraglich zu regeln hatten.

Die Erfahrungen mit diesem Vertragspreissystem haben gezeigt, daß ein solches System bei Brillen nicht zu einer mangelnden Qualität des »Kassengestells« geführt hat, sondern – im Gegenteil – neue Anbieter mit einer großen Zahl von Fassungen und Preisen innerhalb der »Festbetragslösung« auf den Markt drangen und auf diese Weise zunehmend Preisdruck auch unter den etablierten Anbietern ausgelöst werden konnte.

48. Das in § 36 SGB V vorgesehene Festbetragskonzept für Brillen knüpft insoweit an bisher gesammelte Erfahrungen an, senkt indes gleichzeitig den Zuschuß zu den Kosten des Brillengestells um 50 % auf maximal 20 DM ab. Gleichzeitig ist der Anspruch auf eine erneute Versorgung mit Sehhilfen darauf beschränkt worden, daß sich die Sehfähigkeit des Versicherten um mindestens 0,5 Dioptrien geändert hat (§ 33 Abs.4 SGB V), und der Anspruch auf die Verordnung von Kontaktlinsen ist auf »medizinisch zwingend erforderliche Ausnahmefälle« (§ 33 Abs.3 Satz 1 SGB V) eingeengt worden. Die nur begrenzte Haltbarkeit einer Brille führt in allen anderen Fällen dazu, daß die Kosten der Brille vom Versicherten allein getragen werden müssen.

49. Die Regelungen des GRG haben in den ersten Monaten des Jahres 1989 gegenüber dem Vergleichszeitraum 1988 zu einem drastischen Rückgang beim Neuerwerb von Brillen durch die Versicherten geführt, was nach Angaben der Optikerbranche dort im ersten Halbjahr 1989 (im Vergleich zum 1. Halbjahr 1988) Umsatzeinbußen von weit mehr als 40% zur Folge hatte (Handelsblatt, 6.10.1989).

Welche Wirkungen von den Regelungen des GRG längerfristig auf die Versorgung der Versicherten und von der Festbetragslösung auf den Markt für Sehhilfen insgesamt ausgehen werden, bleibt abzuwarten. Bisher sind von den Krankenkassen keine Festbeträge für Brillen festgesetzt worden.

50. Für die zukünftige Gestaltung des Marktes für Sehhilfen wird vor allem wesentlich sein, ob sich mit dem bereits in den letzten Jahren beobachtbaren verstärkten Vordringen von Filialisten und Warenhäusern auf den Markt, die derzeit bei steigender Tendenz über einen Marktanteil von etwa 15 % verfügen, zunehmend modernere Vertriebsformen durchsetzen und bisher wenig produktive Organisationsformen abgelöst werden (dazu HENNING 1981; auch oben Abschnitt 3.4). Wenn bedacht wird, daß jeder zweite in der Bundesrepublik Brillenträger ist und 28 % der Bevölkerung zu den ständigen Trägern zählen, allein 1985 14 Mio. Brillenfassungen (Korrektionsfassungen) und 30 Mio. Gläser verkauft wurden (SVR KA 1988, Zif. 472), wird deutlich, daß von den bestehenden Marktstrukturen nicht nur für die gesetzliche Krankenversicherung, sondern daneben auch für die Wirtschaftsstruktur bedeutsame Effekte ausgehen.

51. Die noch zu etablierenden Festbetragslösungen, die auch auf das überhöhte Preisniveau etwa bei Kontaktlinsen reagieren sollen (s. Zwischenbericht der Enquete-Kommission, S. 301), können nur dann erfolgreich sein, wenn sie auf der Basis folgender Kriterien aufgebaut werden:

- permanente Qualitäts- und Marktanalyse,
- Transparenz von Marktpreisrelationen und Herstellerabgabepreisen,
- keine vertraglichen Bindungen hinsichtlich der Marktzutrittsmöglichkeiten und
- Qualitätssicherung beim Marktzutritt.

3. 6. 2. 3 Orthopädische Hilfsmittel und Hilfsmittel besonderer Art

52. Ein in sich hochgradig differenzierter Teilmarkt ist der Bereich der Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln besonderer Art.

Bei den orthopädischen Hilfsmitteln dominiert die handwerkliche Erarbeitung von Hilfsmitteln, die fehlende Gliedmaßen ersetzen (Prothesen), die die körperliche Statik stabilisieren (Orthesen/Stützapparate), die Körperfunktionen wiederherstellen und/oder unterstützen sollen (z. B. orthopädische Schuhe, Bandagen, Einlagen). Traditionell war diese handwerkliche Arbeit in hohem Maße personalintensiv und die Versorgung höchst individuell. Insbesondere bei der Versorgung mit Stützapparaten ist die Anfertigung von Schienen, Gelenken etc. nur individuell möglich und verlangt eine sorgfälltige Anpassung mit oft langwierigen Kontakten zwischen Orthopädiehandwerker und Patient.

53. Die Individualität der Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln wird oft als Argument dafür vorgetragen, Steuerungselemente, wie z.B. das Festbetragskonzept, für diesen Versorgungsbereich abzulehnen. Es bedarf der systematischen Evaluation, ob und in welchem Maße eine Einzelanfertigung fachlich ausschließlich handwerklich erfolgt oder auf genormte oder vorgefertigte Rohprodukte zu-

rückgreifen kann. Es stellt sich auch die Frage, ob nicht auch individuelle Arbeits- und Anpaßleistungen bis zu einem bestimmten Punkt genormt werden können und damit »festbetragsfähig« werden. Aus dem industriellen Bereich sind jedenfalls solche Normungsprozesse, insbesondere bei der innerbetrieblichen Steuerung, bekannt.

Dabei wird es im sensiblen Bereich der gesundheitlichen Versorgung sicher Grenzen geben. Diese dürften jedoch weniger in der Notwendigkeit der individuellen Zurichtung, also beim Handwerk, als vielmehr in der individuellen Verträglichkeit, Paßgenauigkeit und Handhabbarkeit liegen.

54. Es bedarf auch der näheren Untersuchung, ob und in welchem Maße die Leistungspositionen der Bundesprothesen-Liste noch ein richtiges Abbild der Produktionsstrukturen in diesem Bereich darstellen oder ob nicht der Übergang zu modernen Materialien (Gießharze, spezielle leicht verarbeitbare Kunststoffe, etc.) auch in diesem Bereich Rationalisierungsreserven eröffnet, die bisher jedenfalls nicht zu Anpassungsprozessen in den Leistungsverzeichnissen geführt haben.

55. Hilfsmittel besonderer Art, vor allem Krankenfahrstühle, Gehwagen, Applikationshilfen und sonstige Hilfsmittel, werden über den Sanitätshandel durch Orthopädie-Techniker oder von den Herstellern direkt geliefert. Für sie bestehen überwiegend keine vertraglich fixierten Preisabsprachen, so daß hier der Hersteller die Möglichkeit freier Preisgestaltung hat.

56. Seit Übernahme von Hilfsmitteln und Hilfsmitteln besonderer Art in den Sachleistungskatalog der GKV (mit dem RehaAnglG 1974) trägt die Versorgung mit Hilfsmitteln, die nach übereinstimmender Meinung auf hohem technischen Niveau angesiedelt ist, zur umfassenden und qualitativ hochwertigen Versorgung bei. Im Gesamtbereich der orthopädischen Hilfsmittel ist eine erhebliche Technisierung der Ausstattung hin zu elektrisch und elektronisch gesteuerten Hilfsmitteln zu beobachten, was die Funktionsfähigkeit für den Patienten in hohem Maße verbessert und den Tragekomfort erhöht. Gerade diese Form des medizinisch-technischen Fortschritts trägt zu den Erfolgen der medizinischen Rehabilitation in großem Maße bei.

57. In den letzten Jahren hat sich eine Strukturverschiebung in den Betrieben der Orthopädie-Techniker dahingehend abgespielt, daß die Umsatzanteile der überwiegend handwerklichen Bereiche, also der Großorthopädie und der Kleinorthopädie, von rund 34 % auf 29 % (Großorthopädie) und von rund 38 % auf 35 % (Kleinorthopädie) abgenommen haben, während die Bereiche, in denen vorwiegend industriell gefertigte Produkte über den Sanitätshandel weitergegeben werden (Rollstühle, Alltagshilfen, Stoma-Artikel und sonstige Sanitätsartikel), in ihren Umsatzanteilen gestiegen sind (BUNDESINNUNGSVERBAND FÜR ORTHOPÄDIE-TECHNIK 1986 [repräsentative Erhebung bei 55 Orthopädietechnik-Betrieben]; SVR KA 1988, Ziff. 506 ff.). Dies deutet darauf hin, daß mehr und mehr industriell gefertigte Produkte die handwerklichen Einzelanfertigungen ersetzen.

58. Der Gesamtbereich weist eine Ausgabenentwicklung mit stark expansiver Tendenz auf. Allein zwischen 1982 und 1986 sind die Ausgaben für orthopädische Hilfsmittel von 907 Mio. DM auf 1.266,4 Mio. DM gestiegen, die für Hilfsmittel besonderer Art im gleichen Zeitraum sogar von 140,3 Mio. DM auf 309,2 Mio. DM (BMA: Arbeits- und Sozialstatistik). Auffällig ist, daß die Orthopädie-Fachärzte weitgehend auf die eigene Hilfsmittelversorgung verzichten und stattdessen per Verordnung entweder Orthopädie-Techniker oder Orthopädie-Schuhmacher beauftragen, oder aber industriell gefertigte Hilfsmittel durch Sanitätshäuser abgeben lassen. Auch hierdurch wird die fast doppelt so hohe Steigerungsrate der Hilfsmittel besonderer Art erklärt.

59. Die Verordnung im Bereich der orthopädischen Hilfsmittel erfordert eine hohe Kompetenz beim niedergelassenen Arzt. Gerade die Produkte, die fehlende Körperteile ersetzen oder fehlgerichtete Körperteile in ihrer Funktion unterstützen sollen, also höchst individuell auf den Körper des Betroffenen hin zugerichtet werden müssen, verlangen vom Verordner eine eindeutige und präzise Verordnung sowie eine anschließende Kontrolle hinsichtlich Paßgenauigkeit, Funktionsfähigkeit und eventueller Nebenwirkungen.

60. Für den Verordner ist die Übersicht über die am Markt gehandelten Produkte überaus schwierig. Er ist weitgehend auf die Information der Hersteller durch Werbebroschüren angewiesen. Seine eigenen Erfahrungen in der Therapie reichen in der Regel nicht aus, eine umfassende Kenntnis über mögliche Versorgungsformen zu erhalten. Folge des intransparenten Marktgeschehens sind sehr oft »Freibriefe« für Lieferanten, die eine unspezifische Verordnung damit in ihrem Sinne konkretisieren können. So eröffnet die Verordnung einer »Patella-Bandage« für den Lieferanten die Möglichkeit der Auswahl zwischen Produkten vergleichbarer Qualität, jedoch mit Preisspannen zwischen 38 DM und 248 DM. Bei der Verordnung eines »Standardrollstuhles« gibt es ebenfalls erhebliche Preisspannen bei vergleichbaren Produkten (siehe auch BESKE 1989, S.46 f.). Die Beispiele ließen sich beliebig erweitern.

61. Vor dem Hintergrund dieser Analyse bestätigt sich nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) die Richtigkeit der durch das Gesundheits-Reformgesetz eingeführten Festbeträge für Hilfsmittel, die den Preiswettbewerb sowie die preisliche Transparenz fördern. Zur Markttransparenz insgesamt und insbesondere zu mehr Transparenz in qualitativer Hinsicht werde das mit dem Gesundheits-Reformgesetz im § 128 SGB V eingeführte Hilfsmittelverzeichnis sowie die Überprüfung neuer Heilmittel durch den Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen (§ 138 SGB V) und die Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln (§ 139 SGB V) beitragen.

4. Instrumente zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie zur Steuerung der Inanspruchnahme

62. Die Analyse von Problemen der Heil- und Hilfsmittelversorgung hat gezeigt, daß Reformen sich in diesem Bereich auf zwei Ebenen bewegen müssen. Zum einen geht es darum, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der angebotenen Leistungen zu sichern. Zum zweiten müssen die vorhandenen Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme teilweise neu gestaltet werden. Reformoptionen können da-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau-Wilms-Kegel.

bei angesichts dieses von der Art der Leistungen her sehr heterogenen Versorgungsbereiches nur differenzierte und marktsegmentbezogene Steuerungsansätze sein. Die im folgenden vorgestellten Instrumente zur Regulierung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln beziehen sich in der Regel nicht auf den gesamten Leistungskomplex, sondern auf Segmente.

4. 1 Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte

63. Ausgangspunkt für alle Reformoptionen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung ist die stärkere Orientierung an Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepten. Dazu gehören insbesondere Informationskonzepte, Begutachtungs- und Beratungskonzepte sowie nach qualitativen Kriterien steuernde Regulierungskonzepte.

4. 1. 1 Informationskonzepte

64. Informationsinstrumente im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung haben zielgruppenorientiert die Voraussetzung für rationales Handeln zu verbessern und die Beurteilung der Konsequenzen eigener Entscheidungen zu ermöglichen. Die vorhandenen Instrumente, die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen, der Heil- und Hilfsmittelkatalog der Spitzenverbände der Krankenversicherung sowie private Kataloge (vgl. GERLACH 1985) konnten diese Lücke bisher nicht füllen.

65. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung haben bereits im Jahre 1987 ein Projekt zur Systematisierung und vergleichenden Bewertung von Heil- und Hilfsmitteln beschlossen, das von der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung durchgeführt wird.

Im Rahmen dieses Projektes soll mit ärztlichem und medizinischem Sachverstand und unter Beteiligung von Beratungsteams aus dem Vertrauensärztlichen Dienst (Medizinischen Dienst) die gesamte Produktpalette indikationsbezogen systematisiert sowie medizinisch und technisch bewertet werden.

Für den Verordner würde eine solche Systematik im konkreten Verordnungsfall die jeweils indizierten Produkte im Vergleich auflisten, medizinisch-technisch bewerten und ihm die notwendigen Preisinformationen geben. Diese Informationen würden überdies die Verwaltungsentscheidung einer Krankenversicherung erheblich effizienter machen und als Impuls für aktives Handeln vor Ort wirken können.

Diese Ansätze zielen grundsätzlich in die richtige Richtung; sie sind zu unterstützen und voranzutreiben.

4. 1. 2 Medizinisch inhaltliche Kompetenz für die Verhandlungsführung der Krankenversicherung

66. Alle Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte, die hier als Optionen für Reformen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung skizziert wurden, gehen von der Voraussetzung aus, daß die Krankenversicherung eine zunehmend aktive Rolle nicht nur in der Finanzierung, sondern auch und gerade bei der Sicherung der Leistungsqualität übernimmt. Je mehr die Krankenversicherung sich ihrer gesundheitspolitischen Kompetenz und Verantwortung bewußt wird und die Leistungsstrukturen der Heil- und Hilfsmittelversorgung mitgestaltet, desto wichtiger wird der Aufbau einer eigenständigen und von Anbieterinteressenten unabhängigen medizinischen Kompetenz.

67. Die Problemanalyse des Heil- und Hilfsmittelsektors insgesamt und die seiner Teilmärkte zeigt, daß medizinischer Sachverstand insbesondere bei

- der Definition des medizinischen Standards als Voraussetzung für weitergehende Steuerungsinstrumente, z.B. Festbetragslösungen,
- der Qualitätsbeurteilung neuer Produkte und Produktvarianten (Rollstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe usw.),
- Preis-/Leistungsvergleichen,
- indikationsbezogenen Produktvergleichen,
- der medizinischen Bewertung neuer Therapieformen,
- der medizinischen Begründung von Verhandlungspositionen und
- der Analyse der Mengenstrategie von Lieferanten und Therapeuten

wertvolle Beiträge zur Stärkung der Position der Krankenversicherung leisten kann.

4. 1. 3 Begutachtungs- und Beratungskonzepte

68. Die rationale Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln setzt nicht nur Informationen über vergleichbare Produkte oder Produktqualitäten voraus, sondern erfordert ein hohes Maß an Erfahrung bezüglich der Anwendung, Nutzung, Handhabung und Verträglichkeit der Mittel bei dem und durch den Patienten. Möglichkeiten für eine größere Verordnungsrationalität sind vor allem in einer sozialmedizinisch und medizinisch-technisch sachverständigen Begutachtung besonders bei kostspieligen und technisch anspruchsvollen Verordnungen zu sehen. Eine Vielzahl gerade der Hilfsmittelverordnungen müssen der Gesamtkonstitution des Patienten, seiner familiären und sozialen Einbindung, dem häuslichen Umfeld, insbesondere den baulichen Gegebenheiten, Rechnung tragen. Bei der Durchführung einer so breit angelegten Recherche ist der behandelnde Arzt häufig – allein schon aus zeitlichen Gründen – überfordert. Er bedarf deshalb der fachlichen Unterstützung. Auf diese Weise kann die Vielzahl nicht benutzter und nicht benutzbarer Hilfsmittel erheblich reduziert und die Versorgungsqualität gesteigert werden.

69. Die Krankenversicherung müßte, um dabei ihrer gesundheitspolitischen Steuerungsfunktion gerecht zu werden, die Konkretisierung der Verordnung durch geeignete Institutionen überprüfen. Anknüpfungspunkte für den Aufbau solcher Dienste bieten die praktischen Erfahrungen einzelner Krankenkassen (z.B. der Berliner Betriebskrankenkassen), die bereits seit längerem in der Hilfsmittelversorgung eine Begutachtungs- und Beratungstätigkeit durch dafür qualifiziertes Fachpersonal leisten.

70. Grundlegende Voraussetzung für eine zielgerichtete Begutachtung ist jedoch eine aussagefähige Verordnung durch den behandelnden Arzt mit Angaben über Diagnose, Befund und sonstigen verordnungsrelevanten Informationen. Wenigstens die formalen Voraussetzungen dafür könnten durch ein einheitliches Verordnungsblatt für Heil- und Hilfsmittelverordnungen geschaffen werden.

71. Eine erhebliche Steigerung der Versorgungssicherheit könnte erreicht werden, wenn die Begutachtung sich nicht

nur auf die Verordnung, sondern auch auf die Versorgung des Patienten beziehen würde. Denn gerade nach erfolgter Versorgung bedarf es häufig der Anleitung im Umgang sowie der Beurteilung der Paßgenauigkeit, Verträglichkeit und Zweckmäßigkeit der Produkte in der Alltagssituation des Patienten. Ein solches Konzept der Begutachtung von Verordnung und Versorgung ist eine qualitätssichernde Strategie, kein Kontrollinstrument für die Versicherten. Im Nebeneffekt würden allerdings unnötige, unzweckmäßige und unwirtschaftliche Verordnungen reduziert und damit die Effizienz der Versorgung insgesamt erhöht werden können.

4. 1. 4 Regulierungskonzepte

72. Regulierungsverfahren unter der Überschrift »Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte« setzen nicht am Problem der Überversorgung und/oder Bedarfsplanung an, sondern bei der Frage der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssicherung beim Marktzugang. Bisher schon prüfen die Spitzenverbände der Krankenversicherung gemeinsam mit Ärzten aus dem VäD die Aufnahme neuer Produkte und Produktvariationen in den Hilfsmittelkatalog. Mit der Aufnahme ist die Verordnung dieser Produkte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Problematisch hierbei ist die Vielzahl von Produktvariationen. Sie können – bisher wenigstens – immer noch ohne allzu harten Qualitätsnachweis auf den GKV-Markt gelangen.

73. Das SGB V sieht nunmehr ein zweistufiges Zulassungsverfahren vor, wobei der Medizinische Dienst eine Qualitätsprüfung vor Aufnahme in ein Hilfsmittelverzeichnis vorzunehmen hat (§ 139 Abs. 2 SGB V). Im Hilfsmittelverzeichnis sollen die Spitzenverbände gemeinsam die von der Leistungspflicht umfaßten Hilfsmittel aufführen und die dafür vorgesehenen Festbeträge oder vereinbarten Preise angeben (§ 128 SGB V). Ebenso müssen Qualitätsstandards im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht werden (§ 139 Abs.1 SGB V). Die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie von Heil- und Hilfsmittel wird durch vom Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen zu beschließende Richtlinien mit Auflagen an die Verordnung und die Abgabe verknüpft (§ 92 SGB V). Die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln sollen ausdrücklich Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung enthalten (§ 138 SGB V). Die Definition und die Durchsetzung von Qualitätsstandards erhöhen grundsätzlich den Wirkungsgrad des Mitteleinsatzes.

4. 2 Preisgestaltung und Steuerung der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln

74. Für die Preisgestaltung und Steuerung der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln bieten sich mehrere Instrumente an. Sie zielen auf die verschiedenen Faktoren, die Umfang und Art der erbrachten Leistungen beeinflussen. Auch die verschiedenen Instrumente der Preispolitik dienen letztlich der Steuerung der Inanspruchnahme.

4. 2. 1 Administrative Steuerung: Bedarfsplanung, Leistungsausgrenzung, Positivlisten

75. Eine gut organisierte Bedarfsplanung könnte bei Heilmitteln mit Dienstleistungscharakter die »Mengenflanke« erheblich entschärfen, da hier vom vorhandenen Angebot ein latenter Druck auf die Menge ausgeht. Bedarfsplanungsmaßnahmen haben jedoch sowohl qualitativ als auch ökonomisch gravierende Nachteile: Durch den Schutz der vorhandenen Anbieter am Markt kann das Eindringen neuer Therapiekonzepte, neuer Techniken und neuer qualitativer Standards erschwert sowie ökonomisch die Marktposition der etablierten Anbieter »künstlich« gestärkt und Preiswettbewerb verhindert werden.

76. Was die Bedarfsplanung bei Leistungserbringern ist, das stellen die Instrumente »Leistungsausgrenzung« und »Positivlisten« für den Bereich sächlicher Heil- und Hilfsmittel dar: Die künstliche Verknappung des Angebots unter Bedarfsgesichtspunkten nach ökonomischen oder medizinischen Kriterien. Folgt die Leistungsausgrenzung in aller Regel qualitativen Maßstäben (so schon heute durch Zulassung oder Nichtzulassung als Hilfsmittel), so wird sie unter dem Stichwort »Eigenverantwortung« nach dem ökonomischen Kriterium der »Bagatelle«, für die kein Versicherungsschutz nötig sei, auch ökonomisch erweitert. Ein umgekehrter Begründungszwang wird mit Positivlisten etabliert. Diese Listen, die die verordnungsfähigen Hilfsmittel beinhalten, schließen den Markt zunächst einmal ab und binden die Neuzulassung von Hilfsmitteln an den Nachweis ihres therapeutischen Nutzens und an die Produktqualität. Von Positivlisten allein geht indessen noch keinerlei Preis- oder Wettbewerbsdruck aus. Ein solches Verfahren muß deshalb durch geeignete ökonomische Steuerungsinstrumente flankiert werden und sollte sich allein auf das Kriterium der Produktqualität bei der Zulassung zum Hilfsmittelmarkt und das der Ausbildungs (Behandler-)qualität bei der Zulassung zum Dienstleistungsmarkt beschränken.

4. 2. 2 Festbetragskonzept

77. Das Festbetragskonzept folgt der Idee, trotz Beibehaltung des Prinzips der Sachleistung wettbewerbliche Anreize beim Anbieter zu schaffen, die einen erheblichen Preisdruck im System selbst organisieren. Wenn es für eine Indikation mehrere (auch qualitativ) vergleichbare Produkte gibt, kann ein Festbetrag, der garantiert, daß Produkte ohne jede Zuzahlung verordnet werden können, dazu führen, daß Hochpreisanbieter ihren Preis in Richtung Festbetrag senken müssen.

78. Voraussetzungen für Festbeträge sind die medizinisch eindeutige Definition von Indikationsbereichen, darauf aufbauend die Definition von Produktgruppen innerhalb der Indikationsbereiche und schließlich die Zusammenführung der Produkte innerhalb von vergleichbaren Produktgruppen. Festbeträge etablieren eine hohe Verantwortung der Krankenversicherung gegenüber ihren Versicherten, um eine ausreichende Sachleistung ohne ungerechtfertigte Zuzahlungen zu garantieren. Regelungen, wonach bei der Festlegung von Festbeträgen den Verbänden der Leistungserbringer »Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben« ist und diese bei der Entscheidung »einzubeziehen« sind, hebeln nach Auffassung der Minderheit der Kommission*) die Idee einer Festbetragslösung hingegen zum Teil wieder aus.

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.
Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

79. Das Festbetragskonzept stellt vom Prinzip her ein Verfahren dar, das Preisdruck auf die etablierten Anbieter am Markt ausüben kann, neuen Anbietern die Märkte nicht verschließt und damit dauerhaft Innovationsfähigkeit sichern kann. Dadurch, daß einerseits echte Innovationen mit wichtigen therapeutischen Vorteilen quasi konkurrenzfreie und für Festbeträge ungeeignete Marktnischen mit allen – auch preislichen – Vorteilen finden und besetzen können und andererseits bloße Imitationen lediglich den Preisdruck am Markt zugunsten des Nachfragers und des Verbrauchers verstärken, wirkt dieses Verfahren durchaus im Sinne der Zielkonzeption für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

80. Allerdings dürfen die Grenzen des Festbetragskonzepts nicht übersehen werden. Bei rein individuellen, auf eine konkrete Bedarfssituation fixierten Einzelfertigungen, bei Hilfsmitteln, insbesondere bei orthopädischen Hilfsmitteln, oder im Bereich der Heilmittel mit Dienstleistungscharakter bei zu kleinen Marktsegmenten mit regional zu geringer Anzahl »vergleichbarer« Anbieter muß ein Festbetragskonzept mangels Referenzgrößen scheitern. Dies sind Bereiche, in denen ein Festbetragskonzept nicht nur wirkungslos bleibt, sondern gesundheitspolitisch sogar schädlich wäre.

81. Bei Heilmitteln mit Dienstleistungscharakter ist zudem zu unterscheiden zwischen Marktsegmenten, die tendenziell als überversorgt bezeichnet werden können (z. B. Masseure), und Bereichen, in denen der Bedarf das vorhandene Angebot global oder regional übersteigt (Unterversorgung). Bei Unterversorgung beinhaltet eine Festbetragslösung die latente Gefahr, daß die Leistungserbringer in die strategisch günstige Position der autonomen Preissetzung gelangen und ihre Preisvorstellungen per Zuzahlung durch die auf diesen Anbieter angewiesenen Patienten auch realisieren können.

82. Eine wichtige Aufgabe der Verhandlungsführung der Krankenversicherung wird die Klärung der Frage sein, welche Produkte denn tatsächlich nach dem Stand der aktuellen Produktionstechnik in Einzelfertigung und welche Produkte durch Entwicklungen auf dem Materialsektor und durch moderne Verfahren der Produktionstechnik (z. B. in Modulbauweisen) vorgefertigt werden und damit in festbetragsfähige Produktgruppen Eingang finden können. Die Strategie der Hersteller wird naturgemäß eine unschwer zu durchschauende Produktdifferenzierung und der Nachweis der »Unvergleichbarkeit« sein. Auch hier ist die Krankenversicherung auf anbieterunabhängige medizinische und technische Bewertung der Produkte angewiesen, um diese Zukunftsaufgabe angemessen bewältigen zu können.

4. 2. 3 Selbstbeteiligung der Versicherten

83. Die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen bzw. Selbstbeteiligungen sind alternativ zu Festbetragsregelungen zu sehen. D.h. in den Segmenten, wo Festbeträge eingeführt worden sind, steht die obligatorische Selbstbeteiligung prinzipiell nicht mehr zur Debatte. Zwar sind auch bei Festbeträgen – wie etwa bei Sehhilfen – Zuzahlungen durch die Versicherten eher die Regel als die Ausnahme, jedoch erfolgen sie nicht notwendig durch die Leistungsinanspruchnahme per se. Die Argumente pro und contra Selbstbeteiligung sind inhaltlich im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung nicht anders als in der allgemeinen ordnungspolitischen Debatte (vgl. Anhang: Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems).

4. 2. 4 Ausschreibungskonzept

84. Idee eines Ausschreibungskonzeptes ist es, ein ökonomisches Instrument zu konstruieren, das einen permanent kontrollierten Preiswettbewerb in Gang setzt, der geeignet ist, Überkapazitäten nachhaltig abzubauen oder die Folgen von vorhandenen Überkapazitäten zu mildern. In der Sache selbst organisiert ein Ausschreibungskonzept einen Wettbewerb um Versorgungsaufträge. Dazu müssen – wie im übrigen auch beim Festbetragskonzept – relativ homogene Leistungseinheiten, die hinsichtlich ihrer Produkt- oder Dienstleistungseigenschaften vergleichbar sind und deshalb als »Bezugsbasis« verwendet werden können, definiert werden.

85. Die Übertragung von Ausschreibungsmodellen auf konkrete Märkte der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf noch tiefergehender Analysen und konkreter Abgrenzungen der ausschreibungsfähigen Versorgungsaufträge. Ohne solchen Analysen vorzugreifen, läßt sich jedoch als spezifischer Vorteil eines Ausschreibungskonzeptes festhalten, daß es damit gelingen könnte, eine »willkürliche« Ausgrenzung von Angebotskapazitäten zu vermeiden, den Zugang zum Markt grundsätzlich offenzuhalten, d. h., keinen Bestandsschutz für im Markt befindliche Anbieter zu begründen und dennoch das Problem der Überversorgung zu entschärfen.

86. Auch bei diesem Verfahren gibt es allerdings in der Struktur der Marktsegmente liegende Grenzen, die die Vorteile stark relativieren und das Verfahren für bestimmte Teilbereiche nahezu ausschließen. So ist die Möglichkeit von Ausschreibungen in nicht ausreichend versorgten Bereichen (z. B. nur ein Masseur, nur ein Hilfsmittellieferant oder eine orthopädische Werkstätte) von vornherein erheblich eingeschränkt. Ein großes Problem, gerade in den Teilmärkten des Heil- und Hilfsmittelbereiches, stellt die Möglichkeit des abgestimmten Verhaltens gut organisierter Anbieter dar. Eine immanente Grenze des Ausschreibungskonzeptes liegt ferner in der Konfliktbereitschaft der partiell konkurrierenden Krankenversicherungsträger, denn ein Ausschreibungsmodell wird nur solange die beschriebenen Vorteile aufweisen, wie die Krankenversicherungsträger die dem Modell innewohnenden Bedingungen auch für sich selbst gelten lassen und Verordnungen nicht außerhalb von bestehenden Ausschreibungsverträgen finanzieren. Diese Einschränkung gilt im übrigen für alle Verfahren, die Wettbewerbsdruck bei den Leistungserbringern organisieren sollen.

4. 2. 5 Bonus-Malus-Konzept

87. Einem Bonus-Malus-Konzept für die Heil- und Hilfsmittelversorgung liegt die Idee zugrunde, daß der verordnende Arzt eine medizinisch-qualitative und ökonomische Schlüsselfunktion einnimmt und auch kompetent genug ist, zwischen verschiedenen grundsätzlich substituierbaren Therapieformen die jeweils medizinisch indizierte herauszusuchen und zu verordnen. Da er diese Schlüsselposititon schon im bisherigen Verfahren innehat – fast jedes Hilfsmittel und jedes Heilmittel wird aufgrund einer ärztlichen Verordnung abgegeben –, liegt es nahe, ihn auch ökonomisch für eine möglichst qualitätsbewußte und wirtschaftliche Verordnungsweise zu interessieren und ihn in eine diesbezügliche Verantwortung einzubinden.

88. Dies kann dadurch erfolgen, daß er innerhalb eines näher zu bestimmenden Budgets seine Verordnungen im Heil-

und Hilfsmittelbereich grundsätzlich selbst zu finanzieren hat. Unterschreitet er das geplante Verordnungsbudget, hat er einen Gewinn (Bonus); überschreitet er das geplante Budget, erfolgt dies zu Lasten seiner sonst realisierten Honorierung (Malus). Die Krankenversicherung würde in einem solchen Modell nicht mehr in Vertragsbeziehungen mit den sonstigen Vertragspartnern treten, sondern über die Budgets der niedergelassenen Ärzte diese Marktsegmente steuern.

89. Die erfolgreiche Umsetzung eines Bonus-Malus-Konzeptes setzt voraus, daß eine hinreichend sichere Datenlage über das arztindividuell und -gruppenbezogene Verordnungsverhalten bezüglich der Heil- und Hilfsmittel vorhanden ist. Es muß ferner geklärt werden, für welche Leistungen das zu bestimmende Verordnungsbudget gilt und für welche Leistungen alternative Steuerungsansätze, z. B. Festbeträge, Vertragspreise oder andere Verfahren, in Frage kommen. Nur so ist die Verantwortung des Verordners für sein Budget sicher zu bestimmen.

90. Die sich geradezu aufdrängende Kritik an diesem Verfahren, nämlich einen ökonomischen Anreiz zu konstruieren, der darauf hinzielt, Leistungen nicht zu gewähren, läßt sich durch die Vermutung relativieren, daß die zunehmende Konkurrenz unter Ärzten eine rein gewinnmaximierende Strategie unter die permanente Drohung des Abwanderns von Patienten stellt und bei dem sensiblen Verhältnis von Arzt-Patient zu einer erheblichen Gefährdung der ärztlichen Praxis führen würde. Allerdings ist selbst dann nicht auszuschließen, daß die ärztliche Versorgungstätigkeit dahin tendiert, die Behandlung »teurer« Patienten möglichst gering zu halten bzw. zu vermeiden. Die Krankenversicherung müßte deshalb durch den Vergleich verschiedener Strategien im Quer- und Längsschnitt die Anreizstrukturen per Verordnungsbudget so verändern, daß eine bedarfsgerechte Versorgung garantiert bleibt.

91. Grenzen des Bonus-Malus-Konzeptes liegen in jedem Fall dort, wo die Substitutionsfähigkeit verschiedener Therapieformen und/oder Produkte nicht hinreichend sicher medizinisch abgeklärt werden kann oder wo diese per se nicht vorhanden ist. Solche »alternativlosen« Verordnungen in ein Verordnungsbudget zu nehmen, wäre nicht zweckmäßig und würde überdies größere Anteile am Budget für den Arzt festschreiben und seiner Disposition entziehen, die ihrerseits eine Voraussetzung für die Steuerungswirksamkeit dieses Modells darstellt.

92. Bei Akzeptanz der einschränkenden Bedingungen und der Grenzen des Konzeptes bleiben wohl nur sehr eingeschränkte und sorgfältig zu definierende Bereiche für ein Bonus-Malus-Modell übrig.

4. 2. 6 Konkurrenz alternativer Steuerungsansätze

93. Ein analytischer Ansatz für die Beurteilung alternativer Steuerungsansätze im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung hat die Frage aufzugreifen, nach welchen Kriterien bestimmte Steuerungskonzepte implementiert werden können.
Die Diskussion alternativer Steuerungskonzepte hat gezeigt, daß diese Konzepte weder per se vorzugswürdig noch gänzlich abzulehnen sind, sondern jeweils bei verschiedenen strukturellen Bedingungen anders zu beurteilen sind. Durch ein Verfahren der schrittweisen Präzisierung und Konkretisierung von Steuerungsalternativen lassen sich die Kernbereiche, in denen verschiedene Steuerungsalternativen vorzugswürdig sind, wenigstens für einen großen Teil des Heil- und Hilfsmittelbereichs identifizieren. Die Suche nach einem analytischen Ansatz für die Beurteilung alternativer Steuerungsansätze im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung kann an den Substitutionsmöglichkeiten von Leistungen anknüpfen.

Die Möglichkeit der Substitution eröffnet für den verordnenden Arzt, den Hersteller von Hilfsmitteln, den Erbringer von Heilmitteln sowie für den Finanzierungsträger und den einzelnen Patienten jeweils ganz spezifische, handlungsleitende Optionen, die eine kritische Rückfrage an das im System implementierte Steuerungsinstrument auslösen.

94. Im Heil- und Hilfsmittelbereich lassen sich, ohne Bewertung der jeweiligen Vor- und Nachteile, grundsätzlich Substitutionsmöglichkeiten einer Verordnung in folgenden Richtungen unterscheiden:

- Substitution durch eigene ärztliche Leistung (Beispiel: Massage durch freiberuflichen Masseur oder in ärztlicher Praxis),
- Substitution durch Überweisung zu geeignetem Gebietsarzt (bei Haltungsschäden Massagen, Krankengymnastik oder Überweisung zu Orthopäden),
- Substitution durch Arzneimittel (bei Venenerkrankung Kompressionsstrumpf [Hilfsmittel] und/oder durchblutungsfördernde Salbe [Arzneimittel]),
- Substitution von Heilmitteln durch alternative Heilmittel (z.B. Masseur oder Krankengymnast oder andere Formen der Physiotherapie),
- Substitution von Heilmitteln durch ein geeignetes Hilfsmittel (Krankengymnastik und/oder Bandagen etc.),
- Substitutionen von Hilfsmitteln durch vergleichbare Hilfsmittel.

95. Die grundsätzlich möglichen Substitutionsbeziehungen müßten sachverständig auf den medizinisch realistischen Kern möglicher Substitutionen reduziert werden. Es könnte dann eine Stufung von hochgradig substituierbaren Leistungen bis zu überhaupt nicht substituierbaren Leistungen gebildet werden. Eine solche Rangfolge mit aufsteigender Substituierbarkeit von Leistungen wäre ein möglicher Ansatz für die Implementierung bestimmter Steuerungsalternativen.

96. Im Schaubild 1. 10 wird ein erster grober und medizinisch nicht weiter abgesicherter Versuch unternommen, bestimmte Steuerungsalternativen am Kriterium der Substituierbarkeit zu prüfen. Es wird dabei in einer einfachen Dreiteilung nach leicht substituierbaren Bereichen (Substitutionsmöglichkeiten hoch), nach grundsätzlich substituierbaren Bereichen, wozu auch einfache Produktalternativen gehören (Substitutionsmöglichkeit vorhanden), bis zu Bereichen, in denen keine oder geringe Substitutionsmöglichkeiten bestehen, unterschieden.

Die Zuordnung von Teilbereichen des Heil- und Hilfsmittelmarktes ist noch relativ grob und soll lediglich das Verfahren verdeutlichen. Ebenfalls ist die Liste der Substitutionsmöglichkeiten nur beispielhaft ausgeführt. Vom Prinzip her gilt: Je größer die Substitionsmöglichkeiten sind, um so eher wirken Steuerungsansätze beim Verordner (z. B. Bonus-Malus-Systeme), je geringer die Substitionsmöglichkeiten sind, desto eher wirken Ausschreibungs- oder Vertragspreiskonzepte.

97. Für Bereiche ohne jegliche Substitutionsmöglichkeiten – das ist vor allem der Bereich der individuell gefertigten

Großorthopädie (Körperersatzstücke etc.), aber auch spezieller Formen der Heilmittel (z. B. Sprachtherapie) – wird man entsprechend das Steuerungssystem dieser »Alternativlosigkeit« anpassen müssen und weiterhin mit dem klassischen Vertragspreiskonzept oder aber mit dem Ausschreibungsmodell arbeiten.

Es wird aber bei näherer Betrachtung wahrscheinlich deutlich werden, daß auch in dem Bereich, in dem man gemeinhin von individueller Einzelfertigung spricht, sich weite Teile durch moderne Formen von Baukasten- und Modulsystemen als festbetragsfähig erweisen, so daß dieses Steuerungsinstrument auch hier Anwendung finden kann.

98. Insgesamt erscheint es möglich, daß ein wesentlich engerer Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung als bisher mit Vertragspreis- oder Ausschreibungskonzepten gesteuert und dieser dadurch auch leichter administrierbar wird. Die Verfolgung der aktuellen Marktentwicklung wäre durch die Beschränkung auf wenige Produkte oder Dienstleistungen für die Verhandlungsführung der Krankenversicherung entsprechend leichter. Bereiche, die grundsätzlich festbetragsfähig sind, könnten – soweit dies kartellrechtlich zulässig ist – alternativ auch über das der »Einkaufstheorie« der Krankenversicherung folgende Ausschreibungsmodell gesteuert werden.

Schaubild 1. 10: Substitutionsmöglichkeiten als Abgrenzungskriterium für alternative Steuerungsansätze im Heil- und Hilfsmittelbereich

Substitutionsmöglichkeiten	Teilbereiche	substituierbar durch	Steuerungsansatz
hoch (auch zu anderen Therapieformen)	Heilmittel (Bäder, Massagen, Krankengymnastik)	■ ärztliche Leistungen ■ Pharmakotherapie ■ andere Hilfsmittel	■ Bonus-Malus-System für niedergelassenen Arzt) ■ Festbeträge ■ Ausschreibung von Versorgungsverträgen (ab 1.000 DM je Verordnung[1])
vorhanden	Hilfsmittel (industrielle Serienfertigung, größ. vorgefertig. Anteile)	■ Hilfsmittel aus gleicher Produktgruppe	■ Festbeträge ■ Ausschreibung von Versorgungsverträgen (ab 1.000 DM je Verordnung[1])
gering (bisher nicht vorhanden)	Hilfsmittel mit individ. Einzelfertigung	entfällt	■ Vertragspreise ■ Ausschreibung von Versorgungsverträgen (ab 1.000 DM je Verordnung[1])

1) Der konkrete Betrag müßte nach eingehenden Marktanalysen festgelegt werden.

99. Die hier beschriebenen Substitutionsmöglichkeiten bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln wären somit ein erster funktionaler Ansatz zur Bestimmung der Eignung alternativer Steuerungsinstrumente in einzelnen Teilmärkten. Die Definition der Substitutionsbeziehungen wäre eine strategische Option der Krankenversicherung, die mit medizinisch-sachverständiger Beratung ein wesentliches Gestaltungs- und Steuerungsinstrument für den Heil- und Hilfsmittelbereich gewinnen würde.

100. Von einem Teil der Kommissionsmitglieder wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß alternative, wettbewerbliche Steuerungskonzepte nicht flächendeckend und zentral vorgeschrieben werden dürfen, da auf diese Weise der Sinn und das Ziel dieser Steuerungskonzepte ausgehöhlt und ad absurdum geführt werden würden. Vielmehr sind allen Beteiligten des Gesundheitswesens (Leistungserbringer, Krankenkassen, Versicherten usw.) Optionen einzuräumen, so daß eine Selbststeuerung des Systems, ausgehend von der untersten Ebene (dezentral), möglich wird. So kann beispielsweise eine Krankenkasse das Ausschreibungskonzept für sinnvoll erachten und ein Festbetragssystem für angemessen halten, während eine andere Kasse mit Bonus-Malus-Systemen agiert. Jeder einzelne Versicherte und jeder einzelne Leistungserbringer wird durch seine Wahlentscheidung signalisieren, welches Angebot seinen individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen entspricht, so daß die Dezentralität der Entscheidungen automatisch zu einer optimalen Gesundheitsversorgung führt. Entscheidend muß letztlich sein, daß für den einzelnen Menschen eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sichergestellt wird.

5. Reformoptionen

5. 1. Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit

101. Es besteht in der Kommission dahingehend Einigkeit, daß in der GKV ein erheblicher Bedarf an unabhängiger Beratung hinsichtlich Art und Umfang der verordnungsfähigen Produkte (qualitativer Standard), Zahl und Qualifikation der Leistungserbringer, Beratung und Systematisierung des Leistungsangebots sowie der Bewertung und Analyse des Leistungsvollzugs besteht. Verhandlungsstrategie und Verhandlungskompetenz der Krankenversicherung werden nicht zuletzt in dem Maße verbessert, wie sie auf einem Fundus von anbieterunabhängigem Sachverstand beruhen.

102. Die Mehrheit der Kommission*) ist der Auffassung, daß im SGB V mit dem Medizinischen Dienst eine Institution geschaffen wurde, die grundsätzlich und langfristig diese Aufgabe sachgemäß übernehmen kann. Dem Medizinischen Dienst wird mit der Beratung der Krankenkassen im Heil- und Hilfsmittelsektor eine große Bedeutung beigemessen. Allerdings wird gesehen, daß es einer entsprechenden, die notwendigen Qualifikationserfordernisse erfüllenden personellen Ausstattung des Medizinischen Dienstes bedarf. Vor diesem Hintergrund sollten die Erwartungen an den Medizinischen Dienst, zumal unter kurzfristigen Aspekten, nicht zu hoch angesetzt werden.

103. Die Minderheit der Kommission*) ist – entsprechend ihrer ordnungspolitischen Option – der Auffassung, daß die Qualitätssicherung im Bereich der Heil- und Hilfsmittel Aufgabe der aufzubauenden regionalen Gesundheits-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

konferenzen sein sollte. Darüber hinaus tritt sie für den Aufbau dezentraler Beratungsdienste für die niedergelassenen Ärzte auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittel ein. Es wird davon ausgegangen, daß die Kassenärzte großenteils über Substitutionsmöglichkeiten und den Nutzen vieler Leistungen nicht hinreichend informiert sind. Dies gilt insbesondere für den Bereich der physikalischen Therapie. Auch die Minderheit geht bei ihrem Konzept davon aus, daß es einer entsprechenden Flankierung durch Maßnahmen in der Ausbildungs- und Personalpolitik bedarf.

5. 2 Steuerung der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln

104. Die Mehrheit der Kommission*) sieht in spezifischen Festbetrags- und Selbstbeteiligungsregelungen geeignete Instrumente zur Steuerung des Leistungsvolumens bei Heil- und Hilfsmitteln:

a) *Festbeträge* bieten sich nach ihrer Auffassung vor allem im Bereich der Hilfsmittel an (Brillen, Hörgeräte usw.), wobei gesehen wird, daß bei Hilfsmitteln mit individueller Fertigung Festbeträge nicht sinnvoll sind; hier sollten Vertragspreise gelten.

b) *Selbstbeteiligung* wird vor allem bei den Heilmitteln als wirksames Steuerungsinstrument angesehen; dies gilt insbesondere für physikalische Therapien. Dieser Versorgungsbereich enthält nach Auffassung der Kommissionsmehrheit Leistungen, die sich in der Grauzone von notwendiger medizinischer Versorgung und »normalem« Konsum bewegen. In der Selbstbeteiligung wird ein wirksamer Anreiz für die Versicherten gesehen, nur die medizinisch notwendigen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

c) *Verhandlungssystem*: Krankenkassen und Leistungserbringer handeln auf dezentraler Ebene Preise für die angebotenen Leistungen aus, die für ihre Versicherten gelten.

105. Die Minderheit der Kommission*) tritt für dezentrale gemeinschaftliche Verhandlungssysteme von Krankenkassen und Leistungserbringern sowie die teilweise Integration von Leistungen der Heilmittelversorgung in Einrichtungen der ambulanten Versorgung ein.

a) *Verhandlungssysteme*: Krankenkassen und Leistungsanbieter handeln auf regionaler Ebene gemeinschaftlich Preise für die angebotenen Leistungen aus, die für alle Versicherten gelten. Bei verschiedenen Hilfsmitteln (z.B. Brillen) können diese Verhandlungen auch auf der Ebene der Spitzenverbände geführt werden, um ein einheitliches Preis-Leistungs-Niveau zu gewährleisten. Das Instrument der Preisverhandlungen bietet sich vor allem bei Hilfsmitteln an.

b) *Integration* in ambulante Versorgungsformen: Im Rahmen des Umbaus der ambulanten kassenärztlichen Versorgung sollten Versuche ermöglicht und gefördert werden, die Versorgung mit bestimmten Heilmitteln — insbesondere physikalischen Therapien — in integrierte ambulante Einrichtungen (Gruppenpraxen, Gesundheitszentren) einzubauen.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Literaturverzeichnis

BESKE, Fritz / REINKEMEIER, Andrea-Marina / SULLIVAN, Kevin [1989]: Gutachten über die nach dem Gesundheits-Reform-Gesetz vorgeschriebene Festbetragsregelung für Rollstühle, Kiel

EBERLE, Gudrun [1987]: Ärztliche Honorarentwicklung 1980-1986, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S.451 ff.

ENGELS, Anton [1987]: Neues Preissystem für Hörgeräte, in: Die Krankenversicherung, 1987, S.257 ff.

GECK, Heinrich-Matthias / PETRY, Günther [1981]: Marktstrukturen und Preisbildung bei Hörhilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (Reihe Gesundheitsforschung Bd. 68, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung), Bonn

GERLACH, Werner [1985]: Therapien und technische Hilfen, Loseblattwerk, Ergänzungslieferungen, Karlsfeld

HENNING, Jürgen [1981]: Preisbildung, Produktivität und Wettbewerb auf dem Markt für Sehhilfen (Reihe Gesundheitsforschung Bd. 45, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung), Bonn

HOFFMANN, Hermann [1986]: Substitutionsprozesse zwischen dem ärztlichen Dienst und den paramedizinischen Diensten, in: Männer, L., Sieben, G. [Hrsg.]: Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.11) Gerlingen, S.239-250

KORBMANN, Heinz [1987]: Gute Chancen für Kostendämpfung bei Hörgeräten, in: Die Ersatzkasse, 1987, S.346 ff.

LEFELMANN, Gerd [1981]: Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und ihre Einflußfaktoren (WIdO-Materialien Bd. 11), Bonn

LUIG, Rainer [1986]: Die Versorgung mit Hörgeräten, in: Die Ortskrankenkasse, 1986, S.417-420

NEUBAUER, Günter [1989]: Perspektiven der Gesundheitspolitik nach dem Gesundheits-Reformgesetz, Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung — Arbeitspapier, hrsg von Münstermann/Rebscher, Reihe A, Nr. 11

NEUBAUER, Günter / UNTERHUBER, Hans [1988]: Ausschreibungen von Versorgungsaufträgen als Instrumente zum Abbau von Überkapazitäten in Gesundheitswesen (Reihe Gesundheitsforschung Bd.176, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung), Bonn

REBSCHER, Herbert [1988]: Optionen für die medizinische Beratung der Krankenversicherung durch Vertrauensärzte im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung, in: Die Betriebskrankenkasse, 1988, S.44-53

REBSCHER, Herbert [1989]: Die Perspektiven des Medizinischen Dienstes — Seine Einbindung in das System der GKV -, (Sozialmedizinische Beratung der Gesetzlichen Krankenversicherung — Arbeitspapiere — hrsg. von Münstermann/Rebscher, Reihe A, Nr. 12)

ROSENTHAL, Frank [1988]: Das Vertragsrecht der Krankenkassen — Fortbildung und Praxis Band 49, St. Augustin

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA) [1988]: Medizinische und ökonomische Orientierung, Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1988, Baden-Baden

SAEKEL, Rüdiger [1987]: Strukturprobleme des Heil- und Hilfsmittel-Sektors, in: Die Ortskrankenkasse, 1987, S.141-149

SAEKEL, Rüdiger [1989]: Gesundheitsreform: Zum Festbetragskonzept bei Hilfsmitteln — Ansätze, Ziele und Möglichkeiten unter Berücksichtigung ausländischer Erfahrungen, in: KrV 1989, S.31-42

SCHILGEN, Ludgen [1988]: Schwerpunkte der orthopädischen Versorgung in Recht und Praxis, in: Der Versorgungsbeamte, 1988, S.86-90

SPIESS, Hans-Jürgen [1989]: Rechts(weg)fragen bei der Zulassung von Heil- und Hilfsmittelerbringern nach dem Gesundheits-Reformgesetz, in: SGb 1989, S.5-8

Zweiter Teil: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung

I. Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission mit der Mehrheit von 10 Stimmen* bei 1 Gegenstimme** und 6 Enthaltungen*** verabschiedet.]

1. Rechtliche und tatsächliche Ortung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

1. 1 Das Solidaritätsprinzip als tragendes Element des GKV-Rechts

1. Das Solidaritätsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung postuliert hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten den *Primat des Bedarfsprinzips* vor dem Prinzip kaufkräftiger Nachfrage. Seine *wesentlichen Elemente* im geltenden System der gesetzlichen Krankenversicherung sind:

- abhängig vom individuellen Arbeitseinkommen bis zur dynamisierten Beitragsbemessungs- bzw. Pflichtversicherungsgrenze proportional steigende Beiträge der Versicherten führen im Risikofall – mit Ausnahme der Barleistungen – zu einheitlichen Versicherungsleistungen;
- individuelle oder gruppenspezifische Gesundheitsrisiken der Versicherten bleiben bei der Beitragsgestaltung außer Betracht. Dies gilt vor allem auf folgenden Ebenen:
  a) zwischen gesunden und kranken Versicherten;
  b) zwischen jungen und alten Versicherten;
  c) zwischen männlichen und weiblichen Versicherten;
  d) zwischen unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensweisen von Versicherten;
  e) zwischen Versicherten mit und ohne Familienangehörigen, insbesondere zwischen Einverdienerehen mit und ohne Kindern und Zweiverdienerehen bzw. Ledigen, und zwischen Verheirateten mit Kindern und Verheirateten ohne Kind;
  f) zwischen Erwerbstätigen und Rentenbeziehern bzw. deren Angehörigen.

1. 2 Überblick zur faktischen Tragweite des Solidaritätsprinzips in der GKV (Ist-Analyse)

2. Hinsichtlich der Frage der einkommensproportionalen Erhebung von Beiträgen ist im Zusammenhang von erheblichem Interesse, in welchem Verhältnis sich die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung zum durchschnittlichen Arbeitsentgelt aller Versicherten im langfristigen Trend entwickelt hat.

Tabelle 2. 1: Entwicklung von Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und Durchschnittseinkommen der Versicherten 1949-1989 (Jahr; in DM)

Jahr	Beitragsbemessungsgrenze	Durchschnittsentgelt d. Vers.[1]	BBG i.v.H. d. Entgelte
1949 (ab Juli)	4.500	2.838	155,8
1952 (ab Sept.)	6.000	3.852	158,6
1957 (ab Okt.)	7.920	5.043	157,0
1964	7.920	8.467	93,5
1965 (ab Sept.)	10.800	9.229	117,0
1970	14.440	13.343	108,2
1971 (Dynamisierung)	17.100	14.931	114,5
1972	18.900	16.335	115,7
1975	25.200	21.808	115,6
1976	27.900	23.335	119,6
1977	30.600	24.945	122,7
1978	33.300	26.242	126,9
1979	36.000	27.685	130,0
1980	37.800	29.485	128,2
1981	39.600	30.900	128,2
1982	42.300	32.198	131,4
1983	45.000	33.293	135,2
1984	46.800	34.292	136,5
1985	48.600	35.286	137,7
1986	50.400	36.627	137,6
1987	51.300	37.726	136,0
1988	54.000	38.858[2]	139,0
1989	54.900	—	—

1) Rentenversicherte der Arbeiter- und Angestelltenversicherung
2) Geschätzt

Quelle: Anlage 2 zu § 1255 RVO; eigene Berechnungen.

Erläuterung zu Tabelle 2.1:

Bis Ende 1970 wurde die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Gesetzgeber nur sporadisch der allgemeinen Einkommensentwicklung angepaßt. Dies führte zu erheblichen Schwankungen der BBG im Vergleich zum Durchschnittseinkommen der Versicherten (s. Tabelle, oberer Teil, rechte Spalte). Mit dem 2.Krankenversicherungsänderungsgesetz (2.KVÄndG) vom 21.Dezember 1970 (BGBl.I S.1770) erfolgte die Dynamisierung der BBG der gesetzlichen Krankenversicherung im festen Verhältnis (75 Prozent) zur jährlichen Veränderung der BBG in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) der Arbeiter und Angestellten (Art.1 2.KVÄndG).

Das 2.KVÄndG wurde vom Deutschen Bundestag einstimmig verabschiedet. Die Regelung ist seither geltendes Recht.

Der *einkommensbezogene Solidarausgleich* in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht in Form der *Beitragsbemessungsgrenze* (1989: 54.900 DM = 4.575 DM mtl.) einen *Fixpunkt*. Für höhere Einkommensbezieher zeigt das Ausmaß des Solidarbeitrags ceteris paribus regressiven Charakter (vgl. PFAFF/SCHNEIDER 1980, S. 413 f., m.w. Nw.). Zudem findet das Element der Beitragserhebung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit als Wesensmerkmal aller Sozialversicherungszweige gerade in der gesetzlichen Krankenversicherung seine besondere Ausprägung dadurch, daß auf dem Äquivalenzprinzip beruhende Einkommensersatzleistungen – anders als in der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung – kaum eine Rolle spielen.

*) Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

**) Glombig.

***) Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Eine Übersicht zu Beitragsbemessungsgrenze und Durchschnittsentgelten der Versicherten *(s. Tabelle 2.1)* dient als Anhaltspunkt dafür, innerhalb welcher Einkommensgruppen sich der soziale Ausgleich gegenwärtig vornehmlich vollzieht.

Tabelle 2. 2: Entwicklung der Nettoleistungen der GKV an Rentner* 1977–1988 (Querschnittsdaten)

Jahr	Leistungsausgaben der GKV für Rentner (in Mrd. DM)	Beitragseinnahmen von Rentnern/GRV (in Mrd. DM)	Nettoleistungen der GKV an Rentner (in Mrd. DM)	Leistungsausgaben i.v.H. der Beitragseinnahmen
1977	22,1	14,3	7,8	154,5
1978	24,2	13,3	10,9	182,0
1979	26,4	13,6	12,8	194,1
1980	29,5	14,4	15,1	204,9
1981	32,6	15,2	17,4	214,5
1982	34,0	16,1	17,9	211,2
1983	36,8	16,6	20,2	221,7
1984	40,4	17,9	22,5	225,7
1985	43,3	18,3	25,0	236,6
1986	46,1	19,2	26,9	240,1
1987	48,8	20,1	28,7	241,3
1988[1]	52,6	21,1	31,5	249,3

*) inkl. Familienangehörige
1) Vorläufige Ergebnisse
Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.): o.J.(1987,1988); BABl.6/1989.

Tabelle 2. 3: Entwicklung der Leistungen der GKV an Familienangehörige 1982–1988

Jahr	Leistungen an AKV-Mitglieder (Mrd. DM)	Leistungen an Familienangehörige (Mrd. DM)	Beitragsleistungen je AKV-Mitglied für Familienhilfe (in DM)
1982	42,2	16,5	651
1983	40,8	18,3	723
1984	43,9	19,2	754
1985	45,7	19,7	775
1986	47,7	20,2	784
1987	49,6	20,6	790
1988	53,6	21,7	827

Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.): o.J. (1984,1987,1988); BMA: Arbeits- und Sozialstatistik.

3. Einen näheren Einblick über das zeitpunktbezogene Ausmaß der durch die Strukturelemente des Solidaritätsprinzips ausgelösten interpersonellen Umverteilungseffekte geben Zusammenstellungen zum gruppenspezifischen Beitrags- und Leistungsvolumen einzelner Versichertenpopulationen. Solche Querschnittsbetrachtungen lassen sich aufgrund der Datenlage insbesondere für den Kreis der GKV-versicherten Rentner und der mitversicherten Familienangehörigen relativ einfach ermitteln.

Die folgenden *Übersichten 2.2 und 2.3* zeigen auf, in welchem erheblichen – und tendenziell vor allem hinsichtlich der Rentner steigenden – Umfang über die Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung Generationen- und Familiensolidarität praktiziert wird.

4. Unter Einbeziehung der Ausgaben für die AKV-Mitglieder läßt sich anhand der Nettoleistungen an Rentner und mitversicherte Familienangehörige innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung aufzeigen, aus welchen Beitragssegmenten sich der Gesamtbeitrag der AKV-Mitglieder zusammensetzt *(s. Tabelle 2. 4)*.

Dadurch wird deutlich, daß innerhalb einer Periode lediglich etwas mehr als die Hälfte des gesamten Beitragssatzes der aktiv Versicherten zur Deckung ihrer eigenen Leistungsaufwendungen verwandt werden muß, während die weiteren annähernd 50 Prozent im Rahmen des Solidaritätsprinzips auf Alte und Angehörige umverteilt werden.

Tabelle 2. 4: Beitragssatz in der GKV nach Leistungsausgaben für Mitglieder, Familienangehörige und Rentner 1982–1988*

Jahr	durchschnittlicher Beitragssatz	davon Ausgaben[1] für: AKV-Mitglieder[2]	AKV-Familienangehörige	Rentner[3]	Überschuß/Defizit (-)
1982	12,0	6,29	2,47	2,66	0,58
1983	11,8	5,87	2,64	2,90	0,39
1984	11,4	6,05	2,65	3,09 (2,70)	– 0,39
1985	11,8	6,08	2,62	3,33 (3,10)	– 0,23
1986	12,2	6,14	2,70	3,47 (3,46)	– 0,01
1987	12,6	6,21	2,57	3,59	0,23
1988	12,9	6,47	2,62	3,82 (3,81)	– 0,01

*) Andere Einnahmen-/Ausgabenströme vernachlässigt.
1) ohne KVdR-Eigenbeträge
2) Allgemeine Krankenversicherung(AKV;GKV-Mitglieder ohne Rentner)
3) inkl. Familienangehörige
Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.): o.J.(1984,1987,1988); BMA (Hrsg.):1986; BABl.11/1987.

5. Die ausgewiesenen Querschnittsdaten müssen, wie in der Diskussion immer wieder betont worden ist (für alle: ANDEL 1975, S.43; CASSEL 1987, S.19), durch *Längsschnittbetrachtungen* ergänzt werden. Erst auf diese Weise kann das tatsächliche Umverteilungspotential der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschätzt werden, da der kurzfristig erhebliche Nettoeffekt der Umverteilung interpersonell durch:

- einander gegenläufige Faktoren (mit dem Alter steigende Einkommen etc.) teilweise eingeebnet wird,
- im Zeitablauf bei jedem Versicherten sich abwechselnde Perioden der »Belastung« und »Begünstigung« durch den sozialen Ausgleich langfristig erheblich schrumpft (vgl. schon SOZIALENQUETE 1966, Ziffern 583-591, S.204-208).

Die tatsächlichen Inzidenzwirkungen des Solidarausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung sind allerdings nach wie vor nicht befriedigend darstellbar (zufassenfassend zu bisherigen Analysen: SCHMÄHL u.a. 1986, S.100 ff.; WASEM 1988, S.23 ff.).

2. Elemente des Solidaritätsprinzips in der Strukturreformdiskussion

2. 1 Vorbemerkung zur Problemauswahl

6. Ist der grundsätzliche Erhalt des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung als bewußte Erwei-

terung und Durchbrechung des versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips unstrittig, so stellt sich gleichwohl die Frage, ob seine konkreten einnahme- und leistungsseitigen Gestaltungsformen noch der gesellschaftlichen Realität angemessen Rechnung tragen oder ob nicht mit dem Wandel der gesellschaftlichen und sozialen Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland – und mit Blick auf die antizipierte Entwicklung der nächsten Jahrzehnte – hier Änderungsbedarf besteht.

2. 2 Probleme einer solidarischen Einnahmegestaltung und Beitragsaufbringung

2. 2. 1 Einkommensbegriff in der GKV und Folgen für die Versicherungspflicht

7. Eine zukunftsorientierte Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung steht vor der schwierigen Aufgabe, Antworten auf die Frage aufzeigen zu müssen, wie sich das Prinzip der Solidarität hinsichtlich Einnahmegestaltung und Beitragsaufbringung in der Sozialversicherung konkret widerspiegeln soll. Als grundsätzlich gangbare Lösungswege zur Schaffung sinnvoller Beitragsbemessungsgrundlagen wurden drei Möglichkeiten diskutiert, deren Vor- und Nachteile vornehmlich aus der Sicht langfristiger Stabilität des Solidarsystems abzuschätzen sind. Grundsätzlich stehen sich gegenüber:

Entweder

- eine Beitragsgestaltung nach der Höhe des *individuellen Arbeitsentgelts*,
- eine Beitragsgestaltung nach der Höhe des *individuellen Gesamteinkommens*, oder
- eine Beitragsgestaltung nach der Höhe des *Familienbruttoeinkommens als Haushaltseinkommen* (Einbeziehung weiterer Einkunftsarten mit gleichzeitiger Orientierung der Beitragsbemessung am gesamten Haushaltseinkommen unter Berücksichtigung der Familiengröße).

Neben diesen Alternativen sind auch Mischformen vielfältiger Art, wie sie auch heute bestehen, möglich.

8. Mit der Präferenz für eine der Alternativen verbindet sich gleichzeitig bereits eine zentrale gesellschafts- und ordnungspolitische Weichenstellung, inwieweit die gesetzliche Krankenversicherung gegenwärtig und in Zukunft im Kern weiterhin als *Arbeitnehmerversicherung* anzusehen ist oder ihrem Charakter nach eher eine *Volksversicherung* darstellen soll. Für einen in sich konsistenten strukturellen Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Frage des zugrundeliegenden Einkommensbegriffs somit gleichzeitig wesentliche Konsequenzen hinsichtlich anderer zentraler Gestaltungskriterien. Dies gilt vor allem für folgende Ebenen:

- Die Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises (s. im folgenden);
- die Gliederungskriterien des Krankenkassensystems (s. 2.Teil, Unterabschnitt IV);
- die Zuweisungsregelungen und Wahlmöglichkeiten für Versicherte zu einzelnen Kassenarten (s. 2.Teil, Unterabschnitte III und IV);
- die Organisation der Selbstverwaltung (s. 2.Teil, Unterabschnitt II).

9. Mit der Konzeption des Einkommensbegriffs in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Grundlagen zukünftiger Beitragsbemessung lassen sich für alle genannten Ebenen verschiedene Gestaltungsvarianten antizipativ aussortieren, da ihre weitere Einbeziehung unplausible und mit den Zielen einer Strukturreform inkompatible Ergebnisse zur Folge hätte. Diese Zusammenhänge werden im einzelnen in den drei folgenden Lösungsmodellen beschrieben.

2. 2. 1. 1 Individuelles Arbeitsentgelt als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht

10. Die Entscheidung zugunsten einer primär lohnbezogenen Beitragsbemessungsgrundlage steht in engster Verbindung mit der Definition der gesetzlichen Krankenversicherung als vornehmlicher *Arbeitnehmerversicherung*. Sie orientiert sich damit am klassischen Ausgangspunkt der Entstehung der gesetzlichen Krankenversicherung und stellt den *Schutz abhängiger Erwerbstätiger in den Mittelpunkt sozialstaatlich organisierter Sicherung*. Somit werden an dieser Stelle grundlegende Änderungen gegenüber dem geltenden Recht auch im Rahmen einer Strukturreform nicht erforderlich.

11. Ein Festhalten am tradierten Entgeltbegriff des deutschen Sozialversicherungsrechts schließt freilich weder eine Versicherung anderer Personengruppen aus noch wird damit negiert, daß Arbeitgeberanteile am Sozialversicherungsbeitrag den Arbeitnehmern als steuerfreier Lohnbestandteil ausgezahlt werden. Die mit einer solchen Umbasierung verbundenen volkswirtschaftlichen und verfassungsrechtlichen Fragen, die bisher vornehmlich für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) mit gegensätzlichen Resultaten diskutiert werden, bedürfen indes noch eingehender Klärung (vgl. MÜLLER 1988, S. 124 f., m.w. Nw.), die aber der Enquete-Kommission angesichts ihres engen Zeitrahmens nicht möglich war.

12. Die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung beweist, daß sie ihren Charakter als Arbeitnehmerversicherung durch eine Öffnung für weitere, meist nicht erwerbstätige Bevölkerungskreise, wie sie in der Nachkriegszeit vor allem in den 70er Jahren erfolgte[1], nicht einbüßen muß. Auch danach blieb die gesetzliche Krankenversicherung quantitativ vor allem die Krankenversicherung der abhängig Beschäftigten. Von ihren rund 22,8 Millionen erwerbstätigen Mitgliedern (= Mitglieder ohne Rentner und Erwerbslose) waren im Jahre 1987 annähernd 92 % (= 21 Millionen) als Arbeiter oder Angestellte tätig. Bei den erwerbslosen GKV-Versicherten (2,2 Millionen) und bei den rentenbeziehenden Mitgliedern (10,7 Millionen) handelt es sich ihrem ursprünglichen beruflichen Status nach in noch stärkerem Umfang um (ehemals) abhängig Beschäftigte und bei den mitversicherten Familienangehörigen ebenfalls um Ehepartner und (vor allem) Kinder von Arbeitnehmern (ermittelt nach: STATISTISCHES BUNDESAMT [Hrsg.] 1988, S.28 ff.; siehe auch BMA [Hrsg.] 1986, S.158 f.; AOK-BV [Hrsg.] 1987, S.3; SOMMER 1987, S.253 f.; BRUNKHORST 1987, Tabelle 11, S.87).

13. Zudem dokumentieren die Regelungen zu Versicherungspflicht, versicherungsberechtigtem Personenkreis und Versicherungsfreiheit, wie sie im Gesundheits-Reformgesetz (GRG) gefunden worden sind (§§ 5 ff. SGB V), deutlich die Vorstellungen des Gesetzgebers, die gesetzliche Krankenversicherung zukünftig wieder stärker auf die ihr seit jeher

1) Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter (SVBG) vom 7.Mai 1975, BGBl. S.1061; Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten (KVSG) vom 24.Juni 1975, BGBl.I S.1536

zugeordneten Bevölkerungskreise zu beschränken (vgl. dazu im einzelnen: WASEM 1989; ZIPPERER 1989; unten Unterabschnitt III, 1.1.1). Tendenziell dürfte damit der Anteil von Arbeitern und Angestellten unter den erwerbstätigen GKV-Mitgliedern über das bisherige Ausmaß hinaus weiter anwachsen und die Bedeutung anderer Versichertengruppen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgedrängt werden (vgl. auch die Einschätzung bei RÜFNER 1989, S.1002).

14. Wird auf diese Weise unterstrichen, daß die gesetzliche Krankenversicherung auch am Ende des 20. Jahrhunderts vor allem eine Arbeitnehmerversicherung darstellt, sprechen für die Beibehaltung der lohnbezogenen Beitragsbasis daneben eine Reihe weiterer inhaltlich-systematischer Gründe:

- Arbeitsentgelt als Grundlage für die Beitragsbemessung verbindet Beitragsklarheit mit Zuverlässigkeit der Finanzierung und erfüllt durch die weithin verläßliche Kalkulationsbasis eine zentrale Forderung an jedes Versicherungssystem. Dies gilt insbesondere deshalb, da
  - Arbeitnehmerentgelte eine eindeutige, Manipulationsmöglichkeiten weithin ausschließende Bemessungsgrundlage darstellen und Zugriffsmöglichkeiten problemlos realisierbar sind und
  - Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitragsanteile klar zuzuordnen sind. Die Minderheit der Kommission*) sieht darin eine nachdrückliche Betonung der gemeinsamen Verantwortung der Sozialparteien für die weitere Sicherung und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Daneben gibt die eindeutige individuelle Zurechenbarkeit der Beiträge nach dem Arbeitsentgelt, die den Aspekt der Eigenleistung des Versicherten klar herausstellt, dem Anspruch auf beitragsäquivalente Entgeltersatzleistungen im Risikofall (Krankengeld) besonderes verfassungsrechtliches Gewicht (Eigentumsgarantie; Art. 14 GG)[2].
- Nicht zuletzt bleibt das Modell in der Systematik der bundesdeutschen Sozialversicherungssysteme. Ein Auseinanderlaufen der Beitragsbemessungsgrundlagen in einzelnen Zweigen der Sozialversicherung würde faktisch wie systematisch auf kaum überwindbare Schwierigkeiten stoßen.

15. Andererseits sollte nicht übersehen werden, daß ein Konzept lohnbezogener Beitragsbemessung im Rahmen einer Strukturreform insbesondere unter drei Aspekten Bedenken hervorrufen kann.

- Zum ersten erscheint fraglich, ob die mit dem Arbeitsentgeltbegriff implizierte *Einengung des versicherungspflichtigen Personenkreises* auch für die Zukunft als problemadäquat anzusehen ist. Der Ausschluß vornehmlich von Selbständigen und Beamten, wie er schon im alten Recht weitgehend angelegt war und vom GRG (mit Ausnahme der Künstler und Landwirte; § 5 Abs.1 Nr.3 u.4 SGB V) konsequent vollzogen wird (vgl. WASEM 1989, S.8,10; SCHIRMER 1989, S.94), kann auf dem Hintergrund der Bemühungen um langfristige Stabilität des solidarischen Schutzsystems der gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend problematisch erscheinen. Ein Teil der Kommission sieht allerdings zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Bedarf, eine Pflichtmitgliedschaft für Selbständige und Beamte usw. einzuführen. Zudem sollte die Einheitlichkeit der Personenkreisregelungen in dieser Hinsicht in allen Sozialversicherungszweigen aufrecht erhalten werden.
- Zum zweiten führt die lohnbezogene Beitragserhebung schon gegenwärtig in nicht wenigen Fällen zu dem sozialpolitisch unakzeptablen Ergebnis, daß auch durch nur *scheinbegründete Arbeitsverhältnisse* mit *Mindestbeiträgen umfassender Versicherungsschutz* erlangt werden kann. Solche Manipulationsmöglichkeiten können durch das Modell auch prinzipiell kaum verhindert werden.
- Drittens provoziert die Konzeption bei weiterer Differenzierung und Flexibilisierung der Arbeitszeit in einem Ausmaß *völlig neuartige Umverteilungseffekte* – etwa zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten –, die den bisherigen Solidarausgleich um sozial- wie verteilungspolitisch ungewollte Elemente »erweitern«.

2. 2. 1. 2 Erwerbseinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht

16. Eine gegenüber der Arbeitsentgeltkonzeption deutliche Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage wird erreicht, wenn weitere Einkunftsarten bei der Beitragserhebung einbezogen werden. In einem solchen Modell stellt nicht mehr das Arbeitsentgelt der Versicherten allein die zentrale Grundlage der Beitragsbemessung dar, sondern das *Gesamteinkommen der Versicherten* (i.S. der Legaldefinition des § 16 SGB IV) wird als *Beitragsbasis* herangezogen. Neben den Einkünften aus unselbständiger Arbeit unterliegen somit im Prinzip alle weiteren steuerpflichtigen Einnahmen, insbesondere Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung der Beitragspflicht.

Zweites wesentliches Kriterium der Konzeption bildet die Neukonstruktion der *Versicherungspflicht*. Über den derzeit von der gesetzlichen Krankenversicherung erfaßten Versichertenkreis hinaus werden auch die Personengruppen in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, die bisher vom System (weitgehend) nicht erfaßt wurden. Grundsätzlich gehören nach dieser Konzeption *alle Erwerbstätigen* – also insbesondere auch Selbständige und Beamte –, Rentner und Pensionäre zukünftig dem Solidarverband der gesetzlichen Krankenversicherung an. Daneben bleibt die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen wie im heutigen Recht erhalten.

17. Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht ergänzen einander auf sinnvolle Weise. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht

- verhindert den gegenwärtig für bestimmte Personengruppen nach individuellem ökonomischen Kalkül (zumindest zeitweise) möglichen Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung bzw. den Austritt aus ihr und

2) Vgl. grundlegend zu den Kriterien für die Eigentumsqualität sozialversicherungsrechtlicher Positionen: BVerfGE 53,257 (290 ff.); speziell zur Eigentumsqualität von GKV-Leistungen: SCHLECKER 1986, S.159, m.w.N.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

— führt zur Beteiligung *aller* Bevölkerungsgruppen an der solidarisch organisierten Absicherung des Krankheitsrisikos.

18. Dadurch und mit Hilfe der verbreiterten Beitragsbasis kann vor allem das Ziel verfolgt werden, zu *mehr Verteilungsgerechtigkeit* im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu gelangen. Bei entsprechend ausgestalteten und flankierten Detailregelungen kann erwartet werden, daß sich eine sozial adäquate und am Prinzip der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen orientierte Finanzierung sozialstaatlichen Krankenversicherungsschutzes sicherstellen läßt.

Insofern ist die Erweiterung der Beitragsbasis über Einkünfte aus unselbständiger Arbeit hinaus auch die logische Konsequenz einer umfassenden Versicherungspflicht. Allein auf diese Weise kann eine angemessene Einbeziehung der Einkünfte aller Versicherten angestrebt werden.

19. Gerade auf der Ebene der *Erfassung aller steuerpflichtigen Einkünfte* liegt aber gleichzeitig ein wesentliches *Hindernis für die praktische Handhabung* der Konzeption. Zwar kommt dem Begriff des Gesamteinkommens im GKV-Recht schon seit längerem Bedeutung zu. So knüpfen insbesondere die Regelungen zur Gewährung von Leistungen an Familienangehörige (Familienversicherung: § 10 Abs.1 Nr.5 SGB V, früher Familienhilfe: § 205 Abs.1 RVO [a.F.] i.V.m. § 18 SGB IV; s. Pkt. 2.2.2.2) und die Definition der Versicherungsfreiheit wegen geringfügiger Beschäftigung (Versicherungspflicht setzt stets ein, wenn das Arbeitsentgelt ein Sechstel des Gesamteinkommens übersteigt: § 7 SGB V = § 168 RVO a.F. jew. i.V.m. § 8 Abs.1 Nr.1 b SGB IV) bereits seit Mitte der 70er Jahre daran an. Für das Erwerbseinkommenmodell ist aber offensichtlich, daß sich die Problematik einer möglichst lückenlosen Erfassung der Gesamteinkünfte potenziert, da im Gegensatz zum geltenden Recht (oder dem Arbeitsentgeltmodell) eine Lösung der dabei auftretenden Schwierigkeiten als unabdingbare Voraussetzung für die innere Stringenz der Konzeption anzusehen ist. Da sich insofern für das anschließend behandelte Familieneinkommenmodell vergleichbare Problemfelder ergeben, werden diese dort nochmals aufgegriffen.

20. Teilweise unterschiedlich sieht es freilich aus, wenn an die weitreichenden Konsequenzen der Entkopplung der tradierten Zuordnung von Versicherungspflicht und abhängiger Erwerbstätigkeit gedacht wird. Während angefangen von der Organisation der Beitragserhebung bis hin zur Gestaltung der Selbstverwaltung beim hier vorgestellten Konzept und dem Familieneinkommenmodell ähnliche Fragen beantwortet werden müssen, die im folgenden angesprochen sind, wirft die breite Ausdehnung der Versicherungspflicht im Erwerbseinkommenmodell zusätzlich *verfassungsrechtliche Probleme* auf.

Erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken bei Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht ergeben sich vor allem hinsichtlich

— der Einbeziehung der Beamten (Art. 33 Abs. 5 Grundgesetz [GG]),
— des Vertrauensschutzes der (bisher) Privatversicherten (Art. 20 Abs. 1 GG),
— der Berufs- und Gewerbefreiheit der vom Markt für Vollversicherungsschutz nunmehr ausgeschlossenen privaten Krankenversicherungsunternehmen (Art. 12 Abs. 1, 14 GG; zum Ganzen näher: LEISNER 1974, S.43 ff.).

Inwieweit hier Übergangsregelungen oder die Einführung einer Versicherungspflichtgrenze Lösungswege eröffnen können, bedürfte intensiver Klärung.

2. 2. 1. 3 Familieneinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht

21. Eine weitere Alternative zu lohn- oder einkommensbezogenen Bemessungsgrundlagen stellt eine Konzeption dar, die die *Beitragsbemessung am Haushaltsgesamteinkommen* orientiert und dabei alle Einkünfte nach einem gleichmäßigen Schlüssel auf die Haushaltsmitglieder verteilt.

Auch wenn es der Enquete-Kommission nicht möglich war, alle mit der Einführung eines solchen Modells verbundenen Probleme abschließend zu diskutieren, zeigt sich, daß dadurch vor allem zweierlei erreicht werden kann: zum einen käme es über das eingeführte Splittingverfahren zu einer *selbständigen Pflichtversicherung aller Familienmitglieder*, zum anderen würden nicht mehr allein oder vornehmlich Arbeitsentgelte der *Beitragspflicht* unterliegen, sondern ebenso *andere Einkommen* — etwa Kapitalerträge, öffentliche Transfers u.a. — der versicherten Familien (vgl. im Zusammenhang: Komm.-Drs.13, S.21; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG« 1988, S.113).

22. Während mit dem Familiensplitting ein für die Sozialversicherung innovatives Strukturelement einen der wesentlichen Bausteine der Konzeption bildet, knüpft sie mit der erweiterten Beitragspflicht letztlich an bereits verschiedentlich vom geltenden Recht vorgenommene Beitragsregelungen an. Schon gegenwärtig erstreckt sich die Beitragspflicht für freiwillig Versicherte nicht allein auf das Arbeitsentgelt, sondern berücksichtigt (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) die „gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds" (§ 240 Abs.1 S.2 SGB V)[3]. Das Modell erhebt die heutige Ausnahme zur allgemeinen Norm und harmonisiert damit die Beurteilung der Belastungsfähigkeit des Einzelnen im GKV-Recht mit den steuerrechtlichen Annahmen.

23. Hintergrund der Konzeption bildet eine — insbesondere im Gegensatz zum Arbeitsentgeltmodell — abweichende Bewertung wesentlicher sozial- und gesellschaftspolitischer Entwicklungslinien.

— Die Überlegung nach Umorientierung der Beitragsgrundlage kann damit begründet werden, daß sich das Bild der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer mehr als 100jährigen Geschichte sehr wohl von der ursprünglichen »Arbeitnehmerversicherung« wegentwickelt und hin zur »Volksversicherung« verändert habe (dazu im Kontext schon: WANNAGAT 1965, S.23 f.). Eine grundsätzliche Revision dieser Einschätzung wird auch durch die im GRG angelegten gegenläufigen Tendenzen keineswegs notwendig. In einer Gesellschaft wie der der Bundesrepublik darf die gesetzliche Krankenversicherung dementsprechend nicht mehr allein statusabhängig als solidarische Schutzgemeinschaft der Arbeitnehmerschaft wahrgenommen werden, sondern muß darüber hinaus im Grundsatz als Institution zur *Sicherung aller potentiell schutzbedürftigen Bevölkerungskreise* gelten. Ins Zentrum solidarischen Schutzes rückt bei dieser Sichtweise dann der jeweilige Familienhaushalt, der

3) S. auch die Regelung für rentenbeziehende Erwerbstätige; vgl. unten Pkt. 2.2.2.1

sich langfristig gesehen alleine nicht ausreichend vor Krankheitsrisiken sichern kann.

- Bei einem Anteil der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen in Höhe von 32 % am Volkseinkommen (1988) stellt das *Arbeitsentgelt für viele Versicherte keineswegs mehr die einzig relevante Einkommensquelle* dar. Das gegenwärtig beobachtbare Phänomen, durch (Schein-) Arbeitsverhältnisse auf Basis von geringen Arbeitsentgelten einen vollen Krankenversicherungsschutz erlangen zu können, hängt eng mit dieser Entwicklung zusammen. Umfassende Beitragspflicht und Aufschlüsselung des gesamten Haushaltseinkommens auf die einzelnen Familienmitglieder könnte damit gegebene Manipulationsmöglichkeiten verhindern.
- Die selbständige Absicherung aller Familienmitglieder würde den *Kreis der Pflichtversicherten* in der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem tradierten Recht ceteris paribus sehr *deutlich – um mehr als drei Viertel* – erhöhen[4]. Ohne dies gegenwärtig näher quantifizieren zu können, käme es durch die verbreiterte Solidarbasis zwar im Einzelfall auch zu erhöhter Beitragsleistung der bereits heute Pflichtversicherten, indes könnte gleichzeitig gerade der beklagten *steigenden Solidarabgabenbelastung* für die (meisten) Arbeitnehmerhaushalte nachhaltig *begegnet* werden. Darüber hinaus stellt die Konzeption durch den problemlosen Einbau von Freibetragsregelungen ein differenziert nutzbares sozial- und familienpolitisches Steuerungsinstrument bereit.

24. Zentrale Einwände gegen ein solches Konzept ergeben sich daraus, daß vor seiner Realisierung erhebliche *technisch-organisatorische Schwierigkeiten* gelöst werden müßten. Vornehmlich gilt dies für

- die Problematik der Abgrenzung der zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einkommensarten. Die komplexen, gleichwohl keineswegs überzeugenden Lösungen, die etwa im Zusammenhang mit dem Hinterbliebenenrenten- und Erziehungszeiten-Gesetz (HEZG)[5] gefunden worden sind, belegen einen erheblichen weiteren Klärungsbedarf;
- die bereits angesprochenen Fragen der Beitragsgerechtigkeit, die aus der Problematik einer möglichst lückenlosen Erfassung der Haushaltseinkommen erwachsen. Lösungsansätze könnten auf der Ebene einer Kopplung von Selbstauskunft des Versicherungspflichtigen und Informationsverpflichtung der Finanzbehörden liegen.

25. Darüber hinaus muß bedacht werden, daß aus dem Modell sowohl *für die Strukturen des Krankenversicherungssystems wie allgemein sozial- und gesellschaftspolitisch weitreichende Konsequenzen* erwachsen. Speziell mit Blick auf die Krankenversicherung als Teil der Sozialversicherung muß bedacht werden, daß bei Ablösung der Arbeitsentgeltkonzeption

- der Beitragsanteil der Arbeitgeber nach geltendem Recht jede sinnvolle Bemessungsbasis verliert und die Beiträge – nachdem der Arbeitgeberanteil einmalig dem Arbeitsentgelt zugeschlagen wurde – von den Arbeitnehmern allein gezahlt werden müßten,
- die einheitliche Beitragsgestaltung in allen Zweigen der Sozialversicherung durchbrochen wird,
- Rückwirkungen bis hin zur paritätischen Organisation der Selbstverwaltung unumgänglich werden,
- der Aufrechterhaltung branchen- und berufsspezifischer Krankenkassen die Begründung genommen ist,
- die Sicherheit der GKV-Finanzierung möglicherweise gefährdet wird, wenn die einzelnen Familienmitglieder zu Beitragsschuldnern werden, geringe (Familien-) Gesamteinkünfte aber die soziale Lage der Familie (etwa bei langandauernder Arbeitslosigkeit) nachhaltig belasten.

26. Allgemein muß die Konzeption eine Antwort auf die Fragen finden,

- ob die eindeutige Ausrichtung an familiären Versorgungsformen *dem gesellschaftlichen Wandel* (Frauenemanzipation, zunehmende Anzahl und Akzeptanz eheähnlicher Lebensgemeinschaften) *langfristig gerecht wird;* und
- wie verhindert werden kann, daß sich die erweiterte Bemessungsgrundlage *einseitig allein zu Lasten der überwiegenden Mehrheit der abhängig Beschäftigten* auswirkt, deren bisherige Beitragsleistungen auf Basis von Einkommen *unterhalb* der heutigen lohnbezogenen Beitragsbemessungsgrenze berechnet sind.

Bedenklich erscheint insbesondere, daß eine Kontrolle analog dem direkten steuerlichen Zugriff auf die Arbeitnehmerentgelte bei der Erfassung anderer abgabepflichtiger Einkommen – etwa von Kapitaleinkünften – in ähnlicher Weise schwer umfassend organisierbar sein dürfte. Die vielfach ohnehin außerhalb des Solidarverbundes der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Bezieher von Einkünften oberhalb des GKV-Bemessungslimits müßten auch weiterhin keine – zumindest keine äquivalent ermittelten – Beiträge zur Finanzierung des Solidarausgleichs leisten.

In der Folge käme es zu sozial- wie verteilungspolitisch äußerst problematischen Konsequenzen. Einzig die Einkommensposition eines Teils der ohnehin von steigenden Sozialabgaben zunehmend belasteten, gleichzeitig relativ gering verdienenden Arbeiter und Angestellten würde negativ verschoben; eine finanzielle Beteiligung der Arbeitgeberseite würde dabei indes völlig entfallen.

2. 2. 2 Abweichungen von den jeweiligen Grundkonzepten

2. 2. 2. 1 Alterskomponenten

27. Für die Beitragserhebung bei den rentenbeziehenden Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich für die drei aufgezeigten Lösungsoptionen im Grundsatz keine Unterschiede.

Eine Beitragsbemessung nach dem Arbeitsentgelt kann sachlogisch auch auf *Lohnersatzeinkommen* – mithin Renten und rentenähnliche Einkünfte – erstreckt werden, wie es ohnehin bereits im geltenden Recht seit 1983 geschieht[6]. Bei Erwerbstätigen, die zusätzlich eine Rente der GRV beziehen, bedarf die Beitragsgestaltung indes näherer Festlegung. Zwingend erscheint hier eine Beitragserhebung auf

4) Vgl. Beispiel in der NEUBAUER-Expertise, Komm.-Drs. 73, S.2; Modellrechnungen im für die Enquete-Kommission erstellten Gutachten von BRENNECKE u.a., Komm.-Drs.104, Tab.26, S.47; unten Pkt. 2.2.3.3

5) BGBl.I (1985) S.1450. Zu den auf Hinterbliebenenrenten anzurechnenden Einkunftsarten vgl. § 18 a SGB IV; eine Aufstellung der nicht einbezogenen Einkünfte u.a. bei PELIKAN 1988, S.273.

6) S. Rentenanpassungsgesetz (RAG) 1982, BGBl.I S.1205.

Basis von Arbeitsentgelt *und Rentenbetrag*. Auch an dieser Stelle orientiert sich bereits das geltende Recht an einer solchen Systematik, indem bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen (früher: Grundlohnbestimmung) rentenbeziehender versicherungspflichtig Beschäftigter über die Renteneinkünfte hinaus zusätzlich *weitere Einkünfte* (Arbeitsentgelt und -einkommen, Versorgungsbezüge) erneut einer (zweiten) Beitragspflicht unterworfen werden (§ 230 SGB V; früher: § 180 Abs. 6 RVO). Insoweit könnte auch in Zukunft hieran nahtlos angeknüpft werden.

Eine Beitragsbemessung auf Basis eines umfassenden Einkommensbegriffs erfaßt Rentenleistungen bereits von ihren konzeptionellen Grundlagen her. Für das Erwerbseinkommen- wie das Familieneinkommenmodell ergeben sich bei Rentnern oder rentenbeziehenden Erwerbstätigen keinerlei Probleme, da in beiden Fällen eine vollständige Berücksichtigung der Einkünfte garantiert ist.

2. 2. 2. 2 Familienkomponenten

28. Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen zählt spätestens seit der Weimarer Zeit zu den Wesensmerkmalen des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung[7]; sie kann heute als „ureigene Aufgabe" des sozialen Krankenversicherungssystems bezeichnet werden (KRAUSE 1980, S.145).

29. Auch an dieser Stelle durchbricht schon das geltende Recht seit längerem seine grundsätzliche Lohnbezogenheit und stellt hinsichtlich der beitragslosen Versicherung von Ehepartnern und Kindern auf die Höhe des von ihnen erzielten *Gesamteinkommens* ab (ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV; 1989: 450 DM), begrenzt mithin die Anrechnung von Einkünften keineswegs allein auf Lohn und Gehalt (§ 10 Abs.1 Nr.5 SGB V; früher: § 205 Abs.1 RVO, mit höherer Gesamteinkommensgrenze). Zudem gelten die Angehörigen eines Kassenmitglieds seit Anfang 1989 ebenfalls als Versicherte mit eigenen Leistungsansprüchen (s. dazu 2.Teil, Unterabschnitt III, 1.1.1.4).

Mit dieser Regelung der Familienversicherung nähert sich das geltende Recht dem Familieneinkommenmodell weitgehend an. Wird dort, wie oben angesprochen, ein Freibetrag als besondere Familienkomponente eingeführt, verwischen sich die Unterschiede vollends.

30. Unabhängig davon stellt sich im Zusammenhang die grundsätzliche gesellschafts- und familienpolitische Frage, ob in der Bundesrepublik Deutschland, in der sich das tradierte Leitbild der Hausfrauenehe in der gesellschaftlichen Realität zunehmend überlebt hat und von dem sich das Familienrecht vor bereits mehr als 10 Jahren verabschiedete[8], die kostenfreie Ehepartnermitversicherung in bisherigem Umfang fortgeführt werden soll. Je nach präferiertem Modell bedarf es der sozial- und gesellschaftspolitischen Begründung, warum die beitragsfreie Versicherung des Ehepartners, der keine (Klein-) Kinder zu versorgen hat, weiterhin aus Solidarmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu erfolgen hat.

2. 2. 2. 3 Weitere Formen der Abweichung

31. Bei der solidarischen Absicherung besonderer Personengruppen, wie etwa der Behinderten und Jugendlichen in Hilfeeinrichtungen, stellt sich weniger die Frage der konkreten Beitragsorientierung, sondern hier bedarf es der *politischen Konsensbildung* darüber, *wie* eine *Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung finanziert* werden soll.

Wird eine sozialstaatliche Absicherung als Aufgabe der Allgemeinheit gesehen, impliziert dies eine Steuerfinanzierung. Den dabei gezahlten Beträgen müßten indes – anders als im geltenden Recht (§ 235 Abs.3 SGB V; näher: 2.Teil, Unterabschnitt IV, 2.3.3.3) – adäquate Beitragssätze zugrundeliegen. Gilt hingegen die abgegrenzte Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung als Adressat, erfolgt die Finanzierung aus Beitragszahlungen der Versichertenpopulation.

2. 2. 3 Verteilungswirkungen alternativer Einnahme- und Beitragsgestaltung: Ergebnisse empirisch gestützter Abschätzung

32. Um sich ein genaueres Bild der jeweiligen Verteilungswirkungen der drei zentral diskutierten Modellkonzeptionen für die zukünftige Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung machen zu können, hat die Enquete-Kommission zu diesem Fragenkomplex ein *Gutachten* (»Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung«, erstellt von Ralph BRENNECKE, Manfred BAUMANN und Pia ZOLLMANN; Komm.-Drs. 104,104 a) anfertigen lassen.

Aufgabe der Untersuchung war eine empirisch fundierte Abschätzung der Folgen auf Versichertenkreis, Beitragsaufkommen und Beitragssätze von

- veränderten Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen unter prinzipieller Beibehaltung einer lohnbezogenen Beitragsbemessungsgrundlage (*Grundmodell I*),
- einer Beitragsgestaltung nach dem individuellen Gesamteinkommen (i.S. § 16 SGB IV) der GKV-Mitglieder und gleichzeitiger Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht (*Grundmodell II*),
- einer Gestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage nach dem Familienbruttoeinkommen (= Haushaltsgesamteinkommen) und dessen Verteilung auf alle Familienangehörigen, so daß sich daraus für alle Familienmitglieder Pflichtversicherungsverhältnisse ableiten (*Grundmodell III*).

33. Für das Gutachten sind statistische Modellrechnungen erstellt worden, deren Grundlage eine aus den Wellen 1 (1984) und 2 (1985) des Sozio-ökonomischen Panels integrierte Datenbasis bildet. Beim Sozio-ökonomischen Panel handelt es sich um eine gemeinsam vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) und vom Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt und Mannheim getragene Erhebung (näher: Komm.-Drs.104, S.5).

34. Zu den im folgenden für verschiedene zentrale Aspekte komprimiert dargestellten Ergebnissen der Studie, deren Werte sich alle auf 1984 beziehen, sind einige einschränkende Anmerkungen hinsichtlich der Repräsentativität der Daten des Panels und zu einigen Hypothesen, die dem Gut-

7) Durch die (1.) Brüningsche Notverordnung (NotVO) vom 26.Juli 1930 (RGBl.I S.311) wurde die Familienkrankenpflege zur Kassenpflichtleistung ohne besonderen Zusatzbeitrag. Näher: RICHTER 1931, S.17,158; PETERS 1978, S.83 f.

8) Vgl. § 1356 BGB i.d.F. des Ersten Gesetzes zur Reform des Ehe- und Familienrechts (1.EheRG) vom 14.Juni 1976, BGBl.I S.1421.

achten zugrundeliegen, notwendig (Komm.-Drs. 104[9], S.6 ff.).

1) Im allgemeinen scheint die *Repräsentativität der Daten* beim Vergleich mit offiziellen Statistiken gegeben. Indes müssen insbesondere zwei wesentliche *Restriktionen* beachtet werden, die vornehmlich für die Beurteilung der Modelle II und III von erheblicher Tragweite sind:
   - *Bruttoeinkommen* aus selbständiger Arbeit sind im Panel deutlich *unterrepräsentiert* (20 % und mehr; Tabelle 3, S.9),
   - *Einnahmen aus Vermögen,* insbesondere Miet- und Pachteinkommen sind ebenfalls ganz erheblich *unterrepräsentiert* (rd. zwei Drittel; Tabelle 4, S.10).
2) Für alle Grundmodelle gelten die *Annahmen,*
   - daß *Arbeiter* in allen Simulationen ihren zur Zeit der Umfrageerhebung *geltenden Krankenversicherungsstatus* behalten,
   - daß *Angestellte,* freiwillig GKV-versicherte Beamte und Selbständige bei Veränderung von Beitragsbemessungs- bzw. Versicherungspflichtgrenze möglicherweise die *gesetzliche Krankenversicherung verlassen,*
   - daß diese *Kassenwechsel* entweder entsprechend der empirischen Verteilung der Zugangsgruppe der Wechsler oder – bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze – entsprechend *ökonomischem Abwägen* der Versicherten in die Simulationen einbezogen sind (S.14 f.)

2. 2. 3. 1 Modell »Individuelles Arbeitsentgelt«

35. Unter Beachtung dieser Einschränkungen zeigt sich für *Grundmodell I* (Beitragsbemessungsgrundlage analog geltendem Recht = individuelles Arbeitsentgelt) bei Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, daß sich der Kreis der AKV-Versicherten (Allgemeine Krankenversicherung; GKV-Versicherte ohne Rentner) lediglich um 0,7 Prozentpunkte erhöht (bei entsprechenden Verlusten für die private Krankenversicherung [PKV]). Unter Beibehaltung der geltenden Beitragsbemessungsgrenze (75 % der BBG in der gesetzlichen Rentenversicherung) würde dies zu Mehreinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung von 2,3 % führen. Bei Angleichung der Beitragsbemessungsgrenze an das Niveau der GRV käme es durch die verstärkte Heranziehung höherer Entgelte zu einer *Steigerung des gesamten Beitragsaufkommens von 7,3 %* (Tabellen 6 f., S.18,20; vgl. auch unten *Schaubild 2.2*).

Die Studie macht allerdings darauf aufmerksam, daß es sich bei diesen Werten zumindest kurz- und mittelfristig um Maximalquoten handeln dürfte, da weder das Abwanderungspotential unter den GKV-Versicherten bei Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze (und gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze) noch die Anzahl der PKV-Angestellten, die von einer übergangsweisen Befreiungsmöglichkeit Gebrauch machen würden, bekannt sind. Generell kann für das Grundmodell I festgestellt werden, daß eine isolierte An- oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze *ohne* gleichzeitige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung finanziell weithin unergiebig ist.

36. Entsprechend der materiellen Lage der Gruppe von Versicherten, die bei erhöhter oder aufgehobener Versicherungspflichtgrenze neu ins GKV-System käme, zeigt sich bei der Wirkungsanalyse auf die Haushalte, daß bei solchen Änderungen negative Folgen für das verfügbare Einkommen erst bei Entgelten oberhalb von 4 000 DM (mtl.) entstehen (Tabelle 11, S. 25). Abhängig von der jeweiligen Variation der Beitragsbemessungsgrenze bleiben diese Belastungen insgesamt unbedeutend oder zeigen mit dem Einkommen steigende Relevanz. Der weit *überwiegende Teil aller Haushalte* (rd. 85 %) wäre von steigenden Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen *nicht betroffen.* Für etwa 7 % käme es allerdings zu vermehrten Beitragsbelastungen von über 20 % (Tabelle 13, S.28).

37. Freilich stehen solchen Belastungen auch potentielle *Beitragssenkungen* gegenüber, die aufgrund des erhöhten Beitragsvolumens bei *0,6 bzw. 0,7 Prozentpunkten* liegen könnten (Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze analog GRV-Beitragsbemessungsgrenze bzw. aufgehobene Versicherungspflichtgrenze; Tabelle 14, S.29). Dadurch käme es für mehr als 78 % der Haushalte zu Beitragsentlastungen, die indes in aller Regel 10 % nicht übersteigen (Tabelle 15, S.30).

2. 2. 3. 2 Modell »Erwerbseinkommen«

38. Entsprechend der im Vergleich zur Arbeitsentgeltkonzeption beim *Grundmodell II* (Beitragsbemessung nach individuellem Gesamteinkommen und Einführung einer allgemeinen GKV-Versicherungspflicht) wesentlich veränderten Modellvorgaben, käme es bei Umsetzung dieses Szenarios zu einer deutlichen Ausweitung des Kreises der in der gesetzlichen Krankenversicherung Gesicherten. Werden Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze gegenüber dem heutigen Recht konstant gehalten, erhöht sich die Anzahl der *AKV-Versicherten* um etwa 5,5 %, die der GKV-Rentner um rund 6 %. Bei einer von der Modellanlage her naheliegenden gleichzeitigen *Aufhebung* auch *der Versicherungspflichtgrenze* erreichen die *Steigerungsraten 11,5 %* (etwa 5 Prozentpunkte) bzw. 6,5 %, wobei gleichzeitig konzeptionsgemäß die private Krankenversicherung ihre heutige (Voll-) Versichertenklientel ganz verlieren und auf das Geschäft mit Zusatzversicherungen verwiesen würde (Tabelle 36, S.62; vgl. unten *Schaubild 2.1*).

39. Vornehmlich auf den Zuwachs des GKV-Versichertenkreises würden auch die Steigerungen beim Beitragsaufkommen zurückgehen. Ceteris paribus erhöht die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung das Beitragsvolumen um 10 %, wobei allein 6 % der Einbeziehung weiterer Personengruppen zuzurechnen wären. Entfällt die Versicherungspflichtgrenze und käme es gleichzeitig zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das heutige GRV-Niveau – ein Szenario, das man als »Maximalregelung« im Sinne des Modells bezeichnen kann – *steigert* dies das *Beitragsaufkommen um 28 %* (Tabelle 37, S.64; vgl. *Schaubild 2.2*). Dabei muß zusätzlich nochmals daran erinnert werden, daß selbst diese Veränderungen aufgrund der im Panel weit unterdurchschnittlich erfaßten Vermögenseinkünfte als Mindestveränderungen zu interpretieren sind.

40. Bedenklich erscheint, daß diese Steigerungssätze beim Beitragsaufkommen in allen berechneten Varianten zur Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze zu einer überdurchschnittlichen Belastung insbesondere der

9) Die folgenden Hinweise auf Tabellen etc. beziehen sich jeweils auf diese Komm.-Drs.

Haushalte mit ohnehin niedrigen Nettoeinkommen (bis 1 000 DM mtl.) führen. Wird auf eine Versicherungspflichtgrenze ganz verzichtet und hebt man die Beitragbemessungsgrenze gleichzeitg auf GRV-Ebene an, verändert sich das Bild insofern, als sich in diesem Fall *hinsichtlich* der einzelnen *Haushaltseinkommensgruppen ein u-förmiger Verlauf* der Belastungen ergibt. Übersteigt das verfügbare Einkommen Monatswerte von 4 000 DM, kommt es auch hier zu einer deutlich höheren Belastung dieser Einkommensgruppen (Tabelle 41, S. 69).
Insgesamt führt Grundmodell II bei isolierter Einführung von allgemeiner Versicherungspflicht zu Beitragsmehrbelastungen für mehr als zwei Drittel aller Haushalte (bei etwa der Hälfte maximal 10 %), während lediglich jeder 25. Haushalt entlastet würde. Wie erwartet steigt die Anzahl der Haushalte mit Einkommensnettoverlusten bei Anhebung der beiden Variablen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze weiter an (Tabelle 43, S.71).

41. Unter der Hypothese, daß sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der neu in die gesetzliche Krankenversicherung kommenden Personengruppen gegenüber dem bisherigen Bild nicht verändert, erlaubt das gestiegene Beitragsaufkommen gleichzeitig erhebliche *Beitragssatzreduzierungen,* die in der Variante ohne Versicherungspflichtgrenze und mit dem GRV-Recht angeglichener Beitragsbemessungsgrenze *1,6 Beitragssatzpunkte* (etwa 14 %) erreichen (Tabelle 44, S.73). Für deutlich mehr als 50 % aller Haushalte könnten bei vollständiger Weitergabe des gewonnenen Finanzspielraums Beitragsentlastungseffekte erzielt werden, wobei ein knappes Drittel der Haushalte gleichwohl mit Mehrbelastungen zu rechnen hätte (Tabelle 45, S.74).

2. 2. 3. 3 Modell »Familieneinkommen«

42. Aufgrund der Strukturverzerrungen des Panels muß davon ausgegangen werden, daß auch in den Berechnungen zum *Grundmodell III* (Familienbruttoeinkommen als Beitragsbemessungsgrundlage bei individueller Pflichtversicherung aller Familienangehörigen) grundsätzlich sowohl die Beitragseinnahmen als auch die *Belastungen der Haushalte unterschätzt* dargestellt sind. Dies liegt an den erwähnten erheblich zu niedrig ausgewiesenen Einkommmen aus selbständiger Tätigkeit bzw. Vermögen.

43. Hinsichtlich des Kreises der GKV-Versicherten zeigt sich entsprechend der Modelldefinition ein *außerordentlicher Anstieg des Anteils der AKV-Mitglieder* um etwa drei Viertel (von 41,5 % auf über 71 % der Bevölkerung) bzw. bei den Rentnern von gut 17 % auf etwa 20 % (Tabelle 26, S.47; s. *Schaubild 2.1*).

44. Entsprechend erhöht sich auch gegenüber dem geltenden Recht das Beitragsaufkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich um annähernd *14 %.* Bei Anhebung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf das geltende Niveau in der GRV wird bei *Einnahmesteigerungen* von mehr als 16 % das im Rahmen der Konzeption zusätzlich aktivierbare Beitragsvolumen fast vollständig ausgeschöpft (Tabelle 27, S.49; vgl. *Schaubild 2.2*).

45. Mit der Steigerung des Beitragsaufkommens werden grundsätzlich *alle Haushalte* durch höhere GKV-Abgaben *belastet.* Überdurchschnittlich stark betroffen sind dabei zum einen untere und obere Einkommensgruppen (Haushaltsnettoeinkommen bis 1 000 DM bzw. über 7 000 DM mtl.), zum anderen tendenziell die Haushalte mit Kindern (Tabellen 30-32, S.52 ff.). Aus diesem Grund wird im Gutachten auch für Niedrigverdiener die Einführung einer »Härteregelung« angeregt, da andernfalls das Modell Sozialhilfeabhängigkeit herbeiführen könnte (S.53). Wird in die Konzeption eine – oben angesprochene – Freibetragsregelung (z.B. für Kinder) obligatorisch eingebaut, besteht die Problematik in dieser Form ohnehin nicht mehr.

46. Unabhängig davon würde einem solchen Resultat bereits dadurch erheblich an sozialer Schärfe genommen, wenn das neuerschlossene Beitragsvolumen durch Beitragssenkungen an die Versicherten »zurückfließen« würde. Allein durch die Einführung des Familien-Pro-Kopf-Einkommens als Beitragsbemessungsgrundlage könnte ceteris paribus der *Beitragssatz* in der gesetzlichen Krankenversicherung um *1,4 Prozentpunkte gesenkt* werden (Tabelle 34, S.56). Auf diese Weise käme es für 58 % der Haushalte zu Beitragsentlastungen von bis zu einem Fünftel, während – trotz Beitragssatzsenkung – gut 30 % aller Haushalte zusätzlich belastet würden (Tabelle 35, S.57).

Veränderungen an Versicherungspflicht- oder Beitragsbemessungsgrundlage führen hier zu keinen wesentlich veränderten Resultaten. Ohne genauer angeben zu können, welche Haushaltstypen im einzelnen positiv oder negativ betroffen sind, ist insgesamt der Entlastungseffekt stets höher als der Belastungseffekt (S.57).

2. 3 Probleme einer solidarischen Leistungsgestaltung

2. 3. 1 Leistungsgewährung und Beitragshöhe in der GKV

47. Der Grundsatz gleicher Leistungsansprüche bei Einkommensproportionalität der Beiträge ist konstitutiv für das Solidaritätsprinzip innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. oben Pkt. 1.1). Seine Wahrung auch und gerade im Rahmen einer Strukturreform muß deshalb als unverzichtbar gelten.

2. 3. 2 Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang

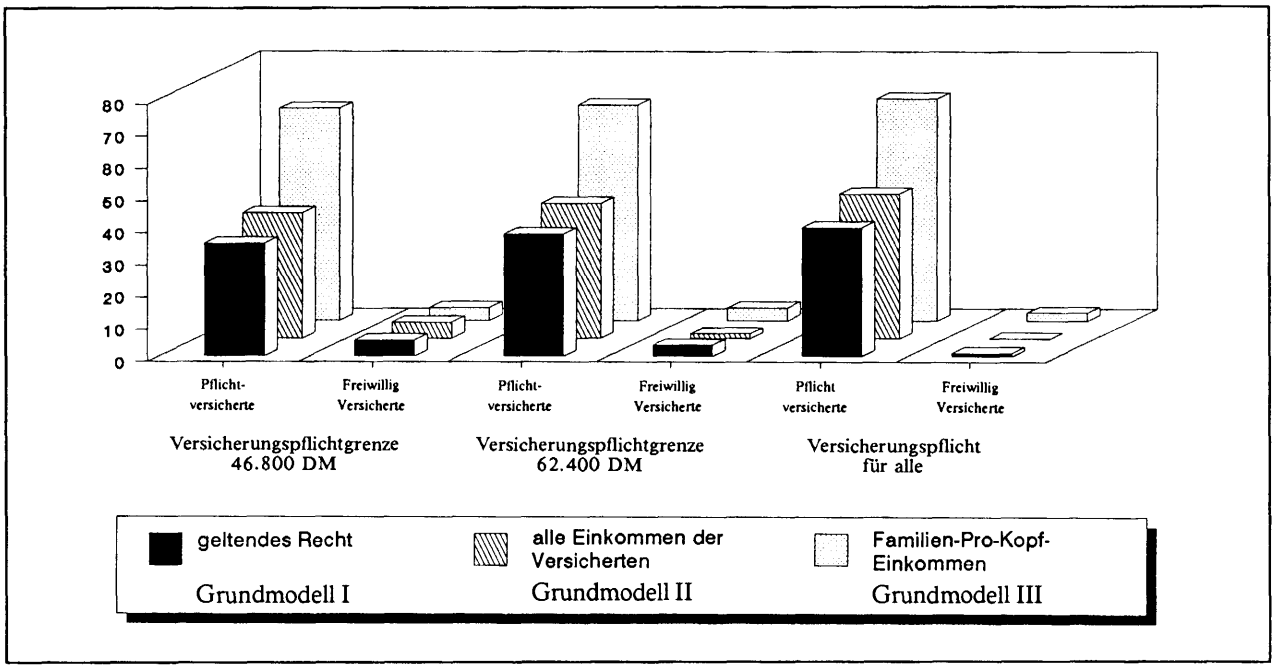
48. Auf dem Hintergrund der gerade genannten Prämisse gibt es vielfältigen Diskussionsbedarf.
Vornehmlich klärungsbedürftig erscheint,

- *inwieweit* einzelne *Gestaltungsformen der Leistungserbringung* durch das GKV-System, die hinsichtlich der Nachfrage nach Gesundheitsgütern teilweise als wirksame ökonomische Steuerungsinstrumente angesehen werden, mit dem *Solidaritätsprinzip vereinbar* erscheinen;
- ob *Bedingungen* hinreichend genau präzisierbar sind, die eine *Kompatibilität* herbeiführen.

2. 3. 2. 1 Kostenerstattungsregelungen

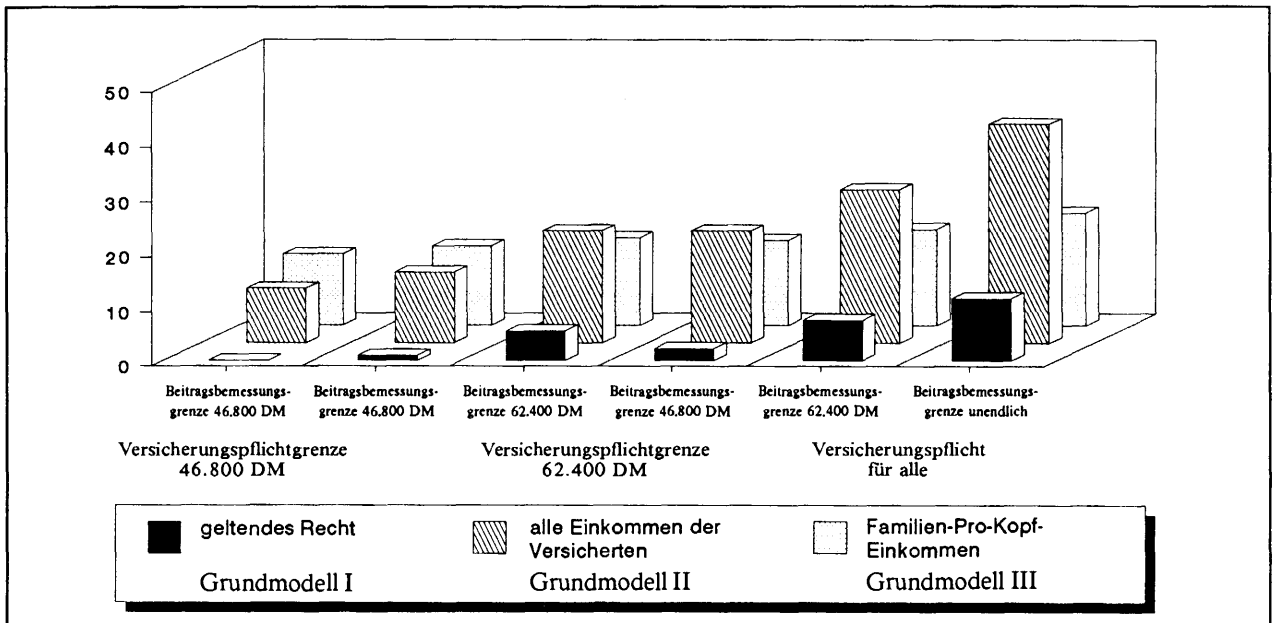
49. Eine *durchgängige Berücksichtigung von Kostenerstattungsregelungen* in der gesetzlichen Krankenversicherung führt zum *Konflikt mit dem Solidaritätsprinzip* nur dann, wenn damit die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen an Einkommens- bzw. Liquiditätsvoraussetzungen geknüpft wäre. Dies ist aber nach Auffassung der

Schaubild 2. 1: Prozentuale Anteile der Pflicht- und freiwillig Versicherten in der GKV an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland



Quelle: BRENNECKE u.a., Komm.-Drs.104

Schaubild 2. 2: Wachstumsraten des gesamten Beitragsaufkommens der GKV in Prozent



Quelle: BRENNECKE u.a., Komm.-Drs.104

Mehrheit der Kommission*) bei den mit dem GRG eingeführten Kostenerstattungsregelungen nicht der Fall. Die Minderheit der Kommission*) bezweifelt dies.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

50. Die Sozialenquete hat in ihrem Bericht Mitte der 60er Jahre das Problem in der Form aufgegriffen, daß sie argumentiert, „bei der heutigen Einkommenslage" sei es den Versicherten durchaus zumutbar, die Kosten für Gesundheitsleistungen „vorzulegen". Der Gesetzgeber wurde deshalb aufgefordert, den Übergang zum Kostenerstattungsprinzip zumindest in Erwägung zu ziehen (SOZIALENQUETE 1966, Ziffern 637 f., S.222 f.).

Auch wenn man eine Beurteilung der damals zugrundegelegten Wohlstandsprämisse im Lichte heutiger sozioöko-

nomischer Gegebenheiten und Perspektiven für problematisch erachten sollte, kommt es nach Ansicht der Minderheit der Kommission*) indes auf diese Bewertung nicht entscheidend an. Wesentlich ist nach ihrer Auffassung, daß mehr als 20 Jahre nach Vorlage des Sozialenqueteberichts allein angesichts der immensen Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts eine Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kostenerstattungsregelungen dem Solidaritätsprinzip zuwiderlaufen würde.

51. Kostenerstattungsregelungen für den zentralen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. Krankenhaus) sollen nach Ansicht der Mehrheit der Kommission**) vor allem ein *Wahlangebot an den Versicherten* darstellen, das zur Erweiterung seiner Dispositionsmöglichkeiten zeitweise oder langfristig neben dem Sachleistungsprinzip angeboten wird.

52. Erst nach Ablauf eines längeren Zeitraums wird näher nachprüfbar sein, inwieweit die den Krankenkassen seit Anfang 1989 eingeräumten Möglichkeiten, Kostenerstattungsverfahren für einzelne Versichertenkreise oder bestimmte Gruppen von Leistungen wahlweise anzubieten (§ 64 SGB V), mehr als Modellcharakter entwickeln können.

2. 3. 2. 2 Wahltarife

53. Das *Solidaritätsprinzip* in der gesetzlichen Krankenversicherung *schließt* die *allgemeine Einführung* von Wahltarifen für einzelne Versicherte oder Versichertengruppen *im Grundsatz aus*. Die andernfalls provozierte Selektion »guter Risiken«, da diese allein potentielle Adressaten differenzierter Leistungsangebote sein könnten, würde das Solidaritätsprinzip in seinem Kernbestand aushöhlen. Die für einen funktionstüchtigen Solidarausgleich konstitutive Mischung »guter« und »schlechter« Risiken innerhalb der Versichertenpopulation wäre aufgehoben, ein sozialer Ausgleich innerhalb des Solidarverbundes *ad absurdum* geführt.

54. Überlegungen, wie innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung eine Einführung von Wahl- und Leistungstarifen für den einzelnen Versicherten gleichwohl realisierbar wäre, haben deshalb davon auszugehen, daß dies im vom Solidaritätsprinzip abgesteckten Rahmen geschehen muß. Reformpolitische Relevanz könnte eine solche Konzeption demnach alleine dann für sich beanspruchen, wenn es ihr gelingt, das Solidaritätsprinzip als Eckpfeiler einer sozialen Krankenversicherung zu erhalten, gleichzeitig aber die Dispositionsmöglichkeiten des einzelnen Pflichtversicherten sinnvoll erweitert. Grundvoraussetzung für Wahltarife wäre nach Auffassung der Mehrheit der Kommission***) eine klare Abtrennung der Wahlleistungen und deren Finanzierung durch Sondertarife vom allgemeinen Beitragsaufkommen. Nach Meinung der Minderheit der Kommission***) wäre Voraussetzung auch eine medizinisch und sozialpolitisch mit dem Sozialstaatsgebot verträgliche Abgrenzung zwischen medizinischer Grundversorgung und darüber hinausgehender Leistungen.

55. In diesem Zusammenhang unterbreitete Vorschläge (s. etwa Komm.-Drs.13, S.8 f., 40 ff., insb. S.48) gehen deshalb auch davon aus, daß Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsumfang für das GKV-Mitglied nur in dem Maße bestehen können, wie sie den individuellen Beitrag zum Solidarausgleich nicht tangieren. Ausschließlich für den disponiblen Teil des Beitrags werden nach dem Globalrisiko einzelner Versichertenkohorten versicherungsmathematisch kalkulierte Sondertarife berechnet.

Erklärt ein Versicherter vorab, auf ein bestimmtes GKV-Leistungsbündel für einen begrenzten Zeitraum zu verzichten (z.B. Arzneimittel), erhält er eine Beitragssenkung in Höhe der dadurch durchschnittlich vermiedenen GKV-Ausgaben. Eine solche Abwahlmöglichkeit sollte allerdings nur für solche Leistungsarten bestehen, die sich auch bei näherer Betrachtung als für Wahltarife geeignet erweisen. Ungeeignet können Wahltarife sein, die Großrisiken (z.B. Krankenhausleistungen) betreffen und den Versicherten im Krankheitsfall in aller Regel finanziell unzumutbar belasten würden. Bei Wahltarifen für Leistungsarten, deren zeitliche und qualitative Inanspruchnahme vom Versicherten weitgehend selber bestimmt werden kann (wie etwa beim Zahnersatz) müßten entsprechende Vorkehrmaßnahmen getroffen werden[10].

56. Wie das *Schaubild 2.3* (nach NEUBAUER-Expertise, Komm.-Drs.74, S.3) ausweist, kann ein lediger, junger Versicherter maximal Wahltarife wählen, die eine Beitragssenkung von 100 DM monatlich beinhalten. Die weiteren 300 DM stehen als Solidarbeitrag nicht zur Disposition. Eine Familie mit mittlerem Einkommen könnte theoretisch maximal beitragsfrei sein, wenn sie auf alle GKV-Leistungen verzichten würde, doch darf sie nur bis maximal 10 % ihres Einkommens das Risiko selbst tragen. Für Rentenbezieher zeigt sich, daß durch Verzicht beispielsweise auf kassenärztliche Leistungen der Haushalt ganz beitragsfrei versichert sein würde. Theoretisch könnte der Rentnerhaushalt sogar eine Auszahlung des transferierten Solidarbeitrags erreichen, wenn er auf sämtliche Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung verzichtete. Dies ist jedoch durch die 10 %-Belastungsgrenze für das eigene Einkommen ausgeschlossen.

*) Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

**) Mehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Minderheit (5 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner.

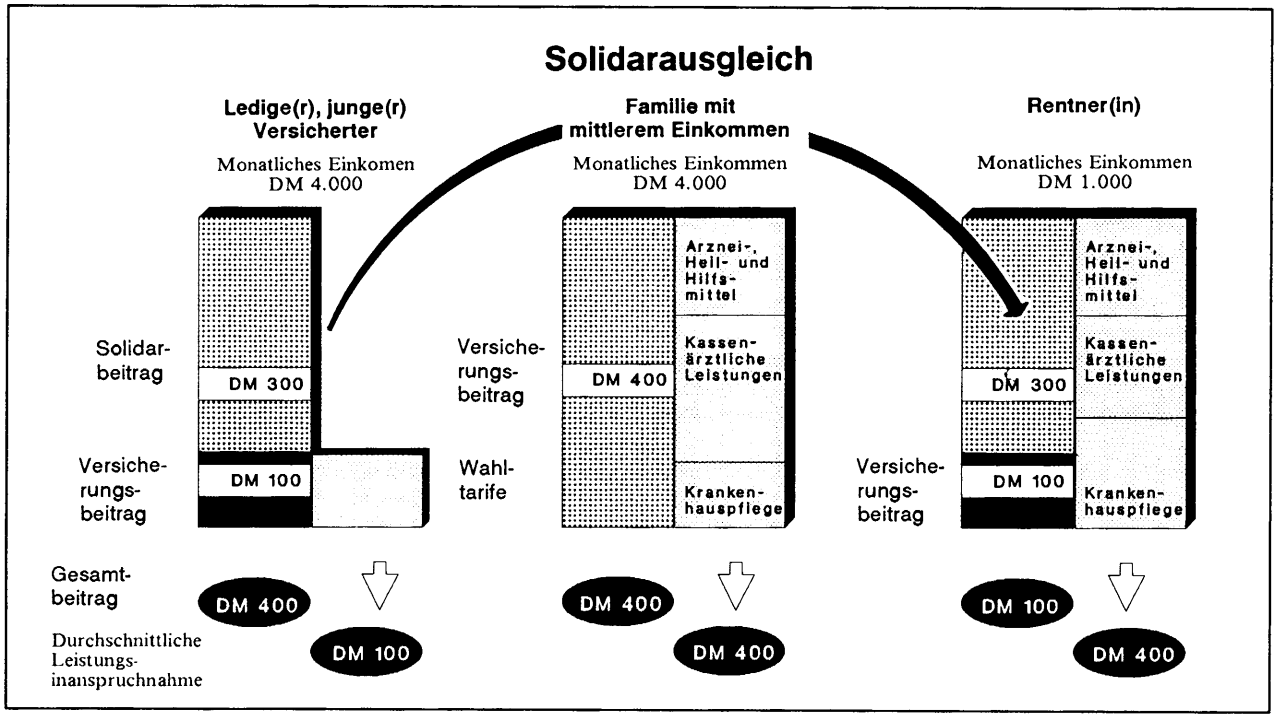
2 Enthaltungen: Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

10) Im Auftrag der Enquete-Kommission von Männer u.a. für verschiedene Haushalte durchgeführte Modellrechnungen (Komm.-Drs. 102: Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: empirische Überprüfung) haben ergeben, daß Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung prinzipiell mit dem Solidarausgleich vereinbar sein können (zur Kalkulation: Komm.-Drs. 102, S.13 ff.). Dabei ist davon ausgegangen worden, daß aus den oben genannten Gründen Wahltarife nur für die leistungsarten »kassenärztliche Versorgung« und »Arzneimittel« (= rd. 35 % des GKV-Ausgabenvolumens) sinnvoll sind (S.25, 47).

***) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen) Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Schaubild 2. 3: Solidarausgleich und Wahltarife in der GKV



Nach NEUBAUER-Expertise, Komm.-Drs. 74, S.3

57. Als *Vorteile von Wahltarifen dieser Form* können angesehen werden:

- Grundsätzlich kann die Ansicht vertreten werden, daß sich die Notwendigkeit weiterer Gestaltungsoptionen für die Kassen bereits aus einem Gesellschafts- und Menschenbild der weitgehenden Eigenverantwortung des Individuums erschließt.
- Das überkommene Leistungsspektrum würde gleichsam »von innen« heraus – über die »Abstimmung« der Versicherten zu den verschiedenen Leistungsangeboten der Kassen – reformiert, ohne daß es weiterer legislativ durchzusetzender Regelungsmechanismen bedürfte.
- Dem Versicherten würden mehr Gestaltungsmöglichkeiten gegeben als gegenwärtig. Das Gefühl, für den Mißbrauch anderer bezahlen zu müssen, könnte abgebaut werden, da sich jeder – begrenzt durch den Solidarausgleich – herauswählen könnte.
- Der Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung würde transparent gemacht, die Krankenkassen gezwungen, stärker versichertenbezogen zu dokumentieren und zu handeln.
- Die Krankenkassen würden im weiteren gezwungen, auch auf der Beitragsseite in den Wettbewerb zu treten. Günstige Leistungsangebote, die eine hohe Beitragssenkung oder Beitragsrückgewähr ermöglichen, könnten im Wettbewerb um Versicherte eingesetzt werden.
- Wird der verstärkte Wettbewerb dadurch ergänzt, daß den Krankenkassen ermöglicht wird, mit ausgewählten Leistungserbringern Sonderverträge abzuschließen, könnten Kostenvorteile den Versicherten zugute kommen, welche sich freiwillig auf diese Leistungserbringer beschränken (Modell der bevorzugten Anbieter; Preferred Provider Organizations, PPO).

58. *Gegen Wahltarife der bezeichneten Art* kann vorgebracht werden:

- In einem solcherart entfachten Wettbewerb zwischen den Kassen könnten diese letztlich aufgrund mangelnder Transparenz verzweigter Wahltarife den Versicherten Vertrags- und Leistungsbedingungen »aufschwatzen«.
- Im Wettbewerb der Kassen wird es zu »Kampftarifen« kommen, die mittelfristig zu kassenspezifischer Risikoselektion führen würden.
- Gerade die Stärkung der Prävention – als zentrale Aufgabe zukunftsorientierter Gesundheitspolitik – ist nicht wahltariffähig.
- Die Reduktion unabdingbarer Pflichtversicherung auf sogenannte Großrisiken (etwa Krankenhausbehandlung) würde weitreichende soziale Gefahren in sich bergen, da eine solche »major risk insurance« vornehmlich für einkommensschwache Bevölkerungsschichten attraktiv werden würde.
- Im Resultat würde eine solche Entwicklung zum Ende der sozialen Krankenversicherung und zum Übergang in ein Privatversicherungssystem führen.

2. 3. 2. 3 Selbstbeteiligung der Versicherten

59. Zur dauerhaften Sicherung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) die Begrenzung der Inanspruchnahme von Leistungen der Solidargemeinschaft auf die Leistungen, die die einzelnen überfordern würden, uner-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.
Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

läßlich (*Subsidiaritätsprinzip*). In diesem Sinne bedingen sich Solidarität und Subsidiarität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach Auffassung dieses Teils der Kommission sind deshalb Selbstbeteiligungsregelungen *a priori kein Verstoß gegen das Solidaritätsprinzip.* In den Leistungsbereichen, in denen der Versicherte insbesondere auf Menge und Struktur der Leistungen Einfluß nehmen kann, sind direkte Kostenbeteiligungen sehr wohl ein *geeignetes Steuerungsinstrument*; sie sind zugleich sozialverträglich, wenn sie mit einer *Härtefallregelung* versehen werden. Das GRG hat daher in einzelnen Bereichen bestehende Zuzahlungen ausgebaut und eine Härtefallregelung eingeführt, die sicherstellt, daß niemand aus finanziellen Gründen auf medizinisch notwendige Leistungen verzichten muß.

60. Die Minderheit der Kommission*) ist der Auffassung, daß Selbstbeteiligungsregelungen das *Solidaritätsprinzip verletzten*, da sie anstelle des Bedarfsprinzips die Zahlungsfähigkeit des Versicherten (Patienten) setzen. Zum Wesen der sozialen Krankenversicherung gehört, daß der *Zugang* der Versicherten zu ausreichender und zweckmäßiger medizinischer *Versorgung* jederzeit *garantiert* wird.

Sozialpolitisch kommt nach Meinung der Minderheit der Kommission*) freilich entscheidend hinzu, daß eine Selbstbeteiligung allein dann möglich erscheint, wenn sie mit der gleichzeitigen Normierung von Härtefall- und weitreichenden Ausnahmeklauseln – für Versicherte mit niedrigem Einkommen, Versicherte mit hohem Krankheitsrisiko – verbunden wird. Müssen deshalb *erhebliche Teile der GKV-Gemeinschaft* prinzipiell von Selbstbeteiligungstarifen *ausgeklammert* bleiben, dürfte damit auch die mit ihrer Einführung erhoffte ökonomische *Steuerungsfunktion* entsprechend *reduziert* werden. Zudem zeigen Untersuchungen immer wieder, daß sehr viele Berechtigte, und darunter häufig besonders bedürftige Versicherte, den Zugang zu solchen Härtefallregelungen aus verschiedenen Gründen *nicht* finden.

2. 3. 2. 4 Festbetragsregelungen

61. Festbetragsregelungen können nur dann als mit dem Solidaritätsprinzip vereinbar angesehen werden, wenn es gelingt, vornehmlich zwei zentrale *Problemfelder* befriedigend zu lösen:

- Zum einen müssen Festbeträge ihrer Höhe nach innerhalb der Preisskala vergleichbarer Arznei-, Heil- und Hilfsmittel so angesetzt werden, daß hohe *Eigenbeteiligungen* (Zuzahlungen) der Versicherten ausgeschlossen sind.
- Zum anderen müssen insbesondere bei orthopädischen Hilfsmitteln Regelungen zur *Definition* sinnvoller und ausreichend differenzierter *Vergleichsstandards* gefunden werden, die den jeweiligen individuellen Bedürfnissen der Versicherten entsprechen.

2. 3. 2. 5 Festzuschußregelungen

62. Für Festzuschüsse sind in aller Regel *Selbstbeteiligungen* der Versicherten *konstitutiv*, so daß auf das in diesem Zusammenhang Ausgeführte verwiesen wird (oben Pkt. 2.3.2.3).

2. 3. 2. 6 Bonus- und Malusregelungen

63. Bonusregelungen, die allein auf der zeitlich befristeten Nichtinanspruchnahme von Leistungen aufbauen, unterlaufen nach Ansicht der Kommission das *Solidaritätsprinzip*, da sie Mitnahmeeffekte geradezu provozieren. Nach Ansicht der Mehrheit der Kommission**) sind Bonusregelungen dann mit dem Solidaritätsprinzip vereinbar, wenn sie in direkter Verbindung mit präventiven Aktivitäten des Versicherten stehen.

64. Malusregelungen, die insbesondere das »Selbstverschulden« des Versicherten in den Mittelpunkt von Sanktionen rücken, *können* zumindest so lange dem *Solidaritätsprinzip nicht genügen*, wie die damit verbundenen Definitions- und Abgrenzungsprobleme nicht gelöst sind.

2. 3. 2. 7 Beitragsrückgewähr

65. Die Mehrheit der Kommission**) sieht in Beitragsrückgewährregelungen grundsätzlich keinen Verstoß gegen das Solidaritätsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Solidarität gehört auch, daß die Versicherten Krankenkassenleistungen kostenbewußt und sparsam in Anspruch nehmen. Eine Beitragsrückgewähr kann hierzu finanzielle Anreize geben. In dem Sinne ist zu begrüßen, daß der Gesetzgeber mit dem GRG die Erprobung einer Beitragsrückzahlung vorgesehen hat.

66. Die Minderheit der Kommission**) hält dagegen jede derartige Verknüpfung der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Versorgung mit positiven oder negativen finanziellen Anreizen beim Versicherten für gesundheitlich und gesundheitspolitisch schädlich.

3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

67. In der Enquete-Kommission ist das *Solidaritätsprinzip als konstitutives Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung unstrittig.* Eine allgemein verstärkte Individualisierung der Krankheitsrisiken wird abgelehnt. *Strittig* bleibt jedoch die Frage, ob und ggf. in welchem Umfang das Solidaritätsprinzip *in bestimmten Fällen Einschränkungen* erfahren kann.

Im einzelnen gestalten sich die Optionen der Kommission wie folgt:

3. 1 Einnahmegestaltung

68. So einhellig der Grundsatz der solidarischen, auf Umverteilung beruhenden Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützt wird, so verschieden sind im weiteren die in der Kommission vertretenen Vorschläge zur *Gestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage*:

- **69.** Eine Option besteht in der Beibehaltung des Status quo: *das individuelle Arbeitsentgelt* gilt als Grundlage der Beitragsbemessung (vgl. oben Pkt. 2.2.1.1). Der Vorteil dieser Beitragsgestaltung wird vornehmlich in deren *verläßlicher Kalkulations- und Finanzierungsbasis (Arbeitgeberanteil)* gesehen.
- **70.** Ein zweiter Vorschlag besteht darin, die Beitragsbemessungsgrundlage auf das *Gesamteinkommen* (§ 16 SGB IV) auszudehnen, wobei zu überlegen ist, wie und

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.
Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

**) Stimmenverhältnis siehe vorhergehene Abstimmung.

inwieweit Kapitaleinkünfte einzubeziehen sind. Prinzipiell orientieren sich die Beiträge am steuerpflichtigen Einkommen (vgl. oben Pkt. 2.2.1.2). Darin wird gegenüber dem Arbeitsentgelt als Bemessungsgrundlage eine *größere Verteilungsgerechtigkeit* gesehen.

- **71.** Ein weiteres, noch nicht ausdiskutiertes Konzept legt das *Familieneinkommen* zugrunde. Alle Einkünfte einer Familie werden gleichmäßig auf deren Mitglieder verteilt, für die dann ein auf diesen individuellen Betrag bezogener Beitrag gezahlt wird (vgl. oben Pkt. 2.2.1.3). Jedes Familienmitglied hat dadurch einen eigenständigen Krankenversicherungsschutz. Der Vorteil dieses Modells wird vor allem in der *Individualisierung des Krankenversicherungsschutzes des einzelnen Familienmitgliedes* gesehen. Zusätzlich kann bei entsprechender Ausgestaltung der Beitragserhebung (z. B. bei Einführung von Freibeträgen) ein *Entlastungseffekt für kinderreiche Familien* erzielt werden.

3. 2 Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang

In der Frage einzelner Gestaltungsprinzipien bestehen in der Enquete-Kommission voneinander *abweichende Auffassungen* in folgenden Punkten:

- **72.** Die *Kostenerstattung* wird von der Minderheit der Kommission*) *grundsätzlich abgelehnt*, während die Mehrheit der Kommission*) zwar das Sachleistungsprinzip als grundsätzliches Gestaltungsmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung anerkennt, jedoch *als Wahlleistung bzw. in ausgewählten Leistungsbereichen* die Kostenerstattung *befürwortet.*
- **73.** Ebenfalls kontrovers wurden *Wahltarife* diskutiert. Während die Minderheit der Kommission*) *grundsätzlich* Wahltarife *ablehnt*, will die Mehrheit der Kommission*) den Krankenkassen das *Recht* geben, ein *differenziertes Wahlleistungsangebot bereitzuhalten.* Bei letzterem Vorschlag wird allerdings von der Pflicht einer Kasse ausgegangen, auch den Volltarif anzubieten. Außerdem sollen Großrisiken entweder als Leistungsart (z. B. Krankenhausbehandlung) oder einkommensbezogen (z. B. maximal 10 % des Einkommens) definiert werden, die nicht abwählbar sind. Wahltarife in diesem Sinne werden bei Aufrechterhaltung des Solidarausgleichs für möglich gehalten (vgl. oben Pkt. 2.3.2.2).
- **74.** Die Minderheit der Enquete-Kommission*) sieht in der *Selbstbeteiligung* grundsätzlich *kein geeignetes Instrument* zur Steuerung der Leistungsausgaben. Das Dilemma der Selbstbeteiligung besteht darin, entweder sozial verträglich, aber steuerungs*un*wirksam, oder steuerungswirksam, aber sozial *un*verträglich zu sein.

  75. Die Mehrheit der Kommission*) sieht in Selbstbeteiligungsregelungen auch ein *geeignetes Instrument* zur Förderung eines behutsamen Umgangs mit der Gesundheit und zur Förderung des Kostenbewußtseins und zur Steuerung der Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Selbstbeteiligungsregelungen bedürfen der sozialen Abfederung.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

- **76.** *Festbetragsregelungen* sind nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) mit dem Solidaritätsprinzip *vereinbar*, wenn sie so gestaltet werden können, daß die *Versorgung* der Versicherten *ohne übergebührliche Zuzahlungen* möglich ist.

  77. Festbetragsregelungen sind nach Auffassung der Minderheit der Kommission*) mit dem Solidaritätsprinzip *nur* dann *vereinbar, wenn* sie so gestaltet werden können, daß zusätzliche *Zahlungen* der Versicherten *nicht erforderlich* sind.

Literaturverzeichnis

(Komm.-Drs. sind nicht aufgeführt; s. Verzeichnis im Anhang des Berichts.)

ANDEL, Norbert [1975]: Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: Dreissig, Wilhelmine (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Berlin, S. 39 ff.

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) [1987]: Statistische Informationen der AOK, Reihe 1: Versicherte — Mikrozensus 1985, Bonn.

BÄCKER, Gerhard / BISPINCK, Reinhard/HOFEMANN, Klaus/ NAEGELE, Gerhard [1980]: Sozialpolitik, Köln.

BAUMANN, Manfred [1986]: Familienstruktur und Beitragsbelastungsunterschiede in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1986, S.180 ff.

BECKER, Irene [1985]: Einkommensumverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine empirische Untersuchung, in: Schmähl, Winfried (Hrsg.), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S.98 ff.

BOGS, Walter [1955]: Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform, Berlin.

BRUNKHORST, Johann [1987]: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [o.J. <1984>]: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1983. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [1986]: Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1986, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [1987]: Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1987, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [o.J. <1987>]: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1986. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [o.J. <1988>]: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1987. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn.

CASSEL, Dieter [1987]: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung (hrsgg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 149), Bonn.

DEPPE, Hans-Ulrich [1987]: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt.

DÜTTMANN, Renate [1978]: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Kritische Analyse und Verbesserungsvorschläge, Baden-Baden.

EICHNER, Harald [1986]: Zwischen Privatisierung und Solidarität. Soziale Sicherung unter veränderten Bedingungen, Bonn.

GITTER, Wolfgang [1986]: Sozialrecht (2. Auflage), München.

GOESCHEL, Albrecht [1989]: Frauenpolitik und Krankenversicherung: Anmerkungen zu einem Defizitthema, in: Die Sozialversicherung 1989, S.42 ff.

HENKE, Klaus-Dirk [1985]: Zur Rolle des Versicherungsprinzips

in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schmähl, Winfried (Hrsg.), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S.55 ff.

ISENSEE, Josef [1973]: Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge. Eine finanzverfassungsrechtliche Studie über den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

ISENSEE, Josef [1980]: Rechtswissenschaftliche Untersuchung. Die Rolle des Beitrags bei der rechtlichen Einordnung und Gewährleistung der sozialen Sicherung, in: Zacher, Hans F. (Hrsg.), Die Rolle des Beitrags in der sozialen Sicherung, Berlin, S.461 ff.

KRAUSE, Peter [1980]: Fremdlasten in der Sozialversicherung, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1980, S.115 ff.

KRAUSKOPF, Dieter / SCHROEDER-PRINTZEN, Günther [1988]: Soziale Krankenversicherung. Kommentar (2. Auflage, 14. Lieferung), München.

KRUSE, Silke / KRUSE, Udo [1988]: Die Bedeutung des Solidarprinzips für die Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Die Sozialversicherung 1988, S.5 ff.

KRUSE, Silke / KRUSE, Udo [1989]: Im Grenzbereich des Solidarprinzips, in: Soziale Sicherheit 1989, S.97 ff.

LAMPERT, Heinz [1983]: Strukturfragen aus ordnungspolitischer Sicht: Gesundheitswesen und gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.), Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S.65 ff.

LEISNER, Walter [1974]: Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Eine verfassungsrechtliche Untersuchung, Köln.

MAASSEN, Hans-Joachim / SCHERMER, Joachim/WIEGAND, Dietrich/ZIPPERER, Manfred [1989]: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Kommentar (2. Grundwerkslieferung), Heidelberg.

MAYDELL, Bernd Baron von / RULAND, Franz (Hrsg.) [1988]: Sozialrechtshandbuch (SRH), Neuwied.

MEIERJÜRGEN, Rüdiger / JACOBS, Klaus [1988]: Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze, in: Wirtschaftsdienst 1988, S.256 ff.

MÜLLER, Joachim [1988]: Grenzen der Beitragsbelastung und alternative Abgabeformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Groser, Manfred / Weber, Axel / Leienbach, Volker / Feige, Lothar (Hrsg.), Beiträge zur sozialen Ordnungspolitik, Baden-Baden, S. 113 ff.

NELL-BREUNING, Oswald von [1955/56]: Zur Sozialreform. Erwägungen zum Subsidiaritätsprinzip, in: Stimmen der Zeit, 157. Band, S.1 ff.

NEUBAUER, Günter [1987]: Ziele und Ansatzpunkte einer Strukturreform, in: Wirtschaftsdienst 1987, S.128 ff.

OLDIGES, Franz Josef [1987]: Strukturreform im Gesundheitswesen. Grundsatzpositionen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S.129 ff.

PAQUET, Robert [1987]: Umverteilung und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

PELIKAN, Wolfgang [1988]: Rentenversicherung mit Versorgungsausgleich im Scheidungsfalle (7., neubearbeitete Auflage), München.

PETERS, Horst [1978]: Die Geschichte der sozialen Versicherung (3. Auflage), Bonn-Bad Godesberg.

PFAFF, Martin / SCHNEIDER, Markus [1980]: Ökonomische Untersuchung. Unterscheiden sich beitragsgedeckte und nicht beitragsgedeckte Systeme Sozialer Sicherung hinsichtlich ihrer ökonomischen Voraussetzungen und Wirkungen, insbesondere auch im Hinblick auf die Umverteilung?, in: Zacher, Hans F. (Hrsg.), Die Rolle des Beitrags in der sozialen Sicherung, Berlin, S.391 ff.

REINERS, Hartmut [1987]: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte, Bonn.

RICHTER, Lutz [1931]: Sozialversicherungsrecht, Berlin.

RÜFNER, Wolfgang [1989]: Das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz), in: Neue Juristische Wochenschrift 1989, S.1001 ff.

RULAND, Franz [1985]: Notwendigkeit und Grenzen einer Reform der Finanzierung der Sozialversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung 1985, S.13 ff. (= ders., in: Bieback, K.-J. [Hrsg.] [1986]: Die Sozialversicherung und ihre Finanzierung. Bestandsaufnahme und Perspektiven, Frankfurt/New York, S.141 ff.).

RULAND, Franz [1988]: Sozialrecht, in: Münch, Ingo von (Hrsg.), Besonderes Verwaltungsrecht (8. Auflage), Berlin/New York, S. 365 ff.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1987]: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987, Baden-Baden.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1988]: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1988, Baden-Baden.

SCHERMER, Joachim [1989]: Die Versicherung von Beamten und beamtenähnlich Beschäftigten in der GKV ab 1. Januar 1989, in: Die Ersatzkasse 1989, S.93 ff.

SCHEWE, Dieter / NORDHORN, Karlhugo [1967]: Übersicht über die soziale Sicherung in Deutschland (7. Auflage, hrsgg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung), Bonn.

SCHLENKER, Rolf-Ulrich [1986]: Soziales Rückschrittsverbot und Grundgesetz. Aspekte verfassungsrechtlicher Einwirkung auf die Stabilität sozialer Rechtslagen, Berlin.

SCHMÄHL, Winfried / CONRADI, Hartmut/JACOBS, Klaus/ MEIERJÜRGEN, Rüdiger/PRINZ, Aloys [1986]: Soziale Sicherung 1975-1985. Verteilungswirkungen sozialpolitischer Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt am Main/ Bern/New York.

SCHMIDT, Alfred/JAHN, Erwin/SCHARF, Bodo (Hrsg.) [1987]: Der solidarischen Grundsicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz, Bd. 1, Grundmängel, Grundanforderungen, Reformperspektiven, Köln.

SCHNEIDER, Markus / VETTERLE, Helmut [1986]: Auswirkungen der Kostenerstattung auf Kostenkenntnis und kostensparendes Verhalten der Versicherten am Beispiel der privaten Krankenversicherung (hrsgg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 138), Bonn.

SOMMER, Bettina [1987]: Kranken- und Rentenversicherungsschutz der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus Juni 1985, in: Wirtschaft und Statistik 1987, S.252 ff.

SOZIALENQUETE-KOMMISSION [o.J. <1966>]: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission. Erstattet von: Bogs, Walter / Achinger, Hans / Meinhold, Helmut / Neundörfer, Ludwig / Schreiber, Wilfrid, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG [1987]: Gemeinsame Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Bonn.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) [1988]: Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung 1987, Ergebnisse des Mikrozensus, Fachserie 13, Reihe 1, Stuttgart, Mainz.

THIEMEYER, Theo [1987]: Über die große politische Bedeutung auch kleiner Reformen in der GKV und deren wirtschaftstheoretischen Sinn, in: Sozialer Fortschritt 1987, S.147 ff.

THIEMEYER, Theo [1988]: Strukturreform und gesellschaftliche Grundentscheidungen, in: Wirtschaftsdienst 1988, S. 17 ff.

WANNAGAT, Georg [1965]: Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1, Tübingen.

WASEM, Jürgen [1988]: Äquivalenzprinzip und Leistungsfähigkeitsprinzip in der Sozialversicherung, in: Groser, Manfred/ Weber, Axel / Leienbach, Volker / Feige, Lothar (Hrsg.), Beiträge zur sozialen Ordnungspolitik, Baden-Baden, S.15 ff.

WASEM, Jürgen [1989]: Der versicherte Personenkreis wurde neu abgegrenzt, in: Bundesarbeitsblatt 4/1989, S.6 ff.

WEBER, Axel [1986]: Wettbewerb in der Sozialen Krankenversicherung zwischen Dogmatik, Verteilungspolitik und Effizienzsteigerung, in: Soziale Sicherheit 1986, S.249 ff.

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG« [1988]: Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gerlingen.

ZIPPERER, Manfred [1989]: Änderungen des versicherten Personenkreises, in: Die Betriebskrankenkasse 1989, S.80 ff.

II. Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission mit der Mehrheit von 10 Stimmen* bei 1 Gegenstimme** und 6 Enthaltungen*** verabschiedet.]

1. Allgemeine Grundzüge und Probleme der Selbstverwaltung

1. 1 Die Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip

1. Zu den Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung – wie überhaupt der Organisation der Sozialversicherungen – gehört das Selbstverwaltungsprinzip. Allgemein läßt sich dieses in modifizierter Form auch in anderen Bereichen der Administration (z.B. bei Rundfunk und Fernsehanstalten, Hochschulen, Wirtschaftskammern) herrschende Prinzip wie folgt definieren: „Freiheitliche Selbstregelung und Selbstbesorgung öffentlicher Angelegenheiten durch den interessierten engeren Gesellschaftskreis und seiner sachkundigen Repräsentanten lediglich unter staatlicher Aufsicht" (H. Bogs 1976, S.13). Es handelt sich um eine staatsmittelbare Autonomie, indem der Gesetzgeber den Handlungsrahmen und die Aufgaben festlegt, die die Organe der Selbstverwaltung eigenverantwortlich zu erfüllen haben.

2. Die Aufgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung in Selbstverwaltung übernimmt, erstrecken sich auf folgende Gebiete:

- Erlaß von Satzungen,
- Aufstellung des Haushalts und Abnahme der Jahresrechnung, Personalentscheidungen,
- Festlegen der Beitragssätze,
- Festlegen von Satzungsleistungen (»Kann-Leistungen«, Erprobungsregelungen),
- Gestaltung der Beziehungen zu den Leistungserbringern (Vertragswesen), zumeist auf Verbandsebene,
- Kontrolle von Effektivität und Effizienz der angebotenen Sach- und Dienstleistungen, Herstellen von Kostentransparenz,
- Aufklärung und Beratung der Versicherten,
- Verwaltung der Krankenkasse,
- Richtlinien für die Geschäftsführung,
- Richtlinien zur einheitlichen Rechtsanwendung bei Ermessensleistungen.

3. Es handelt sich mehrheitlich um *Verwaltungsaufgaben*, d.h. der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung bewegt sich vor allem auf der administrativen Ebene. Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen hat der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch (SGB V) für alle Kassenarten mehr oder weniger einheitlich definiert (s. unten Unterabschnitt III, 1.3). Hier bestehen für die Selbstverwaltung nur relativ unbedeutende Möglichkeiten, eigene Initiativen zu entwickeln. Der Bereich der satzungsmäßigen Ermessungsleistungen betrifft vor allem Maßnahmen in der Prävention (§ 20 Abs. 3 SGB V), der medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V) sowie einige Modifikationen bei Geldleistungen (z.B. Höhe des Zuschusses bei ambulanter Rehabilitationskur), die – bezogen auf den Gesamthaushalt einer Krankenkasse – nur einen geringen Teil ausmachen. Die gesetzlich festgelegten Leistungen liegen bei weit über 90 %. Die Tüchtigkeit der Selbstverwaltung erweist sich in erster Linie in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern sowie in den Beziehungen zu den Mitgliedern bzw. Versicherten der jeweiligen Krankenkasse. Allerdings unterscheiden sich die Möglichkeiten ihrer Entfaltung in Abhängigkeit von der Konkurrenzsituation zwischen den Kassen sehr erheblich. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung sind nach Ansicht der Mehrheit der Kommission****) durch das Gesundheits-Reformgesetz ausgeweitet worden, z. B. bei der Gesundheitsvorsorge, bei der Festlegung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel, bei der Festlegung differenzierter Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz, beim Kündigungsrecht für Krankenhäuser. Diese Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten reicht aber nicht aus, um der Selbstverwaltung eine ihrer eigentlichen Bedeutung entsprechende Rolle zuzuweisen.

4. Das *Selbstverwaltungsprinzip* der gesetzlichen Krankenversicherung genießt eine *hohe Akzeptanz*. Keine der relevanten politischen Parteien, Verbände und gesellschaftlichen Gruppen stellt dieses ordnungspolitische Charakteristikum unseres sozialen Sicherungssystems in Frage.

5. Diese vordergründige Übereinstimmung kann indes nicht darüber hinwegtäuschen, daß über die inhaltliche Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips teilweise fundamentale Auffassungsunterschiede bestehen. Dies ergibt sich schon aus den divergierenden, partiell konträren Interessenlagen der beteiligten Gruppen. Die Versuche, den politischen Begriff der Selbstverwaltung für die verschiedensten gesundheits- und sozialpolitischen Konzeptionen zu vereinnahmen, zeigen allerdings, daß das Prinzip, einen Politikbereich wie auch immer losgelöst von der direkten staatlichen Administration zu steuern, politisch konsensfähig geworden ist. Dafür gibt es im wesentlichen zwei Gründe:

1. Die Selbstverwaltung ist *Ausdruck einer historischen Kontinuität des sozialen Sicherungssystems*. Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung hat kein völlig neues System der Krankenversicherung geschaffen, sondern auf bereits etablierten Arbeiter- und Handwerkerunterstützungskassen aufgebaut, die nach dem Prinzip einer solidarischen Selbsthilfeorganisation funktionierten. Diese demokratische Tradition war um so bedeutsamer, als das (staatliche) Sozialversicherungssystem zu einer Zeit entstand, als die parlamentarische Demokratie in Deutsch-

*) Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

**) Herr Glombig.

***) Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

****) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Herr Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

land noch keinen Bestand hatte und insbesondere der Arbeiterschaft wesentliche politische Rechte vorenthalten wurden. Die Selbstverwaltung der Sozialversicherungen stellte ein – wenn auch bescheidenes – Stück demokratischer Autonomie in einem autoritären Staat dar.

Nicht von ungefähr nahm daher die Weimarer Verfassung die Selbstverwaltung unter die sozialen Grundrechte auf (Art. 161 WRV). Der Zerschlagung der Selbstverwaltung in der Zeit des Nationalsozialismus folgte in der Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland eine modifizierte Rehabilitation dieses Prinzips, wobei der Gedanke der Parität der Tarifparteien eine tragen-de Rolle spielte. Das Selbstverwaltungsprinzip in der So-zialversicherung ist also seit jeher eng mit demokratischen Traditionen verknüpft.

2. Der wirtschaftliche und soziale Wandel stellt den *Sozialstaat vor neue Aufgaben*, die erhöhte Anforderungen an Entscheidungs- und Steuerungsfähigkeiten stellen, die ihrerseits demokratischer Legitimation bedürfen, um zu funktionieren. Für die gesetzliche Krankenversicherung gilt dies in besonderem Maße, da sie im Unterschied zu den anderen Zweigen des Sozialversicherungssystems nicht nur verteilungspolitische Funktionen wahrnimmt, sondern angesichts der Tatsache, daß sie annähernd 90 % der Bevölkerung umfaßt, für die Finanzierung und Steuerung eines Wirtschaftszweiges verantwortlich ist, der über 10 % des Bruttosozialprodukts beansprucht.

   In diesem Zusammenhang kommt der Selbstverwaltung in zweierlei Hinsicht Bedeutung zu:
   - Zum einen hat sich gegenüber den »Gründerjahren« der Sozialpolitik das Krankheitsspektrum und damit der Aufgabenbereich der Gesundheitspolitik verändert. Es dominieren die chronisch-degenerativen Krankheiten, deren Bekämpfung und Bewältigung ein erhebliches Maß an Mitwirkung der Betroffenen, eine Einbeziehung der Bevölkerung in eine präventive Gesundheitspolitik verlangen. Eine Aktivierung der Bürger ist unerläßlich zur Realisierung wirksamer Programme von Gesundheitsförderung und dem Abbau gesundheitsgefährdender Umgebungseinflüsse. Gesundheitsgerechte Lebensverhältnisse und -weisen können nicht von Amts wegen verfügt werden. Der Weiterentwicklung der Selbstverwaltung kommt deshalb im Verbund mit anderen Strategien der Versichertenaktivierung eine zunehmend wichtige Steuerungsfunktion in der Gesundheitspolitik zu.
   - Zum anderen haben sich Veränderungen im traditionellen Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Mit dem Vordringen von Sach- und Dienstleistungen werden Probleme der Bedürfnisermittlung, der Steuerung und der Kontrolle von Effizienz und Effektivität des Medizinbetriebs immer dringlicher, die durch die Sachkenntnisse der Selbstverwaltungspartner besser als durch zentralistische Vorgaben gelöst werden können. Angesichts der Vielschichtigkeit und regionalen wie sozialen Differenziertheit der Probleme bedarf es einer starken Handlungsautonomie der Selbstverwaltung.

6. Faßt man diese Überlegungen stichwortartig zusammen, dann lassen sich *drei Begründungen des Selbstverwaltungsprinzips* ermitteln:
- Es entspricht der *demokratischen Tradition* des Sozialversicherungssystems.
- Es erfüllt *Demokratisierungs- und Mitbestimmungsforderungen*, die den Sozialstaat demokratisch legitimieren.
- Es stellt ein Organisations- und Steuerungsprinzip dar, das Zentralisierung und Dezentralisierung, Vereinheitlichung und funktionale Spezialisierung, *staatliche Steuerung und Selbstgestaltung sozialer Systeme untereinander verbindet* und so die erforderlichen Anpassungen an veränderte Verhältnisse demokratisch legitimiert vollziehen kann.

1. 2 Defizite in der Selbstverwaltung der GKV

7. Zwischen den im obigen Abschnitt skizzierten Aufgaben der Selbstverwaltung und deren Realisierung klafft eine erhebliche Lücke, die auf *funktionale Defizite in der Umsetzung* des Selbstverwaltungsprinzips, aber auch auf *fehlendes Interesse der Öffentlichkeit* an der Arbeit der Selbstverwaltungsorgane zurückzuführen ist.

8. Die Minderheit der Kommission*) sieht zwischen beiden Momenten einen Zusammenhang. Der relativ geringe politische Einfluß der Selbstverwaltung mache diese zu einem uninteressanten Thema für die Informationsmedien. Das wiederum erwecke bei den Bürgern den Eindruck, die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Krankenversicherung seien nicht viel mehr als Veranstaltungen zur Absicherung von Funktionärsposten, wenn überhaupt die Existenz der Selbstverwaltung zur Kenntnis genommen werde.

Kennzeichnend für den geringen Stellenwert, den die Selbstverwaltung allen Bekenntnissen zu diesem ordnungspolitischen Prinzip zum Trotz habe, sei auch das vergleichsweise geringe Interesse der Wissenschaft an diesem Bereich. Die in den 70er Jahren begonnenen, sehr engagiert durchgeführten Analysen der Realität der Selbstverwaltung seien über Pilotstudien nicht hinausgekommen, was teilweise daran gelegen habe, daß die Lücke zwischen demokratietheoretischem Anspruch und dem realen Zustand der Selbstverwaltung eine als frustrierend empfundene Größe erreicht hatte.

9. Die Kommission sieht eine Reihe von Mängeln in den heutigen Selbstverwaltungsstrukturen in der Sozialversicherung allgemein und insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung.

10. Schwerpunktmäßig ergeben sich folgende Defizite:
- Die Selbstverwaltung erscheint in der Öffentlichkeit als *»Einrichtung minderen Rechts«*, deren demokratische Legitimation aufgrund für den Bürger oft undurchsichtiger Wahlakte sehr brüchig ist. Die alle sechs Jahre durchgeführten »Sozialwahlen«, deren Existenz nach einer Infas-Umfrage nur 40 % der Bevölkerung bekannt ist (INFAS 1976, S.244), gelten als ebenso kostspielig wie undurchschaubar. Die WSI-Studie »Sozialpolitik und Selbstverwaltung« zitiert in diesem Zusammenhang den Fachjournalisten H.-U. SPREE, der eine Wahlliste so kommentiert: „Ich weiß von keiner der elf Grup-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock, nachtäglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

pen, was deren Leute in der (...) Vertreterversammlung zu tun gedenken. Und da soll ich auswählen und beweisen, daß Demokratie in der Verwaltung kein leeres Wort ist" (WSI, Hrsg., 1977, S.7). Bei den meisten Pflichtkassen ist es ohnehin kein Wunder, daß die Existenz der Sozialwahlen bei vielen Versicherten unbekannt ist, da sie faktisch nicht stattfinden. Hier gibt es das *Unikum der »Friedenswahlen«*: Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen einigen sich vorab jeweils auf die Bildung einer Liste, was eine Urwahl überflüssig macht (§ 46 Abs.3 SGB IV; zur Verfassungsmäßigkeit: BSGE 36, 242 ff.).

- Letzteres wird als Ausgangspunkt einer weiteren Kritik genommen, die sich auf die Einflußnahme der Verbände auf die Selbstverwaltungsorgane bezieht. Nicht die Interessen der Versicherten seien *maßgebend* für die Arbeit von Vertreterversammlung und Vorstand einer Kasse, sondern die *Politik der Tarifparteien.*
- Dem steht der Umstand gegenüber, daß die Arbeit in den Selbstverwaltungsorganen unter den Funktionären der Tarifparteien kein sonderlich hohes Ansehen genießt. Wegen der mangelnden politischen Kompetenz der Selbstverwaltung wird die *Arbeit in deren Gremien* eher als *lästige Zusatzaufgabe* denn als Chance zur politischen Mitwirkung angesehen.
- Damit wird ein zentrales Defizit der Selbstverwaltung angesprochen: die *geringe politische Kompetenz.* Der nicht sehr große Handlungsspielraum, den die Exekutive der Selbstverwaltung ließe, so der Tenor der Kritik, werde noch zusätzlich durch den Gesetzgeber eingeengt. Man nehme z.B. keine Rücksicht auf die mitunter zeitaufwendigen Meinungsbildungsprozesse in der Selbstverwaltung. Außerdem bestehe die Tendenz, die staatliche Aufsicht nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten aus der Sicht der staatlichen Administration zu praktizieren, wodurch die Selbstverwaltung zum verlängerten Arm des Staates degradiert werde.
- Die *Verhandlungsmacht* der gesetzlichen Krankenversicherung werde *durch ihre zersplitterte Gliederung*, aber auch durch gesetzliche Vorschriften (z.B. im Krankenhausbereich durch das duale Finanzierungssystem) empfindlich *geschwächt.*
- Die *Parität* von Arbeitgeber- und Versichertenvertretern führe in der Praxis verschiedentlich zur Blockierung durch *interessenbegründete Gegensätze.*

11. Faßt man diese Defizite zusammen, dann bewegen sie sich auf folgenden, allgemeinen Ebenen:

- Die demokratische Legitimation der Selbstverwaltungsorgane ist außerordentlich brüchig *(Partizipationsdefizit).*
- Das öffentliche Interesse, aber auch das Engagement von Verbänden, die die Interessen der Krankenversicherungen vertreten sollen, ist wenig entwickelt *(Interessendefizit).*
- Eine zunehmende Verrechtlichung und Einflußnahme staatlicher Exekutive schwächt die Handlungskompetenz der Selbstverwaltung der Krankenkassen *(Machtdefizit).*
- Die Minderheit der Kommission*) ist der Auffassung, daß dieses *Machtdefizit* durch die *zersplitterte Struktur* der gesetzlichen Krankenversicherung *vergrößert* wird.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock, nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

2. Ebenen einer Reform der Selbstverwaltung der GKV

12. In der aktuellen wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzung über eine Strukturreform im Gesundheitswesen wird das Organisationsmuster einer selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung kaum in Frage gestellt. Es geht nicht um die Frage »Selbstverwaltung: ja oder nein?«, die Differenzen ergeben sich vielmehr aus den *unterschiedlichen Vorstellungen zur ordnungspolitischen Ausgestaltung* des Selbstverwaltungsprinzips.

Dabei sind im wesentlichen folgende Beziehungen zu gestalten:

- *GKV/Leistungserbringer* (»gemeinsame« Selbstverwaltung des Gesundheitswesens),
- *Selbstverwaltung und Staat,*
- Beziehungen der *Selbstverwaltung* zu den Versicherten und den *Arbeitgebern,*
- Verhältnis der *Selbstverwaltungsorgane* zur *Verwaltung der Krankenversicherung* (interne Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung),
- Verhältnis der *Krankenkassenverbände* zu ihren *Mitgliedskassen.*

13. Ein Teil der Mitglieder der Kommission ist der Auffassung, daß die Vorstellungen über Mängel und den daraus folgenden Schwerpunkten einer Reform der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung direkt mit allgemeinen ordnungs- und gesundheitspolitischen Optionen zusammenhängen. Dabei sind zwei Grundsatzfragen von entscheidender Bedeutung:

1. Soll die gesetzliche Krankenversicherung eine Arbeitnehmer- oder eine Volksversicherung sein?
2. Soll die gesetzliche Krankenversicherung als wettbewerblich orientiertes System organisiert werden oder als Körperschaftsmodell, in dem die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Verbänden der Leistungserbringer gemeinsam die Verantwortung für die medizinische Versorgung tragen?

14. Je nach Beantwortung dieser ordnungspolitischen »Gretchenfragen« fallen auch die Optionen für eine Reform der Selbstverwaltung unterschiedlich aus, die im folgenden diskutiert werden.

Dabei kann es an dieser Stelle nicht mehr darum gehen, die genannten Grundsatzfragen prinzipiell zu erörtern (vgl. dazu ausführlich Anhang des Berichts: Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems). Vielmehr müssen die Auswirkungen der jeweiligen Strukturmerkmale einer gesetzlichen Krankenversicherung auf die Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips angesprochen werden. So hängt z.B. die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane davon ab, ob man der gesetzlichen Krankenversicherung den Status einer Volks- oder einer Arbeitnehmerversicherung gibt. Die Frage wiederum, ob die Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung wettbewerblich oder körperschaftlich-kooperativ gestaltet werden soll, bestimmt wesentlich den Charakter

der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. Die Mehrheit der Kommission*) verweist in diesem Zusammenhang darauf, daß bereits heute in der Realität in den einzelnen Versorgungsbereichen recht unterschiedliche Lösungen im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern verwirklicht sind. Der Mehrheit erscheint dies auch angemessen mit Blick auf die spezifischen Besonderheiten und Strukturen der einzelnen Sektoren.

2. 1 Das Verhältnis der GKV zu den Leistungserbringern: Die gemeinsame Selbstverwaltung

15. Da die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern schwerpunktmäßig in den obigen Kapiteln des Berichts (Abschnitt B, 1. Teil, Kapitel 2) behandelt werden, wird an dieser Stelle darauf nicht mehr detailliert eingegangen, sondern es erfolgt allein eine kurze Beschreibung der Alternative »Wettbewerbs- oder Körperschaftsmodell«.

16. Das »*Wettbewerbsmodell*« sieht eine gemeinsame Aufgabenwahrnehmung der Krankenkassen nur insofern vor, als diese für die Aufrechterhaltung einer *funktionierenden, flächendeckenden medizinischen Grundversorgung* verantwortlich sind. Im übrigen aber laufen die Verhandlungen mit den Leistungserbringern *dezentral*, wobei man sich auf Verbandsebene z.B. über Entgeltverfahren einigen kann. Prinzipiell ist die Möglichkeit von Einzelverhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern gegeben. Ein Kontrahierungszwang, wie er mit dem gegebenen Kassenarzt- und Krankenhausrecht existiert, hat in einem solchen Modell keinen Platz.

Das »Wettbewerbsmodell« ist nur dann in sich schlüssig, wenn sich die Krankenkassen gegenüber den Versicherten mit einem jeweils besonderen Angebot bzw. Preis-Leistungsprofil ausweisen können. Letzteres ist ohne die Möglichkeit der *Auswahl der von der Kasse akzeptierten Ärzte, Krankenhäuser* usw. nicht zu realisieren.

Im Prinzip läuft das »Wettbewerbsmodell« darauf hinaus, daß eine gemeinsame Selbstverwaltung nur noch insofern besteht, als Krankenversicherungen und Leistungserbringer auf Landes- oder regionaler Ebene für die Aufrechterhaltung einer vom Gesetzgeber definierten Grundversorgung verantwortlich sind sowie bestimmte Rahmenverträge vereinbaren (z.B. bei Honorarverhandlungen). Darüber hinaus bestimmen die Verhandlungen von Kassen und Leistungserbringern bzw. deren verbandlichen Zusammenschlüssen, was eine jede Kasse ihren Versicherten an zusätzlichen Leistungen anbietet. Das Versorgungsniveau wird durch marktmäßige Beziehungen von im Wettbewerb miteinander stehenden Leistungserbringern und Krankenversicherungen bestimmt.

17. Das »*Körperschaftsmodell*« setzt dagegen auf eine *gemeinsame Planung* und Organisation der gesundheitlichen Versorgung *in regional gegliederten Selbstverwaltungskörperschaften* der Leistungserbringer und der Krankenkassen. Diese Organe erlassen Versorgungsrichtlinien, handeln die Leistungsentgelte aus und sind verantwortliche Träger der medizinischen Versorgung. Die Krankenkassen treten als gemeinsamer Verband auf, ebenso die jeweiligen Leistungserbringer. Alles in allem ähnelt dieses Modell dem bestehenden System der kassenärztlichen Versorgung, allerdings mit größeren faktischen Kompetenzen der Krankenkassen. Zentraler Steuerungsmechanismus könnte eine regionale »Gesundheitskonferenz« sein, die den Sicherstellungsauftrag umfassend wahrnimmt.

2. 2 Selbstverwaltung und Staat

18. Allenthalben wird eine zu starke Verrechtlichung der gesetzlichen Krankenversicherung beklagt, die die Krankenkassen in die Rolle eines bloßen Erfüllungsgehilfen staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik gedrängt hätte. Sowohl das »Wettbewerbs-« als auch das »Körperschaftsmodell« möchten den *Staat* auf die *ordnungspolitische Funktion der Festlegung des Rahmens* reduzieren. Die Unterschiede ergeben sich aus einem divergierenden Verständnis von dem, was der Staat als Handlungsrahmen definieren sollte, wobei beide »Parteien« sich darin einig sind, daß der Staat – indem er die Aufsichtsfunktion wahrnimmt – über die Einhaltung der Rahmenbedingungen zu wachen hat.

19. Im »*Wettbewerbsmodell*« wird die Aufgabe des *Staates* darin gesehen, *Standards* einer ausreichenden und zweckmäßigen Vollversorgung zu *definieren* und deren Einhaltung zu überwachen. Den Kassen bleibt es überlassen, über diese Grundversorgung hinausgehende Leistungen anzubieten.

20. Das »*Körperschaftsmodell*« hingegen will ein möglichst *einheitliches Versorgungsniveau* für alle Versicherten in allen Regionen gewahrt wissen. Wahltarife oder unterschiedliche Versorgungsstufen, wie sie das »Wettbewerbsmodell« zuläßt, werden ausgeschlossen.

2. 3 Beziehungen der Selbstverwaltung zu den Versicherten und den Arbeitgebern

21. In der gesetzlichen Krankenversicherung können die Beziehungen der Selbstverwaltungsorgane zu den Versicherten bzw. Mitgliedern sowohl vom Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Arbeitnehmer- oder Volksversicherung als auch von der Frage bestimmt werden, ob die gesetzliche Krankenversicherung wettbewerblich oder körperschaftlich organisiert sein soll.

22. Die in den allgemeinen Pflichtkassen bestehende paritätische Selbstverwaltung bezieht ihre Legitimation aus dem historischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer *Arbeitnehmerversicherung* (s. oben 2. Teil, Unterabschnitt I, 2.2.1.1). Ein Teil der Mitglieder der Kommission ist der Auffassung, daß die Integration der Ersatzkassen in das GKV-System konsequenterweise auch eine durch Arbeitgeber und Versicherte paritätisch besetzte Selbstverwaltung zur Folge hätte haben müssen.

23. Es ist daher schwer einzusehen, weshalb die Unterschiede in der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane zwischen Pflicht- und Ersatzkassen trotz identischer Aufgabenstellung beibehalten wurden. Ein anderer Teil der Kommission ist allerdings der Auffassung, daß eine solche Konsequenz nicht zwingend ist und daß das Nebeneinander von paritätischer Selbstverwaltung und Versichertenvertretung kein störendes Element in der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Solange sich der Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmlich auf Arbeitnehmer beschränkt und hier ein Zuweisungsrecht der-

*) Mehrheit (15 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Glombig, Abg. Haack, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.
Minderheit (2 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Abg. Dr. Thomae.

gestalt besteht, daß die gesetzliche Krankenversicherung sich nach berufs-, betriebs- und branchenspezifischen Kriterien gliedert, hat die Dominanz von Arbeitgebern und Versicherten in den Selbstverwaltungsorganen ihre Berechtigung.

24. In dem Maße jedoch, wie sich die berufs- und wirtschaftszweigspezifischen Grenzen zwischen den Kassenarten verwischen und sich die gesetzliche Krankenversicherung von einer Arbeitnehmer- zu einer Volksversicherung entwickelt, verliert die Arbeitgeber-Versicherten-Parität an Zwangsläufigkeit. Ist man der Auffassung, daß die gesetzliche Krankenversicherung eine *Volksversicherung* ist oder sich so verstehen sollte, verliert sich diese Zwangsläufigkeit. In der Konsequenz liefe dies nach Ansicht eines Teils der Kommission auf eine alleinige *Besetzung der Selbstverwaltungsorgane durch die Versichertenvertreter* hinaus.

25. Ein Teil der Mitglieder der Kommission ist der Auffassung, daß sich die bestehende Parität dann behaupten kann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung ihr berufsständisches Mitgliedschaftsrecht nicht ändert. Auch können gesellschaftspolitische Konzepte der Mitbestimmung dazu führen, Versicherten und Arbeitgebern die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung zu überlassen. Dann freilich müßten auch die Ersatzkassen Arbeitgebervertreter in ihrer Selbstverwaltung haben. Ferner müßten die Verzerrungen in den Organen der Betriebskrankenkassen abgebaut werden, in denen oft ein Arbeitgebervertreter mehreren Arbeitnehmervertretern gegenübersitzt, was ein Ungleichgewicht in der Entscheidungsfähigkeit mit sich bringt. Die Relationen in der Besetzung der Selbstverwaltungsorgane müßten nach Auffassung eines Teils der Kommissionsmitglieder einheitlich für alle Kassenarten gelten.

26. Eine gesetzliche Krankenversicherung als Volksversicherung, die praktisch die gesamte Bevölkerung umfaßt, bedarf einer anders legitimierten Selbstverwaltung als der bestehenden. Wie diese Legitimation aussieht, hängt von den Wahlmöglichkeiten und den erwähnten ordnungspolitischen Grundmustern der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

27. Schon die Einführung einer völlig freien Kassenwahl bei generellem Kontrahierungszwang (s. 2. Teil, Unterabschnitt IV, 5.2 und 5.3) läßt die Frage aufkommen, ob Sozialwahlen nicht einen anderen Stellenwert haben. Die Versicherten können ihrer Unzufriedenheit dann auch ggf. durch eine »Abstimmung mit den Füßen« Ausdruck verleihen und ihre Kasse wechseln. Nach Ansicht eines Teils der Kommission gewinnt die Frage an Bedeutung, wenn man das »Wett-bewerbsmodell« als ordnungspolitische Lösung wählt. Dieses Modell versteht den Wettbewerb um die Versicherten als demokratische Legitimation. Ein solches Selbstverständnis kann dem »Körperschaftsmodell« nicht entwachsen. Dieses Modell ist auf politische Legitimation angewiesen, es bedarf gewählter Repräsentanten: einer aus Sozialwahlen hervorgegangenen Selbstverwaltung.

2. 4 Interne Struktur der Selbstverwaltung

28. Die geltenden Bestimmungen sehen im wesentlichen folgende Hierarchie und Arbeitsteilung der Selbstverwaltungsorgane vor:

- Die in den Sozialwahlen (bzw. »Friedenswahlen«) gewählte Vertreterversammlung - sozusagen das Parlament der Versicherten - beschließt den Haushalt, verabschiedet Satzungen und wählt den Vorstand.
- Der Vorstand bestimmt die Richtlinien der Geschäftspolitik und nimmt Aufgaben der Personalhoheit wahr (Vorschlagsrecht bei der Ernennung des Geschäftsführers usw.). Er vertritt außerdem die Kasse gerichtlich und außergerichtlich nach außen.
- Der Geschäftsführer bestimmt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte.

Ein Teil der Kommission ist der Auffassung, daß diese Arbeitsteilung der Selbstverwaltungsorgane sich bewährt hat und beibehalten werden sollte.

29. In die *Kritik* ist dieses politische Leitungssystem nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) aus mehreren Gründen geraten:

- Die *Vertreterversammlung* wird als mehr oder weniger überflüssige Veranstaltung bezeichnet, die zweimal im Jahr zusammentritt, um den ohnehin vom Vorstand bereits faktisch beschlossenen Haushalt zu verabschieden. Hier werden, so der Tenor der Kritik, *keine Entscheidungen gefällt*, geschweige denn beraten, sondern *nur bestätigt*. Auf derartige Akklamationsorgane könne man verzichten.
- Zwischen *Vorstand und Geschäftsführung* bestehe keine klare *Kompetenzabgrenzung* mit der Konsequenz, daß nach außen oft nicht erkennbar werde, wer die eigentlich verantwortliche Instanz sei.
- Die *langen Entscheidungswege* und *unklaren Zuständigkeiten* beeinträchtigten die Flexibilität und Handlungsfähigkeit vor allem der einzelnen Krankenkassen.

30. Stimmen, die den Status quo in der Hierarchie der Selbstverwaltungsorgane beibehalten wollen, sind selten. Zwar wird auf die demokratische Bedeutung der Vertreterversammlung hingewiesen, die als wichtiges Bindeglied zwischen Versicherten und Selbstverwaltung dienen könnte. Da diese Funktion jedoch faktisch nur unzureichend wahrgenommen wird, und es auch nicht an Hinweisen fehlt, diese erwünschte Versichertennähe könne auch ein Netz von Versichertenältesten herstellen, finden sich unter den Experten nur wenige, die an der Vertreterversammlung in der jetzigen Form festhalten wollen.

Zwar gibt es keine systematische Diskussion zu diesem Thema, aber in verschiedenen Analysen und auch politischen Programmvorschlägen wird folgende *Reorganisation der Selbstverwaltung* empfohlen:

- *Vertreterversammlung und Vorstand* in der jetzigen Form werden *aufgelöst* und existieren zukünftig in ihrer heutigen Ausgestaltung nicht mehr. An ihre Stelle tritt ein gemeinsames, gegenüber der heutigen Größe der Vertreterversammlung *zahlenmäßig reduziertes* ehrenamtlich tätiges *Gremium*. Die zentrale Funktion dieser neustrukturierten Vertreterversammlung besteht darin, den nunmehr hauptamtlich zu bestellenden Vorstand (Geschäftsführung) zu wählen. Darüber hinaus liegen ihre Aufgaben nach wie vor vor allem in der Verabschiedung des Haushaltes, der Abnahme der Jahresrechnung und der Festlegung der Beitragssätze. Die Zusammensetzung ist entweder paritätisch (Arbeitneh-

*) Mehrheit (12 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Glombig, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Dipl.-Vw. Reiners, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Minderheit (2 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Dr. Rosenbrock bei Abwesenheit der weiteren Kommissionsmitglieder; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

merversicherung) oder besteht aus einer angemessenen Vertretung aller Versichertengruppen (Volksversicherung).
- Der von der *Vertreterversammlung gewählte Vorstand* bestimmt die allgemeine Geschäftspolitik der Kasse, integriert also die bislang von Vorstand und Geschäftsführung unter teilweise unklarer Kompetenzabgrenzung wahrgenommenen Aufgaben.
- Die *Vorstandsmitglieder* nehmen, wie erwähnt, ihre Aufgaben nunmehr nicht mehr ehrenamtlich, sondern *hauptamtlich* wahr. Sie werden – ähnlich wie kommunale Spitzenbeamte – *auf Zeit gewählt.*

Die Mehrheit der Kommission*) erkennt grundsätzlich einen Reformbedarf der Selbstverwaltung an. Sie hat aber Bedenken gegen die vorgenannten Reformvorschläge.

2. 5 Das Verhältnis von Krankenkassen zu ihren Verbänden

31. Ein weiteres, vor allem von den einzelnen im Prinzip selbständigen Krankenkassen beklagtes Phänomen ist die *starke Position der Verbände.* Bei den Pflichtkassen betrifft dies in erster Linie die Landesverbände, bei denen die *wesentliche Verhandlungsmacht* qua Gesetz angesiedelt ist.

32. Diese starke Position der Verbände ist insofern vom Gesetzgeber gewollt, als dadurch das Defizit, das das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung mit sich bringt, gegenüber der zumeist stärker konzentrierten Verhandlungsmacht der Leistungserbringer – vor allem der Ärzte – tendenziell ausgeglichen werden kann. Nach Auffassung einiger Mitglieder der Kommission hat dadurch ein schleichender Entmündigungsprozeß der Einzelkassen eingesetzt, unter dem vor allem kleinere Kassen leiden. Hinzu kommt, daß Pflicht- und Ersatzkassen unterschiedliche Voraussetzungen zur Bildung von Verbänden haben. Demgegenüber ist nach Ansicht anderer Mitglieder der Kommission zu berücksichtigen, daß die Selbstverwaltungsorgane der Landesverbände aus den Mitgliedskassen rekrutiert werden.

33. Während die Pflichtkassen gesetzlich verpflichtet sind, Landes- und Bundesverbände zu bilden, die die Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts besitzen, genießen die Ersatzkassen Vereinigungsfreiheit und ihre verbandlichen Zusammenschlüsse sind privatrechtliche Verbände in der Form eingetragener Vereine (s. auch 2. Teil, Unterabschnitt III, 1.4).

34. Soll dies geändert werden, müssen nach Auffassung eines Teils der Mitglieder der Kommission Zusammensetzung, Kompetenzen und hierarchische Gliederung der *verbandlichen Selbstverwaltung einheitlich für alle Kassen* geregelt werden. Einer rechtlichen Vereinheitlichung der verbandlichen Selbstverwaltung kommt vor allem im »Körperschaftsmodell« mit der dort vorgesehenen starken Verhandlungsmacht der (regionalen) Kassenverbände große Bedeutung zu. Aber auch im »Wettbewerbsmodell«, das den Verbänden nur Kompetenzen in der Festlegung allgemeiner Rahmenbedingungen zubilligt, müssen nach Auffassung einiger Mitglieder der Kommission die Aufgaben der Verbände sowie die Arbeitsteilung mit den einzelnen Mitgliedskassen für alle Kassen einheitlich geregelt werden, um gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen. Ein anderer Teil der Kommission ist der Auffassung, daß die heute bestehenden unterschiedlichen Regelungen für die Selbstverwaltung fortbestehen können und nach Schaffung von mehr Wahlfreiheit im GKV-System zu einem Element des Wettbewerbs der Kassenarten werden könnten.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske; Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.
Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

35. Das Selbstverwaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung gehört als Ausdruck der demokratischen Partizipation und Einbindung der unmittelbar am Gesundheitswesen Beteiligten zu den unverzichtbaren Elementen des sozialen Krankenversicherungssystems in der Bundesrepublik. Nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) hat sich die *Organisation* der Selbstverwaltung im bestehenden System *grundsätzlich bewährt*, sie bedarf aber der Weiterentwicklung. Inwieweit die unterschiedlichen Formen der Selbstverwaltung (paritätische oder Versicherten-Vertretung) als Instrument des Wettbewerbs der verschiedenen Kassenarten geeignet ist, erfordert weitergehende Untersuchungen. Demgegenüber ist die Minderheit der Kommission*) der Auffassung, daß eine intensive Diskussion über bestehende Strukturdefizite und Reformmöglichkeiten unerläßlich ist. Dieser Teil der Mitglieder der Kommission vertritt die Auffassung, daß die vorgetragene Kritik an der überkommenen inneren Struktur der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (s. Abschnitt 2.4) weitverbreitete Phänomene aufgreift und wesentliche *Defizite und Mängel* benennt, die gegenwärtig die *Funktionsfähigkeit* der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung *beeinträchtigen.*

36. Ein Teil der Mitglieder der Kommission spricht sich für eine *Straffung und Konzentration des tradierten Organsystems* der Selbstverwaltung aus. Diese Mitglieder befürworten den *Zusammenschluß von Vertreterversammlung und Vorstand* zu einem – auch zahlenmäßig verkleinerten – »Parlament« (eingleisiges Organsystem), in das nur wählbar ist, wer auch gleichzeitig der jeweiligen Krankenkasse als Mitglied angehört. Ein passives Wahlrecht für Nichtmitglieder existiert nicht (mehr). Mit diesen Maßnahmen soll ein effektives Gremium geschaffen werden, das mit ensprechenden Kontrollkompetenzen auszustatten ist.

37. Sofern die gesetzliche Krankenversicherung auch zukünftig im Kern eine Arbeitnehmerversicherung bleibt, sollte nach Auffassung dieses Teils der Kommission gleichzeitig sichergestellt werden, daß *einheitlich für alle Kassenarten* dieses neue Gremium *paritätisch aus Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten zusammengesetzt* ist.

38. Abweichend davon sind von verschiedenen Mitgliedern der Enquete-Kommission drei weitere Optionen genannt worden:
- Kommt es bei Fortexistenz der gesetzlichen Krankenversicherung als vornehmlicher Arbeitnehmerversicherung nicht zur durchgängigen Parität in den Selbstverwaltungsorganen aller Kassenarten, sollte eine Anpassung der Verhältnisse bei den Pflichtkassen an die Or-

*) Stimmenverhältnis wie vorhergehende Abstimmung.

ganzusammensetzung bei den Ersatzkassen (Besetzung ausschließlich aus Versichertenvertretern) erfolgen.

- Verändert die gesetzliche Krankenversicherung ihr Bild hin zu einer Volksversicherung, hat dies zur logischen Konsequenz, daß sich die Selbstverwaltungsorgane zukünftig allein aus Vertretern der Versicherten zusammensetzen können. Dabei müssen alle relevanten Versichertengruppen in den Gremien repräsentiert sein.
- Gleiche Organisationsstrukturen hinsichtlich der Zusammensetzung der Selbstverwaltung bei den verschiedenen Kassenarten sind sachlich nicht zu begründen und werden deshalb abgelehnt. Es wird vielmehr die Beibehaltung des Status quo empfohlen.

39. Der neustrukturierten Vertreterversammlung muß nach Auffassung der Minderheit der Mitglieder der Enquete-Kommission*) insbesondere die Aufgabe zukommen, den *hauptamtlichen Vorstand zu wählen*, der die Geschäftsführung wahrzunehmen hat. Die *Wahl des geschäftsführenden Vorstandes* erfolgt *zeitlich befristet*, da die heutige Wahl der Kassengeschäftsführer auf Lebenszeit gerade die zu beobachtende Verselbständigung der Geschäftsführung insbesondere gegenüber der Vertreterversammlung nachhaltig begünstigt hat. Demgegenüber sieht die Mehrheit der Mitglieder der Kommission*) in einem auf Zeit befristet gewählten Vorstand mit hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern die Gefahr, daß das »Funktionärstum« gefördert würde. Eine befristete Bestellung der Kassen- und Verbandsgeschäftsführer sollte im Rahmen einer Reform der Organisationsstruktur geprüft werden.

40. Analog dem veränderten Aufbau der Selbstverwaltungsorgane der Einzelkassen bedarf es nach Auffassung eines Teils der Kommission auch einer *Neugestaltung der inneren Selbstverwaltungsstrukturen auf Verbandsebene*. Es kann insbesondere keine *Wahl der Vertreterversammlung der Landes- (Bundes-) verbände* aus der Mitte der – nunmehr geschäftsführenden – Vorstände mehr geben, wie dies heute der Fall ist. Diese Aufgabe muß unmittelbar an die *Vertreterversammlung der jeweiligen Mitgliedskassen* übergehen.

Wahl und Zusammensetzung der *Organe der Kassenverbände* sind nach Auffassung von Teilen der Kommission für alle Kassenarten *einheitlich* zu gestalten. Auch auf der verbandlichen Ebene müssen ungleiche Rechtsgrundlagen zwischen den Kassenarten beseitigt, Bildung und Aufgaben der Kassenverbände einheitlich geregelt werden.

Literaturverzeichnis

(Komm.-Drs. sind nicht aufgeführt; s. Verzeichnis im Anhang des Berichts.)

BOGS, Harald [1976], Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, in: Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd. 1, Bonn, S.5 ff.

BRAUN, Bernard [1989], Selbstverwaltung oder doch etwas anderes? Empirische Feststellungen zur Zukunft eines alten Steuerungsprinzips, in: Soziale Sicherheit 1989, S.166 ff.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske; Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

BRAUN, Bernard / REINERS, Hartmut [1984], Probleme und Perspektiven der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung — Ergebnisse eines Fachgesprächs, in: Soziale Sicherheit 1984, S.321 ff.

BRAUN, Bernard / REINERS, Hartmut / TESKE, Ulrike [1983], Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung, in: Soziale Sicherheit 1983, S.316 ff.

BRAUN, Bernard / REINERS, Hartmut / TESKE, Ulrike [1984], Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik, in: Wie teuer ist uns Gesundheit? Argument-Sonderband 113, Berlin, S.147 ff.

BUNDESREGIERUNG [1975], Bericht zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, BT-Drucksache 7 / 4244.

BUNDESREGIERUNG [1982], Ergänzender Bericht zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, BT-Drucksache 9 / 1264.

BUNDESWAHLBEAUFTRAGTER für die Durchführung der Wahlen in der SOZIALVERSICHERUNG [1986], Schlußbericht der Wahlbeauftragten über die allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung im Jahre 1986, o.O.

ENGELHARDT, Werner Wilhelm [1983], Solidarische Selbsthilfe und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit 1983, S.38 ff., 73 ff., 115 ff., 175 ff., 213 ff.

FERBER, Christian von [1976], Soziale Selbstverwaltung — Fiktion oder Chance?, in: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn, S.97 ff.

FERBER, Christian von [1977], Wird der sozialpolitische Handlungsspielraum der Sozialen Selbstverwaltung ausgeschöpft?, in: BORSDORF, Ulrich / HEMMER, Hans O. / LEMINSKY, Gerhard / MARKMANN, Heinz (Hrsg.), Gewerkschaftliche Politik: Reform aus Solidarität. Zum 60. Geburtstag von Heinz O. Vetter, Köln, S.373 ff.

FURMANIAK, Karl [1989], Ansätze zur Gesamtsteuerung im Gesundheitswesen, in: Bundesarbeitsblatt 1989, S.71 ff.

HENDLER, Reinhard [1984], Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip. Zur politischen Willensbildung und Entscheidung im demokratischen Verfassungsstaat der Industriegesellschaft, Köln / Berlin / Bonn / München.

HENDLER, Reinhard [1988], Organisation und Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: MAYDELL, Bernd Baron von / RULAND, Franz (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), Neuwied, S.224 ff.

INFAS [1976], Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Ihre Bedeutung für die Versicherten, in: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn, S.201 ff.

KRAUSE, Peter / MAYDELL, Bernd Baron von / MERTEN, Detlef / MEYDAM, Jan [1978], Gemeinschaftskommmentar zum Sozialgesetzbuch — Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (GK-SGB IV), Neuwied / Darmstadt.

LAMPERT, Heinz [1984], Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik, in: WINTERSTEIN, Helmut (Hrsg.), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Berlin, S.37 ff.

LEOPOLD, Dieter [1980], Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung (3. Auflage), Sankt Augustin.

NEUBAUER, Günter [1986], Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung, in: GÄFGEN, Gérard (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin, S.223 ff.

NEUBAUER, Günter [1988], Staat, Verwaltung und Verbände. Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: GÄFGEN, Gérard (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden, S.91 ff.

NEUBAUER, Günter / REBSCHER, Herbert [1984], Gemeinsame Selbstveraltung — eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung, Spardorf.

NOWAK, Meinolf / SCHAPER, Klaus [1981], Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WSI-Mitteilungen 1981, S.307 ff.

REBSCHER, Herbert [1985], Selbstverwaltung als Ordnungsidee. Zur Renaissance einer Idee, in: Die Ersatzkasse 1985, S.188 ff.

SCHMIDT, Alfred [1985], Selbstverwaltung der Sozialversicherung — auf dem Weg zur sozialpolitischen Mitbestimmung, in: Soziale Sicherheit 1985, S.65 ff.

SCHUPETA, Eckhard [1985], Neu oder nicht neu? Veränderte Bestimmungen zum Vorschlagsrecht bei Sozialwahlen, in: Die Ersatzkasse 1985, S.182 ff.

SOZIALENQUETE-KOMMISSION [o.J.<1966>], Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission. Erstattet von: Bogs, Walter / Achinger, Hans / Meinhold, Helmut / Neundörfer, Ludwig / Schreiber, Wilfrid, Stuttgart / Berlin / Köln / Mainz.

STANDFEST, Erich [1977], Soziale Selbstverwaltung — Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik, in: Ferber, Christian von / Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 19, S.424 ff.

TENNSTEDT, Florian [1977], Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2, Bonn.

THIEMEYER, Theo [1984], Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Winterstein, Helmut (Hrsg.), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Berlin, S.63 ff.

TROJAN, Alf [1985], Ansätze zur Mitbestimmung in Gesundheits- und Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen 1985, S.621 ff.

WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DES DGB (WSI) (Hrsg.) [1977], Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates, Köln.

WURSTER, Willy [1985], Die Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung — Wandel, Macht und Ohnmacht, in: WSI-Mitteilungen 1985, S.614 ff.

Minderheitenvotum der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack (Extertal), Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dr. Rosenbrock, Dipl.-Vw. Reiners und Abg. Frau Wilms-Kegel

Der von der vorbereitenden Arbeitsgruppe der Enquete-Kommission vorgelegte Berichtsteil »Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung« hat während der abschließenden Beratungen innerhalb der Kommission in wesentlichen inhaltlichen Fragen weitreichende Änderungen erfahren, die von den oben genannten Mitgliedern der Kommission nicht mitgetragen werden können. Sie mußten deshalb diesem Berichtsteil ihre Zustimmung versagen.

Aufgrund von zahlreichen Änderungsanträgen, die von den CDU/CSU- und FDP-Abgeordneten in der Kommission zu den Schlußberatungen vorgelegt wurden, ist in der nunmehr von der Kommissionsmehrheit beschlossenen Neugestaltung des Berichtsteils die im Textentwurf der Arbeitsgruppe enthaltene klare Beschreibung der heutigen Defizite der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung — wie sie sich auch im Zwischenbericht der Kommission findet (vg. BT-Drs. 11/3267, 4. Kapitel Abschnitt II) — in weiten Teilen verlorengegangen.

Nach Auffassung der diesem Votum beigetretenen Kommissionsmitglieder lassen sich aber seit Verabschiedung des Zwischenberichts durch die Mehrheit der Kommission im Herbst 1988 hinsichtlich der dort benannten Mängel und Unzulänglichkeiten der bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen in der GKV keinerlei Änderungen erkennen, die eine relativierende Analyse sachlich rechtfertigen könnten. Die genannten Mitglieder der Kommission erkennen in einer Vielzahl der im Hinblick auf die Problemanalyse erfolgten Textänderungen allein politische Motive, da nur auf diese Weise die von der Mehrheit nunmehr vorgetragnen »Schlußfolgerungen« gezogen werden können, die insbesondere der Organisation der Selbstverwaltung im bestehenden System bestätigen, daß sie sich »grundsätzlich bewährt« habe (vgl. Ziffer 35). Wenn die Mehrheit der Kommission zwar daneben auch eine »Weiterentwicklung« des Systems der Selbstverwaltung für notwendig erklärt, indessen — über die Ablehnung der Reformkonzeptionen der Minderheit hinaus — keine eigenständigen Vorstellungen dazu unterbreitet, was unter einer solchen »Weiterentwicklung« inhaltlich zu verstehen sein könnte, werden die Aufgaben, die an eine Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zu stellen sind, nicht erfüllt.

Darüber hinaus haben die vorgenommenen Textänderung zum einen dazu geführt, daß in der von der Mehrheit verabschiedeten Berichtsfassung bereits bei der Darstellung der einzelnen in der öffentlichen Diskussion befindlichen Reformebenen (vgl. Punkt 2, Ziffer 12 ff.) wiederholt Fakten- und Problemaufarbeitung einerseits und persönliche Wertungen einzelner Mitglieder der Kommission andererseits miteinander vermischt werden. Die Darstellung persönlicher Meinungen kann indes nur Aufgabe des Abschnitts »Reformoptionen« (Punkt 3) sein. Zum anderen haben die zahlreichen Textveränderungen und relativierenden Einschübe auch dazu geführt, daß die Position der dieses Votum unterstützenden Mitglieder der Kommission insgesamt nicht mehr deutlich wird.

Die genannten Mitglieder der Kommission halten es deshalb zur Verdeutlichung des von ihnen unterstützen Reformmodells für zwingend erforderlich, zumindest zwei inhaltlich zentrale Gesichtspunkte nochmals herauszustellen.

1. Sie machen mit allem Nachdruck darauf aufmerksam, daß nach ihrer Ansicht eine einheitliche Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane bei allen Kassenarten als eine unabdingbare Voraussetzung für die zukünftige Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung — nicht zuletzt bei einer Reform der Kassenorganisation durch Einführung der Wahlfreiheit für alle Versicherten — gelten muß. Dabei lassen sich für beide der dabei diskutierten Lösungswege — durchgängige Einführung der Parität oder durchgängige Besetzung der Selbstverwaltungsorgane allein aus Versichertenvertretern — gute Argumente finden. Vor allem gesellschaftspolitische Gründe sprechen aber dafür, eine durchgängig paritätische Besetzung mit Arbeitgeber- und Versichertenvertretern bei allen Kassenarten einzuführen.

   Die Aufhebung der Unterschiede in der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane ist aber auch aus ordnungspolitischen Gründen unumgänglich und ist darüber hinaus im Interesse einer gemeinsamen Orientierung der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern unverzichtbar.

2. Zur Schaffung funktionsfähiger Selbstverwaltungsorgane, die die Zukunftsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgversprechend angehen können, halten die genannten Mitglieder der Kommision im weiteren eine Reorganisation der Selbstverwaltung für unabdingbar. Dazu gehört insbesondere der Zusammenschluß der heutigen Organe Vertreterversammlung und Vorstand zu einer neustrukturierten Vertreterversammlung, die einen auf Zeit bestellten hauptamtlichen Vorstand wählt. Dieser neu zu bildende Vorstand soll die Geschäftsführung wahrnehmen (vgl. Ziffer 39).

   Der dagegen nunmehr von einer Mehrheit der Kommission erhobene Vorwurf, auf diese Weise werde das »Funktionärstum« gefördert (vgl. ebenda), ist völlig unverständlich. Es bleibt uneinsichtig, warum das in der Privatwirtschaft als selbstverständlich akzeptierte Organisationsprinzip, Vorstandsmitglieder auf Zeit zu bestel-

len, in der Sozialversicherung »Funktionärstum« begünstigen soll. Ein solches Vorgehen verschafft im Gegenteil den Amtsinhabern eine eindeutige Legitimation und führt, wie auch das Beispiel der kommunalen Selbstverwaltung zeigt, zugleich zu einer deutlich verstärkten Verpflichtung gegenüber den demokratisch gewählten Kontrollorganen.

Wie auch immer die beabsichtigte Kassenorganisationsreform im einzelnen ausgestaltet sein wird, führt sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer weiteren Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Die daraus – und aus den den Kassen ohnehin vom Gesetzgeber übertragenen Gestaltungsaufgaben – erwachsenden Herausforderungen an das Kassenmanagement können von einem ehrenamtlich tägigen Vorstand und der Geschäftsführung nicht bewältigt werden; sie machen vielmehr die Verbesserung und Professionalisierung des Managements umso dringlicher.

III. Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht zu den Leistungserbringern

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission einstimmig verabschiedet.*]

1. Rechtliche Ortung

1. 1 Unterschiede im Mitgliedschaftsrecht

1. Eine Analyse der Unterschiede im gegenwärtigen Mitgliedschaftsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf der Systematisierung. Dabei bietet sich für die Untersuchung eine zweistufige Betrachtungsweise an:

- zum einen soll vom Kreis der potentiell Versicherten ausgegangen und allgemein danach gefragt werden, welche *Personengruppen* als Mitglieder in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden und in welcher Form dies geschieht;
- zum anderen muß gezielter untersucht werden, ob und in welcher Form das GKV-Recht einzelnen Versichertengruppen unterschiedlichen *Zugang* zu den verschiedenen Kassenarten eröffnet.

Um die hier vornehmlich interessierende Problematik unterschiedlicher Mitgliedschaftsrechte bei den einzelnen Kassenarten verständlich betrachten zu können, ist es zunächst erforderlich, grundsätzlich auf die rechtlichen Bestimmungen über die versicherten Personenkreise kurz einzugehen.

1. 1. 1 Grundsätzliche Abgrenzung der verschiedenen Personengruppen in der GKV

2. Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist zunächst zu unterscheiden zwischen pflichtversicherten, versicherungsfreien (kraft Gesetzes oder auf Antrag) und versicherungsberechtigten Personengruppen. Daneben besteht nach neuem Recht gem. § 10 SGB V eine Familienversicherung.

1. 1. 1. 1 Die pflichtversicherten Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung

3. Zum Kreis der *pflichtversicherten Personen* gehören insbesondere:

- *Arbeiter und Angestellte*, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs.1 Nr.1 SGB V) und deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze nach § 1385 Abs.2 RVO (Jahresarbeitsentgeltgrenze) nicht übersteigt (§ 6 Abs.1 Nr.1 SGB V). Insoweit besteht eine Änderung gegenüber dem alten Recht; bislang waren nur Angestellte über der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei.

  Die Jahresarbeitsentgeltgrenze gilt jedoch, wie schon im alten Recht, nicht für Seeleute (§ 6 Abs.1 Nr.1 SGB V). Für die knappschaftlich Beschäftigten kann die Satzung der Bundesknappschaft die Versicherungspflicht auch auf Beschäftigte erstrecken, die über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen (§ 6 Abs.5 SGB V). Diese Regelung entspricht dem durch das GRG aufgehobenen § 16 Reichsknappschaftsgesetz (RKG). Von der Möglichkeit des § 16 RKG hatte die Bundesknappschaft Gebrauch gemacht.
- *Vorruheständler* (§ 5 Abs.3 SGB V),
- *zur Berufsausbildung Beschäftigte*, unabhängig davon, ob sie »Arbeitsentgelt« erhalten (§ 5 Abs.1 Nr.1 SGB V) oder nicht (§ 5 Abs.1 Nr.10 SGB V),
- *Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz* (AFG; § 5 Abs.1 Nr.2 SGB V, § 155 AFG),
- *Landwirte*, mithelfende Familienangehörige und Altenteiler (§ 5 Abs.1 Nr.3 SGB V, § 2 KVLG [1989]),
- *Künstler und Publizisten* (§ 5 Abs.1 Nr.4 SGB V, § 1 KSVG),
- *Personen in Jugendhilfeeinrichtungen* (§ 5 Abs.1 Nr.5 SGB V),
- *Rehabilitanden* (§ 5 Abs.1 Nr.6 SGB V),
- *Behinderte* (§ 5 Abs.1 Nr.7 und 8 SGB V),
- *Studenten* (§ 5 Abs.1 Nr.9 SGB V), wobei die Versicherungspflicht jedoch im Gegensatz zum alten Recht auf eine Höchstdauer der Fachstudienzeit und ein Höchstalter eingegrenzt ist (Übergangsregelung: vgl. Art. 56 GRG),
- *Praktikanten* (§ 5 Abs.1 Nr.10 SGB V),
- *Rentner* (§ 5 Abs.1 Nr.11 und 12 SGB V), wobei die Versicherungspflicht im Gegensatz zum alten Recht ebenfalls eingeschränkt worden ist. Rentner sind grundsätzlich nur noch dann versichert, wenn sie mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens der GKV angehört haben oder als Familienangehörige eines Kassenmitglieds nach § 10 SGB V versichert waren (Übergangsregelung: vgl. Art. 56 GRG).

4. Von der *Versicherungspflicht* nach § 5 Abs.1 Nr.1 oder Nr. 5 bis 12 SGB V ist *ausgeschlossen*, wer hauptberuflich selbständig und daneben erwerbstätig ist (§ 5 Abs.5 SGB V). Dadurch soll die Eingliederung in den Schutz der GKV durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Nebenbe-

*) Nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

Schaubild 2. 4: Kassenzuständigkeit bei Versicherungspflichtigen

Kassenart / Kreis der pflichtversicherten Personen	Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	See-Krankenkasse	Landwirtschaftliche Krankenkassen	Bundesknappschaft	Ersatzkassen
Arbeiter und Angestellte unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze	gem. § 173 SGB V; sofern nicht Mitglied einer anderen Kasse	gem.§ 175 SGB V	gem.§ 175 Abs.1 SGB V	gem. § 176 Nr.1 bis 3 SGB V	nur, soweit es sich um mithelfende Familienangehörige handelt, § 2 Abs.1 Nr.3 i.V.m. § 3 Abs.2 Nr.1, § 19 Abs.1 S.3 KVLG (1989)	gem. § 177 SGB V	Wahlrecht gem. § 183 SGB V
Arbeiter und Angestellte über der Jahresarbeitsentgeltgrenze	---	---	---	gem.§ 6 Abs.1 Nr.1 § 176 SGB V	---	gem.§ 177, § 6 Abs.5 SGB V i.V.m. Satzung	---
Vorruheständler	gem. § 5 Abs.3 SGB V wie Arbeitnehmer			gem.§ 176 Nr.4 SGB V	ehemalige mitarbeitende Familienangehörige gem. § 2 Abs.6 KVLG (1989)	gem.§ 177, § 5 Abs.3 SGB V	gem.§ 183, § 5 Abs. 3 SGB V
Bezieher von AFG-Leistungen	gem.§ 159 Abs.1 AFG wird die Versicherung von der Kasse durchgeführt, die zuletzt vor Bezug der AFG-Leistungen zuständig war; Versicherte haben nach neuem Recht kein Vetorecht						
	gem. § 159 Abs. 5 AFG Auffangzuständigkeit						
Landwirte etc.	---	---	---	---	§ 2 Abs.1 Nr.1 KVLG (1989), soweit nicht Vorrang nach § 3 Abs.1 KVLG (1989)	---	---
Künstler und Publizisten	gem. § 173 SGB V	---	---	---	---	---	Beitrittsrecht gem. § 168 Abs.2 SGB V,§ 183 SGB V
Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	Zuständig gem. § 181 SGB V als zuletzt zuständige Kasse				---	gem. § 20 RKG, wie BKK/IKK und SKK §§ 181, 184 Abs.1 Nr. 2 und 3 SGB V	zuständig gem. § 181 SGB V
	Auffangzuständigkeit gem. § 173 SGB V						
	dar. hinaus Wahlrecht gem. § 184 Abs.1 Nr.1-3 SGB V	Wahlrecht gem.§ 184 Abs.1 Nr.2 und 3 SGB V, als Krankenkasse eines Elternteils bzw. des Ehegatten					Wahlrecht gem. § 184 Abs.1 Nr.4 SGB V, ungeachtet der Art der Tätigkeit
Rehabilitanden	Zuständig gem. § 181 SGB V als zuletzt zuständige Kasse				gem.§ 3 Abs. 2 Nr.3 KVLG (1989) bei Versicherung gem. § 2 Abs.1 Nr. 1,2 oder 3 KVLG (1989)	gem. § 20 RKG, wie BKK/IKK und SKK §§ 181, 184 Abs.1 Nr.2 und 3 SGB V	zuständig gem. § 181 SGB V
	Auffangzuständigkeit gem. § 173 SGB V						
	dar. hinaus Wahlrecht gem. § 184 Abs.1 Nr.1-3 SGB V	Wahlrecht gem.§ 184 Abs.1 Nr.2 und 3 SGB V, als Krankenkasse eines Elternteils oder des Ehegatten					Wahlrecht gem. § 184 Abs.1 Nr.4 SGB V, ungeachtet der Art der Tätigkeit
Behinderte	Zuständig gem. § 181 SGB V als zuletzt zuständige Kasse				gem.§ 3 Abs. 2 Nr.4 KVLG (1989) bei Versicherung gem. § 2 Abs.1 Nr. 1,2 oder 3 KVLG (1989)	gem. § 20 RKG, wie BKK/IKK und SKK §§ 181, 184 Abs.1 Nr. 2 und 3 SGB V	zuständig gem. § 181 SGB V
	Auffangzuständigkeit gem. § 173 SGB V						
	dar. hinaus Wahlrecht gem. § 184 Abs.1 Nr.1-3 SGB V	Wahlrecht gem.§ 184 Abs.1 Nr.2 und 3 SGB V, als Krankenkasse eines Elternteils oder des Ehegatten					Wahlrecht gem. § 184 Abs.1 Nr.4 SGB V, ungeachtet der Art der Tätigkeit

Schaubild 2. 4: Kassenzuständigkeit bei Versicherungspflichtigen (Fortsetzung)

Studenten (14 Fachsemester, längstens bis Vollendung des 30. Lebensjahres)	Zuständig gem. § 181 SGB V als zuletzt zuständige Kasse Auffangzuständigkeit gem. § 173 SGV V Wahlrecht gem. § 184 Abs. 2 SGB V	gem. § 3 Abs. 2 Nr. 5 KVLG (1989) bei Versicherung gem. § 2 Abs. 1 KVLG (1989) Wahlrecht gem. § 21 KVLG (1989)	gem. § 20 RKG, § 181 SGV V als zuletzt zuständige Kasse	zuständig gem. § 181 SGB V Wahlrecht gem. § 184 Abs. 2 SGB V zu einer Angestellten-EK
Praktikanten	Zuständig gem. § 181 SGB V als zuletzt zuständige Kasse Auffangzuständigkeit gem. § 173 SGB V	gem. § 3 Abs. 2 Nr. 5 KVLG (1989) bei Versicherung gem. § 2 Abs. 1 KVLG (1989) Wahlrecht gem. § 21 KVLG (1989)	gem. § 20 RKG, § 181 SGB V als zuletzt zuständige Kasse	zuständig gem. § 181 SGB V
Rentner	Zuständig gem. § 182 Abs. 1 SGB V als zuletzt zuständige Kasse bei Neuerrichtung der IKK/BKK gem. § 182 Abs. 3 SGB V Auffang zuständigkeit gem. § 173 SGB V Wahlrecht gem. § 184 Abs. 3 Nr. 1, Abs. 4 und 5 SGB V	gem. § 3 Abs. 2 Nr. 2 KVLG (1989) bei Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1-3 bzw. Nr. 4 und entsprechender Vorversicherungszeit	gem. § 20 RKG, § 182 Abs. 2 SGB V als zuletzt zuständige Kasse oder bei Rentenfeststellung durch die Knappschaft	gem. § 182 Abs. 1 SGB V zuletzt zuständige Kasse Wahlrecht gem. § 184, Abs. 3 Nr. 2, Abs. 4 und 5 SGB V

schäftigung ausgeschlossen werden. Hauptberuflich ist eine selbständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Die Regelung gilt nicht für Leistungsempfänger nach dem AFG, Landwirte, Künstler und Publizisten.

Nicht mehr der Versicherungspflicht unterliegen – im Gegensatz zum alten Recht – Hausgewerbetreibende und sonstige Selbständige.

1. 1. 1. 2 Die versicherungsfreien Personen

5. *Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes* besteht insbesondere für:

- *geringfügig Beschäftigte* i.S.d. § 8 SGB IV (§ 7 SGB V); dies gilt jedoch nicht für eine Beschäftigung
  1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
  2. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres,
- Arbeiter und Angestellte *über* der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- *Beamte*, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

  Dies bedeutet, daß nunmehr auch für die Bediensteten solcher Arbeitgeber Krankenversicherungsfreiheit kraft Gesetzes eintritt, die bislang nur über einen Gleichstellungsbeschluß (früher: § 174 RVO) auf Antrag des Arbeitgebers von der Krankenversicherung freigestellt werden konnten. Neu ist ferner, daß die Krankenversicherungsfreiheit für Bedienstete solcher Verbände bzw. Spitzenverbände öffentlich-rechtlicher Körperschaften gilt, die selbst keine öffentlich-rechtlichen Körperschaften sind. Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit ist nicht mehr, daß Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung gewährleistet ist; nunmehr wird daran angeknüpft, daß nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge, Heilfürsorge oder Beihilfe besteht.
- *Personen*, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule *gegen Arbeitsentgelt beschäftigt* sind (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
- *Bezieher von Ruhegehalt* (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),

Schaubild 2. 5: Kassenarten und Zurückweisungs- bzw. Ausschlußmöglichkeiten

Kassenart	Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	See-Krankenkasse	Landwirtschaftliche Krankenkassen	Bundesknappschaft	Ersatzkassen
Zurückweisung pflichtversicherter Personen	nicht möglich, vgl. dazu ausdrücklich hinsichtlich der Wahlrechte § 184 Abs.6 SGB V	wie Ortskrankenkassen			nicht möglich	wie Ortskrankenkassen, § 20 RKG	wie Ortskrankenkassen, vgl. §§ 183 Abs.2, 184 Abs.6 SGB V
Zurückweisung versicherungsberechtigter Personen	Altersgrenze für Schwerbehinderte gem.§ 9 Abs.1 Nr.4 SGB V möglich, ansonsten Aufnahmezwang vgl. § 185 Abs. 3 SGB V	wie Ortskrankenkassen			nicht möglich	wie Ortskrankenkassen, § 20 RKG	wie Ortskrankenkassen
Ausschluß versicherungspflichtiger Personen	nicht möglich						
Ausschluß versicherungsberechtigter Personen	nur Erlöschen der Mitgliedschaft gem.§ 191 Nr.3 SGB V bei Beitragsrückstand	wie Ortskrankenkassen			wie Ortskrankenkassen, § 24 Abs.2 KVLG (1989), § 191 Nr.3 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 20 RKG § 191 Nr. 3 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 191 Nr.3 SGB V

- nach § 5 Abs.1 Nr.11 SGB V versicherungspflichtige *Hinterbliebene der* nach § 6 Abs.1 Nr.2 und 4 bis 6 SGB V versicherungsfreien *Beamten* etc., wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben (§ 6 Abs.2 SGB V).

  Im übrigen sei zur Versicherungsfreiheit auf § 6 SGB V verwiesen.

6. Gem. § 8 Abs.1 SGB V wird von der Versicherungspflicht *auf Antrag befreit*, wer versicherungspflichtig wird

- wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,
- durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes (BErzGG) während des Erziehungsurlaubs,
- weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird und der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist,
- durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme (§ 5 Abs.1 Nr.6, 11 oder 12 SGB V),
- durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs.1 Nr.9 oder 10 SGB V),
- durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
- durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für Behinderte (§ 5 Abs.1 Nr.7 oder 8 SGB V).

Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen. Im Gegensatz zum früheren Recht setzt die Befreiung *nicht* mehr voraus, daß eine die Befreiung rechtfertigende private Krankenversicherung nachgewiesen wird.

Zur Versicherungsfreiheit für Landwirte etc. vgl. §§ 4 ff. KVLG (1989).

Neu im Recht der GKV ist die Regelung des § 6 Abs.3 SGB V. Danach bleiben Personen, die versicherungsfrei sind oder sich von der Versicherungspflicht haben befreien lassen, auch dann versicherungsfrei, wenn sie die Versicherungspflichttatbestände des § 5 Abs.1 Nr.1 oder Nr.5 bis 12 SGB V erfüllen. Dies gilt allerdings nicht für versicherungsfreie Hinterbliebene gem. § 6 Abs.2 SGB V, für geringfügig Beschäftigte gem. § 7 SGB V und für Studenten.

1. 1. 1. 3. Die versicherungsberechtigten Personen

7. Der GKV *freiwillig beitreten* können die in § 9 SGB V genannten Personen. Dies sind:

- *Personen*, die als Mitglieder aus der *Versicherungspflicht ausscheiden* und dabei eine entsprechende Vorversicherungszeit erfüllt haben,
- Personen, deren *Versicherung nach § 10 SGB V* (Familienversicherung) *erlischt* oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs.3 SGB V vorliegen,
- Personen, die *erstmals* eine *Beschäftigung aufnehmen* und wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs.1 Nr.1 SGB V) versicherungsfrei sind,
- *Schwerbehinderte* i.S.d. § 1 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG), wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
- Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch *Beschäftigung außerhalb* des Geltungsbereichs *des SGB* endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten *nach Rückkehr* in seinen Geltungsbreich wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

Damit ist das Recht zur freiwilligen Versicherung – im Gegensatz zum früheren Recht – wesentlich eingegrenzt worden. Eine Reihe von Personengruppen, die bislang beitritts-

Schaubild 2.6: Kassenarten und Beitragsgestaltung bei Versicherungspflichtigen

Kassenart / Kreis d. pflichtversicherten Personen	Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	Seekrankenkasse	Landwirtschaftl. Krankenkassen	Bundesknappschaft	Ersatzkassen
Arbeitnehmer	§§ 241,226 Abs.1 Nr.1 SGB V in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen, Bemessungsgrundlage ist das Arbeitsentgelt	wie Ortskrankenkassen		§ 241 SGB V in v.H. der beitragspflicht. Einnahm. gem.§ 233 SGB V	§ 42 Abs.1 KVLG (1989) 50-75 % des Beitrages für landwirt. Unternehmer	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, §§ 241, 226 Abs.1 Nr.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen, §§ 241 226 Abs.1 Nr.1 SGB V
Vorruheständler	§ 243 Abs.1 SGB V ermäßigter Beitragssatz, Bemessungsgrundlage ist das Vorruhestandsgeld, § 226 Abs.1 S.2 SGB V	wie Ortskrankenkassen		§ 243 Abs.1 SGB ermäßigter Beitragssatz, BBG ist das Vorruhestandsgeld gem.§ 233 Abs.1 SGB V	§ 43 Abs.2 § 42 Abs.1 KVLG (1989) 50-75 % des Beitragssatzes f. landwirtschaftliche Unternehmer	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, § 243 Abs.1, § 226 Abs.1 S.2 SGB V	wie Ortskrankenkassen §§ 243 Abs.1, 226 Abs.1 S.2 SGB V
Bezieher von AFG-Leistungen	§ 157 Abs.2 AFG allgemeiner Beitragssatz gem. § 241 SGB V, Bemessungsgrundlage ist das der Bemessung der AFG-Leistung zugrundeliegende Arbeitsentgelt (§ 157 Abs.3 AFG)	wie Ortskrankenkasse			§ 157 Abs.2 AFG, allgemeiner Beitragssatz der zuständigen Ortskrankenkasse, Bemessungsgrundlage §157, Abs.3 AFG	wie Ortskrankenkassen	wie Ortskrankenkassen, § 157 Abs.2 und 3 AFG
Landwirte etc.	---	---	---	---	§§ 37 ff. KVLG (1989)	---	---
Künstler und Publizisten	§ 16 Abs.1 KSVG, §§ 241, 242 SGB V, allgemeiner o.erhöht. Beitragssatz; Bemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen gem.§ 234 SGB V	---	---	---	---	---	wie Ortskrankenkassen, §§ 241, 234 SGB V
Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	§ 243 Abs.1 SGB V i.V.m. § 44 Abs.1 S.2 SGB V, ermäßigter Beitragssatz, Bemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen gem § 235 Abs.1 S.4 SGB V	wie Ortskrankenkassen			---	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, §§ 243 Abs.1, 235 Abs.1 S.4 SGB V	wie Ortskrankenkassen, §§ 243, Abs.1, 235 Abs.1 S.4 SGB V
Rehabilitanden	§ 241 SGB V, allgemeiner Beitragssatz, Bemessungsgrundlage ist das Regelentgelt, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt, § 235 Abs.1 S.1 SGB V; ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs.1 SGB V i.V.m. § 44 Abs.1 S.2 SGB V), sofern kein Übergangsgeld gezahlt wird, § 235 Abs.1 S.4 SGB V	wie Ortskrankenkassen			---	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen	wie Ortskrankenkassen, §§ 241,243 Abs.1, 235 Abs.1 S.1 und 4 SGB V
Behinderte	§ 241 SGB V, allgemeiner Beitragssatz, Bemessungsgrundlage ist das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mind. jedoch 20 % der monatl. Bezugsgröße gem.§ 18 SGB IV (§ 235 Abs.3 SGB V)	wie Ortskrankenkassen			---	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen,§§ 241, 235 Abs.3 SGB V	wie Ortskrankenkassen, §§ 241, 235 Abs.3 SGB V
Studenten und Praktikanten	Beitragssatz gem. § 245 Abs.1 SGB V; sieben Zehntel des durchschnittl. allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen, Bemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen gem. § 236 Abs.1 SGB V (Orientierung am BAföG)	wie Ortskrankenkassen			§ 21 Abs.2 KVLG (1989) wie Ortskrankenkassen §§ 245 Abs.1 236 Abs.1 SGB V	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, §§ 245 Abs.1, 236 Abs.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen, §§ 245 Abs.1 236 Abs.1 SGB V

Schaubild 2. 6: Kassenarten und Beitragsgestaltung bei Versicherungspflichtigen (Fortsetzung)

Rentner	gem.§ 247 SGB V gilt als Beitragssatz aus der Rente der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen; aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 248 Abs.1 SGB V); Bemessungsgrundlage ist der Zahlbetrag der Rente (vgl. § 228 SGB V), der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge (vgl. § 229 SGB V) und das Arbeitseinkommen (vgl. § 237 SGB V)	wie Ortskrankenkassen	ähnlich Ortskrankenkassen vgl. § 45 KVLG (1989)	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen	wie Ortskrankenkassen

berechtigt waren (z. B. nicht versicherungspflichtige Rentner), werden nunmehr an die Privatversicherung verwiesen. Für die bisher nach § 176 RVO Beitrittsberechtigten enthält Art. 59 GRG eine Überleitungsvorschrift.

Zur Versicherungsberechtigung nach dem KVLG vgl. § 6 KVLG (1989).

1. 1. 1. 4 Familienversicherung

8. Der Schutz von Familienangehörigen von Kassenmitgliedern wird nun in § 10 SGB V derart geregelt, daß sie selbst *Versicherte mit eigenen Rechten und Pflichten* werden. Das frühere Recht gab nur dem Versicherten einen Anspruch auf Familienhilfe.

Zu den Voraussetzungen der Familienversicherung vgl. § 10 SGB V. § 7 KVLG (1989) enthält eine Parallelvorschrift.

1. 1. 2 Zuständigkeit der Kassenarten für einzelne Versichertengruppen

9. Die Krankenversicherung ist nach wie vor in folgende Kassenarten gegliedert:
- Allgemeine Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- die See-Krankenkasse,
- Landwirtschaftliche Krankenkassen,
- die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung,
- Ersatzkassen.

1. 1. 2. 1 Zuständigkeit für pflichtversicherte Personen

10. Über die konkrete Zuständigkeit der verschiedenen Kassenarten für die einzelnen Gruppen von Pflichtversicherten gibt das *Schaubild 2.4* (s. Anhang) Auskunft.

Die *Zuständigkeit der Ortskrankenkassen* ist – wie schon im alten Recht – eine *subsidiär-generelle*. Durch sie werden alle in keine andere Krankenkasse gehörenden Versicherungspflichtigen abgesichert (§ 173 SGB V). Versicherungspflichtige Beschäftigte, die in einem Betrieb beschäftigt sind, für den eine *Betriebskrankenkasse* bzw. *Innungskrankenkasse* zuständig ist, sind dort Mitglieder (§§ 174, 175 SGB V).

Die *See-Krankenkasse* ist zuständig für Seeleute, für Auszubildende in der Seefahrt und Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren (§ 176 SGB V).

Versicherungspflichtige Mitglieder der *Bundesknappschaft* sind die in einem knappschaftlichen Betrieb Beschäftigten sowie die Beschäftigten, die nach dem RKG oder anderen Vorschriften knappschaftlich zu versichern sind (§ 177 SGB V).

Die *landwirtschaftlichen Krankenkassen* sind zuständig für die nach dem KVLG versicherten Personen (landwirtschaftliche Unternehmer, mithelfende Familienangehörige etc.). Zu beachten ist jedoch der Vorrang der Versicherung nach SGB V (vgl. § 3 KVLG [1989]).

Sofern Versicherungspflichtige sowohl in dem Bezirk wohnen als auch zum jeweiligen Mitgliederkreis der Ersatzkasse gehören, für den diese zugelassen ist, können sie wahlweise Mitglied der *Ersatzkasse* werden (§ 183 SGB V). Wesentlich ist dabei die strikte Trennung in Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen: Ersatzkassen für Arbeiter dürfen nur Arbeiter, solche für Angestellte ausschließlich Angestellte aufnehmen. Dabei sind Arbeiterersatzkassen nur für bestimmte Wirtschaftsbereiche und meist räumlich begrenzt zugelassen, während verschiedene Ersatzkassen für Angestellte sowohl bundesweit tätig sind als auch satzungsmäßig ihren Mitgliederkreis auf alle Angestelltenberufe erstrecken.

11. Diese grundsätzliche Zuordnungssystematik differenziert sich bei verschiedenen Pflichtversichertengruppen:

Bei *Arbeitslosen* (i.S. von § 5 Abs.1 Nr.2 SGB V, § 155 AFG) wird der Versicherungskontinuität Rechnung getragen. Sie bleiben Mitglied der Kasse, die zuletzt vor dem Leistungsbezug für die Versicherung zuständig war (§ 159 Abs.1 AFG). Ein Vetorecht gegen diese Zuständigkeitszuweisung hat der Versicherte nach neuem Recht nicht mehr. Soweit nach § 159 Abs.1 AFG keine Zuständigkeit gegeben ist, begründet § 159 Abs.2 AFG die Auffangzuständigkeit der Ortskrankenkassen.

Für *Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Rehabilitanden und Behinderte* besteht vom Grundsatz her ebenfalls Versicherungskontinuität (vgl. § 181 SGB V); sie bleiben Mitglied der zuletzt zuständigen Kasse. Für die Ortskrankenkasse wird gem. § 173 SGB V die Auffangzuständigkeit begründet. Darüber hinaus steht diesen Personengruppen jedoch ein mehrfaches Wahlrecht zu. Sie können die für ihren Wohnort zuständige Ortskrankenkasse, die Krankenkasse, bei der ein Elternteil oder der Ehegatte versichert ist, und jede Ersatzkasse wählen (§ 184 Abs.1 SGB V).

Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen (§ 184 Abs.6 SGB V).

Schaubild 2. 7: Kassenarten und Tragung der Beitragslast bei Versicherungspflichtigen

Kassenart Kreis d. pflichtversichert. Personen	Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	See-Krankenkasse	Landwirtschaftliche Krankenkassen	Bundesknappschaft	Ersatzkassen
Arbeitnehmer	Arbeitnehmer u. Arbeitgeber je zur Hälfte, § 249 Abs.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen			landwirtschaftl. Unternehmer, § 48 KVLG (1989)	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, § 249 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 249 SGB V
Vorruheständler	wie Arbeitnehmer, §§ 5 Abs.3, 226 Abs.1 S.2 SGB V						
Bezieher von AFG-Leistungen	Bundesanstalt für Arbeit, § 157 Abs.1 AFG						
Landwirtschaftl. Unternehmer	---	---	---	---	landwirtschaftl. Unternehmer, § 47 KVLG (1989)	---	---
Künstler und Publizisten	Künstlersozialkasse, § 251 Abs. 3 SGB V (Finanzierung durch Versicherte, beitragspflichtige Unternehmen, Bund, s.KSVG)	---	---	---	---	---	Künstlersozialkasse, § 251 Abs.3 SGB V
Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	Träger der Einrichtung, § 251 Abs.2 Nr.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen			---	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, § 251 Abs.2 Nr.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 251 Abs.2 Nr.1 SGB V
Rehabilitanden	Rehabilitationsträger, § 251 Abs.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen			Rehabilitationsträger, § 48 Abs.2 KVLG (1989)	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, § 251 Abs.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 251 Abs.1 SGB V
Behinderte	Träger der Einrichtung, § 251 Abs.2 Nr.2 SGB V bzw. Träger der Einrichtung und Behinderter je zur Hälfte gem. § 251 Abs.2 Nr.2 i.V.m § 249 Abs.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen			---	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, § 251 Abs.2 Nr.2 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 251 Abs.2 Nr.2 SGB V
Studenten und Praktikanten	Student bzw. Praktikant, § 250 Abs.1 Nr.4 SGB V	wie Ortskrankenkassen			§ 21 Abs.2 KVLG (1989), § 250 Abs.1 Nr.4 SGB V, wie Ortskrankenkassen	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, § 250 Abs.1 Nr.4 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 250 Abs.1 Nr.4 SGB V
Rentner	Rentner, § 250 Abs. 1 SGB V (Zuschuß d. RV-Träger i.H. von 50 %, § 1304e Abs.2 RVO)	wie Ortskrankenkassen			Rentner, § 47 KVLG (1989)	§ 20 RKG, wie Ortskrankenkassen, § 250 Abs.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen, § 250 Abs.1 SGB V

Für versicherungspflichtige *Studenten* gelten ebenfalls §§ 181 und 173 SGB V. Ein Wahlrecht haben sie jedoch nur zur Ortskrankenkasse des Wohnorts, zur Ortskrankenkasse des Hochschulorts und zu einer Angestelltenersatzkasse (§ 184 Abs.2 SGB V) bzw. zur landwirtschaftlichen Krankenkasse, wenn sie dort zuletzt Mitglied waren (§ 21 KVLG [1989]).

Die nach § 5 Nr.10 SGB V versicherungspflichtigen *Praktikanten* gehören gem. § 181 SGB V der zuletzt zuständigen Kasse an. Für die Ortskrankenkassen wird gem. § 173 SGB V die Auffangzuständigkeit begründet. Ein Wahlrecht ist für diese Personengruppe nur zur landwirtschaftlichen Krankenkasse möglich, soweit sie dort zuletzt versichert waren (§ 21 KVLG).

Pflichtversicherte *Rentner* gehören gem. § 182 SGB V grundsätzlich der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren. Waren sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert oder ist diese für die Feststellung der Rente zuständig, werden sie bei der Knappschaft versichert.

Wird eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse neu errichtet, gehören ihr auch die Rentner an, die während ihres letzten Beschäftigungsverhältnisses Mitglieder dieser Kasse gewesen wären, wenn sie bereits bestanden hätte (§ 182 Abs.3 SGB V). Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind die Rentner, die gem. § 2 Abs.1 Nr.1 bis 3 KVLG (1989) der Pflichtversicherung unterliegen bzw. die nach § 2 Abs.1 Nr.4 KVLG (1989) pflichtversichert sind und

Schaubild 2. 8: Kassenarten und Beitragsentrichtung bei Versicherungspflichtigen

Kassenart / Kreis d. pflichtversich-ten Personen	Ortskranken-kassen	Betriebs-kranken kassen	Innungs-kranken-kassen	See-Kran-kenkasse	Landwirtschaft-liche Kranken-kassen	Bundes-knappschaft	Ersatzkassen
Arbeitnehmer	Arbeitgeber § 253 SGB V, § 28e Abs.1 SGB IV	wie Ortskrankenkassen § 253 SGB V, § 28e Abs.1 SGB IV			landwirtschaftl. Unternehmer, § 49 KVLG (1989)	§ 20 RKG, wie Orts-krankenkassen	wie Ortskranken-kassen, § 253 SGB V, § 28e SGB IV
Vorruheständler	wie Arbeitnehmer, §§ 5 Abs.3, 226 Abs.1 S.2 SGB V						
Bezieher von AFG-Leistungen	Bundesanstalt für Arbeit, §§ 157 Abs.1 AFG, 252 SGB V						
Landwirtschaftl. Unternehmer	---	---	---	---	landwirtschaftl. Unternehmer, § 49 KVLG (1989)	---	---
Künstler und Publizisten	Künstlersozial-kasse, § 252 Abs. SGB V	---	---	---	---	---	wie Ortskran-kenkassen, § 252 SGB V
Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	Träger der Ein-richtung, § 252 SGB V	wie Ortskrankenkassen § 252 SGB V			---	§ 20 RKG, wie Orts-krankenkassen,	wie Ortskranken-kassen, § 252 SGB V
Rehabilitanden	Rehabilitations-träger, § 252 SGB V	wie Ortskrankenkassen § 252 SGB V			Rehabilitations-träger, § 49 KVLG (1989)	§ 20 RKG, wie Orts-krankenkassen,	wie Ortskranken-kassen, § 252 SGB V
Behinderte	Träger der Ein-richtung, § 251 SGB V	wie Ortskrankenkassen § 252 SGB V			---	§ 20 RKG, wie Orts-krankenkassen, § 251 Abs.2 Nr.2 SGB V	wie Ortskranken-kassen, § 251 Abs.2 Nr.2 SGB V
Studenten	Student im vor-aus oder nach Re-gelung der Satzung § 254 SGB V	wie Ortskrankenkassen § 254 SGB V			§ 21 Abs.2 KVLG (1989), wie Ortskrankenk.	§ 20 RKG, wie Orts-krankenkassen,	wie Ortskranken-kassen, § 254 SGB V
Praktikanten	Praktikant, § 254 SGB V	wie Ortskrankenkassen § 252 SGB V			§ 21 Abs. 2 KVLG (1989), wie Ortskrankenkassen	§ 20 RKG, wie Orts-krankenkassen	wie Ortskran-kenkassen, § 252 SGB V
Rentner	Träger d.Renten-versicherung, § 255 SGB V bzw. Zahlstelle für Versorgungsbezü-ge, § 256 SGB V	wie Ortskrankenkassen §§ 225, 256 SGB V			Träger der Renten-versicherung bzw. Zahlstelle der Ver-sorgungsbezüge, § 50 KVLG (1989)	§ 20 RKG, wie Orts-krankenkassen,	wie Ortskranken-kassen, §§ 255 256 SGB V

eine entsprechende Vorversicherungszeit aufweisen (§ 3 Abs.2 Nr.2 KVLG [1989]).

Darüber hinaus können Rentner unter den Voraussetzungen des § 184 Abs.3 bis 5 SGB V die Mitgliedschaft bei einer Pflichtkasse oder einer Ersatzkasse wählen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglied dieser Ersatzkasse hätten sein können. Die gewählte Kasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

1. 1. 2. 2 Zuständigkeit für versicherungsberechtigte Personen

12. Für *Versicherungsberechtigte* enthält § 185 SGB V die Regelung der Kassenzuständigkeit.

§ 185 Abs.1 SGB V stellt klar, daß freiwillige Mitglieder, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, bei ihrer Krankenkasse Mitglied bleiben können. Darüber hinaus haben sie – ebenso wie die Beitrittsberechtigten nach § 9 SGB V – ein Wahlrecht gem. § 185 Abs.2 SGB V. Sie können wählen zwischen der Krankenkasse, der sie angehören würden, wenn sie versicherungspflichtig wären, der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse und einer Ersatzkasse, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den diese aufnehmen darf. Kinder, die nicht nach § 10 SGB V versichert sind (der Elternteil mit dem höheren Gesamteinkommen ist nicht Mitglied der GKV und hat ein Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze; § 10 Abs.3 SGB V), die aber nach § 9 Abs.1 Nr.2 SGB V versicherungsberechtigt sind, erhalten zusätzlich nach § 185 Abs.2 Nr.3 SGB V ein Wahlrecht zu der Kasse, bei der unmittelbar vor Beginn der freiwilligen Versicherung eine Versicherung nach § 10 SGB V bestand oder bestanden hätte, wenn die Ausschlußgründe des § 10 Abs.3 SGB V nicht vorgelegen hätten.

In allen Fällen des § 185 SGB V darf die gewählte Krankenkasse die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

1. 1. 3 Zurückweisung und Ausschluß von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten

13. Unterschiede im Hinblick auf die Zurückweisung bzw. den Ausschluß von Mitgliedern gab es im alten Recht vor allen Dingen durch die teilweise Sonderstellung der Ersatz-

kassen (vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Drucksache 11/3267, S. 366). Diese Unterschiede sind nach neuem Recht nicht mehr gegeben. Die Ersatzkassen sind nunmehr den übrigen Kassen weitgehend gleichgestellt worden (vgl. *Schaubild 2.5*).

1. 1. 3. 1 Zurückweisung

14. Bei allen Kassen entsteht das *Pflichtversicherungsverhältnis* mit Eintritt des Tatbestandes, an den das Gesetz die Rechtsfolge der Versicherungspflicht knüpft. Das Pflichtversicherungsverhältnis entsteht bei der Kasse, die das Gesetz für zuständig erklärt.

Dies gilt für alle Pflichtkassen, auch für die Ersatzkassen, soweit diese Pflichtkassen sind (Beispiel: Arbeitslose gem. § 159 AFG). Lediglich die Verdrängung der Pflichtkasse durch eine Ersatzkasse beruht auf einer Willensentscheidung des Betroffenen.

Insoweit stellt das SGB V klar, daß auch die Ersatzkassen einem Aufnahmezwang unterliegen (vgl. § 183 Abs.2 SGB V). Dies gilt auch für alle anderen Kassen, soweit den Pflichtversicherten ein Wahlrecht eingeräumt wird (vgl. § 184 Abs.6 SGB V).

15. Auch hinsichtlich der *versicherungsberechtigten Personen* besteht für alle Kassen Aufnahmezwang (§ 185 Abs.3 SGB V). Lediglich für Schwerbehinderte kann gem. § 9 Abs.1 Nr.4 SGB V der Beitritt von einer Altersgrenze abhängig gemacht werden.

1. 1. 3. 2 Ausschlußmöglichkeiten

16. Der Ausschluß *versicherungspflichtiger Personen* ist bei keiner Kasse möglich.

Die Mitgliedschaft *versicherungsberechtigter Personen* erlischt bei allen Kassen gem. § 191 Nr.3 SGB V bei Beitragsrückstand. Ein Ausschluß im eigentlichen Sinne ist nicht möglich.

1. 2 Unterschiede im Beitragsrecht

17. Mögliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Beitragsrecht sind im Hinblick auf drei Problembereiche zu beachten. Zu unterscheiden sind die Ebenen

- der Erhebung und Bemessung der Beiträge,
- der Tragung der Beitragslast und
- der Entrichtung der Beiträge.

1. 2. 1 Erhebung und Bemessung der Beiträge

18. Wie schon nach altem Recht, ergeben sich für die verschiedenen Gruppen von *Versicherungspflichtigen* bei den einzelnen Kassen weder hinsichtlich der Erhebung der Beiträge (in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen) noch bei der Bemessung der Beiträge (beitragspflichtige Einnahmen sind bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen) rechtlich wesentliche Unterschiede. Für Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen gilt nunmehr eine Beitragssatzobergrenze von 12% (vgl. §§ 221, 222 SGB V), die nur durch jeweils mehrheitlichen Beschluß der Versicherten und Arbeitgeber in der Vertreterversammlung überschritten werden kann.

Einzelheiten zur Beitragsgestaltung für die Gruppe der Versicherungspflichtigen vermittelt *Schaubild 2.6.*

19. Für *versicherungsberechtigte* Personen ergeben sich nach neuem Recht hinsichtlich der Beitragserhebung und Beitragsbemessung ebenfalls keinerlei Unterschiede mehr in Abhängigkeit von der Kassenart.

Die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder wird nunmehr von allen Kassen autonom in der Satzung geregelt (vgl. § 240 SGB V, der auch für Knappschaft [§ 20 RKG] und landwirtschaftliche Krankenkassen [§ 46 KVLG (1989)] gilt). Dieses Recht hatten bisher nur die Ersatzkassen. Die Gestaltungsfreiheit ist jedoch zum einen dadurch begrenzt, daß ein freiwilliges Mitglied gem. § 240 Abs.2 SGB V nicht geringer belastet werden darf als ein versicherungspflichtig Beschäftigter, und zum anderen für die Beitragsbemessung ein Mindestbeitrag festgelegt wird (§ 240 Abs.4 SGB V). Zudem bestehen Ausnahmeregelungen für freiwillig versicherte Studenten, deren Mitgliedschaft nach § 190 Abs.9 SGB V endet, und für freiwillig versicherte Bezieher von Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben (§§ 245 Abs.2, 248 Abs.2 SGB V).

1. 2. 2 Tragung der Beitragslast

20. Für die nach § 5 Abs.1 Nr.1 SGB V *versicherungspflichtigen Arbeitnehmer* werden die Beiträge bei allen Kassen – mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen – je zur Hälfte vom Versicherten und seinem Arbeitgeber getragen (§ 249 Abs.1 SGB V). Eine Ausnahme besteht lediglich bei Niedrigverdienern, deren Monatsentgelt maximal ein Zehntel der in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) geltenden Beitragsbemessungsgrenze erreicht (1989: DM 610,–) und für Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr ableisten. In diesen Fällen hat der Arbeitgeber die Beiträge allein zu tragen (§ 249 Abs.2 SGB V). Die sich nach altem Recht faktisch ergebende Ungleichbehandlung zwischen Pflicht- und Ersatzkassenmitgliedern (vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Drucksache 11/3267, S.366) gibt es nach dem Gesundheits-Reformgesetz nicht mehr. Für die Ersatzkassen gelten nunmehr dieselben Regelungen wie für die übrigen Kassen.

Für die Bezieher von AFG-Leistungen trägt die Bundesanstalt für Arbeit, für Künstler und Publizisten die Künstlersozialkasse, für Rehabilitanden und Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe der jeweilige Träger der Einrichtung die Beiträge. Studenten, Praktikanten und Rentner tragen ihre Beiträge selbst.

Für Behinderte, deren tatsächliches Arbeitsentgelt niedriger ist als 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, übernimmt der Träger der Einrichtung die Beiträge allein. Bei höherem Entgelt werden Behinderte den Arbeitnehmern gleichgestellt, d.h. der Träger der Einrichtung und der Behinderte tragen die Beiträge je zur Hälfte. Einzelheiten zur Tragung der Beitragslast bei versicherungspflichtigen Mitgliedern vermittelt *Schaubild 2.7*.

21. *Freiwillige Mitglieder* tragen über alle Kassenarten hinweg ihre Beiträge allein (§ 250 Abs.2 SGB V, § 47 KVLG [1989]). Freiwillig versicherte Arbeitnehmer erhalten unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuß in Höhe der Hälfte ihres Gesamtbeitrages (§ 257 Abs.1 SGB V).

1. 2. 3 Entrichtung der Beiträge

22. Auch hinsichtlich der Beitragszahlung lassen sich nach neuem Recht keine Unterschiede mehr in Abhängigkeit von der Kassenart feststellen. Als Grundsatz gilt, daß die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat (§ 252 SGB V).

23. Hiervon abweichend bestehen Sonderregelungen für *pflichtversicherte* Arbeitnehmer und Rentner. Für die Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt gelten gem. § 253 SGB V die Vorschriften über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag nach den §§ 28 d bis 28 n und 28 r SGB IV. Gem. § 28 e SGB IV hat der Arbeitgeber den Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu zahlen. Im Gegensatz zum alten Recht bestehen insoweit keinerlei Unterschiede mehr zwischen den Ersatzkassen und den anderen Kassen (vgl. dazu Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Drs. 11/3267, S.366 f.), als die Ersatzkassen nunmehr für ihre versicherungspflichtigen Mitglieder auch Einzugsstellen für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung geworden sind.

Für die Beitragszahlung aus der Rente gilt grundsätzlich § 255 SGB V. Wie auch schon nach altem Recht werden die Beiträge von den Trägern der Rentenversicherung einbehalten und zugunsten der Krankenkassen an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) abgeführt. Beiträge der nach dem KVLG versicherten Rentner werden an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse abgeführt (§ 50 KVLG [1989]). Die Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen wird von den Zahlstellen für Versorgungsbezüge an die zuständigen Krankenkassen geleistet (§ 256 SGB V, § 50 Abs.2 KVLG [1989]). Einzelheiten zur Beitragsentrichtung der Versicherungspflichtigen zeigt *Schaubild 2.8*.

24. Hinsichtlich der Beiträge der *freiwillig Versicherten* bestehen nach neuem Recht ebenfalls keine Unterschiede mehr in Abhängigkeit von der Kassenart. Die Beiträge sind, wie beschrieben, von den Versicherten selbst zu entrichten. Die Ersatzkassen sind dabei nach neuem Recht – wie die anderen Krankenkassen – Einzugsstellen für die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur Bundesanstalt für Arbeit (§ 28 i SGB IV).

1. 3 Unterschiede im Leistungsrecht

1. 3. 1 Leistungen an Pflicht- und freiwillig Versicherte

25. Einen Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gibt § 11 SGB V. Ob es sich bei den dort genannten Vorschriften um *Regelleistungen* oder um satzungsmäßige *Mehrleistungen* handelt, kann nur den speziellen Vorschriften entnommen werden. Nicht in das SGB V bzw. in das KVLG (1989) aufgenommen wurden die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie die »sonstigen Hilfen«. Die Vorschriften für diese Leistungen finden sich nach wie vor in der RVO (§§ 195 -200 g RVO) bzw. im KVLG (1972).

26. Wie *Schaubild 2.9* zeigt, ergeben sich für die *Versicherungspflichtigen* im Grunde keine Unterschiede hinsichtlich der Leistungen in Abhängigkeit von der Kassenart. Besonderheiten bestehen lediglich bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen bei der Gewährung von Krankengeld, bei der Haushaltshilfe und hinsichtlich der Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (§§ 10, 12 - 14 KVLG [1989]). Die Betriebshilfe ist – wie schon nach altem Recht – eine zusätzliche Leistung der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Unterbringung in einem Seemannsheim eine zusätzliche Leistung der See-Krankenkasse.

27. Die Leistungen an die *freiwillig versicherten Mitglieder* weisen ebenfalls keine Unterschiede mehr auf. Grundsätzlich haben sie die gleichen Ansprüche wie die pflichtversicherten Personen. Die Möglichkeit der Ersatzkassen, die Leistungen an die freiwilligen Mitglieder durch Satzung zu regeln (§ 4 Abs.2 der 12. AufbauVO), ist nach dem Gesundheits-Reformgesetz nicht mehr gegeben (die 12. AufbauVO wurde gestrichen; Art. 79 Abs.6 Nr.7 GRG). Für die Ersatzkassen gelten nunmehr die gleichen Regelungen wie für die anderen Kassen.

Eine satzungsmäßige Leistungsbeschränkung für freiwillige Mitglieder ist nur möglich, soweit dies im SGB V vorgesehen ist und muß dann beim Beitragssatz beachtet werden (§ 243 Abs.1 SGB V). Nach dem SGB V ist bei allen Kassen – mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen – für freiwillige Mitglieder insbesondere der Ausschluß des Krankengeldes möglich (§ 44 Abs.2 SGB V).

Als Leistungsbeschränkung kann auch die Teilkostenerstattung gem. § 14 SGB V angesehen werden (s. unter Punkt 1.5.2).

1. 3. 2 Verfahren der Leistungserbringung

28. Die alte Streitfrage, inwieweit die Kassen ihren *freiwillig* Versicherten Kostenerstattung gewähren können (vgl. dazu noch den Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Drs. 11/3267, S. 368), ist durch das Gesundheits-Reformgesetz ausgeräumt. § 13 SGB V stellt klar, daß *allgemein* das *Sachleistungsprinzip* gilt; Kostenerstattung ist für alle Kassenarten (§ 13 SGB V gilt über § 20 RKG auch für die Knappschaft, über § 8 KVLG [1989] auch für die landwirtschaftlichen Krankenkassen) grundsätzlich ausgeschlossen. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind nur dann zulässig, wenn sie ausdrücklich im SGB V vorgesehen sind, z.B. in § 13 Abs.2, § 14, § 29 sowie aufgrund der Erprobungsregelungen nach § 64.

Allerdings gestattet darüber hinaus Art. 61 GRG allen Krankenkassen, die am 31.12.1988 Kostenerstattungsregelungen in ihrer Satzung vorsahen und praktizierten, diese im gleichen Umfang auch zukünftig fortzuführen. Dabei kann es sich in der Vielzahl der Fälle nur um Ersatzkassen handeln.

1. 4 Unterschiede im Vertragsrecht zu den Leistungserbringern

29. *Keinerlei Unterschiede* im Vertragsrecht zu den Leistungserbringern bestehen zwischen den *Ortskrankenkassen*, den *Betriebskrankenkassen* und den *Innungskrankenkassen*.

30. Die *See-Krankenkasse* nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als sie nicht gezwungen ist, selbst in vertragliche Beziehungen zu den Leistungserbringern zu treten, da ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen im Auftrag und für Rechnung der See-Krankenkasse von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnortes oder einer anderen durch die Satzung mit der Leistungsgewährung beauftragten Krankenkasse erhalten. Schließt die See-Krankenkasse selbst Verträge mit Leistungserbringern, gelten

Schaubild 2. 9: Kassenarten und Leistungen an Versicherungspflichtige

Kassenart / Leistungen	Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	See-Krankenkasse	Landwirtschaftliche Krankenkassen	Bundesknappschaft	Ersatzkassen
Leistungen zur Förderung der Gesundheit	§ 2 SGB V	§ 20 SGB V	§ 20 SGB V	§ 20 SGB V	§ 8 KVLG (1989), § 20 SGB V	§ 20 RKG, § 20 SGB V	§ 20 SGB V
Leistungen zur Verhütung von Krankheiten	§§ 21-24 SGB V	§§ 21-24 SGB V	§§ 21-24 SGB V	§§ 21-24 SGB V	§ 8 KVLG (1989), §§ 21-24 SGB V	§ 20 RKG §§ 21-24 SGB V	§§ 21-24 SGB V
Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten	§§ 25,26 SGB V	§§ 25,26 SGB V	§§ 25,26 SGB V	§§ 25,26 SGB V	§ 8 KVLG (1989), §§ 25, 26 SGB V	§ 20 RKG, §§ 25,26 SGB V	§§ 25,26 SGB V
Leistungen bei Krankheit - Krankenbehandlung	§§ 27-43 SGB V	§§ 27-43 SGB V	§§ 27-43 SGB V	§§ 27-43 SGB V	§ 8 KVLG (1989), §§ 27-43 SGB V Haushaltshilfe für die gem.§ 2 Abs.1 Nr.1,2 KVLG (1989) Versicherten als Satzungsleistung	§ 20 RKG, §§ 25, 26 SGB V	§§ 27-43 SGB V
- Krankengeld	§§ 44-51 SGB V	§§ 44-51 SGB V	§§ 44-51 SGB V	§§ 44-51 SGB V	§§ 8 Abs.2,12,13 KVLG (1989)	§ 20 RKG, §§ 44-51 SGB V	§§ 44-51 SGB V
Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit	§§ 53-57 SGB V	§§ 53-57 SGB V	§§ 53-57 SGB V	§§ 53-57 SGB V	§§ 53-57 SGB V nach Maßgabe von § 14 KVLG (1989)	§ 20 RKG, §§ 53-57 SGB V	§§ 53-57 SGB V
Sterbegeld	§§ 58,59 SGB V für am 1.1.1989 versicherte Personen	wie Ortskrankenkassen			§ 8 KVLG (1989) §§ 58,59 SGB V	§ 20 RKG §§ 58,59 SGB V	§§ 58,59 SGB V
Haushaltshilfe	als Regelleistung gem.§ 38 SGB V bei Krankenhausbehandlung, Kuren, Erbringung von häuslicher Krankenpflege	wie Ortskrankenkassen, Regelleistung gem. § 38 SGB V			nur für die gem. § 2 Abs.1 Nr.3 bis 5 KVLG (1989) Versicherten Regelleistung gem.§ 28 SGB V, an sonsten Mehrleileistung gem. § 10 Abs. 1 KVLG (1989)	wie Ortskrankenkassen, Regelleistung gem § 38 SGB V	
Betriebshilfe	---	---	---	---	§ 9 KVLG (1989)	---	---
Mutterschaftshilfe	§§ 195 ff. RVO	§§ 195 ff. RVO	§§ 195 ff. RVO	§§ 195 ff. RVO	§§ 22 ff. KVLG, wie Ortskrankenkassen	§ 20 RKG, §§ 195 ff. RVO	§§ 195 ff. RVO
Sonstige Hilfen	§§ 200e ff. RVO	§§ 200e ff. RVO	§§ 200e ff. RVO	§ 200e ff. RVO	§§ 31 a-c KVLG, wie Ortskrankenkassen	§ 20 RKG, §§ 200e ff. RVO	§§ 200e ff. RVO
Seemannsheim	---	---	---	§ 39 Abs.5 SGB V	---	---	---

dieselben Regelungen wie für die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen (§ 165 Abs.4 SGB V).

31. Für die *landwirtschaftlichen Krankenkassen* gelten ebenfalls grundsätzlich dieselben Bestimmungen wie für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen (§ 15 KVLG [1989]). In organisatorischer Hinsicht ergibt sich insoweit eine Abweichung, als die Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung grundsätzlich von der landwirtschaftlichen Krankenkasse wahrgenommen werden, in deren Bezirk die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat (§ 36 KVLG [1989]).

32. Ähnliches gilt für die *knappschaftliche Krankenversicherung*. Es gelten grundsätzlich dieselben Regelungen wie für die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen (§ 20 RKG). In organisatorischer Hinsicht ist allerdings zu beachten, daß sowohl die Aufgaben eines Bundesverbandes als auch die Aufgaben eines Landesverbandes von der Bundesknappschaft wahrgenommen werden (§ 212 Abs.3 SGB V).

33. Im Hinblick auf die *Ersatzkassen* besteht weiterhin die Besonderheit, daß nicht die allgemeinen Regelungen zum Kassenarztrecht Gültigkeit besitzen, sondern davon abweichende, eigene Vertragsbeziehungen bestehen (§ 83 Abs.3 SGB V; s. auch Zwischenbericht der Enquete-Kommission, BT-Drs. 11/3267, S.368 f.). Hinzu kommen organisatorische Unterschiede. Die sonst den Bundes- oder Landesverbänden zugewiesenen Aufgaben werden einheitlich von den Verbänden der Ersatzkassen wahrgenommen, die im Ge-

Schaubild 2. 10: Kassenarten und Vertragsrecht

Kassenart / Leistungserbringer	Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	Seekrankenkasse	Landwirtschaftl. Krankenkassen	Bundesknappschaft	Ersatzkassen
Ärzte und Zahnärzte	auf Bundesebene: - Bundesmantelverträge, §§ 82 Abs.1, 87 SGB V - Richtlinien zur ärztli. Versorgung, § 92 SGB V auf Landesebene: Gesamtverträge, § 83 Abs.1 und 2 SGB V	wie Ortskrankenkassen		Vertragsbeziehungen entbehrlich, § 165 Abs.4 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 15,36 KVLG (1989)	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 83 Abs.4, § 212 Abs.3 SGB V, § 20 RKG	Ähnlich Ortskrankenkassen, § 83 Abs.3 SGB V; keine gesetzliche Schlichtungsregelung, organisat. Abweich. § 212 Abs.5 SGB V
Zahntechniker	auf Bundesebene: Bundesleistungsverzeichnis, § 88 Abs.1 SGB V auf Landesebene: Vergütungsvereinbarungen, § 88 Abs.2 SGB V						Ähnlich Ortskrankenkassen, organisatori-Abweichungen, § 88 Abs. 1 und 2 SGB V
Krankenhäuser	Generelle Regelungen: - Sicherstellungsverträge, § 112 SGB V - Dreiseitige Verträge, § 115 Abs.1-4 SGB V - Rahmenempfehlungen, § 115 Abs.5 SGB V Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenhäusern, §§ 108 Nr 3, 109 SGB V	wie Ortskrankenkassen		Vertragsbeziehungen entbehrlich, § 165 Abs.4 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 15,36 KVLG (1989)	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, § 20 RKG, § 212 Abs.3 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen §§ 212 Abs.5, 213 Abs.1 SGB V
Vorsorge- und Rehabilitationsrichtungen	Versorgungsverträge § 111 SGB V						
Leistungserbringer von Heilmitteln	Verträge über die Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise, § 125 SGB V, Zulassung zur Leistungserbringung, § 124 SGB V	wie Ortskrankenkassen		Vertragsbeziehungen entbehrlich, § 165 Abs.4 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 15,36 KVLG (1989)	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, § 20 RKG, § 212 Abs.3 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 212 Abs.5, 213 Abs.1 SGB V
Leistungserbringer von Hilfsmitteln	Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln sowie über die Abrechnung, § 127 SGB V Zulassung zur Leistungserbringung, § 126 SGB V (Hilfsmittelverzeichnisse, § 128 SGB V)	wie Ortskrankenkassen		Vertragsbeziehungen entbehrlich, § 165 Abs.4 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 15,36 KVLG (1989)	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, § 20 RKG, § 212 Abs.3 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 212 Abs.5, 213 Abs.1 SGB V
Apotheken	Rahmenverträge über die Arzneimittelversorgung auf Bundesebene, § 129 Abs.2-4 SGB V, ergänzende Verträge auf Landesebene möglich, § 129 Abs.5 SGB V	wie Ortskrankenkassen			Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 15,36 KVLG (1989)	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, § 20 RKG, § 212 Abs.3 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, lediglich organisatorische Abweichungen, §§ 212 Abs.5, 213 Abs.1 SGB V
Pharmazeutische Unternehmen	Rahmenverträge über die Arzneimittelversorgung möglich, § 131 SGB V						
Häusliche Krankenpflege, häusliche Pflegehilfe, häusliche Pflege, Haushaltshilfe	Anstellungsverträge möglich, § 132 Abs.1 S.1 SGB V Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen möglich § 132 Abs.1 S.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen		Vertragsbeziehungen entbehrlich, § 165 Abs.4 SGB V	Ähnlich Ortskrankenkassen, §§ 15, 16 KVLG (1989)	wie Ortskrankenkassen, § 20 RKG	wie Ortskrankenkassen
Krankentransportunternehmen, Rettungsdienst	Verträge mit geeigneten Einrichtungen, § 133 SGB V						
Hebammen, Entbindungspfleger	keine Vetragsbeziehungen, gesetzlicher Gebührenanspruch, § 134 Abs.1 SGB V	wie Ortskrankenkassen			wie Ortskrankenkassen,§ 15 KVLG (1989)	wie Ortskrankenkassen, § 20 RKG	wie Ortskrankenkassen

gensatz zu den Bundesverbänden der Krankenkassen auch keine Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern eingetragene Vereine sind (§ 212 Abs.4 und 5 SGB V). Eine über diese organisatorischen Besonderheiten hinausgehende Abweichung besteht weiterhin insoweit, als eine gesetzliche Regelung über die Durchführung eines Schiedsverfahrens für den Fall der (teilweisen) Nichteinigung mit Ärzten und Zahnärzten fehlt (§ 89 Abs.1 - 6 SGB V).

Einen Überblick über die Vertragsgestaltung im einzelnen bietet das *Schaubild 2.10.*

1. 5 Besonderheiten für Krankenkassenbeschäftigte

1. 5. 1 Zuständigkeit

34. Die Kassenzuständigkeit für Eigenbedienstete der Krankenkassen wird in § 180 SGB V geregelt. Die bei einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse, der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft beschäftigten *versicherungspflichtigen Arbeitnehmer* sind Mitglieder dieser Krankenkasse. Für Bedienstete auf *Verbandsebene* sieht das Gesetz indes keine entsprechende Regelung vor. Die bei einer Ersatzkasse beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer können Mitglieder dieser Ersatzkasse werden, und zwar auch dann, wenn sie nicht zu dem Mitgliederkreis gehören, für den die Ersatzkasse als solche zugelassen ist.

Für die Bediensteten der landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht ebenfalls keine entsprechende Regelung, d.h. für sie gelten die allgemeinen Vorschriften; sie werden daher in der Regel Mitglieder der zuständigen Ortskrankenkasse.

35. *Nichtversicherungspflichtige Arbeitnehmer* der Krankenkassen können unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V der Versicherung freiwillig beitreten; für sie gelten dann hinsichtlich der Kassenzuständigkeit die Wahlrechte des § 185 SGB V. Darüber hinaus enthält Art. 59 Abs.1 Nr.3 i.V.m. Abs.2 GRG ein befristetes Beitrittsrecht für Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung gilt (DO-Angestellte), sowie für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind.

1. 5. 2 Leistungen

36. Für Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung gilt, und für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, kann die Satzung bestimmen, daß wahlweise anstelle der Leistungen des SGB V ein Anspruch auf *Teilkostenerstattung* tritt (§ 14 SGB V). Damit soll diesem Personenkreis die Möglichkeit eröffnet werden, Beihilfeleistungen zu realisieren. Die Teilkostenerstattung muß dann bei der Höhe des Beitragssatzes beachtet werden (§ 243 SGB V).

2. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

37. Die Mehrheit der Mitglieder der Enquete-Kommission*) ist der Meinung, daß für die beschriebenen *rechtlichen Unterschiede* — sowohl hinsichtlich der verschiedenen Gruppen von Versicherten als auch zwischen den einzelnen Kassenarten — grundsätzlich keine sachliche Begründung gefunden werden kann. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß für die Neuordnung des Gliederungssystems der GKV über ein Modell der Kassenwahlfreiheit die weitgehende Beseitigung bestehender Rechtsungleichheiten, soweit sie den Wettbewerb verzerren, eine unabdingbare Voraussetzung ist. Die Mehrheit der Kommission*) vertritt die Auffassung, daß die Einebnung sämtlicher rechtlicher Unterschiede keinen Selbstzweck darstellen soll. Nur soweit rechtliche Unterschiede zu gravierenden Wettbewerbsvor- bzw. Wettbewerbsnachteilen führen, muß eine Angleichung in der einen oder anderen Richtung erwogen werden.

38. Die Minderheit der Enquete-Kommission*) ist der Meinung, daß für den Fortbestand der beschriebenen *rechtlichen Unterschiede* — sowohl hinsichtlich der verschiedenen Gruppen von Versicherten als auch zwischen den einzelnen Kassenarten — keine sachliche Bgründung gefunden werden kann. Weder im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht noch im Vertragsrecht zwischen Kassen und Leistungserbringern ließen sich Argumente anführen, die ein Festhalten rechtfertigen könnten. Für die erfolgreiche Umsetzung der unbedingt erforderlichen Neuordnung der Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung über ein Modell der Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten (bei Kontrahierungszwang) bildet die Beseitigung der bestehenden Rechtsungleichheiten eine unabdingbare Voraussetzung.

Die Minderheit der Kommission*) befürwortet deshalb im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht die *Schaffung gleicher Rechtsgrundlagen für alle Kassenarten.* Dies gilt im weiteren auch für die Frage unterschiedlicher Dienstrechtssysteme bei den verschiedenen Kassenarten (DO-Angestellte, BKK-Beschäftigte usw.). Auch hier empfiehlt die Minderheit*) die dienstrechtliche Gleichstellung der bei den Kassen Beschäftigten. Für die Bediensteten der Krankenkassenverbände müssen darüber hinaus hinsichtlich der Mitgliedschaftsrechte die gleichen gesetzlichen Regelungen eingeführt werden, wie sie für Kassenbeschäftigte gelten. Für die Verbandsbediensteten der Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen zusätzlich die rechtlichen Voraussetzungen für eine Gleichstellung mit den Bediensteten der anderen Verbände erst geschaffen werden.

Literaturverzeichnis

Siehe die Angaben im Anschluß an den folgenden Berichtsteil »Gliederung des Krankenversicherungssystems/Reform der Kassenorganisationsstruktur« (2. Teil, Unterabschnitt IV).

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

IV. Gliederung des Krankenversicherungssystems / Reform der Kassenorganisationsstruktur

[Dieser Berichtsteil wurde von der Kommission mit der Mehrheit von 10 Stimmen* bei 1 Gegenstimme** und 6 Enthaltungen*** verabschiedet.]

1. Rechtliche und tatsächliche Situation

1. 1 Gliederungsvoraussetzungen und -kriterien

1. Annähernd 90 % der Bevölkerung in der Bundesrepublik – etwa 54 Millionen Menschen – gehören entweder direkt als Mitglieder oder vermittelt über die Familienversicherung als Familienangehörige dem System der gesetzlichen Krankenversicherung an. Sie verteilen sich auf acht verschiedene Kassenarten mit regionaler, berufsständischer oder branchenspezifischer Ausrichtung in insgesamt *1151 Krankenkassen* (Stand: Juni 1989) als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei zählen einzelne Krankenkassen weniger als 1000 Mitglieder, andere wiederum mehrere Millionen. Eigen ist ihnen allen ihre Autonomie als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit eigener Finanzhoheit.

Im einzelnen gliedert sich das System der gesetzlichen Krankenversicherung gegenwärtig in:

- 268 Ortskrankenkassen,
- 694 Betriebskrankenkassen,
- 153 Innungskrankenkassen,
- 19 landwirtschaftliche Krankenkassen,
- 7 Ersatzkassen für Angestellte,
- 8 Ersatzkassen für Arbeiter,
- 1 See-Krankenkasse,
- 1 Bundesknappschaft.

2. Wie schon die Sozialenquete vor gut 20 Jahren in ihrem Bericht feststellte, kann diese organisatorische Vielfalt des Krankenversicherungswesens in der Bundesrepublik kaum rational begründet werden (SOZIALENQUETE 1966, Ziffer 266, S.101), sondern bildet das Ergebnis historisch gewachsener Strukturen, die bereits durch den historischen Gesetzgeber im Kaiserreich (Krankenversicherungsgesetz 1883, Reichsversicherungsordnung 1911[1] angelegt und seither im Grundsatz durch allen gesellschaftlichen, ökonomischen und staatlichen Wandel der letzten 100 Jahre erhalten geblieben sind.

3. Entscheidend für die Existenz des gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in seiner gegenwärtigen Form ist dabei in weitem Umfang nicht die individuelle Entscheidung der Versicherten zugunsten einer der zahlreichen Krankenkassen, sondern ein *rechtliches Zuweisungssystem*, das von seinen Intentionen her die strikte Bindung der Mitglieder an eine gesetzliche Krankenkasse zum Prinzip erhebt und Wahlrechte zwischen Kassen(arten) für die Versicherten (und deren Familienangehörige) nur in sehr beschränktem Umfang zuläßt. Der allgemeine Versicherungszwang wird somit durch einen Kassen(arten)zwang ergänzt. Dabei unterlagen Arbeiter (wie bereits im 2. Teil, Unterabschnitt III, unter 1.1.1.1, dargestellt) bis Ende 1988 ausnahmslos der Versicherungspflicht, während Angestellte (außerhalb von Bergbau und Seefahrt) immer dann, wenn sie Arbeitsentgelte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielten, das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen konnten. Seit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) Anfang 1989 steht Arbeitern – mit Ausnahme der in Seekasse und Knappschaft Versicherten – dieses Recht ebenfalls zu (§ 6 Abs.1 Nr.1 u. 5 SGB V; näher zur Begründung: BT-Drucksache 11/2237, S.160 [GRG-Entwurf]; ZIPPERER 1989, S.85).

4. Für die Zuordnung der Pflichtversicherten[2] gilt im wesentlichen folgendes[3]:

- Die *Ortskrankenkassen* versichern grundsätzlich alle vom System erfaßten Personen – es sei denn, es besteht gesetzlich eine andere Kassenzuständigkeit.
- Existiert eine *Betriebskrankenkasse* im Betrieb des Versicherungspflichtigen, tritt diese an die Stelle der Ortskrankenkasse.
- Besteht eine *Innungskrankenkasse* für den Betrieb des Mitglieds einer Innung, sind dort Beschäftigte der Innungskrankenkasse zugeordnet.
- Daneben bestehen die *Ersatzkassen* für Arbeiter und Angestellte, die über keine *gesetzlich* zugewiesene Klientel verfügen.[4] Die Ersatzkassen eröffnen nur bestimmten Gruppen von Versicherten ein Zutrittsrecht. Voraussetzung ist, daß das potentielle Mitglied zum zugelassenen Mitgliederkreis der gewählten Ersatzkasse gehört (vgl. § 183 Abs.1 S.1 SGB V; TÖNS 1989, S.105 f. Zum materiell gleichen, bis Ende 1988 geltenden Recht: § 505 Abs.1 RVO i.V.m. § 4 Abs.1 der 12. AufbauVO; STOLT/VESPER 1973, S.60 ff.).

5. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, daß diese Kassen generell den Berufsstatus zum Ausgangspunkt des Mitgliedschaftsrechts machen. Während die beiden großen Angestelltenersatzkassen keine satzungsmäßige Begrenzung auf festgelegte Angestelltentätigkeiten oder Angestelltenberufe

1) Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15.Juni 1883, RGBl. S.73; Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19.Juli 1911, RGBl. S.509.

*) Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

**) Glombig.

***) Abg. Frau Becker-Inglau, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

2) Zu Einzelheiten vgl. Schaubild 2. 4 im 2. Teil, Unterabschnitt III.

3) Lediglich sporadisch einbezogen sind im weiteren Seekasse, Bundesknappschaft und landwirtschaftliche Kassen, da sie als Versicherungen eng umrissener Personengruppen und aufgrund teilweise völlig anders strukturierter Finanzierungsgrundlagen Systeme mit Sonderregelungen darstellen.

4) Eine Ausnahme besteht über den Grundsatz der Kontinuität der Mitgliedschaft: nach §§ 181 f. SGB V sind den Ersatzkassen die dort bezeichneten Personenkreise dann als Pflichtmitglieder zugewiesen, wenn diese bereits in der Vergangenheit Mitglied einer Ersatzkasse waren.

Tabelle 2. 5: Entwicklung der Mitgliederverteilung der GKV nach Kassenarten 1938 - 1989 (in v.H.)[1]

Jahr	Kassenart						
	AOK	IKK	BKK	EK.-Ang.	EK.-Arb.	Andere[2]	Mitglieder insgesamt (in 1000)
1938	58,2	2,9	17,6	9,8		11,4	23.222
1950	68,5	2,0	11,4	8,7	0,4	9,0	20.200
1960	57,0	3,6	13,3	18,2	0,9	7,2	27.060
1970	52,2	4,9	13,6	23,1	1,1	5,3	30.605
1975	48,2	4,7	12,7	27,1	1,1	6,2	33.492
1980	46,7	5,2	12,1	29,1	1,2	5,4	35.340
1982	45,8	5,2	11,9	30,5	1,3	5,3	35.820
1983	45,4	5,3	11,7	31,1	1,4	5,2	35.806
1984	45,0	5,3	11,6	31,5	1,4	5,1	35.993
1985	44,8	5,3	11,6	31,9	1,5	5,0	36.209
1986	44,4	5,2	11,6	32,3	1,5	4,9	36.450
1987	44,0	5,2	11,6	32,8	1,6	4,8	36.718
1988	43,7	5,2	11,5	33,3	1,7	4,7	37.001
1989[3]	43,5	5,1	11,6	33,4	1,7	4,7	37.062

1) Jahresdurchschnitt; 2) See-Krankenkasse, (Bundes-)Knappschaft, Landwirtschaftliche Kassen; 3) Juni
Quelle: Ermittelt nach SCHEWE/NORDHORN 1967, S.83; SMIGIELSKI 1982, S.235; BMA (Hrsg.) 1986; BABl. 11/1987 u. 10/1989.

kennen, begrenzen die Arbeiterersatzkassen ihre personelle Zuständigkeit auf bestimmte Berufssparten (und sind zudem meist nur regional tätig). Besteht ein Beitrittsrecht und möchte der Versicherte zu einer Ersatzkasse übertreten, kann er dieses Wahlrecht durch einseitige Erklärung gegenüber der Ersatzkasse ausüben, was gleichzeitig zur Befreiung von der Pflichtkassenmitgliedschaft (bei der für ihn zuständigen Ortskrankenkasse, der Betriebs- oder Innungskrankenkasse) führt (§ 183 Abs. 2-5 SGB V; näher: TÖNS 1989, S.104 ff. Zum alten Recht der RVO: BOGS W. 1971, S.109 f., 165 f.).

6. Aufgrund dieses *rechtlichen Gliederungsschemas* zeigte die Mitgliederverteilung innerhalb der Krankenkassenlandschaft in Deutschland lange Zeit hinweg ein eindeutiges Bild. Die – früheren – RVO-Kassen (Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen) hielten einen Marktanteil von etwa drei Vierteln aller Versicherten (bei Vernachlässigung der Sonderkassen etwa 90 %), während auf die Ersatzkassen lediglich ein relativ kleiner Rest entfiel.

Abgesehen von einem kontinuierlichen Konzentrationsprozeß bei den dezentral tätigen Kassenarten bildete bis in die 50er Jahre diese strikte Bindung der Versicherten an eine Kassenart ein adäquates Mittel, weithin *homogene Versichertenstrukturen mit ausgewogener Risikomischung* zu garantieren. Ausweichmöglichkeiten für die vom System erfaßten Personengruppen wurden auf einen überschaubaren Versichertenkreis eingeengt, ohne daß dadurch Risikostrukturen und Finanzierung des Gesamtsystems wesentlich beeinflußt wurden. Der für die gesetzliche Krankenversicherung konstitutive Solidarausgleich, dessen Funktionsfähigkeit sich im gegliederten System vor allem innerhalb der jeweiligen Kassengrenzen beweist, konnte sich weithin reibungslos vollziehen.

1. 2 Gliederungsergebnisse

7. Die sozioökonomische Entwicklung der Bundesrepublik hat die Berufsstrukturen kräftig umgewälzt (s. BMA [Hrsg.] 1987, S.23; SOZIALBERICHT 1986, BT-Drs. 10/5810, S.97; PREISER/WEBER 1988, Tabelle 3, S.39). Zusammen mit der gesetzlichen Ausdehnung von Pflichtversichertenkreis und dynamisierter Pflichtversicherungsgrenze führte dies im Zeitablauf zu einer zunehmenden Verschiebung der Mitgliederverteilung zwischen den einzelnen Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei nahm der Marktanteil der Ortskrankenkassen kontinuierlich ab, während auf der anderen Seite insbesondere die Ersatzkassen für Angestellte erheblichen Mitgliederzuwachs verzeichneten *(s. Tabelle 2.5)*.

8. Die Intention des historischen Gesetzgebers, durch starre Zuweisung gesunde Risikostrukturen für die einzelnen Kassenarten zu garantieren, ist durch den sozialen Wandel faktisch immer mehr in Frage gestellt worden. Zwar gilt nach wie vor, daß

- die Gründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen Bestand und Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährden darf (§§ 147 Abs.1 Nr.3, 157 Abs.2 Nr.3 SGB V= §§ 248 Nr.1, 251 Abs.1 Nr.1 RVO a. R.),
- Ersatzkassen Personen nur aufnehmen dürfen, wenn diese die jeweiligen Mitgliedschaftsvoraussetzungen auch erfüllen,

doch führt insbesondere der säkulare *Trend zur »Angestelltengesellschaft«* zunehmend zu *Widersprüchen im tradierten Gliederungssystem*. Bildete der Verzicht auf Wettbewerb um Versicherte gerade ein Grundelement für die Stabilität des gegliederten Systems, besteht mittlerweile ein individuelles Wahlrecht zwischen Kassen(arten) für gut die Hälfte aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. CASSEL 1984, S.31 u. 1987, Übersicht 5, S.27; SMIGIELSKI 1982, S.236; PREISER/WEBER 1988, S.39; BRUNKHORST 1987 b, S.253 f.; GEISSLER 1983, S.315).

Tendenziell hat der sozialstrukturelle Wandel bei tradierten Gliederungskriterien zur Herausbildung einer *Zwei-Klassen-Schichtung* bei den Kassenarten geführt: Arbeiter bilden vor allem die Klientel der Ortskrankenkassen (mehr als zwei Drittel) – daneben auch der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen –, Angestellte sind meist über die Ersatzkassen versichert (drei von fünf) (s. Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, in: AOK-BUNDES-

VERBAND [Hrsg.] 1987, S.3; AOK-BUNDESVERBAND [Hrsg.] 1988, S.22 u.ö.; PAQUET 1987, Tabelle 13, S.118).

9. Entscheidend für die finanzielle und wettbewerbliche Position einer Krankenkasse ist dabei, ob mit dieser Entwicklung auch eine zunehmend *schiefe Verteilung von Risikopotentialen* bei den einzelnen Krankenkassenarten einhergeht und inwieweit ihnen gegebenenfalls Parameter zur Verfügung stehen (bzw. im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung verfügbar sein können), um hier gegensteuernd einzugreifen. Offensichtlich ist jedenfalls, daß ein massives Abwandern von Versichertengruppen, die als »gutes Risiko« – überdurchschnittliche finanzielle Leistungsfähigkeit, geringe Morbidität – gelten können, die davon betroffene Kassenart oder Einzelkasse in zunehmende finanzielle und wettbewerbliche Schwierigkeiten bringen muß (dazu näher unter Pkt. 2. 3).

10. Neben ihren Auswirkungen auf Risikoverteilung und Wettbewerbsposition von Kassen und Kassenarten bilden die *Beitragssatzunterschiede* zwischen den Kassen ein weiteres wesentliches Merkmal des gegliederten Systems. Dabei bewegen sich gegenwärtig die Beitragssatzdifferenzen im Extrem zwischen Werten von 8 Prozentpunkten (bei einer Betriebskrankenkasse) am unteren und 16 Prozentpunkten (bei einer Orts- und einer Betriebskrankenkasse) am oberen Ende der Skala – also in einer Breite von 100 % (Stand: Juni 1989).

Tabelle 2. 6: Verteilung der Beitragssätze auf Kassenarten und GKV-Pflichtmitglieder 1989*)

A. Kassenverteilung:

Beitragssatz (in v. H. des Grundlohns)	Kassen insgesamt	davon: AOK	IKK	BKK	EK.-Ang.	EK.-Arb.
8 - 8,9	7			7		
9 - 9,9	73		1	72		
10 - 10,9	235		5	227	1	2
11 - 11,9	255	19	28	204	2	2
12 - 12,9	257	50	55	147	4	
13 - 13,9	187	99	56	29		2
14 - 14,9	105	92	5	6		2
15 - 15,9	11	7	3	1		
16 - 16,9	2	1		1		

B. Mitgliederverteilung:

Beitragssatz (in v.H. des Grundlohns)	Mitglieder (in Tausend)	An allen Mitgliedern (in v. H.)
8 - 8,9	3,0	0,015
9 - 9,9	277,8	1,359
10 - 10,9	720,4	3,524
11 - 11,9	2.621,4	12,824
12 - 12,9	9.454,1	46,250
13 - 13,9	4.146,8	20,286
14 - 14,9	2.843,2	13,909
15 - 15,9	360,5	1,764
16 - 16,9	13,9	0,068

*) Juni.
Quelle: Ermittelt nach BMA, Arbeits- und Sozialstatistik.

Werden Höchst- und Niedrigstwerte als eher untypische »Ausreißer« angesehen und aus der Betrachtung eliminiert, zeigt sich, daß gut 90 % der Kassen mit 96,8 % der Mitglieder der Beitragssätze zwischen 10 und knapp 15 Prozentpunkten erheben – mithin Beitragsunterschiede von 50 % aufweisen – und sich bei einem guten Drittel der Kassen – mit allerdings annähernd zwei Dritteln aller Mitglieder – der Beitragssatz zwischen 12 und knapp 14 Prozentpunkten massiert, was Schwankungen von bis zu etwa 20 % entspricht *(vgl. insgesamt Tabelle 2.6).*

11. Die autonomiebetonte und (teilweise) dezentrale Organisationsstruktur des gegliederten Systems bringt es im weiteren mit sich, daß nicht allein zwischen den verschiedenen Kassenarten, sondern auch *kassenartenintern* erhebliche Beitragssatzspannen zu beobachten sind. Dabei streuen bundesweit (Stand: Juni 1989; Quelle: BMA, Arbeits- und Sozialstatistik) die

- Ortskrankenkassen zwischen 11,1 und 16,0 Prozentpunkten (= 44 % Differenz),
- Innungskrankenkassen zwischen 9,8 und 15,6 Prozentpunkten (= 59 % Differenz),
- Betriebskrankenkassen zwischen 8,0 und 16,0 Prozentpunkten (= 100 % Differenz),
- Angestelltenersatzkassen zwischen 10,8 und 12,9 Prozentpunkten (= 19 % Differenz),
- Arbeiterersatzkassen zwischen 10,2 und 14,6 Prozentpunkten (= 43 % Differenz).

12. Für die einzelnen Versicherungsmitglieder ist von besonderem Interesse, welche ungleiche Beitragsbelastung sie als Folge des heutigen Gliederungssystems *vor Ort* treffen kann.

Tabelle 2. 7: Allgemeiner Beitragssatz*) der Kassen(arten) am 1. Januar 1988; Region Hamburg

Kassen(art)	Beitragssatz (in v. H.)	Beitragssatzunterschiede:	
AOK		15,5	9,5 – 15,5 = 60 % Differenz
IKK		13,4	
BKK:	- Mittelwert	12,6	
	- Maximalwert	13,9	
	- Minimalwert	9,5	
Ang.-EK:	- Mittelwert	12,7	
	- Maximalwert	12,9	
	- Minimalwert	11,0	
Arb.-EK:	- Mittelwert	12,0	
	- Maximalwert	14,6	
	- Minimalwert	10,6	

*) Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen.
Quelle: Auskunft der jeweiligen Kassen(verbände) für die Enquete-Kommission.

Dabei zeigen verschiedene Analysen, daß auch regionenbezogen weite Beitragsschwankungen zwischen den Kassen (kassenartenübergreifend, möglicherweise auch kassenartenintern) die Regel sind. Dies führt zu erheblichen finanziellen Mehr- oder Minderbelastungen für die betroffenen Versicherten (und ihre Arbeitgeber). Die Beitragssatzdifferenzen in derselben Region liegen teilweise bei rund 50 % (s. KOMM.-DRS.46, Anlage; für Bremen: GEISSLER 1980, S.18; für den Raum Steinfurt: GONTO/STUPPARDT 1981, S.305; für Duisburg: LEDENIK 1988, S.51 f.; BAUER/SCHÖNHOFEN 1988, S.650). In den von der Enquete-Kommission gesondert betrachteten Regionen Hamburg und Baden-Württ-

temberg ergibt sich dabei das in den *Tabellen 2.7 und 2.8* wiedergegebene Bild.

Tabelle 2. 8: Allgemeiner Beitragssatz*) der Kassen(arten) am 1. Januar 1988 (Region Württemberg-Baden[1])

Kassen(art)	Beitragssatz (in v.H.)	Beitragssatz-unterschiede:	
AOK:	- Mittelwert	12,4	8,6 — 14,3
	- Maximalwert	14,2	= 65 %
	- Minimalwert	10,9	Differenz
IKK:	- Mittelwert	11,8	
	- Maximalwert	13,8	
	- Minimalwert	10,6	
BKK:	- Mittelwert	11,0	
	- Maximalwert	14,3	
	- Minimalwert	8,6	
Ang.-EK:	- Mittelwert	12,7	
	- Maximalwert	12,9	
	- Minimalwert	11,0	
Arb.-EK:	- Mittelwert	12,0	

*) Pflichtversicherte mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen.
1) Grenzen des AOK-LV.
Quelle: Auskunft der jeweiligen Kassen(verbände) für die Enquete-Kommission; AOK-BV (Hrsg.) o.J.

2. Problemanalyse des gegliederten Systems

2. 1 Wahlmöglichkeiten für Versicherte zwischen einzelnen Kassenarten

13. Für den einzelnen Versicherten sind — wie ausgeführt — die Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Kassen und Kassenarten im heutigen System der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmlich über seinen beruflichen Status determiniert. Die rechtliche Ausgestaltung des gegliederten Systems mit Zuweisung und Option knüpft an die Berufsstellung des Versicherten als wesentlichem Abgrenzungskriterium an (»strukturbildender Mechanismus«; HUPPERTZ u. a. 1981, S.33). Im großen und ganzen erweitern sich Wahl- und Wechselmöglichkeiten des Einzelnen in dem Maße, wie ihm ein sozialer Aufstieg gelingt.

- Für *Arbeiter* mit einem Arbeitsentgelt bis zur Versicherungspflichtgrenze (in Höhe von 75 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung; 1989 = 4 575 DM monatlich) bestehen — mit Ausnahme der geringen Chance, zur Berufsgruppenklientel der Arbeiterersatzkassen zu gehören — keine individuellen Wahlmöglichkeiten. Dies gilt auch bei Existenz oder Gründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen, da Arbeiter in diesem Falle dort zwangsweise die Mitgliedschaft erwerben.
- Für *Angestellte* stellen sich die Optionsmöglichkeiten deutlich breiter dar. Alle Angestellten haben aufgrund der Zugangsregelungen verschiedener Angestelltenersatzkassen und deren bundesweiter Ausbreitung Wahlchancen zwischen der für sie zuständigen Pflichtkasse und (in der Regel mehreren) Ersatzkassen.
- Für *Arbeiter* und *Angestellte* mit einem *Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze* erweitert sich (mit Ausnahme der in Seekasse und Knappschaft Versicherten) das Angebot. Ob die Wahlmöglichkeiten (nur für Angestellte) innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt werden, Krankenversicherungsschutz außerhalb (bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen) gesucht oder von jeglicher gemeinschaftlicher Vorsorge für persönliche Gesundheitsgefährdungen abgesehen wird, bleibt ausschließlich individuellem Ermessen anheimgestellt.
- Grundsätzlich gilt ähnliches auch für *Beamte und Selbständige* (außerhalb der Landwirtschaft). Gehörten sie in der Vergangenheit der gesetzlichen Krankenversicherung an, können sie frei entscheiden, ob sie Mitglied »ihrer« gesetzlichen Pflichtkasse oder einer der zur Auswahl stehenden Ersatzkassen bleiben wollen bzw. zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen wechseln oder auf solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos ganz verzichten (vgl. § 9 i.V.m. §§ 185, 188 SGB V; TÖNS 1989, S.111 f. und die Übersichten zum a. R. bei LAMPERT 1987, S.56; HENKE 1985, S.71).

14. Wenn heute bereits rund die Hälfte aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung individuelle Kassenwahlmöglichkeiten besitzen, wird dieser Anteil zukünftig weiter zunehmen. Eine früher kaum erwähnenswerte Minderheit von Versicherten wandelt sich aufgrund der sozioökonomischen Entwicklung zu einer deutlichen Mehrheit.

15. Doch während in anderen Bereichen des Sozialversicherungsrechts (etwa dem Rentenrecht) bereits seit den 50er Jahren (vgl. KOLB 1989, S.125 f.), im Arbeitsrecht (vor allem durch das Lohnfortzahlungsgesetz [LFZG]) seit den späten 60er Jahren und zunehmend auch in tarifvertraglichen Regelungen (Tarifabschluß 1987 in der chemischen Industrie; dazu METTKE 1989, S.98 ff.) die rechtliche Angleichung der Stellung von Arbeitern und Angestellten weite Fortschritte gemacht hat, *benachteiligt das Krankenversicherungsrecht* weiterhin *Arbeiter* gegenüber Angestellten und allen anderen (potentiellen) Versichertengruppen. Eine solche Ungleichbehandlung von Versicherten, deren Belastung mit Beitragszahlungen andererseits nach einheitlichen (an der Höhe des Bruttoarbeitsentgelts orientierten) Kriterien bemessen ist, entbehrt der sachbezogenen Rechtfertigung. In einer Zeit, in der innerhalb der Arbeitswelt die Unterscheidung von typischen Angestellten- oder Arbeitertätigkeiten immer schwieriger wird und die Gesamtentwicklung zunehmend auf einen einheitlichen Arbeitnehmerbegriff hinausläuft, lassen sich für die Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten dauerhaft keine mit der Verfassung (Art.3 Abs.1 Grundgesetz [GG]) vereinbare Gründe mehr finden.

16. Die rechtliche Problematik der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten erhält dadurch ein eigenes sozialpolitisches Gewicht, daß die Zunahme des Kreises der Wahlberechtigten und die rege Wahrnehmung von Optionsmöglichkeiten, wie sie sich in der Entwicklung der Mitgliederzahlen bei den einzelnen Kassenarten widerspiegelt *(s. Tabelle 2.5)*, innerhalb der gesamten Versichertengemeinschaft *Risikoselektionen erlaubt.* Die Wahl eines anderen Versicherungsträgers durch den — rational handelnden — Versicherten erfolgt dann, wenn der Wechsel individuelle Vorteile verspricht. In den einstmals als Basissystem geschaffenen Ortskrankenkassen verbleiben vornehmlich diejenigen Versicherten zurück, denen ein Übertritt wenig sinn-

voll erscheint, oder – und das ist die quantitativ weitaus stärkere Gruppe – die weiterhin Zwangszugewiesenen.

Tendenziell sind damit aber zunehmend schiefe Risikoverteilungen zwischen den einzelnen Kassenarten möglich. Deren potentieller Umfang vergrößert sich weiter, da auch die Wahrnehmung kollektiver Optionen (durch Gründung oder Erweiterung von Betriebs- und Innungskrankenkassen) ökonomisch vor allem dann Sinn macht, wenn dies dem Zusammenschluß »guter Risiken« (»Rosinenpicken«) dient. Perspektivisch wird dadurch zunehmend ein systemimmanenter Erosionsprozeß zuungunsten der Ortskrankenkassen gefördert.

2. 2 Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassenarten

17. Einen entscheidenden Faktor für die Kassenwahl von Versicherten bildet zweifellos der von der Krankenversicherung erhobene Beitragssatz. Während geringe Beitragssatzunterschiede keinen wesentlichen Einfluß auf das Verhalten der Versicherten ausüben dürften, tritt eine ansonsten zumindest mitentscheidende Bedeutung vor allem kassenartspezifischer Prestige- und Imagevorteile bei sich weitenden Preisdifferenzen zunehmend in den Hintergrund. Nach den der Enquete-Kommission aus dem Ortskrankenkassenbereich übermittelten Beobachtungen beginnt der entsprechende Schwellenwert für die Versicherten bereits bei Beitragssatzdifferenzen von etwa einem halben Prozentpunkt[5]. Oberhalb dieser Marge trete die Dominanz der Beitragssatzgestaltung gegenüber anderen Einflußfaktoren (Kassenprestige, Service- und Leistungsangebot) deutlich zutage. Genauere Untersuchungen zur Bestimmung des Schwellenwertes stehen indessen noch aus. Im Wettbewerb der Kassen (arten) um Angestellte und freiwillig Versicherte muß somit der Stellenwert des jeweiligen Beitragssatzes der Kasse eher hoch eingeschätzt werden. Beitragssatzunterschiede zwischen einzelnen Kassen und Kassenarten bilden indes grundsätzlich ein konstitutives Element des gegliederten Systems überhaupt. Die oben benannten Differenzen von Kasse zu Kasse sind von daher weder neuartig noch ungewöhnlich (s. BSGE 58, 134 [139]; GEISSLER 1980, S.17).

18. Trotzdem gilt es, die Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen näher zu beleuchten. Mittlerweile erreichen die regionalen *Differenzen zwischen den Beitragssätzen* einzelner Kassen ihrer absoluten Höhe nach in der Geschichte der sozialen Krankenversicherung *nie zuvor angenommene Beträge*, so daß die finanzielle Mehrbelastung eines Versicherten – innerhalb derselben Region – durchaus einige 1 000 DM jährlich erreichen kann (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag). Der Beitrag für einen Durchschnittsverdiener (3 100 DM brutto monatlich) schwankt in der Region Hamburg zwischen 3 534 DM (bei einer Betriebskrankenkasse), 4 724 DM bei den Angestelltenersatzkassen (Mittelwert) und – im Extrem – 5 766 DM (bei der Ortskrankenkasse) jährlich. Bei einem Versicherten, dessen Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze liegt, weiten sich diese Differenzen auf bis zu annähernd 3 300 DM.

19. Bei der Frage nach der *sozialen Adäquanz* und *rechtlichen Zulässigkeit* solcher Beitragssatzdifferenzen auch in der Zukunft sind folgende Entwicklungen von zentraler Bedeutung:

- Der *Leistungskatalog* der Krankenkassen ist durch den Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr *vereinheitlicht* worden (sog. Regelleistungen nach dem früheren § 179 RVO; Überblick jetzt in § 11 SGB V). Weit über 90 % aller von den Krankenkassen erbrachten Leistungen sind verbindlich für alle versicherten Mitglieder festgeschrieben.
- Folge der breiten Verpflichtung auf Regelleistungen ist, daß sich das Leistungsangebot der Krankenkassen nur in Randbereichen voneinander unterscheidet. Auf den Katalog der sog. Mehr- und Ermessensleistungen[6] entfallen in den letzten Jahren nicht einmal 10 % der von den Kassen erbrachten Gesamtleistungen (SMIGIELSKI 1982, S.238; GEISSLER 1980, S.19, 41; DÜTTMANN 1978, S.50; BORCHERT 1982, S.243).
- Das normativ vorgegebene Leistungsspektrum führt, verbunden mit den Prinzipien der Kassenorganisation, dazu, daß ein *Teil der Versicherten* der gesetzlichen Krankenversicherung einem *»Diktat des Beitragssatzes«* unterworfen ist, ein (zunehmend) größerer Teil indes nicht. Wer keine Wahlmöglichkeiten im gegliederten System besitzt – also insbesondere die Arbeiter in den Ortskrankenkassen –, wird gezwungen, Beitragssätze zu akzeptieren, denen sich andererseits alle wahlberechtigten Versicherten entziehen können (und – wie die Entwicklung gezeigt hat – bisher in weitem Umfang auch entzogen haben).
- Der *Beitragsabstand* zwischen den Ortskrankenkassen, deren Versichertenstruktur wie die der Betriebs- und Innungskrankenkassen (vornehmlich) aus Zwangszugewiesenen besteht, und den anderen Krankenkassenarten, deren Mitgliederkreis sich aus freiwillig Beigetretenen zusammensetzt, hat sich in den letzten Jahren *deutlich geweitet.*

20. Mitte 1989 betrug der Abstand bundesweit zwischen

- Ortskrankenkassen und den Angestelltenersatzkassen 0,8 Prozentpunkte, während die Beitragssätze vor 16 Jahren (1973) bei den Ortskrankenkassen noch um 0,7 Prozentpunkte günstiger lagen,
- Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen (mit Mitgliedern, die ihr Kollektivwahlrecht wahrgenommen haben) 1,98 Prozentpunkte, während dieser Abstand 1973 nur 0,76 Prozentpunkte betrug,
- Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen (mit kollektiv Wahlberechtigten) 0,73 Prozentpunkte nach 0,48 Prozentpunkten vor 16 Jahren (Quelle: BMA-Statistik, Vordruck KM 1).

Wie bereits gezeigt wurde, driften die Beitragssätze in einzelnen Regionen der Bundesrepublik noch viel weiter auseinander, so daß vor Ort die Ungleichheit zwischen rechtlich und ökonomisch benachteiligten Versicherten und solchen mit Wahlfreiheiten bei vergleichbarem Leistungsniveau noch erheblich zunimmt.

21. Zusammenfassend lassen sich aus den genannten Prozessen zwei zentrale Schlußfolgerungen ziehen:

- Der *Grundsatz der Einkommensproportionalität* der Beiträge als zentrales Element des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung wird tendenzi-

5) Auskunft des Sachverständigen Berg in einer Anhörung der Arbeitsgruppe IV, Arbeitsgruppenprotokoll IV/3, S.7; s. auch PAQUET 1987, S.261.

6) Satzungsgemäße Mehr- und Ermessensleistungen beschränken sich insbesondere auf die Bereitstellung von Präventionsangeboten (§ 20 Abs.3 SGB V), die Durchführung ambulanter und stationärer Vorsorgekuren, die Gewährung von Zuschüssen zu den nicht medizinischen Kosten offener Kuren (§ 23 Abs.2 - 4 SGB V) oder die Durchführung von Müttergenesungskuren (§ 24 SGB V).

ell *ausgehöhlt*, wenn trotz gleichem Leistungsspektrum der Kassen und gleichem individuellen Arbeitsentgelt der Versicherten teilweise erheblich voneinander abweichende Beitragssätze entrichtet werden müssen.

- Im Unterschied zu früheren Jahrzehnten finden differierende Beitragssätze heute im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung keinen tragfähigen Ansatzpunkt mehr. Bei gleichem Leistungskatalog über alle Kassen und Kassenarten hinweg resultieren Beitragssatzdifferenzen zwischen den Einzelkassen weitestgehend aus Unterschieden in der jeweiligen *Finanzkraft* auf der einen und dem jeweiligen *Finanzbedarf* auf der anderen Seite.

22. Ein Teil der Kommission ist der Auffassung, daß angesichts der ausgewiesenen Zahlen zur Beitragsdrift zwischen den Kassen und Kassenarten mit entweder gesetzlich zugewiesener Klientel oder »Wahlversicherten« deshalb die Vermutung nahe liegt, daß die unterschiedlichen Zugangsregelungen im gegliederten System mittlerweile Risikoselektionen zugunsten der »Wahlkassen« in einem solchen Umfang erlauben, daß dadurch die für einen funktionsfähigen Solidarausgleich innerhalb der Krankenkassen unabdingbare Voraussetzung einer relativ ausgewogenen Risikomischung insbesondere für die Ortskrankenkassen zunehmend verlorengeht.

Ist dies tatsächlich der Fall, so die Sichtweise dieses Teils der Kommission, lassen sich die Widersprüche des gegenwärtigen Gliederungssytems dahingehend zuspitzen, daß es rechtlich benachteiligte Versichertengruppen auch sozial durch die zwangsweise Auferlegung höchster Beitragssätze diskriminiert – ein unter Gleichheits- wie Sozialstaatsaspekten (Art.3 Abs.1, 20 Abs.1 GG) gleichermaßen inakzeptables Ergebnis.

2. 3 Kassenarten und Risikostrukturen

23. Um mehr Aufschluß über die Ursachen der heutigen Beitragssatzunterschiede im gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewinnen, ist es notwendig, die für die finanzielle Situation und Beitragssatzgestaltung einer Kasse zentralen Faktoren Finanzkraft und Finanzbedarf weiter in ihre Segmente zu zerlegen. Zu analysieren ist, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die tradierten Organisationsstrukturen Beitragssatzunterschiede zuungunsten einzelner Kassen und Kassenarten provozieren.

Zu diesem Zweck erweist sich die *Kategorisierung* der für den konkreten Beitragssatz einer Kasse wesentlichen Elemente als sehr hilfreich, wie sie in Anlehnung an Versuche in früheren Untersuchungen (DÜTTMANN 1978, S.48 f.; HUPPERTZ u. a. 1981, v. a. S.461) 1985 auch vom Bundessozialgericht übernommen worden ist (BSGE 58, 134 ff. vom 22. Mai 1985 – 12 RK 15/83).

24. Das Bundessozialgericht hat in dieser Entscheidung letztlich offengelassen, in welchem Umfang Beitragssatzunterschiede auftreten müssen, um als verfassungsrechtlich nicht mehr tolerabel gelten zu können; im konkreten Fall hat es das Erreichen oder Überschreiten einer solchen Grenze verneint[7]. Wesentlich für den hier betrachteten Zusammenhang ist die Feststellung des Gerichts, daß die Beantwortung der Frage, ob Unterschiede in den Beitragssätzen „zu ungerechtfertigten Benachteiligungen oder Begünstigungen der von ihnen Betroffenen" führen, vor allem davon abhänge, ob sie auf Ursachen zurückzuführen seien,

a) „zu deren Ausgleich die soziale Krankenversicherung gerade geschaffen" worden sei, wie namentlich der Risikoausgleich
   - zwischen leistungsstärkeren und leistungsschwächeren Mitgliedern (Grundlohnunterschiede = abweichende beitragspflichtige Einnahmen),
   - zwischen unterschiedlichen Quoten mitversicherter Angehöriger (Familienlastquote),
   - zwischen älteren und jüngeren Versicherten,
   - zwischen den Geschlechtern;

b) die von medizinischer Überversorgung in der Region und entsprechender Inanspruchnahme durch die Versicherten ausgingen;

c) die Folge unwirtschaftlichen Verhaltens der Einzelkassen seien, wie vor allem
   - überdurchschnittliche Verwaltungskosten,
   - zu großzügige Leistungsgewährung,
   - ungenügende Wirtschaftlichkeitskontrollen (zum Ganzen: BSGE 58, 134 [145-148]).

Damit hat das Gericht drei Kategorien von Faktoren benannt, die relativ einfach danach abzugrenzen sind, ob ihre *Wirkungen* auf den Beitragssatz *von den Kassen* weitgehend autonom *gesteuert* werden können oder ob hier Größen einfließen, auf deren Zusammensetzung die einzelnen Kassen nur geringen oder keinen Einfluß ausüben können. Bei den letztgenannten Elementen liegt auf der Hand, daß sie der Eigenentscheidung der Kasse unterliegen. Die unter a) genannten Faktoren stellen den Kassen vorgegebene Größen dar, während die aufgeworfene Frage überdurchschnittlicher regionaler Versorgung von der jeweiligen Krankenkasse nur partiell beeinflußbar ist.

25. Da konstatiert werden kann, daß die kasseninternen Determinanten des Beitragssatzes – wie die oben angesprochenen Satzungs- und Ermessensleistungen, aber auch die Höhe der Verwaltungskosten[8] – zwar teilweise deutliche (nicht zuletzt institutionalisierte, § 147 Abs.2 SGB V) Unterschiede zwischen einzelnen Kassenarten aufweisen[9], andererseits aber im Vergleich keine herausragenden Positionen bei der Beitragssatzkalkulation bilden, bleiben als *weit überwiegende Einflußgrößen* die anfangs genannten, *den Sozialcharakter der gesetzlichen Krankenversicherung begründenden Faktoren*. Finanzierungspotential und jeweilige Versichertenzusammensetzung der Kassen und Kassenarten sind freilich wesentlich durch die tradierten Organisationsstrukturen des GKV-Systems programmiert. Insofern ergibt sich nach der Überzeugung eines Teils der Kommission ein zwingender innerer Zusammenhang von Gliederungskonzeption der gesetzlichen Krankenversicherung und Beitragssatzdifferenzen im System.

26. In den letzten Jahren sind zahlreiche Versuche unternommen worden, das konkrete Ausmaß der als grundsätz-

7) s. BSGE 58,134 (144 f., 150). - Die dagegen erhobene Verfassungsbeschwerde liegt dem BVerfG (1 BVR 1236/85 u.a.) zur Entscheidung vor.

8) Diese betrugen über alle Kassen hinweg 1986 im Durchschnitt 4,6 % der Gesamtaufwendungen = rd. 0,6 Beitragsprozentpunkte; vgl. CHRISTMANN 1988, S.18; auch GEISSLER 1980, S.25; BORCHERT 1982, S.243; BRUNKHORST 1987 b, S.120.

9) Nach § 147 Abs.2 SGB V (= § 362 Abs. 1 RVO a.R.) trägt der Arbeitgeber den personellen Aufwand der BKK, so daß dort die Verwaltungskosten lediglich 0,7 % aller Aufwendungen (= 0,08 Beitragssatzpunkte) erreichen; CHRISTMANN 1988, S.18; STUPPARDT 1989, Schaubild 14, S.13; GEISSLER 1980, S.25; HUPPERTZ u.a., 1981, S.80 ff.

lich relevant erfaßten Einflußgrößen zu ermitteln (vgl. u. a.: BRUNKHORST 1987 b; BUTTLER u. a. 1982; DÜTTMANN 1978; GEISSLER 1980 u. 1983; GONTO/STUPPARDT 1981; HUPPERTZ u. a. 1981; JACOBS u. a. 1988; KOPS/JASCHKE 1987). Die Bewertung der Ergebnisse ist dabei teilweise widersprüchlich, was oft bereits an einer ungenügenden Differenzierung zwischen den jeweils betrachteten Ebenen – insbesondere hinsichtlich der personellen und räumlichen Abgrenzung –, vielfach aber auch am Mangel gesicherten Datenmaterials liegt. Auch der Enquete-Kommission war es angesichts des engen zeitlichen Rahmens für ihre Arbeit nicht möglich, hier vorhandene Lücken in ausreichendem Maße zu schließen.

2. 3. 1 Finanzierungspotential der Kassen (arten)

27. In der durchschnittlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen (früher: Grundlohn) der Mitglieder einer Krankenkasse spiegelt sich deren Finanzierungskraft wider. Aus der Summe der Grundlöhne der Mitglieder läßt sich durch Multiplikation mit dem Beitragssatz das Einnahmevolumen der einzelnen Krankenkasse ablesen. *Einnahmenseitig* bildet somit die *jeweilige Höhe des Grundlohnniveaus die entscheidende Größe* für die Finanzsituation einer Kasse. Ceteris paribus schwankt der Beitragssatz einer Kasse in Anlehnung an die vom eigenen Mitgliederkreis realisierten Grundlöhne: ein niedriges Grundlohnniveau verursacht eher hohe Beitragssätze und *vice versa.*

Tabelle 2. 9: Grundlohnsummen der AKV*-Mitglieder 1970-1988 (in DM)

a)

Jahr	Gesamt-GKV	OKK	IKK	BKK	EK.-Ang.	EK.-Arb.
1970	10.749	10.439	9.980	11.147	10.559	11.467
1975	17.942	17.319	16.381	20.154	18.106	19.645
1978	21.965	20.892	19.071	24.946	22.679	24.136
1980	24.580	23.482	21.374	28.135	25.162	27.135
1985	30.152	28.537	25.467	35.678	30.746	33.171
1986	31.094	29.392	26.162	37.059	31.634	34.390
1987	31.770	30.037	26.929	37.930	32.246	35.051
1988	32.954	31.093	28.194	39.558	33.449	36.453

b)

Jahr	Index GKV = 100					
1970	100	97,1	92,9	103,7	98,2	106,7
1975	100	96,5	91,3	112,3	100,9	109,5
1978	100	95,1	86,8	113,6	103,3	109,9
1980	100	95,5	87,0	114,5	102,4	110,4
1985	100	94,6	84,5	118,3	102,0	110,0
1986	100	94,5	84,1	119,2	101,7	110,6
1987	100	94,5	84,8	119,4	101,5	110,3
1988	100	94,4	85,6	120,0	101,5	110,6

*) Allgemeine Krankenversicherung (GKV-Mitglieder ohne Rentner)
Quelle: Ermittelt nach Komm.-Drs.46, Anl.5.; BMA (Hrsg.): o.J. (1987) und Arbeits- und Sozialstatistik, Vordruck KJ 1.

28. Die Zwei-Klassen-Schichtung bei den Kassenarten führt u. a. aufgrund der weiterhin bestehenden Unterschiede bei den Durchschnittsverdiensten von Arbeitern und Angestellten (Bruttojahresentgelte 1985: Arbeiter 38 279 DM, Angestellte 48 611 DM; 1986: Textilverarbeiter 25 534 DM, Maurer 40 801 DM, Bankkaufleute 49 593 DM, Ingenieure 63 461 DM; STATISTISCHES BUNDESAMT [Hrsg.] 1987 u. 1989) zu deutlich differierenden Grundlohnsummen bei den einzelnen Kassenarten (*vgl. Tabelle 2.9*). Der »strukturbildende Mechanismus« zeigt offenbar insofern deutlich seine Wirkung, als die Kassenarten mit selektierten Mitgliederkreisen teilweise deutlich höhere Grundlohnsummen realisieren können als die Ortskrankenkassen[10]. Die Innungskrankenkassen bilden in diesem Zusammenhang eine Ausnahme, da sie in einem weit überproportionalen Umfang Auszubildende versichern und deshalb altersmäßig eine entsprechend junge Mitgliederstruktur, die relativ geringe Grundlöhne realisiert, besitzen (vgl. unter *Tabelle 2.10;* PREISER/WEBER 1988, Tabelle 20, S.45; SIEBECK 1982, S.479).

29. *Monokausale Abhängigkeiten* zwischen Grundlohnniveau und Beitragssatz scheinen in der Kassenwirklichkeit *bundesweit* ohnehin nur *äußerst selten* zu existieren. In verschiedenen finanzstatistischen Untersuchungen der letzten Jahre sind die Zusammenhänge unabhängig voneinander immer wieder als weitaus komplexer und komplizierter dokumentiert worden. Korrelationsanalysen mit bundesweitem Bezugsrahmen und unter Einbeziehung aller Kassenarten kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß isoliert betrachtet keine hohe Korrelation zwischen beiden benannten Größen besteht (s. zusammenfassend BUTTLER u. a. 1982, S.74; BRUNKHORST 1987 b, S.76 f.).

30. Aufschlußreicher wird das Bild dann, wenn ein *örtlich begrenzter Bezugsrahmen* gewählt wird, der insbesondere regionale Schwankungen im Einkommensniveau offenlegt. Bei konstantem Ausgabenniveau verlangt das regionale Einkommensgefälle – etwa zwischen Ballungsräumen mit hoher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und ländlich strukturierten Gebieten – eine entsprechende Beitragssatzgestaltung der Einzelkassen. Ein solcher Zusammenhang ist für einzelne Bundesländer verschiedentlich ermittelt worden (s. BUTTLER u. a. 1982, S.76, für die Pflichtkassenarten; HUPPERTZ u. a., 1981, Tabelle 50, S.104, kassenartenübergreifend).

31. Für die Frage nach den Wirkungen der tradierten Gliederungsprinzipien auf das regionale Grundlohn- (und Beitragssatz-) Niveau einzelner Kassen und Kassenarten sind Auswertungen zum Verhältnis von *regionaler Grundlohnhöhe* und *Mitgliederverteilung* zwischen den verschiedenen Kassenarten von besonderem Interesse. Da ein hohes regionales Grundlohnniveau mit einem überdurchschnittlichen Potential an wahlberechtigten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden ist, liegt die Vermutung nahe, daß gerade in diesen Regionen intensiven Kassenwettbewerbs die Zwangskasse AOK sowohl mitgliedermäßig relativ unterrepräsentiert ist als auch meist unterdurchschnittliche Grundlohnsummen realisieren dürfte.

In der Tat deuten dazu erstellte Untersuchungen in diese Richtung (BERG 1987, 1988). Gerade dort, wo die Bruttoarbeitsentgelte deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (1984 33 169 DM) angesiedelt sind (unter 30 000 DM), erreichen die Ortskrankenkassen Marktanteile von im Mittel 56,7 %. Bei höheren Entgelten fällt dieser Wert ab und liegt für Re-

10) Auch bei Begrenzung der Entgelthöhe auf Einkommensanteile bis zur Beitragsbemessungsgrenze erreichen Angestellte nach einer Untersuchung der Ortkrankenkassen für ihren Bereich ein »Grundlohnpotential«, das 8,6 % über dem von Arbeitern liegt; BERG 1988, S.150, 154.

gionen mit mehr als 35 000 DM Arbeitsentgelt bei lediglich 37,7 % (1984; s. BERG 1987, S.79 u. 1988, S.152 f.).

32. Bei der Berechnung des prozentualen Anteils des Grundlohns der Ortskrankenkassen in einer Region am regionalisierten, auf die heutige GKV-Pflichtversicherungsgrenze limitierten Durchschnittsentgelts der sozialversicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten (sog. *Ausschöpfungsquote* der Ortskrankenkassen am Grundlohnpotential) sind ähnliche Tendenzen nachgewiesen worden. Mit steigendem Grundlohnpotential in einer Region *sinkt* die Ausschöpfungsquote der Zuweisungskasse AOK (Korrelationskoeffizient $r = -0{,}71$) – möglicherweise entscheidend bestimmt durch die kollektiven Optionen zugunsten einer Betriebskrankenkasse (vgl. die Beispiele bei BERG 1987, S.7) –; umgekehrt zeigen strukturschwache Regionen, etwa in Niedersachsen oder im Bayerischen Wald, weit überproportionale Ausschöpfungsraten (BERG 1987, S.8 u. 1988, S.153).

33. In Kombination mit den ermittelten Marktanteilen der Ortskrankenkassen läßt sich aus dem zugänglichen Datenmaterial erkennen, daß das gegliederte System gerade in Gebieten mit *hohen Angestelltenanteilen* unter den Beschäftigten (Dienstleistungsregionen) und dementsprechend überdurchschnittlichen Arbeitseinkommen *Risikoselektion* in ansonsten nicht beobachtbaren Umfang provoziert. Da unterstellt werden kann, daß Dienstleistungsregionen wirtschaftsstrukturell eine Vorreiterrolle für die zukünftige Entwicklung in weiten Teilen der Bundesrepublik einnehmen, verdienen solche Tendenzen verstärkt Aufmerksamkeit.

34. Für den Ballungsraum Hamburg, für den die Enquete-Kommission sich ein genaueres Bild zu verschaffen versucht hat, zeigt sich, daß dort – bei einem mit mehr als 60 % weit überproportionalen Angestelltenanteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten – die Ersatzkassen 47 % aller GKV-Mitglieder organisieren. Die Betriebskrankenkassen halten einen (traditionell hohen) Anteil von 16,5 %, während der Mitgliederanteil der Ortskrankenkasse lediglich 29 % erreicht[11].

Während von den Arbeitern gut die Hälfte Mitglied der Ortskrankenkasse ist, versichert die AOK Hamburg lediglich etwas mehr als 5 % aller Angestellten. Bei dem außerordentlich hohen Grundlohnpotential in der Hansestadt (1984 mehr als 34 000 DM) erreicht die Ortskrankenkasse innerhalb ihrer Kassenart ansehnliche Werte, die den Bundesdurchschnitt leicht übersteigen (1984 29 106 DM, 1987 30 612 DM). Andererseits realisieren insbesondere

- die Betriebskrankenkassen 1987 38 599 DM (= + 26 %), und
- die Ersatzkassen für Angestellte – im Bundesdurchschnitt – 32 246 DM *(s. Tabelle 2.9)* und innerhalb Hamburgs aufgrund des lokalen Einkommensniveaus vermutlich weitaus mehr[12].

35. Soweit es sich hier um verallgemeinerbare Tendenzen handelt, wird erkennbar, daß im gegliederten System die »Zwangsversicherung« Ortskrankenkasse in prosperierenden Regionen nur noch schwer Grundlöhne realisieren kann, die über solchen in wirtschaftlich schwachen Gebieten der Bundesrepublik liegen. Es muß davon ausgegangen werden, daß eine solche in den Gliederungsstrukturen des GKV-Systems angelegte Entwicklung zu einer extrem schiefen Risikomischung nicht ohne erhebliche Auswirkungen auf regionale Beitragssatzdifferenzen zwischen Kassen und Kassenarten bleiben kann.

2. 3. 2 Versichertenstruktur der Kassen (arten)

36. Neben der Einnahmenseite beeinflussen die überkommenen Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung auch ausgabenseitig die bei Kassen und Kassenarten für die unterschiedlichen Beitragssätze relevanten Faktoren. Auch sie finden in der personellen Zusammensetzung der kassenartenspezifischen Versichertenpopulationen ihren Ausgangspunkt. Eine einnahmenseitig durch unterschiedliches Grundlohnniveau geprägte, unbefriedigende Finanzierungsbasis einer Kasse kann auf diese Weise

- partiell kompensiert werden,
- weitgehend unbeeinflußt bleiben,
- weiter verschlechtert werden.

Prägend für die Versicherten- und Risikostruktur einer Kasse sind dabei insbesondere:

- die Altersgliederung der Mitglieder,
- die geschlechtsspezifische Verteilung bei den Versicherten,
- der Anteil der (beitragsfrei mitversicherten) Familienangehörigen.

37. Es ist unmittelbar einsichtig, daß *alters- und geschlechtsbedingte Morbiditätsunterschiede* der Versicherten die individuelle Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkasse nachhaltig beeinflußen und dementsprechend den *Finanzbedarf* einer Kasse wesentlich steuern. Auch wenn der empirische Kenntnisstand über die alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der GKV-Versicherten trotz vermehrter Anstrengungen in den letzten Jahren als nach wie vor lücken- und bruchstückhaft bezeichnet werden muß, folgen doch alle vorliegenden Untersuchungsergebnisse einem (auch aus den Beobachtungen der privaten Krankenversicherung bekannten) einheitlichen Muster[13]. Ein relativ hohes Durchschnittsalter der Versicherten bei deutlichem Frauenüberschuß verbunden mit einer überproportionalen Familienlastquote bildet dabei das Musterbeispiel einer ungünstigen Risikostruktur.

38. Dabei müssen in der weiteren Betrachtung Differenzen beim Rentnerquotienten der Kassenarten (dem Anteil der Rentner an den Versicherten der Allgemeinen Krankenversicherung [AKV] pro Kasse) gesondert behandelt werden, da diese Verwerfungen – abgesehen von unterschiedlich hohen Verwaltungskosten, satzungsmäßigen Mehr- und Erprobungsleistungen – über den 1977 eingeführten Ausgleich der gesamten Leistungsaufwendungen zwischen Kassen und Kassenarten im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR; §§ 268 ff. SGB V; zum a. R.: § 393 b RVO) völlig eingeebnet werden (ausgabenorientierter Finanzausgleich; s. Pkt. 4. 1. 1).

11) Bezogen auf die sozialversicherungspflichtig Erwerbstätigen fällt die Quote der AOK Hamburg auf 23 %. - Ermittelt nach Angaben der Kassen(verbände) für die Enquete-Kommission.

12) Nach übereinstimmender Auskunft verschiedener Ersatzkassen gegenüber der Enquete-Kommission werden von diesen weiterhin keine Regionaldaten zur Grundlohnentwicklung ermittelt.

13) Zur unterschiedlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Alter und Geschlecht: MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT, FAMILIE UND SOZIALORDNUNG BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.) 1987, S.35 ff. (insb. Tab.2, S.39; Abb.2, S.40); SVR KA 1987, Ziffern 94 ff.; PAQUET u.a. 1988, S.34 ff., 57 und öfter; VERBAND DER PKV (Hrsg.) 1988, S.101 ff. u. 1989, S.112 ff.

Tabelle 2.10: Altersstruktur der AKV*)-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1988 – bundesweit)

Kassenart	Alter (in v. H.)							
	bis 20 Jahre	20 – 29 Jahre	30 – 39 Jahre	40 – 45 Jahre	45 – 49 Jahre	50 – 59 Jahre	60 – 64 Jahre	65 Jahre und älter
OKK	6,6	28,6	20,8	8,8	11,4	19,7	2,9	1,3
IKK	15,2	34,4	16,5	7,0	9,3	14,6	2,1	0,8
BKK	5,7	24,4	20,4	9,8	13,2	23,4	2,7	0,5
Ang.-EK	6,5	30,7	23,5	9,3	11,2	14,4	2,7	1,5
Arb.-EK	7,2	32,9	22,3	8,6	10,5	16,2	2,2	0,1

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner.
Quelle: Ermittelt nach BMA, Arbeits- und Sozialstatistik.

Tabelle 2.11: Altersstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987 – Region Baden-Württemberg)

Kassenart	Alter (in v.H.)					
	bis 20 Jahre	20 – 29 Jahre	30 – 39 Jahre	40 – 49 Jahre	50 – 59 Jahre	60 Jahre und älter
OKK	5,42	19,88	14,14	14,94	15,59	30,03
IKK[1]	15,78	28,80	14,27	15,84	13,21	11,90
BKK	4,19	17,88	15,46	16,50	17,21	28,76
Ang.-EK: – DAK	6,84	25,45	17,81	16,73	12,41	20,77
– TK[2]	–	–	–	–	–	–

1) 1. Oktober 1986; 2) Nach TK-Angaben keine Regionaldaten vorhanden.
Quelle: Ermittelt nach Kassenangaben auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«; AOK-Bundesverband (Hrsg.) 1988 a, S.73.

39. Unabhängig davon ist die benannte, völlig einseitige Zuordnung negativer Risikofaktoren bei einer Kasse wenig wahrscheinlich. Die Kassenwirklichkeit stellt sich auch hier komplizierter dar.

2. 3. 2. 1 Altersgliederung

40. Hinsichtlich der unterschiedlichen Altersschichtung der Mitglieder bei den Kassenarten zeigt sich bundesweit das in *Tabelle 2. 10* ausgewiesene Bild *(für die exemplarisch herausgegriffene Region Baden-Württemberg vgl. Tabelle 2. 11).*

41. Auf die signifikant günstige Altersstruktur der Innungskrankenkassen mit der Hälfte aller AKV-Mitglieder im Alter unter 30 Jahren (Vergleich: Ortskrankenkassen 35,2 %; Angestelltenersatzkassen: 37,2 %), was auf die hohe Ausbildungsquote im Handwerk zurückzuführen ist, wurde bereits im Zusammenhang mit der Grundlohnproblematik hingewiesen. Eine *einnahmenseitig ungünstige Risikostruktur* wird somit *ausgabenseitig* durch vergleichsweise geringe Morbiditätsraten mit entsprechend niedriger Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern durch die Mitglieder (zumindest teilweise) *kompensiert.* Ein wesentliches Indiz in diese Richtung bilden die traditionell weit unterdurchschnittlichen Leistungsaufwendungen für Mitglieder der Innungskrankenkassen (1987 rund 15 % unter dem GKV-Mittel[14].

Wenn auf der anderen Seite die Betriebskrankenkassen das höchste Grundlohnniveau unter den Kassenarten realisieren und gleichzeitig eine überproportionale Besetzung der morbiditätsgefährdeteren Altersgruppen ab 45 Jahren aufweisen (vgl. KÖNIG 1989, insb. Übersicht 7) – was wiederum mit traditionell überdurchschnittlichen Leistungsausgaben der Betriebskrankenkassen (1987 rund 9 % über dem GKV-Mittel[14]) korreliert –, relativiert dies die günstige Finanzsituation der Betriebskrankenkassen auf der Einnahmenseite.

2. 3. 2. 2 Geschlechtsverteilung

42. Die genannten Zusammenhänge zwischen Grundlohnhöhe und Alter der Versicherten sind für sich betrachtet wenig spektakulär, da sich mit steigendem Lebensalter ohnehin häufig das Einkommensniveau erhöht[15]. Buntscheckiger wird das Mosaik wechselseitiger Verflechtungen und Abhängigkeiten, wenn zusätzlich die Verteilung von weiblichen und männlichen Versicherten über alle Kassenarten hinweg berücksichtigt wird *(s. Tabellen 2.12–2.14).*

43. Deutlich zeigen die Tabellen, daß die *Angestelltenersatzkassen den weitaus größten Frauenanteil* unter den AKV-Mitgliedern bei allen Kassenarten versichern. Auf dem Hintergrund der nach wie vor signifikanten Einkommensdefizite erwerbstätiger Frauen in der Bundesrepublik mit rund einem Drittel abgesenkten Durchschnittsverdiensten gegenüber ihren männlichen Kollegen (BMJFFG [Hrsg.] 1986, S.25), und die Verläßlichkeit vorliegender Untersuchungen zum erhöhten Versicherungsrisiko von Frauen unterstellt (BECKER 1985, S.104 f.; Nw. Anm. 13),

14) Berechnet nach BMA (Hrsg.) o.J., S.19.

15) Die positive Korrelation (r = 0,53) belegen HUPPERTZ u.a. 1981, S.115.

deuten die ausgewiesenen Daten auf eine Risikoverzerrung zum Nachteil der Angestelltenersatzkassen hin.

Tabelle 2. 12: Geschlechtsstruktur der AKV*)-Mitglieder nach Kassenarten (1. März 1989 – bundesweit)

Kassenart	Männer und Frauen insgesamt (in 1000)	Frauen-anteil (in v.H.)	Männer-anteil (in v.H.)
Alle Kassen	26.265	40,77	59,23
OKK	10.748	35,25	64,75
IKK	1.565	26,07	73,93
BKK	2.815	26,86	73,14
Ang.-EK	9.900	56,40	43,60
Arb.-EK	518	19,69	80,31

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner.
Quelle: Ermittelt nach BABl.6/1989, S.164.

Tabelle 2. 13: Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987 – Region Baden-Württemberg)

Kassenart	Männer und Frauen insgesamt	Frauen-anteil (in v.H.)	Männer-anteil (in v.H.)
OKK	2.902.569	46,68	53,32
IKK	372.900	28,05	71,95
BKK	428.735	35,58	64,42
Ang.-EK:	1.717.751	56,37	43,63
— DAK	730.923	63,43	36,57
— TK[1]	—	—	—
Arb.-EK:	92.260	23,23	76,77

1) Nach TK-Angaben keine Regionaldaten vorhanden.
Quelle: Ermittelt nach Kassenangaben auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«; BMA (Hrsg.) o.J. (1988).

Tabelle 2. 14: Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987 – Region Hamburg)

Kassenart	Männer und Frauen insgesamt	Frauen-anteil (in v.H.)	Männer-anteil (in v.H.)
alle Kassen	1 249 231	49,3	50,7
OKK	354 177	44,2	55,8
IKK	61 087	40,6	59,4
BKK	201 528	44,7	55,3
Ang.-EK	580 941	57,1	42,9
Arb.-EK	33 766	25,7	74,3

Quelle: Ermittelt nach BABl.7-8/1988, S.191.

In einer detaillierten Unterteilung, die die Geschlechtsstrukturen nach Altersgruppen auffächert, zeigt sich, daß die Angestelltenersatzkassen insbesondere im Verhältnis zu den Orts- und Betriebskrankenkassen vor allem in der Altersklasse der Frauen bis 30 Jahre überdurchschnittliche Anteile erreichen (Stand 1. Oktober 1988: gut 45 % gegenüber 36 % bei Orts- bzw. knapp 35 % bei Betriebskrankenkassen; ermittelt nach BMA, Arbeits- und Sozialstatistik).

Damit gewinnt die Ansicht Plausibilität, daß es sich bei den weiblichen Mitgliedern der Ersatzkassen vielfach um unverheiratete und/oder kinderlose, oftmals teilzeitbeschäftigte Frauen handelt, bei denen eine entsprechend niedrige Belastung durch Leistungen im Rahmen der Familienversicherung (§ 10 SGB V) kompensierend wirken dürfte (HUPPERTZ u.a. 1981, S.40, 464; BRUNKHORST 1987 b, S.95 f.). Nach Schätzungen liegt die »kritische Risikogrenze«, die solche gegenläufigen Effekte überkompensiert, bei Frauengrundlöhnen, die um mehr als ein Drittel abgesenkt sind (BERG 1988, S.154).

2. 3. 2. 3 Familienlastquote

44. Bei Analyse der unterschiedlichen Belastung der Kassenarten durch mitversicherte Familienangehörige läßt sich bestätigen, daß die zwischen den Kassenarten deutlich schwankende Familienlastquote (= Zahl der Familienangehörigen im Verhältnis zur Mitgliederzahl einer Kasse) nicht vornehmlich die Angestelltenersatzkassen, sondern den Finanzbedarf der Betriebskrankenkassen beeinflußt *(s. Tabelle 2.15)*.

Tabelle 2. 15: Anzahl der Familienangehörigen an allen AKV*-Mitgliedern (Familienlastquote) nach Kassenarten 1988

Kassenart	AKV-Mitglieder insgesamt	bei: AKV-Pflicht-mitgliedern	bei: freiwilligen Mitgliedern
Alle Kassen-arten	61,8	53,9	101,0
OKK	59,3	57,4	79,1
IKK	70,3	66,8	101,7
BKK	78,9	72,4	116,4
Ang.-EK	53,5	33,2	106,8
Arb.-EK	67,3	61,8	102,3

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner.
Quelle: Ermittelt nach BMA, Arbeits- und Sozialstatistik.

45. Allerdings gilt dies vor allem so lange, wie nicht nach Pflicht- und freiwillig Versicherten unterschieden wird. In einem solchen Vergleich zeigt sich ebenfalls eine auffallende Häufung von Familienangehörigen bei den *freiwillig* Versicherten der Angestelltenersatzkassen, während der Anteil der Familienversicherten bei den Pflichtmitgliedern der Angestelltenersatzkassen — wie die bisherigen Überlegungen nahelegen — tatsächlich signifikant unterdurchschnittliche Werte aufweist[16].

Da den in der gesetzlichen Krankenversicherung gegenwärtig nicht Versicherungspflichtigen die freie Wahl zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite, der Bevorzugung von Schutz durch die private Krankenversicherung oder dem Verzicht auf kollektive Gesundheitsabsicherung auf der anderen Seite eröffnet ist, erhärten diese Zusammenhänge die Vermutung, daß nicht versicherungspflichtige Personen gerade dann in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, wenn mehrere Familienangehörige (nicht erwerbstätiger Ehepartner, Kinder) ebenfalls Krankenversicherungsschutz benötigen (BRUNKHORST 1987 b, S.96; BAUMANN 1986, S.182). Das ökonomische Kalkül der potentiellen Versicherungsnehmer führt somit für alle Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der freiwillig Versicherten tendenziell zu einer Verstärkung der Familienlastquote (Ledige sind wesentlich häufiger PKV-versichert als Familien; steigende Kinderzahl führt zu unterdurchschnittlichen Werten; vgl. BAUMANN 1986, Tabellen 4 und 5, S.184). Nur den Kassen und Kassenarten mit überdurchschnittlichem Finanzierungspoten-

16) Die Sonderauswertung der Daten des Mikrozensus 1982 bei BAUMANN 1986, Tab.2, S.182, bestätigt die Diskrepanzen.

tial insgesamt oder bei den freiwillig Versicherten ist es dabei möglich, diesen Effekt zumindest teilweise zu kompensieren.

46. Allgemein bestehen zwischen den *risikostrukturbildenden Elementen* der einzelnen Versichertenpopulationen bei Kassen und Kassenarten vielfältige Interdependenzen, die in ihren Wirkungen auf Finanzkraft und Beitragssatzgestaltung *teils kompensatorische, teils kumulierende Effekte* aufweisen. Übereinstimmend für alle Kassen läßt sich lediglich feststellen, daß es sich um Quantitäten handelt, auf deren Zusammensetzung die einzelne Kasse prinzipiell kaum Einfluß ausüben kann, da die konkreten Versichertenstrukturen in erster Linie unmittelbar auf den Zuweisungsregelungen des überkommenen Gliederungssystems für Pflichtversicherte gründen.

Genauere empirische Untersuchungen zur Risikoverteilung bei einzelnen Kassenarten – wozu insbesondere auch regionale, das unterschiedliche medizinische Leistungsangebot berücksichtigende Kassenvergleiche gehören müßten –, sind für die weitere Spezifizierung gegebener (oder vermeintlicher) Beitragssatzrelevanz der benannten Faktoren unbedingt erforderlich. Hier ist unstreitig *Forschungsbedarf* mit dem Ziel *angezeigt*, Plausibilitätsüberlegungen bisheriger Einzeluntersuchungen durch eine grundsätzliche Analyse qualitativ aufzubereiten (vgl. auch unten Pkt. 4.6).

2. 3. 3 Besondere gruppenspezifische Risiken der Kassen (arten)

47. Grundsätzlich ist die Kalkulation individueller Versichertenrisiken mit den Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung als einem *sozialen Sicherungssystem* unvereinbar. Dies gilt selbstverständlich für dem Solidaritätsprinzip zuwiderlaufende Beitrags- und/oder Leistungsdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Familienstand der Mitglieder ebenso *(vgl. oben 2. Teil, Unterabschnitt I, v.a. Pkt. 1.1)* wie für beitragsmäßige Folgerungen aus den einnahmen- oder ausgabenseitigen Gegenüberstellungen von Überschüssen und Defiziten bei abgegrenzten Versichertenpopulationen. Die individuelle Risikozuordnung bildet ein Wesenselement privatversicherungsrechtlicher Prämienkalkulation und unterscheidet sich diametral vom die Sozialversicherung prägenden Grundsatz des sozialen Ausgleichs (BVerfGE 11, 105 [117] u.ö.; W. Bogs 1955, S.25), der gerade individuelle oder gruppenspezifische Sonderrisiken unbeachtet läßt (vgl. BVerfGE 58, 81 [114]; Sozialenquete 1966, Ziffer 248, S.95; Ruland 1985, S.23).

48. Eine genauere Untersuchung zum Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben bei verschiedenen Mitgliedergruppen der gesetzlichen Krankenversicherung kann somit nur den Sinn haben, *Transparenz* in die Mitgliederstrukturen einzelner Kassen und Kassenarten zu bringen, und die Frage besser beantwortbar zu machen, ob und inwieweit die Gliederungsprinzipien der überkommenen Kassenorganisation zur Massierung »schlechter Risiken« bei einzelnen Kassenarten führen.

49. Dabei krankt der seit langem geführte Streit zwischen den Kassen über Ausmaß und Konsequenzen einer möglichen Massierung bestimmter, als besondere Risikogruppen definierter Versichertenkreise auf einzelne Kassenarten zum einen vielfach an unzureichenden Datengrundlagen; zum anderen besteht in der Diskussion keineswegs abschließend Einigkeit darüber, ob bestimmte Versichertenkreise letztlich überhaupt als potentielle Risikogruppen anzusehen sind.

Diese Auseinandersetzung könnte erheblich versachlicht werden, wenn Konsens darüber bestünde, daß ein besonderes gruppenspezifisches Risiko dann als tatsächlich *willkürlich* und *nicht stichhaltig* anzusehen ist, wenn drei Annahmen verifizierbar sind:

- Eine *erhebliche Ungleichverteilung* der angegebenen Risikogruppen auf einzelne Krankenkassen existiert nicht,
- bei der in Rede stehenden Risikopopulation handelt es sich um eine *quantitativ unbedeutende Versichertengruppe*,
- *Beitragsniveau wie Leistungsinanspruchnahmeverhalten* der Risikogruppenmitglieder zeigen kein von anderen AKV-Mitgliedern wesentlich *abweichendes Bild*.

50. Im Zentrum der Diskussion um Risikogruppen werden immer wieder sechs Personenkreise genannt:

- Arbeitslose (im Sinne § 155 AFG),
- freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger (§ 13 BSHG i.V.m. § 9 Abs.1 Nr.1 SGB V; früher: § 313 RVO),
- Behinderte, Rehabilitanden (im Sinne § 5 Abs.1 Nr.5-8 SGB V; früher: § 165 Abs.1 Nr.2 a, 4 RVO bzw. §§ 1 f. SVBG),
- beitrittsberechtigte Schwerbehinderte (§ 9 Abs.1 Nr.4 SGB V; früher: § 176 c RVO),
- Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner (BU-/EU-Rentner),
- Schwerstrisiken (etwa Bluter, AIDS-Kranke, Dialysepatienten und ähnlich schwerwiegende Krankheitsfälle).

Im weiteren werden teilweise die Bezieher von Vorruhestandsgeld (§ 5 Abs.3 SGB V; früher: § 165 Abs.2 S.2 RVO) und die Gruppe der gering verdienenden Pflicht- und freiwilligen Mitglieder einer Krankenkasse (Grenze meist bei Einkommen bis 1 000 DM monatlich) genannt.

51. Zu Quantität und Verteilung dieser Versichertenkreise auf einzelne Kassenarten weisen die amtlichen Statistiken für die Teilgruppen der arbeitslosen Mitglieder, Behinderten und Rehabilitanden differenziertes Zahlenmaterial aus. Ausgabenorientierte Finanzübersichten sind allerdings nicht vorhanden.

2. 3. 3. 1 Arbeitslose

52. Für die mit Abstand größte der genannten Risikogruppen - die Arbeitslosen - zeigen sich *erhebliche Differenzen hinsichtlich der Verteilung* auf einzelne Kassenarten. Unverändert über die letzten Jahre hinweg konzentrieren sich über 60 % aller Arbeitslosen in den Ortskrankenkassen *(s. Tabelle 2.16)*.

Der Erwerbslosenanteil an den AKV-Mitgliedern erreichte bei den Ortskrankenkassen im Durchschnitt des Jahres 1988 annähernd 10 % und lag damit – wie in den Jahren zuvor auch – gut doppelt so hoch wie bei den Angestelltenersatzkassen und dreimal so hoch wie bei den Betriebskrankenkassen *(vgl. Tabelle 2.7)*. Die weite Spanne regionaler Differenzen innerhalb des Bundesgebietes verdeutlichen die ausgewiesenen Werte für Hamburg und Baden-Württemberg in der *Tabelle 2.18*.

Angesichts der *berufsspezifischen Schwerpunktbildung der Arbeitslosigkeit* in der Bundesrepublik – zwei Drittel

(vielfach wenig qualifizierte) Arbeiter, ein Drittel Angestellte (STATISTISCHES BUNDESAMT [Hrsg.] 1987, S.95; CYFFKA 1988, Tabelle 2, S.401) – verwundern die Werte nicht. In ihnen spiegelt sich die unterschiedliche Klientelzusammensetzung der Kassenarten im gegliederten System wider.

Tabelle 2.16: Verteilung der Arbeitslosen auf einzelne Kassenarten 1985–1989[1] (bundesweit)

Jahr	Arbeitslose Versicherte (i.S. d. § 155 AFG)					
	insgesamt (in Mio.)	davon: Kassenart (in v.H.)				
		AOK	IKK	BKK	EK.-Ang.	EK.-Arb.
1985	1,583	62,0	7,3	4,5	23,8	1,5
1986	1,559	61,3	6,7	4,6	25,1	1,4
1987	1,611	61,2	6,1	4,9	25,3	1,5
1988	1,707	61,0	5,3	5,5	25,6	1,5
1989[2]	1,628	61,1	4,8	6,1	25,4	1,5

1) Jahresdurchschnitt; 2) Juni.
Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.) 1986 und 1987; BMA (Hrsg.) o.J. (1988); BMA Arbeits- und Sozialstatistik.

Tabelle 2.17: Anteil der Arbeitslosen an allen AKV*)-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1985–1989[1] (bundesweit)

Arbeitslose (§ 155 AFG) in v.H. der AKV-Mitglieder					
Kassenart	1985	1986	1987	1988	1989[2]
OKK	9,2	8,9	9,2	9,7	9,3
IKK	7,3	6,7	6,3	5,8	5,0
BKK	2,6	2,5	2,8	3,3	3,5
Ang.-EK	4,0	4,1	4,2	4,4	4,2
Arb.-EK	5,3	4,8	5,1	5,1	4,7

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner.
1) 52. Jahresdurchschnitt; 2) 1. Juni.
Quelle: Ermittelt anhand Nw. Tabelle 2.16.

Tabelle 2.18: Anteil der Arbeitslosen an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1987* (Raum Hamburg/Baden-Württemberg)

Kassenart	Hamburg	Baden-Württemberg
AOK	14,3	4,9
IKK	7,2	2,8
BKK	2,0	1,8
Ang.-EK:		
– DAK[1]	5,0	2,9
– TK	–[2]	–[2]

*) Jahresdurchschnitt.
1) 1.Oktober 1987; 2) Nach Auskunft der TK besitzt diese keine regionalisierte Arbeitslosenstatistik.
Quelle: Ermittelt nach Kassenangaben auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«; AOK-BV (Hrsg.) 1988a, S.25 ff.

53. Hinzu tritt rechtlich eine für Arbeitslose den *Ortskrankenkassen* vom Gesetzgeber zugewiesene *subsidiäre Auffangfunktion.* Immer dann, wenn keine andere Krankenkasse zuständig ist, werden die Versicherten Mitglieder der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse.

Abweichend von den bis Ende 1988 geltenden Regelungen bleiben sie allerdings seit Inkrafttreten des GRG primär bei der Krankenkasse Mitglied, der sie bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit angehörten (§ 159 AFG i.d.F. vom 1.1. 1989). Eine örtliche Zuständigkeit der Krankenkasse des Arbeitslosen muß dabei nicht mehr gegeben sein, und das bisher bestehende Wahlrecht zur Ortskrankenkasse ist ebenfalls abgeschafft worden. Neue Statistiken zeigen entsprechend leichte Veränderungen. An der mitgliederstrukturbedingten kassenspezifischen Konzentration der Arbeitslosigkeit hat dies im Kern nichts geändert.

54. Ist mithin die angesprochene Ungleichverteilung der Arbeitslosen als Kriterium, das überhaupt eine besondere Risikoeigenschaft begründen kann, unbestritten, gilt es, beim weiteren Versuch einer Einordnung von Arbeitslosen als Risikogruppe folgendes zu beachten:

1. *Krankenversicherungsbeiträge* für Leistungsempfänger der Bundesanstalt für Arbeit (= Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld; § 155 Abs.1 AFG) werden im Grundsatz *nach* dem *zuvor erzielten Arbeitsentgelt* berechnet (§ 157 Abs.3 AFG);
2. *Zuschläge* und Sonderzahlungen (Überstundenentgelt, 13.Monatsgehalt, Urlaubsgeld etc.) bleiben *außer Ansatz* (§ 112 Abs.2 AFG);
3. Für Langzeitarbeitslose gilt,
   - daß in den Fällen, in denen vom Erwerbslosen „nicht mehr das für die Bemessung der Arbeitslosenhilfe zuletzt maßgebende Arbeitsentgelt" erzielt werden kann, eine *»Herabbemessung« der Arbeitslosenhilfe* durchgeführt wird (§ 136 Abs.2 Satz 2 AFG); dabei kommen vor allem während des Bezuges der Arbeitslosenhilfe auftretende „Einschränkungen der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit" in Betracht (HENNING u.a. 1988, Anmerkung 4 a zu § 136, S.228 b),
   - daß nach drei Jahren eine *Neufestsetzung* des der Arbeitslosenhilfe *zugrundeliegenden Entgelts* erfolgt. Dabei gibt den Maßstab für die Berechnung die Beurteilung ab, welche Beschäftigung als vom Erwebslosen aktuell noch ausübbar angesehen wird – was regelmäßig eine Minderung der Entgeltgrundlagen zur Folge hat (§ 136 Abs.2 b AFG; zur Begründung s. HENNING u.a. 1988, Anmerkung 4 b zu § 136, S.228 b f.).

55. Bei einem vornehmlich seit Anfang der 80er Jahre stetig wachsenden Anteil von Langzeitarbeitslosen (= Personen, die länger als ein Jahr arbeitssuchend gemeldet sind) unter den Erwerbslosen insgesamt (WIESE 1986, S.131; MAYER 1988, S.106 f.[17]) zeigen diese AFG-Regelungen für die Finanzkraft einzelner Krankenkassen zunehmend Relevanz. Da zudem die Struktur der Erwerbslosen hinsichtlich ihrer Berufsausbildung nach wie vor wesentlich von Männern und Frauen ohne qualifizierten Berufsabschluß (rd. 50 %) und gesundheitlich beeinträchtigten Personen (rd. 20 %) geprägt wird (MAYER 1988, S.103; STATISTISCHES BUNDESAMT [Hrsg.] 1987, S.95), bleibt der *Arbeitslosengrundlohn* offensichtlich aufgrund des Zusammenspiels rechtlicher und soziostruktureller Faktoren im Bundesdurchschnitt bezogen auf alle Kassenarten gut 7 Prozentpunkte und im Maximum um bis zu 12 Prozentpunkte (1986) *hinter dem Grundlohn* der Allgemeinversicherten *zurück*

17) 1981 betrug der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen 16,2 %, 1986 36,4 %, wobei mehr als die Hälfte von ihnen 2 Jahre und länger erwerbslos war; CHEVALLERIE, 1987, S.418 (Abgrenzung nach Arbeitsamtstatistik).

(BAUER/PICK 1988, Tabelle 4, S.147; PREISER/WEBER 1988, Tabelle 11, S.42; MÜHL 1988, Tabelle 11, S.359).

Freilich sind dies nicht unbedingt gravierende Minderbeträge, die *a priori* eine Charakterisierung von Arbeitslosen als besondere Risikogruppe rechtfertigen können. Zudem beträgt nach den vorliegenden Untersuchungen bei den von der Arbeitslosigkeit überproportional betroffenen Ortskrankenkassen das einnahmenseitige Minus lediglich 3,5 Prozentpunkte (Höchstwert bei den Angestelltenersatzkassen 12,2 Prozentpunkte).

56. Das Bild ändert sich möglicherweise, wenn *ausgabenseitige Aspekte* in die Analyse einbezogen werden. Während Arbeitslosigkeit für den Einzelnen kurzfristig durchaus positive (Gesundheits-)Effekte haben kann (BRINCKMANN/SPITZNAGEL 1988, S.194), zeigt die sozialepidemiologische Forschung bei langfristig Arbeitslosen eine eindeutige Tendenz zu nachhaltig negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen insbesondere im psychosomatischen Bereich (LAND 1987, S.62; HÄFNER 1987, S.1430; BRINCKMANN/SPITZNAGEL 1988, S.195 vgl. auch Ausführungen von SCHULTE-MIMBERG, SVENSSON und FOX vor der Enquete-Kommission, Kommissionsprotokolle 8, S.68,70 u.21, S.16 f.,43,75 f.; SVR KA 1987, S.178).

57. Näherer Einblick darüber, wie sich die gesundheitlichen Folgen von Dauerarbeitslosigkeit bei Mitgliedern tatsächlich auf den Finanzbedarf einer Kasse auswirken (können), scheitert, wie erläutert, am gängig unzulänglichen Statistikinventar und läßt sich dementsprechend ausschließlich über *Sonderauswertungen* annäherungsweise erschließen. Auch die wiederholte direkte Befragung verschiedener Krankenkassen und Krankenkassenverbände durch die Enquete-Kommission hat insofern lediglich ein unbefriedigendes Resultat erbracht.

58. Mehr Transparenz in die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bei arbeitslosen Mitgliedern erlaubt eine Studie der Arbeitsgemeinschaft der Ortskrankenkassen des Rhein-Ruhr-Raumes, die den Anspruch erhebt, die Pro-Kopf-Einnahmen und -Ausgaben für verschiedene der oben benannten Versichertengruppen — insbesondere der Arbeitslosen, Behinderten und freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger — innerhalb einer bestimmten Periode (erstmals für 1986) exakt zuordnen zu können (ARBEITSGEMEINSCHAFT DER AOK'N DES RHEIN-RUHR-RAUMES 1988; MEYDAM 1988 b).

Unabhängig von der teilweise massiven Kritik und Gegenkritik an den Datengrundlagen und ihrer Auswertung durch diese Studie (s. STUPPARDT 1987; MEYDAM 1988a; BAUER/PICK 1988[18]) sind ihre Ergebnisse in der Tendenz von keiner Seite grundsätzlich in Abrede gestellt worden. Sie weisen aus, daß auf die arbeitslosen Mitglieder der AOK Duisburg 1988 21,8 % der gesamten Beitragseinnahmen und aufgrund relativ hoher Leistungsinanspruchnahme 24,4 % der Gesamtausgaben (AKV) entfallen (= 102,3 Prozentpunkte der Einnahmen; 1986/87: Anteil Beitragseinnahmen 19,4 und 20,9 %, Ausgabenanteil 24,7 und 24,9 % = 120,4 bzw. 109,3 % der Einnahmen; AOK DUISBURG 1988 bzw. 1989, jew. Tabellen 4 f.). Angesichts von 25,5 % arbeitslosen AKV-Mitgliedern 1988 (1986/87 22,5 % bzw. 23,8 %) führte dies zu von den anderen Mitgliedern der Kasse zu finanzierenden Einnahmedefiziten (vgl. AOK-DUISBURG 1988 bzw. 1989; ARBEITSGEMEINSCHAFT DER AOK'N DER RHEIN-RUHR-RAUMES 1988, jew. Tabellen 1, 6 f.; CYFFKA 1988, Tabelle 6, S.402).

59. Die Untersuchung der Ortskrankenkassen des Rhein-Ruhr-Raumes bedarf methodisch weiterer Differenzierung. Namentlich die bisher insgesamt ungenügende Aufbereitung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Arbeitslosen im Vergleich zu allen AKV-Versicherten (eine Grobeinteilung liegt nur für den Bereich Duisburg für die Jahre 1987 und 1988 vor; s. AOK-DUISBURG 1988 bzw. 1989, jew. Tabelle 1 a) und die gänzlich fehlende Aufteilung hinsichtlich der Dauer der Arbeitslosigkeit stellen sich als *problematisch* dar. Es kann abschließend nicht mit genügender Sicherheit ausgeschlossen werden, daß der überdurchschnittlichen Leistungsinanspruchnahme ein relativ hohes Alter der arbeitslosen Versicherten zugrunde liegt oder daß sie auf die zeitliche Verschiebung der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen (etwa Zahnersatz) zurückzuführen ist und weniger vornehmlich die Folgen von (Langzeit-) Arbeitslosigkeit widerspiegelt.

60. Solche Vorbehalte und die Sondersituation Duisburgs mit einem extrem niedrigen Anteil der Ortskrankenkasse an allen AKV-Mitgliedern der Region (16,6 %) und weit überdurchschnittlichen Mitgliederanteilen bei den Betriebskrankenkassen (mehr als 30 %; CYFFKA 1988, Tabelle 7, S.402; BERG 1987, Tabelle 1, S.6; LEDENIK 1988, S.52) verdeutlichen, daß zur Herstellung von *mehr Transparenz* in der Frage des Ausmaßes von Risikoselektionen die *Aufbereitung regionenbezogener Daten für alle Kassenarten* eine unabdingbare Voraussetzung bildet. Allein über einen regionen- und gruppenspezifischen Kassenartenvergleich könnte abgeklärt werden,

- wie die im Duisburger Raum auffallend hohen Ausgaben für Krankenhauspflege bei der zuständigen Ortskrankenkasse (50 % über dem Bundesdurchschnitt) angemessen einzuordnen sind,
- ob allgemein eine vermutete Kausalität zwischen hoher Langzeitarbeitslosenquote einer Kasse in der Region und überdurchschnittlichen Leistungsaufwendungen (für Krankenhauspflege etc.) besteht,
- ob sich die ausgewiesene vergleichsweise hohe Leistungsinanspruchnahme arbeitsloser Kassenmitglieder nicht in einer Längsschnittanalyse relativiert, die auch Zeiträume vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit erfaßt;
- ob grundsätzlich und ggf. in welchem Umfang sich Einnahmen- und Ausgabenprofile von Arbeitslosen bei verschiedenen Kassen voneinander abheben.

2. 3. 3. 2 Sozialhilfeempfänger

61. Noch lückenhafter sind die Daten hinsichtlich der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger, die entsprechend der bestehenden versicherungsstatistischen Differenzierung

18) Soweit sich die Einwände dagegen erheben, daß die Studie der AOK'n des Rhein-Ruhr-Raumes den KVdR-Anteil generell auf der Einnahmenseite in Abzug bringt, geben die KVdR-Finanzierungsregelungen Aufschluß. Nach §§ 268 Abs. 1, 270 SGB V (früher: § 393 b Abs.1 RVO) sind die nicht durch die Rentenversicherer (direkt oder indirekt) gedeckten KVdR-Leistungsaufwendungen gemeinsam von den Krankenkassen zu tragen. Der Finanzierungsanteil wird danach - unabhängig von individueller Kassenzugehörigkeit - mit den Beiträgen aller Mitglieder (ohne Rentner und Studenten) in dem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen (früher Grundlohnsumme) aufgebracht, der die aktuell entstandene Finanzierungslücke schließt (1988:3,6 Beitragsprozentpunkte). Auch in den Beiträgen für Arbeitslose ist der entsprechende KVdR-Einheitsbeitragsanteil voll enthalten.
Ohne KVdR-Mitfinanzierung könnte der individuelle Beitragssatz exakt um die dadurch bedingte Beitragsquote niedriger fixiert werden - ohne Auswirkungen auf die für die AKV zur Verfügung stehende Finanzmasse.

der Mitgliederstrukturen lediglich als Teilgruppe des Kreises der freiwillig Versicherten *ohne Krankengeldanspruch* ausgewiesen werden. In welchem Umfang Sozialhilfeempfänger über § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hinaus, der die Gewährung von Krankenhilfe unmittelbar durch den Sozialhilfeträger selbst vorsieht (Aufwendungen 1987: mehr als 1,3 Mrd. DM = 5,3 % aller Sozialhilfeausgaben; DEININGER 1988, Tabelle 2, S.796), von ihrem *Recht auf freiwilligen Verbleib* in ihrer bisherigen Krankenkasse Gebrauch machen, läßt sich über Routinedaten nicht ermitteln. Darüber hinaus sagt die rechtlich für alle Kassenarten identische Situation über das faktische Gewicht der Sozialhilfeempfänger bei einzelnen Kassen und Kassenarten ohnehin nichts aus.

62. Plausibilitätsüberlegungen, die dafür sprechen, daß bei Kassen mit hohen Langzeitarbeitslosenquoten auch relativ häufig Sozialhilfeempfänger anzutreffen sind, werden von den Ergebnissen des Mikrozensus 1986 gestützt. Danach bezieht in der Personengruppe, die bereits *drei Jahre* oder länger *ohne Arbeit* ist, ein weit *überdurchschnittlicher Teil Sozialhilfe* in der Form laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (MAYER 1988, S.109 f.).

63. Die wenigen namentlich für verschiedene Ortskrankenkassen vorliegenden Auswertungen zum Umfang der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger unter den Mitgliedern bestätigen ebenfalls einen solchen Zusammenhang. Danach *korrelieren hohe regionale Arbeitslosenziffern* deutlich mit der *Anzahl des Sozialhilfebezugs* von Versicherten. Der Vergleich der Regionen Hamburg und Württemberg-Baden ergibt, daß 1987 in der Hansestadt etwa 2 % der AKV-Versicherten in der Ortskrankenkasse freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger waren (annähernd 20 % der freiwilligen Mitglieder), im Südwesten der Republik lediglich 0,5 % (= 4 % der freiwilligen Mitglieder; vgl. auch die Sonderauswertung des IKK-Landesverbandes Westfalen-Lippe für 1987; Komm.-Drs. 155 a, Tabelle zu Frage 8). Zudem legen aus etwa 50 Ortskrankenkassen zusammengetragene Ergebnisse die Schlußfolgerung nahe, daß auch die Verteilung der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger auf die Kassenarten völlig einseitig zuungunsten der Ortskrankenkassen erfolgt (AOK-BV [Hrsg.] 1988, S.66 f.). Die im einzelnen freilich nicht repräsentativen Resultate zeigen in einer Auswertung für die Hälfte der niedersächsischen AOK'n (30 Kassen) eine Konzentration von 75 % aller freiwillig versicherten Sozialhilfebezieher bei den Ortskrankenkassen an.

64. Sofern als Bemessungsgrundlage für die Beitragszahlung der Sozialhilfeträger – unter Beachtung des Mindestgrundlohns (1989: 1 050 DM; § 240 Abs.4 SGB V) – die Höhe der von diesen geleisteten Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) dient (OESTREICHER u.a. 1987, Anm. 6 zu § 13), ist dies ein deutlicher Hinweis darauf, daß Sozialhilfeempfänger für eine Kasse beitragsmäßig zumindest als wenig »interessant« einzustufen sind. Soweit Leistungsprofile vorliegen, wird diese Einschätzung verstärkt. Unterdurchschnittliche Beitragseinnahmen korrelieren danach in aller Regel mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben[19], was – trotz gleichgerichteter methodischer Bedenken, wie sie für die Arbeitslosendaten oben erörtert sind – für den Kreis der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger grundsätzlich eine Charakterisierung als »Risikogruppe« erlaubt.

19) Nach den Ergebnissen der AOK-RHEIN-RUHR-STUDIE 1988, liegt die Diskrepanz zwischen 170 % und 300 %; s. auch AOK-DUISBURG 1989, Tabelle 5; Komm.-Drs. 28, Anl.1.

65. Bei insgesamt relativ ausgewogener Risikomischung einer Kasse sollte die Versicherung von Sozialhilfeempfängern indes nur ein *untergeordnetes Problem* darstellen. Erst dann, wenn *regional* allgemein *ungünstige Risikostrukturen* die Finanzsituation einer Kasse ohnehin erheblich beeinträchtigen, erreicht auch die Absicherung von Sozialhilfeempfängern *quantitativ bedeutend* eher ein finanziell beachtliches Ausmaß.

66. Die erhebliche Streubreite der ausgewiesenen Beitragsbemessungsgrundlagen bei der Einbeziehung freiwillig versicherter Sozialhilfeempfänger in den Krankenversicherungsschutz bei den einzelnen Kassen weist zudem darauf hin, daß es *im Einzelfall* auch eine *Managementfrage* der jeweiligen Kasse darstellt, ob eine Absprache mit dem Sozialhilfeträger gelingt, die zu einer deutlich höheren Beitragseinstufung der Sozialhilfeempfänger führt, als dies bei HLU-Basis der Fall wäre.

67. Somit besteht auch hier *weiterer Aufklärungsbedarf* darüber,

- welche Größenordnung die Beitragseinstufung freiwillig versicherter Sozialhilfeempfänger tatsächlich erreicht und welche Ursachen dabei regionale Unterschiede haben,
- inwieweit die ausgewiesene, völlig schiefe Verteilung von Sozialhilfeempfängern auf die Kassen und Kassenarten für das gesamte Bundesgebiet repräsentativ ist und wo regionale Schwerpunkte bestehen,
- ob und ggf. inwieweit die ausgewiesenen Unterschiede zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben bei Sozialhilfeempfängern im versichertenbezogenen Längsschnittvergleich eingeebnet werden.

2. 3. 3. 3 Behinderte, Rehabilitanden

68. Es ist allgemein unbestritten, daß Behinderte in Werkstätten, Rehabilitanden und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe regelmäßig kein »gutes Risiko« für die versichernde Kasse darstellen. Obwohl ein rechtlich bindender Mechanismus nicht existiert, belegt *Tabelle 2.19* eine extrem schiefe Verteilung dieses Versichertenkreises auf die Kassenarten.

Tabelle 2.19: Verteilung der Behinderten und Rehabilitanden auf einzelne Kassenarten 1989*)

Kassenart	Behinderte (insgesamt)	Rehabilitanden (insgesamt)
	68.1 davon (in v. H.):	50.456 davon (in v. H.):
AOK	67,41	64,83
IKK	5,29	12,00
BKK	9,18	2,74
Ang.-EK	14,33	17,02
Arb.-EK	0,81	2,62

*) März.
Quelle: Ermitteln nach BABl. 6/1989.

69. Nach § 235 Abs. 3 SGB V (früher: § 4 SVBG) ist für die in Behindertenwerkstätten Beschäftigten ein *Mindestbetrag* als maßgebliche Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag festgelegt. Diese Mindestbasis beträgt ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Für 1989 ergibt dies Beitragszahlungen auf Grundlage eines

monatlichen Arbeitsentgelts von 630,– DM. Wie die (wenigen) vorliegenden Nachweise über Beitragseinnahmen für Behinderte bei einzelnen Krankenkassen ausweisen, bewegen sich die tatsächlichen Einnahmeströme auch nur unwesentlich über diesen Mindestsatz hinaus. Die Beitragsbasis bleibt meist *weit unter 1 000 DM und erreicht* damit kaum ein Drittel der durchschnittlichen Grundlohnsumme (Komm.-Drs.95, S.4; 155a, Tabellen zu Frage 9; ARBEITSGEMEINSCHAFT DER AOK'N DES RHEIN-RUHR-RAUMES 1988; AOK DUISBURG 1988 bzw. 1989, jew. Tabelle 4)[20]. Daß den Kassen mit diesen Summen keine ausgabendeckende Versicherung von Behinderten möglich ist, liegt auf der Hand.

70. Die Bedeutung der Gruppe der Behinderten für die Frage nach erheblich voneinander abgehobener Risikoverteilung zwischen den Kassenarten relativiert sich freilich ganz erheblich durch ihre *im Vergleich* zur Gesamtheit aller Versicherten *sehr geringe Anzahl.* Ähnliches gilt – wie *Tabelle 2.20* ausweist – auch für den Kreis der pflichtversicherten Rehabilitanden (§ 5 Abs.1 Nr.5 SGB V; zuvor: § 165 Abs.1 Nr.4 RVO) und – soweit sie nicht als (erwerbstätige oder arbeitslose) Arbeitnehmer bereits GKV-pflichtversichert sind – für die Gruppe der freiwillig versicherten Schwerbehinderten (§ 9 Abs.1 Nr.4 SGB V; früher: § 176 c RVO).

Tabelle 2. 20: Anteil der Behinderten und Rehabilitanden an allen AKV*)-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1989[1] (in v.H.)

Kassenart	Behinderte	Rehabilitanden
AOK	0,75	0,30
IKK	0,40	0,39
BKK	0,39	0,05
Ang.-EK	0,17	0,09
Arb.-EK	0,19	0,25

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner.
1) März.
Quelle: Ermittelt nach BABl.6/1989.

Obwohl der Anteil der Behinderten und Rehabilitanden bei den Ortskrankenkassen teilweise ein vielfaches der Werte anderer Kassenarten erreicht, stellen die genannten Versichertengruppen auch bei den Ortskrankenkassen nur geringe Prozentanteile[21]. Als »isolierte« Risikogruppe leicht überzogen herausstellbar, beeinflussen Behinderte und Rehabilitanden das kassenspezifische Finanzierungspotential somit vornehmlich dann negativ, wenn sie zur weiteren Kumulation von »schlechten Risiken« beitragen. Im Sinne des oben entwickelten Analyseinstrumentariums (Pkt. 2. 3. 3) sind sie insbesondere aufgrund ihrer quantitativ geringen Anzahl nicht als besondere Risikogruppe einzuordnen. Ungeachtet dessen ist aufklärungsbedürftig, welche Mechanismen dazu führen, daß auch hier – trotz rechtlich weithin gegebener Wahlfreiheit – eine einseitige Verteilung erfolgt.

20) Für Rehabilitanden liegen keine Einnahmen-/Ausgabenanalysen vor.

21) Die nach § 9 Abs.1 Nr.4 SGB V versicherten Schwerbehinderten gehen wie die versicherten SH-Empfänger statistisch in die Gesamtheit aller freiwillig Versicherten ein. Soweit der Enquete-Kommission von Kassen-(verbänden) zum Anteil an den AKV-Versicherten Zahlen übermittelt wurden, bewegen sich diese im Promillebereich.

2. 3. 3. 4 Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner (BU-/EU-Rentner)

71. Lange ist in der Diskussion um Risikogruppen in der gesetzlichen Krankenversicherung der Kreis der Rentner völlig unbeachtet geblieben. Dies hat seine Ursache vor allem in der heutigen Finanzierungsregelung der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) mit ihrem kassenartenübergreifenden Ausgabenausgleich (näher: Pkt. 4. 1. 2). Indes läßt sich ein solches Vorgehen im Rahmen der hier durchgeführten Problemanalyse des gegliederten Systems analytisch *nicht* rechtfertigen, da auch für die angestrebte Strukturreform der Kassenorganisation bei der Gestaltung der KVdR keinesfalls automatisch vom Erhalt des Status quo ausgegangen werden kann. Bereits die für den Zeitraum ab 1991 beschlossene Einführung eines Eigenanteils der Krankenkassen beim Ausgleich der KVdR-Leistungsaufwendungen (§ 269 Abs.2 SGB V i. V. m. Art.79 Abs.4 GRG) macht eine differenzierte Betrachtung auch hinsichtlich der GKV-Rentner unabdingbar notwendig.

72. Bei einem solchen Vorgehen läßt sich insbesondere aus den empirischen Befunden des in Baden-Württemberg durchgeführten Modellversuchs zur Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung ablesen, daß die Leistungsaufwendungen für den Kreis der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner (BU-/EU-Rentner) im Vergleich sowohl mit der Gesamtheit aller Rentenbezieher als auch mit den AKV-Mitgliedern einer entsprechenden Altersgruppe teilweise ganz erheblich über den jeweiligen durchschnittlichen Leistungsaufwendungen liegen (MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT, FAMILIE UND SOZIALORDNUNG BADEN-WÜRTTEMBERG 1987, S.42 ff.; JACOBS u.a. 1988, S.11 ff.; JACOBS/SCHRÄDER 1989 a, S.18 ff.). So betrugen die jährlichen Ausgaben für KVdR-Mitglieder im Alter zwischen 65 und 74 Jahren in den Sektoren ambulante und stationäre Behandlung sowie Arzneimittel (Untersuchungszeitraum 4. Quartal 1984) rund 2 650 DM, für KVdR-Mitglieder zwischen 35 und 44 Jahren bzw. 45 und 54 Jahren 3 800 DM (= + 43 %) und 4 300 DM (= + 61 %). Beim Vergleich der AKV- und KVdR-Mitglieder innerhalb gleicher Altersgruppen – 35 bis 44 und 45 bis 54 Jahre – benötigten BU-/EU-Rentner gegenüber gleichaltrigen AKV-Versicherten das 6 ½- und 4 ½-fache an Leistungen der Krankenversicherung.

73. Da abgesehen von arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten gerade gesundheitliche Einschränkungen versicherungsmäßig das wesentliche Kriterium für eine Frühverrentung bilden (vgl. §§ 1246 Abs.2, 1247 Abs.2 RVO), können solche Ergebnisse kaum überraschen. Angesichts einer Größenordnung von etwa 1,3 Mio. BU-/EU-Rentnern im Alter unter 65 Jahren (Stand: 1. Juli 1988; BMA [Hrsg.], 1988, Tabellen 4.1 f., S.30 f.) und der aus der amtlichen Statistik ablesbaren deutlichen Ungleichverteilung der KVdR-Mitglieder bis zum 60. Lebensjahr bei den einzelnen Kassenarten, deren Anteile zwischen 7,5 % bei den Angestelltenersatzkassen und 17,4 % bei den Innungskrankenkassen schwanken, kommt den BU-/EU-Rentnern offensichtlich auch in der Frage der besonderen Risikogruppenbelastung von Krankenkassen zukünftig einige Relevanz zu.

74. Gleichwohl muß auch hier bei möglicherweise weitergehenden Überlegungen die doch relativ geringe Anzahl der ausgabenseitig die Einzelkassen besonders belastenden Gruppe der *jüngeren* invaliden Rentner beachtet werden. Von den mehr als 10,7 Mio. KVdR-Mitgliedern befanden sich 1987 lediglich 282.000 (= 2,6 %) im Alter zwischen 25

und 50 Jahren, und nach der Rentenbestandsstatistik wurden im Sommer 1988 insgesamt nicht mehr als 180.000 Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten an 25- bis 50jährige Versicherte der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten gezahlt (vgl. BMA [Hrsg.] 1988, S. 30 ff.).

2. 3. 3. 5 Schwerstrisiken

75. Im Hinblick auf die sogenannten »Schwerstrisiken« (Bluter, Dialysepatienten, AIDS-Kranke), für deren Behandlung jährlich möglicherweise Leistungen von mehreren 10 000 DM erbracht werden müssen, stellt sich die Frage nach ihrer Verteilung auf einzelne Kassen weniger im Zusammenhang mit den Prinzipien des gegliederten Systems.

Die finanziellen Belastungen berühren unabhängig davon jede Einzelkasse besonders dann, wenn sie verstärkt »Schwerstrisiken« unter ihren Mitgliedern sichert. Erst in diesem Fall werden besonders aufwendige Leistungsfälle auch zum Problem der Gliederungsvielfalt, da ihre Häufung die finanzielle Solidität der Einzelkasse erschüttern kann. Negative Folgen können die Kassenarten indes bereits nach geltendem Recht dadurch verhindern, daß sie landesweit die *Möglichkeit freiwilliger kasseninterner Finanzausgleiche* nach § 265 SGB V (früher: § 414 b Abs.2 RVO) nutzen (FRÖHLINGSDORF 1980; HUPPERTZ u.a. 1981, S.320 ff.; WASEM 1989a, S.107 f.). Geschieht dies, verlagern sich die Kosten des medizinischen Fortschritts entsprechend auf breitere Schultern.

3. Grundsätzlich mögliche Lösungsstrategien

76. Trotz gegenteiliger Erläuterungen in zahlreichen Stellungnahmen von Verbandsvertretern der verschiedenen Kassen und Kassenarten – die auch gegenüber der Enquete-Kommission wiederholt worden sind –, das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung habe sich in seiner derzeitigen Form grundsätzlich bewährt, zeigt die Problemanalyse deutlich, daß im Rahmen einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung *erheblicher Handlungsbedarf* hinsichtlich einer Neuordnung der Gliederungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Die Konstruktion des tradierten Systems und die Intentionen des historischen Gesetzgebers stehen in zunehmendem Maße in erheblichem Widerspruch sowohl zur sozioökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik als auch zu den Ansprüchen an eine zukunftsorientierte Organisation des Krankenversicherungssystems selbst. Insbesondere sind Antworten zu finden auf Fragen nach:

- der *Zwei-Klassen-Schichtung der Versicherten* mit unterschiedlichen Rechten im System: Arbeiter mit Zwangskassenzugehörigkeit auf der einen Seite, Angestellte mit Kassenwahl auf der anderen;
- dem Abbau der in einem vielschichtigen Zusammenwirken von Grundlohnunterschieden und *unausgewogenen Risikostrukturen* bei Kassen und Kassenarten entstehenden Beitragssatzunterschiede;
- *Marktanteilsverschiebungen* zwischen den Kassenarten, die insbesondere zu Lasten der »Zwangskasse« AOK verlaufen und gemeinsam mit der stetig steigenden Anzahl von Versicherten mit Wahlmöglichkeiten die Wettbewerbsfähigkeit der Kassenarten untereinander weiter verzerren.

77. Nach Auffassung der Mehrheit der Kommission*) kann auf diese Entwicklungstendenzen mit vier unterschiedlichen Strategien geantwortet werden:

- das gegliederte System wird durch eine (regional organisierte) *Einheitsversicherung* ersetzt;
- es kommt zur Neukonstruktion eines Zuweisungssystems, das die heutigen Strukturdefekte durch *generellen Verzicht auf Wahlmöglichkeiten* und Wettbewerb zu beseitigen sucht;
- es wird eine *grundsätzliche Öffnung der verschiedenen Kassen* und Kassenarten für alle Versicherten und die gleichzeitige Implementation von mehr (und unverzerrtem) Wettbewerb in das System vorgenommen;
- es wird eine *modifizierte Wahlfreiheit* eingeführt, die die Wahlmöglichkeiten der Versicherten – auf der Grundlage einer Gleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten gegenüber dem jetzigen Recht – erweitert und zugleich den spezifischen Organisationsmerkmalen der historisch gewachsenen Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt.

78. Die Minderheit der Kommission*) ist der Auffassung, daß die Option für eine »modifizierte Wahlfreiheit« keine grundsätzlich neue Lösung, sondern lediglich eine Modifizierung des Status quo darstellt. »Modifizierte Wahlfreiheit« ist nach Ansicht dieses Teils der Kommission entweder ein unnötiger und organisationspolitisch riskanter Zwischenschritt auf dem Weg zur unbeschränkten Wahlfreiheit (Modell 3) oder sie läuft auf eine Variante des Zuweisungssystems (Modell 2) hinaus.

79. *Verfassungsrechtliche Schranken* sind dabei *in keinem Fall zu erkennen.* Eine institutionelle Garantie des tradierten Krankenversicherungssystems und seiner tragenden Organisationsstrukturen kann dem Grundgesetz nicht entnommen werden (BVerfGE 39,302 [314]; SOZIALENQUETE 1966, Ziffern 123 f., S.57; ISENSEE 1973, S.26 f.).

Weder dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs.1 GG) noch den ausdrücklich auf die Sozialversicherung bezugnehmenden kompetenz- und organisationsrechtlichen Normen der Verfassung (Art. 74 Nr. 12, 87 Abs.2 GG) läßt sich ein Bestandsschutz für das gegliederte System und dessen überkommene Prinzipien ableiten (GITTER 1969, S.23; SOELL 1980, S.44 f.; RULAND 1985, S.24; GITTER/OBERENDER 1987, S.61 f.). Im Gegenteil steht dem Gesetzgeber in dieser Frage verfassungsrechtlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu, den das Bundesverfassungsgericht Mitte der 70er Jahre exemplarisch dahingehend umrissen hat, daß der Gesetzgeber auch alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenfassen und »in einem Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbarer Körperschaft« organisieren könne (BVerfGE 39, 302 [315]).

3. 1 Reform des Systems durch regionale Einheitsversicherung

80. Ein gangbarer Weg zur Beseitung der gegenwärtigen Widersprüche und Steuerungsdefizite der Krankenkassen-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

strukturen kann darin gesehen werden, das Nebeneinander unterschiedlicher Kassen und Kassenarten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig zu beseitigen und alle Versicherten zukünftig unabhängig von ihrer Berufsstellung und Branchenzugehörigkeit in *regional organisierten Einheitskrankenkassen* zusammenzuführen. Innerhalb einer näher zu definierenden Region besteht nach dieser Konzeption nur noch jeweils eine Krankenkasse, die als alleiniger Verhandlungspartner der Leistungserbringerseite gegenübersteht. Kassenwechsel von Versicherten im herkömmlichen Sinne sind nicht mehr möglich, lediglich bei einem Wohnortwechsel über den Bezirk der zuständigen Regionalkasse hinaus erfolgt eine Wanderung der Versicherten in die nunmehr zuständige Nachbarkasse.

81. Für eine solche Neuorientierung der GKV-Kassenstrukturen hin zur Konzeption der regionalen Einheitsversicherung können insbesondere folgende Gründe sprechen:

- Ein gegliedertes und wettbewerbliches Krankenversicherungssystem ist prinzipiell nur sinnvoll, wenn die Kassen die Möglichkeit haben, unterschiedliche Leistungen anzubieten. Ein Wettbewerb, der sich nur auf der Ebene der Leistungsdarbietung (z.B. freundliche Mitarbeiter, ansprechend gestaltete Verwaltungsräume) bewegt, macht volkswirtschaftlich keinen Sinn. Ein *Wettbewerb auf* der *Ebene der Leistungsarten* hingegen ist *mit den Prinzipien der sozialen Krankenversicherung nicht vereinbar*, da er die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zumindest teilweise von der individuellen Zahlungsfähigkeit und nicht vom medizinischen Bedarf abhängig macht.
- Jedes wettbewerblich orientierte System führt zu einem unter sozialen Gesichtspunkten *äußerst fragwürdigen Wettbewerb um »gute« Risiken*. Jede Kasse muß um eine möglichst günstige Risikostruktur bemüht sein, um im Wettbewerb bestehen zu können, und wird – auch bei allgemeinem Kontrahierungszwang – Mittel und Wege finden, Versicherte mit niedrigem Einkommen und/oder hohem Krankheitsrisiko »abzuwimmeln«.
- Für eine regionale Organisation von Einheitskassen sprechen im wesentlichen *gesundheitspolitische Gründe*. Wenn regional gegliederten Versorgungseinrichtungen und *regionalen Verhandlungs- bzw. Planungssystemen der Vorzug* gegeben wird, macht es nur Sinn, auch die Krankenkassen zu regionalisieren.

82. Bei diesen Gründen, die für eine regionale Einheitsversicherung genannt werden können, muß jedoch gesehen werden, daß ein gegliedertes System – wenngleich ein anderes als das heutige – eine unverändert hohe Akzeptanz hat. Solange sich auch nicht im entferntesten eine Chance abzeichnet, eine Einheitsversicherung politisch durchzusetzen, bleiben entsprechende Programme politische Rhetorik. Daher wird auf eine Ausdifferenzierung dieses Konzepts im weiteren verzichtet.

3. 2 Reform des Systems durch Zuweisung der Versicherten

83. Sollen die heutigen Defizite des bestehenden Gliederungssystems beseitigt werden, besteht eine andere Möglichkeit darin, eine Modellkonzeption zu realisieren, die die schleichende Aushöhlung des vom historischen Gesetzgeber geschaffenen *Zuweisungssystems* umkehrt. Die Aufgabe der rechtlichen Gleichstellung der Versicherten und Risikoanpassung bei Kassen und Kassenarten ist dann in der Weise durchzuführen, daß die ursprünglichen Intentionen des Sozialgesetzgebers, durch Zwang und Zuweisung Solidarität und ausgewogene Risikomischung autonomer Einzelkassen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu garantieren, in einen dem Stand der sozialen und ökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik entsprechenden Rahmen eingepaßt werden.

84. Zentrale Elemente einer solchen Lösungskonzeption sind:

- *Wanderungen von Versicherten* innerhalb des Systems werden grundsätzlich durch entsprechend normative Gestaltung des Mitgliedschaftsrechts *unterbunden*.
- Jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung findet seinen Platz im System durch *Kassenzuweisung*. Individuelle oder kollektive Kassenmitgliedschaft wird ausschließlich per Gesetz begründet; fakultative Mitgliedschaftsmöglichkeiten auf vertraglicher Grundlage existieren nicht.
- Errichtung und Auflösung von Krankenkassen werden an *strenge administrative Vorgaben* geknüpft.
- Das Leistungsrecht wird im Grundsatz für alle Kassen vereinheitlicht; Satzungs- und Mehrleistungen sind allenfalls mitgliederorientiert möglich.
- Die gesetzliche Abgrenzung der Versichertenkreise muß entweder so zugeschnitten sein, daß eine *»gesunde« Risikomischung* weitgehend *garantiert* wird und Verwerfungen zuungunsten einzelner Kassen gemeinhin ausgeschlossen sind, oder die bewußte Bildung unterschiedlicher Mitglieder- und Risikostrukturen in den verschiedenen Kassen(arten) muß durch finanziell kompensierende Maßnahmen ausgeglichen werden.

85. Eine solche Konzeption führt modellhaft

- sowohl zur *rechtlichen Gleichstellung aller Versicherten* im System
- als auch zur *Verhinderung* ungerechtfertigter materieller *Sonderbelastungen* einzelner Versichertengruppen.

86. In der Enquete-Kommission hat sich für diese Konzeption kein Befürworter gefunden. Sie wird deshalb im weiteren nicht mehr verfolgt.

3. 3 Reform des Systems durch unbeschränkte Wahlfreiheit der Versicherten

87. Prinzipiell ist die Lösung der heutigen Gliederungsprobleme – neben dem Weg strikter Mitgliederzuweisung – auch über die *völlige Abschaffung von Kassenzwang* und lediglich eingeschränkten Wahlmöglichkeiten für Versicherte möglich. Der heute nur partiell im System der gesetzlichen Krankenversicherung existierende Wettbewerb wird nach diesem Modell grundlegendes Element bei der Mitgliederrekrutierung aller Kassen und Kassenarten.

Arbeiter und Angestellte werden wie alle anderen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung rechtlich dadurch gleichgestellt, daß ihnen über ein liberalisiertes Mitgliedschaftsrecht prinzipiell *alle Kassen und Kassenarten als Vertragspartner offenstehen*. Ermöglicht werden soll ein freies Fließen »guter« und »schlechter« Risiken zwischen allen Kassenarten. Eine potentiell unterschiedliche materielle Belastung durch Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen fußt auf der Entscheidung jedes einzelnen Versicherten und stellt dementsprechend für die Belastung des Einzelnen kein Problem mehr dar.

88. Um Wahlfreiheit konzeptionell gewährleisten zu können, sind im Rahmen der sozialen Krankenversicherung zwei Voraussetzungen unabdingbar:

- Es muß ein allgemeiner *Kontrahierungszwang* für die Kassen bestehen. Der Versicherungspflichtige, der Aufnahme wünscht, muß völlig unabhängig von der Erfüllung regionaler und berufsspezifischer Vorgaben von jeder Kasse versichert werden.
- Es müssen *gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen* für die Kassen gelten. Gleiche Bedingungen im Wettbewerb um Mitglieder beinhaltet dabei insbesondere, allen Marktbeteiligten gleiche Wettbewerbsparameter zur Verfügung zu stellen.

89. Auch diese Konzeption führt modellhaft zur rechtlichen Gleichstellung aller Versicherten. Unterschiedliche Beitragssätze zwischen Kassenarten sind unabhängig von ihrer Spannweite unbedenklich, da Kassenzugehörigkeit als Resultat freier Wahl des Versicherten konsequenterweise auch die Entscheidung zugunsten höherer Beitragssätze einschließt.

3. 4 Reform des Systems durch modifizierte Wahlfreiheit der Versicherten

90. Dieses Lösungsmodell will *erweiterte Wahlmöglichkeiten* der Versicherten zwischen verschiedenen Krankenkassen, eine Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen und den Abbau von Beitragssatzunterschieden zwischen den Krankenkassen im Rahmen einer Weiterentwicklung des historisch gewachsenen gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erreichen. Wahlfreiheit wird als Zielvorgabe nicht absolut gesetzt, sondern soll unter Berücksichtigung der Restriktionen, die sich insbesondere aus den institutionellen Gegebenheiten der historisch gewachsenen Gliederung ergeben, verwirklicht werden.

Daraus können sich Beschränkungen der Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des Zugangs zu Krankenkassen ergeben.

4. Probleme einer Ausgestaltung des Modells unbeschränkter Wahlfreiheit

91. Auf dem Hintergrund der innerhalb und außerhalb der Enquete-Kommission in den letzten Jahren geführten Diskussion um Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer Neuordnung der bestehenden Strukturen der Krankenkassenorganisation hat die Enquete-Kommission nach Veröffentlichung ihres Zwischenberichts Anfang 1989 bei einer Enthaltung beschlossen, sich bei ihrer weiteren Arbeit auf die Analyse der Probleme einer Implementation von Wahlfreiheitsmodellen als Reformkonzept zu konzentrieren. Wenn unterschiedlichen Rechten und Wahlchancen einzelner Versichertengruppen, solidarabträglicher Risikoselektion und verzerrtem Wettbewerb in Zukunft ein Riegel vorgeschoben werden soll und gleichzeitig die persönlichen Dispositionsmöglichkeiten der Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung spürbar erhöht werden sollen, verlangt die konkrete Ausgestaltung solcher Zielvorgaben vordringlich eine präzise Aufbereitung der dabei zu beachtenden Konfliktfelder.

4. 1 Kassen und Risikoausgleiche

92. Die Frage nach Notwendigkeit und Ausgestaltung von Risikostrukturausgleichen gehört zu den zentralen und in der Diskussion gleichzeitig umstrittensten Problemen im Zusammenhang mit der Einführung eines Wahlfreiheitsmodells.

93. Von den Gegnern der Einführung von Risikostrukturausgleichen wird vor allem vorgebracht:

- *Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot* für die Krankenkassen sind als *ausreichend durchsetzbar* anzusehen, um Versicherte vor ungerechtfertigter und dem Solidaritätsprinzip zuwiderlaufender Selektion durch die Krankenkassen im Wettbewerb zu schützen,
- der freie Wettbewerb um verschiedene Versichertengruppen mit unterschiedlichen Beitragssätzen und Leistungsangeboten sowie Leistungserbringern stellt ein *wirkungsvolles Steuerungsinstrument* für das Krankenversicherungssystem dar (s. dazu vor allem auch Pkt. 4.3 und 4.4),
- dem *Schutz der Versicherten* muß *Vorrang* vor dem Bestandsschutz der Krankenkassen eingeräumt werden,
- die gesetzliche Krankenversicherung soll in die *soziale Marktwirtschaft eingefügt* werden.

94. Bei den Befürwortern einer Einführung von Ausgleichsmechanismen zur Annäherung der heutigen Risikostrukturunterschiede zwischen den einzelnen Kassen stehen vor allem drei Überlegungen im Vordergrund.

- Einmal geht es um die Problematik *unterschiedlicher Startchancen* der verschiedenen Kassen bei Einführung freier Wechselmöglichkeiten für die Versicherten. Käme es zur Wahlfreiheit ohne jeden Ausgleich der verzerrten Risikostrukturen des tradierten Systems, wird befürchtet, daß Krankenkassen in einzelnen Regionen der Bundesrepublik allein aufgrund ihrer schlechten Markteintrittssituation durch zu erwartende Wanderungsbewegungen ihrer mobilen Mitgliedersegmente (mittelfristig) im Wettbewerb als chancenlos gelten müssen. Ihr Verschwinden vom Markt wäre aber ebensowenig Folge mangelnder Leistungsfähigkeit im Wettbewerb, wie das Überleben vieler anderer Kassen deren Effizienz und Qualität belegen würde, sondern in beiden Fällen einzig auf die ungleichen Wettbewerbsbedingungen bereits in der Startphase zurückzuführen.
- Zum zweiten sieht man ohne Risikostrukturausgleiche die *Funktionsfähigkeit des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung* in Frage gestellt. Ein Wahlfreiheitsmodell ohne Risikostrukturausgleiche provoziere zwangsläufig einen Wettbewerb ausschließlich um »gute« Versichertenrisiken, denn unter Wettbewerbsaspekten sei gerade ein Kassenverhalten, daß »schlechte« Risiken trotz Kontrahierungszwangs möglichst vom Beitritt fernhält, als rational zu bezeichnen. Wettbewerb zwischen den Kassen durch Risikoselektion unter den Versicherten, um die eigene Marktposition zu optimieren, müsse aber verhindert werden. Unter volkswirtschaftlichen Aspekten und mit Blick auf die Funktionsfähigkeit der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung handele es sich dabei ohnehin um einen letztlich funktionslosen Wettbewerb (»Nullsummenspiel«), der »unattraktive« Versichertengruppen (chronisch Kranke, sozial Benachteiligte, Langzeitarbeitslose etc.) diskriminiere und das die gesetzliche Krankenversicherung tragende Solidaritätsprinzip tendenziell aushöhle.

— Zum dritten werden *funktionale Erschütterungen im Gesamtsystem* der gesetzlichen Krankenversicherung erwartet, die für nicht tragbar gehalten werden. In einem formalen ökonomischen Modell lasse sich zwar theoretisch begründen, daß — da die Versicherten »mit den Füßen« abstimmen könnten — eine Wanderung zu den Krankenkassen mit geringen Beitragssätzen einsetzen und dadurch sukzessiv ein neues Gleichgewicht in der Risikoverteilung zwischen den Kassen entstehen werde. Eine solche Modellkonzeption gehe jedoch von keinen realistischen Annahmen aus. Auf dem Weg zum antizipierten Gleichgewicht würden viele Krankenkassen schließen müssen, ohne daß dies einen Effizienzgewinn für das Krankenversicherungssystem insgesamt darstelle. Es würde zu teilweise drastischen Verschiebungen der Versichertenpopulationen einzelner Kassen kommen. Solche Zu- und Abwanderungen seien zudem oftmals keineswegs nur der Reflex auf objektive Gegebenheiten, sondern auch das Ergebnis psychologisch bedingter Verhaltensweisen der Menschen, so daß mit insgesamt unkalkulierbaren Risiken für die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gerechnet werden müsse.

4. 1. 1 Mögliche Ansatzpunkte für Risikoausgleiche

95. Will man diesen Gefahren begegnen und deshalb die bestehenden Unterschiede in Risikozusammensetzung und Beitragssätzen zwischen einzelnen Kassen einander angleichen oder zumindest verringern, kann dies *theoretisch* über eine Vielzahl von Varianten angestrebt werden. Dazu bedarf es zunächst einer Einigung darüber, welche der oben diskutierten potentiell risikostrukturbildenden Faktoren (Grundlohn, Alters- und Geschlechtsstruktur, Familienlastquote, besondere Risikogruppen) in einen finanziellen Ausgleich überhaupt eingebracht werden sollen. Sind diese Ausgleichsgrundlagen benannt, lassen sich vier Hauptebenen unterscheiden, die als *Ansatzpunkte der konkreten Ausgestaltung* eines Ausgleichs dienen können:

— die räumliche Ebene (regional, länderweit, bundesweit, Zwischenformen),
— die zeitliche Ebene (unbefristet, befristet mit und ohne degressive Staffelung),
— die institutionelle Ebene (kassenartenintern, kassenartenübergreifend, durch öffentliche Zuschüsse),
— die finanzstrukturelle Ebene (einnahmenorientiert, ausgabenorientiert).

96. Zwischen theoretischer Vielfalt und praktischem Nutzen solcher Ausgleichsverfahren besteht eine erhebliche Diskrepanz. So können unter der Annahme, daß Wettbewerb *allein* innerhalb einer sozialen Krankenversicherung als hinreichendes Steuerungsinstrument einer Wahlfreiheitskonzeption nicht ausreicht, um sozialpolitisch tragfähige Ergebnisse zu erzielen, strukturelle Verwerfungen und Risikoselektion innerhalb des tradierten Gliederungssystems nur dann erfolgversprechend angegangen werden, wenn die Finanzströme eines Ausgleichsverfahrens nicht kassenartenintern, sondern *kassenartenübergreifend* organisiert werden. Dies setzt voraus, daß der kassenarteninterne Ausgleich als nicht ausreichend angesehen wird.

97. Ähnliche Ausgangsüberlegungen können auch für die *zeitliche Ebene* gelten. Mit einem zeitlich begrenzten Risikostrukturausgleich kann vor allem das Ziel verfolgt werden, allen Kassen gleiche Startchancen zur Teilnahme am Wettbewerb einzuräumen. Es soll verhindert werden, daß für historisch bedingt benachteiligte Kassen allein aufgrund der Folgen bisheriger rechtlicher Mechanismen (mittelfristig) eine möglicherweise existenzgefährdende Situation entstehen kann. Die Gefahr, daß der Wettbewerb um »gute« Versichertenrisiken »schlechte« Risiken an den Rand der gesetzlichen Krankenversicherung — oder gar darüber hinaus — drängt, kann stets dann entstehen, wenn ein solcher zeitlich befristeter Risikostrukturausgleich ausgelaufen ist. Ein *degressiver Risikostrukturausgleich* wird unter sonst gleichen Bedingungen auch zuvor bereits seine Wirkung in dem Umfang verlieren, indem das Ausgleichsvolumen quantitativ — und damit auch qualitativ — abgebaut wird.

98. Ob in einem Wahlfreiheitsmodell *ausgabenseitigen* oder *einnahmenseitigen* Ausgleichsformen der Vorzug zu geben ist, soll im folgenden näher betrachtet werden. Die Frage, auf welcher räumlichen Ebene ein Ausgleich funktional in ein Wahlfreiheitsmodell einzuordnen ist, impliziert grundsätzliche Überlegungen zur zukünftigen räumlichen Organisation der Kassenstrukturen und wird deshalb weiter unten näher aufgegriffen (s. Pkt. 4. 2).

4. 1. 2 Ausgabenseitige Ausgleichsformen

99. Als ein bundesweit und gesetzlich zwingend vorgeschriebener Finanzausgleich, der *kassenartenübergreifend* ansetzt, kennt bereits das geltende Recht seit mehr als 10 Jahren den Ausgleich der zwischen den Krankenkassen deutlich voneinander abweichenden Belastungen durch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR).

100. Seine Mechanismen bewirken (vgl. Fußnote 18), daß der zum Beispiel im Verhältnis zu den Angestelltenersatzkassen mehr als doppelt so hohe Rentneranteil der Ortskrankenkassen für diese grundsätzlich ohne finanzielle Konsequenzen bleibt: Die dadurch entstehenden weit überproportionalen *Leistungsaufwendungen* werden im Rahmen der KVdR bundesweit kassenartenübergreifend bis auf wenige Ausnahmen *vollständig ausgeglichen*. Höhere kasseninterne Leistungsausgaben für KVdR-Mitglieder führen auch zu entsprechend höherem Ausgleichsvolumen für die einzelne Kasse. Zwar sind satzungsmäßige Mehrleistungen und Erprobungsleistungen der Kassen über die Verwaltungskosten hinaus seit Anfang 1989 nicht mehr vom KVdR-Belastungsausgleich eingeschlossen (vgl. § 269 Abs.1 SGB V), doch bleiben nach Schätzungen auch weiterhin 97,5 % der KVdR-Aufwendungen ausgleichsfähig, so daß ein Verstärkungseffekt auf die ausgewiesene Beitragsdrift zwischen den Kassen allenfalls marginal entstehen kann (s. STEFFENS 1989, S.388; WASEM 1989a, S.112 f.).

Nach wie vor gilt, daß bei der Krankenversicherung der Rentner — trotz derzeit mehr als 1100 selbstständigen Kassen in der Bundesrepublik — de facto eine *Einheitsversicherung* im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die mit progressiver Tendenz derzeit bereits 41 % der Leistungsausgaben der Krankenkassen erfaßt.

101. Sofern man weitere Personengruppen in einen solchen Ausgabenausgleich einbezöge (etwa die unterschiedliche Belastungsdichte bei der Familienversicherung, die Ausgaben für Arbeitslose etc.), würde dies den Trend zur finanziellen Einheitskasse weiter ausbauen — *für ein Wahlfreiheitsmodell* ein unter wettbewerbstheoretischen und Effizienzgesichtspunkten völlig *widersinniges Ergebnis*. Es würden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht die effizi-

enteren Kassen am Markt durchsetzen, sondern bestens behaupten könnten sich insonderheit Kassen, die über eine maximale Leistungsgestaltung oder eine entgegenkommende Vertragspolitik gegenüber Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern Mitglieder werben. Da die Kosten (weitgehend) von der Gesamt-GKV getragen würden, ginge es im Wettbewerb nicht mehr um die Früchte wirtschaftlichen Kassenverhaltens, sondern ausschließlich um Mitgliederaquisition.

102. Die Einsicht, daß Ressourcenverschwendung und Unwirtschaftlichkeit der Kassen beim Ausgabenausgleich im Interesse der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung begegnet werden muß (s. dazu schon KÖHRER 1970, S.188, m. w. Nw.), hat zu Überlegungen geführt, einem solchen Verhalten durch die Einführung von *»Interessenquoten«* der einzelnen Kassen entgegenzusteuern.

Ein solcher »unvollkommener« Ausgabenausgleich läßt sich in der Weise relativ einfach organisieren, daß bestimmte überdurchschnittliche Ausgaben einzelner Kassen für die entsprechende Versichertengruppe nicht vollständig über eine Risikostandardisierung eliminiert, sondern nur bis zu einem festgelegten Prozentsatz finanziell ausgeglichen werden. Der verbleibende Rest muß als Eigenanteil von der jeweiligen Kasse selbst getragen werden.

103. Genau diesen Weg geht nach den Bestimmungen des Gesundheits-Reformgesetzes auch die KVdR ab 1991 (§ 269 Abs.2 SGB V i.V.m. Art. 79 Abs.4 GRG). Die *ausgleichsfähigen Leistungen* werden durch eine Eigenanteilsquote der Kassen zwischen mindestens 5 % und höchstens 30 % *begrenzt*, wobei dieser Anteil je nach Rentnerdichte der Kassen variiert werden soll. Dabei sieht das Gesetz für Krankenkassen mit einem höheren Anteil der Rentner an den Mitgliedern eine sinkende Interessenquote vor, für Kassen mit vergleichsweise geringen Rentneranteilen steigende Eigenanteile[22].

104. Sind die mit der Einführung von Interessenquoten primär verfolgten Ziele leicht verständlich, den Kassen einen *wirtschaftlichen Anreiz für sparsame Mittelverwendung* an die Hand zu geben und die ausgabentreibenden Effekte von Ausgabenausgleichen zu beschränken, müssen jedoch auch die weiteren Konsequenzen – insbesondere für die jeweiligen Beitragssätze der betroffenen Kassen – näher bedacht werden. Grundsätzlich wird in einem Wahlfreiheitsmodell die den Kassen zugeordnete Eigenquote umso höher sein, je größer die Gefahren eingeschätzt werden, die von Ausgleichsverfahren für effizientes Kassenverhalten und einen funktionsfähigen Wettbewerb ausgehen.

105. Andererseits darf nicht vergessen werden, daß Interessenquoten gerade die Risikoverwerfungen innerhalb der überkommenen Gliederungsstrukturen teilweise wieder ins System einführen, die im politischen Raum als dermaßen massiv angesehen wurden, daß zu deren Abbau kassenartenübergreifende finanzielle Ausgleichsmechanismen eingeführt wurden. Auch ohne daß derzeit aufgrund der noch fehlenden Ausgestaltungsmodalitäten die Auswirkungen exakt berechnet werden können, liegt auf der Hand, daß eine KVdR-Eigenquote ab 1991 die derzeit beobachtbaren *Beitragssatzunterschiede* zwischen den Kassen und Kassenarten nochmals *ansteigen* lassen wird. Allgemein auf die Bedingungen eines Wahlfreiheitsmodells übertragen bedeutet dies, daß möglicherweise allein aufgrund einer spürbaren Interessenquote Anreize für Versicherte entstehen, eine Kasse zu verlassen, da diese durch überproportional »schlechte« Risiken belastet ist.

106. Aus diesen grundsätzlichen Schwierigkeiten kann sich ein ausgabenorientiertes Ausgleichssystem offensichtlich dauerhaft nicht befreien. Es nimmt den Kassen entweder jeden Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten und treibt sie im Gegenteil aus Konkurrenzgründen gerade zu Ausgabenmaximierung oder führt durch Eigenquoten dazu, daß sie sich möglicherweise solidarschädlichem Wettbewerb um »gute« Versichertenrisiken öffnen.

4. 1. 3 Einnahmenseitige Ausgleichsformen: Risikostrukturangleichung

107. Bedeutend funktionaler in ein Wahlfreiheitsmodell einpassen ließen sich nach Auffassung der Befürworter einer vollkommenen Wahlfreiheit einnahmenorientierte Belastungsausgleiche zwischen den Kassenarten, da hierbei die *Gefahr unwirtschaftlichen Kassenverhaltens* in der beschriebenen Form *nicht besteht*. Ziel der Ausgleichsmaßnahmen bildet die Angleichung der versichertenstrukturbedingten Beitragssatzdifferenzen zwischen den einzelnen Kassen und Kassenarten. Die allein aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung des jeweiligen Versichertenkreises einer Kasse hohe oder niedrige Finanzkraft und der über- oder unterdurchschnittliche Finanzbedarf sollen ihren heute prägenden Einfluß auf die Beitragssatzgestaltung im Wahlfreiheitsmodell verlieren, Risikoselektion innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung unattraktiv werden.

108. Da der »strukturbildende Mechanismus« der herkömmlichen Gliederungsprinzipien die wesentliche Ursache für das unterschiedliche Grundlohnniveau zwischen den Kassen darstellt und seine Beeinflussung über Kassenhandeln ausgeschlossen bleiben sollte, hätte bereits ein Ausgleich der kassenspezifischen Grundlohnpotentiale bei Einführung der Wahlfreiheit die teilweise Einebnung ansonsten normbedingter ungleicher Startbedingungen zur Folge.

Finanztechnisch wäre die Berechnung eines einheitlichen Grundlohns für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nötig. Anhand der ermittelten durchschnittlichen Grundlöhne der AKV-Mitglieder im Bundesgebiet (vgl. oben *Tabelle 2.9*) ergeben sich bei den einzelnen Kassen und Kassenarten mehr oder minder deutliche Abweichungen vom Mittelwert, die entsprechend den positiven oder negativen Salden zwischen den Kassen zum Ausgleich gebracht werden.

Das Ergebnis wäre eine *bundesweite Grundlohnstandardisierung* (Finanzkraftangleichung) *über alle Kassen* hinweg. Welche Auswirkungen auf die Beitragssätze der Kassenarten damit unter sonst gleichen Bedingungen verbunden wären, läßt sich anhand einer Modellrechnung verdeutlichen (*Tabelle 2.21*).

109. Die Übersicht läßt nach Standardisierung der Grundlohnsummen eine *Angleichung der Beitragssätze* erkennen. Die Abstände zwischen den untersuchten Kassenarten reduzieren sich von rund 2 Prozentpunkten auf weniger als 1,4 Prozentpunkte, unter Einbeziehung der dargestellten Einzelkassen von mehr als 2,5 Prozentpunkten auf etwa 1,5 Prozentpunkte. Ähnliche Ergebnisse hat auch eine für die Enquete-Kommission durchgeführte Simulationsrechnung auf Basis von 84er-Daten des Sozio-ökonomischen Panels

22) Näheres dazu soll die vom BMA zu erlassende KVdR-Ausgleichsverordnung regeln; § 269 Abs.2 Satz 3 SGB V.

(dazu 2. Teil, Unterabschnitt I, 2.2.3) erbracht (Beitragssatzangleichung von 2,4 auf 1,1 Beitragssatzpunkte)[23].

Tabelle 2.21: Beitragssätze der Kassen(arten) vor und nach kassenartenübergreifendem Grundlohnausgleich (1. Juni 1987)

Kassen(art)	Allgemeiner Beitragssatz (i.v.H.)	
	derzeitiges Recht	nach Grundlohnausgleich
AOK	13,14	12,62
IKK	12,64	11,23
BKK	11,16	12,58
Ang.-EK:	12,36	12,52
— DAK	12,90*)	12,45
— TK	10,60	12,83
Arb.-EK	11,65	12,51
Beitragssatzunterschiede (ohne Einzelkassen)	1,98	1,39

*) ab. 1.August 1987.
Quelle: AOK-BV (Hrsg.) 1988, S.99.

110. Allerdings verdeutlichen diese Resultate gleichzeitig, daß bei den Beitragssätzen von der *Fortexistenz erheblicher Differenzen* ausgegangen werden muß. Alles andere müßte auch angesichts der dargestellten Zusammenhänge und Auswirkungen der spezifischen Versicherungspopulationen auf den Finanzbedarf der Kassen mehr als verwundern.

Will eine Risikostandardisierung nicht neue ungerechtfertigte Risikoverteilungen in ein Wahlfreiheitskonzept einbringen und damit erneut ausgeprägten Kassenwettbewerb um »gute« Versichertenrisiken entfachen, kann sie dementsprechend nicht auf die Einbeziehung weiterer Risikofaktoren (s. oben Pkt. 2.3) verzichten. Insbesondere ist in die Überlegungen einzubeziehen, wie ein Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen

- durch die Familienversicherung,
- durch die differierende Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten

wettbewerbsneutral gestaltet wird.

111. Dabei bietet sich für den Ausgleich der unterschiedlichen Familienlastquoten durch die Kombination mit dem Grundlohnausgleich ein ebenso einfacher wie eleganter Weg an. Durchzuführen wäre ein Ausgleich der Grundlöhne je *Leistungsberechtigtem*, wobei Mitglieder (mit dem individuellen Grundlohn) und Mitversicherte (mit dem angenommenen Grundlohn »0«) gemeinsam die Basis der (fiktiven) Grundlohnsumme bilden. Mit dem zusätzlichen Ausgleich der geschlechtsspezifischen Altersstruktur wären neben dem Einfluß der einkommensproportionalen Beiträge (über den Grundlohnausgleich) auch die Auswirkungen der unterschiedlichen Morbiditätsanfälligkeit der Versicherten auf den Beitragssatz der Einzelkassen weitgehend eliminiert.

Auch hier käme es über Zu- und Abschläge vom jeweiligen »GKV-Eckprofil« (der ermittelten Durchschnittsstruktur innerhalb der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Faktoren Alter und Geschlecht der Versicherten) zu einer Standardisierung der Risiken (s. zum Ganzen auch: SVR KA 1988, Ziffern 213 f.; 1989, Ziffern 340 f.; LEBER/WASEM 1989, S.90 f.).

112. Die Ergebnisse einer Simulationsrechnung für das Jahr 1986, die allerdings insbesondere angesichts fehlender alters- und geschlechtsspezifischer GKV-Gesamtdaten mit Annäherungswerten arbeiten mußte, bestätigen die Erwartung, daß bei Durchführung des Risikostrukturausgleichs in der beschriebenen Form (Grundlohnsumme inkl. Familienlastquote, Alters- und Geschlechtsstruktur) die Beitragssatzvarianz der Kassen *bundesweit* deutlich (um etwa ein Drittel) sinken würde (LEBER/WASEM 1989, S.91; LEBER/WASEM bei STUPPARDT [Hrsg.] 1989, S.61 f.). Welche Konsequenzen sich in verschiedenen *regionalen Räumen* ergeben würden, bedarf weiterer Analyse. Auch der Enquete-Kommission war es angesichts ihres engen Zeitrahmens nicht möglich, diese Forschungslücken zu mindern (s. dazu auch Pkt. 4.6).

113. Eine über die genannten Faktoren hinausgehende *weitere Differenzierung* der Risikostrukturelemente scheint nach dem heutigen Erkenntnisstand insbesondere zur Problematik der besonderen Risikogruppen (vgl. oben Pkt. 2.3.3) *wenig zwingend*. Entweder kann eine allgemeinverbindliche Charakterisierung als besondere Risikogruppe derzeit empirisch nicht in dem Maße als gesichert gelten, daß eine Einbeziehung in einen Risikostrukturausgleich unabweisbar angezeigt erscheint, oder beim entsprechenden Versichertenkreis handelt es sich um eine quantitativ wenig bedeutsame Gruppe.

4. 1. 4 Organisation der Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

114. Zielweisend im Sinne der Herstellung eines effizienten Kassenwettbewerbs, der namentlich Anreize zu unwirtschaftlichem Verhalten möglichst ausschließt, kann ein Risikostrukturausgleich im gerade beschriebenen Sinne solange nur eingeschränkt sein, wie er die Strukturen der heutigen Finanzierung der KVdR nicht ebenfalls zu verändern sucht. Daß es sich dabei um eines der *wesentlichen Problemfelder* bei der Durchsetzung eines funktionstüchtigen Wahlfreiheitsmodells überhaupt handelt, belegt der ausgewiesene Sachverhalt, daß bereits heute rund 40 % der Leistungsausgaben der Krankenkassen über die »Einheitskasse KVdR« abgewickelt werden.

115. Darüber hinaus sind unter dem Blickwinkel einer zukunftsorientierten Gestaltung des Krankenversicherungssystems in der Bundesrepublik zwei weitere Aspekte von besonderer Bedeutung:

- Aufgrund der zukünftigen demographischen Entwicklung (vgl. HERMANN 1987, S.389 f.) und der überproportionalen Ausgabendynamik der KVdR gegenüber der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) wird sich bei Fortschreibung der heutigen Rechtslage der Anteil der Kassenleistungen, der im *allgemeinen Ausgabenausgleich* versickert, mittel- und langfristig *außerordentlich erhöhen* und nach verschiedenen Schätzungen nach der *Jahrhundertwende* 60 bis 70 %, im Jahre 2020 annähernd 80 % erreichen (BAUER/STEFFENS 1987, S.170; Sachverständigenauskunft gegenüber der Enquete-Kommission, Arbeitsgruppenprotokoll I [neu]/4, S.5). Die GKV-Strukturen würden bei vier Fünfteln aller Leistungen im kollektiven Ausgabentopf faktisch weit-

23) Ein regional für Duisburg durchgeführter Grundlohnausgleich senkt die Beitragsspanne zwischen den Kassen von 6,2 auf 5,6 Prozentpunkte (= 11%); LEDENIK 1988, S.68.

gehend die Formen einer Einheitskrankenversicherung annehmen, ohne daß es dazu weitgehender Veränderungen an der »Organisationsfassade« Kassenvielfalt in einem (wie auch immer im einzelnen) gegliederten System bedürfte.

— Ganz unabhängig von der Frage nach der Einführung weitergehender Risiko- oder Finanzausgleiche in einem Wahlfreiheitsmodell *nimmt* ein Ausgabenausgleich für Rentner innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, der den Großteil aller Kassenleistungen umfaßt, den Kassen gerade die durch verstärkten Wettbewerb indizierten *Wirtschaftlichkeitsanreize*. Rationales Kassenhandeln wird sich im Gegenteil darauf spezialisieren, die eigene Rentnerdichte möglichst zu optimieren, da dort entstehende Mehrausgaben nicht nur problemlos auf alle Konkurrenzkassen umgelegt werden können, sondern innerhalb der Gruppe der Rentner erzielte Einsparungen ansonsten auch und gerade der Konkurrenz zugute kämen.

116. Will man den Weg eines vollständigen Herauslösens der KVdR aus dem bestehenden Krankenversicherungssystem — Schaffung einer separaten Einheitskasse für Rentner mit der schleichenden Gefahr des Abkoppelns vom medizinischen Fortschritt und des Entstehens einer Zwei-(Alters-) Klassen-Medizin — als sozial- und gesellschaftspolitisch völlig inakzeptabel ausschließen, bietet sich als funktionaler Lösungsansatz nur die *Auflösung der KVdR in ihrer heutigen Form* an.

117. Resultat einer solchen vollständigen Rückverlagerung der Ausgabenfinanzierung für die eigene Rentnerklientel an die jeweilige Krankenkasse wäre ein *erhebliches Anwachsen* der bestehenden *Beitragssatzspannen* zwischen den Kassen und Kassenarten. Dies kann angesichts der sehr ungleichen Verteilung der Rentner auf die einzelnen Kassenarten (Rentnerdichte zwischen im Minimum 5 % und maximal 80 %) nicht verwundern. Von den annähernd 11 Mio. Rentnern innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung versichern die Ortskrankenkassen mit mehr als 5,4 Mio. etwa die Hälfte und damit mehr als doppelt so viele wie die Angestelltenersatzkassen (rd. 2,5 Mio.; Stand: Juni 1989). Den relativ höchsten Anteil haben (abgesehen von Bundesknappschaft und Landwirtschaftlichen Krankenkassen) die Betriebs- und Ortskrankenkassen mit jeweils ca. einem Drittel des Mitgliederbestandes. Wenn dementsprechend im heutigen KVdR-Ausgleich die Ersatzkassen milliardenschwere Nettozahler sind (1985: › 2,3 Mrd. DM) und — vor allem neben der Bundesknappschaft — die Ortskrankenkassen begünstigte »Subventionsgewinner« (1985: rd. 2,8 Mrd. DM; Komm.-Drs. 45a, S.38), muß dies bei Auflösung der KVdR voll auf den kassenarteninternen Beitragssatz durchschlagen.

118. Nach den der Enquete-Kommission vorgestellten Simulationsrechnungen für das Jahr 1986, die insbesondere aufgrund der fehlenden datentechnischen Möglichkeiten, die jeweiligen Rentenvolumina kassenspezifisch zuzuordnen, teilweise mit plausiblen Annahmen arbeiten konnten, errechnen sich *bundesweit* Beitragssätze nach Auflösung der KVdR von im Durchschnitt rund 11 % für die Angestelltenersatzkassen und 13,4 % für die Ortskrankenkassen, während sie unter Zugrundelegung des Status quo bei 12,12 bzw. 12,67 % gelegen hätten. Ihre Extremwerte zeigen die KVdR-bereinigten Beitragssätze bei den Arbeiterersatzkassen mit 9,8 % und bei der Bundesknappschaft mit 17,3 % (BKK: 10,4 %; IKK: 11,26 %). Die *Streubreite der Beitragssätze* in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt und innerhalb einzelner Kassenarten würde sich *mehr als verdoppeln*, was insbesondere die regionalen Beitragssatzdifferenzen nochmals erheblich vergößern würde (vgl. Arbeitsgruppenprotokoll I [neu]/4, S.5; LEBER/WASEM 1989, S.93; LEBER/WASEM bei STUPPARDT [Hrsg.] 1989, S.64 f.).

119. Sollen damit verbundene Wettbewerbskonsequenzen in einem Wahlfreiheitsmodell gemildert werden, bietet sich als Lösungsweg die *völlige Gleichstellung* der Rentner mit den Erwerbstätigen im Rahmen eines Risikostrukturausgleiches an. Wie bereits im geltenden Recht hinsichtlich der Beitragserfassung (§ 228 SGB V) können dabei die Rentenhöhe und weitere Einkommen den Grundlohn der Rentenempfänger bilden. Kassen, die infolge ihrer hohen Rentnerdichte in erheblich weiterem Umfang die überdurchschnittlichen Leistungsausgaben für Rentner tragen müßten, könnten die dadurch bedingten erheblichen Rückwirkungen auf den Beitragssatz insbesondere über den Grundlohn- und Altersstrukturausgleich (zumindest teilweise) ausgleichen, ohne daß die negativen Folgen ausgabenorientierter Ausgleiche auf Kassenhandeln und Effizienz des Gesamtsystems zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen *Tabelle 2.22*).

Tabelle 2. 22: Beitragssätze und finanzielle Be-/Entlastung der Kassenarten bei Auflösung der KVdR mit und ohne Risikostrukturausgleich 1986

Kassenart	Beitragssätze			Finanzielle Be-/Entlastung[3] (-/+) bei:	
	geltendes Recht[1]	Auflösung KVdR	Risikostrukturausgleich	KVdR-Auflösung	Risikostrukturausgleich
alle Kassen	12,14	12,08	12,08	1662	0
OKK	12,67	13,40	11,92	- 2120	5832
IKK	12,31	11,26	11,88	370	- 278
BKK	10,66	10,40	10,99	484	- 764
Ang.-EK	12,12	11,04	12,81	3221	- 5822
Arb.-EK	11,24	9,80	12,26	236	- 423
BKn[2]	12,38	17,31	10,81	- 551	1535

1) bei nachträglichem vollständigen Einnahmen-/Ausgabenausgleich.
2) Bundesknappschaft.
3) in Mio DM.
Quelle: Expertengespräch der Arbeitsgruppe I (neu) der Enquete-Kommission, Arbeitsgruppenprotokoll I (neu)/4, S.5 f.; LEBER/WASEM 1989, S.93.

4. 2 Kassen und räumliche Organisationsstrukturen

4. 2. 1 Regionalisierte Kassenstrukturen

120. Die Entscheidung zugunsten einer Regionalisierung der Krankenkassenstrukturen wäre nach dieser Auffassung vor allem mit drei wesentlichen Konsequenzen verbunden:

1. Wahlfreiheit für alle Versicherten zu allen Kassen einer Region; räumliche Wechselmöglichkeiten darüber hinaus bestehen im Grundsatz nicht.
2. Untergliederung der gegenwärtig bundesweit tätigen Kassen; räumliche Anpassung der heute dezentral strukturierten Kassen.
3. Aus 1. und 2. folgt unmittelbar die durchgängige Einführung des Regionalprinzips bei der Kassenorganisation mit genereller Regionalisierung der Beitragssatzgestal-

tung und der Notwendigkeit einer Regionalisierung der Selbstverwaltung bei allen Kassen.

121. Die Befürworter eines solchen Vorschlags, die Einführung von Wahlfreiheit ins Krankenkassensystem regionenbezogen durchzuführen und mit der allgemeinen Regionalisierung der Kassenarten zu verbinden, machen folgende Überlegung geltend. Das Einnahmen- und Ausgabenniveau der Kassen vor Ort wird nicht allein über die benannten risikostrukturprägenden Einflußgrößen (Grundlohn, Altersstruktur, etc.) bestimmt, sondern in erheblichem Umfang auch über regional geprägte Faktoren determiniert. Die Erwerbs- und Einkommensstruktur der Bevölkerung oder Qualität und Quantität der Leistungsangebote des Medizinsystems sind in Ballungsräumen regelmäßig deutlich anders konturiert als in ländlichen Regionen der Bundesrepublik. Hinzu kommen Auswirkungen regionaler Morbiditätsunterschiede oder regionaler Unterschiede der Leistungsinanspruchnahme durch die Versicherten.

122. Insofern ist die Behauptung einsichtig, daß auch *regionalstrukturelle Ursachen für interregionale Beitragssatzunterschiede* der Krankenkassen existieren. Wenn aber in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik nicht einheitlich das gleiche Angebot an gesundheitlicher Versorgung zur Verfügung gestellt wird und deshalb auch das Leistungsvermögen des Gesundheitssystems variiert, lassen sich damit ebenfalls Beitragssatzdifferenzen zwischen einzelnen (Versorgungs-)Regionen begründen. Voraussetzung wäre freilich stets, daß die Beitragssätze der Einzelkassen auch tatsächlich die jeweilige regionale Angebotsstruktur widerspiegeln und nicht verzerrte Versichertenstrukturen.

123. Zudem liegt auf der Hand, daß der Wettbewerb um die Versicherten im Wahlfreiheitsmodell von den Kassen stets in der *Auseinandersetzung* mit der Konkurrenz *vor Ort* geführt werden muß. Dadurch wird die gleichzeitige Regionalisierung der Krankenkassen als Komplement zur Wahlfreiheit sinnvoll und als Voraussetzung zur Schaffung effektiver Wettbewerbsparameter interessant. Dieser wettbewerbstheoretische Begründungszusammenhang kann vor allem beim Vergleich mit den *»disincentives« heutiger Kassenstrukturen* weiter konkretisiert werden:

- Gegenwärtig haben Geschäftsführer bundesweit tätiger Kassen vor Ort zu geringen Anreiz, sich wirtschaftlich zu verhalten, da solche Aktivitäten im (bundeseinheitlichen Beitragssatz) keinen spürbaren Niederschlag finden.
- Bundesweit tätige Kassen können ein Eigeninteresse daran haben, daß das Überangebot an medizinischen Leistungen in Ballungsräumen erhalten bleibt, da sie anders als die regional operierenden Krankenkassen die daraus resultierenden überdurchschnittlichen Kosten intern ausgleichen und so Wettbewerbsvorteile gegenüber Regionalkassen erzielen können.
- Es ist evident, daß die Beitragssätze der bundesweit tätigen Kassen in städtisch verdichteten Räumen zu niedrig, in ländlichen Regionen aber zu hoch liegen. Folge sind erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen bundesweit und regional tätigen Kassen.
- Das heute teilweise unkoordinierte Nebeneinander von bundesweiten und regionalen Krankenkassen führt auch im Verhältnis zu den Leistungserbringern zu Steuerungsdefiziten innerhalb des GKV-Systems. Durch ein einheitliches Vorgehen von regional operierenden Kassen könnte deren Verhandlungsposition wesentlich gestärkt werden. Auch, daß derzeitig für die Bundesländer kaum ein Anreiz zur Bettenanpassung im Krankenhausbereich besteht, da zwei Drittel der GKV-Ausgaben bundesweit umgelegt werden (40 % über die KVdR, 30 % über bundesweit tätige Kassen), kann sich erst dann wandeln, wenn Kapazitätsänderungen vor Ort auch im Beitragssatz der Regionalkassen Ausdruck finden.

124. Ein wesentliches Ergebnis der Regionalisierung der Kassenstrukturen wäre zweifellos eine erhebliche *Angleichung der Beitragssätze* zwischen den Kassen vor Ort. Das konkrete Ausmaß dieser Annäherung bliebe indes davon abhängig, ob mit der Regionalisierung übergreifende Risikostrukturausgleiche verbunden würden und welche Wettbewerbsparameter den Kassen im weiteren gegenüber den Leistungsanbietern und hinsichtlich der Leistungsgestaltung (dazu unten Pkt. 4.3) zur Verfügung gestellt würden. Wie schon aus den oben ausgewiesenen Daten für die Region Hamburg eindeutig hervorgeht (Pkt. 2.3.1, a. E.), würde etwa ein regionaler kassenartenübergreifender Grundlohnausgleich die regionale Wettbewerbsposition der Hamburger Ortskrankenkasse schlagartig verbessern.

125. *Interregional* könnten sich hinsichtlich der Beitragssätze leicht *gegenteilige Tendenzen* durchsetzen. Ähnliche Beitragssatzunterschiede zwischen einzelnen regionalen Räumen, wie sie derzeit innerhalb der dezentral organisierten Kassen erreicht werden (s. o. *Tabellen 2.6–2.8*), scheinen dann möglich, wenn ausschließlich regionalstrukturelle Beitragssatzdeterminanten (etwa Erwerbsstruktur, Einkommensgefüge) ungeschminkt die Finanzrechnung der jeweiligen Gebietskasse prägen. Damit würden möglicherweise schnell bundesweit Grenzen in den Beitragsniveauunterschieden erreicht und überschritten (Nord-Süd-Gefälle), die gerade wesentlich Anlaß zur derzeitigen Reformdiskussion liefern.

126. Erneut stellte sich die Frage nach der Rechtfertigung unterschiedlicher Beitragsbelastungen der Versicherten, die auch unter dem Aspekt des grundgesetzlichen Auftrages zur *Schaffung einheitlicher Lebensverhältnisse* in der Bundesrepublik (Art.72 Abs.2 Nr.3, 106 Abs.3 Satz 4 Nr.2 GG) beantwortet werden müßte. Solange es schwer möglich erscheint, durch die Schaffung gleichmäßiger Versorgungsniveaus die Beitragssätze interregional anzunähern, könnte zumindest eine Teilantwort dadurch gefunden werden, daß mögliche Risikostrukturausgleiche auch bundesweit durchgeführt werden. Lediglich regionale kassenübergreifende Risikostrukturausgleiche würden allein die Herstellung gleicher Wettbewerbschancen der Kassen vor Ort fördern, raumordnungs- und sozialpolitische Notwendigkeiten aber womöglich zu sehr in den Hintergrund drängen.

4. 2. 1. 1 Räumliche Abgrenzung

127. Unabhängig von den Argumenten, die für eine Regionalisierung der Kassenstrukturen in einem Wahlfreiheitsmodell sprechen können, treten erhebliche Definitionsprobleme dann auf, wenn es um die *konkrete Abgrenzung einer »Region«* (Bundesland, Regierungsbezirk, Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung, Kreisebene bzw. AOK-Ebene u.a.) und die dabei wesentlichen Kriterien geht.

Als Grundlage für weitere Überlegungen kann dabei gelten, daß die Abgrenzung einer relevanten Region sowohl *versichertenbedarfs-* als auch *wettbewerbsbezogen* erfolgen muß. Als weitere Eckpunkte für eine handhabbare Definition können gelten:

- ein hohes Maß an Wirtschaftsverflechtung innerhalb eines Raumes,
- die problemlose Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens durch die Versicherten,
- eine ausreichende Anzahl von unterschiedlichen Leistungsanbietern für die einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung in einer Region,
- die Berücksichtigung gegebener Verwaltungseinheiten.

128. Die Beachtung dieser Merkmale führt dazu, daß eine Regionenabgrenzung sowohl auf der Ebene von Bundesländern als auch auf der Ebene heutiger AOK-Bezirke als wenig adäquat einzustufen ist. Im ersten Fall dürfte es sich insbesondere mit Blick auf die Flächenstaaten um zu große, im zweiten Fall um zu kleine räumliche Einheiten handeln, wodurch die genannten Vorgaben nicht mehr erfüllt werden können. Angesichts der unterschiedlichen Struktur der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik kann daran gedacht werden, die konkrete Regionenabgrenzung nicht dem Bundesgesetzgeber zu überantworten, sondern in die *Kompetenz der einzelnen Bundesländer* zu legen.

4. 2. 1. 2 Regionalisierte Beitragssatzgestaltung

129. Weniger spektakulär als eine Auflösung der gewachsenen Organisationsstrukturen von Ersatzkassen und bundesweiten Betriebskrankenkassen im Rahmen einer Regionalisierung des Krankenversicherungssystems wäre ein Vorgehen, daß die bundeseinheitliche *Organisation* dieser Kassen *unberührt* läßt, allerdings die *Regionalisierung* der *Beitragssatzgestaltung* zumindest zeitweise vorschreibt. Auf diese Weise könnten die negativen Anreize der Mischkalkulation überregionaler Kassen (s. Pkt. 4.2.1) angegangen werden, ohne die Strukturen bundesweit tätiger Kassen insgesamt zu zerschlagen.

Damit sich regionale Angebotsstrukturen unterschiedlos im Verhalten regional konkurrierender Kassen auswirken, bedarf es lediglich eines »Herunterbrechens« (CASSEL) der kassenspezifischen Beitragssatzkalkulation auf die Regionalebene.

130. Gleichzeitig müßte damit allerdings die Schaffung entsprechender Organisationsstrukturen verbunden werden. Ohne die *Verlagerung* von wesentlichen *Entscheidungskompetenzen* auf zu etablierende regionale Selbstverwaltungsorgane bei den bundesweiten Kassen scheint ein regionalisiertes Kassenkonzept – selbst wenn es sich auf die Beitragsseite beschränkt – nicht im gewünschten Sinne handlungsfähig. Insofern käme es faktisch zu einer deutlichen Verschiebung des innerorganisatorischen Machtgefüges bei den »Bundeskassen« – weg von der zentralen Ebene und hin zu den Handelnden vor Ort.

4. 2. 2 Zentralisierte Kassenstrukturen

131. Die *Fusion* aller gegenwärtig regional tätigen Krankenkassen zu bundesweit operierenden Körperschaften des öffentlichen Rechts stellt die *grundsätzliche Alternative zur Regionalisierung* dar. Unter der Annahme, daß der die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung stets begleitende Konzentrationsprozeß dezentral tätiger Kassen (SIEBECK 1982, S.304 f.) sich zukünftig fortsetzt, würde eine solche Annahme vordergründig lediglich eine ohnehin im Fluß befindliche Entwicklung konsequent vorwegnehmen.

132. Bundesweit tätige Kassen hätten hinsichtlich der heutigen regionalen Beitragssatzdifferenzen zweifellos den Vorteil, daß sie regionale Unterschiede in der Wirtschaftskraft – mit ihren direkten Auswirkungen auf das Grundlohnniveau – und die verschiedene *Finanzbelastung* aufgrund regional unterschiedlicher Angebotsstrukturen intern durch eine überregionale *Mischkalkulation ausgleichen* könnten.

133. Die außerordentliche Streubreite bei den Beitragssätzen innerhalb einer Kassenart, wie sie oben ausgewiesen ist (s. Pkt. 1.2), würde sich dementsprechend bei Konzentration des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung auf wenige Zentralkassen und unter Beibehaltung der heutigen KVdR-Konstruktion unmittelbar auf etwa 2 Prozentpunkte drücken lassen (s. *Tabelle 2.23*).

Tabelle 2. 23: Durchschnittliche Beitragssätze für Pflichtmitglieder (1. Juni 1989)

Kassenart	Allgemeiner Beitragssatz	Index (Alle Kassen = 100)
Alle Kassen	12,91	100,0
OKK	13,48	104,4
IKK	12,75	98,8
BKK	11,50	89,1
Ang.-EK:	12,68	98,2
– DAK	12,90	99,2
– TK	11,00	85,2
Arb.-EK	11,96	92,6

Quelle: Ermittelt nach BMA, Arbeits- und Sozialstatistik.

Finanziell betrachtet besteht deshalb auch zwischen einer Zentralisation des Kassenwesens in der Bundesrepublik und einem bundesweit obligatorischen, vollständigen kassenarteninternen Finanzausgleich (einer Übertragung des KVdR-Modells auf die gesamten Versicherten einer Kassenart) *kein* Unterschied.

134. Allerdings muß bedacht werden, daß die dargestellte erhebliche Beitragssatzangleichung bei den Bundeskassen lediglich eine *Momentaufnahme* darstellt, die sich unter den Bedingungen von uneingeschränktem Kassenwettbewerb schnell verändern dürfte. Zum einen würde sich zumindest dann, wenn keine Angleichung der Risikostrukturen in ein Wahlfreiheitsmodell eingebracht wird, die Wettbewerbsposition der bisher regional tätigen Kassen gerade in den Gebieten, in denen sie derzeit bei relativ günstigen Beitragssätzen gute Wettbewerbschancen haben, aufgrund von Beitragsanpassungen an den Bundesdurchschnitt kurzfristig (teilweise erheblich) verschlechtern. Stehen ihnen keine anderen Wettbewerbsparameter zur Verfügung, wären starke Mitgliederwanderungen weg von den bisherigen Regionalkassen sehr wahrscheinlich, was die Beitragsdrift zwischen den Kassen wieder ansteigen ließe.

135. Zum anderen wären die Beitragssenkungen der neuen Bundeskassen in Regionen mit bisher überdurchschnittlichem Beitragsniveau kaum geeignet, die Wettbewerbsfähigkeit dort wieder in ausreichendem Maße herzustellen. Im Gegenteil steht unter sonst gleichen Bedingungen eher zu vermuten, daß auch in diesen Regionen die mobilen Mitglieder in erheblichem Umfang zu Kassen mit bundesweit attraktiverem Beitragssatz abwandern würden, was einen kaum aufhaltbaren »Kellertreppeneffekt« zuungunsten der früheren Regionalkassen in Gang setzen würde. Für ein solches Szenario kann am Ende beider Entwicklungslinien über die sukzessive Eliminierung der im Wettbewerb chan-

cenlosen Kassen mit extrem schlechten Risikostrukturen der Weg in die zentrale Einheitsversicherung nicht ausgeschlossen werden (BEHRENDS 1987, S.515, m.w.Nw.).

136. Eine gänzlich andere Ausgangsbasis würde sich freilich ergeben, wenn:

- über Ausgleichsmechanismen die versichertenstrukturbedingten Beitragssatzdifferenzen der Zentralkassen angeglichen worden wären. Ähnlich wie für die durchschnittlichen Beitragssätze oben gezeigt (Pkt. 4.1.2), ist nicht nur eine deutliche Eingrenzung der Beitragssatzvarianten zu erwarten, sondern insbesondere auch zwischen den Kassen eine erhebliche Verschiebung des Beitragssatzniveaus zugunsten der heutigen Regionalkassen.
- über eine deutliche Erweiterung der wettbewerblichen Aktionsparameter – namentlich im Hinblick auf die Ausgestaltung des Leistungsangebots der Kassen gegenüber ihren Versicherten und den Vertragsbeziehungen zu den Leistungsanbietern – den Kassen neue Möglichkeiten des Reagierens am Markt gegeben wären (dazu näher im folgenden Pkt. 4.3).

137. Unabhängig von solchen Überlegungen reibt sich die bundesweite Kassenfusion auf wenige Großkassen mit jeweils mehreren Millionen Versicherten mit dem Argument des vornehmlich in der Region ausgetragenen Wettbewerbs um Mitglieder in einem Wahlfreiheitsmodell. Die Intention, gerade über Regionalisierung der Kassenlandschaft oder eine regionale Beitragssatzgestaltung nachhaltig Druck auf effektives Kassenhandeln vor Ort zu erzeugen, ginge vollständig verloren. Ob gerade Großorganisationen Garanten für Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen sein können, muß auf dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen bezweifelt werden.

4. 3 Kassen und Wettbewerb

138. Bestünde die Möglichkeit, voraussetzungslos ein völlig neues System der Kassenorganisation in der Bundesrepublik zu schaffen, könnte bei Einführung eines Wahlfreiheitsmodells mit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot für die Versicherten ein weitgehend unverzerrter Wettbewerb zwischen den Kassen etabliert werden. Alle Kassen wären im Wettbewerb um Versicherte *rechtlich und tatsächlich* den gleichen Rahmenbedingungen unter-worfen.

Angesichts der tatsächlichen Bedingungen bleibt dies freilich ein rein theoretisches Denkmodell. Die unterschiedlichen Risikostrukturen der einzelnen Kassen im heutigen Gliederungssystem lassen die *Wettbewerbsbedingungen* verschiedener Kassen bei Implementation eines Wahlfreiheitsmodells *sehr unterschiedlich* erscheinen. Neue Wettbewerbsvorteile könnten sich die Kassen im weiteren dadurch verschaffen, daß sie den Wettbewerb um »gute« Risiken (junge, ledige Versicherte; Versicherte mit hohem Einkommen) intensivieren und durch die Entwicklung von Strategien, Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot zu umgehen, den Versuch unternehmen, »schlechte« Risiken aus ihrem Versichertenbestand fernzuhalten.

139. Als sinnvolle Gegenstrategien, die solche Tendenzen verhindern sollen, können vornehmlich zwei Wege diskutiert werden.

Eine Antwort auf solche Selektionsversuche, die das Solidaritätsprinzip aushöhlen, stellt der beschriebene Weg dar, die unterschiedliche Versichertenstruktur als Wettbewerbsparameter durch die Einführung von Ausgleichsmechanismen soweit wie möglich völlig aus dem System zu eliminieren. Dies wäre nach Ansicht der Mehrheit der Kommission*) ein Ergebnis, das unter der Prämisse, daß die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos jederzeit für alle Versicherten bei anderen Kassen gewährleistet sein muß und unter der Prämisse, daß der Fortbestand einer Kasse grundsätzlich keinen Selbstzweck haben soll, politisch vertretbar wäre. Nach Ansicht der Minderheit der Kommission*) haftet einem solchen Weg mit Blick auf die erwartbaren Folgen für zukünftige Kassenstrukturen ein starker statisch-konservativer Zug an. Die überkommene Kassenorganisation wurde nicht a priori zur Disposition gestellt, sondern akzeptiert und als im Kern erhaltenswert angesehen.

140. Eine andere Antwort setzt darauf, daß Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot viel einfacher auch über ein *funktionstüchtiges Aufsichtssystem* sichergestellt werden können. Als notwendig wird ein leicht verfügbares Prüfverfahren angesehen – etwa die Einrichtung regionaler Beschwerdestellen bei den Versicherungsaufsichtsämtern –, um die bestehenden Gefahren adverser Selektion abzuwenden und das Solidaritätsprinzip in einem Wahlfreiheitsmodell dauerhaft sicherzustellen.

141. Gleichzeitig wird gegenüber dem Weg des Risikostrukturausgleichs kritisch eingewandt, daß durch die damit verbundene Beitragssatzangleichung den Kassen gerade ein Teil der Wirtschaftlichkeitsanreize wieder genommen werde, die das GKV-System bei Kassenwahlfreiheit der Versicherten potentiell freisetze. Um die Vorteile von Kassenwettbewerb für einen effektiven Ressourceneinsatz im System tatsachlich realisieren zu können, sei es vielmehr erforderlich, den Kassen durch erheblich erweiterte Möglichkeiten der Leistungsdifferenzierung neue attraktive Wettbewerbsparameter an die Hand zu geben.

Während den Kassen bei unveränderten Rahmenbedingungen im Leistungsrecht zukünftig zur autonomen Beeinflussung des Beitragssatzes und zur Verdeutlichung von Qualitätsdifferenzen nur wenige Parameter zur Verfügung stehen (Aufbau einer effizienten Verwaltung und stringente Wirtschaftlichkeitskontrollen, Abschluß von günstigen Vertragsvereinbarungen mit der Leistungsanbieterseite, Erstellung differenzierter Präventionsangebote, Bereitstellung versichertennaher Serviceleistungen, Einführung von Erprobungsregelungen), gehen in diesem Zusammenhang weiterführende Überlegungen vor allem in zwei Richtungen.

Zum einen können die Wettbewerbsinstrumente für die Kassen dadurch deutlich erweitert werden, daß ihnen eine erheblich *größere Gestaltungsfreiheit* hinsichtlich der *Versicherungsangebote* für ihre Mitglieder im Bereich der Regelleistungen zuerkannt wird (Ausgrenzung inhaltlich definierter Leistungsbereiche). Den Kassen wird ermöglicht, mit unterschiedlichen Versicherungsinhalten um Mitglieder zu werben. Dadurch würde erreicht, daß sich alle Leistungsbereiche auch im – für das jeweilige Leistungspaket der einzelnen Kasse geforderten – Beitragssatz widerspiegeln können. Medizinisch und sozialpolitisch handhabbare Konzepte zur Abgrenzung zwischen einer besonders defi-

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

nierten Grundversorgung und darüber hinausgehender Leistungen liegen allerdings bislang nicht vor. Sie hätten das Problem zu bewältigen, daß auch heute die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Versorgungsleistungen »ausreichend und zweckmäßig« sein sollen, also eine Grundversorgung darstellen. Im weiteren kann an Differenzierungen hinsichtlich der individuellen Kostenbeteiligung (prozentuale oder absolute Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen) gedacht werden, die auf Krankheitsfälle oder Zeitperioden bezogen werden.

142. Grenzen für die freie Vertragsgestaltung von Kassen und Versicherten sind nach diesen Überlegungen erst dort gegeben, wo

- ansonsten durch individuelles Wahlverhalten der Solidarausgleich in Frage gestellt würde,
- die Kassen in einem uferlosen Wettbewerb »nach unten« die notwendige Grundversorgung der Versicherten zur Disposition stellen würden,
- Wahlmöglichkeiten abgekoppelt von der sozialen Situation der Versicherten eröffnet werden sollen (vgl. näher oben, 2. Teil, Unterabschnitt I, 2.3.2.2).

143. Daneben könnten auch Wahltarife zugunsten *unterschiedlicher Formen der* personellen und organisatorischen *Leistungserbringung* angeboten werden. Auf diese Weise würden nicht ganze Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung aus der Versicherung ausgeschlossen, sondern den Versicherten Angebote gemacht, sich freiwillig zugunsten reduzierter Beitragsbelastung auf einzelne Gruppen von Ärzten, Krankenhäusern oder Hilfsmittelproduzenten zu beschränken, die sich durch Vertragsabschluß mit den Kassen verpflichtet haben, die medizinische Versorgung zu gesonderten Konditionen zu übernehmen.

144. Zum anderen können den Kassen Wettbewerbsparameter – worauf bereits die Forderung nach Angeboten mit eingegrenztem Leistungserbringerkreis hinweist – dadurch eröffnet werden, daß für sie in weitem Umfang Möglichkeiten zum Abschluß unterschiedlicher Verträge mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern bestehen. Auf diese Weise könnten jeder einzelnen *Krankenkasse* Aktionsparameter eröffnet werden, durch *Implementation von Wettbewerb* auch *auf der Leistungserbringerseite* auf die Struktur des Leistungsangebots wesentlich einzuwirken. Denkbar erscheint dabei eine Vielzahl von Möglichkeiten, etwa die Öffnung für Health Maintenance Organization- (HMO-) und Preferred Provider Organization- (PPO-) Modelle, die Einführung verschiedener Arten von Vergütungssystemen mit einzelnen Leistungsanbietergruppen (Abrechnung nach Kopfpauschalen und ähnliches) und andere Formen differenzierter Vertragsabschlüsse.

145. Voraussetzung für die Durchsetzung einer solchen Strategie wären freilich sehr *weitreichende Eingriffe* in das bestehende *System der kassenärztlichen Versorgung*, von einer Aufhebung oder zumindest einer Einschränkung des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen bis hin zur Aufhebung der automatischen Kassenzulassung für niedergelassene Ärzte und dem Wegfall der weitreichenden gesetzlichen Verpflichtung der Kassen auf gemeinsames Vorgehen im Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern. Zudem liegt auf der Hand, daß sich nicht zuletzt auch die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen zu Einrichtungen erfolgskontrollierten Unternehmensmanagements wandeln müßten.

146. In einem solchen »deregulierten« Wahlfreiheitsmodell, das den Kassen Möglichkeiten vielfältiger Vertragsangebote an ihre (und ihre potentiellen) Versicherten eröffnet, so kann vermutet werden, *verlöre* der *Beitragssatz* seine ihm aufgrund eines weitgehend einheitlichen Leistungsrechts gegebene *starke Stellung* für die Entscheidung der Versicherten zugunsten der einen oder anderen Kasse. Derzeit unterschiedliche Risikostrukturen bei Einzelkassen stellten dann allenfalls ein Übergangsproblem dar, bis die neu zur Verfügung stehenden Wettbewerbsinstrumente am Markt voll ihre Wirkung entfalten.

147. Offensichtlich ist, daß der *Umbruch*, der bei konsequenter Durchführung einer solchen Wahlfreiheitsstrategie auf die Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung zukäme, mit hoher Wahrscheinlichkeit viel *schwerwiegenderer Natur* sein würde, als bei einer Wahlfreiheitsoption, die die Versichertenstruktur von vornherein durch institutionelle Regelungen als Wettbewerbsparameter eliminiert und die Leistungsseite nicht oder allenfalls in sehr differenzierter Weise öffnet.

Wie stark solche und darüber hinausgehende soziale und politische Erschütterungen insgesamt sein könnten, hängt freilich wesentlich von der Ausprägung und Tendenz weiterer Faktoren ab, insbesondere den tatsächlichen Beitragssatzunterschieden zwischen den Kassen bei Einführung der Wahlfreiheit, der ökonomischen Reaktionsschwelle und der Reaktionsgeschwindigkeit der Versicherten. Einige dazu heute plausibel erscheinende Annahmen sollen im folgenden näher beleuchtet werden.

4. 4 Kassen, Beitragssätze und Wanderungspotential der Versicherten

148. Auf die – im Gegensatz zu möglichen Ergebnissen eines »entwickelten« deregulierten GKV-Systems – unter gegenwartsnahen Bedingungen vielfach angenommene dominante Rolle des Beitragssatzes für die Entscheidung von Versicherten zugunsten der einen oder anderen Kassen in einem Wahlfreiheitsmodell ist bereits im Zusammenhang mit der Analyse der Beitragssatzunterschiede im tradierten gegliederten System hingewiesen worden (vgl. Pkt. 2.2, a.A.).

Spiegelt die dort wiedergegebene Beobachtung von Fachleuten der AOK, daß Beitragssatzdifferenzen ab einem halben Prozentpunkt aufwärts anderen Wettbewerbsparametern ihren Einfluß sukzessiv rauben, auch in einem Wahlfreiheitsmodell erwartbare Trends wider, kommt es auf die *Reaktionsgeschwindigkeit der Versicherten* an, ob Kassen mit regional überdurchschnittlichem Beitragssatzniveau bereits nach wenigen Monaten ihre Wettbewerbsfähigkeit endgültig verlieren, oder ob sich ein solcher Prozeß auf eine mittelfristige Perspektive streckt. Nach einer für die Enquete-Kommission durchgeführten statistischen Simulation auf Basis der Wellen 1 und 2 (1984/85) des Sozio-ökonomischen Panels könnten bei Einführung der Wahlfreiheit bundesweit immerhin rund die *Hälfte aller Mitglieder* der gesetzlichen Krankenversicherung ihre *Gesamtbeitragsbelastung* durch Kassenwechsel *um mehr als 2 Prozentpunkte mindern.*

149. Werden Trendbeobachtung und Simulationsergebnis als auch für die Zeit nach Implementation eines Wahlfreiheitsmodells realistisch unterstellt, kann der Überlebensfähigkeit der historisch bedingt »teuren« Kassen innerhalb einer Region ohne weitere kassenartenübergreifende Angleichung der Risikostrukturen tatsächlich keine solide Chance

eingeräumt werden. Da der Beitragssatz wegen der historisch bedingten Wettbewerbsverzerrungen kaum die wirkliche Effizienz einer Kasse anzeigt, müßte bei nicht auszuschließenden Konkursen großer Einzelkassen mit *erheblichen sozialen und politischen Turbulenzen* gerechnet werden, deren Tragweite letztlich antizipativ gar nicht abzustecken ist, aber darüber hinaus auch mit weithin *dysfunktionalen Wettbewerbsergebnissen* selbst. Setzt der Beitragssatz nach Einführung der Wahlfreiheit tatsächlich den zentralen Anreiz für das Wechselverhalten von Versicherten, wären ceteris paribus in wesentlichen Bereichen kontraproduktive Folgen einer Wahlfreiheitskonzeption zumindest nicht unwahrscheinlich.

150. Allerdings lassen sich gegen eine solche eindeutige Tendenzbeschreibung wichtige *Einwände* formulieren, die eine relativierende Sichtweise nahelegen können:

- Auch bereits im Zeitpunkt der Kassenöffnung dürfte der Beitragssatz nur *einer* von mehreren Bestimmungsgründen für einen Kassenwechsel von Versicherten sein. Preis (Beitrag) und Qualität des Angebots (Kundenservice, Kulanz etc.), aber auch personelle Präferenzen der Versicherten können als Einheit betrachtet werden. Preisdifferenzen von 20 und mehr Prozent sind auf Versicherungsmärkten selbst mit völlig genormten Leistungen als durchaus typisch anzusehen, ohne daß die teuren Versicherungsangebote in breitem Ausmaß vom Markt verdrängt würden.
- Bei Einführung der Wahlfreiheit muß von relativ *schlechter Markttransparenz* ausgegangen werden. Bis die Versicherten umfassend überblicken, welche Kassenmitgliedschaft für sie größtmögliche Vorteile verspricht, ist von einem längeren Lernprozeß auszugehen. Zudem kann angenommen werden, daß die Neigung zum Kassenwechsel grundsätzlich mit steigendem Alter abnimmt. Für Versicherte in höherem Alter kann die Wechseltendenz auch langfristig als äußerst gering eingeschätzt werden.
- Aus Beobachtungen anderer Versicherungsmärkte (Kfz-Versicherungen) geht hervor, daß die Wanderungsrichtung der Versicherten keineswegs eindeutig bestimmbar ist. Der Wanderungsprozeß im Kfz-Sektor verläuft in einem nicht unerheblichen Ausmaß auch von den preiswerteren zu den teuren Versicherungsangeboten.

Werden zudem auf mittlere Sicht sukzessive die Wettbewerbsinstrumente der Kassen im Hinblick auf die Ausgestaltung ihres Leistungsangebots und die Beeinflussung ihrer Risikostruktur erweitert, eröffnet ihnen dies Reaktionsmöglichkeiten, auch den eigenen Beitragssatz *aktiv* zu gestalten.

151. Zu bedenken bleibt indes bei solchen Erwägungen, die die Rolle des Beitragssatzes für das Versichertenverhalten in einem Wahlfreiheitsmodell möglicherweise relativieren können, daß sie die konkreten Folgen der Wahlfreiheit für die gesetzliche Krankenversicherung nur vergleichsweise unspezifisch und global einfangen (können), während sich die realen Möglichkeiten der Versicherten nach faktisch sehr *heterogenen regionalen Strukturen* richten würden, die auch unterschiedliche Reaktionsmuster erwarten lassen:

- Das tatsächlich verfügbare Angebot an Krankenkassen stellt sich für den Versicherten vor Ort in einzelnen Regionen der Bundesrepublik sehr unterschiedlich dar. So gibt es vorwiegend ländliche Räume mit nur sehr wenigen, Ballungsräume mit weit mehr als 20 potentiell konkurrierenden Kassen (in Hamburg beispielsweise 31).
- Die Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen verlaufen intraregional höchst uneinheitlich, liegen häufig bei etwa 50 %, teilweise aber auch noch deutlich darüber (vgl. oben Pkt. 1.2, a.E.).

152. Da davon auszugehen ist, daß sich Markttransparenz regional – und besonders in Ballungsgebieten – sehr viel schneller einstellen wird als bei Betrachtung der gesamten Bundesrepublik, kann vermutet werden, daß innerhalb bestimmter Regionen bereits *nach wenigen Monaten Wanderungsprozesse* unter den Versicherten in Gang gesetzt werden. Diese Bewegung wird bei entsprechenden Beitragssatzdifferenzen von 5 oder mehr Prozentpunkten (s. Beispiel Hamburg, *Tabelle 2.7*) – mithin einer möglichen Beitragsersparnis für einen Durchschnittsverdiener von rund 100 DM monatlich (nur Arbeitnehmerbeitrag; vgl. Pkt. 2.2) – kaum langfristig auf wenige Versicherte beschränkt bleiben. Wahrscheinlicher scheint, daß die *mobileren Mitgliedersegmente* (jüngere, besser verdienende Mitglieder) in einem erheblichen Ausmaß – nicht zuletzt durch ihre Arbeitgeber – motiviert würden, zu günstigeren Kassen zu wechseln, und daß bei teuren Kassen im Kern lediglich die Versicherten zurückbleiben, die entweder keinen Wechsel mehr wünschen (meist Ältere) oder diejenigen, die materiell ohnehin keinerlei Anreiz haben, ihre Kasse zu verlassen. Diese Gruppe der Arbeitslosen, Niedrigverdiener, Sozialhilfeempfänger u.a. umfaßt nach für die Enquete-Kommission errechneten Simulationsergebnissen bundesweit etwa 13 % aller Versicherten (1984).

153. Eine solche Prognose gewinnt weiter an Wahrscheinlichkeitsgehalt, wenn die dargestellte Entwicklung in der KVdR (Pkt. 4.1.4) in die Analyse einbezogen wird. Überlegungen zur Relevanz des Beitragssatzes im Wahlfreiheitsmodell gehen im allgemeinen (stillschweigend) von der Fortexistenz des kassenartenübergreifenden Ausgabenausgleichs in der KVdR aus. Sie übernehmen somit auch dessen negative Folgen auf Kassenwettbewerb und Kassenwirtschaftlichkeit in das Wahlfreiheitsmodell. Die einzig konsequente Lösung – Auflösung der separaten KVdR, Wahlfreiheit auch für versicherte Rentenempfänger – läßt aber die Beitragssatzspannen zwischen den Kassen, wie ausgewiesen, noch einmal auf breiter Front *ansteigen*. Bei regionalen Beitragssatzunterschieden von dann leicht 10 und mehr Prozentpunkten bedürften die Argumente, die dem Beitragssatz eine nur beizuordnende Bedeutung beimessen, zweifellos einer neuen Gewichtung.

154. Letztlich bleiben indes alle Erwägungen, die potentielles Versichertenverhalten abschätzen wollen, weithin spekulativ. Selbst der Weg über eigens durchzuführende *Repräsentativumfragen* zur Wanderungsbereitschaft von Versicherten läßt deshalb Vorsicht geboten erscheinen, da es sich um die Ermittlung eines potentiellen Verhaltens in einer derzeit hypothetischen Situation handeln würde. Zwar ist grundsätzlich die Notwendigkeit solcher Umfragen unabweisbar, doch sind auch dadurch – wie etwa aus der empirischen Wahlforschung bekannt ist – nur Trendaussagen zu erlangen.

4. 5 Kassenwechsel und Wahlfreiheit: praktische Umsetzungsprobleme

155. Wesentliche Fragen, die vor einer Umsetzung einer allgemeinen Kassenwahlfreiheit als Organisationsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung einer befriedigenden Beantwortung bedürfen, ergeben sich bereits unmittelbar

aus der bisherigen Problemerörterung. Die *Grundsatzentscheidungen* hinsichtlich möglicher Risikostrukturausgleiche (und welcher ?), der Regionalisierung der Krankenkassenstrukturen (oder nur der Beitragssatzgestaltung), der Handhabung der KVdR, der Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung hin zu Wahltarifen (in welchem Umfang, mit welchen Inhalten ?), *determinieren* letztlich auch die *Qualität einzelner Probleme*, für die bei der Umsetzung des Wahlfreiheitsmodells in die Wirklichkeit eine Lösung gefunden werden muß.

156. Dies läßt sich an einigen *Beispielen* verdeutlichen:

- Auch wenn eine weithin akzeptierte und handhabbare Definition der relevanten (Versorgungs-) Region gefunden ist, ergibt sich die Schwierigkeit, wie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Versicherte außerhalb dieser Region intraregional adäquat berücksichtigt wird.
- Sollen zwar einerseits die gegenwärtigen Organisationsstrukturen der Kassen rechtlich unangetastet bleiben, andererseits aber die Beitragssatzgestaltung regionalisiert werden, bleibt zweifelhaft, wie kassenintern eine regionale Beitragssatzgestaltung gelingen soll, wenn regional nur wenige Mitglieder versichert werden.
- Soll sich in der gesetzlichen Krankenversicherung ein möglichst effizienter Wettbewerb entwickeln, impliziert dies, auf Fristen für den (wiederholten) Kassenwechsel von Versicherten zu verzichten, da ansonsten gerade der Beitragssatz als Wettbewerbsparameter entwertet wird. In einem solchen Fall stellt sich für die Kassen aber das Problem gravierender Informationsdefizite (über ihre tatsächliche Versichertenzahl und deren Risikostruktur, die tatsächlichen Kosten der Leistungsinanspruchnahme durch ihre Mitglieder), was jede solide Beitragssatzkalkulation vor erhebliche Schwierigkeiten stellen würde. Wird deshalb die Bildung von Rückstellungen in erheblicher Größenordnung notwendig, stellt sich die grundsätzliche Frage nach einer Umstellung der gesamten Finanzierung, was erneut eine Fülle von Folgeproblemen auslösen würde.
- Kommt es insbesondere auf überregionaler Ebene zu temporär verstärktem Wechselverhalten von Versicherten, stellt dies zum einen davon »positiv betroffene« relativ kleine Kassen vor unlösbare infrastrukturelle Probleme. Im Personalbereich wären Engpässe zu erwarten, die von einem unternehmerisch bisher wenig geforderten Kassenmanagement kaum zu lösen wären. Zum anderen käme es bei »negativ betroffenen« Kassen zu breitem Personalüberhang, der spätestens bei Kassenschließungen zu Entlassungen von Beschäftigten in erheblichem Umfang führen muß.

157. Darüber hinaus darf ein weiteres Problemfeld nicht vergessen werden, dem vor allem auch politisch äußerste Brisanz zukommt. *Völlige Wahlfreiheit* mit Kontrahierungszwang beinhaltet – auch ohne daß dies stets in der gebotenen Klarheit hervorgehoben wird – langfristig das *Ende der berufsständisch und betrieblich orientierten Krankenkassen in ihrer bisherigen Struktur*. Die weitere Existenz von Mitgliederkreisbeschränkungen wäre jedenfalls sowohl mit der unabweisbaren Forderung nach der vollkommenen Gleichstellung der Versicherten als auch mit einem konsequent angelegten Wahlfreiheitsmodell kaum kompatibel.

Zwar sind hier Kompromißlinien denkbar, die etwa bei neu ins System kommenden Versicherten ansetzen oder andere längere Anpassungsfristen vorsehen, doch wird das Problem damit nicht grundsätzlich entschärft, sondern seine Lösung zeitlich nur hinausgeschoben. Käme es zur Einführung kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleiche, könnte die Frage zukünftiger Mitgliederkreisbeschränkungen zumindest insofern entschärft werden, als alle Kassen einnahmenseitig voll in die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wären.

4. 6 Datenlage und Datennotwendigkeiten

158. Unabhängig davon, welche konkrete Ausgestaltung einer Wahlfreiheitskonzeption der Vorrang gegeben wird, bedarf eine *empirisch gestützte Abschätzung* über die Konsequenzen alternativer Konzeptionen *gesicherter Datengrundlagen*. Eine solche Folgenabschätzung hätte vor allem Antworten zu geben auf:

- das Wanderungspotential zwischen den Kassen,
- den vermuteten Ausschöpfungsgrad dieses Potentials,
- die Veränderungen der inter- und intraregionalen Beitragssatzdifferenzen,
- die Folgen auf die zukünftige Kassenlandschaft (Kassenzahl und Kassengröße, Arbeitsplatzaspekte),
- gesundheitlich und sozial unerwünschte Wirkungen des Wettbewerbs im Leistungsrecht.

159. Von der dazu notwendigen validen *Datenbasis* kann allerdings derzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung allenfalls *bruchstückhaft* für einzelne Kassen und Kassenarten die Rede sein. Auch die Bemühungen der Enquete-Kommission, die teilweise desolate Datensituation zu verbessern, hatten, wie wiederholt betont worden ist und die obige Analyse erkennen läßt, nur geringen Erfolg.

Erhebliche *Lücken* bestehen nach wie vor insbesondere hinsichtlich:

- *regionaler* Daten zur Versichertenstruktur (AKV-, KVdR-Mitglieder und Familienversicherte nach Alter und Geschlecht, Angaben zu Risikogruppen) *aller* Einzelkassen,
- regionaler Daten zur Struktur der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnstruktur, einschließlich der beitragspflichtigen GRV-Renten) *aller* Einzelkassen,
- der *regionalen* Zuordnung der Ausgabenstrukturen *aller* Einzelkassen.

Diese Informationen sind zwar für die Orts- und Innungskrankenkassen in weiten Bereichen grundsätzlich greifbar, doch *fehlen* sie namentlich für die Ersatzkassen und überregionalen Betriebskrankenkassen *völlig*, da diese lediglich bundesweit dokumentieren. Ob und inwieweit regionalisierte Daten vorhanden sind – etwa Informationen zur kasseninternen Versichertenstruktur in einzelnen Regionen, was aus Aquisationsgründen plausibel erscheint –, muß weiterer Spekulation überlassen bleiben.

160. Eine grundsätzliche Änderung der defizitären Datenlage kann nur dann erwartet werden, wenn durch *gesetzgeberisches Handeln* die rechtlichen Voraussetzungen zur Erhebung der notwendigen regionalen Daten geschaffen werden.

161. Soll nicht gewartet werden, bis eine solche prinzipielle Lösung greifen könnte, müssen *plausible Schätzverfahren* entwickelt werden, die die bestehende Datenbasis ergänzen. Die Erarbeitung solcher Schätzungen, die auf Grundlage statistisch valider Daten (Mikrozensus, Lohnsteuerstatistik, sozialversicherungspflichtige Einkommen

der Beschäftigten) mit Annäherungswerten operieren, erfordert einen methodischen Aufwand, den die Enquete-Kommission im Rahmen der ihr zur Verfügung stehenden Zeit nicht leisten konnte. Die Kommission weist aber mit Nachdruck darauf hin, daß empirisch gestützte Abschätzungen der Folgen einer Implementation einzelner Modellvarianten der Wahlfreiheit in einzelnen Regionen der Bundesrepublik kurzfristig *grundsätzlich durchführbar* sind und *seriöse Ergebnisse erwartet* werden können.

Die unzureichende oder zum Teil fehlende Datenbasis sollte deshalb *nicht* den Eindruck entstehen lassen, daß aus diesen Gründen eine Organisationsstrukturreform der Krankenkassen gegenwärtig nicht möglich sei.

5. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

162. Die Diskussionen in der Enquete-Kommission haben in der Frage der Neugliederung der gesetzlichen Krankenversicherung zu *keinem einheitlichen*, von allen Mitgliedern der Kommission gleichermaßen akzeptierten *Konzept* geführt, wenngleich in *Einzelaspekten* durchaus *Konsens* erzielt werden konnte. Um den Diskussionsprozeß und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Optionen nachvollziehbar zu machen, sind – bevor die diskutierten Alternativen vorgestellt werden – einige einleitende Bemerkungen erforderlich.

5. 1 Ausgangspunkte der Modelle

163. In *Abschnitt 3* sind folgende Konzepte zur Behebung der durch die gegenwärtigen Gliederungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung entstandenen Wettbewerbsverzerrungen und sozialen Benachteiligungen genannt worden:

- Zusammenschluß der einzelnen Kassenarten zu regional gegliederten *Einheitskrankenversicherungen*,
- *Zuweisungssystem* mit generellem Verzicht auf Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb,
- *unbeschränkte Wahlfreiheit* für alle (Pflicht-) Versicherten bei wettbewerblichem Nebeneinander von verschiedenen Kassen und bei Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot für alle Krankenkassen,
- Wettbewerb der Kassen auf der Grundlage einer *modifizierten Wahlfreiheit* der Versicherten.

164. Die *regionale Einheitsversicherung* wird von *Teilen der Enquete-Kommission grundsätzlich favorisiert*, ohne daß diese Option zum Dogma erhoben wird. Bei allen guten Gründen, die für eine regionale Einheitsversicherung sprechen (s. oben Pkt. 3.1), verkennen die Anhänger des Einheitsversicherungskonzepts indes vor allem dreierlei nicht:

- Für die politische Durchsetzung einer Konzeption der regionalen Einheitsversicherung bestehen auf absehbare Zeit keinerlei Realisierungschancen.
- Die Einheitsversicherung bietet nicht nur Vorteile. Aus der Sicht der Versicherten kann die Möglichkeit, bei Unzufriedenheit die Kasse wechseln zu können, ein Gesichtspunkt sein, der für die Existenz mehrerer Krankenkassen spricht.
- Es lassen sich Wahlfreiheitsmodelle denken, die die Gefahren der Risikoselektion zwar nicht völlig eliminieren, jedoch eingrenzen können.

165. Das *Zuweisungssystem* findet in der Enquete-Kommission *keine Befürworter*. Zwar wird gesehen, daß dieses System keine generelle Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten enthält und damit *ein* Defizit des gegenwärtigen Systems behebt. Jedoch kann nach einhelliger Ansicht der Kommission in dieser Form der Gleichstellung kein Fortschritt gesehen werden; vielmehr handelt es sich um eine Verallgemeinerung von Nachteilen. Nunmehr würden nämlich auch Angestellte einer Kasse zugewiesen, die ihre eigene Risikostruktur und Finanzkraft (und damit Beitragssatzhöhe) nicht beeinflussen kann. Bestimmte Angestellte und Arbeiter würden gleichermaßen gezwungen, in einer Krankenkasse zu bleiben, die einen erheblich höheren Beitragssatz hat als die für andere Arbeitnehmer zuständigen Krankenkassen.

166. Die im folgenden näher dargestellten Modelle einer Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung gehen deshalb von *Konzepten unterschiedlich erweiterter Wahlmöglichkeiten* der Versicherten zwischen verschiedenen Krankenkassen aus.

Die zentralen Unterschiede zwischen den Optionen bestehen in folgenden Merkmalen und Zielrichtungen:

- *Reformoption I* geht davon aus, daß ein freier *Wettbewerb* für einen *Ausgleich der Risikostrukturen* sorgt und ein kassenartenübergreifender Risikoausgleich deshalb grundsätzlich nicht erforderlich ist. Ein *zeitlich befristeter Risikoausgleich* wird allerdings für sinnvoll gehalten, um eine möglichst reibungslose Anpassung des gegenwärtigen Krankenkassensystems an die neuen Wettbewerbsbedingungen zu ermöglichen. Den Kassen muß der Einsatz verschiedener Wettbewerbsparameter insbesondere im Leistungsbereich eröffnet werden.
- *Reformoption II* hält einen *dauerhaften Risikoausgleich* für unabdingbar, da allein auf diese Weise ein mit dem Solidaritätsprinzip unvereinbarer Wettbewerb zu Lasten »schlechter« Versichertenrisiken vermieden werden kann. *Wahlleistungen* werden *abgelehnt*; den Versicherten steht bei allen Krankenkassen grundsätzlich das *gleiche Leistungsangebot* gegenüber. Der Wettbewerb um Versicherte soll sich weitgehend auf die Leistungspräsentation und versichertennahe Serviceangebote beschränken.
- *Reformoption III* geht davon aus, daß Wahlfreiheit und das damit verbundene Ziel einer Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Kassen zunächst nicht absolut gesetzt werden darf. Bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für Wahlfreiheit und Wettbewerb müssen andere, gleichrangige oder übergeordnete Systemziele berücksichtigt werden, insbesondere die Gewährleistung eines funktionsfähigen Solidarausgleichs. Ein Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen muß darauf ausgerichtet sein, gleiche Startchancen der Kassen im Wettbewerb zu gewährleisten. Das Ausgleichsverfahren ist so zu gestalten, daß negative Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Aufgabenerfüllung der Kassen vermieden werde.

167. Darüber hinaus besteht zwischen den *Reformoptionen I und II Einigkeit* darin, in folgenden Punkten für alle Kassen gleiche Rechtsgrundlagen zu schaffen:

- im Mitgliedschaftsrecht,
- im Beitragsrecht,
- im Leistungsrecht,
- im Vertragsrecht,
- im Dienstrecht der Kassenbeschäftigten.

5. 2 Unbeschränkte Wahlfreiheit mit zeitlich begrenztem Risikoausgleich und Wahlmöglichkeiten im Leistungsrecht (Reformoption I)

[Vorschlag der Kommissionsmitglieder: Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.]

168. Eine demokratisch organisierte Gesellschaft räumt ihren Bürgern dort *Freiheitsspielräume* ein, wo der einzelne, *ohne Gefährdung der Gemeinschaft*, seine Interessen wahrnehmen kann. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird nur einer begrenzten Gruppe, den Angestellten, ein Freiheitsspielraum in bezug auf die Kassenwahl eingeräumt. Allgemeininteressen sprechen nicht dagegen, dieses Recht allen Pflichtversicherten zu gewähren. Vielmehr ist es ein *Gebot der Gleichbehandlung aller Versicherten*, allen die freie Kassenwahl zu ermöglichen.

Bei einer Zuweisung aller Versicherten an bestimmte Versicherungsträger würde zwar, wie erwähnt, eine Gleichbehandlung der Versicherten herbeigeführt, ihnen jedoch ein Freiheitsspielraum ohne überzeugenden Grund genommen.

169. Eine freie Kassenwahl gibt jedem einzelnen Versicherten die Möglichkeit, die seinen Interessen am meisten entsprechende Krankenkasse zu wählen und damit seine Präferenzen auszudrücken. Gleichzeitig wird durch Wahl und möglichen Wechsel der jeweiligen Krankenkasse signalisiert, inwieweit sie – in der Einschätzung der Versicherten – deren Interessen wahrnimmt (Abstimmung mit den Füßen). Somit erfüllt die Wahlfreiheit auch eine *stets gegenwärtige Steuerungs- und Kontrollfunktion.* Für die Krankenkassen bedeutet dies, daß sie sich ständig im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen um ihre Mitglieder bemühen müssen. Wahlfreiheit ist somit eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für eine wettbewerbsorientierte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Das heißt auch, daß insbesondere für Betriebs- und Innungskrankenkassen keine Sonderregelungen zugelassen werden. Eine Einschränkung des Versichertenkreises aufgrund der Satzung ist unzulässig.

170. Einer Wahlfreiheit der Versicherten kommt damit in bezug auf unsere Gesellschaftsordnung ein Eigenwert und in bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung ein instrumentaler Wert zu. Beide Werte zusammen machen ein *Wahlfreiheitsmodell zu der am besten geeigneten Zielvorstellung für eine Strukturreform.*

5. 2. 1 Begründung für die zeitliche und inhaltliche Begrenzung des Risikoausgleichs

171. Bei den bestehenden Beitragssatzunterschieden zwischen den einzelnen Krankenkassenarten und Krankenkassen ist davon auszugehen, daß eine Reihe von Krankenkassen mit relativ hohen Beiträgen durch Abwanderung ihrer Mitglieder nicht länger existenzfähig sein wird. Die Geschwindigkeit, mit der eine solche Abwanderung eintritt, läßt sich nicht genau vorhersagen, weil

- die entsprechenden Informationen nicht sofort bekannt sein werden,
- der Beitragssatz nicht das alleinige Kriterium der Abwanderungsentscheidung darstellt und schließlich
- nicht bekannt ist, welche Höhe die Beitragssatzunterschiede erreichen müssen, damit sie in einem spürbaren Umfang einen Wechsel der Versicherten auslösen.

Längerfristig dürfte aber eine Strukturbereinigung eintreten.

172. Die *Folgen* einer solchen Entwicklung sind in erster Linie *aus der Sicht der Versicherten zu beurteilen*, da Krankenkassen per se keinen Bestandsschutz genießen. Für die Versicherten ergeben sich aber keine negativen Folgen daraus, sofern *alle Kassen* einem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot gegenüber *allen Versicherten* unterliegen und die Einhaltung dieser Prinzipien durch die Aufsichtsbehörde gewährleistet ist.

173. Als positive Konsequenz für die *Versicherten* ist hervorzuheben, daß sie nun alle gesetzlichen *Krankenkassen mit günstigen Beitragssätzen wählen können* und nicht länger die durch ihre Kasse erhobenen höheren Beitragssätze akzeptieren müssen. Nehmen Versicherte – trotz freier Kassenwahl – weiterhin höhere Beitragssätze in Kauf, so werden sie ihre Gründe haben, die zu respektieren sind. *Beitragssatzunterschiede verlieren* damit ihre *sozialpolitische Bedenklichkeit.* Allerdings ist nicht gänzlich auszuschließen, daß durch den wettbewerblichen Selektionsprozeß in bestimmten Regionen Versicherte weniger Wahlmöglichkeiten haben als Versicherte in anderen Regionen. Im Extremfall verbleibt eine Kasse, die freilich immer mit der potentiellen Konkurrenz der übrigen Krankenkassen rechnen muß.

174. Wie bereits angemerkt, genießen weder die Krankenkassenarten noch die einzelnen Krankenkassen Bestandsschutz. Gleichwohl können die Interessen der Beschäftigten in existenzbedrohten Kassen an der Beibehaltung ihrer Arbeitsplätze nicht außer acht gelassen werden. Will man den beschäftigungspolitischen Bedenken der Auswirkungen der Wahlfreiheit auf einzelne Kassen Rechnung tragen, sind *Übergangsregelungen* zu finden, die Freisetzungen in größerem Umfang vermeiden.

Ferner wird es aus Gründen der Fairneß und des Vertrauenschutzes für angebracht gehalten, daß den Krankenkassen mit einem durch den Gesetzgeber veranlaßten überdurchschnittlich hohen Bestand an schlechten Risiken eine angemessene Anpassungsfrist eingeräumt wird.

175. Eine *inhaltliche Begrenzung des Risikoausgleichs* wird deshalb für unumgänglich gehalten, weil eine völlige Gleichheit der Startchancen auch in diesem Bereich Illusion bleiben muß. Weiterhin spricht gegen einen vollkommenen Risikoausgleich, daß bislang statistisch nicht genügend zuverlässig abgeklärt ist, was gute und was schlechte Risiken sind; dagegen sprechen auch Praktikabilitätsgesichtspunkte.

Schließlich darf nicht außer acht gelassen werden, daß ein wie auch immer gearteter Risikoausgleich zu Wettbewerbsverzerrungen führt.

5. 2. 2 Wahlfreiheit mit zeitlich und inhaltlich begrenztem Risikoausgleich

176. In bezug auf die konkrete Ausgestaltung des Risikoausgleichs sind Dauer, Umfang und Inhalt zu klären.

1. (*Dauer*)
   Es wird ein Übergangszeitraum von 10 Jahren vorgeschlagen. Dieser Zeitraum wird für angemessen gehalten, um den Krankenkassen Gelegenheit zu geben, Anpassungsstrategien zu entwickeln. Innerhalb dieses Zeitraums sollte jedoch eine stetige prozentuale Reduzierung der Ausgleichszahlungen erfolgen. Auf diese Weise wer-

den die anfangs benachteiligten Kassen gezwungen, sich schrittweise immer mehr dem Wettbewerb zu stellen.

2. (*Umfang*)
   Hier stehen folgende Möglichkeiten im Vordergrund:
   - kassenarteninterner versus kassenartenübergreifender Risikoausgleich,
   - regionaler versus bundesweiter Risikoausgleich,
   - Kombinationen dieser Möglichkeiten.

   Dem Subsidiaritätsprinzip folgend, wird dem *kassenarteninternen* Ausgleich Vorrang gegenüber dem kassenartenübergreifenden und dem *regionalen* Vorrang gegenüber dem bundesweiten Risikoausgleich zugeordnet. Deshalb wäre zuerst ein regionaler kassenarteninterner Ausgleich anzuwenden. Erst wenn die sich daraus ergebenden Ergebnisse als unbefriedigend eingeschätzt werden, käme ein kassenarteninterner bundesweiter Ausgleich zur Anwendung. Ein kassenartenübergreifender bundesweiter Ausgleich käme als letztes Instrument in Betracht.
3. (*Inhalt*)
   Hier gilt es zu prüfen, welche Risikomerkmale in den Ausgleich einzubeziehen sind. Gründe für eine erforderliche generelle Begrenzung wurden bereits genannt (vgl. Pkt. 5. 2. 1).

   Es wird ein an den *beitragspflichtigen Einnahmen* orientierter Ausgleich vorgeschlagen. Allerdings sollten sich die beitragspflichtigen Einnahmen auf alle Versicherten einer Kasse beziehen, so daß die Gruppe der mitversicherten *Familienangehörigen* eingeschlossen ist. In diesen Ausgleich müssen die GKV-versicherten *Rentner miteinbezogen* werden. Dadurch kommt es zur vollständigen Auflösung der derzeitigen Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Ein solcher Schritt wird deshalb für sinnvoll gehalten, weil auch der gegenwärtige KVdR-Ausgleich letztlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen aller Versicherten finanziert werden muß.

5. 2. 3 Begründung und Ausgestaltung der Wahlmöglichkeiten im Leistungsbereich

177. Unter Wahlleistungen werden hier alle Möglichkeiten verstanden, die den Versicherten eine *freiwillige Leistungseinschränkung* ermöglichen. Ausgehend von einem allgemeinen Sachleistungsanspruch im bisherigen Umfang, sollen Versicherte freiwillig sowohl Einschränkungen ihres Anspruches auf freie Wahl von Leistungserbringern als auch auf bestimmte Leistungsarten gegenüber ihren Kassen erklären können. Es geht also nicht um zusätzliche Wahlleistungen an Pflichtversicherte, wie sie etwa von der privaten Krankenversicherung angeboten werden, sondern um freiwilligen Leistungsverzicht der Versicherten, der freilich entsprechend finanziell belohnt werden muß.

178. Der skizzierte Ansatz verfolgt vor allem zwei Ziele:

1. Art und Umfang der *Leistungsgestaltung* im Gesundheitswesen sollen stärker in die *Entscheidungshoheit der einzelnen Versicherten* verlagert werden. Individuelles wirtschaftliches Verhalten wird individuell belohnt. Das kollektive Versicherungssystem, das zu Ausbeutungsstrategien anreizt, wird im vertretbaren Umfang individualisiert und in seinem Leistungs-/Kostenzusammenhang für den Versicherten transparenter.
2. Den Krankenkassen wird ein Anreiz gegeben, den *Wettbewerb* auf der Seite der *Leistungsanbieter* gezielt auszunutzen. Günstige Leistungsangebote können den Versicherten zur Wahl angeboten werden. Da Versicherte von den Kostenvorteilen direkt über Boni oder Beitragsabschläge begünstigt werden, ist zu erwarten, daß solche Leistungsanbieter mehr Inanspruchnahme finden. Letzteres zwingt aber andere Leistungsanbieter wiederum, mit der Konkurrenz gleichzuziehen, wenn sie keine wirtschaftlichen Nachteile erleiden wollen. Andererseits können auch Krankenkassen durch Aufspüren günstiger Leistungsangebote um Versicherte werben, so daß die Krankenkassen ebenfalls in diesem Wettbewerbsprozeß Vorteile sehen werden.

179. Für die *Ausgestaltung der Wahlleistungen* sind vier Grundsätze zentral.

1. Fehlentscheidungen des Einzelnen dürfen nicht die Versichertengemeinschaft belasten. Daher muß die Wahlmöglichkeit individuell eingeschränkt werden. Als bester Maßstab, inwieweit ein Versicherter ein Risiko übernehmen kann, gilt nach wie vor das verfügbare Einkommen.
2. Die Wahlentscheidungen dürfen nicht zu einer Reduktion des Solidarbeitrages der Versicherten führen (vgl. hierzu auch 2. Teil, Unterabschnitt I, 2.3.2.2).
3. Wer die Gemeinschaft um ein bestimmtes Risiko entlastet (z. B. Verzicht auf Anspruch von Kuren) oder durch sein Wahlverhalten (z. B. Festlegung auf kostengünstige Anbieter) Kosten einspart, wird in der Höhe der Ersparnisse direkt finanziell belohnt. Der allgemeine Vorteil der übrigen Versicherten, der sich aus der Intensivierung des Wettbewerbs ergibt, bleibt unberücksichtigt.
4. Um die Leistungsanbieter vor der möglichen Nachfragemacht der Krankenkassen zu schützen, ist das »Einkaufen von Leistungen« den wettbewerblichen Regeln zu unterstellen.

Zur Einführung von Wahlleistungen muß den Krankenkassen das Recht eingeräumt werden, mit Leistungserbringern, neben dem kollektiven Vertragsrecht, Sonderverträge abschließen zu können und den Versicherten den freiwilligen Verzicht auf bestimmte Leistungsansprüche finanziell honorieren zu dürfen.

5. 3 Wahlfreiheit mit kassenübergreifendem dauerhaften Risikoausgleich und gleichem Leistungsangebot (Reformoption II)

[Vorschlag der Kommissionsmitglieder: Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock.]

180. Wie in Reformoption I wird auch bei dieser Konzeption von einem *Nebeneinander* verschiedener *selbständiger Krankenkassen* ausgegangen, die

- auf der Basis *gleicher Rechtsgrundlagen* tätig sind und
- die jeden Versicherten, der dies wünscht, aufnehmen müssen (*Kontrahierungszwang*).

Die *Risikostrukturen* der einzelnen Kassen, ihre heute unterschiedlichen Belastungen durch »gute« und »schlechte« Versichertenrisiken, sollen indes zukünftig dem Solidaritätsprinzip entsprechend *keinen Einfluß* mehr auf die Leistungsfähigkeit und die Finanzierungsbasis der Krankenkassen ausüben können. Um dies zu erreichen, bedarf es eines *dauerhaften, kassenübergreifenden Risikoausgleichs.*

5. 3. 1 Inhaltliche Ausgestaltung und Begründung des Risikoausgleichs

181. Es wird ein dauerhafter, kassenübergreifender Risikoausgleich eingeführt, der folgende *Risikomerkmale* umfaßt:

- die beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlöhne) der Versicherten,
- die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen,
- die Altersstruktur der Versicherten,
- die Geschlechtsstruktur der Versicherten.

Durch diesen Risikoausgleich entfällt der Anreiz für die Krankenkassen, ihre Anstrengungen auf die »guten« Risiken zu konzentrieren und die »schlechten« Risiken zu vernachlässigen.

182. Der Risikoausgleich bezieht sich auf *alle* Versichertengruppen der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht nur auf die heutigen AKV-Mitglieder. Die bestehende Krankenversicherung der Rentner (KVdR) mit ihrem ausgabenorientierten Finanzausgleich wird aufgelöst; Renteneinkünfte werden wie andere beitragspflichtige Einnahmen bei der Beitragserhebung behandelt.

183. Die Beibehaltung des heutigen KVdR-Finanzausgleichs und eine Beschränkung des Risikoausgleichs auf die Allgemeine Krankenversicherung wird aus zwei Gründen abgelehnt:

- Der KVdR-Finanzausgleich fördert mit seiner Ausgabenorientierung unwirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen.
- Angesichts des in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stark ansteigenden Rentneranteils an der Gesamtzahl der GKV-Versicherten und der Entwicklung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (s. oben Pkt. 4. 1. 4) ist eine Ausklammerung der KVdR aus der Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung perspektivlos.

184. Der *Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen* (Grundlohnausgleich) gestaltet sich wie folgt: die aus den beitragspflichtigen Einnahmen entstehenden Einkünfte aller Krankenkassen werden durch die Gesamtzahl der GKV-Versicherten dividiert, so daß es zur Bildung einer einheitlichen Entgelthöhe (Grundlohnhöhe) für jeden Versicherten kommt.

In diesen Grundlohnausgleich werden somit nicht nur die GKV-Rentner einbezogen, sondern auch die *mitversicherten Familienangehörigen.* Auf diese Weise entsteht ein gleich hoher Einnahmebetrag für alle Versicherten, der (den Versichertenzahlen entsprechend) auf die einzelnen Krankenkassen verteilt wird. Durch einen in dieser Weise gestalteten Einnahmenausgleich werden nicht nur die aus den unterschiedlichen Einkommensstrukturen, sondern auch die aus der verschieden hohen Anzahl von mitversicherten Familienangehörigen erwachsenden Risiken für die einzelnen Kassen einander angeglichen.

185. Ausgeglichen wird im weiteren die unterschiedliche Belastung der Kassen durch *besondere Morbiditätsrisiken,* die allerdings – im Unterschied zu den beschriebenen Risiken – nicht immer einfach zu definieren sind. Es läßt sich indes anhand vorhandener Untersuchungen zeigen, daß die Morbiditätsrisiken innerhalb einer Kasse eng mit der *Alters- und Geschlechtsstruktur* der Versicherten zusammenhängen (vgl. Pkt. 2. 3. 2). Dementsprechend müssen durchschnittliche alters- und geschlechtsspezifische Risikoprofile erstellt werden, aus denen entsprechende Einnahmen je Versichertem für die Kassen abgeleitet werden können.

5. 3. 2 Kassenspezifischer Umfang des Risikoausgleichs

186. Ausgehend vom bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung kann ein Risikoausgleich *kassenartenintern* oder *kassenartenübergreifend* gestaltet werden. Ein lediglich kassenarteninterner Risikoausgleich ist nur unter zwei Voraussetzungen mit dem Solidaritätsprinzip in Einklang zu bringen:

- Es herrscht absoluter Kontrahierungszwang, d. h. die bestehenden berufs- und betriebsspezifischen Krankenkassen müssen auch für berufs- und betriebsfremde Personengruppen offenstehen.
- Es entwickeln sich allein aufgrund von Wahlfreiheit und Kontrahierungszwang Wanderungsbewegungen von Versicherten zwischen den Kassen, die die bestehenden starken Verwerfungen ausgleichen.

5. 3. 3 Räumliche Gestaltung des Risikoausgleichs

187. Geklärt werden muß, ob der Risikoausgleich von einer regionalen oder bundesweiten Basis ausgehen soll. Für eine *regionale Grundlage* sprechen *gesundheitspolitische Aspekte*; eine dezentrale Organisation des Gesundheitswesens kann den unterschiedlichen Bedürfnissen der Versicherten vor Ort besser gerecht werden. Für einen *bundesweiten* Risikoausgleich spricht das sozialstaatliche Gebot der Herstellung *einheitlicher Lebensverhältnisse* für alle Bürger.

188. Der Kompromiß zwischen diesen beiden Aspekten besteht darin, die *Beitragssätze* der Krankenkassen *regional*, den *Risikoausgleich* indes *bundesweit* zu gestalten. Auf diese Weise wird zwischen den Regionen grundsätzlich Chancengleichheit hergestellt. Gleichzeitig wird den einzelnen Regionen über die dezentrale Beitragssatzerhebung die Möglichkeit eingeräumt, sich das regional gewünschte Versorgungsniveau zu finanzieren. Ein rein regional orientierter Risikoausgleich fördert unerwünschte regionale Disparitäten, während ein rein bundesweiter Ausgleich nicht in der Lage ist, auf regional unterschiedliche Bedürfnisse angemessen zu reagieren.

189. Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit einer Konzeption der Regionalisierung im Gesundheitswesen bildet eine schlüssige *Abgrenzung der Region.* Eine zentral vom Bundesgesetzgeber vorgegebene, für die gesamte Bundesrepublik gültige Definition der Region – etwa AOK-Bezirk, Kreis, Regierungsbezirk oder ähnliches – ist angesichts der in den einzelnen Bundesländern unterschiedlichen Bedingungen in der Abgrenzung von Gebietskörperschaften, Versorgungs- und Planungseinheiten etc. nicht praktikabel. Es wird daher vorgeschlagen, daß die jeweils erwünschte regionale Gliederung des Gesundheitswesens bzw. der Krankenkassen und der Beitragssatzerhebung durch *Landesgesetz* geregelt wird.

5. 4 Modifizierte Wahlfreiheit (Reformoption III)

[Vorschlag der Kommissionsmitglieder: Abg. Dr. Becker, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.]

190. Die Option ist darauf ausgerichtet, einen verstärkten Wettbewerb der Kassen und – damit verbunden – eine *erweiterte Wahlfreiheit* der Versicherten zwischen verschiedenen Krankenkassen zu erreichen und zugleich anderen, gleichrangigen oder übergeordneten Systemzielen der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung zu tragen.

191. Folgende *Zielvorgaben* stehen im Vordergrund:

- Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen in Verbindung mit einer Angleichung der unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen,
- Angleichung der unterschiedlichen Beitragssätze der Krankenkassen,
- Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten, insbesondere hinsichtlich der Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Krankenkassen.

Dabei sollen die zentralen *konstitutiven Elemente* der gesetzlichen Krankenversicherung *beibehalten* werden:

- Das Solidarpinzip, insbesondere eine einkommensbezogene Bemessung der Versicherungsbeiträge, verbunden mit einer beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen,
- das Prinzip der Selbstverwaltung der Krankenkassen auf der Grundlage einer demokratischen Legitimation durch die Mitglieder.

Die Bedingungen für Wahlfreiheit und Wettbewerb im System der gesetzlichen Krankenversicherung müssen somit so gestaltet werden, daß der *Solidarausgleich nicht beeinträchtigt* wird und negative Auswirkungen auf die organisatorische Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt vermieden werden.

192. Bei der Neugestaltung der organisatorischen Rahmenbedingungen der Krankenversicherung ist auszugehen von den *historisch gewachsenen Strukturen*, die in ihren positiven Aspekten erhalten werden sollen. Bei der Einführung erweiterter Wahlmöglichkeiten der Versicherten muß deshalb auf die spezifischen Organisationsmerkmale der historisch gewachsenen Kassenarten Rücksicht genommen werden.

193. Als Voraussetzung für einen Wettbewerb der Kassen und die Realisierbarkeit erweiterter Wahlmöglichkeiten für alle Versicherten wird in diesem Modell ein auf die *besonderen Risikogruppen begrenzter Risikoausgleich* angesehen. Ein solcher Risikoausgleich soll die Nachteile eines ausgabenseitigen Finanzausgleichs vermeiden, die vor allem darin bestehen, daß den Krankenkassen Anreize für wirtschaftliches Handeln genommen werden. Die in dieser Hinsicht festzustellenden Mängel des derzeitigen Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner könnten durch einen Risikoausgleich, der z.B. auf nach Alter und Geschlecht differenzierten Ausgabenstandards basiert, überwunden werden. In das Ausgleichsverfahren könnten weitere Risikogruppen, wie Behinderte, Rehabilitanden u.a. einbezogen werden. Ziel des Ausgleichs ist es, Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen abzubauen, um gleiche Startchancen der Kassen im Wettbewerb zu erreichen und damit zugleich die Voraussetzungen für erweiterte Wahlmöglichkeiten der Versicherten zu schaffen.

5. 5 Mehrheit der Kommission für das Modell der modifizierten Wahlfreiheit als Einstiegslösung in die Organisationsreform

194. Die Mehrheit der Kommission*) spricht sich dafür aus, angesichts der schwer einzuschätzenden Auswirkungen der Optionen einer unbeschränkten Wahlfreiheit und des dazu oben angezeigten erheblichen Forschungsbedarfs die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Modell der modifizierten Wahlfreiheit anzugehen. Ziel muß es jedoch letztlich sein, eine Ausweitung der Wahlmöglichkeiten bis hin zu dem Modell der unbeschränkten Wahlfreiheit zu verwirklichen**).

195. Die Minderheit der Kommission*) teilt nicht die Bedenken gegen die Realisierbarkeit des Modells der unbeschränkten Wahlfreiheit. Sie spricht sich dafür aus, die dafür notwendigen organisatorischen, wissenschaftlichen und legislativen Prozesse in Gang zu setzen. Modelle der »modifizierten Wahlfreiheit« und der »Wahlfreiheit mit zeitlich begrentem Risikoausgleich und Wahlmöglichkeiten im Leistungsrecht« sind keine Zwischenlösungen auf diesem Weg. Die Erfahrungen aus der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, daß Prozesse der Umgestaltung in diesem Bereich stets langsam verlaufen. Sie bedürfen zu ihrer Ingangsetzung und Steuerung einer klaren Zielsetzung. Dies ist das Modell der unbeschränkten Wahlfreiheit mit kassenübergreifendem dauerhaften Risikoausgleich und gleichem Leistungsangebot (Reformoption II).

Literaturverzeichnis

(Komm.-Drs. siehe Verzeichnis im Anhang des Berichts.)

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) [1987]: Statistische Informationen der AOK, Reihe 1: Versicherte – Mikrozensus 1985 -, Bonn.

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) [1988]: Statistik intern 2, Aktuelle Analysen des AOK-BV. Materialien zur Strukturreform-Diskussion. Februar 1988, Bonn.

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) [1988a]: AOK Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 1987, Bonn.

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) (o.J.]: Statistische Informationen, Reihe 2.8, Beitragssätze der Betriebs- und Innungskrankenkassen im AOK-Bezirk.

AOK-DUISBURG [1988]: Risikostruktur-Analyse Jahre 1986/1987 (vervielf. Manuskript 8/1988), o.O.

AOK-DUISBURG [1989]: Risikostruktur-Analyse Jahre 1987/1988 (vervielf. Manuskript 8/1989), o. O.

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER AOK'N DES RHEIN-RUHR-RAUMES [o.J.<1988>]: Zur Notwendigkeit eines erweiterten Risikostruktur-Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, o.O.

*) Kommissionsmehrheit (10 Stimmen): Abg. Dr. Becker, Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel,, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu, Abg. Dr. Thomae.

Kommissionsminderheit (7 Stimmen): Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock; nachträglich beigetreten Abg. Frau Wilms-Kegel.

**) Das Kommissionsmitglied Prof. Dr. Beske trägt den letzten Satz nicht mit.

BÄCKER, Gerhard / BISPINCK, Reinhard / HOFEMANN, Klaus / NAEGELE, Gerhard [1980]: Sozialpolitik, Köln.

BAUER, Guntram / PICK, Peter [1988]: Besondere Risikogruppen in der GKV, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S.145 ff.

BAUER, Guntram / SCHÖNHOFEN, Franz [1988]: Risikostrukturen und Beitragssatzunterschiede in der GKV, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S.649 ff.

BAUER, Guntram / STEFFENS, Jürgen [1987]: Perspektiven der Rentnerkrankenversicherung. Ein Dollpunkt in der Konsolidierung der GKV, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S.169 ff.

BAUMANN, Manfred [1986]: Familienstruktur und Beitragsbelastungsunterschiede in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1986, S.180 ff.

BAUMANN, Manfred / ZOLLMANN, Pia [1987]: Kassenwechsel im gegliederten System der Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1987, S.73 ff.

BAUMANN, Manfred / ZOLLMANN, Pia [1988]: Konsequenzen einer Ausweitung der Wahlfreiheit in der Krankenversicherung: empirisch gestützte Abschätzung des Wanderungspotentials, in: Sozialer Fortschritt 1988, S.2 ff.

BECKER, Irene [1985]: Einkommensumverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine empirische Untersuchung, in: SCHMÄHL, Winfried (Hrsg.), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S.98 ff.

BEHRENDS, Behrend [1987]: Gegliederte Krankenversicherung am Ende? Prolegomena für eine Revitalisierung, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S.513 ff.

BEHRENDS, Behrend / BRUNKHORST, Johann [1987]: Fremdlasten und Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung aus finanzverfassungsrechtlicher Sicht, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1987, S.226 ff.

BERG, Heinz [1987]: Grundlohnpotentiale (unveröffentl. Manuskript 10/1987), Bonn.

BERG, Heinz [1988]: Grundlohnpotentiale. Hintergrundmaterial zur Grundlohnsituation innerhalb der AOK-Gemeinschaft, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S.150 ff.

BKK-BUNDESVERBAND (Hrsg) [1989]: Denkanstöße der Betrieblichen Krankenversicherung. Zur Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Essen.

BOGS, Walter [1955]: Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform, Berlin.

BOGS, Walter [1971]: Die Abgrenzung des Mitgliederkreises der Ersatzkassen, in: Die Ersatzkasse 1971, S.109 ff., 165 ff.

BORCHERT, Günter [1982]: Risikostrukturen und Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1982, S.243 ff.

BRINKMANN, Christian / SPITZNAGEL, Eugen [1988]: Gesamtfiskalische und individuelle Belastungen durch Arbeitslosigkeit, in: Arbeit und Sozialpolitik 1988, S.190 ff.

BRUNKHORST, Johann [1987 a]: Beitragssatzunterschiede in der GKV und Leistungsfähigkeit der AOK, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S.16 ff.

BRUNKHORST, Johann [1987 b]: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

BRUNKHORST, Johann [1988]: Risikoausgleich und regionale Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik 1988, S.234 ff.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [o.J.<1984>]: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1983. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [1986]: Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1986, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [1987]: Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1987, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [o.J. <1987>]: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1986. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [1988]: Die Rentenbestände in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten in der Bundesrepublik Deutschland, Stand: 1. Juli 1988, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) [o.J. <1988>]: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1987. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn.

BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.) [1986]: Frauen in der Bundesrepublik Deutschland (3. Auflage), Bonn.

BUTTLER, Günter / LESZCZYNSKI, Dietrich von / SEFFEN, Achim [1982]: Zur Differenzierung der Beitragssätze und Problematik von Finanzausgleichen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine quantitative und qualitative Analyse, Köln.

CASSEL, Dieter [1984]: Möglichkeiten und Grenzen, in: Bundesarbeitsblatt 12 / 1984, S.31 ff.

CASSEL, Dieter [1987]: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung (hrsgg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 149), Bonn.

CHEVALLERIE, Oskar de la [1987]: Zur Entwicklung der Langzeitarbeitslosigkeit, in: DIW-Wochenbericht 30 / 1987, S.415 ff.

CHRISTMANN, Alfred [1988]: Intensivierung der Aufsicht, in: Bundesarbeitsblatt 9 / 1988, S.16 ff.

CYFFKA, Johann [1988]: Zur Belastung von Krankenkassen durch die Folgen der Arbeitslosigkeit, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S.400 ff.

DEININGER, Dieter [1988]: Sozialhilfeaufwand 1987, in: Wirtschaft und Statistik 1988, S.795 ff.

DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR POLITISCHE WISSENSCHAFT – ARBEITSKREIS »GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK« (Hrsg.) [1982]: Staatlicher Eingriff und Selbstregulierungspotentiale im Gesundheitswesen, Tagung Ulm 2. – 4. Juni 1982, Einführungsreferate, Tagungsbericht, Hamburg.

DEUTSCHES INDUSTRIEINSTITUT – SOZIALWISSENSCHAFTLICHE ABTEILUNG [1968]: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung ?, Berichte des Deutschen Industrieinstituts Nr. 8, Köln.

DÜTTMANN, Renate [1978]: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Kritische Analyse und Verbesserungsvorschläge, Baden-Baden.

FIEDLER, Eckart [1989]: Ersatzkassen im Spannungsfeld zwischen privater Krankenversicherung und RVO-Kassen, in: Die Ersatzkasse 1989, S.245 ff.

FRÖHLINGSDORF, Karl Heinz [1980]: Solidarregelungen der Innungskrankenkassen, in: Soziale Sicherheit 1980, S.299 ff.

GEISSLER, Ulrich [1980]: Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die grundsätzlichen Möglichkeiten ihrer Verringerung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.), Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, S.11 ff.

GEISSLER, Ulrich [1983]: Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung?, Expertengespräch mit Ulrich Geißler, in: HENKE, Klaus-Dirk / REINHARDT, Uwe (Hrsg.), Steuerung im Gesundheitswesen, Gerlingen, S.311 ff.

GIEHLER, Theo [1989]: Gründungsboom bei den Betriebskrankenkassen (II): Mehr Wahlmöglichkeiten - auch durch BKK-Neuerrichtungen – sind erwünscht, in: Arbeit und Sozialpolitik 1989, S.166 ff.

GITTER, Wolfgang [1969]: Zweckwidrige Vielfalt und Widersprüche im Recht der Sozialversicherung, Wiesbaden.

GITTER, Wolfgang [1986]: Sozialrecht (2. Auflage), München.

GITTER, Wolfgang [1986a]: Der Mitgliederkreis der Ersatzkassen und die Neuordnung der Berufe, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1986, S.221 ff.

GITTER, Wolfgang / OBERENDER, Peter [1987]: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV, Baden-Baden.

GLOMBIG, Eugen [1988]: Der Mitgliederkreis der Ersatzkassen, in: Die Ersatzkasse 1988, S.301 ff.

GONTO, Anni / STUPPARDT, Rolf [1981]: Beitragssatzniveau im Raum Steinfurt: Ein regionalspezifisches Strukturproblem, in: Die Betriebskrankenkasse 1981, S.304 ff.

HÄFNER, H. [1987]: Arbeitslosigkeit und Gesundheit, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1987, S.1428 ff.

HENKE, Klaus-Dirk [1985]: Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schmähl, Winfried (Hrsg.), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S.55 ff.

HENKE, Klaus-Dirk / ADAM, Hans [1982]: Beitragssatzdifferenzen: Abbau oder Ausbau ?, in: Wirtschaftsdienst 1982, S.549 ff.

HENKE, Klaus-Dirk / LEBER, Wulf-Dietrich [1989]: GKV – interne Finanzströme zwischen den Bundesländern. Zur Lage Niedersachsens unter Berücksichtigung möglicher Reformen der Kassenstruktur. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei, o.O.

HENNING, Werner / KÜHL, Horst / HEUER, Ernst [1988]: Arbeitsförderungsgesetz. Kommentar (52. Ergänzung), Frankfurt am Main.

HERMANN, Christopher [1987]: Die Rentenversicherung als politisches Potential – Rentenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland und unter den Bedingungen steigender Altenquotienten, in: Deutsche Rentenversicherung 1987, S.372 ff.

HERMANN, Christopher [1989]: Krankenversicherung und Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Kompaß 1989, S.80 ff.

HOFMANN, Jürgen [1988]: Von der Wahlfreiheit zum Solidarausgleich, in: Sozialer Fortschritt 1988, S.11 ff.

HOFMANN, Jürgen [1989]: Finanzausgleich und Kassenwettbewerb in der GKV – Anmerkungen zu Mißverständnissen in der aktuellen Diskussion, in: Sozialer Fortschritt 1989, S.44 f.

HOFMANN, Jürgen [1989a]: Wettbewerb und Finanzausgleich, in: Die Betriebskrankenkasse 1989, S.213 ff.

HUPPERTZ, Paul-Helmut [1982]: Solidarprinzip und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine Replik, in: Wirtschaftsdienst 1982, S.292 ff.

HUPPERTZ, Paul-Helmut / JASCHKE, Heinz / KOPS, Manfred [1981]: Beitragssatzdifferenzen und adäquate Finanzausgleichsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung (hrsgg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 52), Bonn.

HUPPERTZ, Paul-Helmut / JASCHKE, Heinz [1982]: Bundesweiter kassenartenübergreifender Finanzausgleich in der GKV - eine Attacke gegen das gegliederte System?, in: Sozialer Fortschritt 1982, S.263 ff.

HUPPERTZ, Paul-Helmut / JASCHKE, Heinz [1983]: Zur Rechtfertigung eines ergänzenden Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft 1983, S.105 ff.

IKK-BUNDESVERBAND [1989]: Positionspapier der Handwerklichen Krankenversicherung zur Organisationsstruktur der GKV (vervielf. Manuskript), o.O.

ISENSEE, Josef [1973]: Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge. Eine finanzverfassungsrechtliche Studie über den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

JACOBS, Klaus / RESCHKE, Peter / SCHRÄDER, Wilhelm f. [1988]: Umfang und Bedeutung der Versichertenrisikostrukturen der Krankenkassen für deren Wettbewerb. Ergebnisse aus dem Modellversuch Leistungs- und Kostentransparenz in der GKV-BW, Berlin (IGES-Papier Nr. 88-8).

JACOBS, Klaus / SCHRÄDER, Wilhelm f. [1989]: Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen durch Einführung eines Risikostrukturausgleichs und die Entwicklung neuer Wetttbewerbsfelder: Vorschläge zur Organisationsreform der GKV, Berlin (IGES-Papier Nr. 89-11).

JACOBS, Klaus / SCHRÄDER, Wilhelm f. [1989 a]: Die Krankenversicherung der Rentner im Kontext der GKV-Organisationsreform, in: Arbeit und Sozialpolitik 1989, S.182 ff.

JACOBS, Klaus / SCHRÄDER, Wilhelm f. [1989 b]: Neue Ziele und Felder des Kassenwettbewerbs in der GKV, in: Wirtschaftsdienst 1989, S.178 ff.

KÖHRER, Helmuth [1969]: Zum Problem der Gliederung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Der Mensch im sozio-ökonomischen Prozeß, Festschrift für Winfrid Schreiber, Berlin, S.339 ff.

KÖHRER, Helmuth [1970]: Regionalkassen oder regionale RVO-Kassen? Zur Organisationsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsche Versicherungszeitschrift 1970, S.185 ff.

KÖNIG, Wolfgang [1989]: Altersstruktur der Betriebskrankenkassen, in: Die Betriebskrankenkasse 1989, S.135 ff.

KOLB, Rudolf [1989]: Die Auswirkungen der Gleichstellung auf Rentenversicherung und Rentenversicherungsträger, in: HROMADKA, Wolfgang (Hrsg.), Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten, Heidelberg, S.121 ff.

KOPS, Manfred / JASCHKE, Heinz [1987]: Ein Kausalmodell zur Erklärung der Beitragssatzunterschiede zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft 1987, S.85 ff.

KOPS, Manfred / MACKSCHEIDT, Klaus [1985]: Der Einsatz des Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung und seine Auswirkungen auf regionale Beitragssatzunterschiede, in: Informationen zur Raumentwicklung Nr. 3-4 / 1985, Raumordnung und Gesundheitspolitik (hrsgg. von der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung), S.309 ff.

KRAUSE, Peter [1987]: Rechtsgutachten zur Vereinbarkeit der gesetzlichen Bestimmungen über die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen, insofern diese unterschiedliche Beitragsbelastungen der Versicherten nicht verhindern, Frankfurt.

KRAUSE, Peter [1988]: Sturkturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung – Finanzierungs-, Leistungs- und Gliederungsprobleme, in: Verhandlungen des Deutschen Sozialrechtsverbandes, Die Strukturreform der Krankenversicherung, Bundestagung Wiesbaden 1. und 2. Oktober 1987, Wiesbaden, S.32 ff.

KRAUSKOPF, Dieter / SCHROEDER-PRINTZEN, Günther [1988]: Soziale Krankenversicherung. Kommentar (2. Auflage, 14. Lieferung), München.

KRENGEL, Wolfgang [1989]: Neuregelungen der GKV im Organisations- und Finanzierungsrecht, in: Die Betriebskrankenkasse 1989, S.183 ff.

KRUSE, Silke / KRUSE, Udo [1989]: Gründungsboom bei den Betriebskrankenkassen (I): Beitragseinsparungen sprechen nicht für die Gründung neuer Betriebskrankenkassen, in: Arbeit und Sozialpolitik 1989, S.128 ff.

LAMPERT, Heinz [1983]: Strukturfragen aus ordnungspolitischer Sicht: Gesundheitswesen und gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, in: Wissenschaftlicher Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.), Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S.65 ff.

LAMPERT, Heinz [1987]: Wettbewerbsintensivierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Solidarausgleich, in: Sozialer Fortschritt 1987, S.54 ff.

LAND, Franz-J. [1987]: Sozialmedizinische Aspekte von ökonomischer Krise und Massenarbeitslosigkeit, in: Sozialer Fortschritt 1987, S.62 ff.

LEBER, Wulf [1987]: Finanzausgleich als Voraussetzung für funktionsfähigen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik 1987, S.266 ff.

LEBER, Wulf [1988]: Konkurrierende Regionalkassen – ein Konzept zur Neuordnung des gegliederten Krankenkassensystems, in: Arbeit und Sozialpolitik 1988, S.313 ff.

LEBER, Wulf / WASEM, Jürgen [1989]: Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 1989, S.87 ff.

LEDENIK, Ulrike [1988]: Möglichkeiten und Grenzen des kassenartenübergreifenden regionalen Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (unveröffentl. Diplomarbeit), Duisburg.

LESZCZYNSKI, Dietrich von [1982]: Zur Beitragssatzdifferenzierung und Problematik von Finanzausgleichen in der GKV. Neues Gutachten spricht sich für maßvolles Belastungsausgleichs-Modell innerhalb der einzelnen Kassenarten aus, in: Sozialer Fortschritt 1982, S.135 ff.

MAASSEN, Hans-Joachim / SCHERMER, Joachim / WIEGAND, Dietrich / ZIPPERER, Manfred [1989]: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Kommentar (2. Grundwerkslieferung), Heidelberg.

MAYER, Hans-Ludwig [1988]: Struktur und Entwicklung der Erwerbslosigkeit 1986. Ergebnisse des Mikrozensus und der EG-Arbeitskräftestichprobe, in: Wirtschaft und Statistik 1988, S.101 ff.

MAYDELL, Bernd Baron von / RULAND, Franz (Hrsg.) [1988]: Sozialrechtshandbuch (SRH), Neuwied.

MEIERJÜRGEN, Rüdiger / JACOBS, Klaus [1988]: Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze, in: Wirtschaftsdienst 1988, S.256 ff.

METTKE, Horst [1989]: Die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten aus gewerkschaftlicher Sicht, in HROMADKA, Wolfgang (Hrsg.), Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten, Heidelberg, S.91 ff.

MEYDAM, Jan [1988 a]: Die Beitragssätze als Instrumente einer Hochpreispolitik? Gegendarstellung zu einem Beitrag in der Zeitschrift »Die Betriebskrankenkasse«, Dezember 1987, S.373 – 376, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S.148 ff.

MEYDAM, Jan [1988 b]: Risikostrukturausgleich im System sozialer Pflichtversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1988, S.135 ff.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT, FAMILIE UND SOZIALORDNUNG BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.) [1987]: Leistungs- und Kostentransparenz in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Erste Ergebnisse eines Modellvorhabens in Baden-Württemberg -, Stuttgart.

MÜHL, Heinzpeter [1988]: Risikostrukturen und Beitragssatzunterschiede in der GKV, in: Die Ersatzkasse 1988, S.349 ff.

NEES, Albin [1989]: Die Auswirkungen der Reform des Gesundheitswesens auf die Sozialhilfe, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch 1989, S.113 ff.

NEUBAUER, Günter [1987]: Ziele und Ansatzpunkte einer Strukturreform, in: Wirtschaftsdienst 1987, S.128 ff.

NEUBAUER, Günter [1988]: Verfahren des Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Angleichung der Wettbewerbssituation, in: Die Betriebskrankenkasse 1988, S.281 ff.

NEUBAUER, Günter / KRUMBACHER, Josef / UNTERHUBER, H. [1988]: Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung – Vorschläge und Kommentare im Überblick – (hrsgg. von der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft), Bonn.

NIPPERDEY, Hans Carl / SÄCKER, Franz-Jürgen [1969]: Zur verfassungsrechtlichen Problematik von Finanzausgleich und Gemeinlast in der Sozialversicherung, Berlin.

OESTREICHER, Ernst / SCHELTER, Kurt / KUNZ, Eduard [1987]: Bundesozialhilfegesetz mit Recht der Kriegsopferfürsorge (21. Ergänzungslieferung]: München.

OLDIGES, Franz Josef [1981]: Ist das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung noch zeitgerecht?, in: Gitter, Wolfgang / Thieme, Werner / Zacher, Hans F. (Hrsg.), Im Dienste des Sozialrechts. Georg Wannagat zum 65. Geburtstag, Köln / Berlin / Bonn / München, S.315 ff.

OLDIGES, Franz Josef [1987]: Strukturreform im Gesundheitswesen. Grundsatzpositionen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S.129 ff.

OTT, Günter [1982 a]: Das Problem der Beitragsstrukturunterschiede. Ursachen und Möglichkeiten einer Reform, in: Wirtschaftsdienst 1982, S.165 ff.

OTT, Günter [1982 b]: Nochmals: Zu den Beitragssatzunterschieden in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 1982, S.408 ff.

PAQUET, Robert [1983]: Umverteilungswirkungen und dezentrale Handlungsmöglichkeiten in der gegliederten Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1983, S.15 ff.

PAQUET, Robert [1987]: Umverteilung und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

PAQUET, Robert [1988]: Wahlfreiheit und Organisationsstruktur in der GKV, in: Sozialer Fortschritt 1988, S.8 ff.

PAQUET, Robert / RESCHKE, Peter / SCHRÄDER, Wilhelm F. [1988]: Leistungs- und Kostenprofile in der GKV. Vergleichende Darstellung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Alter und Geschlecht bei vier Krankenkassen, Berlin.

PICK, Peter [1989]: Organisationsreform. Risikostrukturen in der Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 1989, S.491 ff.

PICK, Peter / PLEIN, Josef [1989]: Betriebskrankenkassen: Risikoselektion versus Solidarprinzip, in: Die Ortskrankenkasse 1989, S.297 ff.

PREISER, Klaus / WEBER, Axel [1988]: Beitragssatzunterschiede in der GKV – Ursachen und Konsequenzen, in: Arbeit und Sozialpolitik 1988, S.38 ff.

REINERS, Hartmut [1987 a]: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte, Bonn.

REINERS, Hartmut [1987 b]: Wettbewerb in der GKV. Anmerkungen zu einer ordnungspolitischen Diskussion, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S.640 ff.

RULAND, Franz [1985]: Notwendigkeit und Grenzen einer Reform der Finanzierung der Sozialversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung 1985, S.13 ff. (= ders., in: Bieback, Karl-Jürgen [Hrsg.] [1986]: Die Sozialversicherung und ihre Finanzierung. Bestandsaufnahme und Perspektiven, Frankfurt / New York, S.141 ff.).

RULAND, Franz [1988]: Sozialrecht, in: MÜNCH, Ingo von (Hrsg.), Besonderes Verwaltungsrecht (8. Auflage), Berlin / New York, S.365 ff.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1987]: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987, Baden-Baden.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1988]: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1988, Baden-Baden.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1989]: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1989, Baden-Baden.

SCHERMER, Joachim [1989]: Die Versicherung von Beamten und beamtenähnlich Beschäftigten in der GKV ab 1. Januar 1989, in: Die Ersatzkasse 1989, S.93 ff.

SCHEWE, Dieter / NORDHORN, Karlhugo [1967]: Übersicht über die soziale Sicherung in Deutschland (7. Auflage, hrsgg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung), Bonn.

SIEBECK, Theo [1982]: Gliederung und Koordination in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 1982, S.297 ff., 333 ff., 401 ff., 477 ff., 520 ff., 587 ff.

SMIGIELSKI, Edwin [1982]: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1982, S.234 ff.

SOELL, Hermann [1980]: Die Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Möglichkeit ihrer Verringerung aus verfassungsrechtlicher Sicht, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.), Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, S.43 ff.

SOZIALENQUETE-KOMMISSION [o.J. <1966>]: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission. Erstattet von: Bogs, Walter / Achinger, Hans / Meinhold, Helmut / Neundörfer, Ludwig / Schreiber, Wilfrid, Stuttgart / Berlin / Köln / Mainz.

SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG [1987]: Gemeinsame Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Bonn.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) [1987]: Datenreport 1987. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. In Zusammenarbeit mit dem Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt und Mannheim, Bonn.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) [1989]: Entgelte und Beschäftigungsdauer der Arbeitnehmer 1985 und 1986, Fachserie 1, Reihe 4.2.2, Stuttgart.

STEFFENS, Jürgen [1989]: Finanzierung der KVdR, GRG bringt neue Verwerfungen, in: Die Ortskrankenkasse 1989, S.386 ff.

STEFFENS, Jürgen [1989 a]: Finanzierung der KVdR, in: Wege zur Sozialversicherung 1989, S.113 ff.

STOLT, Erich / VESPER, Ernst Albert (Mitarbeit) [1973]: Die Ersatzkassen der Krankenversicherung. Geschichte, Gestalt, Recht (7. Auflage), Bonn-Bad Godesberg.

STUPPARDT, Rolf [1987]: Die Beitragssätze als Instrumente einer Hochpreispolitik?, in: Die Betriebskrankenkasse 1987, S.373 ff.

STUPPARDT, Rolf [1989]: Defizite und Anforderungen an die gegenwärtige Diskussion über Finanz- und Risikostrukturausgleich, in: ders. (Hrsg.), S.7 ff.

STUPPARDT, Rolf (Hrsg.) [1989], Risikostruktur- und Finanzausgleich in der GKV: Notwendigkeiten und Auswirkungen, Defizite und Anforderungen. Dokumentation und Ergebnisse eines Kolloquiums, Essen.

THIEMEYER, Theo [1986]: Gesundheitsleistungen – Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände?, in: Sozialer Fortschritt 1986, S.97 ff.

THIEMEYER, Theo [1987]: Über die große politische Bedeutung auch kleiner Reformen in der GKV und deren wirtschaftstheoretischen Sinn, in: Sozialer Fortschritt 1987, S.147 ff.

TÖNS, Hans, [1989]: Gesundheits-Reformgesetz, Kassenwahlrechte, in: Die Ortskrankenkasse 1989, S.104 ff.

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG [1988]: Die private Krankenversicherung im Jahre 1987, Rechenschaftsbericht, Köln.

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG [1989]: Die private Krankenversicherung im Jahre 1988, Rechenschaftsbericht, Köln.

VIELHABER, Thomas [1989]: Ein erster Einstieg in die Organisationsreform der GKV, in: Bundesarbeitsblatt 4 / 1989, S.74 ff.

WANNAGAT, Georg [1965]: Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1, Tübingen.

WANNER, Ernst [1989]: Kassenarzt- und Verbänderecht im Sozialgesetzbuch neu gefaßt, in: Bundesarbeitsblatt 4/1989, S.39 ff.

WASEM, Jürgen [1988a]: Einige Modellrechnungen zu den finanziellen Auswirkungen von Veränderungen des Belastungsausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner, in: Sozialer Fortschritt 1988, S.113 ff.

WASEM, Jürgen [1988b]: Noch einmal: Veränderungen im KVdR-Ausgleich, in: Sozialer Fortschritt 1988, S.179.

WASEM, Jürgen [1989]: Der versicherte Personenkreis würde neu abgegrenzt, in: Bundesarbeitsblatt 4 / 1989, S.6 ff.

WASEM, Jürgen [1989a]: Neugestaltung von Finanzausgleichen durch das Gesundheits-Reformgesetz, in: Die Krankenversicherung 1989, S.107 ff.

WASEM, Jürgem [1989 b]: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: GVG-Informationsdienst Nr. 212, 1989

WEBER, Axel [1986]: Wettbewerb in der Sozialen Krankenversicherung zwischen Dogmatik, Verteilungspolitik und Effizienzsteigerung, in: Soziale Sicherheit 1986, S.249 ff.

WIESE, Marion [1986]: Die Entwicklung der Arbeitslosenstruktur – gelten noch die alten Muster?, in: Sozialer Fortschritt 1986, S.130 ff.

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG« [1988]: Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gerlingen.

ZIPPERER, Manfred [1989]: GRG: Änderungen des versicherten Personenkreises, in: Die Betriebskrankenkasse 1989, S.80 ff.

Minderheitenvotum der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack (Extertal), Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dr. Rosenbrock, Dipl.-Vw. Reiners und Abg. Frau Wilms-Kegel

Die Mitglieder der Enquete-Kommission, die dem Berichtsteil »Gliederung des Krankenversicherungssystems/Reform der Kassenorganisationsstruktur« ihre Zustimmung verweigert haben, legen – um Mißverständnissen vorzubeugen – entschieden Wert auf die Feststellung, daß ihr Abstimmungsverhalten nicht als grundsätzliche Absage an Inhalte und Aussagen des Berichtsteils verstanden werden darf. Sie weisen mit allem Nachdruck darauf hin, daß sie im Gegenteil sowohl in der Aufbereitung der gegenwärtigen Defizite des gegliederten Systems (Punkte 1 und 2 des Kapitels) als auch in der Analyse der Probleme einer Implementation des Wahlfreiheitsmodells (Punkt 4) eine in sich schlüssige und konsistente Ausarbeitung sehen, die über vorliegende Abhandlungen zur Thematik deutlich hinausweist und der weiteren sachbezogenen Diskussion vielfältige Impulse verleihen kann.

Gerade da die genannten Mitglieder während der 2 ½ jährigen Kommissionsarbeit der Erarbeitung dieses Berichtsteils stets eine hohe Priorität beigemessen haben und sich intensiv um ein einvernehmliches Votum bemüht hatten, bedauern sie es sehr, daß abschließend kein für alle Seiten akzeptierbarer Gesamtbericht der Kommission zu dieser zentralen Frage einer Weiterentwicklung unseres Krankenversicherungssystems möglich war.

Wenige Tage vor den abschließenden Beratungen der Kommission sind durch die Abgeordneten der CDU/CSU und FDP-Fraktion in der Enquete-Kommission zahlreiche Änderungs- und Ergänzungsanträge zum vorliegenden Berichtsteil eingebracht worden, für deren wesentliche Teile sich in der Kommission in den Schlußabstimmungen eine Mehrheit fand. Insbesondere wurden dadurch die drei bisher im Text vorgestellten grundsätzlichen Lösungsstrategien für eine Reform der Kassenorganisation (Einheitskrankenkassen, Zuweisungs-/Wahlfreiheitsmodell) durch die weitere Option einer »modifizierten Wahlfreiheit« ergänzt (vgl. im Bericht Ziff. 76 ff.). Dieses Modell stellt indes – wie von der Minderheit im Bericht zum Ausdruck gebracht – keine grundsätzlich neue Lösung, sondern lediglich eine Modifikation des Status quo dar.

Die genannten Kommissionsmitglieder weisen ergänzend darauf hin, daß prinzipiell eine Vielzahl verschiedener Reformmodelle denkbar sind, die alle – wie die »modifizierte Wahlfreiheit« auch – zwischen Wahlfreiheits- und Zuweisungskonzeption anzusiedeln wären. Ein solches »Zwischenmodell« kann aber sachlogisch erst am Ende der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den vielfältigen Problemen der Organisationsreform stehen und nach Abwägen aller Argumente möglicherweise als politisch sinnvoller Kompromiß eingeschätzt werden.

Durch die Einfügung bereits als Grundsatzoption wird das Aufzeigen klarer ordnungspolitischer Alternativen verhindert. Eine solche Kennzeichnung hätte aber der eigentlichen Aufgabe der Kommission entsprochen und wurde von der zuvor gemeinsam in der Kommission und der vorbereitenden Arbeitsgruppe entwickelten Textgestaltung voll erfüllt.

Da zu dem jetzt mehrheitlich aufgenommenen Formelkompromiß angesichts des späten Zeitpunkts, zu dem er in die Kommissionsarbeit eingebracht wurde, keine inhaltliche Auseinandersetzung durch die Kommission und schon gar nicht durch die Arbeitsgruppe mehr möglich war, hat dies bei den genannten Mitgliedern der Kommission zu der Überzeugung geführt, daß eine solche Analyse von Anfang an nicht gewollt wurde und das Ziel dieses Vorgehens insbesondere darin bestand, ein für das Ende der Beratungen gewünschtes Ergebnis von vornherein abzusichern.

Dem entspricht ebenfalls das völlig ungewöhnliche Verfahren, das im gesamten Kommissionsbericht keine Parallele

findet, nach der Darstellung der von verschiedenen Gruppen innerhalb der Kommission jeweils getragenen Reformoptionen I, II und III durch ein weiteres Kommissionsvotum zugunsten der »modifizierten Wahlfreiheit als Einstiegslösung in die Organisationsreform« (vgl. Pkt. 5.5) dem Berichtsteil einen andersartigen Schlußabschnitt anzufügen. Da während des intensiven Bemühens innerhalb von Kommission und vorbereitender Arbeitsgruppe um tragfähige und zielweisende Lösungsvorschläge zur Gliederungsfrage eine wie auch immer geartete »Einstiegslösung« nie zur Debatte stand, sehen sich die genannten Mitglieder der Kommission in ihrer Einschätzung bestätigt, daß die »modifizierte Wahlfreiheit« einzig deshalb als angebliche Grundsatzlösung einer Organisationsreform eingefügt wurde, um ein bereits zuvor außerhalb der Kommission entworfenes, von koalitionspolitischen Überlegungen diktiertes »Kompromißmodell« mit den konzeptionell gegenläufigen Aussagen des Entwurfs für den Kommissionsbericht – zumindest vordergründig – in Übereinstimmung zu bringen.

Selbst wenn man aber eine »Einstiegslösung« als sinnvoll erachten sollte, um über mehrere Stufen zu einer tatsächlichen Wahlfreiheit der Versicherten zu gelangen, wie man aus dem Votum der Mehrheit entnehmen könnte, bleibt die als »Einstiegslösung« bezeichnete »modifizierte Wahlfreiheit«, die offensichtlich mit der Reformoption III identisch ist, inhaltlich letztlich völlig nebulös und unpräzise. Von der bei einer Stufenlösung zwingend notwendigen Bezeichnung einzelner Schritte und Maßnahmen auf dem Weg hin zur tatsächlichen Wahlfreiheit kann selbst ansatzweise keine Rede sein.

Die zentralen Fragen, die an ein solches Konzept zu stellen wären, werden von Reformoption III nicht beantwortet. Dies gilt sowohl für die konkreten Merkmale einer Ausgestaltung der »erweiterten« Wahlfreiheit als auch für die Ausgleichstatbestände des angesprochenen »begrenzten« Risikostrukturausgleichs und die Ebene/n, auf der/denen ein solcher Ausgleich durchgeführt werden müßte. Zudem bleibt widersprüchlich, wie die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten auf dem angekündigten Weg erweiterter Wahlmöglichkeiten überhaupt realisiert werden könnte, wenn gleichzeitig die historisch gewachsenen Krankenkassenstrukturen – wie von Reformoption III gefordert – nicht verändert werden sollen. Eine als »Einstiegslösung« etikettierte Konzeption, die auf die konzeptionell wesentlichen Fragestellungen ohne plausible Antworten bleibt, kann aber als ernsthafter Lösungsvorschlag nicht diskutiert werden.

Vor diesem Hintergrund sehen die genannten Mitglieder der Kommission den nunmehr vorliegenden Bericht zur Organisationsreform an zentralen Punkten durch allein politische Erwägungen geprägt und halten das Ergebnis der lange Zeit konstruktiven Zusammenarbeit aller am Berichtsteil für sachlich entwertet. Sie sehen sich deshalb außerstande, diesem Berichtsteil in der veränderten Fassung abschließend ihre Zustimmung zu geben.

Abschnitt C

Berichte von Teilen der Kommission*

I. Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems

Bericht A

Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Dr. Becker (Frankfurt), Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu und Abg. Dr. Thomae

1. Funktion und Arbeitsweise

1. Die Bundesrepublik Deutschland verfügt mit der gesetzlichen Krankenversicherung in Verbindung mit der privaten Krankenversicherung über ein bewährtes, funktionsfähiges und international anerkanntes System der gesundheitlichen Sicherung, das nicht gefährdet werden sollte. Trotz bestehender Mängel gibt es eine Fülle von positiven und vorbildlichen Aspekten, die den Ruf unseres Gesundheitswesens als eines der besten der Welt zu rechtfertigen scheinen.

2. Im Krankheitsfalle haben die Arbeitnehmer, ohne Unterschiede ob Arbeiter/innen oder Angestellte, einen gesetzlichen Anspruch darauf, daß ihnen für 6 Wochen der volle Lohn weitergezahlt wird, danach das Krankengeld. Alle EG-Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland lassen die Pflicht zur Krankengeldzahlung erst nach 1 - 3 Karenztagen aufleben. Beim Beamten läuft das Gehalt weiter. Nur der Selbständige muß sein Einkommen über eine Privatversicherung absichern.

3. Unser Gesundheitswesen hat einen weltweit anerkannten hohen Standard. Selbstbeteiligungen halten sich im Gegensatz zu vielen anderen Ländern in Grenzen. Wir haben freie Arztwahl. Jeder kann sich den niedergelassenen Arzt oder Zahnarzt aussuchen, zu dem er ein besonderes Vertrauensverhältnis hat. Außerdem verfügt die Bundesrepublik Deutschland über ein umfassendes System der Rehabilitation – medizinisch, beruflich und sozial. Kuren werden von den Sozialleistungsträgern bezahlt, von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern, den Versorgungseinrichtungen wie der Kriegsopferfürsorge, den Unfallversicherungen, der Beihilfe, der Sozialhilfe. Niemand ist ausgenommen, wenn er eine Rehabilitation oder eine Kur benötigt. Unsere Krankenhäuser sind in aller Regel technisch hervorragend ausgestattet und haben einen guten Komfort. Jeder, der ein Krankenhausbett benötigt, bekommt dieses Bett an dem gleichen Tag, an dem er es braucht. Wartezeiten auf bestimmte Operationen gibt es nur in bestimmten Ausnahmefällen wie Herzoperationen und Transplantationen. Dabei ist es, um nur ein Beispiel zu nennen, bei Nierentransplantationen nicht einmal der Mangel an Operationsmöglichkeiten, der Warten bedingt, sondern der Mangel an Spendernieren. Ganz anders stellt sich die Situation in vielen anderen europäischen Ländern dar, in denen es zum Teil mehrjährige Wartezeiten für bestimmte Operationen gibt.

4. Änderungen und Verbesserungen unseres Gesundheitswesens sind erforderlich. Eine schrittweise Weiterentwicklung mit einer Beobachtung der Auswirkungen einzelner Schritte dient dem Fortschritt und vermeidet Fehlentwicklungen. Unser Krankenversicherungssystem sollte dabei weder revolutioniert noch in seinen Grundzügen in Frage gestellt werden.

5. Die Person des Arztes und der ärztliche Berufsstand prägen Inhalt und Struktur des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Die Funktionsfähigkeit dieses Systems wird mittelbar wie unmittelbar durch das Können, das Verhalten und die Arbeitsweise von Ärzten beeinflußt. Der Arzt steuert das Gesundheitswesen. Er erbringt oder veranlaßt die Mehrzahl der durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzierten und möglichen Leistungen. Die Ärzteschaft bestimmt über Art, Umfang, Dauer und Berechtigung medizinischer Hilfen. Der Arzt entscheidet auch, wer diese Hilfe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen darf.

6. Eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Berücksichtigung dieser Schlüsselstellung der Ärzte im System ist nicht möglich. Ärztliches Denken und Handeln resultiert aus spezifischen Erfahrungen in Aus-, Fort- und Weiterbildungsprozessen. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung begünstigen oder hemmen bestimmte ärztliche Verhaltensweisen. Das Selbstverständnis der Ärzte ist Ergebnis ihrer beruflichen und persönlichen Entwicklung und Erfahrung. Angesichts der besonderen Einflußmöglichkeiten des Arztes auf das Gesundheitswesen muß die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung auch jene Faktoren berücksichtigen, die ärztliches Denken und Handeln bestimmen.

1. 1 Ausbildung zum Arzt

1. 1. 1 Medizinstudium

7. Für die Zulassung zum Medizinstudium besteht seit 1963 ein Numerus clausus. Die Kriterien des »besonderen

*) Abschnitt C enthält Berichte von Teilen der Kommission zu Themenbereichen, die von der Kommission behandelt wurden, zu denen sie jedoch keine Berichte verabschiedet hat (vgl. auch: Abschnitt A, S.16).

Auswahlverfahrens« begünstigen Bewerber mit hervorragenden Abiturnoten oder Testergebnissen. Dies führt zu einer spezifischen Selektion. Die durch die Vorauswahl erfaßte Befähigung korreliert nicht mit den Eigenschaften, die besondere Eignungen für den Beruf des Arztes erwarten lassen.

Das Studium der Medizin umfaßt 4 vorklinische Semester, 6 klinische Semester und das praktische Jahr. Die Überprüfung der Ausbildungsergebnisse erfolgt am Ende der Studienabschnitte vornehmlich durch Multiple-Choice-Prüfungen nach 2,3 und 5 Jahren Regelstudienzeit. Der letzte Teil des Staatsexamens nach dem praktischen Jahr ist eine rein mündliche Prüfung. Ab Herbst 1989 wurde der Anteil an mündlichen Prüfungen verstärkt.

Wegen der Mängel in der praktischen Ausbildung schließt sich seit Herbst 1989 an den letzten Abschnitt des Staatsexamens eine 18-monatige »Arzt-im-Praktikum-Phase« an, nach deren Abschluß der Arzt die Approbation erhält.

8. Das Medizinstudium ist relativ straff organisiert und enthält wenig Möglichkeiten zur freien Wahl von Lehrveranstaltungen. Im Vordergrund steht die Vermittlung von kognitiven Inhalten durch Vorlesungen und Kurse. Der Student lernt vor allem Lehrbuch-Wissen auswendig. Die Multiple-Choice-Prüfungen verlangen möglichst viel kurzfristig und schnell abrufbares detailliertes Wissen von Fakten. Innere Zusammenhänge und Bezüge werden vernachlässigt.

9. Das Einüben von Fertigkeiten und Haltungen wird unzureichend gelehrt. Der Kontakt zur Praxis und zu praktischen Problemlösungen ist auf ein Minimum reduziert. Wissenschaftliches Arbeiten und exemplarisches Lernen an komplexen Fragestellungen werden im Studium wenig vermittelt. Die aktive Bearbeitung von praxisbezogenen Fragestellungen durch die Studenten findet kaum statt. Rezeptive Wissensaneignung dominiert. Die Universitätslehrer sind in der Regel Spezialisten ihres Fachs und richten ihre Lehre oft an hochspezialisiertem Detailwissen aus. Die Schwerpunkte werden in der kurativen und apparativen Hochleistungsmedizin gesetzt. So bestimmen die Versorgungsaufgaben der Universitätskrankenhäuser und der medizinisch-technischen Maximalversorgung weitgehend Form und Inhalt der Ausbildung. Funktionelle und psychosomatische Gesundheitsstörungen, sozialmedizinische Aspekte und die gesamten Versorgungsaufgaben im ambulanten ärztlichen Bereich, insbesondere in der primärärztlichen Tätigkeit, werden im Medizinstudium nicht angemessen berücksichtigt. Die strukturellen und inhaltlichen Mängel der Ausbildung zum Arzt hat der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Jahresgutachten 1989 detailliert dargestellt.

10. Einer der wichtigsten Gründe für die Ausbildungsmängel ist das Mißverhältnis zwischen Ausbildungskapazität und Studentenzahlen. Die Studienreform 1970 bei damals 4.500 Studienanfängern im Jahr ging davon aus, daß die Verbesserung der praxisbezogenen Ausbildung durch verschiedene Maßnahmen zu erreichen sei: Exemplarisch seien genannt: Psychologie, Soziologie, Bed-Side-Teaching. Die Umsetzung dieser Maßnahmen setzt begrenzte Zahlen in den Seminaren des klinischen Studiums voraus. Das Konzept von 1970 war auf eine Höchstzahl von 7.000 Studienanfängern im Jahr ausgerichtet. Inzwischen haben wir jährlich etwa 12.000 Studienanfänger. Alle Sachkenner betonen, daß in diesem Mißverhältnis zwischen Ausbildungskapazität und Studentenzahl ein wesentlicher Grund für die Ausbildungsmängel liegt.

11. Die Vermittlung einer reduzierten Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium wird durch die Gewichtung der Inhalte noch verstärkt. Seltene Erkrankungen erhalten in Lehrveranstaltungen den gleichen Stellenwert wie häufige und allgemeine Krankheitsbilder. Der Student lernt nicht, Krankheiten in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis angemessen einzuschätzen. Das Medizinstudium vermittelt so ein einseitiges Bild der Wirklichkeit ärztlicher Berufsausübung im Gesundheitswesen.

12. Das Medizinstudium bringt naturwissenschaftliches Wissen und kaum Methodik und Wissenschaftskritik, so daß der Student die Grenzen der Wissenschaftlichkeit der Medizin und die Bewertung von Fortschritten in der Medizin kaum kennenlernt. Es besteht die Gefahr, daß die Lernenden ein zu starres Bild von den Ergebnissen der Medizinwissenschaft haben. Nicht immer wird deutlich, daß der Student oft nur anscheinend gesichertes Wissen erlernt. Die Multiple-Choice-Fragen am Ende verschiedener Studienabschnitte sind nicht geeignet zu vermitteln, daß die Wissenschaft methodisch und wissenschaftlich auf Voraussetzungen beruht, die überprüfbar und zu überprüfen sind.

13. Die sozialen Kontakte zum Patienten, die während der Ausbildung durch Famulaturen und im klinischen Teil erfahren werden, sind zwar wesentliche Bestandteile des Curriculums, aber unterrepräsentiert. Ansätze, die sozialen, psychologischen sowie kulturellen Aspekte des Krankseins immer mehr in den Mittelpunkt des universitären Lehrangebotes zu stellen, sind zwar unverkennbar vorhanden, aber sie reichen noch nicht aus. Vielmehr ist es erforderlich, auch die nicht medizinischen Gesichtspunkte des Krankseins bei der Ausbildung stärker zu berücksichtigen.

1. 1. 2 Weiterbildung

14. Die 18-monatige »Arzt-im-Praktikum-Phase« nach bestandenem Staatsexamen bietet dem angehenden Arzt eine Verbesserung der Ausbildungssituation hinsichtlich des Erlernens praktischer Fähigkeiten, aber auch die Möglichkeit, Grenzen der Tätigkeit des Arztes zu erkennen. Sie ist geeignet, dem Arzt die Entscheidung für eine mögliche Weiterbildung zu erleichtern, aber auch ihn in seinen persönlichen Fähigkeiten im Kontakt mit dem Patienten voranzubringen. Hierzu trägt bei, daß er zunächst nur unter Anleitung eines erfahrenen Arztes tätig werden kann. Nach der AiP-Phase erhält der Arzt seine Approbation und damit die Berechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes. Nach einer 6-monatigen Vorbereitungszeit kann sich der Arzt als Kassen- und Vertragsarzt niederlassen. In der Regel erfolgt jedoch keine sofortige Niederlassung, sondern eine Weiterbildung zum Gebietsarzt entsprechend der Weiterbildungsordnung der einzelnen Landesärztekammern.

15. Die Weiterbildung dauert je nach Fach zwischen 4 und 6 Jahren. Der überwiegende Anteil der Gebietsarztweiterbildung wird dabei im Krankenhaus in Fachabteilungen absolviert. In der Regel kann nicht mehr als ein halbes Jahr Tätigkeit bei einem niedergelassenen Arzt anerkannt werden. Nur für das Gebiet Allgemeinmedizin sind maximal 1 ½ Jahre außerhalb einer Krankenhausabteilung möglich. Die Mängel in der ärztlichen Weiterbildung hat der Sachverständigenrat in der Konzertierten Aktion in seinem Jahresgutachten 1989 dargestellt.

16. Jeder Krankenhausarzt erfährt im Krankenhausalltag die Bedeutung der intensiven pflegerischen Betreuung. Im Krankenhaus erkennen die Ärzte deutlicher die Grenzen der

Medizin durch die tägliche Konfrontation mit dem Tod, denn rund 60% der Bundesbürger sterben im Krankenhaus. Darüber hinaus bietet die Weiterbildung im Krankenhaus gute Voraussetzungen und Möglichkeiten für den interdisziplinären Erfahrungsaustausch zwischen den Ärzten und den im Krankenhaus tätigen anderen Berufen des Gesundheitswesens.

1. 1. 3 Forbildung

17. Die Berufsordnung für die Ärzte verpflichtet jeden einzelnen Arzt, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für seine Berufsausübung jeweils geltenden Bestimmungen zu unterrichten. Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen wie Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse und Kolloquien, weiterhin klinische Fortbildung durch Vorlesungen, Visiten, Demonstrationen und Übungen sowie Studium der Fachliteratur und Inanspruchnahme audiovisueller Lehr- und Lernmittel. Nach der Berufsordnung hat der Arzt in dem Umfange von den Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Der Arzt muß eine entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

18. Trotz dieser Fortbildungsverpflichtung wird über zu geringe Fortbildungsanstrengungen der Ärzte geklagt. Zu wenig ist bekannt, daß die Halbwertszeit des ärztlichen Wissens ca. 5 - 10 Jahre beträgt. Zwar ist das Fortbildungsangebot groß, aber es gibt keine Kontrolle über die Teilnahme. Derzeit wird diese Frage in der Bundesärztekammer diskutiert.

19. In den letzten Jahren bemühen sich Berufsverbände und Ärztekammern bei ihren Fortbildungsangeboten um eine breitere praxisrelevante Gestaltung der Fortbildungsinhalte. Allerdings kommen klinische, epidemiologische oder psychosoziale Fragestellungen noch zu kurz. In letzter Zeit ist festzustellen, daß die Fortbildungsaktivitäten mehr auf den gesamten Bereich der Humanmedizin ausgerichtet werden. Fortbildungsveranstaltungen mit naturheilkundlicher Orientierung werden von Ärztinnen und Ärzten stark in Anspruch genommen.

20. Die direkt durch die Pharma- und Geräteindustrie angebotenen Fortbildungsveranstaltungen sind interessengebunden. Sie bestärken den Arzt in seiner mehr naturwissenschaftlich orientierten Denk- und Handlungsweise bei der Bewältigung von Krankheitsproblemen. Pharmako-therapeutische Maßnahmen und die Ausweitung apparativer Diagnostik werden dadurch begünstigt.

1. 2 Einflüsse der Arbeitsbereiche auf das Denken und Handeln von Ärzten

1. 2. 1 Ambulante Medizin

21. Die ambulante ärztliche Versorgung wird durch 3 Arztgruppen gesichert:

- Allgemeinärzte und Hausärzte (praktische Ärzte, Gebietsärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte),
- Gebietsärzte mit breiten Behandlungsbereichen,
- hochspezialisierte Gebietsärzte mit differenzierten diagnostischen und therapeutischen Arbeitsbereichen.

Die Angehörigen der ersten Gruppe bilden mit über 60% das Gros der niedergelassenen Kassenärzte. Die bereits erstgenannten Arztgruppen versorgen Patienten, die nicht nur mit medizinischen Problemen, sondern mit dem ganzen Gefüge ihres Krankseins oder ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung Hilfe suchen. Die letztgenannte Arztgruppe übt eine Tätigkeit aus, die inhaltliche Nähe zur Krankenhausmedizin aufweist.

22. Das Spektrum der Erkrankungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist anders als im Krankenhaus. Es ist davon auszugehen, daß ein Drittel in der allgemeinärztlich orientierten Praxis Patienten mit vorwiegend psychosomatischen oder psychosozialen Problemen ist, ein Drittel organische Beschwerden mit gleichzeitig psychischen und sozialen Aspekten aufweist und ein Drittel der Patienten überwiegend organische Erkrankungen oder Störungen hat. Dadurch erlangen auch außerhalb der naturwissenschaftlich orientierten Medizin liegende Hilfen und Bewältigungsmöglichkeiten eine große Bedeutung in der ambulanten Praxis. Es werden jedoch vorwiegend Symptome diagnostiziert und symptomatisch therapiert. Im Krankenhaus häufig vorkommende Erkrankungen sind in der kassenärztlichen Praxis relativ selten.

23. Andererseits sind die niedergelassenen Ärzte fast ausschließlich die Träger der medizinischen Erstversorgung, der Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs, der Kindervorsorgeuntersuchungen und der neuen Vorsorgeuntersuchungen nach SGB V auf Herz-, Kreislauf-, Nieren-, und Zukkerkrankheit. Darüber hinaus hat sich das Spektrum der ambulant behandelbaren Krankheiten in den letzten Jahren, z.B. in der Chirurgie, mit den Möglichkeiten des ambulanten Operierens deutlich verändert. Weiterhin wird heute in der ambulanten Versorgung auch eine Vielzahl von Krankheiten mit psychischen Hintergründen behandelt. So werden in der ambulanten Praxis zunehmend Leistungsziffern der kleinen Psychotherapie abgerechnet. Dies weist darauf hin, daß die Wünsche der Patienten nach zuwendungsintensiven Behandlungen immer mehr Eingang in die ambulante ärztliche Praxis finden, und daß die Ärzte sich in ihrer Fortbildung darauf eingestellt haben.

24. In der Kassenarztpraxis werden Krankheiten weniger in der Eindimensionalität einer medizinischen Diagnose zum Behandlungsproblem, als vielmehr in der Mehrdimensionalität des Krankseins. Der Patient erwartet, daß er als kranke Person und nicht nur als diagnostizierter Fall versorgt wird. Er erwartet, daß seine Vorstellungen von Kranksein, Krankheitsverlauf und Behandlung mit in den Behandlungsprozeß aufgenommen werden. Zieht der Arzt sich auf die naturwissenschaftliche Medizin zurück, so werden psychosoziale Probleme oft nur medikalisiert, gegebenenfalls durch immer differenziertere und aufwendigere Diagnostik zu lösen versucht. Dieser spezifische Verdrängungsweg wird durch vielfältige pharmako-therapeutische Angebote ergänzt.

25. In den letzten Jahren beginnt die Ärzteschaft die Problemsituation an der ambulanten Praxis aktiv zu bewältigen und sich Erfahrungen, Wissen, Fähigkeiten und Kenntnisse anzueignen, die aus den Schwierigkeiten herausführen. Dafür sprechen der Besuch der Fortbildungsveranstaltungen zum Erwerb psycho-sozialer Kompetenz und die Aneignung von psycho-therapeutischen Verfahren. Dafür spricht auch die zunehmende Kooperation mit sozialen Diensten, die Einbeziehung anderer Berufsgruppen in Behandlungsangebote und die Bereitschaft zur Kooperation

mit Selbsthilfegruppen und nachbarschaftlicher Hilfe. Der Übergang von der apparateorientierten Medizin zu der Zuwendungsmedizin tritt immer stärker in den Vordergrund und entspricht den Erwartungen der Patienten.

26. Diese Entwicklung kann durch die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit weiter unterstützt werden. Derzeit erfolgt die Honorierung bei gesamtpauschalierter Vergütung durch die Krankenkassen auf der Grundlage der Grundlohnsumme an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese errechnen die auf den Arzt entfallende Vergütung aus dieser Gesamtpauschale nach Einzelleistungen. Je häufiger ein Arzt eine Leistung erbringt und je häufiger er sie wiederholt, desto höher ist sein Gesamthonorar, allerdings zu Lasten anderer Disziplinen über die Gesamtreduzierung des Einzelleistungs-Punktwertes. Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und andere gültige Gebührenordnungen haben zwar die technischen und auch an Hilfspersonal delegierbaren Leistungen in der Vergütung herabgesetzt und die nicht delegierbaren vom Arzt persönlich erbrachten Leistungen höher bewertet, doch ist dies noch nicht ausreichend. Eine, angesichts der realen Probleme in der Kassenärztlichen Praxis sinnvolle, eher zurückhaltende und mehr patientenorientierte Medizin wird nicht belohnt, während eine aufwendige, invasive und mit übertriebenem technischem, apparativem und pharmako-therapeutischem Aufwand betriebene Medizin sich eher lohnten.

27. In Kenntnis dieses Widerspruchs haben Kassenärzteschaft und Krankenkassen den Versuch unternommen, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mehr gesprächsorientiert zu verbessern. Dadurch soll eine spürbare Verlagerung von den apparativ-technischen zu den zuwendungsintensiven Leistungen bewirkt werden. Dieser Versuch hat teilweise Erfolg, wird aber durch die wachsenden Neuniederlassungen von Kassenärzten im Gesamteffekt eingeschränkt.

1. 2. 2 Krankenhaus

28. Die universitäre Medizin bestimmt die Inhalte des Medizinstudiums. Die Krankenhausmedizin ist für die approbierten Ärzte in erster Linie Ort und Gelegenheit zur Weiterbildung. Die Erfahrungswelt des Krankenhauses bestimmt die berufliche Sozialisation des Arztes. Das Selbstverständnis der Arztpersönlichkeit und das Verhalten des jungen Arztes als Fachmann wird daher zunächst von seinen Krankenhauserfahrungen geleitet.

Die Einweisungspraxis bringt mehr chronisch Kranke, Schwerpflegebedürftige, alte Menschen, geriatrisch Kranke, psycho-sozial und körperlich behinderte Menschen in das Krankenhaus. Sie beschäftigen daher mehr und mehr auch den Krankenhausarzt. Das Krankheitsspektrum im Krankenhaus hat sich daher in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Dies prägt zunehmend das Selbstverständnis der Krankenhausärzte und der Krankenhausmedizin. Diese Entwicklung, die zunächst mehr in den kleinen Krankenhäusern und Krankenhäusern der Grundversorgung Platz greift, trifft auf die von manchen Patienten offener artikulierten, alltäglichen Probleme und auf den Hinweis auf die soziale Einbettung der Krankheit. Diese Entwicklung fördert die Integration auch naturheilkundlicher, psychotherapeutischer oder sozialmedizinischer Aspekte in die naturwissenschaftlichen Methoden und Herangehensweisen.

2. Reformansätze

29. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten muß den Arzt befähigen

- seiner Aufgabe im medizinischen Versorgungssystem gerecht zu werden, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern,
- aufgrund praktischer Erfahrungen im Umgang mit Kranken komplexe Problemlagen zu lösen,
- psychische, soziale und kulturelle Aspekte des Krankseins in seine Handlungsweisen einzubeziehen.
- die Subjektivität ärztlicher Entscheidung in Eigenverantwortung zu tragen,
- Nutzen-Risiko-Kosten-Bewertung medizinischen Handelns vorzunehmen,
- mit den ärztlichen Kollegen und anderen Gesundheitsberufen zu kooperieren.

30. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen müssen dazu beitragen, daß

- in der ambulanten ärztlichen Tätigkeit Anreize zu adäquatem Handeln gefördert, zu inadäquatem Handeln minimiert und mehr Spielraum bei der Gestaltung von Honorarsystemen möglich,
- alle Formen kooperativen ärztlichen Handelns möglich,
- Maßnahmen der Selbstkontrolle und der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung verbessert,
- die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen verbessert,
- das Zusammenwirken von professionellen Versorgungsdiensten und Selbsthilfepotentialen möglich,
- nichtmedizinische Prävention und gesundheitsfördernde Maßnahmen von Ärzten unterstützt werden.

2. 1 Aus- und Fortbildung

31. Die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, stimmen weitgehend mit den Reformempfehlungen des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Jahresgutachten 1989 und der Empfehlung des »Murrhardter-Kreises« zum Medizinstudium überein. Die Umsetzung folgender Vorschläge in ein umfassendes Reformkonzept wird empfohlen:

- Exemplarisches Lernen an beispielhaften Problemlagen.
- Integration von klinischer Epidemiologie in alle klinische Ausbildungsbereiche.
- Vermittlung psychosozialer Kompetenz und Möglichkeiten, in Selbsterfahrungsgruppen Sicherheit mit der Arztrolle zu finden.
- Berücksichtigung der Anforderungen der allgemeinen Medizin und der ambulanten ärztlichen Versorgung auch in den Studieninhalten.
- Nutzung außeruniversitärer Lehr- und Lernmöglichkeiten.
- Sicherstellung praxisrelevanter Fortbildungsmöglichkeiten.

2. 2 Medizinsystem

32. Die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, ordnen den verschiedenen Honorierungsformen prin-

zipiell instrumentellen Charakter zu. Je nach Rahmenbedingungen und Versorgungssituation eignen sich die verschiedenen Entgeltverfahren unterschiedlich gut. Entsprechend den spezifischen Gegebenheiten im Gesundheitssystem wird einem Nebeneinander verschiedener Honorierungssysteme der Vorzug gegeben, was nicht ausschließt, daß sich ein System mittelfristig als überlegen durchsetzt.

33. Diese Kommissionsmitglieder sehen in der Einzelleistungsvergütung ein Instrument, mit dem eine leistungsgerechte Honorierung ärztlicher Tätigkeiten sichergestellt werden kann. Nachteile wie sie von Pauschalen insbesondere für das Ausmaß und die Intensität der Betreuung der Patienten verbunden sein können, entstehen bei der Einzelleistungsvergütung nicht. Zur Begrenzung ärztlicher Leistungen auf das Maß des Notwendigen und Wirtschaftlichen sind die mit dem Gesundheitsreformgesetz geschaffenen Instrumente, insbesondere die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Möglichkeiten zur Sicherstellung von Qualität der Leistungserbringung, ausreichend.

34. Modelle kooperativer ambulanter Versorgung in Gruppenpraxen sollten weiter gefördert werden.

35. Qualitätsentwicklung ist unverzichtbarer Bestandteil medizinischer und ärztlicher Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die im Gesundheits-Reformgesetz angesetzten Möglichkeiten der Qualitätssicherung sind ein Schritt in die richtige Richtung. Sie sollten genutzt und weiter entwickelt werden. Die Einführung von »Qualitätskommissionen« und kontinuierliche ärztliche Supervision als Maßnahme der Qualitätssicherung in Krankenhaus und Praxis soll Bestandteil ärztlicher Tätigkeit sein. Die Selbstverwaltung muß wirksame Qualitätssicherungsprogramme und Maßnahmen im ärztlichen Alltag organisieren und durchsetzen.

36. Diese Kommissionsmitglieder sind der Auffassung, daß die mit dem Gesundheitsreformgesetz eingeführte Möglichkeit zur Einholung von Zweitmeinungen ein Schritt in die richtige Richtung ist. Auch gibt es nach Auffassung dieser Kommissionsmitglieder keinen Anlaß zu einer Mißtrauensbekundung in die Bereitschaft und Fähigkeit der deutschen Ärzte zur unabhängigen fachlichen Beratung der Patienten und Versicherten. Darüber hinaus ist es nach Auffassung dieser Kommissionsmitglieder notwendig, zwischen der Beratung der Patienten und der Beratung der Vertragspartner bei der Erfüllung der gemeinsamen Aufgaben der Selbstverwaltung zu unterscheiden. Mit dem Gesundheitsreformgesetz haben die Krankenkassen einen eigenen Medizinischen Dienst erhalten, zu dessen Aufgaben auch die Beratung im Vorfeld von gesundheitspolitischen Entscheidungen gehört.

37. Diese Kommissionsmitglieder sprechen sich gegen eine allgemeinverbindliche Einschränkung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung aus, die Möglichkeit einer freiwilligen Begrenzung ist hingegen zu begrüßen. Die Patienten sind selbst in der Lage zu beurteilen, welcher fachspezifischen ärztlichen Behandlung sie unter Umständen bedürfen. Hier werde ein von Bevormundung geprägtes Verständnis progagiert. Leistungen, die die anerkannten medizinischen Hilfeberufe aufgrund ärztlicher Verordnungen einbringen, werden bereits von den Kassen erstattet.

Bericht B

Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack (Extertal), Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock und Abg. Frau Wilms-Kegel

1. Bedeutung des Arztes im Gesundheitswesen

1. Die Person des Arztes und die ärztliche Profession prägen Inhalt und Struktur des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Die Funktionsfähigkeit dieses Systems wird mittelbar wie unmittelbar durch das Verhalten und die Arbeitsweise von Ärzten beeinflußt. Sie erbringen oder veranlassen die Mehrzahl der durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzierter und möglichen Leistungen. Die ärztliche Profession bestimmt über Art, Umfang, Dauer und Berechtigung medizinischer Hilfen.

Insbesondere der allgemeinmedizinisch tätige Kassenarzt besitzt den am stärksten steuernden Einfluß auf die Ressourcenverteilung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er verordnet Arzneien, Heil- und Hilfsmitel, er stellt Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus und weist Patienten ins Krankenhaus ein oder veranlaßt weitere fachärztliche Konsultationen.

2. Eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Berücksichtigung dieser Schlüsselstellung der ärztlichen Profession im System ist nicht möglich. Ärztliches Denken und Handeln resultiert aus spezifischen Erfahrungen in Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsprozessen. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung begünstigen oder hemmen bestimmte ärztliche Verhaltensweisen. Das vorherrschende Selbstverständnis der Ärzte ist Ergebnis ihrer beruflichen und persönlichen Sozialisation. Angesichts der bestimmenden Einflußmöglichkeiten des Arztes auf das Gesundheitswesen muß die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Faktoren berücksichtigen, die ärztliches Denken und Handeln bestimmen.

Eine Neuorientierung der Denk- und Handlungsweisen in der ärztlichen Grundversorgung und dafür sinnvolle und wirksame Rahmenbedingungen in Ausbildung, Berufsrecht, Vergütung und Institutionen sind essentielle Reformaufgaben, an der sich die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden wird. Eine Gesundheitsreform ohne Berücksichtigung dieser grundlegenden qualitativen Dimension ist zum Scheitern verurteilt.

1. 1 Ausbildung zum Arzt

1. 1. 1 Medizinstudium

3. Der seit 1963 bestehende Numerus Clausus für die Zulassung zum Medizinstudium führt zu einer spezifischen Selektion. Die Kriterien des »besonderen Auswahlverfahrens« begünstigen Bewerber mit hervorragenden Abiturnoten oder Testergebnissen.

Das zum Wintersemester 1986/1987 erstmals angewendete Verfahren legt fest, daß jeder Studierwillige vor seiner Bewerbung bei der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) am »Test für medizinische Studiengänge« teilnehmen und das Test-Ergebnis seinen Bewerbungnsunterlagen beifügen muß. Die Test-Besten belegen 10% der Studienplätze für Humanmedizin. Weitere 45% werden nach einer Gewichtung der Abitur- und Test-Ergebnisse der Bewerber verteilt. 20% der Studienplätze werden nach Wartezeiten zugeteilt und die restlichen 15% vergibt die Hochschule nach Auswahlgesprächen. Eine Vorabquote von 10% ist für Härtefälle, Ausländer u.a. reserviert.

Der Zusammenhang zwischen dem damit erfaßten Befähigungsprofil und den Eigenschaften, die eine besondere Eignung für den Beruf des Arztes erwarten lassen, ist weder plausibel noch empirisch belegt.

Das Studium der Medizin umfaßt vier vorklinische Semester, sechs klinische Semester und das praktische Jahr. Die Überprüfung der Ausbildungsergebnisse erfolgt vornehmlich durch Multiple-Choice-Prüfungen nach zwei, drei und fünf Jahren Regelstudienzeit. Der letzte Teil des Staatsexamens nach dem praktischen Jahr ist eine rein mündliche Prüfung.

Seit Herbst 1988 schließt sich an den bestandenen letzten Abschnitt des Staatsexamens eine 18-monatige »Arzt-im-Praktikum-Phase« an. Ab Herbst 1989 wird der Anteil mündlicher Prüfungen verstärkt.

4. Das Medizinstudium ist straff formalisiert und enthält kaum Möglichkeiten zur freien Wahl von Lehrveranstaltungen. Im Vordergrund steht die Vermittlung von kognitiven Inhalten über Vorlesungen und Kursen (NEBOLD 1988, S.3). Der Student lernt vor allem Lehrbuch-Wissen auswendig. Die Multiple-Choice-Prüfungen verlangen möglichst viel, kurzfristig und schnell abrufbares, detailliertes Fakten-Wissen ohne innere Zusammenhänge und Bezüge (NEBOLD 1988, S.3).

Das Einüben von Fertigkeiten und Haltungen kommt zu kurz. Der Kontakt zu Praxis und zu praktischen Problemlösungen ist auf ein Minimum reduziert. Wissenschaftliches Arbeiten, exemplarisches Lernen an komplexen Fragestellungen, teamorientierte Suche nach Problemlösungen werden im Studium nicht vermittelt. Die aktive Bearbeitung von praxisbezogenen Fragestellungen durch die Studenten findet faktisch nicht statt. Rezeptive Wissensaneignung dominiert. Die Lehrer sind in der Regel Spezialisten ihres Faches und an hochspezialisiertem Detailwissen ausgerichtet. Sie setzen die Schwerpunkte in der kurativen und apparativen Hochleistungsmedizin. Die Versorgungsaufgaben der Universitätskrankenhäuser und der medizinisch-technischen Maximalversorgung bestimmen weitgehend Form und Inhalt der Ausbildung (ARNOLD 1988, S.42) Die selektiven Fragestellungen universitärer Medizin haben sich jedoch von den gesundheitlichen Problemen in der Praxis eines niedergelassenen Arztes mehr und mehr entfernt. Funktionelle und psychosomatische Gesundheitsstörungen, sozialmedizinische Aspekte und die gesamte Versorgungsaufgabe im ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich und insbesondere in der primärärztlichen Tätigkeit werden im Medizinstudium nicht angemessen berücksichtigt (WIRSCHING, 1988, S.13 f.)

Weder das praktische Jahr noch die AiP-Phase führen in ihrer jetzigen Form zu einer hinreichenden Vertiefung des notwendigen Praxisbezuges (MAUTH 1988, S. 40).

Diese qualitativen Aspekte der Mediziner-Ausbildung sind in ihrer negativen Auswirkung für den späteren Arzt sehr viel bedeutsamer als die hohen Studentenzahlen. Die Qualitätsmängel resultieren mehr aus der inhaltlichen Ausrichtung und curricularen Gestaltung des Studiums als aus überfüllten Lehrveranstaltungen.

Die strukturellen und inhaltlichen Mängel der Ausbildung zum Arzt hat der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion in seinem Jahresgutachten 1989 detailliert und zutreffend dargestellt. Die dieses Votum tragenden Kommissionsmitglieder teilen die dort erfolgte Analyse und Kritik.

5. Der Medizinstudent lernt die Medizin als »exakte Naturwissenschaft« kennen. Krankheiten werden mit biomedizinischen Modellvorstellungen wahrgenommen und bewältigt. Krankheit ist im wesentlichen reduziert auf eine Veränderung der Struktur im kranken Organismus, die ihrerseits die Funktionen (Homöostase) des Organismus vorübergehend oder dauernd stören. Die anatomische, physiologische, chemische oder physikalische Beschreibung pathologischer Struktur- und Funktionsveränderungen erhalten sehr vielmehr Bedeutung als soziale, psychologische oder kulturelle Aspekte des Krankseins. Der rein biologische Aspekt, die sogenannte Bio-Medizin steht im Vordergrund.

Die solchermaßen auf ihren naturwissenschaftlichen Gehalt reduzierte Medizin wird bei der Wissensvermittlung nochmals auf das sogenannte sichere oder feste Wissen reduziert. Wissenschaftliche Zweifel, der Umgang mit wissenschaftlichen Hypothesen und Widersprüchen, Wissenschaftskritik sind nicht Gegenstand der Lehre. Sie vermittelt vielmehr ein Welt- und Selbstbild ohne nennenswerte Widersprüchlichkeit, Fragen und Selbstzweifel. Die Darstellung von Schwierigkeiten, Mißerfolgen, das gewissenhafte Abwägen von erwünschten und unerwünschten Wirkungen lernt der Medizinstudent kaum kennen. Statt wissenschaftliches Arbeiten lernt er Wissenschaftsergebnisse auswending, ohne deren Wertigkeit insgesamt beurteilen zu können. In der subjektiven Wahrnehmung erscheint die Medizin für den Studenten vornehmlich als eine Summation medizinischer Erfolge und sicherer, nicht zu bezweifelnder Erkenntnisse (PAULI 1988, S. 61 ff.)

Die vorrangig zur Prüfungsvorbereitung benutzten Trainingskataloge für multiple-choice-Fragen bilden dann den Kulminationspunkt des »sicheren Wissens«.

6. Die Vermittlung einer reduzierten Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium wird durch die Gewichtung der Inhalte noch verstärkt. Seltene und seltenste Erkrankungen erhalten in Lehrveranstaltungen den gleichen Stellenwert wie häufige und allgemeine Krankheitsbilder. Der Medizinstudent erhält keinen realitätsnahen Überblick von wichtigen und unwichtigen Krankheiten und er lernt auch nicht, Krankheiten in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis im Gesundheitswesen angemessen einzuschätzen (MATEIKA 1988, S.4). Das Medizinstudium vermittelt so zwangsläufig ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit ärztlicher Berufsausübung im Gesundheitswesen.

Generell wird ein fortschritts-, technik- und erfolgsgläubiges medizinisches Weltbild vermittelt. Dies liegt nicht zuletzt daran, daß klinisch-epidemiologische Forschungen in den Einzeldisziplinen kaum berücksichtigt werden. Gerade die Ergebnisse der klinischen Epidemiologie führten in den letzten dreißig Jahren dazu, die Erfolge der Bio-Medizin kritisch zu hinterfragen.

Die Komplexität des Krankseins, bei der bio-medizinische, soziale und psychische Faktoren gleichzeitig und miteinander sich bedingend zu beachten sind, wird im Medizinstudium nicht ausreichend dargestellt. Komplexe Problemlösungen bei real erkrankten Menschen werden nicht eingeübt. Ein Denken und Handeln in systemischen Bezügen und komplexen Wirkungsmustern kann der Medizinstudent nicht lernen. Er lernt auch nicht Unsicherheiten und Widersprüche in der ärztlichen Berufsausübung als Teil ärztlicher Berufswirklichkeit zu sehen und zu bewältigen.

Das Medizinstudium vermittelt sicheres naturwissenschaftliches Wissen und kaum naturwissenschaftliche Methodik und Wissenschaftskritik. Die Grenzen der Wissenschaftlichkeit der Medizin und die Bewertung von Fortschritten in der Medizin lernt der Student kaum kennen. Er erwirbt vielmehr ein subjektives Bild vorgeblicher Sicherheit und Gesichertheit der sogenannten naturwissenschaftlichen Medizin. Dies führt zwangsläufig zu einer Verengung im Denken und Handeln des künftigen Arztes. Die fehlende Auseinandersetzung mit Unsicherheiten und Zweifeln und unzureichendes Wissen über seelische, soziale und kulturelle Aspekte in der Betreuung von kranken Menschen oder der Bekämpfung von Krankheiten sind die Folge. Der Arzt scheitert in der Praxis am Widerspruch zwischen der Suche nach naturwissenschaftlicher Sicherheit und den Grenzen naturwissenschaftlicher Erkenntnis gegenüber den heute vorherrschenden Krankheiten.

7. Die medizinischen Fakultäten in der Bundesrepublik zeigen faktisch keine Reformbereitschaft. Vorhandene Spielräume zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung werden nicht genutzt. Vielen Hochschullehrern ist die Forschung wichtig, nicht aber die Lehraufgabe (ARNOLD 1988, S.42; BRÄUTIGAM 1989, S.91).

Die Neuorientierung in der ärztlichen Ausbildung stößt auf mächtige innere Reformwiderstände:

- Die Schulmedizin ist auf das Paradigma einer Bio-Medizin eingeengt und vermittelt keinen kritischen naturwissenschaftlichen Diskurs.
- Die Universitäten als Stätten der Forschung und Lehre folgen einem begrenzten Selbstverständnis der medizinischen Maximalversorgung.
- Die Patientenklientel in den Universitätskliniken sind hochselektiert und entsprechen nicht den Alltagsbedingungen der ärztlichen Versorgung im Gesundheitswesen.
- Die Dozenten und Hochschullehrer sind an didaktischen Fragen und Lehraufgaben zu wenig interessiert.

Neben diesen vom Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion erwähnten inneren Reformwiderständen gegen eine Neuorientierung der ärztlichen Ausbildung gibt es eine Reihe äußerer Widerstände gegen die Reform des Studiums der Humanmedizin.

Die vorwiegend bio-medizinische Ausrichtung der Schulmedizin und die einseitige kurative High-Tech-Orientierung der Krankenversorgung begünstigen die wirtschaftlichen Interessen der Pharma- und Geräte-Industrie. Die bestehenden ärztlichen Behandlungsstile und Verhaltensweisen spielen mit den Interessen des »medizinisch-industriellen Komplexes« (RELMANN 1980, S.963 ff.) zusammen. Viele Forschungsvorhaben an memdizinischen Fakultäten werden mit Drittmitteln finanziert und in ihrer grundlegenden Ausrichtung bestimmt. Die Forschungsentwicklung läßt sich dadurch steuern und die in dieser Forschung arbeitenden Hochschullehrer sind gleichzeitig ideale Multiplikatoren zur Verbreitung und Unterstützung biomedizinischer Konzepte der Krankenversorgung. Psychosoziale Konzepte zur Behandlung von kranken Menschen, eine ganzheitliche Sicht von Krankheit oder auch Gesundheitsförderung und Prävention bieten demgegenüber für die pharmazeutische Industrie oder die medizinische Geräte-Industrie keine lukrativen Absatzmärkte.

Die Hindernisse gegenüber einer Neuorientierung von Lehre und Forschung in der Humanmedizin sind ökonomischer und politisch-struktureller Natur. Die im biomedizinischen Bereich etablierten Institutionen und Interessengruppen verfügen über erhebliche finanzielle, sachliche und personelle Mittel. Der Einsatz dieser Ressourcen ist auf eine weitere Ausweitung des Bereiches angelegt, in dem somatische Krankheiten dominieren und bio-medizinische Ideologien florieren. Eine Reform des Medizinsystems zugunsten einer mindestens gleichgewichtigen Beachtung und Behandlung von psychosozialen und psychosomatischen Aspekten der Erkrankung findet keine hinreichend politische Unterstützung. Die Fundamente dieser ideologischen und wissenschaftstheoretischen Fehlorientierung werden im Medizinstudium gelegt und gefestigt.

1. 1. 2 Weiterbildung

9. Nach bestandenem Staatsexamen absolviert der angehende Arzt die 18-monatige »Arzt-im-Praktikum-Phase«. In dieser Ausbildungszeit ist die Ausübung des ärztlichen Berufs unter Anleitung und Aufsicht eines erfahrenen Arztes möglich. Nach der AiP-Zeit erhält der Arzt seine Approbation und damit die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes. Nach einer sechsmonatigen Vorbereitungszeit kann sich der Arzt als Kassen- und Vertragsarzt niederlassen. In der Regel erfolgt jedoch keine Niederlassung, sondern die Weiterbildung zum Gebietsarzt (»Facharzt«) entsprechend der Weiterbildungsordnungen der einzelnen Landesärztekammern.

Die Weiterbildung erfolgt ausdrücklich nur im Rahmen einer normalen Berufstätigkeit. Sie ist sozusagen »Abfallprodukt« der Tätigkeit eines approbierten Arztes. Die Berechtigung zur Führung einer Gebietsbezeichnung, die aus einer Weiterbildung folgt, bedeutet, daß man zeitliche und inhaltliche Mindestvoraussetzungen erfüllt hat. Die Weiterbildung dauert je nach Fach zwischen vier und sechs Jahren. Der überwiegende Anteil der Gebietsarztweiterbildung wird dabei im Krankenhaus absolviert. In der Regel kann nicht mehr als ein halbes Jahr Tätigkeit bei einem niedergelassenen Arzt anerkannt werden. Nur für das Gebiet Allgemeinmedizin sind maximal eineinhalb Jahre außerhalb des Krankenhauses möglich (SCHAGEN 1988, S.103 ff.)

Die Weiterbildung des Arztes erfolgt fast ausschließlich in spezialisierten Abteilungen von Universitätskliniken oder größeren Krankenhäusern. Die dadurch resultierenden Mängel in der ärztlichen Weiterbildung hat der Sachverständigenrat in der Konzertierten Aktion in seinem Jahresgutachten 1989 ausführlich dargestellt. Diese Analysen und Schlußfolgerungen werden geteilt.

10. Das Problemspektrum von Krankenhauspatienten unterscheidet sich grundlegend von den Patientenproblemen in der ambulanten Praxis. Krankenhauspatienten haben meist besonderes schwere Erkrankungen, zumeist faßbare körperliche Störungen und bereits vorliegende Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen (WIRSCHING 1988, S.13).

Unselektionierte Patienten, wie sie die Praxis des niedergelassenen Arztes aufsuchen, Menschen mit diffusen Beschwerden, psychosomatischen Störungen und psychosozialen Konflikten sind im Krankenhaus äußerst selten und wenn, dann in spezialisierten psychosomatischen oder psychiatrischen Abteilungen anzutreffen.

Die Patienten folgen im allgemeinen relativ bereitwillig und aufgeschlossen den Anordnungen und Empfehlungen der Krankenhausmedizin.

Die selektierten Patientenprobleme und Krankheiten bestätigen den Arzt in der Weiterbildung in seiner bisherigen, im Studium gewonnenen Vorstellung von ärztlicher Praxis und ärztlicher Aufgabe. Die technischen Möglichkeiten des Krankenhauses faszinieren. Die einseitig somatisch und naturwissenschaftliche Betonung der Schulmedizin wird durch die Weiterbildungszeit verstärkt und in der Wahrnehmung des Arztes bekräftigt.

11. Die Führungsstile innerhalb der ärztlichen Hierachie im Krankenhaus und real vorhandene Konflikte zwingen zu aufwendiger Differentialdiagnostik und zunehmender »Defensiv-Diagnostik«. Die bio-medizinische Orientierung wird nicht in Frage gestellt. Der einzelne Arzt übt sich in mechanistischen Sicht- und Behandlungsweisen und in monokausalen oder bestenfalls multikausal somatischen Ursache-Wirkungs-Bezügen, die ausschließlich somatische Aspekte berücksichtigen.

Kritische wissenschaftliche Ansätze, eine realistische Einschätzung der Erfolge in Diagnostik und Therapie und eine Überprüfung diagnostischer Ergebnisse anhand bio-statistischer Erkenntnisse erfolgt in der Regel nicht. Vom jungen, unerfahrenen Assistenzarzt im Krankenhaus werden Laborergebnisse und apparative Diagnostik als objektiver, naturwissenschaftlich begründeter Befund wahrgenommen. Selbst gut ausgebildete Mediziner besitzen selten Kenntnisse über die statistischen Gesetzmäßigkeiten falsch positiver Befunde. Man glaubt an die Objektivität und die Richtigkeit technischer Ergebnisse und verkennt, daß z.B. bei Laborwerten ca. 5 % der Befunde aus technischen und methodischen Gründen falsch positiv sein müssen. Die fehlende Kenntnis bio-statistischer Gesetzmäßigkeiten verhindert eine realistische Einschätzung von Befunden und zwingt zu einem riesigen diagnostischen Aufwand, der falsch positive Befunde abklären muß (MATJKA 1988, S.88f.).

12. Die ärztliche Weiterbildung im Krankenhaus vermittelt dem Arzt ein einseitiges Bild der Krankheitsprobleme und Gesundheitsstörungen in der Bevölkerung. Die Kluft zwischen dem Problemspektrum der ambulanten ärztlichen Praxis und dem Alltag der Patientenbetreuung im Krankenhaus wird zunehmend größer, da auch die technischen Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung besser geworden sind. Der Grundsatz soviel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig, hat auch zur Folge, daß der Krankenhausarzt von wesentlichen Darstellungsfeldern des Krankseins und von einem Großteil der Krankheitsprobleme ausgeschlossen ist. Eine kritische Reflektion der Möglichkeiten und Grenzen klinischer Medizin und ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen stationärer und ambulanter ärztlicher Versorgung findet institutionalisiert nicht statt (PAULI 1988, S.64; KIRSCHBERGER 1989, S.35).

Die bereits im Studium eingeübte, fast ausschließliche Orientierung an der Bio-Medizin wird in den Weiterbildungsgängen verstärkt. Das Biomedizinische Modell dominiert, ganzheitliche Behandlungskonzepte sind eine Ausnahme. Die falsche Vorstellung von allgemeiner ärztlicher Versorgung aus dem Studium wird durch die Weiterbildung bekräftigt und perpetuiert. Die Fehlorientierung im Denken und Handeln der ärztlichen Profession wird so zur selbstverständlichen beruflichen Normalität. Die äusseren Einflüsse durch die Informationspolitik und die Marketing-Strategien des medizinisch-industriellen Komplexes bestärken Krankenhausmedizin und Krankenhausarzt in ihrer einseitigen Wahrnehmung und verengten Behandlung von Krankheiten und kranken Menschen.

1. 1. 3 Fortbildung

13. Die Berufsordnung verpflichtet jeden einzelnen Arzt, sich beruflich fortzubilden. Trotz dieser Fortbildungsverpflichtung wird immer wieder über zu geringe Fortbildungsanstrengungen der Ärzte geklagt. Das Fortbildungsangebot ist sehr groß. Eine Kontrolle darüber, welche Ärztinnen und Ärzte wie oft und mit welchem Erfolg Fortbildungsveranstaltungen besuchen, gibt es nicht. Ein Fortbildungsnachweis gegenüber der ärztlichen Selbstverwaltung wird bisher nicht verlangt.

Erfolgsprüfungen der Fortbildung werden allgemein abgelehnt und finden nicht statt.

14. Ärztinnen und Ärzte bilden sich durch die Lektüre von Fachzeitschriften und Büchern, die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen von Berufsverbänden und Ärztekammern, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen pharmazeutischer Firmen und durch Kurse oder Seminare fort.

Die Fortbildung durch Fachzeitschriften und Bücher ist erschwert, da die Mehrzahl dieser Publikationen sich an spezialisierten wissenschaftlichen Problemstellungen und an der Krankenhausmedizin orientiert. Die einseitige somatische und naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin spiegelt sich auch im Spektrum der schriftlichen Fortbildungsangebote. Die Autoren sind in der Regel Krankenhausärzte der Maximalversorgung, die der ambulanten ärztlichen Praxis fern stehen.

Etwa 400 periodisch erscheinende medizinische Zeitschriften, darunter zwei ärztliche Tageszeitungen, überschwemmen die Ärzteschaft (STEIN 1989, S.221 f.). Typisch sind dabei die Verknüpfung von Freizeitlektüre (»Arzt und Reisen«), Anlageberatung (»Status«) und medizinischer Information. Die Zeitschriften decken den Bedarf der medizinischen Industrie nach Werbeträgern. Etwa 25 kostenlose Zeitschriften-Exemplare pro Woche erreichen die Kassenarztpraxis und bewirken eine Überflutung mit wahlloser Information. Die Funktion als Werbeträger zwingt die Redaktionen, „den Leser mehr und mehr nach dem Munde schreiben" (STEIN 1988, S.223). Die Überfülle kostenloser und leicht konsumierbarer Medien verdrängt teure, weil anspruchsvolle Zeitschriften, Kongresse und Seminare ebenso vom Markt wie kritische und unbequeme Diskussionen (GÖPFERT 1989, S.261 f.). Inzwischen nimmt die Werbung zunehmend Einfluß auf den redaktionellen Teil der medizinischen Fachpublikationen. „Für den Leser sind die Unsitten kaum auszumachen. Schließlich werden überall Wissenschaftler als Kronzeugen für die Produktaussagen zitiert. Wo die Grenze ziehen zwischen plumper Reklame, wissenschaftlicher gefärbter Halbwahrheit und seriöser Datenvermittlung? " (AUMILER 1983 S.169).

Ein allumfassendes PR- und Marketing-Netz ist fein gesponnen und beeinflußt beinahe den gesamten Fortbil-

dungssektor. „Auch die eigentlich verbotene Direktwerbung für verordnungspflichtige Medikamente beim Patienten gibt es mittlerweile. Sie läßt sich unauffällig einbauen in sogenannte Patientenseminare oder in Veranstaltungen der von PR-Agenturen gegründeten Patientenvereinigungen, Stiftungen und »Selbsthilfegruppen«, in denen die »Compliance« in jeglicher Hinsicht gefördert werden soll. Zuweilen sollen Patienten schon so gut über neue Präparate unterrichtet werden, daß sie Druck auf ihren Arzt ausüben, sie ihnen zu verschreiben." (STEIN 1988, S.230). Solche wirtschaftlichen Interessen dürfen keinen Einfluß auf Inhalte und Gestaltung der ärztlichen Fortbildung und auf Selbsthilfeorganisationen von Patienten haben.

15. In letzter Zeit bemühen sich die Berufsverbände und Ärztekammern bei ihren Fortbildungsangeboten um eine breitere, praxisrelevante Gestaltung der vermittelten Inhalte. Die schulmedizinische Wissensvermittlung dominiert allerdings nach wie vor. Klinisch epidemiologische oder psychosoziale Fragestellungen kommen zu kurz. Oftmals sind die Referenten hochspezialisierte Krankenhausärzte und Wissenschaftler, die zu den spezifischen Problemen ambulanter kassenärztlicher Versorgung keinen Zugang haben. Dies führt zu einer generellen Orientierung auch der niedergelassenen Ärzte an den Denk- und Handlungsweisen der hochspezialisierten, somatisch orientierten naturwissenschaftlichen Medizin.

16. Die direkt durch die Pharma- und Geräteindustrie angebotene Fortbildungsveranstaltungen sind in ihrer Interessenslage eindeutig, selbst wenn nicht der Typ der Propaganda-Fortbildung vorherrscht. Oft erfolgt auch eine interessenunabhängige Darstellung durch indirekt von der Industrie geförderte Fortbildungsveranstaltungen. Diese bestärken den Arzt jedoch in seinen Denk- und Handlungsweisen bei der Bewältigung von Krankheitsproblemen. Die Überbetonung pharmako-therapeutischer Maßnahmen und die Ausweitung apparativer Diagnostik wird dadurch begünstigt. Die einseitig naturwissenschaftlich, somatisch orientierte Fortbildung ist identisch mit der globalen Interessenslage der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie. Die Autorität der Krankenhausmedizin wird bestätigt und die Orientierung an medizinischen Möglichkeiten der Maximalversorgung wird bekräftigt.

Im Ergebnis bestärken die durchschnittlichen und üblichen Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, die bereits während des Studiums und in der Weiterbildung vermittelten problematischen Orientierungen einseitiger Art. Die Ärzte werden durch die klinische Ausbildung und die Fortbildung mit dem Vorherrschen somatischer Krankheitsprobleme, die man linear-kausal zu deuten sucht, in einem »gewissen Umfang falsch programmiert« (ARNOLD 1988). Auch nach der Niederlassung wollen sie mit diesem gedanklichen Ansatz und mit den ihnen vertrauten Methoden dort Probleme lösen, wo man in Systemzusammenhängen denken sollte und wo es – beispielsweise bei einem multimorbiden geriatrischen Patienten – weniger auf die Erhebung aller Laborwerte und eine genaue Diagnose aller Organveränderungen ankommt als auf ein Eingehen auf die personellen Schwierigkeiten, Wohnungsprobleme oder die Geldsorgen des Patienten.

1. 2 Sozio-kulturelle Bedingungen für ärztliches Denken und Handeln

17. Ärztliches Denken und Handeln ist von Leitideen abhängig, die ihrerseits wiederum Teil einer gesellschaftlichen Kultur darstellen. Das Selbstverständnis der Ärzte wird von wissenschaftlichen Modellen (Paradigmen) ebenso geprägt wie von ihrer Motivation zum Beruf und ihrer Einstellung zum Patienten. Die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten ist vom spezifischen ärztlichen Rollenverhalten und bestimmten gesellschaftlich geprägten Vorstellungen nicht zu trennen.

18. Vier Motivationskomplexe spielen bei der Wahl des Arztberufes eine Rolle: (HUPPMANN 1988, S.244 f.)

- idealistisch, humanitäre Motive, wie der Wunsch zu helfen oder der Wunsch nach sozialcaritativer Tätigkeit,
- naturwissenschaftliches bzw. fachliches Interesse,
- sozio-ökonomische Motive, wie finanzielle Sicherheit oder soziales Ansehen und Selbständigkeit in der Arbeit,
- Erwartungen bzw. Wünsche von Eltern und Einflüsse von Familientradition oder Vorbildern.

19. Die Medizinstudenten kommen überproportional häufig aus der sozialen Ober- und Mittelschicht (BÖHMEKE 1981). Etwa 19% der Medizinstudenten stammen aus Arztfamilien, nur etwa 7 bis 10% aus einer Arbeiterfamilie. In der beruflichen Prestige-Skala steht der Beruf des Arztes ganz oben. Im Vergleich zu anderen akademischen Berufen besitzt der Arzt hohes gesellschaftliches Ansehen und auch ein stark überdurchschnittliches Einkommen. Berufsständische Traditionen und damit verbundene elitäre Sichtweisen werden befestigt oder verstärkt (LÜTH 1986, S.3)

Lebensstil, Lebenserfahrung und Selbsteinschätzung der Mitglieder des Berufsstandes orientieren sich an sozialen Eliten. Dies geht mit einem starken Anspruch einher, perfekt und vollkommen die eigene berufliche Rolle auszufüllen.

Das ständisch tradierte Selbstverständnis der Ärzteschaft und ihre Orientierung an konservativen »Eliten« prägen auch die Einstellung und Haltung des Arztes gegenüber seinen Patienten. Dieses berufsständische Sozialisationsgefüge führt häufig zu Arroganz und Überheblichkeit im Umfang mit Erfahrungswissen von Betroffenen, mit Selbsthilfepotentialen in der Bevölkerung oder mit sozialer Ausgrenzung und Unterdrückung. (BECKMANN 1988, S.221).

20. In der theoretischen wie praktischen Medizin lassen sich idealtypisch drei Leitideen gegeneinander abgrenzen: ein mechanistisches, ein humanistisches und ein sozialökologisches Paradigma.

Die heute nach wie vor dominierende Leitidee der technischen Zivilisation reduziert Krankheitprobleme oft auf körperliche Defekte und perfektioniert die Beherrschbarkeit körperlichen Ereignisse mit mechanistischen Methoden. Das »Maschinenbild« des Menschen ermöglich Erfolge in der Diagnostik und Therapie körperlicher Krankheiten, die eindrucksvoll das technisch Machbare dokumentieren. Menschliches Leben ist für Mediziner an seinem Beginn und an seinem Ende manipulierbar geworden. Zusammenhänge zwischen Bluthochdruck, Bluttfettspiegel und anderen Risikofaktoren mit Herzkrankheiten sind ebenso sicher wie der Einfluß von Streß, sozialer Isolation und sozialer Ungleichheit. Die Einbettung eines Menschen in familiäre, freundschaftliche, nachbarschaftliche oder kollegiale Bezüge schützt auch das »Pumpwerk« seines Kreislaufes vor Gefährdung. Naturwissenschaftliches Denken und perfektes bio-medizinisches Handeln laufen Gefahr, eine Medizin für Körper ohne Seelen und Kultur zu befestigen. „Der Einfluß des kartesianischen Paradigmas auf das medizinische Denken führte zu dem sogenannten bio-medizinischen Mo-

dell, das die theoretische Grundlage der modernen medizinischen Wissenschaft darstellt. Der menschliche Körper gilt als Maschine, die man nach den Funktionen ihrer Teile analysieren kann. Krankheit gilt als Fehlfunktion der biologischen Mechanismen, die aus der Sicht der Zell- und Molekularbiologie untersucht werden. Die Rolle des Arztes besteht darin, physikalisch oder chemisch einzugreifen, um das falsche Funktionieren eines spezifischen Mechanismus zu korrigieren. Durch die Konzentration auf kleine und immer kleinere Teile des Körpers verliert die moderne Medizin oft aus den Augen, daß der Patient ein menschliches Wesen ist; und da sie die Gesundheit auf eine mechanische Funktion reduziert, ist sie nicht mehr im Stande, mit dem Phänomen des Heilens fertig zu werden. Das ist vielleicht der schwerwiegendste Mangel der bio-medizinischen Methode." (CAPRA 1983, S.131 f.).

21. Mit dieser »Bio-Medizin« streitet seit Beginn dieses Jahrhunderts die Theorie und Praxis einer psychoanalytischen, verhaltensbiologischen oder humanistischen Medizin. Das Persönlichkeitsbild des Menschen ermöglicht Hilfen für psychosomatische und seelische Leiden, die der naturwissenschaftlichen Medizin verschlossen sind. Die Stärkung von Lebensglück vermag Schmerzen zu lindern. Krebs verunmöglicht nicht grundsätzlich ein erfülltes, zufriedenes und produktives Leben für den krebskranken Menschen. Eher geisteswissenschaftliches Denken und hochkompetentes psychotherapeutisches Handeln laufen aber auch Gefahr, sich auf eine Medizin für Seelen ohne Körper und Gesellschaft zu reduzieren.

Dieser Leib-Seele-Dualismus führt auch zur Desintegration von Körpermedizin und Psychotherapie auf der strukturellen Ebene. Integrative psychosomatische oder psychosoziale Konzepte konnten sich in der institutionalisierten medizinischen Versorgung nicht bestimmend durchsetzen.

Die darauf aufbauende Politik der Krankenversorgung steht jedoch vor ethischen, organisatorischen, finanziellen und psychologischen Grenzen:

- Das Menschenbild, das sich von dem Maschinen-Paradigma ableitet, gibt dem Arzt keine Sicherheit, sich in kritischen Situationen zurechtzufinden. Sie hilft ihm nicht bei der Entscheidung für oder gegen die Weiterführung einer Therapie bei einem unheilbar Kranken oder bei Fragen der Zulässigkeit oder Unzulässigkeit biologischer oder medizinischer Versuche. In ethisch-moralischen Fragen fehlt die Orientierung.
- Subjektive Beschwerden von Patienten, die zum Arzt kommen, werden künstlich in eine Betriebsstörung der »Körpermaschine« umdefiniert. Die Strategie für das ärztliche Handeln wird von diesem Erklärungsmodell abgeleitet und gleichzeitig damit die Subjektivität des Kranken auf ein physiologisches und biochemisches Geschehen reduziert. Dadurch wird sowohl der Mensch als Subjekt als auch der Arzt als Subjekt aus der Medizin entfernt.
- Die Not und die Probleme kranker Menschen erscheinen nur noch als medizinische Befunde. Für den Arzt wird der Befund wichtiger als das Befinden.
- „Die Aufteilung der Heilkunde in immer zahlreichere, hochtechnisierte Organkliniken, die nur noch aus verwaltungstechnischen Gründen zusammengefaßt sind, ist die logische Konsequenz, die sich im modernen Krankenhausbau am sinnfälligsten zeigt." (von UEXKÜLL 1986, S.1290).
- Das Maschinen-Paradigma und die dadurch bedingte Medikalisierung psychosomatischer und psychosozialer Problemlagen produziert Kosten ohne heilenden oder helfenden Effekt.

22. Die Bedeutung des bestimmenden Paradigmas der Medizin für die Grenzen dieser Medizin ist bisher in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht präsent. Der Zusammenhang zwischen Erkenntnis- bzw. Wissenschaftstheorie und der Gesundheitspolitik beziehungsweise der anstehenden Strukturreformen ist den politischen Akteuren nicht bewußt. Ihre Reformkonzepte begreifen und beantworten daher nicht das Wesen, sondern nur die Symptome der bestehenden Krise.

Die Medizin und die Gesundheitspolitik brauchen ein neues Leitbild, ein sozialökologisches Paradigma. Eine Gesundheitsreform ohne die Bereitschaft zum Paradigmen-Wechsel kann ihrem Anspruch nicht gerecht werden. Sie bleibt auf der Stufe der Systemkosmetik stecken, wo ein kultureller Entwicklungssprung gefordert ist.

Das sozialökologische Paradigma spürt der sozialen Gesundheit und den Krankheiten der Gesellschaft nach. Strukturen und Entwicklungen in unserer Gesellschaft können schlechte Gesundheit hervorrufen oder fördern. Sozialwissenschaftliche und sozialmedizinische Forschung zeigen, daß sich die Gesundheitsprobleme der Industrienationen mit Mitteln der Bio-Medizin und der Psychotherapie alleine nicht bewältigen lassen. Die Gestaltung einer gesunden Umwelt, die gleichzeitig gesunde Lebensweisen ermöglicht, ist Aufgabe einer ökologischen Medizin, die heute erst in Ansätzen besteht. Nicht die Befreiung von Krankheitssymptomen, sondern die Hilfe zu mehr Autonomie bei körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps für die Betroffenen ist das neue Ziel dieser Medizin, die gleichzeitig und gleichermaßen dem Individuum und seiner Umwelt gerecht werden will.

Die Entwicklung einer Theorie und Praxis von Humanmedizin mit sozialökologischen Horizont ist die gesundheitspolitische Reformaufgabe der neunziger Jahre. Eine solche integrierte somato-psychosoziale Gesundheitslehre und Versorgungspraxis muß durch Reformen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie durch Veränderungen rechtlicher, materieller, institutioneller Strukturen in Gang gesetzt und abgesichert werden.

23. Das heute dominante Selbstverständnis des Arztes gerät zunehmend in Widerspruch zu den in der ambulanten Praxis vorherrschenden Problemen. Er wird seinen eigenen Ansprüchen und denen seiner Patienten nicht mehr gerecht. Die Schulmedizin läßt den Arzt in der ambulanten Praxis bei wesentlichen Problemen heute im Stich. Psychosoziale Probleme werden medikalisiert und »menschliche Hilflosigkeit« schlägt in diagnostischen bzw. therapeutischen Aktionismus um. Die Verordnung eines Medikaments hilft Arzt wie Patient den Konflikt abzuwehren. Auf die spezifischen Konflikte in der Arzt-Patient-Beziehung und auf den problematischen Umgang mit den eigenen Einstellungen und Haltungen in der ärztlichen Praxis wird der Arzt im Studium, in der Weiterbildung und in der Fortbildung zu wenig vorbereitet. Mit Lösungskonzepten und Bewältigungsstrategien bei den daraus resultierenden Problemen ist der Mediziner nicht vertraut. Der Arzt ist unsicher und soll gleichzeitig für alles kompetent sein. Die auf eine Rolle des naturwissenschaftlichen Experten ausgerichtete und eingeengte Aus-, Weiter- und Fortbildung läßt den praktischen

Arzt in der ambulanten Versorgung in vielen Konflikt- und Problemfeldern allein und hilflos.

Die Widersprüche im Selbstverständnis, in der Orientierung an Leitbildern und in der Rollenerwartung beim Patienten beeinflußen das alltägliche Verhalten von Ärzten und Patienten. Arbeitsbereich-spezifische Faktoren verstärken die Konflikte. Immer mehr Ärzte stellen sich bewußt in ihrer täglichen Praxis diesen Schwierigkeiten und versuchen, oftmals gegen Hemmnisse in den medizinischen Institutionen, ihre Befähigung und ihr Wissen zu erweitern. Zugunsten einer größeren Identifikation mit ihrer ärztlichen Tätigkeit und mehr beruflicher Zufriedenheit sind diese Ärzte wichtiger als strukturell mögliche oder faktisch erzielbare Einkünfte. Sie verzichten auf Geld um zufrieden und mit »gutem Gewissen« ärztlich tätig zu sein.

1. 3 Die Einflüsse der Arbeitsbereiche auf das Denken und Handeln von Ärzten

1. 3. 1 Krankenhaus

24. Die universitäre Medizin bestimmt die Inhalte des Medizin-Studiums. Die Krankenhausmedizin ist beinahe ausschließlich Weiterbildungsort für approbierte Ärzte. Die heutige Erfahrungswelt des Krankenhauses und insbesondere des hochspezialisierten Akutkrankenhauses bestimmen die berufliche Sozialisation des Arztes. Das Selbstverständnis der Arztpersönlichkeit und das Verhalten des Arztes als Fachmann wird von seinen Krankenhauserfahrungen geleitet.

Chronisch Kranke, schwer pflegebedürftige alte Menschen, geriatrisch Kranke, psychosozial und körperlich behinderte Menschen beschäftigen aber mehr und mehr auch den Krankenhaus-Arzt. Das Krankheitspanorama im Krankenhaus hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Mehr und mehr bringen Patienten ihre Alltagsprobleme auch in die Behandlungssituation im Krankenhaus ein. Das Selbstverständnis der Krankenhausärzte und der Krankenhausmedizin wird zunehmend widersprüchlicher.

25. Für die am Krankenhaus arbeitenden Medizinern bleiben in dieser Situation zwei grundsätzliche Entwicklungsmöglichkeiten:

- Die Handhabung der gesamten klinischen Maschinerie für Diagnostik und Therapie bietet immer wieder selbstbestätigende Rückmeldungen über die Wichtigkeit und Richtigkeit der klinischen Medizin. Insbesondere an Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung ist dies tagtägliche Praxis. Psychosoziale Probleme und biographische Krisen von Patienten werden durch immer differenziertere Diagnostik körperlicher Normabweichungen abgewehrt oder scheinbar bewältigt.
- Das medizinische Weltbild des Krankenhauses wird hinterfragt und verändert. Insbesondere in kleinen Krankenhäusern und Krankenhäusern der Grundversorgung wird das herrschende medizinische Selbstverständnis zunehmend kritisch betrachtet. Die Patienten artikulieren offener ihre alltäglichen Probleme und verweisen auf die soziale Einbettung ihrer Krankheit. Die Ärzte entwickeln zunehmend Bedürfnisse nach einer anderen, ganzheitlicheren Medizin, die neben naturwissenschaftlichen Methoden und Herangehensweisen auch naturheilkundliche und psychotherapeutische oder sozialmedizinische integriert.

26. Die Ablösung vom bio-medizinischen Modell innerhalb der Ärzteschaft und die Umorientierung großer Teile, insbesondere junger Ärztinnen und Ärzte geht primär vom Krankenhaus und nicht von den niedergelassenen Ärzten aus. Die wachsende Sensibilität der Krankenhausmedizin für eine Neuorientierung in der Patientenversorgung bietet eine Chance zur Durchsetzung inhaltlicher und struktureller Reformen im Gesundheitswesen, weil die veränderte Problemwahrnehmung bei den Krankenhausärzten diese in wachsende Konflikte mit ihrer Vorstellung einer auch inhaltlich befriedigenden Berufstätigkeit führt.

1. 3. 2 Ambulante Medizin

27. Drei Arztgruppen sichern die ambulante ärztliche Versorgung:

- Hausärzte (Praktische Ärzte, Gebietsärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten),
- Gebietsärzte (Fachärzte) mit breitem Behandlungsangebot,
- Hochspezialisierte Gebietsärzte mit differenziertem diagnostischen und therapeutischen Angebot.

Nur die letztgenannte, sehr kleine Arztgruppe übt eine Tätigkeit aus, die inhaltliche Nähe zur Krankenhausmedizin aufweist. Die beiden anderen Arztgruppen versorgen Patienten, die nicht nur mit medizinischen Problemen, sondern mit der Ganzheit ihres Krankseins oder ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung Hilfe suchen. Allgemeinärzte, Praktiker und allgemeinmedizinisch tätige Internisten bilden das Gros der niedergelassenen Kassenärzte.

28. Das Spektrum der Erkrankungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist anders als im Krankenhaus (HAMM 1988, S.5 f.; KRÄMER 1989, S.222). Die Mehrzahl der Konsultationsanlässe bezieht sich auf banale Erkrankungen oder Störungen, die mit schulmedizinischen Methoden nicht diagnostiziert werden können (KRÄMER 1989, S.222 f.). Unterschiedliche Untersuchungen zeigen, daß bei Allgemeinärzten etwa 30 % der Gesundheitsstörungen ohne medizinische oder psycho-pathologische Diagnose bleiben müssen (HAMM 1988, S.64). Im groben Überblick ist davon auszugehen, daß der allgemeinärztlichen orientierten Praxis etwa ein Drittel der Patienten mit vorwiegend psychosomatischen oder sozialen Problemen vorspricht, ein Drittel organische Krankheiten mit gleichzeitig starken psychischen und sozialen Aspekten aufweist und nur etwa ein Drittel der Menschen überwiegend organische Erkrankungen oder Störungen haben (ARNOLD 1986, S.82). Außerhalb der Schulmedizin liegende Hilfen und Bewältigungsmöglichkeiten erhalten dadurch eine übergroße Bedeutung für die tagtägliche Praxis des Arztes in der ambulanten Basisversorgung. Es werden Symptome diagnostiziert und symptomatisch therapiert. Die vorherrschende Diagnose ist in Wirklichkeit nur eine Symptombeschreibung. Im Krankenhaus häufig vorkommende Erkrankungen sind in der kassenärztlichen Praxis relativ selten. Ein Allgemeinarzt oder ein Internist hat beispielsweise im Jahr nur mit acht bis neun Herzinfarkt- und fünf bis sechs Karzinom-Patienten in seiner Praxis zu rechnen.

Trotz ihrer großen Bedeutung als Todesursache nimmt die Krebserkrankung in der Praxis des einzelnen niedergelassenen Arztes nur eine marginale Rolle ein (ARNOLD 1986, S.81).

29. In der Kassenarztpraxis werden Krankheiten eben nicht in der Eindimensionalität einer medizinischen Diagnose

zum Behandlungsproblem, sondern in der Mehrdimensionalität des Krankseins. Der Patient erwartet, daß er als kranke Person und nicht nur als diagnostizierter Fall versorgt wird. Dieser banale Satz ist in der Praxis von emminenter Bedeutung, denn der Patient verlangt, daß – explizit oder implizit – die psychischen oder sozialen Aspekte seiner Krankheit genauso und teilweise sogar mehr als die medizinischen Aspekte Beachtung finden. Zudem erwartet er, daß seine Vorstellungen von Krankheit, Krankheitsverlauf und Behandlung mit in den Behandlungsprozeß aufgenommen werden (MANTH 1988, S.89).

30. Die klinische Medizin mit Diagnose und Therapie einer eindeutig definierbaren Krankheit läßt sich in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht durchhalten. Die Mehrdimensionalität von Krankheit erfordert flexible und unterschiedliche Bewältigungsweisen. Erkrankungen mit stark psychischen und sozialen Aspekten, psychosoziale Befindlichkeitsstörungen und vor allem nicht heilbare chronische Krankheiten oder irreversible körperliche, seelische und soziale Handicaps erfordern völlig andere Problemlösungskompetenzen beim Arzt. Oft kann die Frage von exakter Diagnostik und Therapie nicht mehr gestellt werden. Es geht weniger um heilen, sondern um Begleitung, Betreuung, Mitleid und Trost in schwieriger Lage.

31. Es geht in der Regel um Problemkomplexe, bei denen körperliche, seelische und soziale Faktoren ineinander verwoben sind und helfende Interventionen oftmals ebenso vernetzte Aktivitäten in allen Bereichen umfassen müssen. Es gibt bei einer Vielzahl von Symptomen keine eindeutigen Behandlungsziele und die Subjektivität einer gemeinsamen Entscheidung zwischen Arzt und Patient steht im Vordergrund. Nicht mehr das »feste Wissen« kann also Referenzpunkt sein, sondern die Unsicherheit verschiedene Aspekte des Krankseins im Leben bewerten und mit »kleinen Lebensentscheidungen« zu bewältigen. Ein derartiges dialogisches und unterschiedliche Faktoren berücksichtigendes Behandeln von kranken Menschen hat der Arzt in seiner Ausbildung nicht gelernt. Der »hilflose Helfer« von seiner Aus-, Weiter- und Fortbildung im Stich gelassen, entwickelt unterschiedliche, ebenfalls subjektive Bewältigungsweisen für diese Interaktionsschwierigkeiten: Medikalisierung, Paramedizin, unkritische Routinen und ganzheitliches Umdenken.

32. Der Arzt zieht sich auf die reine Medizin zurück. Er versucht mit seiner Kassenarztpraxis die Denk- und Handlungswelten des Krankenhauses möglichst nachzuvollziehen. Psychosoziale Probleme werden medikalisiert und durch immer differenziertere und aufwendigere Diagnostik beantwortet. Vielfältige pharmakotherapeutische Angebote ergänzen diesen spezifischen Verdrängungsweg.

Unkritische Routinen

33. Der Arzt flüchtet in eine eingefahrene Praxisroutine, in der Patienten mit Sorgen und Nöten routinierte diagnostische und vornehmlich pharmakotherapeutische Behandlung erfahren. Die Kontaktzeiten zwischen Arzt und Patient werden verkürzt und der »Problem-Umsatz« wird optimiert. »Routine-Rezepte« ohne angemessene ärztliche Konsultation erreichen hohe Umschlagswerte. Der einzelne Praktische Arzt und Allgemeinmediziner in der Bundesrepublik verordnet pro Jahr zur Zeit 420.000 DM Arzneimittelkosten. Dies ist viel mehr als sein sonstiger Praxisumsatzes und mehr als das Dreifache seiner eigenen Einkünfte. Insbesondere bei unspezifischen psychosomatischen oder psychosozialen Befindlichkeitsbeschwerden und chronisch-degenerativen Krankheiten ist die symptomatische Pharmakotherapie fragwürdig. Die Selbstverständlichkeit der Arzneimittelverordnung paart sich jedoch mit der allgemeinen Arzneimittelgläubigkeit bei den Patienten. Irrationaler Arzneimittelkonsum resultiert aus einer Beziehungsstörung zwischen Arzt und Patient. Der Arzt will helfen. Gegenüber den psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Klagen versagt sein naturwissenschaftliches Medizinverständnis. Der Patient erwartet jedoch eine faßbare Hilfe. Er ist überzeugt, daß auch für sein Problem ein geeignetes Mittel vorhanden sein müsse. Der Arzt ist so versucht, mit Arzneimitteln zu therapieren obgleich die unspezifischen Krankheitsbilder im Grunde keine spezifische medikamentöse Therapie erlauben. Alternativen zum Medikament fehlen. Der Griff zum Rezeptblock vermittelt den Eindruck, der Arzt habe auch das Problem im Griff, er könne eine Art Diagnose benennen und leite dementsprechend eine schlüssige Therapie ein. Stillschweigend wird auch das Rezept zwischen Arzt und Patient als akzeptierter Abschluß der zwischenmenschlichen Konsultation respektiert. Die Patienten sind dem Arzt für den leichten Weg der »rosaroten« Problemlösung dankbar. Das Rezept bestätigt sie in ihrem Krankheitsempfinden und legitimiert ihr Krankheitsgefühl. Zusätzlich erhalten sie eine Heilungshoffnung vermittelt, die schmerzliche Einsichten oder Veränderungen vermeiden hilft. Psychosoziale und psychosomatische Beschwerden lassen sich aus ihrem ursächlichen Zusammenhang verdrängen und scheinbar doch mit einer einfachen Pille lösen. Das symptomatisch wirkende Medikament und das Rezept helfen beiden Beziehungspartnern, Arzt und Patient, aus ihrem jeweiligen Dilemma.

»Rituelle« Paramedizin

34. Der Arzt probiert in seiner Situation unterschiedliche, nicht naturwissenschaftlich begründete Therapieweisen. Das Spektrum der natürlichen Heilverfahren, aber auch Injektionsserien, Reizstrombehandlungen, homöopathische Medikation und selbst mystische Medizin stehen zur Verfügung. Apparative Diagnostik wird teilweise rituell angewendet und eingesetzt. Pharmakotherapeutische Interventionen setzen auf die Plazebo-Wirkung von Medikamenten. Die »Droge Arzt« wird kultiviert, aber nicht reflektiert.

Ganzheitliches Umdenken

35. Der Arzt beginnt die neue Situation ambulanter Praxis aktiv zu bewältigen und sich Erfahrungen, Wissen, Fähigkeiten und Kenntnisse anzueignen, die ihn aus dem Dilemma herausführen. Er versucht psychosoziale Kompetenz zu erwerben und eignet sich psychotherapeutische Verfahren an. Er lernt mit sozialen Diensten zu kooperieren, andere Berufsgruppen in Behandlungsangebote einzubeziehen und mit Selbsthilfegruppen und nachbarschaftlichen Hilfen zu kooperieren. Er nimmt sich ausreichend Zeit für seine Patienten und legt den Schwerpunkt auf einfühlsame, ausgiebige und alle Aspekte des Krankseins umfassende Beratung und Betreuung. Solche Ärzte betreiben Kassenarztpraxen mit nicht mehr als 400 bis 700 Patienten pro Quartal.

36. Neben diesen subjektiven Bewältigungsweisen, die der einzelne Arzt, oft korrespondierend mit den Erwartungen der Patienten, wählen kann, gibt es systemische Widersprüche, die in der ambulanten Versorgung zum Tragen kommen.

Bei Krankenhauspatienten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit diagnostizierbarer Organerkrankungen. Die prädiktive Bedeutung diagnostischer Befunde liegt hier sehr hoch. Ein positiver Befund korreliert mit einer Krankheit.

In der ambulanten Versorgung ist die Wahrscheinlichkeit einer Organerkrankung sehr viel geringer. Die gleichen diagnostischen Maßnahmen haben eine weitaus geringe prädiktive Bedeutung. Die schlichte Übertragung der Krankenhauserfahrungen auf die ambulante Praxis führt zwangsläufig zu Fehlbeurteilungen. Der großzügige Einsatz diagnostischer Maßnahmen bewirkt eine Fülle falscher positiver Befunde, die wiederum weitere, aufwendigere und invasivere Maßnahmen zur Folge haben. Die Unterscheidung zwischen sinnvoller und notwendiger und wenig sinnvoller, eher überflüssiger Diagnostik wird schwerer und der einzelne niedergelassene Arzt ist in diesem Entscheidungsfeld allzu oft überfordert.

Der Krankenhauspatient folgt im wesentlichen den dortigen Maßnahmen und Anordnungen. In der ambulanten Versorgung begegnet der Patient dem Arzt häufig als fordernder, auch kritisierender Partner. Er bringt seine eigenen Vorstellungen über Krankheit und Therapie ein. Seine Ansprüche und seine Bedürfnissen setzen den Arzt unter Druck. Bei Schwierigkeiten wechselt der Patient die Praxis. Ein menschlich angemessener Umgang mit solchen Konflikten hat der Arzt weder in seiner Ausbildung noch im Krankenhaus lernen können.

Zusätzlich kann der ärztliche Kollege nicht mehr als Teampartner wie im Krankenhaus, sondern nur als Konkurrent in freier Praxis erfahren werden. Interkollegiale Konkurrenz in der Kassenarztpraxis nimmt rapide zu. Irrationale Ansprüche und Vorstellungen bei Patienten über Hilfsmöglichkeiten Therapien werden stärker. Der einzelne Kassenarzt befindet sich in der Zwickmühle zwischen Kollegen-Konkurrenz und Patienten-Drohung. Der nachvollziehbare Konflikt verleitet allzu oft zu Resignation und kritiklosem Eingehen auf fehlgeleitete medizinische Praxis oder irrationale Patientenansprüche.

37. Die systemischen, strukturellen und ideelen Konflikte des Arztes in kassenärztlicher Praxis werden durch das derzeit vorherrschende Honorierungssystem zusätzlich verstärkt.

Die Honorierung ärztlicher Tätigkeit erfolgt nach Einzelleistung. Je häufiger ein Arzt eine Leistung erbringt und je häufiger er sie wiederholt, desto mehr verdient er. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und andere derzeitig gültige Gebührenordnungen sind nach wie vor so ausgelegt, daß die sogenannten technischen, häufig auch an Hilfspersonal delegierbaren Leistungen besser, die nicht delegierbaren, vom Arzt persönlich erbrachten Leistungen geringer bewertet werden. Eine angesichts der realen Probleme in der kassenärztlichen Praxis vernünftige, bescheidene und zurückhaltende Medizin wird dadurch bestraft. Eine aufwendige, invasive und mit hohem technischen, apparativen und pharmakotherapeutischen Aufwand betriebene Medizin wird eher belohnt.

In der Tat zeichnet sich die Bundesrepublik Deutschland im Verhältnis zu anderen Ländern durch eine extrem hohe technische Ausstattung der Praxen von niedergelassenen Ärzten aus. Neben EKG und Belastungs-EKG's , Sonographiegerät und Trockenchemie-Analysegerät und weitere Technik. Eine Vielzahl von Fachpraxen verfügt schon heute über die technische und apparative Ausstattung von kleineren Krankenhäusern oder übertrifft sie darin sogar (KIRCHBERGER 1989, S.301 ff.).

38. In Kenntnis dieses Widerspruchs haben Kassenärzteschaft und Krankenkassen den Versuch gestartet, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gesprächsorientierter zu verbessern. Dadurch soll ein spürbare Verlagerung von den apparativ-technischen zu den zuwendungsintensiven Leistungen bewirkt werden. Der Versuch hat teilweise Erfolg.

Die grundsätzlichen Mängel und Defizite einer Einzelleistungshonorierung angesichts der vorherrschenden psychosozialen und psychosomatischen Krankheiten in der kassenärztlichen Praxis können dadurch allerdings nicht bewältigt werden. Die Kritik des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion in seinem Jahresgutachten 1989 wird von den Mitgliedern der Kommission geteilt. Das Honorierungssystem braucht mehr Zeitorientierung bei unmittelbaren, persönlich erbrachten Beratungs- und Zuwendungsleistungen.

„Die Rahmenbedingungen werden von den Gebührenordnungen bestimmt, die, wie die meisten Versicherungssysteme im 19. Jahrhundert konzipiert wurden und nach wie vor auf dem wissenschaftlichen Paradigma dieses Jahrhunderts beruhen. Sie sind an dem Modell eines technischen Reparatur- und Fließbandbetriebes orientiert und bestrafen Ärzte, die sich mit Problemen ihrer Patienten beschäftigen, die nicht nur den vordergründigen somatischen Schaden betreffen. Will man die Rahmenbedingungen ändern, so muß man das Honorierungssystem im Kontext des Gesundheitsverhaltens des Menschen in der heutigen Gesellschaft reflektieren und neu ordnen" (von UEXKULL/WESIACK 1988 S.638).

42. Das Denken und Handeln von Ärzten in der kassenärztlichen Praxis ist nicht frei. Vorherrschende ärztliche Leitbilder, spezifische berufliche Sozialisationen, Strukturhemmnisse im System, Enttäuschungen im Idealismus, hilflose Beziehungsmuster und vieles mehr hindern den praktischen Arzt an einer vernünftigen Medizin. Die moderne Medizin muß bei allen Maßnahmen die Frage stellen: Was ist medizinisch sinnvoll, was ist ärztlich verantwortlich und was ist menschlich angemessen? Viele Ärzte klagen über die Konfliktlandschaft und die vorgegebene Handlungs-Unfreiheit in ihrer Praxis. Ihr Leidensdruck nimmt zu. Die Bereitschaft zur Selbstkritik, zum Umdenken und zur aktiven Teilnahme an grundlegenden Reformen im Gesundheitswesen steigt. Auch hierin liegt eine gesundheitspolitische Chance, die für die Reform des Gesundheitswesen genutzt werden muß.

1. 4 Fortschritts-Fallen ärztlicher Leitbilder

40. Allgemein akzeptierte und handlungsbestimmende Leitbilder in der Medizin verleiten zu inadäquaten Antworten bei vielen Problemen, mit denen der Arzt heute konfrontiert ist. Das Dilemma einer leitbildproduzierten Fortschrittsfalle führt dazu, daß Ärzte subjektiv das Richtige bemüht, engagiert und aufopferungsvoll tun und für den Patienten doch das Falsche bieten. Die Grenzen der einseitig bewerteten naturwissenschaftlichen Medizin lassen den Arzt in der Konfrontation mit den heute vorherrschenden Gesundheitsproblemen oftmals zur tragischen Figur werden. Medizinkritik muß sich dieser tragischen Situation und der daraus resultierenden subjektiven Verletzlichkeit von Ärzten bewußt sein. Dennoch muß diese Kritik geführt

werden, denn ohne sie können Veränderungen, die aus dem Dilemma herausführen, nicht möglich werden. Die Kritik an der Medizin verhält sich zur Gesundheitsreform wie die Diagnose zur Therapie.

41. Das bio-medizinische Leitbild der »Körper-Maschine« verführt dazu, daß im Tätigkeitsalltag von Ärzten körperliche Leiden höher geschätzt und höher bewertet werden als psychische. Bei konkurrierenden Behandlungszielen wird so dem somatischen Aspekt Vorrang gegeben. Für Arzt und Patient ist die körperliche Krankheit mehr wert. Die psychosoziale Krankheit bedingt auch diffuse Schuldempfindungen und Unsicherheiten auf beiden Seiten und muß daher abgewehrt werden.

Bei der Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemlagen und seelischen Krisen ist der Arzt als Person gefordert und seine Entscheidung ist mit personaler Verantwortlichkeit verknüpft. Bei fehlender fachlicher Kompetenz muß diese Situation Angst machen. Ein möglicher Ausweg ist dann die Medikalisierung psychosozialer oder psychosomatischer Krankheiten. Arzt und Patient spielen bei der Somatisierung des Problems zusammen. Krankheitsprozesse werden so für beide Seiten systemisch unbewußt weiter aufrechterhalten und chronifiziert.

42. Leben, das an seinem Anfang und Ende für Mediziner manipulierbar geworden ist, führt zu Konflikten im Umgang mit Tod und Sterben. Bei verständlichen Verhaltensunsicherheiten in der Entscheidung zwischen dem technisch Machbaren und dem ethisch Verantwortbaren erhält der Arzt zu wenig Hilfe. Ermessensfragen und -entscheidungen müssen tabuisiert werden. Die Chemotherapie bei bösartigen Erkrankungen kann so höher bewertet werden, als die Lebensqualität des Krebskranken, der für sich selbst und sein Leben vielleicht andere Ziele setzt. Die Unsicherheit des Arztes in solchen Konflikten führt zu einer spezifischen Sprachlosigkeit, die unter Umständen gegen das Bedürfnis von Patienten wirken muß.

43. Bio-medizinische Vorstellungen orientieren sich am Null-Risiko. Normabweichungen oder organische Funktionsdefizite sollen auf jeden Fall ausgeglichen werden. Man versucht Symptom und möglicherweise diagnostizierbaren organischen Schaden grundsätzlich zu reparieren. Der Blick verengt sich auf die kurativen Aspekte der Krankenbehandlung und führt zur gedanklichen und emotionalen Vernachlässigung präventiver Ansätze. Der Bezug auf die Bevölkerung kann im Alltag des Arztes nicht erfolgen, da das Individuum im Vordergrund stehen muß. Dieses ärztliche Dilemma im Einzelfall führt auf der Ebene alle Ärzte zu einer Kultur der Endpunktbehandlung, die im einzelnen und individuellen Fall unverzichtbar notwendig ist, die jedoch gleichzeitig nichts dafür tut, daß Präventionsmaßnahmen politisch durchgesetzt werden. Die ärztliche Selbstverwaltung hat diese Gemeinschaftsaufgabe der Ärzteschaft bisher zu wenig erkannt. Die ärztliche Selbstverwaltung müßte die Lehren aus dem individuellen Arzt-Patient-Kontakt in eine »gesundheitspolitische Botschaft« übersetzen und kontinuierlich veröffentlichen.

44. Mit dem vorherrschenden Maschinenmodell hängt auch die Folge einer zugespitzten Vertrauenskrise zwischen Ärzteschaft und Bevölkerung zusammen. Der Blick auf das technisch Machbare und die zunehmend juristischen Auseinandersetzung um diagnostische Versäumnisse spiegeln auch eine globale Vertrauenskrise zwischen Arzt und Patient wider. In der ärztlichen Praxis führt dies zu einer »Defensiv-Diagnostik« und zu einer Risiko-Bewertung, die somatische Diagnostik gegenüber Personal verantworteten Entscheidungen bevorzugen läßt. In der begründeten Sorge, etwas unterlassen, versäumt oder übersehen zu haben, macht der Arzt sicherheitshalber alles medizinisch Mögliche. Der einzelne Arzt hat auch keine andere Wahl, wenn nicht die Ärzteschaft insgesamt hier sich um eine neue Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient bemüht und wenn sie nicht gleichzeitig bereit ist, die verantwortliche und damit immer fehlerbare Entscheidung eines einzelnen Arztes – im Zweifel auch mit nicht medizinischen Kriterien – zu schützen.

45. Krankheit ist immer individuelles und soziales Problem. Gesundheit ist immer individuelles und soziales Gut. Die individualisierte Medizin, die auch vom humanistischen Leitbild gestärkt wird, verführt dazu, die Ergebnisse der klinischen Epidemiologie und die Bedeutung individueller und sozialer Risiken zu verdrängen. Der einzelne Arzt ist bei der sozialen Vermittlung von Ermessensentscheidungen immer überfordert. Im Zweifel zwischen sozialmedizinischem Ansatz und individueller Hilfe muß er sich für die individuelle Hilfe entscheiden. Ein ebenso notwendiger sozialer Diskurs über sozialmedizinische Bewältigungsmöglichkeiten unterbleibt. Die Notwendigkeit der Dialyse-Behandlung aufgrund von Arzneimittel-Mißbrauch läßt sich allein durch immer besseren Dialyse-Geräte nicht sinnvoll bewältigen.

Die unterbrochene sozialmedizinische Tradition in der Bundesrepublik verstärkt diese spezifische Fortschrittsfalle.

46. Die Früherkennung des Gebärmutterhalskrebs – die medizinisch unbestritten und sinnvoll ist – leidet in der Bundesrepublik an mangelnder Effizienz aufgrund geringer Teilnehmerquoten. Das Problem der nicht optimalen Effizienz der Früherkennung von Cervix-Karzinomen wird jedoch in der Bundesrepublik zunächst mit der Einführung der Kolposkopie und der Verbesserung der technischen Diagnosesicherheit beantwortet. Dies bringt im Ergebnis eine geringfügig erhöhte Effektivität. Eine offensive, vielleicht auch aggressive Kampagne zur Erhöhung der Teilnahme am Vorsorgeprogramm und die gezielte Ansprache von Risikogruppen wird nicht mit der gleichen Energie verfolgt. Dabei ließen sich dadurch weit besseren Effektivitätssteigerungen bei gleichem Mitteleinsatz erreichen.

Der Ausbau von Transplantationszentren zur Lebertransplantation lösen nicht das Problem der alkoholbedingten Leberzirrhose. Die Faszination der technischen perfekten Organreparatur verführen dazu, einen sinnvolleren Ressourceneinsatz in präventive Kampagnen zur Bekämpfung der Alkoholkrankheit ärztlich weder bevorzugt zu denken noch aktiv durchzusetzen.

47. Die Medikalisierung psychosomatischer Probleme, der übergroße Einsatz technischer Apparaturen und pharmakotherapeutischer Hilfen, die Bevorzugung individualisierter Hilfsangebote gegenüber sozialen Veränderungsstrategien, die Überbetonung medizinischer Diagnostik trotz fehlender therapeutischer Konsequenz und die wenig hinterfragte Endpunktbehandlung bei besser präventiv zu bekämpfenden Krankheiten sind Fortschrittsfallen, die Leitbild-bedingt zu falschen Prioritäten verleiten. Es geht bei dieser Aussage nicht darum, Schuldzuweisungen zu verteilen, sondern darum, das Bewußtsein zu schärfen, solche Widersprüche wahrzunehmen und ihnen gegen zu steuern. Die Widersprüche selbst lassen sich nicht gänzlich vermeiden. Es geht um einen tabulosen und offenen Diskurs, um ehrliche Diagnosen für eine wirksame Therapie.

2. Reformoption

48. Unterschiedliche Faktoren bestimmen ärztliches Denken und Handeln und beeinflussen Fehleinschätzungen, Unzufriedenheit und inadäquates Verhalten. Eine kritische Reflektion der Zusammenhänge und der systemischen Widersprüche anhand klarer und bewußter Zielvorstellungen fehlt weitgehend in den Diskussionen über die Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik. Die Gesundheitsreform thematisiert zu sehr Strukturen und zu wenig Inhalte medizinischen Denkens und Handelns.

49. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten muß den Arzt befähigen,

- kranken Menschen zu helfen und im Rahmen der medizinischen Versorgung die Gesundheit zu fördern,
- sich und die Medizin selbstkritisch zu reflektieren und Nutzen-Risiken-Bewertung medizinischen Handelns vorzunehmen,
- psychische, soziale und kulturelle Aspekte des Krankseins zu verstehen und in seine Handlungsweisen einzubeziehen,
- aufgrund praktischer Erfahrungen im Umgang mit Kranken komplexe Problemlagen zu lösen,
- die Subjektivität ärztlicher Entscheidung in Eigenverantwortung auszuhalten und zu tragen,
- die Kooperation mit anderen ärztlichen Kollegen und die gleichberechtigte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen im Team zu können.

50. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen müssen dazu beitragen, daß

- alle Formen kooperativen ärztlichen Handelns gefördert,
- die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen selbstverständlicher,
- das Zusammenwirken von professionellen Versorgungsdiensten und Selbsthilfe- bzw. Laienpotentialen verbessert,
- in der ambulanten ärztlichen Tätigkeit Anreize zu inadäquatem Handeln minimiert,
- nicht-medizinische Prävention und gesundheitsfördernde Maßnahmen von Ärzten unterstützt und
- Maßnahmen der Selbstkontrolle und der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung verbessert werden.

51. Ziel ist die Bildung einer Arztpersönlichkeit, die zur Kooperation, selbstkritischer Überwachung des eigenen Tuns und der eigenen Arbeit fähig ist und die weitgehend frei von unmittelbaren finanziellen Interessen sich an den Sorgen und Nöten seiner Patienten orientieren kann. Der Arzt muß sich als Teil eines ganzheitlichen Gesundheitssystems verstehen, in dem er mit anderen Berufsgruppen und auch Selbsthilfegruppen und Laien zusammenwirkt. Die Entwicklung seiner eigenen Persönlichkeit sollte ebenso Teil seines ärztliches Interesses sein wie die Berücksichtigung sozialer Bedingungen auf Krankheiten oder die Auswirkungen der Strukturen im Gesundheitswesen auf seine Arbeit.

„Es genügt nicht – was immer wieder geschieht – vom Allgemeinarzt zu fordern, er müsse sich mehr um die psychologischen Belange seiner Patienten und als Arzt der Familie um diese, kümmern. Solange man ihm die dazu notwendige Aus- und Weiterbildung vorenthält und die Rahmenbedingungen, in denen dies geschehen kann, nicht schafft, sind solche Forderungen sinnlos. Wir müssen für den Allgemeinarzt der Zukunft fordern, daß seine Aus- und Weiterbildung in viel stärkerem Ausmaß als bisher die Bereiche Psychotherapie, psychosomatische Medizin und soziale Medizin umfassen und daß ihm die Möglichkeit für einen Selbsterfahrungsprozeß geboten sind, in dem er sich selbst als sein wichtigstes diagnostisches und therapeutisches Instrument in ausreichendem Maße kennenlernt. Er sollte seinen Selbsterfahrungsprozeß dann in Balind-Gruppen vertiefen und für seine Problemfälle sachkundige Supervision erhalten können" (von UEXKÜLL/WESIACK 1988, S 637 f.).

Abgeleitet von diesen allgemeinen Zielvorstellungen ergeben sich folgende konkrete Empfehlungen für eine »Kultur-Reform« im Gesundheitswesen.

2. 1 Ausbildung

52. Die dieses Votum tragenden Mitglieder der Kommission teilen die Reformempfehlungen des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Jahresgutachten 1989 und die Empfehlung des sogenannten »Murrharter-Kreises« zum Medizinstudium. Die Umsetzung dieser Vorschläge in ein umfassendes Reformkonzept wird empfohlen. Dabei sollten insbesondere die folgenden Gesichtspunkte Berücksichtigung finden:

- examplarisches Lernen an beispielhaften Problemlagen ohne Anspruch einer universellen Wissensvermittlung,
- Integration von klinischer Epidemiologie in alle klinischen Ausbildungsbereiche,
- Vermittlung psychosozialer Kompetenz und Möglichkeiten, in Selbsterfahrungsgruppen oder studentischen Balint-Gruppen Sicherheit mit der Arztrolle zu finden,
- Orientierung der Studieninhalte an den Anforderungen der allgemeinen Medizin und der ambulanten ärztlichen Versorgung,
- Nutzung außeruniversitärer Lehr- und Lernmöglichkeiten, um hinreichenden Praxisbezug zu verwirklichen,
- Sicherstellung unabhängiger, praxisrelevanter Fortbildungsmöglichkeiten für alle Ärzte und die Verknüpfung von ärztlicher Berufsausübung mit dem Nachweis von Fortbildungsleistungen,
- die Pflicht, in der ärztlichen Selbstverwaltung ein problemorientiertes, kritisches und selbstkritisches ärztliches Denken und Handeln durchzusetzen und mit Service-Diensten zu unterstützen.

2. 2 Medizinsystem

53. Die Einzelleistungshonorierung nimmt einzelnen Ärzten die Freiheit, ihre Patienten angemessen zu versorgen. Eine grundlegende Änderung der Honorierungssystematik muß zumindest für die in der Grundversorgung tätigen Ärzte möglich werden. Empfohlen wird, daß der einzelne Arzt unter verschiedenen Honorierungssystemen dasjenige auswählen kann, daß seiner ärztlichen Intention und Praxis am meisten entspricht. Eine zuwendungsorientierte und gesprächsintensive, psychosoziale Aspekte integrierende ärztliche Betreuung ist über zeitorientierte oder fallorientierte Pauschalen sehr viel besser zu gewährleisten. Ärzte, die dies wünschen, müssen die Freiheit erhalten, das ihnen genehme Honorierungsverfahren zu wählen.

54. Alle Modelle kooperativer ambulanter Versorgung in Gruppenpraxen oder auch in berufsgruppenübergreifenden »Gesundheitszentren« sollten strukturell gegenüber Ein-

zelpraxen nicht benachteiligt, sondern eher bevorzugt werden.

55. Die Einführung von »Qualitätszirkeln", kontinuierlicher ärztlicher Supervision als Maßnahme der Qualitätssicherung in Krankenhaus oder Praxis soll selbstverständlicher Bestandteil ärztlicher Tätigkeit sein. Die ärztliche Selbstverwaltung muß wirksame Qualitätssicherungsprogramme und Maßnahmen im ärztlichen Alltag organisieren und verpflichtend durchsetzen. Qualitätsentwicklung ist unverzichtbarer Bestandteil medizinischer und ärztlicher Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei bezieht sich Qualitätssicherung weniger auf apparative Diagnostik und mehr auf Maßnahmen der Selbstreflektion, der kritischen Supervision und der partizipatorischen Organisationsentwicklung.

Qualitätsentwicklung in der ärztlichen Versorgung braucht weniger Kontrolle und mehr unabhängige Information und Hilfe zur Verbesserung ärztlicher Arbeit. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer sollten z.B. ihre Analysemöglichkeiten zu Verordnungsweisen, Abrechnungsverhalten oder Patientenbeschwerden nutzen, um dem einzelnen Arzt bessere Informationen und Rückkoppelungen zur Qualitätsentwicklung seiner Arbeit zu geben. Die Prinzipien Motivation vor Kontrolle und Hilfe vor Strafe sind bei der Qualitätssicherung ärztlicher Arbeit in den Vordergrund zu stellen.

56. Die kritische Überprüfung ärztlicher Denk- und Verhaltensweisen durch spezielle Fachleute sollte ebenso institutionalisiert werden wie die regelmäßige Untersuchung vermeidbarer Todesursachen. Solche, bei Krankenkassen oder in der ärztlichen Selbstverwaltung angesiedelte institutionalisierte Fachberatung kann mit Empfehlungen, Ratschlägen und speziellen Analysen allen Beteiligten im Gesundheitswesen helfen. Die Fachberatung sollte vorwiegend klinisch-epidemiologisch und gesundheitsökonomische Kompetenzen besitzen.

57. Nicht-ärztliche Berufsgruppen, die eine für die gesundheitliche Versorgung relevante und anerkannt qualifizierte Ausbildung besitzen, sollten rechtlich die Möglichkeit erhalten, in multi-professionellen Teams gleichberechtigt mit Ärzten zu kooperieren. Solche Dienste müssen in der kassenärztlichen Versorgung integriert möglich sein.

58. Die Indikationsstellung und Veranlassung spezieller Untersuchungen sollte ebenso wie die spezieller Behandlungsweisen an die Empfehlungen eines Arztes der Grundversorgung (Allgemeinarzt, Praktischer Arzt, allgemeinärztlich tätiger Internist, Kinderarzt, Gynäkologe) gebunden sein und nur beim Vorliegen einer solchen Empfehlung von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Ebenso sollte der therapeutische Einsatz von Sozialarbeitern, Ernährungsberatern, Krankengymansten und anderer nichtärztlicher Berufsgruppen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung an die Überweisung und Koordination durch einen Arzt der Grundversorgung gebunden sein.

Literaturverzeichnis

ARNOLD, M. [1986]: Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stutgart

ARNOLD, M. [1988]: Der Arztberuf, Stuttgart

ARNOLD, Michael [1986]: Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stutgart

ARNOLD, Michael [1988]: Der Arztberuf, Stuttgart

AUMILLER, J. [1983]: Der fremde Glanz und das eigene Elend der medizinischen Fachpresse. Münchener Medizinische Wochenschrift, 125, 126, 169 bis 170

BECKMANN, Dieter [1988]: Arzt-Patient-Beziehung Arztrolle, in: G. Huppermann / F.W. Wilker (Hrsg.), Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, München-Wien-Baltimore, S.219-222

BRAUN, R.N. [1988]: Angewandte Medizin als Forschungsangabe in: J.Mohr / Ch. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000 — Perspektiven und Probleme einer Reform der Medizinerausbildung; Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.126-124

BRÄUTIGAM, Hans Harald [1989]: Grausam kalkuliert — Politik gegen Studienanwärter, in: Die Zeit, Nr. 41 vom 6.01.1989

CAPRA, Frank [1983]: Wendezeit, Bern-München-Wien, S.131 ff.

FERBER, Liselotte v. [1988]: Die ambulante ärztliche Versorgung im Spiegel der Verwaltungsdaten einer Ortskrankenkasse, Stuttgart

GÖPFERT, W. [1989]: Von der Informationspflicht zur Informationsverpflichtung — Wie glaubhaft ist der Medizin-Journalismus? in: Psychomed 1 (1989) S.261 bis 264

HAMM, H. [1988]: Allgemeinmedizin, 4. Auflage, Stuttgart; New York

HOPPE, J.-D. [1988]: Zur Diskussion um die Reform der Medizinerausbildung in den vergangenen Jahren, in: J. Mohr / Ch. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000 — Perspektiven und Probleme einer Reform der Medizinerausbildung; Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.53-58

HUPPERMANN, G. [1989]: Arzt-Patient-Beziehung: Berufliche Sozialiastion, in: G. Huppermann / F.W. Wilker (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, München-Wien-Baltimore, S.3-15

KIRCHBERGER, Stefan [1989]: Technischer Fortschritt in der Medizin — Struktur der Kostenentwicklung, Strukturen der Leistungserbringung, in: G. Duru u.a. (Hrsg.): Ökonomische Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Frankreich, Frankfurt/M.-New York-Paris

KRÄMER, W. [1989]: Die Krankheit des Gesundheitswesens, Frankfurt/M.

LÜTH, Paul [1986]: Medizin in unserer Gesellschaft - Voraussetzungen, Änderungen, Ziele, Weinhein

MANTH, K. [1988]: Diskussionsbeitrag in: J. ;Mohr / Ch. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.89

MATEJKA, R. [1988]: Diskussionsbeitrag in: J. Mohr / Ch. Schubert (Hrsg.): Arzt 2000, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.88 f.

MATEJKA, R. [1988]: Erfahrungsbericht »Ärztliche Praxis«, in: J. Mohr / Ch. Schubert (Hrsg): Arzt 2000 — Perspektiven und Probleme einer Reform der Medizinerausbildung; Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.42-49

MAUTH, K. [1988]: Erfahrungsbericht »Praktisches Jahr« (PJ) in: J. Mohr / Ch. Schubert (Hrsg): Arzt 2000 — Perspektiven und Probleme einer Reform der Medizinerausbildung; Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.35-41

NETZOLD, D. [1988]: Erfahrungsbericht »Medizinstudium«, in: J. Mohr / Ch. Schubert (Hrsg): Arzt 2000 — Perspektiven und Probleme einer Reform der Medizinerausbildung; Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.28-34

O.V. [1989]: Umsatz und Praxiskosten einmal anders aufgerechnet, in: Der Deutsche Arzt, 9/1989

PAULI, H.G. [1988]: Der Paradigmawechsel in der Medizin und die ärztliche Ausbildung in: J. Mohr / Ch. Schubert (Hrsg): Arzt 2000 — Perspektiven und Probleme einer Reform der Medizinerausbildung; Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.59-68

PICHLMAIR, H. [1986]: Grenzbereiche der Krebschirurgie. Mehr Hilfen für die unheilbar Kranken, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 7.05.1986

RELMAN, A. S.(1980) The new medical industrial complex, in: New England Journal of Medicine, Vol.303 (1980), Nr.17, S.963 ff.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1988]: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1989]: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden

SCHAGEN, U. [1989]: Ärztliche Weiterbildung — Aufgabe des Krankenhauses? in: H.U. Deppe u.a. (Hrsg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt/Main-New York 1989, S.99-118

STEIN, R. [1989]: Wie abhängig ist die Ärzte-Presse? in: P. Saladin / H.J. Schaufelberger / P. Schläppi (Hrsg.) »Medizin« für die Medizin, Basel-Frankfurt/M.

UEXKÜLL, T. v. [1986]: Psychosomatische Medizin, München-Wien-Baltimore

UEXKÜLL, T.v. / WESIACK, W. [1988]: Theorie der Humanmedizin — Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, München-Wien-Baltimore

WIRSCHING, M. [1988]: Entwicklungshypothesen zum Bild des künftigen Arztes, aus der Arbeit des Murrhardter Kreises, in: J. Mohr / Ch. Schubert (Hrsg): Arzt 2000 — Perspektiven und Probleme einer Reform der Medizinerausbildung; Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, S.3-15

ZIEGER, W. [1989]: Die Anamnese im sozialmedizinischen Gutachten. Arbeitspapier der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (hrsg. von J. Münstermann und H. Rebscher), Reihe B, Nr.1

II. Arzneimittelversorgung

Bericht A

Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Dr. Becker (Frankfurt), Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Abg. Dr. Hoffacker, Abg. Frau Limbach, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, Abg. Scheu und Abg. Dr. Thomae

1. Zielvorstellungen

1. 1 Bedarfsgerechte Versorgung

Es ist eine zentrale Aufgabe eines Krankenversicherungssystems, allen Versicherten gleichermaßen eine medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit wirksamen, sicheren und preisgünstigen Arzneimitteln durch diesbezüglich hinreichend qualifizierte Ärzte und Apotheker zu gewährleisten.

Diese Idealforderung bestmöglicher Arzneimittelversorgung bildet das SGB — ähnlich wie bereits der früher geltende § 182 RVO — für die gesetzliche Krankenversicherung ab. Nach § 70 SGB V haben Krankenkassen und Leistungserbringer „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten". Die Versorgung der Versicherten muß hierbei „ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden".

Die in den gesetzlichen Regelungen postulierte Bedarfsgerechtigkeit stellt zwangsläufig eine Umschreibung einer in dieser Allgemeinheit durchgängig akzeptierten und plausiblen Forderung dar. Zentrales Problem bleibt dabei, was als »bedarfsgerecht« angesehen werden kann. Insofern es einen operationalisierbaren »objektiven Bedarf« nicht gibt, bleibt die Konkretisierung der Bedarfsgerechtigkeit der ärztlichen Entscheidung im Einzelfall und — auf der Makroebene — dem politischen Verhandlungsprozeß unter Einbeziehung der Rechtsprechung überlassen. Der »Bedarf« ist demnach das, was nach herrschender Auffassung als Bedarf akzeptiert wird.

Unabhängig von den erheblichen Beurteilungsspielräumen bei der Feststellung einer Bedarfsgerechtigkeit lassen sich für die Arzneimittelversorgung dennoch einige Eckpunkte definieren, an denen die bedarfsgerechte Versorgung unter- oder überschritten wird. Per definitionem ist die bedarfsgerechte Versorgung überschritten, sofern die Arzneimitteltherapie ohne Effektivität erfolgt oder nur mit negativer Wirkung verbunden ist. Umgekehrt gilt, daß die Arzneimittelversorgung dort bedarfsgerecht sein muß, wo sie nicht nur effektiv, sondern im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten auch effizient erscheint. Dies ist dann und insoweit der Fall, als die Arzneimitteltherapie zumindest gleichwirksam wie medizinisch weniger eingreifende Therapien ist und zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten beiträgt und nicht mit unverhältnismäßigen Risiken für die behandelten Patienten verbunden ist.

1. 2 Qualitätssicherung

Die qualitative Dimension der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland wird einerseits davon bestimmt, welche Arzneimittel auf dem deutschen Markt von der pharmazeutischen Industrie angeboten werden, andererseits aber auch davon, ob unter Zugrundelegung dieses vorhandenen Angebotes die qualitativ optimalen Arzneimittel durch die ärztliche Verordnungsentscheidung zum Einsatz gelangen. Insofern muß gewährleistet sein, daß das Angebot an Arzneimitteln zunächst den allgemeinen Kriterien der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Sicherheit entspricht. In diesem Zusammenhang spielt unter den faktischen Bedingungen und Strukturen des Arzneimittelmarktes in der Bundesrepublik Deutschland die Tätigkeit des Bundesgesundheitsamtes eine besondere Rolle.

Daneben ist von Relevanz, daß die jeweils richtigen Arzneimittel zur richtigen Zeit in einer der jeweiligen Krankheit angepaßten Menge zur Verfügung gestellt werden. Für diesen Teil der Qualitätssicherung übernehmen die verordnenden Ärzte und die Apotheker eine besondere Verantwortung.

2. Bestandsaufnahme

Trotz der Existenz des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Verordnung von Medikamenten im Bereich der GKV ist das Verordnungsgeschehen durch immer weiter steigende Ausgaben und durch den Einsatz aus medizinischer Sicht zuweilen fragwürdiger Präparate gekennzeichnet. Nun sind steigende Gesundheitsausgaben für sich genommen nicht

negativ zu beurteilen, sie können vielmehr auf die wachsende Bedeutung von Gesundheit und medizinischer Infrastruktur hinweisen.

Kritik ist allerdings dann angebracht, wenn sich die Ausgaben für die medizinische Versorgung und die Erbringung der Leistungen auseinanderentwickeln, wenn also mit steigendem Aufwand nicht mehr, sondern allenfalls gleichbleibende Leistungen erbracht werden.

Der Sachverständigenrat stellt in seinem Gutachten 1987 zu Recht fest, daß die »Richtigkeit« einer Arzneiverordnung nicht von der Übereinstimmung mit Durchschnitt und Lehrmeinung ab(hängt), sondern sie wird entscheidend von der Nutzenabwägung im Einzelfall bestimmt. Jedes Arzneimittel (auch ein Placebo) kann Nebenwirkungen haben und zu unerwünschten Reaktionen führen. Je wirkungsvoller ein Arzneimittel ist, d. h. je mehr seine pharmakologische Wirkung im Vordergrund steht, um so potentiell nebenwirkungsreicher kann es sein, um so sorgfältiger muß deshalb die Risiko/Nutzenabwägung erfolgen.

Der häufigste Fehler in der Pharmakotherapie ist die unbegründete bzw. nicht begründbare Pharmakotherapie (Antibiotika beim Kind, weil es zwei Tage Fieber hat, Sulfonylharnstoffe beim übergewichtigen Diabetiker, ohne gezielte, energische Diätberatung, antibiotische »Abschirmung« bei viralen Infekten der Erwachsenen, jahrelange Therapie der Rentner mit unwirksamen Arzneimitteln gegen cerebrale Insuffizienz). Schäden durch Nebenwirkung der Medikamente und Kosten in Milliardenhöhe sollten hier problematisiert werden.

Die Gefahr einer Arzneimittelnebenwirkung hängt nicht nur von der Art des Medikamentes ab, sondern auch von der Stoffwechsellage des Patienten. Das hat zunehmende Bedeutung, weil ein Großteil des Arzneimittelverbrauchs (z. B. Herzglycoside) auf die über 65-jährigen entfällt, bei denen meist auch noch Mehrfachverordnungen vorliegen. Dies führt zur Übermedikation besonders in Fällen altersbedingter Erkrankungen. Bei ihnen sollten stärker als heute üblich nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen im Sinne der psychologischen Patientenführung und der aktivierenden Rehabilitation in den Vordergrund gestellt werden.

Als weitere Form der Übermedikation wird zunehmend die oft übermäßig angewandte Chemotherapie bei onkologischen Patienten mit zweifelhafter Indikation kritisiert. Dies hat neben der humanen eine wirtschaftliche Bedeutung (SVR KA 1987 Ziff. 199).

Die Aufgaben einer Krankenversicherung für den Verordnungssektor – bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung – stellen sich primär als Steuerungsprobleme dar. So hat dann auch der Gesetzgeber vor allem mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) und zuletzt dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) den Versuch unternommen, Steuerungsinstrumente zu installieren, um eine rationale Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.

2. 1 Besonderheiten des Arzneimittelmarktes

Zum Verständnis der verschiedenen Steuerungskonzepte ist es unerläßlich, auf Besonderheiten des Arzneimittelmarktes einzugehen (OBERENDER 1984). Dabei ist zunächst zu betonen, daß in der Bundesrepublik die pharmazeutische Industrie in einem privatwirtschaftlich organisierten Markt die für die Heilbehandlung benötigten Arzneimittel produziert. Die Nachfrageseite gliedert sich in drei Gruppen, die jeweils unterschiedliche Interessen verfolgen, während die Angebotsseite allein von der pharmazeutischen Industrie repräsentiert wird. Die Nachfrageseite weist im Vergleich zu anderen Märkten die Besonderheit auf, daß

- Entscheidungsträger (= Arzt)
- Kostenträger (= Krankenkassen) und
- Verbraucher (= Patient)

nicht identisch sind.

Im Zentrum der Krankenversorgung steht der niedergelassene Arzt, da er in der Regel bei Krankheiten der Patienten zuerst aufgesucht wird. Von ihm werden Maßnahmen zur Heilung oder Linderung der Beschwerden des Patienten erwartet und er ist letztlich maßgeblicher Entscheidungsträger bei den Fragen, ob überhaupt Arzneimittel verordnet werden, in welcher Art, in welchem Umfang und zu welchem Preis die Arzneimittelverordnung erfolgen soll.

Die Krankenkassen sind in den Ablauf der Arzneimittelversorgung in erster Linie als Finanziers eingeschaltet. Sie konnten in der Vergangenheit ihren Einfluß auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen aufgrund des mangelnden Zugriffs auf die relevanten Entscheidungsprozesse nicht direkt geltend machen. Indirekte Einflußmöglichkeiten bestehen allenfalls im Rahmen von Einzelfallberatungen der Ärzte, wie sie von einigen Krankenkassen zur Vermeidung von Regressen durchgeführt werden. Seit dem 1. 1. 1989 hat das GRG die Situation geändert. Die Krankenkassen sind in den Ablauf der Arzneimittelversorgung in mehrfacher Hinsicht eingeschaltet. Sie haben Einfluß auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und Preis der Arzneimittelverordnungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, über die Arzneimittelrichtlinien sowie über die mit dem GRG neu eingeführten Festbeträge.

2. 1. 1 Marktzutrittsbedingungen und Produktionsstruktur

Im Jahre 1988 wendete die gesetzliche Krankenversicherung rund 20,5 Milliarden DM für die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten auf (BMA KV 45/KJ 1). Damit belief sich der Anteil des Arzneimittelsektors an den gesamten Leistungsaufwendungen der GKV auf 16 %, was gegenüber 1970 (17,7 %) eine Reduktion bedeutet. Seit 1970 (4,2 Milliarden DM) stiegen die Arzneimittelausgaben jährlich um durchschnittlich rund 900 Millionen DM an. Hierbei lagen allerdings die jährlichen Steigerungsraten zwischen 1970 und 1974 mit durchschnittlich 16,9 % extrem hoch, während sie von 1975 (12,9) an abflachten und – nach Kodifizierung des KVEG und Einführung der Rezeptblattgebühr – 1982 mit 0,9% den niedrigsten Stand erreichten (REICHELT 1985, S. 250). Seit 1986 ist hingegen ein erneutes Ansteigen der Zuwachsraten von 6 % auf 8,4 % (1988) zu verzeichnen (BMA KV 45/KJ1).

Das insgesamt beachtliche wirtschaftliche Potential des Arzneimittelsektors wird zwischen den Anbietern und Abnehmern nahezu ausschließlich über intermediäre Institutionen und Marktteilnehmern vermittelt. Für die Arzneimittelhersteller ist der Marktzutritt (d. h. vor allem die Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt [BGA]) weitgehend identisch mit der »Zulassung« zum GKV-Markt. Die Anzahl der beim Bundesgesundheitsamt registrierten oder zugelassenen Arzneimittel beläuft sich in ihren verschiedenen

Stärken und Darreichungsformen auf rund 145.000. Davon sind

- rund 70.000 Humanarzneimittel aus industrieller Fertigung, darunter 28.000 Homöopathika,
- rund 70.000 Humanarzneimittel aus Fertigung von Krankenhäusern, Apotheken, Drogerien und Reformhäusern,
- rund 5.000 Tierarzneimittel (BPI 1987, S.31).

Die pharmazeutische Industrie gehört seit Jahrzehnten zu den ausgeprägten Wachstumsbranchen in der Bundesrepublik Deutschland. Der Produktionswert pharmazeutischer Erzeugnisse stieg seit 1962 von 2,4 Milliarden DM auf 21,4 Milliarden DM im Jahre 1987, mithin im Durchschnitt um rund 9,1 % jährlich an (BPI 1987, S.12; BPI 1987/88, S.95). Diese Entwicklung liegt deutlich über der Entwicklung des Produktionswertes aller Wirtschaftsbereiche, die von 1960 bis 1985 lediglich eine jährliche Steigerungsrate von 7,2 % aufweist (STATISTISCHES BUNDESAMT 1987, S.547). Fast die Hälfte der Produktion geht in den Export.

Die Gesamtproduktion verteilt sich auf insgesamt rund 1.000 nach dem Arzneimittelgesetz so definierten Arzneimittelherstellern, von denen allerdings nur 474 im BPI zusammengeschlossen sind (Stand: 1. Mai 1988). Die BPI-Mitgliedsfirmen repräsentieren jedoch ca. 95 % des gesamten pharmazeutischen Produktionswertes (BPI 1987/88, S.9).

Die Konzentration der Produktion ist gemessen an globalen Parametern mäßig. Nach Angaben des BPI hielten 1986 die fünf führenden Konzerne 21,7 %, die führenden zehn Konzerne 33,5 % der gesamten Produktion (BPI 1987, S.61). Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, daß der pharmazeutische Markt durch die Heterogenität seiner Produktpalette, die Vielzahl der unterschiedlichen medizinischen Indikationen und nicht zuletzt auch wegen der mangelhaften Transparenz tiefgreifend ausdifferenziert ist.

2. 1. 2 Transparenz des Marktes

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind insbesondere die ca. 70.000 Humanarzneimittel aus industrieller Fertigung von Bedeutung. Der Vielfalt dieser Produkte liegen ca. 2.500 chemisch definierte Stoffe, mit abgeleiteten Substanzen etwa 6.500 zugrunde (BPI 1986, S.9).

Allerdings konzentriert sich die Nachfrage in der Bundesrepublik Deutschland auf etwa 2.000 Arzneimittel. Sie realisieren immerhin rund 90 % der gesamten Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.457).Die Vielfalt des Angebots auf dem deutschen Arzneimittelmarkt kann auf der Nachfrageseite zu einer relativen Einengung der Transparenz über die auf dem Markt befindlichen Arzneimittel führen. Dies ist insoweit von besonderer Bedeutung, als die pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz des Arzneimittelmarktes zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung gehört.

Das Problem der unzureichenden Transparenz betrifft nicht nur Parameter wie Produktname, Packungsgröße, Darreichungsform, Stärke etc., sondern umfaßt auch qualitative Aspekte wie insbesondere die therapeutische Wirksamkeit, unterschiedliche Bioverfügbarkeiten und letztlich auch preisliche Parameter.

Nur derjenige Arzt, der über einen vollständigen Überblick verfügt und unter diesen Konstellationen eine qualitative Entscheidung nach einem bewertenden Vergleich des Angebotes trifft, ist in der Lage, die für die kassenärztliche Versorgung geforderte effektive und effiziente Arzneimitteltherapie konsequent durchzuführen. Ansätze zur Erhöhung der preislichen und qualitativen Transparenz sind die Transparenzliste des BGA sowie die Preisvergleichsliste, Initiativen der kassenärztlichen Selbstverwaltung sowie privatwirtschaftliche Initiativen. Sie konnten u. a. wegen mangelnder Verbreitung unter den verordnenden Ärzten keine hinreichende Wirksamkeit entfalten. Soweit für Arzneimittelgruppen Festbeträge gebildet wurden bzw. werden, wird dies die Transparenz weiter verbessern.

In bezug auf die qualitativen und ökonomischen Dimensionen und Folgen der Arzneimitteltherapie sind Maßnahmen zur Marktbereinigung und zum Aufbau von Informationssystemen wesentlich. Daneben muß jedoch auch die ärztliche Ausbildung im Bereich der Pharmakologie als verbesserungsbedürftig angesehen werden. Zwar wurde im Rahmen der Approbationsordnung für Ärzte im Jahre 1978 die Ausbildung im Bereich der Pharmakologie weiterentwikkelt, gleichwohl wird dieser Zustand nach wie vor nicht als zufriedenstellend angesehen. Vor allem wird kritisiert, daß – neben der nach wie vor unzureichenden quantitativen Dimension im Gesamtgefüge des ärztlichen Studiums – die Pharmakotherapie stärker unter Hinweis auf mögliche und auch praxisrelevante Behandlungsalternativen in den jeweiligen klinischen Disziplinen dargestellt werden müßte. Ebenso ist eine verbesserte Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker anzustreben.

Müssen bereits die institutionellen Voraussetzungen im Bereich der pharmakologischen Ausbildung der Ärzte als unzureichend gelten, bereitet der kontinuierliche Wissensfortschritt in der Pharmakotherapie zusätzliche Probleme und verlangt nach entsprechenden Lösungsmöglichkeiten. Dabei ist zum Beispiel die Weiter- und Fortbildung der Ärzte im Bereich der Pharmakotherapie durch neutrale Institutionen unerläßlich. Diese Aufgabe kommt heute den Landesärztekammern zu. In diesem Zusammenhang besteht allerdings der wesentliche Mangel darin, daß die gegenwärtig für die ärztliche Verordnungstätigkeit praxisnah aufbereiteten Informationen nahezu ausschließlich vom Arzneimittelhersteller selbst stammen, obwohl zahlreiche herstellerunabhängige und praxisnahe Informationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Entscheidend für die Akzeptanz der Arzneimittelinformationen scheint die Art der Informationsvermittlung zu sein. Dem persönlichen Kontakt mit dem Pharmaberater der pharmazeutischen Industrie dürfte eine größere Wirkung beizumessen sein als der Fortbildung durch verschiedene Medien oder Vortragsveranstaltungen.

2. 1. 3 Rolle des Arzneimittels im Arzt-Patienten-Verhältnis

Die große Bedeutung der Arzneimittel bei der Krankheitsbewältigung ist unumstritten. Nicht zuletzt die Erfolge der Arzneitherapie, etwa bei den Infektionskrankheiten und in anderen Gebieten der Medizin, haben – verbunden mit den Erfolgen der modernen Chirurgie – den heutigen medizinischen, naturwissenschaftlich orientierten Krankheitsbegriff entscheidend mitgeprägt. Die Arzneimitteltherapie stößt dort an Grenzen, wo nicht naturwissenschaftliche Ursache-Wirkung-Beziehungen bestehen, sondern unspezifische psychosomatische Erkrankungen vorliegen.

Aus den geschilderten Zusammenhängen ergibt sich eine Doppelfunktion des Arzneimittels. Zum einen weist eine rationale Arzneimitteltherapie gegenüber anderen Therapieformen erhebliche Vorteile auf. Arzneimittel sind (nahezu) ohne Einschränkung verfügbar; sie sind im Vergleich zu anderen Therapieformen (vor allem stationäre Behandlung) erheblich preisgünstiger. Zum anderen erweist sich das Arzneimittel als »universell einsetzbares Therapeutikum«, das in der Arzt-Patienten-Beziehung in mehrfacher Hinsicht den Ausweg aus einem Dilemma bietet. Mit dem Griff zum Rezeptblock vermittelt der Arzt dem Patienten oft den Eindruck, er habe eine klare Diagnose gestellt und leite dementsprechend eine gezielte Maßnahme als Therapie ein. Insofern ist das Arzneimittel zu einer wichtigen Determinante des professionellen ärztlichen Handelns geworden.

Auf seiten der Patienten ist zwar in den vergangenen zwei Jahrzehnten durch eine Reihe sogenannter Arzneimittel-Skandale die Sensibilität gegenüber der Arzneimitteltherapie gestiegen, insgesamt trifft aber die Arzneimittelverschreibung als wichtigste therapeutische Maßnahme bei den meisten Patienten nach wie vor auf hohe Akzeptanz.

Bei den Ärzten selbst besteht zwar eine gewisse Skepsis beim Einsatz therapeutisch umstrittener Arzneimittel, allerdings geschieht der Einsatz häufig in der Vorstellung, daß die betreffenden Arzneimittel sicher nicht schaden, möglicherweise aber doch helfen können. Dies äußert sich vor allem in der Verschreibung einer wenig reflektierten Vielfalt von Arzneimitteln und einer hohen Fluktuation in Hinsicht auf neu eingeführte Arzneimittel.

Aus Analysen des Dortmunder Modellversuchs ist bekannt geworden, daß die Allgemeinmediziner und Internisten im Durchschnitt zwischen 570 und 580 verschiedene Fertigarzneimittel aus insgesamt 58 unterschiedlichen Indikationsgruppen pro Quartal verordnen. Die Spitzenwerte lagen bei 1.116 Produkten je Arzt und Quartal (FRIEBEL 1987, S.20). Auch aus früheren Untersuchungen ist bekannt, daß Ärzte in einzelnen Anwendungsgebieten vielfach über 30, teilweise sogar über 50 verschiedene Arzneimittel »in der Feder« haben (z. B. bei Schmerzmitteln und Antibiotika) (WESTPHAL 1985, S.271). Berücksichtigt man zudem die häufig diffuse und verschiedenartige Zusammensetzung der verordneten Arzneimittel, so sind die Möglichkeiten, im Rahmen einer allgemeinärztlichen oder internistischen Praxis ausreichende und nachvollziehbare Erkenntnisse zu sammeln, begrenzt.

2. 2 Steuerung der kassenärztlichen Verordnungstätigkeit

Das gesetzgeberische Konzept zur Steuerung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung läßt sich in systematischer Weise nach seinen Steuerungsebenen wie folgt unterscheiden:

— Arzneimittelgesetz (AMG)

Es ist Aufgabe und Ziel des AMG, durch verschiedene Regelungen zu gewährleisten, daß nur wirksame Arzneimittel mit ausreichender Qualität in den Verkehr gelangen. Prinzipiell stehen dem Kassenarzt zur Verordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur solche Arzneimittel zur Verfügung, die das Zulassungsverfahren beim Bundesgesundheitsamt erfolgreich durchlaufen haben. Schnittstelle des gesundheitspolitische Aufgaben wahrnehmenden AMGs mit den Verordnungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Frage, ob zugelassene und damit nach AMG auch wirksame Arzneimittel von der kassenärztlichen Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen werden können.

— Wirtschaftlichkeitsgebot und Arzneimittelrichtlinien

Die unmittelbarste und direkteste Steuerung der Arzneimittelversorgung erfolgt durch mehr oder minder konkrete Verordnungsregeln, die der einzelne Kassenarzt zu beachten hat. Normiert sind diese Regeln nach neuem Recht in §§ 12 Abs. 1, 70 Abs.1 SGB V, die die Leistungserbringer und damit auch den Arzt hinsichtlich seiner Verordnungsweise verpflichten, ausreichend und zweckmäßig zu verordnen und nicht notwendige oder unwirtschaftliche Verordnungen zu unterlassen, und den das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisierenden Arzneimittelrichtlinien. Obwohl das Wirtschaftlichkeitsgebot auch bisher in zahlreichen Bestimmungen (u.a. § 182 Abs. 2 RVO) enthalten war, sahen sich weder Leistungsanbieter noch Versicherte hinreichend veranlaßt, möglichst sparsam mit den Mitteln der Solidargemeinschaft umzugehen. Ob die Neubestimmungen im Sozialgesetzbuch Programmsätze bleiben oder tatsächlich eine Umorientierung im Gesundheitswesen bewirken, dürfte wesentlich von der praktischen Handhabung sowie der sozialgerichtlichen Rechtsprechung abhängen.

— Transparenz- und Preisvergleichslisten

Ausgehend von der Erkenntnis, daß aufgrund des intransparenten Arzneimittelmarktes der Kassenarzt nur schwer die aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot und den Arzneimittelrichtlinien resultierende Verpflichtung, wirksam und preisgünstig zu verordnen, umsetzen kann, wurden das Wirtschaftlichkeitsgebot ergänzende Preisvergleichs- und Transparenzlisten etabliert, die u.a. Angaben über Preise und Eigenschaften von Arzneimitteln enthalten. Eine wesentliche Aufgabe kommt hier der beim Bundesgesundheitsamt angesiedelten Transparenzkommission zu. Sie verfolgt das Ziel, eine pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz für Fertigarzneimittel herbeizuführen. Die Transparenzkommission soll Übersichten über alle wesentlichen apothekenpflichtigen Arzneimittel aufstellen. Dadurch kann eine zweckmäßige und kostenbewußte Therapieentscheidung erleichtert werden. Die Transparenzlisten sollen Arzneimittel nach Indikationen geordnet auflisten und insbesondere die wirksamen Bestandteile der Arzneimittel, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen, die Packungspreise sowie ihre Preise bezogen auf die therapeutische Dosierung ausweisen. Bisher hat die Transparenzkommission zahlreiche Transparenzlisten veröffentlicht, die jedoch im Markt schon allein deshalb keine Wirkungen entfalten konnten, weil sie nicht bis zum verordnenden Arzt gelangt waren. Durch das SGB V sind hier Steuerungselemente geschaffen worden, die den Listen eine erhöhte Bedeutung zuweisen.

— Negativlisten

In erster Linie Kosteneinsparungsgründe bewogen den Gesetzgeber, in § 182 f RVO eine Auflistung von sog. Bagatellarzneimitteln vorzunehmen, die nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen. Diese Regelung wird erneut in § 34 Abs. 1,2 SGB V aufgegriffen. Neu hinzugetreten ist die Möglichkeit zur Ausgrenzung unwirtschaftlicher Arzneimittel (§ 34 Abs. 3 SGB V), mit der eine Einsparung von 300 Mio. DM realisiert werden soll. Als unwirtschaftlich sind insbesondere Arzneimittel

anzusehen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.

— Festbeträge

Als ein Kernstück des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) gilt das in § 35 SGB V verankerte Festbetragskonzept. Festbeträge bezeichnen die Höhe, bis zu der die Krankenkasse Ausgaben für einzelne Arzneimittel erstattet. Liegt der Preis über dem Festbetrag, muß der Versicherte die Preisdifferenz zuzahlen. Im einzelnen bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden (§ 35 Abs. 1 SGB V): Hierbei sollen Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen, sowie Präparate mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen, zusammengefaßt werden. Unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind dann und insoweit zu berücksichtigen, als sie für die Therapie bedeutsam sind. Die Höhe der Festbeträge wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen festgelegt (§ 35 Abs. 3 SGB V). Ein Festbetrag für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen kann erst drei Jahre nach der erstmaligen Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgelegt werden (§ 35 Abs. 4 SGB V). Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche, sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten (§ 35 Abs. 5 SGB V). Ihrer Zielsetzung nach sollen sie Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten. Grundsätzlich wird von den preisgünstigsten Apothekerabgabepreisen in der Vergleichsgruppe ausgegangen, wobei sichergestellt werden soll, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist. Die Festbeträge sollen mindestens einmal im Jahr überprüft werden und in geeigneten Abständen an eine veränderte Marktlage angepaßt werden. Soweit für Arzneimittel keine Festbeträge festgelegt sind, muß der Patient sich zunächst mit 3,-- DM je Mittel selbstbeteiligen. Ab dem 1.1.1992 wird diese Zuzahlung in eine 15%-ige Selbstbeteiligung mit einem Höchstbetrag von 15,-- DM je Präparat umgewandelt. Die Einführung der Festbeträge hat zu spürbaren Preissenkungen bei den betroffenen Originalpräparaten geführt, zugleich wurden oft jedoch die Preise von Präparaten, für die keine Festbeträge festgelegt wurden, partiell fühlbar erhöht (WIdO 1989). Ob und inwieweit die Festbetragsregelung auch langfristig zu positiven Steuerungseffekten führt und damit die erhofften Einsparungspotentiale bewirkt, bleibt deshalb abzuwarten.

— Arzneimittelhöchstbeträge bzw. Richtgrößen

Der Arzneimittelhöchstbetrag läßt sich als eine Globalsumme der Ausgaben für Arzneimittel bezeichnen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums (ein Jahr) für ein bestimmtes Vertragsgebiet nicht überschritten werden soll. Über die vertragliche Vereinbarung dieser — von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAG) ausgehandelten und festgesetzten — Globalsumme sollte eine Aktivierung des Wirtschaftlichkeitsbewußtseins der verordnenden Ärzte ausgehen. Das kennzeichnende Merkmal dieses Steuerungsinstruments war die Freiwilligkeit seiner Einhaltung, so daß es durch den Verzicht auf Sanktionen bei Überschreitungen allenfalls Wirkungen durch »Seelenmassage« erzielen konnte. Nach der gesetzlichen Neuregelung sind die Bestimmungen über Höchstbeträge für Arznei- und Hilfsmittel nunmehr durch Richtgrößen ersetzt worden (§ 84 SGB V). Diese werden von den Partnern der Gesamtverträge für das Volumen verordneter Leistungen vereinbart. Im Gegensatz zu den früheren Höchstbeträgen, die sich auf die Verordnungen aller Kassenärzte einer Region bezogen, sind die Richtgrößen arztgruppenspezifisch festzulegen. Hierbei sollen die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen berücksichtigt werden. Mit den Richtgrößen wurde ein Instrument zur Steuerung der Arzneimittelversorgung in qualitativer und preislicher Hinsicht durch das GRG geschaffen.

— Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz derjenigen Steuerungselemente, die für den Kassenarzt verbindliche und handlungsanweisende Elemente enthalten, hängen entscheidend von ihrer Handhabung und nicht zuletzt von Sanktionsmöglichkeiten bei deren Verletzung ab. Nach § 106 SGB V überwachen die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung. Neben der arztbezogenen Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten umfassen die Kontrollen die arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 sowie die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben, die je Quartal 2 % der Ärzte erfassen sollen. Die Prüfung muß auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen umfassen. Weitere arztbezogene Prüfungsarten können — unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Belange der Versicherten — vereinbart werden. Bei unwirtschaftlicher Verhaltensweise dürfte auch künftig ein Katalog von Sanktionen von der gesetzlich als vorrangig eingestuften Beratung über die Honorarkürzung bis zum Regreß zur Disposition stehen.

In der öffentlichen Diskussion werden als Strukturmängel im Bereich der Arzneimittelversorgung insbesondere genannt:

- Fehlsteuern des Wettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt wegen falscher Rahmenbedingungen,
- Erschwerung einer therapeutisch sinnvollen und wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung durch den Arzt aufgrund einer geringen Markttransparenz und z.T. fragwürdiger Werbemethoden,
- Nur schwach ausgeprägtes Preis- und Ausgabenbewußtsein der Versicherten,
- Fehlende Verfügbarkeit und unzureichende Entwicklung von Alternativen der Pharmakotherapie.

3. Ausgewählte einzelne Problembereiche

3. 1 Mengenentwicklung

3. 1. 1 Mengenniveau und -entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV

3. 1. 1. 1 Globalanalyse

Im Jahre 1987 wurden an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung rund 700 Millionen Arzneimittelpakkungen verordnet, die insgesamt rund 20 Milliarden Tagesdosen an Arzneimitteln enthielten (SCHWABE/PAFFRATH 1988, S.1). Dies bedeutet, daß jeder GKV-Versicherte rund 360 Tagesdosen an Arzneimitteln pro Jahr erhält, somit im statistischen Durchschnitt jeder Versicherte mit einem Medikament dauertherapiert wird. Seit 1981 hat sich die verordnete Arzneimittelmenge nicht wesentlich verändert. Zwar sank die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen von 770,7 Millionen im Jahre 1981 auf 700,1 Millionen im Jahre 1987, also um rund 9,2 % (SCHWABE/PAFFRATH 1988, S.2), zugleich stieg aber die durchschnittliche Pakkungsgröße der verordneten Arzneimittel an, so daß der Verordnungsrückgang kompensiert wurde. Als Indikator für diese Kompensation können die Packungsgrößeneffekte gelten, mit denen gemessen wird, welcher Ausgabenzuwachs durch die Verordnung größerer Packungen bei identischen Arzneimitteln entsteht (Packungsgrößeneffekte 1983: ca. 4%; 1984: 2,5%; 1985: 1,9%; 1986: 1,6%; 1987: 1,4%) (WIdO [Hrsg.] 1984, S.173; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1985, S.35; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1986, S.323; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1987, S.413; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.410).

Bei einem Vergleich des Arzneimittelverbrauchs je Kopf der Bevölkerung – gemessen in Verbrauchseinheiten wie Tabletten, Gramm, Milliliter und anderen Zähleinheiten – liegt die Bundesrepublik Deutschland nach den vorliegenden Untersuchungen im Mittelfeld. Ein höherer Verbrauch findet sich in Spanien, Belgien und vor allem in Frankreich. In anderen Ländern, z. B. Großbritannien, Italien, der Schweiz und Österreich, ist der Verbrauch geringer als in der Bundesrepublik (BRENNER 1985, S.341 ff). In Dänemark, das ein der Bundesrepublik vergleichbar hohes Pro-Kopf-Einkommen aufweist, besteht zwar ebenfalls ein hohes Preisniveau für Arzneimittel, die Verbrauchsrate ist jedoch – bei einer insgesamt stark limitierten Anzahl zugelassener Arzneimittel – vergleichsweise niedrig (ABEL-SMITH 1985, S. 252 f).

Angesichts der oben zitierten Daten kann allerdings aus derartigen internationalen Vergleichen weder die Angemessenheit noch die Unangemessenheit des Arzneimittelkonsums in der Bundesrepublik Deutschland abgeleitet werden.

3. 1. 1. 2 Indikationsanalyse

Unter den verordnungsstärksten Indikationsgruppen ist seit vielen Jahren eine erhebliche Zahl therapeutisch umstrittener oder problematischer Arzneimittelgruppen zu finden. Insgesamt 80 Millionen Arzneimittelpackungen wurden im Jahre 1987 allein von Analgetika und Antirheumatika verordnet. Im Durchschnitt wurden jedem Versicherten rund 21 Tagesdosen dieser Arzneimittel verschrieben. Insgesamt 53,6 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa belegen, daß im statistischen Durchschnitt jeder GKV-Versicherte im Jahre 1987 eine Arzneimittelpackung aus diesen Indikationsgebieten verordnet bekam (REICHELT 1988).

Der Arzneiverordnungsreport verweist beispielhaft auf das Verordnungsspektrum in der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre. Jeder Versicherte in dieser Altersgruppe erhielt 1987 im Durchschnitt 30 Arzneimittelpackungen im Wert von rund 970 DM verordnet, die unter anderem 108 Tagesdosen eines Kardiakums (vor allem Herzglykoside), 74 Tagesdosen eines Bluthochdruckmittels, 96 Tagesdosen an Augenmitteln, 72 Tagesdosen Koronartherapeutika, 62 Tagesdosen sogenannter durchblutungsfördernder Mittel, 62 Tagesdosen Schmerz- und Rheumamittel, 52 Tagesdosen an Antidiabetika, 47 Tagesdosen Psychopharmaka und 23 Tagesdosen Hypnotika/Sedativa – insgesamt 1.008 Tagesdosen – enthielten (PAFFRATH 1988, S.382). Der Verbrauch von Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa konzentriert sich bei den über 75-jährigen Patienten damit so stark, daß die verordnete Arzneimittelmenge hier theoretisch ausreichen würde, jeden fünften Versicherten dieser Population in einer Dauertherapie zu halten.

Angesichts der dargestellten Verordnungsmenge ist nur schwer vorstellbar, daß sämtliche verordneten Arzneimittel wirklich verbraucht werden. Gesichertes empirisches Material über den Anteil unverbrauchter Arzneimittel existiert für die Bundesrepublik Deutschland nicht. Allerdings gaben bei einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Emnid-Instituts im Jahre 1986 23 % der Befragten an, die Anweisungen zur Einnahme von Arzneimitteln ihres Arztes nicht immer oder gar nicht zu befolgen (BPI 1987, S.35 ff.). Fachleute schätzen den Anteil der nicht verbrauchten Arzneimittel am gesamten Verordnungsvolumen auf 20 % bis ein Drittel (DIE ORTSKRANKENKASSE 1/1982 S.21). Angesichts dieser Situation kann vermutet werden, daß in der Bundesrepublik Deutschland zumindest in einigen Bereichen eine Übermedikation vorliegt, ohne aufgrund einer fehlenden Referenzbasis das quantitative Ausmaß angeben zu können.

Der Nutzen der Selbstmedikation für die gesetzliche Krankenversicherung und somit über die Beitragssätze auch für die Versicherten ist nicht exakt quantifizierbar. Würde angenommen, daß ein Viertel sämtlicher in der Selbstmedikation erworbener Arzneimittel durch ärztliche Verordnung ersetzt würde, so entstünden der GKV rund 2 Milliarden DM zusätzliche Ausgaben (CRANZ 1987, S.84–85).

3. 1. 2 Selbstmedikation

Der Anteil der Selbstmedikation am Arzneimittelumsatz der Apotheken insgesamt blieb in den Jahren 1979 bis 1982 mit rund 16 % mehr oder weniger konstant. Nicht zuletzt aufgrund der Einführung der Negativliste stieg der Anteil im Jahre 1983 auf rund 18 % an und verharrt seither in etwa auf diesem Niveau. Insgesamt wendeten die Bundesbürger im Jahre 1986 somit rund 4,7 Milliarden DM für die Selbstmedikation auf (HÜSGEN 1987, S.33).

Mißt man den Anteil der Selbstmedikation nicht am Umsatz, sondern an der Zahl der abgesetzten Arzneimittelpakkungen, so liegt er bei rund 30 %. Der über die gesetzliche Krankenversicherung finanzierte Arzneimittelverbrauch wird durch die Selbstmedikation somit nochmals erhöht. Insbesondere im Bereich der Analgetika und Antipyretika wird das Bild des Arzneimittelverbrauchs durch die Selbstmedikation entscheidend mitgeprägt: So wurden beispielsweise im Jahre 1983 von jedem Bundesbürger allein 66 Tagesdosen an Analgetika und Antipyretika nachgefragt (GLAESKE 1986, S.2032-2034).

3. 1. 3 Arzneimittel im Krankenhaus

Über die in den Krankenhäusern verbrauchte Arzneimittelmenge gibt es nur unzureichende Informationen. Aufgrund der Angaben über den medizinischen Bedarf in den Selbstkostenblättern und in den Kosten- und Leistungsnachweisen der Krankenhäuser läßt sich der Wert der Krankenhausmedikation – je nach Abgrenzung – auf ca. 2 Milliarden DM bis 5 Milliarden DM schätzen (GROSS-NICKEL/KIRSCH 1988, S.435-438). Der größte Teil dieser Präparate besteht aus Antibiotika, Infusions- und Spüllösungen, Röntgenkontrastmitteln, blutgerinnungsbeeinflussenden Arzneimitteln sowie einer Reihe weiterer Arzneistoffe mit auf den stationären Sektor begrenzter Indikation, die nur wenig Ausstrahlungskraft auf den ambulanten Bereich ausüben. Nur der geringere Teil der Medikamente im Krankenhaus ist auch zur ambulanten Weiterbehandlung geeignet. Diese Arzneimittel werden oft mit hohen Rabatten von den Herstellern an die Krankenhäuser geliefert. Für das Krankenhaus ist es in der Regel ökonomisch rational, auf derartige Markenartikel nicht zu verzichten, insoweit die Einkaufspreise dieser Präparate meist unter den Einkaufspreisen von Generika liegen. Vermittelt über die Entlassungsberichte beeinflußte diese Krankenhausmedikation bisher nicht unerheblich die ambulante Weiterbehandlung.

Damit die Krankenhausmedikation nicht automatisch in die ambulante Weiterbehandlung übernommen wird, soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers in den dreiseitigen Verträgen zwischen den Krankenkassen, Kassenärzten und Krankenhäusern im Rahmen der gegenseitigen Unterrichtung über die Behandlung der Patienten (§ 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) die Angabe des Wirkstoffes in den Mitteilungen der Krankenhausärzte an die niedergelassenen Ärzte vorgesehen werden. Auch die zweiseitigen Verträge (§ 112 Abs. 2 Nr.1b SGB V) können entsprechende Berichtspflichten für die Krankenhäuser enthalten.

3. 1. 4 Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums

Auf die positive Bedeutung des Arzneimittels bei der Krankheitsbewältigung wurde bereits hingewiesen. Arzneimittel können aber auch unerwünschte Wirkungen haben.

Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums ergeben sich insbesondere dort, wo die Arzneimittel selbst – insbesondere bei länger dauernder Anwendung – behandlungsbedürftige Krankheiten auslösen oder negativ beeinflussen können. Für die Bundesrepublik Deutschland ist derzeit von etwa 500.000 bis 800.000 Medikamentenabhängigen auszugehen (Schätzung der DEUTSCHEN HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN). In diesem Zusammenhang kommt zweifelsfrei dem hohen Niveau von Tranquilizer-Verordnungen in der Bundesrepublik der Charakter einer durch ärztliche Einwirkung entstandenen Ursache zu.

Während aber im Bereich der Benzodiazepin-Abhängigkeit das medizinische Risiko noch weitgehend ungeklärt ist, äußern sich die Folgewirkungen der Übermedikation mit anderen Arzneistoffen in manifesten Krankheitsbildern. So ist beispielsweise zu vermuten, daß ca. 3.500 der 23.000 dialysepflichtigen Patienten infolge chronischen Schmerzmittelmißbrauchs schwere Nierenschädigungen davongetragen haben (SCHÖNHÖFER 1985, S.20).

Es gibt eine Reihe von Krankenhausfällen, die nach Ansicht von Fachleuten auf Arzneimittelnebenwirkungen zurückzuführen sind. Dies ist beispielsweise bekannt für die Herzglykoside, die nur eine geringe therapeutische Breite aufweisen und in der Bundesrepublik, wie kontrollierte Studien belegt haben, in nahezu der Hälfte der Fälle ohne ausreichende Indikation verordnet werden (SCHOLZ 1988, S.233). Über das wirkliche Ausmaß des hier beleuchteten Sachverhalts kann letztlich nichts gesagt werden, weil es kein zuverlässiges Meldesystem über unerwünschte Wirkungen durch Arzneimittel gibt.

3. 2 Preise der Arzneimittel

3. 2. 1 Preisniveau

Internationale Vergleiche belegen übereinstimmend das hohe Niveau der Arzneimittelpreise in der Bundesrepublik Deutschland. In vielen anderen europäischen Ländern, so z. B. in Italien, Spanien, Frankreich, Belgien, liegen die Arzneimittelpreise deutlich unter, in Großbritanien und in der Schweiz über denen der Bundesrepublik (von STACKELBERG 1984). Internationale Vergleiche sind allerdings aus vielen Gründen nur von begrenzter Aussagefähigkeit. Abgesehen von diversen methodischen Problemen (unterschiedliche Umrechnungsmethoden nach Wechselkursen, Verbrauchergeldparitäten etc.) liegen den unterschiedlichen Preisniveaus der einzelnen Länder zum Teil erhebliche Differenzen bei der Ausgestaltung und Reglementierung des Arzneimittelmarktes zugrunde. In vielen der als »Billigpreis-Länder« apostrophierten Nationen unterliegen die Arzneimittelpreise starken staatlichen Kontrollen. Die Bundesrepublik ist zusammen mit Dänemark das einzige Land in der EG, in dem Arzneimittel überdies voll mehrwertsteuerpflichtig sind.

Im Gegensatz zu fast allen europäischen Nachbarstaaten ist die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland – abgesehen von kartellrechtlichen Bestimmungen – bei der Festlegung ihrer Preise keinerlei staatlichen oder behördlichen Kontrollen unterworfen. Aus diesen Rahmenbedingungen ergibt sich eine Subventionierung der Arzneimittelpreise in den europäischen Nachbarländern durch die Sozialversicherung der Bundesrepublik Deutschland.

Vergleicht man den Preisindex für humanpharmazeutische Spezialitäten mit dem Lebenshaltungskostenindex oder dem Preisindex aller gewerblichen Produkte, so zeigt sich über den Gesamtzeitraum der vergangenen zehn Jahre im Durchschnitt eine in etwa ähnliche Entwicklung. Dies unterscheidet die Bundesrepublik Deutschland von anderen europäischen Ländern mit Preisreglementierung (z. B. Frankreich, Italien, Schweiz), in denen zwischen 1977 und 1984 der »Heilmittelpreisindex« deutlich hinter dem »Konsumentenindex« zurückblieb (SVR KA Jahresgutachten 1987, S.88 f.).

Zu beachten ist ferner, daß vor 1983 und nach 1988 der Arzneimittelpreisindex unterhalb des Lebenshaltungskostenindex, allerdings von 1983 bis 1987 regelmäßig über dem Lebenshaltungskostenindex lag. In den Jahren 1986/87 ist dies durch die Sonderentwicklung bei den Ölpreisen mitbedingt (BPI 1987/88, S.94). Kurzfristig kam es 1989 durch die Festbeträge zu Senkungen des Preisniveaus. Langfristige Wirkungen bleiben abzuwarten. Eine im Oktober 1989 veröffentlichte Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen belegt, daß vor allem die großen Hersteller von Originalpräparaten die durch Festbeträge erlittenen Einbußen durch Preissteigerungen bei anderen Präparaten kompensieren (WIdO 1989).

3. 2. 2 Strukturkomponente

In den Jahren 1981 bis 1987 stieg der Umsatz mit zu Lasten der GKV verordneten Fertigarzneimitteln um insgesamt 38 % an. Im gleichen Zeitraum nahm jedoch die Zahl der Einzelverordnungen (verordnete Arzneimittelpackungen) um 9,2 % ab (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.2). Diese vordergründig widersprüchliche Entwicklung erklärt sich durch eine Zunahme des durchschnittlichen Wertes der einzelnen Arzneimittelverordnung um rund 52 %. Da der Preisanstieg bei den verordneten Arzneimitteln im gleichen Zeitraum nur 16,5 % betrug, hat sich der durchschnittliche Wert je Verordnung im wesentlichen durch andere Faktoren, nämlich durch Umschichtungen im verordneten Warenkorb (»Strukturkomponente«) erhöht. Mit kumuliert 31,5 % erklärt die Strukturkomponente über den gesamten Zeitraum rund zwei Drittel der Verteuerung der durchschnittlichen Arzneimittelverordnung.

Die Wirkung der Strukturkomponente war in den Jahren 1981 bis 1987 keineswegs gleichförmig. Vielmehr spiegeln sich in ihr sehr unterschiedliche Einzelentwicklungen wider. Über den gesamten Zeitraum haben die Umschichtungen zu teureren Arzneimitteln im Verordnungsspektrum eine Umsatzwirkung von rund 12,8 % gehabt (»Intermedikamenteneffekt«), die Verteuerung durch Auswahl teurerer Packungsgrößen, Darreichungsformen und Wirkstärken bei identischen Arzneimitteln (»Intramedikamenteneffekt«) betrug 16,6 %. Während in den Jahren 1982 und 1983 der Intermedikamenteneffekt noch deutlich stärker ausgeprägt war als der Intramedikamenteneffekt, hat sich seit 1985 das Verhältnis umgekehrt. Diese Tatsache ist weitgehend durch die Entwicklung des Generika-Marktes bedingt.

3. 2. 3 Entwicklung des Generika-Marktes

Seit 1983 hat mit dem Patentablauf für umsatzstarke Wirkstoffe (unter anderem Glibenclamid, Diclofenac, Nifedipin) der Generika-Anteil unter den Arzneiverordnungen erheblich zugenommen. Von 1981 bis 1987 stieg er nach der Zahl der verordneten Packungen von 6,1 % auf 17,2 % des gesamten Marktes, nach Umsatz von 6,2 % auf 13,2 %. Bei den wirkstoffgleichen Arzneimitteln haben die Zweitanmelder im Jahre 1987 bereits einen Umsatzanteil von 35,6 % und nach Verordnungen sogar 45,7 % des Marktes erreicht. Allerdings sind die Substitutionsmöglichkeiten von Originalpräparaten durch Generika noch keineswegs ausgeschöpft. Mit den Festbeträgen für wirkstoffgleiche Arzneimittel wurde durch das GRG ein Instrument eingeführt, mit dem die in diesem Bereich bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden sollen. Auf dem Generikamarkt traten während der Festlegung der ersten Festbeträge kurzfristig Senkungen des Preisniveaus ein. Die weitere Entwicklung gilt es hier abzuwarten.

3. 3 Therapeutische Qualität

3. 3. 1 Qualitative Aspekte des Arzneimittelangebotes

Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes im Jahre 1978 brachte zwangsläufig eine Zweiteilung des Arzneimittelangebots mit sich. Einerseits existieren solche Arzneimittel, die den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes 1978 im Rahmen einer Neuzulassung unterlegen waren und insofern eine offizielle Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt nach Prüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erhalten haben. In dem Zeitraum vom 1.1.1978 bis 31.12.1986 hat das Bundesgesundheitsamt insgesamt 6.740 Arzneimittel zugelassen (BPI 1987, S.29).

Andererseits wird das weitaus größere Präparate-Potential von solchen Arzneimitteln repräsentiert, die bereits vor dem Jahre 1978 – lediglich im Wege der Registrierung – im Markt eingeführt waren und für die unter dem Primat der Besitzstandswahrung eine »fiktive« Zulassung bis zum Ende des Jahres 1989 erteilt wurde. Bis dahin sollten diese sog. »Altpräparate« eine Nachzulassung nach dem AMG 1978 durchlaufen haben.

Daraus folgt, daß der weitaus größere Teil der heute auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland angebotenen Präparate bis zum heutigen Tage noch keiner Prüfung in bezug auf Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit unterworfen wurde. Diese Tatsache spiegelt sich auch im Verordnungsspektrum wider. Dort haben diese Arzneimittel, die zu einem großen Teil Naturarzneimittel sind, ebenfalls einen großen Anteil.

Die medizinisch-therapeutische Bewertung der Arzneimittel, die nach dem AMG 1978 zugelassen wurden, ergibt, daß nur ein geringer Teil einen signifikanten therapeutischen Gewinn, ein etwas größerer Teil der neu zugelassenen Arzneimittel eine Verbesserung eines bekannten therapeutischen Prinzips darstellen. Der weitaus überwiegende Teil der neu zugelassenen Arzneimittel beinhaltet nach Ansicht der Experten keinen bedeutsamen zusätzlichen Nutzen für die medikamentöse Therapie und die Patienten. So zeigt eine Analyse der 1986 und 1987 neu zugelassenen Fertigarzneimittel, daß sich unter den 764 (1986) und 241 (1987) lediglich 16 (1986) bzw. 22 (1987) mit neuen Wirkstoffen befanden. Von kompetenter Seite wurden hiervon für 1987 lediglich vier als echte therapeutische Fortschritte gewertet, 1986 waren es nur zwei (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1987 S.6 ff.; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.5 ff.).

3. 3. 1. 1 Wirksamkeitsnachweis nach dem Arzneimittelgesetz

Der Begriff des therapeutischen Nutzens ist dem Arzneimittelgesetz fremd. Der therapeutische Nutzen eines Arzneimittels läßt sich nur am konkreten Einzelfall einer Erkrankung eines Patienten feststellen. Jede Nutzenbewertung im Sinne eines Bedarfs durch die Zulassungs- oder sonstigen Behörden wirft große Probleme auf. Hier ist ausschließlich von der therapeutischen Wirksamkeit eines Arzneimittels die Rede, deren Nachweis im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu erbringen ist (§1 in Verb. mit §§ 22 ff. AMG). Positive Aussagen über die Wirksamkeit sind vom jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer vorzulegen.

Das Arzneimittelgesetz selbst formuliert den Anspruch, daß die therapeutische Wirksamkeit fehlt, wenn feststeht, daß sich mit dem Arzneimittel keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen (§ 25 Abs. 2 AMG). Diese Problematik wird in der Literatur auch als Beweislastumkehrung dargestellt. Weist der Hersteller therapeutische Ergebnisse in einer beschränkten Zahl von Fällen nach, so kann die Zulassungsbehörde nach dieser Interpretation den Marktzutritt nur dann verweigern, wenn sie ihrerseits den Nachweis der therapeutischen Unwirksamkeit des Medikamentes führt.

Es wird daraus abgeleitet, daß der vom Bundesgesundheitsamt geforderte Nachweis, daß sich mit dem Arzneimittel überhaupt keine therapeutischen Ergebnisse erzielen las-

sen, schon aus methodischen Überlegungen heraus nicht geführt werden kann. So ergibt sich die Schlußfolgerung, daß in Konsequenz der so vorgenommenen Umkehrung der Beweislast faktisch eine Wirksamkeitsprüfung der Arzneimittel, deren Zulassung beantragt wird, kaum vorgenommen werden kann (WESTPHAL 1982, S.343 f.). Diese Feststellung hat bereits Eingang in die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes gefunden (Vit-Organ-Beschluß d. BVerwG vom 2. Juli 1979 [BVerwGE 58, S. 167 ff.]).

Da das AMG im Wortlaut nicht eindeutig ist, sind einige zusätzliche Gesichtspunkte zur Verdeutlichung der Sachlage zu berücksichtigen. Im AMG wird nicht der strikte Beweis der Wirksamkeit, sondern lediglich eine »zureichende Begründung der Wirksamkeit« gefordert. Es gelten in diesem Zusammenhang die Grundsätze der Beweislastverteilung im Verwaltungsrecht. Aus der vom Gesetzgeber für die Zulassung von Arzneimitteln gewählten Konstruktion des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt (§ 21 AMG) folgt grundsätzlich, daß der Antragsteller die Beweislast dafür trägt, daß das Arzneimittel die behauptete Wirksamkeit besitzt. Auch die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung gemäß dem oben genannten Beschluß des Bundesverwaltungsgerichtes: "Die Bundesregierung geht davon aus, daß nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes nur solche Arzneimittel zum Verkehr zugelassen werden, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Sie sieht sich in dieser Ansicht durch die Rechtswirklichkeit, wie sie durch das Zulassungsverfahren der zuständigen Bundesbehörden geprägt wird, bestätigt." (Bundestags-Drucksache 9/1355 vom 12. Februar 1982). Die Zielsetzung des federführenden Bundestagsausschusses für Jugend, Familie, und Gesundheit geht in die gleiche Richtung, er schreibt in seinem Ausschußbericht: „Der Ausschuß hält es aus gesundheitspolitschen Erwägungen für unbedingt erforderlich, dem Hersteller eine differenzierte, d.h. nach der konkreten Indikation abgestufte Nachweispflicht bezüglich der von ihm für ein bestimmtes Anwendungsgebiet behaupteten Wirksamkeit aufzuerlegen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, daß die Volksgesundheit nicht nur durch bedenkliche, sondern auch durch unwirksame Arzneimittel gefährdet werden kann."

3. 3. 1. 2 Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit, risikobehaftete und unzweckmäßig zusammengesetzte Arzneimittel

In der besonderen Expertenkritik bezüglich ihrer Zusammensetzung und damit bezüglich ihres therapeutischen Nutzens stehen die sogenannten Kombinationsarzneimittel, zu denen u.a. die meisten Naturarzneimittel zählen. Ca. 50 % des gesamten Arzneimittelkonsums in der Bundesrepublik Deutschland wird derzeit noch von diesen Kombinationspräparaten repräsentiert. Allerdings ist der Anteil der Monopräparate in den vergangenen Jahren langsam, aber kontinuierlich gestiegen. Fixe Kombinationen haben gegenüber den Monopräparaten nur in wenigen Fällen Vorteile. Dafür bietet das unter anderem von der amerikanischen Arzneimittelbehörde (FDA) angewandte Kriterienraster nach CROUT gute Anhaltspunkte (CROUT 1974, S.50-54). Die sogenannten CROUTschen Kriterien fordern unter anderem für Arzneimittel mit mehreren Inhaltsstoffen, daß jeder einzelne Inhaltsstoff therapeutisch wirksam ist und daß die Dosierung jedes einzelnen Inhaltsstoffes wirksam und unbedenklich ist. Darüber hinaus muß die Kombination sicherstellen, daß die zugefügten Inhaltsstoffe die Wirksamkeit und/oder Unbedenklichkeit des Hauptinhaltsstoffes erhöhen bzw. die Möglichkeit des Mißbrauchs des Hauptinhaltsstoffes verringern.

Sofern ein Arzneimittel diese Kriterien nicht erfüllt, besagt dies zwar noch nichts über die Wirksamkeit einzelner Inhaltsstoffe oder der Kombination. Es bleibt allerdings festzuhalten, daß der Sinn des so zusammengesetzten Arzneimittels aus pharmakologischer Perspektive nicht nachvollziehbar ist. So weisen denn auch eine Reihe von Untersuchungen bezüglich der Kombinationsarzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland nach, daß ein Großteil dieser Präparate nicht sinnvoll zusammengesetzt ist. Im SGB V, § 34 Abs. 3 sind Steuerungsregelungen vorgesehen, durch eine vom Bundesarbeitsminister im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft zu erlassende Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates unwirtschaftliche Arzneimittel von der Versorgung in der GKV auszuschließen.

3. 3. 1. 3 Patentrechtliche Aspekte der Arzneimittelinnovation

Insbesondere die Tatsache, daß ein großer Teil der zahlreichen Krankheitsbilder bisher noch nicht kausal therapierbar ist, macht deutlich, daß weitere Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen unerläßlich sind, um eine optimale Arzneimitteltherapie zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang spielt die Frage des Patentschutzes von Arzneimitteln eine besondere Rolle. Der Patentschutz für Arzneimittel beträgt in der Bundesrepublik Deutschland derzeit 20 Jahre.

Für Innovationen im engeren Sinne, die sowohl unter medizinisch-pharmakologischen wie auch unter ökonomischen Gesichtspunkten vom Markt verlangt werden, sind ausreichende Patentschutzfristen oder ein funktional äquivalenter Erfinderschutz unabdingbar, nicht zuletzt um die Forschungsintensität der pharmazeutischen Industrie nicht unnötig zu beeinträchtigen. Die Forschungsintensität und -kapazität der deutschen pharmazeutischen Industrie ist nicht nur unter medizinisch-therapeutischen, sondern auch unter nationalen wie internationalen Wettbewerbsaspekten von großer Bedeutung. Von daher hängt die Weiterentwicklung des Arzneimittelangebotes in Richtung einer möglichst optimalen Arzneitherapie auch davon ab, inwieweit es gelingt, den forschenden pharmazeutischen Unternehmen eine ausreichende ökonomische Nutzungszeit der Patente zu gewährleisten. Nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie beträgt derzeit die ökonomische Nutzungszeit der Patente infolge langwieriger Prüfungen vor der Zulassung bzw. infolge des Zulassungsprozesses selbst durchschnittlich nur noch 7,7 Jahre (SUCHY 1987). Durch die 2. Novelle des Arzneimittelgesetzes wurde bereits eine Verbesserung für die forschende Industrie erreicht, da ein Nachahmer sich erst auf die wissenschaftliche Untersuchung eines zugelassenen Arzneimittels beziehen darf, wenn diese Arzneimittel mindestens 10 Jahre am Markt ist. Im SGB V, § 35 Abs.4 wurde zum Schutz der forschenden Arzneimittelindustrie festgelegt, daß ein Festbetrag für Arzneimittel mit demselben Wirkstoff erst 3 Jahre nach der 1. Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgesetzt werden kann.

Nicht nur die derzeit schleppende Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes, sondern die Zulassungsbedingungen insgesamt führen, vor allem auch nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie, zu einem für die forschenden, innovativen Unternehmen ungünstigen Investitionsklima. Es wird darauf hingewiesen, daß auf die eigentliche

Forschung, nämlich die Gewinnung von potentiellen neuen Arzneistoffen, lediglich knapp ein Drittel der gesamten Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen entfällt (BPI 1988, S.53). Über die Hälfte der Kosten beansprucht nach Angaben des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie die Entwicklung eines Arzneistoffes zum Arzneimittel einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Nachweise von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit (BPI 1988, S.53). Dabei wird der Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes insofern eine bedeutende Rolle beigemessen, als die wissenschaftlichen Auflagen, die an die Zulassung eines Arzneimittels geknüpft werden, in der Vergangenheit kontinuierlich erhöht und nach Auffassung der Pharmaindustrie zum Teil sogar überzogen worden sind.

3. 3. 2 Qualitative Aspekte der Verordnungsstruktur

Die kritische Beleuchtung des qualitativen Angebotes der pharmazeutischen Industrie zeigt, daß es auf dem deutschen Arzneimittelmarkt zahlreiche, in der pharmakologischen Wissenschaft völlig unstrittige und insofern in bezug auf ihre Wirksamkeit bzw. ihren therapeutischen Nutzen anerkannte Arzneimittel gibt. Für den verordnenden Arzt stellt sich indes das Problem, aus der Vielzahl der angebotenen Arzneimittel dasjenige auszusuchen, das den Ansprüchen an die Wirksamkeit und den Ansprüchen an den therapeutischen Nutzen in der besonderen Situation am ehesten entspricht.

3. 3. 2. 1 Verordnung therapeutisch umstrittener Arzneimittel

Der Anteil umstrittener Arzneimittel im Angebot der pharmazeutischen Industrie führt dazu, daß sich solche Arzneimittel auch in der Verordnungsstruktur der Ärzte niederschlagen. Sofern dem Arzt die notwendigen Möglichkeiten fehlen, zwischen den verschiedenen Qualitätssortimenten des Arzneimittelmarktes eine Entscheidung zu treffen, werden sich auch im Rahmen der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl solcher Arzneimittel finden, die in der pharmakologischen Wissenschaft als umstritten gelten. Von den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der Größenordnung von rund 20 Milliarden DM geben denn auch nach Ergebnissen des Arzneiverordnungs-Reports die gesetzlichen Krankenversicherungen ca. 5 Milliarden DM für derartige Arzneimittelgruppen aus (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.11 ff.). An oberster Stelle finden sich hierbei die durchblutungsfördernden Mittel, die einen Gesamtumsatz von 1,4 Milliarden DM repräsentieren. Der therapeutische Nutzen einer Dauertherapie mit diesen Präparaten bei funktionellen Durchblutungsstörungen ist bis heute nicht nachweisbar. Darüber hinaus lassen die hohen Verordnungszahlen vermuten, daß diese Präparate bei Schweregraden eingesetzt werden, die einer medikamentösen Therapie nachweislich nicht mehr zugänglich sind. Zu den ebenfalls therapeutisch umstrittenen Arzneimittelgruppen gehören in diesem Zusammenhang beispielsweise die externen Rheumamittel (Umsatz 1987: 416 Mio. DM), Expektorantien (Umsatz 1987: 623 Mio. DM) oder auch die Venenmittel (Umsatz 1987: 590 Mio. DM).

Der nach den Ergebnissen des GKV-Arzneimittelindexes erstellte Arzneiverordnungsrekord nimmt eine pauschale Bewertung großer, mitunter sehr heterogener Arzneimittelgruppen vor. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, daß beispielsweise die Gruppe der durchblutungsfördernden Mittel von der pharmakologischen Wissenschaft hinsichtlich ihres therapeutischen Wertes unterschiedlich beurteilte Arzneimittel enthält. So finden sich hier Wirkstoffe, die von der BGA-Aufbereitungskommission zur Bewertung von Arzneimitteln bei Hirnleistungsstörungen im Alter als wirksam eingestuft wurden und solche, die eine Negativmonographie erhielten. Die differenzierte Betrachtung hat auch in der Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ihren Niederschlag gefunden. Die im GKV-Arzneimittelindex genannten Umsatzzahlen sollten daher nicht als potentielles Einsparvolumen aufgefaßt werden.

3. 3. 2. 2 Arzneitherapie ohne begründete Indikation

Eine zielgerichtete Arzneimitteltherapie verlangt eine klare Diagnose. Die Praxis zeigt jedoch, daß ein relativ hoher Anteil von mehr oder weniger unspezifischen psychosomatischen Symptomen in der allgemeinen Praxis anzutreffen sind, die sich einer klar abgrenzbaren Diagnose entziehen. Gleichwohl werden auch derart unspezifische Krankheitsbilder (vegetative Dystonie, Abgespanntheit etc.) einer medikamentösen Therapie zugeführt. Gerade für derart unspezifische Krankheitsbilder bietet die pharmazeutische Industrie eine Fülle von Kombinationsarzneimitteln an, die im Wege der »Schrotschuß-Therapie« Hilfe versprechen.

Gleichfalls ist festzustellen, daß häufig Arzneimittel verordnet werden, die zwar in ihrer Wirksamkeit durchaus unstrittig sind, bei der Indikation jedoch, in der sie eingesetzt werden, fehl am Platze sind. So ist beispielsweise bei den durchaus unstrittigen H2-Antagonisten (Ulcustherapeutika) infolge ihrer besonderen Verordnungshäufigkeit des öfteren die Frage gestellt worden, ob diese gut wirksamen Arzneimittel über das therapeutisch Zweckmäßige hinaus verordnet wurden (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.125). Für die Herzglykoside ist in kontrollierten Untersuchungen nachgewiesen worden, daß sie in nahezu der Hälfte aller Fälle ohne ausreichende Indikation gegeben wurden (SCHOLZ 1988, S.233). Zu den vielfältigen Arzneimittelverordnungen ohne ausreichende Indikation zählen aber auch all jene Fälle, in denen gleichsam »großkalibrig« leichtere Erkrankungsformen bekämpft werden. Als »klassisch« gilt hier der vorschnelle Antibiotika-Einsatz vor allem bei Virusinfekten. Aber auch der vorzeitige Einsatz von stark wirksamen ACE-Hemmern in der Bluthochdruckthерapie aufgrund eines ärztlichen Fehlverhaltens kann hier beispielhaft erwähnt werden. Genauere Analysen über Arzneimitteltherapien ohne begründete Indikationen liegen allerdings nicht vor.

3. 4 Steuerungsprobleme: Aktionsparameter und Anreizsysteme

Wesentliche Gründe für die z. T. mangelnde Rationalität der Arzneitherapie liegen in den unzureichenden Steuerungselementen des Marktes und den fehlenden Aktionsparametern auf der Nachfrageseite.

3. 4. 1 Rolle des Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt

Aufgrund der besonderen Struktur des Arzneimittelmarktes mußte die pharmazeutische Industrie bisher mit nur wenig Druck der Nachfrage auf ihre Preisgestaltung rechnen. Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient, mangelnde Einflußmöglichkeiten auf der Seite der gesetzlichen

Krankenversicherung und Gleichgerichtetheit der Interessen bezüglich der Preisgestaltung auf seiten der Apothekerschaft haben bisher die Rolle der Preise als Wettbewerbsparameter stark in den Hintergrund gedrängt. Die mangelhafte Transparenz des Marktes und die Heterogenität der Produktpalette hatte darüber hinaus zumindest bei den Patienten, möglicherweise auch bei den Ärzten, mangels anderer Qualitätsmaßstäbe zu einer positiven Signalwirkung der Preise geführt.

Erst seit wenigen Jahren hat sich im Zusammenhang mit der Kostendämpfungsdiskussion im Gesundheitswesen sowie strukturellen Veränderungen des Arzneimittelmarktes (Patentauslauf für marktrelevante Arzneistoffe) zumindest bei den wirkstoffgleichen Präparaten eine ernstzunehmende preisliche Konkurrenz für die Originalprodukte etablieren können.

3. 4. 2 Die Dominanz der Herstellerinformationen

Vor dem Hintergrund des in den meisten Bereichen nur nachrangigen Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt sind aufgrund der zirkularen Interdependenz (OBERENDER 1984) andere Wettbewerbsparameter sehr intensiv eingesetzt worden. Marktstrategische Bedeutung auf der Herstellerseite hat die Informationspolitik gewonnen.

Aus der BPI-Mitgliederbefragung von 1986 geht hervor, daß den Arzneimittelherstellern gegenwärtig 27,1 % ihrer Kosten durch Werbung, Vertrieb und »Wissenschaftliche Information« entstehen (BPI 1987/88, S.91). Das bedeutet, daß die pharmazeutische Industrie gegenwärtig rund fünf Milliarden DM jährlich in diese Aktivitäten investiert. Dazu gehört insbesondere auch die wissenschaftliche Information der Ärzte.

Eine Milliarde DM davon setzt die pharmazeutische Industrie nach der AOK-Studie jährlich für die »Erinnerungswerbung« durch Anzeigen ein. Die Anzeigenwerbung verteilt sich danach etwa zur Hälfte auf die Werbung für Laien (ausschließlich für nicht-verschreibungspflichtige Präparate) und zur anderen Hälfte auf die Werbung für Fachkreise in den ärztlichen Fach- und Standeszeitschriften (AOK-BUNDESVERBAND 1984, S. 109).

Zentrale Bedeutung kommt dabei dem Pharma-Außendienst mit 10.000 (Schätzung des BPI) bis 16.000 (Schätzung des AOK-Bundesverbandes) Ärzteberatern zu. Empirische Untersuchungen belegen, daß die Ärzteberater der Herstellerfirmen für viele Ärzte die vorrangige Informationsquelle über Arzneimittel darstellen (WESTPHAL 1982, S.94 ff.).

Dem Einsatz absatzstrategischer Instrumente der Hersteller auf dem Gebiet der Produktinformation stehen auf der Nachfrageseite nur sehr begrenzte Einflußmöglichkeiten gegenüber. Versuche, über individuelle Arzneimittelinformationen an die Ärzte durch Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen Informationsdefizite zu beseitigen, zeigen aber, daß eine zielgerichtete Beratung der Ärzte erfolgreich ist.

Durch den gezielten Einsatz von Ärzteberatern auch im Krankenhaus, durch selektive Rabattpolitik gegenüber den Krankenhäusern sowie durch vielfältige Kooperationen im Bereich der klinischen Arzneimittelforschung wird ferner die Krankenhausmedikation durch die Arzneimittelhersteller erheblich beeinflußt.

Aus regionalen Studien ist bekannt, daß die ausführlichen Arztbriefe, mit denen der weiterbehandelnde Arzt über die stationäre Behandlung informiert werden soll, in der Regel erst nach einigen Wochen bei dem weiterbehandelnden Arzt eintreffen. Die dem Patienten unmittelbar für die Weiterbehandlung mitgegebenen Kurzbriefe enthalten zumeist nur die für die Weiterbehandlung unmittelbar wichtigen Hinweise, insbesondere zur Fortführung der Arzneitherapie (BAYER/REICHELT/VIEFHUES 1984, S.159 f.). Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers soll in den dreiseitigen Verträgen (§ 115 Abs. 2 Nr. 2, § 112 Abs. 2 Nr. 1b SGB V) die Nennung der Wirkstoffe zur Erleichterung des Einsatzes von Generika in der fortführenden ambulanten Behandlung vorgesehen werden.

3. 4. 3 Mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten durch Arzt und Patient

3. 4. 3. 1 Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient

Aufgrund der Besonderheiten der Beziehungen zwischen den Leistungsanbietern und den gesetzlichen Krankenkassen im Bereich des Arzneimittelmarktes war die Nachfrageseite weitgehend ausdifferenziert. Der Patient als Endverbraucher der Arzneimittel hatte in der Regel kein besonderes Interesse an niedrigen Preisen der ihm verordneten Arzneimittel. Eher noch identifiziert er mangels anderer Bewertungsmaßstäbe hohe Preise der ihm verordneten Arzneimittel mit hoher Qualität.

Aber auch beim verordnenden Arzt ergeben sich oft nur sehr begrenzte ökonomische Anreize für eine preisbewußte Arzneitherapie. Mit Konsequenzen für sein persönliches Einkommen muß der Arzt erst dann rechnen, wenn er in ein Regreßverfahren gerät. Auch wenn gesichertes empirisches Material derzeit fehlt, kann davon ausgegangen werden, daß die realisierten Arzneimittelregresse gegen Ärzte sich im Promillebereich der Arzneimittelausgaben bewegen und praktisch keine Bedeutung haben. Ihre Bedeutung erwächst möglicherweise indirekt daraus, daß gerade den meisten Ärzten diese Tatsache unbekannt ist und die »Regreßangst« in gewissem Umfang die fehlenden ökonomischen Anreize ersetzen kann. Aus den in dem SGB V vorgesehenen Steuerungsmechanismen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenärztlichen Versorgung (§106) und der Vereinbarung von Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Hilfsmitteln (§ 84) sind ökonomische Anreize für eine preisbewußte Arzneitherapie zu erwarten. Wichtig ist auch die Regelung, daß gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen sollen. Durch die mit dem GRG eingeführten Richtgrößen und Stichprobenprüfungen wird wahrscheinlich das Interesse des Arztes an einer wirtschaftlichen Verordnung gefördert.

3. 4. 3. 2 Geringe Preiselastizität der Nachfrage

Insofern Arzneimittel nicht beliebig gegeneinander substituierbar sind, ergibt sich bereits theoretisch eine geringe Preiselastizität der Nachfrage. Diese Tatsache wird noch weiter verstärkt durch Probleme der Patienten-Compliance und unzureichender Informationen bezüglich der Bioverfügbarkeit bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln, was in Einzelfällen auch dort eine Substitution von Arzneimitteln verhindert, wo sie objektiv ohne Nachteile für die Patienten durchgeführt werden könnte. Dem wird versucht, mit der Einführung von Festbeträgen und den dabei vorzunehmenden Bioverfügbarkeitsuntersuchungen in Zukunft entgegenzuwirken. Aus diesem Grunde wären die Arzneimittelhersteller –

sieht man von kartellrechtlichen Bestimmungen ab – relativ frei in der Gestaltung ihrer Preise.

Auch der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland fehlte – im Gegensatz zu den meisten europäischen Nachbarn – bislang jede Möglichkeit zur Einflußnahme auf die Preise, was mit den Festbeträgen, aber auch mit der Möglichkeit der Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen wirkstoffgleichen Arzneimitteln verändert wurde. Mit der prozentualen Selbstbeteiligung der Versicherten ab 1992 wird ein ebenfalls die Preisempfindlichkeit förderndes Instrument eingeführt.

3. 4. 4 Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung

3. 4. 4. 1 Festbeträge

Nach § 35 SGB V wird den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstmalig die Möglichkeit eingeräumt, gemeinsam und einheitlich Festbeträge auf der Grundlage rechnerischer mittlerer Tages- oder Einzeldosen festzulegen. Voraussetzung ist die Festlegung von vergleichbaren Arzneimittelgruppen durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen.

Bei Festbeträgen handelt es sich nicht um unmittelbar administrierte Preise. Die Preissetzung selbst obliegt wie bei allen Medikamenten den Herstellern. Diese haben die Möglichkeit, ihre Preise auf die von den Krankenkassen festgelegten Festbeträge einzustellen. Für Arzneimittel, die im Festbetrag oder unterhalb desselben liegen, braucht der Patient keine Zuzahlung zu leisten. Soweit Arzneimittel mit einem über dem Festbetrag liegenden Preis verordnet werden, muß der überschießende Betrag jedoch vom Versicherten selbst getragen werden. Zu beachten ist ferner, daß die Festbetragskonzeption mit einer Ausweitung der individuellen Selbstbeteiligung gekoppelt wird. Soweit kein Festbetrag festgesetzt ist, soll die neue Zuzahlung von 3.00 DM je Arzneimittel (früher 2.00 DM) ab 1.1.1992 in eine 15%-ige Selbstbeteiligung mit einer Höchstgrenze von 15.00 DM je Mittel umgewandelt werden. Allerdings gilt auch hier die vom Gesetzgeber vorgesehene Härtefallregelung in Form der vollständigen oder teilweisen Befreiung (§§ 61, 62 SGB V).

Das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge soll dreistufig verlaufen, wobei in einer ersten Stufe Festbeträge für Arzneimittel mit »denselben Wirkstoffen«, in der zweiten Stufe mit »pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen« und in der dritten mit »pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung« festgelegt werden sollen. Ein Festbetrag für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen kann frühestens drei Jahre nach der ersten Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgesetzt werden (§ 35 Abs. 4 SGB V).

In den Festbeträgen kommen zwei wichtige Regulative zur Wirkung: Zum einen wird die Realisierung von Innovationsgewinnen auf seiten der Unternehmen sich – wie es auf anderen Märkten auch üblich ist – grundsätzlich auf die Patentlaufzeit beschränken. Zusätzliche Gewinne, die bei Arzneimitteln nach Ablauf des Patentschutzes bislang allein aus Gründen mangelnden Preiswettbewerbs entstanden, entfallen somit. Das andere wichtige Regulativ, das die Festbeträge vom Grundsatz her enthalten, ist die Schaffung eines verstärkten Preisbewußtseins bei Ärzten und Patienten. Diese Wirkung geht durchaus über die bloße Substitution teurer durch preisgünstige Präparate hinaus. Das mangelnde Preisbewußtsein bei Ärzten und Patienten bezüglich der Arzneimittel resultiert aus dem »fehlenden Interesse« und dem mangelnden ökonomischen Anreiz zur preiswerten Arzneiverordnung. Insofern könnte die durch das Festbetragsmodell implizit geforderte Substitution (z.B. wirkstoffgleicher Arzneimittel mit unterschiedlichen Preisen) bei einem Großteil der Betroffenen überhaupt erst die Erkenntnis schaffen, daß im Arzneimittelsektor die Preis/Leistungs-Relation zugunsten der Konsumenten, letztlich also der gesetzlich Krankenversicherten, verändert werden kann. Die Arzneimittelfestbeträge würden damit die bislang weit verbreitete positive Signalwirkung hoher Preise, die aus der mangelnden Markttransparenz resultiert, durchbrechen.

Ob und inwieweit durch Anwendung der Festbetragsregelung tatsächlich die erwünschten Steuerungswirkungen eintreten, hängt – neben der Lösung nach wie vor bestehender praktischer Umsetzungsprobleme (s.u.) – entscheidend von den Anpassungsreaktionen der Marktteilnehmer ab. Die Wirkungen der Festbeträge auf das Preisgefüge können außerordentlich vielfältig sein. Für die Hersteller von Arzneimitteln, deren Preise über dem Festbetrag liegen, besteht vom Prinzip her ein Anreiz, ihre Preise zu senken, um Verkaufsrückgänge zu vermeiden. Dies findet derzeit statt. Umgekehrt könnten Anbieter, deren Präparate preislich unter dem Festbetrag liegen, dazu neigen, ihre Preise zu erhöhen. Angesichts der Heterogenität des Arzneimittelmarktes kann allerdings kaum davon ausgegangen werden, daß alle Hersteller pharmazeutischer Erzeugnisse gleichgerichtet handeln und ihre Preise auf Festbetragsniveau festlegen. Die tatsächlichen Verhaltensweisen der Anbieter werden vielmehr nach Marktstellung, Firmenstruktur sowie Indikationsbereich und Wirkstoffart der einzelnen Produkte erheblich divergieren (siehe auch SVR KA 1989, S.93). Generika-Hersteller beispielsweise könnten, vorausgesetzt die Höhe des Festbetrages läßt dies zu, weiterhin versuchen, signifikante Preisabstände gegenüber dem Originalanbieter aufrecht zu erhalten. Denkbar ist ferner, daß einzelne Anbieter Preiseinbußen bei nicht mehr patentgeschützten Präparaten durch Preiserhöhung der patentgeschützten ausgleichen.

Welche Wirkungen Festbeträge auf die Innovationstätigkeit der pharmazeutischen Unternehmen ausüben werden, wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Einerseits stellt der Wegfall des »Erstanbieterbonus« nach Patentablauf durchaus einen Anreiz zu verstärkten Forschungsaktivitäten dar, um für möglichst viele Produkte Innovationsgewinne während der Patentlaufzeit zu realisieren. Dagegen läßt sich andererseits einwenden, daß die schmaler werdende ökonomische Basis für einzelne Unternehmen eine Einschränkung der Forschungsaktivitäten zur Folge haben wird. Auch ist nicht zu übersehen, daß ein sektoral verschärfter Anbieterwettbewerb bei einzelnen Arzneimittelherstellern den Einsatz extensiv angewandter Marketingstrategien durch Produktdifferenzierung zur Folge haben kann, die nur in wenigen Fällen zu echten therapeutischen Verbesserungen führen dürfte.

Von erheblicher Bedeutung für die Wirkung der Festbetragsregelung ist das Verordnungsverhalten der Ärzte. Diese sind verpflichtet, die Patienten auf die bestehende Neuregelung und damit auch auf mögliche Zuzahlungen der Versicherten hinzuweisen. Hierbei wird es entscheidend von der sachlichen Unterweisung durch den Arzt abhängen, inwieweit der Patient Konflikten ausgesetzt ist und ob eine Zuzahlung erfolgen muß (SVR KA 1989, S.94). Sofern die Versicherten ihrerseits bereit sind, Zuzahlungen auch für solche

Präparate zu entrichten, die der Festbetragsregelung unterliegen, erweist es sich aus der Sicht der Arzneimittelhersteller als ökonomisch rational, in den entsprechenden Marktsegmenten die Preise oberhalb der Festbeträge zu fixieren.

Während die verwaltungstechnische Realisierbarkeit von Festbetragsmodellen außer Zweifel steht, werden von unterschiedlicher Seite gegen die pharmakologisch-wissenschaftliche Dimension der Festbeträge Zweifel angemeldet. Umsetzungsprobleme werden für die Festbeträge der Gruppen 2 und 3 gesehen, da in diesen Fällen bislang hinreichende medizinisch-wissenschaftliche und pharmakologische Kriterien für die Gruppenbildung fehlen (Siehe u. a. HUBER 1988, S. 234; REICHELT 1988, S. 666 f; MEIER-JÜRGEN 1989, S. 21).

Eine grundsätzliche Schwierigkeit bei der Festsetzung der Festbeträge besteht darin, daß von »zu hoch« fixierten Festbeträgen keine bzw. nur geringe Steuerungseffekte ausgehen, »zu niedrig« angesetzte Beträge können demgegenüber zu sozial- und verteilungspolitisch bedenklichen Zuzahlungen der Patienten führen. Auch sind in diesem Fall negative Effekte für den Forschungsbereich sowie die Struktur des Arzneimittelsektors nicht auszuschließen.

3. 4. 4. 2 Arzneimittel-Richtlinien/Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Arzneimittel-Richtlinien dienen der Operationalisierung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsprinzips. Sie enthalten jedoch nur allgemeine Grundsätze für die kassenärztliche Verordnungsweise.

Ein wesentlicher Baustein im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien ist die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erstellte Preisvergleichsliste. Obwohl hier erste qualitative Einordnungen von Arzneimitteln in den jeweiligen Indikationsgebieten vorgenommen werden, ist mit dieser Einteilung der Arzneimittel eine Einschränkung der Therapiefreiheit nicht verbunden. Die Preisvergleichsliste hat weder Positiv- noch Negativlistencharakter. Alle in der Liste aufgeführten Arzneimittel sind in der kassenärztlichen Versorgung grundsätzlich verordnungsfähig.

So bestimmt die Preisvergleichsliste selbst, daß der Preisvergleich die individuelle Auswahl und Dosierung der Arzneimittel durch den verordnenden Arzt nach Maßgabe von Preis und therapeutischer Wirksamkeit, pharmazeutischer Qualität sowie – wo relevant – unterschiedlicher Bioverfügbarkeit nicht ersetzen kann. Der Arzt soll daher im Rahmen seiner eigenen Beobachtungen und des ihm zugänglichen Wissens zu einem eigenen Qualitätsurteil kommen. Er ist von daher auch frei in der Auswahl der in der Liste zusammengestellten Arzneimittel.

Basis von Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen war bisher allein der Vergleich des Verordnungsvolumens des jeweiligen Arztes mit dem durchschnittlichen Verordnungsvolumen seiner Fachgruppe. Damit wurde die Verordnungsweise des Durchschnitts aller Ärzte zum Maßstab erhoben und erhielt somit zu Unrecht den Maßstab eines Standards, an dem die Frage der Wirtschaftlichkeit zu klären war.

Der einzige, allerdings indirekte Durchgriff auf die Verordnungsweise für die gesetzliche Krankenversicherung war bislang der Arzneimittelregreß. Es besteht jedoch ganz überwiegend die Auffassung, daß dieser Regreß niemals eine Größenordnung erreichen kann, wie sie für Verhaltensänderungen aller Beteiligten offenbar erforderlich ist.

Im übrigen spielte das einzelne Arzneimittel in seiner qualitativen Ausprägung eher eine untergeordnete Rolle im bisher praktizierten Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Schwerpunkte hinsichtlich der ärztlichen Leistungen lagen eindeutig auf den Parametern Preis und Menge. Das SGB V sieht nunmehr im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung neben der arztbezogenen Prüfung nach Durchschnittswerten eine Kontrolle bei Überschreitung der Richtgrößen sowie Prüfungen auf der Grundlage arztbezogener und versichertenbeziehbarer Stichproben vor (§ 106 SGB V). Darüber hinaus können die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Ob die neuen Instrumente im Hinblick auf die qualitative Dimension der ärztlichen Verordnungsweise zu einer verbesserten Wirtschaftlichkeitskontrolle führen, wird nicht zuletzt von ihrer konkreten Ausgestaltung und praktischen Handhabung abhängen.

3. 4. 5 Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen im Arzneimittelsektor

Letztlich verhindern nicht nur die vielfältigen Regulierungen und Reglementierungen des Arzneimittelsektors die Entfaltung wettbewerblicher Marktprozesse im Arzneibereich, sondern sie schaffen zugleich auch einen guten Nährboden für die Entstehung unternehmerischer Wettbewerbsbeschränkungen. Der Staat fordert durch seine konstruktivistischen Eingriffe (Interventionsspirale: 2. AMG, KVKG, KVEG) geradezu ein abgestimmtes und somit nicht wettbewerbliches Verhalten der Unternehmer heraus (z.B. »Berliner Beschlüsse« des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, Normpackungsgrößen) (hierzu ausführlich OBERENDER 1984, S. 243 ff.). Gegenwärtig gerät vor allem die Arzneimittelindustrie immer stärker in die Schußlinie öffentlicher Kritik. Oft werden dabei in erster Linie die Arzneimittelhersteller für die Fehlentwicklungen im Gesundheitsbereich verantwortlich gemacht.

Zunächst muß festgehalten werden, daß sich die pharmazeutischen Unternehmen ebenso wie die Patienten völlig rational verhalten, wenn sie durch den Einsatz verschiedener Instrumente im gegebenen Rahmen versuchen, möglichst viel für sich herauszuholen. Die besonders in letzter Zeit immer stärker zu beobachtenden Vorwürfe gegen Arzneimittelhersteller sind damit an die falsche Adresse gerichtet. Sie sind vielmehr an diejenigen zu richten, die den Handlungsspielraum für pharmazeutische Unternehmen durch die ständigen Interventionen immer enger schnüren.

Eine Lösung der gegenwärtigen Probleme im Arzneimittelbereich ist nur dann möglich, wenn es gelingt, nicht an den Symptomen herumzukurieren, sondern indem eine ursachenadäquate Therapie in Form einer konsequenten Deregulierung betrieben wird. Insbesondere muß man hier eine Antwort geben, ob die bestehenden Wettbewerbsbeschränkungen und Sonderregelungen im Arzneimittelbereich heute in diesem Umfang überhaupt noch erforderlich sind. Im Mittelpunkt aller Reformbestrebungen muß der einzelne Mensch und seine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung stehen. Hierbei darf es keinen Bestandsschutz für Institutionen (z.B. Krankenkassen) und Leistungserbringer (z.B. Ärzte) geben.

4. Instrumente zur Reform

Abgeleitet aus der Problemanalyse sehen die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, einhellig die vorrangige Notwendigkeit einer verstärkten Qualitätssicherung bei der Arzneimittelversorgung. Einigkeit besteht darin, daß der Verbesserung der pharmakologischen Ausbildung der Ärzte sowie der verbesserten Aufklärung und Information von Arzt und Patient als flankierende Maßnahmen zu einzelnen Instrumenten ein besonderer Stellenwert zukommt.

Neben Maßnahmen zur Qualitätssicherung müssen auch die Mengen- und Preisprobleme der Arzneimittelversorgung angegangen werden.

Zur Erreichung der genannten Ziele werden in der öffentlichen Diskussion eine Reihe von Instrumenten vorgeschlagen. Einige von ihnen werden im folgenden aufgegriffen.

4. 1 Selbstbeteiligung

Eine Selbstbeteiligung hat in erster Linie zwei Ziele: Zum einen soll dadurch wirkungsvoll das Verhalten aller gesteuert werden, und zum anderen soll dadurch zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben beigetragen werden (OBERENDER 1988).

Durch eine fühlbare Selbstbeteiligung soll sowohl beim Patienten als auch bei den Leistungserbringern die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nachhaltig beeinflußt werden. Es wird erwartet, daß durch individuelle Anreize eine gesunde Lebensführung und eine kosten- sowie preisbewußte Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen ausgelöst werden. Diese Änderung des Bewußtseins bewirkt auch, daß die Bereitschaft der Leistungserbringer zunimmt, Gesundheitsleistungen bedarfsgerecht und kostengünstig zu erbringen. Dadurch wird ein wirtschaftliches Verhalten gemäß dem ökonomischen Prinzip gefördert.

Um den Patienten in seiner Eigenverantwortung und in seinem Eigeninteresse zu stärken, ist es notwendig, sozial adäquates und wirtschaftliches Verhalten zu belohnen sowie sozial unerwünschtes und verschwenderisches zu bestrafen. Dadurch sind positive Wirkungen auf die Gesundheitseinstellung sowie auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten zu erwarten. Dies schlägt sich u. a. in einer Zunahme des Interesses und des Bedarfs an Informationen über die Leistungserbringung sowie deren Kontrolle nieder.

Durch eine fühlbare Selbstbeteiligung werden die Krankenkassen finanziell entlastet. Es findet eine Verschiebung der finanziellen Belastung von der Krankenkasse zum Patienten hin statt. Dadurch wird u. a. vermieden, daß Bagatellfälle über die Krankenkassen geregelt werden.

Für eine Selbstbeteiligung existieren vielfältige Möglichkeiten. So kann durch die Reduktion der erstattungsfähigen Leistungen (z.B. Bagatelleistungen) der Selbstbehalt für den einzelnen Versicherten erhöht werden. Grundsätzlich sollten jedoch alle Krankheitsausgaben von einer Selbstbeteiligung betroffen werden, um Substitutionsprozesse und damit Diskriminierungen einzelner Bereiche zu verhindern.

Eine Selbstbeteiligung kann u.a. zum einen einkommensabhängig (z.B. 10 % des Jahresbruttoeinkommens) oder zum anderen als fixer Pro-Kopf-Betrag erfolgen. Im ersten Fall findet eine Umverteilung der Einkommen statt, im zweiten bleibt dieser Aspekt unberücksichtigt.

Generell sollten von einer Selbstbeteiligungsregelung alle Gesundheitsleistungen betroffen werden. Es könnte hier eingewandt werden, daß es sinnvoll sei, den Umfang und die Art des Selbstbehalts nach Preisempfindlichkeit und damit nach Dringlichkeit unterschiedlich zu regeln. So nimmt in aller Regel die Preiselastizität der Nachfrage nach Arzneimitteln über die ambulante zur stationären Behandlung sukzessive ab. Eine ökonomische Erklärung hierfür ist der von der Arzneimitteltherapie zur stationären Behandlung steigende Zeitpreisanteil. Einen weiteren Erklärungsgrund stellen die sukzessiv steigenden Motivationsbarrieren dar, d. h. dem einzelnen Patienten fällt es emotional immer schwerer, die betreffenden Leistungen von Arzneimitteln über die ambulante hin zur stationären Behandlung nachzufragen. Da diese Preiselastizität sowohl von Patient zu Patient als auch von Krankheitsfall zu Krankheitsfall sehr stark variiert, sollten keine unterschiedlichen Selbstbehaltsregelungen für einzelne Gesundheitsbereiche bzw. Gesundheitsleistungen getroffen werden. Nur so werden Diskriminierungen und damit Wettbewerbsverzerrungen vermieden. Bestünde nämlich in einzelnen Bereichen ein Selbstbehalt, so käme es vermutlich zu Substitutionsprozessen, die nicht nur zu einer Diskriminierung, sondern u. U. auch zu einer schlechteren und kostenintensiveren Gesundheitsversorgung führen könnten.

Fände beispielsweise nur eine fühlbare Erhöhung der Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln statt, so verschöbe sich vermutlich die Nachfrage zugunsten der ambulanten und der stationären Behandlung. Abgesehen von dieser Diskriminierung der Arzneimittel ergäben sich hier auch Kostensteigerungen der Therapie. Darüber hinaus bestünde die Gefahr, daß die durch pharmakologische Fortschritte mögliche Substitution der ambulanten bzw. stationären Behandlung durch Medikamente, wenn nicht gänzlich verhindert, so doch u. U. entscheidend behindert und verzögert wird. Dadurch werden vorhandene Rationalisierungsreserven der Arzneimittel überhaupt nicht bzw. nur sehr unzureichend und verzögert ausgenutzt.

Wie bereits erwähnt, muß das Ziel eines Selbstbehalts primär die Erhöhung des Preisbewußtseins der Nachfrager sein. Ein solches Bewußtsein kann sich allerdings nur dann auswirken, wenn die Nachfrage nach bestimmten Gesundheitsleistungen nicht starr ist. Es wird somit unterstellt, daß die Nachfrage dieser spezifischen Gesundheitsleistungen entweder zeitlich aufgeschoben werden kann, auf andere Leistungen (Substitutionsmöglichkeit) ausweichen kann oder durch den Verzicht auf den Leistungsbezug keine extremen Nutzenausfälle entstehen. Nun gibt es jedoch Situationen – wie beispielsweise Notfälle –, in denen diese Möglichkeiten nicht bestehen; vielmehr ist hier ein unmittelbarer Handlungsbedarf gegeben, d.h. die Nachfrage nach diesen Gesundheitsleistungen ist starr.

In einer solchen Situation spricht deshalb zunächst einiges dafür, aus sozial- und gesundheitspolitischen Überlegungen eine Sonderregelung einzuführen, indem beispielsweise auf einen Selbstbehalt gänzlich verzichtet wird. Eine Voraussetzung ist hierbei allerdings, daß zweifelsfrei festgestellt werden kann, wann eine solche Situation vorliegt. Diese Aufgabe müßte weitgehend vom Arzt in Zusammenarbeit mit dem Patienten wahrgenommen werden. Ferner ist es in diesem Zusammenhang wichtig zu entscheiden, ob diese Notfallsituation mit oder ohne Verschulden des Betroffenen eingetreten ist. Nur wenn kein eigenes Verschulden vorliegt, wäre eine Ausnahme von der Selbstbeteiligungsregelung zu vertreten.

Die zweifelsfreie Feststellung solcher Ausnahmen für Notfälle wäre mit einem unverhältnismäßig hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden. Außerdem wird es immer Grenzfälle geben, die sich nicht zweifelsfrei klären lassen. Darüber hinaus wären Ärzte einem verstärkten Druck seitens der Patienten ausgesetzt, auftretende Erkrankungen als Notfälle ohne eigenes Verschulden zu deklarieren, um eine – zumindest teilweise – Befreiung vom Selbstbehalt zu erreichen. Selbst wenn hier sehr strenge Kriterien angelegt werden würden, wäre es nicht zu vermeiden, daß die einzelnen Ärzte gleichgelagerte Fälle recht unterschiedlich beurteilten würden. Es ist deshalb zweckmäßig, überhaupt keine Ausnahme von der Selbstbehaltungsregelung zuzulassen.

Oft wird gegen einen Selbstbehalt eingewandt, daß Kranke veranlaßt werden könnten, nicht rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen. Dies könnte dann zu einer kostspieligeren oder gar nicht mehr möglichen Behandlung führen. Einer solchen möglichen Fehlhaltung könnte durch flankierende Maßnahmen – z.B. durch kostenlose Voruntersuchungen, intensive Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung – vorgebeugt werden. Eine mögliche Maßnahme wäre hierbei, eine volle Erstattung der anfallenden Gesundheitsausgaben durch die Krankenversicherung nur dann zu gewähren, wenn der betreffende Patient alle geforderten Vorsorgeuntersuchungen lückenlos nachweist. Weiter kann wohl davon ausgegangen werden, daß Patienten mit einem bestimmten Leidensdruck ohnehin einen Arzt oder einen Apotheker aufsuchen, um sich beraten zu lassen. Durch einen Selbstbehalt würden also primär Bagatellfälle getroffen werden.

Um ferner der Gefahr vorzubeugen, daß wirtschaftlich Schwache aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht behandelt werden können, sind für diesen Personenkreis, der beispielsweise ein bestimmtes Mindesteinkommen nicht erreicht, Ausnahmeregelungen (Härteklauseln, wie es im GRG der Fall ist) einzuführen.

Es besteht ferner die Gefahr, daß der Einzelne seinen zukünftigen Bedarf an finanziellen Mitteln im Rahmen einer Selbstbeteiligung unterschätzt, also u. U. zu viele Leistungen aus der Erstattung durch die Krankenkasse ausschließt. Im Krankheitsfall kann dies dann dazu führen, daß er nicht über ausreichende finanzielle Mittel zur Bezahlung seiner in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen verfügt. Um nun zu vermeiden, daß eine Behandlung im Krankheitsfall aus diesem Grunde unterbleibt oder in nicht ausreichender Weise erfolgt, bietet sich als Ausweg an, bei der Krankenkasse ein Treuhandkonto in Höhe des maximalen Selbstbehalts anzulegen. Der Versicherte würde in diesem Fall weiterhin seine Beiträge in vollem Umfang leisten, allerdings würde nun ein Teil, nämlich der von ihm gewünschte Selbstbehalt, auf ein Treuhandkonto bei der Krankenkasse gutgeschrieben werden. Erst am Jahresende würde dann der nicht verbrauchte Betrag dieses Kontos dem Versicherten ausbezahlt werden.

Bei der vorgeschlagenen Selbstbehaltsregelung besteht außerdem die Gefahr, daß die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht zurückgedrängt, sondern lediglich auf die Jahre verlagert wird, in denen beispielsweise aufgrund eines gravierenden Unglücksfalls oder einer schweren sowie teueren Erkrankung und der dann entstehenden Dringlichkeit der Behandlung die einkommensabhängige Selbstbeteiligungsgrenze ohnehin überschritten wird. Da diese Situation einer 100%-igen Vollversicherung entspricht, kann dann erwartet werden, daß sich die Betroffenen ähnlich wie gegenwärtig in der gesetzlichen Krankenversicherung verhalten werden. Die Patienten werden u. U. sogar dazu neigen, die bisher zurückgedrängte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nachzuholen und für kommende Perioden – soweit dies möglich ist – vorzusorgen. Dies kann beispielsweise durch Auffüllen der Hausapotheke geschehen. Es muß jedoch davon ausgegangen werden, daß immer nur ein relativ geringer Teil der Nachfrage zeitlich verlagert und damit nachgeholt werden kann. Außerdem sollte bei einer solchen zeitlich verschiebbaren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, wie sie insbesondere beim Zahnersatz sowie bei Heil- und Hilfsmitteln (Brillen, Hörgeräte) möglich ist, eine höhere direkte Selbstbeteiligung mit einer zeitlichen Fristenregelung – daß beispielsweise eine Brille nur alle fünf Jahre bezahlt wird – eingeführt werden.

Es kann auch nicht von der Hand gewiesen werden, daß Patienten versuchen werden, besonders teuere Leistungen in Anspruch zu nehmen, um möglichst rasch die Grenze des einkommensabhängigen Selbstbehalts zu erreichen. Einem solchen Verhalten könnte dadurch wirksam entgegengetreten werden, daß für die Berechnung des Selbstbehalts nur die im Katalog der medizinisch notwendigen Versorgung genannten Leistungen bis zum dort angegebenen Betrag berücksichtigt werden.

Insgesamt kann aufgrund einer verstärkten Selbstbeteiligung der Patienten erwartet werden, daß Gesundheitsleistungen preisbewußter nachgefragt werden und – bei entsprechenden Rahmenbedingungen – die Leistungserbringer Gesundheitsleistungen bedarfsgerechter sowie kostengünstiger als bisher anbieten werden. Damit wird der gegenwärtig stark verbreiteten Verschwendung durch die Schaffung individueller wirtschaftlicher Anreize entscheidend entgegengewirkt.

Allerdings muß hierbei bedacht werden, daß die Selbstbeteiligung nur ein Instrument zur Lenkung der Gesundheitsnachfrage darstellt. Grundlegend ist deshalb eine umfassende Entstaatlichung des Gesundheitswesens, indem mehr Wahl- und Handlungsfreiheit für alle Beteiligten eingeführt wird (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG« 1987). Es sind sowohl für Ärzte als auch für Krankenhäuser, Arzneimittelhersteller, Apotheker, kurzum für alle Leistungserbringer und auch Krankenkassen, fühlbare individuelle Anreize erforderlich, Gesundheitsleistungen bedarfsgerecht und kostengünstig zu erbringen und anzubieten.

So müssen Leistungserbringer, die wirtschaftlich handeln, finanziell belohnt und solche, die sich unwirtschaftlich verhalten, bestraft werden. Zur Lösung dieses Problems bieten sich verschiedene Möglichkeiten an. Grundsätzlich ist jedoch sicherzustellen, daß der einzelne Leistungserbringer ein besonderes Interesse an einem hohen Gesundheitsstand seiner Patienten und einer hohen Qualität der Gesundheitsversorgung seiner Patienten hat, ohne daß es hierbei zu einer Unterversorgung oder Selektion von Patienten kommt, die ein schlechtes Risiko darstellen.

Die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, sehen in Selbstbeteiligungsregelungen ein Mittel, um die Inanspruchnahme von Arzneimitteln durch die Versicherten zu steuern und den Preiswettbewerb zu forcieren. Dabei ist allerdings eine soziale Abfederung der Selbstbeteiligungsregelungen, wie sie mit dem Gesundheits-Reformgesetz durch die Härtefallregelungen vorgesehen sind, unabdingbar.

4. 2 Modelle direkter Preisverhandlung

Als eine weitere Möglichkeit werden direkte Preisverhandlungen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Herstellern angesehen. Derartige Preisverhandlungsmodelle sind allerdings nur dann akzeptabel, wenn sie auf beiden Seiten dezentral strukturiert werden. Dies bedeutet, daß letztlich die einzelne Krankenkasse mit einzelnen Arzneimittelherstellern die Preise – möglicherweise auch regional – aushandelt.

4. 3 Modelle globaler Budgetierung

Aus der Tatsache, daß der verordnende Arzt eine Schlüsselrolle für Art und Umfang der Arzneitherapie hat, ist verschiedentlich abgeleitet worden, ökonomische Anreizsysteme in der ärztlichen Honorierung zu etablieren, die auf eine wirtschaftliche Arzneiverordnung hin wirken.

Modelle einer globalen Budgetierung – etwa über den früher geltenden Arzneimittelhöchstbetrag – sehen die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, als wenig effiziente Steuerungsinstrumente an. Der Anreiz zur wirtschaftlichen Verordnungsweise ist für den einzelnen Arzt hier nur sehr indirekt vermittelt. Die Erfahrungen mit der in der Bundesrepublik geltenden Ein-zelleistungsvergütung für die ambulante Tätigkeit der Ärzte zeigt, daß mit Globalbudgetierung die Leistungsmenge beim einzelnen Arzt unmittelbar nicht zu reduzieren ist. Bestenfalls sind durch eine Einbeziehung der Arzneimittelhöchstbeträge in die Gesamtvergütung langfristige Effekte auf die verordnete Arzneimittelmenge zu erwarten. Der kurzfristige Effekt würde allerdings darin bestehen, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel durch die Einbeziehung in die Gesamtvergütung planvoll zu begrenzen, wobei das Risiko steigender Arzneimittelkosten bei der Ärzteschaft liegen würde.

4. 4 Bonus-Malus-Systeme

Von arztindividueller Budgetierung und Bonus-Malus-Systemen ist im Gegensatz zu Globalbudgetierungen schnell eine Begrenzung der verordneten Arzneimittelmenge zu erwarten. Insofern setzen Vorschläge, ausgehend vom Status quo, arztindividuelle Arzneimittelhöchstbeträge festzulegen, konsequent an der Schlüsselrolle des Arztes für Art und Umfang der Arzneitherapie an.

Generell beinhalten all diese Modelle eine Anbindung der ärztlichen Verordnungstätigkeit an das persönliche Einkommen des Arztes. Gegen diese Koppelung ist eingewendet worden, daß sie die Ärzte in eine Konfliktsituation dränge, mit der Gefahr, daß nicht in allen Fällen das Notwendige verordnet wird. Vor allem bestehe aber die Gefahr, daß den Ärzten, wenn sie im Einzelfall vom Medikamentenkonsum abraten oder ein kostengünstigeres Präparat anraten, egoistisches, einkommensorientiertes Verhalten unterstellt werden könne. Diese Konstellation kann zu ernsthaften Belastungen im Verhältnis von Arzt und Patient führen.

Die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, nehmen diese Einwände sehr ernst. Darüber hinaus ist zu betonen, daß derartige Regelungen einseitig an der Preis- und Mengenseite des Problems ansetzen. Qualitative Aspekte der Arzneitherapie bleiben hier tendenziell unberücksichtigt. Insofern kommen derartige Bonus/Malus-Systeme lediglich als flankierende Maßnahmen in Frage.

4. 5 Aut-Idem-/Aut-Simile-Verordnungen

Die Zulassung und Förderung von aut-simile-Verordnungen stellen ein adäquates Mittel dar, im Bereich wirkstoffgleicher Arzneimittel die Kosten zu reduzieren. Die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, plädieren deshalb dafür, die Apotheker stärker für die qualitätsbewußte Arzneimittelauswahl einzusetzen. Eine Änderung des Rezeptblattformulars, die dem Arzt durch Ankreuzen eines »aut-simile-Feldes« die Möglichkeit einräumt, dem Apotheker die konkrete Arzneimittelauswahl zu überlassen, stellt auch praktisch keine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit dar. Die Neuregelung im SGB sowie die Einbindung der Apotheken in das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 129 SGB V) stellen deshalb nach Auffassung dieser Kommissionsmitglieder einen ersten wichtigen Schritt dar.

4. 6 Flankierende Maßnahmen zur Beeinflussung des ärztlichen Verordnungsverhaltens; Verbesserung der ärztlichen Ausbildung und Informationspolitik

Die ärztliche Ausbildung im Bereich der Pharmakotherapie muß dringend verbessert werden. Es muß durch gezielte Maßnahmen versucht werden, bei den Medizinstudenten und Ärzten die Pharmakotherapie als »permanentes Bildungsproblem« im Bewußtsein zu verankern. Für diesen Zweck sollte ein System entwickelt werden, das Arzneimittelinformationen auch unabhängig von den Produzenten zur Verfügung stellt und den Ärzten nahebringt. Eine Möglichkeit dazu wird in dem bereits genannten unabhängigen Arzneimittelinstitut/BGA gesehen. Auf seiten der Ärzteschaft müssen die Berufsordnungsregelungen genutzt werden, um eine permanente Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung zu etablieren.

Abgeleitet aus der Beschreibung des derzeitigen Verordnungsspektrums im Rahmen der Problemanalyse sehen die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, auch kurzfristig einen deutlichen Beratungsbedarf der Ärzte in bezug auf eine rationale Arzneitherapie. Schwerpunktmäßig geht es auch dabei um die qualitativen Aspekte der Arzneitherapie.

Die zahlreichen globalen Informationen über das Verordnungsverhalten können derzeit vom einzelnen Arzt nur dann sinnvoll in konkretes und gewünschtes alternatives Handeln umgesetzt werden, wenn der Bezug zur eigenen Situation hergestellt wird. Globalinformation ist insofern wichtig, aber sie genügt nicht, da der individuelle Beitrag darin verschwindet. Im übrigen ist aus verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnissen abzuleiten, daß die persönliche Beratung und Information des Arztes als zweifellos effizientestes Kommunikationsmittel am ehesten Erfolg zeigt.

Anhand dieser individuell zugeschnittenen Informationen ist es möglich, die vorgefundene Verordnungsstruktur nicht nur unter Kostenaspekten, sondern insbesondere auch unter den notwendigen Qualitätsaspekten zu beleuchten. Dabei können auch Hinweise auf Abhängigkeitsrisiken gegeben werden.

Die derzeitigen Modellversuche bzw. Einzelaktionen im Rahmen der individuellen Arzneimittelinformation sollten daher fortgesetzt werden und von den Selbstverwaltungen der Ärzte und Krankenkassen gemeinsam getragen werden.

Die bereits beschriebene Ausstrahlung der Krankenhausmedikation auf den ambulanten Sektor wird gegenwärtig

von der pharmazeutischen Industrie oft für die Promotion teurer Original- und Markenpräparate genutzt. Ebenso wäre allerdings denkbar, die Krankenhausmedikation für die Forcierung von Generikaprogrammen und für die Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie einzusetzen.

Im Rahmen der Weiterbildung im Krankenhaus sollte die Diskussion der Arzneitherapie auf Ärztekonferenzen verpflichtend gemacht werden. Die Institutionalisierung von Qualitätssicherungszirkeln im Krankenhaus und die Etablierung entsprechender Informations-Systeme und Beratungsdienste sollte unterstützend hinzukommen.

4. 7 Modifizierung des Patentschutzes

Zur längerfristigen Sicherung der Qualität der Arzneimittelversorgung sehen die Kommissionsmitglieder, die diesen Bericht vorlegen, eine Modifizierung des Patentschutzes für Arzneimittel als erforderlich an. In Folge des aufwendigen Prüf- bzw. Zulassungsverfahrens für neue Arzneimittel hat sich die ökonomische Nutzungsfrist des Patentschutzes nach Angaben des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie auf 7,7 Jahre verringert. Es wird deshalb dafür plädiert, die Verminderung der ökonomischen Nutzungsdauer der Patente durch eine Modifikation der Patentlaufzeiten für Arzneimittel zu überwinden. Die Patentlaufzeit für Arzneimittel soll demnach erst mit der Zulassung – spätestens jedoch 10 Jahre nach Patenterteilung – durch das Bundesgesundheitsamt beginnen. Auf diesem Wege sollen angemessene Patentlaufzeiten gesichert werden und eine mit anderen Märkten vergleichbare Situation herbeigeführt werden (EG-Richtlinien-Vorschlag).

4. 8 Fazit: Konsequente Deregulierung

Ursachenadäquat lassen sich die vielfältigen Probleme des Gesundheitswesens nur durch eine konsequente Deregulierung lösen. Der Arzneimittelbereich unterliegt – wie andere Bereiche des Gesundheitswesens auch – umfangreichen Regulierungen und Reglementierungen. In diesem Bereich ist eine grundlegende Reform unumgänglich, wenn das bestehende Fehlverhalten und die dadurch bewirkte umfangreiche Verschwendung vermieden werden sollen. Es ist zwar uneingeschränkt eine Belebung und Stärkung des Wettbewerbs des Gesundheitswesens im allgemeinen und im Arzneimittelbereich im besonderen gefordert, jedoch dürfen dabei nicht die forschenden Arzneimittelhersteller diskriminiert werden.

Eine Diskriminierung forschender Unternehmen durch beispielsweise eine einseitige Förderung des Nachahmerwettbewerbs birgt nämlich die Gefahr in sich, daß es zwar kurzfristig zu einer Intensivierung des Preiswettbewerbs kommt, langfristig aber die innovative Aktivität in der Bundesrepublik stark eingeschränkt wird. Dadurch werden nicht nur die Nachahmer der Quelle ihrer Imitation beraubt, sondern es wird auch der pharmazeutische Fortschritt negativ beeinflußt. Oft wird in solchen Situationen dann versucht, dieses Defizit durch staatliche Förderungen auszugleichen. Hierbei ergibt sich nun wiederum die Gefahr, daß durch staatliche Interventionen die unternehmerische Freiheit immer mehr eingeschränkt wird und damit eine Interventionsspirale entsteht. Es werden deshalb deregulierende Maßnahmen im Arzneimittelbereich gefordert.

Bei einer Vertragsfreiheit zwischen Arzt, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen – was von den Kommissionsmitgliedern, die diesen Bericht vorlegen, langfristig angestrebt wird – muß es dem Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren überlassen bleiben, herauszufinden, welche Formen der Vertragsgestaltung sich zwischen den einzelnen Beteiligten oder deren Vereinigungen herausbilden. Generell sollte der Arzt durch entsprechende individuelle Anreize für eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung belohnt und für eine Verschwendung bestraft werden.

Solche Regelungen stellen nur eine mögliche Maßnahme in bezug auf einen wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln dar. Es muß allerdings aus ordnungspolitischen Gründen entschieden abgelehnt werden, wenn versucht werden sollte, eine solche konkrete Regelung, wie beispielsweise ärztliche Arzneimittelbudgets, allgemein verbindlich für alle Kassen und alle Ärzte einzuführen.

Simultan müssen auch wirksame Selbstbehaltsregelungen bei der Arzneimittelnachfrage eingeführt werden. Daneben könnte auch eine Pauschalhonorierung für Arzneimittel durch einzelne Krankenkassen erfolgen. Dem einzelnen Arzt bliebe es dann überlassen, wie er diese Pauschale verwendet. Selbstverständlich muß auch die Möglichkeit bestehen, daß der Arzt hinsichtlich seines Verordnungsverhaltens in der Wahl der Arzneimittel frei ist, er also grundsätzlich jedes Arzneimittel verordnen kann.

Im Wettbewerb muß es der einzelnen Krankenkasse gestattet sein, unterschiedliche Formen sowie Art und Umfang der Erstattung von Arzneimitteln zu wählen. Darüber hinaus muß eine Auflockerung im Arzneimittelbereich vor allem durch die Aufhebung der Arzneitaxe, der Reduktion der Apothekenpflicht, der Lockerung des Aut-Simile-Verbots, der Aufhebung des Auseinzelungsverbots und der Abschaffung des Fremd- und Mehrbesitzverbots herbeigeführt werden. Nicht zuletzt muß auch die Möglichkeit bestehen, Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apothekern sowie Krankenkassen und Arzneimittelherstellern im Rahmen der bestehenden kartellrechtlichen Bestimmungen abzuschließen.

Literaturverzeichnis

ABEL-SMITH, B. [1985]: Einflußnahme auf die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs im Rahmen der EG, in: Ferber, Ch. von et al. [Hrsg]: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München 1985, S. 249-264

AOK-BUNDESVERBAND [1984]: Dokumentation Pharma-Marketing, Bonn 1984

BRENNER, G. [1985]: Der Verbrauch von Arzneimitteln im internationalen Vergleich, in: Ferber, Ch.v. et al. [Hrsg]: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München 1985, S. 341-357

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1986]: pharma argumente, Frankfurt/Main 1986

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1987]: pharma daten 87, Frankfurt/Main 1987

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1987/88]: pharma jahresbericht 1987/88, Frankfurt/Main 1988

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1988]: pharma argumente, Frankfurt/Main 1988

CRANZ, H. [1987]: Selbstmedikation – Analysen und Perspektiven. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1987

CROUT, J.R. [1974]: Critical appraisal of fixed drug combinations, I (S. 50 ff.) in: Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control. Report on a Symposium Convened by the Regional Office

for Europe of the World Health Organization, Heidelberg, September 1973, Euro 7407, 1974

DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN [1985]: in: General-Anzeiger vom 23. Oktober 1985

FRICKE, U. [1987]: Dermatika. in: Schwabe, U. / Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungsreport '87, Stuttgart 1987

FRIEBEL, H. et al [1987]: Arzneimitteltransparenz und -beratung in Dortmund. 1. Mitteilung – Determinanten des ärztlichen Verordnungsverhaltens. in: Pharmazeutische Zeitung 1/2 1987, S. 20

GLAESKE, G. [1986]: Schmerzmittel-Verbrauch in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich. in: Pharmazeutische Zeitung 1986, S. 2032 ff.

GROSSNICKEL, H. / KIRSCH, F.-J. [1988]: Arzneimittelkosten im Krankenhaus. in: Die Ortskrankenkasse 1988, S. 435 ff.

HUBER, W.Th. [1988a]: Der Teufel steckt im Detail. Die Umsetzung von Festbeträgen ist problematisch, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 5/1988, S.234-236.

HUBER, W.Th. [1988b]: Nachahmerwettbewerb bei Arzneimitteln, Schritte zur Gesundheitsökonomie, Bd. 4, Bayreuth 1988.

HÜSGEN, U. [1987]: Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken. in: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) [Hrsg.]: Apotheken-Report 32, Frankfurt/Main 1987

MEIERJÜRGEN, R. [1989]: Festbeträge im Arzneimittelbereich. Umsetzungsprobleme und partielle Anpassungsreaktionen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 2/1989, S.20-23.

OBERENDER, P. [1984]: Pharmazeutische Industrie. in: Oberender, P. [Hrsg.]: Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland. Branchenstudien zur Deutschen Volkswirtschaft. München 1984, S.243 ff.

OBERENDER, P. [1988]: Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, in: Oberender, P. (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen, Bayreuth 1988, S.97 ff.

PAFFRATH, D. [1988]: Arzneimittelverordnung nach Altersgruppen. in: Schwabe, U., Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungsreport '88, Stuttgart 1988, S. 382

REICHELT, H. [1985]: Der Patient als neuer Ärzte-Berater? Steuernde Eingriffe in den Pharma-Markt: Neue Konzepte oder „Alte Hüte"?, in: Sozialer Fortschritt, 11/1985, S. 250-255

REICHELT, H. [1988]: Arzneiverbrauch nach Altersgruppen 1987. [Hrsg.]: WIdO, Bonn, Juni 1988

REICHELT, H. [1988]: Arzneimittel-Festbeträge. Zur Umsetzungsproblematik des geplanten Reformmodells, in: Die Ortskrankenkasse 22/1988, S.663-670

ROSENBROCK, R. [1979]: Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung, in: Soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband 30, Berlin 1979, S.59-87

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1987]: Jahresgutachten 1987, Baden-Baden 1987

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1989]: Jahresgutachten 1989, Baden-Baden 1989

SCHOLZ, H. [1988]: Kardiaka. in: Schwabe, U., Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988, S.233

SCHÖNHOFER, P.S. [1985]: Arzneitherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung [Hrsg.]: WIdO, Bonn 1985

SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '85, Stuttgart 1985

SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '86, Stuttgart 1986

SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '87, Stuttgart 1987

SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988

SCHWERDTFEGER, G. [1983]: Die Bindungswirkung der Arzneimittelzulassung, Baden-Baden 1983

STACKELBERG, J.M. von [1984]: Der Europäische Arzneimittelmarkt [Hrsg.]: WIdO, Bonn 1984

STATISTISCHES BUNDESAMT [1987]: Statistisches Jahrbuch 1987, Wiesbaden 1987

SUCHY, H. [1987]: Patentlaufzeit neuerer pharmazeutischer Wirkstoffe. in: BPI [Hrsg.]: pharma dialog 96, Frankfurt/Main 1987

WESTPHAL, E. [1982]: Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse, Köln 1982

WESTPHAL, E. [1985]: Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. in: Ferber, Ch. von / Reinhardt, U.E. / Schaefer, H. / Thiemeyer, T. [Hrsg.]: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München 1985, S.274 ff.

WIdO (Hrsg.) [1984]: Arzneiverordnungen 1983 aus Daten des GKV-Arzneimittelindex, Bonn 1984

WIdO (Hrsg.) [1989]: Arzneimittelfestbeträge. Die Preiskompensation der Pharma-Industrie. Analyse des Preisverhaltens der von Festbeträgen betroffenen Unternehmen und die resultierenden Ausgabenwirkungen. Von Herbert Reichelt, Bonn 1989

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG« [1988]: Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Beiträge zum Gesundheitswesen, Band 25, Schriftenreihe der Robert Bosch-Stiftung (Stuttgart), Gerlingen 1988.

Bericht B

Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack (Extertal), Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners und Dr. Rosenbrock

1. Zielvorstellungen

1. 1 Bedarfsgerechte Versorgung

Es ist die zentrale Aufgabe eines Krankenversicherungssystems, allen Versicherten gleichermaßen eine sozial undiskriminierte, medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit wirksamen, sicheren und preisgünstigen Arzneimitteln durch diesbezüglich hinreichend qualifizierte Ärzte und Apotheker zu gewährleisten.

Diese Idealforderung bestmöglicher Arzneimittelversorgung bildet das SGB – ähnlich wie bereits der früher geltende § 182 RVO – für die gesetzliche Krankenversicherung zumindest teilweise ab. Nach § 70 SGB V haben Krankenkassen und Leistungserbringer „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten". Die Versorgung der Versicherten muß hierbei „ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden".

Die in den gesetzlichen Regelungen postulierte Bedarfsgerechtigkeit stellt zwangsläufig eine zunächst leerformelhafte Umschreibung einer in dieser Allgemeinheit durchgängig akzeptierten und plausiblen Forderung dar. Zentrales Problem bleibt dabei, was als »bedarfsgerecht« angesehen werden kann. Insofern es einen operationalisierbaren »objektiven Bedarf« nicht gibt, bleibt die Konkretisierung der Bedarfsgerechtigkeit der ärztlichen Entscheidung im Einzelfall und – auf der Makroebene – dem politischen Verhand-

lungsprozeß unter Einbeziehung der Rechtsprechung überlassen. Der »Bedarf« ist demnach das, was nach herrschender Auffassung als Bedarf akzeptiert wird.

Unabhängig von den erheblichen Beurteilungsspielräumen bei der Feststellung einer Bedarfsgerechtigkeit lassen sich für die Arzneimittelversorgung dennoch einige Eckpunkte definieren, an denen die bedarfsgerechte Versorgung unter- bzw. überschritten wird. Per definitionem ist die bedarfsgerechte Versorgung überschritten, sofern die Arzneimitteltherapie ohne Effektivität erfolgt oder gar mit negativer Wirkung verbunden ist. Umgekehrt gilt, daß die Arzneimittelversorgung dort bedarfsgerecht sein muß, wo sie nicht nur effektiv, sondern im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten auch effizient erscheint. Dies ist dann und insoweit der Fall, als die Arzneimitteltherapie zumindest gleichwirksam wie medizinisch weniger eingreifende Therapien ist und zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten beiträgt und nicht mit Risiken für die behandelten Patienten verbunden ist.

Die faktische Definition des Bedarfs in der Arzneimittelversorgung wird traditionell durch ein vielfältiges Konglomerat von Einzelentscheidungen in der ärztlichen Praxis vorgenommen. So notwendig und sinnvoll dieses Verfahren im Grundsatz auch für die Zukunft sein wird, darf nicht übersehen werden, daß sich die ausschließlich am Einzelfall orientierte Legitimation der Entscheidung in besonderer Weise der Überprüfbarkeit von außen entzieht und im übrigen auf diese Weise dem Trugschluß Vorschub geleistet wird, Therapie- mit Therapeutenfreiheit zu verwechseln.

1. 2 Qualitätssicherung

Die qualitative Dimension der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland wird einerseits davon bestimmt, welche Arzneimittel auf dem deutschen Markt von der pharmazeutischen Industrie angeboten werden, andererseits aber auch davon, ob unter Zugrundelegung dieses vorhandenen Angebotes die qualitativ optimalen Arzneimittel durch die ärztliche Verordnungsentscheidung zum Einsatz gelangen. Insofern muß gewährleistet sein, daß das Angebot an Arzneimitteln zunächst den allgemeinen Kriterien der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Sicherheit entspricht. In diesem Zusammenhang spielt unter den faktischen Bedingungen und Strukturen des Arzneimittelmarktes in der Bundesrepublik Deutschland die Tätigkeit des Bundesgesundheitsamtes eine besondere Rolle.

Daneben ist von Relevanz, daß die jeweils richtigen Arzneimittel zur richtigen Zeit in einer der jeweiligen Krankheit angepaßten Menge zur Verfügung gestellt werden. Für diesen Teil der Qualitätssicherung übernehmen die verordnenden Ärzte und die Apotheker eine besondere Verantwortung.

1. 3 Medizinischer Fortschritt

Unzweifelhaft ist das Arzneimittel heute ein unverzichtbarer Bestandteil im Rahmen der Behandlung von Krankheiten. Fortschritte in der Behandlung von Krankheiten werden daher auch, zum Teil sogar dominant, von Weiterentwicklungen in der Arzneimittelforschung bestimmt. So konnte beispielsweise die Morbidität bei Erkrankungen wie Cholera, Typhus usw. gesenkt werden. Da aber nach wie vor viele andere Krankheiten auch mit Arzneimitteln keiner kausalen Behandlung zugeführt werden können, ist die Suche nach neuen, erfolgversprechenden Arzneimitteln ein unverzichtbarer Anspruch des von der Gesellschaft erwarteten medizinischen Fortschritts. Dabei besteht Einsicht darüber, daß allein Innovationen die Grundlage von Fortschritten in der Gesundheitsversorgung sein können. Daher liegt der gesellschaftliche Auftrag an die forschende pharmazeutische Industrie darin, Medikamente zu entwickeln, die – präziser und sicherer als bisher – den gewünschten Heilerfolg bringen.

2. Bestandsaufnahme

Trotz der Existenz des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Verordnung von Medikamenten im Bereich der GKV ist das Verordnungsgeschehen durch immer weiter steigende Kosten und durch den Einsatz aus medizinischer Sicht fragwürdiger Präparate gekennzeichnet.

Zwar sind steigende Gesundheitsausgaben für sich genommen nicht negativ zu beurteilen, sie können vielmehr auf die wachsende Bedeutung von Gesundheit und medizinischer Infrastruktur hinweisen. Kritik ist allerdings dann angebracht, wenn sich die Kosten für die medizinische Versorgung und die Erbringung der Leistungen auseinanderentwickeln, wenn also mit steigendem Aufwand nicht mehr, sondern allenfalls gleichbleibende Leistungen erbracht werden. In diesem Zusammenhang wird für den Bereich der Arzneimittelversorgung der in den letzten Jahren zunehmende Konsum von Arzneimitteln u.a. aufgrund nur wenig bekannter Langzeitfolgen negativ bewertet. Es läßt sich in der pharmakologischen Wissenschaft ein weitgehender Konsens darüber feststellen, daß in unserer Gesellschaft zu viele Arzneimittel verbraucht werden und sich die Arzneimitteltherapie der Ärzte nicht allein an medizinischen Erwägungen orientiert. Es findet im Bereich der Arzneimittelzulassung keine Bedürfnisprüfung und im Bereich der Arzneimittelverordnung in unzureichendem Maße Qualitätssicherung statt. Zusätzlich sind Qualifikationsdefizite bei den verordnenden Ärzten auszumachen.

Zu den gravierendsten Risiken des zu häufigen Einsatzes von Arzneimitteln gehört die Medikamentenabhängigkeit. Trotz der Gefahr von Arzneimittelgewöhnung und Arzneimittelsucht, trotz Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie verdrängt die Heilungserwartung von Arzt und Patient allzu häufig das Anwendungsrisiko von Arzneimitteln.

Die genannten Aufgaben einer Krankenversicherung für den Verordnungssektor – bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung – stellen sich als Steuerungsprobleme dar. Dementsprechend hat auch der Gesetzgeber vor allem mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) und zuletzt dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) den Versuch unternommen, Steuerungsinstrumente zu installieren, die eine weitgehend rationale Arzneimittelversorgung gewährleisten sollen.

2. 1 Besonderheiten des Arzneimittelmarktes

Zum Verständnis der verschiedenen Steuerungskonzepte ist es unerläßlich, auf Besonderheiten des Arzneimittelmarktes einzugehen. Dabei ist zunächst zu betonen, daß in der Bundesrepubik Deutschland die pharmazeutische Industrie in einem privatwirtschaftlich organisierten Markt die für die Heilbehandlung benötigten Arzneimittel produziert. Die Nachfrageseite zerfällt in drei Gruppen, die jeweils unter-

schiedliche Interessen verfolgen, während die Angebotsseite allein von der pharmazeutischen Industrie repräsentiert wird. Die Nachfrageseite weist im Vergleich zu anderen Märkten die Besonderheit auf, daß

- Entscheidungsträger (= Arzt)
- Kostenträger (= Krankenkassen) und
- Patient

nicht identisch sind.

Das insgesamt beachtliche wirtschaftliche Potential des Arzneimittelsektors wird zwischen den Anbietern und Abnehmern nahezu ausschließlich über intermediäre Institutionen und Marktteilnehmer vermittelt. Im Zentrum der Krankenversorgung steht der niedergelassene Arzt, da er in der Regel bei Krankheiten der Patienten zuerst aufgesucht wird. Von ihm werden Maßnahmen zur Heilung oder Linderung der Beschwerden des Patienten erwartet und er ist letztlich maßgeblicher Entscheidungsträger bei den Fragen, ob überhaupt Arzneimittel verordnet werden, in welcher Art, in welchem Umfang und zu welchem Preis die Arzneimittelverordnung erfolgt.

Die Krankenkassen sind in den Ablauf der Arzneimittelversorgung nach wie vor in erster Linie als Finanziers eingeschaltet. Daran hat auch das Gesundheitsreformgesetz grundsätzlich nichts geändert. Sie können ihren Einfluß insbesondere auf Qualität und Menge der Arzneimittelverordnungen aufgrund des mangelnden Zugriffs auf die relevanten Entscheidungsprozesse nicht direkt geltend machen. Indirekte Einflußmöglichkeiten bestehen allenfalls im Rahmen von Einzelfallberatungen der Ärzte, wie sie von einigen Krankenkassen zur Vermeidung von Regressen durchgeführt werden.

Allein durch das Instrumentarium der Arzneimittelfestbeträge wird zwar erstmals ein direkter Einfluß auf die Preisgestaltung der Arzneimittel von seiten der Krankenkassen ausgeübt, gleichwohl stellt sich angesichts einer deutlichen Strategieanfälligkeit bereits wenige Monate nach dem Inkrafttreten der ersten Festbeträge die Frage nach der sowohl ökonomischen wie auch politischen Durchschlagskraft.

2. 1. 1 Marktzutrittsbedingungen und Produktionsstruktur

Im Jahre 1988 wendete die gesetzliche Krankenversicherung rund 20,5 Milliarden DM für die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten auf (BMA, KV 45/KJ 1). Damit stieg der Anteil des Arzneimittelsektors an den gesamten Leistungsaufwendungen der GKV auf nunmehr 16,1 % und erhöhte sich seit 1980 um 1 1/2 Prozentpunkte. Seit 1970 (4,2 Milliarden DM) stiegen die Arzneimittelausgaben jährlich um durchschnittlich rund 900 Millionen DM an. Hierbei lagen allerdings die jährlichen Steigerungsraten zwischen 1970 und 1974 mit durchschnittlich 16,9 % extrem hoch, während sie von 1975 (12,9) an abflachten und – nach Kodifizierung des KVEG und Einführung der Rezeptblattgebühr – 1982 mit 0,9% den niedrigsten Stand erreichten (REICHELT 1985, S. 250). Seit 1986 ist hingegen ein erneutes Ansteigen der Zuwachsraten von 6 % auf 8,4 % (1988) zu verzeichnen (BMA, KV 45/KJ1).

Für die Arzneimittelhersteller ist der Marktzutritt (d. h. vor allem die Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt [BGA]) weitgehend identisch mit der »Zulassung« zum GKV-Markt. Die Anzahl der beim Bundesgesundheitsamt registrierten bzw. zugelassenen Arzneimittel beläuft sich in ihren verschiedenen Stärken und Darreichungsformen auf rund 145.000. Davon sind

- rund 70.000 Humanarzneimittel aus industrieller Fertigung, darunter 28.000 Homöopathika,
- rund 70.000 Humanarzneimittel aus Fertigung von Krankenhäusern, Apotheken, Drogerien und Reformhäusern,
- rund 5.000 Tierarzneimittel (BPI 1987, S.31).

Die pharmazeutische Industrie gehört seit Jahrzehnten zu den ausgeprägten Wachstumsbranchen in der Bundesrepublik Deutschland. Der Produktionswert pharmazeutischer Erzeugnisse stieg seit 1962 von 2,4 Milliarden DM auf 23,0 Milliarden DM im Jahre 1988, mithin im Durchschnitt um rund 9,1 % jährlich an (BPI 1987, S.12; BPI 1987/88, S.95; BPI 1989, S.12). Diese Entwicklung liegt deutlich über der Entwicklung des Produktionswertes aller Wirtschaftsbereiche, die von 1960 bis 1985 lediglich eine jährliche Steigerungsrate von 7,2 % aufweist (STATISTISCHES BUNDESAMT 1987, S.547).

Die Gesamtproduktion verteilt sich auf insgesamt rund 1.000 nach dem Arzneimittelgesetz so definierten Arzneimittelherstellern, von denen allerdings nur 474 im BPI zusammengeschlossen sind (Stand: 1. Mai 1988). Die BPI-Mitgliedsfirmen repräsentieren jedoch ca. 95 % des gesamten pharmazeutischen Produktionswertes (BPI 1987/88, S.9).

Die Konzentration der Produktion ist gemessen an globalen Parametern mäßig. Nach Angaben des BPI hielten 1988 die fünf führenden Konzerne 20 %, die führenden zehn Konzerne 32,2 % der gesamten Produktion (BPI 1989, S. 63). Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, daß der pharmazeutische Markt durch die Heterogenität seiner Produktpalette, die Vielzahl der unterschiedlichen medizinischen Indikationen und nicht zuletzt auch wegen der mangelhaften Transparenz tiefgreifend ausdifferenziert ist.

2. 1. 2 Intransparenz des Marktes

Die bereits oben dargestellte Vielfalt des Angebots auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt führt in ihrer Konsequenz zu einer relativ starken Intransparenz über die auf dem Markt befindlichen Arzneimittel. Dies ist insoweit von besonderer Bedeutung, als die pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz des Arzneimittelmarktes zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung gehört.

Allein die Existenz von ca. 140.000 beim Bundesgesundheitsamt zugelassenen bzw. registrierten Arzneimitteln macht es für den verordnenden Arzt äußerst schwierig, sich einen ausreichenden Überblick zu verschaffen. Daran ändert auch nichts die Tatsache, daß für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen insbesondere die ca. 70.000 Humanarzneimittel aus industrieller Fertigung von Bedeutung sind und sich die Nachfrage auf ca. 2.000 Arzneimittel konzentriert, die rd. 90 % der gesamten Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung realisieren (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S. 520).

Es ist nämlich zu berücksichtigen, daß nicht nur das bloße Wissen um die Existenz des vorhandenen Produktionsangebotes auf vielfältige Schwierigkeiten stößt, sondern darüber hinaus auch der qualitative und preisliche Vergleich des Angebotes, der letztlich eine wesentliche Voraussetzung

für eine effiziente Arzneimittelversorgung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung darstellt.

Das Problem der unzureichenden Transparenz betrifft nicht nur Parameter wie Produktname, Packungsgröße, Darreichungsform, Stärke etc., sondern umfaßt auch qualitative Aspekte wie insbesondere die therapeutische Wirksamkeit, unterschiedliche Bioverfügbarkeiten und letztlich auch preisliche Parameter.

Nur derjenige Arzt, der über einen vollständigen Überblick verfügt und unter diesen Konstellationen eine qualitative Entscheidung nach einem bewertenden Vergleich des Angebotes trifft, ist in der Lage, die für die kassenärztliche Versorgung geforderte effektive und effiziente Arzneimitteltherapie konsequent durchzuführen.

Auch die zahlreichen Transparenzlisten, die das Arzneimittelangebot sowohl in qualitativer als auch in preislicher Hinsicht aufbereiten, konnten im Markt bisher allenfalls indirekte Wirkungen auslösen. Durch die fehlende Transparenz müssen also zwangsläufig bedeutende Wirtschaftlichkeitspotentiale ungenutzt bleiben.

In bezug auf die qualitativen und ökonomischen Dimensionen und Folgen der Arzneitherapie sind Maßnahmen zur Marktbereinigung und zum Aufbau von Informationssystemen wesentlich. Daneben muß jedoch auch die ärztliche Ausbildung im Bereich der Pharmakologie als verbesserungsbedürftig angesehen werden. Zwar wurde im Rahmen der Approbationsordnung für Ärzte im Jahre 1978 die Ausbildung im Bereich der Pharmakologie weiterentwikkelt, gleichwohl wird dieser Zustand nach wie vor nicht als zufriedenstellend angesehen. Vor allem wird kritisiert, daß – neben der nach wie vor unzureichenden quantitativen Dimension im Gesamtgefüge des ärztlichen Studiums – die Pharmakotherapie stärker unter Hinweis auf mögliche und auch praxisrelevante Behandlungsalternativen in den jeweiligen klinischen Disziplinen dargestellt werden müßte. Ebenso ist bereits im Studium auf eine verbesserte Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker hinzuwirken.

Müssen bereits die institutionellen Voraussetzungen im Bereich der pharmakologischen Ausbildung der Ärzte als unzureichend gelten, bereitet der kontinuierliche Wissensfortschritt in der Pharmakotherapie zusätzliche Probleme und verlangt nach entsprechenden Lösungsmöglichkeiten. Dabei ist zum Beispiel die Weiter- bzw. Fortbildung der Ärzte im Bereich der Pharmakotherapie durch neutrale Institutionen unerläßlich. Diese Aufgabe kommt heute den Landesärztekammern zu. In diesem Zusammenhang besteht allerdings der wesentliche Mangel darin, daß die gegenwärtig für die ärztliche Verordnungstätigkeit praxisnah aufbereiteten Informationen nahezu ausschließlich vom Arzneimittelhersteller selbst stammen. Hier muß die auf diesem Weg praktizierte Einflußnahme der Pharmaindustrie auf ärztliches Verordnungsverhalten kritisch beleuchtet werden.

2. 1. 3 Rolle des Arzneimittels im Arzt-Patienten-Verhältnis

Die große Bedeutung der Arzneimittel bei der Krankheitsbewältigung ist unumstritten. Nicht zuletzt die Erfolge der Arzneitherapie, etwa bei den Infektionskrankheiten und in anderen Gebieten der Medizin, haben – verbunden mit den Erfolgen der modernen Chirurgie – den heutigen medizinischen, naturwissenschaftlich orientierten Krankheitsbegriff entscheidend mitgeprägt. Die Arzneitherapie entspricht dem naturwissenschaftlichen Paradigma insofern besonders gut, als sie auch dort eine zielgerichtete Maßnahme nach der Vorstellung einer Ursache-Wirkung-Beziehung suggeriert, wo angesichts des zunehmenden Anteils mehr oder weniger unspezifischer psychosomatischer Syndrome in der allgemeinen Praxis (»vegetative Dystonie«) und nur symptomatisch therapierbarer chronisch-degenerativer Krankheitsformen die Grenzen der Therapiemöglichkeiten erreicht werden (WESTPHAL 1985, S.274 ff.).

Aus den geschilderten Zusammenhängen ergibt sich eine Doppelfunktion des Arzneimittels. Zum einen weist eine rationale Arzneimitteltherapie gegenüber anderen Therapieformen erhebliche Vorteile auf. Arzneimittel sind (nahezu) ohne Einschränkung verfügbar; sie sind im Vergleich zu anderen Therapieformen (vor allem stationäre Behandlung) erheblich preisgünstiger. Zum anderen erweist sich das Arzneimittel als »universell einsetzbares Therapeutikum«, das in der Arzt-Patienten-Beziehung in mehrfacher Hinsicht den Ausweg aus einem strukturell bedingten Dilemma bietet. Dabei hat der Arzt ein erhebliches Eigeninteresse, auch in solchen Fällen mit Arzneimitteln zu therapieren, in denen die unspezifischen Krankheitsbilder im Grunde keine spezifische medikamentöse Therapie erlauben. Mit dem Griff zum Rezeptblock vermittelt der Arzt dem Patienten in jedem Fall den Eindruck, er habe eine klare Diagnose gestellt und leite dementsprechend eine gezielte Maßnahme als Therapie ein. Insofern ist das Arzneimittel zu einer wichtigen Determinante des professionellen ärztlichen Handelns geworden. Darüber hinaus schafft das Arzneimittel als Therapiemöglichkeit eine Maximierung des Praxisdurchlaufs, weil seine Verordnung für Arzt und Patient gleichermaßen den akzeptierten Abschluß der Konsultation darstellt.

Dem Arzneimittel kommt im Rahmen der heutigen Arzt-Patienten-Beziehung eine zentrale Bedeutung als Materialisation der ärztlichen Therapie zu. Auf seiten der Patienten ist zwar in den vergangenen zwei Jahrzehnten durch eine Reihe sogenannter Arzneimittel-Skandale die Sensibilität gegenüber der Arzneimitteltherapie gestiegen, insgesamt trifft aber die Arzneimittelverschreibung als wichtigste therapeutische Maßnahme bei den meisten Patienten nach wie vor auf hohe Akzeptanz. Die allgemeine Arzneimittelgläubigkeit auf seiten der Patienten wird von den Ärzten zweifellos auch im Rahmen von Placebo- und Pseudo-Placebo-Therapien ausgenutzt.

Bei den Ärzten selbst besteht zwar eine gewisse Skepsis beim Einsatz therapeutisch umstrittener Arzneimittel, allerdings geschieht der Einsatz häufig in der Vorstellung, daß die betreffenden Arzneimittel sicher nicht schaden, möglicherweise aber doch helfen können. Hinzu kommt auch auf seiten der Ärzte offenbar ein hohes Maß an Arzneimittelgläubigkeit. Dies äußert sich vor allem in der Verschreibung einer wenig reflektierten Vielfalt von Arzneimitteln und einer hohen Fluktuation in Hinsicht auf neu eingeführte Arzneimittel. Aus Analysen des Dortmunder Modellversuchs ist bekannt geworden, daß die Allgemeinmediziner und Internisten im Durchschnitt zwischen 570 und 580 verschiedene Fertigarzneimittel aus insgesamt 58 unterschiedlichen Indikationsgruppen pro Quartal verordnen. Die Spitzenwerte lagen bei 1.116 Produkten je Arzt und Quartal (FRIEBEL 1987, S.20). Auch aus früheren Untersuchungen ist bekannt, daß Ärzte in einzelnen Anwendungsgebieten vielfach über 30, teilweise sogar über 50 verschiedene Arzneimittel »in der Feder« haben (z. B. bei Schmerzmitteln und Antibiotika) (WESTPHAL 1985, S.271). Berücksichtigt man zudem die häufig diffuse und verschiedenartige Zusammensetzung der verordneten Arzneimittel, so sind die

Möglichkeiten, im Rahmen einer allgemeinärztlichen oder internistischen Praxis ausreichende und nachvollziehbare Erkenntnisse über eine derartige Vielfalt von Präparaten zu sammeln, praktisch nicht vorhanden. Aus den beschriebenen Zusammenhängen ergibt sich geradezu zwangsläufig, daß im Rahmen der gegenwärtigen kassenärztlichen Versorgung Behandlungsbedürftigkeit zu oft mit Arzneimittelbedürftigkeit gleichgesetzt wird.

2. 2 Steuerung der kassenärztlichen Verordnungstätigkeit

Das gesetzgeberische Konzept zur Steuerung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung läßt sich in systematischer Weise nach seinen Steuerungsebenen wie folgt unterscheiden:

Steuerung über das Arzneimittelgesetz (AMG)

Es ist Aufgabe und Ziel des AMG, durch verschiedene Regelungen zu gewährleisten, daß nur wirksame und qualitativ unbedenkliche Arzneimittel in den Verkehr gelangen. Prinzipiell stehen dem Kassenarzt zur Verordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur solche Arzneimittel zur Verfügung, die das Zulassungsverfahren beim Bundesgesundheitsamt erfolgreich durchlaufen haben. Schnittstelle des AMGs mit den Verordnungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Frage, ob nach dem AMG zugelassene und damit nach der Fiktion des AMG auch wirksame Arzneimittel von der kassenärztlichen Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen werden können, wenn Zweifel an ihrem therapeutischen Nutzen bestehen.

Während das Kassenarztrecht die kassenärztliche Versorgung – hier mit Arzneimitteln – gewährleisten soll, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig, notwendig und ausreichend sowie wirtschaftlich ist und insofern eine therapeutisch möglichst restriktive und wirtschaftlich möglichst effiziente Verschreibung von Arzneimitteln im Rahmen der kassenärztlichen Krankenversorgung verlangt, ist es das ausdrücklich erklärte Ziel des Arzneimittelgesetzes 1978, im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln, insbesondere für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel nach Maßgabe der entsprechenden Vorschriften, zu sorgen.

Aus diesen grundsätzlichen Zieldefinitionen ergibt sich, daß das Kassenarztrecht gewissermaßen positiv auf die Gewährleistung einer dem Zweck der kassenärztlichen Versorgung optimal entsprechenden effektiven und effizienten Verschreibung von Arzneimitteln zielt, während sich das Arzneimittelgesetz gewissermaßen negativ abwehrend auf die Gewährleistung der Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln richtet (HARTMANN-BESCHE 1984, S. 508).

Das Arzneimittelgesetz einerseits und die kassenärztlichen Vorschriften andererseits dienen also jeweils verschiedenen Zwecken und machen demgemäß die Zulassung von Arzneimitteln zum Verkehr und die Verschreibungsfähigkeit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von jeweils verschiedenen Voraussetzungen abhängig mit der Folge, daß die Verschreibungsfähigkeit von Arzneimitteln zwar die arzneimittelrechtliche Zulassung zum Verkehr voraussetzt und diese unberührt läßt, jedoch über die bloße Zulassung des Arzneimittels im Verkehr hinaus an weitere Voraussetzungen zu knüpfen ist. Die arzneimittelrechtliche Marktzulassung ist damit zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Erfordernisse des Kassenarztrechts.

Verordnungsbestimmende Steuerung über das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Arzneimittelrichtlinien

Eine eher indirekte bzw. nur mittelbare Steuerung der Arzneimittelversorgung erfolgt durch mehr oder minder konkrete Verordnungsregeln, die der einzelne Kassenarzt zu beachten hat. Normiert sind diese Regeln nach neuem Recht in §§ 12 Abs. 1, 70 Abs.1 SGB V, die die Leistungserbringer und damit auch den Arzt hinsichtlich seiner Verordnungsweise verpflichten, ausreichend und zweckmäßig zu verordnen und nicht notwendige oder unwirtschaftliche Verordnungen zu unterlassen, und in den das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisierenden Arzneimittelrichtlinien. Obwohl das Wirtschaftlichkeitsgebot auch bisher in zahlreichen Bestimmungen (u.a. § 182 Abs. 2 RVO) enthalten war, sahen sich weder Leistungsanbieter noch Versicherte hinreichend veranlaßt, möglichst sparsam mit den Mitteln der Krankenkassen umzugehen. Da das Recht in diesem Punkte durch das Sozialgesetzbuch weitgehend fortgeschrieben wurde, sind grundsätzliche Verhaltensänderungen durch die Marktbeteiligten nicht zu erwarten.

Verordnungsbeschreibende und -regulierende Steuerung über Transparenz- und Preisvergleichslisten

Ausgehend von der Erkenntnis, daß aufgrund des intransparenten Arzneimittelmarktes der Kassenarzt nur schwer die aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot und den Arzneimittelrichtlinien resultierende Verpflichtung, wirksam und preisgünstig zu verordnen, umsetzen kann, wurden das Wirtschaftlichkeitsgebot ergänzende Preisvergleichs- und Transparenzlisten etabliert, die u.a. Angaben über Preise und Qualität von Arzneimitteln enthalten. Eine wesentliche Aufgabe kommt hier der beim Bundesgesundheitsamt angesiedelten Transparenzkommission zu. Sie verfolgt das Ziel, eine pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz für Fertigarzneimittel herbeizuführen. Die Transparenzkommission soll Übersichten über alle wesentlichen apothekenpflichtigen Arzneimittel aufstellen. Dadurch kann eine zweckmäßige und kostenbewußte Therapieentscheidung erleichtert werden. Die Transparenzlisten sollen Arzneimittel nach Indikationen geordnet auflisten und insbesondere die wirksamen Bestandteile der Arzneimittel, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen, die Packungspreise sowie ihre Preise bezogen auf die therapeutische Dosierung ausweisen. Bisher hat die Transparenzkommission zahlreiche Transparenzlisten veröffentlicht, die jedoch im Markt schon allein deshalb keine Wirkungen entfalten konnten, weil sie nicht bis zum verordnenden Arzt gelangt sind. Dies heißt konkret, daß eine Verteilung der Listen an die verordnenden Ärzte bislang nicht vorgenommen wurde. Sie wurden lediglich im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Verordnungseinschränkende Steuerung über die Negativlisten

In erster Linie Kosteneinsparungsgründe bewogen den Gesetzgeber, in § 182 f RVO eine Auflistung von sog. Bagatellarzneimitteln vorzunehmen, die nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen (Negativliste). Die Regelungen des § 182 f RVO haben weder unter medizinischen noch unter ökonomischen Aspekten gehalten, was allgemein von ihnen erwartet worden war. Das ursprünglich avisierte Einsparpotential in Höhe von

knapp 600 Mio. DM wurde – im ersten Jahr nach Inkrafttreten – nur etwa zur Hälfte realisiert (HARTMANN-BESCHE/REICHELT 1984, S. 675 ff.) Parallel dazu sind diese Einsparungen zum Teil durch Preiserhöhungen der Hersteller sowie auch durch einen starken Struktureffekt in weiten Bereichen wieder aufgezehrt worden – unter anderem deshalb, weil die parallel eingetretene Entwicklung in anderen Indikationsbereichen erhebliche Substitutionsprozesse offengelegt hat. Im Ergebnis konnte eine teilweise bedeutende Verschiebung im Verordnungsverhalten der Ärzte festgestellt werden, womit gesundheitspolitisch nicht wünschenswerte Tendenzen zur Verschreibung von stark wirksamen Pharmaka einhergingen.

Diese Regelung wird erneut in § 34 Abs. 1,2 SGB V aufgegriffen. Neu hinzugetreten ist die Möglichkeit zur Ausgrenzung unwirtschaftlicher Arzneimittel (§ 34 Abs. 3 SGB V), mit der eine Einsparung von rd. 200 Mio. DM realisiert werden soll. Als unwirtschaftlich sind insbesondere Arzneimittel anzusehen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Mit dem Inkrafttreten der Negativlisten kann allerdings nicht vor Mitte 1991 gerechnet werden. Angesichts der Tatsache, daß nach Auffassung unabhängiger Fachleute jährlich im Wert von 5,5 Mrd. DM therapeutisch umstrittene Arzneimittel verordnet werden, deuten das von der Bundesregierung avisierte Einsparvolumen sowie die ersten Entwürfe allerdings an, daß die geplante Erweiterung der Negativliste wesentliche Potentiale unberührt läßt.

Verordnungsregulierende Steuerung über Festbeträge

Als ein Kernstück des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) gilt das in § 35 SGB V verankerte Festbetragskonzept. Festbeträge bezeichnen die Höhe, bis zu der die Krankenkasse Ausgaben für einzelne Arzneimittel erstattet. Liegt der Preis über dem Festbetrag, muß der Versicherte die Preisdifferenz zuzahlen. Im einzelnen bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden (§ 35 Abs.1 SGB V): Hierbei sollen Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemischen verwandten Stoffen sowie Präparate mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen zusammengefaßt werden. Unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind dann und insoweit zu berücksichtigen, als sie für die Therapie bedeutsam sind. Die Höhe der Festbeträge wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen festgelegt (§ 35 Abs. 3 SGB V). Ein Festbetrag für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen kann erst drei Jahre nach der erstmaligen Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgelegt werden (§ 35 Abs.4 SGB V). Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten (§ 35 Abs.5 SGB V). Ihrer Zielsetzung nach sollen sie Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten. Grundsätzlich wird von den preisgünstigsten Apothekerabgabepreisen in der Vergleichsgruppe ausgegangen, wobei sichergestellt werden soll, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist. Die Festbeträge sollen mindestens einmal im Jahr überprüft werden und in geeigneten Abständen an eine veränderte Marktlage angepaßt werden. Soweit für Arzneimittel keine Festbeträge festgelegt sind, muß der Patient sich zunächst mit 3,- DM je Mittel selbstbeteiligen. Ab dem 1.1.1992 wird diese Zuzahlung in eine 15%-ige Selbstbeteiligung mit einem Höchstbetrag von 15,- DM je Präparat umgewandelt.

Erste Erfahrungen mit den Festbeträgen für wirkstoffidentische Arzneimittel zeigen zwar, daß es in den Festbetrags-Märkten zu deutlichen Preissenkungen gekommen ist, daß aber gleichzeitig in von Festbeträgen nicht besetzten Märkten zum Teil dramatische Preiskompensationen stattfinden, die nicht nur den politischen, sondern insbesondere auch den ökonomischen Erfolg der Arzneimittelfestbeträge erheblich in Frage stellen. Daß die Festbetragsregelung langfristig zu positiven Steuerungseffekten führt und damit die erhofften Einsparungspotentiale bewirkt, ist von daher nicht zu erwarten (vgl. auch Abschnitt 3.4.4.1).

Versorgungsorientierende Steuerung über Arzneimittelhöchstbeträge bzw. Richtgrößen

Der Arzneimittelhöchstbetrag läßt sich als eine Globalsumme der Ausgaben für Arzneimittel bezeichnen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums (ein Jahr) für ein bestimmtes Vertragsgebiet nicht überschritten werden soll. Über die vertragliche Vereinbarung dieser – von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAG) ausgehandelten und festgesetzten – Globalsumme sollte eine Aktivierung des Wirtschaftlichkeitsbewußtseins der verordnenden Ärzte ausgehen. Das kennzeichnende Merkmal dieses Steuerungsinstruments war die Freiwilligkeit seiner Einhaltung, so daß es durch den Verzicht auf Sanktionen bei Überschreitungen allenfalls Wirkungen durch »Seelenmassage« erzielen konnte. Nach der gesetzlichen Neuregelung sind die Bestimmungen über Höchstbeträge für Arznei- und Hilfsmittel nunmehr durch Richtgrößen ersetzt worden (§ 84 SGB V). Diese werden von den Partnern der Gesamtverträge für das Volumen verordneter Leistungen vereinbart. Im Gegensatz zu den früheren Höchstbeträgen, die sich auf die Verordnungen aller Kassenärzte einer Region bezogen, sind die Richtgrößen arztgruppenspezifisch festzulegen. Hierbei sollen die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen berücksichtigt werden.

Verordnungskontrollierende Steuerung über die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz derjenigen Steuerungselemente, die für den Kassenarzt verbindliche und handlungsanweisende Elemente enthalten, hängen entscheidend von ihrer Kontrolle und nicht zuletzt von Sanktionsmöglichkeiten bei deren Verletzung ab. Nach § 106 SGB V überwachen die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung. Neben der arztbezogenen Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten umfassen die Kontrollen die arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 SGB V sowie die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben, die je Quartal 2 % der Ärzte erfassen

sollen. Die Prüfung muß auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen umfassen. Weitere arztbezogene Prüfungsarten können – unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Belange der Versicherten – vereinbart werden. Bei unwirtschaftlicher Verhaltensweise dürfte auch künftig ein Katalog von Sanktionen von der gesetzlich als vorrangig eingestuften Beratung über die Honorarkürzung bis zum Regreß zur Disposition stehen.

Trotz der genannten Steuerungskonzepte und -instrumente weist der Bereich der Arzneimittelversorgung noch immer vielfältige Strukturmängel auf. So werden in der öffentlichen Diskussion insbesondere genannt:

- Fehlsteuern des Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt.
- Die Erschwerung einer therapeutisch sinnvollen und wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung durch den Arzt aufgrund einer geringen Markttransparenz und einer insgesamt eher einseitigen Informationspolitik der Arzneimittelhersteller bzw. fragwürdiger Werbemethoden.
- fehlende Verfügbarkeit und unzureichende Entwicklung von Alternativen zur Pharmakotherapie.
- unzureichende Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen auf die Marktprozesse im Arzneimittelbereich.
- Ein nur schwach ausgeprägtes Preis- und Ausgabenbewußtsein der Verbraucher.

Eine über die schon genannten Steuerungsinstrumente hinausgehende Reform des Arzneimittelsektors erscheint deshalb dringend geboten.

3. Einzelne Problembereiche

3. 1 Mengenentwicklung

3. 1. 1 Mengenniveau und -entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV

3. 1. 1. 1 Globalanalyse

Im Jahre 1988 wurden an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung rund 730 Millionen Arzneimittelpackungen verordnet, die insgesamt rund 21,5 Milliarden Tagesdosen an Arzneimitteln enthielten (SCHWABE/PAFFRATH 1989, S.1). Diese erhebliche Menge stellt bereits insofern einen augenfälligen Überkonsum dar, als sie bedeutet, daß jeder GKV-Versicherte rund 390 Tagesdosen an Arzneimitteln pro Jahr erhält, somit im statistischen Durchschnitt jeder Versicherte mit einem Medikament dauertherapiert wird. Seit 1981 hat sich die verordnete Arzneimittelmenge nicht wesentlich verändert. Zwar sank die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen von 770,7 Millionen im Jahre 1981 auf 729,1 Millionen im Jahre 1988, also um rund 5,4 % (SCHWABE/PAFFRATH 1989, S.2), zugleich stieg aber die durchschnittliche Packungsgröße der verordneten Arzneimittel an, so daß der Verordnungsrückgang kompensiert wurde. Als Indikator für diese Kompensation können die Packungsgrößeneffekte gelten, mit denen gemessen wird, welcher Ausgabenzuwachs durch die Verordnung größerer Packungen bei identischen Arzneimitteln entsteht (Packungsgrößeneffekte 1983: ca. 4%; 1984: 2,5%; 1985: 1,9%; 1986: 1,6%; 1987: 1,4%; 1988: 1,6%) (Vgl. WIdO [Hrsg.] 1984, S.173; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1985, S.35; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1986, S.323; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1987, S.413; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.410; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S.473).

Internationaler Vergleich

Bei einem Vergleich des Arzneimittelverbrauchs je Kopf der Bevölkerung – gemessen in Verbrauchseinheiten wie Tabletten, Gramm, Milliliter und anderen Zähleinheiten – liegt die Bundesrepublik Deutschland nach den vorliegenden Untersuchungen im Mittelfeld. Ein höherer Verbrauch findet sich in Spanien, Belgien und vor allem in Frankreich. In anderen Ländern, z. B. Großbritannien, Italien, der Schweiz und Östereich, ist der Verbrauch geringer als in der Bundesrepublik (BRENNER 1985, S.341 ff.). In Dänemark, das ein der Bundesrepublik vergleichbar hohes Pro-Kopf-Einkommen aufweist, besteht zwar ebenfalls ein hohes Preisniveau für Arzneimittel, die Verbrauchsrate ist jedoch – bei einer insgesamt stark limitierten Anzahl zugelassener Arzneimittel – vergleichsweise niedrig (ABEL-SMITH 1985, S. 252 f.).

3. 1. 1. 2 Indikationsanalyse

Die deutliche Übermedikation in der Bundesrepublik Deutschland wird auch durch eine indikationsspezifische Analyse bestätigt. Unter den verordnungsstärksten Indikationsgruppen ist seit vielen Jahren eine erhebliche Zahl therapeutisch umstrittener oder problematischer Arzneimittelgruppen zu finden. Insgesamt 85 Millionen Arzneimittelpackungen wurden im Jahre 1988 allein von Analgetika und Antirheumatika verordnet. Im Durchschnitt wurden jedem Versicherten rund 24 Tagesdosen dieser Arzneimittel verschrieben. Insgesamt 54,8 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa belegen, daß im statistischen Durchschnitt jeder GKV-Versicherte im Jahre 1988 eine Arzneimittelpackung aus diesen Indikationsgebieten verordnet bekam (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S. 3, S. 418 f.).

Bestimmte Facetten irrationaler Medikation werden insbesondere dann deutlich, wenn die Konzentration des Arzneimittelkonsums auf einzelne Altersgruppen Berücksichtigung findet. Der Arzneiverordnung-Report verweist beispielhaft auf das Verordnungsspektrum in der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre. Jeder Versicherte in dieser Altersgruppe erhielt 1988 32 Arzneimittelpackungen im Gegenwert von rund 1.070 DM verordnet, die unter anderem 111 Tagesdosen eines Kardiakums (vor allem Herzglykoside), 82 Tagesdosen eines Bluthochdruckmittels 106 Tagesdosen an Augenmitteln, 80 Tagesdosen Koronartherapeutika, 56 Tagesdosen sogenannter durchblutungsfördernder Mittel, 69 Tagesdosen Schmerz- und Rheumamittel, 54 Tagesdosen an Antidiabetika, 50 Tagesdosen Psychopharmaka und 25 Tagesdosen Hypnotika/Sedativa – insgesamt 1.125 Tagesdosen – enthielten (PAFFRATH 1989, S. 416 ff.). Der Verbrauch von Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa konzentriert sich bei den über 75-jährigen Patienten damit so stark, daß die verordnete Arzneimittelmenge hier theoretisch ausreichen würde, jeden fünften Versicherten dieser Population in einer Dauertherapie zu halten.

Angesichts der dargestellten Verordnungsmenge ist nur schwer vorstellbar, daß sämtliche verordneten Arzneimittel wirklich verbraucht werden. Gesichertes empirisches Material über den Anteil unverbrauchter Arzneimittel existiert für die Bundesrepublik Deutschland nicht. Allerdings gaben

bei einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Emnid-Instituts im Jahre 1986 23 % der Befragten an, die Anweisungen zur Einnahme von Arzneimitteln ihres Arztes nicht immer oder gar nicht zu befolgen (Vgl. BPI 1987, S.35 ff.). Fachleute schätzen den Anteil der nicht verbrauchten Arzneimittel am gesamten Verordnungsvolumen auf 20 % bis ein Drittel (Vgl. DIE ORTSKRANKENKASSE 1/1982, S. 21).

3. 1. 2 Selbstmedikation

Der Anteil der Selbstmedikation am Arzneimittelumsatz der Apotheken insgesamt blieb in den Jahren 1979 bis 1982 mit rund 16 % mehr oder weniger konstant. Nicht zuletzt aufgrund der Einführung der Negativliste stieg der Anteil im Jahre 1983 auf rund 18 % an und blieb seither in etwa auf diesem Niveau (HÜSGEN 1987, S. 33). Insgesamt wendeten die Bundesbürger im Jahre 1988 somit rund 4,8 Milliarden DM für die Selbstmedikation auf (BPI 1989, S. 43)

Mißt man den Anteil der Selbstmedikation nicht am Umsatz, sondern an der Zahl der abgesetzten Arzneimittelpackungen, so liegt er bei rund 30 %. Der bereits enorme Arzneimittelverbrauch, der über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird, wird durch die Selbstmedikation also nochmals erheblich erhöht. Insbesondere im Bereich der Analgetika und Antipyretika wird das Bild des Arzneimittelverbrauchs durch die Selbstmedikation entscheidend mitgeprägt: So wurden beispielsweise im Jahre 1983 von jedem Bundesbürger allein 66 Tagesdosen an Analgetika und Antipyretika nachgefragt (Vgl. GLAESKE 1986, S.2032-2034).

3. 1. 3 Arzneimittel im Krankenhaus

Über die in den Krankenhäusern verbrauchte Arzneimittelmenge gibt es nur unzureichende Informationen. Aufgrund der Angaben über den medizinischen Bedarf in den Selbstkostenblättern bzw. in den Kosten- und Leistungsnachweisen der Krankenhäuser läßt sich der Wert der Krankenhausmedikation – je nach Abgrenzung – auf ca. 2 Milliarden DM bis 5 Milliarden DM schätzen (GROSS-NICKEL/KIRSCH 1988, S.435-438). Der größte Teil dieser Medikation besteht aus Antibiotika, Infusions- und Spüllösungen, Röntgenkontrastmitteln, blutgerinnungsbeeinflussenden Arzneimitteln sowie einer Reihe weiterer Arzneistoffe mit auf den stationären Sektor begrenzter Indikation, die nur wenig Ausstrahlungskraft auf den ambulanten Bereich ausüben. Nur der geringere Teil der Medikation im Krankenhaus ist auch zur ambulanten Weiterbehandlung geeignet. Diese Arzneimittel werden oft mit hohen Rabatten von den Herstellern an die Krankenhäuser geliefert. Für das Krankenhaus ist es in der Regel ökonomisch rational, auf derartige Markenartikel nicht zu verzichten, insoweit die Einkaufspreise dieser Präparate meist unter den Einkaufspreisen von Generika liegen. Vermittelt über die Entlassungsberichte beeinflußt diese Krankenhausmedikation nicht unerheblich die ambulante Weiterbehandlung und verteuert insgesamt auf diese Weise die Arzneimittelversorgung.

Damit die Krankenhausmedikation nicht automatisch in die ambulante Weiterbehandlung übernommen wird, soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers in den dreiseitigen Verträgen zwischen den Krankenkassen, Kassenärzten und Krankenhäusern im Rahmen der gegenseitigen Unterrichtung über die Behandlung der Patienten (§ 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) die Ausgabe des Wirkstoffes in den Mitteilungen der Krankenhausärzte an die niedergelassenen Ärzte vorgesehen werden. Auch die zweiseitigen Verträge (§ 112 Abs. 2 Nr. 1 b SGB V) können entsprechende Berichtspflichten für die Krankenhäuser enthalten. Sofern derartige Verträge in der Vergangenheit abgeschlossen wurden, erschien in der Regel parallel zur Wirkstoffangabe allerdings auch der Name des Originalpräparates auf dem Entlaßbericht.

3. 1. 4 Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums

Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums ergeben sich insbesondere dort, wo die Arzneimittel selbst – insbesondere bei länger dauernder Anwendung – behandlungsbedürftige Krankheiten auslösen oder negativ beeinflussen können. Für die Bundesrepublik Deutschland ist derzeit von etwa 500.000 bis 800.000 Medikamentenabhängigen auszugehen (Schätzung der DEUTSCHEN HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN). In diesem Zusammenhang kommt zweifelsfrei dem hohen Niveau des Tranquilizer-Verbrauchs in der Bundesrepublik Deutschland eine besondere Bedeutung zu, wobei gesehen werden muß, daß diese Arzneimittel allesamt verschreibungspflichtig sind. Demnach handelt es sich also um eine unter ärztlicher Einwirkung entstehende oder gestützte Abhängigkeit.

Während aber im Bereich der Benzodiazepin-Abhängigkeit das medizinische Risiko noch weitgehend ungeklärt ist, äußern sich die Folgewirkungen der Übermedikation mit anderen Arzneistoffen in manifesten Krankheitsbildern. So ist beispielsweise davon auszugehen, daß ca. 3.000 der 15.000 dialysepflichtigen Patienten infolge chronischen Schmerzmittelmißbrauchs schwere Nierenschädigungen davongetragen haben (SCHÖNHÖFER 1985, S.20).

Nicht wenige Krankenhausfälle sind nach Ansicht von Fachleuten auf Arzneimittelnebenwirkungen zurückzuführen. Dies ist beispielsweise bekannt für die Herzglykoside, die nur eine geringe therapeutische Breite aufweisen und in der Bundesrepublik, wie kontrollierte Studien belegt haben, in rund der Hälfte der Fälle ohne ausreichende Indikation verordnet werden (SCHOLZ 1988, S.233).

3. 2 Preise der Arzneimittel

3. 2. 1 Preisniveau

Internationale Vergleiche belegen übereinstimmend das hohe Niveau der Arzneimittelpreise in der Bundesrepublik Deutschland. In vielen anderen europäischen Ländern, so z. B. in Italien, Spanien, Frankreich, Belgien, liegen die Arzneimittelpreise deutlich unter denen der Bundesrepublik (von STACKELBERG 1984). Internationale Vergleiche sind allerdings aus vielen Gründen nur von begrenzter Aussagefähigkeit. Abgesehen von diversen methodischen Problemen (unterschiedliche Umrechnungsmethoden nach Wechselkursen, Verbrauchergeldparitäten etc.) liegen den unterschiedlichen Preisniveaus der einzelnen Länder zum Teil erhebliche Differenzen bei der Ausgestaltung und Reglementierung des Arzneimittelmarktes zugrunde. In vielen der als »Billigpreis-Länder« apostrophierten Nationen unterliegen die Arzneimittelpreise starken staatlichen Kontrollen. Im Gegensatz zu fast allen europäischen Nachbarstaaten ist die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland – abgesehen von kartellrechtlichen Bestimmungen – bei der Festlegung ihrer Preise keinerlei staatli-

chen oder behördlichen Kontrollen unterworfen. Aus diesen Rahmenbedingungen ergibt sich eine Subventionierung der Arzneimittelpreise in den europäischen Nachbarländern durch die Sozialversicherung der Bundesrepublik Deutschland. Nach einer Modellrechnung für das Jahr 1981 hätten sich allein bei den 500 meistverordneten Arzneimitteln der gesetzlichen Krankenversicherung rund 2 Milliarden DM einsparen lassen, wenn diese Arzneimittel zu den jeweils günstigsten Konditionen im Ausland eingekauft worden wären (von STACKELBERG 1984).

Internationale Preisvergleiche allein können aber – ganz abgesehen von den methodischen Problemen – die Preiswürdigkeit des Arzneimittelangebotes im Inland nicht hinreichend beleuchten. Eher schon sind die in der Vergangenheit vom Bundeskartellamt eingeleiteten Mißbrauchsverfahren gegen einzelne Arzneimittelhersteller, die zum Teil zu erheblichen Preissenkungen geführt haben, ein Hinweis auf das überhöhte Preisniveau in der Bundesrepublik Deutschland. Auch die Tatsache, daß bei Ablauf des Patentschutzes die Preise für die betroffenen Arzneimittel nur in sehr seltenen Fällen gesenkt werden, daß also über die Patentlaufzeit hinaus »Erstanbieterboni« realisiert werden können, belegt den mangelnden Preiswiderstand auf der Nachfrageseite.

Nach Angaben des BPI entfallen lediglich 39,4 % der gesamten Kosten der Arzneimittelproduzenten auf die reinen Herstellungskosten. 26 % der Kosten entfallen auf das Marketing (Werbung, »wissenschaftliche Information«, Vertrieb) (BPI 1989, S.10). Dieser hohe Anteil von Marketingaufwendungen muß ebenfalls als Ausfluß mangelnden Preiswiderstandes auf der Nachfrageseite gewertet werden.

Vergleicht man den Preisindex für humanpharmazeutische Spezialitäten mit dem Lebenshaltungskostenindex oder dem Preisindex aller gewerblichen Produkte, so zeigt sich über den Gesamtzeitraum der vergangenen zehn Jahre im Durchschnitt eine in etwa ähnliche Entwicklung. Dies unterscheidet die Bundesrepublik Deutschland von anderen europäischen Ländern mit Preisreglementierung (z. B. Frankreich, Italien, Schweiz), in denen zwischen 1977 und 1984 der »Heilmittelpreisindex« deutlich hinter dem »Konsumentenindex« zurückblieb (SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.88 f.).

Zu beachten ist ferner, daß seit 1983 der Arzneimittelpreisindex regelmäßig über dem Lebenshaltungskostenindex lag. In den Jahren 1986/87 ist dies durch die Sonderentwicklung bei den Ölpreisen mitbedingt (BPI 1987/88, S.94). Kurzfristig kam es 1989 durch die Festbeträge zu Senkungen des Preisniveaus. Langfristige Wirkungen bleiben abzuwarten. Eine im Oktober 1989 veröffentlichte Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen belegt, daß vor allem die großen Hersteller von Originalpräparaten die durch Festbeträge erlittenen Einbußen durch Preissteigerungen bei anderen Präparaten kompensieren (REICHELT 1989).

3. 2. 2 Strukturkomponente

In den Jahren 1981 bis 1988 stieg der Umsatz mit zu Lasten der GKV verordneten Fertigarzneimitteln um insgesamt 49 % an. Im gleichen Zeitraum nahm jedoch die Zahl der Einzelverordnungen (verordnete Arzneimittelpackungen) um 5,4 % ab (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S. 2). Diese vordergründig widersprüchliche Entwicklung erklärt sich durch eine Zunahme des durchschnittlichen Wertes der einzelnen Arzneimittelverordnung um rund 58 %. Da der Preisanstieg bei den verordneten Arzneimitteln im gleichen Zeitraum nur 18 % betrug, hat sich der durchschnittliche Wert je Verordnung im wesentlichen durch andere Faktoren, nämlich durch Umschichtungen im verordneten Warenkorb (»Strukturkomponente«) erhöht. Mit kumuliert 35 % erklärt die Strukturkomponente über den gesamten Zeitraum rund zwei Drittel der Verteuerung der durchschnittlichen Arzneimittelverordnung.

Die Wirkung der Strukturkomponente war in den Jahren 1981 bis 1988 keineswegs gleichförmig. Vielmehr spiegeln sich in ihr sehr unterschiedliche Einzelentwicklungen wider. Über den gesamten Zeitraum haben die Umschichtungen zu teureren Arzneimitteln im Verordnungsspektrum eine Umsatzwirkung von rund 13,7 % gehabt (»Intermedikamenteneffekt«), die Verteuerung durch Auswahl teurerer Packungsgrößen, Darreichungsformen und Wirkstärken bei identischen Arzneimitteln (»Intramedikamenteneffekt«) betrug 18,8 %. Während in den Jahren 1982 und 1983 der Intermedikamenteneffekt noch deutlich stärker ausgeprägt war als der Intramedikamenteneffekt, hat sich seit 1985 das Verhältnis umgekehrt. Diese Tatsache ist weitgehend durch die Entwicklung des Generika-Marktes bedingt.

Hinter dem Intermedikamenteneffekt verbirgt sich – gebrochen durch unterschiedliche Einzelentwicklungen – ein langfristiger Trend zur teuren Arzneimitteltherapie. So werden beispielsweise im Bereich der Bluthochdruckmittel seit vielen Jahren vermehrt Beta-Rezeptorenblocker-Kombinationen und ACE-Hemmer verordnet anstelle der preisgünstigeren Reserpin-Kombinationen. Bei der Therapie der Magenerkrankungen werden zunehmend die teuren H_2-Antagonisten (Cimetidin, Ranitidin, Famotidin) verordnet, während andere Ulkustherapeutika in ihrer Verordnung zurückgehen oder stagnieren. Indikationsgebiete mit im Durchschnitt relativ teuren Arzneimitteln (z. B. durchblutungsfördernde Mittel) haben in den letzten Jahren ihren Marktanteil kontinuierlich ausgebaut. Die Ausgaben für diese Mittel stiegen von 763 Mio. DM im Jahre 1981 auf 1,432 Mrd. DM im Jahre 1988 und haben sich mithin fast verdoppelt. Der Trend zur Auswahl teurerer Arzneimittel bei der Verordnung ist somit nicht durchgängig mit einem pharmakologischen oder therapeutischen Fortschritt verbunden.

Die zunehmende Verordnung größerer Packungen, teurerer Darreichungsformen und Wirkstärken bei identischen Arzneimitteln stellt seit 1981 einen relativ stabilen Kostenfaktor bei den Arzneimittelverordnungen dar. Eine indikationsgruppenbezogene Analyse zeigt allerdings, daß der »Pakkungsgrößeneffekt« vor allem dort sehr ausgeprägt ist, wo vorwiegend eine Dauertherapie betrieben wird (Bluthochdruckmittel, Bronchospasmolytika, durchblutungsfördernde Mittel etc.) (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S.449 ff.).

3. 2. 3 Entwicklung des Generika-Marktes

Wie bereits oben angedeutet, hat die Entwicklung der Generika-Verordnungen in den Jahren seit 1984 zu einer deutlichen Verringerung der Strukturkomponente (insbesondere des Intermedikamenteneffektes) geführt. So ist es auch zu erklären, daß in den Jahren 1985 bis 1988 die Einführung neuer Fertigarzneimittel kaum einen Kostenfaktor für die GKV darstellte (Sturktureffekt durch neue Arzneimittel 1985: 54 Millionen DM; 1986: 20 Millionen DM; 1987: minus 10 Millionen DM; 1988 90: Millionen DM) (SCHWA-

BE/PAFFRATH [Hrsg.] 1986, S.9; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1987, S.14 f.; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.15; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S.14).

Mit dem Patentablauf für umsatzstarke Wirkstoffe (unter anderem Glibenclamid, Diclofenac, Nifedipin) seit 1983 hat der Generika-Anteil unter den Arzneiverordnungen erheblich zugenommen. Von 1981 bis 1988 stieg er nach der Zahl der verordneten Packungen von 7,2 % auf 20,4 % des gesamten Marktes, nach Umsatz von 7,2 % auf 15,3 %. Bei den wirkstoffgleichen Arzneimitteln haben die Zweitanmelder im Jahre 1988 bereits einen Umsatzanteil von 39,7 % und nach Verordnungen sogar 50,4 % des Marktes erreicht. Allerdings ist das Einsparpotential durch Verordnung von Generika noch keineswegs ausgeschöpft. Im Jahre 1988 hätten zusätzlich 1,7 Milliarden DM eingespart werden können, wenn anstelle der verordneten Originalpräparate Arzneimittel mit den Durchschnittskosten der Generika-Verordnungen verschrieben worden wären (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S.7 f.). Mit den Festbeträgen für wirkstoffgleiche Arzneimittel wurde durch das GRG ein Instrument eingeführt, mit dem die in diesem Bereich bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven weiter erschlossen werden sollen.

3. 3 Qualität der Arzneimittel

3. 3. 1 Qualitative Aspekte des Arzneimittelangebotes

Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes im Jahre 1978 brachte zwangsläufig eine Zweiteilung des Arzneimittelangebots mit sich. Einerseits existieren solche Arzneimittel, die den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes 1978 im Rahmen einer Neuzulassung unterlegen waren und insofern eine offizielle Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt nach Prüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erhalten haben. In dem Zeitraum vom 1.1.1978 bis 31.12.1988 hat das Bundesgesundheitsamt insgesamt 6.733 Humanarzneimittel zugelassen (BPI 1989, S. 30).

Andererseits wird das weitaus größere Präparate-Potential von solchen Arzneimitteln repräsentiert, die bereits vor dem Jahre 1978 – lediglich im Wege der Registrierung – im Markt eingeführt waren und für die unter dem Primat der Besitzstandswahrung eine »fiktive« Zulassung bis zum Ende des Jahres 1989 erteilt wurde. Bis dahin sollten diese sog. »Altpräparate« eine Nachzulassung nach dem AMG 1978 durchlaufen haben. Der ursprünglich für Ende 1989/Anfang 1990 geplante Abschluß der Aufbereitungsarbeiten und die gewünschte Gewähr für alle Arzneimittel, nach den Erfordernissen des Arzneimittelgesetz überprüft worden zu sein, ist allerdings – nicht nur bedingt durch die jüngst erfolgte Verlängerung der Nachzulassungsfrist – auf eine bisher noch unbestimmte Zeit verschoben worden (HOLZ-SLOMCZYK 1988, S. 19-42).

Daraus folgt, daß der weitaus größere Teil der heute auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland angebotenen Präparate bis zum heutigen Tage noch keiner Prüfung in bezug auf Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit unterworfen wurde. Diese Tatsache spiegelt sich auch im Verordnungsspektrum wider. Dort haben diese Arzneimittel ebenfalls einen großen Anteil.

Auch die Novellierung des Arzneimittelgesetzes 1978 hat nach Expertenmeinung an den qualitativen Defiziten des Arzneimittelangebotes nicht viel verändert. Die medizinisch-therapeutische Bewertung der Arzneimittel, die nach dem AMG 1978 zugelassen wurden, ergibt danach, daß nur ein geringer Teil einen signifikanten therapeutischen Gewinn, ein etwas größerer Teil der neu zugelassenen Arzneimittel eine Verbesserung eines bekannten therapeutischen Prinzips darstellen. Der weitaus überwiegende Teil der neu zugelassenen Arzneimittel beinhaltet nach Ansicht der Experten keinen bedeutsamen zusätzlichen Nutzen für die medikamentöse Therapie und die Patienten. So zeigt eine Analyse der 1987 und 1988 neu zugelassenen Fertigarzneimittel, daß sich unter den 241 (1987) bzw. 443 (1988) lediglich 22 (1987) bzw. 14 (1988) mit neuen Wirkstoffen befanden. Von kompetenter Seite wurden hiervon für 1988 lediglich 3 als echte therapeutische Fortschritte gewertet 1987 waren es 4 (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988 S.5 ff.; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S.5 ff.).

3. 3. 1. 1 Wirksamkeitsnachweis nach dem Arzneimittelgesetz

Die bisherige Praxis der Neuzulassungen nach dem Arzneimittelgesetz 1978 zeigt, daß den Erfordernissen der Unbedenklichkeit und der Wirksamkeit nicht in allen Fällen ausreichend Rechnung getragen werden kann. Einige durch das Bundesgesundheitsamt zugelassene Arzneimittel mußten daher wegen schädlicher Wirkungen wieder aus dem Handel gezogen werden (z. B. Coxigon, Amuno Gits, Edrul, Alival, Psyton).

Der Begriff des therapeutischen Nutzens ist dem Arzneimittelgesetz fremd. Hier ist ausschließlich von der therapeutischen Wirksamkeit eines Arzneimittels die Rede, deren Nachweis im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu erbringen ist (§1 in Verb. mit §§ 22 ff. AMG). Positive Aussagen über die Wirksamkeit sind vom jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer vorzulegen.

Eine Validierung der Zulassungspraxis durch das Bundesgesundheitsamt zeigt, daß ein zweifelsfreier Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit oder des therapeutischen Nutzens nicht in jedem Fall vorliegt, insbesondere deshalb, weil es im Rahmen des Zulassungsverfahrens auch zulässig ist, anstelle der geforderten Ergebnisse der analytischen Prüfung, der pharmakalogisch-toxikologischen Prüfung und der klinischen Prüfung »anderes wissenschaftliches Erkenntnismaterial« vorzulegen. Diese Beweiserleichterung gilt insbesondere für Arzneimittel, die als eine »neue Kombination bekannter Bestandteile« mit zu den wesentlichen strategischen Feldern pharmazeutischer Produktdifferenzierung in der Bundesrepublik Deutschland gehören (WESTPHAL 1982, S. 333 ff.)

Im übrigen darf die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz nicht deshalb versagt werden, »weil therapeutische Ergebnisse nur in einer beschränkten Zahl von Fällen erzeilt worden sind«. Das Arzneimittelgesetz selbst formuliert den Anspruch, daß die therapeutische Wirksamkeit fehlt, wenn feststeht, daß sich mit dem Arzneimittel keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen (§ 25 Abs. 2 AMG). Diese Problematik wird in der Literatur auch als Beweislastumkehrung dargestellt. Weist der Hersteller therapeutische Ergebnisse in einer beschränkten Zahl von Fällen nach, so kann die Zulassungsbehörde nach dieser Interpretation den Marktzutritt nur dann verweigern, wenn sie ihrerseits den Nachweis der therapeutischen Unwirksamkeit des Medikamentes führt.

Es wird daraus abgeleitet, daß der vom Bundesgesundheitsamt geforderte Nachweis, daß sich mit dem Arzneimit-

tel überhaupt keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen, schon aus methodischen Überlegungen heraus nicht geführt werden kann. So ergibt sich die Schlußfolgerung, daß in Konsequenz der so vorgenommenen Umkehrung der Beweislast faktisch eine Wirksamkeitsprüfung der Arzneimittel, deren Zulassung beantragt wird, kaum vorgenommen werden kann (WESTPHAL 1982, S.343 f.). Diese Feststellung hat bereits Eingang in die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes gefunden (VitOrgan-Beschluß d. BVerwG vom 2. 7. 1979 [BVerwGE 58, S. 167 ff.]).

3. 3. 1. 2 Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit, risikobehaftete und unzweckmäßig zusammengesetzte Arzneimittel

In der besonderen Expertenkritik bezüglich ihrer Zusammensetzung und damit bezüglich ihres therapeutischen Nutzens stehen die sogenannten Kombinationsarzneimittel. Ca. 50 % des gesamten Arzneimittelkonsums in der Bundesrepublik Deutschland wird derzeit noch von diesen Kombinationspräparaten repräsentiert. Allerdings ist der Anteil der Monopräparate in den vergangenen Jahren langsam, aber kontinuierlich gestiegen. Fixe Kombinationen haben gegenüber den Monopräparaten nur in wenigen Fällen Vorteile. Dafür bietet das unter anderem von der amerikanischen Arzneimittelbehörde (FDA) angewandte Kriterienraster nach CROUT gute Anhaltspunkte (CROUT 1974, S.50-54). Die sogenannten CROUTschen Kriterien fordern unter anderem für Arzneimittel mit mehreren Inhaltsstoffen, daß jeder einzelne Inhaltsstoff therapeutisch wirksam ist und daß die Dosierung jedes einzelnen Inhaltsstoffes wirksam und unbedenklich ist. Darüber hinaus muß die Kombination sicherstellen, daß die zugefügten Inhaltsstoffe die Wirksamkeit und/oder Unbedenklichkeit des Hauptinhaltsstoffes erhöhen bzw. die Möglichkeit des Mißbrauchs des Hauptinhaltsstoffes verringern oder die fixe Kombination der Inhaltsstoffe einen größeren therapeutischen Effekt hervorruft oder größere Unbedenklichkeit bietet als jeder einzelne Inhaltsstoff für sich.

Sofern ein Arzneimittel diese Kriterien nicht erfüllt, besagt dies zwar noch nichts über die Wirksamkeit einzelner Inhaltsstoffe oder der Kombination. Es bleibt allerdings festzuhalten, daß der Sinn des so zusammengesetzten Arzneimittels aus pharmakologischer Perspektive nicht nachvollziehbar ist. So weisen denn auch eine Reihe von Untersuchungen bezüglich der Kombinationsarzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland nach, daß ein Großteil dieser Präparate nicht sinnvoll zusammengesetzt ist.

Der im SGB V § 34 Abs. 3 vorgesehene Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel stellt zwar einen ersten Schritt in die richtige Richtung dar, wird aber letztlich nur die Spitze der unwirtschaftlichen Arzneimittel erfassen können. Angesichts der Tatsache, daß viele dieser unzweckmäßig zusammengesetzten Kombinationsarzneimittel in Ländern wie den USA, Großbritannien oder auch den skandinavischen Ländern – ohne Nachteile für die Patienten – nicht erhältlich sind und vor dem Hintergrund der von den Krankenkassen getätigten Ausgaben in Höhe von ca. 5,5 Mrd. DM für umstrittene Arzneimittelgruppen insgesamt bleibt die halbherzige Steuerungsregelung des § 34 Abs. 3 aber in jedem Fall unzureichen.

3. 3. 1. 3 Patentrechtliche Aspekte der Arzneimittelinnovation

Insbesondere die Tatsache, daß ein großer Teil der zahlreichen Krankheitsbilder bisher noch nicht kausal therapierbar ist, macht deutlich, daß – trotz der bereits auffällig hohen Zahl an Arzneimitteln auf dem deutschen Arzneimittelmarkt – weitere, neue Arzneimittel unerläßlich sind, um eine optimale Arzneimitteltherapie zu ermöglichen. Arzneimittelforschung und -innovation sind nicht Gegenstand problemorientierter Steuerung durch den Staat oder andere öffentliche Akteure. Die Diskussion über Innovationen beschränkt sich zumeist auf den Schutz der wirtschaftlichen Interessen der Produzenten und Anbieter neuer Arzneimittel. In diesem Zusammenhang spielt die Frage des Patentschutzes von Arzneimitteln eine besondere Rolle. Der Patentschutz für Arzneimittel beträgt in der Bundesrepublik Deutschland derzeit 20 Jahre. Für Innovationen im engeren Sinne, die sowohl unter medizinisch-pharmakologischen wie auch unter ökonomischen Gesichtspunkten vom Markt verlangt werden, sind ausreichende Patentschutzfristen oder ein funktional äquivalenter Erfinderschutz unabdingbar, nicht zuletzt um die Forschungsintensität der pharmazeutischen Industrie nicht unnötig zu beeinträchtigen. Nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie beträgt derzeit die ökonomische Nutzungszeit der Patente infolge langwieriger Prüfungen vor der Zulassung bzw. infolge des Zulassungsprozesses selbst durchschnittlich noch 7,7 Jahre (SUCHY 1987). Die Forschungsintensität bzw. -kapazität der deutschen pharmazeutischen Industrie ist nicht nur unter medizinisch-therapeutischen, sondern auch unter nationalen wie internationalen Wettbewerbsaspekten von Bedeutung. Von daher hängt die Weiterentwicklung des Arzneimittelangebotes in Richtung einer möglichst optimalen Arzneitherapie auch davon ab, inwieweit es gelingt, den forschenden pharmazeutischen Unternehmen eine ausreichende ökonomische Nutzungszeit der Patente zu gewährleisten. Durch die 2. Novelle des Arzneimittelgesetzes wurde bereits ein besonderer, über die Patentregelung hinausgehender Schutz für die forschende Industrie erreicht, da ein Nachahmer sich erst auf die wissenschaftliche Untersuchung eines zugelassenen Arzneimittels beziehen darf, wenn dieses Arzneimittel mindestens 10 Jahre am Markt ist. Im SGB V § 35 Abs. 4 wurde ferner festgelegt, daß ein Festbetrag für Arzneimittel mit demselben Wirkstoff erst 3 Jahre nach der 1. Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgesetzt werden kann.

Weitgehende Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die forschende pharmazeutische Industrie erscheinen von daher – zumindest derzeit – nicht notwendig. Von besonderer Dringlichkeit allerdings ist in diesem Zusammenhang die Beseitigung der schleppenden Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes, die die Innovationsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie ebenso dominant wie unnötig belastet.

3. 3. 2 Qualitative Aspekte der Verordnungsstruktur

Die kritische Beleuchtung des qualitativen Angebotes der pharmazeutischen Industrie zeigt, daß es auf dem deutschen Arzneimittelmarkt zahlreiche, in der pharmakologischen Wissenschaft völlig unstrittige und insofern in bezug auf ihre Wirksamkeit bzw. ihren therapeutischen Nutzen anerkannte Arzneimittel gibt. Für den verordnenden Arzt stellt sich indes das Problem, aus der Vielzahl der angebotenen Arzneimittel dasjenige auszusuchen, das den Anspru-

chen an die Wirksamkeit bzw. den Ansprüchen an den therapeutischen Nutzen in der besonderen Situation am ehesten entspricht.

3. 3. 2. 1 Verordnung therapeutisch umstrittener Arzneimittel

Der hohe Anteil umstrittener Arzneimittel im Angebot der pharmazeutischen Industrie führt dazu, daß sich solche Arzneimittel auch in erheblichem Ausmaß in der Verordnungsstruktur der Ärzte niederschlagen. Sofern dem Arzt die notwendigen Möglichkeiten fehlen, zwischen den verschiedenen Qualitätssortimenten des Arzneimittelmarktes eine Entscheidung zu treffen, werden sich auch im Rahmen der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl solcher Arzneimittel finden, die in der pharmakologischen Wissenschaft als umstritten gelten. Von den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der Größenordnung von rund 20,6 Milliarden DM geben denn auch nach Ergebnissen des Arzneiverordnungs-Reports die gesetzlichen Krankenversicherungen ca. 5,5 Milliarden DM für derartige Arzneimittelgruppen aus (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1989, S.11 ff.). An oberster Stelle finden sich hierbei die durchblutungsfördernden Mittel, die einen Gesamtumsatz von 1,4 Milliarden DM repräsentieren. Der therapeutische Nutzen einer Dauertherapie mit diesen Präparaten bei funktionellen Durchblutungsstörungen ist bis heute nicht nachgewiesen. Sinnvoller wären hier zumeist Bewegungstherapie und Krankengymnastik. Die hohen Verordnungszahlen der durchblutungsfördernden Mittel lassen indessen vermuten, daß sie in großem Umfang als »psychosoziale Massenplacebos« eingesetzt werden.

Zu den ebenfalls therapeutisch umstrittenen Arzneimittelgruppen gehören in diesem Zusammenhang beispielsweise die externen Rheumamittel (Umsatz 1988: 445 Mio. DM), Expektorantien (Umsatz 1988: 671 Mio. DM) oder auch die Venenmittel (Umsatz 1988: 628 Mio. DM).

3. 3. 2. 2 Arzneitherapie ohne begründete Indikation

Eine zielgerichtete Arzneimitteltherapie verlangt eine klare Diagnose. Die Praxis zeigt jedoch, daß ein relativ hoher Anteil von mehr oder weniger unspezifischen psychosomatischen Symptomen in der allgemeinen Praxis anzutreffen sind, die sich einer klar abgrenzbaren Diagnose entziehen. Gleichwohl werden auch derart unspezifische Krankheitsbilder (vegetative Dystonie, Abgespanntheit etc.) einer medikamentösen Therapie zugeführt. Gerade für derart unspezifische Krankheitsbilder bietet die pharmazeutische Industrie eine Fülle von Kombinationsarzneimitteln an, die im Wege der »Schrotschuß-Therapie« Hilfe versprechen.

Gleichfalls ist festzustellen, daß häufig Arzneimittel verordnet werden, die zwar in ihrer Wirksamkeit durchaus unstrittig sind, bei der Indikation jedoch, in der sie eingesetzt werden, fehl am Platze sind. So ist beispielsweise bei den durchaus unstrittigen H_2-Antagonisten (Ulcustherapeutika) infolge ihrer besonderen Verordnungshäufigkeit des öfteren die Frage gestellt worden, ob diese gut wirksamen Arzneimittel über das therapeutisch Zweckmäßige hinaus verordnet wurden (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.125). Für die Herzglykoside ist in kontrollierten Untersuchungen nachgewiesen worden, daß sie in nahezu der Hälfte aller Fälle ohne ausreichende Indikation gegeben wurden (SCHOLZ 1988, S.233). Zu den vielfältigen Arzneimittelverordnungen ohne ausreichende Indikation zählen aber auch all jene Fälle, in denen gleichsam »großkalibrig« leichtere Erkrankungsformen bekämpft werden. Als »klassisch« gilt hier der vorschnelle Antibiotika-Einsatz vor allem bei Virusinfekten. Aber auch der vorzeitige Einsatz von stark wirksamen ACE-Hemmern in der Bluthochdrucktherapie aufgrund eines ärztlichen Fehlverhaltens kann hier beispielhaft erwähnt werden.

3. 4 Steuerungsprobleme: Aktionsparameter und Anreizsysteme

Wesentliche Gründe für die Ineffizienz und die z. T. mangelnde Rationalität der Arzneitherapie liegen in den unzureichenden Steuerungselementen des Marktes und den unzureichenden Aktionsparametern auf der Nachfrageseite. Insgesamt ist der Markt gekennzeichnet durch einen mangelhaften Preiswettbewerb, durch die weitgehende Dominanz der marktstrategischen Parameter der Arzneimittelhersteller sowie durch mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten auf der Nachfrageseite. An dieser Diagnose können auch die neuen Steuerungsinstrumente des Gesundheitsreformgesetzes grundsätzlich nichts ändern.

3. 4. 1 Rolle des Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt

Aufgrund der besonderen Struktur des Arzneimittelmarktes muß die pharmazeutische Industrie mit nur wenig Druck der Nachfrage auf ihre Preisgestaltung rechnen. Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient, unzureichende Einflußmöglichkeiten auf der Seite der gesetzlichen Krankenversicherung und Gleichgerichtetheit der Interessen bezüglich der Preisgestaltung auf seiten der Apothekerschaft haben die Rolle der Preise als Wettbewerbsparameter stark in den Hintergrund gedrängt. Die mangelhafte Transparenz des Marktes und die Heterogenität der Produktpalette haben darüber hinaus zumindest bei den Patienten, möglicherweise auch bei den Ärzten, mangels anderer Qualitätsmaßstäbe zu einer positiven Signalwirkung der Preise geführt.

Erst seit wenigen Jahren hat sich im Zusammenhang mit der Kostendämpfungsdiskussion im Gesundheitswesen sowie strukturellen Veränderungen des Arzneimittelmarktes (Patentauslauf für marktrelevante Arzneistoffe) zumindest bei den wirkstoffgleichen Präparaten eine ernstzunehmende preisliche Konkurrenz für die Originalprodukte etablieren können. Insgesamt hat jedoch auch dadurch die Rolle der Preise als Wettbewerbsparameter keine vorrangige Bedeutung erhalten. Dies zeigt sich auch daran, daß die Preise für die Originalprodukte nur in seltenen Fällen gesenkt wurden.

Zwar liegert das gerade in diesen Märkten installierte Instrumentarium der Arzneimittelfestbeträge der Nachfrageseite erstmals ein deutliches Mitsprache- und Gestaltungsrecht, dies allerdings nur in einem begrenzten Teilmarkt, der im Rahmen der Stufe 1 der Festbeträge lediglich 1/3 des Gesamtmarktes repräsentiert. Da die Umsetzung der Stufen 2 und 3 der Arzneimittelfestbeträge insbesondere unter pharmakologisch-medizinischen Aspekten auch aus Sicht der für die Umsetzung verantwortlichen gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen als schwierig und – wenn überhaupt – dann nur in Ansätzen als möglich betrachtet wird, zeichnet sich bereits jetzt ab, daß der so ausgeübte Marktdruck der Nachfrageseite in den Festbetragsmärkten relativ problemlos seine Ventile in von Festbeträgen nicht besetzten und auch in Zukunft nicht zu besetzenden Märkten findet.

3. 4. 2 Die Dominanz der Herstellerinformationen

Vor dem Hintergrund des nur nachrangigen Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt sind andere Wettbewerbsparameter zu typischen Charakteristika des Arzneimittelmarktes geworden. Dominante marktstrategische Bedeutung auf der Herstellerseite hat die Informationspolitik gewonnen.

Aus der BPI-Mitgliederbefragung von 1988 geht hervor, daß den Arzneimittelherstellern gegenwärtig 26,0 % ihrer Kosten durch Werbung, Vertrieb und »Wissenschaftliche Information« entstehen (BPI 1989, S. 10). Das bedeutet, daß die pharmazeutische Industrie gegenwärtig rund fünf Milliarden DM jährlich in ihre Absatz- und Marketing-Politik investiert.

Zentrale Bedeutung kommt dabei dem Pharma-Außendienst mit 10.000 (Schätzung des BPI) bis 16.000 (Schätzung des AOK-Bundesverbandes) Ärzteberatern zu. Empirische Untersuchungen belegen, daß die Ärzteberater der Herstellerfirmen für viele Ärzte die vorrangige Informationsquelle über Arzneimittel darstellen (WESTPHAL 1982, S.94 ff.).

Ein weiteres wichtiges absatzstrategisches Instrument stellen die Arzneimittelmuster dar, die jährlich im Gegenwert von schätzungsweise 2 Milliarden DM an die niedergelassenen Ärzte verteilt wurden (AOK-BUNDESVERBAND 1984, S.68 ff.). Von den Ärzten können diese Arzneimittelmuster gezielt zur Senkung der in der Arzneikostenstatistik ausgewiesenen Arzneiverordnungen genutzt werden. Ihre absatzstrategische Bedeutung erhalten die Muster einerseits aus der direkten Beeinflussung der Ärzte, der Einstellung von Patienten auf bestimmte Medikamente sowie als Instrument zur Transportierung der Herstellerinformationen an die Ärzte (»Türöffnerfunktion«).

Eine weitere Milliarde DM setzt die pharmazeutische Industrie jährlich für die »Erinnerungswerbung« durch Anzeigen ein. Die Anzeigenwerbung verteilt sich danach etwa zur Hälfte auf die Werbung für Laien (ausschließlich für nichtverschreibungspflichtige Präparate) und zur anderen Hälfte auf die Werbung für Fachkreise in den ärztlichen Fach- und Standeszeitschriften (AOK-BUNDESVERBAND 1984, S. 109).

Dem massiven Einsatz absatzstrategischer Instrumente auf seiten der pharmazeutischen Hersteller stehen auf der Nachfrageseite keine entsprechenden Einflußmöglichkeiten gegenüber. Versuche, über individuelle Arzneimittelinformationen an die Ärzte durch Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen Informationsdefizite zu beseitigen, zeigen zwar, daß eine zielgerichtete Beratung der Ärzte erfolgreich ist. Da der Einsatz derartiger Beratungsgespräche in Modellversuchen oder oft nur als einmalige Aktion erfolgt, bleibt die Wirkung zumeist kurzfristig erhalten und wird durch das etablierte Informationssystem der Arzneimittelhersteller rasch kompensiert.

Durch den gezielten Einsatz von Ärzteberatern auch im Krankenhaus, durch selektive Rabattpolitik gegenüber den Krankenhäusern sowie durch vielfältige Kooperationen im Bereich der klinischen Arzneimittelforschung wird ferner die Krankenhausmedikation durch die Arzneimittelhersteller erheblich beeinflußt.

Aus regionalen Studien ist bekannt, daß die ausführlichen Arztbriefe, mit denen der weiterbehandelnde Arzt über die stationäre Behandlung informiert werden soll, in der Regel erst nach einigen Wochen bei dem weiterbehandelnden Arzt eintreffen. Die dem Patienten unmittelbar für die Weiterbehandlung mitgegebenen Kurzbriefe enthalten zumeist nur die für die Weiterbehandlung unmittelbar wichtigen Hinweise, insbesondere zur Fortführung der Arzneitherapie (BAYER/REICHELT/VIEFHUES 1984, S.159 f.). Vermittelt über die Kurzbriefe wird insofern die weiterführende Medikation einzelner Patienten determiniert. Darüber hinaus kann den Krankenhausärzten in gewissen Grenzen auch eine – zumindest regionale – Meinungsbildnerrolle zukommen. Nach den Vorstellungen ders Gesetzgebers soll in den dreiseitigen Verträgen (§ 115 Abs.2 Nr.2, § 112 Abs.2 Nr. 1 b SGB V) die Nennung der Wirkstoffe zur Erleichterung des Einsatzes von Generika in der fortführenden ambulanten Behandlung vorgesehen werden. Die praktische Umsetzung bleibt abzuwarten.

3. 4. 3 Mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten durch Arzt und Patient

3. 4. 3. 1 Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient

Aufgrund der Besonderheiten der Beziehungen zwischen den Leistungsanbietern und den gesetzlichen Krankenkassen im Bereich des Arzneimittelmarktes ist die Nachfrageseite weitgehend ausdifferenziert. Der Patient als Endverbraucher (»Konsument«) der Arzneimittel hat – bis auf den begrenzten Bereich der von Festbeträgen erfaßten Märkte – keinerlei Interesse an niedrigen Preisen der ihm verordneten Arzneimittel. Ansonsten identifiziert er mangels anderer Bewertungsmaßstäbe hohe Preise der ihm verordneten Arzneimittel mit hoher Qualität.

Aber auch beim verordnenden Arzt ergeben sich nur sehr vermittelt ökonomische Anreize für eine preisbewußte Arzneitherapie. Mit Konsequenzen für sein persönliches Einkommen muß der Arzt erst dann rechnen, wenn er in ein Regreßverfahren gerät. Auch wenn gesichertes empirisches Material derzeit fehlt, kann davon ausgegangen werden, daß die realisierten Arzneimittelregresse gegen Ärzte sich im Promillebereich der Arzneimittelausgaben bewegen und praktisch keine Bedeutung haben. Ihre Bedeutung erwächst möglicherweise indirekt daraus, daß gerade den meisten Ärzten diese Tatsache unbekannt ist und die »Regreßangst« zumindest in geringem Ausmaß die fehlenden ökonomischen Anreize ersetzen kann.

Inwieweit Funktion und Wirkung des Regresses durch das im SGB V vorgesehene Steuerungsinstrument der Richtgrößen aufrecht erhalten bzw. noch verstärkt werden können, bleibt ungewiß. Das mittels der Richtgrößen initiierte politische Bargaining der aufgerufenen Vertragspartner läßt nach den bisherigen Erfahrungen kaum erkennen, wie hierdurch ökonomische Anreize für eine preisbewußte Arzneitherapie verstärkt werden können, zumal dann, wenn die Richtgrößen lediglich in der Definition des bereits existierenden Verordnungsdurchschnitts fortgeschrieben werden. Im übrigen ist zu bedenken, daß ökonomische Anreize nur durch eine Ankoppelung der ärztlichen Verodnungstätigkeit an das persönliche Einkommen des Arztes greifen. Hierdurch werden Ärzte in eine Konfliktsituation gedrängt, mit der Gefahr, daß nicht in allen Fällen das Notwendige verordnet wird. Vor allem besteht aber die Gefahr, daß den Ärzten, wenn sie im Einzelfall vom Medikamentenkonsum abraten oder ein kostengünstigeres Präparat anraten, egoistisches, einkommenorientiertes Verhalten unterstellt werden kann.

Im übrigen setzten derartige Regelungen einseitig an der Preis- und Mengenseite des Problems an. Qualitative Aspekte der Arzneitherapie bleiben hier tendenziell unberücksichtigt.

3. 4. 3. 2 Geringe Preiselastizität der Nachfrage

Insofern Arzneimittel nicht beliebig gegeneinander substituierbar sind, ergibt sich bereits theoretisch eine geringe Preiselastizität der Nachfrage. Diese Tatsache wird noch weiter verstärkt durch Probleme der Patienten-Compliance und unzureichender Informationen bezüglich der Bioverfügbarkeit bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln, was in Einzelfällen auch dort eine Substitution von Arzneimitteln verhindert, wo sie objektiv ohne Nachteile für die Patienten durchgeführt werden könnte. Aus diesem Grunde sind die Arzneimittelhersteller – sieht man von kartellrechtlichen Bestimmungen bzw. von der Festbetragsregelung ab – frei in der Gestaltung ihrer Preise. Auch der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland fehlte – im Gegensatz zu den meisten europäischen Nachbarn – bislang jede Möglichkeit zur Einflußnahme auf die Preise, was durch die Festbetragsregelung partiell aufgehoben wurde. Die Notwendigkeit weitergehender und damit effektiverer Steuerungselemente für den Gesamtmarkt (z. B. direkte Preisverhaltungen bzw. qualitäts- und preisorientierte Positivlisten) wird besonders deutlich vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich vorliegenden Erfahrungen bezüglich der Reaktionen der pharmazeutischen Industrie auf die Etablierung von Arzneimittelfestbeträgen. Die zahlreich vorhandenen und dementsprechend auch genutzten »Schlupflöcher« in den von Festbeträgen nicht besetzten Märkten verlangen nach weitergehenden und wirksamen Lösungen.

3. 4. 4 Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung

3. 4. 4. 1 Festbeträge

Nach § 35 SGB V wird den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstmalig die Möglichkeit eingeräumt, gemeinsam und einheitlich Festbeträge auf der Grundlage rechnerischer mittlerer Tages- oder Einzeldosen oder anderer geeigneter Vergleichsgrößen festzulegen. Voraussetzung ist die Festlegung von vergleichbaren Arzneimitteln und deren Zusammenführung in Vergleichsgruppen durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen.

Bei Festbeträgen handelt es sich nicht um unmittelbar staatlich administrierte Preise. Die Preissetzung selbst obliegt wie bei allen Medikamenten den Herstellern. Diese haben die Möglichkeit, ihre Preise auf die von den Krankenkassen festgelegten Festbeträgen einzustellen. Für Arzneimittel, die im Festbetrag oder unterhalb desselben liegen, braucht der Patient keine Zuzahlung zu leisten. Soweit Arzneimittel mit einem über dem Festbetrag liegenden Preis verordnet werden, muß der überschießende Betrag jedoch vom Versicherten selbst getragen werden. Die »Mißachtung« der Festbeträge wird insoweit durch einen Selbstbeteiligungsmechanismus sanktioniert. Zu beachten ist ferner, daß die Festbetragskonzeption mit einer Ausweitung der individuellen Selbstbeteiligung gekoppelt wird. Soweit kein Festbetrag festgesetzt ist, soll die neue Zuzahlung von 3.– DM je Arzneimittel (früher 2.– DM) ab dem 1.1.1992 in eine 15%-ige Selbstbeteiligung mit einer Höchstgrenze von 15.– DM je Mittel umgewandelt werden. Allerdings gilt auch hier die vom Gesetzgeber vorgesehene Härtefallregelung in Form der vollständigen oder teilweisen Befreiung (§§ 61,62 SGB V).

Das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge soll dreistufig verlaufen, wobei in einer ersten Stufe Festbeträge für Arzneimittel mit »denselben Wirkstoffen«, in der zweiten Stufe mit »pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen« und in der dritten mit »pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung« festgelegt werden sollen. Ein Festbetrag für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen kann frühestens drei Jahre nach der ersten Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgesetzt werden (§ 35 Abs.4 SGB V). Das »Stufenschema« ist nicht als chronologisches, sondern lediglich als klassifikatorisches Element der Regelung zu verstehen. Die drei Stufen sollen also nicht nacheinander – aufeinander aufbauend –, sondern durchaus auch zeitgleich in Angriff genommen werden.

Vom Prinzip her kommen in den Festbeträgen zwei wichtige Regulative zur Wirkung: Zum einen wird die Realisierung von Innovationsgewinnen auf seiten der Unternehmen sich – wie es auf anderen Märkten auch üblich ist – grundsätzlich auf die Patentlaufzeit beschränken. Zusätzliche Gewinne, die bei Arzneimitteln nach Ablauf des Patentschutzes bislang allein aus Gründen mangelnden Preiswettbewerbs entstanden, entfallen somit. Das andere wichtige Regulativ, das die Festbeträge vom Grundsatz her enthalten, ist die Etablierung eines verstärkten Preisbewußtseins bei Ärzten und Patienten. Diese Wirkung geht durchaus über die bloße Substitution teurer durch preisgünstige Präparate hinaus. Das mangelnde Preisbewußtsein bei Ärzten und Patienten bezüglich der Arzneimittel resultiert aus dem »fehlenden Interesse« und dem mangelnden ökonomischen Anreiz zur preiswerten Arzneiverordnung. Insofern könnte die durch das Festbetragsmodell implizit geforderte Substitution (z.B. wirkstoffgleicher Arzneimittel mit unterschiedlichen Preisen) bei einem Großteil der Betroffenen überhaupt erst die Erkenntnis schaffen, daß im Arzneimittelsektor die Preis/Leistungs-Relation zugunsten der Konsumenten, letztlich also der gesetzlich Krankenversicherten, verändert werden kann. Die Arzneimittelfestbeträge würden damit die bislang weit verbreitete positive Signalwirkung hoher Preise, die aus der mangelnden Markttransparenz resultiert, durchbrechen.

Ob und inwieweit durch Anwendung der Festbetragsregelung tatsächlich die erwünschten Steuerungswirkungen eintreten, hängt – neben der Lösung nach wie vor bestehender praktischer Umsetzungsprobleme (s.u.) – entscheidend von den Anpassungsreaktionen der Marktteilnehmer ab.

Die Wirkungen der Festbeträge auf das Preisgefüge können außerordentlich vielfältig sein. Für die Hersteller von Arzneimitteln, deren Preise über dem Festbetrag liegen, besteht vom Prinzip her ein Anreiz, ihre Preise zu senken, um Verkaufsrückgänge zu vermeiden, während umgekehrt Anbieter, deren Präparate preislich unter dem Festbetrag liegen, theoretisch dazu neigen könnten, ihre Preise zu erhöhen. Angesichts der Heterogenität des Arzneimittelmarktes kann allerdings kaum davon ausgegangen werden, daß alle Hersteller pharmazeutischer Erzeugnisse gleichgerichtet handeln und ihre Preise auf Festbetragsniveau festlegen. Die tatsächlichen Verhaltensweisen der Anbieter werden vielmehr nach Marktstellung, Firmenstruktur sowie Indikationsbereich und Wirkstoffart der einzelnen Produkte erheblich divergieren (siehe auch SVR KA: Jahresgutachten 1989, S.93).

Generika-Hersteller beispielsweise dürften, vorausgesetzt die Höhe des Festbetrages läßt dies zu, weiterhin versuchen, signifikante Preisabstände gegenüber dem Originalanbieter

aufrecht zu erhalten. Denkbar ist ferner, daß ein Großteil der Anbieter Preiseinbußen bei von Festbeträgen betroffenen Präparaten durch Preiserhöhungen bei anderen, (noch) nicht betroffenen Präparaten auszugleichen versucht. Ferner ist bei neu zugelassenen Arzneimitteln eine Erhöhung des Preisniveaus zu erwarten. Kurzfristige Entlastungseffekte der GKV würden damit langfristig durch erhöhte Aufwendungen im Bereich der Neupräparate zumindest teilkompensiert.

Die angestellten Überlegungen werden durch die ersten nunmehr vorliegenden Erfahrungen mit den Festbeträgen bestätigt. Am 1. September 1989 traten die ersten Festbeträge für insgesamt 10 Arzneimittelwirkstoffe in Kraft. Betroffen waren insgesamt rd. 1.400 Präparate mit einem Gesamtumsatz zu Lasten der GKV von fast 2 Mrd. DM. Die von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossenen Festbeträge würden in Zukunft ceteris praibus zu Minderausgaben von rd. 280 Mio. DM jährlich führen. Weitere Einsparungen in Höhe von rd. 140 Mio. DM kommen aufgrund des Fortfalls der Rezeptblattgebühr bei den betroffenen Arzneimitteln direkt den Versicherten zugute.

Die Festbetragshöhe für die betroffenen Wirkstoffe wurde im Durchschnitt rd. 30 % unterhalb der jeweiligen Originalanbieterpreise festgelegt, bei einzelnen Wirkstoffen ließen die Marktverhältnisse allerdings auch Abschläge von mehr als 50 % (bis zu 66,4 %) zu. Die Reaktionen der Hersteller waren nicht einheitlich. Bis auf eine Ausnahme senkten sie zwar die Preise ab, nicht in allen Fällen aber bis auf den Festbetrag. Insgesamt war jedoch die Absenkung des Preises auf den Festbetrag die dominante Strategie. Zwei Hersteller, die ihren Preis exakt 3.– DM oberhalb des Festbetrages ansiedelten (bisherige Selbstbeteiligungsmarge), sahen sich aufgrund erheblicher Absatzeinbußen ebenfalls zu weiteren Preissenkungen veranlaßt.

Die Preissenkungen der Originalanbieter lagen damit in der Regel bei rd. 30 %, vereinzelt wurden die Preise um 50 % abgesenkt. Eine Zuzahlung für diejenigen Versicherten, die auf der Verordnung des Originalproduktes bestehen, ergibt sich nach diesen Preisreaktionen lediglich bei 9,7 % der Verschreibungen (gemessen an der Verordnungsstruktur des Jahres 1988). Erste Meldungen über die Absatzentwicklung der betroffenen Präparate deuten einen massiven Rückgang bei den zuzahlungspflichtigen Arzneimitteln an.

Die Preissenkungen der betroffenen Unternehmen haben auf dem Gesamtmarkt einen Preisrückgang von 1,6 % zur Folge gehabt. Dies entspricht einer jährlichen Minderung des Apothekenumsatzes um rd. 370 Mio. DM. Zeitgleich erhöhte allerdings eine Reihe der betroffenen Hersteller die Preise der noch nicht von Festbeträgen betroffenen Arzneimittel. Die Preisanhebungen im festbetragsfreien Markt seit dem Start des Festbetragsverfahrens im Februar 1989 haben bis November 1989 bereits zu jährlichen Mehrausgaben von rd. 240 Mio. DM geführt. Dabon entfallen 135 Mio. DM auf die Preisanhebungen im Vorfeld des Inkrafttretens (bis einschließlich August), 50 Mio. DM auf die Preisanhebungen am 1. September 1989 (Inkrafttreten der Regelung) und weitere 55 Mio. DM auf die Zeit vom 15. September bis 30. November 1989.

Daran läßt sich ermessen, daß die Einspareffekte der Festbetragsregelung durch die Preiserhöhungen der pharmazeutischen Industrie im festbetragsfreien Markt in hohem Ausmaß kompensiert werden. Eine Analyse des Preisverhaltens der einzelnen Unternehmen zeigt darüber hinaus, daß insbesondere Hersteller mit einer breiten Produktpalette gute Möglichkeiten derartiger Kompensation haben (REICHELT 1989).

Für eine Beurteilung, inwieweit die geschilderten Preiskompensation auch längerfristig die Einspareffekte der Festbeträge schmälern wird, ist die Frage relevant, ob und in welchem Zeitrahmen es gelingt, die Festbetragsregelungen auf weite Teile des Marktes auszudehnen. Das Verfahren im Rahmen der Stufe 1 der Regelung wird derzeit bereits routinemäßig fortgeführt. Bereits in diesem Kontext sahen die Entschiedungsträger (Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, GKV-Spitzenverbände) allerdings die Notwendigkeit, den heterogenen Marktstrukturen in den einzelnen Wirkstoffmärkten durch komplexe statistische Verfahren (Regressionsmodell) gerecht zu werden (Vgl. REHER/REICHELT 1989). Die Beschlußlage und der Stand der Vorarbeiten lassen erwarten, daß bis Mitte 1990 voraussichtlich rd. 30 Wirkstoffe mit einem Marktpotential von rd. 4 Mrd. DM in der Stufe 1 von Festbeträgen abgedeckt sein werden. Das weitere Potential in einer Größenordnung von nochmals rd. 4 Mrd. DM erfordert jedoch die Bearbeitung weiterer rd. 100 Wirkstoffe, wobei absehbar ist, daß die zu erzielenden Einsparvolumina im Verhältnis zu den Umsatzvolumina der Wirkstoffe überproportional abnehmen werden. Für die ersten drei Tranchen der Festbeträge ist beispielsweise mit den folgenden durchschnittlichen Brutto-Ersparnissen zu rechnen:

Tranche 1 (10 Wirkstoffe) 420 Mio. DM (= 42 Mio. DM je Wirkstoff),

Tranche 2 (5 Wirkstoffe) 130 Mio. DM (= 26 Mio. DM je Wirkstoff),

Tranche 3 (7 Wirkstoffe) 100 Mio. DM (= 14 Mio. DM je Wirkstoff).

Darüber hinaus müssen die zuständigen Gremien spätestens ab September 1990 die Aktualisierung der bereits in Kraft getretenen Festbeträge vornehmen.

Für die Festbetragsregelung in der Stufe 2 liegen derzeit lediglich erste methodische Konzepte vor (REICHELT 1989). Die eigentlichen Schwierigkeiten, nämlich die Definition von Gruppen mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, die Bestimmung äquipotenter bzw. äquivalenter Wirkstoffdosen unterschiedlicher Arzneistoffe, ferner die Frage, inwieweit patentgeschützte Präparate im Einzelfall wegen neuartiger Wirkungsweise und therapeutischer Überlegenheit ausgenommen bleiben (§ 35 SGB V Abs. 1 Satz 3), sind derzeit aber noch nicht überschaubar. Es ist möglich, daß diese Fragen lange fachliche Auseinandersetzungen und heftige Interventionen der Hersteller provozieren werden.

Für die Stufe 3 der Festbetragsregelung ist derzeit noch gar nicht absehbar, wann und in welcher Form der Einstieg vollzogen werden kann.

Darüber hinaus muß bedacht werden, daß es nach Auffassung von Fachleuten nicht gelingen wird, den Arzneimittelmarkt so weit in die Festbetragsregelung einzubinden, daß der Raum für Preiskompensationen entscheidend eingeengt wird. Zwar darf erwartet werden, daß das Stufe 1-Potential von rd. 8 Mrd. DM in absehbarer Zeit – realistischerweise allerdings wohl erst Ende 1991 – erschlossen werden kann. Demgegenüber sind erhebliche Zweifel an-

gemeldet worden, ob die Stufen 2 und 3 der Festbeträge das Potential in der Praxis noch wesentlich erweitern können (Vgl. auch HUBER 1988, S. 234; REICHELT 1988, S. 666 f; MEIERJÜRGEN 1989, S. 21). Insgesamt ist daher damit zu rechnen, daß es in Zukunft einen zweigeteilten Markt geben wird. Nur etwa die Hälfte der Arzneimittel wird voraussichtlich Festbeträge erhalten können. Über die Tatsache hinaus, daß damit eine offene Flanke für Preiskompensationen verbleibt, die derzeit bereits in weitem Umfang genutzt wird, ergibt sich aus diesem Umstand eine Reihe weiterer unerwünschter Konsequenzen:

- Die gesetzlichen Kriterien, die bei der Gruppenbildung und Festsetzung der Festbetragshöhe zu beachten sind, schaffen zwangsläufig Ungleichgewichte im Markt. Zwar konnte mit dem Regressionsmodell ein Verfahren entwickelt werden, das die Festbetragspreise an den tatsächlichen Preisstrukturen in den jeweiligen Vergleichsgruppen orientiert. Wegen der unterschiedlichen Marktgegebenheiten in den einzelnen Gruppen (z. B. Zahl der Generika-Anbieter, Marktabdeckung etc.) ergeben sich jedoch zwangsläufig Strukturbrüche in der Festbetragshöhe zwischen den verschiedenen Gruppen einzelner Wirkstoffe und zwischen den unterschiedlichen Wirkstoffen. Dies zeigt sich in der Praxis bereits daran, daß die Festbeträge in den einzelnen Wirkstoffmärkten zum Teil auf die Höhe des Originalanbieters, bei anderen Gruppen desselben Wirkstoffmarktes aber um bis zu 30 % darunter angesiedelt wurden. Es zeigt sich ferner daran, daß bei sehr ähnlichen Wirkstoffen (z. B. Isosorbiddinitrat und Isosorbidmononitrat) die durch die Festbeträge provozierten Preisrückgänge sehr unterschiedlich ausfallen. Diese Strukturbrüche können im Rahmen der Festbetragsstufe 2 nicht vollständig aufgehoben werden.
- Da es im festbetragsfreien Markt bei der Direktbeteiligung der Patienten bleibt – zunächst noch in Form der Rezeptblattgebühr von 3 DM je Arzneimittel, ab 1992 in Höhe von 15 % bis maximal 15 DM je Mittel –, wird es auch in dieser Hinsicht einen gesplitteten Markt geben. Dies ist umso bedenklicher, als der »Festbetragsmarkt« zwangsläufig auch therapeutisch umstrittene Arzneimittel beinhalten wird (beispielsweise eine Reihe durchblutungsfördernder Mittel), die damit zuzahlungsfrei sein werden. Gleichzeitig wird der festbetragsfreie Markt eine ganze Reihe unverzichtbarer und im Einzelfall auch nicht substituierbarer Arzneimittel beinhalten, die mit (ab 1992 sogar mit hoher) Selbstbeteiligung belastet sind. Dies ist gesundheitspolitisch nicht zielführend und sozialpolitisch kritisch zu werten.
- Das Nebeneinander von Festbetragsregelung und Direktbeteiligung stellt eine nicht sinnvolle Kombination zweier unterschiedlicher Steuerungskonzepte dar. Eine derartige Kombination ist schon aus theoretischen Gründen nicht konsistent. Nach Auffassung der Befürworter direkter Selbstbeteiligungen sollen durch die Schaffung ökonomischer Anreize rationale, d. h. hier vor allem kostenbewußte Auswahlentscheidungen gefördert werden. Selbst wenn man die an anderer Stelle unterbreiteten Einwände gegen die Wirksamkeit einer direkten Selbstbeteiligung beiseite läßt, ergibt sich aus einem Nebeneinander von Festbeträgen einerseits und prozentualen Direktbeteiligungen andererseits (nämlich dort, wo es keine Festbeträge gibt) ein in sich unstimmiges Gesamtkonzept. Die Festbeträge sollen ja überall dort greifen, wo nach Auffassung der mit der Festlegung beauftragten Fachgremien und Experten, eine Substitution teurer durch preisgünstigere Arzneimittel möglich ist. Mit anderen Worten: Nach diesem Konzept würde die prozentuale Direktbeteiligung genau dort anfallen, wo keine Substituierbarkeit attestiert wurde. Damit wird aber dem Patienten als Laien eine Entscheidung zugewiesen, die die beauftragten Fachgremien auf dem Hintergrund sachlicher Erwägungen nicht treffen konnten. Daraus ergibt sich als Schlußfolgerung, daß die prozentuale Direktbeteiligung in Kombination mit Arzneimittelfestbeträgen kaum die gewünschte Steuerungswirkung haben kann.

Welche Wirkungen Festbeträge auf die Innovationstätigkeit der pharmazeutischen Unternehmen ausüben werden, wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Einerseits stellt der Wegfall des »Erstanbieterbonus« nach Patentablauf durchaus einen Anreiz zu verstärkten Forschungsaktivitäten dar, um für möglichst viele Produkte Innovationsgewinne während der Patentlaufzeit zu realisieren. Dagegen läßt sich andererseits einwenden, daß die schmaler werdende ökonomische Basis für einzelne Unternehmen eine Einschränkung der Forschungsaktivitäten zur Folge haben wird. Auch ist nicht zu übersehen, daß ein sektoral verschärfter Anbieterwettbewerb bei einzelnen Arzneimittelherstellern den Einsatz extensiv angewandter Marketingstrategien durch Produktdifferenzierung zur Folge haben kann, die nur in wenigen Fällen zu echten therapeutischen Verbesserungen führen dürfte.

Von erheblicher Bedeutung für die Wirkung der Festbetragsregelung ist das Verordnungsverhalten der Ärzte. Diese sind verpflichtet, die Patienten auf die bestehende Neuregelung und damit auch auf mögliche Zuzahlungen der Versicherten hinzuweisen. Hierbei wird es entscheidend von der sachlichen Unterweisung durch den Arzt abhängen, inwieweit der Patient Konflikten ausgesetzt ist und ob eine Zuzahlung erfolgen muß (SVR KA: Jahresgutachten 1989, S.94). Sofern die Versicherten ihrerseits bereit sind, Zuzahlungen auch für solche Präparate zu entrichten, die der Festbetragsregelung unterliegen, erweist es sich aus der Sicht der Arzneimittelhersteller als ökonomisch rational, in den entsprechenden Marktsegmenten die Preise oberhalb der Festbeträge zu fixieren. Die ersten Erfahrungen mit den Festbeträgen lassen derartige Verhaltensweisen aber nicht erkennen.

Zwar bietet das Festbetragskonzept der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich erweiterte Möglichkeiten zur Einflußnahme auf die Preisentwicklung des Arzneimittelmarktes, qualitative Aspekte der Arzneitherapie bleiben jedoch weitgehend unberücksichtigt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat keine direkte Möglichkeit, auf die Qualität und letztendlich auf die Auswahl der Arzneimittel Einfluß zu nehmen. Insgesamt ergibt sich daher aus Gründen der Strategieeinseitigkeit bzw. -anfälligkeit, daß die Probleme des Arzneimittelmarktes mit Festbetragsregelungen nicht gelöst werden können.

3. 4. 4. 2 Arzneimittel-Richtlinien/Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Arzneimittel-Richtlinien sollen der Operationalisierung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsprinzips dienen. Sie enthalten weitgehend jedoch nur allgemeine Grundsätze für die kassenärztliche Verordnungsweise.

Ein wesentlicher Baustein im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien ist die vom Bundesausschuß der Ärzte und

Krankenkassen erstellte Preisvergleichsliste. Obwohl hier erste qualitative Einordnungen von Arzneimitteln in den jeweiligen Indikationsgebieten vorgenommen werden, ist mit dieser Einteilung der Arzneimittel eine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit nicht verbunden. Die Preisvergleichsliste hat weder Positiv- noch Negativlistencharakter. Alle in der Liste aufgeführten Arzneimittel sind in der kassenärztlichen Versorgung grundsätzlich verordnungsfähig.

So bestimmt die Preisvergleichsliste selbst, daß der Preisvergleich die individuelle Auswahl und Dosierung der Arzneimittel durch den verordnenden Arzt nach Maßgabe von Preis und therapeutischer Wirksamkeit, pharmazeutischer Qualität sowie – wo relevant – unterschiedlicher Bioverfügbarkeit nicht ersetzen kann. Der Arzt soll daher im Rahmen seiner eigenen Beobachtungen und des ihm zugänglichen Wissens zu einem eigenen Qualitätsurteil kommen. Er ist von daher auch frei in der Auswahl der in der Liste zusammengestellten Arzneimittel.

Basis von Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen ist auch nach den Neuregelungen des SGB V der Vergleich des Verordnungsvolumens des jeweiligen Arztes mit dem durchschnittlichen Verordnungsvolumen seiner Fachgruppe. Damit wird die Verordnungsweise des Durchschnitts aller Ärzte zum Maßstab erhoben und erhält somit zu Unrecht den Maßstab eines Standards, an dem die Frage der Wirtschaftlichkeit geklärt wird.

Den gesetzlichen krankenkassen kommt unter den gegebenen Strukturen allenfalls eine ex-post-Kontrollfunktion zu, die zwar durch die neuen Dimensionen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen des SGB V (z. B. Richtgrößen) differenzierter gestaltet wurden, die aber gleichzeitig an dem höchst indirekten bzw. mittelbaren Zugriff nichts ändern. Menge, Qualität und Struktur der Verordnungen bleiben nach wie vor der ärztlichen Entscheidung vorbehalten.

Der einzige, allerdings indirekte Durchgriff auf die Verordnungsweise für die gesetzliche Krankenversicherung war bislang der Arzneimittelregreß. Es besteht jedoch ganz überwiegend die Auffassung, daß dieser Regreß niemals eine Größenordnung erreichen kann, wie sie für Verhaltensänderungen aller Beteiligten offenbar erforderlich ist.

Im übrigen spielte das einzelne Arzneimittel in seiner qualitativen Ausprägung eher eine untergeordnete Rolle im bisher praktizierten Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Schwerpunkte hinsichtlich der ärztlichen Leistungen lagen eindeutig auf den Parametern Preis und Menge. Das SGB V sieht nunmehr im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung neben der arztbezogenen Prüfung nach Durchschnittswerten eine Kontrolle bei Überschreitung der Richtgrößen sowie Prüfungen auf der Grundlage arztbezogener und versichertenbeziehbarer Stichproben vor (§ 106 SGB V). Darüber hinaus können die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Ob die neuen Instrumente im Hinblick auf die qualitative Dimension der ärztlichen Verordnungsweise zu einer verbesserten Wirtschaftlichkeitskontrolle führen, wird nicht zuletzt von ihrer konkreten Ausgestaltung und praktischen Handhabung abhängen.

3. 4. 4. 3 Arzneimittelversorgung als Parameter im Krankenkassenwettbewerb

Der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung hat im Laufe der letzten Jahre erheblich an Bedeutung gewonnen. Letztlich geht es dabei darum, in Anwendung unterschiedlicher Aktions- bzw. Wettbewerbsparameter die allein schon aus unternehmenspolitischen Gründen bedingte Sicherung des Mitgliederbestandes mindestens zu gewährleisten, nach Möglichkeit noch auszuweiten.

Der Wettbewerb unter den verschiedenen Krankenkassenträgern hat dabei auch unmittelbare Konsequenzen auf die gesundheitspolitische Steuerung des Geschehens auf dem Arzneimittelmarkt. In der Konsequenz führt dies unter anderem dazu, daß – im Extremfall – die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, die aus dem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen sind, nicht in Zweifel gezogen wird. Auch werden die Kosten von therapeutisch umstrittenen Arzneimitteln in der Regel von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, weil der Wettbewerb um die Mitglieder oftmals im Vordergrund steht. So wird beispielsweise erklärbar, daß sich unter den 2.000 meistverordneten Arzneimitteln auch solche befinden, die nach den Bestimmungen der Arzneimittel-Richtlinien prinzipiell aus der Erstattungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (FRICKE 1987, S.196; 202).

Der Wettbewerb unter den Krankenkassen trägt unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen im übrigen mit dazu bei, daß sich zweifelhafte Methoden bzw. zweifelhafte Medikamente im Markt etablieren können. Es kann daher auch nicht ausgeschlossen werden, daß die Wettbewerbssituation unter den gesetzlichen Krankenkassen Bestandteil der Strategieplanung solcher Unternehmen ist, die diese Arzneimittel anbieten.

4. Instrumente zur Reform

Abgeleitet aus der Problemanalyse wird die vorrangige Notwendigkeit einer verstärkten Qualitätssicherung bei der Arzneimittelversorgung gesehen. Ein verbesserter Wirksamkeitsnachweis, darüber hinaus die Berücksichtigung des therapeutischen Nutzens bereits im Zulassungsverfahren der Arzneimittel, Positiv- bzw. Negativlisten zur Begrenzung des von den Krankenkassen zu erstattenden Arzneimittelangebotes auf solche Medikamente, die unter Nutzen-Risiko-Aspekten eine effektive und sichere Therapie ermöglichen und die unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt den Kriterien einer wirtschaftlichen Therapie genügen, ferner die Verbesserung der pharmakologischen Ausbildung der Ärzte sowie der verbesserten Aufklärung und Information von Arzt und Patient kommt daher ein besonderer Stellenwert zu. Für die Realisierung der vorgeschlagenen Reformen wird zudem die Notwendigkeit der Etablierung eines herstellerunabhängigen Arzneimittelinstituts gesehen, das in diesem Zusammenhang die wesentlichen Grundlagen auch für direkte Preisverhandlungen zwischen pharmazeutischer Industrie und gesetzlichen Krankenkassen erarbeitet und darüber hinaus Koordinierungsfunktionen und Aufgaben einer Begleitforschung übernehmen soll.

4. 1 Herstellerunabhängiges Arzneimittelinstitut

Grundsätzlich müssen – bereits auf der Herstellerebene – verstärkt Möglichkeiten der Intervention in die Forschungs- und Entwicklungs- sowie in die Vermarktungspolitik der pharmazeutischen Unternehmen erwogen werden. Hierbei geht es darum, die pharmazeutische Industrie zu veranlassen, Arzneimittel vorrangig für solche Gesundheitsleistun-

gen zu entwickeln und bereitzustellen, für die es noch keine geeigneten Arzneimittel gibt bzw. nur solche Präparate am Markt anzubieten, die gegenüber den vorhandenen Arzneimitteln einen therapeutischen oder preislichen Vorteil aufweisen. Bisherige Maßnahmen zur Regulierung des Arzneimittel-Marktes sind in ihren Funktionen weitgehend aufgesplittert. So erfolgen Qualitätsprüfungen durch Stichproben-Einkäufe einzelner Landesgesundheitsämter, die Registrierung und Zulassung von Arzneispezialitäten nimmt das Bundesgesundheitsamt vor, für Maßnahmen gegen Preis-Mißbrauch ist das Bundeskartellamt zuständig, eine Forschungskoordination betreiben faktisch nur die großen Pharmahersteller untereinander und eine Beurteilung einzelner Arzneimittel erfolgt durch unterschiedlichste Institutionen, beispielsweise durch die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die von der Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern (»Bundesärztekammer«) bestellt wird, oder die Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt.

Aus diesem Grunde erscheint es dringend geboten, wesentliche Grundlagen der Marktregulierung und der Qualitätssicherung im Arzneimittelbereich zentralisiert zu erarbeiten. Diese Aufgabe sollte einem herstellerunabhängigen Arzneimittelinsitut übertragen werden, das von den gesetzlichen Krankenkassen getragen wird und an dem die Kassenärzte und die Apotheker im Rahmen eines Fachbeirates beteiligt werden. Um zu verhindern, daß die Arbeit des Institutes in Interessenkonflikten zwischen den Marktbeteiligten zerrieben wird, sollte vermieden werden, ihm hoheitliche Aufgaben, unmittelbare Kontrollfunktionen oder verbindliche Normensetzungen zuzuweisen. Vielmehr sollte das Institut die erforderlichen Grundlagen erarbeiten, die den Marktbeteiligten eine effiziente und effektive Qualitätssicherung ermöglicht. Dem Institut könnten dabei im wesentlichen die folgenden Aufgaben übertragen werden:

Erarbeitung von Positiv-/Negativlisten

Eine vorrangige Aufgabe des Arzneimittelinstituts sollte sein, auf der Basis von Nutzen-Risiko-Abschätzungen, aber auch auf der Basis von Preis-Nutzen-Relationen Positiv- und Negativlisten zu erstellen. Diese Listen sollen keinen verbindlichen Charakter haben, sondern lediglich als wichtige Informationsgrundlage für die Qualitätssicherung durch die kassenärztlichen Vereinigungen sowie für das verbandspolitische Handeln der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung dienen. Dabei sollte es den Spitzenverbänden überlassen bleiben, in welcher Form sie die Vorgaben des Arzneimittelinstituts umsetzen. Grundsätzlich bieten sich zwei unterschiedliche Möglichkeiten an, nämlich

- die vollständige Übernahme der Vorgaben in verbindliche Positiv- oder Negativlisten
- oder die Einbeziehung der Informationen in unmittelbare Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Herstellern (siehe auch 4. 2).

Erarbeitung von Transparenzmedien

Eine wichtige Aufgabe des Arzneimittelinstitutes müßte in der Zusammenfassung und wirkungsvollen Verbreitung der unterschiedlichen Transparenzmedien in Form eines integrierten Gesamtpakets bestehen. Dabei sollten die derzeit verfügbaren Informationen aus den Transparenzlisten der Transparenzkommission, der Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, ferner die verfügbaren Informationen über Verordnungsstrukturen, Marktentwicklung usw. (z. B. aus dem GKV-Arzneimittelindex) zusammengeführt, aktualisiert und eigenständig ergänzt werden. Verfügbare Informationen über die pharmazeutische Qualität (vor allem Bioverfügbarkeit), Informationen aus dem eigenen drug-monitoring (siehe unten) sowie aktuelle Ergebisse der Arzneimittelepidemiologie sollen dazu mit herangezogen werden. Auf diese Weise könnten Ärzten, Apotheken und Krankenkassen in Form eines übersichtlichen Handbuchs des Arzneimittelmarktes alle wesentlichen Informationen für effektiven und effizienten Preis- und Qualitätsvergleich zur Verfügung gestellt werden. Das Handbuch sollte nicht mit Richtliniencharakter versehen werden, sondern ausschließlich als Informations- und Transparenzinstrument fungieren.

Erarbeitung von Konzeptionen der Qualitätssicherung

Die Erarbeitung von Konzepten und Methoden der Qualitätssicherung in der Arzneitherapie sollte eine ständige Aufgabe des Instituts sein. Dabei ist insbesondere an die Initiierung und Koordination von Qualitätssicherungszirkeln in der ambulanten Versorgung, aber auch im Krankenhausbereich zu denken. Auf diese Weise könnte das Arzneimittelinstitut zugleich ein effizientes System des drug-monitoring in Zusammenarbeit mit diesen Qualitätssicherungszirkeln aufbauen.

Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Apotheker

Die Erarbeitung und ständige Aktualisierung von Curricula, Lehr- und Lernmaterialien für die pharmakologische Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft sollte ebenso zu den Aufgaben des Arzneimittelinstituts gehören wie die Durchführung eigener überregionaler Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen Themen und Problemen der Arzneitherapie.

Darüber hinaus sollte das Institut Konzeptionen für eine effektive individuelle Arzneimittelinformation für Ärzte erarbeiten und darüber hinaus Anleitungen und Schulungskurse für die beratenden Ärzte und Apotheker durchführen.

Drug-monitoring/Info-System über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Unter Einbindung bereits etablierter Spontanerfassungssysteme über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (unter anderem bei der Arzneimittelkommission der Ärzteschaft, der Arzneimittelkommission der Apothekerschaft) müßte das Arzneimittelinstitut ein weitergehendes System des drug-monitoring aufbauen und im weiteren die Koordinierung übernehmen. In diesem Kontext müssen Wege entwickelt werden, die Spontanerfassungssysteme zu wirkungsvollen Informationsquellen für die Ärzteschaft auszubauen. Dabei muß durch das System sichergestellt werden, daß die meldenden Ärzte auch eine Rückmeldung über die Bedeutung und den Kontext ihrer eigenen Beobachtungen erreicht. Konzepte wie sie beispielsweise im »Netzwerk« des Arznei-Telegramms realisiert worden sind, können in diesem Zusammenhang aufgegriffen und ausgebaut werden.

Neben der Spontanerfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist daran zu denken, dem Arzneimittelinstiut spezielle Aufgaben im Rahmen der Stufe IV des Zulassungsverfahrens in Form von Aufträgen durch das Bundesgesundheitsamt zuzuweisen. So könnte das Arzneimittelinstitut beispielsweise auf der Grundlage eines bereits ausge-

bauten »Netzwerkes« die intensivierte Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei neu zugelassenen Arzneimitteln betreiben.

Konzipierung und Durchführung von Aufklärungsmaßnahmen

Um eine wirkungsvolle Aufklärung der Bevölkerung über den rationalen Umgang mit Arzneimitteln betreiben zu können, wäre die Zentralisierung derartiger Aufgaben bei dem unabhängigen Arzneimittelinstitut anzustreben. Auf der Grundlage einer engen Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Institutionen, die derartige Aufklärung betreiben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hauptstelle gegen Suchtgefahren), könnte das Insitut hier eine übergreifende Koordinierung übernehmen sowie eigene Aufklärungsmaßnahmen und -kampagnen initiieren (siehe auch 4. 3. 4).

Koordination der Forschung

Als industrieunabhängige Einrichtung sollte das Arzneimittelinsitut keine direkten Koordinierungsaufgaben für die Forschung der pharmazeutischen Unternehmen innehaben. Gleichwohl ist denkbar und auch anzustreben, Schwerpunkte für eine zielgerichtete Pharmaforschung herauszuarbeiten. In diesem Sinne könnte das Institut wichtige Grundlagen für eine rationelle Forschungsförderung durch die Bundesregierung sowie spezielle Einrichtungen wie beispielsweise die Deutsche Forschungsgemeinschaft erarbeiten. Zugleich sollte dem Insitut ein Budget für die Vergabe von Forschungsaufträgen zur Verfügung stehen, um durch arzneimittelepidemiologische Einzelprojekte oder im Rahmen von tiefergehenden Transparenzprojekten wichtige ergänzende Informationen für das oben erwähnte Handbuch erarbeiten zu können.

Organisation des Instituts

Insgesamt könnte das Institut derzeit in erster Linie Aufgaben im Bereich der Informationsbeschaffung, -koordination und -verbreitung übernehmen. In diesem Sinne müßte auch der organisatorische Aufbau des Instituts eher einer universitären Einrichtung, denn einer Behörde nachempfunden sein. Geleitet werden müßte das Institut dementsprechend von einem wissenschaftlichen Team aus Pharmakologen, Epidemiologen, Pharmazeuten, Sozialwissenschaftlern und Ökonomen, die eine integrative Forschungskonzeption gewährleisten können. Als Rechtsform kommt dementsprechend nur die öffentlich-rechtliche Körperschaft bzw. öffentlich-rechtliche Stiftung in Betracht. Als Träger und Finanziers fungieren die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Rahmen eines Fachbeirates werden die Kassenärzte und die Apothekerschaft an der Ausgestaltung der Institutsarbeit beteiligt. Der Fachbeirat erörtert die Richtlinien für die Arbeit des Instituts und die weitere Verwendung der vom Institut erarbeiten Ergebnisse.

4. 2 Direkte Preisverhandlungen und Positivlisten

Grundsätzlich erscheint eine Reform der Zulassungsbedingungen des Arzneimittelgesetzes erforderlich, wobei es insbesondere darum geht, neben der Feststellung der Unbedenklichkeit den positiven Wirksamkeitsnachweis stärker zu verankern.

Unabhängig von der Frage einer AMG-Reform ist jedoch unverzichtbar, daß jenseits der staatlichen Zulassungsadministration eine Sicherung des therapeutischen Nutzens der Arzneimittel mit Hilfe von Positivlisten erfolgt. Die faktische Bindungswirkung der Arzneimittelzulassung durch das Bundesgesundheitamt für den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung muß durch die Institutionalisierung von Positivlisten aufgehoben werden.

Insbesondere ist daran zu denken, die Konzeption der Positivliste in das von den GKV-Spitzenverbänden entwickelte Modell über direkte Preisverhandlungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den einzelnen Arzneimittelherstellern zu integrieren. Bei Einbeziehung qualitativer Aspekte der Arzneitherapie, insbesondere der Berücksichtigung des therapeutischen Nutzens und des komparativen Vorteils neuer Arzneimittel gegenüber dem bestehenden Marktangebot, könnte dieses Modell zu einer optimalen Kombination von Qualitätssicherung und Preiskontrolle ausgebaut werden.

Zur Sicherung des einheitlichen Leistungsangebots und auch aus Gründen der Praktikabilität sind in diesem Modell nur zentral geführte Preisverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite und einzelnen Arzneimittelherstellern auf der anderen Seite denkbar. Dabei können sich die Arzneimittelhersteller wiederum auch zu Interessengemeinschaften zusammenschließen. Andere Formen wie z. B. Ausschreibungsverfahren sind denkbar.

Die Spitzenverbände stützen sich bei ihrem Bewertungen im Rahmen dieser Verhandlungen auf die Vorarbeiten und Vorgaben des oben erwähnten Arzneimittelinstituts.

4. 3 Flankierende Maßnahmen zur Beeinflussung des ärztlichen Verordnungsverhaltens

Zweifellos kann auch eine Positivliste allein die Qualitätsprobleme der Arzneimittelversorgung nicht hinreichend lösen. Ein wesentliches Problem der gegenwärtigen Situation besteht nämlich darin, daß auch sicher wirksame Arzneimittel bei falscher oder unzureichender Indikation eingesetzt werden. Flankierende Maßnahmen zur Beeinflussung des ärztlichen Verordnungsverhaltens und des Arzneimittelkonsums der Patienten müssen demnach hinzutreten.

4. 3. 1 Verbesserung der ärztlichen Ausbildung und Informationspolitik

Die ärztliche Ausbildung im Bereich der Pharmakotherapie muß dringend verbessert werden. Es muß durch gezielte Maßnahmen versucht werden, bei den Medizinstudenten und Ärzten die Pharmakotherapie als »permanentes Bildungsproblem« im Bewußtsein zu verankern. Für diesen Zweck sollte ein System entwickelt werden, das Arzneimittelinformationen unabhängig von den Produzenten zur Verfügung stellt und den Ärzten nahebringt. Eine wesentliche Möglichkeit dazu wird in dem bereits genannten unabhängigen Arzneimittelinstitut gesehen. Auf seiten der Ärzteschaft müssen die Berufsordnungsregelungen genutzt werden, um eine permanente Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung zu etablieren.

Abgeleitet aus der Beschreibung des derzeitigen Verordnungsspektrums im Rahmen der Problemanalyse ist auch kurzfristig ein deutlicher Beratungsbedarf der Ärzte in bezug auf eine rationale Arzneitherapie zu konstatieren. Schwerpunktmäßig geht es auch dabei um die qualitativen Aspekte der Arzneitherapie.

Die zahlreichen globalen Informationen über das Verordnungsverhalten können derzeit vom einzelnen Arzt nur dann sinnvoll in konkretes und gewünschtes alternatives Handeln umgesetzt werden, wenn der Bezug zur eigenen Situation hergestellt wird. Globalinformation ist insofern wichtig, aber sie genügt nicht, da der individuelle Beitrag darin verschwindet. Im übrigen ist aus verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnissen abzuleiten, daß die persönliche Beratung und Information des Arztes als zweifellos effizientestes Kommunikationsmittel am ehesten Erfolg zeigt.

Anhand dieser individuell zugeschnittenen Informationen ist es möglich, die vorgefundene Verordnungsstruktur nicht nur unter Kostenaspekten, sondern insbesondere auch unter den notwendigen Qualitätsaspekten zu beleuchten. Dabei können auch Hinweise auf Abhängigkeitsrisiken gegeben werden.

Die derzeitigen Modellversuche bzw. Einzelaktionen im Rahmen der individuellen Arzneimittelinformation sollten daher institutionalisiert werden und von den Selbstverwaltungen der Ärzte und Krankenkassen gemeinsam getragen werden. Das oben erwähnte Arzneimittelinstitut sollte in diesem Kontext Koordinierungs- und Schulungsaufgaben übernehmen.

Die bereits beschriebene Ausstrahlung der Krankenhausmedikation auf den ambulanten Sektor wird gegenwärtig von der pharmazeutischen Industrie für die Promotion teurer Original- und Markenpräparate genutzt. Ebenso wäre allerdings denkbar, die Krankenhausmedikation für die Forcierung von Generikaprogrammen und für die Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie einzusetzen.

Im Rahmen der Weiterbildung (Ausbildung zum Arzt mit Gebietsbezeichnung) im Krankenhaus sollte die Diskussion der Arzneitherapie auf Ärztekonferenzen verpflichtend gemacht werden. Die Institutionalisierung von Qualitätssicherungszirkeln im Krankenhaus und die Etablierung entsprechender Info-Systeme und Beratungsdienste sollte unterstützend hinzukommen. Solche Aktivitäten müßten insbesondere von den zuständigen Landesärztekammern entfaltet werden. Wie oben beschrieben, sollte auch in diesem Kontext das Arzneimittelinstitut konzeptionelle Vorarbeiten und Begleitforschung übernehmen.

4. 3. 2 Werbeaktivitäten der Pharmaindustrie

Sowohl die gesetzlichen als auch die institutionellen Rahmenbedingungen bieten den pharmazeutischen Herstellern vielfältige Möglichkeiten, mit ihren Produkten bei Arzt und Patient zu werben. Die Kostenstruktur der pharmazeutischen Industrie läßt erkennen, daß von den gegebenen Möglichkeiten in großem Umfang Gebrauch gemacht wird.

Die interessenbezogene Informationspolitik der Pharmaindustrie war und ist in der Lage, von der Befindlichkeitsstörung bis zur Krankheit das Arzneimittel als Problemlöser zu profilieren. Die allgemein verbreitete Arzneimittelgläubigkeit und die dadurch induzierte Übermedikation wird durch die intensiven Werbeaktivitäten der pharmazeutischen Industrie verstärkt.

Deshalb ist grundsätzlich eine Einschränkung der Werbeaktivitäten der Pharmaindustrie anzustreben. Dabei geht es insbesondere darum, die Informationen über Pharmaberater der Industrie durch herstellerunabhängige Informationen zu ersetzen. Diese Aufgabe muß von dem erwähnten Arzneimittelinstitut übernommen werden.

Kritisch zu sehen ist auch die – trotz Änderung des Arzneimittelgesetzes – nach wie vor bestehende Wettbewerbsfunktion der Arzneimittelmuster. Da die Präsenz des Arzneimittels in der Arztpraxis entscheidend mit dazu beiträgt, Folgeverordnungen zu initiieren und insoweit das Problem der Übermedikation noch weiter zu verstärken, ist eine gänzliche Abschaffung der Arzneimittelmuster anzustreben.

Angesichts der hohen Werbeaufwendungen der pharmazeutischen Industrie könnte eine Einschränkung der Werbeaktivitäten Preisspielräume freisetzen, die – sofern sie nicht anderweitig ausgefüllt werden – im Rahmen der direkten Preisverhandlungen genutzt werden und im Wege von Preisreduzierungen den gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. den Versicherten zugute kommen können.

4. 3. 3 Administrative und informelle Informationsmedien

Die Auswahl qualitativ hochwertiger und preisgünstiger Arzneimittel durch den Arzt kann generell gefördert werden durch eine Erhöhung der Markttransparenz. Die gegenwärtig dem Arzt von administrativer Seite zur Verfügung gestellten Transparenzmedien (Preisvergleichsliste, Transparenzliste) können in diesem Sinne allerdings nur begrenzte Wirkung entfalten. Hier ist eine Zusammenführung der unterschiedlichen Informationsquellen zu einem kompakten und übersichtlichen Handbuch durch das herstellerunabhängige Arzneimittelinstitut erforderlich.

Administrative oder informelle Informationsmedien für den Arzt können allerdings nur unterstützenden Charakter bei der Erhöhung der Markttransparenz haben. Von zentraler Bedeutung ist hier die Reduzierung des zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittelangebotes. Insofern muß die Etablierung qualitätsorientierter Positivlisten als wirksamstes Instrument zur Lösung dieses Problems angesehen werden.

4. 3. 4 Aufklärung und Information der Patienten

Die sozio-kulturellen Rahmenbedingungen des überhöhten Arzneimittelverbrauchs lassen sich auf dem Wege administrativer Reformmaßnahmen allein nicht beseitigen. Längerfristige Konzepte der Aufklärung und Information der Patienten mit dem Ziel einer Bewußtseinsänderung sind notwendig. Dies beinhaltet neben der Sensibilisierung für die Risiken der Arzneitherapie und der bewußtseinsmäßigen Abkoppelung der Behandlungsbedürftigkeit von der Arzneimittelbedürftigkeit auch eine generelle Forcierung primärpräventiver Maßnahmen und Verhaltensweisen.

Daher wäre es vernünftig, den Umgang mit Arzneimitteln und Fragen der Arzneimittelsicherheit, des Suchtpotentials u.s.w. bereits in der allgemeinen Schulbildung im Fach Gesundheitserziehung zu implementieren.

Eine besondere Rolle bei der Durchführung von Aufklärungskampagnen kommt dem herstellerunabhängigen Arzneimittelinstitut zu, aber auch die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Ärztekammern sollten im Rahmen ihrer allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit verstärkt auf einen sinnvollen Umgang mit Arzneimitteln hinwirken. Dabei sollte auch an den Einsatz moderner Massenkommunikationsmittel (z. B. Fernsehspots) gedacht werden.

4. 4 Selbstbeteiligungsregeln

In der bislang geltenden Selbstbeteiligungsregelung bei Arzneimitteln kann keine sinnvolle Steuerung des Arzneimittelverbrauchs oder der Arzneimittelauswahl gesehen werden. Dies gilt verstärkt für die ab 01.01.1992 geplante Selbstbeteiligungsform. Der einzelne Patient hat nur geringe Möglichkeiten, Art und Ausmaß der Arzneitherapie zu bestimmen. Dominant ist in diesem Kontext die ärztliche Entscheidung.

4. 5 Modelle globaler Budgetierung

Aus der Tatsache, daß der verordnende Arzt eine Schlüsselrolle für Art und Umfang der Arzneitherapie hat, ist verschiedentlich abgeleitet worden, ökonomische Anreizsysteme in der ärztlichen Honorierung zu etablieren, die auf eine wirtschaftliche Arzneiverordnung hin wirken.

Modelle einer globalen Budgetierung – etwa über den früher geltenden Arzneimittelhöchstbetrag – sind wenig effiziente Steuerungsinstrumente. Der Anreiz zur wirtschaftlichen Verordnungsweise ist für den einzelnen Arzt hier nur sehr indirekt vermittelt. Die Erfahrungen mit der in der Bundesrepublik geltenden Einzelleistungsvergütung für die ambulante Tätigkeit der Ärzte zeigt, daß mit Globalbudgetierung die Leistungsmenge beim einzelnen Arzt unmittelbar nicht zu reduzieren ist. Bestenfalls sind durch eine Einbeziehung von Arzneimittelhöchstbeträgen in die Gesamtvergütung langfristige Effekte auf die verordnete Arzneimittelmenge zu erwarten. Der kurzfristige Effekt würde allerdings darin bestehen, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel durch die Einbeziehung in die Gesamtvergütung planvoll zu begrenzen, wobei das Risiko steigender Arzneimittelkosten bei der Ärzteschaft liegen würde. Da auf diese Weise aber sehr unspezifisch lediglich eine Kostenreduzierung bei den Krankenkassen erzielt wird, sollte auf derartige Instrumente zugunsten anderer, effektiverer und gezielt wirkender Maßnahmen verzichtet werden.

4. 6 Bonus-Malus-Systeme

Von arztindividueller Budgetierung bzw. Bonus-Malus-Systemen ist im Gegensatz zu Globalbudgetierungen schnell eine Begrenzung der verordneten Arzneimittelmenge zu erwarten. Insofern setzen Vorschläge, ausgehend vom Status quo, arztindividuelle Arzneimittelhöchstbeträge festzulegen, konsequent an der Schlüsselrolle des Arztes für Art und Umfang der Arzneitherapie an. Es handelt sich gewissermaßen um eine »Selbstbeteiligung« für den Arzt.

Generell beinhalten all diese Modelle eine Ankoppelung der ärztlichen Verordnungstätigkeit an das persönliche Einkommen des Arztes. Die hiergegen vorgebrachten Einwände (notwendige Arzneitherapie versus Einkommenorientierung) sind sehr ernst zu nehmen. Darüber hinaus ist zu betonen, daß derartige Regelungen einseitig an der Preis- und Mengenseite des Problems ansetzen. Qualitative Aspekte der Arzneitherapie bleiben hier tendenziell unberücksichtigt. Insofern kommen derartige Bonus/Malus-Systeme lediglich als flankierende Maßnahmen in Frage.

4. 7 Aut-Idem-/Aut-Simile-Verordnungen

Die Zulassung und Förderung von aut-simile-Verordnungen stellen ein probates Mittel dar, im Bereich wirkstoffgleicher Arzneimittel die Kosten zu reduzieren. Daher sollten die Apotheker stärker für die qualitätsbewußte Arzneimittelauswahl eingesetzt werden. Eine Änderung des Rezeptblattformulars, die dem Arzt durch Ankreuzen eines »aut-simile-Feldes« die Möglichkeit einräumt, dem Apotheker die konkrete Arzneimittelauswahl zu überlassen, stellt nach Auffassung der Kommission auch praktisch keine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit dar. Die Neuregelung im SGB sowie die Einbindung der Apotheken in das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 129 SGB V) stellen deshalb einen ersten wichtigen Schritt dar.

Die Ermöglichung der Arzneimittelsubstitution durch den Apotheker ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn sie mit einer Änderung der Apothekerhonorierung verbunden ist. Durch die gegenwärtige Ankoppelung der Handelsspanne an den Herstellerabgabepreis fehlt dem Apotheker z. Z. jeglicher ökonomischer Anreiz zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels. Die adäquate Honorierung der Apotheker im Zusammenhang mit Substitutionsmodellen muß daher in vom Arzneimittelpreis abgekoppelten Fixzuschlägen gesehen werden, die ggf. durch eine gesonderte Substitutionshonorierung ergänzt werden könnten. Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt von diesem alternativen Honorierungsmodell unberührt.

4. 8 Fazit

Die Reformbemühungen bei der Arzneimittelversorgung müssen auf die qualitativen Aspekte hin konzentriert werden. Jenseits der staatlichen Zulassungsadministration ist daher eine gesonderte Zulassung für den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren. Im Vordergrund steht dabei die Realisierung einer Positivliste in Verbindung mit einem Modell direkter Preisverhandlungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und pharmazeutischer Industrie unter Einbeziehung qualitativer Aspekte der Therapie. Die bereits geltenden und noch zu beschließenden Festbeträge für Arzneimittel können in diesem Kontext nur den Ausgangspunkt für eine weitergehende Preis- und Qualitätskontrolle bilden.

Instrumente, die ohne gesetzlichen Zwang, also durch Aufklärung und Beratung, auf einen rationalen Umgang mit Arzneimitteln auf seiten der Ärzteschaft und der Patienten hinwirken, sind als flankierende Maßnahmen unbedingt erforderlich.

Für alle diese Reformkonzepte ist die Etablierung eines herstellerunabhängigen Arzneimittelinstituts ein wichtiger integraler Bestandteil. Dem Institut kommt dabei vorrangig die Aufgabe zu, die entsprechenden Vorarbeiten zu leisten, Koordinierungsfunktionen und Begleitforschung zu übernehmen, aber auch eigenständig die Transparenzbemühungen zu forcieren und Aufklärungsarbeiten zu leisten.

Reformkonzepte, die vorrangig das »Preisproblem« des Arzneimittelmarktes zum Ansatzpunkt nehmen, sind lediglich als ergänzende Maßnahmen, nicht aber als eigenständige und alleinige Steuerungsinstrumente sinnvoll.

Literaturverzeichnis

ABEL-SMITH, B. [1985]: Einflußnahme auf die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs im Rahmen der EG, in: Ferber, Ch. v. et al. [Hrsg.]: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München 1985, S.249-264

BAYER, W./REICHELT, H./VIEFHUES, H. [1984]: Bestimmungsgründe der Krankenhauswahl, Reihe Gesundheitsforschung des BMA 109, Bonn 1984

BRENNER, G. [1985]: Der Verbrauch von Arzneimitteln im internationalen Vergleich, in: Ferber, Ch.v. et al. [Hrsg]: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München 1985, S. 341-357

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1986]: pharma argumente, Frankfurt/Main 1986

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1987]: pharma daten 87, Frankfurt/Main 1987

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1987/88]: pharma jahresbericht 1987/88, Frankfurt/Main 1988

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1988]: pharma argumente, Frankfurt/Main 1988

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1988]: pharma daten 88, Frankfurt/Main 1988

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE [1989]: pharma daten 89, Frankfurt/Main 1989

BUNDESVERBAND DES PHARMAZEUTISCHEN GROSSHANDELS [1987]: Phargo-Information, Frankfurt/Main 1987

CROUT, J.R.: [1974]: Critical appraisal of fixed drug combinations I (S. 50 ff.) in: Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control. Report on a Symposium Convened by the Regional Office for Europe of the World Health Organization, Heidelberg, September 1973, Euro 7407 1974

DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN [1985]: in: General-Anzeiger vom 23. Oktober 1985

FIEBIG, U. [1973]: Arzneimittelsicherheit als politische Frage, in: Deutsches Ärzteblatt 70/1973, S. 3131

FREIDSON, E. [1975]: Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung, München/Berlin/Wien 1975

FRICKE, U. [1987]: Dermatika. in: Schwabe, U., Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungsreport '87, Stuttgart 1987

FRIEBEL, H. et al [1987]: Arzneimitteltransparenz und -beratung in Dortmund. 1. Mitteilung Determinanten des ärztlichen Verordnungsverhaltens. in: Pharmazeutische Zeitung 1/2 1987, S. 20

FRIEDRICH, U. / HEHN, A. / ROSENBROCK, R. [1977]: Neunmal teurer als Gold, Reinbeck 1977

GLAESKE, G. [1986]: Schmerzmittel-Verbrauch in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich. in: Pharmazeutische Zeitung 1986, S. 2032 ff.

GROSSNICKEL, H., KIRSCH, F.-J. [1988]: Arzneimittelkosten im Krankenhaus. in: Die Ortskrankenkasse 1988, S. 435 ff.

HARTMANN-BESCHE, W. [1984]: Arzneimittelversorgung. Hat sich die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft verabschiedet?, in: Die Ortskrankenkasse 1984, S. 508

HARTMANN-BESCHE , W. / REICHELT, H. [1984]: Bagatellarzneimittel, in: Die Ortskrankenkasse 1984, S. 675 ff.

HELD, K. / SCHWABE, U. [1988]: Durchblutungsfördernde Mittel, in: Schwabe, U. / Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988, S. 197 ff.

HOLZ-SLOMCZYK, M. [1988]: in: Strategien für die Nachzulassung. Dokumentation der BAH-Informations- und Diskussionsveranstaltung am 7. März 1988, S. 19 ff. Hrsg: Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller, Bonn

HUBER, W. TH. [1988]: Der Teufel steckt im Detail. Die Umsetzung von Festbeträgen ist problematisch, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 5/1988, S. 234-236

HÜSGEN, U. [1987]: Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken. in: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) [Hrsg.]: Apotheken-Report 32, Frankfurt/Main 1987

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG [1987]: Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1987, Köln o.J., Übersicht A 8

LOHSE, M. J. / MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. [1988]: Psychopharmaka, in: Schwabe, U. / Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988, S. 316

LOHSE, M. J. / MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. [1988]: Hypnotika und Sedaiva, in: Schwabe, U. / Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988, S. 213

MEDIZINISCH-PHARMAZEUTISCHE STUDIENGESELLSCHAFT (MPS) (Hrsg.) [1980]: Sicherheit versus Innovation in der Arzneimittelforschung, Mainz 1980

MEIERJÜRGEN, R. [1989]: Festbeträge im Arzneimittelbereich. Umsetzungsprobleme und partielle Anpassungsreaktionen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 2/1989, S. 20-23.

NORD, D. [1979]: Innovationsstrategien in der Arzneimittelforschung, Frankfurt/Main 1979

OBERENDER, P. [1984]: Pharmazeutische Industrie. in: Oberender, P. [Hrsg.]: Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland. Branchenstudien zur Deutschen Volkswirtschaft. München 1984, S. 243 ff.

PAFFRATH, D. [1988]: Arzneimittelverordnung nach Altersgruppen. in: Schwabe, U. / Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungsreport '88, Stuttgart 1988, S. 382

PETERSHEIM, A. [1985]: Niederlassungsbeschränkungen in der Bundesrepublik, in: ABDA [Hrsg.]: Apotheker-Report, Frankfurt/Main 1985, S.29

REHER, R. / REICHELT, H. [1989]: Arzneimittelfestbeträge. Lösungen für die Praxis. WIdO-Materialien 32, Bonn 1989

REICHELT, H. [1985]: Der Patient als neuer Ärzte-Berater? Steuernde Eingriffe in den Pharma-Markt: Neue Konzepte oder „Alte Hüte"?, in: Sozialer Fortschritt 11/1985, S. 250-255

REICHELT, H. [1987]: Arzneimittelpreise 1986, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 111 ff.

REICHELT, H. [1987]: Die Wirkung der neuen Preisvergleichsliste im 1. Halbjahr 1987, Bonn 1987

REICHELT, H. [1988]: Arzneimittel-Festbeträge. Zur Umsetzungsproblematik des geplanten Reformmodells, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S. 663-670

REICHELT, H. [1989]: Die Preiskompensation der Pharma-Industrie, [Hrsg.]: WIdO, Bonn, Oktober 1989

REICHELT, H. [1989]: Arzneimittelfestbeträge Stufe 2, WIdO-Materialien 33, Bonn 1989

ROSENBROCK, R. [1979]: Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung, in: Soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband 30, Berlin 1979, S. 59-87

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1987]: Jahresgutachten 1987, Baden-Baden 1987

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1989]: Jahresgutachten 1989, Baden-Baden 1989

SCHOLZ, H. [1988]: Kardiaka. in: Schwabe, U., Paffrath, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988, S. 233

SCHÖNHÖFER, P.S. [1985]: Arzneitherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung, [Hrsg.]: WIdO, Bonn 1985

SCHWABE, U. / PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '85, Stuttgart 1985

SCHWABE, U. / PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '86, Stuttgart 1986

SCHWABE, U. / PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '87, Stuttgart 1987

SCHWABE, U. / PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988

SCHWABE, U. / PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '89, Stuttgart 1989

SCHWERDTFEGER, G. [1983]: Die Bindungswirkung der Arzneimittelzulassung, Baden-Baden 1983

SITZIUS-ZEHNDER, H. [1988]: Die wirtschaftliche Situation der Apotheken vor dem Hintergrund der Strukturreform, in: ABDA [Hrsg.]: Apotheken-Report 33, Frankfurt/Main 1988

STACKELBERG, J. M. von [1984]: Der Europäische Arzneimittelmarkt. [Hrsg.]: WIdO, Bonn 1984

STATISTISCHES BUNDESAMT [1987]: Statistisches Jahrbuch 1987, Wiesbaden 1987

SUCHY, H. [1987]: Patentlaufzeit neuerer pharmazeutischer Wirkstoffe. in: BPI [Hrsg.]: pharma diaglog 96, Frankfurt/Main 1987

WESTPHAL, E. [1982]: Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse, Köln 1982

WESTPHAL, E. [1985]: Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. in: Ferber, Ch. v. et al. [Hrsg.]: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München 1985, S. 274 ff.

WIdO [Hrsg.]:[1983]: GKV-Arzneimittelindex 1982, Bonn 1983

WIdO [Hrsg.]:[1984]: Arzneiverordnungen 1983 aus Daten des GKV-Arzneimittelindex, Bonn 1984

Anhang

Das nachfolgende Kapitel »Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems« ist die inhaltlich unveränderte Fassung des Abschnitts B, 2. Kapitel, des Zwischenberichts der Enquete-Kommission (BT-Drucksache 11/3267). Darin werden die unterschiedlichen theoretischen Konzepte, auf die sich Analysen und Reformvorschläge der vorangegangenen Kapitel ausdrücklich oder implizit beziehen, systematisch dargestellt. Die Kommission hat deshalb einmütig entschieden, dieses Kapitel als Anhang auch in diesen Schlußbericht aufzunehmen.

Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems

Gliederung

I. Globalsteuerung und Budgetierung ... 285

1. Vorbemerkung ... 285

2. Steuerungspotentiale und -defizite des gegenwärtigen Systems ... 285
2.1 Vorbemerkungen ... 285
2.2 Evaluation der Globalsteuerungsansätze im Rahmen der Kostendämpfungspolitik ... 285
2.2.1 Durchgeführte Maßnahmen und eingesetzte Instrumente ... 286
2.2.2 Kontrolle des Ausgabenanstiegs als operatives Ziel ... 286
2.2.3 Bilanz der finanziellen Globalsteuerung ... 287
2.2.3.1 Allgemeine Entwicklung ... 287
2.2.3.2 Detailbetrachtung ... 288
2.2.4 Möglichkeiten und Schwächen der »Konzertierten Aktion« ... 289
2.2.5 Grenzen des Steuerungspotentials der KVKG-Instrumente ... 290
2.2.5.1 Schwachstellen bei den Makro-Interventionen ... 290
2.2.5.2 Aspekte der Prozeßsteuerung auf der Mikro-Ebene ... 292
2.2.6 Erfahrungen mit dem »Bayern-Vertrag« ... 293
2.2.6.1 Grundgedanken des »Bayern-Vertrages« ... 293
2.2.6.2 Ergebnisse des »Bayern-Vertrages« ... 293
2.3 Elemente der Bedarfs- und Angebotsplanung im derzeitigen System ... 294
2.3.1 Staatliche Krankenhausbedarfsplanung ... 294
2.3.2 Bedarfsplanung im Bereich der ambulanten Versorgung ... 296
2.4 Hauptkritikpunkte am gegenwärtigen System ... 296
2.4.1 Fehlende Gesamtverantwortung und Zielorientierung ... 296
2.4.1.1 Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen ... 297
2.4.1.2 Gebrochene Finanzverantwortung ... 297
2.4.1.3 Zweckentfremdung der GKV ... 297
2.4.2 Dominanz der Anbieterinteressen ... 297
2.4.3 Effizienz des Gesundheitssystems ... 298
2.4.3.1 Medikalisierung des Gesundheitswesens ... 298
2.4.3.2 Fehlorientierung der medizinischen Versorgung ... 298
2.4.3.3 Existenz von Unter- bzw. Überversorgung ... 299

3. Konzept einer Globalsteuerung und Budgetierung ... 299
3.1 Ausgangsüberlegungen ... 299
3.2 Begründung des Steuerungsansatzes ... 300
3.2.1 Ausgangsüberlegungen ... 300
3.2.2 Einzelne Begründungen ... 300
3.2.2.1 Unmöglichkeit der Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen ... 300
3.2.2.2 Versagen der Kontrollfunktion der Nachfrager ... 300

3. 2. 2. 3 Ausgabenbudgetierung als Folge der Freiberuflichkeit ... 301
3. 2. 2. 4 Meritorik von Gesundheitsleistungen und -gütern ... 301
3. 2. 2. 5 Notwendigkeit der Orientierung an Zielen und Prioritäten ... 301
3. 2. 2. 6 Notwendigkeit der Planung im Gesundheitswesen ... 302
3. 3 Zielsetzungen und Rahmenbedingungen einer Globalsteuerung ... 302
3. 3. 1 Allgemeine Zielsetzungen ... 302
3. 3. 2 Zielrealisierung und Zielkonflikte ... 303
3. 3. 3 Gesundheitsberichterstattung als Entscheidungsgrundlage ... 303
3. 3. 3. 1 Allgemeine Anforderungen an die Gesundheitsberichterstattung ... 303
3. 3. 3. 2 Spezifische Anforderungen der Gesundheitsberichterstattung ... 303
3. 3. 4 Sonstige Anwendungsvoraussetzungen ... 303
3. 3. 4. 1 Art und Umfang der Steuerungskompetenzen ... 304
3. 3. 4. 2 Eigentumsrechtliche Implikationen ... 305
3. 4 Struktur der Steuerungskonzeption auf der Makro-Ebene ... 305
3. 4. 1 Festlegung der globalen Gesundheitsquote ... 305
3. 4. 1. 1 Ausgangsüberlegungen ... 305
3. 4. 1. 2 Implikationen einer Orientierung an volkswirtschaftlichen Aggregatgrößen ... 306
3. 4. 2 Definition eines inhaltlichen Orientierungsrahmens ... 307
3. 4. 3 Planung im Gesundheitswesen ... 307
3. 4. 4 Regionalisierte Budgetierung und Bedarfsplanung ... 309
3. 4. 5 Budgetierung als Steuerungselement ... 310
3. 4. 5. 1 Funktionsweise und Formen der Budgetierung ... 310
3. 4. 5. 2 Merkmale starrer und flexibler Budgetierung ... 311
3. 4. 5. 3 Strukturierte Budgetierung ... 311
3. 4. 6 Mengensteuerung als regulatives Instrument ... 312
3. 4. 6. 1 Mengenmäßige Steuerung der Leistungsabgabe ... 312
3. 4. 6. 2 Steuerung des mengenmäßigen Inputs (Angebotssteuerung) ... 313
3. 4. 7 Steuerung über administrierte Preise ... 314
3. 5 Instrumente zur Intervention auf der Mikro-Ebene ... 315
3. 5. 1 Anpassung der Mikroebene an globale Vorgaben ... 315
3. 5. 2 Prozeßsteuerung auf der Angebotsseite ... 316
3. 5. 3 Prozeßsteuerung auf der Nachfrageseite ... 316
3. 6 Funktion und Aufgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ... 316
3. 7 Kontrolle der Zielerreichung ... 316

4. Einwände gegen die Globalsteuerung und Budgetierung ... 316
4. 1 Grundsätzliche Einwände ... 316
4. 2 Einzelne Kritikpunkte an Globalsteuerungs- und Budgetierungskonzepten ... 318
4. 2. 1 Einwände gegen zentralisierte Entscheidungen ... 318
4. 2. 1. 1 Grundsätzliche Bedenken gegen staatliche Eingriffe ... 318
4. 2. 1. 2 Fehlerhafte Bedarfsermittlung ... 318
4. 2. 1. 3 Nichtberücksichtigung superiorer Bedürfnisse ... 318
4. 2. 1. 4 Mißachtung der Wachstumsdynamik ... 318
4. 2. 2 Bürokratisierung und Fehlentwicklungen ... 319
4. 2. 2. 1 Beschränkung der Entscheidungsspielräume durch Bürokratisierung ... 319
4. 2. 2. 2 Erstarrung überkommener Strukturen ... 319
4. 2. 2. 3 Hemmnis für innovatorische Prozesse ... 319
4. 2. 2. 4 Umgehungsmöglichkeiten und Ausweichsstrategien ... 319
4. 2. 2. 5 Notwendigkeit der fortschreitenden Intervention ... 319

II. Marktwirtschaftliche Orientierung und Steuerung ... 320

1. Vorbemerkung ... 320

2. Kritik des gegenwärtigen Systems ... 320
2. 1 Strukturelle Mängel des Krankenversicherungssystems ... 321
2. 1. 1 Fehlanreize und Steuerungsdefizite auf der Nachfrageseite ... 321
2. 1. 1. 1 Grundprobleme indirekter Finanzierung ... 321
2. 1. 1. 2 Moral-Hazard-Phänomen ... 321
2. 1. 1. 3 Rationalitätenfalle ... 322

2.1.1.4 Sonstige Probleme auf der Nachfrageseite ... 322
2.1.2 Fehlanreize im Bereich der Organisation des Krankenversicherungsschutzes ... 322
2.1.2.1 Mitgliedschaftsregelungen ... 322
2.1.2.2 Beitragsgestaltung ... 323
2.1.2.3 Leistungsgestaltung ... 323
2.1.2.4 Soziale Aspekte und Umverteilungsregelungen ... 323
2.1.2.5 Organisation des Versicherungsschutzes ... 324
2.1.3 Fehlanreize auf der Angebotsseite ... 324
2.1.3.1 Ambulante Versorgung ... 324
2.1.3.2 Krankenhausbereich ... 325
2.1.3.3 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich ... 325
2.2 Mängel der aktuellen staatlichen Gesundheitspolitik ... 326
2.2.1 Budgetierung und staatliche Bedarfsermittlung ... 326
2.2.2 Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ... 327
2.2.3 Fortschreitende Bürokratisierung ... 327
2.2.4 Leistungsausgrenzungen ... 328

3. Marktwirtschaftliche Reformansätze für das Gesundheitswesen ... 328
3.1 Ausgangsüberlegungen ... 328
3.2 Sozialpolitische Grenzen einer Marktsteuerung ... 328
3.3 Eliminierung von Umverteilungsaufgaben aus der GKV ... 329
3.4 Marktsteuerung und Ausgabenentwicklung ... 329
3.5 Zielsetzungen marktwirtschaftlicher Konzeptionen ... 330
3.5.1 Hauptziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen ... 330
3.5.1.1 Bedarfsgerechte Versorgung und Verbrauchseffizienz ... 330
3.5.1.2 Kostenminimierung ... 330
3.5.1.3 Nutzenmaximierung ... 330
3.5.1.4 Förderung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative ... 330
3.5.1.5 Schutz der Versichertengemeinschaft vor Mißbrauch ... 331
3.5.2 Funktionale Ziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen ... 331
3.5.2.1 Individuelle Anreize und Kostenbewußtsein ... 331
3.5.2.2 Förderung des Wettbewerbs ... 331
3.5.2.3 Förderung von Innovation und technischem Fortschritt ... 331
3.6 Funktionsvoraussetzungen marktwirtschaftlicher Prozesse ... 331
3.6.1 Allgemeine Anmerkungen ... 331
3.6.2 Existenz und Herstellung einzelner Funktionsbedingungen ... 332
3.6.2.1 Eigennutzaxiom ... 332
3.6.2.2 Information und Markttransparenz ... 332
3.6.2.3 Funktionsfähiges Preissystem ... 332
3.7 Marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente ... 332
3.7.1 Grundzüge des marktwirtschaftlichen Mechanismus ... 332
3.7.2 Instrumente zur Steigerung der Nachfrageeffizienz ... 333
3.7.2.1 Selbstbeteiligungsregelungen ... 333
3.7.2.2 Maßnahmen zur Erhöhung der Wahlfreiheit (z. B. Wahltarife) ... 336
3.7.2.3 Übergang zum Kostenerstattungssystem ... 339
3.7.2.4 Neudefinition der Krankenversicherungsleistungen ... 339
3.7.3 Instrumente zur Steuerung des Leistungsangebots ... 340
3.7.3.1 Grundsätzliche Gestaltungsprinzipien ... 340
3.7.3.2 Steuerung im Bereich der ambulanten Versorgung ... 341
3.7.3.3 Steuerung im Bereich der stationären Versorgung ... 342
3.7.3.4 Neuordnung des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Versorgung ... 343
3.7.3.5 Steuerung des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereichs ... 343
3.7.4 Organisation des Versicherungsmarktes ... 345
3.8 Konkrete marktwirtschaftliche Reformoptionen ... 345
3.8.1 Reformoption »Duales Versicherungssystem« ... 345
3.8.2 Reformoption »Stärkung des Versicherungsprinzips« ... 346
3.8.3 Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter« ... 348

4. Einwände gegen marktwirtschaftliche Reformoptionen ... 349
4.1 Prinzipielle Argumente gegen Marktkonzepte ... 349
4.1.1 Unterschiede im Grundverständnis von Gesundheit ... 349
4.1.2 Marktversagen als Ablehnungsgrund ... 349
4.1.2.1 Besonderheiten des „Gutes" Gesundheit ... 349
4.1.2.2 Probleme der Intransparenz ... 350
4.1.2.3 Vorherrschen des Uno-actu-Prinzips ... 351
4.1.2.4 Heterogenität von Gesundheitsgütern ... 351
4.1.2.5 Krankheit als unkalkulierbares Risiko ... 351
4.1.2.6 Anbieterdominanz im Gesundheitswesen ... 352
4.1.2.7 Fehlende Konsumentensouveränität ... 352
4.1.2.8 Existenz unvollkommener Märkte ... 352
4.1.3 Werthaltungen und sozialpolitische Erwägungen ... 352
4.1.3.1 Grundentscheidung zugunsten des Bedarfsprinzips ... 352
4.1.3.2 Sozial ungleiche Versicherungschancen ... 353
4.1.3.3 Diskriminierung sozial schwacher Gruppen und schlechter Risiken ... 353
4.1.3.4 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Gesundheitspolitik ... 353
4.1.3.5 Schaffung regionaler Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung ... 354
4.1.4 Soziale Kosten und Stabilitätsargumente ... 354
4.2 Einwände gegen spezifische Reformvorschläge ... 354
4.2.1 Argmumente gegen Selbstbeteiligungsregelungen ... 354
4.2.1.1 Unsicherheiten über die ökonomische Wirkungsweise ... 354
4.2.1.2 Angebotsreaktionen auf Selbstbeteiligungen ... 354
4.2.1.3 Auswirkungen bei der gegebenen Ausgabenstruktur ... 355
4.2.1.4 Steigende Verwaltungskosten ... 355
4.2.1.5 Gesundheitspolitische Bedenken ... 355
4.2.1.6 Soziale Unverträglichkeit ... 355
4.2.1.7 Politisch-pragmatische Einwände ... 355
4.2.2 Argumente gegen Wahltarife und Leistungsdifferenzierungen ... 356
4.2.3 Argumente gegen das Kostenerstattungsprinzip ... 358
4.2.4 Kritische Bewertung der angebotsseitigen Reformvorschläge ... 359

5. Grundsätzliche Kritik an marktwirtschaftlichen Reformkonzepten ... 360

6. Anmerkungen zu den gegen marktwirtschaftliche Reformvorstellungen vorgebrachten Einwänden ... 361

III. Steuerung auf der Ebene der Verbände (Gemeinsame Selbstverwaltung) ... 364

1. Vorbemerkung ... 364

2. Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip des Krankenversicherungssystems ... 364
2.1 Grundlagen und Charakteristiken des Selbstverwaltungsprinzips ... 364
2.1.1 Wesensmerkmale der Selbstverwaltung ... 364
2.1.2 Verfassungsrechtliche und gesetzliche Grundlagen ... 366
2.1.3 Soziale Selbstverwaltung als Bestandteil der Sozialordnung ... 367
2.1.4 Bedeutung von Wahlen und Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung ... 368
2.2 Ausgestaltung der Selbstverwaltung im derzeitigen System der gesetzlichen Krankenversicherung ... 368
2.2.1 Organisatorische Ausgestaltung der Selbstverwaltung ... 368
2.2.1.1 Organisation der Selbstverwaltung im Bereich der Krankenkassen ... 368
2.2.1.2 Organisationsstrukturen auf der Seite der Leistungserbringer ... 369
2.2.2 Kompetenzen und Aufgaben der Selbstverwaltung ... 369
2.2.2.1 Aufgaben der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung ... 369
2.2.2.2 Pflichten und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen ... 370
2.2.3 Ausgestaltung der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« im derzeitigen System ... 371
2.2.3.1 Gemeinsame Selbstverwaltung im ambulanten ärztlichen Bereich ... 372
2.2.3.2 Ansätze »Gemeinsamer Selbstverwaltung« im Krankenhausbereich ... 372
2.2.3.3 Situation in den übrigen Bereichen ... 373

3. Probleme und Defizite hinsichtlich der faktischen Realisierung der Selbstverwaltung ... 374

3.1 Verhältnis der Selbstverwaltung zum politisch- administrativen System ... 375
3.1.1 Einengung der materiellen Selbstverwaltung ... 375
3.1.2 Übertragung versicherungsfremder Aufgaben und Lasten ... 375
3.1.3 Finanzpolitische Bevormundung durch den Staat ... 375
3.1.4 Ausweitung der mittelbaren Staatsaufsicht ... 376
3.1.5 Auswirkungen der Kostendämpfungspolitik und der Konzertierten Aktion auf die Selbstverwaltung ... 376
3.2 Strukturelle Probleme und Defizite im Bereich der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« ... 376
3.2.1 Mängel und Probleme im Bereich der ambulanten Versorgung ... 376
3.2.2 Probleme im Bereich der stationären Versorgung ... 378
3.2.3 Probleme im Bereich der Arzneimittelversorgung ... 379
3.2.4 Probleme der Verhandlungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel ... 379
3.3 Partizipations- und Interessensdefizite der Selbstverwaltung ... 380

4. Gemeinsame Selbstverwaltung als ordnungspolitische Alternative ... 381
4.1 Ausgangsüberlegungen ... 381
4.2 Prinzipielle Argumente zugunsten einer Selbstverwaltung ... 381
4.3 Merkmale des Konzepts der Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände ... 382
4.3.1 Grundlagen und Annahmen ... 382
4.3.2 Grundstruktur des korporatistischen Steuerungsmodells ... 382
4.3.3 Alternative Entwicklungsperspektiven von Verhandlungsmodellen ... 384
4.3.3.1 Korporatistische Lösung (Körperschaftsmodell) ... 384
4.3.3.2 Wettbewerbliche Lösung ... 385
4.3.4 Implementations- und Gestaltungsprobleme einer Gemeinsamen Selbstverwaltung ... 385
4.3.4.1 Institutioneller Ausbau der Selbstverwaltung und Abbau von Asymetrien ... 385
4.3.4.2 Ermittlung und Vertretung kollektiver Interessen ... 386
4.3.4.3 Ansätze zur Reform der inneren Selbstverwaltungsstrukturen ... 387
4.3.4.4 Charakteristiken der Konzessions- und Einigungsmechanismen ... 388
4.4 Konkrete Reformansätze für einen Ausbau der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« ... 389
4.4.1 Reformansätze im Bereich der stationären Versorgung ... 389
4.4.2 Reformansätze im Bereich der Arzneimittelversorgung ... 391
4.4.3 Reformansätze im Bereich der ambulanten Versorgung ... 393

5. Einwände gegen die Steuerung auf der Ebene der Verbände ... 393

IV. Problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung ... 395

1. Vorbemerkung ... 395

2. Problembezogene Analyse aktueller Reformbestrebungen ... 395
2.1 Ausgangsüberlegungen ... 395
2.2 Verkürzungen und Verengungen derzeitiger Reformüberlegungen ... 396
2.2.1 Reduktion von Gesundheitspolitik auf eine Krankenversorgungspolitik ... 396
2.2.2 Reduktion von Krankenversorgungspolitik auf Kostenpolitik ... 397
2.2.3 Reduktion von Kostenpolitik auf eine Nachfragesteuerung ... 398
2.3 Hauptmerkmale der derzeitigen Krankenversorgungspolitik ... 399

3. Konzept der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung ... 399
3.1 Ziele und Zielsysteme der Gesundheitspolitik ... 399
3.1.1 Definition der Ziele und des Zielbezuges ... 399
3.1.2 Rahmenbedingungen und Grundprinzipien ... 400
3.2 Operationalisierungen des Zielbezuges ... 401
3.2.1 Ist-Analyse der gesundheitlichen Lage ... 401
3.2.2 Ist-Analyse der gesundheitspolitischen Ressourcen ... 402
3.3 Problemfelder und bereichsspezifische Steuerungsansätze ... 402
3.3.1 Problemfelder der Gesundheitspolitik ... 402
3.3.2 Ansätze einer problembezogenen und bereichspezifischen Mischsteuerung ... 403
3.3.2.1 Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung ... 403
3.3.2.2 Übergänge zum und aus dem Krankenversorgungssystem ... 404
3.3.2.3 Funktionsweise und Steuerung des Krankenversorgungssystems ... 404
3.3.3 Reformansätze in den einzelnen Bereichen des Krankenversorgungssystems ... 405

3. 3. 3. 1 Ambulante Versorgung 406
3. 3. 3. 2 Arzneimittelversorgung 406
3. 3. 3. 3 Bereich der medizinischen Technologie 407
3. 3. 3. 4 Stationäre Versorgung 407
3. 3. 4 Aspekte des Reformprozesses 408
4. Einwände gegen die problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung 408
Literaturverzeichnis 411

Hinweis

Es ist darauf hinzuweisen, daß die im Text enthaltenden Verweise auf bestimmte Literaturquellen nicht bedeuten, daß die dort genannten Autoren auch Befürworter der jeweiligen inhaltlichen Positionen sind. Dies ist zwar vielfach der Fall, teilweise handelt es sich jedoch bei den Arbeiten, auf die verwiesen wird, ganz einfach um wissenschaftliche Abhandlungen zu bestimmten Problemen und Positionen, ohne daß die Autoren sich mit einer ganz bestimmten Auffassung idendifizieren.

I. Globalsteuerung und Budgetierung des Krankenversicherungssystems

1. Vorbemerkung

Nimmt man die Klassifikation der Steuerungssysteme anhand der verschiedenen Arten gesellschaftlicher Koordinationsinstrumente vor, so ist die Alternative zum marktlichen Steuerungssystem und zum Verhandlungssystem ein *System staatlicher Lenkung*. Ordnungspolitisch adäquater Ausdruck eines derartigen Steuerungssystems wäre ein staatlicher Gesundheitsdienst wie er beispielsweise in Großbritannien existiert. Für die Reformdiskussion in der Bundesrepublik gilt hingegen, daß eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens ebensowenig gefordert wird wie ein Übergang zu einem »reinen« Marktsystem.

Unter den ernstzunehmenden Reformansätzen gibt es allerdings Vorschläge, die aus verschiedenen Gründen ein *stärkeres Maß staatlicher Intervention im Gesundheitswesen* für erforderlich halten. Insbesondere unter Hinweis auf die die Grenze des Zumutbaren erreichte *Ausgabenbelastung* sowie die im Gesundheitssektor zu beobachtenden *»Marktmängel«* wird die Forderung erhoben, „der Staat solle und müsse bei der Regelung der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen mehr Aktivitäten als bisher entfalten" (METZE 1981, S.66). In der reformpolitischen Diskussion firmieren diese Ansätze häufig unter der Bezeichnung *»Globalsteuerung und Budgetierung«*. Hierbei wird allerdings *a priori* nicht eine allumfassende bürokratische Lenkung gefordert, sondern primär die verstärkte gesetzliche Regulierung einzelner Bereiche der gesundheitlichen Versorgung sowie insbesondere eine stärkere Gesamtverantwortung des Staates für die Gesundheitspolitik.

Eine Darstellung der unter dieses Klassifikationsmerkmal fallenden Reformansätze ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Eine Ursache hierfür ist, daß die meisten hierzu vorliegenden Konzeptionen einen äußerst fragmentarischen Charakter aufweisen. Zum anderen rekurrieren derartige Ansätze – anders, als Konzepte einer verstärkten Marktsteuerung – weniger auf einen ganz bestimmten gesellschaftlichen Ordnungsrahmen und ein bestimmtes Wertesystem.

Daraus resultiert, daß diese Konzepte in den wenigsten Fällen den Anspruch erheben, Lösungsmöglichkeiten für sämtliche Bereiche zu liefern. Dies wiederum hat zur Folge, daß viele Fragen der Steuerung in Einzelbereichen offen bleiben bzw. unterschiedliche Regelungsmechanismen als systemkompatibel angesehen werden.

»Globalsteuerung und Budgetierung« kann als begrifflicher Nenner für all jene Reformansätze insbesondere auf der Makro-Ebene angesehen werden, die unterhalb der Schwelle einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens eine stärkere staatliche Einflußnahme – in z. T. durchaus sehr unterschiedlicher Weise – auf das Gesundheitswesen verlangen. In diesem Sinne skizzieren die nachfolgenden Ausführungen kein ganz bestimmtes, geschlossenes Konzept einer »Globalsteuerung und Budgetierung«, sondern stellen den Versuch dar, zu einem solchen Ansatz passende Einzelvorschläge zusammenzuführen.

2. Steuerungspotentiale und -defizite des gegenwärtigen Systems

2. 1 Vorbemerkungen

Die Reformalternative *»Globalsteuerung und Budgetierung«* ist insofern nicht nur rein theoretischer Natur, als sie in Ansätzen in der Bundesrepublik bereits versucht wurde und vor allem in Kanada und England eine wichtige Rolle spielt (vgl. HENKE 1986 a, S.612). Der Hinweis auf die ansatzweise Praktizierung in der Bundesrepublik ist allerdings nicht problemlos, da in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion durchaus Meinungsverschiedenheiten bestehen, ob es sich dabei wirklich um eine echte Form der Globalsteuerung und Budgetierung gehandelt hat. Während die Gegner eines derartigen Reformansatzes dies mit dem gleichzeitigen Hinweis auf das Scheitern einer derartigen Strategie vehement bejahen, weisen Befürworter darauf hin, daß die seit 1977 praktizierte Kostendämpfungspolitik allenfalls Elemente des Konzepts einer Globalsteuerung und Budgetierung enthalten habe, nicht jedoch als konsequente Verwirklichung der von ihnen favorisierten Reform des Gesundheitswesens angesehen werden könne.

Unabhängig von dieser Kontroverse scheint es dennoch nützlich zu sein, die im Rahmen der 1977 eingeleiteten Kostendämpfungspolitik praktizierte Globalsteuerung und Budgetierung näher zu analysieren und *Schwachstellen des Gesamtkonzeptes* sowie *Erfolge und Defizite einzelner Steuerungsinstrumente* herauszuarbeiten.

Im Hinblick darauf, daß das hier zur Diskussion stehende Konzept einer »Globalsteuerung und Budgetierung« zumindest der Tendenz nach für eine *stärkere Regulierung und Planung* eintritt, dürfte es gleichfalls sinnvoll sein, einen Blick auf die bislang bereits bestehende *Bedarfs- und Angebotsplanung* zu werfen.

Schließlich soll darauf eingegangen werden, welche Punkte aus dem Blickwinkel der Befürworter einer Globalsteuerung und Budgetierung als *Hauptmängel des gegenwärtig bestehenden Krankenversicherungssystems* anzusehen sind.

2. 2 Evaluation der Globalsteuerungsansätze im Rahmen des KVKG

Ungeachtet aller Kontroversen über die seit 1977 verfolgte *Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen* kann kaum bestritten werden, daß seinerzeit der Versuch unternommen wurde, Elemente des Ansatzes der *Globalsteuerung* auf das Gesundheitswesen zu übertragen (vgl. GRIESEWELL 1985, S.555 ff.; BERG 1986; HAUSER 1985, S.106 ff; PFAFF 1983, S.133 ff). Dabei ist einschränkend jedoch festzuhalten, daß es sich bei der gewählten Strategie jedenfalls primär um eine *finanzielle Globalsteuerung* oder auch eine *Kosten-* bzw. *Ausgabensteuerung* handelte, ein an medizinischen und ökonomischen Prioritäten orientiertes gesundheitspolitisches Gesamtkonzept jedoch nicht formuliert wurde (vgl. BLÜM 1986, S.24).

In wenigen Jahren *sprunghaft gestiegene Ausgaben* der gesetzlichen Krankenversicherung und vor allem ab Mitte der

70er Jahre kaum mehr übersehbare *Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen* (vgl. BT-Drucksache 8/166, 1977, S.22) veranlaßten den Gesetzgeber 1977, über die in der RVO enthaltenen Instrumente hinaus auf dem Wege neuer Gesetze *Interventionsmöglichkeiten* und *Steuerungsinstrumente* zu schaffen, um die Ausgabenentwicklung in der GKV in den Griff zu bekommen. Das Hauptziel des am 11. März 1977 von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurfes bestand darin, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit die Belastung der Beitragszahler und der Wirtschaft in Grenzen zu halten. Unter Aufrechterhaltung des erreichten medizinischen Versorgungsniveaus der versicherten Bevölkerung und der weiteren Ermöglichung eines medizinischen Fortschritts ging es darum, die Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung mit der Einkommensentwicklung stärker in Übereinstimmung zu bringen (vgl. BT-Drucksache 8/166, 1977, S.1).

2. 2. 1 Durchgeführte Maßnahmen und eingesetzte Instrumente

Nachfolgend soll exemplarisch und auszugsweise auf die strategischen Ansatzpunkte, Interventionsformen und Steuerungsinstrumente jener Gesetze eingegangen werden, die unter der Bezeichnung *»Kostendämpfungsgesetze«* Eingang in den gesundheitspolitischen Sprachgebrauch gefunden haben (vgl. PAFFRATH/REINERS 1987, S.369). Eine differenzierte Analyse der Maßnahmen sowie eine umfassende Bilanz ist im Rahmen dieser Darstellung leider nicht möglich. Von der Vielzahl der im Rahmen der *Kostendämpfungsbemühungen* erlassenen Gesetze und Verordnungen sind vor allem die folgenden Gesetze besonders zu beachten:

- Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (*Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* – KVKG) vom 27. Juni 1977
- Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (*Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz* – KVEG) vom 22. Dezember 1981
- Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (*Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz*) vom 22. Dezember 1981
- Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushaltes (*Haushaltsbegleitgesetz 1983*) vom 20. Dezember 1982
- Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Rentenversicherung sowie über die Verlängerung der Investitionshilfeabgabe (*Haushaltsbegleitgesetz 1984*) vom 22. Dezember 1983
- Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (*Krankenhaus-Neuordnungsgesetz* – KHNG) vom 20. Dezember 1984

Die sog. Kostendämpfungsgesetze enthielten eine Vielzahl von Einzelbestimmungen, wobei mit den seit 1977 ergriffenen Maßnahmen nicht nur Kosten »gedämpft«, sondern auch innerhalb des Systems umgeschichtet und zu einem Teil auf die Versicherten verlagert wurden. Während es in der ersten Phase noch primär um eine nachhaltige *Eindämmung der Kostenentwicklung* ging, rückte in der zweiten Phase die *Konsolidierung der Staatsfinanzen* zunehmend mehr in den Vordergrund (vgl. BERG 1986, S.10). Summarisch beinhalten die Gesetze im wesentlichen die folgenden allgemeinen Instrumente der Kostendämpfungspolitik (vgl. PAFFRATH/REINERS 1987, S.370; GEISSLER 1981):

- *Plafonierung* (Aushandeln einer Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und Kassenärzte; Arzneimittelhöchstbetrag);
- *Wirtschaftslichkeitsprüfungen* und *verbesserte Leistungstransparenz* (Prüfungsausschüsse sollen Effizienz der Leistungserbringer prüfen; Einführung einer Preisvergleichsliste bei Arzneimitteln);
- *Veränderungen im Leistungskatalog* (Ausgrenzung von Bagatellarzneimitteln aus der Erstattungspflicht; Beschränkung in der Haushalts- und Familienhilfe, Stärkung der häuslichen Pflege);
- *Selbstbeteiligung der Versicherten* an den Behandlungskosten (Rezeptblattgebühr; Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Zahnersatz, Badekuren, Krankenhauskosten);
- *Veränderungen in der Beitragserhebung* (Einbeziehung von Sonderzahlungen in die Sozialversicherungspflicht);
- *Organisatorische Veränderungen in der GKV* (Einheitliches Leistungsverzeichnis für alle GKV-Kassen; Finanzausgleich innerhalb einer Kassenart auf Landesebene; Neuordnung der KVdR-Finanzierung);
- *Verbesserung der Koordinierungsinstrumente* (Einrichtung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen).

Steuerungstechnisch basierten die Gesetze primär auf den folgenden Prinzipien: *Budgetierung* (bzw. Plafondierung) der Gesundheitsgesamtausgaben; *kollektive Verhandlungen* zwischen Vertretern aller Interessengruppen mit dem Ziel der *ex ante* Beeinflussung der Ausgabenentwicklung in Form von empfohlenen Leitlinien und *Orientierung an makroökonomischen Indikatoren* (vgl. PFAFF 1983 a, S.149).

2. 2. 2 Kontrolle des Ausgabenanstiegs als operatives Ziel

Das Hauptgewicht der gesetzgeberischen Maßnahmen lag von Beginn an auf der *Steuerung der Ausgaben-* bzw. *Kostenentwicklung*. Dies wird u. a. darauf zurückgeführt, daß die wirtschafts- und sozialpolitischen Konsequenzen zu einem wesentlichen Teil die Problemsicht der politischen Entscheidungsträger prägen (vgl. GRIESEWELL 1985, S.556). Für sie ist die Realität durch Budgetrestriktionen gekennzeichnet, die „um so stärker eine ständige Güter- bzw. Nutzenabwägung durch Gesundheitspolitiker, Klinikträger und Krankenkassen erzwingen, je mehr die Konstanz der Lohnnebenkosten in den Vordergrund tritt" (SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.80). Insbesondere nach den enormen Ausgabenzuwächsen in der ersten Hälfte der 70er Jahre hatte sich zunehmend die Einsicht durchgesetzt, „daß der Nachholbedarf, der sich möglicherweise im Gesundheitswesen angestaut hatte, nunmehr gedeckt sei und überproportionale Ausgabensteigerungen nicht mehr zu rechtfertigen seien" (PAFFRATH/REINERS 1987, S.370).

Diese neue Betrachtung implizierte, daß von einem *Selbstverständnis der Krankenversicherung* abgegangen werden

mußte, das der AOK-Bundesvorstand 1972 noch so formuliert hatte: „Die gesetzliche Krankenversicherung ist auf ganz bestimmte Aufgaben festgelegt. Sie darf sie – abgesehen von geringfügigen, bedeutungslosen Ausnahmen – der Art nach weder erweitern noch einschränken, muß sie vielmehr – wegen ihrer für die betroffenen Menschen existenziellen Bedeutung – in vollem Umfang erfüllen. Das hat für die Finanzierung der Krankenversicherung zur Folge, daß in der Finanzierung die Ausgaben den Vorrang haben: Zuerst sind sie zu ermitteln und die Beiträge bzw. die Einnahmen so festzusetzen, daß sie die Ausgaben decken." (AOK-Bundesverband 1972, S.49)

Vor dem Hintergrund der veränderten Ausgabensituation im Gesundheitswesen forderte der AOK-Bundesverband daher 1975 folgerichtig eine Abkehr von der Orientierung der Einnahmen an den Ausgaben. Stattdessen wurde das Konzept der *»Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik«* in die Diskussion eingebracht. Kerngedanke dieses Konzeptes war die Forderung, daß sich die Entwicklung der Ausgaben an der Entwicklung des Grundlohnes zu orientieren habe. Ein darüberhinaus gehender Anstieg der Ausgaben sollte nur hingenommen werden, soweit er durch Verbesserungen des Versicherungsschutzes, durch Änderungen in der Struktur des Versicherungsrisikos oder durch andere unabweisbare Verhältnisse bedingt sei (vgl. AOK-Bundesverband 1976, S.33). Seinen gesetzlichen Niederschlag fand das Konzept der »Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik« im Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977.

Das Konzept der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik basiert auf der Grundüberlegung, wonach die *Ausgaben der GKV eine Folge der Leistungsinanspruchnahme* und der Erbringung medizinischer Leistungen sind. Hiervon ausgehend bedeutet Ausgabensteuerung zugleich Steuerung des Bedarfs an medizinischen Leistungen und damit des Umfangs und der Struktur der in Anspruch genommenen bzw. erbrachten Leistungen oder der Art ihrer Erbringungen, sofern man sich nicht allein auf eine Beeinflussung des Preises für ärztliche Leistungen beschränken will (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.37). Das zentrale Problem dieses Steuerungsansatzes besteht jedoch darin, den Bedarf an medizinischen Leistungen zu bestimmen. Geht man allerdings davon aus, daß der *Bedarf an medizinischen Leistungen eine Funktion des Angebotes* ist und sich mit dem Angebot auch die Nachfrage ändert, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, über das Angebot die Nachfrage bzw. den Bedarf zu steuern. Nimmt man darüber hinaus an, daß das Angebot einer *Steuerung über die Vergütung* unterliegt, erscheint es denkbar, „den Bedarf an medizinischen Leistungen über eine Festlegung der Ausgaben und damit über das Vergütungsvolumen nach Maßgabe vorgegebener Daten bzw. im Rahmen eines Budgets zu regulieren" (BESKE/ZALEWSKI 1981, S.37).

Als es darum ging, Regulative zu schaffen, um die kassenärztliche Gesamtvergütung in ihrer Entwicklung unter Kontrolle zu bringen, wurde auf diese Überlegungen zurückgegriffen: Die Steuerung der GKV-Ausgaben mittels Budgetierung der ärztlichen Gesamtvergütung wurde als reale Möglichkeit zur Beeinflussung des Bedarfs an medizinischen Leistungen angesehen (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.37). Ziel des Kostendämpfungsgesetzes war u.a. die Einfügung von Steuerungsmechanismen, die es der Selbstverwaltung ermöglichen sollten, die Ausgabenentwicklung zu bremsen und diese möglichst weitgehend der Entwicklung der Versicherteneinkommen anzupassen. Die Begrenzung der volkswirtschaftlichen Belastung durch Aufwendungen im Gesundheitswesen sollte jedoch unter der Nebenbedingung erfolgen, daß die Erhaltung sowie der erforderliche Ausbau der vorhandenen medizinischen Versorgung sichergestellt werden. Zusammen mit der Forderung nach stabilen Beitragssätzen bedeutete dies, daß die Entwicklung der Versicherteneinkommen den Rahmen markierte, innerhalb dessen Ausgabenzuwächse erfolgen konnten (vgl. BERG 1986, S.12).

Das Ziel einer Begrenzung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen auf eine volkswirtschaftlich vertretbare Größenordnung macht es ggfs. erforderlich, einen *Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben* herbeizuführen. Diesbezüglich verwiesen die Initiatoren des Kostendämpfungsgesetzes im wesentlichen darauf, daß auch bei einem konstanten Beitragssatz die Einnahmen der Krankenversicherung entsprechend der Entwicklung der Grundlöhne der Versicherten anstiegen, woraus sich jährlich ein zusätzlicher Finanzierungsspielraum ergebe, der es ermögliche, die ärztlichen Einkommen und die anderer Leistungserbringer angemessen zu erhöhen und die Investitionen zur Durchsetzung des medizinischen Fortschritts auch weiterhin zu sichern (vgl. BT-Drucksache 8/166, 1977, S.22; BALZER 1985, S.6). Im übrigen wurde davon ausgegangen, daß bei einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit genügend Reserven freigesetzt werden können, so daß die Begrenzung der Gesamtausgaben keine Beschränkung der Leistungsgewährung erforderlich macht.

2. 2. 3 Bilanz der finanziellen Globalsteuerung

2. 2. 3. 1 Allgemeine Entwicklung

Davon ausgehend, daß es ein Hauptziel der Kostendämpfungspolitik war, im Rahmen der *einnahmenorientierten Ausgabenpolitik* nach § 405a RVO die Finanzierung der GKV durch die Koppelung der Gesundheitsausgaben an die *Entwicklung der Grundlöhne* sicherzustellen, ist es legitim, die *Effektivität*, d. h. den Grad der Zielerreichung der *finanziellen Globalsteuerung* durch eine Gegenüberstellung der Veränderungsraten der Ausgaben und der Versicherteneinkommen (Grundlöhne), nach denen die Beiträge bemessen werden, zu beurteilen (vgl. GRIESEWELL 1985, S.557).

Die *Wirksamkeit der Kostendämpfungsmaßnahmen* in bezug auf das zentrale operative Ziel, nämlich die GKV-Ausgabenentwicklung mit der Grundlohnentwicklung zu harmonisieren, wird von Beteiligten und Experten sehr unterschiedlich beurteilt. Immerhin wird von den meisten anerkannt, daß die Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung zumindest *anfänglich kurzfristige Erfolge* zeigten. Insgesamt jedoch herrscht die Meinung vor, daß sich diese Politik der globalen Kostendämpfung als nicht ausreichend wirksam erwiesen habe; trotz mehrmaliger Interventionen sei es in den letzten Jahren in der GKV jeweils nur kurzfristig und teilweise unausgewogen gelungen, den Ausgabenanstieg zu dämpfen (vgl. BT-Drucksache, 10/3374, 1985, S.7).

Während von 1970 bis 1975, also vor der Einleitung der Kostendämpfungsmaßnahmen, die Ausgaben der Krankenversicherung je Mitglied um durchschnittlich 17,4 % jährlich gestiegen waren, betrug der durchschnittliche jährliche Ausgabenanstieg in der Periode 1978 bis 1982 ca. 5,8 %, bei einer Zuwachsrate des Grundlohns von rd. 5,2 % pro Jahr. Dabei wurde die Zielvorgabe der finanziellen Globalsteuerung vor allem in den beiden ersten Jahren erreicht und eine Stabilität der Beitragssätze ermöglicht. In der Saldierung der Jahre 1977 und 1978 ergab sich ein Anstieg der Lei-

stungsausgaben je Mitglied von 9,8 %; dem stand eine Zunahme der Grundlöhne von 12,0 % gegenüber. Nachdem die moderate Ausgabenentwicklung 1979 sogar geringe Beitragssatzsenkungen erlaubt hatte, gerieten die Ausgaben jedoch bereits im selben Jahr abermals ins Defizit und damit in den beitragssatztreibenden Bereich. Zwar lag die Ausgabenentwicklung 1979 nur mit 0,7 Prozentpunkten, im Jahre 1980 aber mit 3,9 und im Jahre 1981 immerhin noch mit 1,2 Prozentpunkten über der Grundlohnentwicklung. Als Folge der nicht gedeckten Defizite mußte der Beitragssatz von 11,26 % im Jahre 1979 bis Anfang 1982 sukzessive auf durchschnittlich 12,0 % angehoben werden. (vgl. BERG 1986; PAFFRATH/REINERS 1987, S.370 ff.).

Diese Entwicklung machte aber nicht nur eine Erhöhung der Beitragssätze erforderlich; die Regierung reagierte auf das sich für das Jahr 1981 ergebende Kostendämpfungsdefizit in Höhe von rd. 3,4 Mrd. DM mit weiteren Kostendämpfungsgesetzen *(Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz und Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981).* Tatsächlich gelang es erneut, die Situation kurzfristig zu entspannen. In den Jahren 1982 und 1983 blieb der Ausgabenanstieg wieder unterhalb der Grundlohnentwicklung und zwar im Jahre 1982 mit 4,2 und im Jahr 1983 mit 0,3 Prozentpunkten. Seitdem ergaben sich allerdings Jahr für Jahr neue Defizite. 1984 belief sich der Ausgabenüberhang auf 2,8 Prozentpunkte 1985 auf 1,3 und im Jahre 1986 auf 1,0 Prozentpunkte. Seit 1984 ist die Finanzierungslücke in der GKV damit immer größer geworden. So überstiegen 1986 die Ausgaben den durch den Grundlohn gegebenen Deckungsbeitrag um 5,6 Mrd. DM.

Über den gesamten Zeitraum betrachtet standen einem *Anstieg der durchschnittlichen Leistungsausgaben* je Mitglied von 1977 bis 1986 um rd. 65 % eine *Grundlohnsteigerung* von nur 61,5 % gegenüber.

Trotz dieser eindeutigen Zahlen wird der *Erfolg der Kostendämpfungsgesetze* kontrovers beurteilt. Ungeachtet des weitgehend unverbindlichen Charakters der bisher *praktizierten Budgetierungsformen* bescheinigen ihnen einige Beobachter dennoch, nicht ganz ohne Erfolg gewesen zu sein (vgl. PFAFF 1988, S.306). Andere dagegen stellen ohne Einschränkungen fest, daß es die Kostendämpfungsgesetze nicht geschafft hätten, die ihnen gesteckten Ziele zu erreichen (vgl. PAFFRATH/REINERS 1987, S.372). Zurückzuführen sind diese Divergenzen auf die als Meßlatte herangezogene Referenznorm. Gemessen an den Prognosen des von Heiner Geißler im Jahre 1974 erstellten Krankenversicherungsbudgets „hat die Kostendämpfungspolitik zu einer Verzögerung des Beitragsanstiegs auf rund 13 % um 10 Jahre geführt ... Mißt man die Ausgabenentwicklung in den letzten zehn Jahren an der durch das Kostendämpfungsgesetz 1977 festgelegten Meßlatte, nämlich an der Grundlohnentwicklung je Mitglied, so wurde dieses Ziel insgesamt verfehlt." (OLDIGES 1987, S.376)

Aber selbst wenn man zu dem Schluß gelangt, daß das im Rahmen dieser Politik eingesetzte Instrumentarium zumindest eine gewisse Wirkung im Hinblick auf die Gesamtausgabenentwicklung hatte, ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich, bei der zu untersuchen ist, inwieweit denn tatsächlich eine *Kausalitätsbeziehung* zwischen den *durchgeführten Maßnahmen* und den *eingetretenen Wirkungen* besteht oder ob die Wirkungen nicht das Ergebnis gänzlich anderer Einflußfaktoren waren (vgl. GRIESEWELL 1985, S.557).

2. 2. 3. 2 Detailbetrachtung

Eine differenzierte Betrachtung der Ausgabenentwicklung der letzten 10 Jahre zwingt in der Tat dazu, das ohnehin nicht allzu günstige Globalergebnis noch weiter zu relativieren. So sind eine Reihe von Entwicklungen zu beobachten, die die Effektivität des Steuerungsinstrumentariums mehr als zweifelhaft erscheinen lassen.

Zunächst ist festzuhalten, daß sich die Ausgabenexpansion – aus welchen Gründen auch immer – bereits vor Inkrafttreten des Kostendämpfungsgesetzes 1977 merklich abgeschwächt hatte. Zudem ist es unzulässig, den starken Ausgabenrückgang im Jahre 1977, als dem Jahr des Inkrafttretens des Gesetzes, diesem völlig anzurechnen, da die im Gesetz vorgesehenen Regelungen erst durch Vereinbarungen zwischen Kassen- und Ärzte-Verbänden umgesetzt werden mußten, bevor sie wirksam werden konnten (vgl. GRIESEWELL 1985, S.559).

Beachtenswert ist ferner die Feststellung, daß die kurzfristig erzielte Ausgabenstabilität in der GKV primär durch zusätzliche Belastungen der Versicherten »erkauft« worden sei (vgl. PAFFRATH/REINERS 1987, S.370). Verwiesen wird hierbei auf die durch die Kostendämpfungsgesetze veranlaßten *Veränderungen im Leistungskatalog* (z.B. Ausgrenzung von Bagatellarzneimitteln aus der Erstattungspflicht) sowie die *Ausdehnung der Selbstbeteiligung* der Versicherten. Schätzungen zufolge haben die Versicherten zwischen 1977 und 1986 insgesamt 26,5 Mrd. DM an Selbstbeteiligung aufgebracht (vgl. PAFFRATH/REINERS 1987, S.370; BERG 1986). Berücksichtigt man die Zuzahlungen und anderen direkten Belastungen der Versicherten, wären die Reinausgaben der GKV z. B. allein für das Jahr 1985 um 4,9 % höher gewesen, die Abweichung der Ausgaben von der Entwicklung der Grundlöhne mithin entsprechend stärker.

Der Zusammenhang zwischen GKV-Ausgabenentwicklung und Grundlohnorientierung wird – wenn auch in anderer Richtung – durch die parallel zu den Kostendämpfungsbemühungen erfolgten Veränderungen im Bereich der Krankenversicherung der Rentner stark in Frage gestellt. Berechnungen zufolge hätte die KVdR allein im Jahre 1984 bei Fortbestand der 1976 geltenden Finanzierungsverhältnisse 12,4 Mrd. DM mehr an die GKV überweisen müssen. Unter diesem Gesichtspunkt werten einige die Kostendämpfungsgesetze für die Krankenkassen auch als »Kostensteigerungsgesetze«. „Aus volkswirtschaftlicher Sicht handelte es sich bei dieser Politik des ‚Verschiebebahnhofs' um reine Nullsummenspiele. Es fanden lediglich Umbuchungen von einem Konto des Sozialbudgets auf ein anderes statt, ohne daß sich damit irgendwelche faktischen Veränderungen im Gesundheitswesen vollzogen hätten." (PAFFRATH/REINERS 1987, S.371).

Beachtenswert gilt weiterhin, daß es unter der Kostendämpfungspolitik bei den Leistungserbringern partiell zu erheblichen *Mengenausweitungen* gekommen ist. Während die Primärinanspruchnahme sank, stieg der Leistungsumfang an. Auf der Basis der gemeinsam vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) und dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung (ZI) regelmäßig erhobenen Fallzahlen in der Kassenärztlichen Versorgung lassen sich für den Zeitraum 1980-1986 folgende Entwicklungen aufzeigen:

- *Anstieg des Honorarvolumens* um 27,3 % (pro Arzt: + 10,1 %; pro GKV-Mitglied: + 29,8 %);

- *Zunahme der Leistungsmenge* (Punktzahl) um 19,1 % (pro Arzt: + 3,0 %; pro GKV-Mitglied: + 2,4 %);
- Annähernde *Konstanz der Fallzahlen* (+ 1,9 %), aber starke Abnahme pro Arzt (- 11,9 %);
- Abnahme der *Zahl der Originalscheine* (d.h.der Patienten) um insgesamt 5,1 %; pro Arzt sogar um - 17,9 % (vgl. PAFFRATH/REINERS 1987, S.372).

Diese Zahlen verdeutlichen, daß ungeachtet dessen, daß die gesamten Ausgaben der GKV für die kassenärztliche Versorgung von 1980 bis 1986 nur geringfügig stärker als die Grundlohnsummen gestiegen sind (+ 32,4 % gegenüber + 31,5 %), es bei Berücksichtigung der Fallzahlenentwicklung zu einer relativen Steigerung der Ausgaben im ambulanten Sektor gekommen ist. Hieraus läßt sich der Schluß ziehen, daß die gesunkene Zahl der Patienten durch eine *Ausweitung der Leistungsmenge pro Patient* kompensiert wurde, „so daß das gesamte Ausgabenvolumen auf dem gleichen Pegelstand blieb" (PAFFRATH/REINERS 1987, S.372).

2. 2. 4 Möglichkeiten und Schwächen der »Konzertierten Aktion«

Die Durchführung der Globalsteuerung sollte nicht zuletzt dadurch erleichtert werden, daß auf der *operativen Ebene* das Instrument der *»Konzertierten Aktion«* geschaffen wurde. In Analogie zur Konzertierten Aktion im Rahmen des Stabilitäts- und Wachstumsgesetzes sollte auch im Gesundheitswesen eine derartige Einrichtung für *abgestimmte Verhaltensweisen* sorgen und zur *Umsetzung globaler Empfehlungen* beitragen. Die Funktionsbestimmung der Konzertierten Aktion war weitgehend das Ergebnis einer politischen Auseinandersetzung und bestand in weiten Teilen aus einem politischen Kompromiß: Während die Bundesregierung, die Sozialpartner und die Spitzenverbände der RVO-Kassen auf einer Regulierung der bestehenden Strukturprobleme mittels gesetzlicher Maßnahmen bestanden, setzten vor allem der Bundesrat, die damalige Opposition, die Ersatzkassen sowie die Verbände der Leistungserbringer auf die Bildung einer Konzertierten Aktion aller am Gesundheitswesen Beteiligten, mit dem Ziel, auf diese Weise Wege zur finanziellen Konsolidierung des Gesundheitswesens zu finden (vgl. HENKE 1988 b, S.113 ff.).

Schließlich wurde nach kontroversen parlamentarischen Beratungen durch das *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977* der § 405a in die RVO eingefügt und damit die rechtliche Grundlage für die Einrichtung einer *»Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen«* (KAiG) geschaffen. Die KAiG ist als ein Koordinierungsinstrument anzusehen, das auf der Ebene des Bundes angelegt ist und das über einer verbesserte Information und Kommunikation eine freiwillige Verhaltenskoordinierung ermöglichen soll (vgl. SMIGIELSKI 1981, S.522; EBERLE 1985). Dabei ist gemäß § 405a Abs.2 RVO der Teilnehmerkreis relativ weit gefaßt; vertreten sind u. a. die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die Leistungserbringer, die Tarifvertragsparteien, die Länder und Gemeinden sowie verschiedene Bundesministerien.

Hauptaufgabe der KAiG ist es, in einer gesetzlich näher geregelten Verfahrensweise bestimmte Ergebnisse unter gesundheitspolitischer, sozialpolitischer und wirtschaftspolitischer Zielsetzung anzustreben (vgl. MATZKE 1978, S.148; SMIGIELSKI 1981, S.621). Konkret sollen die an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten gemäß § 405a RVO gemeinsam

- medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
- Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen

vorlegen und miteinander abstimmen, wobei sie sich an dem Ziel orientieren sollen,

- eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und Dienstleistungen zu sichern und
- eine ausgewogene Verteilung der Belastungen vorzunehmen.

Zu diesem Zweck wurde der KAiG aufgetragen, u.a. einmal jährlich *Empfehlungen*, insbesondere über die *angemessene Veränderung der Gesamtvergütung* und der *Arzneimittelhöchstbeträge* abzugeben. Dabei sollten die empfohlenen Veränderungsraten sowohl die Preis- als auch die Mengenkomponente erfassen, so daß ein Ausweichen der Ärzte in die Zahl der Fälle und/oder in den Fallwert ausgeschlossen war (vgl. SCHARF 1980, S.266). Die *Hauptfunktion der KAiG* war und ist somit primär, einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten, d. h. im Sinne einer *einnahmenorientierten Ausgabenpolitik* die Ausgabenentwicklung der GKV mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Einklang zu bringen (vgl. REINERS 1987, S.55; HENKE 1988 b, S.116).

Die Einschätzung der *Steuerungswirksamkeit der KAiG* ist nicht nur äußerst kontrovers, sie hängt auch entscheidend von dem Zielhorizont ab, den man mit den Aktivitäten dieses Gremiums verbindet. Sieht man in der KAiG – wie bisweilen geschehen – den zentralen Mechanismus der finanziellen Globalsteuerung, eine „Art institutioneller Suprastruktur, die die einschneidenden Vorgaben und Steuerungsimpulse produziert, die dann auf den unteren Ebenen umgesetzt werden" (GRIESEWELL 1985, S.562), muß man bei der Beurteilung ihrer Effektivität zu einem negativen Ergebnis kommen. Ebenfalls nicht bewältigt (wenigstens nicht zufriedenstellend) hat sie die ihr übertragene Aufgabe, die Ausgabenentwicklung der GKV mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Übereinstimmung zu bringen (vgl. EBERLE 1985, S.211 ff.). Abgesehen davon, daß die KAiG schon nach kurzer Zeit »Abnutzungserscheinungen« aufwies (vgl. SMIGIELSKI 1981, S.521 ff.), waren die zumindest bis 1984 erreichten Ausgabeneinschränkungen nicht unmittelbares Resultat von Beschlüssen der KAiG, sondern Folge direkter gesetzlicher Regelungen (vor allem von Kostenverlagerungen auf die Versicherten) sowie eigener Initiativen der Vertragspartner (vgl. REINERS 1987, S.55). Demgegenüber kam der Erfahrungsbericht der Bundesregierung aus dem Jahre 1982 (vgl. BT-Drucksache 9/1300, 1982) zu einem insgesamt eher positivem Bild der KAiG, die als Einrichtung partnerschaftlicher Verständigung gesehen wird, die sich im großen und ganzen bewährt habe und in der alle Mitglieder ihre Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit bekundet und in der Regel auch unter Beweis gestellt hätten.

Die *Ursachen* für die *geringe Steuerungseffizienz der KAiG* liegen in der Konzeption selbst, insbesondere in den strukturellen Beschränkungen, denen dieses Steuerungsinstrument unterliegt. Im einzelnen lassen sich folgende *kritische Anmerkungen* machen:

- In Anbetracht der Zusammensetzung der KAiG wird der Spielraum für ihre Aktivitäten durch die bestehende

Interessenstruktur von vornherein beschränkt. Grundsätzlich ist das Verhalten aller Beteiligten darauf ausgerichtet, die eigenen Positionen und Entscheidungskompetenzen uneingeschränkt aufrechtzuerhalten (vgl. GRIESEWELL 1985, S.563).

- Ein weiterer wesentlicher Mangel besteht zudem darin, daß keine verbindlichen Beschlüsse vorgesehen sind und durch das Prinzip der Freiwilligkeit günstige Umgehungsmöglichkeiten gegeben sind (vgl. REINERS 1987, S.55). Weder existieren geeignete Verfahrensregeln für die Herbeiführung von nicht allgemein konsensfähigen Entscheidungen, noch wirksame Instrumentarien, die eine direkte Umsetzung der Empfehlungen in die Praxis erlauben (vgl. HAMANN 1981, S.236).
- Selbst wenn gemeinsame Empfehlungen zustande kommen, bestehen diese vielfach aus kaum mehr als »Leerformeln«, durch welche die bestehenden Interessensunterschiede mühsam überbrückt werden (vgl. GRIESEWELL 1985, S.563). Entsprechend sind die Vorgaben kaum geeignet, in nachgeordneten Verhandlungen umgesetzt zu werden. Beispielhaft hierfür ist der Arzneimittelhöchstbetrag, der sich als ein derart ungeeignetes Instrument erwies, daß die KAiG ab 1984 von sich aus darauf verzichtete, hierzu weiterhin Empfehlungen abzugeben (vgl. BERG 1986, S.17).
- Als eine weitere Schwäche erwies sich zudem, daß nicht sämtliche Leistungsbereiche in gleicher Weise in die Arbeit der KAiG einbezogen sind. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, inwieweit die Größe des Teilnehmerkreises für konkrete Entscheidungen nicht eher hinderlich ist, zumal die beteiligten Gruppen in höchst unterschiedlicher Weise Einfluß auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen haben (vgl. HAMANN 1981, S.236 ff.).
- Als korporatistisches Verhandlungssystem ist die KAiG auf kurzfristige Problemlösungen im Sinne eines Krisenmanagements angelegt. Eine mittel- bzw. langfristige konzeptionelle Perspektive fehlt dagegen weitgehend. Insbesondere wird daher die Gefahr gesehen, daß zugunsten des Konsenses auf strukturelle Veränderungen und eine möglicherweise kostengünstigere und bedarfsgerechtere Versorgung verzichtet wird (vgl. HENKE 1988 b, S.132 ff.).
- Letztlich funktioniert die KAiG nur solange einigermaßen zufriedenstellend, wie im Verteilungskampf eine bestimmte Niveaubestimmung angestrebt und beibehalten wird. Positive Ergebnisse kommen vor allem dann zustande, wenn sich die Beteiligten davon Vorteile ausrechnen können, wobei es durchaus zu Kompensationsgeschäften kommen kann. Geht es dagegen darum, Einschneidungen bei Einkommenspositionen einzelner Beteiligter vorzunehmen, wird die KAiG praktisch handlungsunfähig (vgl. HENKE 1988 b, S.130).

2. 2. 5 Grenzen des Steuerungspotentials der KVKG-Instrumente

Die Tatsache, daß es weder insgesamt noch in einem Teilbereich gelungen ist, die Steigerungsraten der Ausgaben im Rahmen der Grundlohnentwicklung zu halten, ist für die *Befürworter von Globalsteuerungskonzepten* noch kein Beweis dafür, daß eine derartige Steuerung des Gesundheitswesens grundsätzlich zum Scheitern verurteilt ist. Stattdessen stellt sich für sie zunächst einmal die Frage nach möglichen Schwachstellen des Konzeptes. Außerdem gilt es zu klären, ob die eingesetzten Steuerungsinstrumente auch funktional waren, „d. h. ob und in welchem Umfang die aufgrund ihrer Konstruktions- und Wirkungsweise zu erwartenden Steuerungseffekte" dazu beigetragen haben, das vorgegebene Ziel zu erreichen (vgl. GRIESEWELL 1985, S.559). Einige Befürworter der Globalsteuerung sind z. B. fest davon überzeugt, daß sich mit hoher Wahrscheinlichkeit die Frage des Ausgabenüberhangs heute nicht stellen würde, wenn in das Kostendämpfungsgesetz 1977 wirksame Instrumente auch für die Bereiche Krankenhaus, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel aufgenommen worden wären (vgl. OLDIGES 1987, S.377).

2. 2. 5. 1 Schwachstellen bei den Makro-Interventionen

a) Stationäre Versorgung

Als wesentliche Schwachstelle der 1977 eingeführten finanziellen Globalsteuerung werten zahlreiche Beobachter, daß zunächst keine Anstrengungen unternommen wurden, die bestehenden *Regelungsdefizite im Bereich der stationären Versorgung*, einem der Hauptausgabenblöcke der gesetzlichen Krankenversicherung, zu beseitigen (vgl. HOLLER 1985, S.161). Aufgrund dieses Versäumnisses konnte sich der Krankenhausbereich weitgehend unbeeinflußt von Maßnahmen der Kostendämpfung expansiv weiterentwickeln (vgl. OLDIGES 1987, S.377). Erst mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 wurden Schritte eingeleitet, um die *Planungs- und Steuerungsinstrumente im Krankenhausbereich* zu verbessern. Zwar wurde nunmehr auch für diesen Bereich gesetzlich das Ziel fixiert, die Ausgaben für Krankenhauspflege an der Grundlohnentwicklung zu orientieren, Regelungen zur Umsetzung dieser Zielvorstellung, z. B. in Form von Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern, sind jedoch nicht getroffen worden (vgl. GRIESEWELL 1985, S.560).

Als besonders problematisch erwies sich vor allem das mit dem *Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972* (BGBl.I S.333) eingeführte Kostenerstattungsprinzip, das den Krankenhäusern im Rahmen einer allgemeinen Verpflichtung zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung eine Erstattung der entstandenen Pflegekosten gewährleistete. Obgleich von verschiedenen Seiten massiv darauf hingewiesen wurde, daß der Anspruch auf Selbstkostendeckung zusammen mit dem Grundsatz des Gewinn- und Verlustausgleichs die im Krankenhaus Handelnden hinsichtlich eines sparsamen und wirtschaftlichen Umgangs mit den knappen Finanzmitteln weitgehend demotiviert (vgl. HOLLER 1985, S.163; GERDELMANN 1985, S.182; H. MÜLLER 1985, S.191), wurden die Regelungen der Leistungsentgeltbestimmung unverändert beibehalten. An dieser Situation änderte im Grundsatz auch das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981* (BGBl.I S.1568) nichts. Von daher stieß das Konzept der Kostendämpfung im Krankenhausbereich allein schon durch die gesetzlich vorgeschriebene Beachtung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung auch weiterhin an Grenzen, zumal Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Krankenhauspflegesätze nach dem Gesetz nicht zulässig waren.

Das Grundproblem in bezug auf die Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die *Kostendämpfungsbemühungen* ist letztlich darin zu sehen, daß in diesem Sektor zwei *antagonistische Finanzierungsverfahren* einander gegenübergestellt wurden: ein *Budgetierungsansatz*, der sich auf

eine *ex ante* Fixierung von Finanzierungsspielräumen richtete, und ein *Erstattungsverfahren*, das von den faktisch entstandenen Kosten ausgeht. Da der Ansatz der Globalsteuerung mit keinem *regulativen* Durchsetzungspotential ausgestattet war, lag es auf der Hand, daß damit eine wirksame Begrenzung der kostenexpansiv wirkenden Faktoren in der stationären Versorgung nicht erreicht werden konnte (vgl. GRIESEWELL 1985, S.560). Die Anwendung des Selbstkostenerstattungsprinzips bedingt darüberhinaus sogar, daß die Krankenhäuser in ihrer Kostenentwicklung tendenziell immer über der Steigerung der Grundlohnsumme liegen müssen, da zu den durch Tarifabschlüsse sich erhöhenden *Personalkosten* im vielschichtigen Betrieb Krankenhaus weitere Kostenfaktoren hinzutreten, deren Reduzierung aufgrund limitationaler Rationalisierungsmöglichkeiten sehr begrenzt ist (vgl. H. MÜLLER 1985, S.190).

Inwieweit sich diese Situation durch das *KrankenhausNeuordnungsgesetz von 1984* (BGBl.I S.1716), dessen Neuregelungen seit dem 1. Januar 1986 wirksam sind, nachhaltig ändert, kann zwar noch nicht abschließend beurteilt werden, muß jedoch bezweifelt werden. Während bis 1986 die tatsächlich entstandenen Selbstkosten Bemessungsgrundlage für die Höhe des tagesgleichen, proportionalen Pflegesatzes waren, werden nunmehr die Betriebskosten der Krankenhäuser auf der Basis der *vorauskalkulierten Selbstkosten* durch ein *flexibles Budget* abgegolten. Die *Modifikation des Selbstkostenerstattungsprinzips* und die Zulassung von Gewinnen bringen zwar einige Anreize für wirtschaftliches und kostenbewußtes Verhalten, durch das Festhalten am Grundprinzip der Kostenerstattung dürften aber auch in einer prospektiven Ausgestaltung die Anreize nicht ausreichen, um zu langfristigen Kostensenkungen zu gelangen (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.96 f.).

b) Ambulante Versorgung

Obgleich die Kostendämpfungsgesetze für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung Instrumente vorsahen, die zumindest theoretisch eine *wirksame Steuerung der Ausgabenentwicklung* hätten ermöglichen können, sind auch hier eine Reihe von Defiziten zu konstatieren. Eine erste *Schwäche* bestand darin, daß die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben der Vereinbarung zwischen Kassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen wurde, was regelmäßig zu Abstrichen führte und eine wirksame Budgetierung in der Praxis behinderte (vgl. GRIESEWELL 1985, S.561).

Der steuerungstechnisch wesentliche Aspekt des gesetzlichen Regelungsmechanismus bestand für den ambulanten Sektor darin, daß in den Honorarvereinbarungen nicht mehr nur der Preisfaktor des Honorarvolumens bestimmt, sondern das gesamte von der Krankenkasse zu zahlende Honorarvolumen festgelegt werden sollte. Zentraler Ansatzpunkt für die Kostendämpfung war somit die in § 368 f Abs.3 RVO angelegte *Gesamtvergütungsplafonierung*, nicht die direkte Beeinflussung der Leistungsmengen oder Einzelpreise oder die Steuerung des Angebots an Ärzten und ihrer Praxisstruktur (vgl. GEISSLER 1979, S.125; THIEMEYER 1985, S.47 ff.). Die Aufgabe, die finanzielle Plafonierung so gut wie möglich in entsprechende Entwicklungen der Leistungsvolumina und Einzelpreise sowie der Angebotsstrukturen zu transponieren, wurde der *Vergütungspolitik* überlassen, wobei im Grundsatz das *System der Einzelleistungsvergütung* erhalten blieb. Der monetäre Punktwert ergibt sich bei diesem Verfahren *ex post*, indem die limitierte (pauschalierte) Gesamtvergütung durch die ermittelte Gesamtpunktzahl dividiert wird.

Entscheidend an diesem System ist, daß der einzelne Arzt weiterhin die Möglichkeit besitzt, sein individuelles Einkommen durch *Mengenausweitung* zu erhöhen. Dies gilt ungeachtet dessen, daß der kalkulierte Preis (Vergütungssatz) der Leistungen sinkt, wenn der vereinbarte Finanzierungsspielraum nicht ausreicht, um den Zuwachs der Leistungsmenge zu konstanten Preisen zu vergüten (vgl. GRIESEWELL 1985, S.561). Daß die darin angelegten gegenläufigen Entwicklungen früher oder später zu *erheblichen Spannungen* führen, durfte nicht überraschen (vgl. GEISSLER 1979, S.127).

Einer besonderen *Belastungsprobe* ist dieser Steuerungsmechanismus insbesondere bei steigenden Ärztezahlen ausgesetzt, da in diesem Falle eine Orientierung der Gesamtvergütung an der Gesamteinkommensentwicklung zwangsläufig zur Folge haben muß, daß das einzelne Arzteinkommen – wenn überhaupt – nurmehr unterproportional ansteigen kann. Dies bedeutet, daß es unter den Ärzten zu einem sukzessiv schärferen *Verteilungskampf* kommt, sofern die *»Deckelung« des Gesamthonorarvolumens* konsequent eingehalten wird.

Vor diesem Hintergrund war es dann auch kaum verwunderlich, daß die Strategie der ärztlichen Organisationen darauf gerichtet war, „die Begrenzung des Honorarvolumens zu unterlaufen bzw. ‚aufzuweichen'" (GRIESEWELL 1985, S.561). Ein erster Erfolg in dieser Richtung gelang den Kassenärzten in einer *Honorarvereinbarung mit den Angestellten-Ersatzkassen* vom Dezember 1978, in welchem man sich auf eine lineare Erhöhung der Vergütungssätze des Bewertungsmaßstabes um 4 % ohne Limitierung des Leistungsvolumens (der Mengenkomponente) einigte (vgl. MUSCHALLIK 1978, S.3081 ff.), wobei für den Fall einer zusätzlichen Ausgabensteigerung infolge von Mengenausweitungen lediglich eine Absichtserklärung für eventuelle Gegenmaßnahmen abgegeben wurde (vgl. WIESENTHAL 1981, S. 91 ff.).

Die mit diesem Vertrag verbundene Unterlaufung der zentralen Intentionen der finanziellen Globalsteuerung blieb nicht ohne Konsequenzen; schon kurz darauf gaben auch die RVO-Krankenkassen dem ärztlichen Druck nach und trafen gleichfalls Vereinbarungen, „die das Risiko unkontrollierter Ausgabensteigerungen als Folge einer Mengenausweitung ärztlicher Leistungen wieder weitgehend auf die Krankenkassen verlagerten" (vgl. GRIESEWELL 1985, S.562).

Neben den Möglichkeiten, den Steuerungsmechanismus auszuhölen, weist das System der Gesamtvergütungsplafonierung allerdings noch weitere Schwächen auf. Berücksichtigt man z. B. das Problem der Nebenwirkungen (*Substitutionseffekte*), sind die Auswirkungen von Gesamtvergütungsvereinbarungen für die Krankenkassen durchaus nicht mehr eindeutig kalkulierbar. Es ist nicht nur möglich, sondern wird auch für sehr wahrscheinlich gehalten, daß Nebenwirkungen z.B. im Krankenhausbereich auftreten: „Durch eine sehr restriktive Ausgabenpolitik wälzen möglicherweise Ärzte die Behandlung schwieriger Fälle auf das Krankenhaus ab, und anstatt einer Kostendämpfung tritt eine Kostenverlagerung ein" (ROSENBERG 1979, S.121). Denkbar sind auch entsprechende Nebenwirkungen in Richtung Arzneimittelsektor (bei gesenkter Honorierung der Beratungsleistung könnte diese weiter eingeschränkt

und durch eine verstärkte Arzneimittelverordnung ersetzt werden).

Unter dem Aspekt einer konsequenten Ausgabenbegrenzung ist auch die Regelung problematisch, Veränderungen der Gesamtvergütung nicht nur an der Grundlohnsumme, sondern auch an den Praxiskosten und der ärztlichen Arbeitszeit zu orientieren. Während die erste Komponente im Prinzip ermöglicht, daß das Honorarvolumen in etwa gleichen Raten wie das Einkommen der Gesamtbevölkerung steigt, wird die Grundlohnorientierung durch die beiden anderen Komponenten wieder relativiert. Sofern die Ärzte glaubhaft machen konnten, daß der medizinisch-technische Fortschritt und/oder eine steigende Morbidität einen höheren Input unabdingbar machte und dieser im Interesse der Versicherten lag, deckte das KVKG auch höhere Steigerungsraten (vgl. BERG 1986, S.12).

c) Arzneimittelversorgung

Ebenfalls als wenig wirksam erwiesen haben sich die Regelungen zur Steuerung im Bereich der *Versorgung mit Arzneimitteln*. Analog zu den Kostendämpfungsbemühungen bei der ambulanten und zahnärztlichen Versorgung liefen die Regelungen auch für den Arzneimittelsektor auf eine vorsichtige »Deckelung« der Ausgaben hinaus. Gemäß § 368 f Abs.6 RVO hatten die Landesverbände der Krankenkassen mit den kassenärztlichen Vereinigungen einen sog. »*Arzneimittelhöchstbetrag*« zu vereinbaren, der die Entwicklung der Arzneimittelpreise, die Zahl der behandelten Personen und die Entwicklung der Grundlohnsumme zu berücksichtigen hatte. Ferner war vorgesehen, daß bei einer mehr als nur geringfügigen Überschreitung des Höchstbetrages die Vertragspartner die Ursachen dieser Abweichung untersuchen sollten. Waren die Ursachen nicht auf eine unkalkulierte Erhöhung der Morbidität zurückzuführen, waren Einzelprüfungen zu veranlassen, die bis hin zum Regreß bei einzelnen Ärzten führen konnten.

In der Praxis bedeutete dies, daß die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Maßgabe der genannten Kriterien einmal jährlich eine Empfehlung über den Höchstwert für einen Anstieg der Arzneimittelausgaben abzugeben hatten (unter bestimmten Voraussetzungen konnte diese Empfehlung auch die Konzertierte Aktion abgeben).

Dieser Steuerungsmechanismus wird aus verschiedenen Gründen als fehlerhaft konstruiert betrachtet. Indem die Sanktionen beim einzelnen Arzt ansetzen und damit auf eine individuelle Verhaltenssteuerung abzielen, wird die Ebene der globalen Ausgabensteuerung verlassen, d.h. eine Budgetierung im Sinne einer Vorabbegrenzung des Ausgabenvolumens ist nicht mehr möglich[1] (vgl. GRIESEWELL 1985, S.561). Ein weiterer Schwachpunkt bestand darin, daß im *Sanktionsmechanismus* bei Überschreitung des Höchstbetrages Interpretationskonflikte zwischen den Vertragsparteien geradezu vorprogrammiert waren. Schließlich muß es im Hinblick auf den Versuch einer wirksamen Ausgaben-Deckelung als problematisch angesehen werden, die Preisentwicklung und das Preisniveau bei Arzneimitteln als gegeben hinzunehmen, auch wenn die Pharmaindustrie im Rahmen der Konzertierten Aktion einer gewissen »moral suasion« ausgesetzt war (vgl. BERG 1985, S.14).

e) Allgemeine Defizite

Grundsätzlich ist die Auffassung in Frage zu stellen, die Kostendämpfungsgesetze beinhalteten eine *echte globale Budgetbeschränkung*, auch wenn vielfach die These vertreten wird, daß mit diesen Gesetzen der Ausgabenentwicklung »ein Deckel aufgesetzt« und die Gesamtsumme für einzelne Ausgabenkomponenten beschränkt worden sei. Dagegen ist einzuwenden, daß

1) die Empfehlungen meist allgemein gehalten wurden und ohne mengenmäßige Vorgaben blieben;
2) die Vorgaben nur Orientierungsfunktion für die Verhandlungen der Vertragsparteien hatten, selbst aber nicht mit Sanktionen verbunden waren und
3) im Falle der Überschreitung der globalen Orientierungsdaten lediglich auf den Einzelregreß im ordentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren verwiesen wurde (vgl. HAUSER 1985, S.109);
4) Kostenbegrenzungsaspekte vielfach vor Qualitätsaspekten standen.

Die Strategie der finanzielle Globalsteueurng (z.B. mittels Budgetbegrenzungen) kann zwar garantieren, daß die Gesamtausgaben nicht unkontrolliert wachsen können, stellt jedoch nicht sicher, daß die einzelnen Leistungsanbieter die effektivste und effizienteste Leistungsform wählen. Außerdem beinhaltete die rein monetär orientierte Globalsteuerung von Teilkomponenten die Gefahr einer unzureichenden Berücksichtigung des medizinischen und technologischen Fortschritts.

Die im Rahmen der Kostendämpfungspolitik installierte finanzielle Globalsteuerung beschränkte sich in weiten Teilen auf die globale Steuerung einzelner Teilkomponenten und unterlag damit der prinzipiellen Gefahr, daß „restriktive Regelungen zu Kostenverlagerungen und nicht zu Kosteneinsparungen führen" (HAUSER 1985, S.120). Zwar läßt sich auch bei *selektiver Globalsteuerung* bei entsprechenden sektoralen Budgetierungen das Gesamtkostenziel erreichen, ohne inhaltlichen Gesamtrahmen ist es jedoch unmöglich, inhaltlich erwünschte Struk-turveränderungen durch eine entsprechende Budgetierungspolitik zu präjudizieren.

Die finanzielle Globalsteuerung einzelner Teilkomponenten ist darüber hinaus in verstärktem Maße abhängig von den in einzelnen Segmenten herrschenden Machtverhältnissen. Gerade im Hinblick auf die Erfahrungen im Rahmen der Konzertierten Aktion spricht einiges dafür, daß bestimmte Restriktionen eher aufgrund politischer Opportunität und weniger aufgrund inhaltlicher und medizinischer Kriterien beschlossen wurden.

2. 2. 5. 2 Aspekte der Prozeßsteuerung auf der Mikro-Ebene

Obgleich die Ansatzpunkte der Globalsteuerung auf der Makro-Ebene liegen (Festlegung der Ausgabenvolumina der verschiedenen Leistungsbereiche), werden die ausgabenwirksamen Entscheidungen dennoch überwiegend von den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens auf der Mikro-Ebene getroffen. Dies bedeutet, daß der Erfolg der Globalsteuerung in erheblichem Umfang davon abhängt,

1) Der Übergang zur Steuerung der individuellen Verordnungspraxis war im übrigen das Ergebnis eines politischen Kompromisses im Gesetzgebungsverfahren. „Im ursprünglichen Entwurf waren die Sanktionen auf der Ebene der Globalsteuerung angesiedelt: Eine Überschreitung der vereinbarten Grenzwerte für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben sollte durch eine entsprechende Kürzung des für die ärztliche Vergütung zur Verfügung stehenden Finanzvolumens kompensiert werden" (GRIESEWELL 1985, S.561)

wie die globalen Vorgaben auf der Mikro-Ebene umgesetzt werden. Das Zusammenwirken von Makro- und Mikro-Ebene ist insbesondere dann von wesentlicher Bedeutung, wenn auf der Makro-Ebene verzichtet wird, bis hinunter auf die unterste Ebene verbindliche Vorgaben zu machen und stattdessen auf flankierende Maßnahmen im Rahmen einer Prozeßsteuerung vertraut wird, die das Ziel haben, die Einzelentscheidungen dahin zu steuern, daß sie mit den globalen Zielsetzungen vereinbar sind. Dies erfordert vor allem die Kompatibilität von Steuerungsmechanismen auf der Makro- und Mikro-Ebene. Im Rahmen der Kostendämpfungsbemühungen kam der Prozeßsteuerung vor allem die Aufgabe zu, auf der Ebene des einzelnen Arztes ausgabenexpansiv wirkenden Faktoren entgegenzuwirken.

2. 2. 6 Erfahrungen mit dem »Bayern-Vertrag«

2. 2. 6. 1 Grundgedanken des »Bayern-Vertrages«

Eine interessante Weiterentwicklung der finanziellen Globalsteuerung, wie sie im KVKG 1977 angelegt war, sahen viele Beobachter zu Beginn der 80er Jahre im sog. *»Bayern-Vertrag«*. Hierbei handelt es sich um einen am 13. August 1979 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern für den Zeitraum 1. Juli 1979 bis 30. Juni 1980 geschlossenen Vertrag, der in den Folgejahren verlängert wurde.

Obgleich der »Bayern-Vertrag« unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten vielfach als selbstverwaltungsspezifische Alternative zu bundeseinheitlichen Reglementierungen angesehen wird (vgl. WINTERSTEIN 1984, S.27), soll an dieser Stelle auf diesen Vertrag eingegangen werden, hierbei jedoch primär auf die ihm zugrundeliegende *Steuerungskonzeption.*

Der Gesamtvertrag sah vor, daß die Gesamtvergütung der bayerischen RVO-Kassen je Mitglied um nicht mehr als 6 % im Vergleich zum Vorjahr ansteigen sollte. Darüber hinaus sollte eine Anstieg um weitere 0,6 % (d.h. also eine Gesamtsteigerung um 6,6 %) möglich sein, ohne daß Untersuchungen über die Gründe des Anstiegs eingeleitet werden. Die eigentlich neue und steuerungstechnisch interessante Regelung bestand allerdings darin, daß eine Überschreitung der 6,6-Prozent-Grenze für den ambulanten Sektor dann ohne Sanktionen toleriert werden sollte, wenn gleichzeitig die Wachstumsraten im stationären Sektor und im Arzneimittelbereich reduziert werden konnten (vgl. HERDER-DORNEICH 1982b, S.164; WINTERSTEIN 1984, S.27 f.).

Im Vordergrund der Bayern-Vertrag-Philosophie stand die Verknüpfung verschiedener Leistungskomplexe, indem für den ambulanten Sektor ein Anreiz geschaffen werden sollte, tatsächlich steuernd auf die anderen Sektoren einzuwirken. Nach diesem Konzept ging es also nicht mehr darum, einzelne Leistungsbereiche grundlohnorientiert zu begrenzen; die Grundidee bestand vielmehr darin, für einzelne Leistungsbereiche *Steigerungsraten oberhalb der Grundlohnentwicklung* zuzulassen (im konkreten Falle für die ambulante Behandlung), sofern Kompensationen bei den veranlaßten Leistungen (Krankenhauseinweisungen, Arzneimittelverordnungen) erzielt werden (vgl. SMIGIELSKI 1986, S.145). Letztlich basierte der Bayern-Vertrag auf der Überlegung, daß für die Krankenkassen die gesamte Tätigkeit der Kassenärzte als Einheit anzusehen ist, gleichgültig ob die Leistungen durch den Arzt persönlich erbracht werden oder dieser sie lediglich veranlaßt hat. Zugleich wurde der These gefolgt, daß es vor allem der niedergelassene Arzt ist, der *steuernden Einfluß auf die übrigen Bereiche der Gesundheitsversorgung* hat. Entsprechend sollte der Bayern-Vertrag dazu führen, daß der einzelne Kassenarzt durch gezielte Diagnostik und Therapie dazu beiträgt, daß

- weniger Krankenhauseinweisungen erforderlich werden;
- eine gezielte Arzneiverordnung erreicht wird, wobei der Beachtung von Wirksamkeit, Preis und Mengen der zu verordnenden Arzneimittel erhebliche Bedeutung zukommt;
- die Verordnung von physikalischen Leistungen, z.B. Massagen und Bäder, eingeschränkt werden kann;
- durch diese Maßnahmen Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit der Patienten, auch im Hinblick auf ihre volkswirtschaftliche Bedeutung, erhalten wird.

2. 2. 5. 2 Ergebnisse des »Bayern-Vertrages«

Ähnlich wie im gesamten Bereich der Kostendämpfungspolitik werden auch die Ergebnisse des Bayern-Vertrages je nach Interessensstandpunkt der Betrachter höchst unterschiedlich beurteilt (vgl. THIEMEYER 1985, S.54). Unter diesem Aspekt spricht einiges für die Vermutung, daß die Bayern-Vertrag-Politik für die Ärzte erfolgreich war; ob dies auch für das Gesamtsystem gilt, wird von vielen Beobachtern indessen bezweifelt.

Festzuhalten bleibt, daß der Bayern-Vertrag hinsichtlich des *Kostendämpfungszieles* keineswegs besser als die globalen Kostendämpfungsstrategien ist. Vielmehr haben sich die Ausgaben je Mitglied in Bayern sowohl insgesamt als auch in den meisten Komponenten sogar stärker als im Bundesgebiet erhöht (vgl. HAUSER 1985, S.115). Demgegenüber läßt sich zumindest in der Anfangsphase hinsichtlich der *Ausgabenstruktur* eine leichte Verschiebung in die erwartete Richtung beobachten, d.h. die Ausgaben im ambulanten Bereich wiesen einen relativ stärkeren Anstieg auf als die Ausgaben im Krankenhaussektor. Insgesamt ergab sich jedoch, daß die Kassenärzte „nur in geringerem Umfang als erwartet auf stationäre Behandlungen ihrer Patienten verzichteten" (SCHWEFEL, van EIMEREN/SATZINGER 1986, S.967). Hinzu kam, daß die Krankenhäuser nicht untätig blieben und verstärkt mit Selbsteinweisungen auf die nach ihrem Verständnis gegen sie gerichtete Strategie reagierten (vgl. SITZMANN 1982; THIEMEYER 1985, S.54).

Selbst wenn die explizit *angestrebte Verlagerung vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich* in deutlicherem Umfang erreicht worden und ein nachhaltiger *Kostendämpfungseffekt* eingetreten wäre, stellt dies noch keinen Beweis der »Systemadäquanz« des Bayern-Vertrages dar: „der Nachweis einer (ausgabenneutralen) Verlagerung von Umsatz- oder Einkommensteilen zwischen Anbietergruppen von Gesundheitsleistungen reicht nicht für den Nachweis der ... gesundheitspolitischen Rationalität" (THIEMEYER 1985, S.55) aus. Daneben ergeben sich allerdings für das Gesamtsystem ernsthafte Bedenken:

- Zwar berücksichtigt der Bayern-Vertrag in stärkerem Maße die Gesamtausgabenentwicklung, regelt letztlich aber ebenfalls nur die Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen. Die übrigen Ausgabenkomponenten spielen dabei nur insoweit eine Rolle, als sie eine Überschreitung der Ausgaben im ambulanten Bereich rechtfertigen können. Somit sind sie nicht direkt angesprochen und

solange ohne Bedeutung, solange die Gesamtvergütung innerhalb des Zielrahmens bleibt (vgl. HAUSER 1985, S.117).

- Grundsätzlich ist dieser Steuerungsansatz in seiner Reichweite von vornherein begrenzt; denn selbst wenn die Ärzte einen wirksamen wirtschaftlichen Anreiz hätten, Ausgaben aus dem Krankenhaus- in den ambulanten Bereich zu verlagern, stießen sie an die Grenze unzureichender Eingriffsmöglichkeiten (vgl. HAUSER 1985, S.117).
- Desweiteren ignoriert der Steuerungsansatz die „Möglichkeit der autonomen Reaktion der negativ Betroffenen" (THIEMEYER 1985, S.54). Die Krankenhäuser können z. B. mit vermehrten Selbsteinweisungen und/oder einer Verlängerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer auf die sinkende Kapazitätsauslastung reagieren.
- Bei alledem sind Erhöhungen der Gesamtausgaben nicht ausgeschlossen, sondern aufgrund der geltenden Regelungen sogar wahrscheinlich; da die Einkommensposition der Ärzte von der Entwicklung der Krankenhausausgaben zunächst einmal unberührt bleibt, führt bei Geltung des Selbstkostenerstattungsprinzips eine Senkung der durchschnittlichen Auslastung unter der Voraussetzung wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser zu erhöhten Pflegesätzen.

Obgleich der Typ des Bayern-Vertrages zwischenzeitlich eine Verbreitung fand (Hessen-Vertrag, Niedersachsen-Vertrag), ist äußerst zweifelhaft, ob die darin implementierten ökonomischen Anreizsysteme die Strukturschranken im Gesundheitswesen überwinden können. Dagegen spricht allein schon die Tatsache, daß es ein klar zu definierendes Handeln bei der Alternative ambulante oder stationäre Versorgung mitunter nicht gibt und die Einweisung von Patienten ins Krankenhaus für den Arzt vielfach auch dann geboten ist, wenn sie medizinisch womöglich nicht erforderlich ist, fehlende sozialpflegerische Einrichtungen jedoch keine andere Option bieten (vgl. REINERS 1987, S.199). Bedenklich ist schließlich ferner, daß „nicht nur die fachmedizinische Entscheidung, sondern ... auch die Verteilungsauseinandersetzungen zwischen Anbietergruppen (und damit die Entscheidung über die Struktur des Gesamtangebots an Gesundheitsgütern)... einem marktähnlichen Prozeß der Rivalität um Umsatz- und Einkommensteile überantwortet" (THIEMEYER 1985, S.55) wird.

2. 3 Elemente der Bedarfs- und Angebotsplanung im derzeitigen System

In Anbetracht dessen, daß den Konzepten einer Globalsteuerung und Budgetierung Überlegungen zugrundeliegen, durch eine verstärkte *Bedarfsplanung* und *Angebotssteuerung* zu einer effizienteren und kostengünstigeren gesundheitlichen Versorgung zu gelangen, sollen an dieser Stelle zumindest kursorisch Bereiche betrachtet werden, in denen bereits heute eine *Bedarfsplanung auf gesetzlicher Grundlage* stattfindet. Durch Bundesgesetze wurde zu Beginn der 70er Jahre zunächst für den Krankenhausbereich und gegen Ende der 70er Jahre eine Bedarfsplanung für den Arztpraxenbereich vorgeschrieben (vgl. RÖPKE/LENZ 1985, S.245). In beiden Fällen geht das staatliche Handeln letztlich auf das in Art.20 Abs.3 sowie Art.28 Abs.1 GG verankerte *Sozialstaatsprinzip* zurück, aus dem unmittelbar das Gebot abgeleitet wird, ein angemessenes Krankenversicherungssystem bereitzuhalten, ohne daß allerdings eine konkrete Ausgestaltung dieses Systems institutionell durch die Verfassung vorgegeben wäre. Daneben wird aus der in Art.1 GG verankerten Gewährleistung des physischen Existenzminimums verbreitet ein »Grundrecht« des Einzelnen auf die nach dem Stand der Wissenschaft bestmögliche medizinische Behandlung und in seinem Interesse sinnvollste medizinische Versorgung abgeleitet. Ein Handeln des Staates wird daher v.a. mit seiner gesamtpolitischen Verantwortung begründet, die er zur Erfüllung des Sozialstaatsgebotes des Grundgesetzes hat. Insbesondere wird daraus abgeleitet, daß der Staat dafür zu sorgen hat, daß allen Bürgern ein *gleicher Zugang zu Sozialleistungen* gewährleistet wird.

2. 3. 1 Staatliche Krankenhausbedarfsplanung

Aus den eben genannten Leitvorgaben wird unmittelbar der verfassungsrechtliche *Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung* abgeleitet. Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zählt danach zum *Kernbereich der öffentlichen Aufgaben im Rahmen der Daseinsfürsorge.* Die öffentliche Hand hat dafür Sorge zu tragen, daß ausreichende stationäre Versorgungseinrichtungen für alle Bürger, nicht nur für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, zur Verfügung stehen. Wie dieser Sicherstellungsauftrag mit konkretem Inhalt auszufüllen ist, muß der Gesetzgeber entscheiden. Ihm obliegt die normative Feststellung, wer für die stationäre Versorgung in einem bestimmten Gebiet die rechtliche und die politische Verantwortung zu tragen hat. Grundsätzlich kann die „staatliche Steuerung i.S. der Sicherstellung des Angebots ... durch Gesetz,Verordnung und sonstiges Verwaltungshandeln erfolgen, vor allem aber auch durch die Finanzierung", wobei es „für die Finanzierungsverfahren bei Gütern, für die der Staat einen politischen Sicherstellungsauftrag hat, ...keine allgemeingültigen Regeln" gibt (THIEMEYER 1984 a, S.23).

Gerade der Krankenhausbereich ist ein Beispiel dafür, daß die Sicherstellung des Angebots im Laufe der Zeit auf unterschiedliche Weise geregelt werden kann, insbesondere staatliche Planung erst dann eingreift, wenn Selbstregulierung nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt. So hat sich erst im Laufe der in den 60er Jahren stattfindenden Reformdiskussion die Auffassung durchgesetzt, daß „die Vorhaltung der Krankenhäuser im Grunde eine öffentliche Aufgabe sei und daß der Pflegesatz nur noch die durch die Benutzung des Krankenhauses verursachten sogenannten Benutzerkosten umfassen sollte" (MÜLLER 1985, S.187). Es ist daran zu erinnern, daß zu jener Zeit die *Preisgestaltung für Krankenhausleistungen* in den Händen von Krankenkassen und Krankenhäusern lag. Die Abgeltung der stationären Leistungen durch vereinbarte Pflegesätze sollte sowohl die Investitions- wie die Betriebskosten umfassen und eine angemessene Verzinsung des betriebsnotwendigen Kapitals sicherstellen. Das eindeutig *monistische Finanzierungssystem* unterlag jedoch erheblichen Einschränkungen, die die Realisierung dieser Zielvorstellungen unerreichbar machten. Zwar war die Preisstoppverordnung von 1936 durch die Anordnung PR Nr.140 im Jahre 1948 aufgehoben worden, die gleichzeitig erlassenen Kalkulationsregeln, die vorschrieben, welche Kosten in welcher Höhe erstattungsfähig waren, führten jedoch zu *erheblichen Defiziten der Krankenhäuser.*

An der eingeleiteten *Defizitwirtschaft* änderte auch die Verordnung PR Nr.7/1954 über die Pflegesätze von Krankenanstalten nichts. Insbesondere die Bestimmung, wonach bei

der Festlegung der Pflegesätze neben der Kosten- und Ertragslage der Krankenhäuser auch die Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger zu berücksichtigen war, „koppelte und begrenzte die Finanzierung der stationären Versorgung der Patienten an die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen, ohne daß damit der Leistungsanspruch der Versicherten eingeschränkt wurde" (MÜLLER 1985, S.187).

Da die Krankenkassen finanziell nicht in der Lage waren, die notwendigen Investitionsmittel, insbesondere zur Beseitigung der gewaltigen Kriegsschäden, bereitzustellen, wuchs ein *Investitionsstau* in Milliardenhöhe an. Trotz steigender Finanzhilfen durch die Bundesländer nahm die Unterdeckung im laufenden Betrieb bedrohliche Ausmaße an. Die Folgen waren, daß die Krankenhäuser nicht in erforderlichem Umfang erneuert werden konnten und die *Überalterung des Krankenhausbestandes* bei gleicher medizinischer Leistungsfähigkeit zu einem wesentlich höheren Betriebsaufwand und damit zu steigenden Kosten führte. Vor diesem Hintergrund bestand Einigkeit, daß eine *Reform der Krankenhausfinanzierung* unausweichlich war; die Vorstellungen, wie diese aussehen sollte, gingen jedoch bereits damals weit auseinander (vgl. HOLLER 1985, S.157 ff.; GERDELMANN 1985, S.167 f.; KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.41).

Schließlich wurde mit dem *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) vom 29. Juni 1972* (BGBl.I S.1009) die Krankenhausfinanzierung auf völlig neue Grundlagen gestellt. Dabei hat der Staat (Bund und Länder) mit dem KHG sowie den Krankenhausgesetzen der Länder norma-tiv verdeutlicht, daß die *Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe* ist und daß dieser Bereich der staatlich garantierten allgemeinen Daseinsfürsorge zuzuordnen ist (vgl. HOLLER 1983, S.33). Die Bestimmung von Krankenhäusern als öffentliche Infrastruktureinrichtungen beinhaltete zugleich den Übergang zu einer stärkeren staatlichen Kontrolle dieses Bereichs.

Unmittelbare Konsequenz dieser Betrachtungsweise waren die *Einschränkung der Planungsautonomie* der Krankenhausträger und der *Übergang zu einer staatlichen Krankenhausplanung.* Mit der Einführung einer Bedarfsplanung verbunden war die direkte *öffentliche Förderung von Investitionen* für Krankenhäuser (§ 4 Abs.1 KHG). Das Gesetz bestimmte, daß die Länder die Förderung der Krankenhäuser als öffentliche Aufgabe durch Übernahme der Investitionskosten vorzunehmen hatten, wobei sie zur wirtschaftlichen Sicherung der öffentlich geförderten Krankenhäuser zugleich die Aufgabe erhielten, *Krankenhauspläne* aufzustellen und diese der Entwicklung anzupassen (§ 6 KHG). Die *Krankenhausplanung als staatliche Planung* wurde außer im KHG auch in den Länder-Krankenhausgesetzen rechtlich verankert. Letzte hatten dabei vor allem die Funktion, den Vollzug des KHG auf der Länderebene sicherzustellen. Wesentlicher Inhalt der Bedarfsplanung im Krankenhausbereich ist damit die direkte öffentliche Förderung von Investitionen für Krankenhäuser.

Während bis zur Novellierung des KHG von 1972 im Jah-re 1984 den Ländern durch Bundesrecht Vorgaben für die Erstellung der Krankenhauspläne gemacht worden sind, bestimmt seit 1985 ausschließlich Landesrecht die Vor-gehensweise bei der Krankenhausplanung. Nach § 6 Abs.1 KHG 1984 stellen die Länder zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. In diesen *Krankenhausplänen* können je nach Bundesland Standorte, Bettenzahlen, Fachrichtungen, Versorgungsstufen und besondere Aufgabenzuordnungen für die Krankenhäuser enthalten sein, die für eine bedarfsgerechte Versorgung als notwendig erachtet werden.

Die *Investitionsprogramme* geben den voraussichtlichen Bedarf an Fördermitteln an, die das Bundesland für die Krankenhausversorgung aufbringen will. Anspruch auf Fördermittel haben hierbei jedoch nur diejenigen Krankenhäuser, die in die Krankenhauspläne bzw. bei Neubauten in die Investitionsprogramme aufgenommen sind. Bei der Bedarfsplanung sind die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung zu beachten. Ferner sollen die Krankenhäuser für die Benutzer in zumutbarer Entfernung erreichbar sein. Die Bedarfspläne sollen ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können. Ist bei der Bedarfsplanung eine Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern vorzunehmen, sind neben öffentlichen Interessen auch die Vielfalt der Krankenhausträger zu berücksichtigen. Das KHG hat mit dieser Form der Krankenhausbedarfsplanung und der sich daran anschließenden finanziellen Förderung zwar nichts an den Besitzverhältnissen der Krankenhäuser geändert, es hat „aber durch die Übernahme von künftigen Investitionskosten in die öffentliche Förderung eine Investitionslenkung in Form des sog. »goldenen Zügels« vorgenommen" (HOLLER 1983, S.34).

Unter Planungsgesichtspunkten hat von Anfang an besondere Kritik hervorgerufen, daß der für die Krankenhausplanung herangezogene *Bedarfsbegriff* ausschließlich bestandsgerichtet bzw. bestandsabhängig ist (vgl. RÖPKE/LENZ 1985, S.246). In der Tat werden bei der Bedarfsplanung zur Bedarfsbestimmung vor allem Kriterien wie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettenauslastung herangezogen, die Ergebnisse der tatsächlichen Inanspruchnahme des Bestandes an Krankenhauseinrichtungen sind. Die *Bestimmungsgrößen* Sozialtragbarkeit, Leistungsfähigkeit und Bedarfsgerechtigkeit sind lediglich mehr oder minder differenzierte Beschreibungen des gegebenen Bestandes an Krankenhausversorgung. Eine *bestandsunabhängige Beurteilungsnorm für den Bedarf an Krankenhausversorgung* wird dagegen nicht genannt (vgl. RÖPKE/LENZ 1985, S.247).

Entsprechend besteht auch in der wissenschaftlichen Diskussion weitgehend Konsens darüber, daß die derzeitige Krankenhausbedarfsplanung methodisch erhebliche Mängel aufweist. Insbesondere wird mit der Festlegung der Planung auf die Bettenzahl die vorhandene Struktur der stationären Versorgung festgeschrieben. Auch ist es wegen dieser Mängel trotz eines sehr hohen Einsatzes von Ressourcen nicht gelungen, ein einheitliches Versorgungsniveau in den Bundesländern zu schaffen. Weiterhin ist kritisch anzumerken, daß in die staatlichen Planungsentscheidungen zu wenig die Folgekosten einbezogen und jedenfalls bis zu den Novellierungen des KHG in den Jahren 1981/84 die Beteiligten zu wenig an den Entscheidungen beteiligt wurden (vgl. HOLLER 1983, S.36).

Die mit dem KHG von 1972 eingeführte Krankenhausfinanzierung und Bedarfsplanung war von Beginn an heftigster Kritik ausgesetzt. Vor allem jedoch seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre sind Forderungen nach einer Abkehr vom dominanten staatlichen Einfluß im Bereich der statio-

nären Versorgung zunehmend massiver geworden. Der teilweise recht polemisch und zugespitzt vorgetragenen *Kritik am derzeitigen Krankenhausfinanzierungs- und -planungssystem* halten diejenigen, die auch weiterhin eine wesentliche staatliche Verantwortung in diesem Bereich für erforderlich halten, entgegen, daß nicht übersehen werden dürfe, daß die „Krankenhausbedarfspläne der Länder..., gemessen an der Situation vor der Einführung des KHG, einen bedeutenden Beitrag zur bedarfsgerechten Steuerung des Krankenhauswesens geleistet" haben (HOLLER 1983, S.31). Sie verweisen darauf, daß mit den staatlichen Investitionen Gesundheitseinrichtungen geschaffen worden seien, die trotz aller Kritik eine ausreichende, auf hohem Versorgungsniveau stehende stationäre Versorgung der Bevölkerung garantierten. Dabei wird keineswegs bestritten, daß das derzeitige System einen Reformbedarf aufweist. Dennoch wird für den Krankenhausbereich eine *staatliche Rahmen- und Letztverantwortung* für unverzichtbar gehalten. Zwar seien der Selbstverwaltung große Handlungs- und Bewährungsfelder zu geben, die es zu entfalten gelte. Umfang, Art und Niveau der Krankenhausleistungen sollten wegen der existenziellen Bedeutung dieses Leistungsbereiches aber auch weiterhin vom Staat verantwortet werden (vgl. KLITZSCH 1987, S.457).

2. 3. 2 Bedarfsplanung im Bereich der ambulanten Versorgung

Weniger direkt als im Krankenhausbereich ist die staatliche Einflußnahme auf die Bedarfsplanung im Bereich der kassenärztlichen Versorgung. Gesetzliche Regelungen zur Vermeidung einer ambulant-ärztlichen Unterversorgung in bestimmten Gebieten erschienen dem Staat aber auch in diesem Bereich erforderlich, nachdem mit der Aufhebung der »Verhältniszahl« durch das sog. Kassenarzt-Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1960 ein Steuerungsmechanismus beseitigt worden war, der in erheblichem Umfang Niederlassungen in unterversorgten Gebieten bewirkt hatte (vgl. WIdO 1978 a, S.13).

Überhaupt scheinen Krankenhausbedarfsplanung und kassenärztliche Bedarfsplanung ein wichtiges Merkmal gemeinsam zu haben: „Einer (ggfs. durch unbeeinflußte Selbstregulierung bedingten) als veränderungsbedürftig angesehenen Ausgangssituation werden durch den Staat und/oder durch ihn dazu beauftragte bzw. ermächtigte Gruppen (durch verschiedene Merkmale bereinigte) Dichteziffern als Sollwerte gegenübergestellt, die eine Selbstregulierung orientieren sollen. (Globale) Bedarfe werden hier vom Staat oder in seinem Auftrag gesetzt, als sei er dazu befugt und dafür befähigt; Bedarfsplanungen wollen öffentliche Güter gewährleisten, weil/wenn der Markt oder die Interessenorganisationen – d. h. die selbstregulierenden Kräfte – sie nicht bereitstellen" (SCHWEFEL/LEIDL 1988, S.200).

Tatsächlich zeigten sich Ende der 60er Jahre *Versorgungsengpässe* in der ambulanten und zahnmedizinischen Versorgung von ländlichen und Stadtrandgebieten. Ein *Selbstregulierungsmechanismus*, der aus sich heraus zu einer Verteilung der niedergelassenen Ärzte führte, die allgemein als gleichmäßig und bedarfsgerecht empfunden wird, war nicht erkennbar. Andererseits sind regionale medizinische Versorgungsengpässe ein Problem aller fortgeschrittenen Industrieländer, unabhängig von der jeweiligen Struktur des Gesundheitswesens. Nicht zuletzt daraus wird von einer Reihe von Beobachtern der Schluß gezogen, daß planende und steuernde Eingriffe unerläßlich sind, wenn eine gleichmäßige, bedarfsgerechte Versorgung angestrebt werden soll (vgl. WIdO 1978 a, S.13).

In der Bundesrepublik hat die jahrelange Diskussion um die Versorgungsengpässe schließlich zur Einführung einer *»kassenärztlichen Bedarfsplanung«* durch das *Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28. Dezember 1976* (BGBl. I S.3871) geführt. Wesentlicher Inhalt dieses Gesetzes war die indirekte öffentliche Lenkung von Investitionen für Arztpraxen, wobei Voraussetzung solcher Maßnahmen im Arztpraxenbereich eine bestehende oder unmittelbar drohende ärztliche Unterversorgung in bestimmten Gebieten war. Anders als im Krankenhausbereich bestimmte dieses Gesetz zu Trägern der Bedarfsplanung im Kassenarztbereich die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen. Problematisch gilt auch hier die bestandsabhängige Bedarfsermittlung. Der Bedarf an Arztpraxenversorgung bestimmte sich aus für die verschiedenen Arztgruppen unterschiedlichen Verhältniszahlen von Arzt je Einwohner, die als Maß der möglichen Inanspruchnahme des Bestandes an Arztpraxen durch die Bevölkerung galten. Eine bestandsunabhängige Beurteilungsnorm für den *Bedarf an Kassenarztversorgung* fehlte auch hier (vgl. RÖPKE/LENZ 1985, S.246).

Ungeachtet aller Mängel ließen sich seit jener Zeit durchaus vermehrt Ärzte in bis dahin unterversorgten Bereichen nieder. Dabei ist allerdings unklar, inwieweit dies eine Folge der *gesetzlichen Steuerungsinstrumentarien* oder bereits eine Folge des sich beginnenden *Überangebots an Ärzten* war. Nachteilig erwies sich allerdings schon bald, daß das Gesetz von 1976 allenfalls für die Behebung einer Unterversorgung geeignet war, jedoch keinerlei Instrumente für den Fall einer Überversorgung beinhaltete. Während – von wenigen Ausnahmen abgesehen – eine Unterversorgung zu Beginn der 80er Jahre praktisch nicht mehr bestand, wurde die *Überversorgung* zu einem zunehmend gewichtigeren Problem. Dabei ließ sich nicht nur in Verdichtungsräumen (gemessen an den für einen ausreichenden Versorgungsgrad notwendigen Verhältniszahlen) eine überhöhte Arztdichte feststellen, sondern auch eine zunehmend *unausgeglichenere Versorgungsstruktur* i. d. S., daß das Verhältnis von allgemeinmedizinisch (hausärztlich) zu fachärztlich tätigen Ärzten unausgewogen ist (vgl. LUBECKI 1986, S.633 ff.; LUBECKI 1987, S.194 ff.).

Der Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen, zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung gesetzliche Voraussetzungen für Steuerungsmaßnahmen auch bei einem ärztlichen Überangebot zu schaffen, kam der Gesetzgeber inzwischen mit dem *Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung*, das am 1. Januar 1987 in Kraft trat, nach. Planungsträger auch der Überversorgungsplanung ist weiterhin die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Inwieweit dieses Gesetz, das v.a. die Verhängung von *Zulassungssperren* für bestimmte Regionen vorsieht, ausreicht, um das auch in den nächsten Jahren wachsende Angebot an Ärzten sinnvoll zu steuern, bleibt derzeit noch abzuwarten. Einige Beobachter sehen allerdings bereits heute die Notwendigkeit zu noch deutlicheren staatlichen Eingriffen.

2. 4 Hauptkritikpunkte am gegenwärtigen System

2. 4. 1 Fehlende Gesamtverantwortung und Zielorientierung

Einen der wesentlichsten Mängel des derzeitigen Gesundheits- bzw. Krankenversicherungssystems sehen viele Politiker und Wissenschaftler in der *fehlenden Orientierung*. Sie

verweisen darauf, daß keine verbindlichen Zielvorgaben und Prioritäten erkennbar seien, „anhand derer eine zielgerichtete sinnvolle Anpassung des Gesundheitssystems an veränderte gesundheitliche Bedürfnisse und Anforderungen erfolgen und die Aktivitäten der verschiedenen Kosten- und Leistungsträger des gegliederten Gesundheitssystems zusammengeführt und aufeinander abgestimmt werden könnten" (SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.36). Nachdrücklich wird beklagt, daß jegliche *Zielkonkretisierung* fehle und die Datengrundlagen es nicht ermöglichten, einen Soll-Ist-Vergleich einer rationalen Gesundheitspolitik vorzunehmen. Folglich sei eine Beurteilung der *Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung* derzeit realistischerweise überhaupt nicht möglich (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.22). Einige halten es für geradezu abenteuerlich, daß vor dem Hintergrund von Gesundheitsausgaben von über 240 Mrd. DM im Jahr eine *übergeordnete Ziel- und Aufgabenstellung* bisher nicht erfolgt sei (vgl. SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.5).

Selbst wenn man davon ausgehe, daß Mängel in Einzelbereichen behebbar seien, bleibe doch das Problem bestehen, daß eine *integrierte Gesundheitsplanung*, die die durch Finanzierungs- und Trägerstruktur voneinander getrennten Bereiche überwinde, fehle (vgl. TROJAN 1985, S.621). Die *Unfähigkeit der gegenwärtigen Gesundheitspolitik* zur Zielformulierung, Prioritätensetzung und Koordination wird insbesondere in zersplitterten Entscheidungskompetenzen, in einer gebrochenen Finanzverantwortung sowie in einer Zweckentfremdung und Instrumentalisierung der Gesundheitspolitik gesehen (vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.36).

2.4.1.1 Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen

Ein Hindernis für eine effektive Steuerung des Gesundheitsversorgungssystems sehen die Kritiker darin, daß *Entscheidungskompetenzen* sowohl auf horizontaler wie auf vertikaler Ebene stark zersplittert sind. Sie weisen darauf hin, daß auf der Bundesebene einerseits beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, zum anderen beim Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit Zuständigkeiten und Kompetenzen für den Funktionsbereich Gesundheit angesiedelt sind. Darüber hinaus kennzeichne sich die Gesundheitspolitik auf vertikaler Ebene durch eine *Zersplitterung der Kompetenzen* zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie zwischen dem Staat und bestimmten Selbstverwaltungsorganen.

Die Folgen dieser *horizontalen und vertikalen Zersplitterung* werden für die Gesundheitspolitik als geradezu verheerend angesehen. So gebe es keine erkennbaren, über die haushaltspolitisch motivierte Kostensenkung hinausgehenden, auf den verschiedenen Handlungsebenen formulierten und abgestimmten Prioritäten, mittels derer gesundheitspolitisches Handeln gesteuert werde. Das Parlament beschäftige sich kaum mit zentralen gesundheitspolitischen Fragen. Grundsätzlich wird festgestellt, daß eine vernünftige Aufgabenteilung mit *klarer Zuordnung von Verantwortlichkeiten*, die jeder Institution jene Aufgaben zuweist, die sie am zweckmäßigsten und wirtschaftlichsten erledigen kann, fehle (vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.38).

2.4.1.2 Gebrochene Finanzverantwortung

Ebenfalls als problematisch angesehen wird neben der Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen die *Zersplitterung der Finanzverantwortung* zwischen Staat und sozialer Krankenversicherung. Hier wird eingewandt, daß die Gesundheitspolitik das einzige bedeutsame gesellschaftliche Aufgabenfeld sei, dessen Ausgaben nach Anteil, Umfang und Prioritäten nicht vom Parlament im Rahmen seiner gesamtgesellschaftlich zu verantwortenden Budgetentscheidungen festgelegt werde. Die Trennung zwischen beitragsfinanzierten Finanzmitteln der GKV und steuerfinanzierten Haushaltsmitteln des Staates führe nicht nur zu *ungleichgewichtigen Ausgabenentwicklungen*, sondern auch dazu, daß sich das Gesundheitssystem gegenüber gesamtgesellschaftlich-parlamentarisch gesetzten Prioritäten verselbständige (vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.41).

Auf diese gebrochene Finanzverantwortung zurückgeführt werden zudem verschiedene *Verzerrungen innerhalb des Gesundheitssystems.* So würden z.B. bestimmte, als dringend erforderlich anerkannte gesundheitspolitische Aufgabenfelder, die in den Zuständigkeitsbereich der öffentlichen Haushalte fallen, infolge der restriktiven staatlichen Budgetpolitik vernachlässigt, während gleichzeitig die GKV Leistungen finanziere, deren Nutzen als fragwürdig anzusehen sei. Noch ungünstiger stehe es um gesundheitspolitische Aufgabenbereiche, für die eine klare Zuständigkeitszuweisung entweder an den Staat oder die GKV fehle. Diese Bereiche (z.B. Pflege, Übergangseinrichtungen, Rehabilitation psychisch Kranker usw.) würden nicht nur unzureichend wahrgenommen, sondern litten auch unter permanenten Finanzierungsproblemen (vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.41 ff.).

2.4.1.3 Zweckentfremdung der GKV

Als wenig befriedigend werten die Befürworter einer inhaltlich-orientierten Globalsteuerungspolitik, daß die Gesundheitspolitik nach ihrer Ansicht in den letzten Jahren zunehmend zweckentfremdet und als Instrument mißbraucht worden sei. Nachdrücklich beklagen sie, daß sich die Gesundheitspolitik sukzessive zu einer bloßen Kostendämpfungspolitik verengt habe. Auf der Ebene der GKV erschöpfe sich diese Politik weitgehend in einer Vertragspolitik, die der Einkommensicherung der Leistungsanbieter diene und eher auf die Erhaltung des status quo als auf die Anpassung bestehender Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens an veränderte Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sei (vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.42 ff.).

2.4.4 Dominanz der Anbieterinteressen

Entscheidend für die spätere Ausgestaltung der Steuerungsstrategien ist die Feststellung der Befürworter von Globalsteuerungs- und Budgetierungsansätzen, daß das derzeitige Gesundheits- und Krankenversicherungssystem entscheidend unter der *Dominanz der Anbieterinteressen* leide. Die Anbieterdominanz im Gesundheitswesen hat nach ihrer Ansicht zudem Auswirkungen auf die Möglichkeiten, das bestehende Gesundheitsversorgungssystem zu verändern. Dabei ist für sie im Hinblick auf die »Anbieterdominanz« vor allem der Aspekt wichtig, daß nach ihrer Überzeugung die Leistungsanbieter weitaus besser in der Lage sind, ihre Interessen zur Geltung zu bringen, als die Vertreter der Krankenversicherung die Interessen ihrer Mitglieder (vgl. SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.7). Wesentlich ist aber auch, daß die Krankenversorgung weitgehend von den »Anbietern« im Gesundheitswesen gesteuert werde (vgl. TROJAN 1985, S.621).

Nach Auffassung dieser Kritiker wurzelt dieser *bestimmende Einfluß der Anbieterinteressen* auf die Gesundheitspolitik und die Gestaltung des Gesundheitssystems in *wirtschaftlicher Macht* und ist tief verankert in den *Strukturen des Gesundheitswesens* (z.B. dem kassenärztlich angeeigneten Sicherstellungsauftrag, dem Ärztevorbehalt, d.h. der Letztverantwortlichkeit des Arztes auch für nichtmedizinische Leistungen). Es wird sogar der Vorwurf erhoben, daß Gesundheitspolitik jahrelang praktisch mit Standespolitik gleichzusetzen gewesen sei (vgl. SCHARF 1985, S.144). Zugleich wird beklagt, daß Einkommens- und Statusinteressen der Gesundheits- und Sozialberufe häufig im Vordergrund stünden und die Belange der Versicherten und Patienten verdrängten.

2. 4. 5 Effizienz des Gesundheitssystems

Nicht zuletzt unter Hinweis auf die im Vergleich zu den frühen 70er Jahren im Zuge der Kostendämpfungsbemühungen deutliche Abnahme der Ausgabenzuwächse Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre weisen Kritiker ausdrücklich darauf hin, daß „eine ordentliche gesundheitliche Versorgung mit einer überzeugenden Qualität" (JUNG 1988, S.44) auch bei stabilen Beitragssätzen möglich sei. Dabei argumentieren sie, daß in der Zeit der Kostendämpfung weder das Niveau der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik im Verhältnis zum Ausland zurückgeblieben sei noch irgendwelche Versorgungsdefizite entstanden seien. Dies legt für sie umgekehrt den Schluß nahe, daß es im derzeitigen System der medizinischen Versorgung Fehlentwicklungen gibt, deren Korrektur zu erheblichen Kosteneinsparungen führen könne und zugleich in vielen Fällen noch dazu gesundheitspolitisch sinnvoll sei.

2. 4. 5. 1 Medikalisierung des Gesundheitswesens

Als bedenklich angesehen wird auch das durch einen *Prozeß der Medikalisierung* gekennzeichnete Wachstum der gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Dienstleistungsfunktion. Mit »Medikalisierung« werden insbesondere die folgenden zwei Dimensionen eines gesellschaftlichen Prozesses verstanden, der sich praktisch in allen entwickelten Industrieländern während der letzten beiden Jahrzehnte vollzogen hat (vgl. von FERBER 1988, S.5):

- Auf der *Ebene des Dienstleistungsangebots* bezeichnet Medikalisierung die zu Vergleichsreihen (Bevölkerungswachstum, wirtschaftliches Wachstum) *überproportionale Zunahme medizinisch-ärztlicher Leistungen* sowie eine damit verbundene Ausweitung ärztlicher Kompetenz.
- Auf der *Ebene der Patienten* bezeichnet er eine *»Medikalisierung« des Krankheitsverhaltens.* Gesundheitsstörungen werden entsprechend dem medizinischen Leistungsangebot als medizinisch behandlungsbedürftig erkannt. Als Folge davon weiten sich Leistungsangebot und Leistungsinanspruchnahme synchron aus, wobei die Nachfrageorientierung der medizinischen Leistungen und die Angebotsorientierung der Inanspruchnahme zur Deckung kommen.

Vor diesem Hintergrund bestätigt sich die Tatsache, daß auch für den Dienstleistungssektor Gesundheitswesen davon auszugehen ist, daß mit dem wirtschaftlichem Wachstum und dem erhöhten Realeinkommen ein neues Niveau der Bedürfnisse wie der Bedarfsdeckung erreicht wird (vgl. von FERBER 1967). Dabei ist durchaus festzuhalten, daß sich die Medikalisierung bislang weitgehend unabhängig von den Formen der Finanzierung vollzieht.

Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen wird die fortschreitende Medikalisierung vermutlich folgende Entwicklungen begünstigen:

- Weitere Öffnung der Schere von Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen unter der sozialpolitischen Zielsetzung der Stabilität der Beitragssätze und dem Verzicht auf Staatszuschüsse.
- Anhalten der voranschreitenden Medikalisierung der von der GKV organisierten und finanzierten Sozialleistungen mit der Folge, daß Leistungstatbestände noch stärker auf das medizinisch-ärztliche Leistungsangebot hin orientiert und eingegrenzt werden.
- Ausdifferenzierung und nachfolgende Verlagerung gesundheitsbezogener sozialer Dienstleistungen auf den aus Steuermitteln finanzierten Leistungsbereich örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger (vgl. von FERBER 1988, S.8).

Ungeachtet dessen, daß Medikalisierungsprozesse systemunabhängig zu beobachten sind, d.h. sich sowohl in Ländern mit stark marktwirtschaftlich wie in Ländern mit deutlich staatlich ausgerichteter Gesundheitsversorgung vollziehen, betrachten die Vertreter von Globalsteuerungsansätzen diese Entwicklung als wichtigen zu beachtenden Faktor bei der inhaltlichen Orientierung der zukünftigen Gesundheitspolitik.

2. 4. 5. 2 Fehlorientierungen der medizinischen Versorgung

Besonders nachhaltig wird beklagt, daß die *medizinische Versorgung an Fehlorientierungen und Strukturmängeln* leide, die die Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung beeinträchtigten und letztendlich kostentreibend wirkten. Genannt werden in diesem Zusammenhang insbesondere (vgl. SCHARF 1985, S.145):

- die Einseitigkeit der *naturwissenschaftlich orientierten Medizin*, die Ausklammerung der psychosozialen Komponente und der sozialen Umwelt, wodurch der Blick für die Persönlichkeit des Kranken verloren gehe und bei der Behandlung von Krankheiten wenig Raum bleibe für die gesellschaftliche Situation des Kranken und seine »psychosoziale« Lage;
- die wachsende Zahl angebotener, nicht selten therapeutisch fragwürdiger und in ihrer Wirkung unerwiesener Arzneimittel sowie der zunehmende Einsatz der Arzneitherapie und die Technisierung der Medizin, d.h. die ohne Rücksicht auf ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis betriebene Expansion der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen;
- die gegenseitige Abschottung der ambulanten und stationären Versorgung, also der Diagnostik und Therapie in den Einzelpraxen niedergelassener Ärzte einerseits, und den Krankenhäusern andererseits, wodurch die Kommunikation zwischen den Ärzten beider Seiten überaus selten sei, eine wirksame Kooperation in aller Regel fehle und die Behandlung und Betreuung insbesondere chronisch Kranker ihre Kontinuität verliere;
- die Spezialisierung als Folge einer verfehlten Ordnung der Ausbildung der Ärzte (faktisch werden sämtliche Ärzte zu Fachärzten gemacht) und die Vernachlässigung der allgemeinärztlichen Ausbildung;

- die Überbetonung spezialisierter medizinischer gegenüber den Grundleistungen primärärztlicher Versorgung sowie der medizinischen Leistungen gegenüber den sozialen Diensten der Betreuung und Pflege;
- die Tendenz zur Vermehrung ärztlicher Verrichtungen (steigende Fallzahlen und Fallwerte), für die es keine medizinisch plausible Erklärung gebe, die Förderung der Technisierungsprozesse durch die Überbewertung der medizintechnischen gegenüber den persönlichen, arbeitsintensiven Leistungen des Arztes;
- die Unklarheit der Zweckbestimmung des Krankenhauses, die mangelhafte Krankenhausbedarfsplaung, in der eine Funktionsdifferenzierung der Krankenhausversorgung weitgehend ausgeklamnmert sei;
- eine fehlende beziehungsweise unzureichende Qualitätssicherung und -kontrolle der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung.

Die *Kritik am professionellen Gesundheitssystem*, so wird betont, sei letztlich ein Ausdruck dafür, daß wichtige Bedürfnisse vom Versorgungssystem überhaupt nicht, unzulänglich oder falsch abgedeckt würden. Immer mehr Menschen werde klar, daß das System der medizinischen Versorgung, gemessen an seinem Ertrag, zu teuer und nicht selten qualitativ fragwürdig sei (vgl. SCHARF 1985, S.146).

2. 4. 5. 3 Existenz von Unter- bzw. Überversorgung

Eine äußerst unbefriedigende Folge der Tatsache, daß sich die jetzigen Ausgabenstrukturen nicht nach einem gesundheitspolitischen Gesamtkonzept entwickelt haben, sehen viele Kritiker darin, daß nach wie vor in Teilbereichen *Versorgungsdefizite* anzutreffen sind, denen in anderen Bereichen *Überversorgungen* gegenüberstehen. In diesem Zusammenhang wird vielfach die Meinung vertreten, daß der Abbau der teilweise bestehenden Überversorgung und die Nutzung der Wirtschaftlichkeitsreserven für vorrangige gesundheitliche Aufgaben genügend Spielraum eröffne, um auch bei stabilen Beitragssätzen eine gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau unter Einschluß des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten.

Unter- bzw. *Überversorgung* sind im derzeitigen Gesundheitssystem in verschiedener Weise anzutreffen. Zum einen geht es um *regionale Disparitäten* in der gesundheitlichen Versorgung, zum anderen besteht nach wie vor eine Unterversorgung sozial schwacher Gruppen (*schichtenspezifische Versorgungsprobleme*), die sich in einer Ungleichheit der Gesundheitschancen ausdrückt. Schließlich gibt es Aufgabenbereiche, in denen nach Ansicht von Fachleuten erhebliche Versorgungsdefizite (*bereichsspezifische Unterversorgung*) vorhanden sind (z.B. Versorgung Pflegebedürftiger mit ambulanten Diensten und teilstationären Einrichtungen, Versorgung psychisch Kranker, Einsatz präventiver und rehabilitativer Maßnahmen).

3. Konzept einer Globalsteuerung und Budgetierung

3. 1 Ausgangsüberlegungen

Das *wirtschaftspolitische Konzept der Globalsteuerung* sowie die Einrichtung eines Gesprächskreises aus Vertretern des Staates und der sozialen Gruppen waren ursprünglich *Instrumente der Konjunkturpolitik*. Der Kerngedanke der Globalsteuerungskonzeption bestand und besteht darin, die staatliche ökonomische Aktivität auf die Beeinflussung makroökonomischer Aggregatgrößen zu beschränken. In der Bundesrepublik ist das Konzept der Globalsteuerung des Wirtschaftskreislaufes mit dem *Gesetz zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft vom 8. Juni 1967* gesetzlich verankert worden. Dabei wurden in § 1 des Gesetzes jene gesamtwirtschaftlichen Ziele (Stabilität des Preisniveaus, hoher Beschäftigungsstand, außenwirtschaftliches Gleichgewicht, stetiges und angemessenes Wirtschaftswachstum) definiert, die mittels einer Globalsteuerung realisiert werden sollten.

In der Bundesrepublik wurde unter Globalsteuerung stets primär die *Beeinflussung der Gesamtnachfrage* im Sinne einer diskretionären bzw. antizyklischen Wirtschaftspolitik verstanden, wobei die Steuerung der Gesamtnachfrage zur Realisierung der gesamtwirtschaftlichen Ziele beitragen soll. Im Unterschied zur Wirtschaftsordnungspolitik handelt es sich bei der Globalsteuerung somit vor allem um eine *Prozeß- und Stabilisierungspolitik* mit dem Ziel, durch *indirekte Verhaltensbeeinflussung* die volkswirtschaftlichen Aggregate als Ganzes (global) zu steuern. Konstitutiv war dabei, daß auf der Mikro-Ebene das Prinzip der Selbststeuerung erhalten bleiben, durch eine planvolle makroökonomische Beeinflussung der Kreislaufgrößen aber ergänzt werden sollte (vgl. SCHILLER 1966; STARBATTY 1976; SCHMAHL 1973; SMIGIELSKI 1981, S.521; WISSENSCHAFTLICHE ARBEISGRUPPE 1988, S. 15 f.).

Im Rahmen des *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes* (KVKG) hat die Bundesregierung im Jahre 1977 den Versuch unternommen, Elemente des Konzeptes der Globalsteuerung auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Insbesondere wurde das in § 3 des Stabilitätsgesetzes kreierte wirtschaftspolitische Instrument der *»Konzertierten Aktion«* für den Bereich des Gesundheitswesens übernommen und ihm dort vergleichbare Aufgaben zugewiesen, nämlich durch Zusammenwirken des Staates mit Privaten und Verbänden bestimmte Ergebnisse unter gesundheitspolitischer, sozialpolitischer und wirtschaftspolitischer Zielsetzung anzustreben (vgl. MATZKE 1978, S.148).

Die Übertragung eines speziell für die Wirtschaftspolitik entwickelten Konzeptes auf das Gesundheitswesen ist keineswegs unproblematisch; während sich nämlich die Globalsteuerung im ursprünglichen Verständnis auf die Gesamtwirtschaft bezog, geht es im Gesundheitswesen um die Steuerung eines einzelnen Wirtschaftssektors. Anders als im Bereich der Gesamtwirtschaft, wo die Stabilisierung des Wirtschaftsablaufes im Vordergrund steht, dominieren im Gesundheitswesen Probleme der Allokation und Distribution. Schließlich steht der prinzipiell marktwirtschaftlichen Abstimmung der einzelnen Wirtschaftspläne im Rahmen der Globalsteuerung die vielfach nichtmarktliche Organisation in weiten Bereichen des Gesundheitswesens gegenüber (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.17).

Die Betonung der Unterschiede zwischen dem *wirtschaftspolitischen Konzept der Globalsteuerung* und einer im einzelnen wie auch immer gestalteten *Globalsteuerung im Gesundheitswesen* bedeutet andererseits nicht, daß gewisse Elemente aus dem ursprünglichen Anwendungsbereich nicht auch für das Gesundheitswesen von Interesse sind. So setzt Globalsteuerung auch im Gesundheitswesen die *Formulierung von Zielvorstellungen* voraus, wobei nicht deren Deklaration genügt, sondern zugleich eine *Zieloperationalisierung* und die Angabe einer Rangordnung von Zielen bei auftretenden *Zielkonflikten* notwendig sind. Ebenso sollten

die *eingesetzten Steuerungsmittel* möglichst umfassend wirken; indirekt wirksamen Instrumenten ist zudem der Vorzug vor staatlichen Zwangsmaßnahmen zu geben. Für das Gesundheitswesen gilt schließlich ebenfalls, daß der *gesamtverantwortliche Träger* vorrangig der Staat im weiteren Sinne (Parlament, Gebietskörperschaften, ggf. Körperschaften des öffentlichen Rechts) sein muß. Dies schließt nicht aus, daß im Rahmen einer Konzertierten Aktion die im Gesundheitswesen agierenden Gruppen (z.B. Krankenkassen, Leistungserbringer, Sozialpartner) in den Entscheidungsfindungs- und Steuerungsprozeß eingebunden werden.

Die unter der Bezeichnung *»Globalsteuerung und Budgetierung«* in der Diskussion befindlichen Reformkonzeptionen unterscheiden sich aber nicht nur von dem eingangs skizzierten Konzept der Globalsteuerung des Wirtschaftskreislaufes, sondern auch von jenen Globalsteuerungs- und Budgetierungsansätzen, die im Rahmen der Kostendämpfungspolitik mit recht wechselndem Erfolg praktiziert wurden. In diesem Zusammenhang wurde Budgetierung für sich allein genommen „vor allem als Instrument der Ausgabenbegrenzung (»Kostendämpfung«) gesehen, das bis zu dem Zeitpunkt einzusetzen ist, bis über Maßnahmen der Strukturreform effizientere und effektivere Versorgungsstrukturen geschaffen worden sind" (PFAFF 1987, S.304).

Der Reformansatz »Globalsteuerung und Budgetierung« dagegen unterscheidet sich nicht nur prinzipiell von Ansatz der Globalsteuerung im Rahmen der Wirtschaftspolitik; er geht auch deutlich über das rein fiskalische Ziel der Kostendämpfung hinaus. *Zentrales Ziel* des Konzeptes ist vielmehr die *politische Steuerung der Gesundheitsausgaben* gemäß *gesundheitspolitischer Ziele und Prioritäten*, die in demokratischer Entscheidung vorgegeben werden. Dies beinhaltet zwar implizit die Forderung nach einer *Verstärkung der »administrativen« Lenkungsmechanismen*, erfordert aber keine Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Die *Budgetierung der Ausgaben* soll in einem solchen Konzept eine wichtige, jedoch nicht die allein dominierende Rolle spielen; erst zusammen mit einer zielorientierten Programmierung und Kontrolle wird sie als ein wesentliches Element einer *gestaltenden, gesamtverantwortlichen Gesundheitspolitik* angesehen (vgl. PFAFF 1987, S.304).

3. 2 Begründung des Steuerungsansatzes

3. 2. 1 Ausgangsüberlegungen

Zur Begründung verstärkter staatlicher Eingriffe im Gesundheitswesen in Form der Übernahme einer *staatlichen Gesamtverantwortung* werden sowohl eine Reihe von allokativen wie verteilungspolitischen, aber auch sozial- und gesundheitspolitische Aspekte angeführt. Dabei wird zunächst einmal grundsätzlich davon ausgegangen, daß der marktwirtschaftliche Lenkungsmechanismus bei der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und -diensten ungeeignet ist und unter wohlfahrtsökonomischen Aspekten zu suboptimalen Ergebnissen führt. Dies allein würde indessen noch nicht rechtfertigen, ein *System verstärkter staatlicher Interventionen* zu verlangen, denn denkbar wäre z.B. auch eine Steuerung auf der Ebene der Verbände, also im Rahmen der Selbstverwaltung. Diesbezüglich verweisen die Befürworter von Globalsteuerungsansätzen allerdings auf das derzeitige System, wo deutlich geworden sei, daß ein Steuerungsmechanismus, der schwerpunktmäßig auf der Verbändeebene angesiedelt ist, nicht ausreicht, um einerseits die Ausgabenentwicklung unter Kontrolle zu bringen und andererseits bestimmten Fehlentwicklungen (z. B. Über- bzw. Unterversorgung der Bevölkerung mit gesundheitlichen Leistungen und Gütern, unter gesellschaftlichem Aspekt als unangemessen hoch anzusehende Einkommen der Mehrzahl der Leistungserbringer; starke Dominanz der Medikalisierung usw.) wirkungsvoll entgegenzuwirken. Demgegenüber geht das Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung explizit davon aus, daß Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen in erster Linie unter dem Aspekt des *Gemeinwohls* zu gestalten sind, d. h. sich der Verbrauch primär am Bedarf orientieren soll.

3. 2. 2 Einzelne Begründungen

3. 2. 2. 1 Unmöglichkeit der Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund der *Knappheit ökonomischer Ressourcen* sind Spannungen zwischen dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der Medizin unausweichlich. Zur Verwirklichung ihrer Ziele wird die Medizin immer ein Maximum an Ressourcen auf sich zu ziehen versuchen und jede Maßnahme mit einem »positiven Grenzertrag« verwirklichen wollen, da sie die Gesundheit fördert (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.23). Dies bedeutet, daß der Bedarf nach gesundheitlichen/medizinischen Leistungen nach oben grundsätzlich unbegrenzt ist, sofern nicht ökonomische Restriktionen wirksam werden. Damit aber ergibt sich ein *Rationierungserfordernis*. Praktisch heißt dies, daß es weder heute noch in Zukunft möglich sein wird, „alles das, was zur Heilung oder Verhinderung von Krankheiten oder zur Rettung von Menschenleben medizinisch sinnvoll und möglich ist, tatsächlich auch durchzuführen ... Jedes medizinische Leistungs- und Finanzierungssystem muß hilfsbedürftigen Menschen grundsätzlich mögliche Heil- und Präventivmaßnahmen vorenthalten, muß medizinische Leistungen rationieren (HAUSER/SOMMER 1984, S.222; vgl. auch: HAUSER 1980; HAUSER 1982).

Diese Erkenntnis widerspricht zwar der Erwartungshaltung weiter Bevölkerungskreise, verlangt zugleich jedoch nach Mechanismen, um diese Rationierung vorzunehmen und setzt voraus, daß an irgendeiner Stelle Kosten-Nutzen-Überlegungen zu treffen sind. Will man derartige Abwägungen nicht dem Markt und damit der Zahlungsfähigkeit einzelner Konsumenten überlassen, kann man den Staat mit den notwendigen Kompetenzen ausstatten und die Abgrenzung wirtschaftlich tragbarer medizinischer Bedürfnisse als öffentliche Aufgabe betrachten (vgl. HAUSER/SOMMER 1984, S.239).

In diesem Sinne vertreten die Befürworter des Globalsteuerungskonzeptes die Auffassung, daß die Entscheidung über die *Verwendung der volkswirtschaftlichen Ressourcen für Gesundheit* ebenso wie z.B. für Bildung in den Kompetenzbereich des demokratisch legitimierten Gesetzgebers gehören (vgl. PFAFF 1987, S.304).

3. 2. 2. 2 Versagen der Kontrollfunktion der Nachfrager

Die spezifischen Verhältnisse im Gesundheitswesen machen es weitgehend unmöglich, daß die Nachfrager die ihnen in einem marktwirtschaftlichen System zukommende *Kontrollfunktion* gegenüber den Anbietern wahrnehmen können. Nach Ansicht der Befürworter stärkerer staatlicher Interventionen liegt die Ursache hierfür weniger darin, daß auf Seiten der Nachfrager möglicherweise Anreize für eine

wirtschaftlichere Leistungsinanspruchnahme fehlen, als vielmehr in der *dominierenden Stellung der Ärzte*, für die praktisch jegliche Notwendigkeit fehlt, die durch ihre Entscheidung verursachten Kosten der gesundheitlichen Sicherung zu beachten. Dabei sind es die Ärzte, denen nach weithin akzeptierter Auffassung die alleinige und ausschließliche Kompetenz zugestanden wird, den gesundheitlichen Wert der einzelnen Gesundheitsgüter beurteilen zu können. Es sind auch die Ärzte, die aus ihrer Sicht die Diagnose stellen und die jeweils erforderlichen Therapieleistungen veranlassen. Die einzelnen Nachfrager nach Gesundheitsgütern können weder beurteilen, welche Struktur des Einsatzes einzelner Arten von Gesundheitsgütern den größten gesundheitlichen Erfolg erwarten läßt, noch welche Leistungsstruktur am wirtschaftlichsten ist. Unter diesen Voraussetzungen könne den Nachfragern aber auch keine Verantwortung angelastet werden, die sie grundsätzlich nicht tragen können (vgl. METZE 1982, S.342).

Bei *Versagen der Kontrollfunktion* der Nachfrager bei gleichzeitiger *Anbieterdeterminiertheit der Nachfrage* sind nach Ansicht der Befürworter einer Globalsteuerung somit regulative Instrumente erforderlich, wenn eine nicht im Interesse der Nachfrager liegende Leistungsausweitung verhindert werden soll. Die Bandbreite der Interventionsmöglichkeiten reicht hierbei von moralischen Apellen (moral suasion), durch die die Ärzte zu einem kostenbewußteren Verhalten veranlaßt werden sollen, bis zur Festlegung von verbindlichen Ausgabenquoten für einzelne Ausgabenbereiche (Gesamtvergütung, Arzneimittelhöchstbeträge).

3. 2. 2. 3 Ausgabenbudgetierung als Folge der Freiberuflichkeit

Direkte Eingriffe der Nachfragerorganisationen, d.h. des Staates bzw. in seiner Vertretung die Krankenkassen, erscheinen einigen Fachleuten unvermeidbar und damit durchaus angemessen zu sein, solange auf Seiten der Ärzte keine Bereitschaft existiert, „die ihnen infolge der geringen medizinischen Kenntnisse der einzelnen Nachfrager nach Gesundheitsleistungen und -gütern zwangsläufig zukommende Kostenverantwortung zu übernehmen" (METZE 1982 a, S.343). Versagen andere Mechanismen, sind die für die Kostenentwicklung Verantwortlichen geradezu gezwungen, zur *Erreichung der Steuerungsziele* (Verhinderung einer Ausuferung der Gesamtausgaben und Senkung der Behandlungskosten) den Einsatz von Ressourcen insgesamt sowie in Teilbereichen auf bestimmte Höchstwerte zu begrenzen.

Eine Ausgabenbudgetierung wird dabei als durchaus vertretbare Konsequenz der von Ärzten beanspruchten *Freiberuflichkeit* gesehen. Charakteristisch für »Freiberufler« ist zum einen, daß sie nicht Güter produzieren, sondern Leistungen erstellen, wobei die Leistungsentgelte nicht auf Kosten basieren, sondern vom Wert der Leistung für den Nachfrager sowie der Fähigkeit des jeweiligen Leistungsanbieters abhängen; zum anderen ist im allgemeinen nicht der von den Nachfragern angestrebte Output Gegenstand der Leistung, sondern eine Beratung darüber, auf welche Weise dieser Output erzielt werden kann, sowie eine Mithilfe bei der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen (vgl. METZE 1982 a, S.337 f.).

3. 2. 2. 4 Meritorik von Gesundheitsleistungen und -gütern

Ein gewichtiges Argument zugunsten gesamtverantwortlicher Eingriffe des Staates bildet die Überzeugung, daß bei Gesundheitsleistungen und -gütern in erheblichem Umfange *meritorische Aspekte* zum Tragen kommen. Nun ist für eine marktwirtschaftliche Organisation charakteristisch, daß letztlich alles produziert und angeboten wird, was auf dem Markt von einer kaufkräftigen Nachfrage nachgefragt wird, nicht unbedingt Güter und Leistungen für die zwar ein Bedarf besteht, nicht jedoch eine zahlungsfähige und zahlungswillige Nachfrage. Dies schließt außerdem ein, daß u.U. auch unsinnige bzw. keinen oder nur geringen Nutzen stiftende Güter produziert und nachgefragt werden. Letzteres insbesondere dann, wenn die Nachfrager keine Informationen über den Nutzen eines Gutes bzw. einer Leistung besitzen oder ihre Präferenzen – aus welchen Gründen auch immer – irrational bzw. verzerrt sind.

Gerade für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung ist ein Teil der Wissenschaftler der Überzeugung, daß sich Menschen durch ihr Verhalten selbst schädigen, aufgrund von Fehleinschätzungen Bedürfnisse falsch einschätzen und infolge eines beschränkten Zeithorizontes zukünftigen Bedarf unterschätzen. Trifft dies zu, wird es für sinnvoll gehalten, daß besser informierte Dritte das Verhalten der Individuen zu deren eigenem Vorteil korrigieren. Solche Eingriffe werden als umso legitimer erachtet, wenn individuelles Fehlverhalten nicht nur das Individuum selbst, sondern zugleich andere Menschen gefährdet, also *negative externe Effekte* auftreten.

Mit der Einschätzung eines erheblichen Teils von Gesundheitsleistungen und -gütern als *meritorische Güter* geht die Forderung einher, der Staat solle das Angebot derartiger Güter und Leistungen übernehmen bzw. sicherstellen. Zwar könnten meritorische Güter ihrer Natur nach über den Markt angeboten werden, da Rivalität im Konsum und Ausschließbarkeit gegeben sind, bei privatem Angebot entsprechend den individuellen Präferenzen käme es jedoch zu einem im Urteil des Staates bzw. der politischen Entscheidungsträger oder auch von Experten unerwünschten Ausmaß sowohl des Angebots wie der Nachfrage, wobei beide entweder zu hoch (Überbetonung der Zahnprothetik, Medikamentenmißbrauch) oder auch zu niedrig (Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, sozial-psychologische Dienste) sein können. Zur Korrektur von Über- bzw. Unterversorgung seien staatliche Eingriffe in die Konsumentenpräferenzen erforderlich (vgl. MUSGRAVE 1959).

Einer aus einer übergeordneten Verantwortung erfolgenden Intervention bedarf es nach Meinung ihrer Befürworter insbesondere auch dann, wenn die These von ILLICH zutreffen sollte, daß bei der gesundheitlichen Versorgung ein Stadium erreicht sei, in dem der Verbrauch von »Gesundheitsleistungen« in vielen Fällen statt zu einer Verbesserung zu einer *Verschlechterung des Gesundheitszustandes* beitrage (vgl. ILLICH 1975, S.19 ff.). Die Intervention Dritter wird allerdings auch dann für erforderlich gehalten, wenn man dieser These nicht folgt, jedoch der Meinung ist, daß die verfügbaren Ressourcen nicht in der Weise eingesetzt werden, daß sie den höchsten Beitrag zugunsten des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung liefern.

3. 2. 2. 5 Notwendigkeit der Orientierung an Zielen und Prioritäten

Unproduktiver Ressourceneinsatz und Verschwendung sind wohl generell wenig sinnvoll, sie zu vermeiden ist nach Ansicht der Vertreter von Globalsteuerungsstrategien jedoch eine unabdingbare Notwendigkeit, wenn es darum geht, mit *begrenzten finanziellen Mitteln* ein *Maximum an*

Zielerreichung zu bewerkstelligen. Vor dem Hintergrund, daß hinsichtlich der Beitragsentwicklung offensichtlich die *Grenze der Belastbarkeit* und Zahlungsbereitschaft erreicht ist und zudem sämtliche Prognosen darauf hindeuten, daß der Aufwand für die gesundheitliche Versorgung allein schon aufgrund des demographischen Prozesses deutlich zunehmen wird, mithin die Ressourcen außerordentlich limitiert sind und tendenziell knapper werden, kann nicht überraschen, daß *Kosten-Nutzen-Erwägungen* verstärkt in den Vordergrund treten und die Anbieter gesundheitlicher Leistungen sowohl hinsichtlich deren Notwendigkeit wie deren Kosten unter zunehmenden *Rechtfertigungszwang* geraten. „Eine relative Verknappung der Mittel verlangt tendenziell eine zunehmende Verwendung nach Maßgabe ihrer Gesundheitswirksamkeit. Es muß über eine entsprechende Form der Abstimmung von Angebot und Nachfrage sichergestellt werden, daß das Geld nicht nur effektiv, sondern auch effizient verwendet wird" (SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.25).

3. 2. 2. 6 Notwendigkeit der Planung im Gesundheitswesen

Auch wenn man grundsätzlich anerkennt, daß es zu den tragenden Prinzipien unserer Gesellschaftsordnung gehört, Planung auf jenes Maß zu beschränken, das zur Erreichung bestimmter gesellschaftlicher Ziele unerläßlich ist, kommt man nach Ansicht der Befürworter einer Globalsteuerung nicht umhin, im Gesundheitswesen in größerem Umfang *Planung* vorzunehmen. Ein Grund dafür ist, daß die „notwendige Ausrichtung der zahllosen Einzelentscheidungen von Ärzten, Krankenhausträgern usw. auf das Ziel des Gesundheitswesens, nämlich die wirksame gesundheitliche Versorgung aller Bürger unabhängig von Wohnort und sozialem Status und zu angemessenen Kosten, ... aus vielen Gründen nicht bzw. nicht ausschließlich durch die sog. *Kräfte des Marktes* geleistet werden" kann (GEISSLER 1978, S.59). Allein schon, um eine regional gleichmäßige ambulante bzw. stationäre Versorgung sicherzustellen, seien beispielsweise Interventionen erforderlich, die die gewünschte Ausrichtung bewirkten. Rationale, d.h. zielorientierte Intervention bedeute aber nichts anderes als Planung.

Ferner werde Planung stets dann erforderlich, wenn Entscheidungen von heute langfristige Auswirkungen haben, d. h. die Zukunft festlegen und/oder wenn Maßnahmen lange Zeit benötigen, um wirksam zu werden (*Zukunftsplanungen*). Ein dritter Grund für die Notwendigkeit von Planung ist darin zu sehen, daß es erforderlich ist, die reale und finanzielle Entwicklung des Gesundheitswesens mit der Entwicklung in anderen volkswirtschaftlichen Leistungsbereichen abzustimmen (GEISSLER 1978, S.60).

3. 3 Zielsetzungen und Rahmenbedingungen einer Globalsteuerung

3. 3. 1 Allgemeine Zielsetzungen

Das Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung betrachtet es als eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik, dem Gesundheitssystem durch *Zielvorgaben* und *Prioritätensetzung* eine gesamtverantwortliche Orientierung zu geben. Konkret wird verlangt, daß die gesundheitspolitisch Verantwortlichen, d.h. primär das Parlament, das Ziel bestimmen und Prioritären setzen, die durch die Krankenkassen und die Erbringer gesundheitlicher Leistungen verwirklicht werden sollen. Eine *zielorientierte Gesundheitspolitik* erfordert allerdings zum einen eine hinreichende *Zielkonkretisierung* sowie zum anderen *Datengrundlagen*, die es ermöglichen, einen *Soll-Ist-Vergleich* als Grundlage einer rationalen Gesundheitspolitik vorzunehmen.

Beide Voraussetzungen werden gegenwärtig als nicht gegeben angesehen; „anstelle einer zielorientierten Gesundheitspolitik überwiegen Eingriffe, die der Kostendämpfung dienen. Es fehlt an klaren konzeptionellen Vorstellungen über die gesamte Gesundheitsversorgung, ihre Teilbereiche sowie deren Verzahnung untereinander" (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.22). Derzeit besteht in der Gesundheitspolitik ein *Mißverhältnis zwischen Handlungs- und Entscheidungsbedarf* und den benötigten Informationen, die eine Wirkungsabschätzung gesundheits- und krankenversicherungspolitischer Maßnahmen ermöglichen (vgl. von FERBER 1988, S.14).

Gerade für die gezielte Intervention im Rahmen einer Globalsteuerung ist die Kenntnis der im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisierenden Ziele eine unabdingbare Voraussetzung (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.20). Befürworter des Ansatzes einer Globalsteuerung stellen dabei insbesondere die folgenden allgemeinen Ziele in den Vordergrund (vgl. von FERBER 1988, S.3; SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.49):

- *Erreichung* und *Sicherstellung* eines gesellschaftlich gewünschten *Niveaus an gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung*;
- *Sicherung der Zugänglichkeit* gesundheitlicher Leistungen unabhängig vom Einkommen, Sozialstatus und Wohnort;
- Erhaltung und Verbesserung der *Qualität der Versorgung* der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen;
- Gewährleistung der *Beitragssatzstabilität* zur Erhaltung des spezifischen gegliederten bundesrepublikanischen Systems der Sozialen Sicherheit;
- Erhaltung der Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen, der Tarifvertragsparteien und der Verbände des Gesundheitswesens an der Organisation von Finanzierung und Leistungserbringung; Aufrechterhaltung der *»Sozialen Selbstverwaltung«*;
- Stärkung der *Autonomie der Patienten*, der Eigenverantwortung der Bürger und der Gesundheitsselbsthilfe;
- Orientierung der Forschung an den Bedürfnissen der Praxis; Überwindung der Disparität von grundlagen- und anwendungsbezogener Forschung;
- Sicherstellung einer *kostenminimalen Produktion* im Sinne einzelwirtschaftlicher Effizienz sowie einer gesamtwirtschaftlich, sozial- und gesundheitspolitisch vertretbaren Ausgabenentwicklung; wirksame *Kontrolle der Gesundheitsausgaben*;
- Berücksichtigung des Gesundheitssektors als einem wachstumsträchtigen Dienstleistungszweig, von dem zugleich starke Beschäftigungsimpulse auf den industriellen Sektor ausgehen.

Neben diesen eher *gesundheitspolitischen Zielen* würden in einem stärker administrativ gesteuerten System selbstverständlich die i.e.S. *medizinischen Zielsetzungen* fortbestehen; hierzu zählen z. B. (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.23; SCHAEFER 1983, S.109; BESKE 1978, Bd.1, S.39 ff.):

- Hinausschiebung des vermeidbaren Todes;

- Bekämpfung, Verhütung, Linderung und Heilung von Krankheit sowie damit verbundenem Schmerz und Unwohlsein;
- Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionstüchtigkeit;
- Wahrung der menschlichen Würde und Freiheit auch im Krankheitsfall und beim Sterben.

Von den Befürwortern einer Globalsteuerung und Budgetierung wird dabei durchaus akzeptiert, daß es unmöglich ist, all diese Ziele in vollem Umfange gleichzeitig zu realisieren. Anderseits steht für sie fest, daß sich aus den Marktprozessen keine gesamtverantwortliche Ziel- und Prioritätensetzung ergeben kann. Für eine gesamtverantwortliche Gesundheitspolitik bedürfe es daher geeigneter Organisationsformen und Umsetzungsinstrumente.

Im Hinblick auf die Realisierung der gesundheitspolitischen Ziele bedeutet dies zum einen, daß eine weitergehende *Konkretisierung und Operationalisierung* erforderlich ist, zum anderen, daß Zielerreichungsgrade zu bestimmen und mögliche Zielkonflikte offenzulegen sind. Darüber hinaus ist zu klären, welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen erforderlich sind, um eine ziel-orientierte Gesundheitspolitik in die Praxis umzusetzen.

3. 3. 2 Zielrealisierung und Zielkonflikte

Angesichts der Multidimensionalität der Zielsetzungen und der Nebenbedingung knapper finanzieller Ressourcen bedarf es nach Ansicht der Befürworter von Globalsteuerungsansätzen der *verbindlichen Zielbestimmung und Prioritätensetzung* durch das Parlament, an dem sich der Mitteleinsatz orientieren kann bzw. gegenfalls auch muß. Im gegenwärtigen Gesundheitssystem ergibt sich stattdessen die Verwirklichung bestimmer Ziele – wenn überhaupt – eher zufällig aus dem Durcheinander privater und öffentlicher Kompetenzen. Dabei wird keineswegs verschwiegen, daß der im Rahmen einer zielorientierten Gesundheitsplanung notwendigerweise vorzunehmende Abwägungsprozeß auch für die politische Ebene nicht ohne Schwierigkeiten abläuft. „Die Optimierung von Handlungsstrategien in einem so komplexen Zielsystem ... erfordert um der konkreten Abmarkung, bis zu welcher Grenze jeweils eines der Ziele in unerträglicher Weise verletzt wird, eine sehr detaillierte Kenntnis der gesellschaftlichen Prozesse, in denen Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit erbracht und in Anspruch genommen werden" (von FERBER 1988, S.4).

3. 3. 3 Gesundheitsberichterstattung als Entscheidungsgrundlage

Grundsätzlich ist nicht zu bestreiten, daß verbesserte Entscheidungsgrundlagen als Folge einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung jeglicher Gesundheitspolitik unabhängig von ihrer ordnungspolitischen Qualität von Nutzen sein können. Ein ausgebautes Berichtswesen kann sich im Kontext unterschiedlicher Ordnungsrahmen bewähren und ist so gesehen ordnungspolitisch neutral (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.26). Anderseits ist nicht von der Hand zu weisen, daß die statistischen Ergebnisse einer Gesundheitsberichterstattung in Form aussagekräftiger Entscheidungsgrundlagen eine wesentliche Voraussetzung für eine weitergehende Planung und administrative Lenkung, z.B. im Rahmen einer strukturellen Budgetierung, darstellen.

3. 3. 3. 1 Allgemeine Anforderungen an die Gesundheitsberichterstattung

Hiervon ausgehend wird als ein wichtiges Instrument zur Schaffung einer gesamtverantwortlichen Gesundheitspolitik der *Auf- und Ausbau einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung* verlangt. Darin enthalten sein sollen die handlungsleitend ausgerichtete Aufbereitung und Analyse von Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie eine ergebnisorientierte Darstellung der Leistungen des Gesundheitswesens (vgl. DGB 1987, S.6).

Gerade eine Globalsteuerung des Gesundheitswesen benötigt allerdings eine besonders *differenzierte und funktionale Gesundheitsberichterstattung*, um ihre Aufgabe der Steuerung knapper Ressourcen optimal erfüllen zu können (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.35). Die aus der Gesundheitsberichterstattung gewonnenen Erkenntnisse und Informationen werden dann auch als wichtige Voraussetzung angesehen, „um in einem pluralistischen System überhaupt rationale Dialoge über Mängel, Ziele, Mittelverschwendung und Instrumente zu ermöglichen. Sie sind ferner unabdingbare Voraussetzung für gesamtverantwortliche politische Entscheidungen und deren öffentliche Kontrolle. Sie sind Voraussetzung dafür, daß eine gewünschte Entwicklung der Einzelsektoren und der gesundheitspolitischen Prioritäten begründet und angestrebt werden kann" (DGB 1987, S.6).

Das derzeitige »Berichtswesen« besteht aus einer Vielzahl von Einzelstatistiken (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.22 ff.), die aus unterschiedlichen Gründen von verschiedenen Institutionen angefertigt werden, und weist daher den entscheidenden Mangel auf, daß viele Daten unkoordiniert erhoben werden und schon aus diesem Grunde vielfach kaum nutzbringend verwandt werden können. So sind bestimmte Daten lediglich für bestimmte Alters- und Berufsgruppen verfügbar, andere nur für einzelne Regionen und einzelne Krankenkassen. Insbesondere fehlen eine *zielgerichtete Struktur* sowie eine *stärkere Verzahnung von ökonomischen und medizinischen Daten* (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.22 ff.).

Vor diesem Hintergrund wird zunehmend beklagt, daß Entscheidungszwang und Handlungsbedarf an die Grenze einer als unzureichend erkannten Informations- und Datenlage stoßen. Dabei ist anzunehmen, daß dieser Bedarf langfristig besteht, es also notwendig sein wird, durch *Institutionalisierung einer Berichterstattung* die *Informations- und Datenlage* zu verbessern. Nachdrücklich wird darauf hingewiesen, daß die Komplexität des Zielsystems, unter dem die Verwirklichung einer rationalen Gesundheitspolitik stattfinden soll, einen vielfältigen bis in die Feinstruktur der Prozesse der Leistungserbringung und -inanspruchnahme hineinreichenden Informationsbedarf erzeuge (vgl. von FERBER 1988, S.5). Eine weitere Besonderheit wird ferner darin gesehen, daß dem Mikrobereich eine ganz wesentliche Bedeutung für den Aussagegehalt und damit für die gesundheitspolitische Verwendbarkeit der Gesundheitsberichterstattung zukomme.

3. 3. 3. 2 Spezifische Anforderungen der Gesundheitsberichterstattung

Entsprechend dem Stellenwert, der der Gesundheitsberichterstattung im Rahmen einer rationalen, an Zielen und Prioritäten orientierten Gesundheitspolitik beigemessen wird, werden an eine hierfür konzipierte Gesundheitsberichterstattung auch ganz *spezifische Anforderungen* ge-

stellt. Mit von FERBER (1988, S.14 f.) lassen sich diese folgendermaßen zusammenfassen:

1) In der Gesundheitspolitik besteht derzeit ein Mißverhältnis zwischen Handlungs- und Entscheidungsbedarf und den benötigten Informationen, die eine Wirkungsabschätzung gesundheits- und krankenversicherungspolitischer Maßnahmen ermöglichen (*Möglichkeit der Wirkungsabschätzung*).

2) Der Informationsbedarf besteht ungeachtet der Tatsache, daß die Verbände und Einrichtungen des Gesundheitswesens z. T. über hochentwickelte Leistungsstatistiken für administrative Aufgaben verfügen (*Ausbau und Weiterentwicklung der GKV-Prozeßdatenforschung*).

3) Standarderfordernis jeglicher Gesundheitsberichterstattung ist der epidemiologische Bezug nahezu aller Daten des Gesundheitswesens, d.h. die Möglichkeit, quantitative Aussagen über Gesundheitszustand, Inanspruchnahme etc. auf die entsprechenden Grundgesamtheiten der Bevölkerung beziehen zu können. Neben den Merkmalen wie Morbidität und Mortalität spielen dabei für gesundheitspolitische Entscheidungen Merkmale eine Rolle, die in der Interaktion von Personen erst ihre Ausprägung erlangen, also z.B. die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen sowie die Gesundheitsselbsthilfe (*Notwendigkeit des epidemiologischen Bezugs*).

4) Benötigt werden ferner einrichtungsübergreifende Datensammlungen, die bevölkerungs- und personenbezogen im Längsschnitt geführt werden, da vor allem ein Informationsbedarf hinsichtlich mittelfristiger Entwicklungen (z. B. Inanspruchnahmeprofile) besteht (*Notwendigkeit longitudinaler Studien*).

5) Wegen der vielfältigen Substitutionsmöglichkeiten zwischen medizinischen und sozialen Dienstleistungen einerseits sowie zwischen sozialen Dienstleistungen und Gesundheitsselbsthilfe andererseits muß die einrichtungsübergreifende Datensammlung neben dem medizinischen auch den sozialen Dienstleistungsbereich umfassen und bei den demographischen Daten die Merkmale der Selbsthilfe einschließen (*Einbeziehung der sozialen Dienstleistungen und der Gesundheitsselbsthilfe*).

6) Gesundheitsberichterstattung muß entsprechend ihrer inneren Zweckbestimmung einrichtungsübergreifend sein, d.h. interorganisatorische Beziehungen transparent machen.

7) Die gesundheitspolitische Entscheidungsebene, also die Entscheidungsträger, denen die Gesundheitsberichterstattung letztlich die Führungsdaten liefern soll, sind nicht nur Einrichtungen auf Bundesebene, sondern in ganz besonderem Maße regionale Institutionen und Träger der Gesundheitspolitik (*Notwendigkeit des regionalen Bezuges*).

3. 3. 4 Sonstige Anwendungsvoraussetzungen

3. 3. 4. 1 Art und Umfang der Steuerungskompetenzen

Ein System der zielorientierten globalen Steuerung muß als integralen Bestandteil über ein Mindestmaß an *Zentralisierung der Entscheidungsbefugnis* verfügen. Allein schon aus logischen Gründen setzt eine überbetriebliche Koordination und Steuerung des Angebots an gesundheitlichen Gütern und Leistungen eine Konzentration der Entscheidungsmacht auf einer überbetrieblichen Ebene voraus. Entsprechende *Entscheidungsbefugnisse* sind aber auch erforderlich, um den eigentlichen Zweck einer Globalsteuerung, nämlich eine zielorientierte vertikale und horizontale Koordination zwischen den einzelnen Leistungsträgern zu ermöglichen, erfüllen zu können. Dies bedeutet auch, daß die *Entscheidungsfreiheit* der einzelnen Leistungsersteller im Interesse der Verwirklichung übergeordneter Zielsetzungen und Prioritäten u.U. beschnitten werden muß, wobei der Grad der Beschränkung der Entscheidungsfreiheit variieren kann. Je höher der Grad der Verbindlichkeit der globalen Vorgaben ist und je stärker der politische Anspruch ist, die Einhaltung der vorgegebenen Ziele und Prioritäten auch tatsächlich durchzusetzen, umso weniger wird man umhinkommen, eine relativ starke Bindung der Einzelbetriebe vorzunehmen (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.143 f.).

Ganz im Gegensatz hierzu wird derzeit über die Verwendung von Ressourcen überwiegend auf unteren Zuständigkeitsebenen entschieden, wobei sich in vielen Bereichen Art und Umfang der Ressourcenverwendung erst *ex post* ermitteln lassen. Charakteristisch für das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist seine *pluralistische Struktur* sowohl auf der Seite der Leistungserbringer (Nebeneinander öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger, freiberuflicher und sonstiger privatwirtschaftlicher Formen) wie auf Seiten der Krankenkassen. Diese Struktur hat zwar für die Mehrzahl der Beteiligten unbestrittene Vorzüge, weist andererseits aber auch beträchtliche Nachteile auf. Insbesondere sind einer Globalsteuerung im Sinne einer makroökonomischen Ressourcenplanung in einem dezentralen Gesundheitssystem enge Grenzen gesetzt (vgl. HENKE 1983, S.361). Ein weiterer Nachteil ist zudem darin zu sehen, „daß sich aus der pluralistischen Struktur allein nicht von selbst eine rationale Gesundheitspolitik, d. h. eine bedarfsorientierte Verwendung der eingesetzten Mittel ergibt. Gesundheitliche Zielsetzungen sind vielmehr häufig überlagert ... durch die monetären Verteilungskämpfe" (DGB 1987, S.4).

Zwar besteht bei den Verfechtern von Globalsteuerungs- und Budgetierungskonzepten Einigkeit darüber, daß im Rahmen einer Strukturreform die „Institutionen und Instrumentarien zu schaffen bzw. zu verbessern (sind), um das Gewicht von gesundheitspolitischen Zielen und bedarfsgerechter Versorgung gegenüber den monetären Verteilungskämpfen zu erhöhen" (DGB 1987, S.5); weitgehend unklar ist jedoch – wenigstens was die Konkretheit anbetrifft – welche Institutionen welche Kompetenzen erhalten sollen und auf welche Weise untergeordnete Entscheidungsebenen an die globalen Entscheidungen gebunden werden.

Einer der in der Diskussion befindlichen Vorschläge geht davon aus, daß eine übergreifende Gesundheitspolitik insbesondere dort installiert werden müsse, „wo das Handeln der Akteure lediglich durch einen gesetzlichen Rahmen geordnet, die materiell konkrete Ausformung des Handelns aber weitgehend der Autonomie der Handelnden überlassen ist" (DGB 1987, S.6). Konkret wird vorgeschlagen, auf Bundesebene für das GKV-finanzierte System und die Gesundheitsausgaben der anderen Sozialversicherungsträger den *»Ansatz einer übergreifenden Gesundheitspolitik«* zu installieren, wobei dem Parlament eine über die Gesetzeskompetenz hinausgehende stärkere *Leitfunktion* zugedacht wird und *Kompetenzen und Arbeitsweise der Konzertierten Aktion* weiterentwickelt werden sollen. Allerdings sieht dieser Ansatz lediglich vor, daß die Akteure des Gesundheitswesen ihr Handeln an den vom Parlament beschlosse-

nen Leitlinien und Zielprojektionen auszurichten hätten. Zudem soll am Ziel des Konsenses für die Konzertierte Aktion grundsätzlich festgehalten werden. Für jene Fälle, „in denen Übereinstimmung sich nicht erzielen läßt, sind die unterschiedlichen Voten festzuhalten. Formale Abstimmungen sollten dazu dienen, Mehrheitsmeinungen festzustellen ... aber keinen Beschlußcharakter haben" (DGB 1987, S.7).

3. 3. 4. 2 Eigentumsrechtliche Implikationen

Schwierigkeiten für die Anwendung einer auf Verbindlichkeit angelegten Globalsteuerung und Budgetierung dürften sich vermutlich auch durch die im Wirtschaftsleben der Bundesrepublik dominierenden eigentumsrechtlichen Ordnungsprinzipien ergeben. Im Gegensatz zu einem gesundheitlichen Versorgungssystem, in dem die Leistungsbereitstellung und -erstellung durch staatliche Betriebe bzw. angestellte Ärzte erfolgt, sind einer imperativen Lenkung der Produktion sowie einer Angebotssteuerung durch Ge- und Verbote in einem überwiegend privatwirtschaftlich strukturierten Gesundheitswesen auf der Seite der Erbringer gesundheitlicher Dienste und Leistungen im Hinblick auf die Eingriffsmöglichkeiten sowohl faktisch wie rechtlich enge Grenzen gesetzt. Während im Rahmen eines staatlichen Gesundheitsdienstes tätige, fest angestellte Ärzte vergleichsweise einfach angewiesen werden können, bestimmte Maßnahmen auszuführen und Richtlinien zu befolgen und im allgemeinen auch ausreichende Sanktionsmechanismen existieren, um die Einhaltung von Vorschriften und Anweisungen notfalls zu erzwingen, läßt die Rechtslage in der Bundesrepublik nur geringen Raum, privatautonome Anbieter durch mehr als moral suasion zu einem bestimmten Verhalten zu veranlassen. Deutlich zeigt sich diese Problematik im Hinblick auf die von vielen als erforderlich erachtete administrative Steuerung der Niederlassung von Ärzten sowie die Begrenzung von Kapazitäten des Medizinbetriebes.

3. 4 Struktur der Steuerungskonzeption auf der Makro-Ebene

Die Konzeption »Globalsteuerung und Budgetierung« bezieht sich grundsätzlich auf die *politischen Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland.* Staatliche Planung und Steuerung bedeutet daher nicht autoritäre Lenkung durch eine zentralverwaltungswirtschaftliche Bürokratie; stattdessen ist unter Staat eine *föderative, parlamentarische Demokratie* zu verstehen, „die durch demokratische Wahlen und durch einen rechtsstaatlichen Rahmen legitimiert und kontrolliert wird." (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.142) Vor diesem Hintergrund sind sämtliche Maßnahmen staatlicher Organe der Kontrolle durch Gerichte und der Kontrolle durch die Wähler ausgesetzt. Entsprechend sind Entscheidungen über Ziele, Prioritäten, einzusetzende Instrumente sowie die Höhe der finanziellen Mittel Ausfluß einer permanenten demokratischen Auseinandersetzung und eingebunden in die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen der verschiedenen politischen Parteien, Interessenverbände und der unterschiedlichen sozialen Gruppen um die politische Macht (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.142).

Die Konzeption einer »Globalsteuerung und Budgetierung« bedient sich idealtypisch vor allem *regulativer Strategien.* Konstitutives Merkmal regulativer Strategien ist insbesondere die *Festlegung von »Soll-Werten«* (Normen, Standards, Leitlinien), die sich primär auf die Outputs des Finanzierungs- und Leistungssystems beziehen (vgl. PFAFF 1983, S.159). Auf der Ebene des Leitungssystems erfolgt die Steuerung der Versorgung weitgehend über eine *öffentliche Planung,* wobei im allgemeinen das *Bedarfsprinzip* als Planungsgrundlage dient. Konkret soll die gesundheitliche Versorgung am wissenschaftlich ermittelten Bedarf ausgerichtet werden. Der wissenschaftlich begründete und politisch sanktionierte Bedarf repräsentiert die *Soll-Situation,* die mit der Ist-Situation verglichen werden soll. Abweichungen zwischen diesen beiden Zustandsbeschreibungen bilden dann den *staatlichen Handlungsbedarf,* der das Ziel hat, die Versorgung an den Bedarf anzupassen (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.143).

Zu den Instrumenten, denen sich regulative Strategien im Sinne einer Globalsteuerung bedienen können, zählen *Budgetlimitierungen* (Geldoutputlimitierungen), die exogene (staatliche) *Steuerung von Mengen* (Güter-Output-Limitierungen) sowie *administrierte Preise.* Außerdem können Normen oder Beschränkungen für Güterinputs (z.B. Kapitalgüterausstattung, Bettenbegrenzungen) festgelegt werden (*Inputsteuerung*) (vgl. PFAFF 1983 a, S.159; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.21). In der Regel steht jedoch vor der Auswahl der jeweils geeigneten Instrumente die Festlegung einer *globalen Ausgabenquote* für Gesundheitsleistungen und -güter bzw. die Definition eines *globalen Orientierungsrahmens.*

3. 4. 1 Festlegung einer globalen Gesundheitsquote

3. 4. 1. 1 Ausgangsüberlegungen

Eines der Kernelemente des Konzeptes einer Globalsteuerung und Budgetierung sehen viele in der *Festlegung einer globalen Gesundheitsquote* sowie einer zielgerichteten, prioritätenorientierten Bestimmung der Verwendungsstruktur der für die Gesundheitssektoren vorgesehenen Mittel. Die Ausgabenquoten werden hierbei als „Ausdruck der gesellschaftlichen Vorstellungen über eine medizinisch ausreichende und wirtschaftlich vertretbare Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern" (METZE 1982, S.340) verstanden. Mangels gesundheitssystemimmanenter Steuerungspotentiale wird es für unabweislich angesehen, die maximal für vertretbar gehaltenen Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben „von außen im Wege politischer Entscheidungen vorzugeben" (vgl. LAMPERT 1982, S.304 f.; GEISSLER 1979, S.126 ff.; ROSENBERG 1979, S.123 f.; A. SCHMIDT 1978, S.846).

Zu einer *makroökonomischen Ressourcenplanung* gehört es, Überlegungen über die wünschenswerte Höhe der Gesundheitsquote anzustellen, d. h. die Frage zu beantworten, welchen *Anteil die Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt* haben sollen (vgl. HENKE 1983, S.354). Die Funktion von ökonomischen Orientierungsdaten kann zudem darin gesehen werden, „unkontrollierte Entwicklungsprozesse im Sinne von ‚Explosionen' und im Sinne einer nicht mehr wirtschafts- und sozialpolitisch kontrollierten Ressourcenverwendung zu verhindern" (LAMPERT 1982, S.307).

Hinter der Forderung nach exogener Festlegung einer globalen Ausgabenquote steht u. a. auch die Ansicht, daß Verbesserungen des Gesundheitssystems zukünftig nicht mehr über überproportionale Erhöhungen des Ausgabenniveaus, sondern allenfalls durch *Verbesserungen der Struktur des Systems* angestrebt werden sollten (vgl. LAMPERT 1982,

S.365). Dabei wird von der Annahme ausgegangen, daß eine weitere globale Expansion des Gesundheitswesens keine nennenswerten Verbesserungen der Situation der Bevölkerung erwarten läßt.

So überzeugend die Argumente für die *Notwendigkeit von Leitlinien* als Instrument der *Stabilisierung des Gesundheitssystems* sind, so umstritten und problematisch ist die Definition von Leitlinien (vgl. METZE 1982 c). Die Feststellung, daß in einer Gesellschaft darüber nachgedacht werden müsse, wie viele Ressourcen dem Funktionsbereich Gesundheit zur Verfügung gestellt werden sollen, gilt zunächst einmal unabhängig davon, ob es sich bei der letztlich gewählten Größe um einen geeigneten Indikator für die Inanspruchnahme von Ressourcen handelt. Wenn man allerdings die Auffassung vertritt, daß die *erste Allokationsentscheidung*, nämlich die Bestimmung der Höhe der Gesundheitsquote, nur politisch getroffen werden kann, ist die Frage der Eignung von Orientierungsgrößen schon von erheblicher Bedeutung (vgl. HENKE 1983, S.354 f.).

Grundsätzlich sind *unterschiedliche Bezugsgrößen* denkbar, an denen die Höhe und Entwicklung der globalen Gesundheitsausgaben orientiert werden können. Die in die Diskussion eingebrachten Vorschläge reichen von der Vorstellung, das monetäre Wachstum des Gesundheitssektors auf die Wachstumsrate des Sozialprodukts zu begrenzen (vgl. GESELLSCHAFT FÜR SOZIALEN FORTSCHRITT [Hrsg.] 1974, S.95 ff.), über den Vorschlag, die Wachstumsrate des Gesundheitswesens an der Wachstumsrate des Produktionspotentials zu orientieren, bis zu der Empfehlung, die GKV-Ausgaben an der Wachstumsrate des Dienstleistungssektors auszurichten (vgl. HERDER-DORNEICH 1976, S.77 ff.; METZE 1982 a, S.51).

In die Praxis Eingang gefunden hat im Rahmen der Kostendämpfungspolitik eine weitgehend reine *Grundlohnorientierung der Gesundheitsausgaben* in der GKV. Als ergänzende Orientierungsgrößen sieht § 368 f RVO immerhin die Berücksichtigung der Praxiskosten und der für die kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie die Art und den Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitungen beruhen, vor.

3.4.1.2 Implikationen einer Orientierung an volkswirtschaftlichen Aggregatgrößen

Auch von den Verfechtern einer Budgetierungsstrategie wird überwiegend nicht bestritten, daß derartige *Orientierungsmaßstäbe eine Reihe von Unzulänglichkeiten* beinhalten. Anerkannt wird ebenfalls, daß die Festlegung eines bestimmten Ausgabenvolumens zugleich eine *Entscheidung über die Höhe des Bedarfs* an gesundheitlicher Versorgung impliziert. Den Einwand der Gegner dieses Ansatzes, der Staat würde mittels Budgetierung einen Bedarf bestimmen, der nicht im Einklang mit den Präferenzen der Bürger stehe, wird in dieser allgemeinen Form jedoch nicht akzeptiert.

Nach ihrer Ansicht geht es nicht darum, eine funktionierende marktmäßige Bedarfsermittlung durch eine unzulängliche »diktatorische« staatliche Bedarfsfestlegung zu ersetzen. Ausgangspunkt ihrer Überlegungen bildet vielmehr die Feststellung, daß sich das schwierige Problem, den »echten« Bedarf auf andere Weise zu ermitteln, erst dadurch ergibt, daß es im Bereich der Gesundheitsversorgung keinen Markt gibt, der sich gemäß Angebot/Nachfrage-Mechanismus selbsttätig regelt. Entsprechend wird die Aussage, daß es grundsätzlich möglich sei, den Bedarf aufgrund von Normsetzungen durch wissenschaftliche Untersuchungen und Expertenurteile oder durch empirische Ermittlung zu definieren, zugleich mit dem Hinweis verbunden, daß „die auf diese Weise gefundenen Daten ... sich jedoch nur mit Hilfe einer politischen Konzeption bezüglich gewünschtem Versorgungsniveau und gewünschter Verteilung auswerten" (SAEKEL 1978, S.295) ließen.

Mit Blick auf die marktwirtschaftlich orientierten Kritiker wird zugleich die *Existenz objektiver »wirklicher« Bedürfnisse* nachdrücklich in Frage gestellt. Begründet wird dies damit, daß wirkliche Bedürfnisse voraussetzten, daß „ der Einzelne die Entstehung seiner Bedürfnisse nachvollziehen und die Konsequenzen seiner Befriedigung übersehen könnte und alle Mitglieder der Gesellschaft gleiche Chancen hätten, ihre Prioritäten erfolgreich in die politische Diskussion einzubringen" (LEDERER/MACKENSEN 1975, S.43). So gesehen sei der Bedarf stets eine subjektive Kategorie und die Feststellung gesellschaftlicher Bedürfnislagen im Bereich der Gesundheitsversorgung somit ein *politischer Akt*, wobei die Wissenschaft nur subsidiär tätig sein könne, indem sie Kriterien der Bedarfsermittlung findet und begründet (vgl. SAEKEL 1978, S.295).

Weitgehende Einigkeit besteht nichtsdestoweniger darüber, daß eine politisch vorgegebene Orientierung der Gesundheitsausgaben an der *Entwicklung der Grundlöhne* allenfalls ein Orientierungsdatum *sui generis* darstellt und es dringend erforderlich wäre, zu differenzierteren ökonomischen und medizinischen Orientierungsdaten überzugehen. Der Hauptvorteil der Grundlohnorientierung besteht allerdings darin, daß auf diese Weise eine relativ einfache und vergleichsweise schnell *wirksame Steuerung der Gesamtausgabenentwicklung* möglich ist. Insbesondere in Phasen verringerter Zuwächse des Beitragsaufkommens in der GKV komme als kurzfristig wirksame Maßnahme zur Erhaltung eines vorab definierten wirtschaftlichen Rahmens eigentlich nur eine befristete globale oder sektorale Festschreibung von Ausgabenzuwächsen in Betracht (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.25).

Die ausschließliche *Orientierung der Gesundheitsausgaben an bestimmten makroökonomischen Aggregatgrößen* (z. B. Sozialprodukt, Grundlöhne, etc.) weist eine Reihe nicht zu vernachlässigender Mängel auf, die von den Befürwortern durchaus ernst genommen werden:

- Zwischen dem tatsächlich bestehenden Bedarf an gesundheitswirksamen Gütern und Leistungen einerseits und dem Wachstum makroökonomischer Größen andererseits bestehen *keine überzeugend begründbaren Zusammenhänge* (vgl. LAMPERT 1982, S.307). Letztlich wäre es reiner Zufall, wenn die Entwicklung der Grundlöhne der Entwicklung des Bedarfs bzw. der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entspräche (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.24).
- Die Festlegung der Gesundheitsquote in Abhängigkeit einer externen Aggregatgröße verhindert die Berücksichtigung von Veränderungen zwischen Aufwand und Ertrag im Zuge der Entwicklung des Systems, d.h. *unterschiedliche Produktivitätsentwicklungen* der Gesamtwirtschaft und des Gesundheitssektors finden keine ausreichende Beachtung (vgl. LAMPERT 1982, S.307). Tendenziell führt z. B. eine reine Grundlohnorientierung der Gesundheitsausgaben zu einer immer weitergehenden Quotierung zwischen und innerhalb der Sektoren auf der Grundlage zumindest partiell zufälliger Strukturen (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.22).

- Globale Ausgabenplafonierungen sind schließlich mit der Gefahr verbunden, daß „die Kernstrukturen des Gesundheitswesens" unverändert beibehalten werden (vgl. NASCHOLD 1977, S.459 ff.).

Die mit Leitlinien verbundenen Probleme machen diese für Befürworter einer Globalsteuerung allerdings nicht überflüssig; sie gelten nichtsdestoweniger als „unentbehrliche Hilfsmittel für die Lösung des Konflikts der Verteilung knapper Ressourcen auf konkurrierende Ziele" (LAMPERT 1982, S.307). Andererseits ist man sich bewußt, daß derartige Orientierungsgrößen einer ständigen „gründlichen Durchleuchtung hinsichtlich ihrer Konsequenzen und einer permanenten Überprüfung in bezug auf ihre Folgen für den Grad der Erreichung gesundheitlicher Ziele, gegebenenfalls auch einer entsprechenden Korrektur nach oben oder nach unten" (LAMPERT 1982, S.307) bedürfen.

3. 4. 2 Definition eines inhaltlichen Orientierungsrahmens

Anstatt zunächst *ex ante* das Ausgabenvolumen für den Gesundheitsbereich zu bestimmen, steht bei einem alternativen Globalsteuerungsansatz die Bestimmung des *inhaltlichen Orientierungsrahmens* im Vordergrund. Nicht zuletzt um zu verhindern, daß bei einer Kopplung der Gesundheitsausgaben an die Entwicklung einer bestimmten volkswirtschaftlichen Größe eine Politik generiert wird, die möglicherweise in Widerspruch zu einer längerfristigen Ausrichtung der Gesundheitspolitik an Zielen oder gewünschten Ergebnissen gerät, wird verlangt, der unzureichenden Formel von der »einnahmenorientierten Ausgabenpolitik« den politischen Grundsatz einer *»aufgaben-orientierten Einnahmen- und Ausgabenpolitik«* gegenüberzustellen (vgl. SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.5). Dieser Ansatz geht davon aus, daß zunächst die künftigen Aufgaben des Gesundheitswesens bestimmt werden müssen und danach erst über die Höhe der erforderlichen bzw. der zu bewilligenden finanziellen Mittel entschieden werden kann. Gestützt wird dieses Vorgehen durch die Erkenntnis, daß sich Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen ohne eine aufgabenbezogene Betrachtung weder ermitteln noch im Zeitablauf überprüfen lassen (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.22).

Dementsprechend wird eine *inhaltliche Orientierung* des Gesundheitswesens gefordert, aus der heraus die *finanzielle Orientierung* abgeleitet werden kann. Der Entscheidungsprozeß könnte dabei in folgenden Stufen erfolgen (vgl. SVR KA Jahresgutachten 1988, S.5):

1) Bestimmung der Ziele, die mit dem Gesundheitswesen erreicht werden sollen;
2) Prüfung der finanziellen Mittel, die zur Verfügung stehen oder verfügbar gemacht werden sollen; und
3) politische Entscheidung darüber, ob alle Ziele mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreicht werden können, oder ob Ziele ausgesondert bzw. zusätzliche Mittel beschafft werden müssen.

Hauptziel dieses Ansatzes ist eine *»gesamtverantwortliche Gesundheitspolitik«*, durch die eine Zersplitterung, Nichtverantwortlichkeit und Zufälligkeit gesundheitspolitischen Handels überwunden und die Orientierungslosigkeit des Systems beseitigt wird. Die *Steuerbarkeit des Systems* herzustellen bedeutet somit ihm in einem ersten Schritt *gesundheitspolitische Ziele* vorzugeben sowie *Prioritäten* zu setzen und in einem zweiten Schritt den aus dieser inhaltlichen Zielvorgabe resultierenden *Einsatz von Finanzmitteln* festzulegen. Mit anderen Worten geht es darum, Orientierungsdaten in einem Orientierungsrahmen zusammenzufassen und diesen mit einem Finanzrahmen zu versehen. Beide sollen nach intensiver Diskussion mit den Betroffenen und Beteiligten durch das *Parlament* beschlossen werden.

Im einzelnen bestehen *Zweck und Aufgaben des Orientierungsrahmens* darin:

1) Vorgabe *gesundheitspolitischer Ziele* und *Prioritäten*;
2) Begründung und Benennung von Zielbereichen, Trägern und Instrumenten für eine *wirksame Prävention* und *Rehabilitation*;
3) Beschreibung der *qualitativen Grundsätze einer optimalen Versorgung* der Patienten;
4) Darstellung *quantitativer und qualitativer Mängel* oder der *Überversorgungsbereiche* sowie Wege zu ihrer Überwindung bzw. Beseitigung;
5) Angabe der aufgrund der Zielvorgaben angestrebten finanziellen Entwicklung insgesamt sowie gegebenenfalls auch in einzelnen Versorgungsbereichen in *Form eines Finanzierungsrahmens*;
6) Inbezugsetzung der zu *erwartenden Beitragssatzentwicklung* zu anderen Sozialabgaben und zur steuerlichen Abgabenbelastung;
7) Beschreibung von Maßnahmen, die bei Abweichen der tatsächlichen von der gewünschten Entwicklung ergriffen werden können (*zielorientierte Kontrolle gesundheitspolitischer Planung und Steuerung*).

Wesentliches Merkmal des Konzepts ist neben der Vorgabe gesundheitspolitischer Ziele und Prioritäten vor allem die *Koordination/Integration* der zur Erreichung dieser Ziele von verschiedenen Trägern aufgestellten Finanzplanungen, getroffenen Entscheidungen, aufgebrachten Ressourcen und durchgeführten Aktivitäten. Dabei drückt sich die *Gesamtverantwortung* vor allem in der *Verbindlichkeit handlungsleitender Ziele* aus. Die Wege, die zur Erreichung dieser Ziele vorgeschlagen werden, bieten Anknüpfungspunkte für eine Budgetierung von Gesundheitsausgaben. Insgesamt wird also angestrebt, der *Aufgaben- und Finanzplanung* einen höheren Grad an Verbindlichkeit zu verschaffen, wobei anerkannte gesundheitspolitische Prioritäten in die Planung einfließen sollen (vgl. PFAFF 1987, S.304).

3. 4. 3 Planung im Gesundheitswesen

Im Gegensatz zu marktwirtschaftlichen Vorstellungen, die davon ausgehen, daß ein funktionsfähiger Wettbewerb die Planungsnotwendigkeit weitgehend überflüssig macht, gehen die Konzepte der Globalsteuerung und Budgetierung davon aus, daß es im Gesundheitswesen einer *verstärkten Planung* bedarf, um bei den gegebenen finanziellen Ressourcen ein Höchstmaß an gesundheitlichen Zielen realisieren zu können (vgl. GEISSLER 1978 a, S.58 ff.; HENKE 1983, S.349 ff.; EICHHORN 1982, S.58 ff.). „Die Abstimmung der vielfältigen Entscheidungen auf den verschiedenen Ebenen im Gesundheitswesen folgt weder den Gesetzmäßigkeiten des Marktes noch gehorcht sie planwirtschaftlichen Investitions- und Konsumprioritäten. Wie viele Mittel etwa auf welche medizinischen Fächer (Urologie, Orthopädie, Kardiologie, Pädiatrie, Geriatrie) entfallen sollen und ob die Ressourcen stärker zugunsten einer mehr na-

turwissenschaftlich orientierten Medizin oder zugunsten einer mehr psychosomatisch ausgerichteten Behandlung aufgeteilt werden sollen, entscheidet sich im Durcheinander der privaten und öffentlichen Kompetenzen sowie durch die Zuständigkeiten der Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitswesen" (HENKE 1984, S.11 f.).

Für die *Notwendigkeit einer verstärkten Gesundheitssystemplanung* gibt es eine Vielzahl von Gründen; zu erwähnen sind v. a. folgende:

- Eine zentrale Ursache für die Notwendigkeit planvollen Handelns ergibt sich allein schon daraus, daß vielfältige und zunehmende Bedürfnisse einer *Knappheit an Ressourcen* gegenüberstehen. Auch im Gesundheitswesen ist davon auszugehen, daß „zahlreiche Ziele (Bedürfnisse) miteinander (konkurrieren), die angesichts der Knappheit der Ressourcen nicht alle und vor allem nicht gleichzeitig verwirklicht werden können" (HENKE 1983, S.349). Zwar gilt dieser Sachverhalt praktisch für sämtliche Bereiche wirtschaftlicher Aktivitäten, da es im Gesundheitswesen jedoch bei allen Entscheidungen letztlich um Gesundheit und Leben von Menschen geht, wird weitgehend akzeptiert, daß für diesen Bereich besondere Entscheidungskriterien zur Anwendung gelangen.
- Die Forderung, daß dem Bemühen um Gesundheit und Leben von Menschen keine ökonomisch gesetzten Schranken gesetzt werden sollten, führt in Anbetracht der auch für das Gesundheitswesen geltenden Ressourcenbegrenzung zu einer Konfliktsituation. Diese Konfliktsituation muß allerdings gerade bei Berücksichtigung der dem „Markt für Gesundheitsleistungen systemimmanenten Ineffizienz der finanziellen Steuerungsmöglichkeiten (Finanzierung und Preisgestaltung) ... zwangsläufig zu einer Intensivierung der Planungsbemühungen im Bereich des Gesundheits- und Krankenhauswesens führen, wenn man versuchen will, mit den von Wirtschaft und Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen im Gesundheitswesen das Maximale für den Patienten zu erreichen" (EICHHORN 1982, S.23).
- Eine Verstärkung von Planungsaktivitäten wird umso einleuchtender, je nachhaltiger das *Knappheitsproblem* bei stagnierenden wirtschaftlichen Wachstumsraten und reduziertem Spielraum für weitere Ausgabenerhöhungen an Bedeutung gewinnt und Fragen der *Effizienz und Effektivität* in den Mittelpunkt des Interesses rücken. Vor diesem Hintergrund gehört zweifellos zu den Planungszielen im Gesundheitswesen, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen. „Letztlich wird damit Planung zu einem Instrument, knappe Ressourcen zielorientierter, d.h. effektiver und effizienter als in der Vergangenheit einzusetzen" (HENKE 1983, S.349).
- Die Verpflichtung, den Anspruch der Bevölkerung auf medizinische Leistungen jeglicher Art zu gewährleisten, verlangt, dafür Sorge zu tragen, daß die jederzeitige *Erreichbarkeit dieser Leistungen* sichergestellt wird. Aus der Forderung nach gleichwertiger räumlicher Erreichbarkeit ergibt sich aber „der Zwang zur Regionalplanung im Gesamtbereich des Gesundheitswesens unter Einbeziehung sämtlicher Medizinbetriebe" (EICHHORN 1982, S.58).
- Ein Zwang zur Planung der Ressourcenallokation im Gesamtbereich des Gesundheitswesens ergibt sich ferner aus der *Interdependenz der verschiedenen Versorgungskategorien*. Dies erfordere detaillierte Planungen über Art und Zahl der verschiedenen Medizinbetriebe und deren regionale Verteilung (vgl. EICHHORN 1982, S.58; GEISSLER 1978, S.59).

Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsplanung im weiteren Sinne die Aufgabe, „zukünftige Entscheidungsprobleme im Gesundheitswesen zu konkretisieren und Vorschläge zu ihrer Lösung vorzulegen" (HENKE 1983, S.239), wobei unter Planung „das vorausschauende systematische Durchdenken und Formulieren von Verhaltensweisen, Zielen und Handlungsalternativen, die Auswahl einer optimalen Handlungsalternative sowie das Festlegen von Anweisungen zur rationalen Realisierung der ausgewählten Alternativen verstanden" (EICHHORN 1982, S.15 f.) werden soll.

Im Gegensatz zu der im privatwirtschaftlich gesteuerten Teil des Gesundheitswesens ebenfalls stattfindenden Planung, verlangt die Globalsteuerung des Gesundheitswesens eine *Gesundheitsplanung im Sinne finanzieller wie realer Ressourcenplanung* (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.17). Die konkrete Umsetzung von Planungsabsichten kann dabei auf verschiedene Weise erfolgen. Im Hinblick darauf, daß mit der Gesundheitsplanung erreicht werden soll, die zukünftige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, ist es erforderlich eine Planung mit unterschiedlichem *Detaillierungsgrad* und *Zeithorizont* vorzunehmen. Denkbar wäre z.B. eine Unterscheidung nach vier Planungsstufen: perspektivische Planung, langfristige Planung, mittelfristige und kurzfristige Planung (vgl. EICHHORN 1982, S.66 f.). Konkret könnte eine *langfristige Gesundheitssystemplanung* folgendermaßen aussehen: (EICHHORN 1982, S.69)

- *Planungsabschnitt 1: Planungsgrundlagen*
  Ausgehend von den Prognosen über den Bedarf an medizinischen Leistungen auf der einen Seite sowie über das Angebot an sachlichen, personellen und finanziellen Ressourcen auf der anderen Seite kommt es unter Berücksichtigung der in der Grundsatzplanung festgelegten Entscheidungsgrundsätze für Struktur und Organisation der medizinischen Versorgung zu einer Optimierung der Ressourcenallokation, sowohl zwischen den verschiedenen Versorgungskategorien des Gesundheitswesens als auch den verschiedenen Versorgungsstufen innerhalb der einzelnen Versorgungskategorien.
- *Planungsabschnitt 2: Strategische Planung*
  Unter Abstimmung mit der langfristigen gesamtwirtschaftlichen Planung sowie unter Berücksichtigung komplementärer und sonstiger öffentlicher Aufgaben werden im Rahmen der strategischen Planung die Planungsziele formuliert und die Gesamtheit der zu realisierenden Einzelstrategien für alle Versorgungskategorien und Versorgungsstufen festgelegt. Dabei beinhalten die Einzelstrategien jeweils eine Folge planmäßiger Maßnahmen, die beim Einsatz der beschränkt zur Verfügung stehenden Mittel die angestrebte Zielrealisierung über eine Reihe von Jahren optimieren und damit das Erreichen der vorgegebenen Planungsziele, auch bei sich ändernden externen Datenkonstellationen, gewährleistet.
- *Planungsabschnitt 3: Programmplanung*
  Ausgehend von den Zielen und Strategien werden im Rahmen der Programmplanung die verschiedenen Alternativen der Programmdurchführung analysiert und optimiert als Grundlage für die endgültige Programmentscheidung über Struktur und Organisation der medizinischen Versorgung. Dabei wird innerhalb der Ver-

sorgungskategorien bereits nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten differenziert und detailliert.

Im Rahmen der perspektivischen und langfristigen Gesundheitsplanung haben die Gesundheitspolitiker Entscheidungen über *Ziele, Strategien* oder *Strukturen* des Gesundheitswesens zu treffen, wenn sie die Entwicklung des Gesundheitswesens in die von ihnen gewünschte Richtung lenken wollen. Dabei stellt sich zugleich die Frage, ob im Rahmen der Gesundheitsplanung nur über eine »Gesundheitsordnung« (*Ordnungspolitik*) befunden oder gleich-zeitig auch über den prozessualen Ablauf (*Prozeßpolitik*) entschieden werden soll (vgl. HENKE 1983, S.350).

Entscheidet man sich für eine übergreifende makroökonomische Ressourcenplanung, ist weiterhin zu klären, ob die Prozeßpolitik, also die Steuerung und Lenkung des Gesundheitswesens als *imperative Planung* (Befehlsplanung), oder in Form der *indikativen Planung* (Richtplanung) erfolgen soll. Der Unterschied zwischen beiden Ansätzen liegt vor allem im Grad der Verbindlichkeit der Planung; während bei der indikativen Planung lediglich Empfehlungen hinsichtlich des gewünschten Verhaltens der beteiligten Institutionen und Wirtschaftssubjekte gegeben werden, kennzeichnet sich die imperative Planung dadurch, daß im Rahmen eines Zentralplanes Vorschriften zur Planausführung bis hinunter zu den kleinsten Verwaltungseinheiten und Versorgungseinrichtungen gemacht werden (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.49; HENKE 1983, S.350).

3. 4. 4 Regionalisierte Budgetierung und Bedarfsplanung

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden nicht nur auf der Bundes- und Landesebene erwartet, sondern sind vor allem auf regionaler Ebene gefordert (vgl. von FERBER 1988, S.15). Die meisten Befürworter einer stärkeren Globalsteuerung und gesundheitlichen Planung im Sinne einer Ziel- und Prioritätenorientierung sind sich weitgehend einig, daß die auf Bundesbene erstellten Orientierungsdaten nur den Rahmen abgeben können, innerhalb dessen sich die Entwicklung des Gesundheitswesens vollziehen soll, die Detailplanung und Umsetzung aber auf *regionaler Ebene* erfolgen muß (vgl. SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.6; DGB 1985 a, S.136; SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.239; NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.607 ff.; NARR/SCHRÄDER [Hrsg.] 1977; MUDRA 1977). Die Favorisierung der regionalen Ebene als *Handlungs- und Orientierungsebene der Gesundheitspolitik* und der gesundheitlichen Versorgung soll allerdings nicht bedeuten, den Staat aus seiner Gesamtverantwortung zu entlassen. Die *regionalisierte Gesundheitssicherung* soll grundsätzlich Bestandteil einer umfassenden integrierten Gesamtversorgung bleiben (vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.239). Insbesondere müsse vermieden werden, daß die Gesundheitspolitik und -sicherung in isolierte, lokale Aktivitäten aufgesplittert werde (vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF 1987, S.213).

Obgleich es eine *»substanzielle Regionalisierung«* der Gesundheitsplanung z.B. im Hinblick auf siedlungs- und raumstrukturelle Erfordernisse bislang noch nicht gibt, haben zahlreiche der aktuellen Diskussionsthemen wie »Kostendämpfung« oder »Ärzteschwemme« stets auch eine implizite regionale Komponente. Zugleich gewinne neuerdings „in der Diskussion um die erforderliche Anpassung der Medizin an die geänderten sozialen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen die Forderung nach einer verstärkten Kommunal- und Regionalorientierung als Voraussetzung einer effektiven und effizienten Medizin wachsende Bedeutung" (MONHEIM/GOESCHEL 1985).

Auch in der *internationalen gesundheitspolitischen Diskussion* wird inzwischen immer mehr eine stärkere Berücksichtigung der spezifischen lokalen und regionalen Komponenten der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gefordert. So verlangt die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) in ihrem Konzept *»Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«* eine stärkere Kommunal-/Regionalorientierung der Gesundheitsversorgung, insbesondere mit den Komponenten

- *verstärkte Bürgerbeteiligung* bei der Planung der Gesundheitsversorgung,
- *verstärkte örtliche Kooperataion* von Ärzten und Krankenhäusern, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen; *Integration der verschiedenen Spezialeinrichtungen*,
- *bürgernahe Organisation* der Gesundheitsdienste auf Stadtteilebene,
- verstärkte *Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen* und Hilfestellung zur Übernahme von mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und Aktivierung der Selbsthilfe/Nachbarschaftshilfe (vgl. WHO 1982; HUBER 1983, S.49 ff.).

In der Bundesrepublik diskutierte Vorstellungen einer *regionalisierten Gesundheitsversorgung* gehen dahin, daß unter der gemeinsamen Verantwortung von Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringern auf regionaler Ebene die Umsetzung und Realisierung erfolgt und konkrete Einzelheiten globaler Orientierungsdaten festgelegt werden (vgl. SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.6). Da die Bundesrepublik eines der wenigen europäischen Länder ist, das bislang noch keine raumpolitischen Vorgaben für das Gesundheitswesen macht, besteht politischer Handlungsbedarf in der Vorgabe von ordnungspolitischen *Versorgungsräumen*. Als Versorgungsräume in Betracht kämen Planungsräume der Raumordnung, Versorgungsräume der kassenärztlichen Vereinigungen, Regierungsbezirke oder Kreise (vgl. von FERBER 1988, S.15), wobei im allgemeinen davon ausgegangen wird, daß die Versorgungsregionen hinsichtlich ihrer Größenordnung unterhalb der Länderebene angesiedelt sein sollten (vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.608). Während für einige letztlich lediglich entscheidend ist, daß überhaupt Planungsräume bestimmt werden, schlagen andere vor, die Festlegung der Größe der Versorgungsbereiche den Ländern zu überlassen (vgl. SPD-Bundestagfraktion 1988, S.6).

Hinsichtlich der *Organisation und Planung der regionalen Gesundheitsversorgung* liegt der Vorschlag vor, für die einzelnen Versorgungsbereiche drittelparitätische, *regionale Gesundheitskonferenzen* aus Vertretern der Krankenkassen, der Leistungserbringer und Gebietskörperschaften zu bilden (vgl. MUDRA 1977; SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.6)[2]. Die regionalen Gesundheitskonferenzen sollen dabei folgende *Aufgaben wahrnehmen* und *Kompetenzen* erhalten:

- Übertragung des globalen Orientierungsrahmens auf die regionale Ebene durch Detaillierung, Einfügung regionaler Besonderheiten und Begründung der Abweichungen von den bundesweiten Empfehlungen.

2) In einigen Konzepten ist vorgesehen, anstelle der »Anbieter medizinischer Leistungen« die »Beschäftigten im Gesundheitswesen« als dritte Gruppe in die Regionale Gesundheitskonferenz einzubeziehen (vgl. TROJAN 1985, S.624).

- Festlegung der in der Region zu erfüllenden gesundheitspolitischen Aufgaben bei Prävention, Rehabilitation und Versorgung.
- Bestimmung des regionalen Finanzrahmens.
- Kooperation mit sämtlichen in der Region im Gesundheitswesen tätigen Gruppen und Institutionen einschließlich Gruppen aus dem Bereich der Selbsthilfe.
- Zuweisung des gesetzlichen Auftrags zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Krankenversicherten.
- Erstellung eines regionalen Gesundheitsbedarfsplanes, der Auskunft gibt über die Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele und die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Region. Im einzelnen soll dieser regionale Gesundheitsplan z. B. im Bereich der *Prävention* (vgl. SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.7 f.):
  - Schwerpunkte der Krankheitsverhütung nach Krankheitsarten, Eingriffsfeldern und sozialen Zielgruppen benennen,
  - Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der jeweils vorhandenen regionalen bzw. kommunalen Einrichtungen, Institutionen, Vereine etc. bezeichnen,
  - die Träger präventiver Maßnahmen bzw. Kampagnen mit ihren jeweiligen sachlichen, personellen und finanziellen Beiträgen sowie mit ihrer Arbeitsteilung untereinander aufzeigen,
  - Aussagen über die Instrumente und die Finanzierung der Prävention enthalten,
  - darlegen, ob und in welcher Weise die Betroffenen und die Zielgruppen an der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Projekte zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zu beteiligen sind.

  Im Bereich der *ambulanten Versorgung* hätte ein regionaler Gesundheitsbedarfsplan
  - die notwendige Zahl der kassenärztlichen und zahnärztlichen sowie nach Fachgebieten spezifizierten Gruppen- und Einzelpraxen,
  - die zur Bedarfsdeckung gegenbenfalls erforderlichen, an der ambulanten Versorgung zu beteiligenden Krankenhäuser,
  - die von den Kassenärzten und Krankenkassen gemeinsam zu betreibenden Einrichtungen, und
  - weitere zur Versorgung erforderliche Institutionen und Personengruppen medizinischer und nichtmedizinischer Art

  zu beschreiben.

  Für den Bereich der *stationären Versorgung* hätte der regionale Gesundheitsplan v.a. die Aufgabe, die notwendige Zahl der Krankenhausbetten sowie ihre fachliche Aufgliederung zu bestimmen.

Nach den Vorstellungen verschiedener Befürworter regionalisierter Gesundheitsversorgungssysteme soll der regionale Gesundheitsplan verbindlich sein und seine Erfüllung der Verantwortung der Krankenkassen obliegen (vgl. SPD-Bundestagsfraktionen 1988, S.8).

Einer regionalisierten Gesundheitspolitik und gesundheitlichen Versorgung werden von ihren Befürwortern eine Reihe von Vorteilen zugeschrieben, sieht man einmal ganz davon ab, daß einige die Auffassung vertreten, daß die (mengenmäßige) *Angemessenheit der Versorgung* ohnehin nur in einem regionalen Rahmen bestimmt werden kann, „in dem die Konkurrenz-, Substitutions- und Wechselwirkungen von Angebot und Nachfrage tatsächlich stattfinden" (vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.608). Andere sehen die Vorzüge v.a. darin, daß auf dieser Ebene die Möglichkeit einer *bürgernahen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens* besteht. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, daß auf dieser Ebene sich auch zunehmend die Trennung der medizinischen von den sozialen Diensten verwischt und verschiedene Träger zur Koordination gezwungen sind. Um letzteres zu fördern wird vorgeschlagen, in einem ersten Schritt insbesondere für jene Aufgabenbereiche, für die mehrere Träger zuständig sind, *regionale Gesundheitsbudgets* anzustreben. „Durch eine aufgabenorientierte Budgetierung dürfte es leichter möglich sein, erwünschte Veränderungen in den Versorgungsformen durchzuführen: z. B. die Umstrukturierung vom stationären in den ambulanten und komplementären Bereich" (DGB 1985 a, S.136). Dabei wird auch erwartet, daß gemeinsame Budgets und gemeinsame Aufgabenplanung auf der regionalen Ebene helfen, „den Verschiebebahnhof zu verlassen und eine Gesamtverantwortung zu installieren" (DGB 1985 a, S.136). Ferner biete es sich an, selbstorganisierte Gesundheitshilfen, entsprechende Tätigkeiten der Wohlfahrtsverbände, der Volkshochschulen, der Sportvereine und nicht zuletzt der Betriebe in die *regionalen Gesundheitsprogramme* einzubeziehen (vgl. TROJAN 1985, S.621 ff.).

3. 4. 5 Budgetierung als Steuerungselement

3. 4. 5. 1 Funktionsweise und Formen der Budgetierung

Budget ist zunächst einmal lediglich eine andere Beschreibung für den Haushalts- bzw. den Finanzplan eines Zeitabschnitts, in welchem Voranschläge der Einnahmen und Ausgaben für ein Haushaltsjahr enthalten sind. Entsprechend wird unter *Budgetierung* der *Prozeß der Budgeterstellung* verstanden. I.e.S. bedeutet Budgetierung, daß einem Leistungserbringer für eine Periode ein Geldbetrag *ex ante* für eine zu erbringende Gesamtleistung zur Verfügung gestellt wird. Grundsätzlich lassen sich die bereichsbezogene und die programmbezogene Budgetierung unterscheiden; bei erster wird i. d. R. von den einzusetzenden Ressourcen ausgegangen, wobei man sich häufig an den Erfahrungswerten der Vergangenheit orientiert (*input-orientierte Budgetierung*); bei der zweiten Art wird im allgemeinen bei den zu erreichenden Zielen angesetzt und das Maßnahmenbündel zu deren Erreichung geplant (*output-orientierte Budgetierung*).

Charakteristisch für die Budgetierung ist, daß nicht einzelne Mengen oder Preise, sondern deren Produkt auf der aggregaten Ebene durch verbindliche *ex ante* Festlegungen gesteuert werden. Dies erlaubt dem Leistungserbringer ein relativ *hohes Maß an Entscheidungsspielraum*, weil er 1) *unterschiedliche Preis-Mengen-Kombinationen* für den Ressourceneinsatz wählen kann und 2) *Leistungsmenge und Leistungsqualität* gegeneinander substituieren oder beide senken kann.

Neben der oben genannten grundsätzlichen Unterscheidung können Budgetierungssysteme eine *Vielzahl von Formen* annehmen, je nachdem welche Elemente eines solchen Systems miteinander kombiniert werden. Eine Klassifizierung läßt sich z.B. nach folgenden Gesichtspunkten vornehmen (vgl. R.SCHMIDT 1986; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.30):

- nach der Revidierbarkeit des Budgets in *starres* und *flexibles Budget*;
- nach der Freiheit des Budgets von Nebenbedingungen in *globales* und *strukturiertes Budget* sowie in Budget mit Preis- und/oder Mengenvorgaben;
- nach dem Umfang der vom Budget erfaßten Bereiche in *Total-* und *Partialbudget*;
- nach der Ermittlungsmethode in *analytisch ermitteltes Budget* (zero-base-budgeting) und *fortgeschriebenes Budget*;
- nach dem Grad der Autonomie der Budgetaufstellung in fremdbestimmtes Budget (*externes Budget*), eigenbestimmtes Budget (*internes Budget*) und *ausgehandeltes Budget*;
- nach dem Grad der Verbindlichkeit in *imperatives* und *indikatives Budget*.

Aus der Sicht der Globalsteuerung kommen im Grunde nur externe Budgets als Steuerungsinstrument in Betracht. In reiner Form findet das externe Budget bei staatlichen Gesundheitsdiensten Anwendung. Da eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens nicht zur Diskussion steht, dürften für die Bundesrepublik allenfalls *flexible Budgets* mit einem mehr oder weniger hohen Grad an Verbindlichkeit in Frage kommen. Grundsätzlich sind allerdings auch derartige Budgets mit den Schwierigkeiten der Bestimmung des *optimalen Budgets*, des *Budgetvollzugs* sowie der *Budgetkontrolle* konfrontiert (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.31). Für eine Globalsteuerung alleine unbrauchbar sind interne Budgets. Sind interne Budgets hingegen Konsequenz einer externen Budgetierung, sind sie hinsichtlich wesentlicher Determinanten von der externen Budgetierung abhängig (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.31; FREYMANN 1987, S.443).

An die *externe Budgetierung* werden im wesentlichen folgende Erwartungen gestellt (vgl. FREYMANN 1987, S.445):

- Begrenzung der Gesundheitskosten;
- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit;
- leistungsgerechte Vergütung der gesundheitlichen Leistungen und Güter;
- bedarfsgerechte Entwicklung des Leistungsangebotes.

Damit diese Erwartungen sich auch tatsächlich einstellen, sind eine Reihe von Rahmenbedingungen und Erfordernissen zu beachten. So besteht bei der *Begrenzung der Kosten* die Gefahr, daß es lediglich zu einer „reinen Kostendeckelung ohne Rücksicht auf die tatsächlich entstandenen Kosten" kommt (FREYMANN 1988, S.445). Insbesondere muß darauf geachtet werden, daß die Budgetierung nicht zu einer Festschreibung von Leistungsstrukturen führt, die Wirtschaftlichkeit nicht durch Leistungseinschränkung und Qualitätsminderung erreicht und bereits wirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer nicht benachteiligt werden.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß unter Budgetierung die zahlenmäßige Darstellung von geplanten Ausgaben (Kosten) auf der Grundlage geplanter Leistungen zu verstehen ist. „Das Budget will also geplante Handlungen zum Ausdruck bringen. Es ist der Versuch, angesichts nicht unbeschränkt zur Verfügung stehender Mittel für Gesundheitsleistungen das rationale Prinzip des Wirtschaftens

- bestmögliche Versorgung bei feststehendem Budget oder
- vereinbarter medizinischer Standard zu minimalen Kosten

zu quantifizieren. Soll die Budgetierung zum Erfolg führen, darf das Budget insoweit keine unverbindliche Prognose sein, sondern eine Vorgabe, die im Wirtschaftsprozeß soweit wie möglich einzuhalten ist" (FREYMANN 1987, S.443).

3.4.5.2 Merkmale starrer und flexibler Budgetierung

In der gesundheitspolitischen Diskussion über Budgetierung spielt die Frage eine wesentliche Rolle, auf welcher Basis die für einzelne Versorgungsbereiche vorzugebenden Budgets definiert werden sollen. Als grundsätzliche Bezugsbasen zur Verfügung stehen

- *kapazitätsorientierte Bezugsbasen* (starre Budgets);
- *prozeßorientierte Bezugsbasen* (flexible Budgets).

Charakteristisch für *starre Budgets* ist, daß sie die Leistungsinanspruchnahme unberücksichtigt lassen und einem Versorgungsbereich bzw. einem bestimmten Leistungserbringer (z.B. einem Arzt oder einem Krankenhaus) pro Periode einen fixen Betrag zuweisen. Erhalten Leistungserbringer für eine bestimmte Periode ein fixes Budget, beschränken sich deren Reaktionsmöglichkeiten allein auf die Kostenseite. Da aber mit jedem zusätzlichen Fall und jeder zusätzlichen Leistung sich die Kosten erhöhen, besteht bei starren Budgets die latente Gefahr, daß die Versorgungsqualität nachläßt.

Nicht zuletzt wegen dieser Problematik laufen die meisten Vorstellungen darauf hinaus, Budgets nicht starr vorzugeben, sondern sie in Abhängigkeit von der Zahl und der Struktur der tatsächlich in einer Periode erbrachten Leistungen zu kalkulieren. *Flexible Budgets* versuchen die tatsächliche oder die erwartete Inanspruchnahme der Kapazitäten bei der Budgetberechnung zu berücksichtigen. Während die Vorhaltekosten (Krankenhauskapazitäten, Praxiskosten, etc.) im allgemeinen mit einem starren Budget vergütet werden, werden die durch die tatsächliche Inanspruchnahme entstehenden Aufwendungen, also die variablen Kosten, über ein flexibles Budget abgegolten. Dies bedeutet, daß sich die Budgethöhe mit der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge verändert, d.h. erst *ex post* engültig feststeht. Im Gegensatz zu starren Budgets ist bei flexiblen Budgets eine *ex ante* Bestimmung der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen nicht möglich (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987).

In gewisser Weise einen Mittelweg zwischen starrem und flexiblem Budget stellt das sog. *populationsbezogene Budget* dar. Bei diesem Budgetierungsverfahren werden die Struktur und der Umfang der Bevölkerung, für die ein Arzt bzw. ein Krankenhaus die Versorgungsverantwortung übernimmt, als »Flexibilisierungskriterium« verwendet. Zur Berücksichtigung der Morbidität des potentiellen Patientenkreises werden diese in unterschiedliche »Risikoklassen« (z.B. Differenzierung der Höhe der Pro-Kopf-Versorgungspauschale nach Alter und Geschlecht) eingeordnet. Das Budget, das dem jeweiligen Leistungserbringer zur Verfügung steht, ergibt sich als Summe der nach Risikoklassen differenzierten Kopfpauschalen. Diese Art von Budget ist zwar hinsichtlich der Festsetzung flexibel, indem der potentiell zu erwartende Ressourcenaufwand berücksichtigt wird, nach der Festsetzung jedoch starr (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987).

3.4.5.3 Strukturierte Budgetierung

Das Konzept der *»Strukturierten Budgetierung«* versteht sich als eine konsequente Weiterentwicklung der bisherigen

Kostendämpfungspolitik. Es sieht vor, nicht nur pauschal eine Grundlohnbegrenzung einzelner Leistungsbereiche vorzunehmen, sondern auch innerhalb der einzelnen Leistungskomplexe Strukturen durch Teilbudgets zu gestalten und für die Zukunft im Sinne einer *zielorientierten Gesundheitspolitik* vorzugeben (vgl. SMIGIELSKI 1986, S.145). Strukturierte Budgetierung ist zugleich *qualitative Budgetierung*, indem die *finanziellen Zuweisungen* für einzelne Teilbereiche auf der *Basis inhaltlicher Prioritäten* erfolgen sollen.

Die strukturierte Budgetierung kann somit als Versuch betrachtet werden, von der reinen Kostendämpfungspolitik wegzukommen und durch Entwicklung eines Zielkata-logs *Ziel-Mittel-Betrachtungen* und *Güterabwägungen* im Gesundheitswesen stärkere Beachtung zukommen zu lassen. Lehnt man die Forderung nach einer individuelleren Risikovorsorge aus sozialpolitischen Gründen ab, benötigt man andere Mechanismen, um zu einer kostenminimalen und bedarfsgerechten Allokation der Ressourcen zu ge-langen. Da es letztlich unmöglich ist, jeglichen aus medizinischer Sicht definierten Bedarf kollektiv zu finanzieren, ist eine permanente Güterabwägung erforderlich, „die bewirken soll, daß die stets zu knappen Ressourcen dort verwendet werden, wo sie den größten Nutzen stiften" (SVR KA: Jahresgutachten 1987, S.80).

Vor diesem Hintergrund ist das Bestreben der *»strukturierten Budgetierung«* zu verstehen, nicht nur das Gesamtbudget für einzelne Leistungsbereiche für eine zukünftige Periode festzulegen, sondern zugleich *strukturelle Vorgaben* innerhalb der einzelnen *Teilbudgets* unter *Qualitäts- und Quantitätsgesichtspunkten* einzubringen. Dabei wird auch darauf verwiesen, daß das Sachleistungsprinzip ja nicht nur die Bereitstellung von Finanzmitteln beinhalte, sondern darüber hinaus auch die Bereitstellung von Leistungen umfasse, mithin die Einflußnahme der Krankenversicherung auf die Qualität und die Quantität der zu erbringenden Leistungen geradezu unabdingbar sei (vgl. SMIGIELSKI 1986, S.146).

Die Anwendung des Konzepts der »strukturierten Budgetierung« erfordert neben einer *aussagefähigen Gesundheitsberichterstattung*, die es ermöglicht, gesundheitspolitische Zielvorstellungen zu präzisieren, zugleich eine detallierte *Zielerreichungsanalyse*, um Korrekturen in den Mittelzuweisungen vorzunehmen. Die zukünftige Festlegung der Mittel in Budgets oder Teilbudgets verlangt zwingend ein *abgestimmtes Zielsystem*. Dies heißt mit anderen Worten, die Verantwortlichen im Gesundheitswesen müssen sich im vornhinein darüber im klaren sein, was erreicht, verbessert oder optimiert werden soll (vgl. SMIGIELSKI 1986, S.146). „Wer immer seinen Anteil am Budget erhöhen will (beispielsweise Diagnostik, Früherkennung), soll Nutzen, direkte Kosten und Folgekosten präsentieren (Begründungsgebot)" (HENKE 1984, S.18).

Strukturierte Budgetierung bedeutet damit aber eine Absage an eine apriorisch gleichmäßige quantitative Entwicklung einzelner Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung. Das *Steuerungspotential dieses Instruments* liegt gerade darin, durch für einzelne Bereiche unterschiedliche Budgets *ex ante* festgelegte Ziele und Prioritäten ihrer Realisierung näherzubringen. Sowohl die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen können damit ziel- und prioritätenorientiert eingesetzt als auch die Kapazitäten der Leistungserbringung dorthin gelenkt werden, wo sie entweder benötigt werden bzw. ihr Einsatz am zweckmäßigsten erscheint. So können beispielsweise Versorgungsdefizite und bestehende Überversorgungen Anlaß dazu sein, daß einzelne Versorgungsbereiche überproportional wachsen und andere schrumpfen müssen. Die prioritätenorientierte Mittelverwendung impliziert also, daß Rückbildungen einzelner Teilbudgets (z. B. Prothetikleistungen) möglich sein müssen.

Das Konzept der »strukturierten Budgetierung« bedarf zwar noch der Weiterentwicklung und Verfeinerung; Grundgedanken daraus sind jedoch bereits in der Vergangenheit ansatzweise zur Anwendung gelangt. Als konkreter Schritt, durch Festlegung eines Teilbudgets Qualität und Quantität der kassenärztlichen Versorgung zu beeinflußen, ist z. B. die *Begrenzung der Laborleistungen* in der kassenärztlichen Versorgung zu werten. Hierbei ging es nicht allein darum, das finanzielle Budget dieses Teilbereichs zu begrenzen; Ziel war es auch, die persönlichen ärztlichen Leistungen im Vergleich zur Medizintechnik nicht zuletzt im Interesse der Versicherten höher zu bewerten. Ebenfalls inhaltliche Zielsetzungen waren ein ausschlaggebender Aspekt bei der *Absenkung der Prothetik im Bewertungsmaßstab*. In diesem Falle sollte innerhalb des Gesamtbudgets für zahnärztliche Leistungen das Teilbudget für Zahnerhaltung im Vergleich zur Prothetik relativ erhöht werden, um dadurch das *gesundheitspolitische Ziel* »Zahnerhaltung vor Zahnersatz« praktisch umzusetzen (vgl. SMIGIELSKI 1986, S.146).

3. 4. 6 Mengensteuerung als regulatives Instrument

Ein anderes *Steuerungsinstrument*, das im Rahmen regulativer Strategien prinzipiell zur Verfügung steht, ist die *Mengensteuerung*. Während die Budgetierung noch eine Mengenausweitung (bei im allgemeinen sinkenden Preisen) gestattet, erfolgt die Steuerung bei Güterinput- bzw. Güteroutputlimitierungen über die *exogene Festlegung von Mengen*. Ansatzpunkte einer Mengensteuerung sind entweder die *Outputmengen*, also die für den »Konsum« zur Verfügung stehenden Güter und Leistungen, oder aber die *Faktoreinsatzmengen*, d. h. die für die Produktion von Gütern und Leistungen bereitstehenden Ressourcen (z. B. Kapital, Personal etc.).

3. 4. 6. 1 Mengenmäßige Steuerung der Leistungsabgabe

Bei vorgegebenen Preisen (z. B. in Form von Gebührenordnungen) stellt die Outputlimitierung eine der wirksamsten Formen der Kostensteuerung dar. Dabei werden im Unterschied zur Budgetierung die Mengen, die über die GKV abrechenbar sind, mehr oder minder stringent rationiert. Eine Outputlimitierung führt letztlich zu einer *direkten Rationierung der Leistungen*, sobald die festgelegten Mengen das nachgefragte Ausmaß unterschreiten. Um angebotene und nachgefragte Mengen miteinander auszugleichen, werden im allgemeinen Rationierungsmechanismen erforderlich. Diese können zwar unterschiedlich gestaltet sein, z. B. mittels Scheinen oder, etwas flexibler, durch den Arzt, beinhalten jedoch stets die Gefahr, daß auftretender Bedarf unter Umständen nicht in ausreichendem Umfang gedeckt werden kann (vgl. PFAFF 1983 b, S.160; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.22 f.). Eine Mengensteuerung, die zu einer Mengenbeschränkung in der Leistungsgewährung führt, also einer faktischen Rationierung der Gesundheitsgüter gleichkommt, gilt als sozial unverträglich und wird von daher ganz überwiegend abgelehnt. Zudem wird die Auffassung vertreten, daß bei konkurrierenden Leistungsanbietern weder durch Leistungsbeschränkungen

für die einzelnen Produzenten (Betriebe) noch durch eine auf Bundes- oder Länderebene angesiedelte globale Mengensteuerung die Bedarfsadäquanz der Versorgung sicherzustellen ist (vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.608).

Entscheidend für die Einschätzung der Mengensteuerung ist allerdings auch, welche Ziele mit diesem Instrument erreicht werden sollen und wie die Festlegung der zulässigen Mengen vorgenommen wird. Grundsätzlich ist z.B. denkbar, daß die festgelegten Mengen einen Umfang haben, der eine bedarfsadäquate Versorgung zuläßt, es aber darum geht, die Gesamtmenge rationaler zu verteilen und eine unnötige bzw. verschwenderische Abgabe von Gütern und Leistungen zu vermeiden. Eine solchermaßen verstandene Mengensteuerung setzt jedoch zwingend voraus, daß es gelingt, den zu befriedigenden Bedarf adäquat zu ermitteln.

Im Gegensatz hierzu wurden mit den bisherigen Ansätzen der Mengensteuerung in erster Linie *Kostendämpfungsziele* verfolgt: „Mengenbeschränkung oder -reduktion (Senkung der Verweildauer, Bettenabbau) erfolgten im wesentlichen deshalb, weil steigende Mengen nur zu steigenden Kosten zu haben gewesen wären. In diesem Sinn setzten alle bisherigen Kostendämpfungsstrategien an Preisen und *globalen Mengenziffern* an" (NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.608). Bei dieser primär *administrativ-fiskalisch orientierten Mengensteuerung* wurde zwar implizit unterstellt, daß die abgegebenen Leistungsmengen wohl tendenziell zu hoch seien, eine eingehende Untersuchung der Frage, „ob und inwieweit die heute abgegebenen Leistungs*mengen* in ihrer Qualität und Struktur den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen" (NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.608), unterblieb bislang jedoch. Vielmehr muß davon ausgegangen werden, daß das Abgabeverhalten der Leistungsanbieter gegenüber den einzelnen Patienten in bezug auf die Leistungsmengen und die Leistungsstruktur faktisch noch völlig unkontrolliert ist.

Ausgehend davon, daß eine Marktorientierung keine Lösung dieses Problems darstelle, wird die Auffassung vertreten, daß in Anbetracht des vergleichsweise geringen Erfolges bisheriger regulativer Strategien die globale, auf Preisen und Mengen bezogenen Kostenbeeinflussung ergänzt werden müsse durch die Etablierung eines *politisch-administrativen Kontrollmechanismus* für die Bedürfnisadäquanz der Leistungsabgabe im Medizinsystem. Als Instrument vorgeschlagen wird dafür die *epidemiologisch orientierte Mengensteuerung* (vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.608).

Ausgangspunkt dieses *sozial-medizinischen Steuerungsansatzes* bildet die Auffassung, daß die Leistungsabgabe sowohl unter medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten wie unter dem Kriterium der Angemessenheit der gesundheitlichen Versorgung im Sinne der RVO-Bestimmungen der kritischen Beurteilung bedarf. Ferner sei zu überprüfen, ob bestimmte, unter ärztlichen Gesichtspunkten als angemessen bewertete Leistungen bei Berücksichtigung sonstiger Gesichtspunkte (z. B. sozialer, familiärer, regionaler Art) gegebenenfalls anders einzuschätzen sind und ob das professionelle medizinische Versorgungssystem überhaupt als Bewältigungsinstanz für die jeweiligen Probleme das geeignetste ist.

Als wesentlichste Voraussetzung für die Anwendung nennt dieser Steuerungsansatz die Kenntnis über den Verbrauch der Gesundheitsleistungen einer definierten Bevölkerung. Gefordert ist somit die *Herstellung epidemiologischer Transparenz* über das Leistungsgeschehen. Dahinter steht die Auffassung, daß medizinische Leistungen nur dann fachlich zu beurteilen sind, wenn ihre Konsumenten und deren Erkrankungshäufigkeit bekannt sind.

Kerngedanke des Ansatzes ist, statistisch zu prüfen, ob die epidemiologisch erwartete Häufigkeit von Leistungen für die einzelnen Behandlungsanlässe und die tatsächlich erbrachten Leistungsmengen übereinstimmen. Als Charakteristikum der epidemiologischen Transparenz wird dabei angesehen, „daß gegenüber den bisherigen Ansätzen nicht die leistungserstellende Einrichtung und ihre betrieblichen Parameter im Vordergrund der Betrachtung stehen, sondern die erbrachten bzw. in Anspruch genommenen Leistungsmengen nach Art und Umfang, bezogen auf die Leistungsempfänger, untersucht werden (NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.612). Ziel ist es, auf der Basis *epidemiologischer Evidenz* die Notwendigkeit und Angemessenheit einer bestimmten Kombination und Häufigkeit medizinischer Leistungen für eine definierte Personengruppe zu bewerten und auf dieser Basis geeignete Korrektur- und Steuerungskonsequenzen anzusetzen und Planungsmaßnahmen vorzunehmen.

Als Instrument der *inhaltlichen Steuerung des Leistungsgeschehens* wird dabei der *sozialmedizinische Diskurs* empfohlen. Dieser soll auf regionaler Ebene erfolgen und die beteiligten Gruppen (Leistungsanbieter, Nachfrager und staatliche Steuerungsinstanzen) umfassen. Seine zentrale Aufgabe bestünde in der Konfrontation der Beteiligten, insbesondere der Leistungserbringer, mit den aufklärungsbedürftigen Sachverhalten epidemiologisch nicht erklärbarer Behandlungshäufigkeit mit dem Ziel, im Rahmen der Selbstregulation geeignete Abhilfemaßnahmen einzuleiten (vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.612 ff.).

3. 4. 6. 2 Steuerung des mengenmäßigen Inputs (Angebotssteuerung)

Eine grundsätzliche Alternative zur mengenmäßigen Steuerung der Leistungsabgabe besteht in der *quantitativen Steuerung des Angebots*. Dahinter steht zumeist die Annahme, daß von einer Beschränkung des Leistungsangebots ein dämpfender Effekt auf die Entwicklung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen und -güter ausgeht. Dies gilt allerdings nur dann, wenn zwischen der Zahl der vorhandenen und angebotenen Produktionskapazitäten und der Nachfrage nach bzw. der Ausgabenhöhe für Gesundheitsleistungen ein positiver Zusammenhang unterstellt werden kann. Einen solchen Zusammenhang postuliert z. B. das sog. Roemersche Gesetz, nämlich eine ursächliche Beziehung zwischen der Zahl der Krankenhausbetten als der unabhängigen und der Höhe der Ausgaben für Krankenhausleistungen als der abhängigen Variablen. Daneben gibt es vor dem Hintergrund steigender Ärztezahlen eine Reihe von Indizien, die dafür sprechen, daß die Leistungsmenge mit der Zahl niedergelassener Ärzte tendenziell steigt (vgl. WIdO 1978).

Unabhängig davon existiert zwischen der *finanziellen Globalsteuerung* und der *Entwicklung des Personaleinsatzes* im Gesundheitswesen ein »latenter Konflikt« (vgl. GRIESEWELL 1985, S.569). Soll am Ziel der Beitragssatzstabilität festgehalten werden, d.h. die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin an der allgemeinen Einkommensentwicklung orientiert werden, bedeutet dies, daß bei einem zur Entwicklung der Gesamtbeschäftigung überproportionalen Anstieg der Zahl der Erwerbstä-

tigen im Gesundheitswesen, das Einkommensniveau im Gesundheitswesen langsamer steigen muß als das allgemeine Einkommensniveau oder aber die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen nicht stärker steigen darf als die Zahl der Erwerbstätigen insgesamt, wenn erstere voll am allgemeinen Einkommensanstieg teilnehmen sollen.

Dies schafft nicht nur eine verteilungspolitisch angespannte Situation, sondern führt auch zu einem erheblichen Druck in Richtung Ausweitung der Finanzierungsspielräume der GKV. Allein schon daher stellt sich mit Nachdruck die Frage, inwieweit die finanzielle Globalsteuerung „durch eine Strategie zur Steuerung des Personaleinsatzes im Gesundheitswesen flankiert und entlastet werden kann" (GRIESEWELL 1985, S. 570). Andernfalls, so wird argumentiert, führe z.B. die Entwicklung der Ärztezahlen in den nächsten Jahren „bei unverändertem Fortbestehen des geltenden Zulassungsrechts zu einer unvertretbaren Expansion der Ausgaben für ärztliche Behandlung" (VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN 1983, S.69 ff.).

Obgleich Strategien der realen Leistungseinschränkung (z.B. über Zulassungsbeschränkungen der Ärzte, Personalsperren, Sachkapitalausstattungslimitierung) nicht ganz so stark umstritten sind wie direkte Rationierungen der Leistungsinanspruchnahme, treffen für die Inputsteuerung ähnliche Bedenken zu, wie sie für die Outputsteuerung geäußert wurden. Eine politisch-administrative Inputsteuerung geht gewöhnlich vom Bedarfsprinzip aus, d.h. die Versorgung mit Gesundheitsleistungen und -gütern soll einem wissenschaftlich ermittelten Bedarf entsprechen, wobei die allgemeinen Bedarfsvorstellungen gemäß einer Prioritätensetzung in konkrete Angebotspläne umgesetzt werden.

Das Problem, das sich dabei ergibt, besteht darin, daß die für die Angebotsplanung Verantwortlichen die Produktionsfunktion kennen müssen, über welche die Zielgrößen, gemessen in Outputmengen, indirekt angestrebt werden sollen. Anders ausgedrückt setzt eine zielorientierte Mengensteuerung detaillierte Kenntnisse der Input-Output-Verflechtungen des Gesundheitssektors voraus. Ist dies jedoch der Fall, so besteht die grundsätzliche Möglichkeit, über exakt bestimmte Inputeinheiten ein ganz bestimmtes Versorgungsniveau (Output) anzusteuern. Werden für die limitierten Inputeinheiten zudem Preisfixierungen vorgenommen, läßt sich das Ausgabenvolumen outputorientiert festlegen (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.22).

Bedenken gegen die inputorientierte Mengensteuerung resultieren vor allem daher, daß, wenn sie einigermaßen erfolgreich angewandt werden soll, sehr restriktive, einschließlich dirigistische Eingriffe eingesetzt werden müssen. So kann erforderlich sein, „daß alle Produzenten ihre Autonomie dahingehend einschränken, daß sie nur die gewünschten bzw. genehmigten Inputmengen einsetzen, letztlich also ihre Verfügungsfreiheit über die Produktionsfaktoren aufgeben" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.22). Zudem ist es i.d.R. notwendig, neue hinzutretende »Produzenten« von Gesundheitsleistungen und -gütern nurmehr in dem für die Bedarfssicherung notwendigen Ausmaß zuzulassen.

Ungeachtet der verschiedenen Schwierigkeiten sowie der vor dem Hintergrund der bundesrepublikanischen Wirtschaftsordnung nicht unproblematischen Eingriffe sehen insbesondere die Verfechter von Globalsteuerungsansätzen in Anbetracht der restriktiven Nebenbedingungen (u.a. finanzielle Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Finanzmittel) kaum eine Alternative dazu, auch zukünftig in bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens eine inputorientierte Mengensteuerung anzuwenden. Dabei wird auch darauf verwiesen, daß bereits derzeit im Leistungsbereich der GKV an mehreren Stellen eine Mengensteuerung stattfinde (z.B. Großgeräteverordnung, kassenärztliche Bedarfsplanung, Krankenhausbedarfsplanung), die weder zu Versorgungsengpässen noch zu einer feststellbaren Minderung der Qualität der medizinischen Versorgung geführt habe.

In Anbetracht dessen, daß man nicht auf die *Steuerung des Leistungsangebots* verzichten könne, gehe es vor allem darum, die damit verbundenen Regulierungen rationaler zu gestalten und sie mit einer klaren *output-orientierten Zielsetzung* zu verbinden. Insbesondere wird angestrebt, Angebotssteuerung nicht allein zu dem Zweck zu verfolgen, eine Ausgabenbeschränkung zu erreichen.

3. 4. 7 Steuerung über administrierte Preise

Im Gegensatz zur Mengensteuerung werden bei der *Steuerung über administrierte Preise* die Preise der Leistungen und Güter administrativ vorgegeben, wobei das regulative Element der Strategie vor allen Dingen in der *bewußten Gestaltung der Preisrelationen* besteht. Administrierte Preise sind von daher vor allem dann anzuwenden, wenn die Struktur des Angebots sowie der Nachfrage bewußt beeinflußt werden soll.

Sehr weitgehend definiert sind zu den *staatlich administrierten/kontrollierten Preisen* all jene Güter-, Leistungs- und Faktorpreise zu zählen, die vom Staat kraft hoheitlicher Machtbefugnisse und/oder in seiner Eigenschaft als Anbieter oder Nachfrager fixiert oder gezielt beeinflußt werden (vgl. BREITENSTEIN 1977, S.27). Administrierte Preise bilden somit im Gegensatz zu den Marktpreisen nicht Knappheiten zwischen individuellen Angeboten und individueller Nachfrage ab, sondern sind Ausdruck der Einschätzung von Knappheiten durch Instanzen mit obrigkeitlichen Befugnissen. Während Teile der Wissenschaft und vor allem der Wirtschaft *staatlichen Preisinterventionen* generell äußerst skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen, da sie durch solche Maßnahmen eine tendenzielle Paralysierung der wirtschaftspolitischen Handlungsfähigkeit befürchten (vgl. BAUM 1980, S.22), halten andere staatliche Maßnahmen zur Kontrolle der Preise in Anbetracht des von ihnen konstatierten »Marktversagens« als geradezu unabdingbar. Dort wo die Voraussetzungen des vollkommenen Marktes fehlen, stattdessen unvollständige Konkurrenz und insbesondere mangelnde Markttransparenz vorherrschen, soll die staatliche Preispolitik eingreifen und Preise festsetzen, die überhaupt nicht oder erst nach längerer Zeit durch den Marktmechanismus bestimmt würden.

Neben Begründung administrierter Preise durch Unvollkommenheiten auf der Angebotsseite gibt es Positionen, die marktkorrigierende Staatseingriffe in die Preisbildung primär mit gesellschaftspolitischen Erfordernissen rechtfertigen. Diese führen an, daß der Marktmechanismus nicht in der Lage sei, für bestimmte Bereiche (z.B. im Gesundheitswesen) eine Versorgungssicherheit zu garantieren, ein ausreichendes Angebot öffentlicher Güter sicherzustellen, nicht offengelegte oder fehlgeleitete individuelle Präferenzen zu korrigieren sowie sozial notwendigen distributions- und beschäftigungspolitischen Erfordernissen Rechnung zu tragen (vgl. BAUM 1980, S.18 ff.).

Vor allem im Bereich des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle spielen *kollektive Verhandlungspreise*, die sich von administrierten Preisen insofern unterscheiden, als an der Preisbestimmung prinzipiell beide Seiten, Anbieter und Nachfrager, beteiligt sind. Insbesondere dann jedoch, wenn Verhandlungspreise allgemeinverbindlich werden und ihre Bestimmung in sehr zentralen Verhandlungen erfolgt, weisen sie tendenziell dieselben Eigenschaften wie administrierte Preise auf.

Charakteristisch für eine *Globalsteuerung mit administrierten Preisen* bzw. *Verhandlungspreisen* ist, daß im Gegensatz zur Mengensteuerung versucht wird, das Verhalten der Anbieter und Nachfrager nicht über direkte Handlungsanweisungen, sondern über *finanzielle Anreize* zu steuern. Das *Steuerungsziel* wird nicht über die Vorgabe von Inputmengen wie z.B. personellen und sachlichen Kapazitäten angestrebt, sondern durch eine *Änderung der Preisverhältnisse*. Im Vergleich zur Mengensteuerung weist die pretiale Lenkung verschiedene Vorteile auf: Zum einen wird die Handlungsfreiheit der Anbieter durch administrierte Preise weniger eingeschränkt als durch imperative Mengenvorgaben, da sie Art und Umfang ihrer Reaktionen auf Preisänderungen selbst bestimmen und dabei im allgemeinen zwischen verschiedenen Alternativen wählen können. Zum anderen sind Preisanpassungen flexibler und rascher zu bewerkstelligen als eine Änderung der Mengenvorgaben (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.26). Insbesondere haben die Anbieter bei vorgegebenen Preisen immer noch die Möglichkeit, durch Veränderung ihrer Kostenstruktur Gewinne zu erwirtschaften (vorausgesetzt, es handelt sich um »faire« Preise).

Im derzeitigen System der GKV weisen die *Gebührenordnungen* in starkem Maße Elemente *pretialer Steuerungstrategien* auf. Durch eine Neubewertung einzelner Positionen der Gebührenordnung ist es grundsätzlich möglich, Einfluß auf die Angebotsstruktur (Mengenstruktur) zu nehmen. Allerdings sind die *Anpassungsreaktionen* nicht exakt vorauskalkulierbar und Ausgabenreduktionen nicht in jedem Fall sichergestellt.

Eine Hauptschwierigkeit beim Einsatz pretialer Lenkungsstrategien mittels administrierter Preise besteht in der richtigen Ermittlung der für die *Preisfixierung* erforderlichen *relativen Knappheiten*. Erforderlich ist eine operationalisierbare Zielfindung, auf deren Basis durch Vergleich zwischen gewollter Gesundheitsversorgung und dem Ist-Zustand relative Knappheiten bestimmbar sind, die schließlich die Grundlage für zu setzende Preise bilden. Sollen die festgelegten Preisverhältnisse nicht strukturkonservierend wirken, ist eine regelmäßige Überprüfung der Entwicklung mit dem Ziel vorzunehmen, durch periodische Revision der gesetzten Preise auf dem anvisierten Zielerreichungspfad zu bleiben und eventuelle Fehlentwicklungen zu korrigieren.

3. 5 Instrumente zur Intervention auf der Mikro-Ebene

3. 5. 1 Anpassung der Mikro-Ebene an globale Vorgaben

Obschon die Hauptansatzpunkte von Globalsteuerungsstrategien auf der Makro-Ebene liegen, werden nichtsdestoweniger die allermeisten *ausgabenwirksamen Entscheidungen auf der Mikro-Ebene*, d.h. von den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens getroffen. Dabei wird weitgehend akzeptiert, daß der *Arzt als Entscheidungsträger* eine *Schlüsselstellung* einnimmt, er es ist, „der die Nachfrage bzw. das Behandlungsbedürfnis des Patienten in Entscheidungen über Art und Umfang der zu erbingenden Leistungen umsetzt" (GRIESEWELL 1985, S.565).

Sollen die durch die Makrosteuerung angestrebten Ziele (z.B. globale oder sektorale Intervention zur Beeinflussung von Aggregatgrößen, wie Gesamtvergütung der Ärzte) realisiert werden, bedarf es in einem dezentral strukturierten Gesundheitsversorgungssystem der flankierenden Steuerung auf der Mikro-Ebene, d.h. der gezielten Beeinflussung der einzelnen Handelnden im Gesundheitswesen. Da die direkte Outputsteuerung (direkte Festlegung der Produktion, der Verteilung und des Konsums an Gesundheitsgütern) für das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland allenfalls theoretische Bedeutung haben kann, kommt es vor allem auf die richtige Instrumentierung der *Inputsteuerung* (Beeinflussung des Ressourcenzuflusses) und der *Prozeßsteuerung* (Beeinflussung der Ressourcennutzung im System) an (vgl. PFAFF 1983 b, S.138 f.). In beiden Fällen ist jedoch die „Kompatibilität der Steuerungsmechanismen auf der Makro- und Mikro-Ebene" zu beachten. „Von Interesse ist vor allem, ob die Prozeßsteuerung auf der Mikro-Ebene dazu beitragen kann, die ausgabenintensiv wirkenden Faktoren zu begrenzen und damit die finanzielle Globalsteuerung zu unterstützen" (GRIESEWELL 1985, S.565).

Konkreter ausgedrückt geht es darum, die Einzelentscheidungen so zu beeinflussen, daß die daraus resultierenden Ausgaben bei Aggregation mit dem zur Verfügung stehenden Gesamtvolumen übereinstimmen. Im Zweifelsfall ist ein derartiger Ausgleich wohl nur über direkte Rationierung zu erreichen, zumal in jenen Fällen, in denen eine global zur Verfügung gestellte Ausgabensumme ganz offensichtlich nicht ausreicht, um die potentielle Einzelnachfrage insgesamt zu befriedigen. Mit derartigen Problemen dürfte man u.U. bei einer strukturierten Budgetierung konfrontiert sein, wenn man aus inhaltlichen Gründen das zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen eines bestimmten Bereiches ganz bewußt kürzt.

Sofern die Entscheidungsträger auf der unteren Ebene nicht gänzlich einer Fremdsteuerung ausgesetzt werden sollen, also nicht mit von strikten von oben bis unten reichenden Planvorgaben operiert werden soll, bedarf es geeigneter Instrumente und Mechanismen, um das Verhalten der Anbieter und der Konsumenten in einer Weise zu beeinflussen, die es erlaubt, die Globalziele – wenigstens approximativ – zu verwirklichen.

Eine auf individuelle Verhaltensbeeinflussung und nicht auf dirigistische Eingriffe angelegte Prozeßsteuerung dürfte insbesondere dann möglich sein, wenn von der weit verbreiteten Annahme ausgegangen werden kann, daß ein überwiegender Teil der durch die »Kostenexplosion« verursachten Ausgabenzuwächse nicht von einer korrespondierenden Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung begleitet war. Trifft dies zu, „bedeutet eine Reduktion der Ausgaben der GKV – unter der Annahme einer gleichbleibenden Quantität und Qualität der realen Gesundheitsversorgung – einen Beitrag zur Effizienz des Prozesses der Produktion von Gesundheitsgütern" (PFAFF 1983 b, S.145). Sind derartige Rationalisierungsreserven dagegen nicht vorhanden, dürfte die Prozeßsteuerung auf erhebliche Abwehr- und Ausweichreaktionen stoßen und mit gegebenenfalls kontraproduktiven Verteilungskämpfen konfrontiert sein.

3. 5. 2 Prozeßsteuerung auf der Angebotsseite

Für die Prozeßsteuerung auf der Angebotsseite stehen u.a. die folgenden Instrumente zur Verfügung:

- *Information der Ärzte* über Effizienz und Effektivität von Arzneimitteln, Behandlungsformen etc.; Information über Preise durch Preisvergleichslisten;
- *Festlegung von Standards* für medizintechnische Verfahren bzw. für die ökonomisch sinnvolle Behandlungsweise;
- *Überprüfung der Effizienz und Effektivität* der ärztlichen Behandlung durch Ausschüsse der Kollegen (peer group review) bzw. durch Gemeinsame Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen;
- *Einführung geeigneter Honorierungssysteme* (pretiale Steuerung; beim Verordnungsverhalten des einzelnen Arztes ansetzende Bonus-Malus-Systeme; Pauschalierungsverfahren);
- *Steigerung des Wettbewerbs* zur Kostensenkung im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich, sofern dies mit der Wahrung von Qualitätsstandards vereinbar ist.

3. 5. 3 Prozeßsteuerung auf der Nachfrageseite

Zwar sind die Hauptbefürworter von Globalsteuerungs- und Budgetierungsansätzen im allgemeinen gegen eine über monetäre Anreize laufende Nachfragesteuerung, grundsätzlich denkbar ist es jedoch, daß eine Globalsteuerung auf der Mikro-Ebene durch eine Nachfragesteuerung ergänzt wird. Umfangreich praktiziert worden ist dies während der im Rahmen der Kostendämpfungspolitik praktizierten Globalsteuerung. Prinzipiell in Betracht kommen hier die Information von Versicherten und Patienten, die Festlegung von Standards, Second-Opinion-Regelungen bei Operationen (diese Maßnahme läßt sich zugleich auch als Instrument zur Steuerung des Angebotsverhaltens einsetzen), Selbstbeteiligungsregelungen, Zugangsbeschränkungen (z.B. Einweisung ins Krankenhaus nur durch Ärzte) sowie Leistungsausgrenzungen.

3. 6 Funktion und Aufgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Ausgehend von den in der Diskussion befindlichen konzeptionellen Ansätzen für eine Globalsteuerung und Budgetierung lassen sich kaum Aussagen machen, welche Funktionsbestimmung den Selbstverwaltungskörperschaften im Rahmen eines derartigen ordnungspolitischen Ansatzes zugedacht wird. Zwar wird von Befürwortern von Globalsteuerungsstrategien – anders als von einigen Vertretern einer marktwirtschaftlichen Orientierung – nicht ausdrücklich eine Beschneidung der Kompetenzen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und schon gar nicht die Auflösung von Selbstverwaltungskörperschaften (z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen) gefordert, allerdings sind klare Vorstellungen in bezug auf den Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltungen bei Vorgabe globaler Orientierungsdaten und Prioritäten nicht auszumachen. Allenfalls sind Aussagen zu finden, wonach das Konzept einer gesamtverantwortlichen und übergreifenden Gesundheitspolitik in einem pluralistischen System durch ein ordnungspolitisch gleichgelagertes Konzept der Steuerung durch Selbstverwaltung und Verhandlungssysteme ergänzt werden müsse (vgl. DGB 1987, S.9).

3. 7 Kontrolle der Zielerreichung

Eine auf Gesamtverantwortung sowie Zielorentierung und Prioritätensetzung angelegte Gesundheitspolitik bedarf in besonderem Maße der *Kontrolle der Zielerreichung.* Ausgehend von der globalen Zielsetzung der Globalsteuerung wird daher verlangt, daß am Ende einer Periode stets eine *Überprüfung des Zielerreichungsgrades* erfolgt. Insbesondere wenn sich die Globalsteuerung als Prozeß versteht, umfaßt die Planung neben der politischen Durchsetzung und der Phase der Realisierung auch die Kontrolle, d.h. die Gegenüberstellung des Erreichten (Ist-Zustand) mit dem Gewollten (Soll-Zustand) (vgl. HENKE 1983, S.350).

Ansätze der Globalsteuerung verstehen die Bestimmung von Zielen und die Festlegung von Prioritäten sowie die Auswahl der Steuerungsinstrumente nicht als einmaligen Akt, sondern als laufenden Rückkoppelungsprozeß. Entsprechende Bedeutung ist der *Erfolgskontrolle* (Evaluation) beizumessen. Eine wesentliche Voraussetzung dieses Steuerungskonzeptes besteht darin, die Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen festzustellen, insbesondere danach zu fragen, inwieweit Ziele erreicht worden sind. Sind Ziele verfehlt worden, gilt es zu analysieren, was die Ursachen dafür waren.

Auf dieser Basis wird selbstverständlich davon ausgegangen, daß kontinuierlich zu prüfen ist, ob die vorgegebenen Ziele noch als realistisch anzusehen sind, oder ob im Lichte der bisherigen Erfahrungen und der eingetretenen Wirkungen eine *Zielrevision* vorgenommen werden muß.

4. Einwände gegen die Globalsteuerung und Budgetierung

4. 1 Grundsätzliche Einwände

Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung werden von nahezu allen Beteiligten eine *Fülle spezifischer Fehlentwicklungen* konstatiert, die sich vor allem in einer Unter- und Überversorgung sowie einer Ausgabenexpansion manifestieren. Das *Gesundheitwesen als Mischsystem* aus Elementen eines marktwirtschaftlich, dezentralen und freiheitlichen Selbststeuerungskonzepts einerseits und eines zentralen und fremdbestimmten Planungs- und Regulierungssystems andererseits, das sich in privat-wirtschaftlich agierenden Wirtschaftseinheiten sowie öffentlich-rechtlich organisierten Institutionen und Zwangsmonopolen ausdrückt, bringt durch sich konterkarierende Effekte Ergebnisse hervor, die Anspruch und Realität der Gesundheitsversorgung weit auseinanderklaffen lassen. Zahlreiche Kritiker gehen davon aus, daß jeder einzelne Beteiligte sich innerhalb dieser in sich unstimmigen Ordnung rational verhält, aufgrund widersprüchlicher Steuerungskonzepte und falscher Anreize führten die einzelwirtschaftlich rationalen Entscheidungen aber in die kollektive Irrationalität, eine Tatsache, die *per se* als Ordnungsdefizit zu werten sei.

Kritik am Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung üben vor allem Wissenschaftler und Politiker, die ihrerseits für den Einbau von stärker marktwirtschaftlich orientierten Steuerungselementen plädieren. Einwände gegen ein System mit stark zentralistischen Entscheidungsansätzen kommen aber auch von Befürwortern einer Steuerung des Gesundheitswesens auf der Ebene der Verbände. Eine dritte Gruppe schließlich kritisiert derartige Konzepte vor allem wegen ihres mangelhaften basisdemokratischen Bezuges,

fehlender Patientenorientiertheit sowie der Dominanz fiskalistischer Überlegungen gegenüber gesundheitlichen Qualitätsaspekten.

Vor allem marktwirtschaftlich orientierte Gegner kritisieren, daß als *Heilmittel* für dieses scheinbar planlose, unkoordinierte und unerwünschte Ergebnis dezentral handelnder Wirtschaftseinheiten mehr Planung, mehr Abstimmung einzelwirtschaftlicher Plandaten und mehr konzertiertes Vorgehen der Betroffenen gefordert werde, um die fehlende Orientierung des Systems zur Entwicklung einer übergeordneten rationalen und objektiven Gesundheitspolitik zu ermöglichen, und eine integrierte Gesundheitspolitik zu erreichen. Globalsteuerung und Budgetierung, die auf *zentralverwaltungswirtschaftlichem Gedankengut* basieren, wird argumentiert, seien die bevorzugten Instrumente, um individuelle und kollektive Rationalität miteinander in Einklang zu bringen.

Die Magie dieser wohlklingenden und ohne nähere Prüfung überzeugenden Argumente verstelle jedoch den Blick für die eigentlichen *Ursachen der Fehlentwicklungen*. Diese lägen keinesfalls in einer der dezentralen Planerstellung immanenten Fehlerhaftigkeit und Funktionsuntüchtigkeit, sondern vielmehr *im Einbau jener zentralistischen und koordinierenden Institutionen* sowie sonstiger spezifischer Regulierungen, die erst die bestehenden strukturellen Verwerfungen und sich wiederholender Finanzierungsdefizite induziert hätten. Es müsse daher entschieden davor gewarnt werden, alte Konzepte und alte Fehler, die bereits einmal in die Sackgasse geführt hätten, durch dieselben Konzepte mit analogen Fehlern korrigieren zu wollen.

Für die *Implementierung solch zentralverwaltungswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente* werden Gründe angeführt, die sowohl der geschichtlichen Entwicklung der GKV als auch der *paternalistisch-sozialen Weltanschauung* entlehnt sind. Das wohl entscheidendste Argument, das zur Rechtfertigung herangezogen wird, um das Gesundheitswesen als marktwirtschaftlichen Ausnahmebereich zu klassifizieren, beruht auf der Annahme der fehlenden Konsumentensouveränität. Es wird argumentiert, daß der einzelne nicht entscheiden könne, was für ihn richtig oder falsch sei. Er schätze nicht nur seine wirklichen Bedürfnisse falsch ein, sondern verfüge grundsätzlich über einen nur begrenzten Zeithorizont. Diese individuellen Unzulänglichkeiten erlaubten es ihm daher nicht, sinnvolle und richtig strukturierte Wahlentscheide zu treffen. Aus diesem Grund müßten Dritte eingreifen, die fehlerhaftes Verhalten korrigieren oder gegebenenfalls ganz verhindern.

Es werde zwar anerkannt, daß auf diese Weise die *individuelle Freiheit* eingeschränkt werde, zugleich aber behauptet, nur durch Anwendung eines gewissen Zwanges könne der einzelne, eingebettet in eine Gemeinschaft, wirkliche Freiheit erlangen, da die ergriffenen Maßnahmen nur dem *Wohl des Betreffenden* dienten. Zur Artikulierung seines Individualinteresses bestehe für ihn in einer *demokratischen Ordnung* die *Möglichkeit der Mitbestimmung und Teilhabe* an Entscheidungen über entsprechende Interessenvertreter.

Für die Kritiker sind bei zentralistischen Steuerungsansätzen Interessenvertreter v.a. deshalb notwendig, um die Aufgabe des Nachfragers, der aufgrund seiner ihm eigenen »angeblichen« Unfähigkeit ausgeschaltet wird, zu übernehmen. Außerdem kann der Staat aufgrund des freiheitlich orientierten Verfassungsauftrags nicht in alleiniger, zentraler und autoritärer Kompetenz die Gesellschafts- und Wirtschaftsabläufe steuern. Diese sind nach Ansicht von Kritikern die eigentlichen Gründe, warum überhaupt Paritizipationsmodelle in die Diskussion gebracht werden, mit denen die Freiheit durch Mitbestimmung realisiert werden soll.

Die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* stellt ein solches Partizipationsforum dar, auf dessen Plattform sich das mobilisierte demokratische Potential artikulieren kann. Mittels dieses *Globalsteuerungsinstruments* soll es den Gruppen des Gesundheitswesens ermöglicht werden, eine gegenseitige Ziel- und Planabstimmung vorzunehmen und die Gesundheitspolitik rational zu planen. Dieses demokratisch und zweckmäßig anmutende Vorgehen erweist sich für zahlreiche Kritiker bei genauem Hinsehen als fataler Irrtum und gerader Weg in die Staatsverwaltung, selbst wenn dies – wenigstens bewußt – auch von den meisten Vertretern der Globalsteuerungsoption nicht gewollt werde.

Nach Überzeugung der Kritiker zeigt sich gerade hier zum einen die Möglichkeit zur Mitbestimmung über Interessenvertreter als reine *Pseudo-Beteiligung*, da nicht nur durch die Möglichkeit der Vorauswahl partizipationsberechtigter Gruppen eine Vorentscheidung gefällt werde, sondern auch die Gewichte ungleich verteilt seien, da ausschließlich die Bundesregierung über die relevanten Orientierungsdaten verfüge. Zum anderen wäre die Möglichkeit zur Entscheidungsgestaltung nur dann ein Instrument zur Verwirklichung der individuellen Freiheit, wenn es möglich wäre, daß die Individualinteressen in der Gemeinschaftsentscheidung repräsentiert wären, oder der Gruppendiskurs automatisch zu einer Anerkennung des objektiv besten Argumentes führen würde. Dabei sei bekannt, daß die *Vielfalt subjektiver Bedürfnisse* und Interessen nicht in einer gebündelten, objektiven Entscheidung kanalisierbar ist. Auch sei aus der Theorie des Staatsversagens seit langem bekannt, daß Interessenvertreter in Form von *Verbandsfunktionären oder Politikern* weit weniger die Interessen derjenigen widerspiegeln, die sie vorgeben zu vertreten, sondern eigene Ziele und Interessen durchzusetzen versuchen. Nicht zuletzt ständen solche Personen unter *starkem Konformitätsdruck*, der sie veranlasse, auf vorgefaßten Meinungen zu beharren, und sich von gegenteiligen Argumenten unbeeindruckt zu lassen. Man muß nach Meinung der Gegner dieser Steuerungsansätze der politischen Entscheidungspraxis schon unkundig sein, um zu der Überzeugung zu gelangen, daß die daraus entstehenden Kompromißlösungen, die von massiven *Einkommens- und Machtinteressen* geprägt sind, in der Lage seien, jeden einzelnen Patienten »vernünftig« zu versorgen.

Das wohl entscheidendste Argument gegen Globalsteuerungsmechanismen besteht für die Kritiker allerdings darin, daß diese *Ersatzsteuerungsgremien* diejenigen Entscheidungen treffen müssen, die dem einzelnem Individuum nicht zugetraut werden. Dabei wird angenommen, daß diese Personen in der Lage sind, richtige, an der Objektivität orientierte Entscheidungen zu tätigen, ohne dabei zu sehen, daß sich hinter einer vermeintlich objektiven Entscheidung fehlerhafte Individuen verbergen, so daß handfeste Subjektivismen und Ideologien das ursprüngliche Ziel ad absurdum führen. Nicht aufgrund individueller Entscheidungen, sondern aufgrund *zentralisierter Entscheidungen* werden Willkür, Verwerfungen und Ungerechtigkeiten erzeugt, die das rechtsstaatliche Denken durch überzogenes sozialstaatliches Denken aushöhlen.

Viele Kritiker sind dabei der Ansicht, daß man wohl relativ schnell Einigung darüber erzielen könne, daß das Gesundheitssystem weder mittels eines reinen Marktsystems, ohne

ordnende Funktion des Staates, noch aufgrund eines reinen Staatssytems, mit ausschließlicher Planungshoheit der Regierung, zu reformieren ist. Vielmehr bestehe die eigentliche Schwierigkeit darin, ein Reformkonzept zu entwickeln, das marktwirtschaftliche und sozialstaatliche Elemente optimal kombiniere. Die spezifischen Steuerungsinstrumente müßten so aufeinander abgestimmt sein, daß sich keine widersprüchlichen Anreize ergeben und zu erwartende Effekte sich nicht gegenseitig neutralisieren. Das Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung verhindere ein solch ausgewogenes, in sich selbst stabiles Mischsystem, da die hierfür erforderlichen Detailregulierungen immer neuen *Regulierungsbedarf* hervorriefen und auf diese Weise eine *Interventionsspirale* in Gang setzten, an deren Ende zwangsläufig, entgegen der ursprünglichen Absicht, ein *staatlich gelenktes Gesundheitssystem stehe.* Von den Befürwortern dieser Strategie bleiben die Spätfolgen ihrer Forderungen unberücksichtigt, zumal kurzfristige Erfolge, die sich erst im Nachhinein als Pyrrhus-Sieg herausstellen, die Richtigkeit ihrer Handlungen bestätigen.

Für zahlreiche Kritiker von Globalsteuerungsansätzen besteht das Ziel daher darin, eine *spezifische Ordnung* zu entwerfen, die über Selbststeuerungsmechanismen verfügt und die Elemente individueller Freiheit sowie staatlichen Zwangs in einem optimalen Verhältnis miteinander verbindet. Dabei müsse allerdings der bereits eingeschlagene Weg zu mehr Staat, mehr Planung und Fremdbestimmung revidiert werden, und durch eine *Entstaatlichung* der erste Schritt in Richtung auf ein freiheitliches, dezentrales sich weitgehend selbsteuerndes Gesundheitssystem eingeleitet werden.

4. 2 Einzelne Kritikpunkte an den Globalsteuerungskonzepten

4. 2. 1 Einwände gegen zentralisierte Entscheidungen

4. 2. 1. 1 Grundsätzliche Bedenken gegen staatliche Eingriffe

Unabhängig vom konkreten Erfolg oder Mißerfolg bezüglich ihres Einflusses auf die Ausgabenentwicklung wird die in der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik angelegte *Budgetierung* bzw. *Plafondierung* als grundsätzlich falscher Weg angesehen. Einer der Haupteinwände lautet, daß mit „Hilfe staatlich vorgegebener Zielgrößen global die Ausgabenentwicklung der GKV *ex ante* festgelegt wird, ohne das Wissen zu besitzen, das sich erst im Prozeßablauf ergibt" (OBERENDER 1986, S.184; vgl. HAMM 1980). Dahinter steht die Überzeugung, daß sich *Marktprozesse* infolge der *Nichtzentralisierbarkeit des Wissens* nicht ohne Nachteil für alle Beteiligten durch andere *Lenkungs- und Koordinationsmechanismen* ersetzen lassen (vgl. HAYEK 1952).

4. 2. 1. 2 Fehlerhafte Bedarfsermittlung

Auch wenn bisweilen eingeräumt wird, daß die *Budgetierung* unter bestimmten Bedingungen die Ausgaben in exakt definierten Grenzen halten kann und damit einen Druck in Richtung auf eine wirtschaftliche Leistungserstellung ausübt, werden doch die damit verbundenen Nachteile als nicht tragbar erachtet. Erste Probleme werden darin gesehen, daß *allgemein akzeptierte Kriterien* für die *Festlegung und Revision des Budgetvolumens* fehlten (vgl. MÜNNICH 1984, S.8). Nach Überzeugung der Kritiker ist die zentrale Bedarfsfestlegung sowohl mit Legitimations- wie auch Definitionsproblemen verbunden. Das Fehlen einer eindeutigen und allgemein akzeptierten Bedarfsdefinition bedeute, daß sich der Bedarf wesentlich an *subjektiven Wertvorstellungen* und *gesellschaftlichen Überzeugungen* orientiere. Zentralisierte Steuerungskonzepte müßten zwangsläufig auf Expertenurteile vertrauen, d.h. die Versorgung der Bevölkerung wird zu einem großen Teil von den subjektiven und im Zeitablauf schwankenden Überzeugungen dieser Experten mitbestimmt (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.147).

Als besonders schlechte Lösung gilt in diesem Zusammenhang der Versuch, die Entwicklung der *Gesundheitsausgaben* auf den *Einkommenszuwachs der Versicherten* zu begrenzen bzw. das *Gesundheitsbudget als konstanten Anteil des Sozialprodukts* zu definieren (vgl. SVR: Jahresgutachten 1985/86, Tz.365, S.170). Begründet wird dies u.a. damit, daß es höchst unwahrscheinlich sei, daß das mit einem auf diese Weise bestimmten Budget mögliche Leistungsangebot den *tatsächlichen Präferenzen der Bürger* gerecht werde (vgl. SVR: Jahresgutachten 1985/86, Tz.365). Da sich »wissenschaftlich« eine ganz bestimmte Höhe des Budgets nicht begründen lasse, beanspruche die staatlich gelenkte Budgetierung, die individuellen Bedürfnisse der Bürger zu kennen und zudem in der Lage zu sein, diese auf der Makro-Ebene aggregieren zu können.

Kritisch wird zudem eingewandt, daß bei der Bedarfsfestlegung über einen gesellschaftlichen Willensbildungsprozeß auf zentraler Ebene tendenziell zu erwarten sei, daß *ideologische und wahltaktische Überlegungen* bei den Entscheidungen der staatlichen Behörden großen Einfluß gewinnen. „Wahlgeschenke und die Pflege guter Beziehungen zur jeweiligen Klientel dürften bei der Entscheidungsfindung oft höheres Gewicht haben als andere problemorientierte Überlegungen" (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.147). Daher sei nicht auszuschließen, daß eine sachorientierte Arbeit unter parteipolitischen und ideologischen Machtkämpfen leide.

4. 2. 1. 3 Nichtberücksichtigung superiorer Bedürfnisse

Obschon die bereits genannten Argumente allein die Ablehnung rechtfertigten, komme noch hinzu, daß bei einer Begrenzung der Entwicklung des Gesundheitsbereiches auf die *Zunahme der Grundlohnsumme* für diesen Bereich höchstens ein Wachstum in der Höhe einer Einkommenselastizität der Nachfrage von eins zugelassen werde (vgl. OBERENDER 1986, S.185). Tatsächlich jedoch deuteten einige empirische Befunde darauf hin, daß Gesundheit als Gut zu den *superioren Gütern* gehöre, d.h. die Nachfrage bei steigendem Einkommen überproportional zunimmt. Gänzlich unberücksichtigt lasse eine derartige Budgetfestsetzung zudem Veränderungen im Krankheitspanorama sowie in der demographischen Struktur der Bevölkerung.

4. 2. 1. 4 Mißachtung der Wachstumsdynamik

Bei alledem steht eine Politik der administrativen Ausgabenbegrenzung nach Ansicht der Kritiker von Budgetierungsstrategien noch dazu im Konflikt mit der Wachstumsdynamik. Einige Wissenschaftler halten es für geradezu willkürlich, die Wachstumsmöglichkeiten eines ganzen Wirtschaftszweiges durch staatliche Vorgaben zu beschränken und ihn in entscheidender Weise seiner Handlungsautonomie zu berauben. Dies erscheint ihnen als umso schwerwiegender, als die Wachstumsdynamik gerade in den Dienstleistungsbereichen bei steigendem Wohlstand als

besonders groß gilt (vgl. OBERENDER 1986, S.186; SVR: Jahresgutachten 1985/86).

4. 2. 2 Bürokratisierung und Fehlentwicklungen

4. 2. 2. 1 Beschränkung der Entscheidungsspielräume durch Bürokratisierung

Budgetierung und Staatseingriffe sind für die Kritiker aber nicht nur untaugliche Instrumente zur Bewältigung der Ausgabenentwicklung, sondern auch der *Ausgangspunkt für weitere Fehlentwicklungen.* So wird die These vertreten, daß die Globalsteuerung in eine sich unaufhaltsam verstärkende *Planung und Bürokratisierung* führe. Begründet wird dies u.a. mit der Feststellung, daß eine Politik der globalen Ausgabenbegrenzung, die wirksam sein wolle, bis zu den Entscheidungen der einzelnen Anbieter durchgreifen müsse. Es genüge z.B. nicht, nur eine Komponente, d.h. entweder nur die Vergütungssätze oder nur den Umfang festzuschreiben. Bei der bestehenden Einzelleistungshonorierung der Ärzte müßten sich die staatlichen Vorschriften bis auf Art und Umfang der abgerechneten Leistungen erstrecken (vgl. SVR: Jahresgutachten 1985/86, S.170). Werde hingegen nur der Umfang festgeschrieben, so bestehe die Gefahr, daß über entsprechende Preissteigerungen diese Einengung kompensiert werde (vgl. OBERENDER 1986, S.185). Ohne eine bis ins Detail gehende Festlegung dessen, was der einzelne Leistungserbringer im konkreten Fall zu tun habe, gebe es keine Gewähr dafür, daß die abgerechneten Leistungsmengen eine Honorarsumme ergeben, die der vereinbarten Gesamtvergütung entspricht (vgl. SVR: Jahresgutachten 1985/86, S.170).

Insbesondere eine Mengensteuerung weist für die Gegner globaler Steuerungsansätze deutliche Nachteile auf; für sie ist sie das typische Instrument staatswirtschaftlicher Volkswirtschaften, in denen es keine freie Verfügung über Produktionsmittel, keinen freien Marktzutritt und keine Freiheit der Berufsausübung und Berufsausbildung gibt. Darüber hinaus sei mehr als fraglich, ob es eine genügend scharfe zukunftsbezogene Bedarfsschätzung geben könne, aus der sich die Versorgungsziele präzise ableiten ließen (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.24).

Generell wird die Auffassung vertreten, daß „Kollektivempfehlungen Hunderttausende selbständig Entscheidender nicht an gesamtwirtschaftliche Höchstbeträge binden können und daß Höchstbeträge für einzelne Ausgabenarten – wegen der substitutiven Beziehungen zu anderen Ausgabensparten und wegen technischer Fortschritte und ihrer Folgen für die Ausgabenstruktur – ein unzweckmäßiges Verfahren der Kostendämpfung im Gesundheitswesen" (HAMM 1984 a, S.8) sind.

4. 2. 2. 2 Erstarrung überkommener Strukturen

Die *Steuerung der Mengenkomponente* über *Quotenregelungen* kann im Prinzip zwar zu einer wirksamen *Ausgabenbegrenzung* führen, beinhaltet nach Ansicht der Kritiker von Globalsteuerungsansätzen jedoch stets die Tendenz zur *Erstarrung überkommener Leistungsstrukturen.* Grundsätzlich könne davon ausgegangen werden, daß die meisten staatlichen Regulierungen strukturkonservierend wirkten, da sie Verteilungspositionen determinierten und jede Veränderung dieser Verteilungskämpfe provozierten (vgl. MÜNNICH 1984 b, S.8).

Derartige Entwicklungen würden aber nicht nur dem steten Wandel in den Angebotsstrukturen und den Patientenwünschen nicht gerecht werden, sondern bedeuteten auch ein Hemmnis bei der Suche nach überlegenen Problemlösungen. Entsprechendes gelte auch für eine Fixierung von Ausgabenblöcken für einzelne Bereiche: Auch hier stehe der Verhinderung von Substitutionsprozessen und damit wahrscheinlichen Umschichtungen zwischen den einzelnen Sektoren die *Einfrierung von Strukturen* gegenüber (vgl. OBERENDER 1987, S.8; METZE 1983, S.335 f.).

4. 2. 2. 3 Hemmnis für innovatorische Prozesse

Darüber hinaus gelten *staatliche Regulierungsmaßnahmen* als mitverantwortlich dafür, daß sich innovatorische Kräfte nur unzureichend durchsetzten und technischer Fortschritt nicht in dem gewünschten Maße stattfinde (vgl. HAMM 1984 a, S.22). Nach Überzeugung der Gegner von Globalsteuerungsstrategien führt die mit staatlichen Eingriffen verbundene Beschränkung der Handlungsfreiheit der individuellen Entscheidungsträger in der Regel jedenfalls auch zu einem *Verlust an Spontaneität und Ideenreichtum* (vgl. METZE,.1985, S.73; MÜNNICH 1986, S.175). Sofern die Planungsbürokratie zum Ausgleich der *sinkenden Innovationsbereitschaft* der einzelnen Leistungserbringer selbst Innovationen fördere, sei zu befürchten, daß „solche Innovationen eher wegen ihrer Subventionierung als aus Zweckmäßigkeit vorgenommen werden. Das Fehlen des Wettbewerbs als Entdeckungs- und Selektionsverfahren erhöht auch die Wahrscheinlichkeit von Fehlentscheidungen, deren Tragweite je nach Zentralisierungsgrad der Planung größer ist als bei dezentralen Systemen" (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.149).

4. 2. 2. 4 Umgehungsmöglichkeiten und Ausweichstrategien

Ein weiteres Argument gegen staatliche Regulierungen beinhaltet der Hinweis, daß diese erfahrungsgemäß noch immer „die Intelligenz und den Spürsinn der Betroffenen" herausgefordert hätten, um *Umgehungsmöglichkeiten* zu finden, zumal wenn derartige Regelungen zentral die Eigeninteressen der Betroffenen tangierten (vgl. MÜNNICH 1984 b, S.8). Nach Auffassung von Kritikern regt der mangelnde Einfluß der Entscheidungsträger der unteren Ebene auf die Entscheidungsfindung diese geradezu dazu an, „ihre innovativen und kreativen Kräfte mehr für das Ersinnen von neuen Ausweichstrategien als für die Fortentwicklung des Krankenhauswesens (bzw. des Gesundheitswesens, Anm. d.Verf.) einzusetzen. Der Anreiz, im eigenen Interesse die Leistung zu steigern, wird abgebaut zugunsten einer Mentalität, die sich auf geschickte Antragstellung, Beeinflussung der Planungsbehörden und eine wirkungsvolle Lobby konzentriert" (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.148 f.).

4. 2. 2. 5 Notwendigkeit der fortschreitenden Intervention

Um die *Substitutionsprozesse* zu korrigieren, Mißbräuche von Vorschriften und das Suchen nach Auswegen zu unterbinden, bedarf es nach Ansicht von Kritikern der schon zwangsläufig immer weiterer Regulierungen, so daß unweigerlich eine *Interventionsspirale* in Gang komme (vgl. OBERENDER 1986; MÜNNICH 1984b). Tatsächlich bestehe der Ausweg, den die Gesundheitspolitiker seit Jahren beschritten, darin, „unerwünschte Reaktionen dadurch auszuschalten, daß Entscheidungsrechte auf staatliche oder auf Kollektivorgane der Selbstverwaltung verlagert werden".

Kritiker von Globalsteuerungsansätzen sind überzeugt, daß eine Fremdsteuerung der Entscheidungsträger auf unterer Ebene es sowohl im Leistungserstellungs- als auch im Finanzierungsbereich notwendig macht, die Akteure auf der unteren Ebene auf die Einhaltung der Vorgaben hin zu kontrollieren. Da zwischen den Zielen der zentralen Ebene und den Zielen der Akteure auf der unteren Ebene im allgemeinen Konflikte bestünden, hätten letztere kein Selbstinteresse, die globalen Vorgaben zu erfüllen. Vielmehr würden sie versuchen, trotz und ggf. sogar mit Hilfe der staatlichen Planung ihre eigenen Vorstellungen zu verwirklichen. Dies zwinge die staatlichen Behörden, einen *umfassenden Kontrollapparat* aufzubauen, wobei in der Regel das Streben nach einer Perfektionierung der Kontrollinstrumente immer hinter den Ausweich- und Umgehungsstrategien der Betroffenen herhinke (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.148).

II. Marktwirtschaftliche Orientierung und Steuerung

1. Vorbemerkung

In der durch eine *Vielzahl von Möglichkeiten* für eine Reform des Gesundheitswesens geprägten Diskussion der letzten Jahre lassen sich eine Reihe von Reformansätzen unter dem Stichwort *»Mehr Markt im Gesundheitswesen«* zusammenfassen. Obgleich diese vor allem von Gesundheitsökonomen eingebrachten konzeptionellen Vorschläge für eine Strukturreform hinsichtlich ihrer Reichweite sowie einer Reihe von Detailregelungen voneinander abweichen, liegen ihnen doch gewisse *einheitliche Normen und Wertvorstellungen* zugrunde (vgl. u. a.: OBERENDER 1980, S.145 ff.; OBERENDER 1985, S.13 ff.; OBERENDER 1986, S.177 ff.; MÜNNICH 1980, S.2 ff.; MÜNNICH 1982; HAMM 1984, S.21 ff.; METZE 1982, S.335 ff.; KNAPPE/ROPPEL 1982; KRONBERGER KREIS 1987).

Gemeinsam ist den meisten marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen[1], daß es ihnen um mehr geht als nur um die Beseitigung bestimmter Mängel innerhalb des bestehenden Gesundheitsversorgungssystems. Die soziale Krankenversicherung in ihrer derzeitigen Form bildet für sie „einen Fremdkörper in der freiheitlichen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland" (vgl. HAMM 1984, S.21). Entscheidend ist dabei weniger die möglicherweise unzureichende Effizienz des derzeitigen Systems; Kernpunkt der Kritik ist vielmehr, daß gegenwärtig die *Versicherten als unmündige Bürger* behandelt würden (vgl. HAMM 1984, S.21).

Für die Marktwirtschaftler stellt die auch von ihnen für längst *überfällig erachtete Strukturreform* nicht allein ein „gesundheitspolitisches Anliegen dar" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1987, S.1); desgleichen geht es ihnen nicht ausschließlich darum, vorhandene Steuerungs- und Finanzierungsprobleme zu lösen. *Übergeordnetes Ziel der Reformbestrebungen* ist für viele ausdrücklich die „Wiederherstellung und Erhaltung der freiheitlichen Ordnung in der Bundesrepublik" (so z. B. OBERENDER 1986, S.177). In diesem Sinne ergibt sich der Reformbedarf in erster Linie aus der als notwendig erachteten „Neubesinnung auf die konstituierenden und regulierenden Prinzipien einer sozialen Marktwirtschaft" (CASSEL/HENKE 1988, S.8); erst danach werden zur weiteren Begründung erhebliche Zweifel an der Effektivität und Effizienz des derzeitigen Gesundheitssystems angeführt (vgl. CASSEL/HENKE 1988, S.18).

Aus dieser Betrachtungsweise resultiert folgerichtig die Forderung nach einer auf „ein einheitliches neues Ordnungskonzept" ausgerichteten Strukturreform der GKV, deren Hauptzweck in ihrem Beitrag zu einem „allgemein gesellschaftlichen Grundziel, nämlich der Erhöhung der individuellen Wahl- und Handlungsfreiheit" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1987, S.1), zu sehen ist. Zum Kern „einer Reformpolitik im Gesundheitswesen (...) sollte gehören, allen Beteiligten im Gesundheitswesen mehr Anreize zu bieten, aus eigenem Interesse das zu tun, was auch für alle günstig ist" (SVR: Jahresgutachten 1982/83, Tz. 492 ff.). Gerade dies ist jedoch nach Auffassung der marktorientierten Gesundheitsökonomen letztlich nur durch die Schaffung von Strukturen zu erreichen, die alle Beteiligten zu einem möglichst wirtschaftlichen Verhalten veranlassen. Als Orientierungshilfe für die Wahl der Schritte, die zu diesem Ziel hinführen, kann nach Meinung des Sachverständigenrates „die Analogie zur marktwirtschaftlichen Versorgung hilfreich sein" (SVR: Jahresgutachten 1985/86, Tz. 366).

2. Kritik des gegenwärtigen Systems[2]

Die Kritik der marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen am gegenwärtigen Krankenversicherungssystem bezieht sich zum einen auf die *prinzipiellen Systemmängel*, zum anderen auf die zur *Eindämmung der Ausgabenexplosion* sowie zur *Korrektur von Fehlentwicklungen* in den letzten Jahren seitens des Staates *ergriffenen Abhilfemaßnahmen.*

Die *wichtigsten Thesen* der Marktökonomen lauten:

1) Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist aufgrund institutioneller und gesetzlicher Rahmenbedingungen durch eine Vielzahl von Mängeln gekennzeichnet. *Falsche Anreizstrukturen* führen zu vielfältigem Fehlverhalten aller Beteiligten. Als Folge des systemimmanenten Konflikts zwischen indivi-

1) In der hier vorliegenden Darstellung werden Begriffe wie »marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonomen«, »Marktwirtschaftler« oder »Marktökonomen« synonym gebraucht, wobei mit der Benutzung dieser Bezeichnungen keine ideologische Zuordnung intendiert ist. Der Gebrauch dieser Bezeichnungen dient lediglich zur einfacheren Benennung des Kreises von Wissenschaftlern, der in irgendeiner Form für eine stärkere marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens eintritt. Um Mißverständnisse zu vermeiden, sei hier ausdrücklich festgestellt, daß unter diesen Begriffen zahlreiche Vertreter subsummiert werden, die sich in bezug ihres generellen Grundverständnisses von Marktwirtschaft voneinander unterscheiden.

2) Die in diesem Abschnitt dargestellte Kritik des gegenwärtigen Systems bezieht sich auf jene aus marktwirtschaftlicher Sicht; dies bedeutet jedoch nicht, daß in diesem Rahmen nicht auch Kritikpunkte auftauchen, die von sog. „Nicht-Marktwirtschaftlern" gleichfalls geteilt werden.

dueller und kollektiver Rationalität (Rationalitätenfalle) kommt es zu *Fehlallokationen und Monopolrenten* (so z.B. MÜNNICH 1982).

2) Die bisherige *Kostendämpfungspolitik* ist gescheitert. Die bestehenden Mängel konnten nicht behoben werden, weil lediglich eine *Symptombehandlung* durchgeführt, nicht jedoch die eigentlichen Ursachen der Fehlentwicklungen kuriert wurden (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.127 f.).

3) Der zur Kostendämpfungspolitik verkümmernden Gesundheitspolitik fehlt es an *konzeptionellen Vorstellungen* über den *Ordnungsrahmen* der gesamten Gesundheitsversorgung und seiner Teilbereiche (vgl. HENKE 1987, S.6).

4) Die *Freiheitsspielräume der Beteiligten* (Versicherte, Krankenversicherungen und Leistungserbringer) werden im heutigen Ordnungssystem ohne Notwendigkeit über Gebühr eingeschränkt (vgl. KNAPPE 1988 a, S.272).

5) Im gegenwärtigen System der GKV lohnt es sich, von *Gesundheitsgütern verschwenderischen Gebrauch* zu machen, mehr Leistungen als erforderlich zu verordnen, unter verschiedenen gleich guten Therapien die jeweils teuerste auszuwählen, an unwirtschaftlichen Verfahren festzuhalten und kostenmindernde Investitionen zu vernachlässigen (vgl. HAMM 1984, S.23).

6) *Umfangreiche Wettbewerbsbeschränkungen* auf der Nachfrage- und Angebotsseite führen zu ökonomischen Ineffizienzen sowie Fehlallokationen von beträchtlichem Ausmaß mit der Konsequenz, daß die Kosten der Leistungserstellung im Gesundheitswesen überhöht sind (vgl. GITTER/OBERENDER 1987).

2. 1 Strukturelle Mängel des Krankenversicherungssystems

2. 1. 1 Fehlanreize und Steuerungsdefizite auf der Nachfrageseite

Stärker als andere Kritiker des gegenwärtigen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sehen marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonomen auch auf der *Nachfrageseite* wesentliche *Mängel des Versicherungssystems* und damit *Ursachen der enormen Ausgabenentwicklung.* Im Mittelpunkt steht dabei die auf Zwangsbeiträgen basierende *Vollversicherung* und die damit verbundene *Kostenvolldeckung im Krankheitsfall* für den einzelnen Versicherten (vgl. OBERENDER 1986, S.181). Nach ihrer Argumentation führt die in diesem System angelegte *Anreizstruktur* notwendigerweise zu einer „überoptimalen Versorgung" (MÜNNICH 1982, S.33) mit der Konsequenz, daß für das Gesundheitswesen mehr ausgegeben wird bzw. ausgegeben werden muß, als tatsächlich notwendig wäre.

2. 1. 1. 1 Grundprobleme indirekter Finanzierung

Die im derzeitigen System der GKV anzutreffenden *Lenkungsprobleme* und *Steuerungsdefizite* auf der *Nachfrageseite* werden von den Marktökonomen zu einem wesentlichen Teil als unmittelbare Folge des praktizierten Versicherungssystems, insbesondere dessen *Finanzierung*, angesehen. Die *Trennung der Nachfrage* auf dem Gesundheitsmarkt in jene der Konsumenten (Patienten), jene der Ärzte, die Umfang und Struktur bestimmen, und die der Kostenträger (Krankenkassen) wird von vielen als die entscheidende Unvollkommenheit des Gesundheitssektors überhaupt gewertet. Bei einer derartigen Dreiteilung der Nachfrage bestehe grundsätzlich die Gefahr, daß „sich die einzelnen Gruppen nicht marktwirtschaftlich und damit nicht kostenbewußt verhalten" (KARTTE 1985, S.187).

Den Ausgangspunkt dieser Ansicht bildet die These, daß in einem Pflichtversicherungssystem mit *Zwangsbeiträgen und Kostenvolldeckung* Gesundheit den *Charakter von Kollektivgütern* erhält, für die typisch ist, daß der Konsum ohne Gegenleistung erfolgen kann (vgl. HERDER-DORNEICH 1981, S.33). Indem in einem solchen System die *direkten Kosten der Inanspruchnahme von Leistungen* praktisch Null sind (vgl. PFAFF 1983, S.109)[3], wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen völlig *preisunelastisch.* Die individuelle Gesundheitsnachfrage wird derzeit durch das *Preisausschlußprinzip* – aus welchen Gründen auch immer – nicht begrenzt (vgl. OBERENDER 1987, S.2). Eine der Folgen eines derart strukturierten Systems sehen einige Wissenschaftler im Auftreten einer *Umlage-* oder auch *Freifahrermentalität*; medizinisch verordnete Leistungen werden danach in der Regel unabhängig von der Höhe der entstehenden Kosten in Anspruch genommen, d. h. eine Preisreaktion bleibt aus (vgl. METZE 1983, S.339). Abgesehen davon, daß infolge der indirekten Finanzierung die Notwendigkeit einer Beachtung der durch die Nachfrage entstehenden Kosten fehlt, kommt durch *Anwendung des Sachleistungsprinzips* hinzu, daß der einzelne Patient die von ihm verursachten Kosten noch nicht einmal kennt (vgl. MÜNNICH 1984, S.9).[4]

2. 1. 1. 2 Moral-Hazard-Phänomen

Nach Ansicht marktwirtschaftlich orientierter Ökonomen begünstigt das gegenwärtige Krankenversicherungssystem aber nicht nur eine Art von *»Freifahrer-Mentalität«*, indem es dazu führt, daß Versicherte mehr nachfragen als Patienten, die ihre Kosten selbst zu tragen haben (jedenfalls in den Fällen, in denen Raum für ökonomische Überlegungen bleibt), sondern erzeugt auch das sog. *Moral-Hazard-Verhalten* (vgl. hierzu u. a.: ARROW 1963, S.941 ff.; MARSHALL 1976, S.880 ff.; PAULY 1978, S.531 ff.; SCHAPER 1978; SCHAPER 1979, S.178 ff.). Diese Verhaltenshypothese für die Nachfrager nach Gesundheitsleistungen geht davon aus, daß für den einzelnen Versicherten – nachdem er seinen Beitrag erst einmal bezahlt hat – ein Anreiz besteht, soviel wie möglich an Bedürfnisbefriedigung »kostenlos« aus dem System herauszuholen (vgl. MÜLLER-GROELING 1973, S.63). Unterstellt wird hier zum einen, daß es bei *Kollektivgütern* völlig rational sei, bei steigenden Zwangsbeiträgen den Konsum auszuweiten; zum anderen wird angenommen, daß sich Individuen *nutzenmaximierend* verhalten, d.h. in Wahrung der eigenen Interessen gegen die Interessen der Versichertengemeinschaft verstoßen und bei gegebenem Beitrag möglichst viele Leistungen in Anspruch nehmen, ihre Nachfrage also bis zur *Sättigungsgrenze* ausdehnen (vgl. CASSEL/HENKE 1988, S.13).

---

3) Unberücksichtigt bleiben bei dieser Aussage möglicherweise beim Nachfrager auftretende Transaktions- und Informationskosten.

4) Bezüglich der Wirkung eines Übergangs vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip im derzeitigen System gehen die Meinungen allerdings auseinander; so sehen einige eher die Gefahr, daß bei Kenntnis der Kosten u.U. jene Versicherten, deren Kosten unter den gezahlten Beiträgen liegen, erst Recht ermutigt werden könnten, ihre Nachfrage auszuweiten.

Bei dem im derzeitigen GKV-System bestehenden *vollen Versicherungsschutz* handeln die einzelnen Patienten nach Ansicht der Marktökonomen rational, wenn sie möglichst viele *Gegenleistungen* für ihren Versicherungsbeitrag beanspruchen (*Nutzenmaximierung*), und zwar auch über den ihren eigentlichen Präferenzen entsprechenden Bedarf hinaus. Damit steht für sie zugleich fest, daß eine *beitragsfinanzierte Pflichtversicherung* zu einer *gesteigerten Inanspruchnahme* von Gesundheitsleistungen und somit zu höheren Gesundheitsausgaben unter *Verschwendung knapper Ressourcen* führt.

2. 1. 1. 3 Rationalitätenfalle

Die eigentliche *Irrationalität kollektiver Sicherungssysteme* besteht für die Marktökonomen in der sich aus dem Mo-ral-Hazard-Verhalten ergebenden *Rationalitätenfalle* (vgl. insb.: HERDER-DORNEICH 1982). So ökonomisch rational es für einen auf Vorteilsstreben bedachten Versicherten ist, seine Nachfrage bis zur Sättigungsgrenze hin auszudehnen, führt dieses Verhalten kollektiv dennoch zur Irrationalität. Dem bei einem derartigen Verhalten realisierten Nutzengewinn des einzelnen Versicherten steht nach der Grenznutzentheorie insgesamt ein *Wohlfahrtsverlust* in der Höhe entgegen, in der die Grenzkosten den Grenznutzen übersteigen. Daran ändert sich grundsätzlich auch dann nichts, wenn der Versicherte die Rückwirkung seiner vermehrten Leistungsinanspruchnahme auf seinen zu zahlenden Beitrag ins Kalkül ziehen würde (vgl. MÜLLER-GROELING 1973, S.64 ff.).

Nach diesem Ansatz befindet sich der Versicherte unter den für das gegenwärtige System der GKV als realistisch auszugehenden Annahmen in einer Art *»prisoners dilemma«*; trotz eines nicht pareto-optimalen Gesamtergebnisses entscheiden sich die Versicherten für die *eigennützige Strategie* größtmöglicher Leistungsinanspruchnahme und dies, obgleich alle besser gestellt wären, d.h. *Pareto-Optimalität* erreicht werden könnte, wenn alle die Strategie möglichst sparsamer Leistungsinanspruchnahme wählen würden.[5]

Die Ursache des vermeintlichen *Widerspruchs* liegt darin, daß für den einzelnen die Auswirkungen seiner *individuellen Leistungsinanspruchnahme* auf seinen eigenen Beitrag nicht kalkulierbar sind; die Kosten treffen vielmehr die gesamte Versichertengemeinschaft und werden dort für den Einzelnen weitgehend unmerklich verteilt. Dies hat zur Folge, daß der Sparbeitrag des Einzelnen auf den von ihm zu zahlenden Beitrag keinen fühlbaren Einfluß hat, ja er sogar Gefahr läuft, dadurch die Überinanspruchnahme anderer zu subventionieren (vgl. MÜLLER-GROELING 1973, S.64 ff.; HERDER-DORENEICH 1982; SCHAPER 1978).

Ausgehend von der Existenz derartiger Wirkungsmechanismen steht für die marktlich orientierten Gesundheitsökonomen letztlich fest, daß eine *kollektive, nicht-marktwirtschaftliche Güterversorgung* prinzipiell mit *Fehlsteuerungen* verbunden ist. Der im System angelegte Widerspruch zwischen der *individuellen Rationalität der Nutzenmaximierung* und der *Gruppenrationalität* erzeugt für sie ein *verfälschtes Anspruchsvolumen*, das zu immer *höheren Kapazitäten* und damit zu *anhaltenden Kostensteigerungen* bei gleichzeitigem Abbau des *eigenverantwortlichen Schutzes* der Gesundheit führt (vgl. ARNOLD 1986, S.18; SCHNEIDER 1985, S.17). Insgesamt bedeute dies eine *gesamtwirtschaftliche Verschwendung* und damit eine Überforderung des Systems (vgl. OBERENDER 1987, S.2).

2. 1. 1. 4 Sonstige Probleme auf der Nachfrageseite

Marktwirtschaftliche Kritiker des derzeitigen GKV-Systems bemängeln desweiteren, daß die Nachfrager infolge zu geringer *Kenntnis der Behandlungsmöglichkeiten* und ihrer gesundheitlichen Wirkungen in der Regel nicht wüßten, wie das Gut Gesundheit erreicht oder erhalten werden könne (vgl. METZE 1982, S.63 f.). Die Verantwortung für diesen Zustand wird allerdings nicht allein dem Patienten angelastet; dieser müsse sich im gegenwärtigen System darauf beschränken, nur eine sehr *unbestimmte Nachfrage* zu äußern. Auch wenn er im medizinischen Bereich seine Bedürfnisse nicht immer konkret definieren könne, rechtfertige dies nicht, dem Versicherten de facto jede Möglichkeit zu versagen, zwischen verschiedenen denkbaren Gesundheitsleistungen bzw. Behandlungsmethoden zu wählen (vgl. KARTTE 1985, S.188).

In bezug auf die Patienten wird ferner angemerkt, daß sie im allgemeinen nicht in der Lage seien, den *zusätzlichen Nutzen von Aufwendungen im Gesundheitssektor* zu dem von Aufwendungen zur Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen in Beziehung zu setzen. In diesem Zusammenhang wird von einigen Wissenschaftlern der Behauptung widersprochen, daß innerhalb der individuellen Bedürfnisstruktur den Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Leben stets eine absolute Priorität vor anderen Bedürfnissen eingeräumt werde (vgl. OBERENDER 1985, S.23 f.). Tatsächlich müsse man sich angesichts der *Knappheit der verfügbaren Ressourcen* damit abfinden, daß es auch im Gesundheitsbereich keine vollständige Bedürfnisbefriedigung geben könne (vgl. OBERENDER 1985, S.22; MÜNNICH 1980, S.90).

Beklagt wird außerdem, daß das gegenwärtige System keinerlei Anreize für ein *gesundheitsförderndes Verhalten* der Versicherten beinhalte. Ebenso fehle es den Patienten unter den gegebenen Bedingungen an der erforderlichen compliance, d.h. der Bereitschaft ärztliche Verordnungen strikt einzuhalten (vgl. MÜNNICH 1981, S.210).

2. 1. 2 Fehlanreize im Bereich der Organisation des Krankenversicherungsschutzes

Neben den systembedingten Problemen auf der Nachfrageseite erzeugt nach Ansicht der marktwirtschaftlich orientierten Kritiker auch die spezifische Organisation und Ausgestaltung des Versicherungsschutzes im derzeitigen System der GKV zusätzliche *Lenkungsprobleme und Steuerungsdefizite*. Als problematisch angesehen werden insbesondere die Mitgliedschaftsregelungen, die Beitragsgestaltung, die von der GKV ausgeübte Umverteilung, die derzeitige Leistungsausgestaltung sowie das Verhältnis zwischen den Krankenkassen.

2. 1. 2. 1 Mitgliedschaftsregelungen

Eine höchst bedenkliche Entwicklung stellt für die Marktökonomen die seit Jahren zu beobachtende Tendenz dar, immer weitere Bevölkerungsgruppen als Pflichtversicherte

5) Als pareto-optimal wird ein Wohlfahrtszustand bezeichnet, bei dem kein Mitglied einer Gruppe bzw. Gesellschaft besser gestellt werden kann, ohne daß zumindest ein anderes schlechter gestellt werden müßte. Prisoners dilemma nennt man in der Spieltheorie eine Spielsituation, in der die Spieler ohne Absprache nur eine nicht pareto-effiziente Gleichgewichtslösung erreichen. Dabei ließe sich durch eine kooperative Strategie ein Pareto-Optimum erzielen.

in die GKV einzubeziehen. Die Folgen hiervon seien nicht nur ausgabenerhöhende Wirkungen; ganz allgemein wird bezweifelt, ob es in der heutigen Zeit wirklich eines derart umfassenden Versicherungsschutzes bedarf. *Zwangsmitgliedschaft* bei Einheitsbeiträgen wirke sich grundsätzlich störend auf die *Eigenverantwortung des Individuums* aus und trage zur Förderung mangelnden Kostenbewußtseins bei. Tatsächlich habe sich die Einstellung der Versicherten von einer ursprünglich unmittelbar und persönlich empfundenen Solidarität zu einem allgemeinen *Versorgungsanspruchsverhalten* verändert (vgl. MÜNNICH 1981, S.197 ff.). Im übrigen begünstige die Einschätzung der GKV als einer allgemeinen Versorgungseinrichtung wesentlich die Existenz eines Moral-Hazard-Verhaltens (vgl. KARTTE 1985, S.188). Einige Kritiker halten darüber hinaus die gegenwärtige Öffnung der GKV für über 90 % der Bevölkerung mit dem bisher verfolgten *Prinzip der Maximalversorgung* und der Aufrechterhaltung einer im Prinzip marktwirtschaftlichen Wirtschaftsordnung insgesamt nicht länger für kompatibel (vgl. MÜNNICH 1982).

2. 1. 2. 2 Beitragsgestaltung

Die Kritik der Marktökonomen an der Beitragsgestaltung deckt sich in weiten Bereichen mit den Einwänden, die ganz allgemein gegen die hier vorherrschenden Regelungen vorgebracht werden. Kritisiert wird auch von ihnen vor allem die *Orientierung* des Versicherungsbeitrages an der *Grundlohnsumme*, da dadurch erhebliche Verzerrungen entstünden. Einen individuellen Vergleichsmaßstab für die Leistungsfähigkeit stelle der Grundlohn nur unter der Bedingung dar, daß keine sonstigen Einkommen erzielt würden. Noch ungeeigneter sei diese Regelung als Maßstab der Leistungsfähigkeit einer Familie, da sie die Familienhaushalte von Alleinverdienern systematisch begünstige (vgl. OBERENDER 1987, S.5).

Diese grundsätzliche Kritik wird auch gegenüber der derzeitigen *Beitragsbemessungsgrenze* vorgebracht. Diese habe zum einen zur Folge, daß der Solidarausgleich nur bis zu dieser Höhe wirksam sei, zum anderen führe sie im Zusammenhang mit der Mitversicherung von Familienangehörigen zu einer Inkonsistenz, die darin begründet liege, daß Familien mit einem einzelnen sehr hohen Einkommen u.U. weniger Beitragszahlungen zu leisten hätten als jene Familien mit mehreren niedrigen Einkommen (vgl. OBERENDER 1987, S.5).

Ordnungspolitische Inkonsistenzen und Unvereinbarkeiten mit dem Solidarprinzip sehen einige Marktökonomen auch in der pauschalen Begünstigung der Rentner, zumal feststehe, daß diese keineswegs durchgehend niedrigere Einkommen als Arbeitnehmer hätten (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.7).

2. 1. 2. 3 Leistungsgestaltung

Mehr noch als in der Erweiterung des Versichertenkreises sehen die Marktwirtschaftler in der nach ihrer Ansicht beständigen *Erweiterung des Leistungskatalogs der GKV* ein zentrales Problem des derzeitigen Systems. Eine Hauptursache der Fehlentwicklungen ist für sie der »Überperfektionismus des gesundheitlichen Leistungssystems« und die damit einhergehenden Überversorgungstendenzen (vgl. BAIER 1974, S.1665; SCHELSKY 1977; SCHOEK 1977, S.524). Grundsätzlich wird von den Marktwirtschaftlern kritisiert, daß das GKV-System im Zeitablauf immer mehr von einer Mindest- zu einer Vollversicherung ausgebaut worden sei, „mit einer weithin umfassenden Absicherung fast aller mit dem Krankheitsrisiko verbundenen materiellen Belastungen" (KNAPPE/ROPPEL 1982, S.23 ff.).

Für die Marktwirtschaftler enthält der derzeitige Leistungskatalog der GKV zu viele Leistungen, die mit der originären Aufgabe der Versicherung des Krankheitsrisikos nichts oder allenfalls am Rande zu tun hätten (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.123). Nicht in den GKV-Leistungskatalog gehören für sie insbesondere jene Leistungen, die im versicherungstechnischen Sinne kein Risiko darstellten. Die Frage der Gestaltung des Leistungskatalogs ist für die Marktwirtschaftler insofern von Bedeutung, da »unzweckmäßige Leistungen« als ineffektiv angesehen werden. Darüber hinaus sind sie nach dieser Auffassung „Anreize für Moral-Hazard-Verhalten von Leistungsempfängern und Leistungserbringern, also Quelle einer ineffizienten Verteuerung des Versicherungsschutzes und der Schwächung des Versicherungsgedankens" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.49).

Als steuerungstechnisch besonders problematisch kritisiert werden in diesem Zusammenhang auch die „massiven legislativen und judiziären Eingriffe ... in den Leistungskatalog der Kassen", zumal die Kassen so gut wie keine Entscheidungsspielräume und Managementinstrumente zur Verfügung hätten, „um diesen oktroyierten Verpflichtungen begegnen zu können" (MÜNNICH 1981, S.208).

2. 1. 2. 4 Soziale Aspekte und Umverteilungsregelungen

Ein weiteres zentrales Problem, das aus dem derzeitigen Mitgliedschafts- und Beitragsrecht resultiert, ist für die Marktökonomen die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung mit *Umverteilungsaufgaben*. Zunächst einmal habe die mit der Einbeziehung von Sozialzielen verbundene bewußte *Durchbrechung des Versicherungsprinzips* im Sinne eines versicherungstechnischen Risikoausgleichs zur Folge, daß die Beurteilung, ob die derzeitige GKV die zweckmäßigste Form für die finanzielle Sicherung im Schadens- bzw. Krankheitsfall sei, außerordentlich erschwert werde (vgl. HENKE 1986 b, S.616).

Wesentliche Probleme des gegenwärtigen Systems rühren nach Ansicht der Marktökonomen daher, daß der „Versicherungscharakter ... ständig zugunsten eines Einkommensumverteilungssystems eingeschränkt worden" sei (HAMM 1984, S.21). Die damit verbundene zunehmend stärkere *Zurückdrängung des Individualprinzips* auf Kosten des Sozialprinzips beinhalte sogar die „Gefahr der Entartung des Sozialstaates" (OBERENDER 1986)

Zwar wird – wenigstens von den meisten – akzeptiert, daß aus sozialethischen Gründen der Schutz z.B. chronisch Kranker oder sozial Schwacher gewährleistet sein müsse, nach Ansicht einiger Wissenschaftler wäre es jedoch eine mißverstandene Solidarität mit den Mitgliedern dieser Gruppen, „wenn die gesamte Ordnung auf sie ausgerichtet" (OBERENDER 1980, S.148) werde. Insbesondere dürfe die Anerkennung der Sicherungsfunktion des Sozialstaates nicht zu einer zunehmenden „Entmündigung des Individuums im Sozialstaat" (PEHLKE 1984, S.33) führen. Einige Wissenschaftler sehen darüber hinaus im gegenwärtigen System die *Gefahr sozialer Konflikte*; indem sich für einen Teil der Versicherten „die Ausbeutung der anderen Mitglieder einer Solidargemeinschaft" lohne, führe dies zu wechselseitigem Mißtrauen und der Überzeugung, „jeder wolle

sich auf Kosten des anderen bereichern" (HAMM 1984, S.22).

Ausgehend von diesen Überlegungen wenden sich die Marktwirtschaftler daher entschieden dagegen, das Krankenversicherungssystem mit der Lösung von Verteilungsproblemen zu »belasten«. Derartige Probleme zu lösen sei allein Aufgabe des Staates. Eine klare *Trennung zwischen risikobezogener und einkommensmotivierter Umverteilung* ermöglicht nach ihrer Ansicht nicht nur eine bessere *Wirksamkeit des Nutzen-Kosten-Kalküls*, sondern verhindere auch die derzeit stattfindende *unkontrollierte Umverteilung*, bei der keineswegs sichergestellt sei, daß sie sozialen Prinzipien genüge (vgl. ALBERS 1983, S.57).

2. 1. 2. 5 Organisation des Versicherungsschutzes

Von der Überzeugung ausgehend, daß der Wettbewerb das geeignetste Instrument zur Lösung von Allokationsproblemen darstellt, konstatieren die meisten Vertreter marktwirtschaftlicher Konzepte gerade im Kassenbereich einen erheblichen *Mangel an Wettbewerb*. Eine der Ursachen des Ausschlusses von Wettbewerb bei den Krankenkassen ist nach ihrer Ansicht die Zwangsmitgliedschaft (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.10), mit der zugleich die Eigenverantwortung des Versicherten erheblich beeinträchtigt werde. Als Ausdruck von Eigenverantwortung und Marktmündigkeit ist für die Marktökonomen die Wahlfreiheit für die Versicherten von zentraler Bedeutung.

Statt der in einer freien Gesellschaft typischen dezentralen Konfliktregelung lägen die Entscheidungen bei den auf der Zwangsmitgliedschaft basierenden Kassenverbänden. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts seien diese zudem ein „Element mittelbarer Staatsverwaltung" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1987, S.10), wobei eine wirksame Kontrolle durch die Betroffenen fehle. Für die Marktökonomen stellen die geringen Einflußmöglichkeiten der Versicherten auf die Krankenkassen eine der wesentlichsten Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen Systems dar. Aufgrund der derzeit bestehenden Pflichtmitgliedschaft in einer Kasse fehlten den Versicherten jegliche Sanktionsmöglichkeiten. Zugleich könne sich bei den Kassen kein Bewußtsein dafür entwickeln, Interessenvertreter der Versicherten zu sein (vgl. METZE 1982 b, S.85). Die Folge der weitgehenden Unabhängigkeit der Krankenkassen von den Versicherteninteressen sei, daß bei den Kassen kaum Anreize bestünden, wirtschaftlich zu handeln. Ungeachtet der formal vorhandenen Mitentscheidungsmöglichkeiten der Versicherten im Rahmen der Selbstverwaltung hätten diese jedoch „aufgrund der fehlenden Funktionalität der Sozialwahlen de facto keinen materiellen Einfluß" (MÜNNICH 1985, S.152).

2. 1. 3 Fehlanreize auf der Angebotsseite

Unzureichende bzw. in die falsche Richtung wirkende Incentives werden von den marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen auch auf der Anbieterseite gesehen. Zwar wird die *These von der Anbieterdominanz* bzw. der *angebotsinduzierten Nachfrage* nicht uneingeschränkt geteilt (vgl. HAMM 1984, S.24)[6], weitgehend anerkannt wird jedoch, daß es an wichtigen Anreizen fehle, die Leistungsanbieter zu wirtschaftlichem Handeln zu veranlassen. Wenn durch die nachgefragte Menge der Umsatz und damit der Gewinn wachse, sei es normal, daß die Leistungserbringer ein Interesse daran hätten, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auszudehnen. Auch besteht Übereinstimmung darin, daß insbesondere den *niedergelassenen Ärzten* im Rahmen der Bereitstellung von Gesundheitsgütern eine *entscheidende Steuerungsfunktion* zukomme. Von daher wird dann auch beklagt, daß es bislang versäumt worden sei, durch positive Maßnahmen „die Motivation der Ärzte, wirtschaftliche Verantwortung für das Gesundheitswesen zu tragen" (MÜNNICH 1984, S.8), zu förden.

2. 1. 3. 1 Ambulante Versorgung

Ungeachtet etwaiger relativierend wirkender ethnischer Randbedingungen kann bei einer ökonomischen Betrachtungsweise auch für die Ärzte unterstellt werden, daß sie in erster Linie an ihrem persönlichen Nutzen, d.h. vor allem an einer Maximierung ihres Einkommens interessiert sind. Das *Einkommensstreben* als dominierendes Argument *ärztlicher Zielfunktionen* ist für die Marktökonomen allerdings nicht das Problem; unbefriedigend sind eher schon die Rahmenbedingungen, unter welchen diese Zielfunktion maximiert wird.

Für das im derzeitigen System *typische Fehlverhalten der Ärzte* werden gleich mehrere Gründe geltend gemacht. Einer davon wird darin gesehen, daß sich die Ärzte in zahlreichen Fällen in *Konfliktsituationen* befänden (vgl. HAMM 1984 a, S.24). Ursache hierfür sei einerseits, daß der Arzt die Situation des Patienten im allgemeinen besser kenne und umfangreichere Informationen über die Therapiemöglichkeiten besitze und andererseits, daß eine sinnvolle Behandlung ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erfordere (vgl. OBERENDER 1980, S.153). Als »Berater und Sachwalter« (HAMM 1984 a, S.24) sowie einzige sachverständige Vertreter von Patienteninteressen und zudem gewissen berufsständischen Prinzipien verpflichtet, sind die Ärzte nach Auffassung zahlreicher Kritiker tendenziell zu einer *»Maximalversorgung«* motiviert.

Die vergleichsweise *hohen ärztlichen Einkommen* wie das praktische *Fehlen von Konkursen* werden von einer Reihe von Marktwirtschaftlern als ein Indiz dafür angesehen, daß im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wettbewerbliche Elemente fast gänzlich fehlen und *Monopolrenten* eine wichtige Rolle spielen (vgl. MÜNNICH 1985, S.153). Von Bedeutung ist dabei die von den Ärzten beanspruchte *Freiberuflichkeit*: wenn man an dieser festhalten wolle, so die Argumentation, müsse sich diese auch im ökonomisch-rechtlichen Bereich wiederfinden. Letzteres bedeute aber auch, daß es einen faktischen Kontrahierungszwang der Krankenkassen gegenüber den niedergelassenen Ärzten nicht geben könne. Vielmehr müßten die Krankenkassen in Verantwortung für ihre Versicherten die Möglichkeit haben, ihre jeweiligen Vertragspartner nach der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf auszuwählen (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1987, S.22).

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sehen die Marktökonomen zudem eine Reihe von Mängeln, die auf verschiedenste Regulierungen zurückgeführt werden. Besonders gravierend erachten sie dabei *Preisregulierungen*, die nach ihrer Ansicht den *Marktmechanismus* weitgehend außer Kraft setzen. Die Gebührenordnungen verführten dazu, daß von den Leistungserbringern solche Positionen

6) Nach Meinung von HAMM ist die von einigen Gesundheitspolitikern vertretene Ansicht, daß allein die Ärzte für die Höhe der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen verantwortlich seien, einseitig. Schließlich seien es die Versicherten, die sich krank meldeten, mit vielfältigen Verschreibungswünschen zum Arzt gingen, die Krankheitsrisiken nicht mieden und die Kosten der allgemeinen Lebenshaltung auf die Krankenkassen abzuwälzen bemüht seien.

bevorzugt würden, die einen maximalen Dekkungsbeitrag pro Zeiteinheit lieferten (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.8). Zudem hafte ihnen generell eine *mangelnde Flexibilität* der Preisstrukturen an; eine Anpassung an geänderte Bedürfnisse und an technische Fortschritte erfolge – wenn überhaupt – nur mit großen Verzögerungen.

Auf wenig Zustimmung bei einer Reihe von Marktwirtschaftlern stoßen auch die *Zulassungsregulierungen* für Ärzte sowie der de facto existierende Kontrahierungszwang für die Krankenkassen. Auch wenn man anerkenne, daß eine bestimmte Schutzbedürftigkeit gegeben sei, bestehe doch die große Gefahr, daß Sicherheits- und Qualitätsargumente „lediglich als ideologische Scheinargumente zur Rechtfertigung von Standesinteressen verwandt werden" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.10). Derartige Argumente dienten vielfach nur dazu, etablierte Anbieter vor unliebsamen potentiellen Konkurrenten zu schützen. Damit aber werde der *dezentrale Koordinations- und Selektionsprozeß* empfindlich gestört. Eine künstliche Verknappung des Angebots an Ärzten habe auch zu den meist ungerechtfertigt hohen Einkommen geführt. Ein Wettbewerb zwischen den Ärzten um die wirtschaftlichste Behandlungsmethode bestehe nicht. Bei den Kassenärzten ergebe sich das für eine Marktwirtschaft „ungewöhnliche Ergebnis, daß alle Ärzte für sicherlich qualitativ unterschiedliche Arbeit gleiche Honorare" (KARTTE 1985, S.190) bekämen.

2.1.3.2 Krankenhausbereich

Die *Probleme im Krankenhausbereich* werden von den Verfechtern marktwirtschaftlicher Lösungen als besonders eindrucksvoller Beweis für die Richtigkeit ihrer Kritik an *staatlichen Reglementierungen* angesehen, da in diesem Sektor staatliche Eingriffe noch stärker als im ambulanten Bereich praktisch keinen Raum ließen für eigenverantwortliches Handeln. Deutlich zum Ausdruck komme dies bei der *dualen Finanzierung* und der damit verbundenen *staatlichen Bedarfsplanung* sowie den für die *Pflegesatzermittlung* geltenden rechtlichen Vorschriften.

Die *Deckung der Investitionen aus öffentlichen Mitteln* sowie die staatliche Bedarfsplanung haben nach Ansicht der Marktwirtschaftler nicht nur zu erheblichen *Fehlinvestitionen*, sondern auch zur *Bildung beträchtlicher Überkapazitäten* (»Bettenberg«) geführt (vgl. HAMM 1984 a, S.25; SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz. 494). Die für die Verteilung der Investitionsmittel zuständigen staatlichen Stellen sind nach Überzeugung der Marktökonomen weder in der Lage, den zukünftigen Bedarf zu ermitteln, noch über die qualitativen Präferenzen künftiger Patienten informiert. Somit seien sie bei ihren Entscheidungen weitgehend auf die Darstellungen der Krankenhausträger angewiesen, ohne daß diese finanzielle Verantwortung für die Investitionen hätten. Die Ausschaltung einzelwirtschaftlicher Verantwortung bedeute aber einen Anreiz für die Krankenhäuser, „umfassende Anträge für Investitionen zu stellen und möglichst kapitalintensiv zu produzieren" (HAMM 1984 a, S.25). Damit aber, wird argumentiert, sei die *Verschwendung von Kapital* geradezu vorprogrammiert (vgl. HAMM 1984 a, S.25).

Verstärkt wird die *Unwirtschaftlichkeit* im stationären Bereich für die Marktökonomen durch die Vorschriften über die Ermittlung der *Krankenhauspflegesätze* und die gesetzlich statuierte *Kostendeckungsgarantie*. Abgesehen von inneren Widersprüchen sowie diskriminierenden Einzelbestimmungen (vgl. OBERENDER 1980, S.163) würden durch die derzeitige Regelung nicht nur jeglicher Anreiz zu sparsamem Einsatz von Kapitalgütern weitgehend beseitigt, sondern die Krankenhäuser noch dazu angehalten, „die Verweildauer der einzelnen Patienten zu erhöhen, um so in den vollen Genuß der staatlichen Förderung zu gelangen" (OBERENDER 1980, S.164). Die *Tendenz zur Ausdehnung der Verweildauer* ergebe sich vor allem daraus, daß die Pflegesätze Durchschnittsgrößen darstellten, in Wirklichkeit die tatsächlichen Kosten jedoch von Fall zu Fall variierten und zudem in der Regel einen degressiven Verlauf aufwiesen. In dieser Situation bliebe den Krankenhäusern eigentlich keine andere Möglichkeit, als die Patienten solange im Krankenhaus zu behalten, bis eine Kostendeckung erreicht sei (vgl. OBERENDER 1980, S.164).

Insgesamt – so die Marktökonomen – übten die staatlich gesetzten Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich keinen Zwang zu effizientem Faktoreinsatz aus; sie führten im Gegenteil sogar zu *vermeidbaren Ausgabensteigerungen* (vgl. HAMM 1984 a, S.26). Zum Ausdruck komme dieses unwirtschaftliche Verhalten in der Steuerung des Patientenaufkommens, der Patientenselektion, der Verlängerung der Verweildauer, der Unterlassung von Rationalisierungen sowie einer übermäßigen Krankenversorgung (vgl. OBERENDER 1980, S.164).

Ergänzend kommt für die marktwirtschaftlichen Kritiker hinzu, daß die staatlichen Vorschriften auch hier die Eigenständigkeit enorm beeinträchtigten. Wenig befriedigend erscheint ihnen zudem die *Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich*. Die hier anzutreffende unzureichende Integration und Koordination führe zu unnötigen Friktionen und als Folge davon zu einer weiteren Verschwendung knapper Mittel (vgl. OBERENDER 1980, S.165). Vieles spreche zudem dafür, daß das gegenwärtig praktizierte System der Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung zu mehr Kosten führe (vgl. SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz.495). Einigkeit besteht ferner darüber, daß derzeit bestehende *Wettbewerbsbeschränkungen* eine Effizienz im Krankenhaus verhinderten (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988).

2.1.3.3 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich

Grundsätzliche, auf wirtschaftliche Fehlanreize und mangelnden Wettbewerb zurückzuführende *Steuerungsmängel* diagnostizieren die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen auch für die Märkte anderer Gesundheitsgüter. Der Preiswettbewerb auf diesen Märkten erscheint ihnen als »unterkühlt«, da der Preis bei voller Kostenübernahme oder einer nur geringfügigen Selbstbeteiligung kein wichtiges *Entscheidungskriterium der Nachfrage* sei (vgl. HAMM 1984 a, S.26). Die vielfältigen Probleme in diesen Bereichen sind für sie jedoch nicht Ausdruck eines *Marktversagens*, sondern vielmehr eines *Staatsversagens*, indem es der Gesetzgeber bisher versäumt habe, die institutionellen Rahmenbedingungen für das Funktionieren von Marktprozessen in diesen Bereichen zu schaffen.

Die *Ausschaltung des Preiswettbewerbs* hat für die Marktwirtschaftler gravierende Konsequenzen: indem für die einzelnen Anbieter bezüglich ihrer Konkurrenten eine sehr große Transparenz herrsche und der Preiswettbewerb zum Erliegen komme, existierten die Voraussetzungen für eine *zirkuläre Interdependenz der Aktionsparameter*. Diese wiederum führe hinsichtlich fast aller unternehmerischer Ver-

haltensparameter zu oligopolistischen Verhaltensweisen mit dem Ergebnis, daß in einen sog. *Quasi-Qualitäts-Wettbewerb* ausgewichen werde, was letzt-lich eine kostspielige Fehlentwicklung darstelle (vgl. hierzu insb. OBERENDER 1980, S.167; GITTER/OBERENDER 1987, S.25; OBERENDER 1986b, S.271 ff.; KARTTE 1985, S.191).

Kostensteigernde Elemente und *Wettbewerbsverzerrungen* sehen die Marktwirtschaftler insbesondere in den folgenden Regelungen:

- Bei grundsätzlicher Anerkennung der Notwendigkeit gewisser gesetzlicher Vorschriften zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit werden Ausmaß und Ausgestaltung der gegenwärtig geltenden Vorschriften als zu weitgehend empfunden. Vor allem die ständige Verschärfung der Zulassungsbedingungen habe bei den einzelnen Herstellern zu enormen Kostensteigerungen geführt und dadurch die Markteintrittsschranken erhöht (vgl. OBERENDER 1980, S.167). Außerdem werde mit den bestehenden staatlichen Regulierungen in den Ablaufprozeß und somit in die Handlungsautonomie der Unternehmen direkt eingegriffen. Dies impliziere zugleich negative Auswirkungen auf den technischen Fortschritt (vgl. OBERENDER 1984, S.27). Während in bezug auf die Arzneimittelsicherheit eine staatliche Kontrolle – wenn auch eingeschränkt – akzeptiert wird, werden behördliche Eingriffe hinsichtlich der Wirksamkeit mit dem Argument der Konsumentensouveränität entschieden abgelehnt (vgl. OBERENDER 1984, S.28).[7]
- Eine weitere *Wettbewerbsbeschränkung* wird in der *Verschreibungspflicht* gesehen. Einerseits reduziere sie den Handlungsspielraum von Herstellern und Apothekern bei der Werbung um Konsumenten, zum anderen beschränke auch sie die Konsumentensouveränität. Der Patientenschutz als Rechtfertigung dieser Beschränkung wird als wenig überzeugend zurückgewiesen (vgl. OBERENDER 1984, S.28).
- Ebenfalls bestritten wird, daß es zur Qualitätssicherung und Mißbrauchsverhinderung der Vertriebsbindung in Form der *Apothekenpflicht* bei Arzneimitteln bedürfe. Somit sei auch diese lediglich eine weitere Form der Wettbewerbsbeschränkung.
- Regelungen wie dem *Autsimilie- und Auseinzelungsverbot*, den *Festzuschlägen* und den *Importsperren* werden ebenfalls kaum mehr als die Funktion von Wettbewerbsbeschränkungen zugeschrieben. Vor allem die mit der Festzuschlagsregelung praktizierte Preisbindung der zweiten Hand bedeute Preiseinheitlichkeit und unterbinde damit von vornherein jeden Preiswettbewerb auf der Apothekenstufe. Die Folge hiervon sei u.a. eine Übersetzung der Branche und zugleich eine Verschwendung knapper Ressourcen (vgl. OBERENDER 1984, S.29 ff.; KARTTE 1985, S.191 ff.).

2. 2 Mängel der aktuellen staatlichen Gesundheitspolitik

Angesichts der gravierenden Systemmängel sind die in den letzten Jahren von staatlicher Seite ergriffenen Maßnahmen zur *Dämpfung der Ausgabenentwicklung in der GKV* nach Ansicht der Verfechter marktwirtschaftlicher Konzepte nicht nur ein von vornherein zum Scheitern verurteilter Versuch, einzelne Symptome zu kurieren, sondern zugleich Ausdruck des staatlichen Bestrebens, das Gesundheitswesen einer zunehmend stärkeren Regulierung zu unterwerfen. *Budgetierungsregelungen und staatliche Eingriffe* in den Prozeßablauf werden von diesen Wissenschaftlern als *prinzipielle Irrwege* betrachtet (vgl. HAMM 1980) und dementsprechend Gesetze wie das *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* oder das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz* bereits vom Ansatz her abgelehnt.

Die in diesen Gesetzen enthaltenen Maßnahmen werden als Verstärkung jenes *staatlichen Interventionismus* angesehen, der für sie eine der Hauptursachen der gegenwärtigen Fehlentwicklungen darstellt und spätestens seit Beginn der 70er Jahre zum wesentlichen Charakteristikum des bundesdeutschen Gesundheitswesens geworden sei (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.128). Die ohnehin nur *spärlich vorhandenen marktwirtschaftlichen Elemente* seien im Zuge dieser Entwicklung weitgehend von sozialpolitischen Regelungen verdrängt worden.

Die Kritik an der derzeitigen staatlichen Gesundheitspolitik beschränkt sich aber keineswegs auf grundsätzliche *ordnungspolitische Bedenken*; Gegenstand sind auch die aufsehenerregende *Ausgabenentwicklung*, die *Widersprüchlichkeit* bestimmter Gegenmaßnahmen sowie deren Untauglichkeit, selbst die eigenen gesteckten Ziele zu erreichen. Nachdrücklich wird hervorgehoben, daß sich die Politik der Kostendämpfung lediglich auf eine globale Dämpfung der Leistungsexpansion richte, aber zu *keiner sparsamen Verwendung der produktiven Ressourcen* und einer wirtschaftlichen Leistungserstellung hinführe (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.128). Dabei sei nicht einmal ausgeschlossen, daß die ergriffenen Maßnahmen sogar noch zu einer Verschärfung der Probleme beigetragen haben.

2. 2. 1 Budgetierung und staatliche Bedarfsermittlung

Einen Schwerpunkt marktwirtschaftlicher Kritik an der gegenwärtigen Gesundheitspolitik bildet die seit 1978 verfolgte *»einnahmenorientierte Ausgabenpolitik«*, durch welche die gesamten Ausgaben auf die Einnahmen beschränkt und dadurch weitere Beitragserhöhungen vermieden werden sollten. Im Ergebnis, so die Kritiker, habe diese Politik jedoch weder den Ausgabenschub zu Beginn der 80er Jahre noch wiederholte Beitragssatzerhöhungen verhindert (vgl. HAMM 1984 b, S.29).

Unabhängig vom konkreten Erfolg oder Mißerfolg bezüglich ihres Einflusses auf die Ausgabenentwicklung wird die in der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik angelegte *Budgetierung* bzw. *Plafondierung* als grundsätzlich falscher Weg angesehen. Einer der Haupteinwände lautet, daß mit „Hilfe staatlich vorgegebener Zielgrößen global die Ausgabenentwicklung der GKV *ex ante* festgelegt wird, ohne das Wissen zu besitzen, das sich erst im Prozeßablauf ergibt" (OBERENDER 1986, S.184; vgl. HAMM 1980). Dahinter steht die Überzeugung, daß sich *Marktprozesse* infolge der *Nichtzentralisierbarkeit des Wissens* nicht ohne Nachteil für alle Beteiligten durch andere *Lenkungs- und Koordinationsmechanismen* ersetzen lassen (vgl. HAYEK 1952).

Auch wenn bisweilen eingeräumt wird, daß die *Budgetierung* unter bestimmten Bedingungen die Ausgaben in exakt definierten Grenzen halten kann und damit einen Druck in Richtung auf eine wirtschaftliche Leistungserstellung ausübt, werden doch die damit verbundenen Nachteile als nicht tragbar erachtet. Erste Probleme werden darin gesehen, daß

7) Nach OBERENDER handelt es sich bei einer staatlichen Wirksamkeitskontrolle »um eine Anmaßung von Wissen, weil der Staat nicht wissen kann, wie ein Medikament beim einzelnen Patienten wirkt«.

allgemein akzeptierte Kriterien für die *Festlegung und Revision des Budgetvolumens* fehlten (vgl. MÜNNICH 1984, S.8). Als besonders schlechte Lösung gilt in diesem Zusammenhang der Versuch, die Entwicklung der *Gesundheitsausgaben* auf den *Einkommenszuwachs der Versicherten* zu begrenzen bzw. das *Gesundheitsbudget als konstanten Anteil des Sozialprodukts* zu definieren (vgl. SVR: Jahresgutachten 1985/86, Tz.365, S.170). Begründet wird dies u.a. damit, daß es höchst unwahrscheinlich sei, daß das mit einem auf diese Weise bestimmten Budget mögliche Leistungsangebot den *tatsächlichen Präferenzen der Bürger* gerecht werde (vgl. SVR: Jahresgutachten 1985/86, Tz.365). Da sich »wissenschaftlich« eine ganz bestimmte Höhe des Budgets nicht begründen lasse, beanspruche die staatlich gelenkte Budgetierung, die individuellen Bedürfnisse der Bürger zu kennen und zudem in der Lage zu sein, diese auf der Makro-Ebene aggregieren zu können.

Obschon die bereits genannten Argumente allein die Ablehnung rechtfertigten, komme noch hinzu, daß bei einer Begrenzung der Entwicklung des Gesundheitsbereiches auf die *Zunahme der Grundlohnsumme*, für diesen Bereich höchstens ein Wachstum in der Höhe einer Einkommenselastizität der Nachfrage von eins zugelassen werde (vgl. OBERENDER 1986, S.185). Tatsächlich jedoch deuteten einige empirische Befunde darauf hin, daß Gesundheit als Gut zu den *superioren Gütern* gehöre, d.h. die Nachfrage bei steigendem Einkommen überproportional zunimmt. Gänzlich unberücksichtigt lasse eine derartige Budgetfestsetzung zudem Veränderungen im Krankheitspanorama sowie in der demographischen Struktur der Bevölkerung.

Bei alledem steht eine *Politik der administrativen Ausgabenbegrenzung* nach Ansicht der Marktökonomen noch dazu im *Konflikt mit der Wachstumsdynamik*. Einige Wissenschaftler halten es für geradezu willkürlich, die Wachstumsmöglichkeiten eines ganzen Wirtschaftszweiges durch staatliche Vorgaben zu beschränken und ihn in entscheidender Weise seiner Handlungsautonomie zu berauben. Dies erscheint ihnen als umso schwerwiegender, als die Wachstumsdynamik gerade in den Dienstleistungsbereichen bei steigendem Wohlstand als besonders groß gilt (vgl. OBERENDER 1986, S.186; SVR: Jahresgutachten 1985/86).

2. 2. 2 Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

In die allgemeine Kritik an der *Kostendämpfungspolitik* einbezogen ist die 1978 institutionalisierte *»Konzertierte Aktion«*. Dieses Gremium habe die ihm zugedachte Aufgabe, nämlich durch Abgabe von Empfehlungen für Veränderungen der Gesamtvergütungen an Ärzte sowie der Arzneimittelhöchstbeträge die Gesamtausgaben auf die erzielbaren Einnahmen zu beschränken, auch nicht annähernd erfüllen können.

Als Hauptgrund für das *»Scheitern«* wird der Umstand genannt, daß mit den *institutionalisierten Verbändeverhandlungen* nicht an den Ursachen der anhaltenden Finanzierungsprobleme angesetzt worden sei (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1985/86, S.170). Daneben werden gegen die »Konzertierte Aktion« *ordnungspolitische und rechtsstaatliche Bedenken* geltend gemacht; begründet werden diese u.a. damit, daß in diesem Gremium Verbandsfunktionären ohne ausreichende Legitimation Entscheidungsbefugnisse eingeräumt worden seien, deren Gebrauch letztlich Auswirkungen für jeden Einzelnen gehabt habe (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.28).

Insgesamt sehen die marktorientierten Gesundheitsökonomen in der »Konzertierten Aktion« einen Beweis dafür, daß „Kollektivempfehlungen Hunderttausende selbständig Entscheidender nicht an gesamtwirtschaftliche Höchstbeträge binden können und daß Höchstbeträge für einzelne Ausgabenarten – wegen der substitutiven Beziehungen zu anderen Ausgabensparten und wegen technischer Fortschritte und ihrer Folgen für die Ausgabenstruktur – ein unzweckmäßiges Verfahren der Kostendämpfung im Gesundheitswesen" (HAMM 1984 a, S.8) sind.

2. 2. 3 Fortschreitende Bürokratisierung

Budgetierung und Staatseingriffe sind für marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonomen aber nicht nur untaugliche Instrumente zur Bewältigung der Ausgabenentwicklung, sondern auch der *Ausgangspunkt für weitere Fehlentwicklungen*. So wird die These vertreten, daß die Globalsteuerung in eine sich unaufhaltsam verstärkende *Planung und Bürokratisierung* führe. Begründet wird dies u.a. mit der Feststellung, daß eine Politik der globalen Ausgabenbegrenzung, die wirksam sein wolle, bis zu den Entscheidungen der einzelnen Anbieter durchgreifen müsse. Es genüge z.B. nicht, nur eine Komponente, d.h. entweder nur die Vergütungssätze oder nur den Umfang festzuschreiben. Bei der bestehenden Einzelleistungshonorierung der Ärzte müßten sich die staatlichen Vorschriften bis auf Art und Umfang der abgerechneten Leistungen erstrecken (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1985/86, S.170). Werde hingegen nur der Umfang festgeschrieben, so bestehe die Gefahr, daß über entsprechende Preissteigerungen diese Einengung kompensiert werde (vgl. OBERENDER 1986, S.185). Ohne eine bis ins Detail gehende Festlegung dessen, was der einzelne Leistungserbringer im konkreten Fall zu tun habe, gebe es keine Gewähr dafür, daß die abgerechneten Leistungsmengen eine Honorarsumme ergeben, die der vereinbarten Gesamtvergütung entspricht (vgl. SVR : Jahresgutachten 1985/86, S.170).

Die *Steuerung der Mengenkomponente* über *Quotenregelungen* kann im Prinzip zwar zu einer wirksamen *Ausgabenbegrenzung* führen, beinhaltet nach Ansicht der Marktökonomen jedoch stets die Tendenz zur *Erstarrung überkommener Leistungsstrukturen*. Grundsätzlich könne davon ausgegangen werden, daß die meisten staatlichen Regulierungen strukturkonservierend wirkten, da sie Verteilungspositionen determinierten und jede Veränderung dieser Verteilungskämpfe provoziere (vgl. MÜNNICH 1984b, S.8). Derartige Entwicklungen würden aber nicht nur dem steten Wandel in den Angebotsstrukturen und den Patientenwünschen nicht gerecht werden, sondern bedeuteten auch ein Hemmnis bei der Suche nach überlegenen Problemlösungen. Entsprechendes gelte auch für eine Fixierung von Ausgabenblöcken für einzelne Bereiche: auch hier stehe der Verhinderung von Substitutionsprozessen und damit wahrscheinlichen Umschichtungen zwischen den einzelnen Sektoren die *Einfrierung von Strukturen* gegenüber (vgl. OBERENDER 1987, S.8; METZE 1983, S.335 f.).

Darüber hinaus gelten *staatliche Regulierungsmaßnahmen* als mitverantwortlich dafür, daß sich innovatorische Kräfte nur unzureichend durchsetzten und technischer Fortschritt nicht in dem gewünschten Maße stattfinde (vgl. HAMM 1984 a, S.22). Den Marktökonomen zufolge führt die mit staatlichen Eingriffen verbundene Beschränkung der Handlungsfreiheit der individuellen Entscheidungsträger in der

Regel jedenfalls auch zu einem *Verlust an Spontaneität und Ideenreichtum* (vgl. METZE 1985, S.73; MÜNNICH 1986, S.175).

Ein weiteres Argument gegen staatliche Regulierungen beinhaltet der Hinweis, daß diese erfahrungsgemäß noch immer „die Intelligenz und den Spürsinn der Betroffenen" herausgefordert hätten, um *Umgehungsmöglichkeiten* zu finden, zumal wenn derartige Regelungen zentral die Eigeninteressen der Betroffenen tangierten (vgl. MÜNNICH 1984 b, S.8).

Um die *Substitutionsprozesse* zu korrigieren, Mißbräuche von Vorschriften und das Suchen nach Auswegen zu unterbinden, bedarf es nach Ansicht der Marktökonomen schon zwangsläufig immer weiterer Regulierungen, so daß unweigerlich eine *Interventionsspirale* in Gang komme (vgl. OBERENDER 1986; MÜNNICH 1984 b). Tatsächlich bestehe der Ausweg, den die Gesundheitspolitiker seit Jahren beschritten, darin, „unerwünschte Reaktionen dadurch auszuschalten, daß Entscheidungsrechte auf staatliche oder auf Kollektivorgane der Selbstverwaltung verlagert werden".

2. 2. 4 Leistungsausgrenzungen

Ebenfalls eine weitgehende Unwirksamkeit bescheinigen die Marktökonomen den in den letzten Jahren eingeführten *Leistungsausgrenzungen* und *Selbstbehaltsregelungen*. Dies ungeachtet dessen, daß derartige Instrumente in ihren eigenen Lösungskonzepten eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Kritisiert werden dann auch nicht die partiellen Leistungsausgrenzungen (z.B. von Bagatellarzneimitteln); aus ihrer Sicht ist im Gegenteil der Umfang der Leistungsausgrenzungen noch deutlich zu gering, um spürbare kostensenkende Effekte haben zu können. Dabei stellt für sie das eigentliche Problem allerdings die derzeitige *Ausgestaltung der Ausschlußregelungen* dar; insbesondere beinhalteten diese die Möglichkeit, nicht erstattungsfähige durch erstattungsfähige Arzneimittel zu substituieren. Da letztere im allgemeinen teurer sind, führten die Leistungsausgrenzungen im Ergebnis sogar zu Ausgabensteigerungen.

3. Marktwirtschaftliche Reformansätze für das Gesundheitswesen

3. 1 Ausgangsüberlegungen

Die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen gehen davon aus, daß es prinzipiell möglich ist, »auch im Gesundheitsbereich einen marktwirtschaftlichen Ordnungsrahmen zu schaffen« (OBERENDER 1985, S.37; KRONBERGER KREIS 1987). Dem zentralen Einwand ihrer Kritiker, daß es sich beim Gesundheitswesen um einen *typischen Bereich des Marktversagens* handle, begegnen sie mit dem Argument, daß bisher im Gesundheitswesen der Bundesrepublik überhaupt noch *keine marktwirtschaftliche Ordnung* bestanden habe.

Gemeinsamer Ausgangspunkt aller marktwirtschaftlichen Konzepte ist die Vorstellung, daß durch die *Beseitigung der »staatlichen Fesseln«* in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens die Voraussetzungen für *mehr Markt* und somit *mehr Wettbewerb* geschaffen werden können. Dies wiederum erschließe dem »mündigen Bürger« *Freiheitsspielräume*, wodurch seine *Selbstverantwortung*, *Eigeninitiative* und *Eigenvorsorge* gestärkt und gefördert würden (vgl. OBERENDER 1985, S.37). Grundsätzlich sollen auch für den Bereich des Gesundheitswesens jene Eigenschaften marktwirtschaftlicher Systeme erschlossen werden, die in den Möglichkeiten »zwischen den am Markt gegebenen Alternativen als Konsument frei wählen, über privates Eigentum frei verfügen und sich als Beteiligter am Markt frei entfalten zu können« (WOLL 1984, S.72 f.) zum Ausdruck kommen.

Dabei wird auch von der Überzeugung ausgegangen, daß man entsprechend vielfältiger Erfahrungen darauf vertrauen könne, daß eine *dezentrale Steuerung* weit besser zu einer *bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung* führt als zentrale Steuerungen. Die dezentrale Steuerung wiederum basiere auf jenen marktwirtschaftlichen Ordnungsprinzipien, zu denen der sehr einfache Grundsatz gehöre, daß jeder Beteiligte für die Folgen seines Handelns einzutreten habe; gerade deshalb sei er auch daran interessiert, Nutzen und Kosten seines Verhaltens sorgsam abzuwägen (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1985/86, Tz. 366).

Was die *politische Umsetzung* anbetrifft, sprechen sich die Verfechter marktwirtschaftlicher Konzeptionen – zumindest jene in der Bundesrepublik – dafür aus, anstelle radikaler Reformen den *Weg sukzessiver Änderungen* zu gehen. Gefordert wird allerdings, die Rahmenbedingungen in einer Weise zu gestalten, daß sich alternative, den Bedürfnissen der Menschen entsprechende Strukturen auch tatsächlich evolutionär herausbilden können (vgl. OBERENDER 1985, S.38).

3. 2 Sozialpolitische Grenzen einer Marktsteuerung

Jedenfalls im deutschsprachigen Raum wird von den Marktwirtschaftlern im allgemeinen akzeptiert, daß auch in einem *System funktionierender Märkte* nicht ausgeschlossen werden kann, daß gewisse Personengruppen infolge fehlender finanzieller Ressourcen nicht in der Lage sein werden, sich in einem Umfang Gesundheitsleistungen zu beschaffen, der *normativen sozialethischen Vorstellungen* entspricht. Damit wird zugleich anerkannt, daß zur Erreichung eines gesellschaftlich bestimmten Wohlfahrtsoptimums zwangsläufig *Umverteilungsmaßnahmen* erforderlich sind (vgl. MÜNNICH 1982, S.34).

Ausgehend von der Erkenntnis, daß Märkte »nur eine unvollkommene Repräsentation der auf altruistischen Motiven beruhenden Hilfsbereitschaft für die wirtschaftlich schwächeren Mitglieder der Gesellschaft« (MÜNNICH 1982, S.39) gestatten, beschränken sich dann auch die meisten Markt-Konzepte auf die Forderung nach einem *behutsamen Einbau marktwirtschaftlicher Elemente*, ohne dabei »unabdingbare soziale Randbedingungen zu verletzten« (MÜNNICH 1982, S.39).

Die *Berücksichtigung sozialpolitischer Motive* hat allerdings auch ihre Grenzen. Zwar solle das Gesundheitswesen durchaus sozialstaatliche Elemente enthalten, allerdings reduziert auf ein *marktwirtschaftlich vertretbares Ausmaß*. Insbesondere dürfe das Sozialstaatsprinzip die Funktionsfähigkeit der Marktwirtschaft und den individuellen Handlungsspielraum nicht entscheidend beeinträchtigen.

So widersprechen z. B. Selbstbeteiligungsregelungen nach Auffassung der meisten Marktwirtschaftler nicht dem Solidarprinzip, sondern sind vielmehr das »notwendige Korrelat zur Solidarität in modernen anonymen Großgesellschaften...« (MÜNNICH 1982, S.37).

3. 3 Eliminierung von Umverteilungsaufgaben aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Nach den Vorstellungen seiner Befürworter erfordert ein funktionsfähiges, nach marktwirtschaftlichen Prinzipien konzipiertes Gesundheitswesen die *Ausgliederung von Umverteilungsaufgaben* aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der den Marktwirtschaftlern vorschwebenden *»konsequenten Versicherungslösung«* soll auf die einkommensbezogene Umverteilung in der heutigen Form verzichtet werden (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.26). Insbesondere die Verbindung von Regulierung und Verteilungspolitik (Mischsystem) wird von den Marktwirtschaftlern als Hauptursache der Fehlsteuerungen angesehen. Ihrer Ansicht nach lassen sich Fehlsteuerungen nur dann minimieren und übermäßige Belastungen der Steuer- bzw. Beitragszahler abbauen, wenn man die Verteilungspolitik strikt von der Marktpolitik trennt (Trennsystem). Unter allokativen Gesichtspunkten am geeignetsten betrachten sie daher eine Marktsteuerung des Gesundheitswesens, ergänzt „durch eine davon institutionell getrennte verteilungspolitische Korrektur" (SCHENK 1985, S.42).

Ausdrücklich wird von den Marktökonomen betont, daß es ihnen nicht darum gehe, die Verteilungspolitik abzuschaffen (vgl. SCHENK 1985, S.42). Als Voraussetzung eines funktionierenden marktmäßigen Wettbewerbs zwischen den Versicherungen gilt jedoch, daß die *Beitragssätze* ausschließlich *risikobezogen* kalkuliert werden und *keine Komponenten der Einkommensumverteilung*, wie etwa beim Familienlastenausgleich, enthalten (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.33). Die Zielrichtung marktwirtschaftlicher Konzeptionen besteht darin, das gegenwärtige „transferwirtschaftliche System (Leistungsübertragung *ohne* direktes Entgelt) ... aus Gründen der sozialen Verantwortung und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit durch ein marktwirtschaftliches System (*direkte* Beziehung zwischen Leistung und Gegenleistung)" (OBERENDER 1985, S.21) zurückzudrängen.

Risikobezogene Beitragssätze, wie sie von den Marktwirtschaftlern verlangt werden, lassen sich in unterschiedlicher Weise gestalten; zum einen können die Beiträge nach *individuellen Eigenschaften* (z.B. Beruf, Geschlecht, Alter, bisherige Krankheiten) differenzieren, zum anderen an das *durchschnittliche Risiko* des gesamten versicherten Kollektivs einer Tarifklasse oder -gruppe mit jeweils gleichem Leistungskatalog anknüpfen (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.34). Das Ziel der Marktwirtschaftler ist dabei nicht, den mit jeder Versicherung angestrebten Risikoausgleich zu beseitigen; das Interesse gilt vielmehr der einkommensmäßigen Umverteilung. Um allokative Verzerrungen zu vermeiden, treten die Marktwirtschaftler dafür ein, die Absicherung einkommensschwacher Versicherter nicht durch eine Solidargemeinschaft vorzunehmen. Sie rechtfertigen diesen Schritt einerseits damit, daß nach ihrer Ansicht in der heutigen Wohlstandsgesellschaft keine besondere Notwendigkeit mehr bestehe, die Umverteilung in dem bisherigen Umfang aufrechtzuerhalten, da man dem ganz überwiegenden Teil der Versicherten zumuten könne, risikogerechte Beiträge selbst zu finanzieren (vgl. ALBERS 1983, S.56). Für die Eliminierung der in die gesetzliche Krankenversicherung eingebauten Umverteilungselemente spreche zum anderen, daß sie teilweise mit unerwünschten Verteilungswirkungen verbunden seien (vgl. ALBERS 1973, S.57; JESSEN 1984, S.41 ff.).

3. 4 Marktsteuerung und Ausgabenentwicklung

Keine Illusionen lassen die Marktökonomen darüber aufkommen, daß eine Verstärkung der Marktsteuerung nicht *a priori* zu einer Senkung bzw. Dämpfung der Entwicklung der Gesundheitsausgaben beiträgt. Der Eindruck, mit der Einführung einer Marktsteuerung sei primär das *Ziel einer Ausgabenreduktion* verbunden, soll unter allen Umständen vermieden werden (vgl. GEIGANT/OBERENDER 1985, S.50).

Einige Wissenschaftler betrachten es im übrigen geradezu als eine Anmaßung von Wissen, wollte man voraussagen, daß aufgrund einer verstärkten Marktsteuerung im Gesundheitssektor die Ausgaben in Zukunft weniger rasch steigen bzw. sogar sinken werden (vgl. OBERENDER 1985, S.22). Tatsächlich lassen sich nach eigenem Selbstverständnis derartige Prognosen in einem Marktsystem, das sich durch eine *dezentrale Entscheidungsstruktur* charakterisiert, prinzipiell nicht machen.

Im Gegenteil wird von Marktwirtschaftlern sogar explizit gefordert, das *Ziel der Kostendämpfung vollständig und kompromißlos aufzugeben* (vgl. MÜNNICH 1982, S.34). Hintergrund dieser Forderung ist die Auffassung der Marktwirtschaftler, daß es keinerlei sinnvolle Kriterien gebe, um die optimale Ausgabenquote für Gesundheit zu bestimmen. Hinzu tritt die Überzeugung, daß man es normalerweise der »Entscheidung des mündigen Bürgers (überlasse), ob er einen konstanten, sinkenden oder steigenden Anteil seines Einkommens für bestimmte Güter und Dienstleistungen ausgeben will; die Ausrichtung der Produktion auf den vom Konsumenten geäußerten Bedarf überläßt man dem Wettbewerb der Anbieter oder allgemeiner gesprochen, dem Markt« (SVR: Jahresgutachten 1985/86, Tz.366).

Ausgehend von der Grundthese, wonach der Einzelne allein über die Verwendung seines Einkommens bestimmen soll, wird sogar eingeräumt, daß die Gesundheitsausgaben bei Realisierung von mehr Markt und Wettbewerb u. U. noch über das derzeitige Niveau hinaus steigen können. Welche Aufwendungen letztlich für Gesundheitsleistungen gemacht würden, müsse Spekulation bleiben, »weil beim Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren in komplexen Systemen *ex ante* nicht bekannt ist, was sich *ex post* als konkretes Ergebnis ergeben wird« (OBERENDER 1980, S.148).

Die marktwirtschaftliche Kritik an der derzeitigen *(Kosten-) Ausgabenexplosion* in der GKV bezieht sich konsequenterweise daher auch nicht auf den Ausgabenumfang an sich, sondern lediglich auf dessen Zustandekommen. Schnelles Ausgabenwachstum jedenfalls wird von den Marktwirtschaftlern keineswegs *a priori* als negativ beurteilt (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1987, S.2). Als optimal gilt letztlich jenes »Maß an Ausgaben«, das die kaufkräftigen Nachfrager bereit sind über den Markt zu finanzieren. Aber selbst wenn der medizinische Fortschritt zu steigenden Kosten führe, würde der Ausgabenanstieg in einem Marktsystem nach Überzeugung seiner Befürworter wegen des dort wirksamen Wettbewerbs weit geringer ausfallen, als dies im heutigen System der Fall wäre (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.46).

3.5 Zielsetzungen marktwirtschaftlicher Konzeptionen

3.5.1 Hauptziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen

3.5.1.1 Bedarfsgerechte Versorgung und Verbrauchseffizienz

Eines der zentralen Ziele, das mit einer marktwirtschaftlichen Neuordnung des Gesundheitswesens verfolgt wird, ist die *bedürfnisadäquate Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern.* Das im Grunde systemindifferente Ziel der Bedürfnisgerechtigkeit erhält in Marktsystemen eine systemeigene Definition. Danach gilt eine marktgesteuerte Gesundheitsversorgung dann als bedürfnisadäquat, wenn Umfang und Struktur des Angebots den Bedürfnissen entsprechen, die sich als kaufkräftige Nachfrage auf dem Markt behaupten können. *Bedürfnisadäquanz* bedeutet gleichzeitig, daß »keine Reallokation produktiver Ressourcen in oder aus dem Gesundheitsbereich eine Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt hervorbringen kann« (MÜNNICH 1982). Sind diese Bedingungen erfüllt, sprechen Marktwirtschaftler von einem *gesellschaftlichen Optimum.*

Nach diesem Verständnis kann somit *Verbrauchseffizienz* nur erreicht werden, wenn sich die Gesamtausgaben für Gesundheit an den *Präferenzen der Nachfrager nach Gesundheitsgütern* orientieren. Dabei kann die wirkliche Höhe der individuellen Präferenzen für die Befriedigung des Bedürfnisses nach Gesundheit für die Marktökonomen allein auf funktionierenden Märkten ermittelt werden. Das Nachfrageoptimum zu realisieren, ist die gesellschaftliche Funktion der Nachfrager (vgl. METZE 1982, S.69). Dabei wird die *Zahlungsbereitschaft* der Konsumenten zu dem zentralen Steuerungsinstrument; an der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit der potentiellen und aktuellen Patienten hat sich das Leistungsangebot zu orientieren. Leistungen, für welche keine kaufkräftige Nachfrage existiert, werden der Logik des Systems entsprechend auch nicht produziert.

Bedarfsgerechte Versorgung im Sinne der Marktwirtschaftler bedeutet weiterhin die *Ablehnung eines einheitlichen Versorgungsniveaus* für die Gesamtbevölkerung. Ausgehend von der Existenz individuell unterschiedlicher Nutzenfunktionen, liegt den Marktlösungen die Norm der individuellen Bedarfsdeckung zugrunde, d.h. jeder einzelne Bürger entscheidet selbst, wieviel er für seine medizinische Versorgung bzw. einen entsprechenden Versicherungsschutz zu zahlen bereit ist (vgl. PFAFF 1986, S.106).

3.5.1.2 Kostenminimierung

Ein wesentliches Ziel des marktwirtschaftlichen Lenkungsmechanismus ist es, jene Bedingungen zu schaffen, die gewährleisten, daß die benötigten bzw. nachgefragten Gesundheitsgüter so günstig als möglich produziert werden. Voraussetzung dafür, daß dies geschieht, ist die *Realisierung eines optimalen Produktionsprozesses.* Anders ausgedrückt soll erreicht werden, »daß die Ressourcen zur Produktion von Gesundheit in der Struktur eingesetzt werden, daß die sog. Minimalkostenkombination erreicht wird« (METZE 1982, S.332).

Durch die *Verwirklichung der Minimalkostenkombination* soll zum einen sichergestellt werden, daß die Bindung von Produktionsfaktoren im Gesundheitswesen nicht größer als unbedingt erforderlich ist (vgl. HAMM 1984 a, S.22) und zum anderen die verfügbaren Ressourcen so auf die einzelnen Arten von Gesundheitsgütern verteilt werden, daß der Grenzertrag *(gemessen als Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung)* der in den einzelnen Bereichen eingesetzten letzten Faktoreinheit äquivalent ist (vgl. METZE 1982, S.332).

3.5.1.3 Nutzenmaximierung

Ein immanentes Ziel marktwirtschaftlicher Modelle ist ferner, die sog. *Rationalitätenfalle* zu überwinden. Angestrebt wird, sowohl den individuellen wie den gesamtwirtschaftlichen Nutzen zu maximieren. Entsprechend wird es als ordnungspolitische Aufgabe der Gesundheitspolitik betrachtet, den Entscheidungsrahmen so zu gestalten, daß das »Streben des einzelnen in den Dienst der gemeinsamen Sache gestellt werden kann« (HAMM 1984 a, S.22), d.h. mit dem individuellen Nutzen gleichzeitig der gesellschaftliche Nutzen steigt. In der Theorie der Marktwirtschaft ist das *Nutzenmaximum* in beiden Fällen dann erreicht, wenn der Grenznutzen der letzten eingesetzten Mittel in sämtlichen Verwendungsrichtungen gleich groß ist. Konkret bedeutet dies, daß auch im Bereich der Gesundheitsversorgung geprüft werden soll, inwieweit sich durch alternative Verwendung der verfügbaren knappen Mittel der Gesamtnutzen erhöhen läßt (vgl. HAMM 1984 a, S.22).

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich hervorzuheben, daß für die Marktwirtschaftler das *Bestreben, den individuellen Nutzen zu maximieren,* eine positive Eigenschaft darstellt. Zweck einer pluralistisch und liberal strukturierten Gesellschaft könne nicht sein, »jedwede Verhaltensweise, die nicht ausschließlich Nutzen für alle bringt, zu unterbinden« (MÜNNICH 1982, S.36). Der Unterschied zu anderen Systemen soll indessen darin bestehen, daß das marktwirtschaftliche System über Mechanismen verfügt, die verhindern, daß *individuelles Nutzenstreben zu Lasten der Gemeinschaft* geht. So versucht die marktwirtschaftliche Steuerung zu erreichen, daß Nachteile, die der einzelne der Gesellschaft zufügt, von diesem kompensiert werden.

3.5.1.4 Förderung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative

Ein marktwirtschaftlich organisiertes Gesundheitswesen ist nach Überzeugung seiner Befürworter nicht nur dadurch gekennzeichnet, daß es am besten die Realisierung *ökonomischer Effizienzgesichtspunkte* ermöglicht, sondern zugleich das einzige System, das »den sozialethischen Vorstellungen einer freiheitlichen Gesellschaft am ehesten gerecht wird« (OBERENDER 1985, S.21). Im Gegensatz zu den fremdbestimmten und zentralisierten Entscheidungen im derzeitigen Gesundheitssystem beruhe Demokratie und Marktwirtschaft auf dem „Prinzip freier, eigenverantwortlicher und persönlicher Entscheidungen" (KRONBERGER KREIS 1987, S.47). Entsprechend ist es ein unabdingbares *Prinzip von Marktsystemen,* daß im Rahmen des gesetzlichen Ordnungsrahmens sowohl die Nachfrager wie die Erbringer von Gesundheitsleistungen *volle Handlungsfreiheit* besitzen. Von daher gehört es zu den Grundzielen marktwirtschaftlicher Reformkonzepte, die *Eigenverantwortung* und die *Souveränität des einzelnen Bürgers* zu stärken (vgl. OBERENDER 1985, S.21). Davon ausgehend ist es ausdrückliche Aufgabe eines Gesundheitsversorgungssystems, allen Beteiligten ein *Höchstmaß an Freiheit* zu bieten und durch geeignete Anreize die Eigenverantwortung zu fördern (vgl. HENKE 1987, S.7).

Die *Eigenverantwortung im Sinne des Subsidiaritätsprinzips* soll durch Weckung von mehr Kostenbewußtsein ge-

stärkt werden (vgl. BKU 1988, S.8). Zugleich gehe es darum, dem Versicherten – anders als im derzeitigen System der »Einheits-Zwangsversicherung« – Möglichkeiten zu geben, sich darüber zu äußern, »ob er die Belastungen durch das Gesundheitssystem als überhöht ansieht« (HAMM 1984, S.22).

3. 5. 1. 5 Schutz der Versichertengemeinschaft vor Mißbrauch

Gelegentlich wird von einigen Vertretern marktwirtschaftlicher Konzepte als explizites Ziel einer Marktsteuerung auch der *Schutz der Versichertengemeinschaft vor Mißbrauch* genannt. Insbesondere sei anzustreben, daß Sparsamkeit im Interesse der Solidargemeinschaft nicht mehr als Dummheit gilt (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.30).

3. 5. 2 Funktionale Ziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen

3. 5. 2. 1 Individuelle Anreize und Kostenbewußtsein

Um der wachsenden Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen zu begegnen und die „Ausbeutung aller durch alle" (OBERENDER 1985, S.18) zu beenden, bedarf es nach Ansicht der Marktökonomen der *Schaffung geeigneter individueller Anreize*, mittels derer ein preis- und damit kostenbewußtes Verhalten erreicht werden soll (vgl. OBERENDER 1985, S.20). Dabei soll der Preis – soweit sozialpolitisch vertretbar – wieder zu einem wesentlichen *Rationierungsinstrument* werden (vgl. OBERENDER 1985, S.21). Für die Marktwirtschaftler stellen flexible Preise Marktsignale dar und dienen dazu, Leistungsangebot und Leistungsnachfrage zum Ausgleich zu bringen. Durch die *Stärkung der ökonomischen Eigenverantwortung* der Patienten sollen diese dazu veranlaßt werden, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verstärkt *Kosten-Nutzen-Überlegungen* anzustellen. Auf diese Weise ist es möglich, die *Zahlungsbereitschaft* der Patienten als *Steuerungsinstrument* einzusetzen. Erwartet wird, daß die stärkere finanzielle Verantwortung der Patienten nicht nur diese dazu veranlaßt, selber sparsam zu wirtschaften, sondern auch dazu führt, das Verhalten der Leistungserbringer nach ökonomischen Gesichtspunkten zu kontrollieren. Kostenbewußtes Verhalten der Patienten zusammen mit einem erweiterten Wettbewerb bilden wiederum einen Anreiz für die Leistungshersteller, ebenfalls wirtschaftlich und kostenbewußt zu handeln (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.136).

Abhängig ist die Wirkung einer marktlichen Steuerung der Gesundheitsnachfrage nach Darstellung ihrer Befürworter einerseits von den installierten Anreizen, andererseits von der „Fähigkeit und der Willigkeit zu einem gesundheitsadäquaten Verhalten derjenigen, ... die die Nachfrageentscheidung treffen" (OBERENDER 1985, S.23). Hieraus folgt, daß die Anreize *entscheidungsrelevant* sein müssen; dies ist dann der Fall, wenn sich auf die Anreize hin Verhaltensänderungen ergeben können. Voraussetzung ist ferner, daß für den einzelnen ein *unmittelbarer Bezug zwischen Verhalten und Sanktionen* erkennbar und fühlbar sein muß (vgl. OBERENDER 1985, S.23).

3. 5. 2. 2 Förderung des Wettbewerbs

Ein quasi immanentes Ziel aller marktwirtschaftlichen Lösungskonzepte ist es, jene Rahmenbedingungen zu schaffen, damit der für das Funktionieren des Gesamtsystems unabdingbare Wettbewerb überhaupt erst stattfinden kann. Hergestellt werden soll der Wettbewerb allerdings nicht dadurch, »daß vorhandene unausgeglichene Machtverhältnisse durch zusätzliche Rechte und Macht für den Unterlegenen« ausgeglichen werden, sondern dadurch, daß die »Machtkonzentration vermindert« (MÜNNICH 1984 c, S.9) wird. Um das Funktionieren von Gesundheitsmärkten zu gewährleisten, halten die Marktwirtschaftler einen möglichst *vollkommenen Wettbewerb* für erforderlich, d.h. Anbieter- oder Nachfragermonopole soll es im Prinzip nicht geben. Dementsprechend gehört zu ihren Forderungen, das Gesundheitswesen nicht länger als *kartellrechtlichen Ausnahmebereich* zu behandeln (vgl. MÜNNICH 1984 c, S.9; KARTTE 1985, S.151 ff.).

Im idealtypischen Verständnis der Marktwirtschaftler soll der freie Wettbewerb den Marktteilnehmern die Möglichkeit geben, sich ihren individuellen Wünschen und Fähigkeiten gemäß zu entfalten. Wettbewerb wird daher nicht nur gefordert, weil ihm positive ökonomische, sondern auch wesentliche *gesellschaftliche Funktionen* zugeschrieben werden. Die *ökonomische Funktion des Wettbewerbs* besteht für die Marktwirtschaftler darin, »die Güterproduktion den Wünschen und Präferenzen der Verbraucher entsprechend zu steuern« (CASSEL 1984, S.31). Gleichzeitig wird unterstellt, daß mehr Wettbewerb zu höherer Effizienz führt, den wirtschaftlichen Fortschritt beschleunigt, eine raschere Anpassung an geänderte Daten ermöglicht, das Einkommen nach der Leistung verteilt und der Kontrolle wirtschaftlicher Macht dient (vgl. CASSEL 1984, S.31). Demgegenüber wird seine *gesellschaftliche Funktion* vor allem darin gesehen, daß er dem einzelnen Marktbeteiligten die *größtmögliche Handlungs- und Wahlfreiheit* einräumt. Konkret bedeutet dies, die Anbieter sollen frei über den Einsatz ihrer Ressourcen verfügen und die Nachfrager zwischen alternativen Angeboten wählen können (vgl. OBERENDER 1986, S.186).

3. 5. 2. 3 Förderung von Innovation und technischem Fortschritt

Zu den Grundelementen marktwirtschaftlicher Reformstrategien gehört die *Entstaatlichung und Deregulierung* des Gesundheitswesens. Hiervon wird nicht zuletzt erwartet, daß sich *innovative Prozesse* verstärken und der Wettbewerb zur Suche nach kostengünstigeren Leistungsangeboten veranlaßt. Nach Ansicht der Marktwirtschaftler müssen u. a. Betriebs- und Unternehmensformenbeschränkungen im Gesundheitswesen aufgehoben werden. Zugleich wird von der Überzeugung ausgegangen, daß der Wettbewerb – sofern bürokratische Regulierungen nicht bestehen – für eine schnelle Umsetzung des *technischen Fortschritts* sorgt. Aufgabe des Wettbewerbs sei es zudem, die Selektion zwischen wirklichem und vermeintlichem Fortschritt vorzunehmen. Damit diese Funktionen auch erfüllt werden können, müßten jedoch sämtliche staatlichen Hemmnisse beseitigt und *Rahmenbedingungen* geschaffen werden, die Innovation und technischen Fortschritt begünstigen.

3. 6 Funktionsvoraussetzungen marktwirtschaftlicher Prozesse

3. 6. 1 Allgemeine Anmerkungen

Von den Befürwortern einer marktwirtschaftlichen Steuerung im Gesundheitswesen wird grundsätzlich akzeptiert, daß die von der Wirtschaftstheorie unterstellten optimalen Marktergebnisse, insbesondere die den Marktmodellen zu-

geschriebene *optimale Allokation der Ressourcen* nur dann zustandekommen, wenn bestimmte Annahmen zutreffen und gewisse Funktionsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. PFAFF 1987, S.299). In der Argumentation der marktlich orientierten Vertreter spielt daher der Nachweis eine wesentliche Rolle, daß es sich beim Gesundheitswesen nicht um einen *marktwirtschaftlichen Ausnahmebereich* handelt, dessen Besonderheiten marktwirtschaftliche Konzepte als ungeeignet erscheinen lassen. Umgekehrt ist es ein wesentliches Anliegen marktwirtschaftlicher Reformkonzepte, jene *Rahmenbedingungen* zu schaffen, die für das *Funktionieren von Nachfrage- und Angebotsmechanismen* unabdingbar sind. Auch wenn gewisse Probleme bei der Umsetzung marktwirtschaftlicher Vorstellungen im Gesundheitsbereich nicht gänzlich von der Hand gewiesen werden, so hält man es doch für »denkbar, die für eine marktwirtschaftliche Allokation erforderlichen Voraussetzungen soweit wie möglich herzustellen« (METZE 1982, S.69). Zugleich wird versucht, den Nachweis zu erbringen, daß die unterstellten Annahmen in bezug auf die Verhaltensweisen von Individuen in der Realität gegeben sind.

3. 6. 2 Existenz und Herstellung einzelner Funktionsbedingungen

3. 6. 2. 1 Eigennutzaxiom

Sämtliche marktwirtschaftlichen Lösungskonzepte basieren in entscheidender Weise auf der Annahme eigennützigen, kostennutzen-kalkulierenden, nutzenmaximierenden menschlichen Handelns (vgl. SCHARF 1987, S.579). Das sog. *Eigennutzaxiom* ist die Handlungsgrundlage marktwirtschaftlicher Lenkung schlechthin. Das Eigennutzstreben der Individuen veranlaßt nicht nur diese selbst, ihren eigenen Nutzen zu maximieren, durch den Rückgriff auf dieses Prinzip wird zugleich eine Steigerung des *Gemeinwohls* angestrebt. Hierbei wird unterstellt, daß das *Eigennutzstreben* ausreichende Anreize zur Beschaffung der erforderlichen Information und Durchführung der gesellschaftlich optimalen Entscheidungen bewirkt (vgl. METZE 1982, S.69).

Marktkonzepte erheben den Anspruch, die Menschen so zu akzeptieren, wie sie sind (vgl. HAMM 1984 a, S.30). Daher werde davon ausgegangen, daß sie sich in ihren Aktivitäten von *individuellem Vorteilsstreben* – eine der stärksten Triebkräfte menschlichen Handelns (vgl. HAMM 1984 a, S.32) – leiten lassen und im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten den *höchsten individuellen Nutzen* anstreben (vgl. METZE 1982, S.342).

3. 6. 2. 2 Information und Markttransparenz

Eine wesentliche Voraussetzung marktwirtschaftlich organisierter Systeme ist das *Vorliegen von Transparenz*. Dem häufig vorgetragenen Einwand, aufgrund der dem Patienten fehlenden Information und der unzureichenden Markttransparenz funktioniere der Preismechanismus bei Gesundheitsleistungen nicht, begegnen die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen u. a. mit dem Hinweis, daß auch auf anderen Märkten Transparenzmängel bestünden. Im übrigen wird erwartet, daß sich der mündige Bürger »bei einer Individualisierung der Bedarfsdeckung« auf dem Gesundheitsmarkt ebenso sachkundig machen wird, wie dies in anderen Bereichen auch der Fall ist. Bei entsprechenden Rahmenbedingungen sei deshalb damit zu rechnen, daß ähnlich wie in anderen Dienstleistungsbereichen auch ein *Markt für Gesundheitsinformationen* mit Tests von Medikamenten, Ärzten und Krankenhäusern entstehe.

Unabhängig von diesen Erwartungen gehört zu den Hauptforderungen der Marktökonomen, einen Abbau der im Gesundheitswesen bestehenden *Intransparenz* zu fordern. Erreicht werden soll dies sowohl durch Maßnahmen, die auf der Angebotsseite ansetzen *(z. B. Transparenz- und Preisvergleichslisten für Arzneimittelverordnungen von Ärzten)*, insbesondere aber durch Verhaltensänderungen beim Nachfrager. Hier gilt es zum einen das *Desinteresse der Nachfrager* an den entstehenden Kosten der Leistungsinanspruchnahme, zum anderen deren bisherige »erzwungene« *Uninformiertheit* zu beseitigen. Als ein wesentlicher Schritt in diesem Zusammenhang gilt für die Verfechter von Marktlösungen der Übergang vom »intransparenten« *Sachleistungs-* zum *Kostenerstattungsprinzip* (vgl. SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz. 399).

3. 6. 2. 3 Funktionsfähiges Preissystem

Jede marktwirtschaftliche Lösung gesellschaftlicher Probleme setzt ein *funktionsfähiges Preissystem* voraus, wobei sich die Preise stets auf bestimmte Produkte beziehen, die in irgendeiner Weise abgegrenzt werden müssen. Nach den Vorstellungen der Marktökonomen soll die Leistungsverrechnung grundsätzlich nach *einheitlichen »Produktverzeichnissen«* erfolgen. Gedacht wird dabei vor allem an das System der *»diagnosis related groups« (DRGs)* für den stationären Bereich sowie an *Leistungskomplexhonorare* im ambulanten Sektor. Diese haben nach Ansicht der Marktökonomen die wesentliche ökonomische Eigenschaft, daß auf diese für die ambulante und stationäre Behandlung Produktdefinitionen abgegeben werden können. Die DRGs und Leistungskomplexhonorare ermöglichen damit erstmals, *vom Faktoreinsatz losgelöste Produktpreise* zu bestimmen. Auf dieser Grundlage soll die Preisbildung freigegeben bzw auf (privatautonome) Verhandlungen übertragen werden (vgl. MÄNNER 1985; MÜNNICH 1984 b, S.10 f.). Grundsätzlich wird jedoch die Auffassung vertreten, daß im Rahmen des Wettbewerbs als *Such- und Entdeckungsverfahren* die adäquaten *Honorierungssysteme* gefunden werden.

3. 7 Marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente

3. 7. 1 Grundzüge des marktwirtschaftlichen Mechanismus

Unter idealen Funktionsvoraussetzungen ergibt sich für Marktökonomen als Ergebnis der Anwendung des marktwirtschaftlichen Lenkungsmechanismus das *Allokationsoptimum* im Prinzip von selbst. In diesem Sinne wird der zugrundeliegende Regelungsmechanismus auch als *»Selbststeuerung«* bezeichnet (vgl. METZE 1981). Konstitutives Merkmal dieser Lenkungsform bildet die Delegation der Verantwortung von oben nach unten. »Ausgabenniveau und Ausgabenstruktur sind...das Ergebnis der Entscheidungen einer Vielzahl von individuellen, autonomen, unabhängig voneinander agierenden Entscheidungsträgern« (METZE 1981). Die Ziele *»Effizienz«* und *»Solidarausgleich«* sollen ebenso wie *Kostenminimierung* und *optimale Faktorallokation* »von selbst« durch *systemimmanente Anreize* in freien Wahlentscheidungen der einzelnen Beteiligten angesteuert werden (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1987, S.4).

Im Kern zielen Marktkonzepte für das Gesundheitswesen darauf ab, einen Prozeß in Gang zu setzen, »der die individuellen, am Eigennutz ausgerichteten Entscheidungen autonomer Entscheidungsträger so aufeinander abstimmt, daß ein gesellschaftliches Optimum entsteht« (METZE 1982 b, S.58). Auch wenn der Selbststeuerungsmechanismus nicht zwingend zum Optimum führt, schreiben die Marktökonomen ihm doch die Eigenschaft zu, »im Rahmen eines trial and error Prozesses Entwicklungen, die vom Optimum wegführen«, abzubrechen und *effizienzsteigernde Prozesse endogen zu verstärken* (vgl. METZE 1982 b, S.58).

Damit Optima auch tatsächlich erreicht werden bzw. Prozesse in diese Richtung sich entwickeln, sind auch bei Selbststeuerung bestimmte Rahmenbedingungen erforderlich, um sicherzustellen, daß *nutzen- bzw. gewinnmaximierendes Verhalten* sich im erforderlichen Umfang entfaltet. Grundsätzlich muß sichergestellt werden, daß wirkliche Entscheidungsalternativen existieren. Schließlich sehen die Marktkonzepte auch Mechanismen vor, die ein Versagen einer marktwirtschaftlichen Lenkung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung verhindern sollen (vgl. METZE 1982 b, S.58).

Verlangt wird außerdem, daß das System zu einer gewissen Balance führt; so sollen »positiven wirtschaftlichen Anreizen...als Sanktion für unwirtschaftliches Verhalten der Verlust und ggf. der Konkurs gegenüberstehen« (MÜNNICH 1984 a, S.8). Anders ausgedrückt geht es darum, daß für alle Beteiligten (Anbieter wie Nachfrager) »die individuellen Anreize so gesetzt werden, daß wirtschaftlich und sozial adäquates Verhalten belohnt sowie verschwenderisches und sozial unerwünschtes Verhalten bestraft werden« (OBERENDER 1985 b, S.29; vgl.auch: MÜNNICH 1982, S.35).

Marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonomen versäumen auch nicht darauf hinzuweisen, daß die bei ihnen im Vordergrund stehende verstärkte *Marktsteuerung der Nachfrageseite* nur dann greifen kann, »wenn auch in den anderen Gesundheitsbereichen, insbesondere auf der Angebotseite und im Versicherungsbereich, marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen zum Tragen kommen« (OBERENDER 1985 a, S.20). Es wird als besonders wichtig angesehen, daß entsprechend die institutionellen Korrekturen im Systemzusammenhang vorgenommen werden (vgl. MÜNNICH 1982, S.36; KRONBERGER KREIS 1987).

3. 7. 2 Instrumente zur Steigerung der Nachfrageeffizienz

Auf der Nachfrageseite haben marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente den primären Zweck, das *Kostenbewußtsein der Nachfrage zu stärken* und zugleich die *Entscheidungsfreiheit zu erhöhen.* Überragende Bedeutung wird dabei dem Instrument der *Selbstbeteiligung* beigemessen. Daneben geht es um die Einführung von Alternativen hinsichtlich der Wahl des Leistungsumfangs, der Versichertengemeinschaft sowie der Versicherungsform, wobei letztere vornehmlich dazu dienen sollen, die *Konsumentenpräferenzen* zum Ausdruck zu bringen.

3. 7. 2. 1 Selbstbeteiligungsregelungen

Unter den verschiedenen Instrumenten, die von den Marktökonomen zur *Steigerung der Nachfrageeffizienz* vorgeschlagen werden, nimmt die »Selbstbeteiligung«, wie schon erwähnt, eine Schlüsselstellung ein (vgl. u.a. KRONBERGER KREIS 1987, S.30; OBERENDER 1985 a, S.20; SVR: Jahresgutachten 1985/86; MÜNNICH 1984 a, S.9; HAMM 1984 a, S.30; JESSEN 1984, S.82; KNAPPE/ROPPEL 1982, S.41; ALBERS 1983, S.55; SOZIALENQUETE 1966, S.217 ff.).[8] Damit wettbewerbliche Marktprozesse ihre *Koordinations- und Lenkungsfunktion* überhaupt erfüllen können, sei es notwendig, daß bei allen Beteiligten ein *preis- und kostenbewußtes Nachfrageverhalten* erzeugt werde. Entscheidend sei insbesondere, die für das derzeitige System charakteristische Umlage- bzw. »Nulltarif-Mentalität« (vgl. HENKE/METZE 1979, S.34 ff.) zu überwinden. Um dies zu erreichen, müsse eine Situation geschaffen werden, in welcher die Nachfrager »den Zusammenhang zwischen individueller Nachfrage und den dadurch verursachten Kosten unmittelbar monetär fühlen« (OBERENDER 1980, S.174).

Hinsichtlich der konkreten *Ausgestaltung von Selbstbeteiligungsregelungen* befinden sich zahlreiche Vorschläge in der Diskussion. Eine eindeutige Favorisierung bestimmter Formen durch die Marktökonomen ist dabei nicht zu erkennen; allenfalls werden von ihnen einzelnen Regelungsmechanismen unterschiedliche Wirkungsintensitäten zugeschrieben. Grundsätzlich unterscheiden lassen sich *direkte und indirekte Kostenbeteiligungen.* Bisweilen ebenfalls als Form der Selbstbeteiligung wird der *selektive Ausschluß von Leistungen* angesehen (vgl. MÜNNICH 1980, S.1149).[9] An dieser Stelle soll jedoch nur auf die Modelle zur Kostenbeteiligung bei der Leistungsinanspruchnahme eingegangen werden. Eine Betrachtung der Regelungen, die eine indirekte Kostenbeteiligung der Versicherten bedeuten, erfolgt an anderer Stelle *(siehe Abschnitt 3.7. 2. 2).*

a) Formen der direkten Selbstbeteiligung

Bei den direkten Selbstbeteiligungsregelungen können *drei grundsätzliche Alternativen* unterschieden werden; innerhalb dieser alternativen Selbstbehaltspläne gibt es allerdings weitere Unterschiede in bezug auf den Umfang der in den Selbstbehalt einbezogenen Leistungen, die Begrenzung des Selbstbehalts nach oben sowie die Flexibilität von Regelungen (vgl. KNAPPE/ROPPEL 1982, S. 41 ff.).

Unabhängig von der jeweiligen spezifischen Ausgestaltung geht es bei der »Einführung genereller Selbstbehalte um die Forderung, daß die Patienten alle in Anspruch zu nehmenden Leistungen zu einem bestimmten Teilprozentsatz und/oder bis zu einer bestimmten Höchstgrenze direkt zu zahlen haben« (KNAPPE/ROPPEL 1982, S.41). Die Selbstbeteiligungsstrategien zielen mithin alle darauf ab, dem *Verursacherprinzip als Finanzierungsregel* für Gesundheitsleistungen einen höheren Stellenwert als bisher einzuräumen. Gemeinsam ist sämtlichen in der Diskussion befindlichen Modellen auch, daß die von ihnen erwarteten Steuerungswirkungen überhaupt nur dann zum Tragen kommen, wenn eine entsprechende *Preiselastizität der Nachfrage* nach Gesundheitsleistungen existiert.

8) Wie REINERS zurecht bemerkt, können Vorschläge, im Rahmen der GKV Selbstbeteiligungsregelungen einzuführen, auf eine lange Tradition zurückblicken. Vorstellungen in diese Richtung hatte bereits die 1966 beendete Sozialenquête in die Diskussion gebracht. vgl. REINERS 1987, S.99.

9) MÜNNICH unterscheidet insgesamt fünf Modellgruppen: 1) selektiver Ausschluß von Leistungen; 2) direkte Beitragsdifferenzier-ungen; 3) direkte Zuzahlungen; 4) Abschläge bei der Kostenrückerstattung und 5) Finanzierung auf anderem Wege.

Die zahlreichen diskutierten Selbstbeteiligungsformen lassen sich im wesentlichen mit den folgenden *drei Grundmodelle* zusammenfassen (vgl. SCHNEIDER 1985, S.32; FRERICH 1987, S.449 f.):

(I) Prozentuale Selbstbeteiligung

Nach dem Modell der prozentualen Selbstbeteiligung hat der Versicherte von den gesamten oder von bestimmten Behandlungskosten einen bestimmten Prozentsatz selbst zu tragen. Unter Aspekten der »sozialen Verträglichkeit« wird die prozentuale Selbstbeteiligung, insbesondere bei einer einkommensmäßigen Staffelung, als die vergleichsweise »beste« Regelung bezeichnet. Sozialen Erfordernissen könnte hier zudem dadurch Rechnung getragen werden, daß der Selbstbehalt erst ab einer bestimmten Einkommensgrenze zur Anwendung gelangt. Diesen Eigenschaften steht allerdings entgegen, daß die Steuerungswirkung dieser Selbstbeteiligungsregelung – wenn überhaupt – nur sehr begrenzt zum Tragen kommt, da der Anstieg des Selbstbeteiligungsbetrages stets geringer ist als derjenige der Behandlungskosten.

(II) Absolute Selbstbeteiligung

Beim Modell der absoluten Selbstbeteiligung zahlen die Versicherten je Behandlungsfall einen vorher festgelegten Festbetrag. Solange die Behandlungskosten den in der Versicherungsvereinbarung festgesetzten Betrag nicht übersteigen, sind sie grundsätzlich vom Patienten zu tragen. Erst die darüber hinausgehenden Kosten werden von der Krankenversicherung beglichen. Differenzierungen sehen hierbei u.a. vor, daß der übersteigende Betrag entweder voll, prozentual oder um den über dieser Grenze liegenden Betrag von der Krankenversicherung übernommen wird.

Auch hier ist eine soziale Staffelung des Festbetrags gemäß dem Einkommen des Versicherten denkbar. Zudem kann die Selbstbeteiligung entweder in Form einer *Franchise* oder einer Gebühr erfolgen. Bei der Franchise zahlt der Versicherte unabhängig von der Art der in Anspruch genommenen Leistungen pro Abrechnungsperiode einen bestimmten Betrag selbst. Zwar erfordert diese Regelung einen Übergang zum Kostenerstattungssystem, hat aber den Vorteil, daß der Versicherte hinsichtlich der Struktur der nachgefragten Leistungen unabhängig ist. Demgegenüber ist die Selbstbeteiligung in Form einer Gebühr (z. B. Rezept- oder Krankenscheingebühren) prinzipiell auch im nach Sachleistungsprinzip organisierten System möglich. Eine Einflußnahme auf die Struktur der nachgefragten Leistungen wäre hier durch nach Leistungsarten differenzierte Gebühren möglich.

Der Steuerungseffekt absoluter Selbstbeteiligungsregelungen wird sehr unterschiedlich beurteilt. Insbesondere bezüglich der über der Selbstbehaltsgrenze liegenden Kosten ist die Steuerungswirkung praktisch null; zu erwarten ist allerdings, daß bei einer derartigen Regelung die Versicherungen dadurch entlastet werden, daß Bagatellfälle aus der Erstattungspflicht herausfallen würden und ein Anreiz bestünde – zumindest in den nicht besonders dringlichen Fällen – einen Arztbesuch zu vermeiden.

(III) Indemnitätsmodell

Nach dem sog. Indemnitätsmodell zahlt die Versicherung die Behandlungskosten bis zu einem bestimmten, für einzelne Leistungen jeweils unterschiedlich festgesetzten Maximalbetrag (Festbetrag). Die Differenz zwischen Festbetrag und tatsächlichem Preis hat in vollem Umfange der Versicherte selbst zu tragen. Dabei sollen die Kostenerstattungsbeträge innerhalb der Spannweite der empirisch vorkommenden Kosten je spezifiziertem Behandlungsfall festgesetzt werden. Bei freier Preisbildung z.B. würden die Versicherer Normpreise vergüten, die innerhalb der Spanne der faktischen Preise liegen. Diesem Modell werden besonders starke kostendämpfende Effekte zugeschrieben. Zudem käme es kaum zu sozialen Härten, da in jedem Falle die medizinisch notwendige Behandlung durch die Versicherung übernommen würde. Zustande käme die positive Wirkung dadurch, daß den Versicherten ein starker Anreiz geboten würde, sich um eine möglichst kostengünstige Behandlung zu bemühen und überdurchschnittlich teure Anbieter abzuwählen. Entscheidend für das Funktionieren dieses Modells ist zum einen, inwieweit auf dem Markt vorhandene Transparenzmängel behoben werden können; außerdem besteht die Gefahr, daß durch monopolartige Strukturen auf der Anbieterseite sich Preise durchsetzen, die über dem Festbetrag liegen.

b) Rahmenbedingungen

Einerseits aus *ökonomischen Gründen*, zum anderen aber auch aus *sozialpolitischen Überlegungen* werden von den marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen selbst eine Reihe von Bedingungen genannt, die erfüllt sein müssen, damit eine Selbstbeteiligung sowohl wirksam ist, zugleich jedoch mit *ökonomischen wie gesundheitspolitischen Erfordernissen* in Einklang steht. Da vor allem letzteres häufig in Frage gestellt wird, betonen sie nachhaltig, daß Selbstbeteiligungsregelungen mit vorrangigen gesellschaftlichen Wertvorstellungen vereinbar sein müßten und eine medizinisch angezeigte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht verhindern dürften.

Aus *ökonomischer Sicht* entscheidend ist, daß Selbstbeteiligungsregelungen nur dann als *Sanktions- und Gratifikationsinstrument* wirksam werden, »wenn sie hinreichend groß, also als Opfer oder Belohnung zu empfinden sind«. Die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Gesundheitsgütern werden umso höher sein, je höher der Selbstbehalt ist (vgl. METZE 1982 b, S.79). Genau dies jedoch kollidiert mit sozialpolitischen Erfordernissen; auf diesem Hintergrund basiert die Feststellung, daß die gleichzeitige Realisierbarkeit der Forderung nach stärkerer Wirtschaftlichkeit und sozialer Vertretbarkeit wohl nur im Rahmen eines Kompromisses möglich sein wird (vgl. METZE 1982 b, S.79).[10]

Des weiteren wird von Selbstbeteiligungsregelungen verlangt, daß sie einen unmittelbaren Bezug zum erwünschten Verhalten haben, d. h. entscheidungsrelevant sind und den Betroffenenen *Entscheidungsalternativen* zur Verfügung stehen (vgl. MÜNNICH 1981, S.212). Dies erfordert insbesondere, daß die Nachfrage nach bestimmten Gesundheitsleistungen nicht starr ist. Dafür wird unterstellt, daß »die Nachfrage dieser spezifischen Gesundheitsleistungen entweder zeitlich verschoben werden kann, auf andere Leistungen (*Substitutionsmöglichkeit*) ausweichen kann oder durch den Verzicht auf den Leistungsbezug keine extremen Nutzenausfälle entstehen« (OBERENDER 1986, S.189). Bei

10) Eine höhere Belastung bestimmter Personen durch Selbstbeteiligung hält METZE allerdings für durchaus akzeptabel. Der zumutbaren Belastung eines einzelnen durch eine Selbstbeteiligung steht nach seiner Ansicht »bei einer Vollversicherung eine unzumutbare Belastung der Versichertengemeinschaft durch eine wirtschaftlich nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung gegenüber«.

fehlenden Entscheidungsalternativen bedeute Selbstbeteiligung lediglich eine steuerungstechnisch weitgehend irrelevante *Umverteilung der Finanzierung* (vgl. MÜNNICH 1981, S.212). Obgleich zugestanden wird, daß es bestimmte Krankheiten bzw. Notfallsituationen gibt, in denen ein unmittelbarer Handlungsbedarf gegeben, die Nachfrage also unelastisch ist, werden unter Hinweis auf schwierige Kontrollprobleme sowie auf das Entstehen eines unverhältnismäßig hohen Aufwandes allerdings auch in diesen Fällen Ausnahmen vom Selbstbehalt als nicht zweckmäßig erachtet (vgl. GITTER/OBERENDER 1987).

Weitgehend einig sind sich die Marktökonomen schließlich darin, daß aus Gründen der *Steuerungswirksamkeit* Selbstbehaltsregelungen sämtliche Leistungsbereiche umfassen sollten. Dadurch soll einerseits verhindert werden, daß einzelne Leistungsanbieter diskriminiert werden und andererseits die Nachfrager Möglichkeiten erhalten, dem Selbstbehalt auszuweichen (vgl. SVR: Jahresgutachten 1985/86,Tz.368). Würde lediglich eine spezielle Selbstbeteiligung eingeführt, bestünde die Gefahr, daß es zu gesamtwirtschaftlich unsinnigen, einzelwirtschaftlich aber vorteilhaften *Kostenverlagerungen* käme (vgl. HAMM, 1984a, S.34).

Durchaus gesehen wird von den Marktökonomen, daß bei Selbstbeteiligungsregelungen auch verschiedene *konterkarierende Entwicklungen* eintreten können, die es als denkbar erscheinen lassen, daß zumindest bei den Krankenversicherungen kein *dynamischer zusätzlicher Spareffekt* auftritt (vgl. KNAPPE/ROPPEL 1982, S.69).

Ein möglicher *negativer Effekt* wäre, daß u.U. Menschen veranlaßt werden, im Krankheitsfalle nicht rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen und dadurch die Gefahr entstünde, daß eine Behandlung unmöglich wird (vgl. OBERENDER 1985, S.28). Ebenso könnte die als Folge von Selbstbehalten erreichte sparsamere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dazu führen, daß Patienten Krankheiten teilweise nicht erkennen und verschleppen und daß diese verschleppten Krankheiten letztendlich kostspieligere Behandlungen erforderlich machen. In diesen Fällen wären die erzielten Einsparungen lediglich temporärer Art, und dabei ein *zeitversetzter Anstieg der Gesundheitskosten* keineswegs auszuschließen (vgl. KNAPPE/ROPPEL 1982, S.62). Derartige Verhaltensreaktionen erscheinen insbesondere bei *Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen* als nicht unwahrscheinlich, bei denen infolge des fehlenden unmittelbaren Leidensdrucks von einer sehr *hohen Preiselastizität* ausgegangen werden muß.

Diesem eben genannten Einwand wird von einigen Marktökonomen insofern Rechnung getragen, als auch sie vorschlagen, aus *sozial- und gesundheitspolitischen Gründen* Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen sowie die Behandlung von ansteckenden Krankheiten von der Selbstbeteiligung auszunehmen (vgl. HAMM 1984 a, S.34; GITTER/OBERENDER 1987, S.100), zumal derartige Maßnahmen ohnehin »Investitionen in das Humankapital der Bevölkerung« (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.100) darstellten.

Spezifische Probleme ergeben sich ferner bei bestimmten Formen des absoluten Selbstbehalts und zwar ganz besonders in jenen Fällen, in denen mit einem jährlichen Höchstbetrag gearbeitet wird. Hier ist nicht auszuschließen, daß die Nachfrage lediglich zeitlich auf jene Jahre verlagert wird, in denen aus besonderen Gründen die Selbstbehaltsgrenze ohnehin überschritten wird. Außerdem wird die Gefahr gesehen, daß bei einem derart kalkulierten Vorgehen bzw. wenn von vornherein ein Überschreiten der Selbstbehaltsgrenze feststeht, Patienten erst recht versuchen, ganz besonders teure Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. OBERENDER 1985).

c) Erwartete Effekte von Selbstbeteiligungsregelungen

An die Einführung einer Selbstbeteiligung knüpfen die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen eine Vielzahl von Erwartungen. Neben den im Vordergrund stehenden *positiven Allokationseffekten* werden diesem Instrument *auch Finanzierungseffekte* sowie ein Beitrag zur *Erhöhung der Konsumentensouveräntität* zugeschrieben.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, daß das Hauptziel von Selbstbeteiligungsregelungen die *Erhöhung des Kostenbewußtseins* und als Folge davon eine *Steigerung der Wirtschaftlichkeit* sein soll (vgl. SCHNEIDER 1985, S.15; HENKE/METZE 1979). Erwartet wird u.a., daß bei Selbstbeteiligung Gesundheitsleistungen nicht mehr als Substitut für die Befriedigung anderer Bedürfnisse eingesetzt, andere Güter als Substitute für bisher nachgefragte Gesundheitsleistungen verwendet und Nachfrager in stärkerem Maße versuchen werden, das Notwendigwerden einer Nachfrage zu vermeiden (vgl. METZE 1982 a, S.85). *Allokationspolitisch* hätte dies den positiven Effekt, daß die »Überinanspruchnahme« an medizinischen Leistungen gesenkt und somit erreicht würde, daß nurmehr die wirklich erforderlichen Behandlungen vorgenommen werden. Zugleich soll damit das Bewußtsein wiederhergestellt werden, »daß Gesundheitsleistungen einen erheblichen Aufwand an produktiven Ressourcen erfordern...« (MÜNNICH 1981, S.79).

Im einzelnen sprechen nach Ansicht der marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen folgende *positiven Eigenschaften* für eine *Einführung einer direkten Selbstbeteiligung*:

1) Zunächst einmal sind Marktwirtschaftler fest davon überzeugt, daß eine Selbstbeteiligung die *Wirtschaftlichkeit* erhöht, indem Gesundheitsgüter, die derzeit kostenlos erhältlich sind, i.e.S. jedoch nichts mit Gesundheit zu tun haben, weniger nachgefragt werden; dadurch werde tendenziell verhindert, daß die Versichertengemeinschaft die Befriedigung von Bedürfnissen finanziert, die nicht in ihren Aufgabenbereich fallen (vgl. METZE 1982 b, S.79). Gleichzeitig wird ihr die Wirkung zugeschrieben, für eine *Senkung der Überinanspruchnahme an medizinischen Leistungen* zu sorgen, wobei unterstellt wird, daß ohne Selbstbeteiligung gemäß der Moral-Hazard-Hypothese die Versicherten dazu neigen, mehr Leistungen in Anspruch zu nehmen, als sie tatsächlich benötigen. Wird dagegen die Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund eines Selbstbehalts monetär fühlbar, werde sich eine *rationale Nachfrage* durchsetzen und nurmehr wirklich medizinisch erforderliche Behandlungen verlangt.
2) Indem Selbstbeteiligung das Interesse der Patienten steigert, unnötige Kosten zu vermeiden, werde die *Kontrolle der Anbieter durch die Nachfrager* erhöht. Dabei wird angenommen, daß die einzelnen Patienten sich verstärkt um die *Anwendung möglichst rationeller Therapien* bemühen und von den Ärzten eine Begründung für die Notwendigkeit verordneter Leistungen verlangen werden (vgl. OBERENDER 1985, S.28; METZE 1982 b, S.78). In diesem Falle entstünde zwar eine Interessendivergenz zwischen Ärzten und Patienten, erstere müßten jedoch

nicht mehr befürchten, durch den sparsamen und wirtschaftlichen Einsatz von Gesundheitsgütern das Vertrauensverhältnis zu den Patienten zu beeinträchtigen oder diese gar an andere Ärzte zu verlieren. Auf der Anbieterseite würde hingegen das kostenbewußte Verhalten der Patienten zu Anreizen führen, das *Preis-Leistungs-Verhältnis* zu verbessern und die *Behandlungseffizienz und -effektivität* zu erhöhen (vgl. METZE 1982 b, S.78). Im Ergebnis entstünde ein intensiverer Wettbewerb der Leistungserbringer um die Patienten mit der Folge, daß medizinische Leistungen wirtschaftlicher erstellt werden müßten, um sie zu möglichst günstigen Preisen anzubieten (vgl. METZE 1982 a, S.85; OBERENDER 1986, S.189).

3) Neben dem Druck auf eine möglichst preisgünstige Leistungserstellung werden von der Selbstbeteiligung gleichzeitig Einflüsse auf die *Struktur der Leistungsnachfrage* erwartet (vgl. METZE 1982 c, S.78). Gemeint ist damit, daß Nachfrager versuchen werden, von teuren auf kostengünstigere Therapien auszuweichen oder in Bagatellfällen auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gänzlich zu verzichten. Durch Substitution z.B. teurerer durch billigere Medikamente oder den Verzicht auf vermeidbare Arztkontakte, ergebe sich eine Reduktion der entstehenden Kosten (vgl. METZE 1982 a, S.85; 1982 c, S.78).

4) Eng mit diesen beiden eben genannten Effekten verbunden wäre eine *Erhöhung des Informationsinteresses* des einzelnen hinsichtlich aller mit der Gesundheit zusammenhängenden Fragen (vgl. OBERENDER 1986, S.189). U.a. wird es für denkbar gehalten, daß dann ein »Markt für unabhängige Sachverständige« entsteht, auf »dem jeder Patient bei Bedarf die von einem Arzt verordnete Therapie sowie die geforderten Honorare überprüfen lassen kann« (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.104).

5) Eine weitere Funktion von Selbstbeteiligungsregelungen soll ferner darin bestehen, *Anreize zu Verhaltensänderungen* zu schaffen (vgl. HÖHN 1986, S.28), deren Folge *positive gesundheitspolitische Effekte* wären. Dieser Hoffnung liegt die Annahme zugrunde, daß die Versicherten in Erwartung möglicher Kosten zu einem stärker gesundheitsfördernden Verhalten veranlaßt würden. So wird der Selbstbeteiligung die Eigenschaft zugeschrieben, dem Patienten zu helfen, »sich die Ursachen und Folgen der Zivilisationskrankheiten stärker ins Bewußtsein zu rufen und eigene Mitwirkungsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen« (vgl. MÜNNICH 1982).

   Durch die Heranziehung der Versicherten zu den Behandlungskosten könne generell eine positive Beeinflußung der *Gesundheitseinstellung* sowie des *Gesundheits- und Krankheitsverhaltens* erreicht werden (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.105).

6) Ebenfalls als Auswirkung einer Selbstbeteiligung rechnen einige mit einer *Verbesserung der Compliance*. Dadurch, daß die Kosten einer Behandlung für den Patienten unmittelbar spürbar würden, könne davon ausgegangen werden, daß ein Anreiz entstehe, positiv am Behandlungserfolg mitzuwirken. Die Folge wäre, daß vermeidbare Kosten entfielen (vgl. KRONBERGER KREIS 1987).

7) Ein anderer Nebeneffekt bestimmter Selbstbeteiligungsregelungen wird zudem darin gesehen, daß sich die *Verwaltungskosten der Versicherungen* in dem Maße verringern, in dem insbesondere bei Bagatellfällen erst gar nicht ein Arzt aufgesucht werde oder aber die erforderlichen Medikamente aus eigener Tasche bezahlt würden, d.h. gegenüber den Kassen keine Liquidation erfolgt.

8) Verschiedene Befürworter von Selbstbeteiligungsregelungen schließlich sehen unabhängig von den Steuerungswirkungen ganz generell im Selbstbehalt die Funktion, einerseits die *Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers* zu stärken (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.103 f.), ihm andererseits zugleich aber individuelle *Gestaltungsmöglichkeiten* einzuräumen. Ausgehend von dem Postulat, daß in einer pluralistischen Gesellschaft Konsumentensouveränität anzustreben sei, anstatt durch den Staat oder die Gesundheitspolitik ein bestimmtes Verhalten vorzuschreiben oder zu erzwingen, biete der Selbstbehalt die Möglichkeit, daß sich jeder gemäß seinen Präferenzen verhalten könne (d.h. also auch Verschwendung betreiben kann, solange er bereit ist, dafür zu bezahlen).

Während man sich der *positiven allokativen Effekte* seitens der Marktökonomen einigermaßen sicher ist, gehen die Meinungen in bezug auf den von einigen erwarteten *Finanzierungseffekt* doch auseinander. Dies hängt damit zusammen, daß dieser Effekt vom Erfolg der Steuerungswirkung abhängig ist und sich letztlich nur schwer kalkulieren läßt (vgl. REINERS 1987, S.105).

3. 7. 2. 2 Maßnahmen zur Erhöhung der Wahlfreiheit (z.B. Wahltarife)

a) Ausgangsüberlegungen

Neben der Einführung einer Selbstbeteiligung wird von den Marktwirtschaftlern vor allem gefordert, die Beziehungen zwischen Angebot und Nachfrage von Versicherungsleistungen stärker nach marktwirtschaftlichen Kriterien zu regeln (vgl. KNAPPE/ROPPEL 1982, S.76 f.). Forderungen in dieser Richtung basieren auf der Feststellung, daß der gewöhnliche Versicherte im heutigen System der GKV hinsichtlich des Bezuges von Versicherungsleistungen keine echten Wahlmöglichkeiten besitze. Nachdrücklich wird darauf verwiesen, daß es dem Versicherungsnehmer nicht möglich sei, eine individuelle Krankenversicherung gemäß seinen Wünschen und seinen ökonomischen Möglichkeiten zu wählen. Insbesondere könne der Versicherte die Versicherung nicht entsprechend seinen eigenen Präferenzen wählen, habe nicht gemäß seinen Präferenzen Einfluß auf den Umfang seines Versicherungsschutzes, ganz davon abgesehen, daß er nicht frei darüber entscheiden könne, ob er überhaupt einer Versicherung beitreten möchte oder nicht (vgl. KNAPPE/ROPPEL 1982, S.77).

Eine derartige Situation widerspricht den von den Marktwirtschaftlern postulierten Ordnungsprinzipien. Das Gesundheitswesen ist danach generell nach der Maxime zu gestalten *„Subsidiarität soweit möglich, Solidarität soweit nötig"* (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.97; GITTER/OBERENDER 1987, S.97). Ziel müsse es daher sein, die Wahl- und Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten im Rahmen einer verstärkten dezentralen Steuerung zu erhöhen, Bedingungen zu schaffen, um den Bedürfnissen der einzelnen Beteiligten möglichst adäquat Rechnung zu tragen und als untrennbares Komplement zum Recht auf Gesundheit die Eigenverantwortung zu fordern.

Daneben wird die Schaffung von wirklichen *Wahlmöglichkeiten* als unabdingbar angesehen, um zu einem *Wettbewerb zwischen den Versicherungen* zu gelangen. Dahinter steht die Auffassung, daß es einen „tatsächlichen" Wettbe-

werb auf der Produktebene nur geben kann, wenn unterschiedliche Leistungspakete und Versicherungstarife angeboten werden. Der derzeitige Gestaltungsspielraum der gesetzlichen Krankenkassen (z. B. in Form der durch Satzung möglichen Mehrleistungen) wird diesbezüglich allerdings von den Marktwirtschaftlern als völlig unzureichend angesehen, zumal sich hieraus, wenn überhaupt, ein Wettbewerb nicht aus Gründen der Produktgestaltung, sondern allenfalls aufgrund der Leistungsdarbietung ergibt.

b) Rahmenbedingungen und Einzelaspekte

Ungeachtet der Vielfalt der Reformvorschläge zur Erhöhung der individuellen Wahl- und Handlungsfreiheit, gibt es verschiedene Elemente, für deren Einhaltung sich praktisch alle marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen aussprechen. So steht – jedenfalls was die ernstzunehmenden Reformvorschläge anbetrifft – nicht zur Disposition, ob man sich überhaupt versichert, d. h. auf eine Versicherungspflicht gegen Krankheitsrisiken gänzlich verzichtet wird. Desgleichen wird nicht ernsthaft verlangt, die gesetzliche Krankenversicherung völlig zugunsten einer nach dem Äquivalenzprinzip ausgerichteten privaten Krankenversicherung zu beseitigen.

Grundsätzlich ist man sich zudem einig, daß gewisse staatliche Rahmenvorschriften, an die sich Versicherte und Krankenkassen zu halten hätten, vor allem aus sozialen Gründen unentbehrlich sein werden (vgl. HAMM 1984 b, S.99). In diesem Sinne besteht Übereinstimmung, daß es eine *allgemeine Grundsicherung* geben muß, wobei für jeden Bürger eine Pflicht zum Abschluß einer Versicherung gegen Großrisiken bestehen muß (vgl. GITTER/OBER-ENDER 1987, S.98). Diese obligatorische Mindestabsicherung soll sicherstellen, daß kein Patient aus wirtschaftlichen Gründen von lebensnotwendigen medizinischen Leistungen ausgeschlossen wird.

Hinsichtlich der Einführung von Wahltarifen wird von den Befürwortern daher ausdrücklich betont, daß es sich hierbei um *Wahlmöglichkeiten* und keine *obligatorischen Verpflichtungen* handele. Entsprechend schlagen die meisten vor, daß die Versicherungen neben den Wahltarifen grundsätzlich auch einen Versicherungsschutz im bisherigen Leistungsumfang und Deckungsgrad anbieten sollten. Zugleich weisen sie darauf hin, daß man genau überlegen müsse, in welchem Umfang die Wahlmöglichkeiten überhaupt zugestanden werden sollten.

Damit sich die erwarteten Effekte von Wahltarifen auch tatsächlich einstellen, müssen zudem eine Reihe von *Voraussetzungen* erfüllt sein. Hierzu gehören u.a.:

1) *Differenzierungen* sind nur dann sinnvoll und vertretbar, wenn die Leistungsunterschiede auch eindeutig definiert werden können und für den Versicherten ein Zusammenhang zwischen Leistungsbegrenzung und Beitragssatz wahrnehmbar und nachvollziehbar ist.
2) Leistungsausgrenzungen und finanzielle Eigenbeteiligungen sollten nur dann zugelassen werden, wenn es sich beim Ausschluß um medizinisch weniger folgenschwere Leistungen handelt. Insbesondere soll sichergestellt werden, daß *existenzgefährdende Risiken* auch tatsächlich versichert sind und die zulässigen Eigenleistungsverpflichtung gewisse Grenzen nicht überschreitet.
3) Bei der Bestimmung der den einzelnen Wahltarife zugrundeliegenden Leistungspakete muß beachtet werden, daß die Begrenzungen im Leistungsumfang nicht durch *Substitutionsprozesse* kompensiert werden können.
4) Die Wirksamkeit von Wahltarifen wird umso größer sein, je umfassender die Versicherungen die erzielten *Kosteneinsparungen* an die Mitglieder weitergeben.
5) Die Entscheidung zugunsten eines bestimmten Leistungspakets mit einem entsprechenden *Wahltarif* muß für eine bestimmte *Mindestdauer* erfolgen. Würde ein ständiges Wechseln erlaubt werden, bestünde die Gefahr, daß je nach wahrgenommener *Krankheitsanfälligkeit* zwischen einer Volldeckung und einer Teildekkung gewechselt und dadurch gegen wesentliche Versicherungsgrundsätze verstoßen würde.

Marktwirtschaftliche Vorstellungen in bezug auf erweiterte Wahlmöglichkeiten umfassen durchweg mehr als nur die freie Wahl zwischen verschiedenen Krankenkassen. Die Beseitigung des derzeit für eine erhebliche Zahl von Pflichtversicherten geltende *Zuweisungssystem* ist selbstverständlich Bestandteil sämtlicher marktorientierter Reformkonzepte.

Allerdings wird von den Marktwirtschaftlern auch nicht ausgeschlossen, daß beim *Übergang zu risikoäquivalenten Krankenversicherungsbeiträgen*, schlechte Risiken u. U. derart hohe Prämien zu zahlen hätten, daß finanziell weniger leistungsfähige Haushalte die Versicherungsprämie nicht aus ihren laufenden Einkommen finanzieren könnten. Selbst bei *Berücksichtigung sozialpolitischer Erwägungen* ist es nach Ansicht der marktwirtschaftlich orientierten Wissenschaftler jedoch effizienter, mit risikoäquivalenten Krankenversicherungsbeiträgen und einem Kostenerstattungssystem zu arbeiten. In einem derart strukturierten Versicherungssystem käme es lediglich zu Umverteilungen zwischen Kranken und Gesunden (unterschiedliche Risiken), nicht jedoch zwischen einkommensschwachen und einkommensstarken Gruppen (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S. 129). Der *Schutz sozial Schwacher*, d.h. jener, die einkommensmäßig nicht in der Lage sind, *risikoäquivalente Versicherungsprämien* zu zahlen, sollte nach diesen Vorstellungen durch direkte staatliche Transferzahlungen unterstützt werden (*Subjektförderung*) (vgl. GITTER/ORERENDER 1987, S. 100). Die Absicherung einkommensschwacher Bürger durch direkte Transferzahlungen (z. B. mittels einer negativen Einkommenssteuer) erlaube zum einen, die heutige unkontrollierte Umverteilung in der Solidargemeinschaft der GKV durch eine gezielte Unterstützung der wirklich Bedürftigen zu ersetzen und zum anderen, die mit risikoäquivalenten Versicherungsprämien verbundenen Incentives zu erhalten.

c) Erwartete Effekte von Wahltarifen

Während die Einführung von Selbstbeteiligungen vornehmlich auf die Erhöhung des Kostenbewußtseins und die Anwendung von Kosten-Nutzen-Überlegungen abstellt, steht im Vordergrund der *Einführung von Wahlmöglichkeiten die Erhöhung des Freiheitsspielraumes*, indem individuell zwischen Alternativen gewählt werden kann, sowie die Schaffung von Voraussetzungen, um einen *echten Wettbewerb zwischen den Versicherungen* in Gang zu setzen.

Von der *Einführung von Wahltarifen* versprechen sich die Befürworter u. a. folgende Vorteile und Effekte:

1) Bei Wahltarifen hätten die Versicherten in stärkerem Maße die Möglichkeit, Beitragserhöhungen mit *Einschränkungen der Versicherungsnachfrage* zu beantworten. Dies würde einen verstärkten *Druck auf die*

Kassen ausüben, die finanziellen Mittel sparsam zu verwenden und sie veranlassen, in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern nach möglichst kostengünstigen Konditionen für ihre Mitglieder zu streben (vgl. KNAPPE 1981, S.524; HAMM 1984 b, S.96).

2) Eine andere Wirkung von Wahltarifen sehen einige der Befürworter darüber hinaus darin, daß bei einem derartigen System ein Teil des Bedarfs an Gesundheitsleistungen nicht versichert ist, mithin bei Auftreten durch die Patienten direkt gekauft werden muß. Dies wiederum zwinge die Konsumenten, Preis-Leistungsvergleiche anzustellen und danach die Kaufentscheidung zu treffen (vgl. KNAPPE 1981, S.524 f.).

3) Bei größerer Wahlfreiheit der Versicherten wird ferner angenommen, daß sich der Wettbewerb zwischen den Versicherungen nicht nur verstärkt, sondern auch dahin tendiert, daß die Versicherungen ein befriedigendes Preis-Leistungsverhältnis und einen den unterschiedlichen Nachfragerpräferenzen besser entsprechenden Leistungsumfang anbieten (vgl. KNAPPE/ROPPEL 1982, S.77).

4) Generell kann den subjektiven Versorgungswünschen hinsichtlich des Umfanges der Risikoabdekkung und der Leistungserbringung gezielter Rechnung getragen werden. Die Existenz von Wahlmöglichkeiten erlaube in größerem Umfang *Eigeninitiative und Eigenverantwortung* der Versicherten (vgl. OBERENDER 1986).

5) Durch eine umfassende Wahlfreiheit der Versicherten wird erwartet, daß *der Wettbewerb der Versicherungen um die Versicherten* wesentlich intensiviert wird. Insbesondere wird es für wahrscheinlich gehalten, daß in diesem Falle in erheblich stärkerem Umfang der *Aktionsparameter Leistungs-Prämie-Relation* eingesetzt wird und es dadurch zu einer wesentlich größeren Angebotsvielfalt kommt (vgl. OBERENDER 1985, S.31).

6) Im Bestreben, keine Versicherten an die Konkurrenz zu verlieren, müßten die Versicherungen sich bemühen, die unterschiedlichen Wünsche der Versicherten zu möglichst günstigen Beitragssätzen zu erfüllen. Dies würde zugleich *Innovatoren* anregen, *neue unternehmerische Ideen* zu testen und im Rahmen wettbewerblicher Prozesse zu einer stetigen *Verbesserung und Verbilligung des Leistungsangebotes* führen (vgl. HAMM 1984 b, S.96).

7) Die mit der Einführung von Wahltarifen verbundene konsequente Umstellung auf das Versicherungsprinzip ermögliche ferner eine Differenzierung der Beitragssätze nach *individuell beeinflußbaren Risikofaktoren* (vgl. HAMM 1984 b, S.96).

d) Formen der Tarifdifferenzierung bei Wahltarifen

Läßt man unterschiedliche Leistungskataloge der Versicherungen zu, gibt es eine *Vielzahl von Gestaltungsvarianten*, aufgrund derer differenzierte Tarife zustandekommen können. So wird die Höhe der Beiträge/Prämien nicht nur durch die Risikostruktur beeinflußt, sondern auch von Faktoren wie der Höhe des Selbstbehalts, den Aufwendungen für Verwaltung und Akquisition, den Formen der Leistungserbringung sowie dem inhaltlichen Leistungsumfang. Daraus ergeben sich eine Reihe von Gestaltungsmöglichkeiten, wobei die Flexibilisierung der Tarifgestaltung grundsätzlich folgende Ansatzpunkte haben kann (vgl. REINERS 1987, S.136):

1) *Ausrichtung am akquisitorischen Bedarf* der Versicherung ohne Bezug auf das Leistungsspektrum;

2) *Ausrichtung am Leistungsumfang*, der abgegrenzt wird durch

- inhaltliche Differenzierung
- finanzielle Differenzierung
- Differenzierung nach der Art der Leistungserbringung.

Eine Ausrichtung am *akquisitorischen Bedarf der Versicherungen* bedeutet, daß für gleiche Leistungspakete unterschiedliche Beiträge/Prämien verlangt würden, die nach dem Gesichtspunkt der *Mitgliedergewinnung* unter den jeweiligen Marktbedingungen zu bilden wären. Anders ausgedrückt könnte eine Versicherung bestimmten Personengruppen, bei denen sie bei undifferenzierten Beitragssätzen nicht konkurrenzfähig wäre, entsprechende Konditionen anbieten. Denkbar wäre auch, daß ein Versicherungsunternehmen zum Zwecke der langfristigen Mitgliedergewinnung jüngeren Personen günstigere Basisversorgungstarife mit der Hoffnung offeriert, dadurch Abschlüsse im Bereich freiwilliger Zusatzversicherungen tätigen zu können.

Auf einem *unterschiedlichen Leistungsumfang basierende Tarifdifferenzierungen* sind in besonders vielfältiger Weise denkbar. Eine inhaltliche Differenzierung könnte z. B. darin bestehen, daß Versicherte gegen entsprechend niedrigere Beiträge bereit sind, grundsätzlich gleichwertige Generika statt teurerer Originalpräparate zu akzeptieren. Ebenfalls vorstellbar ist, daß unterschiedliche »Komfortstufen« im Tarif Berücksichtigung finden (z. B. Ein- und Mehrbettzimmer im Krankenhaus, Standards bei Heil- und Hilfsmitteln). Unterschiedliche Tarife könnten des weiteren das Ergebnis abweichender Leistungskataloge sein (z. B. Ausschluß bestimmter Leistungen oder Behandlungsmethoden, Beschränkung des Versicherungsschutzes auf ärztliche Leistungen oder auf die Krankenhausversorgung etc.). Prämienwirksam könnten außerdem Regelungen sein, bei denen sich die Versicherten verpflichten, regelmäßig an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

Neben einer Leistungsausgrenzung nach inhaltlichen Kriterien werden vor allem Wahltarife diskutiert, die mit *unterschiedlichen finanziellen Eigenleistungen im Krankheitsfalle* verbunden sind. Als Form der finanziellen Selbstbeteiligung kämen sowohl prozentuale Selbstbeteiligungen wie auch absolute Selbstbehalte, Prämienrückerstattungen oder Systeme der Bonustarifierung in Betracht. Ziel ist es in allen Fällen, den Haushalten die Möglichkeit zu geben, „in-nerhalb gewisser Grenzen selbst darüber zu entscheiden, ob sie die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Form von festbekannten Beiträgen oder von unsicheren Eigenleistungen im Krankheitsfalle übernehmen wollen". Außerdem sollen Anreize geschaffen werden, sich kostenbewußter zu verhalten und die Nachfrage an wirtschaftlichen Überlegungen zu orientieren (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.82).

Grundsätzlich haben die an den finanziellen Eigenleistungen orientierten Wahltarife dieselben positiven und negativen Effekte, wie sie Selbstbeteiligungen generell haben. Einen wesentlichen Unterschied zu allgemeinen Selbstbeteiligungsregelungen sehen die Marktwirtschaftler allerdings darin, daß es sich hier um freiwillige Wahlentscheidungen handele, d. h. kein Versicherter auf einen Versicherungsschutz mit Vollkostendeckung verzichten müsse. Der Vorteil dieser Regelung bestehe somit zum einen darin, daß es der Entscheidung des einzelnen Nachfragers überlassen

werde, welchen Deckungsumfang er vorzieht; zum anderen könne von einer voraussichtlich höheren Steuerungswirkung ausgegangen werden, da die bewußte eigene Entscheidung noch stärker als einheitlich vorgeschriebene Selbstbeteiligungen zu einem kostenbewußten Verhalten motiviert (vgl. METZE 1982 b; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.84).

Eine dritte grundsätzliche Möglichkeit der Bestimmung von Wahltarifen besteht in der *Leistungsbegrenzung nach Leistungsanbietern* (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988). Dieser Ansatz geht davon aus, daß es den Versicherungen möglich ist, mit bestimmten Leistungsanbietern besondere Vergütungen auszuhandeln. Ist dies der Fall, könnte die Versicherung ihren Mitgliedern Versicherungsverträge mit eingeschränktem Anbieterkreis zu günstigeren Tarifen anbieten. Bei Rückgriff auf die von der Versicherung ausgewählten Ärzte, Krankenhäuser oder sonstigen Leistungsanbieter bestünde für die Versicherten Volldeckung, während die Kosten der Inanspruchnahme anderer Leistungsanbieter entweder überhaupt nicht oder lediglich bis zu dem Betrag gedeckt wären, der auch bei den Vertragspartnern der Versicherung angefallen wäre. Der Preis geringerer Beitragssätze bestünde bei diesem Verfahren im Verzicht auf eine freie Wahl der Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Von den nach diesem Kriterium bestimmten Wahltarifen versprechen sich zahlreiche Marktökonomen eine ganz besonders weitreichende Wirkung. Mit diesem System ließen sich nicht nur *Kosteneinsparungen* im Verhältnis Versicherung und Mitglied erzielen, sondern gleichzeitig würden von ihm *wettbewerbsintensivierende Impulse* in Richtung der Leistungsanbieter ausgehen, indem diese sich verstärkt darum bemühen müßten, durch kostengünstige Angebote einen Vertrag mit einer Versicherung zu erhalten. Außerdem biete dieses System Ansatzpunkte, die bislang starren Organisationsstrukturen der medizinischen Leistungserbringung aufzulockern und dadurch die bisher strenge Trennung zwischen Finanzierung und Leistungserbringung zu überwinden.

3. 7. 2. 3 Übergang zum Kostenerstattungssystem

Als ergänzende Maßnahme zu Selbstbeteiligungsregelungen, Wahltarifen und Leistungsdifferenzierungen wird von den Befürwortern einer marktwirtschaftlich ausgerichteten Krankenversicherung nachdrücklich der Ersatz des Sachleistungssystems durch ein *Kostenerstattungssystem* verlangt (vgl. SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz.499 und 1985/86, Tz. 688; KRONBERGER KREIS 1987, S.33; GITTER/OBERENDER 1987). Primär begründet wird dieser Schritt mit der fehlenden *„Kostentransparenz"* des Sachleistungssystems, das die Versicherten dazu verleite, unnötigerweise Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. FIEDLER 1987, S.483). Ausgegangen wird dabei von der These, daß die Leistungsgewährung mit Hilfe von Krankenscheinen beim Versicherten zur Intransparenz über die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen führe (vgl. MÜLLER/WASEM 1987, S.303).

Gerade die Intransparenz ist für Marktwirtschaftler ein Hauptgrund dafür, daß die Versicherten mangels Kostenkenntnis kein Kostenbewußtsein entwickeln können und daher dazu neigen, ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ohne korrigierende Kosten-Nutzen-Kalküle bis zur „Sättigungsgrenze" auszudehnen (vgl. KNAPPE/ROPPEL 1982, S.7 ff.). Sofern man das Ziel verfolge, den Patienten an einer Abwägung von Nutzen und Kosten zu interessieren, müsse man ihm legitimerweise zunächst einmal das Wissen darüber verschaffen, was die in Frage stehenden Gesundheitsleistungen kosten (vgl. SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz.499). Damit die Versicherten überhaupt die Fähigkeit erlangen, zu beurteilen, für welche Leistungen und Kosten sie mit ihren Beiträgen aufzukommen haben, sei ein Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungssystem unabdingbar.

Von den Befürwortern des Kostenerstattungsprinzips wird weiterhin geltend gemacht, daß aufgrund der Intransparenz des Sachleistungsprinzips der Versicherte über keine ausreichenden Möglichkeiten verfüge, die *Leistungsabrechnung der Anbieter zu überprüfen*, so daß er etwaige – beabsichtigte oder unbeabsichtigte – Unkorrektheiten nicht beanstanden könne (vgl. MÜLLER/WASEM 1987, S.303).

Einige Verfechter von Marktlösungen sehen in der Gewährung von Sachleistungen außerdem die *Verhinderung direkter Preisverhandlungen zwischen Versicherten* und Anbietern über die berechneten Preise für Gesundheitsleistungen, wobei sie die zwischen Kassen und Leistungserbringer-Verbänden getroffenen Preisvereinbarungen nicht als Ersatz akzeptieren, da sie als Resultat von collective bargaining „nicht gerade eine rationelle Methode der Preisbildung" seien (MOLITOR 1987, S.12).

Schließlich ist für die meisten marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen das Sachleistungsprinzip schon aus grundsätzlichen Überlegungen weder mit dem Bild vom „mündigen Bürger" noch mit der Forderung nach mehr *Konsumentensouveränität* als Funktionsbedingung eines marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus vereinbar.

3. 7. 2. 4 Neudefinition der Krankenversicherungsleistungen

Unabhängig von der Anwendung sonstiger marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente gehört zu den Grundelementen nahezu aller marktwirtschaftlichen Reformstrategien die Forderung nach *Überprüfung des Leistungskatalogs* der Krankenversicherung mit dem Ziel, versicherungsfremde Leistungen, die derzeit durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, zurückzunehmen. Dahinter steht zum einen das Bestreben, Umverteilungswirkungen soweit als möglich zu beseitigen und zum anderen das Wissen, daß die Möglichkeit des Moral-Hazard-Verhaltens konstitutiv für jede Form der Versicherung ist.

Für Marktwirtschaftler gilt hier der Grundsatz, daß der Leistungskatalog so aufgestellt werden muß, daß *Bagatell-, Luxus- und Konsumleistungen* im Versicherungsfall nicht zu erbringen sind. Die Begründung hierfür lautet, daß derartige Leistungen erstens „nicht der Sicherung der Wirtschaftspläne der Arbeitseinkommen-Haushalte im Krankheitsfall" dienen und zweitens ein Anreiz sind „für Moral-Hazard-Verhalten von Leistungsempfängern und Leistungserbringern, also Quelle einer ineffizienten Verteuerung des Versicherungsschutzes und der Schwächung des Versicherungsgedankens" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.49).

Nicht in den Leistungskatalog von Krankenversicherungen gehören nach Ansicht der Marktwirtschaftler einerseits die *nicht-versicherbaren Risiken*, andererseits vor allem „aber solche versicherungsfremden Leistungen, die aus politischen Gründen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurden und sie mehr und mehr zum ‚wirtschafts-

und sozialpolitischen Packesel' gemacht haben" (CASSEL/HENKE 1988, S.23).

Als versicherungsfremde Leistungen gelten in diesem Zusammenhang vor allem solche Leistungen, deren Inanspruchnahme von vornherein an ein Schadensereignis anknüpft, dessen Eintritt überhaupt nur für einen bestimmten Personenkreis in Betracht kommt.

Bei der Bestimmung des zulässigen Leistungskataloges gehen auch die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen davon aus, daß für Krankenversicherungen „konstitutiv (ist), daß der Leistungskatalog als Folge der Veränderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung fortlaufend verändert und erweitert werden muß" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.49). Allerdings verlangen sie, daß die Fortschreibung, Veränderung und Erweiterung des Leistungskataloges bestimmten Kriterien genügt:

1) Die Fortschreibung des Leistungskataloges darf nicht dazu führen, daß einzelne Mitgliedergruppen (z.B. freiwillige Mitglieder, Rentner, Landwirte u. a.) *ohne entsprechende Gegenleistung Optionen erhalten* (z. B. Sterbegeld, Pflegeversicherung).
2) Soll dem Versicherungsgedanken gefolgt werden, darf der Leistungskatalog nicht *zugunsten einer bestimmten Gruppe* von Mitgliedern erweitert werden, wenn feststeht, daß die Inanspruchnahme von Leistungen mit Sicherheit durch eine entsprechende Gegenleistung über Beiträge nicht gedeckt wird.
3) Der Leistungskatalog darf nur in einer Weise verändert und erweitert werden, daß Erweiterungen und Veränderungen als wesentlicher Bestandteil des Versicherungsschutzes *versicherungstechnisch kalkulierbar* bleiben und auch kalkuliert werden (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.49 f.).

Die Forderung nach *Ausgrenzung bestimmter Leistungen* aus der Krankenversicherung stellt nach Meinung der Marktwirtschaftler im übrigen kein Urteil darüber dar, ob diese Leistungen (bzw. ihre öffentliche Bereitstellung) gesellschaftlich notwendig oder sinnvoll sind. Für sie geht es lediglich darum, sie aus dem Bereich der Krankenversicherung auszugliedern. Dabei wird durchaus für denkbar gehalten, einige dieser auszugrenzenden und versicherungsfremden Leistungen über allgemeine Steuermittel im Rahmen anderer Sozialleistungssysteme zu finanzieren. Ein Teil dieser Leistungen hat für Marktwirtschaftler andererseits eindeutig individuellen Konsumcharakter und sollte folgerichtig auch zu Lasten des privaten Konsums gehen (vgl. CASSEL/HENKE 1988, S.23).

3. 7. 3 Instrumente zur Steuerung des Leistungsangebotes

Für die Befürworter marktwirtschaftlicher Reformoptionen ist unumstritten, daß eine Marktsteuerung auf der Nachfrageseite nur dann wirklich wirksam werden kann, „wenn neben der Nachfrage auch das Angebot einer grundlegenden Reform unterworfen wird" (OBERENDER 1985, S.15; HAMM 1984 a, S.35). Bezogen auf die *Anbieterseite* plädieren die Marktökonomen in erster Linie für eine umfassende *»Entstaatlichung«* und *»Deregulierung«*. Hauptziel der Reformen in diesem Bereich ist es, den *Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern* zu intensivieren und *Anreize* zu setzen, „die nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit des Patienten honorieren" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.95; OBERENDER 1986, S.193). Grundsätzlich ist für Marktwirtschaftler eine *Erhöhung der Effizienz des Angebots* durch eine „stärkere Anpassung der Leistungsstruktur an die Präferenzen der Nachfrager" sowie einer gleichzeitigen Senkung der Kosten der Produktion der einzelnen Leistungen erreichbar (vgl. METZE 1982 c, S. 90 f.). Letzteres erfordere allerdings, daß Anreize bestehen, Leistungen auch zu minimalen Kosten zu produzieren. Dies wiederum setzt voraus, „daß es den Anbietern ermöglicht wird, ihr Einkommen durch Senkung der Kosten der Produktion von Leistungen zu erhöhen" (METZE 1982 c, S.91). Demnach sollte generell für die Leistungserbringer gelten, daß jene, die sich wirtschaftlich verhalten, belohnt, die, die sich unwirtschaftlich verhalten, bestraft werden (vgl. OBERENDER 1986, S.193).

3. 7. 3. 1 Grundsätzliche Gestaltungsprinzipien

In einem nach marktwirtschaftlichen Prinzipien gestalteten Gesundheitswesen sollen die Anbieter von Gesundheitsleistungen von *Regulierungen* weitgehend freigestellt werden (vgl. OBERENDER 1986, S.193). Bestehende externe Regulierungen sollen – bestimmte *Mindestbedingungen* ausgenommen – beseitigt werden. Insbesondere wird gefordert, für sämtliche Anbieter von Gesundheitsleistungen, die die staatlich fixierten Mindestbedingungen erfüllen, den Marktzutritt offenzuhalten. Zugleich soll freie Wahl der Unternehmensform herrschen (*Beseitigung der Betriebsformenbeschränkung*) und Werbung für gesundheitliche Leistungen zulässig sein (*Aufhebung des Werbeverbots*) (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.27).

Die *Koordination von Angebot und Nachfrage* soll in einem derart strukturierten Gesundheitssystem ausschließlich über flexible Preise (*Preissteuerung*) erfolgen, deren Höhe sich entsprechend der Nachfrage der Verbraucher, den Produktionsbedingungen sowie der Marktlage bestimmt (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.139). Die *Preise* bilden somit das *zentrale Steuerungsinstrument*. Als Voraussetzung für das Funktionieren dieses Mechanismuses wird jedoch verlangt, daß die Anbieter von Gesundheitsleistungen in ihrer *Preisgestaltung* frei sind, also weder administrierte Preise noch Preisabsprachen existieren (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.27). Gleichzeitig wird gefordert, daß jegliche Subventionierung einzelner Leistungsanbieter durch die öffentliche Hand unterbleibt.

Weiterhin verlangen die Marktwirtschaftler, daß für Ärzte und Krankenhäuser keine *verbindliche Bedarfsplanung* bestehen soll und die staatliche Angebotsplanung auf ein Mindestmaß reduziert wird. Die Befürworter von Marktlösungen sind überzeugt, daß bei entsprechenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Wettbewerb sowohl zu einem ausreichenden wie kostengünstigen Angebot führen wird.

Dem marktwirtschaftlichen Grundprinzip größtmöglicher *Handlungsfreiheit* und *dezentraler Entscheidungsfindung* folgend, wird vorgeschlagen, es weitgehend dem *marktlichen Wettbewerb* zu überlassen, Unternehmens-, Honorar- und Vertragsformen zu bestimmen. Unter weitgehendem *Verzicht auf Zugangs- und Zulassungsregulierungen* soll der Wettbewerb zur Entdeckung neuer Angebotsformen führen. In diesem Zusammenhang befürworten die Marktwirtschaftler auch die *Erprobung von Unternehmensformen*, die sich durch eine Verbindung von Gesundheits- und

Versicherungsleistungen charakterisieren (vgl. OBERENDER 1986, S.194).

Folgerichtig zu den bisher genannten Reformzielen plädieren die meisten Marktwirtschaftler für die *Beseitigung der korporativen Standesorganisationen*, jedenfalls was ihre regulierenden Funktionen betrifft. Insbesondere treten eine Reihe von ihnen für eine Verlagerung *des Sicherstellungsauftrages* von den Kassenärztlichen Vereinigung auf die gesetzlichen Krankenkassen ein (vgl. MÜNNICH 1984 a, S.9; OBERENDER 1986, S.195).

Zu den Grundelementen eines marktwirtschaftlichen Steuerungssystems gehört ferner die *Zulassung eines selektiven und exklusiven Kontrahierens* zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Versicherer sollen die Möglichkeit erhalten, mit einzelnen Leistungsanbietern unterschiedliche Verträge einzugehen und nicht gezwungen sein, Vertragsbeziehungen mit sämtlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen einzugehen. Hiervon wird eine *Intensivierung des Preis- und Leistungswettbewerbs* zwischen Versicherern und Leistungsanbietern erwartet (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.116).

3.7.3.2 Steuerung im Bereich der ambulanten Versorgung

a) Reformschwerpunkte

Marktwirtschaftliche Reformstrategien für den ambulanten Sektor gehen überwiegend ebenfalls davon aus, daß dem Arzt im System der Gesundheitsversorgung eine *entscheidende Steuerungsfunktion* zukommt. Diese Sonderrolle des Arztes dürfte auch ein Grund dafür sein, daß die aus dem marktwirtschaftlichen Spektrum kommenden Reformstrategien für den Bereich der ambulanten Versorgung eine besondere Vielfalt aufweisen. Hinzu kommt, daß die Reformvorschläge in starkem Maße von den *Gesamtrahmenbedingungen des Krankenversicherungssystems* abhängig gemacht werden. Entscheidend für Reformen der ambulanten ärztlichen Versorgung sei insbesondere, inwieweit in einem zukünftigen System vom derzeitigen abgewichen werde.

Ungeachtet dessen lassen sich aus den vorgelegten marktwirtschaftlichen Reformkonzepten dennoch eine Reihe von *Reformschwerpunkten* und *generellen Zielen* herauskristallisieren:

1) Ausgehend von der Auffassung, daß das geltende *Kassenarztrecht* die wirtschaftliche und medizinische Entscheidungsfreiheit der Kassenärzte in vielen Bereichen einenge, werden *Liberalisierungen* für erforderlich gehalten, die das Ziel verfolgen, den *individuellen Gestaltungsspielraum* durch Abbau zentraler, übergeordneter Zwänge zu erweitern (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.127).

2) Nach Ansicht von Marktwirtschaftlern läßt sich die *Freiberuflichkeit der Kassenärzte* nur rechtfertigen, wenn gleichzeitig die damit verbundenen *ökonomisch-rechtlichen Konsequenzen* akzeptiert werden. Dies bedeute insbesondere, daß es keine *ex ante* garantierte Kostendeckung, auch nicht für kollektivvertraglich anerkannte Kosten, und keinen administrativ garantierten Schutz vor Konkurrenten geben könne (vgl. MÜNNICH 1984 a, S.10; GEIGANT 1986, S.305 ff.; NEUBAUER 1988, S.24; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.135).

3) Grundelement marktwirtschaftlicher Reformstrategien ist weiterhin die Forderung nach *Auflockerung des kollektiven Vertragszwanges*. Zum Zwecke der Erhöhung des Handlungs- und Gestaltungsspielraumes sowie als Voraussetzung für die Entfaltung von mehr Wettbewerb plädieren die Marktökonomen überwiegend für eine *Aufhebung des faktischen Kontrahierungszwanges* der Krankenkassen gegenüber allen niedergelassenen Ärzten. Statt dessen treten sie dafür ein, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, Vertragspartner unter den Ärzten nach Wirtschaftlichkeit und Bedarf auszuwählen.

4) Einen weiteren Reformschwerpunkt bilden Forderungen nach *Liberalisierung des ärztlichen Standesrechts*. Vor allem wird verlangt, Regulierungen über die wirtschaftlichen Aspekte der ärztlichen Berufsausübung (Betriebsform, Beschäftigungsverbot, Unternehmensform, Werbeverbot) weitestgehend aufzuheben (vgl. MÜNNICH 1985, S.163; OBERENDER 1986, S.195; GITTER/OBERENDER 1987, S.135; KRONBERGER KREIS 1987).

5) Im *Vergütungsbereich* sollen Gestaltungsformen zum Zuge kommen, bei denen die *relativen und absoluten Einkommenschancen* von der Knappheit der Leistungen abhängig sind. So müsse die »Ärzteschwemme« zu einem relativen Absinken des durchschnittlichen Arzteinkommens führen, so wie früher »Ärztemangel« zu einer relativen Erhöhung des durchschnittlichen Arzteinkommens geführt habe (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.52).

b) Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen

Vor allem unter *ordnungspolitischen Gesichtspunkten* als überaus problematisch betrachten die meisten Marktökonomen den in § 368n Abs.1 RVO den Kassenärztlichen Vereinigungen ausschließlich übertragenen *Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung*. Diese Regelung habe den Ärzten bzw. Ärztegruppen sowie den Kassen das Recht genommen, außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen miteinander Verträge zu schließen und die Kassenärztlichen Vereinigungen damit *de facto* zu einem *»Angebotskollektivmonopol«* auf ambulante ärztliche Leistungen gemacht (vgl. MÜNNICH 1986, S.640).

Eine Reihe von Marktökonomen tritt vor diesem Hintergrund entschieden dafür ein, die *Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen*, die sowohl durch Zwangsmitgliedschaft als auch durch Sicherstellungsauftrag rechtlich abgesichert werde, zu beseitigen (vgl. MÜNNICH 1984 a, S.10 f.; OBERENDER 1986, S.195). Auf die *Zwangsmitgliedschaft* wie den *Sicherstellungsauftrag* könne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht bedenkenlos verzichtet werden. Der Sicherstellungsauftrag sei aufgrund der sich abzeichnenden *»Ärzteschwemme«* ohnehin obsolet (vgl. OBERENDER 1986, S.195). Im übrigen verhinderten Kollektivmonopole bzw. Kartelle wie die Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich den Wettbewerb und seien schon von daher mit einem System der dezentralen Koordination unvereinbar. In einem System der Kostenerstattung seien sie zudem überflüssig, da es nichts zu verhandeln gebe (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.115).

Als Lösung wird u. a. vorgeschlagen, den Kassenärztlichen Vereinigungen wesentliche Funktionen zu nehmen, sie, reduziert auf ihre »konventionellen« Teile, jedoch fortbestehen zu lassen (vgl. MÜNNICH 1985, S.163). Aber auch dann sollten neben den Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Verbände mit gleichen Rechten zugelassen werden, in denen Kassenärzte ihrer Organisationspflicht nachkommen können. Grundsätzlich müsse den Ärzten die *freie*

Wahl ihres Berufsverbandes eingeräumt werden (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.128).

Was den *Sicherstellungsauftrag* betrifft, wird angeregt, diesen auf die Krankenkassen zu übertragen, indem diese verpflichtet werden sollten, die medizinisch notwendige Versorgung zu garantieren, wobei ihnen freizustellen wäre, wie sie diesen Auftrag erfüllen. Gedacht wird aber auch daran, die Sicherstellung zum Gegenstand privatrechtlicher Verträge zu machen (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.134; NEUBAUER 1988 a, S.24).

c) Preisbildung für ambulante ärztliche Leistungen

Hinsichtlich der *Preisbildung für ambulante ärztliche Leistungen* wird von Marktwirtschaftlern zunächst einmal darauf hingewiesen, daß über die konkrete Ausgestaltung der Honorierungssysteme (z. B. Einzelleistungs- oder/und Pauschalhonorierung) im *Wettbewerbsprozeß* entschieden werden müsse. Hierbei wird u. a. darauf verwiesen, daß das *Steuerungspotential* sowohl der *Einzelleistungs-* wie der *Pauschalhonorierung* weniger durch die formale Ausgestaltung des Honorierungsverfahrens bestimmt werde, sondern vielmehr durch die im Gesundheitssektor herrschenden Rahmenbedingungen. So liege der Grund für die geringe Steuerungswirkung insbesondere der Einzelleistungshonorierung primär darin, daß ein Wettbewerb um die knappe Zahlungsbereitschaft der Konsumenten nicht existiere, weil für die Versicherten im derzeitigen GKV-System ein genereller Zahlungszwang bestehe (vgl. KNAPPE 1985, S.79 ff).

Ohne bestimmte Systeme zu präferieren (die zu entdecken, ist nach den Vorstellungen von Marktwirtschaftlern vielmehr Aufgabe des Wettbewerbs als einem Such- und Entdeckungsverfahren), nennen Marktwirtschaftler aber dennoch einige Grundanforderungen für *marktkonforme Preisbildungsformen.* Danach sind grundsätzlich solche Honorierungsformen anzustreben, bei denen ärztliche Einkommen wieder eine echte *Indikatorfunktion* der Knappheit darstellen (vgl. MÜNNICH 1984 a, S.11). Außerdem sollten Verfahren bevorzugt werden, bei denen die Parameter Preis und Leistung eine entscheidende Rolle spielen. Weiterhin erscheint es als wesentlich, von derzeitigen inputorientierten Preisen, von denen keinerlei kostensenkende Anreize ausgingen, wegzukommen. Eine *marktadäquate Lösung der Vergütung* müsse *outputorientiert* sein, da es für den Nachfrager letztlich nicht auf den eingesetzten Input, sondern auf den erzeugten Output (Ergebnis) ankomme (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.113; MÜNNICH 1986, S.641).

Zu den Grundsätzen marktwirtschaftlicher Konzeptionen gehört auch, daß *Preisfestsetzungen* so *dezentral* wie möglich erfolgen sollen. Entsprechend wird vorgeschlagen, die Preisbildung für ärztliche Leistungen freizugeben bzw. auf privatautonome Verhandlungen zu übertragen. Vergütungsverträge zwischen Versicherern und Ärzten sollten keine Allgemeinverbindlichkeit erhalten, d. h. abweichende Preisvereinbarungen zwischen einzelnen Patienten und dem jeweiligen Arzt prinzipiell zulässig sein. In einem *System freier Preisbildung* sollten die Versicherungen lediglich die vertraglich ausgehandelten Preise/Honorare erstatten, mögliche Differenzen aber allein die Versicherten tragen (vgl. MÜNNICH 1984 a, S.11; GITTER/OBERENDER 1987, S.114).

d) Deregulierungen im Bereich des ärztlichen Standesrechts

Als wesentliches Element der Ingangsetzung wettbewerblicher Marktprozesse plädieren die Marktökonomen außerdem für umfassende *Deregulierungen* beim ärztlichen Standesrecht. Mit besonderem Nachdruck wird beispielsweise die Aufhebung der *Betriebs- und Unternehmensformenbeschränkung* in der ambulanten Versorgung genannt (vgl. MÜNNICH 1984 a, S.11; OBERENDER 1986, S.195; OBERENDER/GITTER 1987, S.135; SVR: Jahresgutachten 1985/86, Tz. 371; KRONBERGER KREIS 1987, S.41). Als hemmende Faktoren innovativer Marktprozesse werten Marktwirtschaftler u. a., daß es einzelnen Ärzten untersagt ist, mit einzelnen Krankenkassen Verträge abzuschließen, Verträge untereinander zu schließen, andere Ärzte in abhängiger Stellung zu beschäftigen und die Gründung von Gruppenpraxen nur unter restriktiven Voraussetzungen zulässig ist.

Vor diesem Hintergrund wünschen sich die Marktökonomen rechtliche Rahmenbedingungen, die eine Vielzahl von Organisationstypen am Markt entstehen lassen. Auch hier gilt, daß es ihnen letztlich gleichgültig ist, welche Organisationstypen sich in der Praxis letztlich durchsetzen; unter Konkurrenzbedingungen wird nach ihrer Überzeugung der Marktwettbewerb schon die erforderliche Selektion vornehmen.

Im einzelnen treten die Marktökonomen für folgende Änderungen ein:

1) Ärzten sollte es freistehen, nicht nur die Unternehmensform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zu wählen, sondern ebenso handelsrechtliche Formen (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.41).
2) Aufhebung des *Verbots der unselbständigen Beschäftigung von Ärzten* durch Ärzte oder durch sonstige Unternehmen bei der Erbringung ambulanter Leistungen. Die Zulassung von anderen Unternehmensformen (z.B. Aktiengesellschaften) oder anderen Betriebsformen (z.B. Tageskliniken) ändere nichts daran, daß allein der Arzt im konkreten Einzelfall im Rahmen der verfügbaren Möglichkeiten das Entscheidungsrecht habe und die Verantwortung dafür trage, was medizinisch zu tun sei (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.42).
3) *Zulassung von integrierten Gesundheitsunternehmen* (z.B. Krankenhausketten mit weiteren Leistungsangeboten wie etwa Gruppenpraxen, Apotheken oder sonstigen Einrichtungen der Gesundheitspflege).
4) *Aufhebung des Werbeverbotes* für Ärzte.
5) Freistellung der ambulanten Tätigkeit von Ärzten von der Bindung an eine Niederlassungspflicht (vgl. KRONBERGER KREIS,1987,S.27). Schon aus prinzipiellen Gründen wenden sich die Marktökonomen dagegen, dem Problem steigender Ärztezahlen durch *verschärfte Zugangsregulierungen* zu begegnen.

3. 7. 3. 3 Steuerung im Bereich der stationären Versorgung

Auch für Marktwirtschaftler weist auf der Anbieterseite vor allem der Krankenhausbereich »korrigierbare Steuerungsmängel« auf (vgl. SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz.494). Einhellig gefordert wird hier der Übergang zu einem neuen, *monistisch finanzierten System* mit *Anreizen zu wirtschaftlichem Verhalten* (vgl. BKU 1988, S.12 f.). Der Über-

gang zu einer einheitlichen Finanzierung und mehr Eigenwirtschaftlichkeit wird dabei als ein erster Reformschritt angesehen (vgl. SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz.494).

Hauptziel marktwirtschaftlicher Reformoptionen ist die Schaffung von Anreizen für ein wirtschaftliches Verhalten. Um dies im Bereich der stationären Versorgung zu erreichen, muß nach Auffassung der Marktwirtschaftler den Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt werden, durch (eine mittels autonomer Entscheidungen getroffene) Verringerung des Faktoreinsatzes, Kostensenkungen und Gewinne zu erzielen (vgl. METZE 1982 c, S.115). Die *freie Disponibilität* möglicher *Gewinne* wird hierbei als eine „unabdingbare Voraussetzung für die Wirksamkeit marktwirtschaftlicher Instrumente zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor" (METZE 1982 c, S.115) angesehen. Die *Gestattung der Gewinnerzielung* heißt für Marktwirtschaftler auf der anderen Seite aber auch, daß Krankenhäuser *Verluste* erleiden können, die aus Eigenkapital zu decken sind. Chancen und Risiken des Betriebs von Krankenhäusern hätte in einem stärker marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem allein der Anbieter zu tragen. Unter *Wettbewerbsbedingungen* bedeute dies, daß eine *unwirtschaftliche Betriebsführung* zu ständigen Verlusten führt, die entweder durch Kapital des Trägers gedeckt werden müßten oder das *Ausscheiden aus dem Markt* zur Folge hätten.

Als weitere Voraussetzung für das Funktionieren der *marktwirtschaftlichen Preissteuerung* betrachten ihre Befürworter die Existenz »ganzheitlicher« Preise, d. h. sämtliche Kosten der Leistungserstellung müssen in dem für eine Leistung gezahlten Preis erfaßt werden. Konkret bedeutet dies, daß in den Preisen für stationäre Leistungen – anders als bislang – auch die Investitionsaufwendungen berücksichtigt werden sollen. Begründet wird diese Forderung zum einen damit, daß sich damit der *Anreiz zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit* erst wirklich entfalten könne, einzelne Kostenarten nicht aus den *Bemühungen zur Kostensenkung* ausgespart und zum anderen auch die *Kosten der Finanzierung* in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen einbezogen würden. Schließlich seien Preise, die sämtliche Kosten berücksichtigen, unerläßlich im Hinblick auf gleiche Wettbewerbsbedingungen.

Vor diesem Hintergrund plädieren marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonomen ausnahmslos für eine *monistische Krankenhausfinanzierung*, wobei allerdings von einzelnen Vertretern unterschiedliche Übergangsregelungen für die Abschaffung des dualen Systems vorgeschlagen werden (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.135). Der Übergang zu einer *Investitionsfinanzierung durch die Krankenhausträger* sowie einer *Steuerung durch leistungsbezogene Preise* impliziert für die Marktwirtschaftler eine *Aushöhlung der staatlichen Angebotsplanung* im Krankenhausbereich.

3. 7. 3. 4 Neuordnung des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Versorgung

Ein besonderes Anliegen marktwirtschaftlicher Reformkonzepte bildet regelmäßig die Neuordnung des Verhältnisses zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Im Sinne einer generellen Stärkung des Wettbewerbs wird verlangt, derzeit bestehende restriktive Abgrenzungsregelungen zu beseitigen (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.40). So wird es für möglich gehalten, durch Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung, den Wettbewerb zu intensivieren. Ein Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sei möglich und „dürfte auch sinnvoll sein" (SVR: Jahresgutachten 1983/84, Tz.496; 1985/86, Tz.369). Angestrebt werden soll hierbei eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen frei praktizierenden Ärzten und Krankenhäusern; u. a. wird daran gedacht, das Belegarztsystem auszuweiten.

Durch Abgehen von den heutigen einheitlichen Pflegesätzen wird erwartet, daß für die Krankenhäuser das Interesse entfällt, an vielen Bagatellfällen möglichst lange festzuhalten. Bei Verstärkung der Eigenwirtschaftlichkeit könnte in einer derartigen Situation hingegen bei den Krankenhäusern ein Anreiz entstehen, ihre apparativen Fixkosten zusätzlich dadurch zu decken, daß sie gegen Entgelt freie Kapazitäten den frei praktizierenden Ärzten anbieten (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.40).

3. 7. 3. 5 Steuerung des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereichs

Was den Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel anbelangt, halten marktwirtschaftliche Reformkonzepte vor allen Dingen *umfassende Deregulierungen* für erforderlich (vgl. OBERENDER 1984, S.27 ff.; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.140 ff.). Nach Ansicht der Marktwirtschaftler wird durch umfangreiche Regulierungen und Reglementierungen in diesen Bereichen ein umfassender Wettbewerb verhindert. Genannt werden in diesem Zusammenhang vor allem die nach Ansicht von Marktwirtschaftlern überhöhten Anforderungen an den Nachweis der Sicherheit und Wirksamkeit neuer Arzneimittel, die Verschreibungspflicht, das für zahlreiche Arzneimittel bestehende Publikumswerbeverbot, die für die Mehrzahl von Arzneimitteln bestehende Apothekenpflicht, die Arzneimittelpreisverordnung mit ihren Höchst- und Festzuschlägen, das Autsimile- sowie das Auseinzelungsverbot und das für den Apothekenbereich geltende Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot.

a) Reformen im Pharmabereich

Der Pharma-Markt entspricht aufgrund seiner weitgehend privatwirtschaftlichen Organisation von sämtlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung zwar am ehesten marktwirtschaftlichen Vorstellungen; dennoch sehen Marktwirtschaftler auch hier eine Reihe von *Wettbewerbsbeschränkungen*, durch die nach ihrer Meinung eine Reihe von Vorteilen der Marktwirtschaft nicht in dem gewünschten Umfang zum Tragen komme (vgl. KARTTE 1985, S.191).

Änderungsbedürftig gilt für Marktwirtschaftler vor allem die *Arzneimittelzulassung*. Zwar wird eingeräumt, daß der Markt allein nicht die Sicherheit von Arzneimitteln gewährleisten kann, zu restriktive Zulassungsbestimmungen (z.B. präventive Sicherheitsprüfungen) hätten aber zum einen negative Auswirkungen auf den technischen Fortschritt, zum anderen könnten sie in bestimmten Fällen sogar dazu führen, daß nützliche Medikamente erst gar nicht auf den Markt gelangen und den Konsumenten zur Verfügung stehen. Zur Lösung dieses Problems wird empfohlen, in größerem Umfang *Risiko-Nutzen-Betrachtungen* anzustellen und nach flexibleren Regelungen zu suchen (vgl. PEDRONI/ZWEIFEL 1982; MURSWIECK 1983; OBERENDER 1984, S.28). Noch einen Schritt weiter gehen einige Marktökonomen in der Frage der *Wirksamkeitskontrolle*; hier fordern sie die völlige Beseitigung der staatlichen Einflußnahme und

vertreten die Meinung, daß der Markt ausreiche, um unwirksame Präparate auszusondern.

Wesentliche *Liberalisierungen* werden darüber hinaus in bezug auf die *Verschreibungs-* und die *Apothekenpflicht* gefordert. Die Begründung, daß diese Instrumente für die Qualitätssicherung und Mißbrauchsverhinderung erforderlich seien, wird von ihnen nur sehr bedingt geteilt. Ihrer Ansicht nach stellen beide in erster Linie *Wettbewerbsbeschränkungen* dar. Eine Auflockerung der Verschreibungspflicht würde den Handlungsspielraum von Herstellern und Apotheken vergrößern und diesen u. a. ermöglichen, direkt beim Verbraucher zu werten. Ebenso sollte anstelle der Apothekenbindung die Entdeckung des günstigsten Vertriebsweges dem Wettbewerb überlassen werden, allenfalls bestimmte Mindestanforderungen hinsichtlich der Lagerung und des Vertriebs verlangt werden (vgl. OBERENDER 1984, S.29).

Bei der *Forderung nach uneingeschränkter Belebung des Wettbewerbs* im Gesundheitswesen werden von den Marktwirtschaftlern allerdings gerade im Arzneimittelbereich bestimmte Einschränkungen gemacht. Ausdrücklich betonen sie, daß die Wettbewerbsstimulation zu keiner »Diskri-minierung« der forschenden Arzneimittelhersteller führen dürfe. U.a. empfehlen sie, darüber nachzudenken, die *Laufzeit des Patentschutzes* bei Arzneimitteln erst mit der Zulassung bzw. der Markteinführung eines neuen Präparates beginnen zu lassen und bei der *Zweitanmelderproblematik* nach einer wettbewerbsneutralen Lösung zu suchen (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.139). Sorgen bereitet ihnen auch, daß es durch einseitige Förderung des *Nachahmerwettbewerbs* zwar zu einer kurzfristigen Intensivierung des Preiswettbewerbs komme, langfristig aber die innovative Aktivität der forschenden Unternehmen reduziert werden könnte.

Hinsichtlich der *Verordnung von Arzneimitteln* sind die Marktwirtschaftler zwar für Anreize, die zu einer wirtschaftlichen Inanspruchnahme von Medikamenten führen, lehnen es aber aus ordnungspolitischen Gründen ab, eine einzige Regelung zur Arzneimittelverordnung allgemeinverbindlich zu machen. Außerdem verlangen sie, daß Regelungen für einen wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln in jedem Fall mit wirksamen Selbstbehaltsregelungen auf der Nachfrageseite verbunden werden.

b) Reformnotwendigkeiten im Apothekenbereich

Auch in diesem Bereich gehen die Marktwirtschaftler davon aus, daß eine Marktsteuerung solange nicht zufriedenstellend arbeiten könne, wie pretiale Lenkungsinstrumente entweder nicht vorhanden sind oder nur unvollkommen und verzögert greifen (vgl. SCHULZ 1985, S.76). Daher gelte es, den Apotheken einen eigenen *preispolitischen Entscheidungsspielraum* zu geben und sie aus der Situation zu befreien, nur verlängerter Arm der Arzneimittel-Hersteller zu sein (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.138).

Eines der Hauptanliegen von Reformschritten ist dann auch, auf der Apothekenstufe Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen *Preiswettbewerb* ermöglichen. Als wesentliche Voraussetzung hierfür gilt die Abschaffung der *Festzuschlagsregelung*. Die derzeit für die Apotheken festgelegten Handelsspannen stellten im Ergebnis eine Preisbindung der zweiten Hand dar; dadurch werde der Preiswettbewerb auf dieser Handelsstufe verhindert und stattdessen der Wettbewerb um Nebenleistungen stimuliert (vgl. KARTTE 1985, S.191). Zugleich führe das Preisbewußtsein der Nachfrager allenfalls zu einer Produktsubstitution, nicht jedoch zu einer Apothekensubstitution (vgl. OBERENDER 1984, S.29). Erst die Beseitigung der Festzuschlagsregelung erlaube es den Apotheken, den Preis ihrer Produkte selbst nach eigenem Ermessen unter Berücksichtigung der jeweiligen Wettbewerbssituation festzusetzen (vgl. OBERENDER 1984, S.29). Außerdem soll ihnen hierdurch die Möglichkeit gegeben werden, ihre Leistungsfähigkeit über niedrige Preise an die Nachfrager weiterzugeben, um damit zusätzliche Kunden zu gewinnen (vgl.WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.141).

Von der Verstärkung des Preiswettbewerbs verspricht man sich des weiteren positive Effekte hinsichtlich der *Steuerung des Marktzugangs von Apothekern*; so wird erwartet, daß aufgrund der marktprozessualen Gegebenheiten die durchschnittliche Handelsspanne gegenüber heute sinken dürfte und dadurch neue Apotheker vom Markt ferngehalten würden. Auf diese Weise der möglicherweise drohenden »Apothekerschwemme« entgegenzuwirken, wird von Marktwirtschaftlern im Gegensatz zu administrativen Zugangsregulierungen als ordnungspolitisch unbedenklich eingestuft.

Die staatlich festgelegte Handelsspanne hat nach Auffassung der Marktwirtschaftler weiterhin zur Folge, daß die Apotheken kein Interesse haben, ein teures durch ein billiges Medikament zu ersetzen. In dieselbe Richtung wirke das faktisch bestehende *Autsimile-Verbot*; indem die Ärzte im allgemeinen ganz bestimmte Markenpräparate verschreiben, den Apotheken es jedoch weitgehend untersagt ist, ein den verordneten Medikamenten vergleichbares Medikament zu verabreichen, werde eine Produktsubstitution praktisch unmöglich gemacht. Daher würde eine nachhaltige Lockerung des Autsimile-Verbots gleichfalls dazu beitragen, den *Preis als Wettbewerbsparameter* aufzuwerten.

Wettbewerbsbeschränkend wirkt nach Ansicht der Marktwirtschaftler schließlich auch das sog. *Auseinzelungsverbot*, das es den öffentlichen Apotheken untersagt, aus preisgünstigeren Großpackungen Teilmengen auszueinzeln und zu verkaufen. Eine derartige Vorschrift stellt zum einen eine Mißachtung der individuellen Bedürfnisse dar, schränkt daneben aber vor allem den wettbewerblichen Einsatz des Parameters Packungsgröße nachhaltig ein. Im Interesse einer Förderung des Wettbewerbs müsse diese Bestimmung aufgehoben werden.

Ebenfalls keinen stichhaltigen Grund sehen Marktwirtschaftler zudem in dem für Apotheker geltenden Verbot, mehrere Apotheken (*Mehrbesitzverbot*) zu eröffnen sowie dem *Fremdbesitzverbot*. Nach Auffassung der Marktwirtschaftler muß es ökonomisch besonders leistungsfähigen Apothekern ebenso möglich sein, „zu ihrem eigenen Vorteil und zu dem ihrer Kunden sowie Lieferanten" weitere Filialen zu eröffnen wie es Nichtapothekern gestattet sein sollte, eine Apotheke als selbständiger Unternehmer zu betreiben, wenn er dafür die geforderten Vorschriften erfüllt. Diese standesrechtlichen Bestimmungen sollen daher aufgehoben werden (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.144).

c) Reformen in Bereich der Heil- und Hilfsmittel

Stärker als in den anderen Bereichen sehen Marktwirtschaftler Steuerungsmöglichkeiten bei Heil- und Hilfsmitteln primär auf der Nachfrageseite. Durch Selbstbehaltsregelungen bzw. durch den völligen Ausschluß bestimmter

Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung soll auf diesem Markt der Wettbewerb das zentrale Steuerungsinstrument bilden. Von der Aktivierung des direkten ökonomischen Interesses des Versicherten verspricht man sich eine *nachhaltige Belebung des Anbieter-Wettbewerbs*, so daß Heil- und Hilfsmittelhersteller gezwungen sein werden, qualitativ hohe Leistungen zu festgesetzten Tarifen anzubieten.

3. 7. 4 Organisation des Versicherungsmarktes

Ähnlich wie auf dem Markt für Gesundheitsleistungen sehen marktwirtschaftliche Konzepte auch auf dem *Versicherungsmarkt* vor allem einen *Abbau von Regulierungen* mit dem Ziel vor, den Wettbewerb unter allen Umständen zu intensivieren. Da dieser nach Überzeugung der Marktwirtschaftler umso besser funktioniert, je stärker der Markt pluralistisch strukturiert ist, sprechen sich die Marktökonomen mit Nachdruck für eine Vielzahl von Versicherern (Kassen) aus. Das *Plädoyer zugunsten einer Versicherungsvielfalt* ist allerdings nicht zu verwechseln mit einem Eintreten zugunsten des Erhalts des gegliederten Krankenversicherungssystems in seiner derzeitigen Ausprägung.

Bei allen Nuancierungen im Detail und in Abhängigkeit sonstiger Rahmenbedingungen folgen marktwirtschaftliche Reformstrategien in diesem Bereich im wesentlichen dem Grundsatz, daß sich sämtliche Versicherungen im Wettbewerb um die Versicherten und die Leistungserbringer immer wieder neu zu bewähren und zu behaupten haben. Im *Wettbewerbsprozeß* nicht bestandsfähige Krankenkassen müßten aus dem Markt ausscheiden. Nachdrücklich wird abgelehnt, irgendwelchen Kassen durch staatliche Privilegien einen *Bestandsschutz* einzuräumen (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.134).

Umgekehrt verlangen die Marktökonomen als Voraussetzung für einen Übergang zu einem intensiven Wettbewerb, daß für alle Versicherungen (Kassen) die *gleichen Rahmenbedingungen* gelten müssen und keine Versicherung gegenüber einer anderen diskriminiert werden dürfe (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.134). In diesem Zusammenhang wird z.B. gefordert, die Ersatzkassen für alle Versicherten zu öffnen und im Gegenzug die RVO-Kassen durch die Einführung der freien Wahl des Versicherers in den Wettbewerb um Mitglieder voll einzubeziehen (vgl. MÜNNICH 1984 a, S.9). Desgleichen sollten die zu gravierenden *Wettbewerbsverzerrungen* führenden vielfältigen *Benachteiligungen* der RVO-Kassen gegenüber den Ersatzkassen (etwa die regionale Begrenzung der RVO-Kassen) beseitigt werden (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.134).

Nach den Vorstellungen der Marktwirtschaftler wäre der *Marktzutritt* für alle Versicherungen, die bestimmten gesetzlichen Anforderungen genügen und ein gleichfalls gesetzlich festgelegtes Pflichtleistungsprogramm anbieten, offenzuhalten. Unterschiedlich sind dabei allerdings die Vorschläge hinsichtlich der *Abgrenzung zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und Privaten Krankenversicherungen*: während für einige diese Trennung letztlich völlig gegenstandslos wird (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.42), halten andere es für denkbar, die Trennung der Versicherer nach Grundversorgung und Zusatzversorgung vorzunehmen, wobei für das Festhalten an unterschiedlichen Trägerschaften primär pragmatische Gründe sprächen (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.110). Ebenfalls vorgeschlagen wird, die gesetzlichen Krankenkassen entweder in eine privat-rechtliche Rechtsform überzuführen oder sie als öffentlich-rechtliche Anstalt (dann jedoch bei steuerlicher Gleichbehandlung) weiterzuführen (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.42).

Unabhängig hiervon gehen marktwirtschaftliche Konzepte generell davon aus, daß eine *hinreichende Kassenwahlfreiheit der Versicherten* besteht; wo Nachfrager (Versicherte) kein Recht haben, zwischen alternativen Anbietern (Kassen) und ihren Angeboten zu wählen, brauchen sich die Anbieter auch nicht mit besonderen Anstrengungen um die kaufkräftige Nachfrage bemühen: Wettbewerb wäre in diesem Fall von vornherein ausgeschlossen (vgl. CASSEL 1987, S.8).

Unter den Marktökonomen umstritten ist dagegen, inwieweit gewisse allokative Besonderheiten von Versicherungsmärkten, insbesondere die Gefahren einer *Risikoselektion* (»adverse selection«), es erforderlich machen, einen generellen *Kontrahierungszwang* vorzusehen. Abgesehen davon, daß es allen Versicherern grundsätzlich freigestellt sein müsse, unter gleichen Rahmenbedingungen um neue Mitglieder zu werben, bedarf der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen nach Überzeugung der Marktwirtschaftler auch der Möglichkeit, daß bereits Versicherte relativ problemlos von der einen zur anderen Versicherung wechseln können.

3. 8 Konkrete marktwirtschaftliche Reformkonzepte

Aus der unterschiedlichen Verknüpfung der dargestellten *Instrumente einer Marktsteuerung* sowie einer differenzierten *Gewichtung der Elemente eines Krankenversicherungssystems* sind eine Vielzahl von marktwirtschaftlichen Reformmodellen in die Diskussion eingebracht worden. Nachfolgend sollen ausgewählte, besonders häufig diskutierte Reformvorschläge summarisch skizziert werden.

3. 8. 1 Reformoption »Duales Versicherungssystem«

Das von zahlreichen Marktwirtschaftlern vorgeschlagene sog. *duale Versicherungssystem* (vgl. OBERENDER 1985, S.30 ff.; GITTER/OBERENDER 1987, S.97 ff.; MÜNNICH 1980; SVR: Jahresgutachten 1985/86; KRONBERGER KREIS 1987, S.26) kennzeichnet sich in seiner elementaren Ausgestaltung durch eine einkommensabhängig finanzierte *Grundversorgung* bei Gültigkeit des Sachleistungsprinzips sowie eine durch risikoäquivalente Beiträge finanzierte *Zusatzversicherung*, bei welcher das Kostenerstattungsprinzip Anwendung finden soll. Insbesondere hinsichtlich der Konzeption der Grundversorgung weichen die verschiedenen Varianten dieser Reformoption allerdings voneinander ab.

Von den Befürwortern dieses Konzepts wird ausdrücklich betont, daß es nicht darum gehe, einer »Ellenbogengesellschaft« oder einem »Manchester-Liberalismus« Vorschub zu leisten. Daher sollen die Grundelemente des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z.B. der Solidarausgleich und das gegliederte System, nicht zuletzt aus Gründen des sozialen Friedens erhalten bleiben.

Die Einführung einer *Mindestversicherung* (Basisversorgung) wird zum einen damit begründet, daß die Verpflichtung des Art.1 GG, die Würde des Menschen zu schützen, eine Grundsicherung im Hinblick auf das Krankheitsrisiko gebiete (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.92). Zum anderen soll damit verhindert werden, daß krankheitsbedingte soziale und ökonomische Notlagen

vom einzelnen auf die Gesamtheit der Steuerzahler abgewälzt werden, sei es, weil der einzelne sich von vornherein im Krankheitsfall auf die Unterstützung des Staates verläßt oder aber unbeabsichtigt sein individuelles Krankheitsrisiko unterschätzt bzw. seine finanziellen Vorsorgemöglichkeiten überbewertet (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.26; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.92 f.).

Aus diesen Gründen wird von den Befürwortern dieses Modells vorgeschlagen, für alle Bürger unabhängig vom Einkommen und vom Arbeitsvertrag eine *Mindestversicherungspflicht* festzulegen. Die Einbeziehung grundsätzlich aller Personen in diese Versicherungspflicht wird teilweise auch mit Finanzierungs- und Solidaritätsgesichtspunkten begründet; bei einer an einer Einkommensgrenze orientierten Versicherungspflicht bestünde zudem die Gefahr, daß u. U. die Beiträge sehr hoch sein müßten oder entsprechend hohe Zuschüsse des Staates erforderlich wären (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S. 93). Einige führen außerdem an, daß die Basisversorgung Solidarfunktionen erfülle und es daher gerechtfertigt sei, auch sämtliche Bürger zu ihrer Finanzierung heranzuziehen (vgl. GITTER/OBERENDER 1987; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.92).

Übereinstimmung besteht dagegen darin, daß diese Grundversorgung nicht im Rahmen einer Zwangsversicherung erfolgen soll. Grundsätzlich soll es dem einzelnen freigestellt werden, bei welcher Versicherung er die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung abschließen will. Unterschiedlich sind wiederum die Vorstellungen in bezug auf die *Beitragsgestaltung im Rahmen der Grundsicherung.* In der Diskussion befinden sich sowohl Vorschläge, die Beiträge für die Grundsicherung entsprechend dem sachlichen Umfang und der Höhe der Selbstbeteiligung zu kalkulieren (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.27), wie auch Empfehlungen, den Pflichtversicherungsbeitrag mit oder ohne Einkommensgrenze in Abhängigkeit vom Einkommen festzulegen. Soll eine Einkommensumverteilung über den Krankenversicherungsbeitrag ausgeschlossen werden, wäre ein *einheitlicher Pro-Kopf-Beitrag* zu erwägen. Will man dagegen den Solidarausgleich innerhalb der Pflichtkrankenversicherung belassen, wären *einkommensproportionale Beitragssätze* erforderlich (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.98 ff.).

Die staatliche festgelegte Mindestabsicherung soll sich auf eine Grundversorgung beschränken. Der *Umfang der medizinischen Basisversorgung* soll zwar gesetzlich festgelegt, die Art und Weise wie diese Versorgung sichergestellt wird, jedoch den einzelnen Versicherungen überlassen werden. Entscheidend sei lediglich, daß für den einzelnen eine „qualifizierte hochwertige medizinisch notwendige Basisversorgung gewährleistet" sei (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.93). Um auch in diesem Bereich kostenbewußtes Verhalten zu stimulieren, ist in der Regel eine *gestaffelte Selbstbeteiligung* mit einer absoluten Höchstgrenze vorgesehen (vgl. KRONBERGER KREIS 1987, S.26; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.94).

Von den Befürwortern des dualen Versicherungsmodells wird anerkannt, daß die Bestimmung der in den Leistungskatalog der medizinisch notwendigen Basisversorgung aufzunehmenden Leistungen Probleme bereiten kann (*Problem der Bestimmung der Basisversorgung*) (vgl. GITTER/OBERENDER 1987). Unstrittig ist lediglich, daß sich der Leistungskatalog auf die ökonomischen Folgen einer Krankheit und sich anerkannte Leistungen auf jenes Maß beschränken sollen, „das dem Wesen der Grundsicherung angemessen ist" (KRONBERGER KREIS 1987, S.28). Eindeutig nicht zum *Leistungskatalog der Basisversorgung* gehören sollen sog. Bagatellfälle (Zumutbarkeit), medizinische Dienstleistungen, die dem gehoben Bedarf zuzurechnen seien (z.B. bestimmte Formen der Zahnbehandlung sowie gewisse Heil- und Hilfsmittel) und krankenversicherungsfremde Leistungen (z. B. Entbindung, Schwangerschaftsabbruch, freiwillige Sterilisation, kosmetische Operationen, Versorgung von Pflegefällen, Sterbegeld).

Das duale Versicherungssystem sieht desweiteren vor, daß es über diese Mindestversicherung hinaus jedem einzelnen freigestellt werden soll, sich entsprechend seinen individuellen Präferenzen durch eine *freiwillige Zusatzversicherung* höher zu versichern. In diesem Rahmen soll es dann möglich sein, über die Grundsicherung hinausgehende Risiken abzudecken. Im Gegensatz zur Grundsicherung sollen die Zusatzversicherungen jedoch prinzipiell auf dem *Äquivalenzprinzip* aufgebaut sein und einer *ausschließlichen Marktsteuerung* überlassen bleiben (Vertragsfreiheit aller Parteien, freie Tarifwahl und Gestaltung, Verzicht auf jegliche staatliche Subventionierung) (vgl. OBERENDER 1985, S.32).

3. 8. 2 Reformoption »Stärkung des Versicherungsprinzips«

Die Reformoption *»Stärkung des Versicherungsprinzips«* zielt zwar ebenso wie das Konzept eines dualen Versicherungssystems auf eine Stärkung des Versicherungsgedankens und des Wettbewerbs ab, versucht jedoch derartige Zielsetzungen weitgehend *innerhalb der Grundstrukturen des existierenden GKV-Systems* zu verwirklichen (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.41 ff.; HENKE 1986 a, S.612; CASSEL/HENKE 1988, S.24; SOZIALENQUETE-KOMMISSION 1966, S.106 ff.; HENKE/SMIGIELSKI/SCHMÄHL/BECKER 1985, S.,65 ff.; ZWEIFEL/HAUSER 1985, S.301 ff.). Grundsätzlich beibehalten werden sollen demnach der Solidarausgleich, die arbeitseinkommensbezogenen Beiträge, der Vollversicherungsschutz im Krankheitsfalle, das gegliederte Kassensystem, die Selbstverwaltung sowie die kollektivvertraglich geregelte Leistungserstellung.

Die Reformoption geht davon aus, die *Mängel des derzeitigen Gesundheitsversorgungssystems* (u. a. falsche Anreizstrukturen, Verschwendung von Ressourcen, Ungerechtigkeiten der Verteilung der Einkommenschancen der Produzenten und der Nutzungschancen der Konsumenten der Gesundheitsleistungen) nicht durch eine Systemveränderung zu überwinden, sondern durch eine Strukturreform des bestehenden GKV-Systems. Hauptbestreben ist es, die *»richtigen« Anreize* zu schaffen, wobei die *Stärkung des Versicherungsprinzips* als wichtigste *Orientierungsgröße* einzelner Reformschritte dienen soll.

Stärkung des Versicherungsprinzips soll im Rahmen dieser Reformoption nicht nur eine möglichst weitgehende Kalkulation der Beiträge nach dem kollektiven bzw. individuellen Äquivalenzprinzip bedeuten, sondern auch in dem Bestreben zum Ausdruck kommen, die Leistungen der GKV möglichst zweckmäßig (effektiv) und möglichst wirtschaftlich (effizient) zu erbringen. Eine Stärkung des Versicherungsprinzips soll sich dabei insbesondere durch Berücksichtigung der folgenden Elemente ergeben (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.43):

- Der *arbeitseinkommensbezogene Beitrag* pro Periode wird getrennt in einen Erwartungswert- und einen *Solidarbeitrag*, die beide versicherungstechnisch kalkuliert werden sollen. Während der Erwartungswertbeitrag den Gegenwert der erwarteten Versicherungsleistungen für das Mitglied in einer Periode darstellen soll, entspricht der Solidarbeitrag dem individuellen Gegenwert des Versicherungsschutzes für die Wechselfälle des Lebens, denen das Mitglied voraussichtlich unterworfen ist und dient zugleich dem Solidarausgleich im Kollektiv.
- Die versicherungstechnische Kalkulation des arbeitsbezogenen Beitrages soll unter effektiver Anwendung des neuesten Standes des versicherungstechnischen Wissens erfolgen.
- Die Beitragsmark soll für jedes Mitglied die gleiche erwartete Leistungsmark auf Lebenszeit erbringen.
- Die Leistungsmark soll ein möglichst hohes Leistungsniveau erbringen. D. h. Schadensverhütung und Schadensminderung sind in einer Weise zu intensivieren, daß der Erwartungswert der gesamten Leistungen minimiert wird.
- Im Versicherungsfall sollen nur die notwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungen gewährt werden. Dies impliziert insbesondere eine Einschränkung des Leistungskatalogs durch Herausnahme versicherungsfremder Leistungen (vgl. CASSEL/HENKE 1988, S.24).

Werden diese Anforderungen erfüllt, sind die Befürworter dieses Reformkonzepts überzeugt, daß die Stärkung des Versicherungsprinzips nicht im *Widerspruch zum Solidarausgleich* und zu einer materiell chancengleichen Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen steht. Entscheidend sei lediglich, daß der überwiegende Teil des Solidarausgleichs zukünftig mit versicherungstechnischen statt mit anderen Mitteln durchgeführt werde.

Erforderlich sei allerdings eine *Neubestimmung des versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Personenkreises*. Konkret bedeutet dies, daß die Mitgliedschaft in der GKV auf Personenkreise beschränkt werden soll, die „Hilfe zur Selbsthilfe für einen effektiven, effizienten und materiell chancengleichen Krankenversicherungsschutz brauchen und nutzen (individuelle Bezahlbarkeit) können" (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.44). Keinen Zugang zur GKV hätten demnach einerseits Personen, die die versicherungstechnisch kalkulierten Beiträge nicht bezahlen können und andererseits Personen, die aufgrund ihres Einkommens der GKV nicht bedürfen. Die Mitgliedschaft in der GKV würde letztlich auf Personengruppen beschränkt, deren „gesellschaftliche Existenz fundamental vom Arbeitseinkommen und den an den Arbeitseinkommen abgeleiteten Einkommen (insbesondere GRV-Renten) abhängt (vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.48).

Vorgesehen ist in diesem Modell eine für Arbeiter und Angestellte gleichermaßen anzuwendende Pflichtversicherungsgrenze. Grundsätzlich sollen Wahl- und Wechselmöglichkeiten innerhalb der GKV gefördert werden, wobei für alle GKV-Kassen ausnahmslos ein *Kontrahierungszwang* in bezug auf alle Versicherungspflichtigen bestünde. Anders als das Konzept des dualen Versicherungssystems sieht das Modell der Stärkung des Versicherungsgedankens jedoch keine Trennung des Versicherungsschutzes in Grundversorgung und Zusatzversorgung vor. Statt dessen soll die Festlegung des Verhältnisses zwischen Schadenshöhe und Versicherungsleistung (Versicherungsform) unter Wahrung des versicherungstechnisch realisierten Solidarausgleichs den einzelnen Kassen überlassen werden. Dies würde bedeuten, daß die Leistungskataloge der einzelnen Kassen unterschiedlich sein könnten (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.45).

Ein zentrales Element dieses Modells bildet neben der am Versicherungsprinzip ausgerichteten Reform des Mitgliedschafts-, Leistungs- und Beitragsrechts die *Einführung eines kassenübergreifenden Solidarausgleichs*, der gewährleistet, daß zwischen den verschiedenen Kassen ein echter Wettbewerb stattfinden kann. Nach Ansicht der Befürworter dieses Modells sind hierbei folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen (vgl. Übersicht bei: WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.58):

- Gestaltung des Solidarausgleichs zwischen den Mitgliedern der GKV als gleichzeitigen individuellen Versicherungsschutz gegen die Wechselfälle des Lebens. Bereinigung des Solidarausgleichs von versicherungsfremden Bestandteilen.
- Reduzierung der aus dem kasseninternen Solidarausgleich zwischen den Mitgliedern sich ergebenden Beitragssatzunterschiede durch Nutzung der versicherungstechnischen Möglichkeiten eines kassenübergreifenden Solidarausgleichs zwischen den Mitgliedern. Steigerung des Versicherungsschutzes gegen die Wechselfälle des Lebens.
- Reduzierung der mitgliedschaftsrechtlich herbeigeführten, unterschiedlichen Zusammensetzung und Entwicklung des Versichertenbestandes der Kassen durch Ausbau der Wahlfreiheit für die Mitgliedschaft für Angestellte und Arbeiter.
- Förderung sinnvollen Wettbewerbs der Kassen um Mitglieder und Ausschluß sinnlosen Wettbewerbs der Kassen um höhere Leistungen und höhere Vergütungen durch versicherungstechnische Kalkulation des kassenübergreifenden Solidarausgleichs zwischen den Mitgliedern.
- Reduzierung der Ungerechtigkeiten des gegenwärtigen Beitragsrechts durch eine versicherungstechnische Kalkulation des Beitragssatzes, wobei der Solidarausgleich versicherungstechnisch und nicht umverteilungstechnisch gesehen wird.

Das Konzept der »Stärkung des Versicherungsgedankens« sieht aber keineswegs nur Reformen auf seiten der Versicherten und der Kassen vor; Reformbedarf wird auch auf der *Angebotsseite* gesehen. Hier erfordere eine Stärkung des Versicherungsgedankens u. a., daß bei der Versorgung mit Gesundheitsleistungen für eine Leistungsmark die *höchstmögliche Leistungsintensität* erzielt werde. Insbesondere gelte es gegenüber den niedergelassenen Ärzten sowie den Krankenhäusern durchzusetzen, daß von den Krankenkassen nur *notwendige* und *zweckmäßige Leistungen* honoriert werden. Hierzu sollen in kollektivvertraglichen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern *Orientierungs*mengen, -qualitäten und -preise festgesetzt werden. Was darüber hinausgehe, diene *Konsum- und Luxusbedürfnissen* und müsse dementsprechend von den Versicherten selbst getragen werden.

3. 8. 3 Reformoption »Erweiterte Vetragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter«

Zum weiteren Bereich marktwirtschaftlich orientierter Vorschläge zur Neuordnung des Krankenversicherungssystems zählt auch die Reformoption *»Erweiterte Vertragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter«*. Ausgangsbasis dieses Reformkonzeptes bilden vor allem die nachfolgenden Überlegungen (vgl. Überblick bei: WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE 1988, S.67 ff.):

1) Der *individuelle Handlungsspielraum* wird im heutigen System als außerordentlich eng angesehen; als Konsequenz werden Maßnahmen gefordert, welche die Handlungsspielräume aller Beteiligten erhöhen, um auf diese Weise *Selbstverantwortung*, *Eigeninitiative* und *Eigenvorsorge* zu stärken und zu fördern.
2) Für die Befürworter dieses Reformkonzeptes ist das durch vielfältige Regulierungen geprägte heutige GKV-System in starkem Maße durch *verkrustete Strukturen* gekennzeichnet und weitgehend unfähig, sich neuen Entwicklungen rasch anzupassen und auf *innovatorische Impulse* angemessen zu reagieren. Demgegenüber würden durch *Öffnung individueller Handlungsspielräume dezentrale, spontane Innovationen* gefördert.
3) Das existierende System biete darüber hinaus dem Konsumenten weder die Möglichkeit noch Anreize, kostengünstige Leistungsanbieter ausfindig zu machen und bezogene Leistungen mit ihren Kosten abzuwägen. Desgleichen würden gegenwärtig effizient und kostengünstig arbeitende Leistungsanbieter tendenziell eher bestraft als belohnt. Durch verstärkte Vertragsfreiheit soll daher angestrebt werden, *individuelle Anreize* soweit wie möglich gesellschaftlich nutzbringend einzusetzen. Über die Schaffung von Handlungsalternativen und individuellen Anreizen sollen alle Beteiligten angehalten werden, mit den *knappen Ressourcen* verantwortungsbewußt umzugehen. Gesundheitsbewußtes und krankheitsvermeidendes Verhalten soll dabei belohnt, gesundheitsgefährdendes und krankheitsbegünstigendes Verhalten dagegen bestraft werden.
4) Schließlich wird mit diesem Reformkonzept das Ziel verfolgt, durch Rückverlagerung auf die *individuelle Verantwortung* den politischen Prozeß weitestgehend von der Aufgabe zu entlasten, über Niveau und Struktur der Gesundheitsausgaben entscheiden zu sollen. Dahinter steht die Ansicht, daß es der Entscheidung der Bürger überlassen bleiben sollte, wie sie über ihr Einkommen verfügen und welchen Anteil davon sie für Gesundheit ausgeben wollen.
5) Obgleich Elemente wie *Eigenverantwortung* und *kostennutzen-orientiertes Handeln* wesentliche Prinzipien der Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit« sein sollen, will man den *Solidarausgleich* nicht unzulässig in den Hintergrund schieben.

Zu den *Rahmenbedingungen*, von denen dieses Modell ausgeht, gehören dann auch die *gegliederte Krankenversicherungsstruktur*, das *Sachleistungsprinzip* sowie ein erheblicher *Solidarausgleich* innerhalb des GKV-Systems. Unter grundsätzlicher Beibehaltung dieser Elemente sollen allerdings mehr oder weniger starke *Modifikationen* zulässig sein:

- Zwar soll an einkommensabhängigen Beiträgen, der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen sowie an der Mitfinanzierung der Rentnerkosten grundsätzlich festgehalten werden, beispielsweise jedoch die konkrete Ausgestaltung der Abgrenzung der Versicherungspflicht, des maßgeblichen Einkommens sowie der Behandlung von Zweitverdienern in der Familie zur Disposition stehen.
- Die Entscheidung zugunsten eines gegliederten Systems der Krankenversicherung soll keine Bestandsgarantie für einzelne Kassen bedeuten; Ziel ist vielmehr ein Nebeneinander von Kassenarten und Kassenträgern in einem noch zu definierenden Wettbewerbsverhältnis.
- Ebenfalls nicht absolut verstanden werden soll die Entscheidung zugunsten des Sachleistungsprinzips. Im Rahmen des Modells wird unter Sachleistungsprinzip primär die Verpflichtung der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten verstanden, für eine ausreichende und adäquate Versorgung zu sorgen. Zudem soll es in Einzelbereichen möglich sein, mit dem Kostenerstattungssystem zu arbeiten.

Der Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit« liegt die Überzeugung zugrunde, daß es bei sorgfältiger und *zurückhaltender Interpretation des Solidarprinzips* möglich sei, *dezentrale marktwirtschaftliche Steuerungselemente* mit einem sozialen Krankenversicherungssystem zu vereinbaren. In diesem Sinne besteht das Hauptanliegen dieses Modells darin, die Verantwortung für Niveau und Struktur der Gesundheitsausgaben vermehrt in die individuelle Entscheidung der Versicherten zu legen. Anstelle des Staates oder der Selbstverwaltungsorgane sollen die Versicherten mit ihrer *Zahlungsbereitschaft* über *Umfang und Struktur medizinischer Leistungen* bestimmen. Dies soll jedoch nicht bedeuten, daß mangelnde Zahlungsfähigkeit von der Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen abhält. Vielmehr gehe es darum, Kostenunterschiede von Alternativen (Zusatzkosten eines Wahlentscheides) für den Entscheidungsträger in geeigneter Form monetär fühlbar zu machen.

Um dies zu erreichen, soll den GKV-Kassen gestattet werden, ihren Mitgliedern *verschiedene Leistungsoptionen mit je unterschiedlichen Beitragsverpflichtungen* zur Wahl anzubieten. Dabei wird konkret vorgeschlagen, die heute gesetzlich umschriebene Volldeckung als Ausgangsbasis zu benutzen und den Versicherten das Recht einzuräumen, gegen entsprechende Beitragsermäßigungen auf einzelne Leistungen zu verzichten. Nach Meinung der Befürworter hätte dies zum einen den Vorteil, daß niemand auf eine Volldeckung verzichten müßte und es zum anderen den Versicherten überlassen bleibe, durch verantwortungsbewußte Entscheidungen darüber zu befinden, auf welche Leistungen im Rahmen der GKV verzichtet werden könne.

In entsprechender Weise sollen sich die Versicherten nach diesen Vorstellungen gegen entsprechende Beitragsvorteile für unterschiedliche finanzielle Beschränkungen in Form von *Selbstbeteiligungsregelungen* entscheiden können. Gedacht wird auch daran, den Versichertern *Wahlmöglichkeiten* zugunsten eines eingeschränkten Anbieterkreises zu eröffnen.

4. Einwände gegen marktwirtschaftliche Reformoptionen

Ihrem Stellenwert in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung der letzten Jahre entsprechend haben die marktwirtschaftlich orientierten Reformvorschläge eine ebenso umfangreiche wie engagierte Kritik hervorgerufen. Den Kern der Einwände gegen die Marktkonzeptionen bilden dabei zum einen Argumente, mit denen der Nachweis geführt werden soll, daß der Gesundheitsbereich für eine *marktmäßige Organisation und Steuerung ungeeignet* ist *(Konzept des Marktversagens)*, zum anderen Argumente, die verdeutlichen sollen, daß eine Marktlösung in zentralem *Widerspruch zu elementaren sozialen Grundentscheidungen* der Gesellschaft der Bundesrepublik stehen würde.

4. 1 Prinzipielle Argumente gegen Marktkonzepte

4. 1. 1 Unterschiede im Grundverständnis von Gesundheit

In gewisser Weise sind sich Verfechter wie Kritiker einer marktwirtschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens darin einig, daß je nachdem, wie Gesundheit definiert und daraus unterschiedliche Zielfunktionen für die Betätigung im Gesundheitswesen abgeleitet werden, bereits Vorentscheidungen darüber fallen, welche Alternativen zur Strukturierung und Organisation des Gesamtsystems der gesundheitlichen Versorgung überhaupt zur Disposition stehen. Anders ausgedrückt präjudiziert das jeweilige *Verständnis von Gesundheit* auch die Suche nach adäquaten Lösungskonzepten (vgl. EICHHORN, in: GÄFGEN/LAMPERT 1982, S.350). So besteht z. B. weitgehende Übereinstimmung, daß die Definition der WHO, wonach Gesundheit der Zustand völligen biologischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ist, als *Zielfunktion eines marktwirtschaftlichen Lenkungskonzeptes* kaum verwendbar ist (vgl. METZE 1982 a, S.334).

Für Marktwirtschaftler ist dagegen Gesundheit vor allem die Fähigkeit eines Menschen, Unwohlsein zu bewältigen. Entsprechend hat für sie Gesundheitspolitik eher einen *subsidiären Charakter*, geht es ihnen primär darum, das »Streben der Menschen nach Gesundheit zu stärken und zu unterstützen« (METZE 1982 a, S.334). Dem steht die *These der Markt-Gegner* im Gesundheitswesen gegenüber, daß in entscheidenden Bereichen des Gesundheitswesens Paternalismus unausweichlich ist, d.h. ob man will oder nicht *Menschen zum Objekt der Gesundheitspolitik* werden (vgl. THIEMEYER 1986).

Im Gegensatz zu den Marktwirtschaftlern, für die mit gewissen Einschränkungen Gesundheit im Prinzip wenigstens ein Gut wie jedes andere ist (vgl. OBERENDER 1985, S.20), vertreten die Kritiker überwiegend die Meinung, daß es sich bei *Gesundheitsgütern um besondere Güter* handelt, »die sich durch gesellschaftliche, aber auch konkret-individuelle Umstände der Nachfrage und des Verbrauchs grundsätzlich von anderen Gütern, wie z. B. Kühlschränken und Autos, unterscheiden« (THIEMEYER 1988, S.12).

4. 1. 2 Marktversagen als Ablehnungsgrund

Eine wesentliche Rolle in der Auseinandersetzung mit den Forderungen nach mehr Markt im Gesundheitswesen spielt die *Theorie des Marktversagens* (vgl. METZE 1982 b, S.63 f.; SCHULENBURG 1985, S.334; EISEN 1983, S.108). Diese faßt Argumente zusammen, die es als begründet erscheinen lassen, von der Anwendung einer marktwirtschaftlichen Ordnung im Gesundheitswesen Abstand zu nehmen, da eine *Marktallokation im wohlfahrtsökonomischen Sinne versagen* würde. Im Gegensatz zu den auf Werturteilen oder Gerechtigkeitsvorstellungen basierenden Distributionsargumenten stellen die *Allokationsargumente* vor allem die von den Marktwirtschaftlern selbst genannten *Prämissen* scheinbar in Frage. Da ein Großteil der in diesem Zusammenhang vorgebrachten Argumente von den Verfechtern marktwirtschaftlicher Reformansätze durchaus akzeptiert wird, geht es auch darum, inwiefern die Auffassung der Marktökonomen zutrifft, daß wesentliche Phänomene, die zu einem Marktversagen führen, durch Installation geeigneter Maßnahmen aufgefangen werden können. Allerdings ist dabei auch anzumerken, daß es wohl nicht eine einzelne Besonderheit an sich ist, die gegen eine Marktallokation spricht, sondern das Zusammenwirken mehrerer Faktoren.[11]

4. 1. 2. 1 Besonderheiten des „Gutes" Gesundheit

Erste Probleme, das »Gut« Gesundheit Marktlösungen zu überlassen, bereitet nach Auffassung der Kritiker bereits die Tatsache, daß es bislang nicht gelungen ist, eine *allgemein akzeptierte und brauchbare Definition* des »Gutes« Gesundheit zu finden. Ein wesentlicher Grund hierfür besteht darin, daß sich Gesundheit nicht für jedermann allgemeingültig beschreiben läßt (vgl. SAEKEL 1985, S.177). Eine *genaue Leistungsmessung*, wie sie für das Funktionieren eines Marktsystems unabdingbar ist, wird aufgrund des klassischen Zurechnungsproblemes infolge des *Dienstleistungscharakters von Gesundheitsleistungen* und der *Nichtquantifizierbarkeit des Gutes Gesundheit* damit entscheidend behindert. Überwiegend sind lediglich qualitative Vergleiche und durch die Benutzung von Hilfsgrößen erst eine monetäre Bewertung medizinischer Leistungen möglich (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.132). Letzteres stellt allerdings bestenfalls eine unbefriedigende Hilfskonstruktion dar, die kaum geeignet ist, die *Voraussetzung marktwirtschaftlicher Tauschhandlungen* zu erfüllen, wonach es erforderlich ist, daß eine intersubjektiv nachvollziehbare Einigung darüber erzielt wird, wann eine *Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung* besteht (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.132).

Als weiterer wesentlicher Hinderungsgrund für die richtige Berechnung eines Preis-Leistungsverhältnisses wirkt die *spezifische Art der Nachfrage im Gesundheitsbereich.* In der Regel fragen die Patienten die Heilung oder Linderung von Leiden (Primäroutput) nach; erst in einem zweiten Schritt wird diese unspezifische Nachfrage durch den medizinischen Fachmann in eine spezifische Nachfrage transformiert, indem dieser die notwendige Therapie festlegt (und damit die Sekundärleistungen), die zur Erreichung des Primäroutputs erforderlich ist. Hierbei kommt hinzu, daß

11) Es ist anzumerken, daß das Konzept des Marktversagens nicht unumstritten ist; für THIEMEYER z.B. ist die Rede vom »Marktversagen« kaum akzeptabel. Nach seiner Ansicht versagt der Markt überhaupt nicht. »Der Marktpreis würde bei der Verteilung der Gesundheitsgüter nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit sogar in ganz hervorragender Weise eine Selektionsfunktion ausüben: Wer nicht zahlen kann, bekommt nichts.« (THIEMEYER 1988, S.16). Kritisiert wird dieses Konzept aber auch von den sog. »reinen« Marktwirtschaftlern wie z.B. M. FRIEDMAN; diese stellen dem Konzept des Marktversagens das des »Staatsversagens« gegenüber (vgl. M. FRIEDMAN/R. FRIEDMAN 1981, S.23).

Gesundheit infolge der Unterschiedlichkeit der Patientenprobleme und der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten kein homogenes, sondern ein *extrem heterogenes Gut* darstellt (vgl. SAEKEL 1985, S.177).

Gegen eine *Übertragung des klassischen Angebot-Nachfrage-Schemas* auf das Gesundheitswesen spricht ferner, daß von bestimmten Ausnahmen abgesehen (z. B. jene Fälle, in denen medizinische Erfordernisse, ästhetische Aspekte sowie Gesichtspunkte des Wohlbefindens ineinander übergehen) »Gesundheit« kein Gut ist, von dem je nach Höhe des Preises mehr oder weniger nachgefragt wird (vgl. SAEKEL 1985, S.177). Entsprechend gilt es als äußerst fragwürdig, der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen die Funktion einer »Bedürfnisbefriedigung« zuzuschreiben.

Ein anderer Aspekt, der gegen ein Mehr an Marktwirtschaft im Gesundheitswesen angebracht wird, ist die Überzeugung, daß es sich bei *Gesundheit nur begrenzt* um ein *Privatgut* handelt, in weiten Bereichen dagegen *meritorische Überlegungen* zum Tragen kommen. Begründet wird diese Ansicht damit, daß einerseits beim Konsum *zahlreiche Externalitäten* auftreten und andererseits das *Ausschlußprinzip* in vielen Fällen nicht angewandt werden kann. Akzeptiert man, daß dem »Gut« Gesundheit in erheblichem Umfang *Kollektivguteigenschaften* zuzuordnen sind, wird ein wesentliches Ingredienz der Markttransaktion, nämlich die explizite Wahl der Konsumenten und die damit verbundene Offenbarung ihrer wahren Präferenzen, ernsthaft in Frage gestellt (vgl. EISEN 1983, S.108).

In der Tat spricht für die Kritiker marktwirtschaftlicher Ansätze einiges dafür, daß die Entscheidungen der Menschen im Gesundheitsbereich oft irrational sind, sich die Menschen durch ihr Verhalten mitunter selbst schädigen und es erforderlich wird, daß Dritte sowohl zum Vorteil des einzelnen Individuums, aber auch zum Nutzen der Gesamtgesellschaft korrigierend in den Entscheidungsprozeß eingreifen. *Irrational* bzw. verzerrt sind die *Präferenzen* der Menschen, wenn sie z. B. nicht an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen oder Impfmaßnahmen teilnehmen, wenn sie aufgrund eines beschränkten Zeithorizonts sich nicht gegen finanzielle Risiken von Krankheiten absichern oder sonstigen Konsum ungeachtet möglicher Krankheitsfolgen gegenüber der medizinischen Behandlung präferieren. Darin noch nicht enthalten sind jene Fälle, wie etwa bei geistig Behinderten oder bei (bewußtlosen) Notfallpatienten, bei denen die Gesellschaft ohnehin gezwungen ist, dem Einzelnen die Entscheidung abzunehmen.

Zwar besteht grundsätzlich die Möglichkeit und wäre in einem reinen Marktmodell wohl auch so, daß die mündigen, freien und souverän entscheidenden Individuen die Folgen ihres Fehlverhaltens allein zu tragen hätten (d. h. im Einzelfall dieses sogar mit dem Leben bezahlen müßten). In der Realität ist diese gesellschaftliche Verhaltensreaktion insofern jedoch nicht praktizierbar, als es mit den *grundsätzlichen Wertvorstellungen* dieser Gesellschaft unvereinbar wäre, einem Kranken und damit Hilfebedürftigen die medizinische Behandlung mit dem Hinweis zu versagen, daß er es versäumt habe, rechtzeitig finanzielle Vorsorge für den Krankheitsfall zu treffen.

Bei alledem kommt hinzu, daß *individuelles Fehlverhalten* keineswegs nur den Einzelnen gefährdet oder belastet. Vielmehr treten bei Entscheidungen über den *Konsum von Gesundheitsgütern vielfältige externe Effekte* auf, d. h. es gibt eine Reihe von Situationen, in denen der soziale den privaten Nutzen übersteigt. Charakteristisch für Externalitäten ist, daß Dritte Erträge erhalten bzw. Verluste erleiden, ohne darauf einen direkten Einfluß zu haben. Im Gesundheitsbereich ist dies beispielsweise bei ansteckenden Krankheiten der Fall, bei denen die Erträge der Immunisierung einer bestimmten Person zugleich anderen in der Gesellschaft zugute kommen, umgekehrt jedoch auch die anderen die externen Kosten einer Nichtimmunisierung zu tragen haben.

Entsprechende externe Effekte traten aber auch bei der medizinischen Ausbildung und medizinischen Forschung sowie der Vorhaltung von Kapazitäten für eine zufällig auftretende Nachfrage auf. Neben dem privaten Nutzen einen erheblichen sozialen Nutzen weisen zudem all jene Gesundheitsleistungen auf, durch die der Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung mit den daraus erwachsenden Vorteilen für die Volkswirtschaft sichergestellt wird. Demgegenüber treten für die Allgemeinheit erhebliche externe Kosten auf, wenn der ansonsten souveräne Konsument zu wenig finanzielle Vorsorge für den Krankheitsfall getroffen hat (z. B. allein schon durch die Fehleinschätzung des individuellen Risikos), die Gemeinschaft jedoch aufgrund ihrer Wertvorstellung im Krankheitsfall dennoch für ihn aufkommt.

4. 1. 2. 2 Probleme der Intransparenz

Mit einer marktwirtschaftlichen Lenkung ebenfalls kaum vereinbar ist die für das *Gesundheitswesen typische Intransparenz*, da dadurch die Entscheidungsmöglichkeiten des souveränen Konsumenten mangels ausreichender Informationsgrundlage in gravierender Weise beeinträchtigt werden. Dabei läßt sich die Forderung nach Transparenz im Gesundheitswesen ungeachtet aller flankierenden Maßnahmen und möglicherweise wirkender individueller Anreize nur schwer oder überhaupt nicht erfüllen (vgl. HERDER-DORNEICH 1982, S.24). Einer der vielen Gründe dafür ist u.a., daß der Patient primär den Wunsch hat, gesund zu werden, d.h. Gesundheit nachfragt, gleichzeitig jedoch über die Art und den Umfang medizinischer Leistungen, die zu seiner Wiederherstellung erforderlich sind, allenfalls vage Vorstellungen hat (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.130).

Im Widerspruch zu den *Erfordernissen rationaler Entscheidungen*, so die Argumentation der Kritiker, sei davon auszugehen, daß die Nachfrager weder in der Lage sind, das Gesundheitsangebot (z.B. die gängigen Behandlungsmethoden) zu überblicken, noch den jeweiligen Gesundheitswert kennen oder beurteilen können. Einiges spreche sogar dafür, daß noch nicht einmal der Arzt in allen Fällen über die Kosten verschiedener Produktions- (bzw. Behandlungs)methoden ausreichend informiert ist. Selbst wenn Anbieter und Patient versuchen würden, sich einen ausreichenden Informationsstand zu verschaffen, blieben Schwierigkeiten bestehen; zum einen können identische medizinische Leistungen bei verschiedenen Patienten unterschiedliche Wirkungen zeigen, zum anderen läßt sich *ex ante* oftmals nicht genau festlegen, welche Behandlungsmethode die richtige ist. Die daraus resultierende große Unsicherheit über die optimale Produktionstechnik sowie die Heterogenität des Produktangebots haben zur Folge, daß die Markttransparenz auf dem Markt für Gesundheitsleistungen erheblich eingeschränkt ist (vgl. SAEKEL 1985, S. 177; KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S. 131).

Den Bestrebungen der Marktwirtschaftler, Intransparenz und Informationsdefizite zu beseitigen, werden kaum Chan-

cen eingeräumt. Dem entgegen steht allein schon die *Dominanz des Arztes als dem Experten.* Medizinsoziologische Untersuchungen bekräftigen, daß »das Wissensgefälle zwischen dem medizinischen Experten und dem Laien sowie die Ohnmachtsgefühle des kranken Patienten dem Arzt zu einer dominierenden Stellung verhelfen« (vgl. REINERS 1987, S.93; mit Hinweisen auf: REDLER 1978; SIEGRIST 1977, S.168 ff). Unabhängig jeglicher Beurteilung sieht die Praxis so aus, daß Lizenz und Mandat dem Arzt ausschließliche Rechte bei der Definition von Krankheit zuweisen und der Arzt sein Gebiet in einer Weise beherrscht und beeinflußt, »die in keinem anderen Erwerbszweig ihresgleichen hat« (FREIDSON 1979, S.42).

Dabei kommt hinzu, daß die Schaffung von mehr Transparenz über ärztliche Behandlungsmethoden eine durchaus zweischneidige Forderung ist, die »für die Patienten möglicherweise mehr Nachteile als Vorteile mit sich bringt« (SAEKEL 1985, S.177). Abgesehen davon, daß die Schaffung auch nur eines mittleren Informationsniveaus beim Patienten durch die Vermittlung von medizinischen Fachkenntnissen mit hohen Kosten verbunden wäre, ist ein solcher Informationsstand äußerst kritisch zu beurteilen, da er »einerseits nicht ausreicht, die ärztlichen Leistungen angemessen zu beurteilen, andererseits aber leicht darauf hinauslaufen kann, das Vertrauensverhältnis zum Arzt zu gefährden« (HERDER-DORNEICH 1985, S.25).

4. 1. 2. 3 Vorherrschen des Uno-actu-Prinzips

Eine weitere Schwierigkeit für die Anwendung marktwirtschaftlicher Mechanismen sehen eine Reihe von Wissenschaftlern auch darin, daß in vielen Bereichen des Gesundheitswesens das *»Uno-actu-Prinzip«* gilt (vgl. HERDER-DORNEICH 1976, S.30; HERDER-DORNEICH 1983, S.237 ff.). Mit diesem Prinzip ist der Sachverhalt gemeint, daß »Produzent und Konsument bei der Erstellung von Dienstleistungen eng zusammenarbeiten müssen. Ärztliche Untersuchungen oder Pflegeleistungen einer Krankenschwester können nicht durchgeführt werden, wenn der Patient nicht mit zur Produktion des »Gutes« Gesundheit beiträgt. Produktion und Konsumption fallen zusammen« (HERDER-DORNEICH 1981, S.31).

Gesundheitsleistungen kennzeichnen sich zum einen durch ihre *Personenbezogenheit* (d.h. die Leistungen werden direkt an Personen erbracht), zum anderen durch *ihre immaterielle Form* (die Leistungserbringung setzt u. a. zwingend die Anwesenheit und Mitarbeit des Patienten voraus) (vgl. BADURA/GROSS 1976). Diese unmittelbare Verbundenheit von Angebot und Nachfrage erfordert eine enge Interaktion und Kooperation, bedingt ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und setzt eine *aktive Patientenmitwirkung* voraus (vgl. SCHARF 1986, S.581; SAEKEL 1985, S.177). Umgekehrt besteht dadurch für die Anbieter tendenziell die Möglichkeit, »die Nachfrage in erheblichem Maße zu bestimmen« (HERDER-DORNEICH 1984, S.8).

Insgesamt sind dies sämtlich Eigenschaften, die dem Markt *prinzipielle Grenzen* bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen setzen, zumal sich »der Interaktions- und Kommunikationscharakter der Leistungserbringung ... naturgemäß nicht als Tauschbeziehung wettbewerbsmäßig organisieren« (SCHARF 1986, S.581) läßt. Darüber hinaus macht es die Notwendigkeit des Zusammenwirkens von Anbietern und Nachfragern außerordentlich schwer, genau abzugrenzen, »welcher Teil der Leistung (= Heilung des Patienten) der Tätigkeit des Krankenhauspersonals (bzw. allgemeiner des medizinischen Personals, Anm.d.V.) und welcher Teil der Eigenleistung (oder den Selbstheilungskräften der Natur) zuzurechnen ist« (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.132).

4. 1. 2. 4 Heterogenität von Gesundheitsgütern

Eng mit der eben beschriebenen Dienstleistungseigenschaft von Gesundheitsgütern zusammen hängt ein weiteres Charakteristikum von Gesundheitsleistungen, welches zentrale Prämissen marktwirtschaftlicher Allokation verletzt: die *Inhomogenität von Gütern und Leistungen.* Homogenität der Güter, wie sie das Marktsystem verlangt, beinhaltet das *Fehlen von Präferenzen*, insbesondere persönlicher, zeitlicher und räumlicher Art (vgl. HERDER-DORNEICH 1985, S.25). Genau dies, wird argumentiert, wird im Gesundheitswesen in den allerwenigsten Fällen erfüllt. Allein schon das notwendige *besondere Arzt-Patient-Verhältnis* bedingt persönliche Präferenzen und damit auch eine Heterogenität der Leistungen. Desgleichen existieren räumliche und zeitliche Präferenzen; erstere ergeben sich dadurch, daß der Patient sich in der Regel einen Arzt in seinem näheren Wohnbereich auswählen wird, damit dieser für ihn möglichst günstig erreichbar ist und umgekehrt dieser ggf. auch zu Hausbesuchen bereit ist. Zeitliche Präferenzen entstehen dadurch, daß die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen vielfach eine Aufschiebung nicht duldet.

4. 1. 2. 5 Krankheit als unkalkulierbares Risiko

Bisweilen wird auch argumentiert, daß sich die gesundheitliche Versorgung schon deshalb nicht marktmäßig organisieren lasse, weil niemand genau voraussehen könne, ob, wann und in welchem Umfang er Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen muß. Krankheit stellt ein für den einzelnen *nicht kalkulierbares und nicht vorhersehbares Risiko* dar. Für den einzelnen sind daher die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Schadenshöhe des individuellen Risikos unbekannt.[12]

Da vor diesem Hintergrund eine individuelle Vorsorge kaum in Betracht kommt, bleibt nur die *Vorsorge im Kollektiv* (d.h. durch eine Versicherung bzw. durch den Staat), wo der einzelne nurmehr für die durchschnittlichen Kosten des Risikofalles vorsorgen muß, da die Risiken aller Mitglieder des Kollektivs gemischt werden. Der hierfür notwendige Ausgleich zwischen sog. »schlechten« und sog. »guten« Risiken, so der zentrale Einwand, läßt sich jedoch auf einem durch freien Wettbewerb gekennzeichneten Versicherungsmarkt nicht realisieren bzw. würde unter Wohlfahrtsgesichtspunkten zu ineffizienten Lösungen führen. Begründet wird diese These damit, daß in einem Marktsystem mit risikoäquivalenten Beiträgen die Versicherungen letztlich nur die »guten« Risiken versichern, die »schlechten« Risiken durch extrem hohe Prämien aber abschrecken würden. Damit käme es nicht zu dem erforderlichen Risikoausgleich, sondern zu

12) Dieses Problem war der zentrale Gegenstand einer in den 60er Jahren u.a. unter amerikanischen Ökonomen geführten Kontroverse, in deren Mittelunkt das »Unsicherheitsargument« von Kenneth J. ARROW stand. Ausgangspunkt seiner Argumentation bildete der Hinweis auf zwei Risiken: »The special economic problems of medical care can be explained as adaptions to the existence of uncertainty in the evidence of disease and the efficacy of treatment.« (S.177). Dabei kommt es in seiner Analyse zu der Feststellung: »The nonexistance of suitable insurance policies for either risk implies a loss of welfare« und folgert schließlich, »that the government should undertake insurance in those cases where the market, for whatever reason, has failed to emerge.« (S.199) ARROW, 1963, S.941-973; widersprochen wurde der Argumentation von Arrow u.a. durch LEES/RICE, 1965, S.140-154.

einer *negativen Selektion der »schlechten« Riskien (vgl. weitere Einzelheiten bei den Einwänden gegen Wahltarife).*

4.1.2.6 Anbieterdominanz im Gesundheitswesen

Den vielleicht schwerwiegendsten Einwand gegen eine marktmäßige Organisation der Gesundheitsversorgung bildet der Hinweis auf die im *Gesundheitssektor vorherrschende Anbieterdominanz.* Für deren Existenz werden von den Marktgegnern eine Vielzahl von Argumenten und Hinweisen angeführt.

Für die *These einer Anbieterdeterminiertheit* spricht demnach, daß im Bereich der medizinischen Behandlung eine Unabhängigkeit der Nachfrage vom Anbieter (Arzt und Krankenhaus) »nicht nur nicht möglich, sondern auch nicht wünschenswert« (HERDER-DORNEICH 1981, S.31) ist, und erst die Ärzte die *undifferenzierte Primärnachfrage* des Patienten nach Heilung und Erhaltung der Gesundheit in die *Sekundärnachfrage* nach differenzierten Gesundheitsgütern übertragen (vgl. PFAFF 1984, S.14). Der Verweis auf die *fachliche Kompetenz der Ärzte* ist sicherlich eines der gewichtigsten Argumente für die Angebotsdominanz. Das medizinische Fachpersonal hat die Verantwortung für die Beurteilung der Krankheitssymptome und die daraus zu ziehenden therapeutischen Schlußfolgerungen (vgl. REINERS 1987, S.95).

Ein Indiz für eine Angebotsdeterminiertheit wird ferner darin gesehen, daß für Mediziner die Möglichkeit besteht, durch Einsatz ihrer (kollektiven) *Monopolmacht Preisdiskriminierung* zur Maximierung ihres Einkommens einzusetzen (vgl. KESSEL 1958, S.20 ff.). Die Beziehung zwischen *Anbietereinkommen* und anbieter-induzierter Nachfrage stellt quasi ein »externes moralisches Risiko« dar; dabei wird eine Situation erzeugt, »in der ein hoher Grad an Preisdiskriminierung wirksam wird und in der die Zahlungsbereitschaft der Patienten, unabhängig vom tatsächlichen Krankheitsumfang, zusätzliche Ausgaben für medizinische Versorgung generiert. Folglich bezahlen die Patienten mehr für die Behandlung als notwendig ist, weil der Arzt ein Wissensmonmopol besitzt und die Behandlungsprozesse nicht teilbar sind« (EISEN 1983, S.110). Tatsächlich liegen *empirische Beweise* vor, daß in Gesellschaften, in denen die Kosten der Krankenbehandlung nicht durch Dritte getragen werden, Ärzte dazu tendieren, die Honorarhöhe je nach den Einkommensverhältnissen der Patienten zu variieren (vgl. SCHULENBURG 1981, S.129 ff.).

4.1.2.7 Fehlende Konsumentensouveränität

Als wesentliches Merkmal marktwirtschaftlicher Ordnungen gilt die Freiheit des Konsumenten (Konsumentensouveränität), gemäß seinen individuellen Präferenzen Nachfrageentscheidungen zu treffen. In Anbetracht der vielfältigen *Besonderheiten des Gesundheitsbereichs,* wird nachhaltig bezweifelt, daß in der Wirklichkeit diese *Konsumentensouveränität* realisiert werden kann. Allein schon der Nachweis, daß die Anbieter der Gesundheitsgüter zugleich die »Produzenten der Nachfrage« sind, läßt es als illusionär erscheinen, von einer Konsumentensouveränität auszugehen (vgl. PFAFF 1987, S.299).

Darüber hinaus ist die Konsumentensouveränität schon deshalb essentiell eingeschränkt, weil wegen des nötigen Fachwissens die weitgehende Steuerung der Inanspruchnahme durch die Ärzte als unabdingbar anzusehen ist. Ferner ist davon auszugehen, daß in irgendeiner Weise gesundheitlich beeinträchtigte Konsumenten in ihren Entscheidungen nicht wirklich frei sind. Dies ist nicht nur evident bei Schwerverletzten, Bewußtlosen und psychisch Gestörten; auch für die allermeisten übrigen Fälle gesundheitlicher Störungen ist anzunehmen, daß sich kranke Menschen im allgemeinen anders verhalten als Gesunde (vgl. THIEMEYER 1986, S.99). Im Regelfall »ist der Patient...Hilfesuchender und nicht kritischer Kunde, der alle Entscheidungen« von Ärzten und Krankenhauspersonal »hinsichtlich ihres Nutzens für ihn als Patient überprüft«. Insbesondere gilt es als wahrscheinlich, daß ein Linderung bzw. Heilung suchender Patient nicht um den Preis medizinischer Leistungen verhandeln wird, wie Nachfrager anderer Dienstleistungen (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.130).

4.1.2.8 Existenz unvollkommener Märkte

In Anbetracht dessen, daß die für das Funktionieren des Marktmodells erforderlichen Bedingungen bei Gesundheitsgütern fast ausnahmslos verletzt werden, führt die Einführung von Marktmechanismen im Gesundheitswesen bestenfalls zur *Entstehung von unvollkommenen Märkten,* die u.a. dadurch gekennzeichnet sind, »daß unterschiedliche Preise der einzelnen Anbieter bzw. Nachfrager möglich« (OTT 1979, S.34 f.) werden. Für das Gesundheitswesen bestünde die Gefahr, daß bei einer Verstärkung der Marktsteuerung *umfangreiche Preisdiskriminierungen und -differenzierungen* wahrscheinlich würden (vgl. PFAFF 1987, S.299). Bedingt durch die in ihrer fachlichen Expertise, in ihrer sozialen Vertrauensposition gegenüber dem Patienten sowie im Grad ihrer Verbandsorganisation begründeten starken Stellung der Anbieter bestehen zudem alle Voraussetzungen dafür, daß sich *monopolistische* bzw. *oligopolistische Machtstrukturen* herausbilden oder verstärken und damit die vom Marktwettbewerb erwarteten Vorteile wohl kaum zu realisieren wären (vgl. PFAFF 1987, S.299).

4.1.3 Werthaltungen und sozialpolitische Erwägungen

Für viele Kritiker von Marktlösungen im Gesundheitswesen noch entscheidender als die theoretischen und empirischen Argumente gegen ein Funktionieren solcher Systeme, sind trotz ihrer normativen Grundlage, *Werthaltungen* und bestimmte *Grundprinzipien des bestehenden Sozialsystems.* Sie sehen darin essentielle gesellschaftliche Grundentscheidungen, die für sie nicht zur Disposition stehen, auch dann nicht, wenn alternative Allokationsmechanismen sich möglicherweise als ökonomisch effizienter erweisen sollten.

4.1.3.1 Grundentscheidung zugunsten des Bedarfsprinzips

Die wohl wesentlichste Grundentscheidung, um die es in diesem Kontext geht, bildet die Überzeugung, daß im *Bedarfsfall* jeder Mensch Anspruch auf die notwendige Versorgung mit Gesundheitsgütern haben soll, unabhängig von etwaigen finanziellen Vorleistungen, von seiner Zahlungsfähigkeit oder Zahlungswilligkeit (vgl. THIEMEYER 1988, S.18). Dieses sog. *Bedarfsprinzip* würde in einem Marktsystem außer Kraft gesetzt, da auf einem funktionierenden Markt ein Teil des Bedarfs ungedeckt bliebe (*Marktausschlußfunktion*) und zwar entweder, weil der Preis unter den Grenzkosten liegt oder weil bei einem unter Nutzenaspekten durchaus als angemessen erachteten Marktpreis

die Nachfrager nicht über die erforderliche Kaufkraft verfügen (vgl. ROSENBERG 1986, S.127).

Akzeptiert man die christlich-humanitär begründete Vorentscheidung zugunsten des Bedarfsprinzips aber, kann die Marktausschließungsfunktion nicht mehr akzeptiert werden. Grundsätzlich kann niemand von der für notwendig und erforderlich gehaltenen Leistung ausgeschlossen werden, wobei das Bedarfsprinzip nicht nur für den »Ex-tremfall der Nicht-Versicherung (gelte), sondern im gesamten Sachleistungsbereich« (vgl. THIEMEYER 1988, S.18). Aufgrund der Besonderheiten im Gesundheitsbereich kann somit eine »normale« Marktbeziehung zwischen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen überhaupt nicht zustande kommen. Im übrigen wird betont, daß die Einschränkung des Marktausschlußprinzips bewußt gewollt und einkalkuliert sei und es gerade gewünscht werde, daß die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mengenmäßig über das in einem reinen Marktmodell vorstellbare Maß hinausgeht (vgl. ROSENBERG 1986, S.128).

Zusammenfassend gilt für die Kritiker von Marktmodellen im Gesundheitswesen, daß über den Bedarf an Gesundheitsleistungen in keinem Fall der Markt entscheiden kann. Darüber, ob der mengenmäßige Verbrauch aufgrund der *atypischen Nachfragefunktion* über den medizinisch erforderlichen Bedarf hinausgehe, habe nicht die Ökonomie, sondern allein die Medizin zu entscheiden (vgl. ROSENBERG 1986, S.128). Im übrigen wird darauf verwiesen, daß die Gewährleistung einer angemessenen und zweckmäßigen medizinischen Versorgung aller Patienten ohne Rücksicht auf ihre soziale und ökonomische Stellung zu den konstitutiven Merkmalen eines auf die Solidargemeinschaft gegründeten Gesundheitswesens gehöre (BMA [Hrsg.] 1987, S.222).

4.1.3.2 Sozial ungleiche Versicherungschancen

In einem marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen besteht auch die Gefahr, daß sich die finanziell weniger leistungsfähigen Haushalte nicht in gleichem Umfang gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall absichern können wie finanziell Leistungsfähigere. Neben dieser durch primäre Armut begründeten *unzureichenden finanziellen Vorsorge* für den Krankheitsfall gilt es zudem als wahrscheinlich, daß zahlreiche Personen in einem Marktsystem einen unzureichenden Versicherungsschutz hätten, weil sie sich zu wenig um ihre Gesundheit kümmern oder einfach nicht das erforderliche Wissen bzw. die notwendige Informationsgrundlage dafür besitzen. Daß die Fähigkeit zu eigener Vorsorge mit der sozialen Stellung korreliert, dürfte ebenso offensichtlich sein wie die *Benachteiligung sozial Schwächerer*, die sozialisationsbedingt über geringere Fähigkeiten zu interaktivem Handeln verfügen.

4.1.3.3 Diskriminierung sozial schwacher Gruppen und schlechter Risiken

Die von den Marktwirtschaftlern geforderte Eliminierung des Solidarausgleichs aus dem GKV-System und die *Zuweisung der Umverteilungsaufgabe* (Transferfunktion) *an die öffentlichen Haushalte* ist zwar *a priori* nicht undenkbar, wäre jedoch mit ernsthaften sozialen Konsequenzen verbunden. Dem Vorschlag, durch staatliche Subventionierung Bedürftige in die Lage zu versetzen, risikoäquivalente Beiträge zu entrichten, wird vorgehalten, zumindest mittelbar zu einer *»Zwei-Klassen-Medizin«* zu führen. Nach Auffassung der Kritiker haben derartige staatliche Unterstützungszahlungen eine ähnliche Wirkung wie Sozialhilfeleistungen; de facto würde die Versichertengemeinschaft in zwei Klassen gespalten, nämlich in diejenige, die ihre Prämien selbst bezahlt und eine solche, die vom Staat unterstützt wird. Ebenfalls sei zu befürchten, daß die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen (z.B. Selbstbeteiligung, Wahltarife, Kostenerstattungsprinzip) die Leistungserbringer, d. h. primär die Ärzte – wenn auch ohne direkte Absicht – beeinflußt, die einzelnen Patienten je nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit unterschiedlich zu behandeln.

4.1.3.4 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Gesundheitspolitik

Entscheidend abgelehnt wird von den Gegnern marktwirtschaftlicher Lenkungsmechanismen eine an wirtschaftlichen Kriterien orientierte Risikoauswahl bei der Annahme von Behandlungsfällen. Eine Behandlung der Patienten durch Ärzte und Krankenhäuser unter besonderer Beachtung wirtschaftlicher Aspekte habe zur Folge, daß Anbieter von Gesundheitsleistungen besonders kostenwirksame Fälle eher ablehnen und kostengünstige Fälle eher annehmen werden. Dies führe nicht nur zu sozial untragbaren Zuständen, sondern habe gleichermaßen gesundheitspolitisch unerwünschte Konsequenzen (vgl. PFAFF 1984, S.18). In diesem Zusammenhang wird von Sozialpolitikern wie Medizinern nachdrücklich abgelehnt, die Behandlungsfreiheit durch ökonomische Vorgaben im Einzelfall einzuengen, wobei dies nicht nur für Handlungen gilt, die vom Arzt stellvertretend für Bewußtlose und Hilfsbedürftige übernommen und verantwortet werden, sondern gleichermaßen für die Annahme eines vom Patienten erteilten Behandlungsauftrages (vgl. BMA [Hrsg.] 1987, S. 223).

Auch wenn gesicherte Erkenntnisse über die *Wirksamkeit ökonomischer Hebel auf die Gesundheitspolitik* nicht vorliegen, sehen Kritiker plausible Gründe für die Vermutung, daß der Einsatz finanzieller Anreiz- und pretialer Lenkungssysteme eher gesundheitsschädigend denn gesundheitsförderlich ist. Die häufig von Marktökonomen vertretene These, daß der Vollversicherungsschutz auf Sachleistungsbasis im Krankheitsfall mitverantwortlich für beobachtbar ungesunde Lebensweisen sei, beruht nach Ansicht der Gegner „weder auf empirischer Evidenz noch auf theoretischer Plausibilität" (ROSENBROCK 1985, S.8). Entsprechend wird Versuchen, die für die Schaffung von gesundheitsgerechten Strukturen bzw. für gesundheitsgerechte Verhaltensbeeinflussung zu benutzenden bzw. zu gestattenden Instrumente auf marktwirtschaftliche Mechanismen zu reduzieren, kein nennenswerter Erfolg zugebilligt (vgl. ROSENBROCK 1988, S.8).

Die Kritiker sehen indessen nicht nur äußerst geringe Einflußmöglichkeiten marktwirtschaftlicher Konzepte, positiv auf den Gesundheitszustand einzuwirken, sie befürchten im Gegenteil davon sogar erhebliche negative Auswirkungen. Vorgeschlagene Leistungsausgrenzungen bzw. »Strafgebühren« beim Zugang zu professionellen Gesundheitsleistungen träfen vor allem unterprivilegierte Bevölkerungsschichten, die meist auch besonders große Gesundheitsprobleme hätten. „Diese Schichten werden durch die auch materielle Reindividualisierung des Gesundheitsrisikos vom Gesundheitssystem und damit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen insgesamt geradezu abgeschreckt. Die Möglichkei-

ten, diese Problemgruppen für präventive Strategien zu gewinnen, sinken. Selbstbeteiligung ist deshalb präventionsfeindlich." (ROSENBROCK 1987 b, S. 52)

4. 1. 3. 5 Schaffung regionaler Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung

Die gewachsene Struktur des Krankenversicherungssystems hat zu einer flächendeckenden Bereitstellung von Behandlungsmöglichkeiten geführt, durch welche die Versorgung sämtlicher Bürger in allen Regionen in weitgehend demselben Umfang und mit vergleichbarer Qualität gewährleistet ist. Dahinter steht ein faktischer Gewährleistungsauftrag der Gesellschaft insgesamt für die Bereitstellung und Vorhaltung von Gesundheitsgütern und -einrichtungen. Die erreichte Situation ist das Ergebnis eines gesellschaftspolitischen Gesamtwillens und einer bestimmten sozialen Grundauffassung.

Kritiker der »Mehr Markt«-Konzepte befürchten nun, daß sich dieser Zustand bei Einführung von marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten und einer Intensivierung des Wettbewerbs nicht aufrechterhalten läßt. Indem die Zahlungsfähigkeit der Nachfrager gesteigerte Bedeutung erlangt, bestehe die Gefahr, daß sich das Angebot einseitig an den mit Kaufkraft ausgestatteten Bedürfnissen orientiert. In bezug auf eine *flächendeckende Versorgung* könnte dies bedeuten, daß Gebiete mit hoher Kaufkraftdichte gut versorgt, Gebiete mit geringer Kaufkraft hingegen gar nicht oder unterversorgt werden. Eine regional ungleichmäßige Versorgung sei insbesondere für Krankenhausleistungen bei einer wettbewerbsorientierten Gesundheitsversorgung nicht auszuschließen (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.141).

4. 1. 4 Soziale Kosten und Stabilitätsargumente

Reformvorschläge können zwar vom tagespolitischen Geschehen abstrahieren und auf modelltheoretischen Überlegungen basieren, sobald es jedoch um die *Frage ihrer Implementation* geht, können die institutionellen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, die durch die bestehenden Verhältnisse determiniert werden, nicht gänzlich außer acht gelassen werden. Insofern sind bei einer einschneidenden Umstrukturierung eines sozialen Sicherungssystems (und dies würde beim Übergang zu einer Marktsteuerung zweifellos erfolgen), immer auch die politischen und sozialen Kosten einer derartigen Veränderung zu berücksichtigen.

Kritiker von Marktlösungen verweisen daher darauf, daß die historisch gewachsene gesetzliche Krankenversicherung in ihrer heutigen Form einen wichtigen Pfeiler des sozialen Sicherungssystems darstelle, das insgesamt einen bedeutenden Beitrag zur Sicherung des sozialen Friedens in der Bundesrepublik geleistet habe und weiterhin leistet. Hiervon ausgehend ist man der Auffassung, daß eine völlige Umstrukturierung der GKV zweifellos eine Verschärfung der politischen und sozialen Auseinandersetzungen zur Folge hätte, deren soziale Kosten den Nutzen bei weitem übertreffen würde, der durch eine unter Umständen zu erwartende Verbesserung der Effizienz der Gesundheitsversorgung entstehen könnte (vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG 1987, S.139).

4. 2 Einwände gegen spezifische Reformvorschläge

4. 2. 1 Argumente gegen Selbstbeteiligungsregelungen

4. 2. 1. 1 Unsicherheiten über die ökonomische Wirkungsweise

Verläßt man den Bereich modelltheoretischer Überlegungen, wird selbst von den Befürwortern von Selbstbeteiligungsregelungen eingeräumt, daß die *ökonomische Wirkungsintensität und -richtung* angesichts der Komplexität der Realität sowie der vielfältigen Interdependenzen nicht völlig eindeutig vorhergesagt werden kann. Ebensowenig wird umgekehrt von den Kritikern der Selbstbeteiligung bestritten, daß zumindest modelltheoretisch die Einführung einer Selbstbeteiligung ausgabendämpfend und damit u. U. beitragssenkend wirken kann. Erhebliche Zweifel werden allerdings angemeldet, ob die Nachfragesenkung wirklich zu einer Ausgabensenkung und schließlich zu einer Beitragssenkung führt, die den Versicherten zugute kommt (vgl. HERDER-DORNEICH 1984, S.7).

Bestärkt wird diese Haltung der Gegner von Selbstbeteiligungsregelungen dadurch, daß die von den Befürwortern selbst genannten Voraussetzungen als überhaupt nicht oder doch nicht hinreichend genug erfüllbar angesehen werden.

Mehr als fraglich erscheint den Kritikern allein schon das Vorhandensein jener *preiselastischen Nachfrage*, die erforderlich ist, damit es überhaupt zu einer Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als Folge eines Selbstbehalts kommen kann. Ist die Nachfrage nämlich preisunelastisch, bewirkt die Einführung eines Selbstbehalts gleich welcher Höhe gemäß der marktwirtschaftlichen Nachfragetheorie keinerlei Nachfrageveränderung. Für die Wirksamkeit entscheidend ist mithin die *Preiselastizität der Nachfrage*. Hierzu vertreten die Kritiker jedoch die Ansicht, daß der *Bedarf nach Gesundheitsleistungen* in wesentlichen Bereichen wenigstens unabweislich und auch unaufschiebbar ist (vgl. HERDER-DORNEICH 1984, S.8).

4. 2. 1. 2 Angebotsreaktionen auf Selbstbeteiligungen

Selbst wenn man davon ausgeht, daß eine Selbstbeteiligung zu einem Rückgang der Nachfrage führt, ist keineswegs automatisch sichergestellt, daß dies auch zu einer Senkung der Gesamtausgaben führt. Auch wenn nur wenige und überdies höchst unterschiedlich interpretierbare empirische Belege vorliegen, sind aufgrund der für den Gesundheitssektor typischen *Anbieterdominanz* gegenläufige Effekte zumindest nicht gänzlich auszuschließen (vgl. GRIESEWELL 1977; PFAFF 1986). So kann es durchaus zu »perversen Steuerungseffekten« der Selbstbeteiligung kommen, wenn die „Anbieter in der (durch Selbstbeteiligung bewirkten) kurzfristigen Entlastung der GKV-Haushalte ein Signal für mehr finanzielle Freiräume sehen, die es über Mengenausweitung (bzw. über Preiserhöhungen) auszuschöpfen gilt" (PFAFF 1985, S.273). Es ist keineswegs unmöglich, daß bei steigenden Preisen sich die Ausgaben trotz zurückgehender Mengen sogar noch erhöhen (vgl. HERDER-DORNEICH 1984, S.7). Von den meisten Selbstbeteiligungs-Gegnern wird dann auch tatsächlich erwartet, daß die Anbieter ihre möglicherweise mit Selbstbeteiligungsregelungen verbundenen Einkommensausfälle über *Mengenausweitungen* (z. B. durch Erhöhung der Fallzahlen) oder *Preissteigerungen* im allgemeinen kompensieren oder gar überkompensieren können (vgl. PFAFF 1986, S.273).

4.2.1.3 Auswirkungen bei der gegebenen Ausgabenstruktur

Die derzeitige *personale Ausgabenstruktur* in der gesetzlichen Krankenversicherung läßt es als höchst unwahrscheinlich erscheinen, daß eine Selbstbeteiligungsregelung installiert werden kann, die ökonomisch wirksam und zugleich noch »sozial verträglich« ist (vgl. BERG 1986, S.79 ff.; SAEKEL 1985, S.178). Diese Aussage stützt sich auf die Tatsache, daß sich die Leistungsausgaben extrem ungleich auf die Versicherten verteilen; nach Berechnungen des WIdO verursachen jeweils 1 % der Versicherten, 39% der Zahnersatzkosten 12 % der Arzneimittelausgaben, 27 % der Heil- und Hilfsmittel- und 39 % der stationären Behandlungskosten (vgl. BERG 1986, S.91). Dabei kommt verstärkend noch hinzu, daß ein wesentlicher Teil der erhöhten Ausgaben auf Gruppen von Versicherten entfällt, die nicht zu den Leistungsfähigsten zählen (z. B. chronisch Kranke, ältere Menschen, Rentner, Bezieher niedriger Einkommen). Will man in diesen Fällen *soziale Härten* vermeiden, muß die Selbstbeteiligung entweder insgesamt äußerst niedrig angesetzt oder aber ein größerer Teil (und zwar jener mit den relativ höchsten Leistungsausgaben) von der Selbstbeteiligung ausgenommen werden. Beides führt im Ergebnis dazu, daß die Steuerungswirkung erheblich reduziert und somit der erwartete Kostendämpfungseffekt kaum mehr feststellbar wird (vgl. PFAFF 1986, S. 112; H. SCHMIDT 1987, S. 16).

4.2.1.4 Steigende Verwaltungskosten

Unter ökonomischen Gesichtspunkten zu beachten ist auch der Einwand, daß die Einführung einer Selbstbeteiligung u. U. zu einer *Erhöhung der Verwaltungskosten* führt. Als durchaus realistisch gilt dies insbesondere bei Selbstbeteiligungsmodellen, die durch *Härtefallregelungen* größeren Ausmaßes erst sozial tragbar gemacht werden müßten (vgl. SCHMEINCK 1986, S.121). In diesen Fällen stünden einem erheblichen Verwaltungsaufwand, etwa zur Feststellung der sozialen Bedürftigkeit, nur *geringe Steuerungswirkungen* und Einsparungen der Kassen gegenüber (vgl. H. SCHMIDT 1987, S.16). Das Argument erheblicher Verwaltungskosten läßt auch die Einführung einkommensproportional gestaffelter Selbstbeteiligungsbeträge als kaum durchführbar erscheinen.

4.2.1.5 Gesundheitspolitische Bedenken

Die Prämisse der *gesundheitspolitischen Unbedenklichkeit*, deren Einhaltung in der Regel auch von den Befürwortern von Selbstbeteiligungsregelungen verlangt wird, ist nach Ansicht der Gegner ebenfalls kaum einzuhalten. So bestehe durchaus die Gefahr, daß die *Früherkennung von Krankheiten* verhindert bzw. Krankheiten verschleppt werden, mit der Folge nicht nur u. U. *bleibender Gesundheitsbeeinträchtigungen*, sondern auch aller Wahrscheinlichkeit nach *höheren Kosten* für die Krankenversicherungen (vgl. H. SCHMIDT 1987, S.16; HERDER-DORNEICH 1984, S.8). Befürchtet wird insbesondere, daß durch die Selbstbeteiligung die *Nachfrage nach wirksamen präventiven Gesundheitsleistungen*, die im langfristigen Interesse der Versicherten lägen, bei denen aber tendenziell eine hohe Preiselastizität bestehe, zurückgedrängt werden. Im übrigen zeigen erste empirische Befunde, daß eine Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich fast ausschließlich über die Verminderung der Erstkontakte beim Arzt wirksam wird, jedoch kaum Auswirkungen auf die konkreten Kosten einzelner Krankheitsfälle hat (vgl. SAEKEL 1985, S.179).

Gesundheits- und sozialpolitisch bedenklich gilt ferner die Möglichkeit, daß durch Selbstbeteiligung finanzielle Schwellen errichtet werden, die gerade die *einkommensschwachen Bevölkerungskreise* davon abhalten könnten, den Arzt aufzusuchen. Anstatt nach wie vor bestehende *schichtenspezifische Barrieren beim Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem* abzubauen zu versuchen, würde die Einführung einer Selbstbeteiligung sogar noch deren Verstärkung bedeuten.

4.2.1.6 Soziale Unverträglichkeit

Entschieden widersprochen wird der Argumentation der Marktwirtschaftler, wonach es möglich sei, die Selbstbeteiligung *sozial verträglich* zu gestalten. Nach Ansicht der Kritiker ist es ausgeschlossen, die Zielsetzungen ökonomische Wirksamkeit und soziale Verträglichkeit gleichzeitig zu realisieren (vgl. PFAFF 1986, S.275 f.). Die Alternative sei, entweder die Selbstbeteiligung so zu gestalten, daß sie wirksam sei, d. h. zu einer spürbaren Entlastung der Versicherten führe, dann aber – gemessen an ihren *Verteilungswirkungen* – »unsozial« wäre oder sie aber durch einkommensbezogene Begrenzungen »sozial tragbar« zu machen, wobei sie dann jedoch keine nennenswerten Steuerungs- bzw. Entlastungseffekte mehr hätte (vgl. PFAFF 1986, S.112; SCHMEINCK 1986, S.121).

4.2.1.7 Politisch-pragmatische Einwände

Akzeptiert man grundsätzlich, daß eine Reduktion des Leistungsumfanges sowohl mittels *angebots-* wie *nachfrageseitig orientierten Steuerungsstrategien* erreicht werden kann, ist nach Ansicht der Kritiker von Selbstbeteiligungsregelungen zu beachten, daß „eine Zurückdrängung der Nachfrage (...) durchaus vom Angebot wettgemacht werden kann (es wird eine neue Nachfrage induziert), so daß die Gesamtausgaben wie zuvor bleiben" (HERDER-DORNEICH 1984, S.6). In Anbetracht dessen jedoch, daß die »Ausgabenexplosion« primär von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluß des Patienten nur begrenzt zugänglich sind, sei es falsch, *Kostendämpfungsstrategien bei den Versicherten* anzusetzen (vgl. GEISSLER 1980, S.55).

Nicht zuletzt unter *politisch-pragmatischen Gesichtspunkten* meinen Kritiker daher, sei die *Angebotssteuerung* einer *Nachfragesteuerung* vorzuziehen; während letztere viele negativ betreffe und ihr Erfolg unsicher bleibe, berühre der Druck auf die Anbieter vergleichsweise wenige und erweise sich zudem ergebnissicher (vgl. HERDER-DORNEICH 1984, S.6). Einige vermuten zudem, daß hinter Forderungen nach Einführung der Selbstbeteiligung vor allem *Interessenstandpunkte* stünden, zumal derartige Regelungen dazu tendierten, Anbieter von Gesundheitsleistungen sowie Höherverdienende, Alleinstehende und Arbeitgeber zu begünstigen (vgl. HERDER-DORNEICH 1984, S.6). In der Tat ist kaum zu bestreiten, daß Selbstbeteiligungsregelungen stets mit *verteilungspolitischen Konsequenzen* verbunden sind und vor allem den Arbeitgebern eine nicht unwesentliche Entlastung bringen könnten (vgl. SAEKEL 1985, S.179). Die *Verlagerung von Finanzierungsteilen* von den Arbeitgebern auf die Arbeitnehmer, die durch die Selbstbeteiligung bewirkt würde, müßte damit unweigerlich auch die derzeitige *Strukturierung der Selbstverwaltung* tangieren (vgl. H. SCHMITZ 1988, S.17).[13]

13) In diesem Zusammenhang wird vor allem darauf verwiesen, daß eine derartige Entwicklung nicht ohne Einfluß auf die derzeitige,

4. 2. 2 Argumente gegen Wahltarife und Leistungsdifferenzierungen

Gegen Wahltarife wird vor allem eingewandt, daß mit ihnen die Gefahr einer *Entsolidarisierung* in der sozialen Krankenversicherung verbunden sei. Tatsächlich wird selbst von jenen, die einer Einführung von Wahltarifen durchaus positiv gegenüberstehen, eingeräumt, daß auf mehreren Ebenen Entsolidarisierungseffekte auftreten können. So kann es zu Entsolidarisierungen zum einen zwischen den Mitgliedern einer Kasse (kassenintern), zum anderen aber auch zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Kassen (kassenübergreifend) kommen. Entsolidarisierungseffekte entstehen u.a., wenn der Solidarbeitrag für den Vollversicherungsschutz gefährdet wird. Soll dies verhindert werden, darf der Solidarbeitrag nicht für Wahltarife zur Verfügung stehen. Weitgehender Konsens besteht daher darüber, daß Wahltarife, die den Solidarbeitrag reduzieren, in jedem Fall entsolidarisierend wirken (vgl. MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE 1988, S.6).

Ferner besteht die Möglichkeit, daß sich Versicherte, die trend- und/oder zufallsbedingte »gute« Risiken darstellen, zumindest bei ungeeigneter Kalkulation von Wahltarifen teilweise dem Solidarausgleich entziehen können. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn bei Wahltarifen der Solidarbeitrag niedriger ist als bei Vollversicherung (vgl. MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE 1988, S.6). Weiterhin ist eine Entsolidarisierung durch Wahltarife nicht nur im Bereich der einzelnen Kasse, sondern auch im Wettbewerb der Kassen bei Wahlfreiheit möglich. Dabei ist eine *kassenin-terne Entsolidarisierung* mit einer Reduzierung des Solidarausgleichs im Mitgliederbestand der Kasse verbunden. Werden Wahltarife im Rahmen des Kassenwettbewerbs um »gute« Risiken von den Kassen als Instrument eingesetzt, besteht die grundsätzliche Gefahr einer *kassenübergreifenden Entsolidarisierung*, indem es durch das »Abwandern« von »guten« Risiken und dem Verbleiben von »schlechten« Risiken zu einer Entmischung der Risikostruktur kommt. „Durch hohe Beitragssätze für Vollversicherung kann eine Krankenkasse Wahltarife gezielt zu niedrig kalkulieren. Dies schlägt sich in einem hohen Beitragssatz für Vollversicherungsschutz nieder. Damit begünstigt die Kasse »gute« Risiken und schreckt »schlechte« Risiken ab. Sie verbessert so ihre Bestandsstruktur zu Lasten anderer Kassen. Dies führt zu Entsolidarisierung zwischen den Mitgliedern unterschiedlicher Kassen" (MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE 1988, S.45 f.).

Die Möglichkeit der Entsolidarisierung durch Wahltarife bei Kassenwettbewerb ist dabei umso wahrscheinlicher, je größer das Außmaß der Wahlfreiheit der Versicherten zwischen Kassen ist. Derartige Entwicklungen könnten allenfalls durch institutionelle Regelungen ausgeschlossen werden, indem z.B. für die gewünschten Wahltarife eine Genehmigungspflicht eingeführt würde. Eine zweite Möglichkeit, der kassenübergreifenden Entsolidarisierung entgegenzuwirken, bestünde in der Durchführung eines kassenübergreifenden Solidarausgleichs. Insbesondere die letzte Regelung wäre jedoch nicht nur mit einem erheblichen Rechenaufwand verbunden, sondern würde auch umfangreiche Daten erfordern.

Selbst wenn es gelänge, Entsolidarisierungseffekte durch entsprechende Kalkulation der Tarife und geeignete Ausgleichverfahren zumindest theoretisch in den Griff zu bekommen, gibt es nach Ansicht von Kritikern dennoch eine ganze Reihe von Gründen, die entscheidend gegen die Einführung von Wahltarifen sprechen. Die Schaffung eines Preis- und Produktwettbewerbs zwischen den Kassen, wie ihn sich die Marktwirtschaftler vorstellen, würde implizieren, daß die Kassen die Möglichkeit haben müßten, verschiedenartige Versicherungen anzubieten, die sich nach Umfang und Höhe des Versicherungsschutzes sowie nach Prämiensätzen unterscheiden. „Derartige Wahltarife müssen jedoch streng (individual-) risikoäquivalent kalkuliert sein, wenn ruinöser Wettbewerb zwischen den Kassen untereinander wie im Verhältnis zur PKV ausgeschlosen bleiben soll. Ob dies im Rahmen der Kollektiväquivalenz der GKV möglich ist, sei dahingestellt. Selbst wenn dieses Problem jedoch gelöst werden könnte, würden Wahltarife, die Zuschläge für Extraleistungen oder Abschläge für Leistungsausschlüsse vorsehen, in der GKV kaum zulässig sein, weil sie gegen das Solidarprinzip verstoßen und einer »Zwei-Klassen-Medizin« in der GKV Vorschub leisten" (CASSEL 1987, S. 144).

Dabei spricht nach Ansicht mancher Kritiker ohnehin einiges dafür, daß ein wirksamer Wettbewerb sich nur bei *Verletzung des Solidarprinzips* entfalten kann. Nach ihrer Argumentation ist es gerade die Wahlfreiheit, die das gegliederte System und damit die Marktordnung gefährdet. Bei dem von Marktökonomen für notwendig gehaltenen Kontrahierungszwang und einem von Kosten-Nutzen-Kalkülen und Vorteilsstreben bestimmten Wahlverhalten der Versicherten käme es zu Wanderungsbewegungen zwischen den Krankenkassen. Die zwangsläufige Folge hiervon wäre, daß den „Kassen mit einer »günstigen« Risikostruktur und relativ niedrigen Beitragssätzen auch die »schlechten« Risiken aus teureren Kassen (zuströmten). Es käme zu einem Ausgleich der Risikostrukturen und damit – unter sonst gleichen Bedingungen – der Beitragssätze. Erst dann versiegte die Wanderungsbewegung. Nivellierte Risikostrukturen und Beitragssätze gelten aber als Charakteristikum einer Einheitsversicherung; marktökonomisch gesprochen: Der Wettbewerb ist tot, der Versicherungsmarkt extrem konzentriert" (SCHARF 1985, S.578).

Um dies zu verhindern, gibt es nach Meinung von Kritikern eigentlich nur zwei Möglichkeiten, die letztlich aber ebenfalls zu einer *Zerstörung des Wettbewerbs* führen würden (vgl. SCHARF 1985, S.578):

1) Die Kassen müßten ihren *Wettbewerb um die sogenannten guten Risiken* (z.B. junge, gesunde, gutverdienende ledige Versicherte) verschärfen, wobei die Werbung v.a. über günstige (Beitrags- und Leistungs-) konditionen erfolgen müßte. Bei einem begrenzten Markt guter Risiken ist davon auszugehen, daß ein derartiger Wettbewerb sehr schnell zu einer Vernichtungskonkurrenz zwischen den Kassen führen würde. Außerdem bestünde die Notwendigkeit, die günstigen Leistungs- und Beitragskonditionen (Wahltarife) zu subventionieren. Konkret würde dies bedeuten, daß „die »schlechten« Risiken ... durch höhere Prämien bzw. Beiträge oder geringere Leistungsansprüche die »guten« Risiken (subventionieren). Dies widerspricht dem marktwirtschaftlichen Grundsatz vom gleichen Preis für gleiche Leistungen und sozialstaatlichen Kriterien, da eine Einkommensumverteilung zugunsten der guten Risiken erfolgen" würde (SCHARF 1985, S.578).

an Beitragsanteilen orientierte Besetzung der Selbstverwaltungsorgane bleiben könne. Sofern keine sonstigen Ausgleichsregelungen vorgesehen werden, bedeutet die Einführung einer Selbstbeteiligung, daß sich der Finanzierungsanteil der Versicherten auf über 50 % erhöht.

2) Der zweite Weg würde in einer bewußten *Inkaufnahme einer Risikoselektion* bestehen, wobei der Kontrahierungszwang aufgegeben werden müßte. Dies hieße, daß »schlechten« Risiken der Kassenbeitritt verwehrt werden müßte, also sozial schwächere Versicherte faktisch kein Wahlrecht mehr hätten. Sie würden sich vielmehr in bestimmten Kassen konzentrieren, was deren Wettbewerbschancen strukturell verschlechtern müßte. Die Alternative wäre, sie aus der Sozialversicherung auszugliedern und der staatlichen Fürsorge zu überstellen. Derartige Einschränkungen des Wahlrechts sowie die damit verbundenen strukturellen Wettbewerbsverzerrungen würden indessen gleichfalls gegen die Marktregeln verstoßen. „Die Ausgliederung von Personenkreisen aus der Krankenversicherung führt hingegen zu einem Zwei-Klassen-System in der Versicherung, wie es in den USA zu beobachten ist ..." (SCHARF 1985, S.578).

Die Gegner eines auf alternativen Tarifen beruhenden Krankenversicherungssystems verweisen zudem auf empirische Analysen, die zu dem Ergebnis gelangen, daß in der Realität sich die Wahl eines reduzierten Versicherungstarifs für einen relevanten Teil der Versicherten überhaupt nicht stellen würde. Geht man davon aus, daß diejenigen im »Normaltarif«, also beim Vollversicherungsschutz verbleiben, auch weiterhin einen fixen Prozentsatz des Bruttolohnes bzw. ihrer Rente zu entrichten haben, und daß der Wahltarif einen entsprechend niedrigen Prozentsatz des Einkommens darstellt, „so ist ein Wahltarif für manche Gruppen von Versicherten nicht interessant" (PFAFF 1985, S.115). Gründe hierfür sind:

- Bestimmte Personengruppen (z.B. Arbeitslose) bezahlen keine Versicherungsbeiträge. Sie können daher auch keine Beitragseinzahlungen einsparen, indem sie Risiken übernehmen (vgl. REINERS 1987, S.138).
- Andere Personengruppen scheiden aus, weil entweder die Beiträge für sie zu niedrig (Studenten) oder die Risiken zu hoch sind (ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Personen), da man mit Sicherheit davon ausgehen kann, daß ihre eigenen Kosten höher sind als die Selbstbeteiligung bzw. die Kosten des Leistungsausschlusses.
- Ohnehin nicht für Tarife mit geringer Deckung in Frage kommen sollten Kinder in Anbetracht ihrer besonderen Schutzwürdigkeit.
- Für Verheiratete schließlich ist ein Wahltarif mit Selbstbehalt dann uninteressant, wenn für den unentgeltlich mitversicherten Ehegatten gleichermaßen ein proportionaler oder absoluter Selbstbehalt oder Leistungsausschluß gilt, die Beitragsermäßigung jedoch unabhängig von der Zahl der Versicherten gleich hoch ist, d.h. daß für gleichverdienende verheiratete Einverdienerehepaare und Ledige die Beitragsentlastungen gleich hoch ausfallen. Würde dagegen für jedes Mitglied und nicht nur für den Versicherten eine Entlastung gewährt, sehe die Regelung wohl für Ledige wenig attraktiv aus (vgl. PFAFF 1985, S.115).

Grobe Berechnungen gelangen zu dem Schluß, daß von den 56,4 Mio. GKV-Versicherten des Jahres 1984 rund 30 Mio. Versicherte für einen Wahltarif nicht in Betracht kommen. Dabei wurden als schlechte Risiken pauschal alle über 50jährigen ausgeschlossen. Die Zahl beinhaltet dagegen nicht die erwachsenen mitversicherten Familienangehörigen, bei denen Wahltarife ebenfalls nicht unproblematisch sind (vgl. PFAFF 1985, S.115).

Grundsätzlich läßt sich nach Ansicht der Kritiker festhalten, daß die Einführung von Wahltarifen vor allem den Beziehern höherer Einkommen zugute käme. Sofern sich die Beitragsermäßigung proportional an der Beitragshöhe orientiert, würde der Selbstbehalt oder Leistungsauschluß bei gleichem Risiko umso interessanter, je höher das Einkommen ist. Wäre die Beitragsentlastung absolut gleich hoch, d.h. unabhängig vom Einkommen, würden Wahltarife zum einen für Bezieher hoher Einkommen uninteressant, zum anderen wäre aber auch fraglich, „ob Bezieher niedriger Einkommen trotz der relativ hohen prozentualen Beitragsentlastung bei ihren niedrigen Beiträgen bereit wären, einen Teil der medizinischen Kosten direkt zu tragen. Dies ist um so fraglicher, als die Bezieher niedriger Einkommen im Durchschnitt »schlechtere« Risiken darstellen, d.h. daß deren Kosten pro Versicherten höher sind" (PFAFF 1985, S.115).

Die bei Wahltarifen erforderliche *Notwendigkeit der individuellen Risikoabwägung* wird zudem – und zwar unabhängig von der Einkommenshöhe – als äußerst problematisch eingeschätzt. Die These, wonach das Argument der Schutzbedürftigkeit mit steigendem Einkommen an Überzeugungskraft verliere, wird nachdrücklich in Frage gestellt. Sie verweisen darauf, daß der medizinisch-technische Fortschritt extrem teure Leistungen mit sich bringe, deren Inanspruchnahme auch Hochverdienende und ihre Angehörigen wirtschaftlich ruinieren könne (vgl. THIEMEYER 1988, S.19). Für völlig ausgeschlossen halten sie es, daß die größere Masse der Durchschnittsverdiener finanziell in der Lage wäre, das Risiko einzugehen, notfalls Kosten medizinischer Versorgung selbst tragen zu müssen.

Nach Überzeugung der Gegner von Wahltarifen läßt sich nachweisen, daß „durch die Ansammlung guter Risiken im Wahltarif ... *ipso facto* eine Konzentration der schlechten Risiken im Normaltarif (erfolgt), der i.d.R. um so teurer werden muß. Somit geht mit einer Reduzierung der öffentlichen Regulierung eine Ausweitung der Freiräume bestimmter Gruppen einher; diese muß jedoch mit sozial-politisch unerwünschten Verteilungswirkungen sowie mit dem Verlust an Solidarität erkauft werden" (PFAFF 1985, S.119).

Erhebliche Probleme bereiten nach Auffassung der Kritiker von Wahltarifsregelungen bzw. von Forderungen, zwischen einer Grund- und Zusatzversicherung zu differenzieren, nicht nur die sozialstrukturellen Probleme, Schwierigkeiten werden darüber hinaus darin gesehen, die mit dem *Normaltarif bzw. der Grundversorgung verbundenen medizinischen Leistungen so zu definieren*, daß darin keine medizinisch problematischen Beschränkungen liegen. Die Kritiker von Marktregelungen gehen davon aus, daß die Grundsicherung zumindest alles umfassen müßte, „auf das der einzelne nach fachlichem Urteil im Bedarfsfall unabweislich Anspruch haben müßte" (THIEMEYER 1988, S.19). Dies bedeutet, daß eine bestimmte Leistung, die aus medizinischen Gründen erforderlich ist, in den Normaltarif bzw. die Grundversorgung gehört; ist eine solche Leistung nicht erforderlich, dann allerdings sei auch nicht einzusehen, weshalb sie zum Leistungskatalog der GKV gehören solle (vgl. REINERS 1987, S.140). Vor diesem Hintergrund schrumpft der mögliche Bereich an Leistungen für Zusatzversicherungen bzw. Wahltarife im Bereich der ärztlichen Versorgung auf ein Minimum zusammen. Ohnehin für Wahltarife nicht disponibel sind – wenigstens nach Äußerungen der meisten Marktökonomen – weitgehend solche Leistungen, die Großrisiken darstellen, insbesondere die stationäre Behandlung, da hier eine „Eigenbeteiligung relevanter Größenordnung

für das Mitglied existenzbedrohend wäre" (MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE 1988, S.47). Ungeeignet sind ferner solche Leistungsarten, bei denen der Zeitpunkt der Inanspruchnahme vom Versicherten weitgehend beeinflußt wird, wie Kuren, Zahnersatz und Hilfsmittel, sofern das Modell die Wechselmöglichkeit zum Vollversicherungsschutz vorsieht. Ausgehend von diesen Einschränkungen dürfte es in der Tat schwerfallen, einen Unterschied zwischen Normalleistungen einer nach Wahltarifen organisierten Krankenkasse und dem herrschenden Leistungskatalog der GKV medizinisch zu begründen. Jedes Modell, das Wahltarife kennt, macht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht nur vom Bedarf, sondern von der Zahlungsfähigkeit abhängig. In dem Maße, in dem Sachleistungs- und Solidarprinzip eingeschränkt werden, droht die Gefahr eines sich verbreitenden Eindringens des Äquivalenzprinzips in die gesetzliche Krankenversicherung (vgl. REINERS 1987, S.140).

4. 2. 3 Argumente gegen das Kostenerstattungsprinzip

Die Kritiker marktwirtschaftlicher Reformoptionen betrachten auch den nachdrücklich geforderten *Übergang zum Kostenerstattungssystem* nicht lediglich als eine mehr oder weniger unbedeutende Änderung des Abrechnungsverfahrens, sondern als eine *wesentliche Strukturänderung*, die für sie entscheidende Nachteile mit sich brächte. Zunächst einmal sehen sie allerdings in dieser Forderung eine „überraschende Inkonsequenz der »Main-Strem-Gesundheitsökonomik«...: Fast alle Theoretiker, die das Sachleistungsprinzip als Pfuhl der Unwirtschaftlichkeit attackieren, plädieren in äußerst engagierter Weise für die zumindest experimentelle Einführung von Health-Maintenance Organisationen (HMO), also eines geradezu klassischen Falls des Sachleistungsprinzips. Es geht den Kritikern also offenbar gar nicht um den Nachweis der Unwirtschaftlichkeit des Sachleistungsprinzips an sich, sondern darum, daß es die einzige, staatlich verordnete Angebotsform ist. Damit mündet die Diskussion in die allgemeine Deregulierungswelle ein" (THIEMEYER 1988, S.20).

Das Argument, das Kostenerstattungsprinzip wirke *erzieherisch* auf das *Inanspruchnahmeverhalten* der Patienten, wird aus mehreren Gründen nachhaltig bezweifelt (vgl. REINERS 1987, S.151; FIEDLER 1987, S.483; MÜLLER/WASEM 1987). Dagegen spricht nach Meinung der Kritiker zum einen, daß in vielen Fällen noch nicht einmal der Arzt ohne weiteres sagen könne, ob ein Arztbesuch unnötig ist oder nicht. Zum anderen habe das, was der „unnötig aufgesuchte Arzt einem Patienten an unmittelbaren oder veranlaßten Leistungen bieten könne nur für eine kleine Minderheit die Attraktivität von Konsumgütern" (FIEDLER 1987, S.483). Von daher dürfe das Einsparpotential, das hier eventuell liege, keinesfalls überschätzt werden.

Tatsächlich wird selbst von Befürwortern eingeräumt, daß das Kostenerstattungsprinzip wohl nur in Verbindung mit Selbstbeteiligungsregelungen steuernde Effekte haben kann. Entsprechend wird davor gewarnt, das Erstattungsprinzip als direktes Steuerungsinstrument zu überschätzen: „Für die Verhaltensbeeinflussung ist – sieht man einmal vom Liquiditätseffekt ab – allein die Nettolast entscheidend, die beim Versicherten verbleibt" (MÜNNICH 1984 a, S.9). Gegen das Kostenerstattungsprinzip anzuführen sind schließlich auch Mechanismen, die die Marktwirtschaftler ansonsten als sehr wesentlich erachten: Indem die Versicherten Kenntnis über die von ihnen verursachten Kosten erlangen, könnten sie veranlaßt werden, einen Vergleich der individuell anfallenden Kosten mit dem individuell anfallenden Beitrag anzustellen. Würde sich dabei herausstellen, daß im Vergleich zur Höhe der Beitragszahlung relativ wenig Ausgaben verursacht wurden, müßte gerade das für Marktsysteme geforderte kostennutzen-kalkulierende Individuum rational handeln und seinen Konsum an Gesundheitsleistungen ausdehnen, um zumindest ein Äquivalent für seine Beitragsleistung zu erhalten (vgl. HERDER-DORNEICH 1984, S.7).

Unabhängig von der Frage der tatsächlichen Wirksamkeit des Instruments hinsichtlichen dessen, was mit ihm bezweckt werden soll, gibt es für die Befürworter des derzeitigen Sachleistungsprinzips weitaus gewichtigere Argumente, die das Kostenerstattungsprinzip sowohl in wirtschaftlicher wie in sozialer Hinsicht als äußerst fragwürdig erscheinen lassen (vgl. REINERS 1987, S.152). Bei einer *Beurteilung des Kostenerstattungsprinzips* sind zudem zwei Aspekte zu bedenken: Zum einen die *Auswirkungen auf die Versicherten* und zum anderen die mit diesem Prinzip verbundenen Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Krankenkassen zur *Steuerung der Leistungserbringung*. In diesem Zusammenhang wird daran erinnert, daß das Sachleistungsprinzip die Krankenkassen nicht nur zur Bereitstellung von zweckmäßigen und ausreichenden Leistungen verpflichtet, sondern dieser Grundsatz auch beinhaltet, daß die Leistungen dem Umfang und der Art nach bedarfsgerecht sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen dürfen. Außerdem wird darauf hingewiesen, daß das Sachleistungsprinzip im Unterschied zum Kostenerstattungsprinzip dahingehend angelegt sei, daß die Krankenkasse dafür sorgt, daß der Sachleistungsanspruch überall in der Region zur Verfügung gestellt wird. Hierzu wird argumentiert, sei das Kostenerstattungsprinzip weder angelegt noch in der Lage (vgl. AOK-BUNDESVERBAND 1988, S.2).

In summarischer Form lassen sich folgende Argumente anführen, die gegen einen Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip sprechen:

- Es ist in starkem Maße anzuzweifeln, daß das Kostenerstattungsprinzip den Pflichtversicherten wirklich zugemutet werden kann, da es u.U. in erheblichem Maße die *Liquidität* des Versicherten belastet und von daher zu unterschiedlichen Chancen in den Inanspruchnahmemöglichkeiten führt. Gegen die mit der Kostenerstattung verbundene Vorfinanzierung der medizinischen Behandlung durch die Versicherten sprechen daher gewichtige *sozialpolitische Bedenken* (vgl. AOK-BUNDESVERBAND 1988, S. 3; REINERS 1987, S.152).
- Das Argument, daß bei Kostenerstattung mehr *Kostentransparenz* entstehe, die es dem Patienten erlaube, vor der Abrechnung mit der Kasse zu prüfen, ob die abgerechneten Leistungen auch tatsächlich erbracht worden seien, hat nach Auffassung der Kritiker allenfalls theoretische Berechtigung. Ob die dadurch geschaffene *Möglichkeit zur Kontrolle* auch faktisch vorhanden wäre, wird dagegen stark bezweifelt, zumal die Abrechnungen der Ärzte dem Versicherten »normalerweise« unverständlich sein dürften. Zwar ist eine verständlichere Aufbereitung der Abrechnung der Leistungsanbieter denkbar, wäre allerdings vermutlich mit mehr Verwaltungsaufwand verbunden. Außerdem ist durchaus nicht

unumstritten, ob die genaue Kenntnis der Leistungen für den Patienten in allen Fällen das günstigste wäre, wenn man berücksichtigt, daß insbesondere kranke Menschen oftmals nur beschränkt rational handeln und sich allein aus einem bestimmten Umfang und einem entsprechenden ökonomischen Wert medizinischer Leistungen Heilung versprechen.

- Überhaupt stellt sich die Frage, ob man dem „Patienten zumuten (soll), daß er den Arzt in seiner Rechnungsstellung überprüft? Soll der Patient den Arzt bei einer Überwachungsstelle anzeigen, sobald dieser eine abweichende Honorargestaltung wählt? Wird dadurch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt nicht erheblich beeinträchtigt? Zumal dann, wenn wir davon ausgehen können, daß der Patient unter Umständen gerne ein höheres Honorar bezahlen möchte, da er sich davon eine individuellere Behandlung verspricht? Oder soll ein Dritter den Arzt und den Patienten bei der Honorarzahlung überwachen? Ist es da nicht viel zweckmäßiger, die Rechnungsstellung erfolgt überhaupt nicht durch den Arzt selbst, sondern durch eine Verrechnungsstelle, etwa eine Kassenärztliche Vereinigung, an die der Arzt seine Forderung abtritt?“ (HERDER-DORNEICH 1980, S.89).
- Tatsächlich ist ein gewichtiger Einwand gegen das Kostenerstattungsprinzip darin zu sehen, daß die *Kontrollfunktion und die Verhandlungsmacht* der Kassen ausgeschaltet würde und die Vertragsbeziehung direkt auf den Leistungsanbieter und den Patienten überginge. Mit der Einführung von Kostenerstattungssystemen würde die *Preissteuerungsfunktion der Kollektivverträge* wegfallen. Dies würde bedeuten, daß der einzelne Patient auf einem Markt freier Preisbildung in einer schwächeren Marktposition gegenüber den Erbringern gesundheitlicher Leistungen auftreten müßte. Hiervon würden vor allem die Ärzte profitieren, die einen deutlichen Anreiz erhielten, dem Patienten mehr in Rechnung zu stellen, als die mit den Krankenkassen ausgehandelten Tarife ausmachen, d.h. es würde ein »Honorardrift« entstehen (vgl. HERDER-DORNEICH 1980, S.89). Erfahrungen aus anderen Ländern belegen zudem, daß die Ärzte in Zahlungsfähigkeit der Patienten taxieren und danach ihre Honorarforderungen ausrichten würden. Es bestünde also die reale Gefahr, daß bei der, bei einem Kostenerstattungsprinzip möglichen freien Preisbildung, ein Doppelstandard in der medizinischen Versorgung praktiziert würde (vgl. AOK-BUNDESVERBAND 1988, S.3).
- Gleichzeitig würde mit dem Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip das vom Gesetzgeber vorgegebene und auch praktizierte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Behandlung und Verschreibung versagen. Ebenso würde sich die Rolle der Krankenkassen beim Kostenerstattungsprinzip außerordentlich problematisch gestalten, wenn nach dem Einreichen der Rechnung durch den Versicherten Unregelmäßigkeiten festgestellt würden. Konkret würde sich die Frage stellen, ob die Krankenkasse befugt wäre, an den Leistungserbringer heranzutreten und unrechtmäßig gezahltes Geld zurückzuverlangen oder sie lediglich den Patienten informieren könnte, der dann selbst versuchen müßte, sein zuviel gezahltes Geld zurückzuerhalten (vgl. AOK-BUNDESVERBAND 1988, S.6).
- Schließlich dürfe auch nicht übersehen werden, daß das Kostenerstattungssystem mit einem *erhöhten Verwaltungsaufwand* verbunden sei. Rechnungsstellung, Inkasso (Mahnverfahren), Zahlungsbestätigung, Einreichung bei der Kasse, Prüfung des Anspruches und Errechnung und Erläuterung von Kürzungen, Zahlungsanweisung an den Versicherten, all dies bedinge einen ebenso teuren wie umständlichen Verwaltungsaufwand (vgl. FIEDLER 1987, S.483). Für den Patienten bedeute dies, daß er sich neben den Sorgen, die jede Krankheit mit sich bringe, möglicherweise auch noch zusätzliche Sorgen um seine unübersehbare finanzielle Belastung und/oder um den lästigen Formularaufwand machen müsse (vgl. FIEDLER 1987, S.483).

Zusammenfassend sind die Kritiker des Kostenerstattungsprinzips der Ansicht, daß das traditionelle Sachleistungsprinzip eine „sehr zeitgemäße Form einer umfassenden Dienstleistung ist. In einer komplexen Industriegesellschaft, die den Einzelnen mit immer schwerer zu bewältigenden »Vorgängen« belastet, ist die Verminderung des individuellen, bürokratischen Aufwandes ein attraktives Gut“ (REINERS 1987, S.153). Außerdem verweisen sie darauf, daß – sofern erwünscht – sowohl Möglichkeiten der Transparenz als auch Möglichkeiten der Kontrolle in das Sachleistungssystem eingebaut werden könnten und Bestrebungen in diese Richtung allein keinen Grund darstellten, das Sachleistungssystem gegen das Kostenerstattungssystem auszutauschen (vgl. AOK-BUNDESVERBAND 1988, S.7). Mit gewisser Genugtuung wird von einigen Kritikern zudem darauf verwiesen, daß im privaten Versicherungsgewerbe Angebote, die Regulierung von Versicherungsschäden gänzlich durch die Versicherung vorzunehmen, verstärkt als Wettbewerbsparameter eingesetzt würden.

4. 2. 4 Kritische Bewertung der angebotsseitigen Reformvorschläge

Erwartungsgemäß nehmen die nachfrageseitigen Reformvorstellungen der Marktökonomen in den Auseinandersetzungen mit Marktkonzepten einen Schwerpunkt ein. Die marktwirtschaftlichen Reformvorstellungen für die Seite der Leistungserbringer sind allerdings ebenfalls heftiger Kritik ausgesetzt. Andererseits unterscheiden sich in diesem Bereich eine Reihe von marktwirtschaftlichen Forderungen nicht so entscheidend von Vorschlägen anderer ordnungspolitischer Richtungen (z.B. Vergütungsformen, Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserstellung etc.). Hinzu kommt, daß die Marktwirtschaftler hier vielfach weniger dezidierte Aussagen machen und hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung auf die Entwicklung am Markt verweisen.

Entsprechend konzentriert sich die Kritik an den marktwirtschaftlichen Vorstellungen hier vor allem auf deren Forderung nach umfassenden *Deregulierungen* und der Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern. Nach Ansicht der Gegner von Deregulierungen könne zwar nicht grundsätzlich verneint werden, daß der Wettbewerb ein sinnvolles Steuerungsinstrument sein kann, eindeutig falsch sei jedoch die apriorische Annahme, jeder Wettbewerb wirke notwendig zugunsten der Verbraucher (vgl. THIEMEYER 1986, S.98). Insbesondere müsse bezweifelt werden, ob es sinnvoll sei, die *Ärzte in einen verschärften Wettbewerb* zu treiben. Entsprechend wird auch die Forderung der Marktwirtschaftler nach Abbau des sog. »Ärztekartells« als sehr problematische Angelegenheit gesehen, selbst wenn einzuräumen ist, daß mit dem Hinweis auf ethische Standespflichten in vielen Fällen profitorientierte Standespolitik kaschiert werde und die Monopolstel-

lung mitunter zu überhöhten Preisen führe. Allerdings müsse auch bedacht werden, daß die Monopolisierung des Angebots seit alters her ein wirksames Mittel der *Qualitätssicherung des Angebots* sei (vgl. THIEMEYER 1986, S.100).

Befürchtet wird weiterhin, daß eine Intensivierung des Wettbewerbs auf seiten der Leistungsanbieter zu einer *Bevorzugung der kaufkräftigen Nachfrager*, d.h. der *zahlungsfähigen Versicherten* führen wird. Bereits heute – so die Kritiker – belegten Untersuchungen *Differenzierungen in der Versorgung* zwischen PKV-, Ersatzkassen- und Ortskrankenkassen-Patienten (vgl. NEUBAUER/BIRKNER 1980, S.153 ff.). Bisher beziehen sich diese auf Serviceleistungen in der Arztpraxis und im Krankenhaus und kommen z.B. in unterschiedlich langen Wartezeiten zum Ausdruck. Bei intensiviertem Wettbewerb und der Dominanz monetärer Anreize dürfte sich diese Ungleichbehandlung jedoch nach Ansicht der Kritiker noch erheblich erhöhen. Wettbewerbsbedingte Differenzierungen dürften zudem schichtenspezifische Unterschiede der ärztlichen Behandlung und Verordnungen (z.B. von Arzneimitteln) mitbedingen (vgl. SCHARF 1985, S.578).

„Der Endpunkt einer solchen Entwicklung im marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem wird wiederum in den USA demonstriert: Dort hat sich auf den Gesundheitsmärkten eine richtiggehende Industrie entwickelt. Die Krankenhausversorgung ist in Händen von Klinikkonzernen. Eine neue Fusionswelle beschleunigt die Konzentration; Experten schätzen, daß rund 20 Riesenkonzerne die Krankenhausversorgung der amerikanischen Bevölkerung übernommen haben. Gewinne werden mit einer Spezialisierung auf wenige (lukrative und oft auch spektakuläre) Krankheitsbilder (z.B. Herzoperationen) und durch Beschränkung der Aufnahme auf Privatpatienten oder Patienten weniger ausgesuchter, gutbezahlender Versicherungen erzielt. Geworben wird mit einem hohen technischen Ausrüstungsstandard und mit Hotelkomfort. Dem Gewinnstreben dient auch eine geschickte Diversifikationspolitik, mit der Krankenhauskonzerne auch in der Forschung Fuß fassen und sich zunehmend auf den Märkten der Krankenversicherung engagieren" (SCHARF 1985, S.579).

Was derzeit die Marktentwicklung der USA kennzeichnet, nämlich die Entwicklung zu einer Zwei-Klassen-Medizin, Marktverflechtungen, Konzentration auf hoch-technologisierte Medizin, aufwendigen Qualitäts- und Komfortwettbewerb verbunden mit enormen Kostensteigerungen, könnte nach Überzeugung von Marktkritikern auch in der Bundesrepublik das Ergebnis von Deregulierungen und Wettbewerbsintensivierungen, wie sie marktwirtschaftliche Reformmodelle vorschlagen, sein.

5. Grundsätzliche Kritik an marktwirtschaftlichen Reformkonzepten

Neben den im vorigen Abschnitt dargestellten Einwänden gegen marktwirtschaftliche Reformüberlegungen, die sich überwiegend auf der Ebene einer immanenten Kritik bewegen, d.h. primär versuchen, auf der Basis der von Markttheorien aufgestellten Prämissen Schwächen in den Reformkonzepten aufzuzeigen bzw. deren Nicht-Realisierbarkeit nachzuweisen, gibt es im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion aber auch noch eine weitaus fundamentalere Kritik daran, marktwirtschaftliche Mechanismen im Bereich der Gesundheitspolitik einzusetzen. Auf sechs Kernargumente konzentriert werden die grundsätzlichen Einwände gegen marktökonomische Analysekonzepte und Steuerungsvorschläge, nachfolgend in allerdings sehr vergröbernder Form zusammengefaßt:

1) Marktwirtschaftliche Analysekonzepte und Reformvorschläge nehmen den Gegenstand, den sie marktlich oder marktanalog regulieren wollen, systematisch nicht zur Kenntnis. Der Gegenstand der Gesundheitspolitik ist Gesundheit. Egal, ob man dies als Ziel, Zustand, Gut oder nur negativ definiert, Einigkeit besteht darin, daß Gesundheit hochkomplex verursacht ist bzw. gefördert wird bzw. beschädigt werden kann bzw. wiederhergestellt bzw. gepflegt werden muß. Gesundheit ist darüber hinaus lebenswichtig und deshalb sozial anders konstruiert und qualitativ anders besetzt als jedes Konsumgut. Die mit Gesundheit in Beziehung stehenden Prozesse müssen deshalb wohl auch anders gesteuert werden.

   Die Gesundheitsökonomie marktwirtschaftlicher Provinienz nimmt nun Analysekonzepte und Gestaltungsrichtlinien, die – im bundesdeutschen Kontext – allenfalls auf die privatwirtschaftlichen Anbieter von Krankenversorgungsleistungen anzuwenden Sinn macht, und stülpt diese umstandslos auf Versicherte, Patienten, die soziale Krankenversicherung und allerlei Institutionen und Verhaltenskonfigurationen, die marktfern entstanden sind und wohl auch nur so funktionieren können. Sie argumentiert also weiterhin analog, ohne die Zulässigkeit der Analogie zu prüfen. Dies führt zu den bekannten unbefriedigenden Ergebnissen: Der allseits als wünschenswert bzw. notwendig angesehene »kritische Versicherte« und »mündige Patient« wird als »souveräner Konsument« (der er nicht sein kann und nicht sein soll) reduziert und mißverstanden. Die Unterschiede zwischen der Einlösung eines ärztlichen Rezepts in der Apotheke und der Auswahl von Schinkensorten im Feinkostgeschäft wird verwischt oder gar planmäßig eingeebnet. Nun deuten die bisherigen Erfahrungen mit marktökonomischer Steuerung darauf hin, daß dieses Konzept auch in der Realität beständig scheitert und wohl auch scheitern muß (vgl. Punkt 6). Dabei erscheint es auch wichtig, darauf hinzuweisen, daß solche Konzepte selbst dann, wenn sie funktionieren könnten, einige zivilisatorische und kulturell verheerende «unerwünschte Wirkungen« hätten, deren Inkaufnahme zumindest diskutiert werden müßte, bevor die Politik in diese Richtung marschiert.

2) Aus der Nichtzukenntnisnahme ihres Gegenstandes folgt die bereits unter Punkt 1 angeführte, immer wieder *befremdliche Gleichgültigkeit marktökonomischer Analyse und Steuerungskonzepte* im Gesundheitswesen *gegenüber medizinischen und sozialen Qualitäts- und Sicherheitsstandards sowie gegenüber gesundheitlichen Wirkungen ökonomischer Steuerungsansätze.* Letzteres folgt zwar dem *Eucken*'schen Diktum, daß sich die Sozialpolitik in Ziel und Mitteln den Gesetzen der Marktwirtschaft unterzuordnen habe, aus dem Gesuchswinkel der Gesundheitspolitik ist aber genau das Gegenteil zu fordern; daß zur Erreichung des Ziels »Gesundheit« auch nur solche Instrumente eingesetzt werden, die die Erreichung dieses Ziels nicht konterkarieren. Durch die Außerachtlassung dieses Sachverhaltes und der damit verbundenen Rückkoppelungsprozesse ist die marktwirtschaftliche Gesundheitsökonomie nicht in der Lage, Lösungen für die komplexen Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen zu bieten, also z.B. das Problem der nur

zufällig rationalen Inanspruchnahme oder das Nebeneinander von zuviel und zuwenig und vor allem qualitativ falscher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu lösen. Dies hängt auch damit zusammen, daß die Meß- bzw. Evaluationsebene der marktökonomisch vorgeschlagenen Steuerungsinstrumente in der Regel deren ökonomische Auswirkungen sind.

3) Hinzu kommt, daß sich die Steuerungskunst der marktwirtschaftlichen Gesundheitsökonomen auf *ökonomische Hebel und Anreizsysteme beschränkt.* Diesen werden allenfalls noch »moral suasion« oder staatlicher Zwang zum Kontrastvergleich entgegengesetzt. Die ganze Vielfalt real existierender und deshalb kreativ zu nutzender Steuerungsinstrumentarien bleibt als Vielfalt ungenutzt: nichtmarktliche Wettbewerbsorganisation, Verhaltensbeeinflussung durch Struktursetzung, Normung und materielle wie immaterielle direkte Anreizsysteme, Zentralität und Dezentralität der Regelungsgeber, Partizipation in ihrer ganzen Spannweite von individuellen Einflußchancen bis hin zu korporatistischen Aushandlungssystemen, die Rolle wissenschaftlicher Expertise mit der derzeitigen Dominanz der individualmedizinischen Profession etc. In einem undogmatischen Dialog, der die prinzipielle Gleichwertigkeit aller hier liegenden Steuerungsansätze anerkennt und dann vom jeweils zu lösenden Problem aus prüft, in welchem Mischungsverhältnis welche Steuerungsinstrumente zu einem optimalen Regulierungsergebnis führen, hätte auch die marktwirtschaftliche Gesundheitsökonomie ihre Stimme. Sie müßte sich dazu allerdings aus ihrem durch Dogmen angesteckten Gehege heraus begeben.

4) Wer den Markt will, *akzeptiert Ungleichheit und nimmt ihre Vergrößerung in Kauf.* Dies gilt auch hinsichtlich der Ungleichheit vor Krankheit und Tod, wenn marktökonomische Regulierungskonzepte auf dieses Gebiet übertragen werden. Da keiner der allgemein bekannten marktwirtschaftlichen Gesundheitsökonomen die damit verbundenen absolut unerträglichen sozialen Mißstände und Katastrophen will oder auch nur billigend in Kauf nehmen möchte, werden die *sozialen Ungleichgewichtskonsequenzen marktwirtschaftlicher Reformvorschläge* entsprechend verdrängt, oder die Vorschläge sind gespickt mit – bürokratie- und staatsträchtigen – Härtefallregelungen, oder es finden Aufforderungen statt, bislang im Gesundheitswesen regulierte soziale Probleme an den (ohnehin reichlich überlasteten) Sozialstaat zu »überweisen«.

5) Marktökonomische Regelungskonzepte beziehen sich so gut wie ausschließlich auf die *Regulierung des Krankenversorgungssystems.* Das gesundheitspolitisch prioritäre Feld der Prävention kommt nicht vor. Dies kann nicht verwundern, da bislang keine Konzepte bekannt geworden sind, mit denen dieses Gebiet nach den Regeln des Marktes oder der Versicherung aktiviert und gestaltet werden kann. Marktwirtschaftliche Regulierungsvorschläge leiden zudem darunter, daß die negativen Auswirkungen marktlicher Regelungsformen im Krankenversorgungsbereich auf die möglichen Aktivitäten im Bereich der Prävention (einschl. der Rehabilitation) nicht berücksichtigt werden. Auch hier fehlt der Blick für Rückkoppelungen.

6) Daß marktwirtschaftliche Analyse- und Regulierungskonzepte sich relativ unangefochten von der (nicht nur hier) geäußerten Kritik fortentwickeln und ihre eigene »wissenschaftliche Welt« konservieren können, hängt wohl auch damit zusammen, daß auf eine *empirische Überprüfung* selbst bei basalen Hypothesen (Freibiermentalität, Mißbrauchvermutung, Steuerungswirkung von Selbstbeteiligung, Steuerungswirkung von Wahltarifen) *verzichtet wird.* Umgekehrt werden die zahlreichen empirischen Belege, die das Versagen solcher Steuerungskonzepte zumindest im Hinblick auf das Steuerungsziel »Gesundheit« zeigen, nicht zur Kenntnis genommen.

6. Anmerkungen zu den gegen marktwirtschaftliche Reformvorstellungen vorgebrachten Einwänden

Die gegen marktwirtschaftliche Reformüberlegungen vorgebrachten Einwände werden von den Befürwortern der Implementierung marktwirtschaftlicher Elemente im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht kategorisch zurückgewiesen, sondern durchaus ernst genommen. Nach Auffassung marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonomen gehen eine Vielzahl von Einwänden fehl, da die Kritiker ihren Gegenargumenten ein idealtypisches preistheoretisches Marktmodell zugrunde legen, das weder in übrigen Bereichen der Wirtschaft existiert noch von den Befürwortern marktwirtschaftlicher Reformoptionen für das Gesundheitswesen angestrebt wird. Andere Einwände wiederum basieren auf teilweisen Mißverständnissen oder der Tatsache, daß von den Marktökonomen selbst gemachte Einschränkungen und Relativierungen nicht zur Kenntnis genommen werden. Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Ausführungen zu sehen, in denen der Versuch unternommen wird, die angeführten Einwände aus marktwirtschaftlicher Sicht zu kommentieren. Grundsätzlich läßt sich eingangs bereits festhalten, daß kein ernstzunehmender marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonom die Auffassung vertritt, alles dem Markt zu überlassen. Vielmehr ist es unerläßlich, wirtschaftlich Schwachen und chronisch Kranken die medizinisch notwendige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Zu dem Argument der Gegner von Marktkonzepten, daß eine intersubjektiv nachvollziehbare Einigung über Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung infolge der im Gesundheitswesen existierenden klassischen Zurechnungsprobleme nicht möglich sei, wird kritisch angemerkt, daß das Problem einer genauen Leistungsmessung ein Scheinproblem darstellt. In vielen anderen Bereichen des täglichen Lebens ist ebenfalls eine genaue Quantifizierbarkeit vieler Güter nicht nur unmöglich, sondern auch überhaupt nicht erforderlich und dennoch funktioniert der Marktmechanismus. In einem marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystem stellt sich die Frage nach einer allgemeingültigen Definition des Gutes »Gesundheit« nicht in dieser scharfen Form, da jeder einzelne in gewissen Grenzen selbst auf der Grundlage seines subjektiven Empfindens und Erlebens entscheidet, was als Krankheit respektive Gesundheit zu bezeichnen ist.

Ebenso unsinnig wie falsch ist die Vorstellung einer intersubjektiv nachvollziehbaren Einigung über das Bestehen von Äquivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung. Diese Annahme über die Voraussetzungen marktwirtschaftlicher Tauschhandlungen beruht auf dem *Modell der vollkommenen Konkurrenz,* das als überholt angesehen wer-

den muß. Vielmehr muß jeder einzelne aufgrund seines individuellen Kosten-Nutzen-Kalküls (Opportunitätskosten) entscheiden, wieviel er für eine Leistung zu bezahlen bereit ist. Diese Einzelentscheidungen sind immer subjektiv und einer Objektivierbarkeit unzugänglich.

Auch für den Einwand der *Heterogenität* des Gutes Gesundheit muß darauf hingewiesen werden, daß die Annahmen des Modells der vollkommenen Konkurrenz, die u.a. die Homogenität der Güter fordern, nicht dazu geeignet sind, die komplexe Realität adäquat abzubilden, zumal die wissenschaftliche Forschung neuere Erkenntnisse in bezug auf Marktprozesse entwickelt hat. Die Heterogenität des Gutes Gesundheit ist geradezu eine Voraussetzung für den Ablauf von Marktprozessen, da der Wettbewerbsmechanismus nicht etwa bei Gleichheit, sondern nur bei Verschiedenartigkeit, d.h. Vielfalt und Ungleichheit des Angebots und der Nachfrage, zur Entfaltung kommt. Darüber hinaus muß berücksichtigt werden, daß die individuellen Bedürfnisse eines jeden einzelnen in bezug auf Gesundheitsleistungen höchst unterschiedlich sind, so daß eine adäquate Bedürfnisbefriedigung ausschließlich aufgrund der Heterogenität des Leistungsangebotes auf unterster Ebene erfolgen kann.

Auch das *Argument der fehlenden Preiselastizität der Nachfrage* bei Gesundheitsgütern greift dann ins Leere, wenn eine differenzierte Nachfragebetrachtung vorgenommen wird. Große Teile der Gesundheitsnachfrage wie z.B. die Nachfrage nach Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, der ambulanten Versorgung oder der zahnärztlichen Behandlung weisen unterschiedlich hohe Preiselastizitätsspielräume auf, weil hier vielfältige Substitutionsmöglichkeiten bestehen. Letztlich kann nur der Einzelne selbst entscheiden, welches Güterbündel von Gesundheitsleistungen für ihn persönlich optimal ist.

Kommen *meritorische Gesichtspunkte* in bezug auf die Gesundheitsversorgung zum Tragen, so führen bestimmte Schutzüberlegungen wie z.B. die solidarische GKV-Versicherungslösung lediglich zur entsprechenden Berücksichtigung dieser Restriktionen bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für den Gesundheitsmarkt. Deswegen allerdings per se die Unmöglichkeit einer funktionsfähigen Wettbewerbsordnung diagnostizieren zu wollen, ist unzulässig und kann nur mit einem unvollständigen Verständnis über Ausgestaltung und Funktionsweise einer marktwirtschaftlichen Ordnung erklärt werden.

Die *Kritik der Irrationalität menschlichen Handelns* im Bereich der Gesundheitsnachfrage kann dadurch entkräftet werden, daß durch Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht der einzelne vor einer Unterschätzung zukünftiger Bedürfnisse geschützt wird. Darüber hinaus ist festzuhalten, daß auch hier falsche Vorstellungen über rationales Verhalten vorliegen. Auch in diesem Fall zeichnet das Leitbild der vollkommenen Konkurrenz verantwortlich, indem der Mensch als homo oeconomicus, d.h. als rational handelnder Mensch, seine individuellen Entscheidungen einer Allgemeingültigkeit und damit Objektivierbarkeit unterwerfen muß. Individuelles Handeln ist jedoch immer subjektiv rational, d.h. es gibt *kein objektiv rationales Handeln* in einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung, die sich dadurch auszeichnet, daß jeder einzelne seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse auch individuell, d.h. nicht normiert, befriedigen kann.

Ferner muß festgehalten werden, daß bestimmte *Wertvorstellungen* oder die *Existenz externer Effekte* im Bereich der Gesundheitsversorgung *durchaus mit einem stärker marktwirtschaftlich, d.h. dezentralen Gesundheitssystem vereinbar* sind. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, in Form von Rahmenbedingungen die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß Vorkehrungen für derartige Problembereiche eingebaut werden. Darüber hinaus steht es dem Staat frei, durch ein eigenständiges Gesundheitsangebot auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (z.B. durch Aufklärungsmaßnahmen) einzuwirken.

Das *Argument der Intransparenz im Gesundheitswesen* entstammt gleichfalls dem obsoleten Modell der vollkommenen Konkurrenz und muß daher als unhaltbar bezeichnet werden. Transparenz stellt eine ambivalante Größe dar. Vollkommene Transparenz blockiert die beteiligten Akteure in ihrem Handeln, weil alles vorher bereits bekannt ist. Wettbewerb und potentielle Marktprozesse erlahmen nicht nur, sondern sind in einer Welt vollkommener Transparenz völlig überflüssig! Nur in einer komplexen, d. h. intransparenten Welt haben Wettbewerbsprozesse als Such- und Entdeckungsverfahren einen Sinn. Das heißt nun nicht, das Transparenz für die Beteiligten erforderlich ist. Vielmehr wird der Wettbewerb dadurch belebt, indem die beteiligten Menschen über die verschiedenen Alternativen informiert sind. Dies erfordert eine möglichst umfassende Aufklärung und Information. Dieser Wunsch nach Transparenz, d.h. Informationen, wird in einem freiheitlich orientierten Gesundheitssystem durch unabhängig voneinander entstehende Informationssysteme (z.B. Publikationen wie »Test«, Verbraucherberatung und Werbung) befriedigt.

Der Aussage, daß noch nicht einmal der Arzt die *Kenntnis der optimalen Behandlungsmethode* besitzt, muß uneingeschränkt zugestimmt werden. Auch der Arzt verfügt nicht über absolutes Wissen und ist somit ähnlich wie der Patient nicht omnipotent. Dies überrascht einen marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonom nicht, sondern untermauert vielmehr die bereits angeführte Aussage, daß nur der einzelne vor dem Hintergrund seiner individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit dem Arzt seines Vertrauens und seiner frei gewählten Krankenkasse als »Agent des Patienten« über die für ihn optimale Behandlungsstrategie entscheiden kann.

Grundsätzlich kann in beinahe *allen Bereichen der Daseinsvorsorge eine Anbieterdominanz*, d.h. ein Wissensvorsprung des Anbieters gegenüber dem Nachfrager, festgestellt werden. Der einzelne bedarf deshalb der Beratung durch Sachverständige. Da es sich bei der Gesundheit um ein so existentiell wichtiges und komplexes Gut handelt, muß jedoch der einzelne darüber befinden, welche Behandlung er in Absprache mit seinem Arzt wünscht. Allein schon die große Bedeutung des sog. Placeboeffekts bestärkt die Forderung nach *»Therapiehoheit des Patienten«*.

Das *Argument des uno-actu-Prinzips* kann nicht als Begründung für ein vermeintliches Marktversagen herangezogen werden, da sowohl eine enge Verbundenheit von Angebot und Nachfrage als auch die angebotsinduzierte Nachfrage selbst in alltäglichen Bereichen auftreten, ohne ein Nichtfunktionieren des Marktmechanismus zu konstatieren.

Das *Problem der negativen Selektion* muß in einem rein marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem ohne entsprechende soziale Rahmenordnung grundsätzlich als stichhaltig anerkannt werden. Allerdings bieten die Einführung von Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot für die Krankenkassen gegenüber den Versicherungspflichtigen

einen ausreichenden Schutz, um solch unerwünschte Ergebnisse zu vermeiden.

Das *Problem einer Preisdiskriminierung*, die nichts anderes als eine Preisdifferenzierung darstellt, ergibt sich im Bereich der Gesundheitsversorgung deshalb nicht, weil weiterhin die Versicherung als Bindeglied zwischen Arzt und Patient, d.h. als eigentlich Zahlungsleistender, bestehen bleibt. Selbst wenn der Arzt ein zusätzliches Entgelt direkt vom Patienten fordern sollte, was aufgrund der oft beschworenen ärztlichen Ethik kaum vorstellbar ist, kann sich der Patient immer noch durch Wechsel des Arztes derartigen Sonderzahlungen entziehen. Nicht zuletzt muß bei monopolistischer Preisdiskriminierung auf das GWB sowie UWG und die darin enthaltenen kartellrechtlichen Bestimmungen verwiesen werden.

Die vorgetragenen *Argumente einer fehlenden Konsumentensouveränität basieren auf falschen Annahmen* über die inhaltliche Bedeutung dieses Begriffes. Konsumentensouveränität ist nicht gleichbedeutend mit Omnipotenz des Patienten. Selbstverständlich benötigt er weiterhin die Hilfe des Arztes sowie der Krankenkasse seines Vertrauens. Mit Hilfe derer ist er jedoch durchaus in der Lage, subjektiv rationale Entscheidungen zu fällen. Auch wird kein marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonom die Forderung erheben, der einzelne Patient sollte im Notfall mit dem Arzt in Preisverhandlungen treten. Vielmehr fällt die Entscheidung über eine bestimmte gesundheitliche Basisversorgung gleichzeitig mit der Entscheidung für eine bestimmte Krankenkasse, die auch für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Sorge trägt.

Grundsätzlich muß festgehalten werden, daß eine auf dem *obsoleten Leitbild der vollkommenen Konkurrenz fußende Kritik* marktwirtschaftlich orientierter Reformoptionen für eine Versachlichung der Diskussion im Gesundheitswesen untauglich ist und keinen Beitrag zum Fortschreiten des Erkenntnisstandes bezüglich der Schaffung eines adäquaten Ordnungsrahmens im Gesundheitswesen leistet.

Hinsichtlich des *möglichen Entstehens monopolistischer oder oligopolistischer Machtstrukturen* sei nochmals auf das GWB verwiesen. Darüber hinaus muß aber darauf aufmerksam gemacht werden, daß die in dem gegenwärtig bestehenden System der GKV bereits vorhandenen monopolitischen und oligopolistischen Machtstrukturen nicht etwa durch Wettbewerbsprozesse entstanden sind, sondern vielmehr vom Gesetzgeber bewußt ins Leben gerufen wurden.

Dem Argument, daß aufgrund der für das Gesundheitswesen zu unterstellenden *atypischen Nachfragefunktion* nicht die Ökonomie, sondern allein die Medizin über den Bedarf zu entscheiden habe, muß entgegengehalten werden, daß auch dann eine *angemessene und zweckmäßige medizinische Versorgung im Gesundheitswesen* ohne Rücksicht auf die soziale und ökonomische Stellung des Patienten erreicht werden kann, wenn gleichzeitig die Regeln der Knappheit wirtschaftlicher Mittel im Gesundheitswesen beachtet werden. Das Argument, daß allein die Medizin zu entscheiden habe, was als Bedarf zu gelten habe, greift insoweit ins Leere, da auch der Arzt nicht wissen kann, was als der erforderliche Bedarf zu gelten hat. Darüber hinaus ist die damit einhergehende ausschließliche *Fremdbestimmung des Patienten* durch Dritte ein Gedanke, der einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung fremd ist.

Das *Problem eines ungenügenden Kaufs von Versicherungsleistungen* durch wirtschaftlich schwächere Patienten kann analog zum heutigen GKV-System durch Einführung der Versicherungspflicht aber keinen Kassenartenzwang für einen als medizinisch notwendigen Umfang beseitigt werden.

Für die Befürchtung der Kritiker, daß bei einer marktwirtschaftlichen Steuerung bestimmte Patienten ohne Versorgung blieben, gilt, daß ein grundsätzliches *Behandlungsgebot* verhindern wird, daß eine solche Situation eintritt. Letztlich wird eine *funktionsfähige Rahmenordnung*, innerhalb derer die Wettbewerbsprozesse ungestört ablaufen können, dafür sorgen, daß es sich weder ein Krankenhaus noch ein niedergelassener Arzt erlauben kann, die medizinische Behandlung zu verweigern.

Der *Infragestellung der Wirksamkeit ökonomischer Hebel* ist mit hinlänglichen Erfahrungen zu begegnen, wonach eben doch in sehr vielen Fällen der *wirksamste Verhaltensanreiz die finanzielle Steuerung ist.* Nur die unmittelbare Fühlbarkeit eines mehr oder minder eingeschränkten Finanzvolumens kann den Großteil der Menschen dazu veranlassen, sich in einer bestimmten Weise, z.B. nicht gesundheitsschädigend, zu verhalten. Andere Instrumente, wie etwaige soziale Anreize zur Verhaltensbeeinflussung, sind nicht nur äußerst begrenzt und in ihrer Steuerungswirksamkeit allenfalls für kleine überschaubare Teilgruppen von Belang (z.B. gesellschaftliche Anerkennung oder Solidarität), sondern sie sind darüber hinaus von ihrer Grundkonzeption typisch zentralverwaltungswirtschaftlichen Anreizsystemen entlehnt mit den bekannten negativen Erscheinungsformen.

Eine *flächendeckende Versorgung von Gesundheitsgütern* kann durch die Vorgabe einer Versicherungslösung sichergestellt werden. Darüber hinaus kann eine staatliche Planung im Sinne einer Ermittlung von Rahmendaten vor allem im stationären Sektor erfolgen, um bei auftretenden, allerdings höchst unwahrscheinlichen, Fehlversorgungen eingreifen zu können.

Der Hinweis auf die über *100jährige Tradition der GKV* darf nicht als Argument für einen *Bestandsschutz gegenwärtiger Strukturen* ins Feld geführt werden. Durch eine ursachenadäquate Strukturreform sollen gerade die vielfältigen Mängel des Systems beseitigt werden, so daß erst dadurch die sozialen Kosten und Nutzen wieder in ein angemessenes Verhältnis zueinander gerückt werden. Das Mobilmachen verschiedener Interessenlobbys, die mehr ihre eigenen Interessen als die ihrer Mitglieder vertreten, darf nicht als Störung des sozialen Friedens mißinterpretiert werden. Ziel einer Strukturreform kann es nur sein, jedem einzelnen Patienten eine bessere, d.h. bedürfnisadäquate, und zugleich effiziente gesundheitliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Zur *Frage der Preiselastizität der Nachfrage* wurde bereits darauf hingewiesen, daß die einzelnen Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung unterschiedliche Preiselastizitäten aufweisen, die demgemäß auch genutzt werden können. An dieser Stelle muß mit Nachdruck darauf aufmerksam gemacht werden, daß die *isolierte Betrachtung einer einzelnen Maßnahme*, wie z.B. die Einführung einer Selbstbeteiligung, unzulässig ist, da es zu neuen unerwünschten Ergebnissen kommt. Vielmehr muß das Maßnahmenbündel, das sich aus einer Reihe von Einzelmaßnahmen zusammensetzt, in seiner Gesamtheit gesehen und bewertet werden. So sind vor allem die vielfältigen Wechselwirkungen dieses Maßnahmenkomplexes zu berücksichtigen und zu analysieren. Gerade im politischen Entscheidungsprozeß,

der durch fallweise, interventionistische, an tagungspolitischen Ereignissen orientierte Einzelmaßnahmen gekennzeichnet ist, wird es immer wieder versäumt, die Auswirkungen einer Maßnahme auf andere Teilbereiche des Gesundheitswesens zu überprüfen. Wissenschaftlern, die es gewöhnt sind, in komplexen Systemen zu denken, sollte dieser grundlegende Fehler allerdings nicht unterlaufen.

Es ist nicht ausreichend, Kostendämpfungsmaßnahmen (z.B. in Form von Selbstbeteiligungsregelungen) auf die Versichertenseite zu beschränken. Vielmehr müssen auch die *Leistungserbringer in die Reform einbezogen werden*, indem monopolistische Strukturen, wie z.B. die Kassenärztliche Vereinigung, aufgelockert werden und die Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern keinem Kontrahierungszwang unterliegen. Der *Wettbewerb auf der Anbieterseite* wird nicht nur zu einer *wirtschaftlichen*, sondern zugleich zu einer *bedürfnisgerechten Versorgung mit Gesundheitsgütern* führen.

Einwänden, die *Einführung einer Selbstbeteiligung* würde durch entsprechende Reaktionen der Anbieter konterkariert, muß deshalb entgegengehalten werden, daß der notwendigerweise einzuführende Wettbewerb auf der Anbieterseite bei Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen bezüglich der Leistungsanbieter es unmöglich machen wird, potentielle finanzielle Freiräume auszunutzen oder durch Mengenausweitung zusätzliches Einkommen zu beziehen, zumal der Versicherte ebenfalls an einer kostengünstigen Behandlung interessiert sein wird.

Auch in einem stärker freiheitlich orientierten Gesundheitssystem können und *müssen selbstverständlich soziale Härtefälle berücksichtigt werden.* Ein Anliegen, das in einer sozialen Marktwirtschaft von breitem Konsens getragen ist. Dennoch dürfen verbleibende Steuerungspotentiale sowohl in ihrer Wirksamkeit als auch in ihrer sich ergänzenden Wechselwirkung nicht unterschätzt werden. Nur durch *Ausschöpfung sämtlicher Steuerungspotentiale* kann sich das GKV-System zu *mehr Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit* entwickeln.

Die durch eine Selbstbeteiligung *möglichen zusätzlichen Verwaltungskosten* verlieren sehr schnell an Gewicht, wenn man berücksichtigt, welch hohe gesellschaftliche Kosten sich ein Gesundheitssystem leistet, das zentralverwaltungswirtschaftliche Instrumente wie Konzertierte Aktion, Großgeräteausschüsse und öffentlich-rechtliche Körperschaften unterhält, deren ineffiziente Arbeitsweise sowie eine Vielzahl weiterer Wohlstandsverluste aus der Theorie des Staatsversagens allgemein bekannt sind.

Das *Problem einer schichtenspezifischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen* kann in einer freiheitlich orientierten Gesellschaftsordnung nicht grundsätzlich gelöst werden. Niemand kann gezwungen werden, einen Arzt in Anspruch zu nehmen, wenn er dies nicht wünscht. Diese Möglichkeit besteht in staatswirtschaftlich gelenkten Systemen, wovon auch, z.B. in Form von zwangsweise angeordneten Reihenuntersuchungen, reger Gebrauch gemacht wird. Allerdings ist unbestritten, daß im Rahmen der Gesundheitserziehung eine Aufklärung aller Menschen zu erfolgen hat.

Das *Spannungsfeld zwischen ökonomischer Wirksamkeit und sozialer Verträglichkeit* stellt einen zentralen Punkt der Strukturreform der GKV dar. Der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe »Krankenversicherung« ist es gelungen, eine Verbindung von Solidarausgleich und Wettbewerb herzustellen, indem, neben den entsprechenden Rahmenbedingungen, der weiterhin bestehende Solidarausgleich versicherungstechnisch herbeigeführt wird.

Durch eine *ursachenadäquate Strukturreform* sollen gerade die heute *bestehenden Fehlentwicklungen* des GKV-Systems, die sich u.a. in einer *Begünstigung Höherverdienender* (durch Eintritt in die PKV entziehen sie sich dem Solidarausgleich) oder in *Monopolrenten der Leistungsanbieter* ausdrücken, beseitigt werden. Es ist das gegenwärtige GKV-System, das eine *Vielzahl verteilungspolitischer Schwächen* zu Ungunsten wirtschaftlich schwacher Schichten beinhaltet, die durch eine bessere Gestaltung der Rahmenordnung der GKV beseitigt werden sollen und müssen.

III. Steuerung auf der Ebene der Verbände (Gemeinsame Selbstverwaltung)

1. Vorbemerkung

Das *Selbstverwaltungsprinzip* gehört zwar von Anfang an zu den konstitutiven Gestaltungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, das besondere wissenschaftliche Interesse galt lange Zeit jedoch allenfalls der Selbstverwaltung als politisch-organisatorischem Prinzip, als demokratische Konkretisierung des Sozialstaates sowie dem historischen Wandel seiner Legitimationsgrundlagen. Im Zusammenhang mit der *Steuerung der Gesundheitsversorgung* wird der Selbstverwaltungsgedanke erst in jüngerer Zeit verstärkt in die Diskussion eingeführt. Insbesondere die Gemeinsame Selbstverwaltung mit den Elementen Wahlen und Gruppenverhandlungen wird in wachsendem Umfang als echte Systemalternative zu marktlichen Wettbewerbsmodellen und zentralisierten staatlichen Regulierungssystemen angesehen. Dabei hat die Ansiedlung der Selbstverwaltung zwischen „einer zentral organisierten und einer dezentral-individualistischen Entscheidungskompetenz" zur Folge, daß in der ordnungspolitischen Diskussion um die funktionale Wirkung der Gemeinsamen Selbstverwaltung sowohl auf *Staatsversagen* wie auf *Marktversagen* verwiesen wird. „Mit dem Regulierungsmodell gemeinsam ist die Orientierung an der Durchsetzung kollektiver Interessen; mit dem Marktmodell gemeinsam ist das Fehlen (regulativer) verhaltensbestimmender staatlicher Normen" (ANDERSEN/von SCHULENBURG 1987, S.361).

Einer Reihe von Befürwortern des *Steuerungskonzepts* der *»Gemeinsamen Selbstverwaltung«* geht es allerdings weniger um die eventuellen Gemeinsamkeiten mit anderen Ordnungskonzepten, als vielmehr um die besonderen Vorteile und Chancen der Gemeinsamen Selbstverwaltung als einem Verfahren zur Lösung von Allokations- und Verteilungsproblemen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, einem nach ihrer Ansicht *typischen Nicht-*

Markt-Bereich. Für sie ist Selbstverwaltung in ökonomischer Hinsicht eine „besondere Organisation zur Produktion oder Darbietung bestimmter Produkte oder Dienstleistungen", an denen aus quantitativer oder qualitativer Sicht ein besonderes öffentliches Interesse besteht. Die besondere Effizienz von Selbstverwaltungssystemen wird nicht zuletzt darin gesehen, daß organisationstechnische Entscheidungen »vor Ort«, d. h. aus der unmittelbaren Kenntnis der Sachzusammenhänge, gefällt werden können. Zugleich bestehe die Chance der Einbringung verantwortlicher Aktivitäten gesellschaftlich relevanter Gruppen und Organisationen in die Mitgestaltung des Systems der sozialen Sicherheit (vgl. THIEMEYER 1975, S.541 ff.).

Die verstärkte Orientierung hin zum sog. »dritten Weg« zwischen Markt und Staat in der Gesundheitsversorgung erfolgt allerdings nicht immer aus originärer Überzeugung. Vielfach steht lediglich die Einsicht dahinter, daß bei „realistischer Einschätzung ... es eine von der Selbstverwaltung losgelöste quasi automatische, d. h. marktliche Lösung nicht geben" wird (HENKE 1988, S.9). Stattdessen wird versucht, die »Vorteile« einer marktwirtschaftlichen Steuerung zu erhalten, indem die Entscheidungen auf untereinander autonome Organisationen von Konsumenten, also auf Krankenversicherungen, verlagert werden. Dadurch – so die Begründung – sei, ebenso wie bei marktwirtschaftlicher Lenkung, das Eigennutzaxiom Handlungsgrundlage, andererseits jedoch könne es durch die Bildung von Verbänden gelingen, „Marktmängel zu eliminieren, indem das Eigennutzstreben der Individuen durch den Gruppenwelfare ersetzt" werde (METZE 1981, S.70). Einige Wissenschaftler stellen sogar ausdrücklich fest, daß „gemessen an marktnäheren, wettbewerblichen Organisationsalternativen ... das korporatistische Modell ... derartige Funktionsdefizite" aufweise, „daß es bestenfalls als Second-best-Alternative beurteilt werden (könne), falls das historisch gewachsene Gesundheitssystem *politisch* nicht in Richtung wettbewerblicher Leitbilder weiterentwickelt werden kann" (KNAPPE 1988 a, S.292). Auch vor diesem Hintergrund sind Forderungen zu sehen, die Organe der Selbstverwaltung mit der erforderlichen Autonomie auszustatten und ihnen größtmögliche Handlungsräume zu gewähren.

Entsprechend dieser höchst unterschiedlichen Ausgangsbasis ergeben sich dann auch sehr voneinander abweichende Vorstellungen zur *ordnungspolitischen Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips.* Es zeigt sich, daß aus einer zunächst scheinbar übereinstimmenden Kritik am realen Zustand der Selbstverwaltung sehr *unterschiedliche Reformoptionen* abgeleitet werden. Defizite werden zwar als Phänomene kritisiert, die Kritik erfolgt jedoch aus verschiedenen Blickwinkeln. Tatsächlich hängen die Vorstellungen über Mängel und den daraus folgenden Schwerpunkten einer Reform der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung direkt mit allgemeinen ordnungs- und gesundheitspolitischen Optionen zusammen (vgl. REINERS 1988 b, S.7). Dabei besteht auch die Gefahr, daß in Anbetracht dessen, daß weder eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems noch eine »reine« marktwirtschaftliche Organisation der Gesundheitsversorgung ernsthaft zur Diskussion stehen, die alte *Kontroverse* um ein *»mehr oder weniger an Wettbewerb«* mit all ihren ideologischen Begleiterscheinungen zunehmend die Diskussion um die konzeptionelle Weiterentwicklung des Selbstverwaltungsgedankens beherrscht.

2. Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip des Krankenversicherungssystems

2. 1 Grundlagen und Charakteristiken des Selbstverwaltungsprinzips

Als organisatorisches, ordnungspolitisches Prinzip gehört das *Selbstverwaltungsprinzip* von Beginn an zu den wesentlichen Gestaltungselementen der neuzeitlichen Sozialversicherungspolitik des Deutschen Reiches und der Bundesrepublik Deutschland (vgl. LEOPOLD 1980, S.55 ff.; TENNSTEDT 1977; BOGS 1973; MAUNZ/SCHRAFT 1975; MÜTHLING 1966). Bereits bei der Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 wurde das Selbstverwaltungsprinzip auf deren Träger, die Krankenkassen, übertragen. Im Laufe einer nunmehr gut 100jährigen Geschichte hat die soziale Selbstverwaltung unterschiedliche Entwicklungen erlebt. Dabei entstand bei der praktischen Umsetzung des Selbstverwaltungsgedankens ein umfangreicher formal-juristischer Apparat von Gesetzen, Verordnungen und Regelungen (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.178).

Vor allem in der jüngeren Vergangenheit wurde auf Entwicklungen aufmerksam gemacht, die nach Meinung bestimmter Fachleute „eine schrittweise Aushöhlung dieses Prinzips und damit eine entscheidende Verringerung der Qualität sozialer Sicherung sowie der demokratischen Qualität der Sozialordnung befürchten lassen" (LAMPERT 1984, S.37). Auf der anderen Seite wird die auf eine zwischenverbandliche Koordinierung unter staatlicher Beteiligung ausgedehnte Steuerung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen mittels Verbänden, Kammern und Organen der Sozialversicherungen von der gesundheitsökonomischen Literatur insbesondere in der jüngeren Zeit zunehmend aufmerksamer registriert und zwar nicht nur wegen ihrer praktischen Bewährung (vgl. GÄFGEN [Hrsg.] 1988, S.9), sondern auch, weil hierin eine weiterentwicklungsfähige Alternative zur klassischen ordnungspolitischen Dichotomie von zentralverwaltungswirtschaftlicher Lenkung einerseits und marktwirtschaftlichem Wettbewerb andererseits gesehen wird.

2. 1. 1 Wesensmerkmale der Selbstverwaltung

In einer sehr *juristisch ausgerichteten* und *einseitig staatliche Kompetenz betonenden Definition* ist unter Selbstverwaltung eine »Verwaltung« sozialer Angelegenheiten zu verstehen, die folgende *Merkmale* aufweist (vgl. MAUNZ/SCHRAFT 1975; LAMPERT 1984, S.38):

1) Sie ist Erfüllung gesetzlich zugewiesener Aufgaben öffentlicher Daseinsfürsorge als eigene, im eigenen Namen und in eigener Verantwortung durchgeführten Aufgaben, jedoch

2) nach Maßgabe von Gesetz und Satzung und unter staatlicher Aufsicht durch

3) Körperschaften des öffentlichen Rechts, die durch Gesetz oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften errichtet wurden;

4) die Organe dieser Körperschaften sind mit ehrenamtlich tätigen, gewählten Vertretern der Beteiligten, insbesondere der Versicherten und der Arbeitgeber, besetzt.

Weniger juristisch formuliert ist das Organisationsprinzip der Selbstverwaltung die *freiheitliche Selbstregelung* und

Selbstbesorgung öffentlicher Angelegenheiten durch den interessierten Gesellschaftskreis und seiner sachkundigen Repräsentanten lediglich unter staatlicher Aufsicht (vgl. BOGS 1976, S.13). So gesehen beinhaltet das Selbstverwaltungsprinzip die *Existenz autonomer Handlungsmöglichkeiten* im Rahmen gesetzlich fixierter Aufgabenstellungen und unterscheidet sich von jener Sichtweise, „die der Selbstverwaltung nur eine vom Staat abgeleitete, übertragene, rein verwaltungsmäßige Kompetenz zugesteht und eigene Autonomiebereiche oder weitergehende Steuerungsfunktionen ausschließt" (NEUBAUER/REBSCHER 1984, S.178).

Tatsächlich kann der wesentliche *Sinn sozialer Selbstverwaltung* nur in der „im Rahmen der bestehenden Gesetze und der zugewiesenen Aufgaben bestehender Rechtssetzungsbefugnis der Selbstverwaltungsträger, d. h. in *begrenzten, autonomen Gestaltungsmöglichkeiten*" (LAMPERT 1984, S.38) liegen. Im materiellen Sinne bedeutet Selbstverwaltung ja gerade eigenmotiviertes Handlungsvermögen in Freiräumen; fehlen derartige Freiräume, ist Selbstverwaltung nicht nur mittelbare Staatsverwaltung, sondern auch tatsächliche Staatsverwaltung (vgl. WERTENBRUCH 1975, S.522). Entscheidend für den (materiellen) Wert der Selbstverwaltung ist somit, welchen Freiraum (gemeint ist damit jener Raum, der den »freien« Trägern zur Ausfüllung im Rahmen der allgemein verbindlichen Rechtsordnung verbleibt) die Rechtsnormen der Selbstverwaltung dem Sozialversicherungsträger einräumen (vgl. BECHER, S.2).

Seine *Legitimation* bezieht das Selbstverwaltungsprinzip u. a. aus Überlegungen, wonach es noch am ehesten eine Ordnung gewährleistet, „die Zentralisierung und Dezentralisierung, Machtkonzentration und -beschränkung, Vereinheitlichung und funktionale Spezialisierung, staatliche Steuerung und freie Selbstgestaltung miteinander verbindet" (von FERBER 1976, S.108; vgl. auch: WSI 1978, S.135 ff.; STANDFEST 1977, S.424 ff.). Anders als rein hoheitlich-staatliches Handeln ist die Selbstverwaltung in der Lage, gesellschaftliche Kräfte zu mobilisieren und gesellschaftliche Aktivitäten zu initiieren und zu fördern (vgl. THIEMEYER 1975, S.542).[1] Gerade im Bereich sozialer Dienstleistungen werden die repräsentativen parlamentarischen Systeme als überfordert angesehen, um z. B. allein über die Verteilung so existenzwichtiger Güter wie Gesundheit zu entscheiden. Zudem genügen die dem parlamentarischen System zur Verfügung stehenden Instrumente der Gesetzgebung und der Kontrolle des Staatsbudgets kaum, um eine an den Interessen der Bürger orientierte Versorgung zu gewährleisten (vgl. REINERS 1987, S.26). Erst in der Selbstverwaltung findet die *Dienstleistungsfunktion des Sozialstaates* eine geeignete Organisationsform, um „die Bedürfnisse der Adressaten sozialstaatlicher Leistungen zu ermitteln, die Gruppenspezifität der Interessen zum Ausdruck zu bringen und bei der Durchführung sozialstaatlicher Aufgaben die Grundsätze der Modernisierung und der Effizienz zu verwirklichen" (von FERBER 1976, S.146 f.).

Eine weitere wesentliche Rechtfertigung der Selbstverwaltung ergibt sich aus der ihr immanenten Möglichkeit, sie als *Parafisci* zu benutzen. Selbstverwaltung in der Sozialversicherung bedeutet in der Praxis stets die Bildung von Parafisci, also die Ausgliederung finanzwirtschaftlicher Vorgänge aus dem zentralen öffentlichen Haushalt, auch wenn dies im Prinzip eine Verletzung des Non-Affektationsprinzips und des Prinzips der Haushaltseinheit darstellt (vgl. THIEMEYER 1984 b, S.77).

2. 1. 2 Verfassungsrechtliche und gesetzliche Grundlagen

Die Frage, ob die *soziale Selbstverwaltung* als Ordnungsprinzip der Sozialversicherung im Grundgesetz verankert ist, ist unter Staats- und Verfassungsrechtlern zwar nicht gänzlich unumstritten (vgl. LEOPOLD 1980, S.67 ff.; LAMPERT 1983, S.70), eindeutig herrschende Auffassung ist jedoch, daß eine *verfassungsrechtliche Garantie* der Selbstverwaltung für Sozialversicherungsträger, wie sie Art. 28 Abs. 2 GG für die Gemeinden gibt, nicht besteht (vgl. KRAUSE 1988, S.255). Weder enthält das Gebot des sozialen Rechtsstaates in Art. 20 Abs. 1 GG einen Anspruch auf Sozialleistungen durch ein mit dem Recht zur Selbstverwaltung ausgestattetes Sozialversicherungssysstem (vgl. BVerfGE 39, 302, 314 f.), noch lassen sich aus den Art. 74 Nr.12, Art. 87 Abs. 2 GG Rechte der sozialversicherungsrechtlichen Selbstverwaltung etwa im Sinne einer *institutionellen Bestandsgarantie* herleiten (vgl. GITTER/ OBERENDER 1987, S.95). Auch nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) ist eine Verfassungsgarantie des bestehenden Systems der Sozialversicherung oder seiner tragenden Organisationsprinzipien dem Grundgesetz nicht zu entnehmen. So wäre es nach Auffassung des BVerfG mit dem Grundgesetz durchaus zu vereinbaren, „wenn z. B. der Gesetzgeber sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenfaßte und in einem Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbare Körperschaft organisierte" (BVerfGE 39, 302, 315; vgl. auch: BVerfGE 36, 383, 392 f.).

Diese Beurteilung kollidiert nach weitverbreiteter Meinung auch nicht damit, daß grundsätzlich anerkannt wird, daß die in Art. 20 Abs. 1 GG verankerte *Sozialstaatsklausel* eine alle Staatsgewalten verpflichtende Leitlinie mit normativer Verbindlichkeit darstellt und als Zielbestimmung oder Richtlinie der Verfassung zu werten ist (vgl. BENDA 1985, S.97; SENDLER 1986, S.231). In diesem Sinne beinhaltet die Sozialstaatsklausel für den Gesetzgeber nicht nur die Ermächtigung, sondern die verbindliche *Verpflichtung zu sozialgestaltender Aktivität* (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.65). Eine verfassungsmäßige Gewährleistung des Systems der Sozialversicherung ist nach herrschender Meinung allerdings auch hieraus nicht abzuleiten.[2] Andererseits gestattet Art. 20 Abs. 1 GG aber auch nicht, das gesamte Sozialversicherungssystem oder Teile davon, wie z. B. die gesetzliche Krankenversicherung „vollständig und ersatzlos abzuschaffen" (vgl. GITTER/OBERENDER 1987,S.67; vgl. auch: WANNAGAT 1965, S.223 f.). Nicht verlangt wird vom Sozialstaatsprinzip lediglich eine bestimmte Form oder Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. GITTER 1985, S.83). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die von Verfassung wegen geforderte soziale Sicherheit und soziale Gerechtigkeit auch mittels prinzipiell anders strukturierter „umfassender Systeme der Sozialen Sicherung" (BVerfGE 45, 376, 387) zu realisieren. Denkbar wäre z. B., das auf der Selbstverwaltung beruhende derzeitige Sozial-

1) Die Bedeutung eigenmotivierten Handelns als kennzeichnend für die Selbstverwaltung wurde bereits in der kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 zum Ausdruck gebracht, wo es im Zusammenhang mit der Sozialversicherung heißt: „Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form corporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde".

2) Anderer Meinung ist z. B. HEINZE, der eine Institutsgarantie aus dem Besitzstandsanspruch nach der Rentenanwartschaftsrechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ableitet (vgl. HEINZE 1984, S.59 f.)

versicherungssystem durch ein unmittelbar staatlich organisiertes und aus Staatsmitteln finanziertes System kollektiver Fürsorge (z. B. nach skandinavischem Muster) zu ersetzen (vgl. WANNAGAT 1965, S.224 ff.; GITTER 1985, S.83; GITTER/OBERENDER 1987, S.63).

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß dem Gesetzgeber von der Verfassung ein *weiter Ermessensspielraum* für die Realisierung sozialer Sicherheit eingeräumt ist. Das Bundesverfassungsgericht hat sogar ausdrücklich hervorgehoben, daß die sich ständig wandelnden Verhältnisse es geradezu erforderten, im Interesse der sozialen Sicherheit dem Gesetzgeber möglichst viel Freiheit zu neuen Lösungen, gerade auch im Bereich der Organisation, zu belassen (vgl. BVerfGE 39, 302, 314 f.).

Nun entspricht es zwar *tradionellen Grundsätzen des Organisationsrechts* der gesetzlichen Krankenversicherung, daß der Gesetzgeber weite Teile des Steuerungsauftrages auf die soziale Selbstverwaltung übertragen hat, einen Schutz gegen Veränderungen bedeutet dies jedoch nicht. Kommt die Selbstverwaltung – aus welchen Gründen auch immer – „nicht zu dem von der Verfassung in Rechnung gestellten Erfolg, so kann der Gesetzgeber die Handlungsinitiative wieder an sich ziehen, um seiner eigenen Gestaltungspflicht gerecht zu werden" (SENDLER 1986, S.231). Verlangt werden kann allenfalls, daß der Gesetzgeber mit Rücksicht auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zunächst mildere Mittel einsetzt oder deren Ersatz durch andere abwartet. „Wenn sich diese jedoch als unzureichend erweisen, kann (und muß) er die Rahmenbedingungen durch zusätzliche Maßnahmen verbessern oder in die Einzelentscheidung eingreifen. *Dies gilt insbesondere, wenn es der Selbstverwaltung mit dem Vertragsrecht nicht gelungen ist, zum Erfolg zu kommen*" (SENDLER 1986, S.231).

Ungeachtet der fehlenden Verfassungsgarantie ist die soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch verschiedene *gesetzliche Grundlagen* gleichwohl rechtlich normiert. Aufbauend auf den historisch entstandenen Strukturen ist die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1951 durch das *Gesetz über die Selbstverwaltung und zur Änderung von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung* (BGBl.I S.124) wiederhergestellt worden. Nach geltendem Recht werden die Träger der Sozialversicherung als »Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung« definiert (§ 29 Abs.1 SGB IV), die »im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung« erfüllen (§ 29 Abs.3 SGB IV). Dies bedeutet, daß die Sozialversicherungsträger den Kreis ihrer Aufgaben nicht selbst bestimmen können, „sondern ... auf gesetzlich zugewiesene und in engem Rahmen vom Gesetz zugelassene Aufgaben" beschränkt sind (KRAUSE 1988, S.258). Wesentlich ist dabei, daß die Selbstverwaltung von der grundrechtlich als Vereinigungs- und Koalitionsfreiheit gewährten Autonomie privater Verbände zu unterscheiden ist (vgl. KRAUSE 1988, S.254). Das Bundesverfassungsgericht begreift die Tätigkeiten der Krankenkassen ungeachtet des ihnen zustehenden Selbstverwaltungsspielraumes als *Ausübung mittelbarer Staatsverwaltung* und hat von daher im Prinzip deren Grundrechtsfähigkeit ausgeschlossen (vgl. GITTER/OBERENDER 1987, S.96).

2. 1. 3 Soziale Selbstverwaltung als Bestandteil der Sozialordnung

Unabhängig von der rechtlichen Beurteilung stellt die soziale Selbstverwaltung faktisch ein kaum wegzudenkendes *Kernelement der deutschen Sozialversicherungspolitik* dar. Entsprechend besteht weitgehende Übereinstimmung darin, daß „der sozialen Selbstverwaltung erstens für die freiheitliche demokratische Grundordnung, zweitens für die demokratische Qualität der Sozialordnung und drittens für die Leistungsfähigkeit der staatlichen Sozialpolitik enorme Bedeutung" zukommt (LAMPERT 1983, S.70).

Möglicherweise wichtiger als eine Verfassungsgarantie ist für den *Bestand der sozialen Selbstverwaltung* und ihre Gestaltungskraft die weithin akzeptierte Auffassung, daß sie ein *system- und wesenskonformes Organisationsprinzip* der »Sozialen Marktwirtschaft« darstellt. Diese in der Bundesrepublik Deutschland angestrebte wirtschafts- und sozialpolitische Konzeption beansprucht einerseits den individuellen Freiheitsverbürgungen des Grundgesetzes als auch seinen sozialen Zielen und sozialrechtlichen Freiheitsverbürgungen gerecht zu werden. Idealtypischen Vorstellungen zufolge entspricht der *»Sozialen Marktwirtschaft«* eine Sozialordnung, die »auf der Grundlage einer marktwirtschaftlichen Ordnung« auf die Sicherung sozialen Fortschritts, auf ein vielgestaltiges System sozialen Schutzes, auf soziale Sicherheit und soziale Gerechtigkeit zielt (vgl. MÜLLER-ARMACK 1956, S.390 ff.). Als *tragende Prinzipien* einer derartigen Sozialordnung gelten das *Solidaritätsprinzip*, das *Subsidiaritätsprinzip* sowie die Prinzipien der *Selbstverantwortung* und *Selbstverwaltung* (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.48 f.; LAMPERT 1983, S.71 f.).

Wesentlich ist dabei, daß diese Prinzipien nicht isoliert nebeneinanderstehen, sondern zwischen ihnen *vielfältige Interdependenzen* bestehen. Dies gilt ganz besonders für das Konzept der sozialen Selbstverwaltung, das nicht nur auf diesen Prinzipien aufbaut, sondern diese auch miteinander verbindet. Hingewiesen wird u. a. darauf, daß das *Subsidiaritätsprinzip* im Gedanken der Selbstverwaltung der sozialen Gruppen und in der Begrenzung der Tätigkeiten des Staates auf die Setzung von politischen, rechtlichen, sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eine konkrete Ausprägung erfahre (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.48). Zugleich verlange das Subsidiaritätsprinzip, daß kein Sozialgebilde Aufgaben an sich ziehen solle, die der einzelne oder kleinere Gruppen mindestens gleich gut lösen können wie die größere Einheit.

In dieser Forderung korrespondiert dieses Prinzip mit dem *Solidaritätsprinzip*, das an Funktionsfähigkeit umso mehr einbüßt, je größer die Gruppe ist, „weil mit steigender Gruppengröße das Zusammengehörigkeitsgefühl, das Gefühl gegenseitiger Abhängigkeit und gegenseitiger Verantwortlichkeit, die Überschaubarkeit des Systems für die Gruppenmitglieder, die Möglichkeiten gegenseitiger sozialer Kontrolle und die Möglichkeiten der Verhinderung des Mißbrauchs der Solidarität abnehmen" (LAMPERT 1983, S.72). Ohnehin könne Solidarität als Bereitschaft, sich für andere mitverantwortlich zu fühlen und bestimmte Leistungen zu erbringen, ohne adäquate Gegenleistung zu erwarten, von den Mitgliedern einer *Solidargemeinschaft* nur dann dauerhaft durchgehalten werden, wenn diese Solidarität von Gruppenmitgliedern nicht dadurch überbeansprucht werde, daß diese entweder nicht bereit sind, entsprechend dem Prinzip der *Selbstverantwortung* das in ihren Kräften stehende zu tun, um die Gewährung von Leistungen durch die

Gruppe zu vermeiden oder möglichst gering zu halten oder Leistungen in Anspruch nehmen, um ihren individuellen Nutzen zu maximieren (vgl. LAMPERT 1983, S.72).

Befürworter von Selbstverwaltungslösungen sehen in der, in der gesetzlichen Krankenversicherung realisierten sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung ein beinahe zwingendes Ordnungskonzept dieser Grundprinzipien. Soziale Selbstverwaltung im materiellen Sinne bedeute nichts anderes als die im Rahmen gesetzlicher Zielvorgaben selbstverantwortliche, in einem bestimmten Umfang dezentralisierte Erfüllung von Aufgaben entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip durch Solidargemeinschaften. Während das Subsidiaritätsprinzip Grundlage jeder Selbstverwaltung sei, verweise das im Gesundheitswesen geforderte vertrauensvolle Zusammenwirken der beteiligten Verbände auf das Prinzip der Solidarität (vgl. KÜKKENHOFF 1974, S.833 ff.).

2. 1. 4 Bedeutung von Wahlen und Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung

In Ordnungssystemen, die auf dem Selbstverwaltungsprinzip basieren, dominieren *Wahlen* und *Verhandlungen* bei den Koordinationsverfahren zur Entscheidungsfindung und zum Interessenausgleich sowie zur Konfliktregulierung. Zwar steht die *Beziehungsstruktur zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern*, in deren Rahmen den *Kollektivverhandlungen* eine besondere Bedeutung zukommt, im Vordergrund, zentraler Systembestandteil ist aber zugleich die *kollektive interne Selbstorganisation* über Wahlen, die zum einen in der Repräsentation der Mitgliederinteressen besteht und zum anderen die Rückbindung der Mitglieder an ausgehandelte Kollektivverträge beinhaltet (vgl. KNAPPE 1988, S.274 ff.).

Konzepte der Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände verweisen darauf, daß gerade die Fülle der im Gesundheitswesen anzutreffenden Steuerungsprobleme nicht durch eine einfache Konfrontation von Markt und Zentralverwaltung lösbar seien (vgl. HERDER-DORNEICH 1981, S.38). Dies um so weniger, als gerade der Gesundheitssektor als einem der am stärksten durch Verbandsmacht geprägten Wirtschaftssektoren (vgl. von FERBER 1983, S.113) über umfangreiche Erfahrungen sowohl mit dem *Steuerungsmechanismus Wahlen* wie dem von *Gruppenverhandlungen* verfüge. Es wird sogar die Auffassung vertreten, daß es in der Bundesrepublik Deutschland wohl kaum einen zweiten sozioökonomischen Bereich gebe, in welchem Wahlen eine so große Bedeutung zugemessen werde wie dem der Gemeinsamen Selbstverwaltung der ambulantärztlichen und zahnärztlichen Versorgung (vgl. NEUBAUER 1986, S.223). Indem den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Gesetzlichen Krankenkassen vom Gesetzgeber die Durchführung von Wahlen vorgeschrieben werde, sei Kassenärzten und Versicherten ein Willensbildungsprozeß vorgegeben, der unmittelbar auf das Innenverhältnis und mittelbar auf das gegenseitige Verhältnis von gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen einwirke (vgl. NEUBAUER 1986, S.223).

2. 2 Ausgestaltung der Selbstverwaltung im derzeitigen System der gesetzlichen Krankenversicherung

2. 2. 1 Organisatorische Ausgestaltung der Selbstverwaltung

Innerhalb des Krankenversicherungssystems agieren eine Vielzahl von Verbänden, Kammern und Organisationen, die sich einerseits durch ihre *Rechtsform*, andererseits durch ihren *Grad der Selbstverwaltung* voneinander unterscheiden. Im engeren Sinne selbstverwaltete Einrichtungen sind u. a. die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Eingebunden in das *korporatistische Steuerungssystem* sind darüber hinaus aber auch zahlreiche sonstige Verbände der Heilberufe einschließlich der Träger von Versorgungseinrichtungen (z. B. Zusammenschlüsse der Krankenhäuser), die zumeist als nicht rechtsfähige Vereine des Privatrechts geführt werden und somit nicht zu den Selbstverwaltungen in Form »öffentlich-rechtlicher Körperschaften« zählen (vgl. THIEMEYER 1984 b, S.87; KNAPPE 1988, S.276).

2. 2. 1. 1 Organisation der Selbstverwaltung im Bereich der Krankenkassen

Träger der Krankenversicherung sind finanziell und organisatorisch selbständige, jedoch unter staatlicher Aufsicht stehende Krankenkassen. Die einzelnen Krankenkassen sind Selbstverwaltungskörperschaften mit Vorstand und Vertreterversammlung, die sich paritätisch aus gewählten Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammensetzen. Hiervon abweichend bestehen die Organe der Ersatzkassen nur aus Vertretern der Versicherten, die Organe der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten und zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber.

Für die Besetzung der Vertreterversammlungen können in den Krankenkassen alle sechs Jahre allgemeine, freie, geheime, gleiche und unmittelbare Wahlen durchgeführt werden. Alle weiteren Organe werden mittelbar gewählt. Die hierdurch im Prinzip gegebene breite Legitimationsbasis der gesetzlichen Krankenkassen wird allerdings dadurch beeinträchtigt, daß der Gesetzgeber sog. Friedenswahlen, d. h. Wahlen ohne Wahlhandlung zuläßt (vgl. NEUBAUER 1986, S.226 f.). Friedenswahlen kommen zum Zuge, wenn entweder nur eine Vorschlagsliste zugelassen ist, oder „wenn zwar mehrere Vorschlagslisten zugelassen werden, in ihnen aber insgesamt nicht mehr Bewerber benannt sind, als Mitglieder zu wählen sind" (§ 24 Abs. 1 SVWO).

Die *Vertreterversammlung* darf aus höchstens 60 Mitgliedern bestehen. Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere der Beschluß der *Satzung* sowie die *Wahl des Vorstandes*, dessen Mitgliederzahl nach dem Gesetz durch die Satzung bestimmt wird und von der Größe des Versicherungsträgers abhängt. Während der Vorstand ehrenamtlich tätig ist, steht an der Spitze der Verwaltung ein hauptamtlicher *Geschäftsführer*, der von der Vertreterversammlung auf Lebenszeit gewählt wird.

Im Bereich der RVO-Kassen (also Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen) bilden die Einzelkassen *kassenartenspezifische Landesverbände*, die ihrerseits zu *Bundesverbänden* zusammengeschlossen sind. Auch diese Verbände sind *Körperschaften des öffentlichen Rechts* mit *Selbstverwaltung*. Aufgabe der Landesverbände der Krankenkassen ist in erster Linie die *Verhandlungsführung* und der *Vertragsabschluß* mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Landesvereinigungen, die Mitwirkung bei der Bedarfsplanung und im Zulassungswesen. Ferner sind die Landesverbände verpflichtet, den einzelnen Kassen bei der Erledigung ihrer Aufgaben zur Seite zu stehen (§ 414e RVO).

Eine prinzipiell andere *Organisationsgliederung* weisen die Angestellten-Ersatzkassen auf. Dominierend ist hier eine stark *zentralisierte Entscheidungsstruktur*, zum einen befinden die Leitungen jeder Ersatzkasse zentral über die Geschäftspolitik, zum anderen definiert und bestimmt der Verband der Angestellten-Ersatzkassen (VdAK) die Interessenswahrnehmung aller Ersatzkassen nach außen. Interne Konflikte zwischen den einzelnen Ersatzkassen führen kaum zu Problemen in bezug auf die *externe Interessenvertretung* (vgl. MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER 1982, S.44). Zwar bestehen auf der Landesebene sog. *Landes-ausschüsse*, deren Kompetenzen und Aufgaben im Bereich der Vertrags-, Planungs- und Steuerungspolitik sind jedoch als eher unbedeutend zu bezeichnen. Im wesentlichen bleiben den dezentralen Organisationen der Ersatzkassen „die Funktion der Gestaltung günstiger Wettbewerbsbedingungen zu den RVO-Kassen (besonders den Ortskrankenkassen) und die Aufgabe einer kundennahen Betreuung der Versicherten" (MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER 1982, S.45 f.).

2. 2. 1. 2 Organisationsstrukturen auf der Seite der Leistungserbringer

Im Gegensatz zur Finanzierungs- und Nachfrageseite, wo nahezu ausschließlich eine öffentlich-rechtliche Struktur besteht, weisen die Verbände der Anbieter von Gesundheitsleistungen ein weitaus differenzierteres Bild auf (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1984, S.13). Neben den *öffentlich-rechtlichen Pflichtverbänden* der Ärzte und Zahnärzte gibt es hier *zahlreiche freie Verbände*, die Einfluß auf die gesundheitspolitische Diskussion nehmen und auf die Politik der selbstverwalteten Körperschaften einwirken.

Im *Kassenarztbereich* sind die *Kassenärztlichen Vereinigungen* (KVen) die zentralen öffentlich-rechtlichen Körperschaften in bezug auf die ökonomische Dimension ärztlicher Tätigkeit. Derzeit gibt es im Bundesgebiet 18 Kassenärztliche Vereinigungen sowie die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* als Koordinationsstelle (ebenfalls eine Körperschaft des öffentlichen Rechts), bei welcher die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen Mitglied sind. Für die niedergelassenen Ärzte besteht Pflichtmitgliedschaft in den KVen. Das Kassenarztrecht schreibt unmittelbare und geheime Wahlen vor. Anders als bei den Krankenkassen sind hier Friedenswahlen seit 1965 untersagt. Allerdings ist ohnehin das Interesse der Mitglieder an der Arbeit der KVen deutlich höher als das der Versicherten an ihrer Krankenkassen. Ursache hierfür ist u. a. das Gewicht, das die KV für das wirtschaftliche Auskommen des Kassenarztes hat. Zu den Aufgaben der KV gehört nicht nur ein umfassender *Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag*, die KVen sind auch *Interessenvertretung der Ärzte* gegenüber den Krankenkassen in den *Honorarverhandlungen*, haben also zugleich eine quasigewerkschaftliche Funktion.

Für die Ärzte besteht daneben als weitere Pflichtorganisation die *Ärztekammer*. Die 11 Landesärztekammern haben ebenfalls den Status von Körperschaften des öffentlichen Rechts; ihre Dachorganisation, die *Bundesärztekammer*, ist dagegen ein eingetragener Verein. Die einzelnen ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände stehen unter der Aufsicht der Landesärztekammern und der für ihren Sitz zuständigen staatlichen Behörden. Hauptaufgabe der Ärztekammern ist die *Qualitätssicherung* in der *ärztlichen Berufsausübung* und in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Anders als im Bereich der Ärzte kann im *Krankenhausbereich* von einer Selbstverwaltung praktisch nicht gesprochen werden. Verbandlich organisiert sind die unterschiedlichen Krankenhausträger zum einen in 11 Spitzenverbänden der Krankenhausträger sowie 11 *Landeskrankenhausgesellschaften*. Zusammen bilden sie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, deren Hauptaufgabe darin besteht, die Einzelverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Zusammenwirken mit staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen des Gesundheitswesens zu unterstützen. In der Rechtsform eingetragener Vereine sind die Krankenhausgesellschaften freie Verbände, die gegenüber den einzelnen Trägern oder einzelnen Krankenhäusern *keine Weisungskompetenz* besitzen.

Im *Arzneimittelbereich* schließlich existiert mit der *Apothekerkammer* zwar eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, diese hat jedoch als Berufsvertretung keine explizit *ökonomische Funktion*. Ebenfalls eher eine untergeordnete Rolle spielt die Tatsache, daß die Krankenkassen mit den Apothekervereinen die Arzneimitteltaxe aushandeln. Die für die ökonomisch bedeutsamen Arzneimittelpreise verantwortliche *pharmazeutische Industrie* ist dagegen in das System der Gesundheitsversorgung institutionell überhaupt nicht eingegliedert. Eine Gemeinsame Selbstverwaltung als institutionell verankertem *Koordinierungsmechanismus* wird vom Verband der pharmazeutischen Industrie allerdings auch als nicht marktkonform entschieden abgelehnt.

2. 2. 2 Kompetenzen und Aufgaben der Selbstverwaltung

Die Absicht des Gesetzgebers bei der Wiederherstellung der Selbstverwaltung im Jahre 1951, mit der Restauration der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die in der Wirtschaft maßgebenden Faktoren der Arbeitnehmer und Arbeitgeber in höherem Maße als in der Vergangenheit die Sozialversicherung in eigener Verantwortung zu übernehmen, wird durch den *Mangel an Kompetenzen* konterkariert, die er der Selbstverwaltung zu übertragen bereit war (vgl. KRAUSE 1988, S.258). Von Beginn an inhaltlich beschränkt war das Selbstverwaltungsrecht durch die Gesetze und sonstiges maßgebendes Recht sowie durch den Rahmen der gestellten Aufgabe (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Entsprechend begrenzt waren und sind die *Spielräume der Selbstverwaltung* für eine *eigenverantwortliche Tätigkeit*.

2. 2. 2. 1 Aufgaben der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich der *Aufgabenbereich der Selbstverwaltung* im wesentlichen auf folgende Gebiete (vgl. WSI 1978, S.5; REINERS 1987, S.27 f.; REINERS 1988 b, S.1):

- Erlaß von Satzungen;
- Aufstellung und Kontrolle des Haushalts, Personalhoheit;
- Festlegen der Beitragssätze;
- in geringerem Umfang Gestaltung der Versicherungsleistungen;
- Gestaltung der Beziehungen zu den Leistungserbringern (Vertragswesen), zumeist auf Verbandsebene;
- Kontrolle der Effektivität und Effizienz der angebotenen Sach- und Dienstleistungen, Herstellen von Kostentransparenz;

- Aufklärung und Beratung der Versicherten.

Entsprechend dieser Aufgabenstellung ergeben sich für die Selbstverwaltung im Bereich der Krankenkassen unterschiedliche *Interaktionsebenen*. Im einzelnen sind dies (vgl. REINERS 1987, S.28):

- das Verhältnis von Krankenkassen und Versicherten (Mitgliedern);
- das Binnenverhältnis der Krankenkassen, d. h. die interne Arbeitsorganisation;
- das Außenverhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern;
- die generelle Außenwirkung der Krankenkassen (Verhältnis zur Öffentlichkeit) sowie
- das Verhältnis der Krankenkassen zu den staatlichen Behörden (Aufsichtsbehörden).

Mehrheitlich handelt es sich bei den den Selbstverwaltungen vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben um *Verwaltungsaufgaben*, d. h. der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung bewegt sich vor allem auf der *administrativen Ebene*. Sieht man von gewissen jüngeren Entwicklungen ab, die ansatzweise darauf hinauslaufen, den Krankenkassen in größerem Umfang Planungs- und Steuerungsfunktionen zu übertragen, sind die Krankenkassen nach überwiegendem Verständnis in erster Linie für die Durchführung einer detaillierten Sozialgesetzgebung verantwortlich und für die Erfüllung des Leistungsrechts zuständig (vgl. MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER 1982, S.11; KRAUSE 1979/I, S.4 ff.). Vorgesehen sind weder eine uneingeschränkte Autonomie der Krankenkassen in der Finanzierungs- und Ausgabenpolitik noch ein eigener Gestaltungsspielraum. Handlungsmöglichkeiten und Stellung im Gefüge der Organisationen des Gesundheitswesens sind durch ein dichtes Netz gesetzlicher Regelungen weitgehend determiniert. In der Praxis wurde und wird die gesetzliche Krankenversicherung von den politischen Instanzen primär als „Mittel zur Leistungserbringung und zur Erfüllung von Zweckprogrammen eingesetzt" (MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER 1982, S.11).

Selbst in den wenigen Bereichen, in denen noch ein Freiraum verblieben ist, sind die Einflußmöglichkeiten der Selbstverwaltung nurmehr als marginal zu bezeichnen. Dies gilt insbesondere für das *Leistungsrecht*, einem ursprünglich maßgeblichen Gestaltungsbereich der Selbstverwaltung. In der RVO hat der Gesetzgeber das Leistungsspektrum (*Regelleistungen*) für alle Kassenarten mehr oder weniger einheitlich definiert. Die Möglichkeit der Krankenkassen über die Satzung ihren Versicherten *freiwillige Mehrleistungen* zu gewähren, ist inzwischen auf einen fast bedeutungslosen Restbereich geschrumpft. Abgesehen davon, daß Mehrleistungen grundsätzlich ohnehin nur zulässig sind, wenn das Gesetz sie ausdrücklich gestattet, bestand in der Vergangenheit die Tendenz, Mehrleistungen, die die Selbstverwaltung autonom eingeführt hatte, sukzessive in gesetzliche Regelleistungen umzuwandeln und zugleich durch Gesetz – wenigstens teilweise – den Umfang der gesetzlich zugelassenen Mehrleistungen zu begrenzen. Im Ergebnis bestehen für die Selbstverwaltung hier nurmehr relativ unbedeutende Möglichkeiten, eigene Initiativen zu entwickeln. Derzeit umfaßt der Bereich der satzungsmäßigen Mehrleistungen u. a. Maßnahmen in der Prävention, der medizinischen Rehabilitation sowie Modifikationen bei Geldleistungen (z. B. Höhe des Sterbegeldes). Bezogen auf den Gesamthaushalt einer Krankenkasse machen die Ausgaben für Mehrleistungen allerdings nur Bruchteile aus (Schätzungen sprechen von zwei Prozent der Gesamtausgaben).

Mangelnde Autonomie der Selbstverwaltung schlägt sich nicht nur im Leistungsrecht nieder, sondern ist gleichermaßen im Bereich des Mitgliedschafts- und Beitragsrechts anzutreffen. Zusammen mit einer Vielzahl anderer Bindungen (z. B. im Haushaltsrecht, bei den Stellenplänen, dem eingeschränkten Werberecht, der steuerrechtlichen Behandlung und der Rücklagenpolitik) kommt es zu einer politisch gewollten *Beschneidung der unternehmerischen Möglichkeiten* der gesetzlichen Krankenkassen. Keinerlei Gestaltungsmöglichkeiten besitzen die Krankenkassen hinsichtlich des Kreises der zu versichernden Personen und Risiken und sehen sich außerdem bei der Finanzierung ihrer Ausgaben Restriktionen unterworfen (Festlegung der Finanzierungsquellen durch Gesetz, Beitragsbemessung nach dem Grundlohn der Versicherten). Darüber hinaus unterliegt die Verwaltung der Finanzmittel (Betriebsmittel, Rücklagen, etc.) eindeutigen Rechtsvorschriften und läßt den Kassen keinen Spielraum für eigene Maßnahmen der Finanzplanung (vgl. SVK KA: Jahresgutachten 1988, S.77). Schließlich kommt hinzu, daß der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung zusätzlich dadurch eingeengt werden kann, daß die Satzung an einen Genehmigungsvorbehalt durch die staatlichen Aufsichtsbehörden gebunden ist.

Eine etwas positivere Entwicklung läßt sich neuerdings dagegen für das Verhältnis der Krankenkassen bzw. ihrer Selbstverwaltung zu den Versicherten, aber auch zur Öffentlichkeit generell konstatieren, die sich u. a. darin äußert, daß die Krankenkassen eine *verstärkte Dienstlei-stungsorientierung*, ein intensiveres Zugehen auf die Versicherten erkennen lassen. Zurückgeführt wird dieser Wandel nicht zuletzt auf die Bestimmungen des SGB, die im Vergleich zu den früheren Bestimmungen der RVO eine gewisse Abkehr von den reinen Verwaltungsorientierungen beinhalten (vgl. REINERS 1987, S.29). Während das Sozialrechtskonzept der RVO auf die Probleme des einzelnen kaum Rücksicht nimmt und ihn zum „Versicherungsfall als Ausgleichstatbestand der Sozialversicherung" (REIDEGELD 1980, S.277) macht, liegt dem SGB ein erheblich kooperativeres Verständnis des Verhältnisses der Kassen zu den Versicherten zugrunde. So enthalten insbesondere die §§ 13-15 SGB I Regelungen und Vorschriften über die Informations- und Aufklärungspflichten der GKV, die als Grundlage einer umfassenderen Kommunikationsstrategie genutzt werden können.

2. 2. 2. 2 Pflichten und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die *Selbstverwaltung der Ärzte* weist prinzipielle Unterschiede zur Selbstverwaltung der Versicherten auf; aus ökonomischer Sicht sind Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen *„staatlich geschaffene und privilegierte Monopole*, die die Formen des Marktzugangs (Approbation, Niederlassung, Zulassung als Kassenarzt durch die KVen) regeln bzw. an dieser Regelung mitwirken und – wie z. B. die Ärztekammern in den *Berufsordnungen – Regeln für das Wettbewerbsverhalten* aufstellen (wie z. B. Werbeverbot, Verbot der Kollegenkritik) und die Einhaltung der Regeln des Angebotsverhaltens und die Ordnungsgemäßheit der Leistungserstellung erzwingen können." (THIEMEYER 1984 b, S.87). Für die *Funktionsbestimmung* der *ärztlichen Selbstverwaltung* ist ihre Entstehungsgeschichte nicht unwesentlich, zumal die Organisation der niedergelas-

nur gesundheitspolitisch, sondern zu einem wesentlichen Teil ökonomisch begründet ist. Letztlich ist die ständische Selbstverwaltung der Ärzte nichts anderes als eine *„Form der Regulierung (der ‚öffentlichen Bindung') eines vom Staat zum Zwecke der Qualitätssicherung und des Angebots von bestimmten öffentlichen Gütern sanktionierten Monopols"* (THIEMEYER 1984 b, S.90; vgl. auch: SVR KA: Jahresgutachten 1988, S.80).

Ihre staatliche Sanktionierung hat diese Organisationsform erstmals im Jahre 1932 erfahren, als vor dem Hintergrund eines hohen ärztlichen Angebots und der Finanznot der Kassen das *Kassenarztsystem* grundlegend umgestaltet wurde. An die Stelle direkter Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und einzelnem Arzt kraft Einzelvertrag traten die neu errichteten Kassenärztlichen Vereinigungen, an die die Krankenkassen mit befreiender Wirkung eine »pauschalierte Gesamtvergütung« zu zahlen hatten. Damit das »Konstrukt einer Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung« auch tatsächlich Wirksamkeit erlangte, „wurden die kassenärztlichen Vereinigungen folgerichtig mit einem Sicherstellungsauftrag ausgestattet: Ihnen obliegt abschließend die Regelung der ärztlichen Versorgung der in den gesetzlichen Krankenkassen Versicherten" (SVR KA: Jahresgutachten 1988, S.80). Zugleich wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen die alleinige Zuständigkeit für die *Verteilung dieser Gesamtvergütung* übertragen und – bei gleichzeitigem Verzicht auf das Streikrecht – eine *Pflichtmitgliedschaft* für alle als Kassenarzt tätigen Ärzte in diesen Vereinigungen geschaffen.

Unterdessen ist hieraus ein diffiziles *Geflecht von Rechtsbeziehungen* entstanden. So stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen gleich in einer vierfachen Rechtsbeziehung, nämlich zu den Ärzten, den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, deren Mitglieder sie sind (§ 368k Abs. 2 RVO) (vgl. KRAUSE 1988, S.267). Ihre Hauptaufgabe und -pflicht besteht zweifellos in der *Sicherstellung der ärztlichen Versorgung* (§ 368 Abs. 2 und Abs. 3 RVO), die sie gegenüber den Krankenkassen, teils aber auch in Zusammenwirken mit diesen zu erfüllen haben. Dieser *Sicherstellungsauftrag* verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine »bedarfsgerechte und gleichmäßige« ärztliche Versorgung, einschließlich eines ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienstes, jeweils in zumutbarer Entfernung und unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der »medizinischen Wissenschaft und Technik« sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung verfügbar zu machen (§ 368 Abs. 3 RVO). Ferner sollen sie die Qualität der kassenärztlichen Versorgung gewährleisten und ein ausgewogenes Verhältnis der verschiedenen Arztgruppen sichern (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1988, S.81).

Weitere Pflichten ergeben sich aus dem Gewährleistungsauftrag, daß die kassenärztliche Versorgung durch die einzelnen Kassenärzte den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (§ 368n Abs. 1 RVO). Insbesondere haben sie den Krankenkassen die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen zu garantieren; hierunter fallen

- die Festlegung des Honoraranspruchs,
- die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise (geschäftsführend im Rahmen besonderer Ausschüsse, in denen die RVO-Kassen paritätisch mitwirken),
- die Überwachung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der Ärzte im Rahmen ihrer kassenärztlichen Tätigkeit, wobei sie bei Verstößen Disziplinarmaßnahmen bis zur Entziehung der Zulassung ergreifen können (vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1988, S.81).

Auf der anderen Seite haben die kassenärztlichen Vereinigungen Anspruch auf die Zahlung einer Vergütung (§ 368g Abs. 1 RVO) durch die Krankenkassen, obgleich der entsprechende Vertrag mit den Kassenverbänden abgeschlossen wird (§ 368f Abs. 2 RVO). Zugleich erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Festsetzung des Verteilungsmaßstabes für die Gesamtvergütung (§ 368 f RVO), wobei diese Festsetzung allerdings »im Benehmen« mit den Krankenkassen zu erfolgen hat.

Der Kassenarzt selbst ist zunächst einmal primär Mitglied der selbstverwalteten Kassenärztlichen Vereinigung, die ihn – als Voraussetzung für die Zulassung durch den Zulassungsausschuß – ins Ärzteregister einträgt (§ 368a Abs. 3 RVO). Die Zulassung selbst liegt nicht in der alleinigen Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern ist eine Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung. Umgekehrt ist der niedergelassene Arzt jedoch seiner Vereinigung gegenüber nach Maßgabe von Gesetz, Gesamtvertrag und Satzung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet, erhält von ihr seine Vergütung nach Einzelleistungen (§368f Abs. 1, S.2-5 RVO), ist zugleich aber auch ihrer Disziplinierung und Kontrolle unterworfen (§§ 368 Abs.2, 3; 368a Abs. 4; 368e; 368f Abs. 1; 368m Abs.2 RVO) (vgl. KRAUSE 1988, S.267).

2. 2. 3 Ausgestaltung der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« im derzeitigen System

Den Selbstverwaltungen der Krankenkassen und der Kassenärzte werden durch die RVO bei der Organisation, Steuerung und Sicherung der medizinischen Versorgung zahlreiche gemeinsame Aufgaben zugewiesen. Dies hat dazu geführt, daß diesbezüglich auch von der sog. *»Gemeinsamen Selbstverwaltung«* gesprochen wird (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1984, S.7). Durch die *Delegation von Staatsaufgaben* auf Gremien, in denen verschiedene nach dem Selbstverwaltungsprinzip organisierte Gebilde zusammenarbeiten, kann ein „Komplexitätsabbau der Staatsverwaltung und Abbau von Entscheidungszwang der gesetzgeberischen Körperschaften" stattfinden (THIEMEYER 1984 b, S.90). Zugleich wird im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung die neben der *Selbstorganisationsleistung* zweite wesentliche Funktion der Selbstverwaltung, nämlich die Kooperation mit anderen Organisationen (*Verhandlungsfunktion*) aktiviert. Hierbei geht es zum einen um den *Interessenausgleich* zwischen Selbstverwaltungen, die unterschiedlich gerichtete Interessen repräsentieren und zum anderen um die *gegenseitige Kontrolle*, wobei unter Kontrolle hier vor allem eine gezielte Steuerung des Handlungsspielraumes zu verstehen ist (vgl. THIEMEYER 1984 b, S.90).

Obgleich eine »Gemeinsame Selbstverwaltung« als konkrete Institution gesetzlich nicht eingerichtet ist, gibt es sie doch insofern, als Institutionen, die die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen müssen und diejenigen, die sie erbringen, auf unterschiedliche Weise zusammenarbeiten. Abgesehen davon bestimmt § 17 Abs. 2 SGB I, daß die Leistungserbringer, ihre Verbände und die sonstigen, in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigun-

gen, verpflichtet sind, bei der Erfüllung der Aufgaben eng zusammenzuarbeiten.

2. 2. 3. 1 Gemeinsame Selbstverwaltung im ambulanten ärztlichen Bereich

Zu den gemeinsam von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen wahrzunehmenden *Selbstverwaltungsbefugnissen* gehören in erster Linie:

- Nach § 368 Abs. 1 RVO haben Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen zusammenzuwirken, um die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Ziel der Sicherstellung der Kassenärztlichen Versorgung soll dabei sein, „den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung ... in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik ... zur Verfügung zu stellen" (§ 368 Abs. 3 RVO). Zugleich bestimmt § 368g Abs. 1 RVO, daß die kassenärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln ist, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.
- Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene Bedarfspläne zum Zwecke der Sicherstellung vorzulegen. Der neu geregelte § 368 t Abs. 2 RVO weist dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zudem die Aufgabe zu, durch Richtlinien-Beschlüsse die Vorgaben für die Bedarfsplanung und für Feststellungen hinsichtlich der Überversorgung zu treffen.
- Über die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen zu errichtenden Zulassungs- und Berufungsausschüsse gemäß § 368 b Abs. 1, Abs. 6 RVO wirken die Krankenkassen bei der Zulassung von Kassenärzten mit.
- Weiterhin ist eine paritätische Mitwirkung von Ärzten und Krankenkassen in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung nach § 368n Abs. 5 RVO vorgesehen.
- Gemeinsame Aufgabe ist ferner die Bildung von Bundes- und Landesschiedsämtern nach § 368i RVO und die Mitarbeit in diesen Schiedsämtern.
- Auf der Grundlage der §§ 368 und 368g RVO haben Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen in Gesamtverträgen die Höhe der Gesamtvergütung zu vereinbaren. Nach Maßgabe des Gesamtvertrages entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368f Abs.1 RVO). In diesem Zusammenhang haben die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einmal jährlich gemeinsame Empfehlungen über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung sowie einen Arzneimittelhöchstbetrag abzugeben (§ 368f Abs. 4 und Abs.7 RVO).

Entscheidend für die Verwirklichung dieser Aufgaben sind die durch § 368o RVO vorgeschriebenen *Landes- und Bundesausschüsse* der Ärzte und Krankenkassen, durch welche staatlicherseits *de facto* eine Kooperation der Selbstverwaltungsvertretungen von Produzenten (Ärzten) und Konsumenten (GKV-Mitgliedern) angeordnet wird. Für den Staat stehen in Form dieser Ausschüsse unentgeltliche Beratungsgremien zur Verfügung, in welchen vor allem Sachverstand mobilisiert werden und nicht Interessensvertretung praktiziert werden soll. Für die beiden Seiten bieten die Ausschüsse die Möglichkeit der Artikulation von Interessen und deren Ausgleich durch Verhandlungen (vgl. THIEMEYER 1984b, S.91).

Den Landes- und Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen kommt nach weit verbreiteter Meinung eine zentrale Bedeutung im Prozeß der Bereitstellung der Gesundheitsgüter im Rahmen des GKV-Systems zu. Aufgabe der Bundesausschüsse ist es, die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken (§ 368p Abs. 1, Satz 1 RVO) zu erlassen. Darin eingeschlossen sind Maßnahmen zur Früherkennung, der Beratung, der kassenärztlichen Bedarfsplanung etc. Dies bedeutet, daß über diese Richtlinien letztlich der gesamte Bereich der Produktion und Darbietung der Gesundheitsgüter als »öffentliche Güter« bestimmt wird. Mit dieser Richtlinienkompetenz zur Bestimmung von Art, Umfang und Form des Angebots öffentlicher Güter des Gesundheitswesens werden wesentliche Staatsaufgaben auf die Selbstverwaltungsorgane übertragen. „Die Repräsentanz der SV (Selbstverwaltung, Anm. d. Verf.) der Konsumenten (der Nachfrager nach Gesundheitsgütern) und der SV der Produzentengruppe (Ärzte) verhandeln über die Gestaltung des Angebots. Im Rahmen einer vom Gesetzgeber vorgegebenen Kompetenzabgrenzung und klarer Aufgabendefinition wird der öffentliche Versorgungsauftrag auf die Beteiligten delegiert: Die Übertragung umfaßt einerseits eine – in diesem Fall (scheinbar) sehr breite – Entscheidungsfreiheit und andererseits die Verantwortung für den Vollzug der Beschlüsse" (THIEMEYER 1984b, S.91 f.).

2. 2. 3. 2 Ansätze »Gemeinsamer Selbstverwaltung« im Krankenhausbereich

a) Entwicklung bis zum Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984

Im Gegensatz zum Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es eine im rechtlichen Sinne vergleichbare Selbstverwaltung im stationären Sektor des Krankenversicherungssystems nicht. Anders als im Rahmen der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, sind die Funktionen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der *Sicherstellung der Krankenhausversorgung* eher unbedeutend (vgl. LAMPERT 1983, S.77). Nach dem *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29.Juni 1972* (BGBl.I S.1009) waren beispielsweise Krankenhäuser und Krankenkassen bei der *Krankenhausbedarfsplanung* lediglich anzuhören. Desgleichen hatten die Krankenkassen auf die *Gestaltung der Pflegesätze* nur wenig Einfluß; zur Abdeckung der erstattungsfähigen Selbstkosten wurden von den zuständigen Landesbehörden auf der Grundlage von Einigungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern krankenhausindividuelle Pflegesätze autonom festgesetzt, wobei die Länder an die Verhandlungsergebnisse nicht gebunden waren.

Erste zaghafte Veränderungen in Richtung auf eine etwas stärkere Beteiligung der direkt Betroffenen brachte das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981* (BGBl.I S.1568). Zur Durchsetzung von »selbstverwaltungsartigen Regelungsprozessen« übertrug dieses Gesetz in Analogie zum Kassenbereich und dem Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung den *Krankenhausgesellschaften* der Landes- und Bundesebene, die organisationssoziologisch und politisch gewisse Ähnlichkeiten mit den traditionellen Selbstverwaltungseinrichtungen aufweisen, bestimmte *Selbstverwaltungsaufgaben* (vgl. THIEMEYER 1984 b, S.94).

Ansätze für eine Gemeinsame Selbstverwaltung enthielten insbesondere die durch § 6 KHKG 1981 neu formulierten §§ 372-374 RVO, die die Kompetenzen der Krankenkassen und der Krankenhäuser ausweiteten und die Krankenhausgesellschaften de facto zu *»Selbstverwaltungs-Substituten«* (THIEMEYER 1984 b, S.94) machten. So bestimmte der neue § 372 RVO, daß die Landesverbände der Krankenkassen mit den Krankenhäusern oder ihren Vereinigungen Verträge zu schließen haben, die eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen sollen. Desweiteren hatten die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften gemäß § 373 RVO *Prüfungsausschüsse* zu bilden, die „die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung der Krankenhauspflege im Einzelfall" überwachen sollten, wobei für die Krankenhäuser und Krankenhausärzte eine Auskunftspflicht begründet wurde. Gleichzeitig wurde hinsichtlich der Pflegesätze weitgehend das *Verhandlungsprinzip* eingeführt; die Pflegesätze sollten nunmehr eigenverantwortlich zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern ausgehandelt werden. In diesem Zusammenhang erging an die Verbände der gesetzliche Auftrag zur *Errichtung von Schiedsstellen*, die im Falle der Nichteinigung bei den Verhandlungen einen Vermittlungsvorschlag unterbreiten und gegebenenfalls den Inhalt der Verträge selbst festsetzen sollten. Lediglich wenn innerhalb von 6 Wochen eine Einigung der Verhandlungspartner nicht zustande kam, konnten die zuständigen Landesbehörden die Festsetzung der Pflegesätze vornehmen.

Insgesamt brachte das Gesetz eine geringfügige *Abschwächung des staatlichen Einflusses*, indem der Versuch unternommen wurde, in dem bis dahin weitgehend staatlich verantworteten Krankenhausbereich zusätzliche Regelungen in Form verstärkter ökonomischer Anreize und einen *Ausbau von Selbstverwaltungselementen* einzuführen. Hervorzuheben sind dabei vor allem die gesetzlichen Aufträge an die Verbände zur Sicherstellung einer dem Wirtschaftlichkeitsgebot der RVO entsprechenden Krankenhauspflege durch ein umfangreiches Empfehlungs- und Vertragssystem mit Schiedsstellen und Prüfungsausschüssen analog dem Kassenarztrecht als quasi Selbstverwaltungsinstrumente (vgl. REGLER 1988, S.210).

b) Selbstverwaltungselemente nach dem KHNG von 1984

Das *Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984* hat die 1981 begonnene Entwicklung einer verstärkten Einbeziehung der beteiligten Gruppen fortgesetzt. Insbesondere hat das Gesetz eine stärkere Beteiligung der Verbände der Krankenhausträger und der Krankenkassen an der Krankenhausplanung des Landes gebracht (§ 7 KHG). Grundsätzlich gilt für die Aushandlung des Budgets und der daraus abgeleiteten Pflegesätze künftig uneingeschränkt das *Vereinbarungsprinzip*. Können Krankenkassen und Krankenhäuser sich nicht einigen, entscheiden unabhängige *Schiedsstellen* (§ 18a KHG).Dies bedeutet den Wegfall der staatlichen Festsetzung. Den Landesbehörden obliegt nur noch im Wege der Genehmigung die Rechtmäßigkeitskontrolle.

Im einzelnen hat das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984, das der Zustimmung des Bundesrates bedurfte und deshalb weitgehend die Vorstellungen der Bundesländer widerspiegelt, folgende neue Elemente in das gegenwärtige System eingefügt:

- Die Mischfinanzierung wurde kostenneutral zugunsten einer Alleinfinanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die Bundesländer aufgelöst.
- Die duale Finanzierung wurde dabei nicht durch eine monistische Finanzierung abgelöst, sondern lediglich aufgelockert indem die Möglichkeit geschaffen wurde, daß Krankenkassen mit Krankenhäusern Investitionsverträge schließen.
- Die Vorschriften über die Förderung von Krankenhausinvestitionen wurden gestrafft. Verdeutlicht wurde, daß die in den Krankenhausplan aufgenommen Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf Förderung haben, sofern das Land das entsprechende Vorhaben in Ausübung des ihm eingeräumten Ermessens in das Investitionsprogramm aufgenommen hat. Neu eingeführt wurde die Verpflichtung, die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten und die betriebswirtschaftliche Notwendigkeit des Investitionsvorhabens zu prüfen. Damit soll u.a. gewährleistet werden, daß Investitionen nicht zu lange hinausgezögert werden.
- Bei der Aufstellung von Bedarfsplan und Investitionsprogramm wurden die kollektiven Mitwirkungsbefugnisse der Beteiligten gestärkt, da die Landesbehörde vor einer Entscheidung Einvernehmen zwischen Krankenhaus- und Kassenseite anzustreben hat. Allerdings blieb das Letztentscheidungsrecht bei der staatlichen Planungsbehörde. Für Unternehmens- und Betriebsentscheidungen ist das Krankenhaus dagegen wieder vollständig selbst verantwortlich.
- Hinsichtlich des Pflegesatzrechts wurde bestimmt, daß die Pflegesätze zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern vereinbart und ggfs. von einer mit einem neutralen Vorsitzenden besetzten Schiedsstelle festgesetzt werden. Dennoch bedürfen die vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze auch weiterhin der staatlichen Genehmigung. Unklar sind nach dem Wortlaut des § 18 Abs.5 KHG die Reichweite der Kontrollbefugnis und die Rechtsschutzmöglichkeiten gegen Entscheidungen der Schiedsstelle. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde dahingehend modifiziert, daß nur noch die vorauskalkulierten Selbstkosten eines sparsamen und leistungsfähigen Krankenhauses erstattungsfähig sind. Die Bemessung der Pflegesätze muß sich zudem stärker an globalen Empfehlungen und an Kosten vergleichbarer Krankenhäuser orientieren. Bei der Umsetzung der pflegesatzrechtlichen Vorgaben läßt das Gesetz zudem verstärkt differenzierte Entgeltformen (Pauschalen, Einzelleistungs- oder Gruppenvergütung, Budgetierung in Form fester oder veränderlicher Gesamtbeträge) zu.

2. 2. 3. 3 Situation in den übrigen Bereichen

a) Heil- und Hilfsmittelbereich

Nach § 376 d RVO haben die Krankenkassen und ihre Verbände die Kompetenz, Verträge mit Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln zu schließen. Diese Verträge regeln sowohl die Modalitäten und Voraussetzungen der Erbringung von Leistungen als auch deren Vergütung. Dabei ist für die weiteren Überlegungen, gerade im Zusammenhang mit Steuerungsalternativen, wichtig, daß der Bundesgerichtshof bereits einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit sich bewerbenden Leistungserbringern abgelehnt hat. Eine Krankenkasse ist demnach nicht verpflichtet, mit jedem Leistungserbringer einen Vertrag zu schließen (vgl. NJW 1982, S.196). Allerdings – und dies schränkt die Freiheiten in der Vertragsgestaltung bis zu einem gewissen Punkt wieder ein – stellen die Krankenkassen wettbewerbsrechtlich ein marktbeherrschendes Unternehmen dar. Die Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind daher anzuwenden. Dies bedeutet, daß, sofern Vertragsbeziehungen bestehen, für alle Leistungsanbieter die gleichen Bedingungen für den Vertragsbeitritt gelten müssen und niemand diskriminiert werden darf.

Gemäß dem durch das KVEG in die RVO eingefügten § 376 c haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer einheitliche Verzeichnisse über die von den Krankenkassen zu vergütenden Hilfsmittel zu erstellen. Liegen derartige Hilfsmittelverzeichnisse vor (z.B. Bundesprothesenliste, Bundesschuhliste), sind sie den jeweiligen Verträgen zugrunde zu legen. Bestehen solche *Leistungsverzeichnisse* dagegen nicht, sind die Vertragspartner frei bei der Definition der Leistungsinhalte, wobei die Generalklausel des »Notwendigen, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen« auch hier zu beachten bleibt.

Bei der Vergütung der Leistungen sind die beiden Marktparteien gehalten, die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen (§ 376 d Abs.2 Satz 1 RVO). Die von den Vertragspartnern vereinbarten Preise sind *Höchstpreise*, die von den Krankenkassen vor Ort unter Berücksichtigung der regionalen oder örtlichen Besonderheiten sowie der Möglichkeiten der individuellen Vertragspolitik unterschritten werden können.

b) Situation im Bereich der Arzneimittel

Im *Arzneimittelbereich* kann noch nicht einmal von Ansätzen einer Gemeinsamen Selbstverwaltung gesprochen werden (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1984). Sieht man davon ab, daß sowohl die Pharma-Industrie wie die Krankenkassen in der Konzertierten Aktion vertreten sind, bestehen zwischen beiden keine direkten Vertragsbeziehungen. Zumindest Ansätze institutionalisierter Beziehungen gibt es zwischen der *Apothekerschaft* und den gesetzlichen Krankenkassen, wenngleich im Verhältnis zum Kassenarztrecht das Ausmaß der Regelungen über die Rechtsbeziehungen zu den Apothekern in der RVO vergleichsweise gering ist. Die rechtliche Ermächtigung zum Abschluß von Lieferverträgen mit Apothekern findet sich in den §§ 407 und 414 e RVO. Durch den Abschluß dieser Verträge soll die *Arzneimittelversorgung* der Versicherten gewährleistet werden. Da die Krankenkassen bezüglich der Arzneimittelversorgung zur Sachleistung verpflichtet sind, handeln sie beim Abschluß von Lieferverträgen im Rahmen ihrer öffentlichen Aufgaben. Die *Arzneimittellieferverträge* regeln u.a. die Teilnahme am Vertrag, die Lieferberechtigung, die Abgabebestimmungen, die Preisberechnung, den Kostenanteil der Versicherten, den Kassenrabatt, die Zahlungsweise sowie das Schlichtungsverfahren. Im wesentlichen umfassen diese Regelungen also die technische Abwicklung der Arzneimittelabgabe und -berechnung.

Immerhin wurden im Rahmen der Kostendämpfungsgesetzgebung einige Möglichkeiten für die Krankenkassen geschaffen, zumindest ansatzweise auf den Arzneimittelverbrauch einzuwirken. Hierzu gehören insbesondere:

- die in § 368 f Abs. 6 RVO festgelegte Verpflichtung der Vertragspartner der Gesamtvergütung, jeweils für bestimmte Zeiträume einen Höchstbetrag der zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen (*Arzneimittelhöchstbetrag*). Dabei sind im Falle der Überschreitung des Höchstbetrages – soweit die Verantwortung bei den verordnenden Ärzten liegt – individuelle Regreßverfahren nach den dafür etablierten Kriterien vorgesehen.

- die Vorschrift des § 368p RVO, die den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen erlaubt, in Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln Preisvergleiche durchzuführen und eine Auswahl therapiegerechter Mengen zu machen. Diese *Preisvergleichsliste* soll v.a dazu dienen, das Problembewußtsein des Kassenarztes bei seiner Verordnungstätigkeit zu schärfen und ihm eine Beratungshilfe für die wirtschaftliche Verordnungsweise zu geben.

- die Verpflichtung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 368p Abs. 8 RVO, Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen (*Leistungsausschluß*).

3. Probleme und Defizite hinsichtlich der faktischen Realisierung der Selbstverwaltung

Durch die Übertragung weitreichender Steuerungsfunktionen in einem Bereich mit „partiell öffentlichen, nach weit verbreiteter Auffassung auch meritorischen" (GÄFGEN 1984, S.131) Gütern auf Selbstverwaltungsinstanzen, der Steuerung eines Politik- und Wirtschaftsbereiches also, werden Fragen der *Steuerungskapazität* dieser Instanzen und die *Effizienz bei der Leistungserbringung* besonders wichtig (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1984). Betrachtet werden sollen dabei weniger die juristischen Implikationen, als vielmehr die Selbstverwaltung als politisches und ökonomisches Problem. Zu einer in diese Richtung gehenden Analyse drängt allein schon die im Bereich der Krankenversicherung von den Institutionen der Selbstverwaltung bewegten Finanzmassen. Hinzu kommt, daß für die ordnungspolitische Beurteilung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen letztlich nicht die nach Gesetzesnormen erstrebte Verteilung der Befugnisse der Träger und Organisationen ausschlaggebend sein kann, „sondern die faktische Rolle, die diese Träger bzw. Organe spielen" (LAMPERT 1983, S.78).

3. 1 Verhältnis der Selbstverwaltung zum politisch-administrativen System

Befürworter der *Gestaltungsfunktion der Selbstverwaltung* gehen davon aus, daß Selbstverwaltung und damit eigenverantwortliches Selbstverwaltungshandeln letztlich nur dann möglich ist, wenn der Staat ausschließlich Rahmenbedingungen festlegt und im übrigen nur im Rahmen seiner Rechtsaufsicht eingreift. Zwar wird grundsätzlich anerkannt, daß zwischen Selbstverwaltung und Staatsaufsicht stets ein Spannungsverhältnis bestehe, da der Staat mit der Übertragung hoheitlicher Aufgaben sicherstellen müsse, daß die mit diesen Aufgaben betrauten Institutionen die ihnen zugewiesenen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllten, ebenso entschieden wird jedoch von vielen verlangt, daß sich der Staat darauf beschränken solle, den ordnungspolitischen Rahmen für das Handeln der Selbstverwaltung zu schaffen und ihr ansonsten aber den Raum zu geben, die ihr übertragenen Aufgaben weitgehend selbst zu gestalten (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.80).

Von den Gestaltungsanforderungen ausgehend wird kritisiert, daß im Rahmen der „Rivalität um Kompetenzbereiche zwischen Selbstverwaltung und Staat und um die Möglichkeit der Gestaltung dieser Bereiche" (NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.181) der Staat in den letzten Jahren den Bereich der Selbstverwaltung kontinuierlich eingeengt habe statt seinen Spielraum zu vergrößern. Beklagt wird insbesondere, daß der ohnehin begrenzte Handlungsspielraum, den der Staat der Selbstverwaltung belassen habe, durch den Gesetzgeber immer stärker beschnitten wurde (vgl. JENSEN 1986, S.539). Dies gehe soweit, daß die Finanz-, Beitrags-, Vertrags- und die am weitesten eingeschränkte Leistungsautonomie der Selbstverwaltungsorganisationen von der Sozialgesetzgebung in ihrer Substanz ständig bedroht werde (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.181).

Entgegen der Forderung nach einem nur ordnungspolitisch ausgerichteten Handeln des Staates hätten die Versuche der letzten Jahrzehnte, die GKV durch Reformen bzw. Eingriffe in ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern, allesamt das Gegenteil dessen bewirkt, was mit diesen Maßnahmen erreicht werden sollte: Statt zu einem Steuerungsausbau führten sie zu einem Steuerungsabbau (vgl. HERDER-DORNEICH 1982 b, S.163; HERDER-DORNEICH 1982 d, S.481 ff.). In diesem Zusammenhang wird auch die These vertreten, die mit der RVO begonnene Normierung der GKV habe sich nach dem Kriege fortgesetzt und die Bewegungsfreiheit der Selbstverwaltung mehr und mehr eingeschränkt. Besonders hervorgehoben wird dabei die Kostendämpfungspolitik, wie sie seit 1977 praktiziert wird; diese habe vor allem die einzelnen Krankenkassen in ihren Gestaltungsrechten beschnitten und „sie in die Rolle von Finanziers staatlich beschlossener Maßnahmen" gedrängt (NEUBAUER 1988 b, S.105).

Im einzelnen lassen sich vor allem folgende vier Entwicklungslinien beobachten, die die Autonomie der Gemeinsamen Selbstverwaltung und damit ihre Steuerungskapazität gefährden (vgl. LAMPERT 1983, S.73 f.):

1) Einengung der materiellen Selbstverwaltung durch Verrechtlichung der Sozialpolitik;
2) Übertragung versicherungsfremder Aufgaben und Lasten auf die GKV;
3) Finanzpolitische Bevormundung durch den Staat;
4) Ausweitung der »mittelbaren Staatsaufsicht«.

3. 1. 1 Einengung der materiellen Selbstverwaltung

Eine *Einengung des Gestaltungsspielraumes* und der *Autonomie der Selbstverwaltung* wird vor allem in der zunehmenden *Normierung* der Sozialversicherung in Gesetzen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften gesehen. Diese Einengung zeigt sich nach Ansicht der Kritiker insbesondere an der Transformation von Mehr-Leistungen in Regelleistungen und an der Einengung des Spektrums der Kann- bzw. Mehr-Leistungen (vgl. LAMPERT 1983, S.73; BESKE/ZALEWSKI 1981; THIEMEYER 1984). Durch die nahezu automatische Umwandlung ehemals freiwilliger Mehrleistungen in gesetzliche Regelleistung werde die Selbstverwaltung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten durch den Staat beschnitten. Es könne nicht Sinn des Selbstverwaltungsprinzips sein, daß freiwillige Mehrleistungen, die eine oder mehrere Kassen ihren Versicherten gewährten, früher oder später bundesweit eingeführt würden (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.60).

Als ein Beispiel genannt wird u. a. der Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, der ursprünglich ein umfangreiches und bedeutendes Betätigungsfeld der Selbstverwaltung gewesen sei, da hier freiwillige Mehrleistungen entsprechend der Leistungskraft, aber auch nach dem Willen der Versicherten hätten gewährt werden können. Gerade dieser Freiheitsspielraum der Selbstverwaltung sei jedoch durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 7. August 1974 entscheidend eingeschränkt worden (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.60). Zu den Regelungen, die einen wesentlichen Steuerungsabbau für die gesetzliche Krankenversicherung gebracht hätten, werden weiterhin gezählt: die Errichtung der Niederlassungsfreiheit der Ärzte im Jahre 1960, die Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Einführung der Lohnfortzahlung im Jahre 1970 (vgl. HERDER-DORNEICH 1982 d).

3. 1. 2 Übertragung versicherungsfremder Aufgaben und Lasten

Eine weitere Beeinträchtigung erfährt die Selbstverwaltung nach Ansicht einer Reihe von Beobachtern dadurch, daß auf die Versichertengemeinschaft im Laufe der Zeit zunehmend mehr versicherungsfremde Leistungen und Aufgaben übertragen worden seien. Zu den daraus resultierenden Belastungen gehörten beispielsweise die Mutterschaftshilfe, das Mutterschaftsgeld sowie die Leistungen im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs. Darüber hinaus sei der GKV die Aufgabe aufgebürdet worden, die Beiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung einzuziehen. Dabei ist klarzustellen, daß sich die Kritik nicht gegen die Aufgaben selbst richtet, sondern es lediglich um die Frage geht, ob es tatsächlich notwendig ist, daß die GKV Aufgaben durchführt, für die wegen ihres allgemein-gesellschaftlichen Charakters in erster Linie der Staat zuständig wäre.

3. 1. 3 Finanzpolitische Bevormundung durch den Staat

Bedenklich für die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung erscheint vielen ferner die „zunehmende finanzpolitische Bevormundung und Intervention durch den Staat, die die Sozialversicherungshaushalte zu Anhängseln des Staatshaushaltes zu machen" drohe (LAMPERT 1983, S.74). Zwar ist im Gegensatz zur Rentenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung die für die Autonomie der Selbstverwaltung nach traditioneller Auffassung wichtige

Kompetenz der Beitragsfestsetzung bei den Vertreterversammlungen geblieben, Kritiker weisen jedoch darauf hin, „daß durch die von Gesetzgebung und Rechtsprechung bewirkte *Expansion der gesetzlichen Regelleistungen* der Spielraum für satzungsmäßige Mehrleistungen mehr und mehr eingeengt worden sei. Es wird sogar die Auffassung vertreten, daß durch die Trennung von Kompetenz zur Ausweitung des Leistungskatalogs der Regelleistungen, die beim Bundesgesetzgeber liegt, und der Finanzverantwortung, die bei den Kassen liegt, die Kostenexpansion gefördert (oder zumindest erleichtert) worden sei" (THIEMEYER 1984 b, S.74).

3. 1. 4 Ausweitung der mittelbaren Staatsaufsicht

Nach Meinung von Kritikern besteht schließlich die Tendenz, die staatliche Aufsicht nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten aus der Sicht der staatlichen Administration zu praktizieren, wodurch die Selbstverwaltung immer mehr zum verlängerten Arm des Staates degradiert werde. Eine Ausweitung der mittelbaren Staatsaufsicht wurde z.B. für die gesetzliche Krankenversicherung hinsichtlich Preisgenehmigungen bzw. Preisfestsetzungen im Krankenhausbereich konstatiert. Erinnert wird an das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, das in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung von 1973 die Krankenkassen zu Optionsempfängern herabgestuft habe (vgl. LAMPERT 1983, S.74)

3. 1. 5 Auswirkungen der Kostendämpfungspolitik und der Konzertierten Aktion auf die Selbstverwaltung

Selbst unter den eigentlichen Befürwortern von Selbstverwaltungskonzepten ist heftig umstritten, ob der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltungseinrichtungen durch die 1977 eingeleitete Kostendämpfungspolitik sowie die Einrichtung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen eher eingeschränkt oder erweitert worden sei.

Folgt man der offiziellen Begründung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes, so sollte mit diesem Gesetz der Handlungsspielraum der Versicherten und Ärzte über ihre Selbstverwaltungseinrichtungen erweitert und wirksame Instrumente zur bedarfsgerechten und kostengünstigeren Versorgung der Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Die Kritiker dagegen vertreten die These, daß, verglichen mit der Vertragsfreiheit, wie sie vor Inkraftreten des KVKG bestanden habe, der Handlungsfreiraum der Gemeinsamen Selbstverwaltung entscheidend eingeengt worden sei (vgl. BESKE/ZALEWSKI 1981, S.43). Begründet wird diese Auffassung u. a. damit, daß die Zuweisung der GKV-Einnahmen zu bestimmten Ausgabenkategorien zusammen mit der Vorgabe, die Ausgabenzuwächse an die Entwicklung eines gesamtwirtschaftlichen Indikators zu koppeln, letztendlich das „Selbstverwaltungshandeln auf das Umsetzen einer Rechenoperation" reduziert habe (BESKE/ZALEWSKI 1981, S.43).

Dagegen vertreten andere die Ansicht, die Konzertierte Aktion stelle eine neue Bewährungsprobe der Selbstverwaltung dar und eine Chance zu ihrer Erhaltung. „Alle Beteiligten des Gesundheitswesens (möglicherweise abgesehen vom Staat) haben ein Interesse an der Aufrechterhaltung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Selbstverwaltung kann aber auf Dauer nur aufrechterhalten werden, wenn sie sich als leistungsfähig erweist. Durch eine erfolgreiche Kostendämpfung könnten somit alle Betroffenen – vor allem Kassen und Ärzte – die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung unter Beweis stellen" (HERDER-DORNEICH 1982 c, S.406).

Während einige in den im Rahmen der Kostendämpfungspolitik ergriffenen Maßnahmen eine Stärkung der Stellung der Krankenkassen sehen, zugleich aber betonen, daß die Entwicklung von Leitlinien zur Steuerung des Gesundheitswesens entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip gegenüber einer »staatsfreien« Verbesserung der Selbstverwaltung nachrangig sein sollte (vgl. LAMPERT 1983, S.82), werten andere die Konzertierte Aktion als „Instrument stärker zentralisierter Selbstverwaltung der sozialen Gesundheitswirtschaft", als „zwangsverordnetes Kostendämpfungsmittel" zur Verbesserung der Qualitäts- und Mengenkontrolle des „unordentlichen Marktes" kassenärztlicher Leistungen (BOGS 1975, S.416, 421 f.).

Beobachter, die sich um etwas ausgewogenere Einschätzungen bemühen, sehen in der Konzertierten Aktion vor allem den Versuch des Staates auf die Steuerung des Systems gezielt Einfluß zu nehmen, ohne den Ordnungsrahmen selbst ändern zu wollen bzw. zu können. Da die Ausgabenentwicklung der GKV zunehmend zu einem Politikum geworden sei, könne nicht erwartet werden, daß der Staat abseits stehe. Ebenso wie der Staat die Selbstverwaltungsverbände brauche, um seine politischen Ziele zu erreichen, benötige die Selbstverwaltung aber auch den Staat, um ihren verbandlichen Zielen näher zu kommen (vgl. NEUBAUER 1988 b, S.107).

3. 2 Strukturelle Probleme und Defizite im Bereich der »Gemeinsamen Selbstverwaltung«

3. 2. 1 Mängel und Probleme im Bereich der ambulanten Versorgung

Der ambulante Sektor ist derzeit der einzige Bereich, in dem von einer gemeinsamen Selbstverwaltung als institutionell *verankertem Koordinationsmechanismus* gesprochen werden kann. Die Meinungen darüber, inwieweit sich dieses Entscheidungs- und Steuerungsverfahren als geeignetes Instrument zur Lösung der Allokations- und Planungsprobleme in diesem gesundheitlichen Versorgungsbereich bewährt hat, gehen allerdings auseinander. Die formale Existenz eines derartigen Steuerungsmechanismus reicht sicherlich nicht aus, seine Funktionsfähigkeit zu beweisen. Eher schon dürfte man der Einschätzung zustimmen können, daß sich die Selbstverwaltung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung überraschend gut bewährt habe, wobei der Prozeß der Bewährung nicht ein Prozeß harmonistischer Selbststeuerung, sondern eine permanente Krisenbewältigung sei (vgl. THIEMEYER 1986 a, S.103). Dagegen wird eingewandt, daß die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen als der Träger der Gesundheitspolitik erheblich eingeschränkt sei, da sich die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen durchweg in einer unterlegenen Verhandlungsposition befänden. Hierfür verantwortlich gemacht werden zum einen das Ungleichgewicht in der Verhandlungs- und Durchsetzungsmacht zwischen Kassen und Ärzten, zum anderen aber auch Rivalitätskonflikte zwischen den Kassen (z.B. Wettbewerb um Mitglieder) sowie andere interne Probleme der Selbstverwaltung, die zu einer Beeinträchtigung der Außeninteressenvertretung führten (vgl. LAMPERT 1983).

Unter Hinweis auf die geschichtliche Entwicklung wird deutlich zu machen versucht, daß im Rahmen der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen letztere zunehmend in eine Defensivrolle gedrängt worden seien und es den Ärzten sukzessive gelungen sei, ihre Position zu stärken. Während die Krankenkassen anfänglich in dem Konflikt zwischen ihnen und den Ärzten überlegen waren, indem sie gegenüber den einzelnen Ärzten kraft ihrer Marktmacht die Honorare drücken und die Wirtschaftlichkeitskontrollen verschärfen konnten, gelang es den Ärzten im Jahre 1900 mit der Gründung des Hartmannbundes eine schlagkräftige Marktgegenmacht zu bilden. Dabei ging es den Ärzten nicht nur darum, die Vergütung durch die Kassen zu steigern, sondern auch um die Zurückdrängung des Einflusses der Krankenkassen auf die Versicherten. Als wirksames Kampfinstrument der Ärzteverbände erwies sich damals der gemeinsame Boykott jener Krankenkassen, die sich nicht bereit fanden, ihre Verträge mit den einzelnen Ärzten den geforderten Rahmenbedingungen anzupassen. Dem durch die Androhung von Streik ausgeübten Druck konnten die Krankenkassen selbst dann nicht lange standhalten, als sie ebenfalls dazu übergingen, sich zu größeren Verbänden zusammenzuschließen. Indem sich die Krankenkassen ihrer gesetzlichen Pflicht, „ärztliche Behandlung zu gewähren, nicht entziehen durften, saßen sie von vornherein am kürzeren Hebel" (KRAUSE 1988, S.264).

Die mit dem »Berliner Abkommen« von 1913 begonnene Beschränkung der Marktmacht der Krankenkassen durch Einführung paritätisch aus Ärzte- und Kassenvertretern besetzter Zulassungskommissionen, durch paritätisch besetzte Ausschüsse zur Vorbereitung der Einzelverträge und durch die Einführung fester Versicherten-Arzt-Relationen wurde durch die Stärkung der kassenärztlichen Selbstverwaltung und durch die Übertragung von Kontrollrechten der Krankenkassen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen fortgesetzt (vgl. LAMPERT 1983, S.79). Als Elemente einer weiteren *Stärkung der Stellung der Ärzteschaft* gegenüber den Krankenkassen gelten die schrittweise Lockerung quantitativer Zulassungsbeschränkungen zum Markt ärztlicher ambulanter Dienstleistungen bis zur völligen Aufhebung im Jahre 1960 (vgl. LAMPERT 1983, S.79) sowie der Wegfall der Kopfpauschale und der Übergang zur Einzelleistungsvergütung (vgl. HERDER-DORNEICH 1985, S.53).

Neben diesen teilweise historisch begründeten organisatorisch-strukturellen Vorteilen liegt die wohl wesentlichste Ursache für die im Vergleich zu den Krankenkassen *überlegene Verhandlungs- und Durchsetzungsmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen* (vgl. LAMPERT 1983, S.80) zum einen in dem in der RVO verankerten (§ 122 Abs. 1 RVO), durch Rechtsprechung und Vertragsregelung gefestigte *Arztvorbehalt* und zum anderen in der gesellschaftlich, politisch vermittelten Aufgabenzuweisung an die Ärzteschaft, kraft ihrer fachlichen Kompetenz den zentralen Anspruch der Versicherten zu definieren, nämlich den in § 368 e RVO festgelegten Anspruch auf ärztliche Versorgung, die »Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind«. Mit anderen Worten entscheiden allein die Ärzte darüber, welche Leistungen in welcher Qualität, Menge und Struktur für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung notwendig und ausreichend sind (vgl. SCHMIDT/SCHARF/JAHN 1987, S.47; NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER 1985, S.607).

Abgesehen davon, daß die „gesetzlich festgeschriebene Delegation der Bedarfs- und Konsumentscheidungen im Gesundheitsbereich an die ärztliche Profession" u. U. zu Abweichungen zwischen ärztlichen Entscheidungen und tatsächlichen Interessen/Bedürfnissen der Patienten führen kann, wird der Steuerungsprozeß dadurch kompliziert und problematisiert, daß die Ärzte bei der Leistungsabgabe nicht nur fachlich-medizinische Kriterien, sondern zugleich eigenwirtschaftliche Interessen berücksichtigen können. Die Ärzte haben somit die Möglichkeit, Art und Umfang der Nachfrage nach ihren Leistungen in gewissen Grenzen selbst zu bestimmen und sich auf diese Weise ihr eigenes Einkommen zu sichern. Durch die Bestimmung, wonach ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 Abs. 1 Ziff. 1a RVO nur durch approbierte Ärzte geleistet werden darf, ist es den Ärzten bislang zudem erfolgreich gelungen, ihnen die Letztverantwortlichkeit auch für nichtärztliche medizinische Leistungen zu sichern (vgl. SCHMIDT/SCHARF/ JAHN 1987, S.47).

Nach Ansicht einer Reihe von Fachleuten ist die medizinische und ärztliche Definitionsmacht der Ärzte mitverantwortlich für (vgl. SCHMIDT/SCHARF/JAHN 1987, S.48):

- *Leistungsausweitungen*, z. B. im medizintechnischen Bereich durch einkommensorientierte maximale Nutzung von Geräten oder in der Arzneimittelversorgung durch Überbetonung der Arzneimitteltherapie;
- die *Verfestigung von Strukturen*, wie z.B. des Einzelleistungs-Vergütungssystems, die von den ärztlichen Standesvertretern als sachgerecht angegeben werden, obgleich sie sich zunehmend nachteilig auswirken.

Demgegenüber verfügen die Krankenkassen allenfalls über begrenzte Mittel, um der bei den Ärzten zu beobachtenden Tendenz zur Leistungsausweitung Einhalt zu gebieten. Zwar stehen ihnen institutionalisierte Möglichkeiten zur Überprüfung der ärztlichen Tätigkeit unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zur Verfügung, die Effektivität der Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt jedoch *de facto* als äußerst gering (vgl. GRIESEWELL 1985, S.68). Einer Leistungsbeschränkung entgegenwirken sollen u. a.:

- die Vorschrift, daß die Krankenpflege »das Maß des Notwendigen nicht überschreiten« darf (§ 182 Abs.2 RVO);
- die Vorschrift, daß der Kassenarzt »Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind ... nicht bewirken oder verordnen« darf (§ 368 e RVO);
- die Vorschrift, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen haben, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht, also auch dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit (§ 368n Abs. 1 RVO) und
- die Vorschrift, daß der Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen soll, »daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird« (§ 368 f Abs.1 RVO).

Einen besonders schwerwiegenden Grund für die *strukturelle Unterlegenheit der Kassen* sehen verschiedene Fachleute in der den Ärzten eingeräumten *Niederlassungsfreiheit*. Nach ihrer Auffassung konkurriert das Recht auf freie Berufswahl und auf freie Berufsausübung mit den Bedarfsvorstellungen der Krankenkassen und des Staates. „Solange die Krankenkassen quasi einer Kontrahierungspflicht gegenüber jedem Arzt unterworfen sind, führt dies unweigerlich zu einer Ärzteschwemme" (NEUBAUER 1988 a, S.24).

Auf seiten der Ärzteverbände führt die als Bedrohung der wirtschaftlichen Position empfundene Ausweitung der Zahl der niedergelassenen Ärzte zunächst einmal zu einem wachsenden Druck in Richtung auf eine Ausweitung der Finanzierungsspielräume in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. GRIESEWELL 1985, S.579; GEISSLER 1978). Die Möglichkeit der Selbstregulierung des Angebots über das Einkommensniveau findet seitens der Ärzte-Verbände naturgemäß nur wenig Sympathie. Immerhin gibt es eine Reihe von Anzeichen, daß sich beide Seiten bewußt sind, daß die Steuerung der Ärztezahlen zu den entscheidenden Fragen einer Bewährung der Gemeinsamen Selbstverwaltung geworden ist (vgl. NEUBAUER 1988 b, S.106).

Zugunsten des Verhandlungsgewichts der Kassenärztlichen Vereinigungen wirkt überdies „die im öffentlichen Bewußtsein existierende Inferiorität ökonomischer Argumente gegenüber medizinischen" (LAMPERT 1982, S.303). Entsprechend wird die Elastizität der Einigungsbereitschaft der Ärzte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen „mitbestimmt durch die weitgehende Nichtsubstituierbarkeit ihrer Leistungen und die ... gesellschaftliche Verpflichtung zur ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen ärztlichen Versorgung" (HENKE 1988 n, S.132). Dies veranlaßt einige zu der Feststellung, daß „die Produzentenautonomie der Ärzte fast unverwundbar ist, da sie jede Statusbedrohung als eine ihnen auferlegte Leistungseinschränkung interpretieren und damit die Patienten als Verbündete gegen Staat und Kassen mobilisieren" (WIESENTHAL 1981, S.120). Die Ärzteseite wird zudem noch verstärkt durch die „hohe soziale Geltung der Ärzteschaft, durch ihr Sozialprestige und die wohl auch fachlich begründete Überlegenheit der ärztlichen Verhandlungsseite und durch die Dominanz sozialstaatlicher Ideen und sozialen Anspruchsdenkens in der neuzeitlichen Industriegesellschaft" (LAMPERT 1982, S.303; vgl. auch THIEMEYER 1975, S.556).

Eine weitere ganz entscheidende Ursache für die strukturelle Verhandlungsschwäche der Kassenseite liegt für viele ferner darin, daß der Ärzte-Kassen-Markt ein oligopolistisch-beschränktes, regional-abgegrenztes Monopol ist, d.h., daß einer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung verschiedene Arten von RVO-Kassen gegenüberstehen (vgl. LAMPERT 1983, S.81; THIEMEYER 1975, S.556; KNAPPE 1988 a, S.288; NEUBAUER/REBSCHER 1984; NEUBAUER 1988 b, S.07). In den Honorarverhandlungen ergebe sich damit eine *Überlegenheit der zentral verhandelnden Kassenärztlichen Vereinigungen* gegenüber den *dezentral verhandelnden Krankenkassen*. Entsprechend wird von den meisten die mit dem Kostendämpfungsgesetz eingeführte Zentralisierung der Vertragsverhandlungen mit einer Stärkung der Stellung der Kassenseite verbunden. Nach § 368 g Abs. 1 RVO sind neben den von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu schließenden Bundesmantelverträgen Gesamtverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen, die für die Mitgliederkassen verbindlich sind. Damit entfiel zumindest die unterste »schwächste« Verhandlungsebene auf seiten der Krankenkassen.

Allerdings sind nach wie vor sog. *»Rivalitätskonflikte«* (HERDER-DORNEICH) innerhalb der Kassenseite festzustellen, haben gegliedertes System und der Wettbewerb insbesondere zwischen den Angestellten-Ersatzkassen und den RVO-Kassen ungünstige Auswirkungen auf die Verhandlungsstärke der Kassenseite. Eine Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, daß das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung als ein „verhältnismäßig desintegriertes Gefüge von Organisationen" betrachtet werden muß, die „trotz gleicher oberster Zielsetzung nur partiell zu gemeinsamem Handeln fähig" sind. Das getrennte Vorgehen der verschiedenen Organisationen „schwächt die Verhandlungsposition den ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungsanbietern gegenüber" (MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER 1982, S.51)

3. 2. 2 Probleme im Bereich der stationären Versorgung

Bei der Darstellung der Hauptprobleme des kollektiven Verhandlungsprozesses zwischen Krankenkassen und den Krankenhäusern ist es erforderlich, die Situation vor und nach 1986 zu unterscheiden. Während es vor 1986 schwer fiel, von einer Gemeinsamen Selbstverwaltung zu sprechen (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.180), sind inzwischen Ansätze erkennbar, auch im stationären Bereich wesentliche Steuerungsfragen *direkten Verhandlungen der Beteiligten*, d.h. den Krankenhausträgern und den Krankenkassen, zu überlassen. Allerdings wird bereits kritisiert, daß die einzelnen Regelungen bzw. die unterschiedlichen Steuerungsformen zum Teil in einem erheblichen Spannungsverhältnis, gelegentlich sogar im Widerspruch zueinander stünden. „Vieles ist noch im werden, so z.B. das Empfehlungs- und Vertragssystem nach §§ 372 bis 374 RVO. Auch das Gewicht der einzelnen Steuerungselemente läßt sich derzeit noch nicht abschließend beurteilen; dies gilt insbesondere für das neue Pflegesatzrecht" (REGLER 1988, S.211).

Nach weit verbreiteter Ansicht spielten die gesetzlichen Krankenkassen dagegen bis vor wenigen Jahren gegenüber den Krankenhäusern „die Rolle eines zahlenden Zuschauers. Da sie nach den ordnungsrelevanten gesetzlichen Vorschriften weder in der Krankenhausplanung noch bei der Vereinbarung der Pflegesätze bis in die jüngste Vergangenheit ... eine nennenswerte Rolle spielten, war auch ihre faktische Rolle unbedeutend" (LAMPERT 1983, S.83). Inzwischen sind zwar wichtige Regelungstatbestände der gemeinsamen Verantwortung der Krankenkassen und der Krankenhausträger überantwortet worden, insbesondere im *Bereich der Krankenhausplanung* dominiert jedoch nach Ansicht der direkt Betroffenen weiterhin der staatliche Einfluß. „Sowohl nach dem KHG (1972) als auch nach den geltenden Regelungen sind Krankenhausträger und Sozialleistungsträger als mittelbar Betroffene der Planentscheidungen nur nachrangig beteiligt. Die in § 7 KHG (1984) geforderte enge Zusammenarbeit zwischen Landesbehörden und den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten sowie das institutionalisierte Anhörungsverfahren zielen zwar auf einen Interessenausgleich ab, werden diesen im Regelfall aber nicht zu erreichen vermögen" (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.88).

Im Gegensatz zur Krankenhausplanung wurde mit dem KHKG 1981 hingegen für den Bereich der Pflegesatzvereinbarung ernsthaft damit begonnen, in Analogie zum ambulanten Bereich, den Selbstverwaltungseinrichtungen politisch und organisationssoziologisch ähnlichen Organisationen, nämlich den Krankenhausgesellschaften, gewisse Selbstverwaltungsaufgaben zu übertragen (vgl. THIEMEYER 1984, S.95). Dieser Weg war allerdings von Beginn an mit Schwierigkeiten verbunden; immerhin handelt es sich bei den Krankenhausgesellschaften nicht um öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft und Wei-

sungsrecht gegenüber den Mitgliedern. Zudem sind die Vereine der Krankenhausträger „ihrem institutionellen Sinn nach Interessenvertretungen, aber nicht Vollzugsorgane staatlicher Krankenhauspolitik" (THIEMEYER 1984, S.94). Vor diesem Hintergrund sind dann auch die bisher eher unbefriedigenden Ergebnisse der Gemeinsamen Selbstverwaltung im stationären Bereich zu sehen. So ist es den beiden Verhandlungsseiten bislang nicht gelungen, der Verpflichtung aus § 19 KHG nachzukommen, gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, zu erarbeiten. Die seit 1982 hierzu zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung laufenden intensiven Beratungen wurden Ende 1986 in einer gemeinsamen Erklärung als gescheitert erklärt. Bislang ebenfalls nicht umgesetzt werden konnte trotz ebenfalls jahrelanger Beratungen (von einer Ausnahme abgesehen) das in § 372 ff. RVO vorgesehene umfangreiche Empfehlungs- und Vertragssystem. Entscheidener Grund hierfür ist, daß die kirchlichen Krankenhausträger in den Regelungen nach §§ 373 und 374 RVO (Schiedsstellen und Prüfungsausschüsse) verfassungsrechtliche Probleme im Hinblick auf ihre besondere kirchliche Rechtsstellung und damit auch Rechtsprobleme für die als private Vereine gebildeten Landeskrankenhausgesellschaften sehen.

Hinsichtlich der Pflegesatzverhandlungen nach § 18 KHG wird vor allem von Krankenhausseite beklagt, daß das stärker auf Selbstverwaltung und Partnerschaft ausgerichtete Pflegesatzrecht zumindest für die Budgetrunde 1987 zahlreiche Erwartungen nicht erfüllt habe. Kritisiert wird insbesondere, daß die zusätzliche Stärkung der Sozialleistungsträger fast ausschließlich zum Zwecke einer globalen Kostendämpfung instrumentalisiert worden, alle diejenigen Elemente, die »selbstverwalterisch« neue Möglichkeiten und wirtschaftliche Anreizsysteme vorsehen, jedoch von den Kassen fast vollständig ignoriert worden seien (vgl. REGLER 1988, S.214). In Umkehrung der Situation auf dem Ärzte-Kassen-Markt fühlen sich im stationären Bereich die einzeln verhandelnden Krankenhausträger den Krankenkassenverbänden bei Verhandlungen strukturell unterlegen.

3. 2. 3 Probleme im Bereich der Arzneimittelversorgung

Besonders offenkundig ist die *Einflußschwäche der gesetzlichen Krankenkassen* im Pharmabereich; im Vergleich zu sämtlichen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung haben die Kassen auf die Versorgung mit Arzneimitteln, insbesondere deren Preisentwicklung, mangels institutionalisierter Verhandlungen den wohl geringsten Einfluß nehmen können. Von daher vertreten einige die Auffassung, daß in der Arzneimittelversorgung ein „groteskes Ungleichgewicht von Anbieter- und Nachfragermacht" (REINERS 1988 a, S.16) herrsche und eine wirksame Kontrolle der Preis- und Absatzpolitik der Pharma-Industrie faktisch nicht stattfinde.

Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt sich auf dem Arzneimittelmarkt nahezu ausschließlich auf eine *Finanzierungsfunktion.* Den Versicherungsschutz gewähren die gesetzlichen Krankenversicherungen nach dem Sachleistungsprinzip; dabei ist Gegenstand des Versicherungsanspruches an die Krankenkasse die Aushändigung des verordneten Arzneimittels in der angegebenen Qualität und Packungsgröße, kostenfrei gegen Rezeptvorlage in der Apotheke. „In diesem System nimmt die gesetzliche Krankenversicherung unter den gegebenen Strukturen des Arzneimittelmarktes nicht aktiv am Marktgeschehen teil, sondern sie bedient sich zur Ausfüllung des Sachleistungsprinzips vor allem der Ärzte und Apothekerschaft. Formalrechtlich und faktisch müssen sich die gesetzlichen Krankenversicherungsträger weitgehend auf die Endkontrolle des gesamten Arzneimittelgeschehens beschränken".

Während der Arzt die Entscheidung trifft, welches Arzneimittel gekauft wird, werden die zentralen Entscheidungen, welche Arzneimitel angeboten werden, von den Pharma-Herstellern getroffen. Zugleich sind die Pharma-Unternehmen – von kartellrechtlichen Bestimmungen abgesehen – relativ frei in der Gestaltung ihrer Preise. Den gesetzlichen Krankenkassen fehlt jede Möglichkeit der Preisverhandlung mit der pharmazeutischen Industrie, der Preisfestsetzung für bestimmte Arzneimittel(gruppen) oder der Preiskontrolle über (preisorientierte) Positiv- oder Negativlisten. Ebenso haben die Krankenkassen auf die Qualität der Arzneimittel sowie die Arzneimitteltherapie praktisch keinerlei Einfluß.

Die Krankenkassen haben wiederholt darauf hingewiesen, daß unter den derzeit bestehenden Bedingungen ein Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage auf dem deutschen Arzneimittelmarkt nicht zustande kommen könne. „Die geringen Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung sind nach dieser Auffassung mit der wirtschafts- und sozialpolitischen Verantwortung für einen 19-Milliarden-DM-Haushalt nicht vereinbar". Entsprechend wird verlangt, die Marktposition der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken, wobei die Einführung von direkten Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen als eine Mindestforderung angesehen wird (vgl. REINERS 1988 a, S.16; BAUER 1986, S.295).

Die *Steuerungswirksamkeit* anderer in den letzten Jahren geschaffener Instrumente (Arzneimittel-Richtlinien, Arzneimittelhöchstbeträge, Wirtschaftlichkeitsprüfungen) wird überwiegend als eher gering eingestuft (vgl. BAUER 1986, S.295). Da beim Arzneimittelhöchstbetrag auf eine unmittelbare Verknüpfung zwischen dem Gesamthonorar der Ärzte und dem Verordnungsvolumen verzichtet wurde, hat sich dieses Instrument in der Vergangenheit mehr zu einem Parameter der »moral suasion« entwickelt. „Hinzu kommt, daß durch die Aktionsparameter der pharmazeutischen Industrie der Arzneimittelhöchstbetrag bzw. dessen Einhaltung in besonderer Weise beeinflußbar ist, das weitere Verfahren jedoch im Überschreitungsfall keinerlei Sanktionsmaßnahmen gegen die pharmazeutische Industrie vorsieht. Die gesamte Steuerungswirkung des Arzneimittelhöchstbetrages ist daher schon im Ansatz begrenzt".

3. 2. 4 Probleme der Verhandlungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel

Für den Bereich der Heil- und Hilfsmittel verdeutlichen die Marktergebnisse, daß sich über die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die primär die Preiskomponente zum Gegenstand haben, die Marktentwicklungen nur äußerst unvollkommen steuern lassen.

Auch wenn als Ergebnis der Verhandlungsprozesse die Preisentwicklung scheinbar im Rahmen der beitragssatz-

neutralen Spannen zu bleiben scheint, entwickeln sich die Gesamtausgaben vorwiegend durch *strukturelle Anpassungsprozesse der Leistungserbringer* (z.B. durch Produktvariationen mit versteckten Preiserhöhungen, Neueinführung von Produkten mit neu kalkulierten Preisen, höherwertige Verordnungen durch niedergelassene Ärzte, Anstieg der Verordnungszahlen) weitgehend ungeplant. Dabei bezieht sich die »Ungeplantheit« nicht nur auf die finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen, sondern auch auf die gesundheitspolitischen Prioritäten innerhalb der Teilbereiche.

Ein regional unterschiedliches Preisniveau deutet im übrigen darauf hin, daß in bezug auf die Verhandlungsstrategien der Leistungserbringer, die Verordnungshäufigkeit und Versorgungsqualität sowie Marktstrukturen signifikante *regionale Unterschiede* bestehen. Diesbezüglich hat das Verhandlungssystem bislang zu keinen marktbereinigenden Informations- und Transparenzprozessen beigetragen.

Eine besondere Problematik im Heil- und Hilfsmittelbereich besteht ferner darin, daß von *echten Vertragsbeziehungen*, die auch die Leistungsstruktur sowie die Qualifikation der Leistungserbringer ansatzweise regeln, nur bei den dienstleistungsorientierten Heilmitteln gesprochen werden kann. Bei den Hilfsmitteln fehlen derartige Vertragsebenen – wenigstens teilweise – sogar völlig.

Die fast ausschließliche *Fixierung auf die Preiskomponente* innerhalb der Verhandlungen hat ihre Ursache insbesondere darin, daß die Gesamtausgaben von den Vertragspartnern auf der Leistungserbringerseite letztlich nicht beeinflußt werden können, da nahezu jede einzelne Leistung in diesem Bereich »im Auftrag«, d.h. durch Verordnung eines niedergelassenen Arztes, erfolgt. Die Leistungserbringer sind bei dieser Konstellation kaum in der Lage, im Rahmen von Verhandlungen ihren Gesamtumsatz zur Disposition zu stellen, würden sie doch das Risiko eingehen, durch eine steigende Verordnungshäufigkeit niedergelassener Ärzte Verluste hinnehmen zu müssen.

Zwar ist dieser spezifischen Problematik dadurch Rechnung getragen worden, daß in Analogie zu den Arzneimittelhöchstbeträgen auch *Höchstbeträge für die Verordnung der Heil- und Hilfsmittel* für den niedergelassenen Arzt eingeführt wurden, als falsch an dieser im Prinzip richtigen Strategie hat sich jedoch die Instrumentierung erwiesen. Eine Orientierung am kollektiven Verordnungsverhalten führt zu einer »Rationalitätenfalle« (vgl. HERDER-DORNEICH 1985), die kontraproduktive individuelle Reaktionen auslöst.

3. 3. Partizipations- und Interessendefizite der Selbstverwaltung

Die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung hängt nicht zuletzt ab vom Zustand der internen Selbstorganisation, insbesondere der *Adäquanz der Interessenrepräsentation* und der *demokratischen Legitimation* der Verhandlungsführer. Tatsächlich sind diesbezüglich eine Reihe von Defiziten feststellbar.

- Die demokratische Legitimation der Selbstverwaltungsorgane ist außerordentlich brüchig (*Partizipationsdefizit*) und
- das öffentliche Interesse, aber auch das Engagement von Verbänden, die die Interessen der Krankenversicherungen vertreten sollen, ist wenig entwickelt (*Interessendefizit*).

Diese Feststellungen berühren stärker die Selbstverwaltungseinrichtungen der Versicherten, weniger diejenigen der Ärzte und Zahnärzte. Die Effektivität der Krankenkassen als Gegenmacht (»countervailing power«) zur Durchsetzung von Versicherteninteressen gegenüber den organisierten Interessen der Anbieterseite wird von vielen Beobachtern als gering eingeschätzt.

Insgesamt läßt sich jedoch feststellen, daß zwischen den idealtypischen Funktionen und Aufgaben einer Selbstverwaltung und deren Realisierung eine erhebliche Lücke besteht, die einerseits auf funktionale Defizite in der Umsetzung des Selbstverwaltungsprinzips, aber auch auf das fehlende Interesse der Öffentlichkeit sowie der Versicherten an der Arbeit der Selbstverwaltung zurückzuführen ist. Die politische Ohnmacht macht die Selbstverwaltung sowohl in der Öffentlichkeit, insbesondere bei den Informationsmedien, aber auch bei den Versicherten zu einem überwiegend uninteressanten Thema. Zudem erscheint die Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit als »Einrichtung minderen Rechts«, deren demokratische Legitimation aufgrund der für die meisten Bürger oft undurchsichtigen Wahlakte sehr brüchig ist. Die alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen, deren Existenz nach einer INFAS-Umfrage nur 40 % der Bevölkerung bekannt sind, gelten als ebenso kostspielig wie undurchschaubar. Vor allem bei den meisten RVO-Kassen ist die demokratische Legitimierung der Selbstverwaltung als äußerst problematisch anzusehen, da hier Sozialwahlen faktisch nicht stattfinden und stattdessen die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane über sog. »Friedenswahlen« erfolgt: Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen einigen sich vorab auf die Bildung von Listen, was eine Urwahl überflüssig macht, solange keine relevante Gruppe von Versicherten darauf besteht. Dies wiederum ist Ausgangspunkt einer weiteren Kritik, die sich auf die *Einflußnahme der Verbände* auf die Selbstverwaltungsorgane bezieht. Nicht die Interessen der Versicherten seien maßgebend für die Arbeit von Vertreterversammlung und Vorstand, sondern die Politik der Tarifparteien (vgl. REINERS 1988 a, S.5 f.).

Erhebliche Mängel werden auch in bezug auf die *innere Struktur der Selbstverwaltung* vor allem auf seiten der Krankenkassen festgestellt. Nach der bestehenden Hierarchie und Arbeitsteilung der Selbstverwaltungsorgane beschließt die in den Sozialwahlen gewählte bzw. aus Friedenswahlen hervorgegangene Vertreterversammlung den Haushalt, verabschiedet Satzungen und wählt den Vorstand. Letzterer bestimmt die Richtlinien der Geschäftspolitik und nimmt Aufgaben der Personalhoheit wahr (z.B. Vorschlagsrecht bei der Ernennung des Geschäftsführers etc.). Außerdem vertritt er die Kasse gerichtlich und außergerichtlich nach außen. Der Geschäftsführer schließlich bestimmt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte.

Ein Hauptproblem sehen viele in der beträchtlichen *Dominanz der Verwaltungsspitze* gegenüber dem Vorstand und Vertreterversammlung. Als eine Ursache dafür gilt, daß die Geschäftsführung zu ihrer Unterstützung den gesamten Verwaltungsapparat einsetzen könne, während auf der Selbstverwaltungsseite entsprechende Möglichkeiten fehlten (vgl. NOWAK/SCHAPER 1981, S.313). Kritisiert am gegenwärtigen Zustand wird weiterhin:

- Die Vertreterversammlung ist für viele eine mehr oder weniger überflüssige Veranstaltung, die zweimal im

Jahr zusammentritt, um den ohnehin vom Vorstand bereits »festgeklopften« Haushalt zu verabschieden. Hier würden, so der Tenor der Kritik, keine Entscheidungen gefällt, geschweige denn beraten, sondern nur bestätigt. Auf derartige »Akklamationsorgane« könne man daher verzichten.

- Zwischen Vorstand und Geschäftsführung bestehe keine klare Kompetenzabgrenzung mit der Konsequenz, daß nach außen oft nicht klar sei, wer denn die eigentlich verantwortliche Instanz sei.
- Die langen Entscheidungswege und unklaren Zuständigkeiten beeinträchtigten die Flexibilität und Handlungsfähigkeit vor allem der einzelnen Kassen.

Bei aller Berechtigung einzelner Kritikpunkte wird allerdings auch kritisch angemerkt, daß für die Behandlung der Frage nach der Effizienz von Selbstverwaltung die verkürzte betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise, deren Rationalität sich auf möglichst kostengünstiges Verwaltungshandeln bezieht, typisch sei. Dagegen gerät „die vornehmlich interessierende Frage nach der gesundheitspolitischen Effizienz und dem möglichen Beitrag des Selbstverwaltungshandelns dazu – das Problem der Erfassung *sozialer* Kosten und Erträge – ... nicht in den Blickwinkel" (NOWAK/SCHAPER 1981, S.307).

4. Gemeinsame Selbstverwaltung als ordnungspolitische Alternative

4. 1 Ausgangsüberlegungen

Das Konzept der *»Gemeinsamen Selbstverwaltung«* als ein Steuerungs- und Koordinationsverfahren auf »mittlerer Ebene« zwischen »Staat« (Demokratie/Bürokratie) und »Markt« (vgl. KNAPPE 1988, S.277) versteht sich keinesfalls nur als pragmatische Mischung brauchbarer Elemente der klassischen Ordnungsformen. Vielmehr beansprucht diese Konzeption einen eigenständigen Charakter mit *systemspezifischen Steuerungselementen* und besonderen *Problemlösungsfähigkeiten* für die im Gesundheitswesen auftretenden Konflikte. Dabei wird davon ausgegangen, daß „Verbände und zumal Selbstverwaltungsverbände ein positiv gestaltetes System" bilden können, mit „sicherlich nicht idealer, aber doch akzeptabler Leistungsfähigkeit" (THIEMEYER 1986 a, S.102 f.). Entsprechend heben die Befürworter hervor, stelle das Konzept auf die gegebenen Formen der Selbstverwaltung im Kassenbereich und im Bereich der Anbieter mit allen Mängeln und Funktionsfehlern ab und verlange nirgends irgendeine Form idealer Selbstverwaltung (vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1984; THIEMEYER 1986 a, S.103). Die meisten Verfechter dieses Ordnungskonzeptes betrachten allerdings ohnehin die »Gemeinsame Selbstverwaltung« als das letztlich einzige brauchbare zentrale Steuerungsinstrument im *»Nicht-Markt-System«* (THIEMEYER) des Gesundheitswesens.

Bei aller Zustimmung und Unterstützung, die Steuerungskonzeptionen wie die »Gemeinsame Selbstverwaltung« neuerdings sowohl bei Politikern wie zunehmend auch seitens der Gesundheitsökonomen erfahren, darf indessen nicht übersehen werden, daß über die Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips unterschiedliche, teilweise fundamentale Auffassungsunterschiede bestehen. Dies ergibt sich schon aus den divergierenden, partiell konträren Interessenlagen der beteiligten Gruppen. Umgekehrt zeigt der Versuch, „den politischen Begriff der Selbstverwaltung für die verschiedensten gesundheits- und sozialpolitischen Konzeptionen zu vereinnahmen..., daß das Prinzip, einen Politikbereich wie auch immer losgelöst von der direkten staatlichen Administration zu steuern, politisch hegemoniefähig geworden ist, d.h. in der Bevölkerung mit einem positiven Verständnis verbunden wird" (REINERS 1988 b, S.2).

Erkenntnisse, wonach die derzeit praktizierte Selbstverwaltung sowohl im Innenverhältnis wie im Außenverhältnis eine Vielzahl von Mängeln und Unzulänglichkeiten aufweist, ist für die Befürworter kein Beweis für die Nichteignung eines korporatistischen Koordinationsverfahrens zur Steuerung der internen Abläufe im Gesundheitswesen, sondern allenfalls ein Hinweis dafür, daß „die im gesetzlich verankerten Selbstverwaltungsgedanken liegenden Möglichkeiten derzeit von den Selbstverwaltungsträgern nicht ausgeschöpft werden" (LAMPERT 1983, S.76).

4. 2 Prinzipielle Argumente zugunsten einer Selbstverwaltung

Die Entscheidung, die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung als *zentralen Gestaltungsfaktor* und *primäres Steuerungsinstrument* des Krankenversicherungssystems einzusetzen und sie zu verstärken, wird mit einer ganzen Reihe von Argumenten untermauert. Die wichtigsten davon sind:

- Das Selbstverwaltungsprinzip stellt ein *Organisations- und Steuerungsprinzip* dar, das Zentralisierung und Dezentralisierung, Vereinheitlichung und funktionale Spezialisierung, staatliche Steuerung und Selbstgestaltung sozialer Systeme untereinander verbindet und so die erforderlichen Anpassungen an veränderte Verhältnisse demokratisch legitimiert vollziehen kann.
- Der Wandel des Krankheitspanoramas und die damit einhergehende Veränderung des Aufgabenbereichs der Gesundheitspolitik, insbesondere die Dominanz chronisch-degenerativer Krankheiten, deren Bekämpfung ein erhebliches Maß an Mitwirkung der Betroffenen erfordert, verlangt eine Einbeziehung der Bevölkerung in eine präventive Gesundheitspolitik sowie die Aktivierung der Bürger als unerläßliche Voraussetzung zur Realisierung wirksamer Programme von Gesundheitsförderung und dem Abbau gesundheitsgefährdender Umwelteinflüsse. Gesundheitsgerechte Lebensverhältnisse und -weisen können weder von Amts wegen verfügt noch – jedenfalls nach Meinung vieler Fachleute – mittels individueller finanzieller Anreize herbeigeführt werden. Die Selbstverwaltungen dagegen scheinen ein geeigneter organisatorischer Ansatzpunkt für Maßnahmen zur Motivierung gesundheitlich sinnvoller Lebensgestaltung sein zu können (vgl. THIEMEYER 1986).
- Generell dürfte ein System mit weitgehender Selbstverwaltung im Vergleich zu einem rein staatlichen System sozialer Sicherung effektiver sein, „weil teilautonome Versicherungsträger den Bedürfnissen ihrer Mitglieder sachkundiger, schneller und angemessener Rechnung tragen können als ein anonymer staatlicher Verwaltungsapparat" (LAMPERT 1983, S.75).
- Angesichts der Vielschichtigkeit und regionalen wie sozialen Differenziertheit der Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung bedarf es einer *starken Handlungsautonomie* der verantwortlichen Organisationen »vor Ort«. Die Mitwirkung der Versicherten stelle hier-

bei eine Möglichkeit dar, die „Qualität der Sozialpolitik durch eine stärkere Orientierung an den tatsächlichen Bedürfnissen, durch eine Verstärkung ihrer präventiven Orientierung und durch eine Verstärkung der Dienstleistungsfunktion der Einrichtungen Sozialer Sicherheit zu verbessern" (LAMPERT 1983, S.75).

- In Anbetracht der Tatsache, daß die gesetzliche Krankenversicherung in starkem Maße verteilungspolitische Funktionen wahrnimmt, bedarf sie in besonders ausgeprägter Weise der *solidarischen Akzeptanz der Mitglieder.* Die Selbstverwaltung ermögliche über die Nutzung von Verantwortung der Beteiligten die Nutzung von Solidaritätspotential und trage zur Entwicklung von Solidarität bei (vgl. LAMPERT 1983).
- Die Selbstverwaltung entspricht nicht nur der *demokratischen Tradition* des Sozialversicherungssystems, sie trägt auch zur *gesellschaftlichen Integration* sozialer Gruppen bei, stellt eine Barriere gegen den Obrigkeitsstaat dar und erfüllt Demokratisierungs- und Mitbestimmungsforderungen, die den Sozialstaat legitimieren (vgl. LAMPERT 1983, S.75; LAMPERT 1984).
- Desweiteren wird darauf verwiesen, daß die Selbstverwaltung verhindern könne, daß die Politiker die Produktion und Distribution sozialpolitischer Güter als Mittel zur Erbringung oder Erhaltung politischer Macht mißbrauchen (vgl. LAMPERT 1983, S.75).
- Im Gegensatz zur zentralstaatlichen Ebene oder zum einzelnen Patienten sind die Selbstverwaltungseinrichtungen noch am ehesten in der Lage, Effizienz und Effektivität des immer komplizierter werdenden professionellen Medizinbetriebes zu kontrollieren und im Interesse der Versicherten steuernd einzugreifen.

4. 3 Merkmale des Konzepts der Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände

4. 3. 1 Grundlagen und Annahmen

Für die weitergehende Ausgestaltung eines auf der mittleren Ebene der Verbände angesiedelten Steuerungssystems ist es nicht unerheblich, von welchen Rahmenbedingungen, Grundprinzipien und Werthaltungen für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ausgegangen wird. So ist nicht unentscheidend, ob der Bereich der Gesundheitsversorgung im Prinzip als Markt (NEUBAUER, KNAPPE, GÄFGEN) angesehen oder aber als *Nicht-Markt-System* (THIEMEYER) oder *Quasi-Markt* (HERDER-DORNEICH) definiert wird. Dennoch besteht – von interpretativen Nuancierungen abgesehen – unter den Befürwortern von Selbstverwaltungslösungen hinsichtlich einer Reihe von normativen Entscheidungen grundsätzliche Übereinstimmung. Hierzu gehören:

- Es besteht ein *faktischer Gewährleistungsauftrag der Gesellschaft* insgesamt für das Angebot von Gesundheitsgütern. Durch gesellschaftliche sowie konkret-individuelle Umstände der Nachfrage und des Verbrauchs ist es unmöglich, die Verteilung gesundheitlicher Güter und Leistungen in der für Privatgüter üblichen Form über den Markt vorzunehmen. Es ist vielmehr davon auszugehen, daß Gesundheitsleistungen und -güter in erheblichem Umfang meritorische Eigenschaften haben und externe Effekte aufweisen, die eine marktwirtschaftliche Allokation unter sozialen Wohlfahrtsgesichtspunkten zwangsläufig versagen läßt (vgl. THIEMEYER 1988, S.17 f.).
- Die Verteilung von Gesundheitsgütern erfolgt nach *dem Bedarfsprinzip,* nicht nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit. Konkret bedeutet dies, daß im Bedarfsfall jeder Anspruch auf die notwendige Versorgung mit Gesundheitsgütern unabhängig von finanziellen Vorleistungen (Prämien oder Beiträgen), von seiner Zahlungsfähigkeit oder Zahlungswilligkeit haben soll.
- Grundsätzlich wird ferner davon ausgegangen, daß konstitutive Merkmale des Krankenversicherungssystems der *Solidarausgleich,* der *Versicherungszwang,* das *Sachleistungsprinzip* sowie die *parafiskalische Organisation* der GKV mit *sozialer Selbstverwaltung* sein sollen.
- Besondere Bedeutung hat für die Befürworter des Konzepts der gemeinsamen Selbstverwaltung zudem das *Subsidiaritätsprinzip.* Danach soll die sozial- oder gesundheitspolitische Verantwortung keiner höheren Ebene in der vertikalen Gliederung des sozialen Gemeinwesens zugewiesen werden, solange die Kräfte der unteren Ebene zur Problembewältigung ausreichen.

Obgleich sich letztlich alle Befürworter einer gemeinsamen Selbstverwaltung zu den *traditionellen Grundlagen der deutschen Sozial- und Gesundheitspolitik,* also vor allem zum Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit, dem sozialpolitischen Gleichheitsgrundsatz, dem Subsidiaritätsprinzip sowie dem Solidaritätsprinzip bekennen, läßt dies noch nicht auf weitgehend einheitliche Reformvorstellungen schließen. Einigkeit besteht allenfalls darin, daß staatliches Handeln möglichst weitgehend durch Handeln in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern ersetzt werden soll. Die Forderung, daß hierfür beide Seiten jeweils eigene Organisationen, die ein Gleichgewicht gewährleisten, benötigen, sind bereits nicht mehr allgemeiner Konsens. Insbesondere für die Leistungserbringerseite halten einige die Etablierung von Verbänden mit deutlicher Handlungskompetenz für entbehrlich, teilweise sogar für nicht wünschenswert.

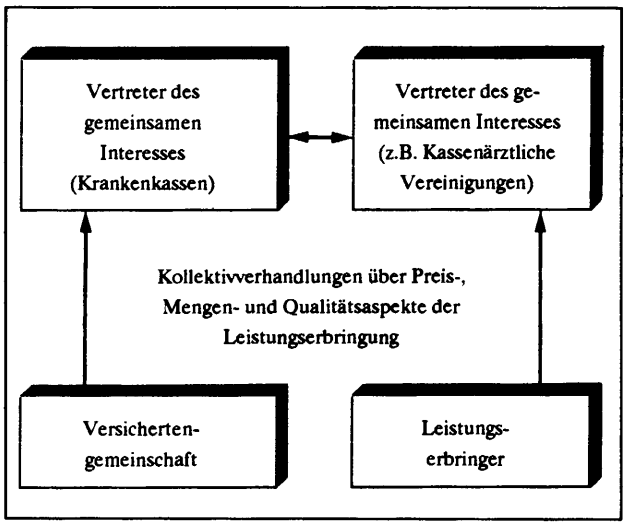
4. 3. 2 Grundstruktur des korporatistischen Steuerungsmodells

Das »reine« Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung (vgl. THIEMEYER 1986 a, S.103; THIEMEYER 1988; NEUBAUER/REBSCHER 1984; NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.178; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.55; METZE 1981, S.70) weist eine vergleichsweise *einfache Grundstruktur* auf. In einem ersten Schritt wird davon ausgegangen, daß sich „zur Lösung des volkswirtschaftlichen Hauptproblems, nämlich der Abstimmung von Bedarf und Leistungsangebot und zur Lösung des Preisbildungs- und Entgeltproblems ... einerseits Verbraucher (hier Versicherte), andererseits die Produzenten von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen in Selbstverwaltungskörperschaften" zusammenschließen (THIEMEYER 1986 a, S.103).

In der Praxis bedeutet dies den Zusammenschluß der Versicherten als Nachfrager von Versicherungs- und Gesundheitsleistungen zu Kollektiven gemeinsamer Interessenwahrnehmung und Erreichung gemeinsamer Ziele (*Bildung von Krankenkassen*). Der Zweck des Zusammenschlusses kann dabei im einzelnen durchaus unterschiedlich sein. Das Ziel einer verbandlichen Organisation der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kann sich – wie z.B. im Falle einer reinen Versicherung – auf einen *Risikoausgleich zwischen den Nachfragern* beschränken. Die Mitglieder würden in den Versicherungsbedingungen lediglich festlegen, welche

Leistungen in welchem Umfang bei den am Markt gegebenen Preisen erstattungsfähig und welche Beiträge dafür zu zahlen sind (vgl. METZE 1981, S.70).

Abbildung 1: Formale Grundstruktur eines »reinen« korporatistischen Steuerungsmodells



Quelle: KNAPPE 1988, S.276

Anstatt die auf dem Markt sich bildenden Preise als Datum zu akzeptieren, kann der Zweck der Verbandsbildung allerdings auch dahingehend ausgeweitet werden, der Marktmacht der Anbieter eine entsprechende *Gegenmacht der Verbraucher* entgegenzustellen (vgl. HERDER-DORNEICH 1976, S.98). Die Aufgabe würde hier u. a. darin bestehen, mit den individuellen Produzenten und/oder den Verbänden der Anbieter Vereinbarungen über die Preise der nachgefragten Mengen zu treffen (vgl. METZE 1981, S.71).

Im allgemeinen ist davon auszugehen, daß die Anbieter von Gütern und Leistungen auf die Bildung von Nachfragemacht in Form von Krankenkassen und Krankenkassen-Verbänden ihrerseits mit der *Bildung von Angebotsmonopolen* reagieren, indem sie sich zu *Berufs- und Standesvertretungen* zusammenschließen (z.B. zu Kassenärztlichen Vereinigungen) (vgl. KNAPPE 1988 a, S.276). Entsprechend den im Vergleich zur Nachfrageseite anders gelagerten Interessen, besteht der Hauptzweck dieser Zusammenschlüsse primär in der *Sicherung und Steigerung der Einkommen* der Mitglieder sowie der *Vertretung der Standesinteressen* (vgl. THIEMEYER 1986 a, S.103).

Entweder aufgrund der realen Marktverhältnisse oder infolge administrativ-rechtlicher Aufforderung kommt es zwischen den Verbänden der Nachfrager (Krankenkassen) und jenen der Angebotsseite im allgemeinen zu *Verhandlungen*. Insofern spricht man auch von einem *Verhandlungssystem*, wenn „die Entscheidungen über die Erstellung und die Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen eines Einigungsprozesses unter Beteiligung der Betroffenen oder ihrer Repräsentanten koordiniert" werden (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.55).

Nach dem Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung haben die verschiedenen Verbände (Krankenkassen, ständische Selbstverwaltungen der Ärzte, Anbieterverbände sonstiger Gesundheitsberufe, Verbände der Krankenhäuser und der Pharmazeutischen Industrie) die folgenden beiden *Hauptfunktionen* wahrzunehmen (vgl. THIEMEYER 1986 a, S.103):

1) die interne *Selbstorganisationsfunktion*; und
2) die *Verhandlungsfunktion* (i. S. einer Gegenmachtfunktion).

Die *Selbstorganisationsfunktion* beinhaltet auf der Seite der Krankenkassen neben der Repräsentation der Mitgliederinteressen (allgemeine *Interessenwahrnehmungsfunktion*) die Transformation von Bedarf in Nachfrage sowie die Finanzierung über zweckgebundene Beiträge. Außerdem muß die interne Selbstverwaltung die ausgehandelten Ergebnisse gegenüber den Mitgliedern verantworten. Im Bereich der Krankenkassen bedeutet dies insbesondere, daß ggf. Leistungseinschränkungen und/oder Beitragssatzerhöhungen zu begründen sind (vgl. GÄFGEN 1988, S.67).

Auf der Anbieterseite besteht die Aufgabe der *kollektiven internen Selbstorganisation* neben der allgemeinen Interessenswahrnehmungsfunktion und der Rückbindung der Mitglieder an ausgehandelte Kollektivverträge in der Sicherstellung des Angebots unter qualitativen, quantitativen, regionalen und zeitlichen Aspekten. Ferner hat sie die Betriebe bzw. deren Einkommen dauerhaft finanziell zu sichern (vgl. THIEMEYER 1986 a, S.103; KNAPPE 1988 a, S.277).

Den zweiten wesentlichen Systembestandteil bildet der *kollektive Interessenausgleich über Verhandlungen* zwischen den konfligierenden Interessenrichtungen (vgl. KNAPPE 1988 a, S.277). Hinsichtlich des Gegenstands der kollektiven Verhandlungen gibt es gleichwohl unterschiedliche Vorstellungen. Grundsätzlich ist denkbar, daß in den Verhandlungen sämtliche Bedingungen für die Leistungserbringung und den Leistungsbezug vertraglich festgelegt werden, also Verhandlungsgegenstand sowohl Preise (Preisstruktur und Preisniveau) wie Art und Umfang des Angebots (Mengenregulierung) und Leistungs- und Qualitätsstandards sind.

Auf der anderen Seite gibt es aber auch Konzepte, die hauptsächlich auf *Preisverhandlungen* abstellen. Beschränken sich die Verhandlungen lediglich auf Preise und besteht Kontrahierungsfreiheit, „stellen die Verhandlungen eine Simulation des Marktprozesses dar, wobei die Preisbildung nicht auf einem anonymen Markt, sondern in einem Verhandlungsprozeß zwischen genau benennbaren Teilnehmern erfolgt. Die vereinbarten Preise steuern dann die Zuteilung der Mittel. Die Preishöhe hängt dabei insbesondere von der Verhandlungsmacht der Verhandlungspartner ab" (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.55). Dieser Ansatz liegt vor allem den sog. *»Einkaufsmodellen«* zugrunde, bei denen die Krankenkassen aus dem vorhandenen Leistungsangebot den für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ihrer Mitglieder erforderlichen Leistungsumfang einkaufen, die Regelung der Einzelheiten der Leistungserstellung (Produktion) aber weitgehend den Anbietern von Gütern und Leistungen überlassen, die sich ihrerseits untereinander im Wettbewerb befinden (vgl. Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.188 ff.).

Die meisten Konzepte der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« sehen den Aufgabenbereich allerdings nicht auf Preisverhandlungen beschränkt, sondern gehen davon aus, daß die beidseitigen Zusammenschlüsse letztlich grundsätzlich sämtliche Angelegenheiten beiderseitigen Interesses regeln sollten, sich also insbesondere auch über Fragen der Sicherstellung, der Bedarfsplanung, der Angebotsplanung sowie der inhaltlichen Orientierung der Versorgung verständigen. Die Behandlung derartiger Fragen wird z.B. dann als wichtig erachtet, wenn eine überbetriebliche, imperative Steuerung zwar als notwendig angesehen wird, man jedoch

beiderseits verhindern will, daß die Regulierung durch den Staat vorgenommen wird. Insofern kann bei einer funktionierenden Gemeinsamen Selbstverwaltung tendenziell unterstellt werden, daß die Verhandlungspartner lieber eine Angelegenheit selbst regeln, als dem Staat einen Interventionsanlaß zu bieten. Die Durchführung derartiger Regulierungen auf der Ebene der Verbände erfordert allerdings im allgemeinen, daß die beteiligten Gruppen über Kompetenzen verfügen, die es ihnen ermöglichen, gemeinsame Entscheidungen gegenüber ihren Mitgliedern mit hoheitlichen Kompetenzen durchzusetzen (vgl. Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.55).

4. 3. 3 Alternative Entwicklungsperspektiven von Verhandlungsmodellen

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Reformdiskussion lassen sich zwei unterschiedliche Ansätze für eine Reform und Weiterentwicklung der Selbstverwaltung herausfiltern. Diese verschiedenen Entwicklungsperspektiven resultieren vor allem aus der Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung als *gegliedertes, wettbewerblich organisiertes System* oder als *körperschaftlich verfaßtes System* gestaltet werden soll, in dem die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Verbänden der Leistungserbringer gemeinsam die Verantwortung tragen. Die Ausgestaltung der Selbstverwaltung hängt ferner davon ab, ob man der gesetzlichen Krankenversicherung den Status einer *Volks-* oder den einer *Arbeitnehmerversicherung* geben will (vgl. REINERS 1988 b, S.7).

Für Fragen der Steuerung ist dabei vor allem entscheidend, ob das Krankenversicherungssystem eher wettbewerblich oder stärker korporatistisch-kooperativ gestaltet werden soll. Hiervon maßgeblich berührt wird insbesondere der Charakter der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. Eine Konkretisierung dieser beiden voneinander abweichenden Ausprägungen einer Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände hat jüngst vor allem die »Kommission Krankenhausfinanzierung« der *Robert-Bosch-Stiftung* mit der konzeptionellen Entwicklung zweier Reformmodelle für den Bereich der Krankenhausversorgung vorgenommen (vgl. Kommission Krankenhausfinanzierung 1987). Obwohl diese Reformmodelle für den stationären Sektor erarbeitet wurden, lassen sich die hier zugrunde gelegten Strukturmerkmale und Lösungsmechanismen ohne wesentliche Probleme und Einschränkungen auf das Krankenversicherungssystem insgesamt erweitern.

Im Hinblick auf die Bewertung beider Reformalternativen dürften einige grundlegende Feststellungen wichtig sein. Beide Modelle gehen von der Prämisse aus, daß nicht das freie Spiel der Marktkräfte, das vom erwerbswirtschaftlichen Streben geprägt ist, über Art oder Umfang der Versorgung entscheidet, sondern zwei Verhandlungspartner entscheiden, „die aus ihrem Selbstverständnis heraus die Sicherstellung der Versorgung als ihre Aufgabe ansehen" (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.242). Auch wenn in beiden Modellen eine *organisatorisch gestärkte Gemeinsame Selbstverwaltung* der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Aufgabe haben soll, eine medizinisch zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern, ist davon auszugehen, daß die beiden Konzepte zu unterschiedlichen Ergebnissen in bezug auf den Umfang, die Qualität, die Zugänglichkeit und die Verteilung von gesundheitlichen Gütern und Leistungen führen.

Richtig ist wohl auch die Feststellung, daß das *Spannungsverhältnis* zwischen mehr Selbstbestimmung und höherem Risiko einerseits und zwischen weniger Selbstbestimmung und größerer Sicherheit andererseits durch keine Lösung aufgehoben werden kann. Da beide Modelle in sich geschlossene Systeme darstellen, lassen sich ihre konstitutiven Elemente nicht entsprechend politischen Wunschvorstellungen nur selektiv verwenden (vgl. Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.242). Ein hohes Maß an kontrollierter Gesamtverantwortung läßt sich nicht gleichzeitig mit einer Verstärkung marktwirtschaftlicher Wettbewerbselemente verwirklichen. „Die größere Sicherheit und der Schutz des einzelnen Anbieters verlangen ... ein übergeordnetes Steuerungsinstrument, das durch eine überbetriebliche Planung das Gesamtangebot reguliert und damit die betriebliche Autonomie wie die Berücksichtigung von Patienten- und Versichertenwünschen verringert. Umgekehrt kann die Freiheit von solch planerischer Einbindung nur mit der Unsicherheit und dem Risiko erkauft werden, die der Leistungswettbewerb mit sich bringt" (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.243).

Nachfolgend sollen die Grundstrukturen der beiden Reformkonzeptionen skizziert und die Unterschiede deutlich gemacht werden. Dabei wird zwar von den von der »Kommission Krankenhausfinanzierung« erarbeiteten Reformmodellen ausgegangen, jedoch versucht, die Modelle auf den Gesamtbereich der gesundheitlichen Versorgung zu projizieren.[3]

4. 3. 3. 1 Korporatistische Lösung (Körperschaftsmodell)

Die körperschaftliche Lösung (*Körperschaftsmodell*) setzt auf eine *gemeinsame Planung und Organisation* der medizinischen Versorgung in regional gegliederten *Selbstverwaltungskörperschaften* der Leistungsanbieter und der Krankenkassen (vgl. REINERS 1988 b, S.10). Insgesamt ähnelt dieses Modell dem bestehenden System der kassenärztlichen Versorgung, allerdings mit größeren faktischen Kompetenzen der Krankenkassen und dem Aufbau von Organisationsstrukturen bei den übrigen Leistungsanbietern wie sie derzeit für die Ärzte und Zahnärzte bestehen. Dies bedeutet, daß dort, wo die Leistungsanbieter bislang allenfalls in privaten Vereinigungen zusammenarbeiten, ebenfalls *Körperschaften des öffentlichen Rechts* mit *Selbstverwaltung* und *Pflichtmitgliedschaft* der jeweiligen Leistungsanbieter einer Region gebildet werden müßten.

Grundsätzlich soll erreicht werden, daß die Kassenseite und die Seite der Leistungserbringer als (möglichst) gleich starke Verhandlungspartner einander gegenüberstehen. Dahinter steht die Auffassung, daß nur ein *Gleichgewicht der Verhandlungsmacht* für einen adäquaten Ausgleich der Interessen sorgt, die Überlegenheit einer Seite hingegen nicht nur zu einer einseitigen Belastung der schwächeren Seite führt,

3) Anders als bei der »Kommission Krankenhausfinanzierung« wird im vorliegenden Text zwischen einem »Körperschaftsmodell« und einem »Wettbewerbsmodell« unterschieden. In den Ausarbeitungen der »Kommission Krankenhausfinanzierung« wird letzteres als »Verhandlungsmodell« bezeichnet; diese Bezeichnung kann insoweit zu Mißverständnissen führen, als in beiden Modellen Verhandlungen eine zentrale Rolle spielen, für das sog. »Verhandlungsmodell« jedoch insbesondere die Wettbewerbselemente ein wesentliches Charakteristikum darstellen. Die Übertragung der für den Krankenhausbereich erarbeiteten Reformmodelle auf das Krankenversicherungssystem in seiner Gesamtheit erfolgt zugleich auf eigene Verantwortung. Insbesondere darf daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß eine solche Vorgehensweise im Sinne der »Kommission Krankenhausfinanzierung« liegt.

sondern auch die Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen beeinträchtigt.

Die *körperschaftliche Organisationsform* wird u.a. deshalb favorisiert, weil davon ausgegangen wird, daß nur sie gewährleisten kann, „daß einerseits eine wirksame Planung durchgeführt werden kann, andererseits aber die Autonomie der Selbstverwaltung nach außen erhalten bleibt. Die körperschaftliche Organisationsform schützt nämlich zum einen die Selbstverwaltung vor staatlichen Eingriffen. Sie stellt zum anderen sicher, daß eine wirksame regionale Angebotsplanung vorgenommen werden kann, indem sie der Selbstverwaltung in ihrem Aufgabenbereich hoheitliche Befugnisse einräumt. So kann die Selbstverwaltung die in einem *demokratischen Willensbildungsprozeß* gefaßten Beschlüsse gegenüber externen Partnern vertreten, aber auch intern gegenüber den Mitgliedern durchsetzen" (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.166 f.).

Die *Lösung der Steuerungs- und Koordinationsprobleme* erfolgt beim Körperschaftsmodell durch eine gemeinsame, regionalisierte Selbstverwaltung der Beteiligten. Vorgesehen ist, daß die regionalen Verbände der Krankenversicherungen und die einzelnen regionalen Vereinigungen der Leistungserbringer für den Bereich der Versorgungsregion *gemeinsame Ausschüsse* zur Behandlung jener Angelegenheiten bilden, die von der *Gemeinsamen Selbstverwaltung* der Nachfrager und Anbieter von Gesundheitsleistungen zu erledigen sind. Die Arbeit der gemeinsamen Ausschüsse entscheidet über die Funktionsfähigkeit der Gemeinsamen Selbstverwaltung und damit auch über die Qualität der Versorgung mit Gesundheitsleistungen in der Versorgungsregion.

Die Verbände der Krankenversicherungen und die Verbände der Leistungserbringer wären nach diesem Modell *gemeinsam verantwortliche Träger* eines vom Staat erteilten *Sicherstellungsauftrages*. Die gemeinsamen Ausschüsse, in deren Entscheidungsverfahren ggf. Minderheitenschutzregelungen einzubauen wären, hätten u.a. die folgenden *Aufgaben* wahrzunehmen: Vereinbarung regionaler Kapazitäts- und Angebotspläne, Einigung über die Anwendung bestimmter prospektiver Entgeltverfahren, Vereinbarung der Gesamtvergütung bzw. der Höhe der Leistungsentgelte sowie Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

4.3.3 2 Wettbewerbliche Lösung

Das Wettbewerbsmodell geht zwar ebenso wie das Körperschaftsmodell von einer Gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenversicherungen und Leistungserbringern aus, sieht jedoch für die Leistungserbringerseite keine feste Organisationsform vor. Die *Steuerung der Versorgung* soll primär über *Leistungspreise* erfolgen, die auf verschiedenen Ebenen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelt werden. Dabei wird die Aufgabe des Staates darin gesehen, über Richtlinien *Mindeststandards der Versorgung* zu definieren und deren Einhaltung zu überwachen. Erst wenn diese staatlicherseits erlassenen Kriterien in einem bestimmten Ausmaß unterschritten werden, soll der Staat eingreifen.

Dem Wettbewerbsmodell liegt die explizite Entscheidung zugrunde, den *Wettbewerb der Leistungsanbieter* untereinander als *Regulativ* einzusetzen. Die Leistungsanbieter offerieren in diesem Modell den Krankenkassen ihre Leistungen und versuchen, in Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen *Versorgungsaufträge* und die zur Kostendeckung notwendigen Preise zu erzielen. Während also die Leistungsanbieter bei den Verhandlungen versuchen, möglichst angemessene Preise für ihre Leistungen und Produkte sowie den Erhalt von Versorgungsaufträgen zu erreichen, besteht das *Interesse der Kassen* darin, bei der Vertragsvergabe und in den Preisvereinbarungen dafür zu sorgen, für ihre Versicherten ein *bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Leistungsangebot* sicherzustellen.

Eine überbetriebliche Bedarfs- und Angebotsplanung wie beim Körperschaftsmodell ist im Rahmen des wettbewerblichen Lösungskonzeptes nicht vorgesehen. Das Wettbewerbs- bzw. Verhandlungsmodell orientiert sich letztlich an den *wettbewerblichen Grundsätzen der Marktwirtschaft*. Zwar wird die Nachfrage nicht – wie in der »reinen« Marktwirtschaft – durch die individuelle Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft gesteuert; dafür jedoch erlangt die kollektive Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft einer Krankenkasse aber eine um so größere Bedeutung. Grundsätzlich ist daher nicht auszuschließen, daß sich sukzessive wohlhabende Kassen mit einem sozial gutgestellten Versichertenbestand herausbilden, die in der Lage sind, den Leistungsanbietern Vergütungen bzw. Preise zu bezahlen, die sich andere Krankenkassen mit einer sozial schwächeren Mitgliederstruktur nicht leisten können. Diese Krankenkassen wären damit bei der Versorgung ihrer Mitglieder auf jene Leistungsanbieter angewiesen, die gerade die definierten Mindeststandards erfüllen. Kritiker befürchten deshalb, daß das Wettbewerbsmodell implizit auf das Ende einer für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen geltenden sozialen Krankenversicherung hinausläuft und in ein *Zwei-Klassen-System der gesundheitlichen Versorgung* mündet (Vgl. REINERS 1988 c, S.22).

4. 3. 4 Implementations- und Gestaltungsprobleme einer gemeinsamen Selbstverwaltung

4. 3. 4. 1 Institutioneller Ausbau der Selbstverwaltung und Abbau von Asymetrien

Die *Funktionsfähigkeit* des Konzepts der *Gemeinsamen Selbstverwaltung* bzw. einer Lenkung der Allokation über Entscheidungen durch Verbände hängt nach Auffassung ihrer Befürworter wesentlich davon ab, daß sich auf seiten der Anbieter und auf seiten der Nachfrager von gesundheitlichen Leistungen und Gütern in etwa gleichgewichtige Verhandlungspartner gegenüberstehen. Ist eine Seite strukturell unterlegen, wird es als praktisch unmöglich angesehen, daß *Verhandlungslösungen* zu einer *effizienten Ressourcenallokation* führen (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.181). Anders ausgedrückt hängt die Steuerungsproblematik im Gesundheitswesen wesentlich von der Struktur der Märkte ab, auf denen die Krankenkassen als Nachfrager gesundheitlicher Leistungen für ihre Mitglieder und die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Krankenhäuser als Anbieter dieser Gesamtversorgung agieren (Vgl. LAMPERT 1982, S.281).

Die Voraussetzung *gleicher Verhandlungsmacht* wird nach weit verbreiteter Einschätzung als derzeit nicht gegeben angesehen. Eine Reihe von Fachleuten sieht insbesondere die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen in einer unterlegenen Verhandlungsposition. Von seiten der Krankenkassen wird beklagt, „daß bisher im Gesundheitswesen überwiegend die Leistungserbringer den Zuwachs der Ausgaben sowie die Prioritäten bestimmen konnten, ohne daß z.B. die Selbstverwaltung gleichberech-

tigt mitwirken konnte, wobei sich die Situation ergab, daß im nachhinein immer nur die Beitragseinnahmen an die ohne ausreichenden Einfluß der Selbstverwaltung zustande gekommenen Ausgabensteigerungen angepaßt werden mußten" (A. SCHMIDT 1978, S.846).

Solange die mittlere Ebene *asymetrisch* ausgebaut ist und *ungleiche Machtverhältnisse* vorherrschen, bleiben die Steuerungsmöglichkeiten suboptimal (Vgl. HERDER-DORNEICH 1984 a, S.6). Gefordert wird daher, in jenen Bereichen, in denen ungleichgewichtige Marktstrukturen ohne ausreichende Steuerungspotentiale anzutreffen sind, Korrekturen vorzunehmen. Konkret heißt dies v.a. Stärkung der Selbstverwaltung durch eine weitere Stärkung der Stellung der Krankenkassen als den Vertretern der Versicherten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Unternehmen des Arzneimittelsektors (Vgl. ROSENBERG 1974, S.306).

4. 3. 4. 2 Ermittlung und Vertretung kollektiver Interessen

Die Funktionsfähigkeit und die Ergebnisse von Verhandlungssystemen hängen in entscheidendem Maße davon ab, wie die kollektiven Interessen ermittelt und vertreten werden. Schließlich beruht der *Verhandlungsmechanismus* „auf der Existenz von Kollektiven, die über einen Handlungsspielraum verfügen und zur Durchsetzung der von ihnen verfolgten Ziele mit anderen Kollektiven und/oder staatlichen Instanzen bestimmte Nutzungen der bestehenden Handlungsmöglichkeiten verabreden" (GÄFGEN 1988, S.67). Dabei wird der Verhandlungskontext durch die Art der beteiligten Verhandlungspartner, nämlich deren Ziele, deren Kompetenzen und deren Beziehungen untereinander, gebildet. Die primären Handlungsziele der Repräsentanten von Kollektiven sind die Sicherung der Existenz und die Expansion der Aufgaben des Verbandes. Um dies zu erreichen, „müssen sie die Interessen der Mitglieder verfolgen und/oder sich durch die staatliche Gewalt Aufgaben und Ziele zuteilen lassen" (GÄFGEN 1988, S.67).

So einleuchtend die Feststellung ist, daß es in den Verhandlungen darum geht, durch delegierte Vertreter die Interessen der Verbandsmitglieder vertreten zu lassen, so schwierig ist es in der Praxis, diese Interessenvertretung zu gestalten. Eines der Probleme besteht darin, die *Interessen der Mitglieder* des Verbandes zu ermitteln. Die nächste Schwierigkeit ergibt sich bei der Vertretung dieser Interessen durch Funktionäre; schließlich existiert bei körperschaftlich organisierten Verbänden mit Zwangsmitgliedschaft das Problem, daß der Handlungsspielraum der Interessenvertretung durch die vom Staat übertragenen öffentlichen Kompetenzen mitdefiniert wird (Vgl. GÄFGEN 1988, S.67).

Maßgeblich für die Interessenvertretung sind einerseits *Größe und Heterogenität des Kollektivs*, andererseits der *Zweck des Zusammenschlusses*. So gelten vor allem die *Einkommensinteressen* von Marktparteien als genügend ausgeprägt und homogen, um Interessensverbände entstehen zu lassen (Vgl. GÄFGEN 1988, S.67). Dies zeigt sich deutlich bei den Ärzte-Verbänden, die vor allem Einkommens- und Statusinteressen ihrer Mitglieder vertreten. Hier ist nicht nur das Engagement der Ärzte innerhalb des Verbandes entsprechend groß, sondern auch das Bemühen der Verbandsvertreter, die Mitgliederinteressen wirksam zu vertreten. Die Folge davon ist, „daß die Verhandlungsführer der Ärzte-Verbände einerseits einer extrem rüden Kritik ausgesetzt sind, was ihren Verhandlungsspielraum einschränkt. Andererseits ergibt sich daraus, daß die Verhandlungsführer sich kurzfristig Rückhalt durch spektakuläre Kampfmaßnahmen der Ärzte verschaffen können" (THIEMEYER 1986 a, S.103).

In organisationssoziologischer und wirtschaftsordnungspolitischer Hinsicht einen völlig anderen Organisationstypus gerade im Hinlick auf die Interessenwahrung und -vertretung stellen die Krankenkassen dar. Bei ihnen ist entscheidend, daß sie nur ein isoliertes Interesse ihrer Mitglieder vertreten, „ein wichtiges zwar, aber doch ein Interesse unter vielen wichtigen Interessen. Dementsprechend ist das Engagement der Mitglieder außerordentlich gedämpft" (THIEMEYER 1986 a, S.103). Für die Kassen gilt sicherlich, daß je größer die Mitgliederzahl einer Organisation und je differenzierter deren Interessen sind, die Vertretung des gemeinsamen Interesses umso schwieriger wird. Die Konsequenz heterogener Mitgliederpräferenzen ist, daß die Verbandspolitik von den individuellen Wünschen der meisten Mitglieder mehr oder weniger stark abweichen muß. Vor einem derartigen Hintergrund reduziert sich aber nicht nur die Möglichkeit, spezifische Belange einzelner Mitgliedergruppen zu vertreten, sondern verstärkt sich auch die Gefahr, daß die Verbandsführungen Eigeninteressen entwickeln, die „zumindest teilweise von dem Wunsch, nur ihre Mitglieder bestmöglich zu vertreten, abweichen können" (KNAPPE 1988 a, S.278).

Prinzipiell bieten sich zwei sehr verschiedene Verfahren an, um die interne Koordinationsaufgabe (Festlegung des gemeinsamen Interesses, Bestimmung der Vertretung, Verpflichtung der Repräsentanten auf die Interessenvertretung) zu lösen: *verbandsinterne Demokratie* und *Wettbewerbsmechanismen* (Vgl. KNAPPE 1988 a, S.279). In den derzeit im Gesundheitswesen vorherrschenden Selbstverwaltungskörperschaften bildet die verbandsinterne Demokratie zumindest formal den wichtigsten Koordinationsmechanismus. Idealtypisch wird über die *Richtung der Verbandspolitik* sowie das *Handeln der Verbandsvertretung* einschließlich deren personeller Zusammensetzung durch die Mitglieder mittels *Wahlverfahren* entschieden. In Anbetracht der Größe der Verbände handelt es sich dabei allerdings im allgemeinen um mehrstufige Wahlverfahren.

Demgegenüber wird vor allem in den wettbewerblich orientierten Verhandlungsmodellen als Koordinationsmechanismus der *Wettbewerb um die bestmögliche Interessenvertretung* favorisiert. Nach Auffassung der Befürworter derartiger Kontrollmechanismen vermögen Wahlen selbst bei einer Verbesserung des Wahlsystems den Steuerungs- und Kontrollbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abzudecken (Vgl. NEUBAUER 1986, S.234). Bemängelt wird, daß für die von Entscheidungen Betroffenen gegenwärtig keine echten Auswahlmöglichkeiten bestünden. Daher wird verlangt, den potentiellen Mitgliedern (Versicherten, Ärzten, Krankenhäusern, usw.) *freie Wahlmöglichkeiten* einzuräumen, welche Organisation sie mit der Wahrnehmung ihrer Interessen betrauen wollen. Der Vorteil sei, so die Befürworter stärkerer Wettbewerbselemente, daß das Nebeneinander vieler differenzierter Organisationsformen zu kleinen Kollektiveinheiten und zu differenzierten Gruppen mit unterschiedlichen Präferenzen führe (Vgl. KNAPPE 1988 a, S.279). Konkurrierende Angebote böten nicht nur echte Wahlmöglichkeiten, sondern ermöglichten es den Betroffenen zugleich, durch „ihre tägliche Wahl steuernde und kontrollierende Signale zu setzen" (NEUBAUER 1986, S.234). Der *Wettbewerb* um die Mitglieder würde insofern die demokratische Legitimation durch Wahlen er-

setzen, als die Versicherten bzw. einzelne Leistungserbringer ihrer Unzufriedenheit mit der Interessenvertretung durch eine »Abstimmung mit den Füßen« Ausdruck verleihen und den Verband wechseln könnten (Vgl. REINERS 1988 b, S.12 f.).

Eine Verwirklichung dieses Ansatzes liefe auf der Kassenseite letztlich auf eine uneingeschränkte *Kassenwahlfreiheit der Versicherten* und einen *Versicherungswettbewerb* hinaus (Vgl. KNAPPE 1988 a, S.279). Auf der Seite der Leistungserbringer wäre ebenfalls vorgesehen, daß in den einzelnen Versorgungsbereichen mehrere konkurrierende Interessenverbände nebeneinander bestünden. Zugleich hätte ein derartiges System nur dann einen Sinn, wenn zwischen den einzelnen Verbänden eine *allgemeine Vertragsfreiheit* bei gleichzeitigem Verzicht auf eine Kontrahierungspflicht bestünde.

Selbst von den Befürwortern wird eingeräumt, daß diese Variante im Extremfall einer weitgehenden Abkehr vom Grundmodell korporatistischer Interessenvertretung gleichkäme, „zugunsten eines dezentralen, wettbewerbsgesteuerten Gesamtsystems, in dem der kollektive Interessenausgleich in Verhandlungen nur noch eine freiwillig wählbare Abstimmungsvariante neben Einzelverträgen darstellen würde" (KNAPPE 1988 a, S.279). Entsprechend wird betont, daß durch die Implementierung von wettbewerblichen Elementen die Gemeinsame Selbstverwaltung nicht in ein Marktsystem umgewandelt, sondern innovatorisch so weiterentwickelt werden solle, daß „die Gemeinsame Selbstverwaltung auch in Zukunft ihren gesundheits- und sozialpolitischen Aufgaben gerecht werden" könne (NEUBAUER 1986, S.235).

Unabhängig vom gewählten internen Koordinationsverfahren hängt die Effizienz der Interessenvertretung allerdings auch noch von einigen anderen Faktoren ab. Als wichtige Voraussetzung für den Verhandlungserfolg gilt auch, daß das Verhalten der Mitglieder die Erfüllung der Verbandsaufgaben nicht erschwert oder verhindert. Dies beinhaltet insbesondere bei Verbänden der Leistungserbringerseite in der Regel, daß die Autonomie der Mitglieder insoweit eingeschränkt sein muß, als die Erfüllung von in Verhandlungen eingegangenen Verpflichtungen von den Mitgliedern ein bestimmtes Verhalten erfordert (Vgl. GÄFGEN 1988, S.67).

Ferner besteht weitgehend Konsens, daß die Komplexität von System und Materie zu einer *Professionalisierung* und *Spezialisierung* auf seiten der Versicherten und ihrer Verbände zwingt, auch wenn dies die Forderung nach Demokratisierung im Sinne unmittelbarer Beteiligung der Versicherten an den Selbstverwaltungsaufgaben tangiert. „Die effiziente Beteiligung an der gesundheitspolitischen Rahmenplanung, der Gesetzesvorbereitung, an »bargaining«-Prozessen mit den Spitzenverbänden der Anbieter setzt eine hochspezialisierte, sozialpolitisch geschulte Interessenvertretung der Versicherten voraus" (NOWAK/ SCHAPER 1981, S.313). Dies ist um so erforderlicher, wenn das konstatierte Übergewicht der Vertreter der Anbieterverbände in den verschiedenen Planungs- und Kontrollgremien auf höherer Ebene ausgeglichen werden soll.

4. 3. 4. 3 Ansätze zur Reform der inneren Selbstverwaltungsstrukturen

Auch wenn nirgends bestritten wird, daß Verbände mit Zwangsmitgliedschaft eines demokratischen Willensbildungsprozesses in Form innerverbandlicher Wahlen, also einer aus Sozialwahlen hervorgegangenen Selbstverwaltung, bedürfen, werden die *Wahlprozesse* wie sie derzeit stattfinden überwiegend als wenig befriedigend bewertet. Ebenso ist die interne Selbstverwaltung, d.h. die Hierarchie und Aufgabenverteilung des *politischen Leitungssystems* aus mehreren Gründen einer umfangreichen Kritik ausgesetzt. Dabei geht es letztlich um die Frage, ob „die Selbstverwaltungen der Forderung nach Mitgliederpartizipation gerecht werden und eine effiziente Steuerung durch die Betroffenen in Form von Wahlen gewährleistet ist" (NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.181).

So sehr Übereinstimmung darin besteht, daß *Analysen von Sozialwahlen* insbesondere bei den RVO-Kassen erhebliche *Steuerungsdefizite* offenbaren (Vgl. H. BOGS 1976, S.23), so sehr fehlt es an überzeugenden Vorschlägen, wie die Mängel und Defizite beseitigt werden können und eine Erhöhung der Motivation der Versicherten, sich aktiver am Geschehen des Verbandes zu beteiligen, erzielt werden kann. Relativ allgemein gefordert werden zum einen eine *Verbreiterung der Legitimationsbasis*, zum anderen eine *Verbesserung des Steuerungsbeitrages der Sozialwahlen.* Als ein wesentlicher Schritt wird dabei u.a. ein Abgehen von Friedenswahlen im Bereich der RVO-Kassen und der Arbeiterersatzkassen angesehen. „Das demokratische Selbstverständnis der jeweiligen Gruppen sollte über kurzfristige Eigeninteressen gestellt und die Chance gesehen werden, durch Wahlhandlungen die Legitimationsbasis der Selbstverwaltungsorgane sowohl intern als auch gegenüber dem Staat zu stärken. Im Bereich der Verbände können die Quasi-Delegationsverfahren ohne Schwierigkeit durch Wahlen ersetzt werden" (NEUBAUER 1986, S.233).

Eine Erhöhung der Mitgliederpartizipation und Aufwertung der Sozialwahlen verspricht man sich ferner von *Kompetenzerweiterungen der Selbstverwaltungen.* Vom Staat wird verlangt, den Selbstverwaltungen mehr Gestaltungsspielräume zuzuordnen und anstelle einer „überzogenen Normierung und Vereinheitlichung" (NEUBAUER/ BIRKNER 1984, S.58) differenzierte, kassenbezogene Leistungsprogramme zuzulassen. Erwartet wird davon eine Belebung des Interesses an Sozialwahlen, da dann „die Vertretung in Selbstverwaltungsorganen Partizipation an Regiekompetenzen und damit Einfluß auf wichtige Entscheidungen" bedeute (NEUBAUER 1984, S.161 ff.). Zugleich sollten sich die Arbeitnehmerverbände der Chancen bewußt werden, die eine Aktivierung ihrer Mitarbeit in den einzelnen Kassen biete. So wird es als möglich angesehen, daß ähnlich wie bei den politischen Wahlen ein Programmwettbewerb der Verbände einsetzt, zumal hier die Möglichkeit bestehe, Sozialpolitik konkret mitzuformen (Vgl. NEUBAUER 1984, S.163; NEUBAUER 1986, S.233).

Im Zusammenhang mit Überlegungen, vor allem die Interessenvertretung im Bereich der RVO-Kassen zu stärken, geht es auch um die Frage der Berechtigung der Arbeitgeber, in den Selbstverwaltungsorganen vertreten zu sein. Forderungen, die Vertretung der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen zu reduzieren bzw. gänzlich zu beseitigen, werden sehr unterschiedlich begründet. Insbesondere von Gewerkschaftsseite wurde wiederholt unterstellt, die paritätische verbandliche Mitbestimmung führe zu einer Paralysierung der Selbstverwaltung in zentralen sozialpolitischen Fragen (Vgl. WSI 1978, S.205 ff.). Zugleich wird von dieser Seite betont, daß das GKV-System primär eine Schutzeinrichtung der Arbeitnehmer darstelle, mithin die Gewerkschaften als Interessenvertretung der sozial benachteiligten Gruppen besonders für die Besetzung von Selbst-

verwaltungsorganen prädestiniert seien (Vgl. NOWAK/SCHAPER 1981, S.308). Außerdem wird argumentiert, die quantitativ gleiche Beteiligung von Repräsentanten der Arbeitgeber führe faktisch zu einem Übergewicht, wenn auf der »Arbeitnehmerbank« heterogene Versicherteninteressen vertreten würden (Vgl. WSI 1978, S.207), die durch die Sozialversicherungswahlen in der gegenwärtigen Form zur Artikulation gelangen könnten. Ein Hauptziel gewerkschaftlicher Reformbemühungen bildete daher stets die Veränderung der paritätischen Repräsentationsstruktur in Richtung auf ein garantiertes Übergewicht der (gewerkschaftlichen) Versichertenvertreter (Vgl. NOWAK/SCHAPER 1981, S.308 f.).

Gegen diese gewerkschaftliche Betrachtungsweise wird u.a. eingewandt, daß von paritätisch besetzten Selbstverwaltungsorganen durchaus sozial- bzw. gesundheitspolitische Impulse ausgingen. Dagegen lägen die Aktivitäten der ausschließlich mit Versicherten besetzten Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkassen vor allem auf der Ebene verbandspolitischen Marketings (Vgl. NOWAK/SCHAPER 1981, S.308). Außerdem wird darauf verwiesen, daß insbesondere die Arbeitgebervertreter in den Selbstverwaltungsorganen vielfach harte Kontrahenten der Anbieterverbände gewesen seien, wenn es um Honorarerhöhungen gegangen sei (Vgl. THIEMEYER 1978, S.89).

Eine andere Diskussionsebene geht vom Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Arbeitnehmer- bzw. Volksversicherung aus. Die in den RVO-Kassen bestehende *paritätische Selbstverwaltung* bezieht ihre Legitimation aus dem historischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer *Arbeitnehmerversicherung*. Die Integration der Ersatzkassen in das GKV-System hätte konsequenterweise auch eine von den Tarifparteien paritätisch besetzte Selbstverwaltung zur Folge haben müssen. Jedenfalls sei es nicht einsichtig, weshalb die Unterschiede in der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane zwischen RVO- und Ersatzkassen trotz identischer Aufgabenstellung beibehalten würden.

Solange sich der Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherung auf Arbeitnehmer beschränke und ein Zuweisungsrecht dergestalt bestehe, daß die GKV sich nach berufs-, bzw. betriebs- und branchenspezifischen Kriterien gliedere, habe die Dominanz der Tarifparteien in den Selbstverwaltungsgremien ihre Berechtigung. In dem Maße jedoch, wie die berufs- und wirtschaftszweig-spezifischen Grenzen sich zwischen den Kassenarten verwischten und sich die GKV von einer Arbeitnehmer zu einer Volksversicherung entwickele, verliere die Arbeitgeber-Versicherten-Parität an Legitimation. Ist man der Auffassung, daß die GKV eine *Volksversicherung* ist, bzw. sich als solche verstehen sollte (was Veränderungen im Mitgliedschaftsrecht voraussetzt), dann könne die Konsequenz nur in einer alleinigen Besetzung der Selbstverwaltungsorgane durch die Versicherten bestehen (Vgl. REINERS 1988 b, S.11 f.).

Einen weiteren Reformschwerpunkt bildet neben der Aktivierung der Mitglieder das Problem der *Kontrolle der Administration* durch die zuständigen Organe. Kritik entzündet sich hier v.a. daran, daß die Entscheidungen der Selbstverwaltung primär auf Informationen basieren, die von der Verwaltung vorgelegt werden, und es für die Selbstverwaltungsmitglieder kaum möglich sein dürfte, derartige Vorgaben zu überprüfen. Der Gedanke der Selbstverwaltung als „Abbau von Fremdbestimmung eines bürokratischen Apparates zugunsten individueller Teilhabe an Herrschaft über diesen Apparat und seine Entscheidungsprodukte" (H. BOGS 1977, S.18) werde zur Farce, wenn durch die Organe nahezu ausschließlich die von der Administration bereits getroffenen Entscheidungen nachträglich legitimiert würden (Vgl. NOWAK/SCHAPER 1981, S.313).

Vorgeschlagen wurden hier u.a. die Einführung des Geschäftsführers auf Zeit sowie die Ausübung der Selbstverwaltungs- und Leitungsfunktionen durch ein einziges Organ (d.h. Beseitigung des bisherigen Dualismus von Vorstand und Vertreterversammlung) (Vgl. H. BOGS 1977). Andere Vorschläge zur Reorganisation der Selbstverwaltung empfehlen die Reduktion der Vertreterversammlung auf die Größe des Vorstandes. Die Aufgabe bestünde nach wie vor in der Verabschiedung des Haushaltes, der Festlegung der Beitragssätze und der Wahl des Vorstandes sowie des Geschäftsführers. Hinzu kämen Kontrollfunktionen, analog zu den Aufgaben des Aufsichtsrates in einer Aktiengesellschaft. Der von der Vertreterversammlung bestellte Vorstand, aus dessen Reihen der Geschäftsführer stammt, würde die allgemeine Geschäftspolitik der Kasse bestimmen, also die bislang von Vorstand und Geschäftsführung unter teilweise unklarer Kompetenzabgrenzung wahrgenommenen Aufgaben integrieren. Außerdem sollten die Vorstandsmitglieder ihre Aufgaben nicht mehr ehrenamtlich, sondern hauptamtlich wahrnehmen (Vgl. REINERS 1988 b, S.14).

4.3.4.4 Charakteristiken der Konzessions- und Einigungsmechanismen

Die Lösung von Allokations- und Verteilungsproblemen mittels Verhandlungen führt nur dann zu befriedigenden Ergebnissen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Ökonomisch betrachtet stellen Verhandlungen, wie sie im Konzept der Gemeinsamen Selbstverwaltung vorgesehen sind, den Grenzfall des *bilateralen Monopols* dar. Entscheidend ist hierbei, daß das Verteilungsergebnis von Verhandlungen »offen« ist, d.h. grundsätzlich unterschiedliche Aufteilungen des Vorteils zwischen den Verhandlungspartnern möglich sind. Daraus ergibt sich die zentrale Aufgabe, aber auch das zentrale Problem von Verhandlungen, nämlich durch *Konzessionen* und *freiwillige Einigung* Interessengegensätze zu lösen, deren Existenz im Kern auf der *Knappheit an Ressourcen* beruht (Vgl. KNAPPE 1988 a, S.282 f.).

Hauptinhalt der Interessengegensätze ist auch bei den Verhandlungen im Gesundheitswesen vor allem die Frage, welches Entgelt für welche Leistungen gezahlt werden soll. Die Zuständigkeit der Verhandlungspartner reicht dabei von der Festlegung von Preiserhöhungen, Preisstrukturen und Leistungskatalogen bis hin zu Zahlungsströmen (Plafonds) und damit indirekt von Leistungsmengen, also den als notwendig anerkannten Kapazitäten (Vgl. GÄFGEN 1988, S.70). Während bei den Verbänden der Leistungsanbieter im Vordergrund des Interesses steht, möglichst Preiserhöhungen für die Leistungen ihrer Mitglieder zu erzielen, richtet sich das Bemühen der Kassen hauptsächlich darauf, die Ausgaben für die Versorgung ihrer Mitglieder in Grenzen zu halten und damit Beitragssatzerhöhungen vermeiden zu können. Da es sich um zwei gegenseitige Marktseiten handelt, geht es mit anderen Worten im Kern um den *Tausch von Leistungen und Zahlungen* und in den Verhandlungen um *gegenseitige Konzessionen bei den Bedingungen dieses wirtschaftlichen Tausches* (Vgl. GÄFGEN 1988, S.70; KNAPPE 1988 a, S.288). Die Ausgangsposition beider Par-

teien in diesen Verhandlungen ist allerdings unterschiedlich: die Kassenärztlichen Vereingungen und mit Einschränkungen auch die Krankenhäuser stehen in den Verhandlungen im allgemeinen unter einem relativ stärkeren Erfolgs- und Durchsetzungszwang, da es bei ihnen um zentrale Berufs- und Einkommensinteressen geht. Entsprechend fest ist die Bindung der Verbände der Leistungserbringer an die Interessen der von ihnen vertretenen Mitglieder. Ihre Funktionäre befinden sich gegenüber den Mitgliedern in besonders starkem Maße unter einem Legitimationsdruck. Etwas anders sieht dies bei den Krankenkassen aus, die im Gegensatz zu den Verbänden der Leistungserbringer ein „weit weniger gravierendes Partialinteresse ihrer Mitglieder" zu vertreten haben (KNAPPE 1988 a, S.290; vgl. auch: THIEMEYER 1986 a, S.103; NEUBAUER/REBSCHER 1984). Diese Feststellung ist jedoch insofern zu relativieren, als der Verhandlungsspielraum der Kassen angesichts des inzwischen erreichten Beitragssatzniveaus in den letzten Jahren zunehmend geringer geworden ist.

Vor dem Hintergrund der für beide Seiten zunehmend geringer gewordenen Verhandlungsspielräume treten an die Stelle *freiwilliger Verhaltensabstimmungen* oder gütlicher Einigung verstärkt die Austragung *harter Interessenkonflikte*. Dies gilt um so stärker, je mehr es in den Verhandlungen um elementare Positionen im Verteilungskampf geht. Um diese Interessengegensätze zu überbrücken und zu Einigungen zu gelangen, müssen i.d.R. beide Seiten Abstriche an ihren Forderungen hinnehmen und Konzessionen machen. Wie sich am Ende dieses Prozesses das Ergebnis der jeweiligen Seite gestaltet, hängt zum einen wesentlich von der *relativen Stärke* bzw. *Schwäche der Verhandlungsposition* ab, zum anderen aber auch von den Fähigkeiten der jeweiligen Verhandlungsseite, die *strategischen Handlungsmöglichkeiten* innerhalb der Verhandlungen einzusetzen.

In dieser Situation gewinnen die *Einigungs- und Konzessionsmechanismen* im Rahmen von Verhandlungen zentrale Bedeutung. Dabei ist jedoch festzuhalten, daß es bislang „nur wenig rudimentäre und nur auf recht idealisierte Situationen anwendbare beschreibende Theorien über Verlauf und Ergebnis des Verhandlungsprozesses" (GÄFGEN 1988, S.71) gibt. Insbesondere sind sie nicht in der Lage, vorauszusagen, wie Verhandlungen unter spezifizierten Bedingungen verlaufen und welche Ergebnisse dabei erzielt werden. Immerhin liefert die *Bargaining-Theorie* eine Reihe von Anhaltspunkten, welche Mechanismen die Verhandlungspartner zu gegenseitigen Konzessionen bewegen. Danach sind die Parameter, die bei Verhandlungen eingesetzt werden sehr vielfältig (Vgl. GÄFGEN 1988, S.71):

- Echte oder nur vorgetäuschte Informationen über die eigene Lage, die eigenen Ziele und Absichten sowie über die Begründung von Forderungen;
- Drohungen mit für den Partner nachteiligen Handlungsmöglichkeiten oder Verlockungen mit Vorteilen auf Kosten anderer;
- Manipulierung der Reihenfolge, in der mit verschiedenen Partnern und über verschiedene Gegenstände verhandelt wird;
- taktisch gemeinte oder echte Einigungsvorschläge oder Vorschläge über ein Zusammengehen in der Auseinandersetzung mit anderen Beteiligten;
- zeitliches Verschleppen der Verhandlungen, bis Zwangslagen eintreten.

Eine Gegenüberstellung dieser Parameter mit den bislang in den Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen und im Rahmen der Beratungen der Konzertierten Aktion gemachten Erfahrungen zeigt, daß diese Handlungsmöglichkeiten durchaus praktische Relevanz haben. Erwähnt werden kann in diesem Zusammenhang z.B. die Tatsache, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Ersatzkassen regelmäßig zu einem Zeitpunkt verhandeln, zu dem über die Auswirkung der Honorarvereinbarungen des letzten Jahres auf das Gesamtvolumenen des laufenden Jahres nur Schätzungen vorliegen. Ebenfalls nicht unbekannt ist der Einsatz von Drohungen (z.B. Urabstimmung der Zahnärzte Nordrhein-Westfalens zu Gunsten von Kampfmaßnahmen im Jahre 1975), wenngleich die Wirksamkeit dieses Instruments v.a. wegen seiner negativen Öffentlichkeitswirksamkeit begrenzt ist. Ferner bestehen zahlreiche Erfahrungen, wie durch Verschleppung oder Verzögerung von Verhandlungen versucht wird, bestimmte Regelungen zu verhindern oder durch »Beharren« auf Positionen die an bestimmten Ergebnissen interessierte Gegenseite zu weitreichenden Konzessionen veranlaßt wird.

Neben den Instrumenten, die von beiden Seiten eingesetzt werden, um bei den Verhandlungen Vorteile zu erreichen, gibt es nach Ansicht von Beobachtern gerade für die Gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen allerdings auch Faktoren, die das Zustandekommen von Ergebnissen, die für beide Seiten tragbar sind, begünstigen, sich also positiv auf den Verhandlungsprozeß auswirken. Zu nennen ist hier u.a. das gemeinsame Interesse an einem längerfristigen Bestand des Steuerungs- und Koordinationsverfahrens, das bei einem wiederholten Scheitern der Verhandlungen oder dem Verdacht der Funktionsunfähigkeit in seiner Existenz bedroht wäre. Noch entscheidender ist für viele jedoch ein weiterer Effekt: „nämlich die Sorge der Verbände vor der drohenden Intervention des Staates allgemein oder aber – dann meist mit dauerhaft institutionalisierter Einschränkung der Dispositionsspielräume – des Gesetzgebers" (THIEMEYER 1986 a, S.103). Gesellschafts- und ordnungspolitisch wird argumentiert, stelle die Gemeinsame Selbstverwaltung nur eine Übertragung von Steuerungsaufgaben unter dem Vorbehalt der Funktionsfähigkeit und -willigkeit dar (Vgl. THIEMEYER 1986 a, S.106). Daher sei die im Hintergrund stehende *staatliche Interventionsdrohung* auch kaum entbehrlich zur Erzwingung von Verhandlungslösungen. Den Verbänden müsse bewußt sein, daß Ergebnisse, die nicht rechtzeitig oder außerhalb der vom Staat geduldeten Bandbreite oder mit schwerwiegenden unerwünschten Nebenwirkungen erzielt werden, den Staat zu direkten Interventionen veranlassen (Vgl. GÄFGEN 1988, S.73).

4. 4 Konkrete Reformansätze für den Ausbau der »Gemeinsamen Selbstverwaltung«

4. 4. 1 Reformansätze im Bereich der stationären Versorgung

In kaum einem anderen Bereich der gesundheitlichen Versorgung dominieren so sehr Reformvorschläge, die ein *Steuerungs-* und *Koordinationssystem* auf der Ebene der Gemeinsamen Selbstverwaltung favorisieren, wie im Bereich der stationären Versorgung. Dies dürfte u.a. daran liegen, daß ein vergleichsweise breiter Konsens darüber besteht, daß sowohl rein marktwirtschaftliche als auch eine rein staatswirtschaftliche Alternative für die Steuerung und Koordination der Krankenhauswirtschaft dann ausscheiden, wenn man die *traditionellen Werthaltungen der bun-*

desdeutschen Gesundheits- und Krankenhauswirtschaft beachten will (Bedarfswirtschaftlichkeit der Versorgung; Förderung von Elementen marktwirtschaftlicher Steuerung, soweit mit der Bedarfswirtschaftlichkeit der Versorgung vereinbar; Vielgestaltigkeit der Krankenhausträger sowie der Organisationsformen der Leistungserbringung; Wahrung der Autonomie des einzelnen Krankenhausbetriebes; Priorität der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenversicherungen gegenüber staatlichen Organisationsformen) (Vgl. EICHHORN 1987, S.268).

Die Entscheidung zugunsten eines zwischen Staat und Markt angesiedelten Systems der Steuerung und Koordination der Krankenhausversorgung bedeutet allerdings noch keine Reduktion der Vielfalt von Reform- und Lösungskonzepten. Zwar wird die *Spannweite der Möglichkeiten zur Steuerung der Krankenhauswirtschaft* mit dieser Grundentscheidung begrenzt, dazwischen gibt es jedoch – wie die gesundheitspolitische Diskussion belegt – noch immer genügend Raum für zum Teil sehr von einander abweichende Reformmodelle. So eindeutig die Forderung nach *mehr Verhandlungsspielraum für die Selbstverwaltung* auch ist, so sehr gehen die Vorstellungen auseinander, wie dieser erweiterte Spielraum auszugestalten ist. Kontrovers ist insbesondere, inwieweit es möglich ist, in *selbstverwaltungsorientierte Modelle marktwirtschaftliche Steuerungselemente* einzubauen. Ohne an dieser Stelle auf Details eingehen zu können, sollen nachfolgend aus der Fülle von Reformvorstellungen, die in Politik und Wissenschaft in den letzten Jahren entwickelt wurden, drei Konzepte besondere Erwähnung finden. Hierzu gehören die beiden *detaillierten Modellkonzepte* für eine verstärkte Systemsteuerung mittels Selbstverwaltung, die die *Kommission »Krankenhausfinanzierung« der Robert-Bosch-Stiftung* vorgelegt hat sowie Konzepte, die unter der Bezeichnung *»Einkaufsmodell«* Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion gefunden haben.

a) Selbstverwaltungsmodelle der Kommission »Krankenhausfinanzierung«

Die Kommission »Krankenhausfinanzierung« ging bei der Entwicklung ihrer Modelle davon aus, daß es sich bei der Krankenhausversorgung um eine öffentliche Aufgabe handelt. Sie vertritt die *bedarfswirtschaftliche Orientierung* der Krankenhauswirtschaft und die *Vielfalt der Träger* als ordnungspolitisches Prinzip für die Planung und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Rein marktwirtschaftliche Lösungen von Planung, Finanzierung und Erstellung von Krankenhausleistungen sind nach Meinung der Kommission nicht mit der Forderung nach einer gleichmäßigen und von der Zahlungsfähigkeit des einzelnen unabhängigen Versorgung vereinbar. Stärkere staatliche Regulierung könnte diese Ziele zwar erreichen, sei jedoch mit hohen Effektivitäts- und Effizienzverlusten sowie Freiheitsbeschränkungen des einzelnen verbunden. Demgegenüber hat die Kommission bei der Entwicklung ihrer Reformvorschläge konsequent das *Subsidiaritätsprinzip* zugrunde gelegt: Institutionen auf der höheren Ebene sollen nur mit jenen Aufgaben betraut werden, deren Erfüllung die untere Ebene überfordert. Aus den Grundhaltungen hat die Kommission drei *Grundelemente eines Systems der Steuerung und Finanzierung* der Krankenhausversorgung abgeleitet:

- *Steuerung* der Krankenhausversorgung durch eine *gemeinsame Selbstverwaltung* von Krankenhäusern und Krankenversicherungen.
- *Monistische Finanzierung* der Versorgung mit Krankenhausleistungen.
- *Prospektive, leistungsorientierte Vergütung* der Krankenhausleistungen.

Trotz der Einigung auf diese drei Grundelemente sah man in der Kommission zwei unterschiedliche Möglichkeiten, den *Steuerungsprozeß organisatorisch auszugestalten.* Das Ergebnis war die Entwicklung von *zwei Reformmodellen (Körperschaftsmodell* und *Verhandlungsmodell),* die sich nach Ansicht der Kommission vor allem hinsichtlich der Sicherheit und des Freiheitsspielraumes voneinander unterscheiden. Während das *Körperschaftsmodell* durch die Einbindung der Krankenhäuser in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts den Krankenhäusern v.a. im finanzwirtschaftlichen und planerischen Bereich *feststehende Rahmenbedingungen und damit Sicherheit* garantiert, räumt das *Verhandlungsmodell* den *Krankenhäusern mehr Freiheit* ein, mutet ihnen aber zugleich ein *höheres Maß an Risiko* zu. Nach Auffassung der Kommission zeigt die Gegenüberstellung der beiden Modelle, „daß zwischen Zwang und Existenzsicherung sowie Freiheit und Existenzrisiko ein notwendiger Zusammenhang besteht, der in keinem Steuerungs- und Finanzierungssystem aufgehoben werden kann" (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.188)

- *Körperschaftsmodell*

Das Körperschaftsmodell geht davon aus, daß es gute Gründe dafür gibt, die Versorgung mit Krankenhausleistungen durch eine überbetriebliche Angebotsplanung zu steuern und damit die Voraussetzungen für eine flächendeckende Krankenhausversorgung zu schaffen. Allerdings soll diese überbetriebliche Angebotsplanung nicht durch den Staat, sondern von den Selbstverwaltungsorganen vorgenommen werden. Das System der Krankenhausplanung stellt das Herzstück des Körperschaftsmodells dar. Ausgehend von einem von unten nach oben organisierten Entscheidungsprozeß, soll für die Krankenhäuser einer Region eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Pflichtmitgliedschaft geschaffen werden (mit Regelungen für einen Minderheitenschutz), die die Interessen der Mitglieder vertritt und gleichzeitig hoheitliche Befugnisse besitzt, um die Krankenhausversorgung sicherzustellen. Zusammen mit den Krankenkassen sollen diese Krankenhausvereinigungen einen Sicherstellungsauftrag erhalten.

Die Regionalen Krankenhausvereinigungen würden die eigenen Angelegenheiten der Krankenhäuser regeln, so vor allem

- die Aufstellung und die Weiterentwicklung des regionalen Krankenhausplanes für die Versorgung mit allgemeinen Krankenhausleistungen,
- die Ausführung und Umsetzung des regionalen Krankenhausobjektplanes sowie
- die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Überregionale Aufgaben, wie z.B. die Entwicklung und Aufstellung von

- Rahmenrichtlinien zur Krankenhausplanung,
- Zulassungsbedingungen für Krankenhäuser,
- Grundsätze zur Sicherung von Qualität, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung

oder die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Leistungsentgeltverfahren sollen von einer ebenfalls öffentlich-rechtlichen Bundeskrankenhausvereinigung im Zusammenwirken mit den Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuß erledigt werden, dessen Richtlinien für regionale Krankenh-

ausgesellschaften nur durch Übernahme verbindlich werden.

Die regionalen Krankenhausvereinigungen und die Krankenkassen bzw. ihre Verbände (ggf. unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen) sollen für den jeweiligen Bereich einer Versorgungsregion einen Gemeinsamen Ausschuß bilden, dem zusätzlich ein zu ernennendes unparteiisches Mitglied angehört. Wichtigste Aufgaben der Gemeinsamen Selbstverwaltung sollen sein:

- Vereinbarung eines regionalen Krankenhauskapazitätenplanes,
- Einigung auf die Anwendung eines bestimmten preislichen Entgeltverfahrens,
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und die
- Beschlußfassung über Fragen, zu denen innerhalb der regionalen Krankenhausvereinigung keine Einigung erzielt werden konnte.

Die Krankenhausplanung würde demnach in drei (Haupt-) Stufen erfolgen:

1. Erarbeitung von Rahmenrichtlinien zur regionalen Krankenhausplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuß
2. Entscheidung über den regionalen Krankenhauskapazitätsplan durch den Gemeinsamen Ausschuß auf Vorschlag der regionalen Krankenhausvereinigung
3. Entscheidung über den regionalen Krankenhausobjektplan durch die regionale Krankenhausvereinigung.

Letztere Entscheidung, die die Verteilung der vorgegebenen Gesamtkapazitäten auf die einzelnen Betriebseinheiten regelt, bedarf innerhalb der Krankenhausvereinigung einer besonderen Mehrheit. Beide Pläne sollen nach den Vorstellungen der Kommission der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde bedürfen. Dagegen werden Zugang und Ausscheiden von Krankenhäusern allein durch die regionale Krankenhausvereinigung geregelt.

Das Entgeltverfahren soll prospektiv sein und vom Gemeinsamen Ausschuß vereinbart werden. Als Standardverfahren schlägt die Kommission die Anwendung von differenzierten prospektiven Fallpauschalen für alle medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie eine Tagespauschale für Unterbringung und Verpflegung vor. Über die Höhe des Entgelts soll im Gemeinsamen Ausschuß verhandelt werden. Allerdings sollen die Krankenhäuser eine Option erhalten, die Tagespauschale für Unterkunft und Verpflegung individuell auszuhandeln. Überschüsse würden nach diesem Modell den Krankenhäusern verbleiben; sie müßten jedoch auch Verluste selbst abdecken.

- *Verhandlungsmodell*

Dieses Modell geht zwar vom selben Finanzierungs- und Entgeltverfahren aus, weist jedoch ein anderes System der Steuerung und Koordination auf. Anstatt der im Körperschaftsmodell erreichbaren, wenn auch mit einer erheblichen Beschränkung der einzelbetrieblichen Handlungsfreiheit verbundenen Existenzsicherheit des einzelnen Krankenhauses favorisiert das Verhandlungsmodell den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander als Regulativ. Das Modell geht davon aus, daß die Krankenhäuser den Krankenkassen ihre Leistungen anbieten und versuchen, in Einzelverhandlungen mit den Kassen Versorgungsaufträge und die zur Kostendeckung notwendigen Preise zu erzielen. Im Hinblick auf die Kassen wird unterstellt, daß diese ein Interesse daran haben, bei den Vertragsverhandlungen dafür zu sorgen, für ihre Versicherten ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Leistungsangebot sicherzustellen. Um der Gefahr der Leistungs- und Risikoselektion vorzubeugen, sollen Krankenhäuser und Krankenkassen das notwendige Niveau der Versorgung durch Vereinbarungen auf Landesebene definieren. Diese sollen der Genehmigung durch das Land unterliegen und als öffentlich-rechtliche Richtlinien erlassen werden. Für den Fall, daß diese Richtlinien zur Krankenhausversorgung in einer Versorgungsregion erheblich und nachhaltig verletzt werden, sieht das Modell die Möglichkeit eines abgestuften Eingreifens des Staates vor, um Umfang und Niveau der Versorgung zu sichern.

Die Gemeinsame Selbstverwaltung reduziert sich in diesem Modell im wesentlichen auf die Festlegung des Versorgungsniveaus. Hierfür sollen die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer sowie die Vertreter der Krankenhausträger einen Landesausschuß bilden, der Richtlinien zur Krankenhausversorgung erarbeitet. Gegenstand dieser Richtlinien sollen z.B. Angaben über die räumliche Aufteilung des jeweiligen Bundeslandes in Krankenhausversorgungsregionen, Zulassungsbedingungen für eine Teilnahme an der Krankenhausversorgung sowie qualitative und quantitative Angaben über die Untergrenzen für die notwendige Versorgung auf der Ebene der Krankenhausregion sein.

Kennzeichnend für dieses Modell ist der außerordentlich große Handlungsspielraum, den es den Krankenhäusern einräumt. Sie sind weder an einen übergeordneten Krankenhausplan gebunden, noch verpflichtet, jenseits der Vereinbarungen mit den Krankenkassen allgemeine Versorgungsaufträge zu erfüllen. Zudem gibt es in diesem Modell keine imperative Krankenhausobjektplanung. „Hauptinstrument sind die Preise. Die Krankenkassen tragen faktisch die gesundheitspolitische Verantwortung für die stationäre Versorgung in der Region, wenn sie die Krankenhäuser durch ihre Preispolitik zur Leistungsselektion zwingen" (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S.25).

b) Einkaufsmodelle

Eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von der Kommission »Krankenhausfinanzierung« entwickelten Verhandlungsmodell haben Vorstellungen, die unter dem Begriff *»Einkaufsmodell«* Eingang in die gesundheitspolitische Reformdiskussion gefunden haben. Grundgedanke dieser Modelle ist, daß die Krankenkassen die zur Versorgung ihrer Mitglieder erforderlichen Leistungen von Dritten mittels Ausschreibung einkaufen. Dabei reduziert sich der Selbstverwaltungsaspekt auf die Kassenseite, wo die Interessen der Versicherten kollektiv wahrgenommen werden. Hinsichtlich des Steuerungs- und Koordinationsmechanismus sind Einkaufsmodelle allerdings eher als eine besondere *Variante marktwirtschaftlicher Steuerung* anzusehen, die gegenüber »reinen Marktmodellen« vor allem den Vorteil aufweist, daß die besonderen Probleme der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch Einschaltung der Kassen reduziert werden.

4. 4. 2 Reformansätze im Bereich der Arzneimittelversorgung

Mehr als alle anderen Bereiche kennzeichnet sich die Arzneimittelversorgung in der GKV durch Faktoren, die für ein Nicht-Markt-System typisch sind. Hierzu zählen insbeson-

dere die Besonderheiten des Sachleistungsprinzips, die Aufteilung der Nachfragefunktion, die *fehlenden Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen* und die *erheblichen Unvollkommenheiten des Marktes* (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER 1984, S.261; BAUER 1986, S.293 ff; REHER/REICHELT 1988; REINERS 1987, S.228). Hinzu kommt, daß die auf gesetzlichen Grundlagen basierenden *Steuerungsmöglichkeiten* eher gering einzuschätzen sind (Vgl. BAUER 1986, S.295). Derzeit ist die Preis- und Absatzpolitik der Pharmaindustrie nicht an die Zahlungsfähigkeit der Nachfrager gebunden. Als Bezieher der vom Arzt verordneten Medikamente üben sie keine bewußte Nachfrage aus. Allerdings besitzt der Arzt im System der Arzneimittelversorgung eine Schlüsselstellung. Letzteres hat zwar zu vielfältigen Überlegungen geführt, Steuerungsmechanismen direkt beim Arzt anzusetzen; Befürworter des Konzepts der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind jedoch davon überzeugt, daß Verbändeverhandlungen auch in dem „bislang wenig strukturierten und steuerungstechnisch schwierig erfaßbaren Arzneimittelbereich" (NEUBAUER/REBSCHER 1984, S.260) den noch em ehesten wirksamen Steuerungsmechanismus darstellen.

Allerdings ist auch dabei zu berücksichtigen, daß der Pharmamarkt von einer sehr *ungleichgewichtigen Ausgangsposition* der Anbieter- und der Nachfragerseite geprägt ist. Der Arzneimittelmarkt ist ein *angebotsdominierter Markt*, auf welchem die Position der Nachfrager nicht zuletzt aufgrund beschränkter Substitutionsmöglichkeiten schwach ist. Bisherige Erfahrungen zeigen zudem, daß „der chemisch-pharmazeutische Industriekomplex in diesem von außerordentlichen Anbieterinteressen charakterisierten Szenarium den Verbraucherinteressen kaum eine Chance läßt, berücksichtigt zu werden" (BAUER 1986, S.295; vgl. auch WESTPHAL 1982, S.398 f.). Zwar haben die Krankenkassen (z.B. durch die Preisvergleichsliste und die Arzneimittelrichtlinien) beschränkte Möglichkeiten, das Verordnungsverhalten der Ärzte zumindest ansatzweise zu kontrollieren, was ihnen jedoch nach wie vor fehlt, ist ein konkreter *Einfluß auf die Preisgestaltung der Pharmaindustrie*. Vor diesem Hintergrund stellten die Spitzenverbände der GKV in einem gemeinsamen Thesenpapier fest: „Die bestehenden und von der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlenden Preise sind nicht Ausdruck rationaler Kaufentscheidungen, bei denen Wert und Gegenwert in Einklang gebracht worden sind. Sie sind Ausdruck mangelnder Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung" (Spitzenverbände der GKV 1985, S.8).

Ausgehend von dieser Lageeinschätzung haben die Spitzenverbände der GKV wiederholt gefordert, daß der Gesetzgeber die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen soll, um *direkte Preisverhandlungen* zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Arzneimittelherstellern zu ermöglichen. Nach diesen Vorstellungen sollte in die RVO eine Bestimmung aufgenommen werden, die die gesetzlichen Krankenkassen und die Arzneimittelhersteller verpflichtet, über die auf dem Markt befindlichen Produkte bzw. über deren Preise im Rahmen von Verhandlungen entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Eine derartige Verpflichtung sollte unabhängig von der Mitgliedschaft im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie bestehen. Außerdem wird verlangt, die aufzunehmende gesetzliche Bestimmung so zu fassen, daß die GKV nur als Einheit in die Verhandlungen mit den Arzneimittelherstellern eintritt, d.h., anders als im Bereich der kassenärztlichen Versorgung sollen getrennte Verhandlungen nicht möglich sein (Vgl. REINERS 1987, S.229; BAUER 1986, S.298; REHER/REICHELT, S.82 ff.)

Nach Auffassung der Spitzenverbände der GKV soll bei gegebenen Rahmenbedingungen die konkrete Ausgestaltung der Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen bleiben. Als Diskussiongrundlage haben die Spitzenverbände der GKV zwei Modelle erarbeitet (Vgl. Sptizenverbände der GKV 1985):

- *Modell I*

Die Spitzenverbände der GKV bieten per Ausschreibung jährliche Preisverhandlungen für definierte Indikations-/Arzneimittel-/Wirkstoffgruppen an und bilden eine gemeinsame Verhandlungskommission. An diesen Verhandlungen kann sich jedes rechtlich selbständige Unternehmen im Arzneimittelbereich beteiligen, wobei die Bildung von Interessengemeinschaften der Hersteller zum Zweck der Verhandlungen möglich ist. So wäre z.B. denkbar, den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie in die Verhandlungen einzubeziehen. Gegenstand der Verhandlungen ist die Ermittlung und Vereinbarung von Preisen. In einem gewissen Rahmen sollen dabei die jeweiligen Produkteigenschaften berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die Differenzierung von Preisen für unterschiedliche Darreichungsformen, Wirkstoffgruppen etc. ist vorgesehen, Preis-Bandbreiten bzw. Preis-Raster, orientiert an einem Eckpreis, zu vereinbaren. Für echte Neuentwicklungen sollen auf Antrag des Arzneimittelherstellers zwischen ihm und den Spitzenverbänden der GKV Preisverhandlungen stattfinden.

Der vereinbarte Preisrahmen legt Höchstpreise fest; Arzneimittel, deren Preise im Bereich des vereinbarten Preisrahmens liegen, werden gemäß dem Sachleistungsprinzip voll erstattet. Dagegen werden teurere Arzneimittel nach dem Indemnitätsprinzip nur in Höhe des vereinbarten Höchstbetrages erstattet. Die Differenz ginge zu Lasten des Versicherten.

- *Model II*

Das zweite Modell zielt auf eine Kontrolle der Preisentwicklung ab; entsprechend wird das jeweils gegebene Preisniveau von den Spitzenverbänden der GKV akzeptiert. Gegenstand der Verhandlungen sind somit lediglich Preiserhöhungen bzw. -senkungen. Wollen die Arzneimittelhersteller Preiserhöhungen durchsetzen, so müssen sie diese bei den Spitzenverbänden beantragen. Über die Anträge soll dann in gemeinsamen Verhandlungen entschieden werden. Dabei ist auch vorgesehen, daß Entscheidungen über Preiserhöhungsanträge der Arzneimittelhersteller nur an einem bestimmten Stichtag eines jeden Jahres wirksam werden. Die Kriterien, nach denen diese Erhöhungsanträge genehmigt bzw. abgelehnt werden, sollen sich an allgemein zugänglichen Daten orientieren; zu denken ist hierbei u.a. an die Grundlohnsumme, Daten des Jahreswirtschaftsberichts, aber auch an qualitative Aspekte (z.B. die spezifische Marktsituation). Bei neu auf den Markt kommenden Arzneimitteln sollte sich die Preisfindung am durchschnittlichen Preis aller Konkurrenzpräparate orientieren.

Wenn die Preiserhöhung für ein Arzneimittel nicht genehmigt wurde, könnte dies zum einen zur Folge haben, daß es als nicht mehr erstattungsfähig gilt (d.h. bei Verordnung durch den Arzt der Patient den vollen Preis bezahlen müßte), zum anderen könnte das Medikament im Rahmen des genehmigten Preises erstattungsfähig sein (in diesem

Fall wäre der über die Erstattungspflicht hinausgehende Betrag durch den Versicherten zu tragen).

Diese beiden Modelle unterscheiden sich v.a. dadurch, daß das eine das bestehende Preisniveau als gegeben hinnimmt, während das andere Modell das aktuelle Preisniveau nicht akzeptiert. Ersteres (Modell II) stellt insoweit eine eher »defensivere« Lösung dar, als davon ausgegangen wird, daß das bestehende Arzneimittelpreisniveau kurzfristig nicht verändert, allenfalls der »Schaden« einigermaßen begrenzt werden kann (Vgl. REINERS 1987, S.231). Dieses Modell weist zudem jedoch den Nachteil auf, daß es einseitig auf die *Arzneimittelpreisentwicklung abzielt und keinerlei Einflußnahme auf strukturelle Entwicklungen* des Marktes erlaubt. Berücksichtigt man, daß die Preiskomponente für die Ausgabenentwicklung der GKV in der Vergangenheit eher eine untergeordnete Rolle gespielt hat, „dürfte die Wirkung dieses Modells sehr begrenzt sein und von den Arzneimittelherstellern durch andere Absatzstrategien weitgehend unterlaufen werden" (REHER/REICHELT 1988, S.83). Schließlich stellt in diesem Modell die Preisfestsetzung für neu zugelassene Arzneimittel ein Problem dar, vor allem dann, wenn es sich um neuartige Wirksubstanzen handelt.

In gewissem Umfange sind die Auswirkungen der direkten Preisverhandlungen den durch eine Positivliste erzielten Ergebnissen vergleichbar (Vgl. BAUER 1986, S.297). Bereits in der einfachsten Version des Modells direkter Preisverhandlungen ist implizit eine *preisorientierte Negativliste* enthalten, da diejenigen Produkte, die von den Herstellern der Preiskontrolle durch die gemeinsamen Verhandlungen entzogen werden, zwangsläufig (wenigstens teilweise) von der Erstattungsfähigkeit durch die GKV ausgeschlossen werden müssen. Ohne diesen Sanktionsmechanismus würden die Preisverhandlungen ihren Sinn verlieren (Vgl. REHER/REICHELT 1988, S.83). Ein gemeinsamer Nachteil beider Modelle der direkten Preisverhandlungen ist darin zu sehen, „daß zwar ein Gegengewicht zu den Preisforderungen der Pharma-Hersteller auf der Nachfrageseite gebildet wird, aber die Produktvielfalt auf dem Arzneimittelmarkt nicht oder nur wenig eingeschränkt wird" (BAUER 1986, S.297).

Eine Möglichkeit der stärkeren Berücksichtigung qualitativer Aspekte im Rahmen direkter Preisverhandlungen könnte die explizite *preisorientierte Positiv- bzw. Negativliste* sein. Bei dieser weiterentwickelten Modellvariante müßte für jedes Arzneimittel, das für den Markt der GKV zugelassen werden soll, eine zwischen den Arzneimittelherstellern und den GKV-Spitzenverbänden verhandelte *Preis/Nutzen-Bewertung* stattfinden. In diesem Zusammenhang wären eine Vielzahl von Preiskontrollmechanismen denkbar. Beispielsweise könnte für die Aufnahme in eine derartige Positivliste vereinbart werden, daß der Preis des betreffenden Medikaments um einen bestimmten Prozentsatz unter einem Referenzpreis vergleichbarer Produkte liegt. Eine noch weitergehende Einbeziehung qualitativer Aspekte mündet in das Modell einer *qualitätsorientierten Positiv- bzw. Negativliste.* Hier würde der therapeutische Nutzen der betreffenden Arzneimittel Gegenstand eines »Zulassungskriterienkatalogs« (Vgl. REHER/REICHELT 1988, S.84) sein.

Ungeachtet der konkreten Ausgestaltung direkter Preisverhandlungen muß bei jeder Einflußnahme auf den Pharma-Bereich berücksichtigt werden, daß „die Anreize für die pharamzeutische Industrie, innovatorisch tätig zu werden, nicht verringert, sondern eher vergrößert werden sollten. Dies müßte in erster Linie durch eine Umstrukturierung der Ausgaben aus dem Bereich des Marketings in den Bereich der innovativen Forschung und Entwicklung erreicht werden. Innerhalb der Forschung und Entwicklung sollte die imitative Komponente verringert werden, weil sie zur Patentierung von zahlreichen Mitteln führt, die praktisch wirkungsgleich sind" (BAUER 1986, S.296). Schwierigkeiten dürfte in jedem Falle die Bewertung neuer Arzneimittel bereiten; „einerseits besteht die Gefahr, daß eine rigide Preiskontrolle die Einführung neuartiger Arzneimittel und damit therapeutische Fortschritte blockiert, andererseits vermögen die Arzneimittelhersteller durch Produktdiversifikation die Preiskontrolle zu unterlaufen oder zumindest zu erschweren" (REHER/REICHELT 1988, S.84).

4. 4. 3 Reformansätze im Bereich der ambulanten Versorgung

In Anbetracht dessen, daß der *Bereich der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung* der bisher einzige Bereich ist, in dem das »Konzept der Gemeinsamen Selbstverwaltung« tatsächlich verwirklich ist und eine Ausweitung dieses Konzepts auf andere Versorgungsbereiche nicht zuletzt deshalb gefordert wird, weil seine *Funktionsfähigkeit* hier in der Vergangenheit mehrfach unter Beweis gestellt worden sei, beziehen sich die Reformvorschläge im wesentlichen auf punktuelle Veränderungen und Verbesserungen. Dagegen gehen die Befürworter dieses Steuerungs- und Koordinationsverfahrens grundsätzlich davon aus, daß sich die Gemeinsame Selbstverwaltung „als außerordentlich produktiv beim Aushecken von Entgeltmechanismen erwiesen" (THIEMEYER 1985, S.9) habe, wenngleich die Kostendämpfung die Leitlinie bildete und gesundheitspolitische Aspekte kaum Berücksichtigung fanden. Zwar bestehe sicherlich auch im Bereich der kassenärztlichen Versorgung noch *Handlungsbedarf,* eine grundsätzliche reformerische Initiative des Selbstverwaltungsprinzips wie z.B. im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich sei allerdings nicht erforderlich (Vgl. REINERS 1987, S.224).

5. Einwände gegen eine Steuerung auf der Ebene der Verbände

Im Gegensatz zu Globalsteuerungs- und Budgetierungsstrategien sowie marktwirtschaftlichen Reformoptionen, zu denen es eine ausgesprochen engagierte und kontroverse Diskussion in Wissenschaft und Politik gibt, sind differenzierte Auseinandersetzungen mit dem Konzept einer Steuerung des Gesundheitswesens auf der Ebene der Verbände (»Gemeinsame Selbstverwaltung«) gegenwärtig jedenfalls noch äußerst selten. Dabei ist auch zwischen jener Kritik zu unterscheiden, die sich gegen die Gemeinsame Selbstverwaltung als einem Steuerungs- und Koordinationsmechanismus für das gesamte Gesundheitswesen wendet. Die hier vorgetragenen Einwände beziehen sich primär auf Bestrebungen, die Gemeinsame Selbstverwaltung zum übergreifenden Ordnungsprinzip für das Gesundheitswesen zu erheben. Dem fragmentarischen Charakter der Kritik an diesem Konzept entsprechend, stellt auch die nachfolgende Darstellung lediglich eine Auflistung einiger Hauptkritikpunkte dar.

Eine Reorganisation des Gesundheitswesens nach dem Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung erscheint Kritikern schon deshalb als äußerst problematisch, da das Wissen zu korporatistischen Organisationsformen nach ihrer Meinung äußerst lückenhaft ist. Während in bezug auf die klassischen Ordungsprinzipien gesicherte Erkenntnisse über Funktionsbedingungen und Leistungen vorlägen, gebe es kaum Erfahrungen, inwieweit die für eine funktionsfähige Steuerung des Gesundheitswesens auf der Ebene der Verbände erforderlichen Voraussetzungen überhaupt geschaffen werden könnten. Die in Teilbereichen bereits heute realisierte Gemeinsame Selbstverwaltung jedenfalls lasse zahlreiche Mängel erkennen, die eher gegen eine Ausdehnung dieses Steuerungs- und Koordinationsverfahrens auf andere Bereiche des Gesundheitswesens sprächen (Vgl. KNAPPE 1988a, S.292).

Besonders entschiedene Gegner eines korporatistischen Steuerungsmechanismus sehen die Gefahr einer *Entwicklung hin zum allmächtigen Verbändestaat*, in welchem die Eigeninteressen der Funktionäre über die Interessen der Individuen dominieren. Sie verweisen dabei nicht zuletzt auf die negativen Auswirkungen ständischer Strukturen in der Vergangenheit. Außerdem erinnern sie daran, daß durch dieses Steuerungskonzept bewußt *Monopole* geschaffen würden, mithin auch die derartigen Organisationsformen immanenten umfangreichen Nachteile in Kauf genommen werden müßten.

Nach Ansicht der Gegner weist das korporatistische Verhandlungsmodell insbesondere in dynamischer Hinsicht in bezug auf das *Ziel einer Allokationsverbesserung* gegenüber wettbewerblichen Organisationsformen gravierende Mängel auf. Dieser Einschätzung zufolge sind korporatistische Organisationsformen eher geeignet, „das Bestehende zu verwalten, als dynamische Neuerungen zu entwickeln und einzuführen, der den Haushalten zugute kommen würden" (KNAPPE 1988 a, S. 291). Zur Begründung wird darauf verwiesen, daß in einem Verhandlungsmodell zentraler korporatistischer Prägung vor Wettbewerb geschützte Großorganisationen existieren, bei denen weder „die Innovationsfähigkeit (bürokratisches Verhalten, Risikominimierung) noch die Innovationsanreize, noch ein Zwang zur Nachahmung von Innovationen anderer gegeben" (KNAPPE 1988 a, S. 290) ist. Vor allem in dynamischer Hinsicht zeichneten sich korporatistische Lösungen durch einen *extremen Hang zum Beharren* und eine *außerordentliche Innovationsunfähigkeit* aus.

Bedenken werden auch geäußert, inwieweit eine korporatistische Steuerung des Gesundheitswesens mit der für die Bundesrepublik getroffenen wirtschaftsordnungspolitischen Grundentscheidung zugunsten eines marktwirtschaftlichen Systems zu vereinbaren ist. Kritiker haben Zweifel daran, ob ein derartiger Steuerungsmechanismus sich in eine grundsätzlich marktwirtschaftliche Ordnung integrieren läßt, zumal wenn sich dieser Zuteilungs- und Konfliktlösungsmechanismus auf einen staatlichen Herrschaftsanspruch stütze. Als besonders problematisch wird angesehen, daß mit hoheitlichen Funktionen ausgestattete Verbände in die Lage versetzt würden, Regelungen zu treffen, die in ihren wirtschaftlichen wie rechtlichen Auswirkungen Gesellschaftsbereiche tangieren, die nicht unter ihre direkte Legitimation fielen (Vgl. MÜNNICH in: GÄFGEN [Hrsg.] 1988, S. 298). Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf Erfahrungen, wonach sich Verbände mit Interessengegensätzen vielfach nur dann auf gemeinsame Lösungen verständigen könnten, wenn es ihnen gelinge, die Lasten auf unbeteiligte Dritte abzuwälzen.

Kollektive Vereinbarungen weisen nach Auffassung der Kritiker zudem wenig Anpassungsfähigeit an neue Situationen auf. Als Gründe für die mangelnde Anpassungsfähigkeit der kollektiv vereinbarten Tauschbeziehungen werden angeführt (GÄFGEN 1988, S. 81 f.).

- die relativ lange Geltungsdauer der Abkommen im Vergleich zur Vielzahl kleiner privater Kontakte, welche zum Teil ebenfalls langfristige kontraktuelle Beziehungen herstellen, aber mehr Anpassungen vorsehen und in ihrer Gesamtheit zeitlich stark streuen;
- die starke Vereinheitlichung der abgemachten Bedingungen und die durch die Selbstverwaltung vorgenommenen Standardisierungen, welche die fortlaufende Selektion der erfolgreichsten Produkte und Techniken verhindern;
- die Notwendigkeit sowohl für die innere Selbstverwaltung der Verbände als auch für die Verhandlungsparteien, die heterogenen Interessen aller Beteiligten zu berücksichtigen und daher nur für alle erträgliche und damit in der Regel nur geringerfügige Veränderungen zu vereinbaren. Zustimmung für größere Anpassungen ist zwar durch Gewährung von Kompensationen zu erlangen, doch ist die Erschließung von Kompensationsmöglichkeiten gerade in Verhandlungen, die je nur begrenzte Objektbereiche umfassen, begrenzt;
- die Tendenz zum Schutz von »vested interests«, die ja zugleich die Unterlassung struktureller Anpassungen beinhaltet.

Einen anderen erheblichen Mangel, der erhoffte Vorteile deutlich kompensieren würde, sehen Kritiker in den durch Kollektivverträge und Kollektiverhandlungen erzielten Verteilungsergebnissen. Bei derartigen Verhandlungen gehe es vor allem darum, bestimmte *Verteilungspositionen* zu erhalten oder doch weitgehend zu verteidigen. „Änderungen in den Verteilungspositionen sind allenfalls marginal und nur in einem mühevollen Prozeß möglich. Allokation, effizienter Einsatz der Ressourcen und Wirtschaftlichkeit spielt bei diesen Prozessen allenfalls verbaliter als vorgebliche Motivation einzelner Züge im Rahmen der Verhandlungen eine Rolle" (MÜNNICH in GÄFGEN [Hrsg.] 1988, S. 298).

Entsprechend kann nach Ansicht verschiedener Kritiker der Gemeinsamen Selbstverwaltung ein durchgängig korporatistischer Ansatz allenfalls als Mittel einer *reinen Politik der Kostendämpung* nützlich sein. Dies gelte insbesondere dann, wenn ein absolutes Gesamtniveau der Aufwendungen von außen durch massiven politischen Druck und unabdingbar vorgegeben sei. Als Instrument einer auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Strukturreform, die die Bedürfnisse der Bevölkerung ernst nehme und für deren Befriedigung eine kostenminimale Versorgungsstruktur suche, sei eine korporatistische Organisationsfrom dagegen nicht geeignet (Vgl. MÜNNICH in GÄFGEN [Hrsg.] 1988, S. 298).

IV. Problembezogene und bereichspezifische Mischsteuerung

1. Vorbemerkung

Bei allen Unterschieden, die die bislang vorgestellten Ordnungssysteme insbesondere hinsichtlich der jeweils dominierenden Entscheidungs- und Steuerungsebene sowie gewisser ihnen zugrundliegenden normativen Entscheidungen ausweisen, ist ihnen dennoch allen gemeinsam, daß sie es als ihre Hauptaufgabe ansehen, für ein letztlich exogen vorgegebenes, wenn auch partiell endogen veränderbares System, Verfahren und Mechanismen zu liefern, um Allokations- und Verteilungsprobleme in nach dem jeweiligen Verständnis möglichst optimaler Weise zu lösen, wobei die Minimierung des monetär bewerteten Ressourceneinsatzes ein wesentliches Effizienzkriterium darstellt. Eine derartige Optimierungsaufgabe erfordert zwangsläufig die Reduktion des inhaltlichen Wirkungsfeldes auf systembezogene Aufgaben. Zwar geht es selbstverständlich auch diesen Ordnungskonzepten um gesundheitspolitische Ziele, wie z.B. eine Reduzierung von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren oder eine Erhöhung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung; derartige Ziele sind jedoch nie Selbstzweck, sondern dienen dazu, den durch das zu optimierende Versorgungssystem (i.S. von Kostenminimierung) zu bewältigenden Schadensanfall (i.S. von eingetretenen Krankheiten) zu reduzieren.

Im Vergleich hierzu geht das Konzept der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung von gänzlich anderen Überlegungen aus. Im Mittelpunkt steht nicht die Erreichung einer optimalen Allokation des Ressourceneinsatzes zur Bewältigung von medizinisch definierten Krankheiten. Als Hauptaufgabe dieses Ansatzes wird vielmehr verstanden, die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen so zu gestalten, daß vermeidbare Schadensfälle und damit ein Ressourceneinsatz erst gar nicht erforderlich werden. Selbst dann jedoch, wenn eine Versorgung eingetretener Krankheiten unvermeidlich ist, geht es nicht primär um eine Steuerungseffizienz im Sinne von kostenminimierender Produktionseffizienz, sondern um die medizinische und soziale Bewältigung von Krankheiten.

Obgleich ein solcher Zielbezug über den Aufgabenbereich und die Steuerungsmöglichkeiten innerhalb des Krankenversicherungssystems hinausreicht, läßt sich letzteres nur dann sinnvoll steuern, wenn die ausgelösten Wirkungen von Steuerungsmaßnahmen mit dem spezifischen Ziel der Gesundheitspolitik kompatibel sind, d.h. einen positiven Beitrag zur Minderung von negativen und zur Förderung positiver Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung leisten. Inwieweit die problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung letztlich dazu führt, »Kosten zu senken«, läßt sich a priori nicht beantworten. Jedenfalls findet die an Gesundheitszielen orientierte Steuerung ihre Begründung zunächst in *positiven* Zielkonzeptionen, die sich nicht auf Kalküle in Geldeinheiten stützen (lassen/müssen).

2. Problembezogene Analyse aktueller Reformbestrebungen[1]

2. 1 Ausgangsüberlegungen

Die aktuelle Reformdiskussion im Bereich des Gesundheitswesens kennzeichnet sich durch eine kaum mehr überschaubare Vielzahl von Reformvorschlägen, wobei oftmals unklar bleibt, von welchen Gegebenheiten ausgegangen wird oder wie die Detailvorschläge in einen größeren Systemzusammenhang einzuordnen sind. Bei dem Versuch, einen Überblick über die in die Diskussion eingebrachten Vorschläge zu gewinnen, ergeben sich je nach Einstiegsort verschiedene Schneisenwege, die sich untereinander vielfach kreuzen. So können beispielsweise ökonomische und politische Makrovariablen bzw. -interessen identifiziert werden, die die Diskussion um den Prozeß letztendlich bestimmen (vgl. KÜHN 1985; DEPPE 1987; ROSENBROCK 1985 d). Daneben finden sich Ansätze, die v.a. den Gang der Handlung als Ausdifferenzierung von Sozialleistungstatbeständen beschreiben und prognostizieren (vgl. von FERBER 1988). Die Analyse historisch unterschiedlicher Akteur-Konfigurationen führt zur Unterscheidung verschiedener Reformmuster für die Finanzierungsstruktur, die Versorgungsstruktur und die Regulierungsstruktur im Gesundheitswesen (vgl. WEBBER 1988). Dagegen sind anspruchsvolle Versuche der systemtheoretisch inspirierten Zusammenführung dieser und anderer Zugänge höchst selten (vgl. NASCHOLD/SCHÖNBÄCK 1977).

Die Formulierung eines problembezogenen Steuerungsansatzes hat damit zu beginnen, das *Feld der Gesundheitspolitik* von dem zumindest logisch nicht abwegigen Gedanken her zu strukturieren, daß das *Ziel der Gesundheitspolitik* die Verhinderung von Krankheiten, die Mehrung von Gesundheit und die Betreuung von Kranken ist. Die Nennung dieser Teilziele in dieser Reihenfolge ist dabei nicht zufällig, sondern stellt bereits eine qualitative Strukturierung dar. Hiervon ausgehend werden dann auch die *systematischen und aufeinander aufbauenden Verkürzungen und Verengungen* sichtbar, die querschnittsartig nahezu alle Diskussionen zur Gesundheitspolitik und Strukturreform des Krankenversicherungssystems durchziehen. Diese führen dazu, daß das, worüber im Rahmen von Strukturreformen eigentlich zu reden wäre, nämlich ihre sozialen und gesundheitlichen Implikationen und Wirkungen, nahezu systematisch nicht zur Sprache kommt (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.1).

Gemeint ist damit von den Befürwortern eines im Vergleich zu den sonstigen Konzepten alternativen Steuerungsansatzes die

1) Die Ausführungen zu diesem Steuerungsansatz stützen sich äußerst weitgehend auf den Aufsatz von Rolf ROSENBROCK: »Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens der Gesetzlichen Krankenversicherung«, Berlin August 1988

- Reduktion von *Gesundheitspolitik* auf die *Krankenversorgungspolitik*,
- Reduktion von *Krankenversorgungspolitik* auf *Kostenpolitik*,
- Reduktion von *Kostenpolitik* auf die *Steuerung des Versicherten- und Patientenverhaltens.*

Um zu problemadäquaten Lösungsansätzen zu gelangen, wird zunächst verlangt, die üblichen Verengungen und Verkürzungen der Reformdiskussion aufzubrechen und zu überwinden. Kritisch hinterfragt werden sollen insbesondere jene drei Entscheidungsprämissen, die die gesundheitspolitische Diskussion und die wichtigen gesundheitspolitischen Strategien und Maßnahmen in aller Regel bestimmen (vgl. NASCHOLD 1977, S.459):

1) Der Gesundheitsschutz ist heute besser denn je.
2) Das verbleibende Zentralproblem der gesundheitlichen Versorgung liegt in der Kostenfrage.
3) Das Kostenproblem ist wesentlich das Problem der politisch-administrativen Steuerung über Rechtsnormen und Geld, durchgeführt durch den Staat sowie die Vertreter der Anbieter und Nachfrager im Gesundheitswesen.

Die Kosten der Gesundheitspolitik werden zwar auch von den Befürwortern einer problembezogenen Mischsteuerung als ernstzunehmendes Problem angesehen; allerding stellt für sie die *Bezahlbarkeit eine Nebenbedingung der Gesundheitspolitik und nicht ihr Ziel dar* (vgl. ROSENBROCK 1987 b, S.3). Insbesondere wird davor gewarnt, mit der nicht zu bestreitenden Kostenfrage die öffentliche Aufmerksamkeit nur auf eine Seite des Problems zu lenken. „Denn die Probleme der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik auf Fragen der Kostenarten und der Kostenentwicklung sowie der Finanzierung zu verengen, bedeutet die Ausklammerung und oft auch die Verschleierung wichtiger Struktur- und Zielfragen eben dieses Versorgungssystems" (NASCHOLD 1977, S.459).

Gefordert wird insbesondere, die öffentliche Diskussion auf das Verhältnis gesundheitspolitischer Ziele, des Grades ihrer Erreichung und der dazu erforderlichen Mittel (Geld, Personal, Sachmittel) auszuweiten. „Zur politischen Entscheidung steht somit nicht die Frage der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen an sich, sondern das Problem der Effizienz und Effektivität der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik" (NASCHOLD 1977, S.459). Zugleich wird die Behauptung zurückgewiesen, die Probleme des Gesundheitswesens resultierten vor allem aus einem *überzogenen Anspruchsdenken der Versicherten*, wie es die beliebte, „aber mehr von Vorurteilen als vom Sachverstand zeugende These von der Rationalitätenfalle" behauptet. Die tatsächlichen Probleme seien vielmehr die sich zunehmend bemerkbar machenden Mängel in der Effektivität des Medizinbetriebes (REINERS 1988 a, S.15).

2. 2. Verkürzungen und Verengungen derzeitiger Reformüberlegungen

2. 2. 1 Reduktion von Gesundheitspolitik auf eine Krankenversorgungspolitik

Den zentralen Ansatzpunkt der Kritik am gegenwärtigen Gesundheitsversorgungssystem bildet die These, daß als Feld der Gesundheitspolitik weithin nur das *Krankheitsversorgungssystem* wahrgenommen und bearbeitet wird. Der Blickwinkel verenge sich damit auf die *medizinisch-professionel institutionalisierte Behandlung* des Schlußabschnitts der mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängenden Problemsequenz. Trotz wachsender und zunehmend öffentlich vorgetragener Medizinkritik wird argumentiert, dahinter steht nach wie vor das Vorurteil, daß zur Erhaltung der Gesundheit und zur Bewältigung von Krankheit vor allem medizinisches Handeln ausschlaggebend sei (vgl. BADURA/LEHMANN 1985, S.594).

Die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängende *Problemsequenz* (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.2 f.)

- beginnt mit den *Faktoren und Phasen der Gesundheitsgefährdung*, der *Krankheitsbegünstigung* bzw. der *Gesundheitsförderlichkeit* in den Sphären der Lebenswelt (Arbeit, Umwelt, Wohnen, Verkehr, Erholung, Konsum).
- Sie läuft weiter über die zahlreichen *Vorformen der Krankheitsmanifestation*, die vor allem bei chronisch-degenerativen Krankheiten zwar sozial, psychisch und als Befindlichkeitsstörungen, aber meist noch nicht medizinisch als spezifische Symptome wahrnehmbar sind. (Diese Vorformen werden auch in den Phasen von der Manifestation bzw. spezifischen medizinischen Intervention unter der Überschrift »Gesundheit« oder auch unter nahezu jeder anderen Überschrift formellen oder informellen Systemen der Lebenswelt bearbeitet, oder sie bleiben auch unbearbeitet). Grundsätzlich muß davon ausgegangen werden, daß auch in Gesellschaften mit hochtechnisierten und mit Expertenwissen ausgestatteten Versorgungssystemen – abgesehen von in der Regel kurzen Phasen intensiver medizinischer Behandlung – die „tagtägliche Bewältigung einer chronischen Krankheit und ihrer seelischen, sozialen Folgen in erster Linie in den Händen der Betroffenen selbst, ihrer nächsten Angehörigen und anderer Mitglieder ihres persönlichen sozialen Netzwerkes" liegt (BADURA/LEHMANN 1985, S.594).
- Sie reicht schließlich hin bis zu den verschiedenen Stufen der Erfassung oder gar Bewältigung medizinisch meßbarer Gesundheitsprobleme bzw. medikalisierter Sozialprobleme im *Krankenversorgungssystem.*

Die Kritik setzt vor allem daran an, daß die Reduktion von Gesundheitspolitik auf die Regulierung dieser letzten Sequenz adäquat sein mag für plötzlich auftretende und tatsächlich kurierbare Erkrankungen (z.B. heilbare Infektionskrankheiten, Knochenbrüche etc.), sie aber inadäquat ist für die heute dominanten chronisch-degenerativen Leiden. Zur Begründung dieser Beurteilung wird nicht zuletzt auf eine Fülle von medizinhistorischen, epidemiologischen und medizinsoziologischen Erkenntnissen verwiesen, die nahelegen, daß weniger professionelles medizinisches Handeln, sondern vor allem „das Laienhandeln in Abhängigkeit oder in Wechselwirkung mit Umweltfaktoren von erheblicher, oft ausschlaggebender Bedeutung ist, sowohl für die Förderung der Gesundheit als auch für die Verhinderung von Krankheit, vor allem aber für die Bewältigung einer schweren chronischen Krankheit" (BADURA/LEHMANN 1985, S.594; BADURA 1984, S.151 ff.).

Die Konsequenz bei der im Vergleich zu einer integrierten Sichtweise üblichen verengten Betrachtungsweise ist nach Auffassung der Vertreter eines problembezogenen Steuerungsansatzes, daß zwei wesentliche Felder regelmäßig unbeachtet, zumindest aber unterbelichtet bleiben (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.3):

- die *Krankheitsverhütung* und *Gesundheitsförderung* (Prävention) sowie
- die vielfältigen *Filter- und Sogeffekte* sowie Mechanismen der Selbst- und Fremdselektion, die die Auswahl und Steuerung jener Probleme bewirken, die letztlich in das professionelle Krankenversorgungssystem gelangen.

Eine derartige Verkürzung wird als um so schwerwiegender angesehen, als gerade auf diesen beiden Feldern wesentliche *Produktivitätsreserven der Gesundheitspolitik* (vgl. ROSENBROCK 1987 a, S.2) liegen. Auch nach international weit verbreiteter Ansicht (vgl. WHO 1985) lägen in diesen beiden Bereichen gewaltige, positiv nutzbare Steuerungspotentiale für die Gesundheitspolitik. Dabei wird unter Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik zweierlei verstanden (vgl. ROSENBROCK 1987 a, S.3):

1) *Erzeugung* bzw. *Erhaltung von Gesundheit* durch Gesundheitspolitik;
2) Steigerung der Anzahl lebbarer Lebensjahre und *Abbau sozialer Ungleichheit* vor Krankheit und Tod durch Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung und *problemadäquate Gestaltung der Zugänge in das Krankenversorgungssystem.*

Für die Erweiterung der Betrachtungsweise spricht nach Überzeugung der Befürworter dieses Ansatzes zwingend die folgende Feststellung: „Peoples health is primarily the result of the environment in which they live and the patterns of behaviour they follow. Those patterns are shaped by environments and environments are shaped by public policy" (MILIO 1986). Eine auf dieser Basis konzipierte Gesundheitspolitik erfordert, die *Gesundheitserhaltung gleichrangig* neben die *Krankheitsbehandlung* als Zielgröße und als Politikfeld der Gesundheitspolitik zu stellen. Dabei ließen sich die gesundheitlichen Wirkungen des Krankenversorgungssystems bzw. von Veränderungen in und an ihm grundsätzlich an den gleichen Zielgrößen messen und mit der gleichen epidemiologischen Methode evaluieren wie der health impact von Politiken aus anderen Bereichen bzw. Ressorts (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.4).[2]

Verantwortlich gemacht für die weitgehende Abstinenz der Gesundheitspolitik – übrigens nicht nur in der Bundesrepublik von diesen gesundheitspolitischen Feldern und den in ihnen liegenden Steuerungspotentialen wird eine Sichtweise, in der Gesundheit stets von der Krankheit her definiert wird. Als Ausdruck dieser Sichtweise gilt die Tatsache, daß in der öffentlichen und politischen Diskussion immer noch die für Kuration und Symptomlinderung »zuständigen« Individualmediziner tonangebend sind, denen es disziplinär fremd ist, die Identifikation von und den Umgang mit Gesundheitsrisiken auf Kollektive bezogen zu optimieren sowie medizinische und nichtmedizinische Interventionen fair gegeneinander abzuwägen. Nach herrschendem Verständnis gilt Medizin als Naturwissenschaft; demgemäß konzentrieren sich Ausbildung und Tätigkeit von Medizinern auf Heilung oder Linderung von Störungen in naturwissenschaftlich zu bestimmenden, körperlichen Vorgängen. Seelische Nöte oder soziale Folgeprobleme einer chronischen Krankheit geraten hierbei allenfalls zufällig in den Blickwinkel (vgl. BADURA/LEHMANN 1985, S.594). Zudem erlernt und erlebt der klinisch ausgebildete Arzt bildete Arzt seine „professionelle Welt primär aus dem Gesichtswinkel gescheiterter Prävention, von der er daher meistens auch nicht viel hält" (ROSENBROCK 1988 b, S.4).

Die immerwährend gestellte Frage, ob sich im Ergebnis der Umsetzung einer Gesundheitspolitik, die solche Mängel vermeidet, die *Gesamtsumme der gesellschaftlichen Aufwendungen* für Gesundheit und Krankheit verringern oder vergrößern würde, kann zwar nicht eindeutig geklärt werden, nach Ansicht der Befürworter einer solchen Politik ist die Diskussion darüber im Kern aber auch müßig. Eindeutige Aussagen werden vor allem deshalb nicht gemacht, weil für einen solchen Vergleich nicht einmal die Ausgangsgrößen bekannt sind (die GKV-Ausgaben werden nicht als valider Indikator angesehen), mithin eine Prognose unseriös wäre. Es spreche allerdings nichts gegen die Einschätzung, daß eine solche Politik sowohl insgesamt als auch sozialverträglich finanzierbar wäre. Zugunsten einer derartigen Politik könne in jedem Fall angeführt werden, daß sich durch ihre demokratisch legitimierte und kontrollierte Realisierung ein erheblich *rationalerer und humanerer Umgang* mit menschlichen, sachlichen und finanziellen Aufwendungen in bezug auf Gesundheit/Krankheit ergeben würde (vgl. SCHWARTZ 1988 b; ROSENBROCK 1987; ROSENBROCK 1985 d). Wenn es zudem gelinge, durch eine derartige Politik, die soziale Ungleichheit vor Tod und Krankheit abzubauen, seien dies *sozialpolitische Erfolge*, deren Bedeutung weit über die gleichzeitig zu behebenden, sicherlich nicht unbeträchtlichen Fehlsteuerungen von Ressourcen im Krankenversorgungssystem hinausweist (vgl. ROSENBROCK 1987 b, S.3).

2. 2. 2 Reduktion der Krankenversorgungspolitik auf Kostenpolitik

Ein zweites, nahezu durchgängiges Defizit der auf Strukturreform zielenden Diskussionen sehen die Befürworter eines problembezogenen Steuerungsansatzes darin, daß die solchermaßen auf *Krankenversorgungspolitik verkürzte Gesundheitspolitik* weithin verengt unter dem *Aspekt der Kosten* wahrgenommen, definiert und betrieben werde. Dabei wird keineswegs bestritten, daß Kosten und Kostenentwicklung im Krankenversorgungssystem ein gravierendes Problem darstellen. Entschieden bestritten wird allerdings, daß die häufig benutze Metapher von der Kosten-»Explosion« einer empirischen Prüfung standhält (in der Bundesrepublik im übrigen noch weniger als in eher marktwirtschaftlich organisierten Krankenversorgungssystemen, wie z.B. den USA).

Eine Überprüfung der Effizienz des medizinischen Krankenversorgungssystems bringt indessen drei sich überlagernde Probleme zum Vorschein: das *Kostenproblem im engeren Sinne*, das *Problem der gesellschaftlichen Kosten* im Verhältnis zum gesellschaftlichen Nutzen des bestehenden Gesundheitswesens, sowie das *Problem der Effizienz medizinischer Interventionen* generell (vgl. NASCHOLD 1977, S.460). Auch diesbezüglich ist in der laufenden Reformdiskussion eine *Blickwinkelverengung* zu konstatieren: Aspekte der Beitragssatzstabilität oder die Beeinflussung von bestimmten Kostengrößen bzw. -blöcken treten allzu häufig an die Stelle eigentlicher Gesundheits- und auch Versorgungsziele (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.5). Es überwiegt durchweg die Tendenz, den unmittelbaren Kostendruck mit einer Politik globaler Ausgabenplafontierung zu begegnen, die Kernstrukturen des Gesundheitswesens jedoch unbefragt beizubehalten. Dabei müsse längst klar sein,

2) Seit den WHO-Konferenzen 1985 in Toronto und 1986 in Ottawa wird diese Verankerung des ressortübergreifenden Querschnittsaspekts »Gesundheitsförderlichkeit/Gesundheitsverträglichkeit« unter dem Begriffspaar »Public health policy« und »Healthy public policy« diskutiert (vgl. CONRAD/KICKBUSCH 1988).

daß eine derartige »Fest- und Fortschreibungspolitik« dem mehrfachen Problemdruck wohl kaum gerecht werden könne (vgl. NASCHOLD 1977, S.460). Vielfach vergessen würden darüber insbesondere die meist komplexeren Probleme der *Steuerung und Messung von Versorgungsqualitäten.* Nachdrücklich wird von den Befürwortern problembezogener Lösungskonzepte betont, daß die *Bezahlbarkeit* lediglich eine *»Nebenbedingung« der Gesundheitspolitik* sein dürfe, nicht mehr aber auch nicht weniger.

Den gängigen Kostendämpfungsstrategien wird ferner vorgeworfen, daß sie zumeist übersehen, daß die eigentlichen Impulse für *Fehlsteuerungen von Ressourcen* nicht im – irgendwie moralisch zu qualifizierenden – Verhalten der Anbieter und Nachfrager liegen, das es durch Ermahnung, Belohnung und Bestrafung zu steuern gilt. Entgegengehalten wird, daß die tieferen (und politisch gestaltbaren) Gründe in den Erwerbsstrukturen und Lebenslagen sowie den daraus resultierenden materiellen und immateriellen Anreizsystemen zu suchen seien. Dies gelte nicht nur für die Versicherten/Nachfrager/Patienten, sondern auch für die Leistungsanbieter und Entscheidungsträger des medizinischen Systems (Ärzte, Kliniken, Unternehmen der Pharma- und Medizintechnikbranche, Versicherungskapital, parafiskalische Sozialleistungsträger, Staat). „Wenn (Fehl-) Verhalten mit den Instrumenten der Politik gesteuert werden soll, sind die meist ausschließlich in Betracht gezogenen ökonomischen Hebel (Selbstbeteiligung, Honorardeckelung, Regreß etc.) nur eine Schublade aus dem Werkzeugkasten öffentlicher und vor allem staatlicher Politik, und meist enthält diese Schublade nur Mittel der zweiten Wahl. Der Verzicht auf strukturierende Eingriffe (Änderung ärztlicher Betriebsformen, Abschaffung der Einzelleistungsvergütung, Technologie- und Innovationspolitik im Pharma- und Gerätesektor) zeigt sich auch in der in diesem Zusammenhang verwendeten Metaphorik: es wird nicht das Leistungsgeschehen gesteuert, sondern es werden »Honorare gedeckelt«. Die Kostenströme werden nicht sinnvoll gelenkt, sondern die Kosten werden »gedämpft«" (ROSENBROCK 1988 b, S.5).

2. 2. 3 Reduktion von Kostenpolitik auf eine Nachfragesteuerung

Ein weiterer gravierender Mangel wird schließlich darin gesehen, daß die Diskussion über den Einsatz oder die Wirksamkeit ökonomischer Hebel sehr einseitig geführt wird. Kritisiert wird, daß *ökonomische Sanktionen*, z.B. in Form von »Selbstbeteiligungen« und auch andere ökonomische Anreizsysteme wie z.B. leistungsausschließende »Wahltarife« bevorzugt gegenüber den Versicherten vorgeschlagen würden. Die Diskussion werde phasenweise geradezu beherrscht von der Erörterung verschiedener Modelle monetärer bzw. pretialer Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens von Versicherten. Trotz mannigfaltiger *konzeptioneller und empirischer Evidenz* werde von den Verfechtern solcher Strategien nicht zur Kenntnis genommen, daß Selbstbeteiligung dort, wo sie nachfragewirksam sei, die *sozial und gesundheitlich Schwächsten* treffe. Wo versucht werde, dies durch Härtefallregelungen »abzufedern«, müsse erstens mehr Bürokratie geschaffen werden und zweitens fänden gerade die Ärmsten den Zugang zu solchen Regelungen nicht: damit aber werde die untere Hälfte der Armut doppelt ausgegrenzt.

Die Philosophie »Gesundheit soll sich lohnen«, die jenen Konzepten zugrunde liegt, die ökonomische Hebel bei den Patienten ansetzen wollen, ist nach Ansicht der Kritiker „zur Parole verdichtete gesundheitspolitische Ignoranz" (REINERS 1988 a, S.15). Damit werde suggeriert, der einzelne habe die Chancen, gesund zu bleiben, und die Risiken, krank zu werden, letztlich selbst zu bestimmen. Völlig ignoriert würden dagegen in der Sozialmedizin vorliegende Belege, die die These stützen, daß Krankheit in erster Linie mit sozialen und biologischen Konstellationen zusammenhängt, also nur sehr begrenzt beeinflußbar ist (vgl. REINERS 1988 a, S.15).

Gegen die Selbstbeteiligung wird außerdem eingewandt, daß mit ihr insgesamt keine Kosten zu sparen seien, sondern höchstens zu privatisieren. Tatsächlich werde in der Tradition der Kostendämpfungsgesetze versucht, die periodisch anlaufenden Defizite der GKV zu *Lasten der Patienten* umzuschichten. Letztlich handele es sich bei dieser *»Verschiebebahnhofpolitik«* um volkswirtschaftliche Nullsummenspiele zu Lasten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen. Mit Gesundheitspolitik habe dies sehr wenig, mit *Verteilungspolitik* sehr viel zu tun (vgl. REINERS 1988 a, S.15). Entsprechend wird der Vorwurf erhoben, den auf Selbstbeteiligung abgefahrenen »Mehr-Markt-Strategen« gehe es nicht um Kostensenkung im Gesundheitswesen, sondern um die *Senkung von Lohnnebenkosten* (vgl. BRAUN/REINERS 1988).

Daß mit der Einführung von Direktzahlungen durch die Versicherten Kosten zu senken seien, wird schon aus folgendem Grund für sehr unwahrscheinlich gehalten: weit über Dreiviertel der Preis- und Mengenentscheidungen im Krankenversorgungssystem sind bereits gefallen, wenn der Versicherte die Schwelle zum Sprechzimmer seines Arztes überschreitet oder sonstwie sein »Anspruchsdenken« zur Entfaltung bringen kann. Fast alle Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen durch ärztliche Verordnung oder Bewilligung. Arzt und Zahnarzt steuern mehr als 90 % der Ressourcenverteilung im GKV-System (vgl. HUBER 1988, S.13).

Gerade unter *gesundheitlicher Perspektive* formulieren die Kritiker von Selbstbeteiligungen als entscheidenden Einwand: durch ökonomische Sanktionen gegen die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen fällt der Umgang mit Gesundheit/Krankheit sowie mit Medizin allenfalls zufällig rationaler aus als ohne solche Mechanismen, häufiger aber eindeutig und nachweisbar weniger rational (im Sinne: weniger gesundheitsdienlich oder gar gesundheitsschädlich) (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.7).

Verwiesen wird weiterhin auf einen zwar selten diskutierten, aber ziemlich grundsätzlichen Einwand, der sowohl gegen direkte Zuzahlungen als auch gegen alle ihre Vorformen (Kostentransparenz, Kostenerstattung, Wahltarife, Festbeträge, Beitragsrückerstattung, Bonus-Malus-Regelungen) erhoben werden müsse: wer medizinische Incentives so setze, daß es für mehr Geld mehr medizinische Versorgungsleistungen gebe, mehre die in der Sache falsche und deshalb *gesundheitspolitisch schädliche* (und in der Konsequenz auch kostentreibende) *Vorstellung*, als sei Gesundheit erstens überhaupt und zweitens im Gesundheitssystem zu kaufen. An einer solchen Orientierung hätten selbstverständlich umsatzorientierte Anbieter von Gesundheitsleistungen und wachstumsorientierte Konjunkturpolitiker ein Interesse, mit Gesundheit habe sie indes nichts zu tun (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.7).

Angemerkt wird ferner, daß es kaum Versuche gebe, ähnlich »ausgetüftelte Systeme von Strafgebühren« wie sie für die Versicherten/Patienten entwickelt werden, auf seiten der Anbieter von Gesundheitsleistungen anzuwenden. Vielmehr würden dort, wo ökonomische Hebel u.U. sogar sinnvoll einzusetzen seien, wie z.B. bei der pharmazeutischen Industrie, sie erstaunlich selten diskutiert. Von Selbstbeteiligung und Strafgebühren für die chemisch-pharmazeutische Industrie, mit denen deren mißbräuchliche Inanspruchnahme des Solidarfonds gesteuert werden könnte, sei vergleichsweise wenig die Rede (vgl. ROSENBROCK 1987 b, S.5; ROSENBROCK 1988 b, S.7).

2. 3 Hauptmerkmale der derzeitigen Krankenversorgungspolitik

Nach Auffassung der Befürworter einer problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung kann festgehalten werden:

- die verkürzte und verengte Wahrnehmung von *Gesundheitspolitik* als Krankenversorgungspolitik, von *Krankenversorgungspolitik* als Kostenpolitik und von Krankenversorgungspolitik als Steuerungsproblem vor allem gegenüber den Versicherten bewirkt in der Konsequenz eine sozial und gesundheitlich nicht zu verantwortende Selektion der von der Gesundheitspolitik aufgegriffenen Probleme.
- Empirische Untersuchungen sowohl für die Bundesrepublik wie für vergleichbare Industrienationen belegen, daß in der Gesundheitsversorgung nach wie vor *erhebliche Unterschiede zwischen den sozialen Schichten* liegen (vgl. ABHOLZ 1981; ABHOLZ 1988). Die durchschnittlich um fast ein Jahrzehnt auseinanderliegende Lebenserwartung z.B. zwischen der sozialen Gruppe der Professoren einerseits und der ungelernten Arbeiter andererseits, das Millionengeschehen der im weitesten Sinne umweltbedingten, vor allem auch arbeitsbedingten und zu großen Teilen verhinderbaren Erkrankungen, die Zunahme von psychosozialen Deviationen werden kaum noch zur Kenntnis genommen, geschweige als gesundheitspolitisches Problem im Umkreis der meisten Reformkonzeptionen diskutiert.
- Als weitgehend gesichert angesehen werden kann, daß die Ursachen der *schichtenspezifischen Unterschiede* sowohl in unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt als auch in den – subjektiv und objektiv – unterschiedlichen Möglichkeiten des Gesundheits-/Krankheitsverhaltens (darunter auch z.B. des Inanspruchnahmeverhaltens) liegen (vgl. HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK 1981, S.212).
- Wo auf die unterschiedlichen Gesundheitsprobleme ausnahmsweise doch eingegangen wird, reduziert sich die Betrachtung meist auf den Aspekt der individualmedizinischen Beeinflußbarkeit. Die Frage nach der Effektivität medizinischer Interventionen im Vergleich zu anderen Interventionsformen wird dabei meist erst gar nicht gestellt, weil letztere erst gar nicht ernsthaft geprüft werden (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.8; BADURA/LEHMANN 1985).

Zusammenfassend läßt sich der im Krankenversorgungssystem vorherrschende Politiktypus folgendermaßen charakterisieren (vgl. HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK 1981, S.213):

- *Unterordnung der Gesundheitspolitik unter die Wirtschaftspolitik* (Dominanz von kurzfristigen Kostenüberlegungen, weitgehende Aussparung des Krankheitsverursachungsprinzips »Arbeit und Beruf«);
- *Dominanz privatwirtschaftlicher Sektoren* in der medizinischen Versorgung (mittelständische Schichten der ärztlichen professionals, chemisch-pharmazeutische Industrie etc; hohe Resistenz gegen Strukturreformen);
- *Verrechtlichung von Gesundheitsproblemen* (einerseits Schutz für das Individuum, andererseits Individualisierung des Krankheitsgeschehens und damit Abstraktion von den gesellschaftlichen Verursachungsketten, Tendenz der Entpolitisierung des Komplexes Gesundheit/Krankheit);
- *Vorherrschen einer kompensatorisch-kurativen Individualmedizin* (auf Basis eines verengten naturwissenschaftlichen und vor allem negativ definierten Konzepts von Gesundheit, weitgehender Verzicht auf ursachen- und problembezogene Einwirkungen);
- *Vermittlung der Geld-, Sach- und Dienstleistungen* über die Träger der Sozialversicherung weitgehend als bloß reaktives Verwaltungshandeln mit den abstrakten und scheinbar unpolitischen Instrumenten von Norm und Geld; kaum Ansätze zu einer verursachungsbezogenen Gesundheitspolitik von dieser Seite;
- Weitgehende *Beschränkung der Gesundheitspolitik auf zentralstaatliche und globale Steuerung* des Gesundheitswesens und Gesundheits-/Krankheitsver-haltens mit Hilfe der Normierung von Anspruchsberechtigungen auf Leistungen, die ihrerseits dem marktwirtschaftlichen Äquivalenzprinzip unterliegen.

Die skizzenhaft angerissenen Verengungen und Verkürzungen sowie die vorherrschenden Strukturen des Krankenversorgungssystems stehen nach Ansicht der Befürworter von problembezogenen und bereichsspezifischen Strategien produktiven Lösungen einer wirksamen und zugleich bezahlbaren Gesundheitspolitik im Wege. Dabei handele es sich nicht um irgendwelche Reduktionen von Komplexität, sondern um *interessengebundene Reduktionen von Komplexität*, die von vornherein das unter dem Gesichtspunkt von Gesundheitspolitik Wesentliche aus dem Blickfeld rückten (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.8).

In Anbetracht dessen, daß die Gesundheitspolitik vor der doppelten Aufgabe stehe, einerseits die niemals aufgehobene *Ungleichheit der Verteilung von Gesundheitschancen* zu verringern und sich andererseits zugleich den von modernen *Volkskrankheiten diktierten Notwendigkeiten in der Gesundheitsversorgung* zu stellen, wird die These vertreten, daß beide Aufgaben eine wesentliche Weiterentwicklung des vorherrschenden Politiktypus in der Gesundheitsversorgung und eine Veränderung des ihm zugrundeliegenden Paradigmas erfordern (vgl. HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK 1981, S.212).

3. Konzept der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung

3. 1 Ziele und Zielsysteme der Gesundheitspolitik

3. 1. 1 Definition der Ziele und des Zielbezuges

Den in der gesundheitspolitischen Diskussion anzutreffenden Verengungen begegnet das Konzept der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung zunächst

einmal mit der *Rückbesinnung auf das Ziel jeglicher Gesundheitspolitik* und damit auch jeder sinnvollen Strukturreform im Gesundheitswesen und im Krankenversicherungssystem. Dabei geht es im Kern darum, den systematischen Zusammenhang zwischen politischen sowie wirtschaftlichen Strukturen und Prozessen einerseits und dem Gesundheitszustand sowie der Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung andererseits aufzuhellen, also um den *Health impact* sowohl von *Healthy Public Policy* als auch *Public Healthy Policy*.

Für die Entwicklung des Konzeptes werden in einem ersten Schritt zum einen *Zieldefinitionen* und zum anderen ein ausgewiesener *Zielbezug für die Einzelschritte* benötigt. Kursorisch lassen sich die folgenden Ziele und Zielsysteme der Gesundheitspolitik festlegen (vgl. ROSENBROCK 1988 b, S.9):

- Oberstes *Ziel der Gesundheitspolitik* ist die Minderung von negativen und die Förderung von positiven Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Dieses spezifische Ziel bündelt sich mit einigen Querschnittszielen, die für alle Politikbereiche eines demokratischen Sozialstaates gelten: die Achtung vor dem menschlichen Leben, vor der Würde des Menschen, vor der Selbstbestimmung des Individuums sowie das beständige Bemühen um den Abbau von sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Letzteres soll v. a. durch eine Reduzierung von Unterprivilegierung erreicht werden.
- Der *Erfolg* solcher Politiken läßt sich zumindest grob quantitativ und qualitativ mit realtiv einfachen Indikatorsystemen (gewonnene Lebensjahre, vermiedene Einschränkungen, gesundheitliche Lebensqualität) ausdrücken und messen.
- *Gleichrangige Felder* der Gesundheitspolitik sind Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung, medizinische Behandlung, Betreuung und Rehabilitation.
- *Mittel der Gesundheitspolitik* sind die gesellschaftlich hierfür mobilisierbaren Ressourcen an menschlicher Arbeit, an Wissen, Institutionen und Geld.
- *Steuerungsinstrumente* der staatlichen Gesundheitspolitik sind neben Geld, Norm und Information vor allem die Aushandlung mit und zwischen den Spezialparteien, den ökonomisch am Krankenversorgungssystem interessierten Gruppen, sowie den Gesundheitsbewegungen.
- *Beurteilungskriterium* für die Angemessenheit gesundheitspolitischen Handelns (d.h. für Schwerpunktsetzungen auf den verschiedenen Feldern, für die Wahl der Mittel und die Dimensionierung der Steuerungsinstrumente) ist die Gesamtheit der erwünschten und unerwünschten Wirkungen, wobei die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sein müssen.
- Für die *Auswahl von Instrumenten und Maßnahmen* der Gesundheitspolitik gelten prinzipiell bzw. zumindest im Zweifel darüber hinaus die Grundsätze der Selbstbestimmung des Individuums und des Schutzes der Schwachen sowie die Bevorzugung von Selbststeuerung gegenüber Fremdsteuerung.
- Eine (häufig zwingende) *Nebenbedingung* der staatlichen Gesundheitspolitik ist die Erzielung bzw. Ermöglichung von möglichst hoher Effizienz und hoher Effektivität im Sinne rationalen Mitteleinsatzes. Dies gilt sowohl bei der Risikominderung für Gesundheit und Leben sowie bei der Gesundheitsförderung auf seiten der *Prävention* als auch hinsichtlich der Produktion und Verteilung von kurations- und betreuungsbezogenen Gütern und Dienstleistungen auf dem Gebiet der *Krankenversorgung*.

3. 1. 2 Rahmenbedingungen und Grundprinzipien

Für die konkrete Instrumentierung der Steuerung ist vor diesem Hintergrund allgemeiner Bestimmungen zu beachten, daß die Sicherung und Wiederherstellung der Gesundheit sowohl ein Feld vielfältiger *Verwertungs- und Verdienstinteressen* als auch das *Berufsarbeitsfeld* für knapp zwei Millionen Menschen in verschiedensten öffentlichen und privatwirtschaftlichen Organisationen darstellt. Deren persönliche und berufliche Interessen und Motivationen gilt es mit strukturellen, mit materiellen und immateriellen, positiven wie negativen Anreizen möglichst direkt auf das Gesamtziel »Gesundheit« hin zu orientieren.

Generell, d.h. nicht nur in der Gesundheitspolitik, ist davon auszugehen, daß *positive Orientierung und Anreize* in der Regel bessere, d.h. effektivere Ergebnisse zeigen als Zwang, Sanktion oder Strafe. Für die Konstruktion der auf Gesundheitspolitik gerichteten sozialen Systeme gibt es noch eine weitere allgemeine Bestimmung: Die Nachfrageseite des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit, in dem die gesetzliche Krankenversicherung eine wichtige Regulierungsinstanz unter mehreren darstellt, ist seit seiner Institutionalisierung zumindest in Deutschland mit guten Gründen als *Ausnahmebereich von der Marktwirtschaft* konzipiert worden und hat sich in dieser Konstruktion im Prinzip auch bewährt. Diese Entscheidung impliziert:

- Staatlich gesellschaftlich wird darauf geachtet und gegebenenfalls dafür gesorgt, daß die jeweils historisch für notwendig erachteten Gesundheitsgüter produziert und bereitgehalten werden (von meist privatwirtschaftlichen Unternehmen) (*Gesellschaftlicher Sicherstellungsauftrag*).
- Die Verteilung von Gesundheitsgütern erfolgt nach dem *Bedarfsprinzip* und nicht nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit.
- Die Verknüpfung dieser Elemente zu einem finanzierbaren und gesellschaftlich akzeptierten System ist wohl nur über Ausformungen des *Sachleistungsprinzips* und des *Solidarprinzips* zu erreichen. Letzteres funktioniert um so glatter, je vollständiger das Prinzip des *Versicherungszwanges*, z.B. in Form der *Sozialen Krankenversicherung* durchgesetzt ist.
- Aus Gründen der Praktikabilität und der gesundheitlichen Orientierung ist die *Abwesenheit des direkten Geldverkehrs* zwischen Patient und Leistungsanbieter in Form des Sachleistungsprinzips eine sozialpolitische Jahrhunderterrungenschaft.
- Um gegenüber privatwirtschaftlichen Anbietern (zumindest potentiell) eine hinreichende *Nachfragermacht* zu organisieren, gibt es zur parafiskalischen Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Selbstverwaltung lediglich die Alternative des staatlichen Gesundheitssystems.
- Der Gestaltungsraum für die Gesundheitspolitik besteht hinsichtlich des *Aufgabenbereichs* und der *Feingliederung der Krankenversicherung* (z.B. Zuweisung von Aufgaben der Prävention, Organisierung des Versicherteninteresses, Regionalisierung) sowie hinsichtlich des

Verhältnisses und der *Arbeitsteilung* zwischen den *Zweigen des Sozialleistungssystems.*

- In einer privatwirtschaftlich strukturierten Gesellschaft erscheint die *Produktion und Bereitstellung der Gesundheitsgüter und Dienstleistungen* teils durch erwerbswirtschaftliche, teils durch bedarfswirtschaftliche, öffentlich regulierte Betriebe eine angemessene Lösung zu sein. Denkbar sind allerdings auch wesentlich andere Mischungsverhältnisse zwischen privater und öffentlicher Leistungserstellung.
- Im Verkehr mit der für die Krankenversorgung zuständigen, hochautonomen Profession der Ärzte stehen sich in dieser Konstruktion die *soziale Selbstverwaltung* der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite und die *ständische Selbstverwaltung* der Ärzte auf der anderen Seite als *Verhandlungspartner* gegenüber.

Aus diesen Prinzipien hat sich im Laufe der Zeit ein *komplexes Regulierungssystem* entwickelt; die zahlreichen *Fehlsteuerungen* in diesem System (z.B. generell zu starker Einfluß der Angebotsträger auf Umfang und Inhalt von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung) sind eher auf Abweichungen von den Grundgedanken als auf ihre zu enge Auslegung zurückzuführen.

Hervorzuheben ist, daß nicht allein das Argument der *Armut der Versicherten* für die Grundentscheidung maßgeblich ist, Krankenversorgung und Krankenversicherung als *Ausnahmebereich von der Marktwirtschaft* zu gestalten. Hinzu treten zumindest gleichwertig auch *kulturelle und gesundheitsbezogene Gründe.* Entgegen der Annahme vor allem neoklassisch argumentierender Gesundheitsökonomen muß davon ausgegangen werden, daß eine gesundheitlich sinnvolle und insoweit rational handlungsleitende individuelle *Konsum- und Nachfragefunktion* nach Gesundheitsgütern analog zur Konsum- und Nachfragefunktion nach Ver- und Gebrauchsgütern nicht modelliert werden kann. Entgegen landläufiger Wahrnehmung sind deshalb Vorschläge, die gegen vielfältig gesicherte gesundheitswissenschaftliche Evidenz auf eine Erweiterung der Regulierung nach Marktgesetzen im Gesundheitsbereich hinauslaufen, begründungspflichtig, nicht etwa umgekehrt.

Klargestellt werden soll ferner, daß die Bezugnahme auf Gesundheit als Ziel der Gesundheitspolitik nicht auf einen *gesundheitlichen Idealzustand* hin orientiert: Krankheit und Tod können bis auf weiteres als nicht eliminierbare Bestandteile des menschlichen Lebens angenommen werden. Allerdings erlaubt ein nach oben hin offener und damit immer auch *utopischer Gesundheitsbegriff* seine jeweilige Konkretisierung, Operationalisierung und Weiterentwicklung aus dem Stand des jeweils präventiv, medizinisch und ökonomisch Wißbaren und Machbaren.

3. 2 Operationalisierungen des Zielbezuges

Die *Felder, Schwerpunkte* und *Gestaltungskriterien* für eine Strukturreform und Neuorientierung des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus der *Operationalisierung des allgemeinen Zielbezuges.* Deren jeweilige Operationalisierungen ergeben sich aus einem Überblick über die *gesundheitliche Lage der Bevölkerung* sowie den Möglichkeiten ihrer Verbesserung durch Prävention, Betreuung, Kuration und Rehabilitation. Das ist mehr, als medizinische Orientierungsdaten auszusagen vermögen. Solche Daten können aber, richtig gewichtet, als Aufgreifkriterien und Ergebnisindikatoren wichtige Beiträge zur Politikformulierung und Evaluation leisten (vgl. WEBER/MEYE/FLATTEN 1987). Es hat in der Bundesrepublik Deutschland einige Jahrzehnte gedauert, bis 1987 der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen im Rahmen von Jahresgutachten damit begonnen hat, einen – zumindest ansatzweisen – Überblick über die angesprochenen Problembereiche zu geben (vgl. SVR KA: Jahresgutachten 1987, Jahresgutachten 1988).

3. 2. 1 Ist-Analyse der gesundheitlichen Lage

Ausgangspunkt einer problembezogenen und bereichspezifischen Mischsteuerung ist zwingend die *Ist-Analyse der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung.* Erst auf dieser Basis lassen sich problemadäquate Steuerungsstrategien formulieren. Für eine Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung von handlungsleitender Bedeutung sind dabei insbesondere die folgenden Ergebnisse:

- Im Krankheits- und Sterbegeschehen dominieren *wenige chronische, überwiegend degenerativ verlaufende Erkrankungen.* Sie zeichnen sich oft durch lange Latenz und lange prämorbide, nahezu asymptomatische Phasen sowie durch weitestgehende Irreversibilität nach Manifestationen aus. Sieben Krankheiten bzw. eingegrenzte Krankheitsgruppen machen ungefähr 90 % der Morbidität und Mortalität aus. Das macht es sowohl möglich als auch nötig, krankheitsspezifische Strategien und Handlungsfelder zu definieren, Gesundheitspolitik also nicht mehr von Institutionen, sondern von Problemen her zu konzipieren. Im gegenwärtigen System finden sich diesbezüglich kaum Ansatzpunkte.
- Da die Verursachung gerade dieser dominanten Krankheiten überwiegend, ihre Beeinflußbarkeit z.T. nahezu ausschließlich in der Lebens- und Arbeitswelt liegen, ist die *Prävention das gesundheitspolitisch aussichtsreichste Eingriffsfeld.*
- Die soziale *Ungleichheit vor Krankheit und Tod* ist nach wie vor groß und nimmt auch nicht ab. Zudem kann sie vom kurativen Medizinsystem aus nicht annähernd aufgefangen werden. Dies verweist auf die Notwendigkeit teilgruppen- und z.T. *schichtenspezifischer Gesundheitsstrategien,* vor allem nichtmedizinischer Prävention.
- Das Gutachten des Sachverständigenrates weist bezüglich der Sozialepidemiologie für die Bundesrepublik mehr Lücken als Erkenntnisse auf. Eine *sozialepidemiologisch angeleitete Gesundheitsberichterstattung* als Voraussetzung einer feinsteuerungsfähigen Gesundheitspolitik muß erst noch geschaffen werden. In der Bundesrepublik besteht diesbezüglich ein Nachholbedarf gegenüber anderen, und zwar nicht nur Industrie-Nationen, die über »Schools of Public Health« oder vergleichbare Institutionen diesen Problemen eine höhere Aufmerksamkeit in Forschung, Lehre und Politik schenken.

Diese sehr groben Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie der Entstehungszusammenhänge von Krankheiten verlangen geradezu nach Strategien der spezifischen und nichtspezifischen Prävention, die nach Krankheiten, sozialen Gruppen und Verursachungssphären zu differenzieren wären (vgl. HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK 1981).

3. 2. 2 Ist-Analyse der gesundheitspolitischen Ressourcen

Für die Beantwortung der Frage, mit welchen Strukturen und Instrumenten das Verhalten der Akteure im Innern des Krankenversorgungssystems problemadäquat gesteuert werden kann, ist der *Ist-Zustand der einzelnen Bereiche des Krankenversorgungssystems* zu analysieren. Erst auf dieser Basis lassen sich zudem Aussagen darüber treffen, welche gesundheitspolitischen Ressourcen vorhanden sind und inwieweit diese sich eignen, der *Realisierung der definierten gesundheitspolitischen Ziele* näher zu kommen.

Übergreifend läßt sich feststellen, daß es im derzeitigen Krankenversorgungssystem beträchtliche *Fehlsteuerungen* durch strukturell fehlerhaft gesetzte materielle und immaterielle Anreizsysteme und Hebel gibt. Sie führen nicht nur zu *gesundheitlich oft unsinniger Ressourcenallokation*, sondern auch dazu, daß das Krankenversorgungssystem sich vielfach mit Problemen beschäftigt, für die es nicht konstruiert worden ist und für die es auch nicht über geeignete Instrumente und Lösungswege verfügt (vgl. BADURA/LEHMANN 1985, S.594 ff.; HUBER 1988). Für die einzelnen Bereiche des Systems lassen sich summarisch die folgenden *Mängel* und *Defizite* konstatieren:

- Für den Bereich der *Prävention* läßt sich feststellen, daß die vorhandenen Aktivitäten entschieden zu gering und bei weitem nicht flächendeckend sind. Nahezu allen Ansätzen ist gemeinsam, daß sie sich angesichts ökonomisch und machtmäßig hochgesetzter Interessenstrukturen in den Verursachungsbereichen und im Medizinsystem auf das politisch weichste, gesundheitlich aber wenig effektive Feld der *Verhaltensbeeinflussung durch Gesundheitserziehung* konzentrieren.Ein deutliches Defizit besteht dagegen bei der Herstellung gesundheitsgerechter Verhältnisse (*Verhältnisprävention*). Kennzeichnend für die derzeitige Situation ist zudem eine Überbetonung des individualmedizinischen Ansatzes (*Sekundärprävention*: Früherkennung zur Frühbehandlung). Die auf dem Gebiet der Prävention zufällig gewachsene Aufgabenverteilung (zwischen Staat, Sozialpartnern, sozialen Bewegungen, kritischen professionals, Institutionen der GKV, dem ärztlichen Versorgungssystem) hat bislang nicht zu Lösungen geführt, die den Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung entsprechen (vgl. ROSENBROCK 1988 a, S.7).
- Im *ambulanten Bereich* ist derzeit de facto von drei Versorgungssystemen auszugehen
  - die (meist Einzel-)Praxis des niedergelassenen Arztes;
  - ein Netz aus professionellen Hilfe- und Sozialberufen bzw. -institutionen;
  - das nichtmedizinische und nichtprofessionelle Betätigungshandeln bzw. -system.

Diese Systeme haben völlig unterschiedliche Entwicklungsbedingungen und Zugangsmechanismen, die nur zufällig zu rationalen Lösungen führen. Kennzeichnend sind ferner die zu vielen medizinischen Leistungen (insbesondere zu viele medizinisch-technische Leistungen), die Medikalisierung sozialer Probleme, die gleichzeitige Unter- und Überversorgung, die Polypragmasie, die Placebomedizin, die Überlastung des ärztlichen Systems, die Fehl- und Unternutzung der sozialen bzw. pflegerischen Betreuung sowie der Betroffenenkompetenz.

- Im Bereich der *Arzneimittelversorgung* besteht vor allem eine Übermedikalisierung; er werden zu viele, zu teuere und zu unsichere Medikamente verabreicht. Außerdem fehlen Bedürfnisprüfung sowie Qualitätsprüfungen in bezug auf die Verordnungen. Weiterhin ergeben sich zunehmende soziale (finanzielle) Zugangsbarrieren zu Arzneimitteln in Form von Selbstbeteiligungen. Zu beachten sind zudem die wachsenden Probleme der Arzneimittelsucht sowie die ungenügende Erfassung von Arzneimittelkomplikationen und -todesfällen.
- Hinsichtlich der *medizinischen Technologie* kann festgestellt werden, daß generell eher zu viel technische Leistungen mit oft nicht erweisbaren gesundheitlichem Nutzen, oft im Sinne von Placebo-Medizin, oft auch als Ersatz für nichtmedizinische Bewältigung sozialer Probleme, erbracht werden. Gleichzeitig zeigt sich eine wachsende Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der medizinischen Technologie und der Medizin im allgemeinen. Bei der medizintechnologischen Innovation findet sich ein zunehmend schwächerer und seltenerer Bezug auf epidemiologisch relevante Probleme. Innovationen erfolgen in der Art eines technology push: praktisch jede Innovation wird unabhängig von ihrem Nutzwert in Praxis und Klinik eingesetzt. Dabei besteht auf dem Markt kaum Preiskonkurrenz und in der Folge ein überhöhtes Preisniveau.
- Für den *stationären Bereich* charakteristisch ist die weitgehend medizinische Ausrichtung der Krankenhäuser bei gleichzeitiger Dominanz der Medizin über die Pflege. Zugleich fehlt eine Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie einer Betreuung zu Hause (Funktionspflege statt Gruppenpflege). Durch Fehlsteuerung und Fehlbelegungen entstehen Kosten ohne Nutzen. Schließlich fehlen flexible Übergänge zwischen den Systemstufen, und dies bei einer gleichzeitig beobachtbaren Tendenz zur Entdifferenzierung der Versorgungsstufen in Richtung auf das (technisch) höchste Niveau (vgl. KÜHN 1988).

3. 3. Problemfelder und bereichsspezifische Steuerungsansätze

3. 3. 1 Problemfelder der Gesundheitspolitik

Aus der Ist-Anlyse der gesundheitlichen Lage und der gesundheitspolitischen Ressourcen ergeben sich *drei große Problemfelder* für die Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese lassen sich jeweils unter einer Leitfrage zusammenfassen:

- Welche gesundheitlichen Probleme lassen sich vor ihrer Manifestation verhindern? (*Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung*)
- Wie sollen die Übergänge, Zwischenzonen und Verweiswege zwischen der »gesunden Lebenswelt« und dem »professionellen Krankenversorgungssystem« gestaltet werden? (*Übergänge und Zugangsregulierungen*)
- Mit welchen Strukturen und Instrumenten kann das Verhalten der Akteure im Inneren des Krankenversorgungssystems problemadäquat (d.h.gesundheitsgerecht, effizient und effektiv) gestaltet bzw. gesteuert werden? (*problembezogene Steuerung*)

Die durch diese drei *Problemfelder* definierten Steuerungsaufgaben können von der gesetzlichen Krankenversicherung keineswegs vollständig übernommen oder gar gelöst werden. Die Vermessung dieser Aufgabenfelder und die Konzipierung von Lösungsrichtungen ist aber auf der anderen Seite eine logische und tatsächliche Voraussetzung für die *Bestimmung der Aufgaben* aller wesentlichen gesellschaftlichen Akteure der Gesundheitspolitik und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich ist die Benennung der gesundheitspolitischen Problemfelder eine Voraussetzung für die Entwicklung einer *problembezogenen Steuerungsstrategie* sowie die Definition der gesellschaftlichen und politischen *Arbeitsteilung* bzw. *Aufgabenzuweisung.*

Die Konzipierung einer *problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung* hat zur Kenntnis zu nehmen, daß in allen drei gesundheitspolitischen Feldern heute historisch festgewachsene Institutionen und Berufsgruppen, unterstützt durch zahlreiche wissenschaftliche Disziplinen, existieren und arbeiten und die unterschiedlichsten Regulierungsformen anzutreffen sind (staatliche Normierung, Markt, Aushandlung-Partizipation-Wahlen, professionelle Expertise, soziale Bewegungen etc.).

Die Komplexität von Strukturreformen ergibt sich aus den Spannungen zwischen bestehenden (gesundheitlich definierten) Aufgabenstellungen, gewachsenen Regulierungsformen und meist institutionalisierten Akteuren. Der damit verbundenen Vielfalt ist mit dem in der öffentlichen Diskussion vielfach üblichen Primitivismus dichotomer Weltsichten nicht beizukommen: Die Alternative heißt nicht Markt versus Staat, nicht zentral versus dezentral, nicht ökonomische Hebel versus moral suasion, nicht Wettbewerb versus Nicht-Wettbewerb, nicht professionelle Selbstbestimmung versus staatliche Vorschriften und auch nicht Freiheit versus Unfreiheit. Problemadäquate Lösungen ergeben sich kaum, wenn Gesundheitspolitik unter den Primat einer wirtschaftspolitischen Ordnungspolitik gestellt wird (vgl. REINERS 1988). Lösungen für die Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens liegen vielmehr in der *problembezogenen Gestaltung* und im richtigen *Mischungsverhältnis unterschiedlicher Regulierungsformen.*

3. 3. 2 Ansätze einer problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung

3. 3. 2. 1 Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung

Eine Reihe von Ansatzpunkten zur Steuerung des Problemfeldes *»Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung«* lassen sich aus den Ergebnissen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung der letzten 15 Jahre ableiten. Diese hat reichhaltige Ergebnisse sowohl hinsichtlich zu verhindernder Krankheiten als auch hinsichtlich betroffener Sozialgruppen und auch in bezug auf die *gesundheitliche Strategiegestaltung* in den verschiedenen Verursachungsbereichen hervorgebracht (vgl. DGB 1987; ROSENBROCK 1987).

Vor diesem Hintergrund sind für diesen Bereich nicht nur erhebliche Umsetzungs- und Vollzugsdefizite feststellbar, sondern werden auch Irrwege und *strategische Fehlorientierungen* sichtbar:

- Die *Reduktion* der für Prävention zu benutzenden bzw. zu gestaltenden Instrumente auf ökonomische Hebel oder – noch weiter eingegrenzt – auf *marktwirtschaftliche Mechanismen* verspricht keine großen Erfolge: Die Produktivität des Marktmechanismus für die Ingangsetzung wirksamer und nicht bloß symbolischer Prävention läßt sich bislang nur in dem schmalen, zudem nach Kaufkraft selektierenden und keineswegs durchweg seriösen Bereich der Vermarktung von Konsumgütern mit Gesundheitsimage aufzeigen.
- Die gegenwärtig wieder verstärkt feststellbare *Tendenz zu mehr Wettbewerb* zwischen den GKV-Kassen steht der Entwicklung von Prävention wohl eher entgegen: Wo Kassen mit unterschiedlichen Beitrags- und Leistungssystemen und mit aufwendigen Imagekampagnen um unterschiedliche Versichertengruppen konkurrieren müssen, scheinen ernsthaft präventive Vorhaben kaum Chancen zu haben: kurzfristig vorzeigbare Public relations Ergebnisse behalten den Vorrang.
- Die Förderung oder gar *Erzwingung von gesundheitsgerechtem Verhalten* durch *Straf- und Belohnungsgebühren*, z.B. verminderte Direktzahlung für Zahnersatz bei regelmäßigem Zahnarztbesuch, kann angesichts des Mangels an positiven Wirksamkeitsnachweisen solcher Instrumente kaum ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Realistische Ansatzpunkte liefert demgegenüber der *lebensweisebezogene Ansatz der WHO*, der von dem griffigen Gestaltungsauftrag ausgeht: Make the healthy way the easy choice. Entsprechende Strategien sich orientieren dabei meist auf schrittweise Risikoverdünnung und vermeiden die Selbstblockierung durch das aus der Medizin kommende und auch dort faktisch nirgends eingelöste, aber fast immer zu Selbstblockierungen führende Ideal des Nullrisikos. Prävention wird als Wissens-, Lern- und Durchsetzungsproblem begriffen. Prävention setzt an in der Arbeitswelt, in der Umwelt, bei Konsumgütern und in der Lebensweise. Es geht um die Herstellung gesundheitsgerechter Verhältnisse (*Verhältnisprävention*), um die Stützung bzw. den Aufbau gesundheitsförderlicher Alltagsstrukturen (*Gesundheitsförderung*) sowie um die Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten (*Verhaltensprävention*).

Aus erfolgreichen Ansätzen der letzten Jahre kann gelernt werden, daß Verhalten und Lebensweise nicht ohne Berücksichtigung der sie bedingenden Verhältnisse zu beeinflussen sind. Infolgedessen stehen Konzepte

- der *strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung,*
- der *Aktivierung der Betroffenen und ihrer Kompetenz* sowie
- *teilgruppenspezifische Politiken*

im Vordergrund. Auf dem Gebiet der Prävention sind derzeit mit jeweils spezifischen Profilen und Defiziten zahlreiche Akteure tätig. Diese zufällig gewachsene Aufgabenverteilung hat nicht zu Lösungen geführt, die den *Notwendigkeiten* und den *Möglichkeiten* der Krankheitsverhütung und der Gesundheitsförderung entsprechen. Insgesamt sind die Aktivitäten bei weitem nicht flächendeckend, aber auch nicht überschneidungsfrei. Nahezu allen Ansätzen ist gemeinsam, daß sie sich angesichts ökonomisch und machtmäßig hoch besetzter Interessenstrukturen in den Verursachungsbereichen auf das politisch weichste, gesundheitlich aber meist wenig effektive Feld der Verhaltensbeeinflussung durch Gesundheitsappelle und -erziehung konzentrieren.

Im Rahmen eines problembezogenen Steuerungsansatzes wird daher vorgeschlagen, die *GKV-Kassen zur Koordinations- und Regieinstanz für Prävention* zu machen, wobei ihnen die folgenden beiden Verpflichtungen auferlegt werden:

- Verpflichtung zu einer *sozialepidemiologisch und sozialwissenschaftlich angeleiteten regionalen Gesundheitsberichterstattung in* Abstimmung mit den durch die nationale Gesundheitsberichterstattung vorgegebenen Methoden und Zielen. Der regionale Gesundheitsbericht enthält einen Überblick über die Gesundheitsprobleme und -risiken sowie ihre soziale Verteilung, über Möglichkeiten ihrer Verminderung sowie die dazu erforderlichen Ressourcen.
- Die Krankenkassen bilden mit der jeweiligen regionalen Gebietskörperschaft (Gemeinde, Stadt, Kreis, Landschaftsverband etc. je nach Zweckmäßigkeit) einen *regionalen Gesundheitsrat.* Dies soll ein verbindlich arbeitendes und arbeitsfähiges Gremium sein, das in Auswertung der Gesundheitsberichterstattung Gesundheitsziele formuliert und in Verhandlungen mit den Gesundheitsakteuren der Region (Ärzte, vertreten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kammern; Sozial- und Pflegeberufe bzw. -institutionen; private und öffentliche Betriebe und Institutionen; Betroffenenzusammenschlüsse etc.) *Strategien zur Erreichung der Ziele* festlegt (der Gesundheitsrat soll auch Aufgaben für die Umsetzung von Programmen im Bereich der Sekundärprävention sowie der Kuration erfüllen).

Die *Kooperationsstrukturen* zwischen den Kassen sollen dabei verbindlicher als in den »Arbeitsgemeinschaften« und zugleich eine *Kassenkonkurrenz* in der Region ausgeschlossen sein. Da die hierfür ideale Organisationsform der regionalisierten Einheitskasse derzeit nicht zur Debatte steht, sind entsprechende (möglichst funktional äquivalente) Hilfslösungen zu suchen. Erforderlich ist ferner eine *Mobilisierung und Professionalisierung des Kassenhandelns* (Management und Selbstverwaltung).

3. 3. 2. 2 Übergänge zum und aus dem Krankenversorgungssystem

In der derzeitigen GKV-Regulierung ist der Übergang aus der »gesunden Lebenswelt« in das »Gesundheitssystem« ein harter Schnitt. Entweder der Mensch ist – im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, des Sozial- und Arbeitsrechts – gesund oder er geht zum Arzt. Institutionell gibt es zwischen diesen beiden Welten so gut wie gar nichts. Die z.T. jahrelangen und für die Beeinflussung der chronisch-degenerativen Volkskrankheiten entscheidenden Phasen vor der Kankheitsmanifestation werden von der Gesundheitspolitik nicht systematisch bearbeitet und verlaufen damit weitgehend spontan krankheitsfördernd.

Zur Lösung des generellen *Steuerungsproblems* (»das richtige Problem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige System«) werden drei unterschiedliche Wege diskutiert bzw. teilweise auch praktiziert, wobei auf schiere Kostendämpfung orientierte Ansätze oft störend interferieren.

Hierzu gehören insbesondere Versuche, die dieses Steuerungsproblem durch Einsatz von ökonomischen Hebeln (Selbstbeteiligungen, Strafgebühren, Wahltarife) beim Versicherten zu lösen versuchen. Vor den angedeuteten Zusammenhängen entbehren solche Versuche konzeptionell der Logik. Ihr Erfolg konnte bislang auch nirgends empirisch gezeigt werden, ihr Mißerfolg dafür um so öfter. Konzepte, die den Zugang zum Krankenversorgungssystem und seinen Leistungen analog zur souveränen Konsumentenentscheidung modellieren wollen, übersehen immer wieder,

- daß der Versicherte/Patient das für rationale Leistungsauswahlentscheidungen erforderliche Wissen über den gesundheitlichen Gebrauchswert medizinischer Leistungen nicht hat, nicht haben kann, und wohl auch nicht zu haben braucht,
- daß der Versicherte/Patient als Hilfesuchender in einer bis zum extrem ausnutzbaren und ausbeutbaren Situation steckt, die keine guten Voraussetzungen für rationale Konsumentscheidungen bietet.
- daß die Freistellung von ökonomischen Überlegungen bei der Bewältigung von Gesundheitsstörungen nicht nur eine zivilisatorische Errungenschaft, sondern zumindest plausiblerweise auch gesundheitlich sinnvoll im Sinne von gesundheitsförderlich ist.

Soweit das Verhalten der Versicherten überhaupt gesteuert werden soll oder kann, ist vor allem an den *Ausbau nichtmedizinischer sozialer Betreuungs-, Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen* zu denken. Es geht dabei nicht um ein paar Sozialarbeiter mehr, sondern um die *systematische Förderung gesundheitlicher Aktivitäten und Institutionen* (Vereine, Initiativen, Selbsthilfegruppen, integrierte Sozialstationen, kommunale Zentren). Erst in jüngster Zeit wird dies unter dem Aspekt der »Gesundheitsförderung« systematisch erforscht, die tatsächlichen Aktivitäten von Kommunen und Krankenkassen bleiben bislang durchweg symbolisch und leiden an der ideologischen Zeitgeist-Hypothek von Ehrenamtlichkeit und Subsidiarität.

Einen dritten *Steuerungsbezug* bietet das Krankenversorgungssystem selbst. Hier ist zunächst an Mechanismen zu denken, die dem *immanenten Expansionsdrang des Medizinsystems* (aggressive Marktstrategien in den Bereichen Arzneimittel und Medizintechnik, Einzelleistungsvergütung des niedergelassenen Arztes) den Antrieb nehmen oder mindern. In der *Feinsteuerung* muß der *niedergelassene Primärarzt als Eingangsstufe*, Gate-Keeper und Verweisungsinstanz (entweder zum medizinischen Spezialisten oder aber aus dem Medizinsystem hinaus) z.B. in die Lage versetzt werden, sich selbst und seine Intervention dort sensibel zurückzunehmen, wo sie medizinisch nicht erforderlich ist. Dies erfordert allerdings eine *andere Ausbildung, andere ökonomische Anreize* und wahrscheinlich auch *andere Betriebsformen* als die Einzelpraxis. In jedem Fall ist es eine komplizierte Steuerungsaufgabe, die durch Strafgebühren oder Vorschriften nicht zu lösen ist (vgl. HUBER 1988).

3. 3. 2. 3 Funktionsweise und Steuerung des Krankenversorgungssystems

In welchen Strukturen sich der Einsatz von medizinischen und nicht-medizinischen Gütern und Dienstleistungen des Krankenversorgungssystems vollziehen und mit welchen materiellen und immateriellen Impulsen dabei gesteuert werden soll, ist seit Jahrzehnten Hauptgegenstand der gesundheitspolitischen Strukturdiskussion. Im folgenden kann lediglich kursorisch die Reformrichtung skizziert werden.

Auf der *institutionellen Ebene* zielt das Konzept darauf ab, Organisationsformen zu entwickeln, die einem *pragmatisch verstandenen Gebot von Effizienz und Effektivität*, dem *tatsächlich verwendbaren Stand der Technik* sowie dem *besonderen Vertrauensbedarf* im Gesundheitswesen (nicht nur im Arzt-Patienten-Verhältnis) entsprechen. Dabei geht es in jedem einzelnen Bereich darum, Strukturen zu implementieren, die möglichst simultan folgende Kriterien erfüllen:

- möglichst weitgehende und möglichst *selbstregulative Entsprechung* bzw. Abstimmung der materiellen und

immateriellen Interessen von Leistungsnachfragenden und Leistungsanbietern,
- *sozial undiskriminierte Verfügbarkeit* der als notwendig definierten Dienstleistungen und Güter,
- *zielgruppen- und schichtenspezifische Schwellensenkungen* des Angebotes sowie
- *Aktivierung von Betroffenenkompetenz* als eigenständige Aufgabe der Qualifikation und Motivation der Professionals.

Für das *Koordinations- und Steuerungsverfahren*, also die Regulierung, bedeutet dies, daß jeweils krankheits-, gruppen-, regional- und aggregatspezifisch *Mischungen von Instrumenten* aus den Bereichen staatliche Normierung, Information, Expertise, Partizipation sowie ökonomische Anreize zu modellieren sind. Dies impliziert, daß nicht ein einziger Mechanismus für sämtliche Versorgungsbereiche angewandt werden kann, sondern ausgehend von den in den einzelnen Bereichen anfallenden Problemlagen für jeden Bereich ganz *spezifische Regulierungsformen* zu entwickeln sind.

3. 3. 3 Reformansätze in den einzelnen Bereichen des Krankenversorgungssystems

3. 3. 3. 1 Ambulante Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung als einem Schlüsselbereich des gesundheitlichen Versorgungssystems besteht das *Hauptziel* darin, das richtige Gesundheitsproblem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige Versorgungssystem zu lenken. Es wird dabei davon ausgegangen, daß es im ambulanten Bereich de facto drei Versorgungssysteme gibt:

- die (meist Einzel-) *Praxis des niedergelassenen Arztes*,
- ein *Netz aus professionellen Hilfe- und Sozialberufen* bzw. -institutionen,
- das *nichtmedizinische und nichtprofessionelle Bewältigungshandeln* bzw. -system.

Gegenwärtig charakterisieren sich diese drei Systeme durch völlig *unterschiedliche Entwicklungsbedingungen und Zugangsmechanismen*, die nur zufällig zu rationalen Lösungen führen. Vielfach stehen diese Systeme in einer konkurrierenden oder sich gegenseitig ergänzenden Beziehung. „Das Verhältnis zwischen Laien und Experten und das Verhältnis zwischen Laien-System und professionellem System in der konkreten und praktischen gesundheitlichen Versorgung bedarf ständiger Aushandlung und Abstimmung" (HUBER 1988, S.1). Kennzeichnend für die *Fehlentwicklungen* und *Unzulänglichkeiten* der derzeitigen Situation sind vor allem (vgl. ROSENBROCK 1988; von FERBER 1988; HUBER 1988):

- zu *viele medizinische Leistungen*, insbesondere zu viele medizinisch-technische Leistungen; die Handlungsweise des Kassenarztes wird dominiert von pharmakologischen Behandlungsweisen, mechanistischen Interventionstechniken, möglichst vielen Untersuchungen sowie einer klinisch orientierten Diagnostik.
- *Medikalisierung sozialer Probleme*; einfache Befindlichkeitsstörungen erfahren eine Überbehandlung; biologisch oder menschlich normale Altersgebrechen werden zu akuten medizinischen Problemen umdefiniert; psychosomatische und psychosoziale Aspekte werden in der Interaktion zwischen Arzt und Patient somatisiert und medikamentengerecht bzw. medizinisch passend aufbereitet;
- Nebeneinander von *Unter- und Überversorgung*;
- *Vorhandensein von Polypragmasie und Placebo-Medizin*; in der ambulanten Behandlung dominiert vielfach die Pharmako-Therapie und die symptomatische »Beruhigung« von psychosozialen Problemlagen unterschiedlichster Art;
- *Überlastung des ärztlichen Systems*; die organzentrierte Spezialisierung der Ärzte, die nicht geübte Kooperation mit sozialen Diensten und die Sozialisationseffekte der Aus- und Weiterbildung der Ärzte verstärken die Kluft zwischen Problemen und Lösungskonzepten in der kassenärztlichen Praxis.
- *Fehl-* bzw. *Unternutzung der sozialen bzw. pflegerischen Betreuung* sowie der *Betroffenenkompetenz*;
- eine sinnvolle Verknüpfung von medizinischen, sozialen, rehabilitativen und präventiven Hilfen und die Vernetzung von ambulanten, komplementären und stationären Angeboten fehlt weitgehend.

Reformen der ambulanten gesundheitlichen Versorgung dürfen sich vor diesem Hintergrund nicht nur auf institutionelle und regulative Veränderungen beschränken; sie müssen gleichzeitig die Neuorientierung der Medizin reflektieren. Dabei solle eine *Neuorientierung der Medizin*

— eine ganzheitliche Theoriebildung,
— integrative und integrierte Handlungskonzepte,
— Autonomie-Aspekte für die betroffenen Menschen und
— Organisationsentwicklung und Innovationsförderung

im Gesundheitswesen unterstützen und durchsetzen (vgl. HUBER 1988, S.18).

Hinsichtlich der Regulierung dieses Versorgungsbereiches wird davon ausgegangen, daß die »drei Systeme« als *gleichgewichtige Säulen der ambulanten Versorgung* wahrgenommen und entsprechend ihren spezifischen Fähigkeiten eingesetzt werden. Von daher sollen sie auch in unterschiedlicher institutioneller Form *Verhandlungspartner des regionalen Gesundheitsrates* sein. Vorgesehen ist, daß die Krankenkassen und Gebietskörperschaften mit ihnen eine der Gesundheitsberichterstattung folgende Versorgung im Rahmen der in Bandbreiten vorgegebenen zentralstaatlichen Vorgaben aushandeln. Im einzelnen bedeutet dies (vgl. ROSENBROCK 1988 d, S.3):

- Die sozialen und pflegerischen Hilfs- und Betreuungsorganisationen bzw. -berufe sollen mehr oder weniger analog zur Ärzteschaft institutionalisiert (z.B. professionelle Selbstverwaltung, Kammern o.ä.) und damit Verhandlungspartner der Krankenkassen werden.
- (1) Die Verhandlungspartner des regionalen Gesundheitsrates sollen im ambulanten Sektor die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sein. Sowohl auf dezentraler wie zentraler Ebene ginge es in diesen Verhandlungen u.a. um die *Aushandlung von Vergütungsformen*, die die dysfunktionale eingebaute Dynamik zu mehr Leistung wie den derzeitigen Honorierungsformen (Einzelleistungsvergütung) immanent ist, zu überwinden. Gedacht wird hierbei z.B. an *modifizierte Versicherten-* bzw. *Fallpauschalen* für die primär- und spezialärztliche ambulante Versorgung. Zu erproben wäre ein rationales Vergütungssystem, das keine Anreize zur Mengenausweitung setzt, Doppelleistungen verhindert, eine funktionsgerechte Arbeitsteilung ermöglicht, einfach zu überprüfen ist und flexibel neuen Gegebenheiten angepaßt werden kann, sowie Fall- bzw. Mengenbegrenzungen beinhaltet. Gleichzeitig

soll die *technische Praxisausstattung* durch die Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert werden. Dabei geht es auch darum, kommunikative, präventive, rehabilitative und lebenspraktische Leistungen, die der Arzt persönlich erbringt, gegenüber technischen, laborchemischen oder apparativen Tätigkeiten finanziell, rechtlich und strukturell besser zu stellen (vgl. HUBER 1988, S.22).

(2) Grundsätzlich sollen Organisationsformen bevorzugt werden, die die Nachteile der Einzelpraxis überwinden (z.B. *fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren* etc.). U.a. ist zu erwägen, die Kooperation in fachgruppen-übergreifenden Gemeinschaftspraxen finanziell und strukturell gegenüber den Einzelpraxen zu privilegieren. Ferner ist daran zu denken, pflegerische, soziale und gemeinwesenorientierte Dienste in »Gesundheitszentren« oder vernetzten Arbeitsgemeinschaften zu integrieren und ihre Arbeit besonders zu fördern.

(3) Ebenfalls Gegenstand der Kooperation von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf zentraler und dezentraler Ebene soll die *Entwicklung von Kriterien und Instrumenten der Qualitätskontrolle* sein. Zu denken ist hier an Peer group review, Stichprobenverfahren, Second opinion-Programme sowie die Einsetzung von Prüfärzten. Bestandteil einer inhaltlich motivierten und problemorientierten Qualitätssicherung müßte dabei auch eine Denk-, Handlungs- und Angebotskritik werden.

(4) Ein wesentliches Element des Konzepts der Mischsteuerung besteht schließlich darin, die ärztlich-medizinischen Institutionen der ambulanten Versorgung zur Kooperation mit den beiden anderen »Systemen« zu verpflichten. Die organisatorische Verzahnung dieser drei Systeme soll sowohl auf zentraler wie dezentraler Ebene ausgebaut werden. Angestrebt wird eine Neugestaltung des Zugangs zu und der Verweisung zwischen Primärärzten (Allgemeinärzte und allgemeinärztlich tätige Internisten etc.) im Spannungsfeld zwischen freier Arztwahl einerseits und der Vermeidung von Übermedikalisierung und fehlgeleiteten Patientenkarrieren andererseits.

- Das Konzept der Mischsteuerung sieht es ferner als wesentlich an, der *organisierten Betroffenenkompetenz* erhöhte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und ihr materiell verbesserte Entwicklungschancen einzuräumen. Dabei sollen Gründung, die Gewährung von Aufbauhilfe, die materielle Unterstützung und die Institutionalisierung von Betroffenenkompetenz pragmatisch gehandhabt werden. Zudem soll sie zum einen vom ideologischen Ballast der Subsidiarität bzw. der Ehrenamtlichkeit, zum anderen von der hemmenden Logik des öffentlichen Dienstes befreit werden.

Bei der Regulierung und Steuerung des Bereichs der ärztlichen Versorgung soll gewährleistet werden, daß zwischen den Ärzten einerseits und den Sozial- und Pflegeinstitutionen andererseits *keine ökonomische Konkurrenz* stattfindet. Ein wesentliches Ziel soll zudem sein, zwischen Krankenkassen, Gebietskörperschaften und den Leistungserbringern eine *Kooperation auf hohem und verbindlichem Niveau* sicherzustellen. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist, das individualmedizinische Definitionsmonopol für Fragen von Gesundheit/Krankheit zu überwinden (vgl. ROSENBROCK 1988 d, S.4). Einen Bestandteil des Reformansatzes bildet daher die Institutionalisierung einer Kooperation zwischen Krankenkassen und ärztlicher Selbstverwaltung zur *Gestaltung der Definitionsmacht* und der Handlungsanweisungen für die ärztliche Profession und ihre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (vgl. HUBER 1988, S.20).

3.3.3.2 Arzneimittelversorgung

Die *zentrale Zielsetzung* des Konzepts der bereichsspezifischen Mischsteuerung im *Bereich der Arzneimittelversorgung* ist eine sozial undiskriminierte, medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit wirksamen, sicheren und preisgünstigen Arzneimitteln durch diesbezüglich hinreichend qualifizierte Ärzte und Apotheker. Primär geht es darum, die *Übermedikalisierung* zu beseitigen, die in zu umfangreichen, zu teuren und allein schon wegen der Größe des Sortiments zu unsicheren Verabreichungen von Arzneimitteln zum Ausdruck kommt. Unbefriedigend ist auch das Fehlen von Bedürfnisprüfungen sowie einer Qualitätsprüfung der Verordnungen. Zunehmende *soziale* (finanzielle) *Zugangsbarrieren* zu Arzneimitteln in Form von Selbstbeteiligungen, wie sie sich heute abzeichnen, sollen in Zukunft vermieden werden. Eine erheblich höhere Aufmerksamkeit sollen schließlich die wachsenden *Probleme der Arzneimittelsucht* und die bislang unzureichende Erfassung von Arzneimittelkomplikationen und -todesfällen erhalten.

Im Mittelpunkt der Reformüberlegungen steht die Errichtung eines *herstellerunabhängigen Arzneimittelinstituts*, das sich aus Vertretern der Ärzteschaft, der Pharmazeutik/Pharmakologie und der Krankenkassen zusammensetzen und zusätzlichen Sachverstand organisieren soll. Seine Hauptaufgabe soll zunächst darin bestehen, den gesamten Markt vom Bundesgesundheitsamt zugelassener Arzneimittel zu sichten und die einzelnen Präparate auf ihre Eignung für die kassenärztliche Versorgung hin zu untersuchen und zu bewerten. Im einzelnen ist vorgesehen, daß dieses Institut *Positiv-/Negativlisten* auf der Basis von Sicherheits-, Wirksamkeits- und Bedürfnisprüfungen unter Berücksichtigung von Preisvergleichen erstellt, Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln systematisch beobachtet sowie Anregungen für die Forschung und Innovation an die pharmazeutischen Unternehmen gibt. Bei den Preisvergleichen soll gewährleistet werden, daß forschende Unternehmen nicht diskriminiert werden. Außerdem sollen die Kompetenzen zwischen einem derartigen Arzneimittelinstitut und dem Bundesgesundheitsamt abgestimmt werden (vgl. ROSENBROCK 1988 d, S.5; SPD-Bundestagsfraktion 1988, S.9).

Hinsichtlich der Finanzierung der Arzneimittelversorgung sind *Preisverhandlungen* der Krankenkassen entweder direkt mit den Pharmaherstellern oder in Form von *Ausschreibungen* (Arzneimittelbedarf für die nächste Periode o.ä.) vorgesehen. Dabei soll die besondere Kostenstruktur innovativ tätiger Arzneimittelunternehmen Berücksichtigung finden.

Flankierend gefordert wird die Einrichtung einer *Verordnungsberatung* für die niedergelassenen Ärzte auf dezentraler Ebene durch Ärztekammern und Krankenkassen (z.B. durch den regionalen Gesundheitsrat). Grundsätzlich ist vorgesehen, daß die durch das Arzneimittelinstitut erstellten Positiv-/Negativlisten für alle Krankenkassen verbindlich sind. Angestrebt wird ferner eine erhebliche Erhöhung der Investitionen in die *Grund- und Weiterbildung der Ärzte* sowie eine *Aufwertung des Apothekers* zum qualifizierten

Arzneimittelberater. Schließlich wird erwogen, auf seiten der Leistungserbringer in Analogie zum ambulanten Bereich einen einheitlichen und handlungsfähigen Verhandlungspartner für die Krankenkassen zu schaffen (vgl. ROSENBROCK 1988 d, S.5).

3. 3. 3. 3 Bereich der medizinischen Technologie

In diesem Bereich sollen nach dem Konzept der bereichsspezifischen Mischsteuerung die Steuerungsmechanismen so gestaltet werden, daß eine *sozial und regional undiskriminierte Verfügbarkeit* und *gesundheitlich optimaler Einsatz* diagonistischer und therapeutischer Technologie in der ambulanten und stationären Behandlung gewährleistet werden kann. Die Neuordnung dieses Bereiches muß von verschiedenen Ausgangspunkten her betrieben werden, wobei insbesondere die derzeitigen Mängel zu beachten sind. Reformen müssen danach die Tatsache zum Ausgangspunkt nehmen, daß derzeit nach Überzeugung der Befürworter dieses Konzeptes, generell eher zu viel technische Leistungen mit oft nicht erweisbarem gesundheitlichem Nutzen, vielfach im Sinne von Placebo-Medizin, oftmals aber auch als Ersatz für eine nichtmedizinische Bewältigung psychosozialer Probleme, erbracht werden. Berücksichtigung finden soll außerdem die wachsende Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der medizinischen Technologie und der Medizin im allgemeinen. Schließlich wird von Reformstrategien verlangt, daß sie stärker als in der Vergangenheit zu medizintechnologischen Innovationen führen, die einen konkreten Bezug zu epidemiologisch relevanten Problemen aufweisen (vgl. ROSENBROCK 1988 d, S.5).

Als Lösungskonzept wird auch hier die Schaffung eines *herstellerunabhängigen Technologie-Instituts*, gebildet aus Vertretern der Ärztekammern/Kassenärztlichen Vereinigungen, der Ingenieurwissenschaften sowie der Krankenkassen, vorgeschlagen. Seine Aufgabe bestünde v.a. in der Vornahme von Sicherheits-, Wirksamkeits- und Bedürfnisprüfungen auf der Basis von Kalkülen der erwünschten und unerwünschten Wirkungen.

Bei der *Steuerung des Einsatzes medizintechnologischer Geräte* sollen v.a. die beiden folgenden Grundsätze gelten:

- Beschränkung des Einsatzes medizinischer Technologie (außerhalb der Forschung) in der allgemeinen medizinischen Versorgung auf jene Geräte und Verfahren, für die ein relevanter Nutzen hinreichend wahrscheinlich gemacht werden kann.
- Durchsetzung des Prinzips, daß nur solche diagnostische Technik zum Einsatz kommt, deren Ergebnisse auch in eine erfolgversprechende Therapie umzusetzen sind. Gedacht wird auch daran, daß technologische Diagnoseverfahren nur von jenen Einrichtungen eingesetzt werden dürfen, die auch in der Lage sind, die anschließende Therapie durchzuführen.

Erforderlich gehalten werden auch in diesem Bereich *Preisvergleiche* sowie *direkte Preisverhandlungen* zwischen dem Technologie-Institut bzw. den Krankenkassen auf der einen Seite und den einzelnen Technologieherstellern oder deren Verbänden auf der anderen Seite. Auch hier soll sichergestellt werden, daß Forschungs- und Innovationskosten bei den Preisverhandlungen Berücksichtigung finden. Verlangt wird ferner, daß größere medizinische Technologie im Krankenhaus nur nach einer entsprechenden Nutzenprüfung durch den regionalen Gesundheitsrat erfolgen darf. Im Rahmen der niedergelassenden Praxis sollen medizintechnologische Geräte Eigentum der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen sein und von diesen auch finanziert werden.

Zu den Rahmenbedingungen in diesem Bereich gehört, daß zwischen den Leistungserbringern (also Ärzten, Krankenhäusern) auf dem Feld der »technischen Ausstattung« *keine Konkurrenz* stattfinden darf. Gleiches gilt für die Krankenkassen. Dagegen wird gefordert, speziell für diesen Bereich *Qualitäts- und Sicherheitskontrollen* einzurichten. Dazu gehört auch die Vermittlung von sozialepidemiologisch fundiertem Beurteilungswissen für Medizintechnologie im Rahmen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

3. 3. 3. 4 Stationäre Versorgung

Im stationären Bereich stellt für die Befürworter der bereichsspezifischen Mischsteuerung vor allem die *medizintechnische* (d.h. eben nicht pflegerische und auch nicht kapazitative) *Eigendynamik des Krankenhauses* ein vielfach übersehenes Steuerungsfeld dar. Zwar nicht nur im stationären Bereich, dort aber vor allen Dingen, fließt mehr als die Hälfte der Investitionen in regelmäßig überproportional personalaufwendige technische Hilfsmittel zur Verbesserung der Diagnostik, denen in der Mehrzahl *kein therapeutischer Vorteil* entspricht und durch die auch häufig keine »ältere« dignostische Technik überflüssig gemacht wird (vgl. KIRCHBERGER 1986; KÖPPL/LAUBER 1986; ABHOLZ 1986).

Die Durchsetzung des gesundheitlich sinnvollen Prinzips, nach dem sich Umfang und Feinheit der Diagnostik an den therapeutischen Interventionsmöglichkeiten ausrichten sollen, würde nach Überzeugung der Vertreter des Mischsteuerungskonzepts *Einsparpotentiale* freisetzen, die weit über die derzeit diskutierten (in ihren qualitativen Wirkungen teilweise absehbar negativen) Ansätze wie z.B. die Einführung diagnosebezogener Fallgruppenpauschalen (DRGs) hinausgingen. Zu erinnern sei ferner an die ungelösten Probleme der Pflegequalität, deren Lösung sich auch nicht durch den Einsatz der EDV im Krankenhaus abzeichne (vgl. ROSENBROCK 1988 a, S.23).

Eine Änderung der Situation im Bereich der stationären Versorgung bedarf nach Ansicht der Befürworter des Konzepts der bereichsspezifischen Mischsteuerung einer *grundlegenden Umorientierung der krankenhauspolitischen Sichtweise.* Den Ausgangspunkt für die Prioritätensetzung müssen die Funktion des Krankenhauses für den einzelnen Patienten und die Stellung dieser Institution im arbeitsteiligen Gesamtzusammenhang des Gesundheitswesens bilden (vgl. KÜHN 1988, S.6). Von entscheidender Bedeutung ist, daß das Krankenhaus innerhalb des Gesamtsystems jenen Teilbereich bildet, der – bezogen auf die Patientenkarriere erst sehr spät intervenieren kann. Hieraus resultiere ein ganz wesentlicher krankenhauspolitischer Sachverhalt: „Wieviele Patienten in welchem Stadium ihrer Krankheit mit welchem Behandlungs- und Pflegebedarf in die Klinik gelangen, wird zum überwiegenden Teil außerhalb dieser Institution entschieden. Das heißt: Je später und seltener gesundheitsbezogene Vorsorge in der normalen Arbeits- und Freizeitumwelt in krankheitsverursachende und begünstigende Bedingungen eingreift, je später und erfolgloser die erkrankten Menschen ambulant diagnostiziert und versorgt werden, je geringer ihre Selbsthilfemöglichkeiten und -fähigkeiten zu Hause und am Arbeitsplatz sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Leistungsanfor-

derungen an das Krankenhaus weiter zunehmen werden" (KÜHN 1988, S.6 f.). Daraus wird gefolgert, daß, ungeachtet aller Ineffizienzen und Irrationalitäten im Krankenhaus selbst, die *Expansion der Kosten* zu einem wesentlichen Teil auf die *Expansion der Leistungsanforderungen* zurückzuführen sind, die nach Umfang und Inhalt extern, d.h. von außerhalb determiniert sind.

Für die Neuordnung der stationären Versorgung ergeben sich aus diesen *Interdependenzen* eine *Reihe von Orientierungen* und *Kriterien* (KÜHN 1988, S.7 f.):

- Bei aller internen Reformbedürftigkeit kann das *Krankenhaus kein Hebel zur Sanierung des Gesundheitswesens* sein. Auf die meisten Faktoren seiner Inanspruchnahme hat es selbst keinen Einfluß, sei es die Lebens-, Arbeits- und Umweltqualität, den demographischen Prozeß, die sich wandelnde Familienstruktur und die Vereinzelung mit den damit verbundenen abnehmenden Selbsthilfetätigkeiten oder sei es die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung (d.h. die Defizite und Mängel anderer Versorgungsbereiche).
- In Anbetracht der wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen Krankenhaus und anderen Versorgungsbereichen muß eine *isolierte Planung* allein des Krankenhauses zum Scheitern verurteilt sein.
- *Ansatzpunkt einer gesundheitlich orientierten Krankenhauspolitik* sind nicht Kürzungen, sondern Bemühungen um eine Entlastung, insbesondere durch Stärkung der Selbsthilfefähigkeit, der Verbesserung der ambulanten Versorgung (auch durch das Krankenhaus) und der Neuorientierung der Pflege und der Rehabilitation. In der Entlastung liegt die realistische ökonomische Voraussetzung qualitätsorientierter Reformen der Institution selbst. Dadurch werden Ressourcen frei, die zu einer patientenzentrierten Behandlung und Pflege (und damit auch zur Effizienzsteigerung) erforderlich sind.
- Als realpolitische Illusion anzusehen ist die Vorstellung, »medizinische« Faktoren der Krankenhausversorgung ließen sich von »sozialen« Determinanten trennen. Damit aber ist die *Berücksichtigung der psychosozi-alen Individualität des Patienten* eine wesentliche *Grundlage der Wirksamkeit.* Festzustellen sind hingegen überkommene Hierarchien und eine systematische Unterbewertung der Pflege.
- Derartige Zusammenhänge werden seitens des platten *Ökonomismus der Kostendämpfungspolitik* weitgehend ignoriert; stattdessen stehen im Mittelpunkt der Reformüberlegungen Ansätze zur Kostenreduzierung durch Umgestaltung des Pflegesatzes zum ökonomischen Hebel.

Angestrebt wird durch das Konzept der bereichsspezifischen Mischsteuerung eine *medizinisch* und *pflegerisch optimale* und *kostengünstige Versorgung* bettlägerig Kranker mit dem Ziel einer möglichst *weitgehenden (Wieder-) Herstellung von Autonomie und Lebensqualität* in einem nach Funktionen und Versorgungsstufen gegliederten und durchlässigen System aus Krankenhäusern und Betreuung in der eigenen Wohnung.

Organisatorisch-institutionell wird folgende Vorgehensweise vorgeschlagen:

- Erstellung eines *Rahmenplanes für die verschiedenen Versorgungsstufen auf der Bundesebene* zwischen Repräsentanten der Ärzteschaft, einer analogen Organisation des Pflegebereiches und den Bundesverbänden der Krankenkassen. Gegenstand dieses Rahmenplanes soll v.a. die Festlegung der Kriterien und der Qualitätsstandards für die unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie die Erarbeitung von Richtlinien für die Anwendung und Umsetzung der Technologieempfehlungen des Technologie-Instituts sein.
- Erarbeitung einer *Krankenhausplanung auf der Landesebene* zwischen Landesregierung, Krankenhausträgern und Krankenkassen zur Umsetzung der Bundesrichtlinien.
- *Detaillierung, Spezifizierung* und *Fortschreibung* der Landeskrankenhausplanung auf der *regionalen Ebene* durch den Gesundheitsrat nach Versorgungsstufen unter Einbeziehung der betreuten Pflege zu Hause. Gewährleistung eines rationalen Einweisungsverfahrens und der Durchlässigkeit zwischen den Stufen. Verhinderung von »Stationen der Hoffnungslosigkeit« und Verzahnung mit dem privatwirtschaftlichen Pflegebereich.

Im Gegensatz zu anderen Reformkonzepten erwarten die Befürworter des Konzeptes der Mischsteuerung von Pflegesätzen mit finanzieller Anreizwirkung keine grundlegende Verbesserung der Situation im Bereich der stationären Versorgung. Sie befürchten sogar, daß ökonomische Anreize, die von entsprechend gestalteten Pflegesätzen ausgehen, die Krankenhäuser lediglich in einen Wettbewerb um die Unterbietung der statistisch durchschnittlichen Liegezeit und die Verringerung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen treiben (vgl. KÜHN 1988, S.). Anstelle finanzieller Anreize setzen sie vor allen Dingen auf *Anstrengungen zur Qualitätssicherung und -kontrolle* von Behandlung und Pflege. Dabei geht es ihnen erstens um gesundheitspolitisch rationale Instrumente zur »Durchforstung« von therapeutischen und diagnostischen Verfahren, Pflegeroutinen, Ausstattungsbestandteilen usw. nach den Kriterien Relevanz und Äquivalenz, um zweitens hierdurch innerhalb der Institution Krankenhaus Mittel freizusetzen, die für dringend erforderliche Verbesserungen (z.B. im Bereich der Qualifizierung des Personals) reinvestiert werden können.

Kritisiert wird, daß die *Kostendämpfungsstrategien* ausgerechnet im Krankenhaus, wo »Produktion« und »Konsumtion« identische Prozesse sind (uno-actu-Prinzip) und eine Konsumentensouveränität und Entscheidungsalternativen nahezu völlig fehlen, einen *Druck auf die Preise* (Pflegesätze) ohne jegliche verbindliche und wirkungsvolle Maßnahme zur Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität auszuüben versuchen. Entsprechend wird es auch als bedenklich angesehen, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen Leistungen finanzieren und über Preise verhandeln, ohne sich die Qualität zu vergegenwärtigen (vgl. KÜHN 1988, S.11).

Eine Forderung besteht deshalb darin, die Krankenhäuser zu verpflichten, neben den Kosten gleichberechtigt den Standard der medizinischen und pflegerischen Qualität zu dokumentieren. Dabei wird verlangt, daß die Dimensionen der Leistungsqualität alle Aspekte der medizinischen und pflegerischen, an der Individualisierung des Patienten orientierten Krankenversorgung umfassen. „So können transparente Kriterien für die medizinisch-pflegerische Qualität und ihre wirksame Kontrolle nicht nur auf der Ebene der *Ergebnis*qualität von Behandlung und Pflege formuliert werden, sondern auch auf der Ebene der *Prozesse* und Verläufe (Leistungs- und Behandlungsabläufe usw.) sowie auf der Ebene des *Ressourceneinsatzes* (Personal, Qualifikation, Ausstattung usw.) und der *Strukturen* (z.B. Gruppenpflege, Personalstruktur) (vgl. KÜHN 1988, S.12).

3. 3. 4 Aspekte des Reformprozesses

Die Befürworter des Konzepts einer problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung koinzidieren, daß die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrem gegenwärtigen Zustand sicherlich nicht in der Lage sind, die spontanen Fehlsteuerungen im Bereich der ambulanten Versorgung, der Arzneimittel, der Medizintechnologie und des Krankenhauses auch nur zu bremsen, geschweige denn sie gesundheitspolitisch zu regulieren. Die Gründe dafür sehen sie in der *mangelnden politischen Handlungsfähigkeit der Krankenkassen.* Zumindest stark behindert ist diese durch (vgl. ROSENBROCK 1988 a, S.23):

- institutionelle Zersplitterung,
- den rechtlich eng begrenzten Handlungsrahmen,
- die den Kassen immanente Orientierung auf das Medizinsystem,
- das Mischungs- und Kräfteverhältnis der in den Kassen und ihren Selbstverwaltungen präsenten Interessen,
- das den Kassen zur Verfügung stehende politische Instrumentarium,
- das inadäquate Verhältnis zwischen Zentralität und Dezentralität im Kassenbereich sowie
- durch die aus dem seit Jahren ideologisch forcierten Kassenwettbewerb resultierenden Imperative.

In der Summe dieser Einflüsse kommt es zu einer strukturellen und ohne weitgehende Eingriffe auch nicht zu beseitigenden *Unterlegenheit der Krankenkassen gegenüber allen wichtigen Leistungsanbietern.* Die Diskussion hierüber leidet nach Ansicht der Befürworter des Konzepts der Mischsteuerung nicht zuletzt unter der faktischen Tabuisierung der dezentralen (regionalisierten) *Einheitsversicherung.* Von diesem Fluchtpunkt aus ließen sich qualitativ und quantitativ begründete Aussagen über die zweckmäßige Arbeitsteilung zwischen Staat (zentral und dezentral), gesetzlicher Krankenversicherung, Sozialparteien, sozialen Bewegungen und den Versicherten formulieren (vgl. ROSENBROCK 1988 a, S.23 f.).

Was die Reform des Gesundheitswesens insgesamt anbetrifft, wird festgestellt, daß es weniger an Modellen besserer Versorgung, als an realistischen Vorstellungen über den *Prozeß der Veränderung* mangelt. Dabei stellt sich der Reformprozeß in Richtung auf ein humanes Gesundheitswesen als ein dreifaches Problem dar: „erstens stellt sich seine Durchsetzung als *ökonomisches Problem* der Umverteilung und des Einsatzes personeller und materieller Ressourcen dar; zweitens stellt sie sich als *Machtproblem*, betreffend die Interessen im Gesundheitswesen und die widersprüchlichen Interessen am Gesundheitswesen dar; und drittens ist sie ein gesellschaftliches *Lernproblem*, das sowohl die vorhandenen Potentiale an Qualifikation, Methoden und Denktraditionen im medizinisch-pflegerischen Bereich, die Qualität und Selektivität der Forschung, als auch das Verhältnis der Menschen zu sich selbst, zur Krankheit und zu den Institutionen des Gesundheitswesens angeht. Realismus (im Gegensatz zu »Realpolitik«) als Einheit von tätigem Hoffen und Prozeßkenntnis muß hier illusionslos auf den unterschiedlichen Besonderheiten und Zeitdimensionen auf jeder dieser Ebenen aufbauen" (KÜHN 1988, S.14).

4. Einwände gegen die problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung

Der Mischsteuerung liegt die Annahme zugrunde, daß die Gesundheit als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels medizinischer und sozialer, d.h. umweltbedingter sowie gruppenspezifischer Einflußfaktoren zu begreifen ist. Die eindimensionale Sichtweise der gegenwärtig praktizierten Gesundheitsversorgung als reine Krankenversorgung wird daher heftig kritisiert. Dagegen fordert man, die sozialen Ursachen von Krankheit gleichwertig in den Bereich des Gesundheitswesens einzubeziehen und die Gesundheitspolitik auf die gesellschaftlichen Verursachungsketten auszurichten. Die Einführung der primären, sekundären und tertiären Prävention, als Komplement zur kurativen Medizin, soll diesen Mangel beheben. Marktwirtschaftliche Steuerung wird ebenso wie Globalsteuerung abgelehnt. Stattdessen soll eine problem- und bereichsspezifische Feinsteuerung mittels erwerbs- und bedarfsorientierter Institutionen (Mischsystem) installiert werden.

Ferner muß bedacht werden, daß keine eindeutigen Kausalitätsbeziehungen zwischen sozialer Situation und Gesundheit bestehen, sodaß jede Aussage über einen solchen Zusammenhang mehr oder weniger mit willkürlichen Elementen behaftet ist.

Damit ist bereits das grundsätzliche Problem angesprochen. Während der Grundüberlegung dieser Mischsteuerung vorbehaltlos zugestimmt werden kann, werden erste Angriffspunkte in den dafür erforderlichen Einzelmaßnahmen deutlich. Grundsätzlich sollte nicht der Fehler begangen werden, sich von allgemeinen wohlklingenden Formulierungen beeindrucken zu lassen, da die eigentlichen Probleme erst bei der praktischen Umsetzung sichtbar werden. Erst aufgrund einer Operationalisierung, die sich äußerst schwierig gestaltet, sowie einer Konkretisierung der entsprechenden Forderungen werden die dahinterstehenden Implikationen sichtbar. Die Ergebnisse eines solchen Vorgehens unterscheiden sich selten von den ursprünglich kritisierten Mißständen, sondern führen aufgrund eines falsch gesetzten Ordnungsrahmens zu Fehlallokation, Fehldistribution und Fremdbestimmung. Ein grundsätzlicher Kritikpunkt kann an der Hereinnahme der primären Prävention in das Gesundheitssystem anknüpfen.

Primäre Prävention bedeutet Verhinderung von Krankheiten sowie aktive Förderung der Gesundheitserhaltung. Das entscheidende Problem, das sich hierbei stellt, liegt in der Beantwortung der verfassungsrechtlichen Frage, wieviel Eingriffsrecht dem Staat und seinen nachgeordneten Instanzen in den individuellen Freiheits- und Handlungsspielraum einzelner Wirtschaftseinheiten zugestanden werden soll. Wenn es beispielsweise aus medizinischer Sicht erwiesen sein sollte, daß durch sportliche Betätigung der Gesamtgesundheitszustand der Bevölkerung positiv beeinflußt werden kann, muß geprüft werden, ob der Staat den einzelnen dazu verpflichten kann, sich zwangsweise aktiv an Sportveranstaltungen zu beteiligen.

Weiterhin stellt sich die Frage, welche Sanktionsmechanismen der Gesetzgeber hat, wenn der einzelne sich weigern sollte. Wird andererseits dem Staat kein unmittelbares Zugriffsrecht eingeräumt, so rücken alle Präventivmaßnahmen in den Bereich des Unverbindlichen, so daß keine durchgreifenden Veränderungen erwartet werden können. Ein weiteres Beispiel soll die weitreichenden Konsequenzen staatlich verordneter Prävention noch einmal verdeutlichen.

Wenn Fettleibigkeit als Mitverursacher eines weitgefächerten Krankheitsspektrums gilt, kann dann der einzelne per staatlicher Anordnung zum Abspecken, d.h. zur Gewichtsreduktion, gezwungen werden?

Im privaten Lebensumfeld ließen sich die Beispiele beliebig fortsetzen. Das grundsätzliche Problem, das hierbei geklärt werden muß, tritt aber deutlich hervor. Es muß Klarheit darüber geschaffen werden, wie weit der autonome Handlungsspielraum des einzelnen zugunsten übergeordneter gesellschaftlicher Ziele mittels staatlicher Zwangsmaßnahmen eingeschränkt werden darf. Diese Grenzziehung zwischen staatlicher und individueller Handlungsautonomie muß eindeutig erfolgen, um die Bandbreite einer entstehenden Grauzone möglichst klein zu halten. In diesem Zusammenhang muß auch berücksichtigt werden, daß dadurch die Lebensqualität des einzelnen, die eine subjektive Größe darstellt, u.U. negativ beeinflußt wird.

Im Bereich der Arbeitsumwelt ergeben sich analoge Fragen. Inwieweit können Erwerbsstrukturen, die zum Großteil immer noch privatwirtschaftlich organisiert sind, dem unmittelbaren Interventionsrecht durch Ge- und Verbote des Staates unterstellt werden? Wie detailliert kann der Staat privatwirtschaftliche Unternehmen regulieren, um aus *seiner* letztlich auch subjektiven Sicht gesundheitsgerechte Erwerbsstrukturen zu induzieren? Dabei besteht das eigentliche Problem weniger in der Forderung einer allgemeinen nicht gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatzgestaltung. Wirklich problematisch wird es erst durch eine problembezogene oder bereichsspezifische Vorgehensweise, was nichts anderes bedeutet, als einzelnen Betrieben fallweise und punktuell vorzuschreiben, wie ein Arbeitsplatz ausgestaltet sein muß. Dies bedeutet nichts anderes als eine Investitionslenkung durch den Staat. Die Probleme einer solchen sektoralen oder auch regionalen Strukturpolitik sind in Theorie und Praxis allgemein bekannt.

Nicht zuletzt muß auch die Frage beantwortet werden, wer festlegt, wann die Arbeitswelt gesundheitsgerecht gestaltet ist, zumal das Problem eines nicht gesicherten medizinischen Wissens dem entgegensteht. Als völlig unverständlich muß die Vorstellung angesehen werden, daß regionale Gesundheitsräte (regionale Strukturpolitik), an denen die betreffenden Gruppen des Gesundheitswesens beteiligt sind, eine patientengerechte Entscheidung darüber fällen können, ob ein Nierensteinzertrümmerer wichtiger ist als ein Computertomograph.

Solche Gremien setzen sich aus Einzelindividuen zusammen, wobei diese Personen ebenso unvollkommen und fehlerhaft sind wie der einzelne Patient, dem aber jede Entscheidungsfähigkeit bereits abgesprochen ist. Inwieweit es dann möglich ist zu glauben, daß ein Zusammenschluß fehlerhafter Individuen in der Lage sein sollte, richtige Entscheidungen zu treffen, bleibt ungeklärt. Vielmehr zeigt die Erfahrung, daß solche Institutionen von Interessen- und Machtantagonismen geprägt sind. Die daraus hervorgehenden Willkürakte gehen zu Lasten der Patienten, die ursprünglich besser und gerechter versorgt werden sollten. Nicht zuletzt müssen für eine solche Bedarfsschätzung umfangreiche epidemiologische Datenerhebungen stattfinden, aufgrund derer eine Mittelzuweisung erfolgt. Der damit einhergehende Bürokratieaufwand steht dem zentral gelenkter Systeme in nichts nach.

Das analoge Problem entsteht bei der sekundären und tertiären Prävention. Inwieweit ist es möglich, den einzelnen zu zwingen, an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen? Kann der einzelne – ebenso wie in der DDR – zu regelmäßigen Reihenröntgenuntersuchungen verpflichtet werden? Inwieweit kann also der Staat das Verhalten des einzelnen per Zwang korrigieren? Mit welchen Mitteln soll letztlich die schichtenspezifische Inanspruchnahme verändert werden? Sollen z.B. alle ungelernten Arbeiter zu Professoren ausgebildet werden, um deren Lebenserwartung diesem Personenkreis anzugleichen? Dieses Beispiel als Extremfall abzutun, kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß das eigentliche Ziel dieser Reformoption – auf den Punkt gebracht – in einer völligen Einebnung aller real existierender Unterschiede bestehen müßte. D.h. sowohl umwelt- als auch arbeitsweltbedingte Unterschiede müßten ebenso nivelliert werden wie unterschiedliche Wünsche, Bedürfnisse und Ziele der Individuen. Der angestrebte Endzustand bestünde in der faktischen Gleichheit der relevanten Umwelt und der faktischen Gleichheit der einzelnen Individuen, eine Vorstellung, die dem Gedankengut des Sozialismus entstammt. Selbst einem autoritär gelenkten System ist es bislang nicht gelungen, dieses Ziel auch nur im Ansatz zu realisieren, was die Richtigkeit der individualistischen Weltanschauung bestätigt.

Obgleich das gegenwärtige GKV-Mischsystem zu Recht ebenso heftig kritisiert wird wie die Globalsteuerung und der Budgetierungsansatz, werden, eingehüllt in globale Worthülsen, ähnliche staatswirtschaftliche Steuerungskonzepte angeboten, wie z.B. der Einbau öffentlich-rechtlicher Institutionen in Form von Gesundheitsräten oder Krankenkassen, die die eigentlichen Ursachen für die Fehlentwicklungen darstellen.

Ein weiterer Punkt soll kurz angesprochen werden. Das Mischsteuerungskonzept kritisiert u.a. auch die Vorgehensweise, das Gesundheitswesen unter Allokations- und Verteilungsproblemen sowie Effizienz- und Kostengesichtspunkten zu betrachten, wohingegen die Mischsteuerung eine solche ökonomische Sichtweise zurückweist. Dem muß entgegengehalten werden, daß, solange das Problem der Knappheit der Güter nicht gelöst sein wird, zwangsläufig immer Opportunitätskostenüberlegungen stattfinden müssen. Anders ausgedrückt bedeutet dies, daß Mittel, die in das Gesundheitssystem fließen, in anderen Bereichen nicht mehr zur Verfügung stehen und dort zu entsprechenden Defiziten führen. Selbst wenn alle volkswirtschaftlichen Ressourcen ausschließlich für Gesundheit ausgegeben würden, könnte der Bedarf, der grundsätzlich unendlich groß ist, nicht gedeckt werden.

Daher sind *Rationierungsmechanismen* erforderlich, die eine Zuteilung der knappen Mittel herbeiführen. In einem freiheitlich orientierten System übernimmt der Nachfrager durch seine Kaufhandlung, die über den Preismechanismus eine Signalwirkung ausübt, diese Aufgabe. Es ist Augenwischerei anzunehmen, daß ein wie auch immer geartetes Gesellschafts- und Gesundheitssystem auf eine Mittelrationierung verzichten kann. Staatlich gelenkte Systeme müssen ebenso wie das vorgestellte Mischsystem Rationierungsmechanismen entwickeln, aufgrund derer entschieden wird, wie die knappen Mittel auf die einzelnen Teilbereiche verteilt werden. Mit diesen notwendigen Allokations- und Distributionsmaßnahmen wird automatisch über Kosten, Nutzen und den Wert von Menschenleben mitentschieden.

In diesem Zusammenhang müßte z.B. auch gefragt werden, warum nicht mehr Mittel in den Straßen- oder Luftverkehr fließen, wenn das menschliche Leben und die Gesundheit als das absolut höchste Gut angesehen werden, da auch auf

diese Weise vielen Menschen das Leben gerettet werden könnte. Wie in allen Bereichen des täglichen Lebens gilt auch hier der Opportunitätsgrundsatz, ob man nun will oder nicht! Da nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, bedeutet dies, daß die zusätzlichen Kosten, die für den Ausbau des Straßennetzes notwendig werden, höher bewertet werden als die zusätzlichen Menschenleben, die auf diese Weise gerettet werden könnten, wobei implizit die Existenz einer optimalen Straßenverkehrssterberate unterstellt wird.

Ein weiteres, grundsätzliches Problem bleibt durch die problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung nicht nur ungelöst, sondern trägt dazu bei, bestehende Fehlentwicklungen noch zu verstärken. Angesprochen ist der unreflektierte Einbau zentralverwaltungswirtschaftlicher Steuerungskonzepte in Form jener regionalen Gesundheitsräte sowie öffentlich-rechtlicher Institutionen, die im Zusammenspiel mit privatwirtschaftlichen Akteuren falsche Anreize erzeugen und durch sich konterkarierende oder widersprüchliche Steuerungsanweisungen ein Lenkungschaos auslösen. Um jedoch eine dezidierte Kritik am System der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung zu üben, muß dieses bislang nur sehr holzschnittartig und in Fragmenten existierende Reformkonzept zu einem ausgearbeiteten in sich geschlossenen Theoriegebäude weiterentwickelt werden. Spätestens bei solchen ersten Konkretisierungs- und Spezifikationsversuchen wird die volle Problematik der Mischsteuerung sichtbar werden.

Jeder Reformvorschlag, dessen Vorgehen dadurch charakterisiert werden kann, daß Teilmißstände aufgedeckt und dafür punktuelle Lösungskonzepte entwickelt werden – wobei die Detaillösungen selbst einer tiefergehenden Prüfung nicht standhalten – muß als unzweckmäßig bezeichnet werden, da die Komplexität und die vielfältigen Interdependenzen des Gesundheitssystems unberücksichtigt bleiben. Dieses grundsätzlich zu beobachtende fehlende Denken in Ordnungen ist letztlich ausschlaggebend für die bestehenden und auch für die künftigen Mängel.

Literaturverzeichnis

A

ABHOLZ, Heinz-Harald: [1981] Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in F. Hauß u.a.: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsberichte „Gesundheitsforschung", Nr.55), Bonn 1981

ABHOLZ, Heinz-Harald: [1986] Das Dilemma medizintechnischer Innovation, in: Technologie und Medizin, Argument-Sonderband AS 141, Berlin 1986, S.29-48

ABHOLZ, Heinz-Harald: [1988 a] Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens. Bestimmungsfaktoren ärztlichen Denkens und Handelns sowie Möglichkeiten ihrer Veränderung (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin August 1988

ABHOLZ, Heinz-Harald: [1988 b] Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988

ABSHOFF, J.: [1982] Überlegungen für eine Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems, in: Das Krankenhaus, Heft 9 / 1982, S.366-374

ADAM, Dietrich / ZWEIFEL, Peter (Hrsg.): [1985] Preisbildung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 9), Gerlingen 1985

ALBERS, Willi: [1983] Strukturfragen aus ökonomischer, finanzwissenschaftlicher und sozialer Sicht: Auswirkungen der Steuerung von Leistungen und Einkommensteilen durch die GKV. Bestandsaufnahme und Perspektiven, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)(Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (WIDO-Materialien Bd. 21), Bonn 1983, S.45-64

ANDERSEN, Hanfried. H / SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der (Hrsg.): [1987] Kommentierte Bibliographie zur Gesundheitsökonomie (Beiträge zur Sozialökonomie und Versicherungswissenschaft Bd.1), Berlin 1987

ANDREAE, Clemens A.: [1981] Anmerkungen zum Stellenwert ökonomischer Überlegungen im Gesundheitswesen, 1981

ANDREAE, Clemens / THEURL, E.: (Hrsg.): [1985] Marktsteuerung im Gesundheitswesen (Veröffentlichungen der Hans-Martin-Schleyer-Stiftung Bd. 15), Köln 1985

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.): [1972] Krankenversicherung 1972. Sechstes Presseseminar des AOK-Bundesverbandes, Bonn 1972

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.): [1975] Krankenversicherung 1975. Achtes Presseseminar des AOK-Bundesverbandes, Bonn 1976

AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.): [1985] Lebendige Krankenversicherung 10. bis 13. Presseseminar des AOK-Bundesverbandes vom 10. bis 11. Oktober 1985 in Maria Laach, Bonn 1985

AOK-BUNDESVERBAND: [1988 a] Einführung von Kostenerstattungsregelungen in der GKV aus der Sicht der Ortskrankenkassen. Stellungnahme für das Expertengespräch der Arbeitsgruppe IV der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Kommissions-Drucksache Nr. 115), Bonn 23. Juli 1988

ARNOLD, Michael: [1986] Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stuttgart 1986

ARNOLD, Michael: [1988] Warum ist eine Strukturreform in der GKV aus medizinischer Sicht nötig? in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.17-32

ARROW, Kenneth J.: [1963] Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Vol.53, No.5, December 1963, S.941-973

ARROW, Kenneth J.: [1965] Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Reply, in: The American Economic Review, Vol.55, No.3, March 1965, S.154-158

B

BADURA, Bernhard (Hrsg.): [1981 a] Soziale Unterstützung und chronische Krankheiten. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Frankfurt 1981

BADURA, Bernhard: [1981 b] Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und aus sozialpolitischer Sicht, in: B. Badura / Christian von Ferber (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München-Wien 1981, S.147-160

BADURA, Bernhard: [1984] Thomas McKeown und die ökologische Gesundheitsstrategie, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Heft 9 / 1984, S.151 ff.

BADURA; Bernhard: [1985] Gesundheitspolitik: Probleme und Reformperspektiven, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 36. Jg., Nr.6 / 1985, S.342-351

BADURA, Bernhard / FERBER, Christian von (Hrsg.): [1981] Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München-Wien 1981

BADURA, Bernhard / GROSS, P.: [1976] Sozialpolitische Perspektiven - Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München 1976

BADURA, Bernhard / LEHMANN, Harald: [1985] Wie läßt sich die Versorgung chronisch Kranker durch Laienhandeln verbessern? - Das Beispiel der Herzinfarktrehabilitation, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10 / 1985, S.594 ff.

BAIER, H.: [1974] Soziale Sicherheit - die Existenzfrage der Wohlfahrtsgesellschaft, in: Der Praktische Arzt, Nr.14 / 1974, S.1665 f.

BAIER, Horst: [1988] Gibt es eine Ethik des Sozialstaates? Über Moral und Interessen im Sozial- und Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.231-250

BALZER, Detlef: [1985] Zehn Jahre Kostendämpfungspolitik am Ende? in: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Lebendige Krankenversicherung 10. bis 13. Presseseminar des AOK-Bundesverbandes vom 10. bis 11. Oktober 1985 in Maria Laach, Bonn 1985

BARTLING, H.: [1983] Bedürfnis und Bedarf im Gesundheitswesen, in: R. Vogel (Hrsg.): Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1983, S.2-15

BAUER, Uwe: [1986] Möglichkeiten ausgabenwirksamer Steuerungsmaßnahmen bei der Versorgung mit Arzneimitteln, in: Krankenversicherung, Heft 11 / November 1986, S.293-299

BAUM, Herbert: [1980] Staatlich administrierte Preise als Mittel der Wirtschaftspolitik: eine empirische Erfolgskontrolle für die Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 1980

BAUMGARTEN, J.: [1974] Zur Kontrolle der wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 5 / 1974, S.405-407

BAUMGARTEN, J.: [1986] Zum Verhältnis Krankenkassen - Krankenhäuser. Analyse und Perspektiven, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 5 / 1986, S.319-323

BAYER, W. / REICHELT, H. / VIEFHUES, H.: [1983] Bestimmungsgründe der Krankenhauswahl (hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsberichte „Gesundheitsforschung", Nr. 109), Bochum 1983

BECK, Winfried / DEPPE, Hans-Ulrich / JÄCKLE, Renate / SCHAGEN, Udo (Hrsg.): [1987] Ärzteopposition, Neckarsulm-München 1987

BENDA, Ernst: [1985] Das sozialstaatliche System der Bundesrepublik Deutschland und seine Grenzen, in: SdO 1985, S.95 ff.

BERG, Heinz: [1986 a] Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: 1977 - 1984, hrsg. vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), Stankt Augustin 1986

BERG, Heinz: [1986 b] Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen seit 1977, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 5, Mai 1986, S.148-155

BESKE, Fritz: [1978] Struktur des Gesundheitswesens in Schleswig Holstein (Institut für Gesundheitssystemforschung), 8 Bände, Kiel 1978

BESKE, Fritz / ZALEWSKI, Th.: [1981] Gesetzliche Krankenversicherung - Analysen, Probleme, Lösungsansätze, Kiel 1981

BESKE, Fritz / WILHELMY, H.J.: [1976] Systemforschung im Gesundheitswesen, in: Öffentliches Gesundheitswesen, Heft 1 / 1976, S.1-11

BILSKI, Friedhelm / SENDLER, Hans: [1986] Gedanken zum Zielkonzept einer Strukturreform der GKV, in: Krankenversicherung, Heft 4 / April 1986, S.100-107

BILSKI, Friedhelm / SENDLER, Hans: [1986] Kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung. Vorschläge für Gesetzgeber und Selbstverwaltung im Rahmen einer Strukturreform, in: Krankenversicherung, Heft 8 / August 1986, S.217-226

BILSKI, Friedhelm / SENDLER, Hans: [1986] Krankenhauspflege, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel. Vorschläge für Gesetzgeber und Selbstverwaltung im Rahmen einer Strukturreform, in: Krankenversicherung, Heft 10 / Oktober 1986, S.269-278

BIRKNER, Barbara / NEUBAUER, Günter: [1988] Prävention aus der Sicht sozialversicherter Privathaushalte - Erklärungsansätze und Versuch der empirischen Überprüfung, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.143-164

BLÜM, Norbert: [1986] Grundsätze und Ziele der Gesundheitspolitik, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.19-30

BOGS, Harald: [1973] Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, Berlin 1973

BOGS, Harald: [1976] Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, in: Harald Bogs / Christian von Ferber (Hrsg.): Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd.1, Bonn 1977, S.6-96

BOGS, Harald: [1982] Staat und Selbstverwaltung im gesundheitsökonomischen Planungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Ludwig Sievers Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.415-480

BOGS, Harald / FERBER, Christian von: [1977] Soziale Selbstverwaltung - Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd.1, Bonn 1977

BORCHERT, Günter: [1984] Ordnungspolitik im Arzneimittelbereich. Integriertes Konzept, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984, S.25-26

BORGERS, Dieter / LAASER, Ulrich: [1988] Sozialepidemiologische Berichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik. Gutachterliche Stellungnahme für die Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages, Bielefeld 1988

BRANDT, A. / HORISBERGER, B. / WARTBURG, W. P. von (Hrsg.): [1980] Cost-Sharing in Health Care. Proceedings of the International Seminar on Sharing of Health Care Costs, Wolfsberg / Switzerland, March 20-23, 1979, Berlin-Heidelberg-New York 1980

BRAUN, Bernhard. u. a.: [1983] Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung, in: Soziale Sicherheit, 32. Jg., Heft 10 / 1983, S.316-324

BRAUN, Bernhard / REINERS, Hartmut: [1988] Kostendämpfung als Gegenreform, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 2 / 1988, S.182-195

BREITENSTEIN, Peter [1977] Staatlich administrierte Preise. Staatliche Preisadministration, Inflation und Konjunktur in der Bundesrepublik Deutschland von 1950-1969, Baden-Baden 1977

BRENNER, Gerhard: [1986] Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung aus der Sicht der Ärzte, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5-6 / 1986, S.122-125

BREYER, Friedrich: [1984] Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 1984

BREYER, Friedrich: [1985] Krankenhauskostenstudien - Ein methodischer Überblick, Heidelberg 1985

BREYER, Friedrich: [1986] Ökonometrisch geschätzte Krankenhaus-Kostenfunktion und ihre Verwendung in der Krankenhausvergütung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Sozialpolitik N.F. Bd.159), Berlin 1986, S.287-301

BRUCKENBERGER, Ernst: [1978] Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen. Am Beispiel Krankenhaus, Stuttgart 1978

BRÜGGEMANN, I. von / SCHWEFEL, D. / ZÖLLNER, H. (Hrsg.): [1978] Bedarf und Planung im Gesundheitswesen (Wissenschaftliche Beiträge des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Bd.11) Köln 1978

BRUNKHORST, Johann: Risikoausgleich und regionale Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 8 / 1988, S.234-237

BUCHHOLZ, T.U.: [1983] Wettbewerb - Das neue Zauberwort in der gesundheitspolitischen Diskussion in den USA, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1 / 1983, S.35-51

BÜCHNER, J.-J.: [1985] Pflegesatz und Budgetierung - Einblicke in Verhaltens- und Verhandlungsmaximen nach dem neuen Pflegesatzrecht, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 12 / 1985, S.899-904

BÜCHNER, J.-J.: [1986] Neues Pflegesatzrecht: Wege zur Planung, Budgetierung und Steuerung im Krankenhaus, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 8 / 1986, S.598-609

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): [1979] Möglichkeiten der Übertragung amerikanischer Pflegesatzerfahrungen (Forschungsberichte „Gesundheitsforschung", Nr. 13), Bonn 1979

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): [1983] Gutachten der Beratergruppe zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Bonn 1983

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): [1987] Vorstudie zu den diagnoseabhängigen Fallpauschalen (Forschungsberichte „Gesundheitsforschung" Nr. 143), Bonn 1987

BUNDESVERBAND KATHOLISCHER UNTERNEHMER (Hrsg.): [1988] Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Solidarität-Subsidiarität-Wirtschaftlichkeit. Empfehlungen des Bundes Katholischer Unternehmer (Diskussionsbeiträge des BKU, Nr.11), Bonn März 1988

BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE (BDA): [1985] Krankenversicherung in der Krise. Vorschläge zur Gesundung der Finanzen, Köln 1985

C

CASSEL, Dieter: [1984] Wettbewerb in der Krankenversicherung. Möglichkeiten und Grenzen, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984, S.31-33

CASSEL, Dieter: [1987] Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Expertise im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMA), Forschungsbericht 149 zur Gesundheitsforschung, hrsg. vom BMA, Bonn 1987

CASSEL, Dieter / HENKE, Klaus-Dirk : [1988] Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland zwischen Utopie und Pragmatik: Kostendämpfung als Strukturreform? in: H.-M. Sass (Hrsg.): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Berlin-Heidelberg 1988, S.13-33

CICHON, Michael: [1986] Überlegungen zur Analyse von Wettbewerbsmodellen in der GKV zwischen ökonomischer Theorie und politischer Axiomatik. Hypothesen, Prämissen und Präferenzen müssen auf den Tisch! in: Sozialer Fortschritt, 35.Jg., Heft 1-2 / 1986, S.23-34

CONRAD, Günter / KICKBUSCH, Ilona: [1988] Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988, S.142-150

CULYER, A.J.: [1971] The Nature of the Commodity Health Care and its Efficient Allocation, in: Oxford Economic Papers, Vol.23 (1971), S.189 ff.

CULYER, A. J.: [1986] The Scope and Limits of Health Economics (with reference to economic appraisals of health services), in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.31-53

D

DAHLHOFF, M.: [1985] Krankenhausfinanzierung und Krankenhauspolitik - Ein neues Gesetz und kein Ende der Probleme, in: Soziale Sicherheit, 34. Jg., Heft 4 / 1985, S.101-107

DAHLHOFF, M.: [1987] Warum wird das Pflegeproblem nicht gelöst? in: Sozialer Fortschritt, 36. Jg., Heft 4 / 1987

DEPPE, Hans-Ulrich: [1987] Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt 1987

DEUTSCHE BUNDESBANK: [1985] Aktuelle Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, Nr.1 / 1985

DEUTSCHER BUNDESTAG (10. Wahlperiode): [1983] Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jahresgutachten 1983 / 84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. BT-Drucksache 10 / 669 vom 24. November 1983

DEUTSCHER BUNDESTAG (10. Wahlperiode): [1984] Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jahresgutachten 1984 / 85 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. BT-Drucksache 10 / 2541 vom 30.November 1984

DEUTSCHER BUNDESTAG (10. Wahlperiode): [1985] Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jahresgutachten 1985 / 86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. BT-Drucksache 10 / 4295 vom 22. November 1985

DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND: [1986 a] Vorschläge des DGB zur Sicherung und zum Ausbau der Versorgungsqualität des Gesundheitswesens bei stabilen Beitragssätzen, in: Soziale Sicherheit, 35.Jg., Heft 5 / 1986, S.131-136

DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND: [1986 b] DGB-Vorstellungen zur Reform der Arzneimittelversorgung, in: Soziale Sicherheit, 35.Jg., Heft 5 / 1986, S.136-142

DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND: [1987 a] Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems. Stellungnahme zur Anhörung der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages am 26. November 1987 (Kommissions-Drucksache Nr.39), Düsseldorf November 1987

DIE GRÜNEN: [1986] Alternativen und Strategien in der Gesundheitspolitik der Grünen, in: Die Grünen im Bundestag (Hrsg.): Kritik des Gesundheitswesens und Grüne Alternativen, Bonn 1986, S.131-142

DIE GRÜNEN IM BUNDESTAG (Hrsg.) [1986] Kritik des Gesundheitswesens und grüne Alternativen, Bonn 1986

DINKEL, Reiner: [1986] Mortalitätsindikatoren und ihre Eignung zur Beurteilung der Effizenz von Gesundheitsmaßnahmen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.569-585

DOLL, Richard: [1988] Möglichkeiten der Prävention. Das Potential für die Verbesserung der Gesundheit, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988, S.6-30

E

EBENBECK, Gerd: [1987] Das Kostenerstattungssystem - ein untaugliches Mittel zur Strukturreform, in: Soziale Sicherheit, 36. Jg., Heft 3 / 1987, S.79-80

EBERLE, G.: [1985] Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Entstehung, Arbeitsweise, Bedeutung für die GKV, in: Soziale Sicherheit, 34. Jg., Heft 7 / 1985

EBERLE, G.: [1986] Ärztliche Honorarentwicklung 1980 bis 1985, in: Die Ortskrankenkasse, 68. Jg., Heft 13 / 1986

EICHHORN, Siegfried: [1982] Systemplanung im Krankenhaus- und Gesundheitswesen, in: Philipp Herder-Dorneich / Günter Sieben / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie II (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 2), Gerlingen 1982, S.11-82

EICHHORN, Siegfried: [1986] Alternative Formen der Preisgestaltung im Krankenhaus. Theoretische Ansätze und Modellversuche, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.501-519

EICHHORN, Siegfried: [1987] Perspektiven für die Ordnungspolitik in der Krankenhauswirtschaft, in: Das Krankenhaus, 79. Jg., Teil I, Heft 7 / 1987, S.268-273 und Teil II, Heft 8 / 1987, S.301-307

EICHHORN, Siegfried / SCHMIDT, Reinhardt (Hrsg.): [1984] Planung, Kontrolle und Effektivität im Krankenhaus (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 5), Gerlingen 1984

EIMEREN, W. von (Hrsg.): [1978] Perspektiven der Gesundheitssystemforschung, Berlin-Heidelberg-New York 1978

EISEN, Roland: [1984] Der Organisationstyp „Private Krankenversicherung": Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Günter Neubauer (Hrsg.): Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd.13), Gerlingen 1984, S.101-159

EISEN, Roland / SCHRÜFER, Klaus: [1986] Gesundheitsleistungen: Märkte, Wahlen oder Bürokraten. Ein Beitrag zu einer positiven Gesundheitsökonomik, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.207-222

F

FELDSTEIN, M. S.: [1967] Economic Analysis for Health Service Efficiency, Amsterdam 1967

FERBER, Christian von: [1967] Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft, Hamburg 1967

FERBER, Christian von: [1976] Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance? in: H. Bogs / Christian von Ferber (Hrsg.): Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd.1, Bonn 1976, S.98-199

FERBER, Christian von: [1983] Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: B. Schäfers (Hrsg.): Sozialpolitik in der Bundesrepublik, Gegenwartskunde, Sonderhefte 4 / 32, S.113-125

FERBER, Christian von: [1985] Soziale Krankenversicherung im Wandel - Weiterentwicklung oder Strukturreform? in: WSI-Mitteilungen, Heft 10 / 1985, S.584-594

FERBER, Christian von: [1987] Ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem den Volkskrankheiten gewachsen? Stellungnahme für die Anhörung der Enquete-Kommission »Strukturrefom der gesetzlichen Krankenversicherung« am 12. November 1987, (Kommissionsdrucksache Nr.25), Düsseldorf 1987

FERBER, Christian von: [1988 a] Voraussetzungen einer rationalen Gesundheitspolitik: Gesundheitsberichterstattung als Aus-

gangspunkt einer gesundheitspolitischen Orientierung des Krankenversicherungssystems. Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung der Enquete-Kommission «Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (Kommissions-Drucksache Nr.65), Düsseldorf Februar 1988

FERBER, Christian von: [1988 b] Strukturreform des gegliederten Sozialleistungssyste,ms als Antwort auf die demographische Entwicklung, in: Die demographische Herausforderung. Das Gesundheitswesen angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.21), Gerlingen i.E.

FERBER, Christian von / REINHARDT, Uwe E. / SCHAEFER, Hans / THIEMEYER, Theo (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheits-wesen. Gedenkschrfit für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985

FIEDLER, [1987]

FOX, Anthony John: [1988] Reporting and monitoring systems on health data: social epidemiology as an instrument for health policy on the fields of prevention and cure. Experiences and problemes in Great Britain. Position Paper, London o.J.(February 1988)

FREIDSON, E.: [1979] Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession, Stuttgart 1979

FRERICH, Johannes: [1987] Sozialpolitik. Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, München 1987

FREYMANN, Heinz: [1987] Budgetierung und Krankenhausbetriebsführung, in: Krankenhaus Umschau, Heft 51987, S.443-447

G

GÄFGEN, Gérard: [1981] Die Allokationswirkungen verschiedener Eigentumsrechte im Krankenhauswesen, in: Ph. Herder-Dorneich / Günter Sieben / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsöko-nomie II (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 2), Gerlingen 1981, S.101-157

GÄFGEN, Gérard: [1984] Ordnungspolitik im Krankenhausbereich. Sparen durch Gestalten, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984, S.19-22

GÄFGEN, Gérard: [1985] Effizienz- und Wettbewerbswirkungen der Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland, in: C. A. Andreae / E. Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.85-105

GÄFGEN, Gérard (Hrsg.): [1986] Ökonomie des Gesundheitswesens. Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik. Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Saarbrücken vom 16.-18. September 1985 (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd. 159), Berlin 1986

GÄFGEN, Gérard (Hrsg.): [1988] Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988

GÄFGEN, Gérard: [1988] Kollektivverhandlungen als konstitutiver Allokationsmechanismus korporatistischer Ordnungen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.61-89

GÄFGEN, Gérard / LAMPERT, Heinz (Hrsg.): [1982] Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 3), Gerlingen 1982

GEIGANT, Friedrich / OBERENDER, Peter: [1985] Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985

GEIGANT, Friedrich: [1986] Niederlassung in freier Praxis - Noch Gegenwart oder schon Vergangenheit? in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.305-322

GEISSLER, Ulrich: [1978] Kassenärztliche Bedarfsplanung. Ziele und Methoden der Planung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Kassenärztliche Bedarfsplanung (WIdO-Schriftenreihe Bd.1), Bonn 1978, S.59-86

GEISSLER, Ulrich: [1979] Probleme der Vergütungspolitik unter dem Aspekt des Ärzteanstiegs, des Zahnärztemangels und der kassenärztlichen Bedarfsplanung, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 4 / 1979, S.125-130

GEISSLER, Ulrich: [1980] Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980, S.37-57

GEISSLER, Ulrich: [1983] Daten zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, Band 8, Heft 1 / 1983, S.5-10

GENZEL, Herbert: [1983] Sozialstaat und Gesundheitsökonomie. Zu den verfassungsrechtlichen und wirtschaftlichen Grundlagen des Gesundheitswesens, insbesondere des Krankenhausbereiches, München 1983

GERDELMANN, Werner: [1985] Auswirkungen der Reform der Krankenhausfinanzierung, in: Christian von Ferber / Uwe E. Reinhardt / Hans Schaefer / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.167-184

GESELLSCHAFT FÜR SOZIALEN FORTSCHRITT (Hrsg.): [1974] Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge. Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit. Bericht eines Arbeitskreises der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Berlin 1974

GITTER, Wolfgang: [1985] Strukturprinzipien des Grundgesetzes und soziale Sicherung, in: Soziale Selbstverwaltung 1985, S.82 ff.

GITTER, Wolfgang / OBERENDER, Peter: [1987] Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 1987

GOESCHEL, Albrecht: [1985] Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft als gesamtgesellschaftliche Gestaltungsfaktoren, in: Die Sozialversicherung, Februar 1985

GRIESEWELL, Gunnar: [1977] Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 26. Jg., Heft 4 / April 1977, S.

GRIESEWELL, Gunnar: [1985] Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Christian von Ferber / Uwe E. Reinhardt / Hans Schaefer / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.555-580

H

HAARMANN, M.: [1978] Steuerungsprobleme in der medizinischen Versorgung. Zur Analyse der ökonomischen Beziehungen zwischen Konsumenten, Ärzten und Krankenhäusern, Königstein / Ts. 1978

HAMANN, W.: [1981] Gesundheitsökonomische Analyse von Steuerungsproblemen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Dissertation, Köln 1981

HAMM, Walter: [1980] Irrwege der Gesundheitspolitik, Tübingen 1980

HAMM, Walter: [1983] Marktwirtschaftlich organisierte Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, in: H. Vogel (Hrsg.): Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1983, S.64-73

HAMM, Walter: [1984 a] Für eine Strukturreform der GKV, in: W. Hamm / J. Jessen / D. Nord / H. Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart-New York 1984, S.89-99

HAMM, Walter: [1984 b] Programmierte Unfreiheit und Verschwendung: Zur überfälligen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: ORDO. Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, Bd. 35, Stuttgart-New York 1984, S.22-42

HAMM, Walter / JESSEN, Jens / NORD, Diedrich / PEHLKE, Harald: [1984] Aspekte zur GKV-Strukturreform (Hrsg. von der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V.), Stuttgart-New York 1984

HÄUSER, K. (Hrsg.): [1983] Finanzsysteme: Ideal- und Realtypen - Gesundheitswesen und Hochschulbildung (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 135), Berlin 1983

HAUSER, Heinz: [1980] Das Gesundheitswesen zwischen Leistungsansprüchen und finanziellen Beschränkungen: Neubestimmung des Verhältnisses zwischen Ärzten, Patienten und Krankenhäusern, in: Hexagon-Roche, 8.Jg., Heft 3 / 1980

HAUSER, Heinz: [1982] Kosten- und Leistungskontrolle durch die schweizerischen Sozialversicherer (anerkannte Krankenkassen und SUVA), in: Gerard Gäfgen / Heinz Lampert (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.3), Gerlingen 1982

HAUSER, Heinz / SOMMER, Jürg-H.: [1984] Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den USA, in Kanada und in der BRD, Bern Stuttgart 1984

HAUSER, Heinz: [1985] Beurteilung des Systems der Globalsteuerung im Rahmen des KVKG, in: August-Clemens Andreae / Engelbert Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S. 106-121

HAUSER, Heinz: [1986] Grundzüge eines wettbewerblichen Versicherungskonzeptes für die Schweiz, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.435-448

HAUSS, Friedrich: [1983] Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb, Frankfurt-New York 1983

HAUSS, Friedrich / NASCHOLD, Frieder / ROSENBROCK, Rolf: [1981] Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: Friedrich Hauß / Frieder Naschold / Rolf Rosenbrock (Hrsg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (Forschungsberichte »Gesundheitsforschung« Bd.55), hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981

HAUSS, Friedrich / NASCHOLD, Frieder / ROSENBROCK, Rolf (Hrsg.): [1981] Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (Forschungsberichte »Gesundheitsforschung« Bd. 55), hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981

HAYEK, Friedrich August von: [1952] Individualismus und wirtschaftliche Ordnung, Erlenbach-Zürich 1952

HENKE, Klaus-Dirk: [1983 a] Gesundheitsplanung im Sinne makroökonomischer Ressourcenplanung, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 45. Jg., 1983, S.349-361

HENKE, Klaus-Dirk: [1983 b] Dezentralisierung im Gesundheitswesen. Föderalismustheoretische und andere Ansätze zur Bestimmung und Messung des Zentralitätsgrades im Gesundheitswesen, in: ders. / UWE Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.13-56

HENKE, Klaus-Dirk: [1984] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ergebnisorientierung, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984, S.11-13

HENKE, Klaus-Dirk: [1986 a] Möglichkeiten einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd, 159), Berlin 1986,

HENKE, Klaus-Dirk: [1986 b] Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in einer sozialen Krankenversicherung, in: AOK (Hrsg.): Symposium Marktorientiertes Handeln der AOK vom 7. bis 9. November 1985 in Bochum, Essen 1986, S. 36-43

HENKE, Klaus-Dirk: [1987] Voraussetzungen und Optionen für eine rationale Gesundheitspolitik, in: GVG (Hrsg.): Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Medizinische, ökonomische und politische Orientierung. Dokumentation der GVG-Tagung vom 24.September 1986 (Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln, Bd.10), Bergisch Gladbach 1987, S.6-17

HENKE, Klaus Dirk: [1988 a] Gesundheitsversorgung weiterhin zwischen Markt und Staat, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1 / 1988, S.7-10

HENKE, Klaus-Dirk: [1988 b] Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.113-157

HENKE, Klaus-Dirk / REINHARDT, Uwe (Hrsg.): [1983] Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983

HENKE, Klaus-Dirk / METZE, Ingolf: [1979] Selbstbeteiligung und Kostenentwicklung, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft (MMG), 4.Jg., Heft 1 / 1979, S.34 ff.

HENKE, Klaus-Dirk / METZE, Ingolf: [1986] Finanzierung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 10), Gerlingen 1986

HERDER-DORNEICH, Philipp: [1976] Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen. Die Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Opladen 1976

HERDER-DORNEICH, Philipp: [1980] Gesundheitsökonomik. Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, 1980

HERDER-DORNEICH, Philipp: [1981] Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik,in:ders. / Günter Sieben / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981, S.11-45

HERDER-DORNEICH, Philipp: [1982 a] Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle. Grundfragen der sozialen Steuerung, Stuttgart 1982

HERDER-DORNEICH, Phillipp: [1982 b] Sozialökonomische Entwicklungen im Gesundheitswesen, ihre Auswirkungen auf den ambulanten Sektor und ihre ordnungspolitische Steuerung , in: Ludwig-Sievers-Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.133-236

HERDER-DORNEICH, Phillipp: [1982 c] Funktionsfähigkeit und ordnungspolitische Einordnung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Ludwig-Sievers-Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.375-414

HERDER-DORNEICH, Phillipp: [1982 d] Gesundheitspolitik als Ordnungspolitik, in: Ludwig-Sievers-Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.481-520

HERDER-DORNEICH, Philipp [1983] Systemimmanenz der Kostenexplosion, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 6 / 1983, S.237-241

HERDER-DORNEICH, Philipp: [1984] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Zwischen Utopie und Pragmatik, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984, S.5-8

HERDER-DORNEICH, Philipp: [1985] Wettbewerb und Rationalitätenfallen im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Walter Hamm / Günter Neubauer (Hrsg.): Wettbewerb im deutschen und US-amerikanischen Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 7), Gerlingen 1985, S.13 ff.

HERDER-DORNEICH, Philipp: [1986] Ordnungspolitik des Gesundheitswesens - Eine analytische Grundlegung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.). Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.55-70

HERDER-DORNEICH, Philipp / SIEBEN, Günter / THIEMEYER, Theo (Hrsg.): [1981] Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981

HERDER-DORNEICH, Philipp / SIEBEN, Günter / THIEMEYER, Theo (Hrsg.): [1982] Wege zur Gesundheitsökonomie II (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 2), Gerlingen 1982

HERDER-DORNEICH, Philipp / KLAGES, H. / SCHLOTTER, H. G. (Hrsg.): [1984] Überwindung der Sozialstaatskrise. Ordnungspolitische Ansätze, Baden-Baden 1984

HOFMANN, Jürgen: [1987] Selbstbeteiligung in der GKV - Eine Analyse vom Standpunkt der ökonomischen Theorie, in: Sozialer Fortschritt, 36.Jg., Heft 4 / 1987, S.83-85

HÖHN, W.: [1986] Selbstbeteiligung - Nicht nur ein gesundheitsökonomisches, sondern auch ein gesundheitspolitisches Thema, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, 11.Jg., Heft 1 / 1986

HOLLER, Albert [1985] Das Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Fragen der Versorgungskrise, in: Christian von Ferber / Uwe E. Reinhardt / Hans Schaefer / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.153-166

HORVATH, Peter: [1987] Chancen und Risiken der Budgetierung für die Führung von Wirtschaftsbetrieben, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 5 / 1987, S.438-442

HUBER, Ellis: [1983] Das lebendige Stadt-Krankenhaus, in: Technologie und Politik 21 (Rowohlt Taschenbuch), Reinbeck 1983, S.49 ff.

HUBER, Ellis: [1988] Ambulante Versorgung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorlage für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Kommissions-Drucksache Nr.106), Berlin August 1988

I

ILLICH, Ivan: [1975] Die Enteignung der Gesundheit - Medical Nemesis (Rowohlt Taschenbuch), Reinbeck 1975

INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980

ISSING, O. (Hrsg.): [1981] Zukunftsprobleme der sozialen Marktwirtschaft (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 116), Berlin 1981

J

JAHN, E.: [1984] Neuordnung der Finanzierung oder Strukturreform des Krankenhauswesens? Überlegungen zu einer Strukturreform, in: Soziale Sicherheit, 33., Jg., Heft 10 / 1984, S.309-316

JENSEN, Alfred: [1986] Kostendämpfung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZfSH / SGB), 25.Jg., Heft 11 / November 1986, S.537-549

JESSEN, Jens: [1984] Der Wandel der Gesellschaft erfordert eine Anpassung der GKV, in: W.Hamm / J.Jessen / D. Nord / H.Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart-New York 1984, S.41-87

JUNG, Karl: [1988] Strukturreform im Gesundheitswesen aus der Sicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S. 33-62

K

KARTTE, Wolfgang: [1985] Gesundheitswesen als wettbewerbspolitischer Ausnahmebereich - Streiflichter aus der Praxis des Bundeskartellamtes, in: Friedrich Geigant / Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985

KAUFER, Erich: [1981] Probleme und Instrumente einer Arzneimittelökonomik aus der Sicht der Industrieökonomie, in: Philipp Herder-Dorneich / Günter Sieben / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 1), Gerlingen 1981, S.157-163

KESSEL, R. A.: [1958] Price Discrimination in Medicine, in: Journal of Law & Economics 1, S.20-53

KLITZSCH, Wolfgang: [1987] Medizinisch orientierte Reform des Gesundheitswesens. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 16 / 1987, S.457-460

KIRCHBERGER, Stefan: [1986] Technischer Fortschritt in der Medizin. Strukturen der Kostenentwicklung und der Leistungserbringung, in: Technologie und Medizin, Argument-Sonderband AS 141, Berlin 1986, S.7-28

KIRSCH, Guy: [1985] Ordnungspolitik zwischen Markt, Selbstorganisation und Staat, in: Clemens-August Andreae / Engelbert Theurl: Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.21-33

KLAUSING, Michael: [1981] Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Der Beitrag der allgemeinen Systemtheorie für die Methode ihrer Ermittlung und Beurteilung (Wissenschaftliche Beiträge 8), Karlsruhe 1981

KNAPPE, Eckhard: [1981] Ausgabenexplosion im Gesundheitssektor: Folge einer ordnungspolitischen Fehlsteuerung, in: O. Issing (Hrsg.): Zukunftsprobleme der sozialen Marktwirtschaft (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 116), Berlin 1981, S.499 ff.

KNAPPE, Eckhard: [1983] Reform der Krankenversicherung, in: H. Giersch (Hrsg.): Wie es zu schaffen ist. Agenda für die deutsche Wirtschaftspolitik, Stuttgart 1983, S.306 ff.

KNAPPE, Eckhard: [1985] Mengen- und Preissteuerung auf der Angebotsseite des Gesundheitssektors: Das Beispiel der Zulassungsbeschränkungen und des Honorierungssystems, in: Friedrich Geigant / Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985, S.95-106

KNAPPE, Eckhard: [1988 a] Neokorporatistische Ordnungsformen als Leitbild einer Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.271-294

KNAPPE, Eckhard: [1988 b] Ökonomische Besonderheiten des medizinisch-technischen Fortschritts, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.77-96

KNAPPE, Eckhard / FRITZ, Wilhelm: [1984] Direktbeteiligung im Gesundheitswesen. Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz, Köln 1984

KNAPPE, Eckhard / FRITZ, Wilhelm: [1986] Direktbeteiligung der Patienten: Auswirkungen eines absoluten Selbstbehalts, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 449-467

KNAPPE, Eckhard / ROPPEL, Ulrich: [1982] Zur Stärkung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente im Gesundheitssystem. Probleme und Ansatzpunkte (Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik / Institut der deutschen Wirtschaft Hefte 107 / 108), Köln August / September 1982

KRÄMER, W.: [1981] Eine ökonometrische Untersuchung des Marktes für ambulante kassenärztliche Leistungen, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 137. Jg., Heft 1 / 1981

KRAUSE, Peter: [1988] Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung: ihre verfassungsrechtliche Problematik, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.253-270

KÖHLER-SCHMIDT, Barbara: [1986] Struktur und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen, WZB / IIVGdp86-208, Berlin 1986

KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG: [1987] Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neurordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Teil I: Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.20) Gerlingen 1987

KÖPPL, Franz / LAUBER, Wolfgang: [1986] Medizintechnik im Krankenhaus, Wien 1986

KRONBERGER KREIS: [1987] Mehr Markt im Gesundheitswesen (Schriftenreihe Bd.13), Bad Homburg März 1987

KÜCHENHOFF, G.: [1974] Gemeinsame Selbstverwaltung im Kassenarztrecht, in: Dienst am Recht und Staat. Festschrift für Werner Weber, Berlin 1974, S.833 ff.

KÜHN, Hagen: [1979] Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung? in: WSI-Mitteilungen, Heft 10 / 1979, S.537

KÜHN, Hagen: [1982] Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt-New York 1982

KÜHN, Hagen: [1985] Soziale Sicherheit und angebotsorientierte Wirtschaftspolitik, in: WSI-Mitteilungen, Heft 2 / 1985, S.94-102

KÜHN, Hagen: [1988] Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung, (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin Februar 1988

L

LABISCH, Alfred u.a.: [1988] Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge, Frankfurt 1988

LAMPERT, Heinz: [1982] Verfassung und Struktur der Märkte für Gesundheitsgüter als Problem und Aufgabenbereich der Gesundheitsökonomik, in: Gerard Gäfgen / Heinz Lampert (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.3), Gerlingen 1982, S.267-310

LAMPERT, Heinz: [1983] Strukturfragen aus ordnungspolitischer Sicht: Gesundheitswesen und GKV in der Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, in: WIdO (Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland (WIdO-Materialien 21), Bonn 1983, S.65-108

LAMPERT, Heinz: [1984] Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik, in: H. Winterstein (Hrsg.): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 133 II) Berlin 1984

LEES, D. S. / RICE, R. G.: [1985] Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Comment, in: The American Economic Review, Vol.55, March 1965 S.140-154

LEHMBRUCH, Gerhard: [1988] Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die »Konzertierte Aktion« im Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.11-32

LEOPOLD, D.: [1980] Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, 3. Aufl., St.Augustin 1980

LEU, Robert E. / DOPPMANN, Reto J.: [1986] Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.161-175

LORENSER, H.: [1981] Finanzierbarkeit der laufenden und der investiven Kosten für Krankenhausleistungen der 80er Jahre, in: Das Krankenhaus, Heft 8 / 1981, S.292-300

LUDWIG-SIEVERS-STIFTUNG / HANS-NEUFFER-STIFTUNG / STIFTUNG ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLI-CHE VERSORGUNG (Hrsg.): [1982] Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheits-wesens, Köln 1982

M

MÄNNER, Leonhard: [1983] Höhe und Differenz der Arzteinkommen als Kontrollgrößen für Fehlallokation in der kassenärztlichen Behandlung bei Einzelleistungshonorierung, in: Klaus-Dirk Henke / Uwe Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.77-108

MÄNNER, Leonhard: [1984] Der Organisationstyp Gesetzliche Krankenversicherung: Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Günter Neubauer (Hrsg.:) Alternativen der Steuerung im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.13), Gerlingen 1985, S.161-197

MÄNNER, Leonhard / SIEBEN, Günter (Hrsg.): [1987] Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 11), Gerlingen 1987

MÄNNER, Leonhard / HOFMANN, Jürgen / HÜHNE, Peter: [1988] Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der GKV: Empirische Überprüfung. Gutachten für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages (Kommissions-Drucksache Nr.102), Göttingen Juli 1988

MAHR, W.: [1977] Das moralische Risiko in Individual- und Sozialversicherung: Das Prinzip und seine Tragweite, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd.66 (1977), S.205 ff.

MARSHALL, J.: [1976] Moral Hazard, in: The American Economic Review, Vol. 66, No.5, December 1976, S.880-890

MATZKE, Heinz [1978] Die Neuregelung der Beziehungen der Krankenkassen zu Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern seit dem 1. Januar 1977, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, 1978, S.148

MAUNZ, Th. / SCHRAFT, H.: [1975] Die Sozialversicherung und ihre Selbstverwaltung, Loseblattkommentar, 10 Bände, Berlin 1975

MAYNTZ,Renate / KLITZSCH,Wolfgang / UBELÄNDER, Erich: [1982] Analyse von Planungs- und Steuerungsfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesens (Forschungsbericht, Reihe »Gesundheitsforschung« Band 69), Hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1982

McKEOWN, Thomas:[1979] The role of medicine, dream, mirage or nemesis? Oxford 1979

METZE, Ingolf: [1975] Probleme der Ärztehonorierung und ihre Reform, in: Heinz Lampert (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD (Schriften des Vereins für Socialpolitik, N. F. Band 82), Berlin 1975, S.29-94

METZE, Ingolf: [1978] Probleme alternativer Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen, in: Eimeren, W. von (Hrsg.): Perspektiven der Gesundheitssystemforschung, Berlin-Heidelberg-New York 1978, S. 97-111

METZE, Ingolf: [1981] Marktversagen als Problembereich der Gesundheitsökonomie - zur Frage der Organisation des Gesundheitswesens, in: PH. Herder-Dorneich / P. Sieben / Th. Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1982, S.63 ff.

METZE, Ingolf: [1982 a] Marktwirtschaftliche Lenkung als Alternative zu staatlicher Planung - Ein Konzept zur Organisation des Gesundheitswesens, in: Gérard Gäfgen / Heinz Lampert (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.3, Gerlingen 1982, S.

METZE, Ingolf: [1982 b] Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1982

METZE, Ingolf: [1985] Probleme der Unterversorgung von Versicherten bei Wettbewerb, in: Walter Hamm / Günter Neubauer (Hrsg.): Wettbewerb im deutschen und US-amerikanischen Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.7), Gerlingen 1985, S.355-357

MEYDAM, Jan: [1988] Risikostrukturausgleich im System sozialer Pflichtversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, April 1988, S.135-139

MILDNER, Raimund [1983] Die Nutzen-Kosten-Untersuchung als Beurteilungsverfahren für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1 1983, S.42-51

MILDNER, Raimund [1987] Der Effizienzbegriff im Gesundheitswesen, in: Krankenhaus-Umschau 8 / 1987, S.664-669

MILIO, Nancy: [1986] Promoting health through public policy, 2.Aufl., Ottawa 1986

MOHNHEIM, Heiner / GOESCHEL, Albrecht: [1985] Raumordnung und Gesundheitspolitik, in: Informationen zur Raumordnung, Heft 3-4 / 1985, S.I-III

MOLITOR, B.: [1987] Zur Kostenerstattung übergehen. Plädoyer für marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente, in: Das Parlament, Nr. 11 / 1987, S.12

MUDRA, W.: [1977] Integrierte medizinische Versorgung von Regionen, in: W.-D. Narr / W.F. Schräder (Hrsg.): Modelle zur Organisation der kommunalen und regionalen Gesundheitsplanung, Berlin 1977

MÜTHLING, H.: [1966] Die Geschichte der deutschen Selbstverwaltung, Köln 1966

MÜLLER, Hubertus: [1985] Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung - Eine zwingende Notwendigkeit der Gesundheitspolitik, in: Christian von Ferber / Uwe E. Reinhardt / Hans Schaefer / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.185-200

MÜLLER-ARMACK, A.: [1956] Soziale Marktwirtschaft, in: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, Bd.9, Stuttgart 1956, S.390 ff.

MÜLLER-GROELING, Hubertus: [1973] Kollektivgutproblematik und Isolierparadoxon in der Krankenversicherung. Ein Organisationsproblem auf dem Markt für medizinische Leistungen, in: Bernhard Külp / Wolfgang Stützel (Hrsg.): Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik. Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag, Berlin 1973, S.59 ff.

MÜLLER, Joachim / WASEM, Jürgen: [1987] Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Sozial- und gesundheitspolitisch vertretbare Alternative zum Sachleistungsprinzip? in: Zeitschrift für Sozialreform, 33.Jg., Heft 5 / Mai 1987, S.300-315

MÜNNICH, Frank E.: [1978] Gesundheit als Problem der Nationalökonomie, in: Arzt und Krankenhaus, Heft 9 / 1978, S.268-273

MÜNNICH, Frank E.: [1980 a] Eigenverantwortung als Element der Selbststeuerung aus sozialökonomischer Sicht - Alternativen und Modelle, in: Forschungsinstitut für die zahnmedizinische Versorgung [FZV] (Hrsg.): Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung, FZV-Information (Köln) Nr.4 / 1980 vom 18.Juli 1980, S.2 ff.

MÜNNICH, Frank E.: [1980 b] Modelle der Selbstbeteiligung, in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980, S.89 ff.

MÜNNICH, Frank E.: [1980 c] Zur Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung, in: Pharmazeutische Zeitung, Nr.24 / 1980, S.

MÜNNICH, Frank E.: [1981 a] Eigenverantwortung als gesellschaftliches Organisationsprinzip - Alternativen und Modelle dargestellt am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Bd.9, 1981, S.197-220

MÜNNICH, Frank E.: [1981 b] Angebotssteuerung als Element einer wirksamen Steuerung im Gesundheitswesen, in: Internatio-

nales Forum für Gesundheitswesen (Hrsg.): Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen, Basel 1981, S.3-17

MÜNNICH, Frank E.: [1982 a] Wie teuer darf Gesundheit sein? in: pharma dialog, Nr.76 / November 1982

MÜNNICH, Frank E.: [1982 b] Alternative Gestaltungsprinzipien für die gesundheitliche Sicherung der Bevölkerung und ihre Folgerungen, insbesondere im Hinblick auf die bestehene gesetzliche Krankenversicherung, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Symposion Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1982, S.88-98

MÜNNICH, Frank E.: [1983] Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung (Schriftenreihe der Hans-Neuffer-Stiftung Bd. 4), Köln 1983

MÜNNICH, Frank E.: [1984 a] Mehr Freiheit und Eigenverantwortung in der Krankenversicherung, in: Gerhard Fels / Achim Seffen / Otto Vogel (Hrsg.): Soziale Sicherung. Von der Finanzkrise zur Strukturreform (div-Sachbuchreihe: 39), Köln 1984, S.55-74

MÜNNICH, Frank E.: [1984 b] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Mehr Markt, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984

MÜNNICH, Frank E.: [1985] Möglichkeiten einer Marktsteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung - Begründung und Zielsetzung, in: Friedrich Geigant / Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 8), Gerlingen 1985, S.147-167

MÜNNICH, Frank E.: [1986] Das Gesundheitswesen im Umbruch. Zukunftsperspektiven der Gesundheitsversorgung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.631-647

MÜNNICH, Frank E.: [1988] Generische Substitution als Kostendämpfungsmaßnahme, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.63-776

MUHR, Gerd: [1986] Von der Kostendämpfung zur Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 5, Mai 1986, S.130-142

MURSIEWIEK, A.: [1983] Die staatliche Kontrolle der Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik und in den USA, Opladen 1983

MUSCHALLIK, H.: [1978] Der Honorarvertrag sichert die Einzelleistungsvergütung, in: Deutsches Ärzteblatt, 75.Jg., Heft 51 / 52, 1978, S.3082 ff.

MUSGRAVE, R.A.: [1959] The Theory of Public Finance, New York 1959

N

NARR, Wolf-Dieter / SCHRÄDER, Wilhelm-F.(Hrsg.): [1977] Modelle zur Organisation der regionalen und kommunalen Gesundheitsplanung, Berlin 1977

NASCHOLD, Frieder: [1977] Zur Effizienz des medizinischen Versorgungssystems in der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 12 / 1977, S.459-462

NASCHOLD, Frieder / SCHÖNBÄCK, Wilfried (Projektleiter): [1977] Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, 2 Bände, Wien 1977

NEIPP, Joachim: [1986] Primary Care Networks als Wettbewerber mit neuer Vergütungsform: Ihre Auswirkungen auf die Effizienz des Gesundheitswesens anhand von Erfahrungen aus den USA, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.343-354

NEUBAUER, Günter: [1984 a] Konkurrenz der Steuerungssysteme in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Herder-Dorneich / Ph. Klages / H. G. Schlotter (Hrsg.): Überwindung der Sozialstaatskrise, Baden-Baden 1984, S.149-168

NEUBAUER, Günter: [1984 b] Notwendigkeit und Möglichkeiten von Reformen im Gesundheitsbereich - Bilanz und Perspektiven, in: Heinz Lampert / E. Kühlewind (Hrsg.): Das Sozialsystem in der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Band 83), Nürnberg 1984, S.83-99

NEUBAUER, Günter (Hrsg.): [1984 c] Alternativen der Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 13), Gerlingen 1984

NEUBAUER, Günter: [1986] Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.223-240

NEUBAUER, Günter: [1988 a] Ökonomische Situation der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Strukturreform der Krankenversicherung. Verhandlungen des Deutschen Sozialrechtsverbandes. Bundestag Wiesbaden 1. und 2. Oktober 1987 (Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Band XXX), Wiesbaden 1988, S.18-31

NEUBAUER, Günter: [1988 b] Staat, Verwaltung und Verbände. Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus im Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd.1), Baden-Baden 1988, S.91-112

NEUBAUER, Günter / MANEVAL, H.: [1982] Ordnungspolitik im Gesundheitssektor in der sozialen Marktwirtschaft, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, Bd.7, Heft 3 / 1982, S.172-178

NEUBAUER, Günter / REBSCHER, Herbert: [1984] Gemeinsame Selbstverwaltung. Eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung, Spardorf 1984

NEUBAUER, Günter / REBSCHER, Herbert: [1985] Gemeinsame Selbstverwaltung als Steuerungsinstrument der Gesundheitsversorgung, in: Die Ersatzkasse, Heft 5 / 1985, S.178-182

NEUBAUER, Günter / UNTERHUBER, Hans: [1987] Mehr Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausschreibung von Versorgungsaufträgen. Skizze der Gestaltungsmöglichkeiten eines Einkaufsmodells in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 36.Jg., Heft 5 / 1987, S.107-114

NEUHAUS, Rolf / PAQUET, Robert / SCHÄRDER, Wilhelm F.: [1985] Epidemiologische Transparenz und sozialmedizinischer Diskurs als Instrumente der Mengensteuerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der Krankenhausleistungen, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10 / 1985, S.607-613

NEWHOUSE, Joseph P. et al.: [1983] Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance, in: Klaus-Dirk Henke / Uwe Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.123-142

NORD, Diedrich: [1984] Was bedeutet die systemgerechte Weiterentwicklung der GKV? - Systemtheoretische Überlegungen, in: W. Hamm / J.Jessen / D.Nord / H.Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart-New York 1984, S.7-19

NORD, Dietrich: [1988] Ergänzende Stellungnahme aus der Praxis: Die informelle Bedarfs-Steuerung im Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.227-230

NOWAK, Meinolf / SCHAPER, Klaus: Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: WSI-Mitteilungen, 34.Jg., Heft 5 / 1981, S.307-316

O

OBERENDER, Peter: [1980] Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd.31 / 1980, Heft 1, S.145-176

OBERENDER, Peter: [1983 a] Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland und seine Steuerungswirkung. Eine marktheoretische Analyse, in: Klaus-Dirk Henke / Uwe Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.187-243

OBERENDER, Peter: [1983 b] Mehr Wettbewerb im Arzneimittelbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Alternative zum staatlichen Dirigismus, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1, März 1983, S.26-35

OBERENDER, Peter: [1984] Ordnungspolitik im Arzneimittelbereich. Für Marktwirtschaft, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984, S. 27-30

OBERENDER, Peter: [1985] Möglichkeiten und sozialpolitische Grenzen einer Marktsteuerung der Gesundheitsnachfrage, in: Friedrich Geignat / Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985, S.13 ff.

OBERENDER, Peter: [1986 a] Reform des Gesundheitswesens durch Zulassung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente: Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 31.Jg., 1986, S.177-199

OBERENDER, Peter: [1986 b] Öffentliche Regulierung und innovative Aktivität in der pharamazeutischen Industrie, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.357-378

OBERENDER, Peter (Hrsg.): [1987] Gesundheitswesen im Umbruch? Bayreuth 1987

OBERENDER, Peter: [1988 a] Der Gesetzentwurf in ordnungspolitischer Sicht, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1 / 1988, S.10-14

OBERENDER, Peter: [1988 b] Reform im Wartezimmer, in: Der Volkswirt, Nr.8, 19.Februar 1988, S.58-60

OBERENDER, Peter: [1988 c] Marktzugang und Tendenzen der Bedarfssteuerung auf dem Arzneimittelmarkt, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.217-226

OBERENDER, Peter: [1988 d] Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.97-108

OBERENDER, Peter (Hrsg.): [1988] Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988

OLDIGES, Franz Josef: [1987 a] Zehn Jahre Kostendämpfung. Eine politische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg., Heft 13 / Juli 1987, S.373-378

OLDIGES, Franz Josef: [1987 b] Strukturreform im Gesundheitswesen. Reform auch der tragenden Elemente der Krankenversicherung? in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg., Heft 6 / März 1987, S.161-165

OTT, A. E.: [1979] Grundzüge der Preistheorie, 3. Aufl., Göttingen 1979

P

PAFFRATH, Dieter / REINERS, Hartmut: [1987] 10 Jahre Kostendämpfungsgesetze. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse, 69.Jg., Heft 13 / Juli 1987, S.369-372

PAULY, Mark V.: [1978] The Economics of Moral Hazard: Comment, in: The American Economic Review, Vol. 68, No.3, June 1978, S.531-537

PEDRONI, G. / ZWEIFEL, Peter: [1982] Medikamente und ihre Nebenwirkungen. Ökonomische Betrachtungen zu einem ökonomischen Problem. Studien der Gesellschaft zur Gesundheitsökonomie, Heft 2, Basel 1982

PEHLKE, Harald: [1984] Ansatzpunkte zur systemgerechten Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: W. Hamm / J.Jessen / D.Nord / H.Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart-New York 1984, S. 21-39

PFAFF, Martin: [1983 a] Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor: Eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme, in: Karl Häuser (Hrsg.): Finanzsysteme: Ideal- und Realtypen - Gesundheitswesen und Hochschulbildung (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 135), Berlin 1983, S.57-173

PFAFF, Martin: [1983 b] Strukturinstrumente in der GKV. Das Beispiel der Kostensteuerung, in: WIdO (Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (WIdO-Materialien 21), Bonn 1983, S.133-180

PFAFF, Martin: [1984] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Internationale Erfahrung, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12 / 1984, S.13-18

PFAFF, Martin,: [1985] Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig »sozial tragbar« und »kostendämpfend« sein? in: Sozialer Fortschritt, 34. Jg., Heft 12 / 1985

PFAFF, Martin: [1986 a] Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 35.Jg., Heft 5-6 / Mai-Juni 1986, S.105-119

PFAFF, Martin: [1986 b] Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Einkommens- und Preiselastizitäten für Gesundheitsausgaben und die Nutzung von Gesundheitsgütern, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 145-160

PFAFF, Martin / BUSCH, Susanne: [1987] Forderungen zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Überblick, in: Sozialer Fortschritt, 36.Jg., Heft 11 / November 1987, S.245-258

POTTHOFF, P.: [1983] Anwendungsmöglichkeiten medizinischer Erfolgsmessung, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1 / 1983, S.10-17

R

REBSCHER, Herbert: [1985] Auf der Suche nach Orientierung. Ordnungspolitische Alternativen der Gesundheitspolitik, in: Ersatzkasse, Heft 41985, S.152-156

REBSCHER, Herbert: [1988] Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. das Verhältnis der Krankenkassen zu den übrigen Leistungserbringern. Untersuchung von Strukturproblemen und Reformmöglichkeiten (Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«), Neunkirchen August 1988

REDING, Kurt: [1982] Neuere Ansätze der Bedarfsermittlung bei öffentlichen Gesundheitseinrichtungen aus ökonomischer Sicht, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, 7.Jg., 1982, S.237-242

REGLER, K.: [1988] Ergänzende Stellungnahme aus der Praxis: Erfahrungen mit dem Steuerungssystem im Krankenhausbereich, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.209-216

REIDEGELD, E.: [1980] Vollzugsdefizite sozialer Leistungen. Verrechtlichung und Bürokratisierung als Grenzen der Sozialpolitik, in: R. Voigt (Hrsg.): Verrechtlichung. Analysen zur Funktion und Wirkung von Parlamentarisierung, Bürokratisierung und Justizialisierung sozialer, politischer und ökonomischer Prozesse, Königstein 1980

REINERS, Hartmut: [1986] Die Grenzen des Sachverstandes - Anmerkungen zum Jahresgutachten 1985 / 86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 0 / 1986, S.49-52

REINERS, Hartmut: [1987] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte (WIdO-Materialien Bd.30), Bonn 1987

REINERS, Hartmut: [1988 a] Verkehrte Richtung, falscher Tritt, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1 / 1988, S.14-17

REINERS, Hartmut [1988 b] Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (unveröffentlichtes Manuskript), Bonn August 1988

REINERS, Hartmut: [1988 c] Die stationäre Versorgung im Zeichen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Gesetzlichen Krankenversicherung - Zum Verhältnis von Krankenhaus und Krankenkasse (unveröffentlichtes Manuskript), Köln Juni 1988

REINHARDT, Uwe: [1983] The Theory of Physician-induced Demand and its Implication for Public Policy, in: Klaus-Dirk Henke / Ume Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S. 149-172

ROSENBERG, Peter: [1974] Kontrolle der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt, 1974, S.165 ff.

ROSENBERG, Peter: [1979] Gesundheitsökonomische Aspekte der Vergütungspolitik, in: Die Ortskrankenkasse, 61. Jg., Heft 41979, S.121-124

ROSENBERG, Peter: [1986] Die vier "Waisen" und der Gesundheitsmarkt, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5-6 / 1986, S.125-130

ROSENBROCK, Rolf: [1982] Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt-New York 1982

ROSENBROCK, Rolf: [1985 a] Primärprävention durch GKV. Dreizehn Thesen und Gegenthesen, in: Soziale Sicherheit, 34. Jg., Heft 1, Januar 1985, S.1-9

ROSENBROCK, Rolf: [1985 b] Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch die gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena: in: Frieder Naschold (Hrsg.): Arbeit und Politik - Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung, Frankfurt-New York 1985, S.367-404

ROSENBROCK, Rolf: [1985 c] Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen - Möglichkeiten und Grenzen einer strategischen Neuorientierung, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 8 / 1985

ROSENBROCK, Rolf: [1985 d] Die Kolonisierung des Sozialstaates, in: Soziale Sicherheit, Heft 11 / 1985, S.324-330

ROSENBROCK, Rolf: [1985 e] Sozialpolitik aus arbeitspolitischer Sicht, in: B.Lutz (Hrsg.): Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung (Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentages), Frankfurt-New York 1985, S.198-204

ROSENBROCK, Rolf: [1985 f] Gesundheit - mehr Markt? SPIEGEL Essay, in: DER SPIEGEL, Nr.42 / 1985 vom 14. Oktober 1985, S.288-289

ROSENBROCK, Rolf: [1986 a] Aids kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, 3. durchgesehene Auflage, Hamburg 1987

ROSENBROCK, Rolf: [1986 b] Prinzipien und Ideologie der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. Beitrag zur Anhörung der GRÜNEN im Bundestag am 10. März 1986, Berlin März 1986

ROSENBROCK, Rolf: [1987 a] Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung als gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe. Statement in der Enquête-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« am 4. September 1987 (Kommissions-Drucksache Nr. 10), Berlin 1987

ROSENRBOCK, Rolf [1987 b] Prävention. Warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen, 12. Jg., Nr. 47, April / Mai 1987, S.50-53

ROSENBROCK, Rolf: [1988 a] Krankheitsverhütung / Prävention. Statement vor dem Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung anläßlich der Beratung des Entwurfes eines Gesundheitsreformgesetzes (GRG) am 24. Juni 1988, Berlin Juni 1988

ROSENBROCK, Rolf: [1988 b] Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin August 1988

ROSENBROCK, Rolf: [1988 c] Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, (Konzept für eine Forschungsgruppe am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung [WZB]), vervielf. Manuskript, Berlin 1988

ROSENBROCK, Rolf / HAUSS, Friedrich: [1985] Krankenkassen und Prävention (Wissenschaftszentrum Berlin, Internationales Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung, Arbeitspolitik), Berlin 1985

RÜSCHMANN, Heiner: [1988] „Kieler Modell" - zwei Jahre diagnosebezogene Fallpauschale - eine Zwischenbilanz, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.119-130

RÜTER, Georg: [1988] Die Krankenhausplanung aus ordnungspolitischer Sicht, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.109-118

S

SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1983] Jahresgutachten 1983 / 84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. BT-Drucksache 10 / 669, Bonn 1983

SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1984] Jahresgutachten 1984 / 85 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. BT-Drucksache 10 / 2541, Bonn 1984

SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1985] Jahresgutachten 1985 / 86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. BT-Drucksache 10 / 4295, Bonn 1985

SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1987] Jahresgutachten 1987 / 88 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. BT-Drucksache 11 / 1317, Bonn 1987

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA): [1987] Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987, Baden-Baden 1987

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA): [1988] Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1988, Bonn Februar 1988

SAEKEL, Rüdiger: [1985] Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen, in: Die Sozialversicherung, 40.Jg., Heft 7, Juli 1985, S.176-181

SCHAPER, Klaus: [1977] Möglichkeiten und Grenzen der Nachfragesteuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11 / 1977, S. 637-649

SCHAPER, Klaus: [1978] Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine Diskussion der public goods-, uncertainty- and moral hazard-theoreme allokativer Mängel von Gesundheits- und Krankenversicherungssystemen, Frankfurt a.M. 1978

SCHAPER, Klaus: [1979] Zur Kritik des Moral-Hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: Sozialer Fortschritt, 28. Jg., Heft 7 / 8, 1979, S.178-183

SCHARF, Bodo: [1980] Durch Selbstbeteiligung zur Kostendämpfung und Selbstverantwortung? Gedanken zur Unsterblichkeit einer konservativen Utopie, in: Soziale Sicherheit, 29. Jg., Heft 6 / 1980

SCHARF, Bodo: [1985] Mehr Markt - mehr Wirtschaftlichkeit? - Marktökonomische Illusionen konservativer Gesundheitsökonomik, in WSI-Mitteilungen, 38. Jg., Heft 10 / 1985, S.569-583

SCHARF, Bodo: [1986] Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Erste Arbeitsergebnisse der Gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 5, Mai 1986, S.143-147

SCHELLHAASS, Horst-Manfred: [1986] Ist der Wettbewerbsprozeß in der Pharamaindustrie funktionsfähig? in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.397-409

SCHELSKY, H.: [1977] Der unselbständige Mensch in der freiheitlichen Gesellschaftsordnung, Köln-Berlin 1977

SCHENK, Karl-Ernst: [1985] Anreizmechanismen und wirtschaftliche Organisationsstrukturen, in: Clemens-August Andreae / Engelbert Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.34-42

SCHILLER, Karl: [1966] Preisstabilität durch globale Steuerung der Marktwirtschaft (Walter Eucken Institut. Vorträge und Aufsätze Nr.15), Tübingen 1966

SCHMACKE, Norbert: [1987] Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, in: Medizin, Moral und Markt, Argument-Sonderband AS 146, Hamburg 1987, S.

SCHMAHL, Hans-J.: [1973][Globalsteuerung des Wirtschaftsablaufs, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 1973, S.216-222

SCHMEINCK, W.: [1986] Die Vorschläge des SVR aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschrift, Heft 5-6 / 1986, S.120-122

SCHMIDT, Alfred: [1978] Gesundheit mit ökonomischen Grenzen, in: Die Ortskrankenkasse, 1978, S.845 ff.

SCHMIDT, Alfred: [1988] Strukturreform ja - aber so nicht! in: Soziale Sicherheit, 37.Jg., Heft 5 / Mai 1988, S.

SCHMIDT, Alfred / JAHN, Erwin / SCHARF, Bodo: [1987] Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz, Band 1: Grundmängel. Grundanforderungen. Reformperspektiven (WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr.60), Düsseldorf 1987

SCHMIDT, Reinhart: [1981] Anwendungsmöglichkeiten betriebswirtschaftlicher Planungsmodelle im Gesundheitswesen, in: Philipp Herder-Dorneich / Günter Sieben / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981, S.239-268

SCHMIDT, Reinhart: [1986] Zur Anpassung eines Krankenhauses an neue Preissysteme, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des

Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 521-537

SCHMITZ, Heinz: [1988] Die Finanzierungsreform der Gesundheitsleistungen. Probleme, Perspektiven, Optionen, in: Herder-Korrespondenz, 42.Jg., Heft 1 / Januar 1988, S.15-20

SCHNEIDER, Markus: [1985 a] Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung (Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung Nr.17), Stuttgart 1985

SCHNEIDER, Markus: [1985 b] Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung, in: Sozialer Fortschrifft, 35.Jg., Heft1-2 / 1985

SCHOEK, H.: [1977] Wieviel Gesundheit ist politisch machbar? in: Der Praktische Arzt, Nr.4 / 1977, S.524 ff.

SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der: [1981] Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen 1981

SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der: [1985] ‚Pro-Competitive-Strategy', im Gesundheitswesen: Eine kritische Stellungnahme aus deutscher Sicht, in: Walter Hamm / Günter Neubauer (Hrsg.): Wettbewerb im deutschen und US-amerikanischen Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.7), Gerlingen 1985, S.325-353

SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der / KLEINDORFER, Paul R.: [1986] Wie stabil ist der Generationenvertrag in der sozialen Krankenversicherung? Zum Problem der Gerechtigkeit und Akzeptanz intergenerativer Umverteilung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.413-434

SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der: [1988] Fünf Thesen zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.1-16

SCHULZ, Wilfried [1985]: Medizinisches Berufsrecht und Marktsteuerung, in: Clemens-August Andreae / Engelbert Theurl: Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.45-84

SCHULZ, Wilfried: [1986] Der Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten - Einige analytische Ansatzpunkte, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 321-341

SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm: [1987] Optionen für medizinische Orientierungsdaten und Gesundheitsziele, in: GVG (Hrsg.): Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Medizinische, ökonomische und politische Orientierung. Dokumentation der GVG-Tagung vom 24.September 1986 (Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln, Bd.10), Bergisch Gladbach 1987, S.18-31

SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm: [1988 a] Epidemiologie und Präventivmedizin - gesundheitspolitische Aspekte, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.131-142

SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm: [1988 b] Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, S.31-49

SCHWEFEL, Detlef: [1986] Effektivitäten von Steuerungspolitiken im Gesundheitswesen. Methodische Anmerkungen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd.159), Berlin 1986, S.555-567

SCHWEFEL, Detlef / EIMEREN, W. von / SATZINGER, W. (Hrsg.): [1986] Der Bayern-Vertrag. Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo 1986

SCHWEFEL, Detlef / LEIDL, Reiner: [1988] Bedarfsplanung und Selbstregulierung der Beteiligten im Krankenhauswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.187-208

SENDLER, Hans: [1986] Zum Verfassungsrahmen einer Strukturreform in der GKV, in: SGb, Heft 6 / 1986, S.230-235

SIEBEN, Günter: [1986] Möglichkeiten und Grenzen pretialer Lenkung im Krankenhaus, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.539-552

SIEBEN, Günter / GUTHARDT, Evelyn: [1981] Grundfragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Krankenhaus, in: Philipp Herder-Dorneich / Günter Sieben / Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 1), Gerlingen 1981, S.181-216

SMIGIELSKI, Edwin: [1981] Zur Problematik der Globalsteuerung im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Die Ortskrankenkasse, 63.Jg., Heft 13 / Juli 1981, S.521-526

SMIGIELSKI, Edwin: [1983] Aktionsparameter und Handlungsspielraum der Krankenkassenverbände im Rahmen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1 / 1983, S.17-26

SMIGIELSKI, Edwin: [1985] Das Konzept der „Strukturierten Budgetierung", in: Die Ortskrankenkasse, 68. Jg., Heft 6 / 7, 15. März / 1. April 1987, S.145-146

SOZIALENQUETE: [1966] Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquête-Kommission, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1966

SPD-BUNDESTAGSFRAKTION (Arbeitskreis Sozialpolitik): [1988] Eckdaten eines sozialdemokratischen Konzepts zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Bonn 4.März 1988

SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG: [1985] Konzept zu direkten Preisverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Arzneimittelherstellern. Status quo - Ziele - Wege zur Verwirklichung, Thesenpapier (unveröffentlicht), 28. August 1985

STANDFEST, Erich: Soziale Selbstverwaltung - Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik, in: Christian von Ferber / F.X. Kaufmann (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik (Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie) Opladen 1977, S.424

STARBATTY, J.: [1976] Erfolgskontrolle der Globalsteuerung, Frankfurt 1976

STOCKHAUSEN, Josef: [1988] Ergänzende Stellungnahme aus der Praxis: »Zuviel oder zu wenig Ärzte? - Probleme der Entwicklung der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus und in der freien Praxis«, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.181-186

STREIT, Manfred D.: [1988] Neokorporatismus und marktwirtschaftliche Ordnung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.33-60

T

TENNSTEDT, Florian: [1977] Soziale Selbstverwaltung. Gesichter der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1977

THEURL, Engelbert: [1986] Zur Erklärung der marktlichen und nichtmarktlichen Organisationsformen des Gesundheitswesens - Ansätze aus der „Neuen Institutionellen Ökonomie", in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.241-252

THIEMEYER, Theo: [1975 a] Soziale Selbstverwaltung unter ökonomischem Aspekt, in: Zeitschrift für Sozialreform, 21. Jg., Heft 9 / 1975, S.539-559

THIEMEYER, Theo: [1975 b] Krankenhausfinanzierung, in: Heinz Lampert (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 82, S.95-157

THIEMEYER, Theo: [1978] Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Martin Pfaff / Hubert Voigtländer (Hrsg.): Sozialpolitik im Wandel - von der selektiven zur integrativen Sozialpolitik, Bonn 1978, S.77 ff.

THIEMEYER, Theo: [1981] Ansatzpunkte einer Gesundheitsökonomik aus unternehmensmorphologischer Sicht, in: Philipp Herder-Dorneich / Günter Sieben / Theo Thiemeyer (Hrsg.):

Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981, S. 111-132

THIEMEYER, Theo: [1984 a] Ordnungspolitik im Krankenhausbereich. Nicht-Markt-Steuerung, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984, S.22-24

THIEMEYER, Theo: [1984 b] Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Helmut Winterstein [Hrsg.]: Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 133/II), Berlin 1984, S.63-97

THIEMEYER, Theo: [1985] Honorierungsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland (Ärzteeinkommen, Steuerungsprobleme usw.), in: Christian von Ferber/Uwe E. Reinhardt/Hans Schaefer/Theo Thiemeyer (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.35-58

THIEMEYER, Theo: [1986 a] Gesundheitsleistungen - Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg., Heft 5/6, Mai/Juni 1986, S.97-104

THIEMEYER, Theo: [1986 b] Das ärztliche Honorar als Preis, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.255-270

THIEMEYER, Theo: [1988] Strukturreform und gesellschaftliche Grundentscheidungen, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1/1988, S.17-22

TÖNS, H.: [1977] Kostensteuerung im Bereich der Leistungserbringung, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 20/1977, S.805-811

TROJAN, Alf (Hrsg.): [1986] Wissen ist Macht - eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen, Frankfurt 1986

U

UNTERHUBER, Hans: [1986] Preissteuerung in der Krankenhausversorgung - Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung von Preisen zur Steuerung der Versorgung mit Krankenhausleistungen, Dissertation, München 1986

V

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN e.V. (VdAK): [1983] Grundsätze der Angestellten-Ersatzkassen für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung, Siegburg 1983

VOIGT, R. (Hrsg.): [1980] Verrechtlichung. Analysen zur Funktion und Wirkung von Parlamentarisierung, Bürokratisierung und Justizialisierung sozialer, politischer und ökonomischer Prozesse, Königstein 1980

W

WANNAGAT, Georg: [1965] Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Band I, Tübingen 1965

WASEM, Jürgen: Braucht die GKV eine Reform an »Haupt und Gliedern«? Zu den Reformvorschlägen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, in: Krankenversicherung, Heft 2/Februar 1986, S.33-37

WEBBER, Douglas: [1988] Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland, in: Leviathan, Heft 2/1988, S.156-203

WEBER, Ingbert/MEYE, Maria Rita/FLATTEN, Günter: [1987] Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Entscheidungsgrundlagen für eine realistische Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, hrsg. von der Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele, Köln 1987

WERTENBRUCH, Wilhelm: [1975] Zur Selbstverwaltung im System der sozialen Sicherheit, in: Zeitschrift für Sozialreform, 21. Jg., Heft 9/1975, S.518-539

WESTPHAL, Eckhardt: [1981] Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse. Überlegungen zu einer gescheiterten Reform, in: Die Ortskrankenkasse, 63. Jg., Heft 13/Juli 1981, S.527-531

WESTPHAL, Eckhardt: [1986] Krankenhauspflegesätze 1986. Hat die Selbstkostenerstattung ausgedient?, in: Die Ortskrankenkasse, 68.Jg., Heft 1-2/1986, S.18-21

WIESENTHAL: [1981] Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus, Frankfurt-New York 1981

WINTERSTEIN, Helmut (Hrsg.): [1984] Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates I und II (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 133/I und 133/II), Berlin 1984

WINTERSTEIN, Helmut: [1984] Der Bayernvertrag. Ein Element der Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hartmut Winterstein (Hrsg.),Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates I (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 133/I), Berlin 1984, S.9-44

WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DES DGB (WSI): [1978] Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates. WSI-Studie Nr.35, Köln 1978

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG«: [1987] Vorschläge zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth Oktober 1987

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG«: [1988] Vorschläge zur Strukturreform der Krankenversicherung. Endbericht, Bayreuth Juni 1988

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1978 a] Kassenärztliche Bedarfsplanung (WIdO-Schriftenreihe Bd.1), Bonn 1978

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1978 b] Das Ärzteangebot bis zum Jahr 2000 (WIdO-Schriftenreihe Bd.2), Bonn 1978

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1979] Leistung und Finanzierung des Gesundheitswesens in den 80er Jahren. Fragen und Antworten zur künftigen Entwicklung (WIdO-Schriftenreihe Bd.7/8), Bonn 1979

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1981 a] Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und ihre Einflußfaktoren (WIdO-Materialien Bd.11), Bonn 1981

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1981 b] Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum. Fragen und Antworten zur rationellen Mittelverwendung im Gesundheitswesen (WIdO-Schriftenreihe Bd.14), Bonn 1981

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1983] Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland (WIdO-Materialien Bd.21), Bonn 1983

WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1984] Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken. Gutachten erstellt im Auftrag des Senators für Gesundheit, Soziales und Familie des Landes Berlin (WIdO-Schriftenreihe Band 7), Bonn, Oktober 1984

WORDL HEALTH ORGANIZATION (WHO) - REGIONALBÜRO FÜR EUROPA: [1985] Einzelziele für »Gesundheit 2000«, Kopenhagen 1985

Z

ZOHLNHÖFER, Werner/SCHMIDT, Paul-Günther: Preisbildung für kassenärztliche Leistungen im ambulanten Bereich in der Bundesrepublik Deutschland, in: Dietrich Adam/Peter Zweifel (Hrsg.): Preisbildung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.9), Gerlingen 1985, S.101-150

ZÖLLNER, Detlev: [1988] Die Beeinflussung der Ausgaben durch Steuerungsinstrumente, in: Sozialer Forschritt, 37. Jg., Heft 8/August 1988, S.

ZWEIFEL, Peter: [1985] Der Allgemeinpraktiker als zentrale Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen, in: Clemens-August Andreae/Engelbert Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.144-166

ZWEIFEL, Peter/WASER, Otto: [1986] Bonus-Optionen in der Krankenversicherung. Eine mikroökonomische Untersuchung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens

(Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd. 159), Berlin 1986, S.469-481

ZWEIFEL, Peter / EICHENBERGER, Reiner: [1988] Der Korporatismus der niedergelassenen Ärzte, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.159-180

ZWEIFEL, Peter / HAUSER, Heinz: Krankenversicherung unter Wettbewerbsbedingungen. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 76 / 1987, S.301-317

Verzeichnis der Tabellen und Schaubilder

TABELLEN Seite

Erster Teil: Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im gesundheitspolitischen Zusammenhang

Tabelle 1.1: Entwicklung der Lebenserwartung im internationalen Vergleich (1970-1983/84) 20
Tabelle 1.2: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Arbeiterrentenversicherung 1979-1988 (Männer) 22
Tabelle 1.3: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Arbeiterrentenversicherung 1979-1988 (Frauen) 22
Tabelle 1.4: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Angestelltenrentenversicherung 1979-1988 (Männer) 23
Tabelle 1.5: Neuzugänge an Versichertenrenten in der Angestelltenversicherung 1979-1988 (Frauen) 23
Tabelle 1.6: Rehabilitationsmaßnahmen 1986 nach Träger und Art der Maßnahme 39
Tabelle 1.7: Index kariöser, fehlender und gefüllter Zähne (DMFT-Index) und Zahnlosigkeit in verschiedenen Ländern 81
Tabelle 1.8: Marginale Parodonthose im internationalen Vergleich 82
Tabelle 1.9: Zahnmedizinisches Hilfspersonal pro aktivem Zahnarzt in verschiedenen Ländern, Anfang der 80er Jahr 83
Tabelle 1.10: Struktur und Kosten zahnmedizinischer Versorgung 85
Tabelle 1.11: Zahl und Zuwachsraten der Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln (Stand: 15.10.1987) 138
Tabelle 1.12: Anteile der Leistungsarten an den Gesamtausgaben für Heil und Hilfsmitteln 1970-1988 in % 140
Tabelle 1.13: Zahl der abzurechnenden Leistungserbringer auf dem Heilmittel-Sektor 140

Zweiter Teil: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Tabelle 2.1: Entwicklung von Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und Durchschnittseinkommen der Versicherten 1949-1989 (Jahr; in DM) 150
Tabelle 2.2: Entwicklung der Nettoleistungen der GKV an Rentner 1977-1988 (Querschnittsdaten) 151
Tabelle 2.3: Entwicklung der Leistungen der GKV an Familienangehörige 1982-1988 151
Tabelle 2.4: Beitragssatz in der GKV nach Leistungsausgaben für Mitglieder, Familienangehörige und Rentner 1982-1988 151
Tabelle 2.5: Entwicklung der Mitgliederverteilung der GKV nach Kassenarten 1938-1989 (in v. H.) 187
Tabelle 2.6: Verteilung der Beitragssätze auf Kassenarten und GKV-Pflichtmitglieder 1989 188
Tabelle 2.7: Allgemeiner Beitragssatz der Kassen(arten) am 1. Januar 1988; Region Hamburg 188
Tabelle 2.8: Allgemeiner Beitragssatz der Kassen(arten) am 1. Januar 1988; Region Württemberg-Baden 189
Tabelle 2.9: Grundlohnsummen der AKV-Mitglieder 1970-1988 (in DM) 192
Tabelle 2.10: Altersstruktur der AKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1988 - bundesweit) 194
Tabelle 2.11: Altersstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987 - Region Baden-Württemberg) 194
Tabelle 2.12: Geschlechtsstruktur der AKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. März 1989 - bundesweit) 195
Tabelle 2.13: Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten(1. Oktober 1987 - Region Baden-Württemberg) 195
Tabelle 2.14: Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten(1. Oktober 1987 - Region Hamburg) 195
Tabelle 2.15: Anzahl der Familienangehörigen an allen AKV-Mitgliedern (Familienlastquote) nach Kassenarten 1988 195
Tabelle 2.16: Verteilung der Arbeitslosen auf einzelne Kassenarten 1985-1989 (bundesweit) 197
Tabelle 2.17: Anteil der Arbeitslosen an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1985-1989 (bundesweit) 197
Tabelle 2.18: Anteil der Arbeitslosen an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1987 (Raum Hamburg/Baden-Württemberg) 197
Tabelle 2.19: Verteilung der Behinderten und Rehabilitanden auf einzelne Kassenarten 1989 199
Tabelle 2.20: Anteil der Behinderten und Rehabilitanden an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1989 (in v. H.) 200
Tabelle 2.21: Beitragssätze der Kassen(arten) vor und nach kassenartenübergreifendem Grundlohnausgleich (1. Juni 1987) 206
Tabelle 2.22: Beitragssätze und finanzielle Be-/Entlastung der Kassenarten bei Auflösung der KVdR mit und ohne Risikostrukturausgleich 1986 207
Tabelle 2.23: Durchschnittliche Beitragssätze für Pflichtmitglieder (1. Juni 1989) 209

SCHAUBILDER Seite

Erster Teil: Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im gesundheitspolitischen Zusammenhang

Schaubild 1.1: Positive und negative Anreize der Einzelleistungsvergütung, der Pauschale und des Gehalts 78
Schaubild 1.2: Kariesfreie Gebisse bei 5- bis 6jährigen Anfang der 80er Jahre 80
Schaubild 1.3: Index kariöser, fehlender und gefüllter Zähne (DMFT-Index) bei 12jährigen im internationalen Vergleich (1986) 80
Schaubild 1.4: Index kariöser, fehlender und gefüllter Zähne (DMFT-Index) für die Bundesrepublik Deutschland (1983) 81
Schaubild 1.5: Zahnärzte in der Bundesrepublik - Entwicklung im Zeitverlauf 83
Schaubild 1.6: Pro-Kopf-Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung 84
Schaubild 1.7: Anteil der Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung am BSP 84
Schaubild 1.8: Zahnärztliche Füllungstherapie 88
Schaubild 1.9: Leistungsausgaben der GKV je Mitglied für ausgewählte Leistungsbereiche von 1977-1987 137
Schaubild 1.10: Substitutionsmöglichkeiten als Abgrenzungskriterium für alternative Steuerungsansätze im Heil- und Hilfsmittelbereich 148

Zeiter Teil: Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Schaubild 2.1: Prozentuale Anteile der Pflicht- und freiwillig Versicherten in der GKV an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland 159
Schaubild 2.2: Wachstumsraten des gesamten Beitragsaufkommens der GKV in Prozent 159
Schaubild 2.3: Solidarausgleich und Wahltarife in der GKV 161
Schaubild 2.4: Kassenzuständigkeit bei Versicherungspflichtigen 174
Schaubild 2.5: Kassenarten und Zurückweisungs- bzw. Ausschlußmöglichkeiten 176
Schaubild 2.6: Kassenarten und Beitragsgestaltung bei Versicherungspflichtigen 177
Schaubild 2.7: Kassenarten und Tragung der Beitragslast bei Versicherungspflichtigen 179
Schaubild 2.8: Kassenarten und Beitragsentrichtung bei Versicherungspflichtigen 180
Schaubild 2.9: Kassenarten und Leistungen an Versicherungspflichtige 183
Schaubild 2.10: Kassenarten und Vertragsrecht 184

Verzeichnis der Kommissions-Drucksachen

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
1	Thesen zu Strukturproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung	Prof. Dr. Neubauer 02. 09. 1987
2	Mängelanalyse des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland - Thesenpapier -	Prof. Dr. Oberender 02. 09. 1987
3	Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen und Strukturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung	Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners 03. 09. 1987
4	Standpunkte der betrieblichen Krankenversicherung zu Strukturproblemen im Gesundheitswesen	Bundesverband der Betriebskrankenkassen 25.08.1987
5	Rechtlicher Rahmen für eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung	Prof. Dr. Gitter 10.09.1987
6	Vorschlag der Fraktion der SPD für einen Arbeitsplan der Enquete-Kommission	Fraktion der SPD 10.09.1987
7 (neu)	Überlegungen für einen Arbeitsplan der Enquete-Kommission	Dr. Rosenbrock 08.09.1987
8	Arbeitsschwerpunkte der Enquete-Kommission	Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners 01.10.1987
9	Vorschlag des Vorsitzenden für einen Arbeitsplan der Enquete-Kommission	Klaus Kirschner, MdB 07.10.1987
10	Strukturreform der GKV als gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe	Dr. Rosenbrock 04.09.1987
11	Einschätzung der Strukturprobleme der GKV hinsichtlich des stationären Versorgungsbereiches	Prof. Dr. Genzel 8./9.10.1987
12	Vorschläge Dritter zur Strukturreform im Gesundheitswesen - Stellungnahmen von Verbänden und Organisationen -	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 01.10.1987
13	Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung	Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ 09.10.1987
14	Stellungnahme zur Strukturreform der GKV	Deutscher Bäderverband 09.10.1987
15	Stellungnahme zur Strukturreform der GKV	Reichsbund der Kriegsopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen 09.10.1987
16	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesverband der Betriebskrankenkassen 20.10.1987
17	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. 21.10.1987
18	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesverband der Innungskrankenkassen 21.10.1987
19	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	AOK-Bundesverband 22.10.1987

20	AOK-Vorstellungen zur Strukturreform der GKV	AOK-Bundesverband 22.10.1987
21	Stellungnahme zur Anhörung zur Strukturreform der GKV	Verband der privaten Krankenversicherung 23.10.1987
22	Statistische Informationen über Versicherte in der GKV	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 21.10.1987
23	Gruppenspezifische Morbiditäten im Handwerk (Modell einer Auswertung einer Erhebung der IKK Mettmann)	Bundesverband der Innungskrankenkassen 26.10.1987
24	Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht	Kommission „Krankenhausfinanzierung" der Robert-Bosch-Stiftung 27.10.1987
25	„Ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem den Volkskrankheiten gewachsen?"	Prof. Dr. Christian von Ferber 05.11.1987
26	Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf Krankheitsbilder und -häufigkeit	Dr. J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg 05.11.1987
27	Veränderung des Krankheitspanoramas und Trends zur Prävention und Versorgung	Prof. Dr. F.-W. Schwartz 10.11.1987
28	Statistische Informationen zur Belastung von Ortskrankenkassen durch besondere Sozialgruppen	Bundesverband der Ortskrankenkassen 02.11.1987
29	Prävention als Aufgabe der GKV	Prof. Dr. M. Arnold 11.11.1987
30	Prävention als Aufgabe der GKV	Prof. Dr. F.-W. Schwartz 11.11.1987
31	Schichten-/gruppenspezifische Morbiditäten und Mortalitäten	Prof. Dr. R. Müller 12.11.1987
33	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems"	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft 20.11.1987
34	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems"	Bundesärztekammer 18.11.1987
35	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems"	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 20.11.1987
36	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems"	Kassenärztliche Bundesvereinigung 20.11.1987
37	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems"	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 19.11.1987
38	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems"	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 23.11.1987
39	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems"	Deutscher Gewerkschaftsbund 20.11.1987
40	Die „Dortmunder Entschließung"	Techniker-Krankenkasse 24.11.1987

41	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Kassenärztliche Bundesvereinigung in Abstimmung m.d. Bundesärztekammer 18.11.1987
42	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesärztekammer 27.11.1987
43	Stellungnahme zu Fragen der Sicherung des Soldaritätsprinzips	Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen 01.12.1987
44	Zur Entwicklung in der GKV und zur Gesundheitspolitik	Reichsbund der Kriegsopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V. 01.12.1987
45	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätspinzips	Verband d. Angestellten-Krankenkassen e.V. 10.12.1987
45a	Argumentationshilfen der Ersatzkassen zu Themenkreisen der Strukturreform im Gesundheitswesen	Verband d. Angestellten-Krankenkassen e.V. 01.12.1987
46	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	AOK-Bundesverband 01.12.1987
47	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesverband der Betriebskrankenkassen 02.12.1987
48	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands 03.12.1987
49	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Deutscher Gewerkschaftsbund 30.11.1987
50	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesverband der Innungskrankenkassen 03.12.1987
51	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Familienbund der Deutschen Katholiken 03.12.1987
52	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft 03.12.1987
53	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 10./11.12.1987
54	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer 03.12.1987
55	Definition des Solidaritätsprinzips	Prof. Dr. Beske 01.12.1987
56	Reformkonzept der Koalition zur Strukturreform der GKV	CDU/CSU und FDP 04.12.1987
57	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Deutscher Beamtenbund 10.12.1987

58	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Kommissionssekretariat (Arbeitsunterlage) 09.12.1987
59	Vorentwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG)	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 18.12.1987
60	Stellungnahme zur Absicherung des Pflegefallrisikos (GRG)	Familienbund der Deutschen Katholiken 05.01.1988
61	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 20.01.1988
62	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Verband der Alleinstehenden Mütter und Väter 29.01.1988
63	Entstehung, Aufgaben und Ziele der Krankenhauspflege	Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege 18.12.1987
64	Standpunkte für eine Strukturreform der GKV	Verband Deutscher Zahntechniker 01.02.1988
65	Stellungnahme: Gesundheitsberichterstattung	Prof. Dr. von Ferber 24.02.1988
66	Stellungnahme: Gesundheitsberichterstattung	Dipl.-Vw. E. Schach 27.02.1988
67	Presseartikel: Im Dienste einer Wohlstandsgesellschaft	Prof. Dr. Beske 22.02.1988
68	Stellungnahme: Gesundheitsziele der WHO - „Gesundheit 2000" - im deutschen Gesundheitswesen - utopisch oder notwendig?	Prof. Dr. Schwartz 04.03.1988
69	Medizinische Orientierungsdaten - eine Herausforderung an das Gesundheitswesen	Prof. Dr. Schwartz 04.03.1988
70	Stellungnahme: Gesundheitsberichterstattung	Prof. Dr. von Ferber 01.03.1988
71	The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980's	M. Whitehead (Hrsg.)
72	Wiss. Kontroverse zw. Dr. Rosenbrock und Prof. Oberender zur Frage „Mehr Markt im Gesundheitswesen", insbesondere in der Arzneimittelversorgung	Dr. Rosenbrock und Prof. Dr. Oberender 25.04.1988
73	Überlegungen zu einer Neubestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV	Prof. Dr. Neubauer 10.05.1988
74	Überlegungen zur Vereinbarkeit von „Wahltarifen" mit dem Solidarausgleich in der GKV	Prof. Dr. Neubauer 10.05.1988
75	Angebot für ein Gutachten „Chronische Krankheiten des Kreislaufsystems und zugehörige Risikofaktoren"	Vorstand der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DPH) Prof. Dr. Hoffmeister 11.05.1988
76	Krankenhäuser 1987 Statistischer Spiegel	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen 03.05.1988
77	Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich	BMA Forschungsbericht 160 (Gesundheitsforschung) 08.06.1988
78	Reisebericht Schweiz/Frankreich	Kommissionssekretariat 08.06.1988

79	Aufgaben einer sozialen Krankenversicherung in der Arzneimittelversorgung	Dr. Gerd Glaeske 31. Mai 1988
80	Was ist Allgemeinmedizin - ein Arbeitspapier	Dr. H.-H. Abholz 23.06.1988
81	Möglichkeiten der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors	Prof. Dr. Arnold 23.06.1988
82	Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Zwischenbericht der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 08.06.1988
83	Adäquate stationäre Versorgung von Alters- und Langzeitkranken	BMA Forschungsbericht 157 (Gesundheitsforschung) 23.06.1988
84	Mehr Wirtschaftlichkeit in der GKV durch Ausschreibung von Versorgungsanträgen	Prof. Dr. Neubauer 27.06.1988
85	Antrag „Reform des Gesundheitswesens“	Fraktion der SPD (BT-Drs. 11/2500) 16.06.1988
86	Übersetzung der Stellungnahme von Prof. Jarman: „Gesundheitsberichterstattung in Großbritannien“	Bundessprachenamt
87	Übersetzung der Stellungnahme von Dr. Svensson: „Gesundheitsberichterstattung in Schweden“	Bundessprachenamt
88	Übersetzung der Stellungnahme von Prof. Fox: „Gesundheitsberichterstattung in Großbritannien“	Bundessprachenamt
89	Aufgaben einer sozialen Krankenversicherung in der Arzneimittelversorgung	Prof. Dr. Wille 30.06.1988
90	Thesenpapier: „Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“	AOK-Bundesverband 07.07.1988
91	Stellungnahme zu den Analysen und Vorschlägen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik 04.07.1988
92	Stellungnahme zu den Analysen und Vorschlägen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	Verband Physikalische Therapie 05.07.1988
93	Aufgaben der GKV in der Arzneimittelversorgung	G. Brenner/Dr. Karl Kimbel 12.07.1988
94	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	AOK-Landesverband Württemberg-Baden 12.07.1988
95	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Innungskrankenkassen Hamburg 05.07.1988
96	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Innungskrankenkassen Baden-Württemberg
97	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Deutsche Angestellten-Krankenkasse 27.06.1988
98	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg 15.07.1988
99	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	AOK-Krankenkasse Hamburg

100	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Techniker-Krankenkasse 15.07.1988
101	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Betriebskrankenkassen Hamburg 22.97.1988
102	Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich	Prof. Dr. Männer Juli 1988
103	Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich	Prof. Dr. F. Breyer Juni 1988
104	Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen	Prof. Dr. Brennecke Juli 1988
105	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Wiss. Institut der Ortskrankenkassen, Dr. Paffrath 05.08.1988
106	Ambulante Versorgung als Aufgaben der GKV	Dr. Huber 08.08.1988
107	Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen einer Strukturreform	Dr. Rosenbrock August 1988
108	Sozialepidemiologische Berichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik	Dr. Borgers/ Prof. Dr. Laaser August 1988
109	Sonderauswertung von Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie	Mitarbeiter der DHP-Studie - Prof. Dr. Hoffmeister u.a. August 1988
110	Aufgaben der GKV auf dem Gebiet der Prävention	Dr. Rosenbrock 16.02.1988
111	Aufgaben der GKV im Bereich der stationären Versorgung	Prof. Dr. Genzel 28.04.1988
112	Prävention als Aufgabe der GKV	Prof. Dr. Beske 26.05.1988
113	Stellunganhme vor dem BT-Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zum Thema „Krankheitsverhütung/Prävention"	Dr. Rosenbrock Juni 1988
114	Reform der Rehabilitation und der sozialen Sicherung bei Invalidität	Eugen Glombig 07.07.1988
115	Einführung von Kostenerstattungsregelungen in der GKV	AOK-Bundesverband 23.06.1988
116	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems	Dr. Rosenbrock August 1988
117	Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung	H. Kühn Februar 1988
118	Erfahrungen der Ersatzkassen mit der Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit für freiwillig Versicherte	E. Schupeta 19.05.1988
119	Probleme der Krankenkassenorganisation	G. Bauer 05.05.1988
120	Probleme der Krankenkassenorganisation	Dr. Berg 05.05.1988
121	Probleme der Krankenkassenorganisation	Prof. Dr. Cassel 05.05.1988
122	Probleme der Krankenkassenorganisation	Dr. Paquet 05.05.1988

123 123 (neu)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Prävention	Bericht der Arbeitsgruppe I, 08.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 19.10.1988
124 124 (neu)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation	Bericht der Arbeitsgruppe I, 08.09.1988/Überarbeitung des Berichts, Oktober 1988
125	Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bericht der Arbeitsgruppe IV 13.09.1988
126	Gliederung des Krankenversicherungssystems	Bericht der Arbeitsgruppe IV 12.09.1988
127	Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems	Bericht der Arbeitsgruppe II 22.09.1988
128 128 (neu)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems im Bereich der Krankenversorgung	Bericht der Arbeitsgruppe I, 22.09.1988/Überarbeitung des Berichts, Oktober 1988
129	Ökonomie der Gesundheitserziehung	Prof. Dr. Oberender Oktober 1988
130 130 (neu)	Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung	Bericht der Arbeitsgruppe IV, 23.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 14.10.1988
131	Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten	Bericht der Arbeitsgruppe IV 27.09.1988
132	Probleme einer Organisationsreform der sozialen Krankenversicherung	Kommissionssekretariat, Übersicht zu den Berichtsteilen der Arbeitsgruppe IV 23.09.1988
133	Der Mitgliederkreis der Ersatzkassen	Eugen Glombig in: Die Ersatzkasse August 1988
134 134 (neu)	Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	Bericht der Arbeitsgruppe III, 26.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 20.10.1988
135 135 (neu)	Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens	Bericht der Arbeitsgruppe III, 26.09.1988/Überarbeitung des Berichts, Oktober 1988
136 136 (neu)	Die ambulante ärztliche Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe III, 28.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 28.10.1988

137 137 (neu)	Die stationäre Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe III, 28.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 20.10.1988
138 138 (neu)	Die ambulante zahnärztliche Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe III, 28.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 20.10.1988
139 139 (neu)	Der Arzneimittelsektor	Bericht der Arbeitsgruppe III, 20.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 28.10.1988
140	Standpunkte und Forderungen zur Strukturreform der zahnärztlichen Versorgung	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 08.06.1988
141	Wirtschaft, Ethik und das amerikanische Gesundheitswesen	Prof. E. Reinhardt, Ph. Übersetzung September 1988
142	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit	Kommissionssekretariat 20.10.1988
143	Vorläufiges Inhaltsverzeichnis für den Berichtsentwurf	Kommissionssekretariat 13.10.1988
144	Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	Kommissionssekretariat 20.10.1988
145	Ergänzungsantrag zum Bericht der Arbeitsgruppe I (Prävention)	Proff. Dr. Genzel, Dr. Gitter, Dr. Neubauer, Dr. Oberender 07.10.1988
146	Arzneimittel - ein Lutscher für Kinder? Bemerkungen zur Kritik von Rosenbrock	Prof. Dr. Oberender 22.09.1988
147	Ergänzungsantrag zur Komm.-Drs. 128	Prof. Dr. Oberender 17.10.1988
148	Stellungnahme zu ausgewählten Punkten des Berichts der Arbeitsgruppe III	Prof. Dr. Beske 19.10.1988
149	Ergänzunganträge zu Komm.-Drs. 134 und 139	Prof. Dr. Oberender 24.10.1988
150	Ergänzungsanträge zu Komm.-Drs. 126, 128 und 137	Prof. Dr. Neubauer 24.10.1988
151	Entwurf einer Zusammenstellung von Schlußfolgerungen, Reformoptionen und Empfehlungen	Kommissionssekretariat 28.10.1988
152	Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich	Expertenkommission der Bundesregierung 11.11.1988
153	Stellungnahme des Zentralverbandes der Augenoptiker zum Zwischenbericht der Enquete-Kommission	Zentralverband der Augenoptiker 17.01.1989
154	Zusammenstellung von Schriften und Materialien von Alfred Schmidt betreffend Probleme der Rehabilitation und Lösungswege zur Weiterentwicklung	Alfred Schmidt Mai 1989
155	Antworten von Krankenkassenverbänden zum Fragenkatalog der Kommission zum Thema „Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen der Bundesrepublik“	AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Verband der Angestellten-Krankenkassen 16.06.1989

155 a	Antworten des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen zum Fragenkatalog der Kommission zum Thema „Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen der Bundesrepublik“	Bundesverband der IKK 30.06.1989
156	Das Krankenhaus im Jahre 2000 - Seine medizinische und pflegerische Funktion (Krankenhauskolloquium „Krankenhausbehandlung - Herausforderung der Zukunft“; Festveranstaltung 40 Jahre Krankenhausgesellschaft 27. April 1989 in Köln)	Prof. Dr. Beske April 1989
157 157 (neu) 157 (Klausur)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Prävention	Bericht der Arbeitsgruppe II (neu); 24.07.1989 Überarbeitungen 1. und 2. Lesung, 24.10./30.10.1989
158 158 (neu)	Entwicklung von Morbidität und Mortalität	Bericht der Arbeitsgruppe II (neu) 24.07.1989 / Überarbeitung 1. Lesung 24.10.1989
159 159 (neu) 159 (Klausur)	Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems	Bericht der Arbeitsgruppe II (neu) 07.08.1989 / Überarbeitung Dr. Huber 27.10.1989 / Überarbeitung 2. Lesung 02.11.1989
160 160 (neu) 160 (Klausur)	Arzneimittelversorgung	Bericht der Arbeitsgruppe II (neu) 28.08.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 12.10./31.10.1989
161 161 (neu) 161 (Klausur)	Ambulante Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe II (neu) 31.08.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 26.10./31.10.1989
162 162 (neu) 162 (Klausur)	Aufgaben, Kapazitäten und Steuerung der stationären Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe III (neu) 01.09.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 24.10./30.10.1989
163 163 (neu) 163 (Klausur)	Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bericht der Arbeitsgruppe I (neu) 04.09.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 28.09./03.11.1989
164 164 (neu) 164 (Klausur)	Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung	Bericht der Arbeitsgruppe I (neu) 04.09.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 23.10./30.10.1989
165 165 (neu) 165 (Klausur)	Heil- und Hilfsmittelversorgung	Bericht der Arbeitsgruppe II (neu) 06.09.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 19.10./31.10.1989
166	Stellungnahme der Koalitionsabgeordneten zum Zwischenbericht der Enquete-Kommission	Dr. Karl Becker, MdB Dr. Paul Hoffacker, MdB Editha Limbach, MdB Gerhard Scheu, MdB Dr. Dieter Thomae, MdB 05.09.1989
167	Stellungnahme zu Berichtsteilen (Komm.-Drs. 157, 158)	Prof. Dr. Beske 06.09.1989

168 168 (neu) 168 (Klausur)	Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht zu den Leistungserbringern	Bericht der Arbeitsgruppe I (neu) 15.09.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 12.10./03.11.1989
169	Stellungnahme zu Berichtsteilen (Komm.-Drs. 159, 160, 161, 162, 165)	Prof. Dr. Beske, 11.09.1989
170 170 (neu) 170 (Klausur)	Gliederung des Krankenversicherungssystems / Reform der Kassenorganisationsstruktur	Bericht der Arbeitsgruppe I (neu) 15.09.1989 Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 25.10./30.10.1989
171	Stellungnahme zu Berichtsteilen (Komm.-Drs. 157, 158)	Dr. Dieter Thomae, MdB 12.09.1989
172	Gesundheitsstrukturreform und stationäre Versorgung	Prof. Dr. Genzel in: Bayerische Verwaltungsblätter, 15. August 1989, S. 481 ff.
173	Stellungnahme zur Komm.-Drs. 170 (Gliederung des Krankenversicherungssystems/Reform der Kassenorganisationsstruktur)	Prof. Dr. Beske 25.09.1989
174 174 (neu) 174 (Klausur)	Psychiatrische Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppen II und III (neu) 28.09.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 30.10./03.11.1989
175	Stellungnahme zur Komm.-Drs. 159 (Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems)	Dr. Karl Becker, MdB 26.09.1989
176 176 (neu) 176 (Klausur)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation	Bericht der Arbeitsgruppen II und III (neu) 13.10.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 27.10./02.11.1989
177 177 (neu) 177 (Klausur)	Kassenzahnärztliche Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe II (neu) 20.10.1989 / Überarbeitungen 1. und 2. Lesung 31.10./02.11.1989
178	Alternativen der Steuerung im Gesundheitswesen	Kommissionssekretariat 18.10.1989
179	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 161 (Ambulante Versorgung)	Dr. Karl Becker, MdB 12.09.1989
180	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 165 (Heil- und Hilfsmittelversorgung)	Eugen Glombig, 04.10.1989
181	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 160 (Arzneimittelversorgung)	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 10.10.1989
182	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 164 (Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung)	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 19.10.1989
183	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 161 (Ambulante Versorgung)	Dr. Karl Becker, MdB 23.10.1989
184	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 165 (Heil- und Hilfsmittelversorgung)	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 23.10.1989
185	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 162 (Stationäre Versorgung)	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 23.10.1989

186 186 (neu)	Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	Kommissionssekretariat 25.10.1989 / Überarbeitung 1. Lesung 03.11.1989
187	Handeln statt Schlucken - Gesundheitspolitische Strategien zum rationellen Umgang mit Arzneimitteln	Dr. Ellis E. Huber 03.11.1989
188	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 163 (neu) (Solidaritätsprinzip)	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 23.10.1989
189	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 174 (Psychiatrische Versorgung)	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 24.10.1989
190	Arzneimittelfestbeträge - Die Preiskompensation der Pharma-Industrie	Herbert Reichelt, WidO Oktober 1989
191	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 170 (Reform der Kassenorganisationsstruktur)	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 26.10.1989
192	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 165 (neu) (Heil- und Hilfsmittelversorgung)	Eugen Glombig, 26.10.1989
193	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 177 (Kassenzahnärztliche Versorgung)	Prof. Dr. Gitter, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. Oberender, 26.10.1989
194	Änderungsanträge zur Komm.-Drs. 168 (Rechtliche Unterschiede zwischen den Kassenarten)	Dr. Karl Becker, MdB 27.10.1989
195	Stellungnahme zur Komm.-Drs. 177 (Kassenzahnärztliche Versorgung)	Prof. Dr. Beske, 30.10.1989
196	Formulierungsvorschläge zur Komm.-Drs. 165 (neu) (Heil- und Hilfsmittelversorgung)	Dipl.-Vw. Hartmut 29.10.1989
197	Änderungsantrag zur Komm.-Drs. 186 (Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit)	Editha Limbach, MdB 27.10.1989
198	Gliederung des Endberichts	Kommissionssekretariat 31.10.1989
199	Bericht der Koalitionsabgeordneten zum Thema „Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems“	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 18.12.1989
200	Vorläufige Fassung des Endberichts für die Redaktionssitzung am 25./26. Januar 1990	Kommissionssekretariat 12.01.1990
201	Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner und Dr. Rosenbrock zum Thema „Arzneimittelversorgung“	Ingrid Becker-Inglau, MdB u.a. 04.01.1990
202	Minderheitenvotum von Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner und Dr. Rosenbrock zum Berichtsteil „Gliederung des Krankenversicherungssystems/Reform der Kassenorganisationsstruktur“	Ingrid Becker-Inglau, MdB u.a. 10.01.1990
203	Minderheitenvotum von Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner und Dr. Rosenbrock zum Berichtsteil „Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung“	Ingrid Becker-Inglau, MdB u.a. 23.01.1990
204	Bericht der Kommissionsmitglieder Abg. Frau Becker-Inglau, Glombig, Abg. Haack, Dr. Huber, Abg. Kirschner, Dipl.-Vw. Reiners, Dr. Rosenbrock und Abg. Frau Wilms-Kegel zum Thema „Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems“	Ingrid Becker-Inglau, MdB u.a. 25.01.1990
205 205 a	Erklärungen zu den Abstimmungen über den Endbericht	Heike Wilms-Kegel, MdB 25.01./02.02.1990
206	Bericht der Koalitionsabgeordneten sowie Prof. Dr. Beske, Prof. Dr. Genzel, Prof. Dr. Gitter, Prof. Dr. Neubauer und Prof. Dr. Oberender zum Thema „Arzneimittelversorgung“	Dr. Karl Becker, MdB u.a. 05.02.1990

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon 02 28/36 35 51, Telefax 02 28/36 12 75
ISSN 0722-8333