

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung  
ISSN-0948-048X

**P99-205**

**Versorgungsqualität - Solidarität –  
Wirtschaftlichkeit**  
Anforderungen an eine Strukturreform  
der Gesetzlichen Krankenversicherung

von

**Rolf Rosenbrock**

Berlin, Oktober 1999

Publications series of the research unit Public Health Policy  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung  
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50  
Tel.: 030/25491-577



## ABSTRACT

Funktionsdefizite der Krankenversorgung und des Modells der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) werden seit Jahrzehnten beklagt und kritisiert. Im vorliegenden Papier werden einige der zentralen Kritikpunkte aufgenommen und nach Perspektiven für ihre Lösung gefragt.

Ausgehend von dem der GKV zugrundeliegende Steuerungsmodell und der Formulierung eines allgemeinen Zielsystems der gesellschaftlichen Gesundheitssicherung wird nach Anpassungen gefragt, die notwendig wären, um in diesem Rahmen der veränderten Struktur und Dynamik der gesundheitlichen Versorgungsprobleme gerecht zu werden.

Im Sinne einer integrierten Versorgungsperspektive werden sodann Defizite und Fehlsteuerungen beim Zugang bzw. bei der Inanspruchnahme, in der horizontalen und vertikalen Versorgungsintegration, beim Leistungsspektrums, in der ordnungspolitischen Performanz sowie der ökonomischen Steuerung skizziert.

Lösungsansätze werden in Veränderungen von Zuständigkeiten, Institutionen und Anreizen im Versorgungssystem sowie in der Anwendung neuer Steuerungsinstrumente durch den Staat (Globalbudget, Patientenrechte) sowie durch die GKV bzw. die gemeinsame Selbstverwaltung (Leitlinien, neue Vertragsformen) gesehen.

Eine andere Fassung dieses Papiers ist erschienen in: Horst Schmitthenner/Hans-Jürgen Urban (Hg.): Sozialstaat als Reformprojekt. Optionen für eine andere Politik, VSA-Verlag, Hamburg 1999, S. 175 - 195

## **Einleitung: Die versorgungspolitische Perspektive**

Das institutionalisierte System der Gesundheitssicherung in Deutschland wird trotz und zum Teil aufgrund der zahlreichen und oft hektischen Neuerungsversuche der letzten Jahre den Anforderungen einer auf modernen gesundheitswissenschaftlichen Befunden beruhenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zunehmend weniger gerecht. Es besteht ein erheblicher Modernisierungsbedarf im Hinblick auf Qualifikationen, Institutionen, Kooperationsformen und Anreizsysteme, der ohne zum Teil schmerzliche Eingriffe und ohne einen tiefgreifenden Wandel der Medizinkultur nicht zu befriedigen sein wird.

Einzelne Versorgungsaggregate wie die ambulante oder stationäre Versorgung können dabei weder isoliert betrachtet noch reformiert werden, vielmehr beruht ein erheblicher Teil der oft und seit langem konstatierten Defizite gerade auf der historisch gewachsenen Desintegration dieser Aggregate im gesamten Versorgungssystem (Deutscher Bundestag 1988, 1990).

Das gesamte Versorgungssystem wiederum kann weder nur unter medizinpolitischen noch - wie heute leider zunehmend üblich - nur unter finanzpolitischen Gesichtspunkten betrachtet oder gar zielführend reformiert werden. Notwendig ist vielmehr eine **integrierende, versorgungspolitische Perspektive**, deren Elemente sich aus zielführenden Antworten auf drei Leitfragen ergeben (Rosenbrock 1998):

Findet jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem (d.h. Erkrankungsrisiko und/oder Erkrankung) zum richtigen Zeitpunkt den richtigen Eingang in das zuständige Subsystem des Gesundheitswesens? (Zugangsrationalität)

Erfährt jeder Versicherte/Patient eine kontinuierliche, integrierte, auf sein Problem sowie seine Individualität und seine soziale Lage zugeschnittene Versorgung? (Versorgungsqualität und Effektivität)

Werden die notwendigen Leistungen der Gesundheitssicherung mit möglichst wenig professioneller Intervention und mit möglichst geringem Aufwand erbracht? (Selbstbestimmung und Effizienz)

Der Kontext der Weiterentwicklung der Versorgung ergibt sich einerseits aus der Größe, Verteilung und Dynamik der zu versorgenden Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung und andererseits aus dem in Deutschland gewachsenen Steuerungsmodell der gesundheitlichen Versorgung.

## **Das Steuerungsmodell der GKV**

Die heutige GKV-Welt ist zwar nun wirklich nicht die beste aller Welten, und ihr gegenwärtiger Zustand ist nicht gut. Aber sie bietet unter allen Systemalternativen nach wie vor wahrscheinlich die besten Voraussetzungen sowohl für die Modernisierung als auch für die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung. Das liegt an ihren fünf zentralen Steuerungskomponenten, die — obwohl nicht aus demokratisch-sozialstaatlichen Motiven sowie in einer ande-

ren als der heutigen Gesellschaftsformation entwickelt (Tennstedt 1976, 1983) - auch mit modernen Erkenntnissen der Systemtheorie oder mit Konzepten der Organisationsentwicklung und Selbststeuerung (Naschold 1993) kaum besser hätten erfunden werden können. Idealisierend, also ohne Berücksichtigung der vielfältigen Modifikationen und Einschränkungen in der tatsächlichen Umsetzung, bilden diese fünf Steuerungskomponenten das Steuerungsmodell:

1. Der demokratisch legitimierte **Staat** übernimmt und trägt die Letztverantwortung für die Regulierung bzw. Kompensation von Risiken, deren Bewältigung den Einzelnen und seine Familie in der Marktgesellschaft überfordert. Er setzt für dieses Geschehen die Rahmenbedingungen, führt die Aufsicht und greift ein, wenn die eingebaute Selbststeuerung nachhaltig versagt.

2. Der Staat entlastet sich — politisch, organisatorisch und finanziell — durch möglichst weitgehende Delegation der Steuerungsaufgaben an Organe der **Selbstverwaltung**. Auf Seiten des Versorgungsgeschehens sind dies vertrags- und selbstbindungsfähige Verbände der Leistungsproduzenten, auf Seiten der Finanzierung und Steuerung sind dies die Organe und Verbände der GKV unter der Verantwortung von Kapital und Arbeit als den beiden entscheidenden und direkt interessierten gesellschaftlichen Kräften. Verantwortungs- und interessen gerecht sind Kapital und Arbeit paritätisch an der Finanzierung und Steuerung beteiligt. Die Finanzierung aus beitragsgespeisten Sonderetats ('Parafisci') mindert im Vergleich zur Steuerfinanzierung die Abhängigkeit von Steuerfluß und (politischen wie ökonomischen) Konjunkturen.

3. Durch die Abkopplung der Beiträge vom individuellen Risiko und durch die Finanzierung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit im Umlageverfahren in Form eines festen Prozentsatzes vom Einkommen (Bruttolohn) wird das **Solidarprinzip** realisiert. Dies führt zu neben dem jeder Krankenversicherung inhärenten Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken zu dauernden und beträchtlichen Umverteilungen zwischen besser und weniger gut Verdienenden, zwischen jung und alt, Mann und Frau, Familien und Singles.

4. Das **Sachleistungsprinzip** entlastet einerseits das individuelle Versorgungsgeschehen von direkten Geld- und Vertragsbeziehungen zwischen Versicherten/Patienten und Leistungsproduzenten und verschafft andererseits den Kassen die zur Steuerung und Qualitätssicherung notwendige Nachfragemacht.

5. Die Formulierung, das Einbringen und die Aushandlung der jeweiligen Interessen sowie Druck bzw. Zwang zum Kompromiß zwischen den Vertragspartnern werden durch die **Aushandlung von Leistungen und Preisen der Versorgung zwischen Verbänden** der Leistungsproduzenten und Krankenkassen unter Aufsicht des Staates, der dabei u.a. für 'gleich lange Spieße' zu sorgen hat, gewährleistet.

Das Steuerungsmodell geht davon aus, daß jeder Akteur — einzeln oder im Verband — seine Interessen einbringt und mit den anderen Akteuren aushandelt. Insofern sind alle Akteure gleich „frei“. Zugleich kann das System nur funktionieren, wenn alle Akteure neben ihren eigenen ökonomischen und professionellen Interessen auch Kriterien der Bedarfsorientierung und des Gemeinwohls achten. Insofern agieren alle Akteure auch im — zwar vom Staat for-

mulierten, letztlich aber — gesellschaftlichen Auftrag. Das System hat immanent keine Instrumente, um die Einhaltung dieser Funktionsvoraussetzung zu erzwingen bzw. ihre Verletzung zu ahnden, und damit Akteure daran zu hindern, an dem Ast, auf dem alle sitzen, zu sägen. Die geforderte Gemeinwohlorientierung provoziert auf der anderen Seite eine dauernde intensive Ideologieproduktion: Die Erfüllung von Partial- und Sonderinteressen von Leistungsproduzenten wird regelmäßig als unverzichtbare Voraussetzung für den gesellschaftlichen Versorgungsauftrag camoufliert.

Das Steuerungsmodell soll Prozesse der Aushandlung von Zielen, Prioritäten, Qualitäten, Mengen und Preisen durch die verbandlichen Akteure auslösen und steuern. Wettbewerb bzw. ökonomisch motivierte Konkurrenz kann unter definierten und kontrollierten Bedingungen im Hinblick auf definierte Probleme ein Mittel unter anderen sein, um Akteure zu zielführendem Verhalten in der Versorgung zu motivieren. Daneben gibt es aber eine Fülle anderer Instrumente (Budgetierung, Normen, Leitlinien, Qualifizierung etc.) und — materielle ebenso wie immaterielle — Anreize und Sanktionen. Der Glaube an die Überlegenheit *per se* des Wettbewerbes (zwischen Kassen, Ärzten, Versorgungsnetzen etc. um Versicherte, Versichertengelder, Qualität etc.) gegenüber diesen anderen Formen von Anreizen und Sanktionen läßt sich hingegen weder aus dem GKV-Modell noch aus empirischen Betrachtungen der Gesundheitspolitik herleiten, sondern ist eher Bestandteil der häufig geradezu religiös vertretenen Dogmenwelt eines mikroökonomisch-neoklassisch inspirierten Neoliberalismus (Braun/Kühn/Reiners 1998).

## Versorgungsziele

Mit diesem Steuerungsmodell soll nun die **Versorgung der gegebenen Gesundheitsprobleme** organisiert werden. Im großen und ganzen läßt sich deren Struktur wie folgt skizzieren: Bei noch langsam zunehmender Lebenserwartung entfallen mehr als drei Viertel des Krankheits- und Sterbegeschehens auf wenige, große, überwiegend **chronisch degenerativ verlaufende Erkrankungen**: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, Muskel-Skelett-Erkrankungen, einige Stoffwechselerkrankungen und psychisch manifestierte Leiden einschließlich Suchtkrankheiten. Diese das Geschehen bestimmenden Erkrankungen sind — trotz aller erzielten und zu erwartenden Fortschritte der Medizin — nach ihrer Manifestation medizinisch meist nicht zu heilen, sondern im Sinne der Symptomlinderung, der Betreuung und Begleitung zu behandeln (von *cure* zu *care*). Die epidemiologische Lage ist einigermaßen stabil und läßt — zumindest in den wohlhabenderen Schichten — sogar eine gewisse Entspannung erkennen. Ungebrochen — und auf Basis der Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (Hengsbach/Möhring-Hesse 1999) eher zunehmend — ist dagegen die **sozial bedingt ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen**: Teilt man die Bevölkerung nach den traditionellen Kriterien der sozialen Schichtung (Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf) in fünf gleich große Gruppen (Quintile), so zeigt sich, daß im groben Durchschnitt für Angehörige des untersten Fünftels in jedem Lebensalter das Risiko ernsthafter Erkrankung oder vorzeitigen Todes ungefähr doppelt so hoch ist wie für Angehörige des obersten Fünftels (Mielck 1993).

Angesichts der epidemiologischen Transition und der sozial bedingt ungleichen Gesundheits- und Überlebenschancen wird – programmatisch nahezu einmütig, aber mit wenig politisch-praktischen Konsequenzen — die große gesundheitspolitische Produktivitätsreserve in Schwerpunktsetzungen auf Strategien der Primärprävention und der Gesundheitsförderung gesehen, also in vorwiegend nicht-medizinischen Interventionen.

**Primärprävention** bezeichnet dabei sowohl bevölkerungs- als auch individuenbezogene, sowohl spezifisch als auch unspezifisch risikosenkende Anstrengungen, mit denen Eintrittswahrscheinlichkeiten von Erkrankungen gesenkt werden (Rosenbrock 1997a). Unter der in den Jahren 1989 bis 1996 gültigen Fassung des § 20 SGB V hatten die Institutionen der GKV gesetzlich den Auftrag und die Möglichkeit, auch auf diesem traditionell defizitären Gebiet (Rosenbrock/Hauß 1985; Rosenbrock 1991; Rosenbrock/Kühn/Köhler 1994) aktiv zu sein. Sie erwiesen sich dabei als handlungs- und innovationsfähig, verblieben aber ihren gesetzlich fixierten Möglichkeiten entsprechend durchweg im Bereich individuenbezogener Interventionen der Verhaltensprävention auf Basis modernisierter Versionen des Risikofaktorenkonzepts (Rosenbrock 1997b). Eine Ausnahme bildet der wichtige Bereich der Primärprävention in der Arbeitswelt ('betriebliche Gesundheitsförderung'). Hier kam es auch zu kassengetragenen Interventionen mit effektiven und effizienten Kombinationen von Verhaltens- und Verhältnisprävention (Lenhardt et al. 1997; Müller/Rosenbrock 1998). Jede neue Regelung kassengetragener Primärprävention wird daran zu messen sein, wie die zügige Umsetzung der sehr dynamischen Wissens- und Erfahrungsfortschritte in diesem Bereich ermöglicht wird, wie die Sicherung der Qualität gemessen und organisiert werden soll und wie die bekannt unerwünschten Wirkungen der Kassenkonkurrenz neutralisiert bzw. minimiert werden sollen.

**Gesundheitsförderung** im Sinne der Vulnerabilitätssenkung durch Ressourcenförderung (Salutogenese) ist nicht nur ein integraler Bestandteil moderner Konzepte der Primärprävention, sondern bildet einen z.B. auch für die Qualität der Bewältigung des Lebens mit chronischer Krankheit (bedingter Gesundheit) entscheidenden, bis heute in der Versorgung aber weithin unterbelichteten Aspekt von der Primärananspruchnahme über alle Stufen der Therapie, Pflege und Versorgung bis hin zur Rehabilitation (Hurrelmann/Laaser 1998, Schwartz et al. 1998). Die Integration dieses Aspekts in das gesamte Geschehen der Gesundheitssicherung bildet eine der zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik und damit auch der Entwicklung und Steuerung der Institutionen der Krankenversorgung.

Bewertungen sowohl des Ist-Zustandes als auch erwünschter Soll-Zustände der Leistungen, der Institutionen und der Steuerung der Gesundheitssicherung haben sich nun nicht nur an gesundheitlichen Kriterien, sondern an den drei Aufgaben bzw. Zielen zu orientieren, die dieses **System im Rahmen eines demokratischen Sozialstaates** erfüllen soll.

Diese drei Aufgaben bzw. Ziele sind:

1. **Gesundheitliches Ziel:** Sicherstellung einer erreichbaren, bedarfsgerechten, und dauerhaft funktionsfähigen Versorgung mit den gesundheitlich und medizinisch als zweckmäßig, notwendig und ausreichend erachteten Leistungen für die gesamte Bevölkerung.

2. **Ordnungspolitisches Ziel:** Zugang zu und Versorgung mit den gesundheitlich und medizinisch als zweckmäßig, notwendig und ausreichend erachteten Leistungen ohne ökonomische und soziale Diskriminierung.

3. **Wirtschaftliches Ziel:** Finanzierung, Steuerung und Strukturentwicklung der Gesundheitsversorgung als mittlerweile größter Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf und Kostenminimierung.

Aus der kontextbezogenen Operationalisierung der in diesen drei Aufgabenstellungen enthaltenen Unterziele lassen sich Anforderungen für die Weiterentwicklung der Systemkomponenten und ihrer Integration herleiten.

### **Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum**

Eine erste, grobe Operationalisierung des gesundheitlichen Ziels ergibt zwei Aspekte: (a) Versorgungsstruktur und (b) Leistungsspektrum.

**a. Versorgungsstruktur:** Im Kern geht es darum, daß jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zur rechten Zeit den richtigen Eingang in das Versorgungssystem findet und innerhalb des Versorgungssystems unter Wahrung seiner Individualität und seiner Würde behandelt und betreut bzw. weiterverwiesen wird. Aus vielen Untersuchungen kennen wir die folgenden Größenordnungen: von 100 selbst wahrgenommenen Gesundheitsstörungen erreichen ca. 30 das medizinische Versorgungssystem, ca. 70 werden in den informellen, alltagsweltlichen Beratungs- und Unterstützungszusammenhängen bewältigt (Deutscher Bundestag 1988, 1990).

Ganz überwiegend ist das in Ordnung, speziell in den Unterschichten und in sozialen Randlagen (Migranten, Flüchtlinge, Arme etc.) bilden sich aber zunehmend Gruppen heraus, die trotz objektiven medizinischen Behandlungsbedarfs den Weg zur Medizin nicht finden. Finanzielle, soziale, rechtliche, kulturelle, sprachliche und psychologische Hindernisse stehen im Wege. In diesen, auch von der Public Health Forschung (Schwartz et al.1998) bei weitem noch nicht ausgeleuchteten Winkeln der Gesellschaft greifen die **Komm-Strukturen** (die passiv auf die Inanspruchnahme durch Versicherte bzw. Patienten warten) unserer Versorgungssystems nicht, zum Teil noch nicht, zum Teil nicht mehr. Es gibt also Unterversorgung.

Für die primärärztliche Versorgung stellt sich im Hinblick auf diese Gruppen die Aufgabe, im Zusammenwirken mit öffentlichem Gesundheitsdienst, ambulanter Pflege, Sozialarbeit und Betroffenenorganisationen die gewachsenen Komm-Strukturen durch geeignete **Such-Strukturen** (die von sich aus Problemgruppen identifizieren und ihnen den Weg zur Versorgung bahnen) zu ergänzen. Such-Strukturen, sind auch im Hinblick auf die Teilnahme an erwiesenen wirksamen (!, vgl. Abholz 1994) Maßnahmen der Sekundärprävention (z.B. zweijähriges Screening auf Brustkrebs für Frauen ab 60 Jahren) oder der Prophylaxe (z.B. Impfungen) erforderlich. Auch hier ergeben sich neue, nur interdisziplinär und interinstitutionell zu lösende Aufgaben für die kassenärztliche Versorgung. Für die Lösung dieser (wie auch zahlreicher der im folgenden erörterten) Probleme bedarf es der Bildung von überschaubaren Versorgungsre-



gionen, in denen die Akteure der Gesundheitssicherung Präventions- und Versorgungsprobleme transparent, ortsnahe und populationsbezogen angehen können.

Von den (ca. 30 aus 100) Menschen mit Gesundheitsproblemen, die den Weg ins Medizinsystem, und das heißt in Deutschland: zum Kassenarzt finden, gehören nach verschiedenen übereinstimmenden Schätzungen mindestens die Hälfte eigentlich nicht dorthin, weil ihre Probleme weder biomedizinischer Natur sind noch medizinisch sinnvoll zu beeinflussen sind. (Deutscher Bundestag 1988, 1990). Es gibt also Überversorgung. Ein großer Anteil der Arztkontakte chronisch Kranker und älterer Menschen findet also nicht deshalb statt, weil dies medizinisch sinnvoll ist, sondern weil die PatientInnen keine geeigneten nicht-medizinischen Auffang- bzw. Bewältigungspositionen gefunden haben bzw. weil die ÄrztInnen es so bestimmt hat. Es gibt also Übermedikalisierung. Medizinische Versorgung tritt dabei sehr häufig an die Stelle eigentlich adäquater psychosozialer, sozialarbeiterischer und/oder pflegerischer Versorgung und/oder nachbarschaftlich-sozialer Unterstützung. Es gibt also Fehlversorgung.

Die Bewältigung dieser komplexen Gemengelage von medizinischer Unter-, Über- und Fehlversorgung am Eingang in das Medizinsystem bildet eine seit Jahrzehnten bestehende, aber bislang nicht ernsthaft angenommene, zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. Ihre erfolgreiche Bearbeitung hätte weitreichende Auswirkungen auf die Struktur der ambulanten Versorgung. Es ist z.B. evident, daß die problemadäquate Organisation der Nahtstelle zwischen gesunder Lebenswelt und Medizinsystem eine erhebliche Verstärkung und Aufwertung der primär- bzw. allgemein- bzw. hausärztlichen Versorgung (*family doctor, general practitioner*) bedeuten würde. Diesen Trend zeigen übereinstimmend so unterschiedlich organisierte und gesteuerte Versorgungssysteme wie das der Niederlande und in den USA.

Die niedergelassene PrimärärztIn wird ihre Rolle als „gate keeper“, „dispatcher“ und „Versorgungsregisseur“ allerdings nur dann problemadäquat erfüllen können, wenn sie als vertrauenswürdige TreuhänderIn der Gesundheitsinteressen seiner/ihrer PatientInnen agiert und nicht — wie z.B. in den USA — als Sparkommissar und Leistungsverweigerer vor allem gegenüber sozial Unterprivilegierten wahrgenommen wird (Kühn 1997). Für die Hausarztrolle gibt es konzeptionelle Grundlagen (‘epidemiologisch informiert und sozialmedizinisch sensibilisiert’) und praxistaugliche Leitbilder (Kochen 1998). Aber es fehlt nach wie vor an qualifikatorischen, institutionellen und rechtlichen Voraussetzungen für eine adäquate Ausfüllung dieser Rolle und ihre Integration ins Versorgungsgeschehen. Dabei geht es v.a. darum, die PrimärärztIn durch geeignete Anreize und Institutionen in den Stand zu setzen, das gesundheitlich Vernünftige für ihre PatientInnen tun zu können, und das ist eben nur selten das medizinische Maximalprogramm. Selbstverständlich ist das Vernünftige angesichts der Verfügbarkeit medizinischen Wissens in Zukunft immer mehr an medizinischen und Behandlungsleitlinien zu erkennen und zu betreiben (Lauterbach 1999). Dies ist kein Angriff auf die ärztliche Autonomie und die Therapiefreiheit, sondern ein Beitrag zu ihrer Qualifizierung. In der Primärversorgung wird der Anteil des sinnvoll Standardisierbaren sicherlich dauerhaft erheblich geringer bleiben als in der spezialärztlichen und stationären Versorgung (Abholz 1998).

Ein solchermaßen verstärktes Primärarztsystem hat aber nun keineswegs nur medizinische Aufgaben, etwa im Sinne der Alternative „selber behandeln“ oder „an den Facharzt überweisen“. Sondern es kann nur funktionieren, wenn ambulante Pflege, Sozialarbeit und Selbsthilfe als gleichberechtigte Subsysteme der Primärversorgung nicht nur wahrgenommen werden, sondern auch real zur Verfügung stehen und genutzt werden. Es geht also um **horizontale Versorgungsintegration**. Das setzt Änderungen nicht nur in der allemeinmedizinischen Qualifikation und in den materiellen Anreizsysteme voraus, sondern auch, daß Pflege, Sozialarbeit und Selbsthilfe öffentlich aufgewertet und auch entsprechend unbürokratisch verfügbar gemacht werden (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994). Das wiederum setzt tiefgreifende Änderungen in deren Rechtsstellung und Institutionalisierung voraus. Die idealtypische Institutionalisierung dieser Versorgungsstufe ist langfristig das multiprofessionelle *primary health care team*, sei es real unter einem Dach, oder sei es virtuell. Die ersten Schritte auf diesem Weg führen aber zunächst zur Herstellung realer Verfügbarkeit der nicht-medizinischen und gesundheitsförderlichen Elemente gesundheitlicher Primärversorgung.

Daneben und darüber hinaus müssen durch systematische und dauerhafte Aufklärung in der Bevölkerung realistische Vorstellungen von der „Bedeutung der Medizin für die Gesundheit“ (McKeown 1982) befördert werden. Der Glaube an die Medizin als Auffangposition für nahezu alle Lebensprobleme ist empirisch nicht begründet, wird aber durch die Selbstdarstellung der Medizin und ihre Verarbeitung in Schule, Medien etc. beständig befördert. Solange Gesundheitssicherung vorwiegend als technisches Geschehen aus dem Blickwinkel gescheiterter bzw. ohnehin wirkungsarmer Prävention verstanden, gezeigt und propagiert wird, wirkt es eher zynisch, das ‘Anspruchsdenken’ der Versicherten als zentrales Reformhindernis zu stilisieren. Zahlreiche Konzepte zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der BürgerInnen warten in diesem Zusammenhang auf ihre gesundheitspolitische Umsetzung (Badura et al. 1999).

Nach der horizontalen nun einige Gesichtspunkte zur **vertikalen Versorgungsintegration**: Spezialärzte und stationäre Versorgung sollten regelmäßig erst nach Beratung und auf Überweisung eines Primärarztes in Anspruch genommen werden können. Diese Konsequenz des bereits (seit 1993) gesetzlich verankerten Prinzips der hausärztlichen Versorgung gilt es nunmehr praktisch und rechtlich zu operationalisieren. Versorgungs- bzw. Patientenpfade sollen zwar individuelle Weichenstellungen und auch Abweichungen vom Standard bzw. von Leitlinien ermöglichen. Aber dies darf nicht länger ein Vorwand für den Verzicht auf Integration und Koordination sein. Jede Koordinationsleistung, die das Versorgungssystem nicht bereitstellt, hat notgedrungen die PatientIn zu erbringen, mit entsprechendem Suchaufwand und entsprechenden Fehlermöglichkeiten. Auf dem politischen Wege zu dieser Koordination und Integration liegen zahlreiche politische Tretminen und Killerargumente im Umkreis der politisch vielfach mißbrauchten Konzepte der ‘Therapiefreiheit’ und der ‘freien Arztwahl’. Therapiefreiheit ohne ausgewiesenen und überprüfbaren Bezug zur medizinischen Wissenschaft ist Narrenfreiheit (Schulte-Sasse 1999). Insofern ist auch eine Transparenz stiftende Positivliste für als Kassenleistung verordnungsfähige Arzneimittel eher ein Instrument zur Qualifizierung von Therapiefreiheit als zu ihrer Einschränkung. Freie Arztwahl dürfte zum Beispiel auch dann gegeben sein, wenn PatientInnen — zum Beispiel quartalsweise bis jährlich — zwischen verschiedenen Hausärzten bzw. Versorgungsnetzen wechseln können und jedes Netzwerk über eine hinreichende Auswahl sowohl an Primärärzten als auch an Spezialärzten aller wich-

tigen Disziplinen als auch im Regelfall über Alternativen in der stationären Versorgung verfügt.

Zielvorstellung der Entwicklung derartiger vernetzter und koordinierter Strukturen ist die Versorgungsintegration. Davon sind auch gegenwärtige legislative und praktische Versuche der besseren „Verzahnung“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weit entfernt. Meist geht es derzeit lediglich darum, beide Sektoren für definierte Leistungen des jeweils anderen Sektors zu öffnen bzw. zu berechtigen (Prä- und post-stationäre Diagnostik, Belegbetten, ambulantes Operieren, Praxiskliniken, ambulante Spezialversorgung im Krankenhaus etc.). Solche Öffnungen bewirken bei entsprechenden materiellen Anreizen zunächst einmal einen Druck in Richtung auf Kapazitätsausweitung und damit Leistungsvermehrung in beiden Versorgungssektoren. Anstelle einer Politik der vielen kleinen Öffnungen zwischen ambulant und stationär wäre die politische, u.U. durch kontrollierten Leistungswettbewerb zwischen verschiedenen Modellen zu untermauernde Verständigung über ein versorgungspolitisches Leitbild erforderlich, dessen Umsetzung dann schrittweise angegangen werden könnte. Ein solches Leitbild könnte z.B. die dezentral und (horizontal) professionsübergreifend organisierte Primärversorgung und die eher zentralisierte, in die bauliche, zumindest aber organisatorische Struktur der Krankenhäuser integrierte spezialärztliche Versorgung sein. Die Alternative hierzu stellen vom Hausarzt (oder einem ihm zugeordneten case management) koordinierte ambulante Strukturen einschließlich der fachärztlichen Versorgung dar, die sich – zumindest organisatorisch – dem Modell der Poliklinik annähern.

Gegenüber jedem denkbaren Leitbild vertikaler Versorgungsintegration fallen die heute in Deutschland arbeitenden Versorgungsnetzwerke weit zurück: Soweit sie nicht (wie die meisten) lediglich auf dem Papier existieren, sind sie als eine Art Bündnis gegen das Krankenhaus konzipiert: ihr ökonomischer Nutzen (und damit der materielle Anreiz für die beteiligten Kassen, Leistungsproduzenten und Patienten) bestimmt sich aus der Verminderung von Einweisungen in die stationäre Versorgung. Die zunehmende finanzielle Verantwortung der Kassen für das gesamte Krankenhausgeschehen einschließlich der Investitionen (also in Richtung auf Monistik bei weiterbestehender Letztverantwortung der Länder im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge) könnte deren Anreize für die Bildung von Strukturen stärken, in denen die gesamte Versorgung (und nicht nur die einzelnen Aggregate) optimiert wird.

Zusammengefaßt bedeutet eine erreichbare und bedarfsgerechte Versorgung angesichts der epidemiologischen und sozialen Struktur der gesundheitlichen Problemlagen und innerhalb des GKV-Systems in Deutschland v.a. die Ermöglichung und Beförderung horizontaler und vertikaler Versorgungsintegration. Daß dies mit der Dominanz der Einzelpraxis, mit unterschiedlichen und konkurrierenden Sicherstellungsaufträgen für ambulante (KVen) und stationäre (Länder) und sozialer (Gemeinden) Versorgung, mit Krankenkassen, die anreizgerecht um gute Risiken konkurrieren, mit Erosionen im Solidarprinzip der GKV (Braun/Kühn/Reiners 1998), mit der gegenwärtigen medizinischen und ärztlichen Ausbildung, mit der Fachgruppenverteilung der kassenärztlich tätigen Mediziner, mit der reformblockierenden Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen etc. nicht leicht, bzw. auf manchen Feldern ganz unmöglich ist, braucht nicht besonders betont zu werden. Aber all diese Hindernisse dürfen die Gesundheitspolitik nicht davon abhalten, die drängenden Fragen

der Strukturreform der gesundheitlichen Versorgung aufzugreifen und die fällige Modernisierung einzuleiten, kurz: den Bohrer auch an dicke Bretter zu setzen.

**b. Leistungsspektrum:** Auch eine horizontal und vertikal integrierte Versorgungsstruktur garantiert noch nicht, daß alle gesundheitlich und medizinisch als zweckmäßig, notwendig und ausreichend angesehenen Leistungen — und möglichst auch nur diese — erbracht werden. In der öffentlichen Debatte ist damit v.a. die Problematik des Leistungskataloges der GKV angesprochen. Nach dieser Sichtweise ist das Problem damit zu lösen, nur noch solche Leistungen vom Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen, bzw. seinem Unterausschuß „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ zuzulassen, deren Wirksamkeit klinisch-epidemiologisch erwiesen wird. In der Perspektive geht es in den nächsten Schritten auch darum, den bisherigen Leistungskatalog durch Anlegen von Maßstäben der nachweisgestützten Medizin (*evidence based medicine* (EBM)) zu „entmüllen“.

Das Verfahren hat begrenzte Aussicht auf Erfolg: unter dem Druck des Nullsummenspiels zu Zeiten der Budgetierung von 1993 — 1996 hat der Bundesausschuß eine Reihe von vernünftigen, die Zulassung verneinenden Entscheidungen getroffen, die ohne Deckelung wohl anders ausgefallen wären, und durch die im Ergebnis die Anwendung unwirksamer bis hin zu übermäßig riskanter Methoden und Techniken in Diagnose und Therapie unterbunden wurde. Aber die Erfolge auf dieser Entscheidungsebene sind begrenzt. Im Hinblick auf Übermedikalisierung sowie medizinische Fehlversorgung ist die Anwendung generell unwirksamer, zweifelhafter oder gar gefährlicher Medikation in Diagnose und Therapie zwar häufig spektakulär und deshalb leicht zu skandalisieren, aber sie stellt wohl nur den kleineren Teil des Problems dar.

Der größere Teil des Problems der Über- und Fehlversorgung scheint darin zu liegen, daß in der täglichen Versorgung massenhaft Instrumente und Maßnahmen der Diagnose und Therapie angewendet werden, die im speziellen individuellen Versorgungsfall medizinisch und gesundheitlich keinen Sinn machen, in anderen individuellen Fällen aber eben doch. Das Problem liegt damit nicht nur auf der Ebene der Zulassung, sondern mindestens ebenso stark auf der Ebene der Indikation. (Analoges gilt für die Positivliste in der Arzneimittelversorgung.) Die qualitativ und quantitativ mindestens gleich wichtige Ebene der Steuerung bzw. Regulierung ist damit das Verhalten der je einzelnen Kassenärzte in Diagnose, Therapie, Verordnung und Überweisung. Zum Teil ist diese Fehlversorgung auf Qualifikations- und Informationsdefizite zurückzuführen und kann auch auf dieser Ebene — d.h. durch verbesserte Aus- und herstellerunabhängige Weiterbildung, durch z.B. kassengetragene Ärzteberatung, durch Qualitätszirkel etc. — mit Aussicht auf Erfolg angegangen werden. Zum Teil wird dabei aber auch eine beständige Spannung sichtbar: Medizin, so wie sie in industrialisierten Ländern erforscht, gelehrt, institutionalisiert, über die Medien verbreitet und zum Teil auch immer noch vergütet wird, tendiert dazu, immer mehr und immer mehr spezialisierte Medizin an immer mehr Versicherten anzuwenden, und die Patienten dabei in immer höhere Versorgungsstufen hinaufzudrücken. Dem muß die

Gesellschaft, vertreten v.a. durch Regierung und GKV, aus gesundheitlichen wie aus ökonomischen Gründen entgegenwirken.

Ausgabenbegrenzungen wie z.B. ein Global- oder auch sektorale Budgets bieten ohne zusätzliche Maßnahmen keine Gewähr dafür, dieser Fehlsteuerung zielführend entgegenzuwirken. Im besseren Fall wirken sie wie ein Heckenschnitt, führen also ebenso zu sinnvollen wie zu sinnwidrigen Einsparungen. Im schlechteren (und wahrscheinlicheren) Fall werden Sparauflagen von oben je nach (realen oder vermuteten) Widerstandspotentialen im Versorgungssystem umgesetzt. In diesem Falle wird eher in Versorgungsbereichen bzw. bei Patienten mit geringerer Artikulationskraft gespart. Im Zweifel bedeutet dies tendenziell Einsparungen bei weniger technischen oder nicht-medizinischen Versorgungsleistungen (z.B. Pflege, Krankengymnastik) sowie bei sozial weniger wehrhaften und durchsetzungstarken Patientengruppen (z. B. Alte, weniger gebildete)

Einige Ergänzungen und eine größere Präzision der Steuerungsinstrumente kann diese unerwünschten Wirkungen mindern. Solche Instrumente sind z.B. mehr oder weniger hart sanktionierte Behandlungsleitlinien, Diagnose- und Therapiestandards sowie EDV-gestützte Evaluation – im Spektrum zwischen eigenem Qualitätsmanagement, Beratung von außen, bis hin zur direkten Kontrolle. Dabei wird — kein Zweifel — in den Autonomiebereich der Medizin eingegriffen. Diese Eingriffe werden medizinisch und gesundheitlich desto zielführender sein, je mehr — auf der einen Seite — klinisch-epidemiologischer, sozialmedizinischer, gesundheitswissenschaftlicher und ärztlicher Sachverstand einfließt, und je weniger — auf der anderen Seite — das Steuerungsziel betriebswirtschaftlich-gewinnmaximierend formuliert ist. Nur dann sind Ergebnisse zu erwarten, die im kaum formell regelbaren Spannungsfeld zwischen Maßstäben der nachweisgestützten Medizin (EBM), die notwendigerweise vom individuellen Patienten absehen, und den Bedürfnissen genau dieser individuellen Patienten (Uexküll/Wesiack 1988; Borgers 1998), einen befriedigenden Ausgleich schaffen. Freilich muß die Gefahr gesehen werden, daß Akteure, die in der Selbstverwaltung über die Zulassung bzw. Zulässigkeit von Leistungen und die Gestaltung bzw. Bindungskraft von Leitlinien entscheiden, gerade solche Interessen handlungsleitend sein können, die einer angemessenen Berücksichtigung individueller Patientenbedürfnisse entgegenstehen. Dieser unerwünschten Wirkung kann z. B. durch die verbindliche Aufnahme von Patientenbefragungen in die Qualitätssicherung sowie durch rechtliche und institutionelle Stärkungen der Patientenrechte (Beratungs- und Beschwerdestellen) entgegen gewirkt werden (Badura et al. 1999; Rosenbrock 1999).

Im Grunde stehen die Chancen für diesen permanenten Aushandlungsprozeß, bei dem es um Ausgaben, Versorgungsqualität und professionelle Autonomie geht, in Deutschland nicht schlecht: Im Gegensatz z.B. zu den USA sitzen gegenüber den Ärzten auf der anderen Seite des Tisches mit den Krankenkassen öffentlich-rechtliche Institutionen mit einem sozialstaatlichen Gemeinwohlaufrag, und keine Manager, die allein am *share-holder value* orientiert sind.

## **Ordnungspolitisches Ziel**

Gegen die aus diesem Ziel resultierenden Imperative hat nicht zuletzt kassenärztliche Interessenpolitik in den letzten Jahren v.a. durch Unterstützung von Elementen aus der Welt der Privatversicherung häufig genug verstoßen. Das gilt nicht nur für die Zahnärzte, die geradezu regelmäßig Avantgarde im Kampf für privatwirtschaftlich-gewinnmaximierende Strukturen und Verfahren ohne Rücksicht auf gesundheitliche und sozialpolitische Verluste sind und sich dabei z.B. im Vorfeld des sog. Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 auch schon mal „überreizt“ haben (Reiners 1993). Gravierender erscheinen z.B. die Propagierung und Praktizierung von Modellen der Kostenerstattung, die IGEListe („Individuelle Gesundheitsleistungen“, die Kassenärzte durch Aushang in ihrer Praxis gegen Extrabehaltung anbieten) und die seit Jahren — leider sowohl von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch vom Deutschen Ärztetag — erhobenen Forderungen nach der Differenzierung des GKV-Katalogs in Wahl- und Pflichtleistungen, nach Leistungsausgrenzung, erhöhten Zuzahlungen etc.

Diese, unter der vergangenen Bundesregierung häufig genug erfolgreichen Forderungen in Richtung auf privatwirtschaftliche Versicherungsgestaltung und Mehr-Klassen-Medizin mögen aus kassenärztlicher Sicht kurzfristig ökonomisch verständlich sein. Aber sie unterhöhlen das Fundament, auf dem das GKV-System und damit auch die kassenärztliche Versorgung in Deutschland arbeitet.

Der für alle GKV-Kassen einheitliche und gemeinsame Leistungskatalog ist ja nicht eine Erfindung egalitätsversessener sozialpolitischer Prinzipienreiter, sondern er reflektiert die in zahlreichen Untersuchungen klar und deutlich artikulierten Bedürfnisse und Prioritäten der breiten Mehrheit der Bevölkerung (Mau 1997; Roller 1996): wer sich krank fühlt, soll ohne ökonomische und soziale Diskriminierung fachgerecht und individuell behandelt werden. Diese sozialen Bedürfnisse und Prioritäten bilden die — von der breiten Mehrheit der Bevölkerung ebenfalls unterstützte und damit legitimierte — Basis für die beträchtlichen Umverteilungen innerhalb der GKV.

Solidarsysteme wie die GKV wären in der gegenwärtigen Gesellschaftsformation wohl nicht mehr durchsetzbar. Das Schicksal der Clinton-Reform in den USA zeigt dies anschaulich (Reinhardt 1996). Sie sind aber deshalb keineswegs un-zeitgemäß. Im Gegenteil: sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der vielfältig bedrohten sozialen Kohärenz der Gesellschaft, ihre Bedeutung weist weit über den Bereich der Krankenversorgung hinaus. Sie bilden eine Gegenkraft zu den gesellschaftlich überwiegenden, zentrifugalen Kräften der Segmentierung und der Individualisierung. Ihre Vorteile werden von der Mehrzahl der Versicherten auch gegenwärtig verstanden, geschätzt und für verteidigungswürdig gehalten (Roller 1996; Mau 1997; Ullrich 1999).

Die Vorschläge jener Gesundheitsökonomien, die derzeit hierzulande noch den *mainstream* artikulieren, laufen dagegen auf eine steuerfinanzierte Grundversorgung für die ärmeren Schichten und für medizinische Großrisiken im Verbund mit privatwirtschaftlichen Strukturen für die Mehrheit der Bevölkerung hinaus (Henke 1997). Solche Systeme sind, auch hier hilft immer wieder ein unvoreingenommener Blick in die USA, nicht nur teurer, unsozial und unübersichtlich in der Nutzung, sondern sie führen auch zu unerträglicher Einengung,

Kontrolle bis hin zur Knebelung, und zur Bürokratisierung der ärztlichen Versorgung. *Equity* als handlungsleitendes Prinzip der Finanzierung und der Versorgung ist nicht nur ein Eigenwert, sondern auch eine Voraussetzung für die dauerhafte Funktionsfähigkeit (*sustainability*) einer medizinisch und kulturell angemessenen Versorgung.

### **Wirtschaftliches Ziel**

Gegen die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung nach dem Prinzip der kaufkräftigen Nachfrage sprechen bekanntlich eine ganze Reihe von Gründen. Da ist zunächst die von den einen Gesundheitsökonomien ebenso oft nachgewiesene wie von den anderen Gesundheitsökonomien verdrängte Tatsache, daß die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen aus einer ganzen Reihe von Gründen primär anbieter-induziert ist: In keinem anderen relevanten Dienstleistungsfeld können die zentralen Anbieter, die niedergelassenen Ärzte, in ähnlichem Umfang frei über das „ob“, das „was“ und das „wie oft“ ihrer Dienstleistung bestimmen.

Oft sind sie dabei mangels Überblick, z.B. im Hinblick auf Medikamente, Opfer der gleichen Logik wie ihre Patienten, nach der mehr Medizin automatisch besser für die Gesundheit und teurere Medizin besser als billige Medizin ist. Die historisch und international überaus eindeutige Befundlage zeigt, daß in der Krankenversorgung sich nahezu jedes Angebot auch seine Nachfrage schafft.

Auch der mündige Patient ist kein souveräner Kunde. Wegen der Besonderheiten des Gutes „Gesundheit“ ist die Nachfrage von der Angebotsseite fast beliebig manipulierbar. Menschen mit den größten und meisten Gesundheitsproblemen verfügen im Durchschnitt über die geringsten Ressourcen im Hinblick auf Geld, Bildung und soziale Unterstützung.

Aus diesen — und einigen weiteren Gründen — gibt es weltweit einen gesundheitswissenschaftlichen Konsens über die Notwendigkeit einer demokratisch und fachlich legitimierten, politischen Steuerung sowohl der Innovation und Produktion als auch der Verteilung von Gütern und Dienstleistungen der Krankenversorgung nach den Kriterien Bedarf und Kostenminimierung anstelle der auf Märkten üblichen Kriterien Nachfrage und Gewinnmaximierung. Das macht die Steuerung nicht einfacher, weil damit jene Anreizsysteme, die auf Märkten selbstregulierend für möglichst kosteneffektiven Ressourceneinsatz, also für *efficiency*, sorgen sollen, durch politische Entscheidungen substituiert und diese Entscheidungen auch dann durchgesetzt werden müssen, wenn sie gegen ökonomische und professionelle Akteurinteressen verstoßen.

Inhalt solcher Entscheidungen sind — mit je aktuell wechselnden Schwerpunktsetzungen — Mengen, Qualitäten, Indikationen und Preise von bzw. für Leistungen. Nachdem jahrzehntelang in der ambulanten Versorgung mit Einzelleistungsvergütungen und im stationären Sektor mit kostendeckenden Tagessätzen eher mengen- und kostentreibende

Anreizsysteme im Vordergrund gestanden hatten, findet verstärkt seit ca. Mitte der 90er Jahre eine Umstellung auf Anreize statt, die (betriebswirtschaftlich definierte) Wirtschaftlichkeit belohnen sollen.

Unzweifelhaft gehört leistungsbezogenen Vergütungsformen mit austariert hohen Pauschalanteilen die Zukunft. Ebenso unzweifelhaft ist jedoch auch, daß die Leistungsproduzenten auf die Verlagerung bzw. Übernahme jenes wirtschaftlichen Risikos, das mit erhöhter Morbidität oder komplizierteren Fällen verbunden ist, tendenziell mit Patientenselektion, Qualitätsminderung und gezielten Leistungsverschiebungen reagieren, wie sowohl für den ambulanten (Gerlinger 1998) als auch für den stationären Bereich (Simon 1997) gezeigt werden konnte. Dies verweist auf die bislang nur unzureichend wahrgenommene Aufgabe, zu jeder gegebenen oder veränderten Struktur der materiellen Anreize in der Versorgung gleich starke und flächendeckend wirksame Mechanismen der Qualitätssicherung zu entwickeln und zu implementieren, eine Aufgabe, die interessengerecht in gemeinsamer Verantwortung von Leistungsproduzenten und Krankenkassen anzugehen wäre.

Auf dem Gebiet der Ausgabensteuerung war die Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahrzehnten nicht völlig erfolglos: Mit einem wechselvollen *muddling through mix* ökonomischer, politischer und psychologischer Instrumente wurde erreicht, daß die Ausgaben für die GKV nicht schneller stiegen als das gesamte Bruttoinlandsprodukt; der Anteil blieb also konstant. Von einer Kostenexplosion kann infolgedessen keine Rede sein, sehr wohl hingegen von einer Erosion der Finanzierungsgrundlagen: Die steigenden Beitragssätze erklären sich aus der sinkenden Lohnquote (infolge niedriger Tarifabschlüsse, wachsender Arbeitslosigkeit und einer Steuerpolitik, die Einkommen aus unselbständiger Arbeit benachteiligt) und aus der Selbstbedienung aus der GKV-Kasse durch die jeweilige Bundesregierung letztlich zugunsten des Bundeshaushalts ('Verschiebebahnhof') (Braun/Kühn/Reiners 1998). Aber auch im Ergebnis dieser Faktoren und Entwicklungen liegt die hiesige Belastung der Lohnkosten durch die Krankenversicherung in Europa im guten Mittelfeld, ebenso wie die Lohnstückkosten (Alber 1998). Dieser eher besänftigende Befund ändert freilich nichts an der Notwendigkeit, die Finanzierungsgrundlagen der GKV langfristig zu sichern und die nach wie vor beträchtlichen Rationalisierungsreserven im System auch tatsächlich zu mobilisieren.

Aus den genannten ordnungspolitischen Gründen kann die Lösung nicht darin liegen, die Versicherten bzw. Patienten immer weiter zu belasten und damit den Gehalt des GKV-Systems zu unterminieren. Der überlegene Lösungsansatz besteht in einer Verlagerung des Schwerpunkts der Steuerungsansätze von der Nachfrageseite (Versicherte, Patienten) auf die Angebotsseite (Leistungsproduzenten) liegen. Wenn Mengen, Preise und Qualität der Leistungsanbieter beeinflußt werden sollen, impliziert dies im Steuerungsmodell der GKV Stärkungen der Position der Krankenkassen als Träger der Nachfrage- und z.T. Steuerungsfunktion.

Das Globalbudget ist in dieser Logik das Mittel der Wahl, um einerseits dem Gebot der Beitragssatzstabilität zu genügen und zugleich die strukturkonservativen und



innovationsfeindlichen Wirkungen sektoraler Budgets zu vermeiden. Ein Globalbudget ist keine Reform, sondern eine politische Entscheidung über einen Aspekt gesamtgesellschaftlicher Ressourcenverwendung, aber es kann durch die Ruhe auf der Beitragsseite (also nach außen) und den erheblich erhöhten Einigungsdruck zwischen den Akteuren (also nach innen) bessere Voraussetzungen für Reformen bieten als jede andere Setzung der finanziellen Rahmenbedingungen.

Damit ein Globalbudget nicht nur als Ausgabenbegrenzung wirkt, sondern auch Beiträge zur Lösung der oben skizzierten Versorgungsprobleme leisten kann, müssen freilich v.a. drei Bedingungen erfüllt sein (Rosenbrock 1999):

1. Bei bislang und absehbar auch weiterhin sinkender Lohnquote führt die Anbindung des Globalbudgets an die Grundlohnentwicklung zu einer Absenkung des Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Dies trifft auf das Versorgungssystem als einer Wirtschaftsbranche, in der wegen des hohen Anteils an persönlicher Dienstleistung, der Ko-Produktion mit den Patienten und der Pflicht zur Kapazitätsvorhaltung Rationalisierung in aller Regeln langsamer verläuft und verlaufen wird als im Durchschnitt aller Branchen. Die Anbindung des Budgets an die Grundlohnentwicklung bedeutet deshalb eine Entscheidung für überproportionale Einsparungen in einem grundsätzlich unterproportional rationalisierungsfähigen Bereich.

Dies läßt sich mit Blick auf hohe Wirtschaftlichkeitsreserven für ein paar Jahre vielleicht gut vertreten. Es sollte aber auch heute schon klar sein und klar gesagt werden, daß die Anbindung des Globalbudgets an die Grundlohnentwicklung kein Naturgesetz ist und auf Dauer eine Ausrichtung am Bruttoinlandsprodukt oder sogar leicht darüber gesundheitspolitisch angezeigt und wirtschaftlich vertretbar sein kann (Kühn 1996; Kühn 1997).

Notwendig wäre die Definition von Aufgreifkriterien, bei deren Vorliegen die Budgetfestsetzung überprüft oder verändert werden soll. Solche transparenten Festlegungen würden auch das nahezu beliebige und meist pauschale Herumfuchteln mit dem angeblich ausschließlich kostentreibenden medizinisch-technischen Fortschritt, mit den angeblich riesigen Krankenversorgungskosten einer alternden Gesellschaft oder auch mit der angeblich geradezu gefräßigen Begehrlichkeit der Versicherten und Patienten zumindest erschweren und unter zahlenmäßig zu erbringenden Beweiszwang setzen. Denn bislang erwiesen sich diese Faktoren bei näherer Betrachtung regelmäßig als begrenzt, berechenbar und gut beherrschbar. Der Mythos ihrer Unbeherrschbarkeit ist ein Märchen genau wie das von der Kostenexplosion (Braun/Kühn/Reiners 1998).

2. Ein Blick auf die letzten ca. 20 Jahre bundesdeutscher Gesundheitspolitik zeigt seit der 'einnahmeorientierten Ausgabenpolitik' viele Ansätze der Budgetierung, und ohne diese Ansätze wären die Beitragssätze der GKV sicherlich noch erheblich heftiger gestiegen. Freilich zeigt dieser Blick auch genauso viele Beispiele für das sofortige Scheitern oder das mehr oder weniger langsame Verglimmen der Steuerungswirkung. Zu große Ausnahmereiche, zu viele Löcher im Deckel, zu strategieanfällig für die Leistungsproduzenten, zu konkurrenzunfähig für die Kassen, zu wenig sanktionsbewehrt, zu

wenig Steuerung auf der entscheidenden Mikroebene der individuellen Versorgungsentscheidungen – das waren Defizite all dieser Versuche (Deutscher Bundestag 1990). Diese Steuerungsdefizite müssen in Zukunft vermieden werden. Es bedarf klarer Haftungsregeln und klarer Definitionen der haftenden Subjekte, und es bedarf einer lobbyfesten staatlichen Aufsicht mit gleich scharfen Sanktionen gegenüber den Leistungsproduzenten und den Kassen. Das setzt u.a. jeweils aktuelle Informationen über Leistungen und Ressourcenfluß voraus.

3. Nur wenn ein Verbund aller gesetzlichen Krankenversicherungen Träger und Gestalter des Globalbudgets wäre, würde der Kassenwettbewerb auf dem Gebiet der Vertragsgestaltung seine Bedeutung verlieren. Da aber derzeit nichts darauf hindeutet, als setze die deutsche Gesundheitspolitik zum großen Wurf auf eine regionalisierte Einheitsversicherung an, wird die Umsetzung des Globalbudgets mit seiner doppelten Zielsetzung der Ausgabenbegrenzung und der Leistungssteuerung wohl in jedem Falle zu neuen Ebenen und Formen der Kassenkonkurrenz mit jeweils erwünschten und unerwünschten Wirkungen führen. Alle bisherigen Erfahrungen mit Kassenwettbewerb in Deutschland — bislang v.a. auf den Gebieten der Mitgliederwerbung durch Kassenservice, Kulanz und Prävention/Gesundheitsförderung — haben gezeigt, daß erwünschte Wirkungen wie die Freisetzung von Kreativität und Innovation ebenso sicher eintreten wie die unerwünschten Wirkungen der ‘Jagd nach den guten Risiken’. Wenn die Erweiterung der Konkurrenzparameter in das Versorgungsgeschehen hinein nicht von vornherein zulasten der sozial schwächeren und damit der bedürftigeren Versicherten gehen soll, müssen zwei Voraussetzungen sicher und unverrückbar feststehen:

Zum einen darf der einheitliche und gemeinsame Leistungskatalog in allen alten und neuen Versorgungsformen nicht zur Disposition gestellt werden. Leistungswettbewerb soll um Formen und Integration der Versorgung geführt werden; Erweiterungen und Kürzungen des Leistungsspektrums dürfen keine Konkurrenzparameter werden.

Zum anderen müssen auf der Risiko- und Einnahmeseite der Kassen bzw. Kassenarten tatsächlich gleiche Ausgangsbedingungen hergestellt. Der bisherige Risikostrukturausgleich (RSA) muß dazu mindestens um Komponenten der Morbidität und der Verteilung von Härtefällen ergänzt werden. In der Perspektive erscheint darüber hinaus auch das stärkere Gegenmittel der Überkompensation von Belastungen aus einer ungünstigen Risikostruktur in Form positiver Diskriminierung erwägenswert. Der Einwand, daß ein dergestalt vervollständigter RSA die Anreize für wettbewerbliches Handeln mindere, sticht nicht. Es trifft hingegen zu, daß ein starker RSA die spontan gegebenen starke Anreize in die falsche Richtung des Rosinenpickens neutralisieren kann. Für die Kassen bleibt Leistungswettbewerb unbequem und schwierig. Sie werden sich ihm nur dann in den gesundheitspolitisch gewünschten und gebotenen Formen und Intensitäten widmen, wenn die bequemere und schnellere Vorteile versprechende Form der Vorteilsgewinnung durch Rosinenpicken ausgeschlossen ist.

## Literatur

Abholz, H.-H. (1994): Grenzen medizinischer Prävention, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 54 - 82

Abholz, H.-H. (1998): Standardisierungen in der häuslichen Versorgung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 29: Standardisierungen in der Medizin, Hamburg: Argument, 23-33

Alber, J. (1998): Der deutsche Sozialstaat im Licht international vergleichender Daten, in: LEVIATHAN, Jg. 26, Heft 2/1998, 199-227

Badura, B., D. Hart, H. Schellschmidt (Hg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, Baden-Baden: Nomos

Borgers, D. (1998): Evidenzen einer chronischen Medizin. Evidence-based Medicine (EBM), Mega-Trials, Numbers Needed to Treat als Vollender einer rationalen Individualmedizin? in: Jahrbuch für Kritische Medizin 29: Standardisierungen in der Medizin, Hamburg: Argument, 6-22

Braun, B., H. Kühn, H. Reiners (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Deutscher Bundestag (1990): 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, Bonn, hier zitiert nach der Ausgabe in: Zur Sache - Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände, Bonn: Universitätsdruckerei

Deutscher Bundestag (1988): 11. Wahlperiode, Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/3267, Bonn

Gerlinger, Th. (1998): Punktlandungsübungen im Hamsterrade. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsreform, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 28: Nach der Reform, Hamburg: Argument, 99-124

Hengsbach, F., M. Möhring-Hesse (1999): Aus der Schiefelage heraus. Demokratische Verteilung von Reichtum und Arbeit, Bonn: Dietz

Henke K.D, (1997): Die Zukunft der Gesundheitssicherung, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 215/4+5, Stuttgart: Lucius, 478-497

Hurrelmann, K., U. Laaser (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Völlig überarbeitete Neuauflage, Weinheim und München: Juventa, 1. Aufl.: 1993

Kochen, M. M. (Hg.) (1998): Allgemeinmedizin, 2. Aufl. Stuttgart

Kühn, H. (1996): Kritische Anmerkungen zur globalen Fixierung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Behrens, J./Braun, B./Morone, J./Stone, D.A. (Hg.), Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs, Baden-Baden: Nomos, 81-88

Kühn, H. (1997): Managed Care - Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung - am Beispiel USA, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P97-202

Kühn, H. (1997): Gesundheitspolitik für den „Standort Deutschland“. Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 28: Nach der Reform, Hamburg: Argument, 15-32

Lauterbach, H. (1999) In Beske/Hallauer

Lenhardt, U., Th. Elkeles, R. Rosenbrock (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung, Weinheim und München: Juventa

Mau, St. (1997): Ideologischer Konsens und Dissens im Wohlfahrtsstaat. Zur Binnenvariation von Einstellungen zu sozialer Ungleichheit in Schweden, Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland, in: Soziale Welt 47. Jg., 17-38

McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin - Traum, Trugbild oder Nemesis, Frankfurt/Main: Suhrkamp

Mielck A (Hg.) (1993): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen: Leske + Budrich

Müller, R., R. Rosenbrock (Hrsg.), „Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung - Bilanz und Perspektiven“, Sankt Augustin: Asgard-Verlag 1998, 406 S.

Naschold, F. (1993): Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektors, Berlin: edition sigma

Reiners, H. (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P93-210

Reinhardt, U.E. (1996): A Social Contract for 21<sup>st</sup> Century Health Care: Three-Tier Health Care with Bounty Hunting, in: Health Economics, Vol. 5, 479-499

Roller, E. (1996): Abbau des Sozialstaats. Einstellungen der Bürger zur Kürzungen von Sozialleistungen in den neunziger Jahren. WZB-paper FS III96-205, Berlin

Rosenbrock, R. (1999): Verbraucher und Patienten als handelnde Subjekte, in: Argumente zur Verbraucherpolitik, AgV-Forum, Heft 3/1999, 66 - 74

Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik, in: K. Hurrelmann/U. Laaser (Hrsg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften Neuausgabe. Weinheim und München: Juventa Verlag, 707-751

- Rosenbrock, R. (1997a): Theoretische Konzepte der Prävention, in: Chr. Klotter (Hg.): Prävention im Gesundheitswesen, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 41-60
- Rosenbrock, R. (1997b): Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik - Erfahrungen aus dem letzten Jahrzehnt, in: Th. Altgeld., I. Laser, U. Walter (Hg.) (1997): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim und München: Juventa, 37-51
- Rosenbrock, R. (1992): Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe, in: R. Müller, M. F. Schuntermann (Hg.): Sozialpolitik an Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt, Köln: Bund Verlag, 151-173
- Rosenbrock, R., F. Hauß (Hg.) (1985): Krankenkassen und Prävention, Berlin: edition sigma
- Rosenbrock, R., H. Kühn, B. Köhler (Hg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin: edition sigma
- Schulte-Sasse, H. (1999) in Beske/Hallauer
- Schwartz, F.W., B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist (Hg.) (1998): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin: edition sigma
- Simon, M. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P97-204
- Tennstedt, F. (1983): Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 - 1914, Köln: Bund Verlag
- Tennstedt F. (1976): Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: M. Bohmke, Chr. v. Ferber, K.P. Kisker, H. Schaefer (Hg.): Handbuch der sozialen Medizin, Band III, Stuttgart: Enke, 385-491
- Uexküll, T. v., W. Wesiack (1988): Theorie der Humanmedizin - Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, München/Wien/Baltimore
- Ullrich, C.G. (1999): Reziprozität und die soziale Akzeptanz des „Sozialversicherungsstaates“, in: Soziale Welt, 50. Jg., Heft 1/1999, 7 - 34