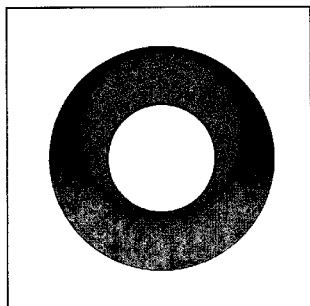


**SICHERUNG  
DES GESUNDHEITSWESENS  
IN DEN 90ER JAHREN**

---



GESPRÄCHSKREIS  
**ARBEIT UND SOZIALES**  
Nr. 9

**FRIEDRICH  
EBERT   
STIFTUNG**

Forschungsinstitut der Friedrich–Ebert–Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung

---

**Gesprächskreis Arbeit und Soziales .**  
**Nr. 9**

# **Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren**

Eine Tagung  
der Friedrich–Ebert–Stiftung  
am 26. und 27. März 1992 in Berlin

ISBN 3-86077-051-9

Herausgegeben vom  
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung  
Godesberger Allee 149, 5300 Bonn 2  
Juli 1992

Druck: satz + druck GmbH, Düsseldorf  
Printed in Germany 1992

## **Inhalt**

<b>Peter König</b> <b>Vorbemerkung</b>	5
<b>Rudolf Dreßler</b> <b>Anforderungen an ein reformiertes Gesundheitswesen</b>	7
<b>Axel Granitza</b> <b>Vorstellungen und Gedanken der pharmazeutischen Industrie zur Arzneimittelversorgung</b>	25
<b>Otfried Schaefer</b> <b>Die Sicherung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung</b>	31
<b>Wolfgang Schmeinck</b> <b>Situation und Entwicklung des Gesundheitswesens - Einschätzungen und Gestaltungsvorschläge des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen</b>	37
<b>Klaus Prößdorf</b> <b>Reformüberlegungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Krankenhausfinanzierung</b>	43
<b>Autoren</b>	55

## Vorbemerkung

Die neuesten Daten zur Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland haben in der Öffentlichkeit eine kontroverse Diskussion darüber ausgelöst, welche Maßnahmen zur Zukunftssicherung dieses Teilbereiches unseres sozialen Sicherungssystems geeignet wären. Diese Diskussion ist auf einem speziellen Hintergrund zu betrachten:

In den vergangenen 15 Jahren sind eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen worden, die die Kosten im Gesundheitswesen senken oder doch zumindest deutlich begrenzen sollten. Die Angemessenheit dieser Maßnahmen wird bezweifelt. Auch das Gesundheitsreformgesetz von 1989 hat nach Einschätzung von Experten nicht den erhofften Erfolg gehabt: Die intendierte Kostenbegrenzung ist in eine drastische Kostensteigerung umgeschlagen. Ein erneuter Handlungsbedarf ist unübersehbar. Angesichts der unzureichenden Wirkung bisheriger Maßnahmen wird verständlicherweise die Frage aufgeworfen, ob zukünftig andere, wirkungsvollere Ansätze entwickelt werden könnten und von welcher Art sie zu sein hätten. Die sich um diese Frage rankende öffentliche Diskussion zeigt, daß in vieler Hinsicht noch Klärungsbedarf besteht.

Am 26. und 27. März 1992 hat die Friedrich-Ebert-Stiftung im Rahmen ihres Gesprächskreises Arbeit und Soziales maßgebliche Repräsentanten aus Verbänden und Körperschaften des Gesundheitswesens sowie der Politik zu ihrer Veranstaltung nach Berlin eingeladen, um mit ihnen zentrale Aspekte zu diskutieren, die die Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren betreffen. Auf der Veranstaltung ging es darum, die gegenwärtige Situation kritisch zu beleuchten und einen Ausblick auf Lösungsansätze zu geben. Lösungsansätze ließen sich durchaus für einzelne Bereiche isoliert betrachten, z.B. separat für die Krankenhäuser, Ärzteschaft, Krankenkassen oder pharmazeutische Industrie. Eine derartige Betrachtungsweise allein würde aber zu kurz greifen, wenn es um die Entwicklung neuer Ansätze geht: Denn Leistungsnachfrage und -angebote sind nicht nur durch die Entwicklung in einem Teilbereich des Gesundheitswesens zu erklären, sondern gleichzeitig durch das Zusammenwirken aller Sektoren. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, war die konzeptionelle Grundüberlegung der Veranstaltung, einen bereichsübergreifenden Dialog zu führen. Diese Intention wurde in den Vorträgen entsprechend berücksichtigt.

Die in Berlin vorgetragenen Referate sind in dieser Broschüre enthalten. Mein Dank gilt nicht nur den Referenten, sondern allen Teilnehmern aus den alten und neuen Bundesländern für die offenen und konstruktiven Ausführungen. Die Erstellung der Broschüre lag in der Verantwortung von Frau Maha Rindermann.

Bonn, Juli 1992

Peter König

Rudolf Dreßler

## Anforderungen an ein reformiertes Gesundheitswesen

1. Als der Vorstand der Friedrich-Ebert-Stiftung mir von den Plänen zu dieser Veranstaltung berichtete und mich um meine Mitwirkung bat, war ich skeptisch, ob dies einen Sinn ergeben könnte. Wir verzeichnen die vierte schwerwiegende Kostenkrise in unserem Gesundheitswesen binnen 15 Jahren und es zeigen sich

- die gleichen strukturellen Ursachen wie in den drei vorangegangenen;
- das gleiche "Schwarzepeter-Spiel" bei Gruppen und Verbänden auf der Suche nach vermeintlich Schuldigen;
- die gleichen Ausreden von Politikern, warum man im konkreten Fall schnell handeln müsse, den Dingen auf den Grund gehen, das könne man ja immer noch;
- der gleiche Eindruck, daß die Handlungs- und Entscheidungsstrukturen unseres Gesundheitswesens in Ritualen erstarrt, neuem Denken verschlossen, aus sich selbst heraus reformunfähig und den Herausforderungen unserer Zeit bei weitem nicht gewachsen sind.

Ich habe mich gefragt, was soll das denn werden? Die offiziellen Meinungen der Gruppen und Verbände kenne ich; ich lese sie regelmäßig in den Publikationsorganen – oder genauer gesagt: ich muß sie lesen.

Daß in den Augen der Krankenhäuser, die Krankenkassen an allem schuld sind, weiß ich doch schon. Und daß es nach Meinung der Krankenkassen die böse Pharmaindustrie und die räuberischen Ärzte sind, weiß ich auch. Daß es nach Auffassung der notleidenden Kassenzahnärzte die aufgeblähten Kas- senverwaltungen sind, habe ich auch schon mitbekommen.

Und so wie mir, geht es doch allen hier am Tisch. Sie alle kennen das auch und alle empfinden es auf gleiche Weise unproduktiv und dem Ernst der Aufgabe bei weitem nicht angemessen. Sollte es also diesmal möglich sein, ritualisierte Argumentationslinien, ausgetretene Pfade zu verlassen?

Die Wahrnehmung von Verbands- und Gruppeninteressen, in der pluralen Demokratie doch eine legitime Angelegenheit, hat – und das ist nicht nur mein Eindruck – im Gesundheitswesen eine Stufe erreicht, wo sie um ihrer selbst willen betrieben wird. Und das bedeutet, ohne Beachtung der Verantwortung für das gemeinsame Ganze.

Die Wahrnehmung wesentlicher Aufgaben ist in unserem Gesundheitssystem den betroffenen Gruppen und Verbänden selbst übergeben worden, damit sie – unterstützt durch körperschaftliche oder ähnliche Organisationsformen – an staatlicher Stelle handeln und entscheiden können. Selbstverwaltung nennen wir das.

Das, was wir im Gesundheitswesen seit geraumer Zeit verzeichnen müssen, macht die Feststellung, die Selbstverwaltung könne die Probleme besser lösen, könne bürgernäher entscheiden als die Politik und ihre staatlichen Instanzen, derzeit jedenfalls zu einer mutigen Behauptung.

Die Glaubwürdigkeitskrise, unter der Politik schlechthin seit längerer Zeit leidet und die im Bewußtsein der Menschen für unser Gemeinwesen insgesamt so abträgliche Spuren hinterläßt, hat längst auf die Organisationsform der Selbstverwaltung übergegriffen.

Auch hier weicht die offene Bereitschaft der Menschen zur Mitgestaltung einer skeptischen Zurückhaltung, bevor sie in einer nächsten Stufe in Passivität oder gar in Ablehnung umschlagen wird. Wir sollten uns daher nichts vormachen und durch schulterklopfende Selbstbestätigung über den tatsächlichen Zustand hinwegtäuschen: Unser selbstverwaltetes Gesundheitswesen steht nicht nur auf dem Prüfstand, sondern bei einer ständig wachsenden Zahl von Menschen zur Disposition.

Der Eindruck ist weit verbreitet: Dieses System ruiniert sich selbst! Und dieser Eindruck kommt der Wahrheit immer näher.

Unser System wird dauerhaft nur zu sichern sein, wenn sich die in ihm Handelnden endlich über den gruppenbezogenen Rahmen hinaus auf ihre Verpflichtung für das gemeinsame Ganze besinnen. Wenn sie eben nicht nur sagen, was bei den anderen Gruppen verändert werden muß und den Eindruck erwecken, im eigenen Verantwortungsbereich sei alles in Ordnung.

Die Fähigkeit zur Reform hängt zuallererst von der eigenen Bereitschaft zur Veränderung ab und nicht von der der anderen.

Für alle Ebenen des öffentlichen Handelns gilt, daß Demokratie ohne Verantwortung nicht möglich ist. Ich habe zunehmend Zweifel, ob sich die Handelnden in der Selbstverwaltung dieser Voraussetzung bewußt sind:

- Verantwortung als individuelle Selbstbindung jedes Bürgers und jeder Bürgerin bei der Wahrnehmung ihrer Freiheitsrechte.
- Verantwortung als Selbstbindung der Mehrheit gegenüber der Minderheit, aus der für die Minderheit die Einsicht wachsen kann, den Mehrheitsunterschied zu akzeptieren, und vor allem
- Verantwortung, bei der trotz unterschiedlicher Sachauffassungen in wichtigen Fragen die Verpflichtung auf das gemeinsame Ganze spürbar wird.

Die Qualität demokratischer Entscheidungen auch in der Selbstverwaltung mißt sich nicht daran, ob die verfolgte Politik möglichst weitgehend den Wünschen der vertretenen Gruppe entspricht, wie manche meinen. Denn dies würde bedeuten, Opportunismus zum Maßstab zu machen, die hieße Klientelpolitik betreiben.

Demokratische Politik und die daraus folgenden Entscheidungen müssen zuallererst vor dem Gewissen derjenigen, die sie treffen, Bestand haben. Das ist der Maßstab. Wenn die Veranstaltung heute und morgen hierzu einen Beitrag leistete, wenn sie deutlich machte, daß man um des gemeinsamen Ganzen willen bereit ist, die tief eingefurchten Schützengräben der eigenen Verbandsmeinung zu verlassen, hätte sie sich gelohnt.

2. Es wäre verfehlt, die Notwendigkeiten zu einer Änderung unserer Gesundheitspolitik darzulegen, ohne den Blick auf unseren gesamt-gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Rahmen zu richten. Denn er ist Maßstab für die gesundheitspolitischen Gestaltungsmöglichkeiten.

Und ohne Zweifel gilt auch: Der Spielraum der öffentlichen Finanzwirtschaft beeinflußt direkt die Handlungsfähigkeit der Gesundheitspolitik.

Wenn ich die aktuelle Lage in Deutschland nüchtern bewerten soll, so fällt mir auf, daß die Deutschen, West wie Ost, so tun, als habe es den 3. Oktober 1990 gar nicht gegeben. Vor allem die Westdeutschen leben so weiter, als sei nichts geschehen, erfordere die Vereinigung beider deutscher Teilstaaten keinerlei Veränderung in ihren sozialen wie wirtschaftlichen Ansprüchen.

Dies ist eine verhängnisvolle Selbsttäuschung. In Wahrheit nämlich wird nichts mehr so sein, wie vor dem 3. Oktober 1990. Allerdings: Regierungsamtliche Politik hat maßgeblichen Anteil daran, daß diese Selbsttäuschung in den meisten Köpfen überhaupt erst entstanden ist.

Der dort vermittelte Eindruck, die Überwindung der Folgen 40jähriger Spaltung ließen sich gleichsam aus der Portokasse der alten Bundesrepublik bezahlen, hat eine verhängnisvolle Wirkung entfaltet. Der Politik insgesamt fehlt es an Mut zur Wahrheit.

Und die lautet: Ohne eine große gemeinsame nationale Anstrengung, ohne Opfer ist das Ziel, der staatsrechtlichen Einigung nun die wirtschaftliche und soziale Einheit folgen zu lassen, nicht erreichbar. Dies ist anhand von nüchternen Zahlen belegbar.

Wenn wir uns zum Ziel setzen, im Jahre 2000 in Ostdeutschland 80 Prozent des westdeutschen Wohlstandsniveau zu verwirklichen, dann sind hierfür in den nächsten sieben Jahren nach Auffassung aller Fachleute Jahr für Jahr zwischen 150 und 200 Mrd. DM an Finanzaufwendungen erforderlich.

Bezogen auf den Umfang unseres Bruttosozialprodukts von ca. 2,5 Bio. DM pro Jahr bedeutet dies, daß wir rund 6 Prozent unseres Volkseinkommens für die Gestaltung der deutschen Einheit aufwenden müssen. Oder anders dar-

gestellt, wenn unsere Volkswirtschaft jährlich um 6 Prozent wachsen würde, hätten wir jenen Zustand erreicht, in dem die Gestaltung der deutschen Einheit finanziert werden könnte, ohne daß die Menschen auf etwas verzichten müßten. Allerdings: Niemand in Westdeutschland hätte in den sieben Jahren auch nur einen Pfennig mehr, als derzeit. So sieht die Wahrheit aus, um die man sich bisher herumgedrückt hat.

Jeder allerdings weiß auch, daß Wachstumsraten von 6 Prozent in hochentwickelten Volkswirtschaften nicht mehr erzielbar sein werden; 3,5 Prozent volkswirtschaftlicher Steigerungsrate werden mittlerweile als Optimum angesehen. Die Wahrheit ist also noch drastischer: Wir werden bis zum Jahr 2000 Opfer bringen müssen, um unser Ziel zu erreichen.

Die Menschen in Ost wie West haben Anspruch auf diese Wahrheit. Wir müssen ehrlich Bilanz ziehen und ihnen sagen, was auf sie zukommt. Wir müssen erkennen, daß ein verteilungspolitischer Spielraum in der alten Bundesrepublik in den nächsten Jahren realwirtschaftlich nicht gegeben sein wird. Und für den Sozialstaat heißt dies: Nicht quantitativer Ausbau, sondern qualitativer Umbau ist gefragt.

Oberstes Ziel der Politik in dieser Zeit wird es sein, mit Argusaugen darüber zu wachen, daß soziale Schief lagen bei der Aufbringung der Finanzleistungen für die Gestaltung der Einheit vermieden werden. Es darf nicht sein, daß die einen an der Einheit verdienen und die anderen die Opfer bringen. Wenn der Präsident des Statistischen Bundesamtes, Egon Hölder, ein wahrhaft unverdächtig Zeuge, anhand von nüchternen Zahlen nachweist, daß alle Gruppen im Bereich der abhängig Beschäftigten – West wie Ost – in den letzten beiden Jahren reale Einkommensverluste hätten hinnehmen müssen – mit Ausnahme der Angestellten in Ostdeutschland – dann offenbart sich hier eine drohende soziale Schief lage. Das gilt erst recht, wenn man weiß, daß die Einkommen aus unternehmerischer Tätigkeit abermals real gewachsen sind.

Auf diesem Wege weiterzugehen, heißt die Einheit zu gefährden statt sie zu gestalten. Heißt in den Köpfen der Menschen Ablehnung zu provozieren, wo aktives Mittun erforderlich wäre.

Was auf uns zukommt, ist also gewiß. Ebenso gewiß ist, daß dieser ökonomische Gesamtrahmen unser Gesundheitswesen nicht unbeeinträchtigt läßt, sondern Gesundheitspolitik sich darauf einstellen muß.

3. Allein schon die spürbar veränderten Rahmenbedingungen machen deutlich, daß die Lösung der Probleme im Gesundheitswesen auf dem bisher von der Politik favorisierten Weg einer schematisch phantasielosen Kostendämpfung nicht gelingen kann. Hinzu kommt: Drei gescheiterte Kostendämpfungsgesetze, ob nun KVKG 1976, KVEG 1981 oder GRG 1989, belegen handfest, daß es so nicht geht.

Auch wenn es immer wieder verdrängt wird, ist es gleichwohl die Wahrheit: Überhöhte Kosten sind Indikatoren für tieferliegende strukturelle Mängel. Jeder Unternehmer weiß: Wo überhöhte Kosten produziert werden, stimmt etwas nicht in der betrieblichen Struktur, in den betriebswirtschaftlichen Abläufen. Jeder Unternehmer wird Struktur oder Abläufe ändern und normalisierte Kostenverläufe zu erzielen versuchen – und zwar als **Resultat** strukturwirksamer Veränderungen.

Warum eigentlich verweigern wir uns im Gesundheitswesen dieser Erkenntnis? Warum setzen wir die Kostendämpfungspolitik immer und immer wieder fort, obwohl wir wissen, daß dies ein Herumkurieren an den Symptomen bedeutet und die Ursachen für die 4 periodischen Kostenschübe nicht ausräumt?

Es ist doch auch klar, daß unsere gesundheitspolitische Landschaft sich seit dem Ende der 50er und 60er Jahre grundlegend gewandelt hat!

- Das Gesundheitsbewußtsein der Bürgerinnen und Bürger nimmt ständig zu – eine Entwicklung, die wir gewollt haben;
- der medizinische und medizinwissenschaftliche Fortschritt geht weiter – eine Entwicklung, die wir begrüßen;
- die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen steigt – eine Entwicklung, die wir gezielt herbeigeführt haben.

Diese drei positiven Merkmale unseres Gesundheitswesens sind doch Ergebnisse moderner Gesundheitspolitik. Es ist geradezu paradox, wenn wir uns bis heute beharrlich weigern, daraus die Konsequenzen für die Umgestaltung des Gesundheitssystems zu ziehen:

- durch Beibehaltung einer anachronischen Krankenkassenstruktur;
- durch ständig weitere Verfestigung einer ständischen Organisationsstruktur der Gesundheitsberufe;
- durch Konservierung von Abrechnungs- und Honorierungsverfahren, die eher in der Zeit des Kameralismus denn in die der modernen Betriebswirtschaft gehören.

Es gleicht einem Treppenwitz, daß in einer Zeit, in der das marktwirtschaftliche System apotheoseähnlich gefeiert wird, unser Gesundheitswesen zu einem Hort des Neomerkantilismus zu werden droht.

"Mit der Gesundheit der Menschen macht man kein Geschäft", lautet eine der in Deutschland weitgehend akzeptierten Maximen. In Wirklichkeit aber übersehen oder verdrängen wir, daß gerade unter dieser Überschrift einige ihre Geschäfte machen, das die Schwarte kracht.

Aber auch in einem anderen Punkt sind wir nicht ehrlich. Wir betreiben in zunehmenden Maße eine Gesundheitspolitik, die Gesundheit als individuellen Wert erscheinen läßt, ihre sozialen Bezüge und Voraussetzung aber völlig außer acht läßt.

Wir lassen Produktionsweisen und Verhalten zu, die Krankheit bewirken. Die gesundheitlichen Folgen dieses Tuns laden wir vor der Türe des Gesundheitswesens ab und wundern uns über ständig steigende Ausgaben. Das ist ebenso inkonsequent wie irrational.

Der Einzelne trägt ein hohes Maß an Verantwortung für seine Gesundheit. Aber die Gesellschaft doch auch! Die Privatisierung gesundheitlicher Risiken ist ja nicht nur unsozial, sie ist auch sinnwidrig, weil der Einzelne für



ihre Entstehung keine Verantwortung trägt, ihnen aus eigener Verantwortung also gar nicht begegnen kann.

- Zu kleine Wohnungen für Familien, die bei Kindern zu Psychosen und Neurosen führen,
- Flexibilisierte Arbeitszeiten, Schichtdienste mit umfangreichen psychosomatischen Krankheitsbildern vom Bluthochdruck bis zum Magengeschwür im Gefolge,
- Kontamination der Natur, vor allem der Luft, die zu Allergien oder Atemwegserkrankungen führt, sind das eigentlich alles Folgen, denen der Einzelne begegnen oder ausweichen kann?

Die Gesundheitspolitik ist eines der komplexesten Themenfelder, das tief in andere Politikbereiche hineinragt. Wir müssen endlich begreifen, daß politische Fehler in einem anderen Feld geradezu zwangsläufig zu Mehrausgaben im Gesundheitswesen führen können, wenn die Zusammenhänge nicht bedacht werden.

Solange Gesundheitspolitik ressortmäßig so eng verstanden wird, wie wir dies seit geraumer Zeit tun, brauchen wir uns über steigende Gesundheitsausgaben nicht zu wundern. Auch hier also ist ein Umdenken erforderlich.

Eine wirkliche Gesundheitsreform verlangt:

- ein anderes Verständnis von Gesundheitspolitik unter Beachtung der Wirkungszusammenhänge mit anderen Politikfeldern;
- eine Modernisierung der Organisationsformen und Abläufe des Gesundheitswesens;
- eine sinnvolle Kooperation und Koordination der verschiedenen Sektoren des Systems;
- eine wirtschaftlich sinnvolle und der Gesundheit der Menschen gerecht werdende Gestaltung von Kosten und Preisen;

- eine effektivere Gestaltung der Versorgungsstrukturen und Finanzierungsregelungen;
- eine grundlegende Neuordnung des sozialen Sicherungssystems im Gesundheitswesen, der sozialen Krankenversicherung.

Angesichts der säkularen Trends in unserer Gesellschaft, angefangen mit dem steigenden Gesundheitsbewußtsein der Menschen, über den medizinischen Fortschritt bis hin zur Veränderung des demographischen Rahmens, verlangt eine Gesundheitsreform allerdings auch die Einsicht in die Tatsache, daß mit sinkenden Gesundheitsausgaben nicht zu rechnen sein wird. Das Ziel wird heißen müssen, den Wachstumspfad der Ausgaben in die gesamtwirtschaftliche Entwicklung einzupassen.

4. Ich will mir versagen, im einzelnen auf die Vorstellungen meiner Partei zu einer Gesundheitsreform einzugehen, ich kann unser Konzept mit einiger Sicherheit als in diesem Kreise bekannt voraussetzen. Statt dessen will ich mich auf die strategischen Gesichtspunkte konzentrieren, die zu diesem Konzept geführt haben.

Ich bin mir mittlerweile sicher: Ohne die Einführung marktähnlicher Elemente in unser Gesundheitswesen da, wo es sein sozialer Auftrag zuläßt, werden wir nicht über die Runden kommen und können eine Reform nicht erfolgreich abschließen.

Es mag für manchen überraschend klingen, wenn ausgerechnet die SPD diese Position vertritt, aber gleichwohl entspricht sie unseren gesundheitspolitischen Erfahrungen.

Wir müssen der geradezu selbstzerstörerischen Lust, immer komplexere Vorgänge und Abläufe durch immer kompliziertere Regelungsmechanismen beherrschbar zu machen, Einhalt gebieten. Wir laufen einem Phantom nach.

So erfindungsreich unsere Regelungskonstrukteure auch sein mögen, die Konstrukteure der Umgehungsmöglichkeiten sind erfindungsreicher. Diese Erkenntnis sollte mittlerweile der Lebenserfahrung aller entsprechen. Wir

brauchen also Mechanismen, die im Gesundheitswesen sich selbst korrigierende Wirkungen entfalten.

Wer – um ein besonders plastisches Beispiel zu nehmen – jemals das Selbstkostenblatt eines Krankenhauses vor Pflegesatz- und Budgetverhandlungen studiert hat, wer gesehen hat, mit welcher Regelungswut und Detailbesessenheit dort versucht wird, auf dem Verwaltungswege zu einem sozial gerechten Preis zu kommen, der kann eigentlich nur die Naivität derjenigen bewundern, die meinen, auf diesem Wege käme man zum Erfolg!

Hierbei gilt wirklich: Health County liegt in Absurdistan! Ich bewundere diejenigen, die immer noch meinen, auf diesem Wege sei eine Kontrolle der Betriebsabläufe im Krankenhaus möglich. Es liegt doch in der Logik der Abläufe: Jenes Rechenwerk "Selbstkostenblatt", das die einen, sprich die Krankenkassen, als Kontrollmöglichkeit gebrauchen möchten, wird von den anderen – sprich Krankenhäusern – doch genau zu jenem Zweck angelegt, daß die Kontrolle nicht gelingt. Schließlich lebt der eine unter dem Eindruck, er zahle zuviel und der andere in der Furcht, er erhalte zu wenig. Also ist doch das Motto "Corriger la Fortune" systemimmanent!

Ich meine dies alles nicht als Anklage, sondern als Appell an uns alle, die Welt endlich so zu sehen, wie sie ist. Ich bin mir sicher: Auf dem bisherigen Weg ist ein Erfolg nicht erreichbar.

Ein wichtiges Ziel, ohne das ein Erfolg einer Gesundheitsreform nicht erreicht werden kann und ein marktähnliches Element, das in unserem System eingebaut gehört, ist die Verwirklichung des Grundsatzes zu nennen, daß derjenige, der dort wirtschaftlich tätig wird, dies nur unter vollem Risiko für das von ihm eingesetzte Kapital tun kann.

Und dieses volle Risiko schließt garantierte Preise ebenso aus, wie eine gesetzlich garantierte Teilnahme an der Versorgung. Garantierter Verlustausgleich ist mit vollem Risiko ebenso unvereinbar, wie ein Gewinnerzielungsverbot.

Es mag in den Ohren einiger zynisch klingen, aber es ist nicht zynisch gemeint, sondern ich bin mir sicher: Der Bankrott der ersten drei Kranken-

häuser wird in Bezug auf die Hebung des Wirtschaftlichkeitsniveaus in deutschen Krankenanstalten eine geradezu atemberaubende Wirkung entfalten.

Wir verschanzen uns hinter angeblichen sozialen Erfordernissen, wenn es um die Einführung marktähnlicher Elemente geht, aber in der Wirklichkeit des Alltages provozieren jene angeblichen sozialen Erfordernisse unsoziale Ergebnisse – wer wollte dies angesichts der Höhe unserer Krankenhauspfllegesätze eigentlich noch bestreiten?

Wer weiß, daß er eigenes Kapital verspielt, wenn er schlecht wirtschaftet, sei es nun als Stadt oder Gemeindeverband, als Kirche oder gemeinnützige Vereinigung oder sei es als Privatmann, verhält sich anders als der, der das Geld der anderen verwaltet. Dies ist Lebenserfahrung, nicht böser Wille!

Als zwingende Konsequenz aus dieser Einsicht muß dies nach meiner Vorstellung bei einer Reform des Krankenhaussektors zur Abschaffung des Selbstkostendeckungsgrundsatzes und zur Einführung der monistischen Finanzierung führen!

Es gibt kaum eine trostlosere Veranstaltung im deutschen Gesundheitswesen als die unter dem Gebot der Selbstkostendeckungsgrundsatzes stehen – den Pflegeverhandlungen. Ich nenne es absurd, wenn die Krankenkassen dadurch die innerbetrieblichen Krankenhausabläufe indirekt bestimmen oder auch nur kontrollieren wollen.

Das Krankenhaus braucht mehr unternehmerische Dispositionsfreiheit. Und dabei geht es die Krankenkassen den Teufel an, ob es eine chirurgische Station mit  $6 \frac{2}{3}$  oder  $7 \frac{1}{4}$  Pflegekräften betreibt.

Die Krankenkassen wollen eine solide Leistung zu einem vernünftigen Preis. Darüber muß verhandelt werden. Ob das Krankenhaus die Leistung zu diesem Preis erbringen kann, ist sein Problem und sein Risiko.

Der vernünftige Preis, das kann nicht der vollpauschalierte tagesgleiche Pflegesatz sein. Zu was soll denn das führen: Blinddarm- oder Herzoperation, für beide der gleiche Tagespreis? Seit fast sieben Jahren fordern wir die

Einführung diagnoseabhängiger Fallpauschalen. Endlich scheinen jetzt auch andere auf den Trichter zu kommen.

Ob dann die erbrachte Leistung qualitativ einwandfrei erbracht ist, dies wiederum ist Angelegenheit der Krankenkassen. Hier brauchen sie Sanktionsmöglichkeiten, die erforderliche Leistungen notfalls anderweitig oder anderswo erbringen zu lassen.

Was spricht eigentlich dagegen, dieses vernünftige Verfahren zukünftig stärker zu praktizieren? Nichts, außer Naturschutzparks, in denen es sich so mancher ach so bequem gemacht hat.

5. Volles Risiko für das eingesetzte Kapital, in seinen Konsequenzen dargestellt am Beispiel des Krankenhauses, ist nicht der einzige strategische Schritt für eine Gesundheitsreform.

Das zweite marktähnliche Element, das eingeführt werden muß, läßt sich in der Sprache der Ökonomen unter das Rubrum "Stärkung der Konsumentensouveränität" fassen. Auf gut deutsch: Der Schlüssel für die Gestaltung unseres Gesundheitswesens und vor allem ihres Hauptfinanziers, der gesetzlichen Krankenversicherung, gehört in die Hand der Versicherten.

Den Versicherten den Schlüssel zur Umgestaltung des Krankenversicherungssystems in die Hand zu geben heißt, sie selbst entscheiden lassen, wo sie krankenversichert sein wollen.

Die seit der Präsentation dieses Vorschlages durch die SPD vor fünf Jahren geführte Diskussion hat viele Ergebnisse erbracht: Mit unserem Vorschlag zur Wahlfreiheit bohren wir an der richtigen Stelle.

Wir machen uns keine Illusionen. Trotz vieler lobender Worte über die Wahlfreiheit für die Versicherten – wer kann sich schließlich schon leisten, gegen mehr Entscheidungsfreiheit für die Menschen Front zu machen – ist uns eines zur Gewißheit geworden: Die Krankenversicherungsorganisation wollen keine Wahlfreiheit. Oder aber – und dies käme dem gleich – sie wollen Wahlfreiheit nur zu ihren kassenspezifischen Bedingungen.

Sie haben erkannt, daß es nun wirklich zu einer durchgreifenden Umgestaltung unseres Krankenversicherungssystems führt. Wer in einer stillen Stunde in sich geht, wird zugeben müssen, daß genau dies von vielen in letzter Konsequenz nicht erwünscht ist. Wenn es wirklich hart auf hart geht, dann schreckt man vor diesem Schritt zurück und gibt sich wie bisher lieber mit ein paar Retuschen, ein paar Korrekturen im Detail zufrieden.

Aber weil die Wahlfreiheit für alle Versicherten unser System aufbricht, entscheidend verändert, halten wie an diesem Projekt fest. Da können uns auch die Argumentationsschablonen, die in diesem Zusammenhang hervorgeholt werden, nicht sonderlich beeindrucken.

Alle alten Freunde können wir in diesem Zusammenhang ja wieder begrüßen: Die Einheitsversicherung, das Chaos, die Entsolidarisierung und viele andere alte Bekannte, mit denen man die Krankenversicherungspolitik der SPD seit Jahrzehnten traktiert und diskriminiert.

Ich wiederhole: Dies kann uns nicht beeindrucken. Im Gegenteil: Dies sind Argumentationsschablonen, die uns zeigen, daß man sich eine differenzierte Auseinandersetzung mit unserem Vorschlag nicht zutraut und stattdessen zum Holzhammer greift.

Jeder weiß, wir brauchen ein umgestaltetes, modernisiertes Krankenversicherungssystem. Das Wort vom "bewährten, gegliederten System" gleicht einer Beschwörungsformel, an der nichts wirklich stimmt. Unser Krankenversicherungssystem, eigentlich auf den Grundsatz der Solidarität verpflichtet, produziert in Wirklichkeit Entsolidarisierung. Es ist unter den Erfordernissen von sozialer Gerechtigkeit unhaltbar geworden!

Nun wird uns immer wieder von erschreckten Zeitgenossen entgegengehalten, das Ergebnis eines solchen Wahlprozesses durch die Versicherten sei nicht abschätzbar, liege im Ungewissen.

Das ist zunächst einmal richtig, aber das haben Wahlen halt so an sich. Denn, wenn man das Ergebnis vorher kennen würde, bräuchte man sie nicht stattfinden zu lassen.

Wer ein solches Modell innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung etablieren will, hat es in Einklang zu bringen mit den für die Erfüllung des Prinzips der Solidarität erforderlichen Voraussetzungen.

Solidarität kann nicht gruppenbezogen definiert werden, sondern muß die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, die gesamte Versicherten-gemeinschaft umfassen.

Sondersolidargemeinschaften, die ihre Vorteile zu Lasten der allgemeinen Solidargemeinschaft erwerben, sind mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar.

Wir wollen daher, daß zukünftig alle Krankenkassen, ob Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen oder Ersatzkassen, Gleiche unter Gleichen werden. Dies bedeutet die völlige rechtliche Gleichstellung aller Krankenkassen. Dies bedeutet auch, daß es die Funktion der Basiskrankenkassen im bisherigen Verständnis zukünftig nicht mehr geben wird.

Die Etablierung eines Wahlmodells in der gesetzlichen Krankenversicherung hat zur Folge – und dies halte ich für das Einschneidendste – daß zukünftig der Unterschied zwischen Wahl- und Pflichtkassen entfällt: Alle Krankenkassen werden Wahlkassen.

Wir wollen die Wahlmöglichkeit der Versicherten für die verschiedenen Kassenarten nicht beschränken, das heißt, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen öffnen.

Allerdings, ein Wahlrecht hat ein Versicherter nur im Hinblick auf die in seiner Region ansässigen Krankenkassen. Die Wahl eines Stuttgarter in die Betriebskrankenkasse der Deutschen Bank in Düsseldorf ist nicht möglich. Aber, alle Stuttgarter können Mitglied in allen Stuttgarter Betriebskrankenkassen werden.

Hinzu tritt weiter, daß alle Krankenkassen die Mitglieder, die sie gewählt haben, auch aufnehmen müssen. Es besteht also Kontrahierungszwang.

Ganz ohne Zweifel wird von dieser Maßnahme eine grundlegende Umgestaltung unseres Krankenversicherungssystems ausgehen. Der Versicherte

steht nun in der Tat im Mittelpunkt des Geschehens, er gibt dem System durch seine Entscheidung Dynamik, er ist nicht mehr Objekt, sondern wird zum aktiv handelnden Subjekt.

Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung, die gibt es heute schon, Wahlfreiheit für alle Angestellten und für die Arbeiter jenseits der Versicherungspflichtgrenze. Und es gibt kollektive Wahlfreiheit bei der Gründung von Betriebskrankenkassen. Dies kann oder will niemand von politischem Gewicht wieder abschaffen.

Alle diejenigen, die gegen die Wahlfreiheit zu Felde ziehen, sind bisher die Antwort schuldig geblieben, wie sie mit der bestehenden Wahlfreiheit für exklusive Gruppen umzugehen gedenken. Denn das kann doch nicht so bleiben.

Wir kommen um die Beantwortung dieser Frage also nicht herum, ob wir wollen oder nicht. Deshalb sollte gelten: Die Antwort zugleich zum Hebel für die strategische Umgestaltung des Krankenversicherungssystems zu machen.

Ich füge hinzu, daß alle, die ihre Befürchtungen über ein mögliches Ergebnis des Wahlprozesses zur Grundlage ihres Urteils über dieses Modell, sich auf eine abschüssige Ebene begeben. Denn keiner kann es letztlich sicher vorhersagen!

Die Einheitsversicherung unter dem Dach der Ersatzkassen ist daher als mögliches Ergebnis ebenso spekulativ, wie das totale Chaos. Es entspricht vielmehr aller Lebenserwartung, daß sich ein mittleres Ergebnis als Kassenstruktur ergeben wird, bei der alle Kassen gleichermaßen wettbewerbsfähig sind.

Im übrigen muß ich auf einen Gesichtspunkt hinweisen: Wie immer das Ergebnis auch aussehen mag, es entspricht den Wünschen der Versicherten, denn sie haben es selbst gewählt!

Wer die Feststellung, der Versicherte und Patient gehöre in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens, nicht zu einem Lippenbekenntnis werden lassen

will, sollte dies beachten. Organisations- und institutionsbezogene Interessen müssen in den Hintergrund treten.

6. Seit geraumer Zeit erleben wir den Versuch, das Thema Belastungs- oder Finanzausgleich in der Krankenversicherung zum Nervus Rerum der Umgestaltung zu machen. Man brauche nur die richtige Form, des Belastungs- ausgleichs zu wählen und schon seien die meisten Probleme gelöst.

Die Fixierung der Diskussion auf dieses Thema ist entweder Selbstbetrug oder Augenwischerei. Denn mit einem wie immer gearteten Ausgleich wird keines der strukturellen Probleme gelöst. Es bleibt vielmehr alles beim alten, die Probleme werden nur nicht mehr anhand von Beitragssatzunterschieden sichtbar.

Ein Hauptproblem in unserem Gesundheitswesen liegt in der einseitigen Machtverteilung. Die Anbieterseite, von der PharmaIndustrie bis zu den Zahnärzten, hat ein tendenzielles Übergewicht gegenüber der Krankenversicherung. Dieses Problem muß gelöst werden. Daran ändert doch ein wie immer gearteter Finanzausgleich nichts.

Die Krankenkassen haben keinen Einfluß auf die Entstehung der Angebotskapazitäten, weder auf die Zahl der Arzneimittel noch auf die Zahl der Krankenhausbetten. Das Problem bedarf der Lösung. Auch hier ändert doch die Form des Belastungs- oder Finanzausgleichs nichts.

Unsere Solidargemeinschaft ist nicht umfassend genug, weil wir es den Gutverdienenden immer wieder erlauben, sich aus der Solidarität zu verabschieden. Was ändert daran ein wie immer gearteter Finanzausgleich?

Die beinahe manische Fixiertheit der Diskussion auf das Thema Belastungs- oder Finanzausgleich führt in die Irre. Die Tragödienchöre, die jeweils erschallen, wenn hierzu der eine oder der andere Vorschlag unterbreitet wird, lenken vom Thema ab.

Während andere die Weichen im Gesundheitswesen stellen, beschäftigt sich die Krankenversicherung hauptsächlich mit dieser Frage, und das heißt hauptsächlich mit sich selbst.

Wir bleiben dabei: Die Frage des Risiko-, Belastungs- oder Finanzausgleichs ist eine wichtige Frage, aber es ist eine unter vielen, und es ist nicht die strategische.

Für uns ist unbestritten, daß die unterschiedlichen Beitragssatzbelastungen abgebaut werden müssen. Das ist ein Gebot der sozialen Gerechtigkeit. Aber das strategisch wirksame Instrument ist für uns die Wahlfreiheit für alle. Umfassende und andauernde Belastungs- oder Risikoausgleiche machen dieses Instrument stumpf. In letzter Konsequenz schließen Ausgleichs- und Wahlverfahren einander sogar aus. Denn welchen Sinn soll die Wahl machen, wenn alle Äpfel gleich grün sind.

Finanz- oder Belastungsausgleiche haben nur eine Sinn zu Beginn des Wahlprozesses, um zu verhindern, daß in der Vergangenheit entstandene Ungleichgewichte zu Lasten einzelner Krankenkassen nicht zu Hypotheken für die Zukunft werden.

Wir sollen uns bei der Reform unseres Gesundheitswesens auf die strategisch wirksamen Schritte konzentrieren, jene Schritte also, die alle anderen Veränderungen als eine Art Domino-Effekt nach sich ziehen. Und das sind:

- Einbau marktähnlicher Elemente in das System,
- Wahlfreiheit für alle Versicherten,
- Machtgleichgewicht zwischen Anbieter- und Nachfragerseite.

Die Politik muß aufhören, den Anschein zu erwecken, sie könne in einer Art Detailbesessenheit alles regeln. Sie hat den Rahmen zu setzen und für die dann Handelnden Freiraum für Entscheidungen zu schaffen.

Wir müssen erkennen, daß sich Solidarität und Individualität - beide für einen freiheitlichen Sozialstaat unabdingbar notwendig - nicht ausschließen, sondern ergänzen. Wir müssen diese Grundwerte zueinander neu ins Verhältnis setzen.

Die Aufrechterhaltung einer Illusion von politischer Omnipotenz, schon in normalen Zeiten ebenso verlockend wie falsch, kann in dieser außergewöhnlichen Zeit zum Verhängnis werden. Diese Art von Politik zu betreiben, führt meiner Auffassung nach besonders jetzt zu einem schwerwiegenden Mangel: Zum Verlust der Fähigkeit, sich auf die eigentlichen Probleme, sich auf die politischen Grundlinien zu konzentrieren.

Politik darf nicht zerfasern, ja zerbröckeln in lauter Detailfragen und Probleme, die für sich selbst genommen gar nicht einmal so unwichtig sind, die aber den Blick auf Richtung, in die man eigentlich will, verstellen. Der berühmte Wald, der vor lauter Bäumen nicht mehr erkannt wird.

Wer die gesundheitspolitische Diskussion der letzten Jahren unter diesem Blickwinkel kritisch würdigt, der wird erkennen, wie groß die Gefahr ist.

Unsere Aufgabe ist: Realistische Beurteilung des Mach- und Abschätzbaren, Wissen der Grenze, an der Prognose zur Prophezeiung wird.

Nicht gefordert ist: so zu tun, als könnte Politik alles Profunde einschätzen, alles in rechte Bahnen lenken und verantworten.

"So zu tun, als ob", dieser offenbar allgegenwärtige Imperativ symbolischer Politik, einer Politik, die in Wirklichkeit viel weniger weiß, als sie zu wissen vorgibt, verdient als das erkannt zu werden, was sie ist: ein gefährlicher Irrweg.

Axel Granitza

## Vorstellungen und Gedanken der pharmazeutischen Industrie zur Arzneimittelversorgung

1. Gegenstand meiner kurzen Ausführungen sind die Gedanken der pharmazeutischen Industrie zur Sicherung der Arzneimittelversorgung. Damit beschränke ich das Blickfeld auf einen Teil von 15,1 % der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (im folgenden GKV), die in 1991 158,9 Mrd. DM betragen. Die aufgrund des für 1992 erwarteten Defizits der GKV (das sich in den Folgejahren eher vergrößern wird) notwendigen Beitragserhöhungen sind aber (vom über den Grundlohnsummenanstieg liegenden) Anstieg **aller** Leistungsaufwendungen mitbestimmt. Der Geschäftsführer des Verbandes der Angestelltenkassen Fiedler hat vor einer Woche dazu aufgefordert, die kostentreibenden Strukturen, besonders bei den Krankenhäusern, zu reformieren (vgl. Tagesspiegel vom 22.3.92). Der Ordnung halber sei auch darauf hingewiesen, daß von den Ausgaben der Kassen für Arzneimittel nur ca. 50% der pharmazeutischen Industrie zu Gute kommen, der Rest verteilt sich auf Großhandel, Apotheken und Mehrwertsteuer. Dies nur zur Herstellung der richtigen Relationen.
2. Die gegenwärtig nach dem Gesundheitsreformgesetz gültigen Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel – keine Zuzahlung des Versicherten bei Festbetragspräparaten, Zuzahlungspflicht in Höhe von DM 3,- dagegen bei festbetragsfreien Medikamenten – haben zu einer Marktsplaltung geführt, die sowohl unter medizinischen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten unsinnig ist. Die am 1. Juli 1993 in Kraft tretende Zuzahlungspflicht von 15% für festbetragsfreie Präparate bei gleichzeitiger Zuzahlungsfreiheit für Festbetragsarzneimittel verschärfen die Marktsplaltung noch. Die allein von der Existenz eines Festbetrages abhängige Zuzahlungspflicht oder –freiheit ist
  - **ungerecht** für die Patienten, weil der eine Patient ein Festbetragspräparat kostenlos bekommt, während der andere bei einem festbetragsfreien Medikament DM 3,- bzw. vom 1. Juli 1993 an 15% des Preises (bis max. DM 10,-) zahlen muß,

- **wettbewerbsverzerrend**, weil z.B. die Hersteller von innovativen Arzneimitteln, von Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen oder von Arzneimitteln der besonderen Therapieeinrichtungen – die ohne Festbetrag zuzahlungspflichtig sind – im Wettbewerb beeinträchtigt werden, weil die Gruppenbildung bei den Festbeträgen von Zufällen abhängig ist,
- **innovationshemmend**, da moderne Präparate, die i.d.R. keinem Festbetrag unterliegen, mit einer Zuzahlung belastet werden und sich somit schwerer oder gar nicht durchsetzen können.

Die SPD kritisiert m.E. zu Recht die unüberschbaren Schwächen des Festbetragsmodells und favorisiert strukturelle Änderungen statt erneutem Herumbasteln am Kostendämpfungsgesetz.

3. Die SPD tritt m.W. für eine Änderung der Struktur der Leistungen für die GKV ein. Im einzelnen soll – soweit ich informiert bin – hinsichtlich der Arzneimittel u.a. gelten:

- das Arzneimittelangebot ist zu verkleinern,
- der Preis eines Arzneimittels ist in Verhandlungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Hersteller – ggf. durch Ausschreibungen – zu bestimmen,
- die Arzneimittelinformation herstellerunabhängig zu erfolgen,
- eine Arzneimittelbewertung extern, z.B. durch ein hersteller-unabhängiges Arzneimittelinstitut, zu erfolgen.

Dabei plädiert die SPD für ein zweistufiges Konzept. Im ersten Schritt soll ein industrieunabhängiges Arzneimittelinstitut die Arzneimittel auswählen, die es für verordnungswürdig hält. Im zweiten Schritt soll die GKV mit den Herstellern über den Preis dieser Präparate "verhandeln"; kommt eine Einigung über den Preis zustande, wird das Präparat als verordnungsfähig in eine Positivliste aufgenommen.

Auch zu diesem Konzept möchte ich ein paar kritische Anmerkungen machen:

- Das herstellerunabhängige Arzneimittelinstitut entscheidet de facto über den Marktzugang der Medikamente. U.E. ist aber eine solche zweite Zulassung in Anbetracht der an den Kriterien Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität ausgerichteten Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt nicht notwendig.
- Der GKV wird ein großes Gewicht bei der Preisfestlegung verschafft, weil
- von Verhandlungen kaum gesprochen werden kann, wenn auf der einen Seite die GKV als weitgehend monopolistischer Abnehmer sitzt und auf der anderen Seite einer von 500 oder 1 000 Herstellern,
- aus Praktikabilitätsgründen vermutlich kaum Verhandlungen im eigentlichen Sinne zu erwarten sind, sondern vielmehr Ausschreibungen; dabei erhält – wie bei Tendergeschäften – derjenige den Zuschlag, der das billigste Angebot abgibt.

Zum häufig diskutierten Thema "Preisverhandlungen" noch eine weitere Bemerkung: Statt der kaum praktikablen Verhandlung einzelner Firmen kann man daran denken, daß sich beispielsweise die GKV und ein Verband der Hersteller, z.B. der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), zusammensetzen. Hier ist die Gefahr eines bilateralen Monopols groß, das mit Marktwirtschaft wenig zu tun hat. Zum anderen, und das ist besonders wichtig, könnte ein Verband ein globales Verhandlungsergebnis kaum sinnvoll und gerecht auf die Ebene der einzelnen Arzneimittelhersteller "herunterbrechen". Wie sollte beispielsweise ein ausgehandelter Ausgabenzuwachs von 1 Milliarde DM auf 500 Firmen verteilt werden – und dann noch differenziert nach Preis-, Mengen- und Struktureffekten? Entweder teilt man schematisch, gleichmäßig und zementierte damit die Marktstrukturen oder aber individuell, aber nach welchem Maßstab?

Ein Preisverhandlungskonzept scheint zunächst Vorteile gegenüber einer einseitigen Festlegung eines Festbetrages zu bieten. Auf den zweiten Blick ist es aber mit Gefahren verbunden.

4. Notwendig ist u.E. eine Regelung, die die Autonomie des Patienten im Gesundheitsbereich stimuliert, die auch ein eigenes finanzielles Interesse des Versicherten an einer kostengünstigen Arzneimittelversorgung weckt. Dies

könne sowohl preisdämpfend als auch mengenreduzierend wirken und dem oft beklagten Trend zur Verordnung zu vieler Arzneimittel und zu großer Packungen begegnen. Medikamente gegen lebensbedrohende Erkrankungen von einer generellen prozentualen Zuzahlung durch den Patienten auszunehmen, erscheint sinnvoll. Arzneimittel gegen geringfügige Gesundheitsstörungen können andererseits mit einer 100%-igen Zuzahlung belegt werden. Die Vorteile eines solchen Konzeptes wären:

Die erwähnte Steuerungswirkung sowohl im Hinblick auf den Preis als auch hinsichtlich des Mengenverbrauches. Die Grundidee ist, den Versicherten selbst stärker an einer rationalen, kostengünstigen Arzneimittelversorgung finanziell zu interessieren. Natürlich kann dem Patienten primär nicht überantwortet werden, das für ihn "richtige" Medikament auszuwählen. Dies ist und bleibt Sache des Arztes und Gegenstand des mit dem Arzt zu führenden Gespräches. Für den Patienten muß aber ein Anreiz bestehen, seine Nachfrage zu problematisieren. Es muß nicht immer ein besonders teures Arzneimittel zum Einsatz gelangen, es muß nicht stets die größte Packung eingesetzt werden. (Muß es überhaupt stets ein Medikament sein oder ginge es nicht manchmal auch mit einer Diät?).

Eine prozentuale Zuzahlung wirkt sicher in erster Linie mengenregulierend. Sie mag in etlichen Fällen verhindern, daß Patienten sich Arzneimittel verschreiben lassen, sie aber nicht einnehmen, sondern statt dessen horten oder gar wegwerfen. Dem vielbeklagten Arzneimüll dürfte durch eine sinnvolle Zuzahlungsregelung mit einiger Wahrscheinlichkeit nicht ohne Erfolg begegnet werden. Dies darf freilich nicht dazu führen, daß notwendige Arzneimittel nicht eingenommen werden. Arztgespräch und eine Absicherung für die sozial Schwachen müssen hier ergänzend wirken.

In diesen Tagen ist übrigens eine Untersuchung veröffentlicht worden, die die Rückgabe unverbrauchter Arzneimittel – "Altmedikamente" – zum Inhalt hat. Zwei Ergebnisse möchte ich hervorheben.

- **Erstens:** 31 Prozent der als Altmedikamente zurückgebrachten Packungen waren noch unangebrochen, also zu 100 Prozent gefüllt, weitere 34% der zurückgegebenen Packungen waren noch zu mehr als der Hälfte voll.
- **Zweitens:** Die nicht eingenommenen Arzneimittel waren außerdem überwiegend verordnet worden. Die im Wege der Selbstmedikation

erworbenen und aus eigener Tasche bezahlten Arzneimittel wurde nur in vergleichsweise geringem Maße zurückgegeben. Sie wurden offenbar weitgehend verbraucht.

Nach unserer Vermutung wird der Versicherte schon bei einem Zuzahlungssatz von beispielsweise 10 oder 15 Prozent reagieren. Wir sehen nämlich, welche praktische Bedeutung bereits der Betrag von DM 3,- als Zuzahlung hat.

So führt die prozentuale Zuzahlung insgesamt gesehen dazu, daß die bislang unter Umständen divergierenden Interessen der Nachfrageseite harmonisiert werden und Krankenversicherung, Arzt und Versicherter dann übereinstimmend an einer kostengünstigen Arzneimittelversorgung interessiert sind. Daß Selbstbeteiligung in diesem Sinne keine Erfindung ist, bei der sich die Hersteller die Hände reiben und Gewinne auf dem Rücken der Patienten machen, sei vermerkt. Denn ein solches Prinzip würde sicher zu einer Schrumpfung der Verordnungsmenge führen, nur eben nicht nach willkürlichen, staatlich verordneten Kriterien, sondern auf Basis der Einzelentscheidungen des Marktes.

Ferner: Unser Konzept fordert vom Versicherten eine unmittelbare Eigenbeteiligung, die durch Härtefallregelungen durchaus sozialverträgliche ausgestaltet sein kann, honoriert aber zugleich einen gesundheitsbewußten Lebensstil und einen kostenbewußten Umgang mit Arzneimitteln und stabilisiert die Leistungsbereitschaft da, wo schwere Erkrankungen vorliegen. Diese sind natürlich von Zuzahlungen ausgenommen. (Es wäre ein rationales System, das Eigenbeteiligung dort stimuliert, wo es vertretbar ist. Ein System, das nicht die Fiktion einer Vollversorgung aufrecht erhält und in Wahrheit willkürlich den Patienten schutzlos stellt und zur Kasse bittet, z.B. England).

Die immer wieder vorgetragene Behauptung, eine prozentuale Selbstbeteiligung sei unsozial, ist m.E. nicht richtig. Derzeit liegt der Wert eines verordneten Medikamentes im Durchschnitt bei etwa DM 30,-. Bei einer prozentualen Zuzahlung von 10% bedeutet dies einen Zuzahlungsbetrag von DM 3,-, bei einer Selbstbeteiligung von 15% einen Betrag von DM 4,50. Unsozial ist das m.E. nicht. Gewiß benötigen ältere Menschen mehr Arzneimittel als jüngere und müßten deshalb auch mehr an Zuzahlung leisten.



Aber wäre das denn völlig untragbar, zumal wenn es durch Sozialklauseln abgesichert ist?

Für ein indikationsorientiertes, gestaffeltes Zuzahlungsmodell spricht also m.E.:

- Es ist wettbewerbsneutral, da es grundsätzlich alle Präparate, die für eine Krankheit bestimmt sind, gleichermaßen trifft und hinsichtlich der Ausnahmebereiche an Indikationen und nicht etwa an bestimmte Stoffe, etwa Chemotherapeutica oder pflanzliche Stoffe, anknüpft. (Unerwünschte Substitutionsprozesse müssen weitestgehend ausgeschlossen werden.)
- Es kommt dem Bild vom mündigen Patienten näher, als manche, den Patienten bevormundende Systeme.
- Es entspricht vom Ansatz her anderen indikationsorientiert gestaffelten Selbstbeteiligungsregelungen im europäischen Ausland und liegt somit im EG-Trend. Es fügt sich in den neuesten Empfehlungsentwurf der EG-Kommission zu Arzneimittelpreis- und erstattungsfragen ein, der auf Deregulation, mehr Markt und Wettbewerb abzielt.
- Es ist wegen seiner einfachen Strukturierung für Ärzte und Apotheker praktisch zu handhaben.

Was Not tut, ist eine vorurteilsfreie Sachdiskussion. Wir sind dazu gern bereit.

Otfried P. Schaefer

## Die Sicherung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Ein zehninütiges Statement zum Thema "Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren" aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit einigen persönlichen Bemerkungen erlaubt nur eine schlaglichtartige Darstellung der Problematik und Lösungsansätze. Dabei kann auch nur bruchstückhaft zu den programmatischen Aussagen der Parteien Stellung genommen werden.

Gute ärztliche Tradition ist es seit eh und je, sich einem Problem Schritt für Schritt mit allen Sinnen analytisch zu nähern, bis die Diagnose eines Krankheitsbildes, ggfs. auch einer Differenzialdiagnose, den Weg zu einer sinnvollen Therapie (Differenzialtherapie) eröffnet. In echten Notfällen ist eine schnelle, zielsichere Entscheidung und sofortige Intervention gefragt. Beide Prozesse setzen gute fachliche Kenntnisse, Verantwortungsbewußtsein, erworbene Fertigkeiten und ein gerütteltes Maß an Erfahrung voraus.

Ich sehe keinen Grund, warum diese Verfahrensweise nicht auch bei der Bewältigung der Probleme des Gesundheitswesens der 90er Jahre Anwendung finden sollte. Wenn sich alle darin einig sein sollten, daß das Gesundheitswesen krank ist, so muß die erste Frage lauten: Mit welcher Krankheit haben wir es zu tun?

Handelt es sich um eine Auszehrung?

Um mangelnden Leistungswillen oder Leistungsfähigkeit?

Um Ineffizienz oder mangelnde Kompetenz, mangelnde Qualität oder Verfügbarkeit von Leistungen?

Nichts dergleichen trifft zu. Die Leistungsfähigkeit und der Leistungswille sind ungebrochen, der medizinische und technische Fortschritt hat mit dazu beigetragen, daß die Menschen immer älter werden und im hohen Alter ein lebenswertes Leben führen. 90 bis 100jährige bekommen neue Hüftgelenke und können wieder gehen, bekommen neue Linsen implantiert und können wieder sehen, erhalten Hörgeräte für beide Ohren und können stereophon hören, erhalten Schrittmacher und können wieder über Jahre ihren eigenen Haushalt versorgen.

Daß dies alles täglich mehr kostet, weil immer mehr Menschen immer älter werden, liegt auf der Hand, sollte allerdings nicht zu der Schlußfolgerung verleiten, das Gesundheitswesen sei schon deswegen unbezahlbar und deshalb reformbedürftig.

Sehen wir einmal von einem Bodensatz system- und politikbedingter Verschwendung in einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens ab, so ist die Grundtendenz der Teuerung, der zunehmenden Kostenbelastung allein schon aufgrund der vorgenannten Fakten erklärbar und unabweislich.

Dirigistische, planwirtschaftliche und bürokratische Eingriffe und Verfahren der Ausgabenbegrenzung haben in all den zurückliegenden Jahren – wenn überhaupt – nur kurzatmige Erfolge beschert, weil die Grundtendenz, die ihren Hauptmotor in der demographischen Entwicklung unserer Bevölkerung hat, naturgemäß dadurch nicht beeinflußt werden kann.

Nicht das so erfolgreiche Gesundheitswesen, sondern die Gesundheitspolitik steckt in einer Krise. Nicht die Tatsache, daß sich Ärzte und Pharma-Industrie, wie Herr Blessing in rüdem Ton und von keiner Sachkenntnis getrübt, meint, an der Krankheit anderer gesundstoßen, ist das Problem, sondern die Bezahlbarkeit der steigenden Anforderungen an das System. Weder Preis- noch Honorarstopp sind sozial verträgliche Lösungen. Schon deswegen nicht, weil auch die Leistungserbringer gesetzlichen Anspruch auf eine angemessene Vergütung ihrer Tätigkeiten haben.

International, in Ost und West, sucht man nach Mitteln und Wegen, um aus der Kostenproblematik herauszufinden. Dabei scheint unser System, das System der Gesetzlichen, solidarischen und Sozialen Krankenversicherung, das auf dem Sachleistungsprinzip beruht, so interessant zu sein, daß man allenthalben danach trachtet, es zu kopieren, in Teilen oder zur Gänze zu übernehmen.

Das tröstet natürlich nicht darüber hinweg, daß die Gesundheitsausgaben bei uns wieder deutlich zunehmen, daß die Steigerung der Beitragssätze zur Sozialen Krankenversicherung mehrheitlich in diesem, mit Sicherheit im nächsten Jahr, unvermeidlich wird, wenn wir all das, was wir heute zu leisten imstande sind, auch uneingeschränkt zu Lasten der Sozialen Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen.

Alle zur Zeit diskutierten Maßnahmen:

- Begrenzung der Zahl der niedergelassenen Ärzte,
- Einführung einer Pflichtweiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin,
- Begrenzung der Zahl der verfügbaren Großgeräte,
- Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Regionalisierung der Ersatzkrankenkassen,
- Neuordnung der Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch regionale Gesundheitskonferenzen etc.

werden – wenn überhaupt – in dem einem oder anderen Fall und bestenfalls kurzfristige Wirkung erzielen; in vielen Fällen jedoch genau das Gegenteil bewirken, was angestrebt wird.

Regionalisierung allein löst keine Versorgungsprobleme, begründet vielmehr die Gefahr einer Zersplitterung der Kompetenzen und die Gefahr eines kosten-trächtigen Wettstreites der Versorgungsregionen um ihr jeweiliges Versorgungsmodell.

Die Einführung des von der SPD vorgeschlagenen privatrechtlichen Einkaufsmodells anstelle des bisherigen öffentlich-rechtlichen Zulassungswesens wirft zumindest erhebliche Rechtsprobleme auf, da in unserem System, auch auf der Grundlage einer solchen Vertragsfreiheit, die Krankenkassen wegen ihrer Monopolstellung keineswegs frei im Abschluß solcher Verträge sind.

Die von der jeweiligen regionalen Gesundheitskonferenz festzulegenden Arztzahlen würden im übrigen zu einer objektiven Zulassungssperre mit den sich daraus ergebenden verfassungsrechtlichen Problemen führen, auch wenn Sie, Herr Dreßler, in Gesprächen mit uns glaubten, den bisher schon niedergelassenen Ärzten damit einen Gefallen zu tun.

Die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen ist im übrigen in der ambulanten Versorgung nur für ganz wenige Leistungsbereiche überhaupt denkbar und bietet sich deswegen nicht als grundsätzlich neues Vergütungsmodell für die ambulante Versorgung an. Über leistungsbezogene Komplexgebühren bei komplexen Untersuchungs- oder Therapieverfahren läßt sich reden.

Das Überborden einer Kontrollbürokratie wird sich weiterhin, wie am Beispiel des Medizinischen Dienstes leicht nachzuweisen, als neuer, sehr dynamischer

Kostenfaktor erweisen, der die Einsparpotentiale, sofern sie überhaupt vorhanden sind, schnell aufzehrt und überflügelt.

Der einzig bleibende Effekt einer solchen, durch das SGB V implantierten und bisher nur teilweise realisierten Kontrollbürokratie, ist Demotivation der solchermaßen kontrollierten Ärzte in Klinik und Praxis. Von den zusätzlichen Kosten bei der Realisierung durch die Verwaltungen ganz zu schweigen.

Der Versuch des Kurierens der Symptome hat sich in der Medizin nicht bewährt und wird sich auch nicht bei der Bewältigung der Kostenproblematik im Gesundheitswesen der 90er Jahre bewähren.

Zunächst muß deswegen aus unserer Sicht die Frage beantwortet werden, welcher medizinische Versorgungsbedarf vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der zu erwartenden weiteren, erheblichen Fortschritte in der Medizin in Zukunft noch zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sachleistungssystem erringbar und damit durch die Solidargemeinschaft finanzierbar ist.

Wenn am sozialen Netz in der heute bestehenden Dichte festgehalten werden soll, wenn dieses soziale Netz demnächst um die Pflegeversicherung unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung noch dichter geknüpft werden soll und wenn weitere Leistungsbereiche wie z.B. die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung durch "Kassen-Psychologen" in die Gesetzliche Krankenversicherungen aufgenommen werden sollen, dann wird auch eine regionale Gesundheitsplanung den dadurch zwangsläufig ausgelösten Ausgabenschub nicht bremsen können. Darüber sollten sich alle Verantwortlichen ehrlicherweise im klaren sein.

Zunächst muß daher definiert werden, was die Gesetzliche Krankenversicherung heute und morgen überhaupt leisten kann und soll und wer für welche Kosten aufkommen muß. Die Beitragszahler, der Staat oder eine private Zusatzversicherung?

Erst dann kann entschieden werden, auf welcher Grundlage die Leistungserbringung durch die jeweiligen Gesundheitsberufe zukünftig durchgeführt werden können.

Alle Leistungsbedarfssteigerungen gelten sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Der Unterschied zwischen beiden liegt jedoch darin,

daß der Pflegesatz für **einen Tag im Krankenhaus** bei durchschnittlich DM 400,- liegt, während die Ausgaben für die ambulante kassenärztliche Behandlung eines Rentners **im Jahr** im Schnitt in Berlin DM 797,46 und in Nordrhein-Westfalen DM 645,57 (1990) ausmachen. Das ist keine Schuldzuweisung, das sind Fakten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind deshalb der Ansicht, daß eine entscheidende Kostenbegrenzung nur durch eine Gewichtsverlagerung zwischen ambulanten und stationärem Bereich möglich sein wird. Eine bedeutsame Chance für dieses Ziel wäre die Ausweitung des ambulanten Operierens, des Belegarztwesens und der ambulanten Pflegedienste.

Der wachsende Pflegenotstand und die ausufernde Kostenentwicklung im Krankenhaus verlangen, mehr als je zuvor, nach dem "so viel ambulant wie möglich" und "soviel stationär wie nötig", das bisher angesichts der dualistischen Krankenhausfinanzierung und der kostendeckenden, tagesgleichen Pflegesätze gescheitert ist. Da ist Handlungsbedarf, ohne wenn und aber.

Der Vergleich zwischen kassenärztlicher und öffentlich-rechtlicher organisierter Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zeigt, auch international gesehen, eindeutig, daß im kassenärztlichen Bereich die günstigere Kostenstruktur gegeben ist, auch wenn bei weitem nicht alles ambulant zu bewältigen ist, was wegen medizinischer Erfordernis und im Patienteninteresse besser stationär behandelt wird.

Das Gesundheitsreformgesetz ist gescheitert, weil es der falsche Ansatz war. Es hat uns mehr Bürokratie und wenig Hoffnung beschert. Wenn die Absenkung der Beiträge 1989 aufgrund nur kurzfristig wirksamer Einsparungen vermieden worden wäre, so hätten wir heute keine Panikreaktion unserer Gesundheitspolitiker. Nur eines ist sicher: Mehr Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ohne Kostenzuwächse auch zukünftig nicht zu haben. Mehr planwirtschaftliche Eingriffe in unser gut funktionierendes System hätten, wie in der Medizin, nur zur Folge: Operation gelungen, Patient tot.

Wolfgang Schmeinck

## **Situation und Entwicklung des Gesundheitswesens – Einschätzungen und Gestaltungsvorschläge des BVBKK**

1. In den Standarddiskussionen der Interessenvertreter im Gesundheitswesen geht offenbar gelegentlich die banale Erkenntnis verloren, daß das Gesundheitswesen **kein** Selbstzweck ist. Insbesondere sein öffentlich-rechtlicher und zumindest teilweise aus Pflichtbeiträgen finanzierter Teil hat die Gesundheitssicherung der Bevölkerung zum Ziel und sowohl Leistungsanbieter als auch Kassen haben diesem Ziel zu dienen.
2. Zumindest was die Kassenseite angeht, folgt daraus, daß einzelne Krankenkassen nur dann eine Existenzberechtigung haben, wenn sie für die Beitragszahler und Versicherten attraktiv sind. Diese Attraktivität sollte nicht irgendwo am grünen Tisch definiert und gemessen werden, sondern durch unmittelbares Wahlverfahren der Versicherten. Hierbei würde ich im Zweifelsfall einer nicht rationalen Wahlentscheidung individueller oder kollektiver Art den Vorzug geben vor einer theoretischen bzw. abstrakten Beschreibung und Wertung dessen, was einer jeweiligen Krankenkasse zur Existenzberechtigung verhilft oder nicht. Vor diesem Hintergrund ist die Wahlfreiheit der Versicherten das Mittel der Wahl, idealtypisch nicht differenziert in Bezug auf den einzelnen Versicherten und abgesichert durch Kontrahierungszwang einer jeden einzelnen Krankenkasse. In ein solchermassen idealtypisches Modell paßt nicht die Konterkarierung der Wahlentscheidung durch finanzielle Arbitrage, ob man sie nun Finanzausgleich, Risikostrukturausgleich oder anders nennt. Idealtypisch ist der Existenzverlust einzelner Krankenkassen in Kauf zu nehmen, weil allein schon durch seine Möglichkeit Anreize zur Effizienzsteigerung im Krankenkassensystem geliefert werden. Schützenswert ist nicht die einzelne Krankenkasse, sondern der Anspruch der Versicherten, für sich selbst jeweils zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen zu können.
3. Die Wirklichkeit sieht bekanntlich anders aus. Idealtypische Vorstellungen mögen Richtungen markieren, mehr aber kaum. Tatsächlich werden zeitlich befristete, wenn nicht dauerhafte Risikostrukturausgleiche diskutiert, die –

nach welchen Kriterien auch immer – den vorhandenen Krankenkassen dauerhaft oder vorübergehend über die Konsequenzen der Wahlentscheidungen ihrer Versicherten hinweg helfen sollen. Akzeptiert man dies, kommt hoffentlich Verständnis auf für die Sorge einzelner Kassenarten mit bislang begrenztem Versichertenkreis über eine völlige Öffnung auf. Sie würde, insbesondere dann, wenn sie ohne jeden Übergang stattfände, zu einem Identitäts- und möglicherweise auch Existenzverlust diese Kassen führen. Dies mag für Ersatzkassen und ihre Differenzierung in Angestellte und Arbeiter gelten, dies gilt sicherlich auch für Betriebskrankenkassen, wenn und soweit sie sich über das bisherige Maß hinaus auf einen wesentlich offeneren, betriebsfremden Versichertenkreis einstellen müssen.

4. Möglicherweise bewegen wir uns in der Diskussion über künftige Kassenstrukturen auch noch zu sehr in den bisherigen Alternativen. Es mag durchaus sein, daß in absehbarer Zeit über den Europäischen Binnenmarkt, zumindest für den Bereich der Zusatzversicherung, ganz andere Wettbewerbs- und Konkurrenzverhältnisse innerhalb der Krankenversicherung entstehen und daß damit die Geschäftsgrundlage für die eine oder andere derzeitige Option gründlich verändert wird.
5. Viel wichtiger als die Kassenstruktur sind der Zustand und die kurz- bis mittelfristige Perspektive des Leistungsangebots des Gesundheitswesens. Trotz der hochdramatischen aktuellen Kostenentwicklung in nahezu allen Leistungsbereichen behaupte ich, daß das Gesundheitswesen in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren in den Augen der Versicherten recht gut funktioniert hat. Viele Diskussionsthemen der Politik und der Insider-Ebene sind für den Versicherten wenig bis gar nicht relevant, beispielsweise große Teile der Diskussion um die Beitragssatzhöhe. Die Reformen der letzten Jahre haben sich jeweils im nachhinein als Kostendämpfungsanläufe mit zeitlich befristeter Wirkung entpuppt. Man sollte dennoch nicht den Stab über sie brechen, weil sie jeweils eine kleinere oder größere Atempause auf dem Weg insgesamt wachsender Kosten erzeugt haben und in den meisten Fällen auch statistische Basiseffekte, die zeitlich nachwirken. Besser wäre es natürlich gewesen, wenn die Versicherten nicht nur stets von Kostensteigerungen hören und lesen müßten, sondern auch so etwas wie eine Steigerung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen wahrnehmen könnten.

6. Qualitätssicherung ist ein in der Sache lohnendes, aber mühsames Unterfangen. Mein Verband hat sich seit Jahren darum bemüht, die Qualität der zahnärztlichen Versorgung in einem Modellversuch zu messen und dafür Standards zu entwickeln. Zumindest ich hatte dabei die Vorstellung, daß es sich angesichts des überschaubaren medizinischen Themenfeldes "Zähne" und angesichts der im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen noch leicht nachvollziehbaren Tätigkeit des Zahnarztes um ein vergleichsweise leicht lösbares Problem handelt. Ich habe mich inzwischen davon überzeugen müssen, wie sehr ich mich dabei geirrt habe. Immerhin haben wir unser Pilotprojekt inzwischen abgeschlossen und sind in diesen Tagen dabei, es so aufzuarbeiten, daß es ab sofort in die laufende Arbeit derjenigen Kassen einbezogen werden kann, die davon Gebrauch machen wollen.
7. Eines der größten Probleme des Gesundheitswesens liegt nach meiner Einschätzung in der Notwendigkeit, das wachsende Angebot medizinischer Leistungen zu steuern. Die Frage ist, ob es die gesetzliche Krankenversicherung durchsteht, ein in letzter Zeit stark wachsendes Leistungsangebot im Gesundheitsbetrieb unter ihrem finanziellen Dach und in ihrer Mitsteuerung zu halten. Bisher ist ihr das gelungen, und es spricht manches dafür, dies auch weiterhin zu tun. Ich fürchte allerdings, daß zumindest finanzielle und organisatorische Probleme auftreten.

Das Angebot wächst sowohl quantitativ wie strukturell. Das quantitative Wachstum zeigt sich beispielsweise in der Zahl der nieder- oder zugelassenen Ärzte, aber auch im offenbar derzeit nicht abbaubaren Überhang der Betten in der stationären Versorgung oder der Zahl von Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln. Diese Zuwächse des Angebots an Gesundheitsleistungen entwickeln genau wie der bereits vorhandene Bestand faktisch einen Alimientierungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn dieser im Grunde nur für den Krankenhausbereich gesetzlich zwingend vorgeschrieben ist.

Daneben und zusätzlich verändert sich aber auch die Struktur des Angebotes. Ich verweise beispielhaft auf die medizintechnische Entwicklung oder auf spezielle medizinische Angebote für alte Menschen, gerade auch vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl potentieller Leistungsempfänger hierfür.

Die inzwischen schon fast klassische Position der gesetzlichen Krankenversicherung in Sachen Angebotsdruck und -überhang wird mit

dem Schlagwort "Einkäufermodell" beschrieben und gleichzeitig oft auch als Versuch des Machtmißbrauchs durch die Kassen kategorisiert. Wenn aber die gesetzliche Krankenversicherung weiterhin für nahezu jede neue Leistung zuständig sein soll, mag ihr Gesundheitsnutzen groß oder klein sein, muß man sich entweder Methoden einfallen lassen, mit denen auch Leistungen aus der Zuständigkeit der Krankenversicherung herausgenommen werden können und/oder man muß die Einnahmehasis der Krankenkassen verbessern und damit die Beitragszahler zusätzlich belasten.

Daß die Krankenkassen zwischenzeitlich und unabhängig davon versuchen, auf Struktur und Preis des Leistungsangebotes Einfluß zu nehmen, versteht sich. Ich komme soeben von einer Veranstaltung meines Verbandes, in der wir uns z.B. speziell mit der Frage beschäftigt haben, wie man die Zwänge (auch finanzieller Art) reduzieren kann, die dazu führen, daß man sich als Arzt bis heute mehr oder weniger ohne Alternative in einer Einzelpraxis niederläßt, um als Kassenarzt zugelassen zu werden. Auf Initiative des Verbandes der Angestellten Krankenkassen (VdAK) bemüht sich die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt inzwischen darum, um ein zweites aktuelles Beispiel zu nennen, mit Hilfe eines Gutachtens die seinerzeitige Kassenarztentscheidung des Bundesverfassungsgerichts nach inzwischen mehr als 30 Jahren vielleicht doch zu revidieren.

8. Zugegebenermaßen tut sich die gesetzliche Krankenversicherung in der Frage der Angebotssteuerung schwer; allenfalls in größter Not würde sie von ihrem bisherigen Selbstverständnis als "Vollsortimenter" im Sachleistungsprinzip abgehen. Wie sich die Dinge mittelfristig entwickeln werden, ist schwer einzuschätzen. Es darf nur nicht dahin kommen, daß Vertragspartner der Kassen faktisch bestimmen, bis wohin der Sachleistungsanspruch der Versicherten geht und wo er endet, wie dies vor wenigen Tagen die Zahnärzte in Niedersachsen vorhatten.

Ich wünsche mir auch nicht, daß Einschnitte in das Sachleistungsprinzip durch rein interventionistische Gesundheitspolitik, etwa angesichts dramatisch steigender Kosten, vorgenommen werden; die Gefahr wäre mir zu groß, daß dabei ein suboptimales, evtl. nur torsoartiges Leistungsspektrum zurückbleibt.

Die Frage, welches Leistungsspektrum die gesetzliche Krankenversicherung auch künftig im Gesundheitswesen anbietet, sollte möglichst emotionslos

und möglichst ohne Zeitdruck nach Sach- und Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten entschieden werden. Mich beschleicht allerdings die Sorge, daß dieses Thema sowohl so unangenehm wie auch komplex ist, daß wir es im vorhinein nur zögerlich angehen werden und die Gefahr in Kauf nehmen bzw. verdrängen, später an die Stelle eigenen rechtzeitigen Handelns kurzatmiges Reagieren setzen zu müssen.

Klaus Pröbldorf

## **Reformüberlegungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Krankenhausfinanzierung**

### **Einleitung**

Das Jahr 1991 brachte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Ausgabedefizit von über 5 Mrd. DM. Das Jahr 1992 wird ein Defizit von über 10 Mrd. DM prognostiziert. Damit stehen

- die Gesundheitspolitik,
- das Gesundheits-Reformgesetz und
- sämtliche Sektoren des Gesundheitswesens

auf dem Prüfstand. Davon ist auch der Krankenhausbereich nicht ausgenommen. Im Gegenteil: Er wird von verschiedenen Seiten in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder ins Zentrum der Betrachtung gerückt, als der größte Ausgabenblock und als entscheidender Kostentreiber hingestellt. Notwendig seien:

- eine grundlegende Reform des geltenden Finanzierungsrechts,
- insbesondere die Beseitigung des zur Verschwendung auffordernden Kostendeckungsprinzips,
- die Beseitigung von Überkapazitäten,
- die Eliminierung unwirtschaftlicher Strukturen,
- das Ausschöpfen der in erheblichem Umfang vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven.

### **I. Hohes Leistungs- und Effizienzniveau – günstige Kostenlage**

Wenn man all diese Forderungen erhebt und die Frage nach Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus stellt, muß man zunächst einmal die Ausgangsbasis betrachten:

- Was sind die Leistungen der Krankenhäuser?
- Welche Qualität haben sie?
- Wie groß ist der Aufwand – die Kosten?
- Wie ist die Effizienz?

Das Urteil fällt erstaunlich gut aus:

- Das Leistungsniveau ist gut (Wir rangieren im internationalen Vergleich in der vorderen Gruppe).
- Wir kennen keine Ausgrenzung von Patienten (in USA: 35 Mio. ohne Versicherungsschutz; 60 Mio. verlieren ihn nach zwei Jahren).
- Wir kennen keine Leistungsausgrenzung.
- Wir haben – von wenigen Ausnahmen abgesehen – keine Wartelisten.
- Das Kostenniveau ist erstaunlich günstig.

Die Effizienz ist – auch wenn es Verbesserungsansätze gibt – hoch. Lassen Sie mich diese Beurteilung an einigen Zahlen verdeutlichen:

1. Im Krankenhausbereich erfolgt eine kontinuierliche Kapazitäten-Reduktion und -anpassung:
  - Seit 1975 wurden 521 Akuthäuser geschlossen (seit 1960: 921)
  - die Bettenzahl reduzierte sich seit 1975 um mehr als 60.000; im Akutbereich um über 35.000. Das entspricht einer Kapazität von 300 Krankenhäusern mit jeweils 200 Betten!
  - Der Krankenhausbereich ist damit der einzige Leistungsbereich, in dem meßbar und signifikant Kapazitäten reduziert werden.
2. Die Zahl der Patienten in Millionen steigt kontinuierlich an:

1960		7,3
1970		9,3
1980		11,5
1990	über	14,0

3. Die Krankheitsbilder der Patienten sind zunehmend schwerer und aufwendiger:
  - Angesichts der hohen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des niedergelassenen Bereiches (hohe Arztdichte; 59% Fachärzte) sind viele Krankheitsbilder aus den Krankenhäusern in den ambulanten Bereich verlagert worden (z.B. Magengeschwüre).
  - Der medizinische Fortschritt hat zu einer erheblichen Leistungsausweitung geführt.
  - Zu nennen ist insbesondere eine explosionsartige Ausweitung der Alterschirurgie (Intensivmedizin, anästhesiologischer Fortschritt): Heute erfolgt jede dritte Operation an Patienten über 70 Jahre. Es wird heute operiert bis ins hohe und höchste Alter (Beitrag zur Lebensqualität).
4. Die demographische Veränderung wirkt sich in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen überproportional aus:
  - Die Zahl alter und hochgelagerter Patienten (häufig multimorbid) nimmt ständig zu.
  - Fast 50% aller Pflgetage entfällt auf Patienten über 60 Jahre, obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung nur bei 20% liegt. Ein 75-jähriger nimmt statistisch 3,5 mal soviel Krankenhaustage in Anspruch wie ein 50-jähriger.
  - Diese Entwicklung wird sich verstärken. In den letzten 20 Jahren stieg die Lebenserwartung um 5 Jahre (Männer: 72 Jahre; Frauen: 78 Jahre).
  - Dies wirkt sich kostenmäßig überproportional aus: Die Ausgaben in der allgemeinen Krankenversicherung (ohne Rentner) für Krankenhausbehandlung stiegen von 1960 bis 1990 auf das 16fache; demgegenüber stiegen die Ausgaben der Krankenhausversicherung für Rentner (KVdR) im gleichen Zeitraum auf das 53fache!
5. Trotzdem ist die Verweildauer kontinuierlich zurückgegangen:
  - Im Akutbereich liegt sie heute bei 12 Tagen (1970: 18,3 Tage.)
  - Sie lag also vor 20 Jahren 50% höher als heute!



6. Daraus resultiert, daß die Zahl der Pflgetage – bei erheblicher Zunahme der Patienten – nahezu konstant blieb, sogar leicht rückläufig ist:

1970	220 Millionen
1980	219 Millionen
1989	210 Millionen

### Fazit

In immer weniger Krankenhäusern und weniger Betten werden immer mehr mehr Patienten mit schwereren Krankheitsbildern und höherem Altersdurchschnitt bei verkürzter Verweildauer behandelt.

Dieses günstige Effizienzbild der deutschen Krankenhäuser wird bestätigt durch den internationalen Vergleich:

Alle vergleichbaren Untersuchungen kommen zu folgendem Ergebnis:

- Die deutschen Krankenhäuser stehen zusammen mit denen in der Schweiz sowohl unter Qualitäts- als auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten an vorderster Stelle. Das hohe Leistungsniveau mit den relativ geringsten Aufwendungen zeigt sich an folgenden Daten:
- Der Anteil der Krankenhausaussgaben an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen liegt
 

in der Bundesrepublik	bei 35,6%
in den USA (bei großen Versorgungslücken)	bei 51,5%
in Frankreich	bei 50,8%
in der Schweiz	bei 50,2%
in den Niederlanden	bei 46,2%

Bei Fallkosten liegen die deutschen Krankenhäuser im unteren Viertel der zwölf vergleichbaren Länder (und bei nur rund 30% des Kostenniveaus der USA).

Die Kosten pro Pflgetag liegen in Deutschland bei 18% der Kosten in den USA (vgl. Forschungsbericht BMA Nr. 160, 2. erw. Auflage). Ein für 1985

angestellter Vergleich der Fallkosten ergab für Deutschland 4.320 DM. In den USA lagen die Kosten hingegen bei 12.463 DM.

Bei der Lage – hohes Leistungs- und Qualitätsniveau bei günstiger Kostensituation – verwundert es nicht, daß das deutsche Gesundheits- und Krankenhauswesen in der internationalen Aufmerksamkeit steigt: Allein im letzten halben Jahr waren zwei hochrangige amerikanische Kongreßdelegationen bei uns, um sich über das deutsche Krankenhauswesen und seine Finanzierung zu informieren.

### GKV-Defizit 1991

Die aufgezeigte Effizienz zeigt sich auch bei der Entwicklung der GKV-Ausgaben 1991 (5 Milliarden DM Defizit): Trotz hoher Personalintensität (70% der Krankenhausaussgaben sind Personalkosten) und tarifbedingter Kostenschüben rangierten die Krankenhäuser mit einer Steigerung von 7,75% am unteren Ende der Skala. Sie lagen damit um 25% unter der durchschnittlichen Steigerungsrate der Gesamtausgaben von 10,51% und damit deutlich unterhalb der Steigerungsraten anderer Leistungsbereiche:

Zahnärzte	8,7
Zahnersatz	13,6
Arzneimittel	10,0
Heil- und Hilfsmittel	11,8
Krankengeld	14,6

Diese Daten widerlegen die neuerdings gegen die Krankenhäuser erhobenen Vorwürfe, Kostentreiber Nr. 1 zu sein. Dabei darf natürlich nicht verkannt werden, daß der Gesamtausgabenanstieg von 10,51%, der mehr als doppelt so hoch ist wie der Anstieg der Grundlohnsumme (4,95 %) alarmierend ist.

Im Krankenhausbereich müßte aber jedem einsichtig sein, daß allein die seit langem fälligen tariflichen Verbesserungen im pflegerischen Bereich in den letzten beiden Jahren und die unbestritten notwendige Verbesserung der Personalausstattung zwangsläufig zu Ausgabensteigerungen führen mußten – und auch weiter führen werden.

## II. Schwachpunkte, Wirtschaftlichkeitsreserven unseres Gesundheitssystems, Handlungsbedarf

Sie liegen im wesentlichen in folgenden fünf Bereichen:

### 1. Es fehlt die konsequente Anwendung des Grundsatzes "ambulant vor stationär"

Es müssen alle Anstrengungen unternommen werden, den unvermindert anschwellenden Patientenstrom mehr als bisher vor der Schwelle des Krankenhauses abzufangen.

Es ist ein Paradoxon, daß bei ständig steigenden Ärztezahlen und einem inzwischen 60% betragenden Anteil von Fachärzten dennoch die Zahl der Krankenhauseinweisungen ständig zunimmt. Alle Appelle der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, alle Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte auszuschöpfen und Krankenhauseinweisungen auf den medizinisch notwendigen Umfang zu beschränken, haben diese Entwicklung nicht geändert.

Zum Gegensteuern gehört neben einer angemessenen ärztlichen Vergütung für behandlungs- und betreuungsintensive Patienten auch eine ausreichende ambulante Krankenpflegerische Versorgung, bei der es erhebliche Defizite gibt.

### 2. Mangelnde Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich

Eine bessere Verzahnung in funktionaler und apparativer Hinsicht blieb auch durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) ungelöst:

- Die im GRG befristet (bis 31.12.1990) vorgesehene Vereinbarungslösung (§ 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V) hinsichtlich der "Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch" ist gescheitert.
- Die im Gesetz vorgesehene Ersatzlösung durch den Landesverordnungsgeber wird von den Ländern nicht angepackt, mit Ausnahme Bayerns. Sie würde u.U. zu 16 verschiedenen Regelungen und zu einem Definitionschaos führen.

- Erforderlich ist eine bundeseinheitliche Regelung durch den Bundesgesetzgeber oder den Bundesverordnungsgeber. Ziel muß sein, eingewiesene Patienten sinnvoller zu behandeln (nicht nur vollstationär).

Wenn es gelänge, durch vor- und nachstationäre Behandlung die Verweildauer im Akutbereich (z.Zt. 12 Tage) um einen Tag zu senken, könnten in den alten Bundesländern rein rechnerisch 37.000 Akutbetten entfallen.

### 3. Fehlen eines flächendeckenden und leistungsfähigen Netzes krankenhauserlastender und -ergänzender Versorgungsstrukturen

Hauptursache für die unzureichende Pflegeinfrastruktur im ambulanten, stationären und teilstationären Bereich ist das Fehlen einer gesetzlichen Absicherung des Pflegefallrisikos. Solange dieses zentrale Problem nicht gelöst ist,

- wird es bei der hohen Einweisungsrate alter Menschen bleiben;
- wird es keinen nahtlosen Übergang vom Krankenhaus zur Rehabilitation und zur Pflege geben;
- wird die sogenannte Fehlbelegung von Akutbetten mit Pflegefällen bestehen bleiben.

Dies ist auch eine wesentliche Ursache für die im internationalen Vergleich relativ hohe Zahl von Akutbetten und für die über den Durchschnitt liegende Verweildauer (Die Verweildauer sank im Akutbereich von 18,3 Tagen 1970 auf 12,0 Tage 1990, d.h. sie lag vor 20 Jahren 5% höher).

### 4. Handlungsbedarf liegt insbesondere in der Ermöglichung der Tageschirurgie

Berichte aus den USA lassen erwarten, daß bis zu 50% aller chirurgischen Fälle möglicherweise tageschirurgisch behandelt werden könnten. Die darin liegenden Möglichkeiten größerer Wirtschaftlichkeit müssen auch in Deutschland genutzt werden. Es muß vermieden werden, daß zusätzlich im niedergelassenen Bereich aufwendige operative Kapazitäten geschaffen werden, die das Gesundheitssystem zusätzlich finanziell belasten.

Vielmehr muß die Tageschirurgie in den Krankenhäusern ermöglicht werden. Hierfür sprechen neben ökonomischen Gesichtspunkten auch Sicherheits-, Interventions- und Qualitätssicherungsgründe.

Erforderlich sind:

- Die Schaffung eines Katalogs tageschirurgischer Leistungen,
- eine Vergütungsregelung auf der Grundlage einer Gebührenordnung, die die bei tageschirurgischen Eingriffen im Krankenhaus erbrachten Leistungen (u.U. einschließlich Intensivstation) berücksichtigt.

Der vom Bundesminister für Gesundheit beabsichtigte Katalog von ca. 180 Sonderentgelten für operative Leistungen (vollstationäre Chirurgie) ist ein Schritt in die gleiche Richtung.

#### 5. Ein wesentlicher Schwachpunkt: unzulängliche Investitionsmittel

Das 1984 im Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) als unzulänglich erklärte Fördervolumen von ca. 4,5 Mrd. DM wurde nicht wie in Aussicht genommen auf wenigstens 6 Mrd. DM jährlich erhöht, sondern blieb praktisch auf der gleichen Höhe (immer noch unter 5 Mrd. DM). Viele von den Förderbehörden als dringlich eingestuften Investitionsmaßnahmen (zur Erneuerung, Sanierung, Modernisierung, Rationalisierung etc.) müssen oft mehrere Jahre warten. Dies hat belastende Rückwirkungen auf die Betriebskosten sowie auch auf das Personal. Diesen Schwachpunkt zu beseitigen liegt in der politischen und finanziellen Verantwortung der alten Bundesländer.

Die durch das KHNG 1984 geschaffene Möglichkeit, gemäß § 18b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) Investitionsverträge mit den Kassen abzuschließen, um über die Pflegesätze notwendige Rationalisierungsinvestitionen und Umstellungen zu erleichtern mit dem Ziel, die Leistungen des Krankenhauses kostengünstiger zu erbringen, wird nicht genutzt, weil die Kassen sich konsequent weigern, zu einer Kostensenkung beizutragen. Mir sind Fälle bekannt, wo z.B. durch den Einsatz von 3 Mio. DM Investitionsmitteln 1 Mio. DM jährlich im Energieverbrauch eingespart werden kann, so daß sich die ganze Sache innerhalb einer 3-Jahresfrist rechnet.

Besonders gravierend ist die Lage in den neuen Bundesländern. Sie sind nicht in der Lage, aus eigenen Kräften den auf über 30 Milliarden geschätzten investiven Nachholbedarf zur Sanierung der Krankenhäuser zu finanzieren.

Erforderlich ist ein auf ca. zehn Jahre angelegtes gemeinsames Investitionsprogramm des Bundes und der Länder:

- Nur so kann der Zielsetzung des Artikel 33 des Einigungsvertrages entsprochen werden.
- Diese Investitionen sind unverzichtbare Voraussetzung für die Erreichung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

### III. Reformpläne des Bundesgesundheitsministeriums

1. Die im Bundesgesundheitsministerium angestellten Reformüberlegungen zielen darauf ab, das seit 1985 geltende Finanzierungsrecht weiter zu entwickeln, indem leistungsbezogenen Entgelte eingeführt werden. Im einzelnen ist vorgesehen:

- a) Die Erweiterung des bisherigen Katalogs von 16 Sonderentgelten auf künftig ca. 180 (operative Leistungen).
- b) Im Gegensatz zur derzeitigen Freiwilligkeit soll der Katalog künftig verbindlich sein.

Mit diesen beiden Elementen ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Prinzip einverstanden. Der Katalog bedarf allerdings noch einer Überarbeitung und einer mehr prozeduralen Ausrichtung.

- c) Jeder in dem Katalog erteilten Leistung soll durch den Bundesverordnungsgeber (analog dem Verfahren bei der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)) eine Punktzahl zugeordnet werden. Als Multiplikator zu den Punktzahlen sollen auf regionaler Ebene (Länder oder Landesteile) oder auf Bundesebene Punktwerte festgesetzt werden.

Damit wird das bisher geltende Prinzip der individuellen Kalkulation aufgegeben zugunsten einer vertikalen Preisvorgabe. Diese vertikale Preisfindung ist (auch innerhalb der Fachgremien der DKG) umstritten: Bei dieser vertikalen Preisfestsetzung ergeben sich als offene Fragen:

- a) Wer setzt fest (Land, Selbstverwaltung, Schiedsstelle)?
- b) Auf welcher Krankensebene und unter Zugrundelegung welchen Mengengerüsts wird kalkuliert?
- c) Welche (u.U. falsche) Anreize ergeben sich?

Bei Gewinnchancen wird ein Anreiz zur Mengenausweitung gesetzt. Die F.D.P. will durch Kontingentierung gegensteuern.

Bei Verlusten ergeben sich als mögliche Folgen:

- Ausstieg aus der Versorgung,
- Versorgungslücken,
- Ausgrenzung von Patienten,
- Wartelisten,
- Tod des Allgemeinkrankenhauses, da das Krankenhaus künftig nur noch Leistungen erbringen wird, die sich "rechnen",
- Aushöhlung der Krankenhausplanung,
- Aufhebung des Kostendeckungsprinzips.

Es gibt deshalb zur Preisfindung eine dezidierte Gegenmeinung – Festhalten an dem zur Zeit gültigen Individualprinzip:

- Die Partner vor Ort kalkulieren und vereinbaren Sonderentgelte
- Unterschiedliche Preise werden in Kauf genommen, die sogar mehr "Markt" schaffen
- Die dargestellten unerwünschten Anreize entfallen.

2. Das zweite Reformelement des BMG ist die verbindliche Einführung von Abteilungspflegesätzen. Die DKG aber auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) lehnen dies aus folgenden Gründen ab:

- Bürokratisierungsschub (für Krankenhäuser und Kassen). So müßte ein Krankenhaus der gehobenen Versorgungsstufe mit acht Abteilungen künftig einen Basispflegesatz und acht verschiedene Abteilungspflegesätze kalkulieren und vereinbaren.
- Die Konfliktrate würde steigen (Schiedsstelle)
- Die neuen Bundesländer wären hoffnungslos überfordert
- Abteilungspflegesätze machen neben einem umfangreichen Sonderentgeltkatalog keinen Sinn.

3. Das BMG betrachtet sein Reformkonzept als möglichen Zwischenschritt zu einem System von Fallpauschalen (Fernziel). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft lehnt dies mit Entschiedenheit ab:

- Fallpauschalen setzen den normierten Patienten und das normierte Krankenhaus voraus. Beides gibt es nicht.
- Leidtragende wären insbesondere die multimorbiden älteren und hochbetagten Patienten, deren Zahl absolut und relativ demographisch bedingt ansteigt. Heute schon entfallen etwa 50% aller Pflorgetage auf Patienten über 60 Jahre.
- Ein System von Fallpauschalen interpretiert den Patienten betriebswirtschaftlich als Kostenfaktor. Dies impliziert tendenziell die Gefahr, daß die Zielvorstellung einer patientenorientierten und humanen Krankenhausversorgung dem Primat der Gewinnoptimierung untergeordnet wird.
- Es besteht die Gefahr, daß Humanität und Qualität und besonders behandlungsaufwendige Patientengruppen auf der Strecke bleiben.

Die in den USA gemachten Erfahrungen mit Fallpauschalen sollten eine Warnung sein. Sie haben das Gegenteil bewirkt, nämlich Kostenschübe. Einzelne US-Staaten schaffen deshalb per Gesetz die vor einigen Jahren eingeführten Diagnostics Related Groups (DRG's) wieder ab.

Wenn den Plänen des Bundesministers für Gesundheit entsprechend ein verbindlicher Sonderentgeltkatalog eingeführt würde, würde dies

- das allgemeine Krankenhausbudget von besonders teuren Leistungen entfrachten,
- im operativen Bereich leistungsbezogene Entgelte einführen,
- und nicht zuletzt die Kostentransparenz erheblich erhöhen.

Es ist aber verfehlt zu glauben, daß damit Kosten gedämpft würden. Die Leistungen und die Kosten blieben, es wird nur anders gerechnet! Unter Umständen ergibt sich als positiver Effekt eine Entspannung bei der Verweildauer, da der Druck entfällt, über eine Verlängerung der Verweildauer teure operative Leistungen zu refinanzieren.

Anders bei vertikaler Preisfestsetzung: Hier könnten sich Fehlentwicklungen ergeben, die ökonomisch kontraproduktiv sind.

## Zusammenfassung

Die eingangs aufgezeigten Wirtschaftlichkeitsreserven in unserem Gesundheitssystem sollten in die aktuellen Reformüberlegungen einbezogen werden, um unser Gesundheitswesen langfristig finanzierbar zu halten. Besonders dringlich erscheinen:

1. Die bundesgesetzliche Regelung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus, einschließlich einer entsprechenden Vergütungsregelung.
2. Die Ermöglichung der Tageschirurgie im Krankenhaus mit entsprechenden Vergütungsregelungen.
3. Aber auch die gesetzliche Regelung einer finanziellen Absicherung des Pflegerisikos ist aus der Sicht der Krankenhäuser unverändert von höchster Dringlichkeit. Wenn eine entsprechende Regelung in dieser Legislaturperiode gelänge, wäre damit eine wichtige Weiche für eine künftig wirtschaftlichere Inanspruchnahme des stationären Sektors gestellt.

## Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung

**Rudolf Dreßler**, MdB, Stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion, Bonn

**Birgit Ganz-Rathmann**, Staatssekretärin, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover

**Dr. Axel Granitza**, Mitglied des Vorstandes des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt a.M.

**Peter König**, Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeits- und Sozialforschung

**Dr. Ursula Mehrländer**, Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Leiterin der Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Bonn

**Christel Nickel-Mayer**, Mitglied der Geschäftsführung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

**Dr. Klaus Prößdorf**, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

**Dr. Otfried Schaefer**, Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

**Wolfgang Schmeinck**, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen

## Reihe "Gesprächskreis Arbeit und Soziales"

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 1  
**Ausländer im vereinten Deutschland – Perspektiven der Ausländerpolitik**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 2  
**Industriebetriebe an der Schwelle zur Marktwirtschaft**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 3  
**Zuwanderungspolitik der Zukunft**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 4  
**Modernes Management in Unternehmen der alten und neuen Bundesländer**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 5  
**Zukunft des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 6  
**Multikulturelle Gesellschaft – Der Weg zwischen Ausgrenzung und Vereinnahmung**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 7  
Ursula Mehrländer, Günther Schultze:  
**Einwanderungskonzept für die Bundesrepublik Deutschland – Fakten  
Argumente, Vorschläge**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 8  
**Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 9  
**Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren**

*Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:*

*Friedrich-Ebert-Stiftung*

*Abt. Arbeits- und Sozialforschung*

*Godesberger Allee 149*

*W-5300 Bonn 2*