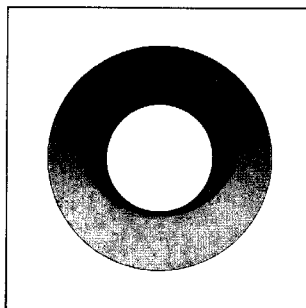


**GESUNDHEITSSTRUKTURGESETZ –  
GEEIGNET ZUR LÖSUNG  
DER PROBLEME  
IM GESUNDHEITSWESEN?**

---



GESPRÄCHSKREIS  
**ARBEIT UND SOZIALES**  
Nr. 17

**FRIEDRICH  
EBERT   
STIFTUNG**

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

---

**Gesprächskreis Arbeit und Soziales**  
Nr. 17

**Gesundheitsstrukturgesetz –  
Geeignet zur Lösung  
der Probleme  
im Gesundheitswesen?**

Eine Tagung  
der Friedrich-Ebert-Stiftung  
am 19. November 1992 in Berlin

# Inhalt

Peter König <b>Vorbemerkung</b>	5
Rudolf Dreßler <b>Eckwerte des Gesundheitsstrukturgesetzes</b>	7
Edwin Smigielski <b>Das Gesundheitsstrukturgesetz – Erwartungen der forschenden pharmazeutischen Industrie</b>	21
Ottfried P. Schaefer <b>Positive und negative Trends – Folgen des Gesundheits- strukturgesetzes für das System der ambulanten Versorgung</b>	27
Wolfram L. Boschke <b>Webfehler im Gesundheitsstrukturgesetz</b>	33
Rolf Stuppardt <b>Das Gesundheitsstrukturgesetz muß weiterentwickelt werden – Wir brauchen eine Perspektive über die Jahrhundertwende hinaus</b>	37
<b>Zusammenfassung der Diskussionsbeiträge</b>	47
<b>Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung</b>	65

ISBN 3-86077-131-0

Herausgegeben vom  
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung  
Abt. Arbeits- und Sozialforschung  
Godesberger Allee 149, 5300 Bonn 2  
März 1993

Druck: satz + druck GmbH, Düsseldorf  
Gedruckt auf 90 g chlorfrei gebleicht Offset  
Printed in Germany 1993

## Vorbemerkung

In den vergangenen 15 Jahren hat es mehrere Reformen im Gesundheitswesen Deutschlands gegeben. Nach Einschätzung von Experten haben diese Maßnahmen aber ihr Ziel verfehlt: Beabsichtigte Kostenbegrenzungen schlugen in weitere Kostensteigerungen um.

Jetzt ist ein Gesundheitsstrukturgesetz vorgelegt worden, in das große Hoffnung gesetzt wird. Ob dieses Gesetz erfolgreicher sein wird als die vorangegangenen, wird nicht nur dadurch bestimmt, ob als Gestaltungsgrößen die richtigen Eckwerte ausgewählt wurden. Der Erfolg wird auch ganz entscheidend davon abhängen, ob und wie die maßgeblichen Institutionen des Gesundheitswesens die Eckwerte umsetzen: Krankenhäuser, Ärzteschaft und Pharmaindustrie. Selbstverständlich sind in diesem Zusammenhang die Ansprüche und Verhaltensweisen der Leistungnehmer selbst ebenfalls zu nennen.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat im Rahmen ihres Gesprächskreises Arbeit und Soziales am 19.11.1992 Repräsentanten aus Politik, Verbänden und Körperschaften des Gesundheitswesens zu ihrer Veranstaltung nach Berlin eingeladen, um mit ihnen die Eckdaten zum Gesundheitsstrukturgesetz zu diskutieren.

Die einzelnen Referate sind in dieser Broschüre abgedruckt. Es ist nicht zu übersehen, daß nicht in allen Punkten vollständige Übereinstimmung hergestellt werden konnte. Trotz aller Meinungsunterschiede bestand doch Einigkeit darin, daß eine nochmalige Krise des Gesundheitswesens höchst bedenklich wäre. Mein Dank gilt den Referenten und Teilnehmern dieser Veranstaltung für ihre konstruktiven Beiträge.

Meine Kollegin, Frau Juchems, hat die Veranstaltung organisiert; in ihren Händen lag auch die Erstellung der Broschüre. Ich möchte mich an dieser Stelle für ihr Engagement bedanken.

Bonn, März 1993

Peter König

## Eckwerte des Gesundheitsstrukturgesetzes

Als die Friedrich-Ebert-Stiftung anlässlich ihres letzten gesundheitlichen Seminars eine Fortsetzung im Herbst dieses Jahres ankündigte, war wohl keinem der Teilnehmer ersichtlich, wie hoch die tagespolitische Aktualität dieser Folgeveranstaltung sein würde. Es wird nicht mehr über die Reform unseres Gesundheitswesens theoretisiert und über mögliche Modelle gestritten, nun findet eine solche Reform statt, zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik:

- Unsere Krankenversicherung wird umgebaut und an wettbewerblichen Kriterien orientiert;
- unterschiedliches Recht zwischen den verschiedenen Kassenarten wird angeglichen;
- den Versicherten wird die freie Wahl der Krankenkassen eingeräumt;
- die Selbstverwaltung wird zu einem wirkungsvollen Mitbestimmungselement umgestaltet;
- der Arzneimittelmarkt wird umgebaut;
- ein Institut "Arzneimittel in der Krankenversicherung" wird eine Positivliste erstellen;
- die Pflichtweiterbildung wird Voraussetzung für die Zulassung zum Kassenarzt;
- eine Altersgrenze für die kassenärztliche Tätigkeit wird eingeführt;
- die kassenärztliche Zulassung kann wirksamer gesteuert werden;
- die kassenärztliche Vergütung wird durch Einführung von diagnoseabhängigen Fallpauschalen und Leistungskomplexen neu geordnet;
- die Kostenerstattung bei Zahnersatz wird durch die Wiedereinführung des Sachleistungsprinzips, diesmal Duales System genannt, abgelöst;
- ambulantes Operieren in Praxis und Krankenhaus sowie vor- und nachstationäre Behandlung verringern den Graben zwischen ambulantem und stationärem Sektor;

- der Selbstkostendeckungsgrundsatz in der Krankenhausfinanzierung wird aufgehoben;
- leistungsgerechte Pflegesatzformen, wie etwa Fallpauschalen und Sonderentgelte, lösen den unwirtschaftlichen tagesgleichen Pflegesatz ab;
- die duale Krankenhausfinanzierung wird schrittweise durch ein monistisches System ersetzt.

Damit kein Mißverständnis entsteht: Ich zitiere nicht aus dem Sozialpolitischen Programm der SPD von 1988. Ich zähle vielmehr auf, was SPD und Koalitionsfraktionen mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vereinbart haben. Die SPD jedenfalls hat keinen Anlaß, mit dem, was in Lahnstein und den dann folgenden Gesprächsrunden mit den Koalitionsparteien vereinbart wurde, unzufrieden zu sein.

Ich habe unser erstes Seminar hier in Berlin wenige Straßen weiter im Palast-Hotel noch in lebhafter Erinnerung. Auch die Reaktion der beteiligten Gruppen und Verbände auf die Erläuterung der dort von mir vorgetragenen programmatischen Absichten im Hinblick auf eine Gesundheitsreform. Jenes leicht verständnisvoll-süffisante "Ja-Ja-so-ist-nun-mal-die-SPD-Lächeln", das sich da breit machte, habe ich nicht vergessen.

Das Motto "Nicht ganz so ernst nehmen, kommt ja doch alles nicht" und dann in der Hoffnung zur Tagesordnung überzugehen, im Fall der Fälle mit den Regierenden das Geschäftchen schon zu machen, das hat diesmal nicht weitergeholfen. Obwohl das eigentlich nahe lag, so beweist sich doch: Sich immer auf das Naheliegende zu konzentrieren, macht kurzsichtig – auch politisch!

Drei gescheiterte Kostendämpfungsgesetze binnen 15 Jahren hätten allen Beteiligten die erste und die Mehrheitsverteilung im Bundesrat die zweite Warnung sein müssen, daß ein viertes Kostendämpfungsgesetz keine Chance auf Verwirklichung gehabt hätte.

Alle vier Konsensparteien von Lahnstein waren sich nämlich bewußt: Eine solch' günstige Ausgangslage, eine wirkliche Umgestaltung im

Gesundheitswesen in Gang zu bringen, kommt so schnell nicht wieder. Und die Bereitschaft der vier Konsensparteien, sich von den Verbänden des Gesundheitswesens nicht gegeneinander ausspielen zu lassen, auch nicht.

Ich habe den Eindruck, daß die Verbände die politisch-strategische Lage völlig falsch eingeschätzt haben.

Politik hat bei den Menschen derzeit keinen guten Ruf. Wenn vor allem die Verbände der Erbringer von Gesundheitsleistungen dachten, nunmehr zum vierten Male nach dem Muster des levantinischen Teppichhandels der Politik beim Zusammenbau eines Kostendämpfungspaketes "behilflich" sein zu können, haben sie sich verkalkuliert.

Auch ein schlechter Ruf verpflichtet – nämlich zur Besserung. Sich zum vierten Male auf der Nase herumtanzen zu lassen, dies zu verhindern, war nicht nur dringende Notwendigkeit, sondern auch ein Gebot der politischen Selbstachtung.

Ich bin froh, daß der zustande gekommene Kompromiß von Lahnstein unabhängig von der inhaltlichen Substanz auch eine prinzipielle politische Signalwirkung hat. In grundlegenden gesellschaftspolitischen Fragen ist das Parlament parteiübergreifend handlungsfähig. Daß diese Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt wurde, hat einen weiteren Effekt mit sich gebracht: Der notwendige Dialog zwischen Politik und Interessenvertretung, deren Berechtigung niemand in Abrede stellt, kann endlich auf angemessener – und auch tragfähiger – Grundlage fortgeführt werden.

Und noch ein weiteres wurde falsch eingeschätzt: Die strategische Wirkung des SPD-Konzeptes, die ja noch nicht einmal seine politischen Gegner bestritten haben. Die SPD war seit 1988 die einzige Seite in der vielstimmigen gesundheitspolitischen Diskussion, die über ein solches Konzept verfügte. Es wurde unterfüttert durch die Arbeit der Enquete-Kommission "Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung" in der vergangenen Wahlperiode des Deutschen Bundestages. Auch sie

wurde sowohl vom Inhalt her als in ihrer Wirkung sträflich vernachlässigt. Denn beides schuf "Bewußtsein".

Wer ein strategisch wirkendes Konzept verhindern will, weil er es für falsch hält, muß ihm ein in gleicher Weise wirkendes Gegenkonzept entgegenstellen. Das aber fehlte. Was vorhanden war, war ein Sammelsurium von Einzelschlüssen, programmatische Stoppelhopserien ohne wirkliche Konsistenz.

In den vielen Jahren sozial- und gesundheitspolitischer Tätigkeit habe ich gelernt, daß Interessengruppen in Situationen, die nach Veränderung rufen, gerne zum Mittel der Semantik greifen, um diese Veränderung zu verhindern. So soll das eigentlich Notwendige ins "uneigentlich" Überflüssige verkehrt werden. Die Semantik liefert dann zu diesem Zweck jenen begrifflichen Nonsens wie etwa "Minuswachstum" oder erfindet allerlei schmückende Beiwörter wie etwa das "total" bei der Wahlfreiheit.

Ein geradezu klassisches Wort mit dieser Funktion lautet in der Sozial- und Gesundheitspolitik "bewährt". Kennen wir es nicht, das "bewährte gegliederte System"? Oder die "bewährte Selbstverwaltung"? Die "bewährte Einzelleistungsvergütung"? Der "bewährte Selbstkostendeckungsgrundsatz"?

Sobald auch nur der Hauch eines Verdachtes aufkommt, etwas könnte ins Zwielflicht geraten oder infrage gestellt werden, flugs wird es in den Adelsstand des "Bewährten" erhoben. Mehr und mehr Zeitgenossen stellen fest, daß es sich dabei allerdings weniger um einen politischen Ritterschlag, sondern vielmehr um eine Abart des Pawlow'schen Reflexes handelte – wie bei den bekannten Hunden geht es auch hier um den Futternapf.

Unser Gesundheitswesen jedenfalls leidet an einem Zuviel von dieser Art Bewährtem. Viele Verbände haben für alle erkennbar ihre Strategie in der öffentlichen Diskussion um eine tragfähige Gesundheitsreform auf diese Linie abgestellt. Das "Bewährte" sollte bewahrt werden,

obwohl erkennbar war, daß es dabei nur um die Erhaltung der eigenen Vorteilspositionen ging.

Ich bin froh, daß dieses Strickmuster bei der Zusammenstellung des Gesundheitsstrukturgesetzes nicht verfiel. Übrigens: Wer so verfährt, gibt zu erkennen, daß er sich inhaltlich-programmatisch in der Defensive befindet, eine wirkliche Reform eigentlich gar nicht will.

Das SPD-Konzept aber war offensiv, nach vorne gerichtet. Es liegt in der Natur der Sache, daß es auf diese Weise das Geschehene stärker prägte, ihm seinen Stempel aufdrückte. Der Kompromiß von Lahnstein trägt sozialdemokratische Handschrift.

Diejenigen, die eine Reform unseres Gesundheitswesens nicht oder nur zu ihren Konditionen wollten, haben eine doppelte Niederlage erlitten, eine inhaltliche wie eine taktische. Das wird heilsame Konsequenzen für die weitere gesundheitspolitische Diskussion haben. Das verminte Gelände Gesundheitswesen wird klarer als solche erkennbar werden – und das ist gut so.

Ich will auf einige Fragen, die mit den Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes verbunden sind, eingehen und mich dabei auf jene Problemkreise konzentrieren, die in der öffentlichen wie fachöffentlichen Diskussion eine besondere Rolle spielen.

Die stärkere wettbewerbliche Orientierung unserer Krankenversicherung, die wir ausdrücklich wollen, erfordert von den einzelnen Krankenkassen eine grundlegende Umorientierung. Nachdem was ich an Diskussionsbeiträgen zu diesem Themenkomplex bisher gehört habe, bezweifle ich, ob sich dies in unserer Krankenversicherung in notwendigem Ausmaß herumgesprochen hat. Jeder muß wissen, daß ab 1.1.1996, wenn die Mitglieder ihrer bisherigen Krankenversicherung erstmals kündigen können, nichts mehr so sein wird wie vorher. Ich wiederhole: Dies ist gewollt!

Es ist zwingend notwendig, daß die einzelnen Krankenkassen sich in der bis dahin verbleibenden Zeit auf den Wettbewerb einrichten. Das aber

heißt vor allem, die eigenen organisatorischen Einheit Schlagkraft zu verleihen. Dies heißt, die Möglichkeit von Zusammenschlüssen zu prüfen und wo immer möglich, diese Zusammenschlüsse auch zu vollziehen.

Für die Ortskrankenkassen heißt dies darüber hinaus, Abschied nehmen von der Basiskassenphilosophie. Die Ortskrankenkassen sind dann Wahlkassen, wie alle anderen auch, sie haben keinen gesetzlich gesicherten Mitgliederbestand. Das heißt, sie sind zukünftig nicht mehr der Problemladeplatz des gegliederten Systems, das heißt aber auch, sie müssen sich zukünftig selbst um ihre Mitglieder kümmern.

Das Gesetz trägt der neuen Lage Rechnung, denn es sieht erstmals in der Sozialgeschichte eine Bestimmung vor, nach der eine Ortskrankenkasse (AOK) geschlossen werden kann.

Die AOK's müssen zu stärkerer Solidarität untereinander finden, um im Wettbewerb bestehen zu können. Solidarität aber heißt mehr, als den Risikostrukturausgleich zu bejubeln, der ab dem 1.1.1994 durchgeführt werden soll. Ich habe erhebliche Zweifel, ob dies allen bewußt ist.

Auch die Ersatzkassen werden sich umstellen müssen. Ihrer Öffnung für alle Personenkreise unserer Gesellschaft verleiht ihnen zukünftig den Status von allgemeinen Krankenkassen. Ich weiß, daß viele in den Ersatzkassen dies nicht wollten. Die Befürchtung allerdings, daß damit ein Identitätsverlust verbunden sei, ist absurd. Nichts rechtfertigt eine solche These! Und daß eine Kassenart in ihrer Existenz gefährdet würde, weil sie neue Mitglieder aufnehmen muß, ist auch kein besonders lichtvoller Diskussionsbeitrag.

Daß den Menschen damit eine Möglichkeit genommen würde, sich zu differenzieren, kann allen Ernstes niemand behaupten. Das Gegenteil ist richtig. Die Zahl derjenigen, die sich zukünftig differenzieren können, wird erheblich vergrößert. Ich kann den Ersatzkassen nur eindringlich raten, ihren Widerstand gegen die neue gesetzliche Regelung aufzugeben. Der damit eingeleitete Prozeß wird unumkehrbar sein.

Betriebs- und Innungskrankenkassen haben im Hinblick auf die allgemeine Zugänglichkeit für die Versicherten einen gewissen Sonderstatus. Nur wenn sie es durch eigene Satzungsentscheidung möglich machen, können ihnen zukünftig alle beitreten. Ich rate eindringlich dazu, dies als Chance zu begreifen. Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen wissen, daß in einem wettbewerbsorientierten System nur derjenige eine Chance hat, der am Wettbewerb teilnimmt. Derjenige, der sich ihm entzieht, wird scheitern.

Eine Kassenart, aus der man sich nur heraus-, nicht aber hineinwählen kann, begibt sich auf den Pfad der Auszehrung, wenn sie diesen Mechanismus nicht selbst korrigiert. Die Öffnung durch Satzung gibt den Betriebs- und Innungskrankenkassen diese Korrekturmöglichkeit. Ich hoffe, sie wird genutzt.

Wer ein wettbewerbsorientiertes Krankenversicherungssystem installieren will, der muß unseren Krankenkassen auch Führungsstrukturen geben, mit denen sie sich im Wettbewerb behaupten können. Eines ist sicher: in der bisherigen Führungsstruktur ist dies nicht möglich. Eine auf Lebenszeit bestimmte Geschäftsführung, kontrolliert von einer zweistufigen Selbstverwaltung mit relativ wenig Einwirkungsmöglichkeiten, kann nicht die erforderliche Flexibilität und Schlagkraft gewährleisten.

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Neuordnung der Leitungsstrukturen in den Krankenkassen ist zwingend notwendig. Sie hat – für mich überraschend – ein zwiespältiges Echo gefunden. Während die bisherigen Geschäftsführungen dem Neuordnungsplan überwiegend positive Aspekte abgewinnen können, erntet er bei den Organmitgliedern überwiegend Skepsis, wenn nicht gar Ablehnung.

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund und die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft haben dafür plädiert, die Einführung der neuen Leitungsstrukturen zu verschieben. Ich halte dies für kurzfristig und will daher keinen Zweifel daran lassen, wie sich die SPD-Fraktion zu dieser Bitte verhalten wird.



Wir werden ihr im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht nachkommen.

Aber nicht nur das: Wir werden allen Tendenzen, diese Regelung zu verschieben oder gar inhaltlich auszuhöhlen, unseren erbitterten Widerstand entgegensetzen. Eine Chance zur Neuordnung der Selbstverwaltung und zur Installierung neuer Führungsstrukturen in der Krankenversicherung werden wir so schnell kein zweites Mal erhalten. Das mögen alle diejenigen bedenken, die mit Verschiebungsvorschlägen jonglieren.

Wir brauchen ein leistungsfähiges Krankenversicherungsmanagement. Die Schaffung hauptamtlicher, auf Zeit gewählter Vorstände ist dazu ein geeignetes Instrument.

Wir brauchen eine Selbstverwaltung, die wirklich mitbestimmen kann, d.h. deren Rechte über das, was bisher den Rahmen abgab, deutlich hinausgehen. Dies schaffen wir mit dem neu einzurichtenden Verwaltungsrat.

Wichtig ist, daß hauptamtlicher Vorstand und Verwaltungsrat dann installiert sind, wenn der Wettbewerb der Krankenkassen um die Versicherten beginnt – und das ist der 1. Januar 1996. Auch aus diesem Grunde wäre eine Verschiebung sachlich kaum zu vertreten.

Der zweite Punkt, auf den ich eingehen möchte, ist der Neuordnung des Arzneimittelmarktes. Zum Begrifflichen möchte ich vorwegschicken, daß ich im Gegensatz zu manchem Vertreter der Koalitionsparteien keine Schwierigkeiten habe, die Liste der ordnungsfähigen Arzneimittel als das zu bezeichnen, was sie wirklich ist – nämlich als Positivliste. Aber ich streite mich nicht um Begriffe, wichtig ist das Ergebnis.

Wir werden ein "Institut Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung" – so die korrekte Bezeichnung – erhalten, das die von uns immer gewünschte Bereinigung am Arzneimittelmarkt vornimmt. Dieses Institut erstellt einen Vorschlag für die Liste ordnungsfähiger Arzneimittel und legt ihn dem Bundesgesundheitsminister vor.

Um die Verbindlichkeit dieser Liste sicherzustellen, sieht der Gesetzentwurf vor, daß der Gesundheitsminister sie als Rechtsverordnung erläßt, sie wird auf diese Weise also Bestandteil des Leistungsrechtes der gesetzlichen Krankenversicherung. Das sagt auch einiges über deren Verbindlichkeit!

Es wird in Zukunft so sein, daß nur noch jene Präparate zu Lasten der Krankenkassen ordnungsfähig sein werden, die in dieser Liste aufgenommen sind. Verordnungen außerhalb der Liste sind nur noch ausnahmsweise möglich und zwar unter ausdrücklicher und besonderer Begründung durch den verordnenden Arzt. Ich möchte dies so klarstellen, weil von interessierter Seite in der letzten Zeit so getan wird, als könne die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der Liste zur Regel werden. Niemand soll sich täuschen: Der Gesetzestext gibt dies nicht her.

Es ist kein Geheimnis, daß die SPD sich als zusätzliches Instrument am Arzneimittelmarkt Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern gewünscht hätte. Dies war in den Konsensgesprächen weder in Lahnstein noch in der Zeit danach bei den Vertretern der Koalitionsparteien durchsetzbar.

Wir haben uns allerdings auf eine Veränderung des Festbetragsinstrumentariums verständigt, mit dem zukünftig eine 80prozentige Marktquote erreicht werden kann. Diejenigen, die heftig gegen das Instrument der Preisverhandlungen angekämpft haben und dies insgeheim in der Erwartung taten, es werde bei einer Festbetragsquote von etwa 50 bis 60 Prozent bleiben, haben sich also verkalkuliert. Die vereinbarte 80-Prozent-Quote ist ein Datum, von dem die SPD-Bundestagsfraktion nicht mehr abrücken wird.

Sie sehen: Wenn die pharmazeutische Industrie eine zweiseitige vertragliche Verhandlungslösung ablehnt und stattdessen eine einseitige, der Preisfixierung durch den Nachfrager nahe kommende Regelung für sinnvoll hält, will die SPD-Bundestagsfraktion dem nicht im Wege stehen. Wir werden allerdings dafür sorgen, daß durch eine fühlbare Ausweitung des Festbetragsmarktes die Möglichkeit zur preislichen Kompensation erheblich eingeschränkt wird.

In Richtung auf die pharmazeutische Industrie kann ich hierzu nur feststellen: Jeder muß wissen, auf was er sich einläßt. Wer trickreich pokert, sollte gute Karten haben. Bluffs sind manchmal schon im Ansatz erkennbar.

Grundlegende Veränderungen – und dies ist der dritte Punkt, auf den ich eingehen möchte – wird es im Bereich der Krankenhausversorgung geben. Der Selbstkostendeckungsgrundsatz fällt! Sicherlich geschieht dies weniger eindeutig, als manche von uns sich das vorgestellt haben. Aber der Föderalismus ist nun einmal eine spannende Veranstaltung.

Die SPD-Bundestagsfraktion kann mit dem, was nun erreicht worden ist, gleichwohl leben. Es wird Fallpauschalen und Sonderentgelte geben und überall dort, wo deren Einführung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich ist, Basis- und Abteilungspflegesätze.

Ich bin mir sicher, daß der Einstieg in die neue, pauschalierte Vergütungsform wichtiger ist, als eine vielleicht möglich gewesene noch umfassendere Pflegesatzreform. Der Einstieg aber ist geschafft, daraus läßt sich in Zukunft etwas machen.

Für weitaus gravierender halte ich allerdings die Neuerungen bei der Überwindung der strikten Trennung zwischen ambulante und stationärem Versorgungskreis. Die Möglichkeit für das Krankenhaus, gleichberechtigt mit niedergelassenen Chirurgen zukünftig ambulant zu operieren, ist von grundsätzlicher Bedeutung. Das Krankenhaus hat an einem ökonomisch sinnvollen Punkt den Fuß in der Tür der ambulanten Versorgung.

Eine gesicherte Grundlage für die Durchführung von vor- und nachstationärer Behandlung, ohne daß die kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig noch die Möglichkeit haben, dies durch eine Verweigerungshaltung zu blockieren, ist das zweite wichtige Neuerungselement. Beides gibt den Krankenhäusern die Chance, zukünftig wirtschaftlich sinnvoll und kostensparend tätig zu werden.

Zum Vierten möchte ich schließlich noch auf den Sektor der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung eingehen. Als die SPD-Bundestagsfraktion 1985 in ihrem Hausärzte-Weiterbildungsgesetz die Pflichtweiterbildung als Voraussetzung für die kassenärztliche Zulassung forderte und im gleichen Jahr für eine Altersbegrenzung in der kassenärztlichen Tätigkeit eintrat, galt dies sowohl bei den Koalitionsfraktionen als auch bei der kassenärztlichen Bundesvereinigung als verunglimpfenswerter Tatbestand. Ich kann nur sagen: So ändern sich die Zeiten.

Ich muß allerdings darauf hinweisen, wenn dies schon damals realisiert worden wäre, hätten wir heute einige Probleme weniger.

Es ist richtig, daß sich die SPD-Seite in den Konsensgesprächen mit ihren Forderungen nach einem Einkaufsmodell nicht durchgesetzt hat. Ich denke allerdings, daß wir mit der neuen Überversorgungsregelung und der strikten Form der Bedarfsplanung eine Alternative gefunden haben, die auch wir vertreten können.

Ich will keinen Zweifel daran lassen, daß uns die verfassungsrechtlichen Bedenken, die in diesem Zusammenhang vorgetragen werden, wenig beeindruckt haben. Das gilt allein schon deshalb, weil bei der Vielzahl der Vorschläge, die zur Regelung der Niederlassungsproblematik unterbreitet worden sind, nur ein Vorschlag ohne verfassungsrechtliche Bedenken geblieben wäre. Das wäre der Vorschlag, alles beim alten zu lassen, also nichts zu tun. Nur, dieser Vorschlag wäre der politisch Verantwortungsloseste gewesen. Er kam also für uns nicht in Frage.

Allen denjenigen ist zu widersprechen, die in ihrer Argumentation so tun, als enthielte unser Grundgesetz eine Bestimmung, nach der jeder Arzt eine Garantie auf eine kassenärztliche Zulassung besäße. Eine solche Bestimmung gibt es nicht, sie wäre auch widersinnig. Auch von unserer Verfassung her hat der Gesetzgeber die Möglichkeit und die Pflicht, den Rahmen für die kassenärztliche Zulassung unter Beachtung der finanziellen Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu setzen.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1960 kann im Zusammenhang mit der zahlenmäßigen Zulassungslenkung kaum mehr als Orientierungsmarke dienen. Es wurde gesprochen zu einer Zeit der Unterversorgung und auch nur unter den damit verbundenen Bedingungen. Von Unterversorgung kann heute keine Rede mehr sein, es herrscht Überversorgung, deren Ausmaß die Finanzkraft der Krankenkassen spürbar überfordert.

Selbst 1960 hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil Lenkungsmaßnahmen nicht ausgeschlossen. Es hat diese Lenkungsmaßnahmen allerdings an die Bedingung geknüpft, daß ein höherwertiges Rechtsgut bedroht sein müsse, als die Niederlassungsfreiheit der Kassenärzte. Wer wollte bestreiten, daß die an die Finanzierbarkeit geknüpfte Funktionsfähigkeit unserer gesetzlichen Krankenversicherung ein solches höherwertiges Rechtsgut ist? Wir befinden uns mit unserer Regelung also auch verfassungsrechtlich auf einem klaren Weg.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang einige Hinweise zu jenem Regelungskomplex des Gesundheitsstrukturgesetzes machen, die man mit dem Titel "Budgetierung" bedacht hat. Für eine staatliche Preisfixierung oder Indexierung ist dies ein reichlich unverdächtiger Titel. Aber zum Erfindungsreichtum der Semantiker habe ich bereits eingangs Stellung genommen.

Die SPD hat sich stets gegen das Instrument der Budgetierung gewandt, und zwar sowohl mit gesundheitspolitischer als auch mit ordnungspolitischer Begründung. Wir haben allerdings immer eingeräumt, daß wir die Anwendung dieses Instrumentariums dann für unausweichlich halten, wenn eine übergangsweise Absicherung der Kostenfront bis zum Wirksamwerden struktureller Veränderungen notwendig sein sollte.

Bei den Konsensgesprächen mit den Koalitionsparteien haben wir sorgsam darauf geachtet, daß das Budgetierungsinstrumentarium im Gesundheitsstrukturgesetz nur insoweit Anwendung findet, als es diesem Ziel dient. Dies ist uns gelungen.

Nun hat es im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit der Budgetierung eine Reihe von Sonderwünschen gegeben. Zum einen sollte das Budgetierungsbasisjahr verändert werden, zum anderen sollten bestimmte Leistungsbereiche aus dem Budget herausgenommen werden. Wir haben uns gegen diese Änderungen ausgesprochen, und zwar im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsminister.

Jedem, der solche Forderungen stellt, muß klar sein, daß Ausnahmeregelungen für eine Gruppe geradezu zwangsläufig den Wunsch nach Verwirklichung von Sonderregelungen für andere Berufsgruppen nach sich zieht. Schon deshalb waren Sonderregelungen dieser Art politisch nicht zu verantworten.

Für die ambulante ärztliche Versorgung heißt dies also, daß es beim Basisjahr 1991 bleibt. Es heißt auch, daß es ein Sonderbudget für Prävention im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht geben wird. Wir sind allerdings bereit, bestimmte präventive Leistungen unter dem vereinfachten Titel "Mutter, Krebs, Kind" in der Honorierung mit einem festen Punktwert zu versehen. Dies ist eine präventionsfördernde Maßnahme, die das Gesamtbudget nicht erhöht, während der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusätzlich 100 Millionen DM an Kosten verursachen würde.

Wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich für eine Präventionsförderung stark macht, so ist das mit dem Vorschlag der SPD zu verwirklichen, ohne daß sie Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung bedeuten.

Ohne auf weitere Einzelregelungen gleichsam im Vorgriff auf die Diskussion noch einzugehen, bin ich mir sicher:

- Wir haben eine Gesundheitsreform, die ihren Namen verdient;
- wir haben eine Gesundheitsreform, deren kostensenkenden Effekte weit in die nächste Wahlperiode tragen werden.

Ist dies eigentlich nichts?

## **Das Gesundheitsstrukturgesetz – Erwartungen der forschenden pharmazeutischen Industrie**

### **1. Ausgangssituation**

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1988 hat die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur vorübergehend stabilisiert. Die Ausgaben der GKV sind in den Jahren 1991 und 1992 deutlich oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung gestiegen. Die Ausgaben für Arzneimittel betragen 1991 auf 24,5 Mrd. DM und umfassen einen Anteil von 15,4% der Gesamtausgaben der GKV.

Ursächlich für die steigenden Arzneimittelausgaben in der GKV ist – wie auch in den vergangenen Jahren – die Mengenentwicklung. Die Preiskomponente spielt eine untergeordnete Rolle. Die Preissteigerungen für Arzneimittel bewegen sich seit Jahren deutlich unterhalb der Lebenshaltungskosten. In den Jahren 1990 und 1991 erhöhten sich die Arzneimittelpreise nur um +/- 0 bzw. + 1,3%, während die Lebenshaltungskosten um 2,7% bzw. 3,5% im gleichen Zeitraum angestiegen sind. Das deutsche Preisniveau für Arzneimittel liegt nach Berechnungen der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker (ABDA) nach Einführung der Festbeträge nur noch im europäischen Mittelfeld.

Seit Inkrafttreten des GRG hat die pharmazeutische Industrie erhebliche Sparbeiträge geleistet. Die Einführung der Festbeträge hat den Krankenkassen ein Einsparpotential von bislang 1,2 Mrd DM erbracht, wovon die Industrie und insbesondere die forschenden Originalanbieter mehr als 600 Mio. DM geleistet haben. Auch die Abschlagsregelung in den neuen Bundesländern bedeutet eine Vorwegleistung der Pharmaindustrie von ca. 700 Mio. DM jährlich.

Trotz dieser erheblichen Vorleistungen war die pharmazeutische Industrie bereit, einen weiteren Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen der GKV zu leisten, wenn die Ausgewogenheit der Stabilitätsbeiträge sichergestellt wird.

## **2. Bewertung des Gesundheits-Strukturgesetzes aus Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie**

### **2.1 Bewertung der Einzelregelungen**

#### **Gesetzliche Preisabsenkung einschließlich Preismoratorium in den Jahren 1993 und 1994**

Die gesetzlich verordneten Preissenkungen im Nichtfestbetragsbereich von 5% für rezeptpflichtige und 2% für rezeptfreie Arzneimittel einschließlich des Preismoratoriums sind ein staatlicher Eingriff in die unternehmerische Freiheit und ein Verstoß gegen die Prinzipien der Marktwirtschaft. Die Maßnahme ist nicht nur ordnungspolitisch falsch, sondern setzt auch an der Ausgabenkomponente Preis an, die kaum ursächlich für die Ausgabensteigerungen für Arzneimittel ist.

#### **Arznei- und Heilmittelbudget**

Das Arznei- und Heilmittelbudget ist, abgesehen von der gesundheitspolitischen Problematik, ordnungspolitisch ebenfalls äußerst fragwürdig. Auch bei diesem Instrument ist zu erwarten, daß die Menge der Verordnungen nicht gebremst wird, sondern daß in erster Linie Wirkungen auf den Preis der Verordnungen zu erwarten sind. Der Arzt wird wahrscheinlich nicht auf die Verordnungen von Arzneimitteln verzichten, sondern eher die Verordnung teurer und innovativer Arzneimittel einschränken. Der Verordnungsanteil innovativer Arzneimittel wird dadurch – wie das Beispiel England zeigt – absinken, ohne daß die Menge der Verordnungen zurückgeht. Zudem ist mit erheblichen Substitutionsprozessen zu rechnen, weil die Ärzte Anreize bekommen, teurere Patienten ins Krankenhaus zu überweisen, um Budgetüberschreitungen zu vermeiden.

Das im Rahmen des Budgets '93 vorgesehene Überlaufmodell von 280 Mio. DM zu Lasten der pharmazeutischen Industrie setzt falsche steuerungspolitische Impulse und bedeutet eine Regelung zu Lasten Dritter, nämlich der pharmazeutischen Industrie.

#### **Neue Selbstbeteiligungsregelungen**

Positiv aus Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie werden sich die Neuregelungen zur Zuzahlung auswirken. Die Abkoppelung der Zuzahlung von den Zufälligkeiten der Festbetragsfestsetzung beseitigt die Diskriminierung zuzahlungspflichtiger innovativer Arzneimittel. Gleichzeitig werden die sozialpolitischen Ungereimtheiten der alten Zuzahlungsregelungen (Zuzahlungen für lebensnotwendige Arzneimittel/gängige Arzneimittel – zuzahlungsfrei) aufgehoben. Negativ ist allerdings, daß in den laufenden Beratungen die prozentuale Selbstbeteiligung durch packungsgrößenabhängige Absolutbeträge (ab 1994) ersetzt worden ist, so daß der Trend zu Großpackungen und die Mengenentwicklung gefördert wird.

#### **Erleichterung der Festbeträge, Positivliste, Arzneimittelinstitut**

Die im Rahmen des Kompromisses von Lahnstein eingeführte Erleichterung der Festbeträge setzt ausschließlich an der Preiskomponente an und wird insbesondere die forschenden Originalanbieter überproportional treffen. Dynamische Anpassungen der Festbeträge (z.B. auch an die Mehrwertsteuererhöhung) sind nicht vorgesehen worden.

Die von der SPD in die Verhandlungen eingebrachte Positivliste und das Arzneimittelinstitut werden ebenfalls kaum eine Mengenreduzierung bewirken. Die Industrie befürchtete außerdem erhebliche juristische Auseinandersetzungen und eine weitere Zulassungshürde für die GKV-Erstattung von Arzneimitteln, so daß die schon bisher sehr langen Zulassungsfristen des Bundesgesundheitsamtes (BGA) durch weitere Fristen ausgedehnt werden. Dies ist forschungspolitisch kontraproduktiv.

## 2.2 Gesamtwertung

Aus der Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie ist die Ausgewogenheit der Belastungen nicht sichergestellt. Obwohl der Arzneimittelsektor nur 15% der GKV-Ausgaben ausmacht, muß der Sektor 1/4 der Einsparbeiträge der Leistungsseite (2 von 8 Mrd. DM in 1993) erbringen. Dabei sind die Einsparbeiträge nach dem Lahnstein-Kompromiß noch nicht einkalkuliert.

Die eingeleiteten Maßnahmen sind auch nicht wettbewerbsneutral und ursachenadäquat. Die Ausgabensteigerungen resultieren entscheidend aus der Mengenkomponeute. Die wesentlichen gesetzgeberischen Maßnahmen (Preisabsenkung, Budget, Erleichterung der Festbeträge) zielen aber vor allem auf die Preisseite und gehen in erster Linie zu Lasten der forschenden Originalhersteller.

Dabei ist zu beachten, daß die Originalhersteller international tätig sind, so daß die deutschen Preise auch Referenzfunktion für die ausländische Preisbildung haben. Dies ist bei einer Branche mit mehr als 12 Mrd. DM Export und 4,4 Mrd. DM Exportüberschuß keine zu vernachlässigende Komponente.

## 3. Was erwartet die forschende pharmazeutische Industrie im laufenden Gesetzgebungsverfahren?

Im laufenden Gesetzgebungsverfahren kommt es für die forschende pharmazeutische Industrie entscheidend darauf an, daß die Politik Signale für den Forschungsstandort Deutschland und die mehr als 120.000 Arbeitsplätze in der pharmazeutischen Industrie setzt. Es darf nicht dazu kommen, daß die Standortproblematik wie bei der Gentechnik erst im Nachhinein Berücksichtigung findet. Standortfragen sind langfristiger Art und erfordern eine verlässliche und auf Langfristigkeit ausgerichtete Politik. Für die forschende pharmazeutische Industrie ist es wichtig, daß innovative Arzneimittel, die der automatischen Verschreibungspflicht nach § 49 Arzneimittelgesetzes (AMG) unterliegen, für die Dauer der automatischen Verschreibungspflicht in die Verord-

nungsliste des § 92 a Abs. 7 aufgenommen werden. Nur so ist zu verhindern, daß weitere Zulassungshürden aufgebaut werden und die Zulassungsfristen zu Lasten der forschenden Industrie ausgedehnt werden.

Wenn der Gesetzgeber an der Erleichterung der Festbeträge festhalten will, ist gleichzeitig sicherzustellen, daß patentierte Arzneimittel aus der Festbetragsregelung ausgeklammert werden. Eine gesetzliche Klarstellung des Neuartigkeitsbegriffs könnte diesen auch vom Gesetzgeber gewollten Schutz patentierter Arzneimittel realisieren.

Zukünftig wird es entscheidend darauf ankommen, auch in der Arzneimittelversorgung klar abzugrenzen, was solidarisch und was eigenverantwortlich finanziert werden soll. Lebensnotwendige Arzneimittel müssen aus Sicht der forschenden Industrie weiterhin von der GKV erstattet werden. Die Selbstbeteiligung könnte allerdings auf weitere Indikationen ausgeweitet werden.

## **Positive und negative Trends – Folgen des Gesundheitsstrukturgesetzes für das System der ambulanten Versorgung**

Als wir zum letzten Mal vor etwa einem Jahr hier in Berlin in vergleichbarer Runde über die Notwendigkeit einer Gesundheitsreform gesprochen haben, war es für viele noch schwer vorhersehbar, daß heute knapp über ein Jahr später unter wesentlicher Beteiligung der SPD eine Gesundheitsstrukturreform kurz vor der Verabschiedung im Parlament steht. Nur Herr Dreßler hatte wohl schon Vorahnungen, auf welche Art und Weise Herr Seehofer sich eine parlamentarische Mehrheit für sein Reformwerk sichern wollte.

Beurteilt man diese Gesundheitsstrukturreform auf der Grundlage der von uns damals diskutierten Eckwerte des SPD-Parteitages von Münster, so kann man jedenfalls für den Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung feststellen, daß sich die SPD mit ihrer Parteilinie ihren Eckwerten mit Ausnahme der Errichtung regionaler Gesundheitskonferenzen und der Ermöglichung eines "Einkaufes" von Kassenärzten durch die Krankenkassen über den Abschluß von Einzelverträgen weitgehend durchgesetzt hat.

Die Umbenennung des Kassenarztes zum Vertragsarzt weist aber schon in die von der SPD aufgezeigte Richtung. Diese Entwicklung ist schon erstaunlich. Sie zeigt, daß nicht nur für den Bereich des Gesundheitswesens die bestehende extrem schwierige Wirtschaftssituation der Bundesrepublik Deutschland und das aus anderen Gründen zu befürchtende Abwandern vieler Wähler in extrem rechte Parteigruppen die etablierten demokratischen Parteien zusammenrücken läßt. Manche nennen dies auch das Streben nach "Machterhaltung". Ich halte solche Beweggründe zwar für opportunistisch, aber dennoch für legitim und anerkenne auch die Notwendigkeit eines Zusammenwirkens aller

demokratischen Kräfte zur Überwindung der bestehenden, sich in ihrer Größenordnung aber erst in Konturen abzeichnenden Probleme der Bundesrepublik Deutschland: Die Probleme, die sich vor allem aus der Herstellung der deutschen Einheit, der Zuwanderung eines immer größeren Stromes von Aussiedlern und Asylanten und einer weltweit drohenden Wirtschaftskrise ergeben.

Vor diesem Hintergrund muten die Auseinandersetzungen um die Gesundheitsreform geradezu banal an. Nicht für die Betroffenen! Deswegen darf man die möglichen negativen Auswirkungen dieser Gesundheitsstrukturreform nicht unterschätzen. Ihr ganzes Ausmaß wird sich erst in den nächsten Jahren abzeichnen, und ich wage hier die Prognose, daß im Jahre 1996 nach Abschluß der dreijährigen Budgetierungsphase unser Gesundheitswesen völlig anders aussehen wird als heute, keinesfalls besser oder leistungsfähiger, wohl auch nicht kostengünstiger!

In einem kurzen Statement ist es nicht möglich, auf alle Einzelvorschriften dieser Gesundheitsstrukturreform einzugehen. Ich will mich daher darauf beschränken, die aus meiner Sicht bestehenden positiven und negativen Trends aufzuzeigen, die sich insbesondere für das System der ambulanten Versorgung ergeben.

### **1. Trend: Nivellierung der Krankenkassenstrukturen**

Als Folge der Wahlfreiheit für die Versicherten werden sich die bestehenden Grenzen unter den Solidargemeinschaften der Krankenkassen vermischen. Insbesondere wird der bisherige elitäre Status der Ersatzkassen verlorengehen. Demgegenüber bieten sich allerdings neue interessante Alternativen insbesondere bei den Betriebskrankenkassen an. Die Deutsche Bank mit angeschlossener Betriebskrankenkasse für ihre Bankkunden oder eine Kombination der Deutschen Krankenversicherung mit einer allen offenstehenden Betriebskrankenkasse für all diejenigen, die den zu erwartenden Einschränkungen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung mit privaten Zusatzversicherungen vorbeugen wollen.

Als Folge einer solchen Nivellierung einerseits und Neu-Differenzierung andererseits wird der Wettbewerb unter den Krankenkassen zunehmen und damit auch der Arzt noch stärker als bisher in diesen Wettbewerb der Krankenkassen untereinander hineingezogen. Ein Beitrag zu mehr Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung a priori scheint mir dies jedenfalls nicht zu sein.

### **2. Trend: Regionalisierung des Gesundheitswesens**

Die Bundesrepublik strebt mit Macht in den Maastrichter Vertrag und damit in ein politisch geeintes Europa. In der Bundesrepublik selbst setzt sich jedoch der Trend zur Kleinstaaterei, bemäntelt mit dem Begriff des Föderalismus, fort. Gerade die jetzt im Gesundheitsstrukturgesetz neu angepackte Krankenhausreform zeigt die ungebrochene Macht der Bundesländer und die Verquickung wirtschaftlicher Interessen als Krankenhausträger, insbesondere in den Stadtstaaten mit der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben im Gesundheitswesen.

Neben die verschärfte Konkurrenz der Krankenkassen tritt der Wettbewerb der Länder mit ihren sehr unterschiedlichen und keineswegs ausgewogenen Strukturen. Die Gliederung der bundesweiten Krankenkassen in 22 Vertragsregionen ist jedenfalls auch meiner Sicht kein Beitrag zur Strukturverbesserung und schon gar kein Beitrag zu mehr Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung.

### **3. Trend: Ausdehnung des Krankenhauses in den ambulanten Versorgungsbereich**

Hier ist deutlich die Hand der SPD bei der Gesundheitsreform zu spüren. Die Öffnung von Polikliniken und Fachambulanzen in den fünf neuen Bundesländern wird nicht regional begrenzt sein, sondern sich langfristig auf die gesamte Bundesrepublik auswirken.

Der uneingeschränkte Zugang zum Krankenhaus zur Durchführung ambulanter Operationen wird dazu führen, daß sich das Krankenhaus



nicht nur um das ambulante Operieren selbst kümmern wird, sondern auch um die sich darumrankenden diagnostischen Voruntersuchungen, Nachbetreuungsmaßnahmen und insbesondere die Leistungen der invasiven Diagnostik. Die damit verbundene Konzentration und Verlagerung, insbesondere der fachärztlichen Versorgung an das Krankenhaus, mag man gesundheits- und gewerkschaftspolitisch wünschen, einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit der Krankenversorgung vermag ich jedoch auch hierin nicht zu erkennen, da die Infrastruktur des Krankenhauses, wie alle in- und ausländischen Beispiele beweisen, zu einer Verteuerung der ambulanten Versorgung führen muß. Von patienten-naher Versorgung und freier Arztwahl kann dann nicht mehr die Rede sein. Darüber hinaus werden die niedergelassenen Fachärzte in einen ruinösen Wettbewerb getrieben.

#### **4. Trend: Immer mehr Reglementierungen**

Die aus der Sicht des Versicherten und der Krankenkassen sicherlich wünschenswerte Aufrechterhaltung des Sachleistungssystems führt zwangsläufig zu einer immer stärker zunehmenden Reglementierung der Leistungserbringer in diesem System. Dies gilt jedenfalls so lange, wie die Mittel der Krankenversicherung durch Beitragssatzbindungen begrenzt bleiben und eine zusätzliche Finanzierung durch Eigenbeteiligungen der Versicherten sozialpolitisch abgelehnt werden. Die Freiberuflichkeit des Arztes in diesem System wird zunehmend verlorengehen; sie ist schon jetzt als Folge dieses Gesundheitsstrukturgesetzes nur noch rudimentär vorhanden. Wobei die Frage erlaubt ist, wer von den politisch Verantwortlichen noch den Wert der Freiberuflichkeit in unserer Gesellschaft, insbesondere im Gesundheitswesen, bereit ist anzuerkennen.

Aus der Sicht eines engagierten freiberuflich tätigen Kassenarztes müssen diese aufgezeigten Trends entmutigen, da sie das bestehende leistungsfähige System einer ambulanten Versorgung durch freiberuflich tätige Allgemeinärzte und Fachärzte extrem gefährden. Vor diesem Hintergrund wirken auch ökonomisch richtige Ansätze des Gesundheitsstrukturgesetzes auf die Kassenärzte in der Bundesrepublik nicht

mehr motivierend. Nachdem lange Jahre um die Einführung einer Pflichtweiterbildung in der Allgemeinmedizin als Zulassungsvoraussetzung gerungen wurde und dieses Ziel nunmehr endgültig erreicht werden wird, redet schon niemand mehr über diesen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Strukturqualität unserer ambulanten Versorgung.

Auch die notwendige Gliederung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, die mit diesem Gesetz einen wesentlichen Schritt weitergebracht werden wird, wird vor dem Hintergrund der schwerwiegenden finanziellen Probleme, die die Ausgabenbudgetierung für die ärztliche Versorgung mit sich bringen wird, nicht als Fortschritt, sondern als Spaltung der Ärzteschaft diskutiert. Die Förderung der hausärztlichen Versorgung bleibt ein leeres Lippenbekenntnis, so lange nicht die dafür erforderlichen Mittel konkret zur Verfügung gestellt werden.

Zur sinnentleerten Aussage wird auch der Grundsatz "Vorbeugen ist besser als Heilen", wenn die Prävention in das Budget einbezogen wird!

Gleiches gilt für die im Grundsatz notwendige stärkere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die jedoch durch die Öffnung der Fachambulanzen in den fünf neuen Bundesländern in eine die fachärztliche Tätigkeit in freie Praxis systematisch aushöhlende Richtung betrieben wird. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung läßt die Bedarfsplanung mit Zulassungssperren in überversorgten Gebieten zur Vernichtung ambulanter fachärztlicher Versorgung verkommen.

#### **Positive Trends?**

Grundsätzlich positiv zu werten ist die Neuordnung der Krankenhausfinanzen und die damit endlich erreichte Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips. Die Ersatzregelung mit einer Mischung von Pflegesätzen, Sonderentgelten, Tagespauschalen und ambulanten Vergütungssätzen ist jedoch so kompliziert, daß sich ihre finanziellen Auswirkungen nicht absehen lassen.

Alles in allem ist festzustellen, daß dieses Gesetz mit seinen tiefgreifenden Auswirkungen für die Gesamtheit der Leistungserbringer die gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik auch nach seinem Inkrafttreten nicht zum Erliegen bringen, sondern weiter anheizen wird. Die Ärzte, die wie viele andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen die finanzpolitische Einäugigkeit der Parteien beklagen, sind zutiefst enttäuscht vom Ergebnis der Beratungen. Sie werden sich auch weiterhin vehement gegen unsachgemäße und demütigende Eingriffe in ihre Berufsfreiheit zur Wehr setzen. Sie werden dabei sehr sorgfältig die Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelungen auf die Qualität der Versorgung ihrer Patienten beobachten und bei zu erwartenden Qualitätseinbußen, insbesondere in der Budgetierungsphase, warnend ihre Stimme in die Öffentlichkeit erheben müssen.

Wolfram L. Boschke

## Webfehler im Gesundheitsstrukturgesetz

Seit Jahren votieren die privaten Krankenanstalten für marktwirtschaftlichere Strukturen und ein Mehr an Privatinitiative auch im Krankenhauswesen der Bundesrepublik Deutschland. In diesem Zusammenhang haben sie wiederholt darauf hingewiesen, daß das Selbstkostendeckungsprinzip durch ein Prinzip leistungs- und qualitätsbezogener Vergütungsformen im Krankenhaus ersetzt werden sollte. Parallel dazu haben die Privatkrankenanstalten wiederholt auf das nicht zuletzt unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten fehlsteuernde Prinzip der dualen Finanzierung hingewiesen, das durch ein monistisches Krankenhausfinanzierungssystem abgelöst werden sollte. Nicht zuletzt die staatliche Krankenhausplanung sollte aus Sicht der Privatkrankenanstalten deutlich reduziert werden.

Vor diesem Hintergrund haben die Privatkrankenanstalten die Beschlüsse von Lahnstein mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgt und an die Umsetzung der entsprechenden Vereinbarungen große Erwartungen gerichtet. Nicht zuletzt die Ausführungen von Herrn Dreßler haben deutlich gemacht, daß die Regierungskoalition gemeinsam mit der SPD-Vorschläge der Privatkrankenanstalten berücksichtigt hat und um deren Umsetzung in ein Gesetz bemüht ist. Insofern wäre auf den ersten Blick zu vermuten, daß, nachdem grundsätzlichen Positionen der Privatkrankenanstalten Rechnung getragen wurde, das Gesetz aus der Sicht der privaten Krankenhausträger uneingeschränkt zu akzeptieren sei. Dem ist nicht so. Nach wie vor enthält das Gesetz grundsätzliche "Webfehler", auf die im folgenden hinzuweisen ist.

So enthält der vorliegende Gesetzentwurf (Stand: 5.11.1992) nur Ansätze einer marktwirtschaftlichen Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungssystems. Im Hinblick auf die geplante Sofortbremsung überwiegen jedoch Elemente der Preisreglementierung, des Zuwachses an Bürokratie, einer einseitigen Stärkung der Krankenkassen bei

gleichzeitig ungeschmälertem Planungs- und Entscheidungsrecht der Bundesländer. Insoweit ist an die für das Krankenhauswesen verantwortlichen Gesundheitspolitiker zu appellieren, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern abzubauen. So ist der Behauptung zu widersprechen, durch die ab 1. Januar 1993 eingeführte Begrenzung der Budgetsteigerungen im Krankenhaus würden Einsparungen in Höhe von mehreren Milliarden DM erreicht. Vielmehr stehen im Ergebnis der geplanten "Deckelung" weitere erhebliche Defizite insbesondere öffentlicher Krankenhausträger, die aus Steuermitteln ausgeglichen werden. Insoweit ergibt sich aus den geplanten Maßnahmen im wesentlichen eine Kostenverlagerung von der Krankenversicherung zum Steuerzahler; von einer Kostendämpfung im eigentlichen Sinne kann nicht gesprochen werden.

Nachdem im öffentlichen Krankenhausbereich der Bürger zum einen als Patient, zum anderen als Steuerzahler herangezogen wird, fordern die Privatkrankenanstalten zur Förderung des Wettbewerbs eine zwanzigprozentige Anrechnung der Mittel, die von den Trägern zur Defizitfinanzierung bewilligt werden, auf die öffentlich gewährte Pauschalförderung. Nur so können Impulse gesetzt werden, die zu mehr Wirtschaftlichkeit auch im öffentlichen Krankenhausbereich führen und den derzeit bereits bekannten Verschiebepfad zwischen Krankenversicherung und Steuerzahler abbauen helfen.

In der Vergangenheit hat sich der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten grundsätzlich für personelle Formen der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ausgesprochen, wie sie in Belegabteilungen, Belegkliniken und Praxiskliniken erfolgt. Eine institutionelle Verzahnung, wie sie Krankenhausambulatorien darstellen, in denen zukünftig unter anderem ambulant operiert werden soll, ist aus Sicht der Privatkrankenanstalten im Interesse der Patienten abzulehnen; dies sowohl unter qualitativen Gesichtspunkten als auch unter dem Gesichtspunkt der freien Arztwahl. Entsprechende Einrichtungen sollten nur geschaffen werden, wenn dies zu Aus- und Weiterbildungszwecken notwendig ist.

Unter Hinweis auf eine Umfrage, die in der Zeitschrift "f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus" erfolgt, sind Sparpotentiale nicht zu erwarten, sondern vielmehr ist damit zu rechnen, daß die Krankenhäuser trotz angespannter Finanzlage erhebliche Investitionen vornehmen, um sich auf das für sie neu eröffnende Tätigkeitsfeld vorzubereiten.

Hinsichtlich der Kündigung von Versorgungsverträgen in § 110 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V ist anzumerken, daß die Kündigung von Versorgungsverträgen unter anderem dann erfolgen kann, wenn eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist. Nach dem Gesetzesentwurf kann die Genehmigung durch das Land bei Plankrankenhäusern jedoch nur dann versagt werden, wenn und insoweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Bei strenger Anwendung des Kriteriums der Unverzichtbarkeit kann eine Genehmigung durch das Land nur in wenigen Fällen, z.B. Krankenhäusern der Zentralversorgung, versagt werden. Diese Rechtsvorschrift gefährdet insoweit kleinere, bürgernahe Krankenhäuser. Insoweit sollte § 110 Abs. 2 S. 4 wie folgt gefaßt werden:

"Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung nur versagt werden, wenn und insoweit das Krankenhaus für die Versorgung bedarfsnotwendig ist."

Grundsätzlich begrüßen die Privatkrankenanstalten die Absicht des Gesetzgebers, privates Kapital zur Finanzierung von Investitionen auch im Krankenhaus-Planbereich heranzuziehen. Solange jedoch den Krankenkassen keine weiteren Mitspracherechte im Bereich der Krankenhausplanung eingeräumt werden, ist zu vermuten, daß dieses Instrumentarium weitestgehend ungenutzt bleibt. Im Ergebnis der bisherigen Beratungen und unter Würdigung der vorliegenden Gesetzesentwürfe beurteilen die Privatkrankenanstalten das gemeinsame Gesetzgebungsvorhaben der Bonner Koalition und der SPD "verhalten optimistisch".

Rolf Stuppardt

## **Das Gesundheitsstrukturgesetz muß weiterentwickelt werden – Wir brauchen eine Perspektive über die Jahrhundertwende hinaus**

Ich will hier nicht auf die zahlreichen Einzelaspekte, die bei Anhörung und sonstigen öffentlichen Diskussionen zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in den letzten Tagen und Wochen ausgetauscht wurden, eingehen.

Ich will auch nicht einen interessenpolitischen Standpunkt der Innungskrankenkassen in der einen oder anderen Angelegenheit vertiefen (obwohl ich dafür bezahlt werde). Ich will Gesichtspunkte – über den Tellerrand blickend – aufgreifen, die die allgemeine Frage des Tagungsthemas auf gesundheits- und sozialpolitische Aspekte lenkt, die möglicherweise in Zukunft an Gewicht gewinnen. Aus einer solchen allgemeinen Sichtweise ließe sich das GSG dann insgesamt positiv oder negativ verorten.

Bei allen den Schwierigkeiten, die wir als Krankenkassen haben werden, die neuen Bestimmungen zeit- und sachgerecht – und zugleich erfolgreich – umzusetzen, ist der Blick auf künftige Entwicklungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens zu richten.

Die Fragestellung des Tagungsthemas impliziert die Vorstellung, ein Einzelgesetz sei ein für allemal in der Lage, die komplexen Probleme im Gesundheitswesen entweder zu lösen oder nicht zu lösen. Zumindest die Beteiligten in diesen geschlossenen Räumen sind nach meinem Kenntnisstand so strukturiert, daß sie nicht Gefahr laufen, einem solchen schlichten statischen Denken zu erliegen.

Ein neues Gesetz bringt zunächst neue Rahmenbedingungen und durch das sicherlich nicht ganz phantasie- und interessenlose Handeln der Beteiligten schließlich auch wieder neue Probleme mit sich.

Die Innungskrankenkassen charakterisieren die Gesamtanlage des "groß-koalitionären" Kompromisses als den politisch richtigen Schritt in die richtige Richtung, nachdem Sie beim ersten Entwurf Anfang Juni noch grundsätzliche kritische Vorbehalte hatten. Ich meine bewußt nicht die vielen handwerklichen Unstimmigkeiten und Probleme im Gesetz selbst, sondern den allgemeinen politischen Gehalt. Für die weitere Entwicklung und Bewertung habe ich einige Thesen vorbereitet, die der Diskussion bedürfen.

### These 1

Auffällig ist, daß eine für die Patienten und Versicherten doch recht bedeutsame Angelegenheit wie das GSG in der Bevölkerung, bei Versicherten und Patienten nicht unbedingt Hauptgegenstand der öffentlichen Diskussion und Meinungsbildung ist, obwohl klar ist, daß Gesundheit einen hohen Stellenwert in der Werteskala genießt.

Damit einher geht die Feststellung, daß die Bevölkerung recht wenig über Funktionen und Bestimmungen des Gesundheitswesens, einschließlich des zu entrichtenden Beitragssatzes, weiß. Es drängt sich der Eindruck einer "Stellvertreterdiskussion" auf, so als handele es sich eher um einen Management- und Institutionendiskurs, der nun eines politischen Abschlusses bedarf. (Mag sein, daß das daher rührt, weil man sich einigermaßen rundum versorgt fühlt, andererseits zeigen aber auch die zunehmenden Privatausgaben der Haushalte für gesundheitliche Leistungen, daß – noch nicht öffentlich beklagte – Defizite in der Versorgung durch das soziale Sicherungssystem vorhanden sind.)

### These 2

Das GSG hat **strukturellen Zwischenstationscharakter**, ja, es könnte als "Durchlauferhitzer" für weitergehende Reformentwicklungen auf zwei Wegen im Gesundheitswesen angesehen werden. Das GSG beschreitet dabei den ordnungspolitischen Scheideweg zwischen künftig wachsender sozialstaatlicher Regulierung und Steuerung einerseits oder

gestalterischer Eigenverantwortung der Beteiligten, insbesondere der künftigen Selbstverwaltungsorganisationen, andererseits. Es gibt unmittelbare und mittelbare Ansätze in jede dieser Richtungen.

### These 3

Das GSG ist Ausdruck und Richtschnur zur kurzfristigen – vorwiegend ökonomischen – Reaktionen und zur mittelfristigen – voraussichtlich qualitativen – Beeinflussung eines gesundheits- und **sozialpolitischen Krisenprozesses**. Dieser ist eingebunden in die politisch-ökonomischen Probleme der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung (siehe die gesamtwirtschaftlichen Prognosen, die Wirtschaftsstandortfragen usw.). Er geht mit der deutschen Einheit und der europäischen Integration nicht unmaßgeblich einher.

Der Zielkonflikt zwischen gesamtwirtschaftlichen Stabilitätsbelangen und gesundheitlicher – und vor allem kurativer und rehabilitativer – Versorgung wird deutlicher und durch das GSG nicht aufgelöst. Gegensätze zwischen medizinischer Ethik und ökonomischen Möglichkeiten werden immer stärker. Wortgewaltig spricht man von einer Fortschrittsfalle. Das Heil wird in Kuration gesehen, wodurch ein Reparaturbetrieb ungeheuren Ausmaßes entstanden ist, ohne daß wir ein Mehr an Gesundheit registrieren können.

### These 4

Das fraktionsübergreifende Krisenmanagement ist dabei perspektivisch nützlich, drückt sich aber zunächst darin aus, daß der enormen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen als unmittelbar greifende Bremsen deutliche Budgetierungsansätze entgegengesetzt werden. Dieser Budgetierungsansatz ist politisch und sachlich aus unserer Sicht wohl notwendig; er konterkariert aber implizit eine Philosophie, die auf eine stärker wettbewerblich-gestaltende Steuerung des Gesundheitswesens hinauslaufen sollte. Wenn keine Wettbewerbs Elemente auf der Anbieterseite zum tragen kommen, wenn keine spezifische Nachfrage erfolgen kann, dann kommt es weiterhin zu Turbulenzen.

Budgetierung ist notwendig, aber sie verhindert nicht,

1. daß z.B. die Verwendung der Ressourcen für Arzneimitteltherapie nach wie vor daran krankt, daß ca. 6 Mrd. DM für umstrittene oder unwirksame Arzneimittel verausgabt werden, daß eine große Zahl von Arzneimitteln Jahr für Jahr auf den Sondermüll wandern (Compliance-Problem),
2. daß strukturelle Fehlentwicklungen im Bereich der ambulanten Versorgung (Überkapazitäten, Unterversorgung in einzelnen gesundheitspolitisch wesentlichen Handlungsfeldern) zunächst bestehen bleiben werden,
3. sie löst nicht oder nur unzureichend die mangelhafte Verknüpfung von ambulantem und stationärem Sektor,
4. sie löst ebenfalls nicht die Schwierigkeiten in der Innovation von neuen Behandlungsformen und Methoden und eher zielgerichteten Leistungen.

Daraus folgt: Entgegen den Erwartungen der Politik ist realpolitisch und tatsächlich unter Qualitätsaspekten der gesundheitlichen Versorgung auch künftig der Bedarf nach politischen Interventionen vorhanden, die Annahme von Ruhe an der Gesundheitsfront wird sich als Illusion erweisen!

#### These 5

Das GSG ist aber nicht nur Ausdruck politischer Krisenintervention, sondern es enthält zugleich offensive Ansätze der Neudefinition von Leistungen und Wirkungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Dies bezieht sich insbesondere auf die strukturellen Komponenten des GSG, wie sie beispielsweise im Krankenhauswesen sowie bei den Ansätzen zur stärkeren Verknüpfung von ambulantem und stationärem

Sektor zum Tragen kommen, beispielsweise in der Ausweitung der Regelungen zur vor- und nachstationären Diagnostik bzw. Behandlung und zur Stärkung des ambulanten Operierens.

#### These 6

Die SPD hat sich mit ihrem Konzept einer stärker wettbewerblichen Organisationsreform in der GKV durchgesetzt.

Doch bleibt die Frage: Wettbewerb um was?

Die seit Jahren geführte Diskussion um eine wettbewerbliche Ausrichtung der GKV hat zu einem ersten Ergebnis geführt. Mit dem Konzept des Risikostrukturausgleiches wird versucht, zunächst nur eine Wettbewerbsausgangsbedingung für die Nachfrageseite, also der Krankenversicherung zu begründen. Indem der Versicherte endlich wählen kann und somit die Öffnung in der Nachfrageorganisation geschafft ist, könnte ein recht beschränkter Wettbewerb um Versicherte stattfinden. Dieser allein wird den umfassenden Gestaltungserfordernissen im Gesundheitswesen nicht gerecht werden.

Der derzeit sachlich und zeitlich geplante Risikostrukturausgleich führt m.E. zu einer neuerlichen Verzerrung, wenn sich in der internen Organisationsstruktur der Krankenkassen (Schaffung größerer Einheiten) nicht gleichzeitig etwas ändert. Der Risikostrukturausgleich enthält sowohl einnahmen- wie ausgabenbezogene Elemente und trifft auf unterschiedliche datenlogistische Voraussetzungen bei den Krankenkassen. Die Beitragssatzspanne innerhalb der GKV wird sich anfangs womöglich vergrößern, anstatt sich zu verkleinern.

Seine im Rahmen der Status quo-Logistik zu früh kommende Einführung zum 1.1.1994 auf relativ ungesicherter Datenbasis wird erhebliche Ungleichheiten der Startchancen im Wettbewerb zur Folge haben. Das werden auch die Ortskrankenkassen spüren, und es könnten Krankenkassen in ihrer Existenz bedroht werden, ohne daß hierfür Gründe in mangelnder Wirtschaftlichkeit liegen müssen.

## These 7

Die neue Wettbewerbsordnung der Nachfrageseite bleibt gesundheitspolitisch solange relativ unwirksam, wie ihr keine nach ähnlichem Strickmuster konzipierte Wettbewerbsordnung auf der Anbieterseite gegenübersteht. Insofern ist die Reform der GKV auch nur eine Seite der Medaille und für sich allein in Zukunft nicht hinreichend.

Ausgangspunkt der Überlegungen muß sein, daß eine wettbewerbliche Orientierung in der GKV nur dann Sinn ergibt, wenn die Marktmacht zwischen Nachfrage und Angebot in etwa ausgeglichen wird. Es ist weitgehend unbestritten, daß die vorwiegende Leistungsinduzierung im Gesundheitswesen auf Seiten der Anbieter liegt. Eine Konsumentensouveränität fehlt hier noch weitgehend, sieht man von der Kontaktinitiative ab. Dies ist ja im übrigen auch der Hintergrund dafür, daß wir z.B. bei steigenden Anbieterzahlen keine adäquate Preiselastizität haben und daß die in Teilmärkten stattfindende Preisreduzierung z.B. durch entsprechende Mengenausweitungen überkompensiert wird.

Fortschritt macht in der übrigen Wirtschaft in der Regel die Produkte auf Dauer billiger. Im Gesundheitswesen bedeutet "neu", vor allem, wenn es mit Technik und Pharmazeutik einhergeht, fast immer auch "teurer".

Wettbewerbsselemente auf der Nachfrageseite allein werden auf Dauer trotz Rationalisierungseffekte durchaus Ressourcenverschwendung mit sich bringen.

## These 8

Eine weitere wettbewerbliche Differenzierung ist deswegen erforderlich. Diese könnte z.B. durch den konsequenten Ausbau einer Differenzierung des Einkaufs von Leistungen erreicht werden.

(Wenn es beispielsweise gleich zu Anfang des Sozialgesetzbuches (SGB) heißt: "Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entspre-

chen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen", so ist doch die Frage zu stellen, ob es heute überhaupt noch über alle Leistungskonzepte und medizinisch-therapeutische Richtungen hinweg diesen allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse gibt).

Die im Gesetz vorhandene Möglichkeit, den Sicherstellungsauftrag auch durch die Krankenversicherung wahrzunehmen, muß weiter ausgebaut werden. Generell stelle ich die Frage, ob eine gesetzliche Bestimmung zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung auf Basis des Status Quo überhaupt noch notwendig ist. Überangebote in fast allen Gesundheitsbereichen könnten den Schluß nahelegen, daß es einem Sicherstellungsauftrag alter Art nicht mehr bedarf. Dies könnte bedeuten, daß Rolle und Funktion der kassenärztlichen Vereinigungen grundsätzlich einer Revision unterzogen werden müßte. Im Prinzip hätte sie in dem Modell einer wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitspolitik nur noch die Funktion von freiwilligen Interessenzusammenschlüssen von Produzenten gleicher Art.

In einem der Vorentwürfe zum GSG war den Krankenversicherungen die Möglichkeit eingeräumt worden (§ 264 a SGB V), in geeigneten Unternehmensformen, beispielsweise in Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, zusätzlich zum Leistungsangebot der GKV besondere, auf ihre jeweilige Versicherungsgruppe bezogene Angebote zu entwickeln. Dies könnte ein Weg sein, die starre öffentlich-rechtliche Bindung der Gesetzlichen Krankenversicherung Zug um Zug zum Zwecke der Entwicklung eines differenzierten, Bedürfnisse und Identität der verschiedenen Versicherungsgruppen berücksichtigenden Versorgungsangebots auszubauen.

## These 9

Nur mit der gesamten Stärkung der Gestaltungs- und Handlungskompetenz der neu zu strukturierenden Führungsstruktur der Krankenversicherung wird der ordnungspolitische Gedanke der Selbstverwaltung keinen Abbau erfahren.

Die interne Umstrukturierung der GKV in eine hauptamtliche Leitung und einen ehrenamtlichen Verwaltungsrat ist nur ein Schritt in eine bessere gesundheitspolitische Zukunft. Wenn ein hauptamtlicher Vorstand in Zukunft keine differenzierten gestalterischen Möglichkeiten auf der Angebots- und Nachfrageseite gleichzeitig hat, so ergibt diese Konstruktion sozusagen als begriffliche Adaption aus der Erwerbswirtschaft keinen Sinn.

So ist denn die Loslösung vom öffentlichen Dienstrecht die eine Seite, die wirkliche Stärkung der politischen und ökonomischen Handlungskompetenz der Selbstverwaltung und der Hauptamtlichen die andere. (By the way: Natürlich ist die Budgetierung der Verwaltungskosten der Krankenkassen logische Folge des Budgetierungsgedankens überhaupt. Wenn ich aber das Protokoll einer Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden von Anfang dieses Monats lese, wonach zwangsläufige Elemente der Mehrbelastung keine Budgetausnahmen bilden, so könnte man dies vor dem Hintergrund der demnächst geforderten größeren betriebswirtschaftlichen Professionalität eigentlich nur glossieren).

### These 10

Die wettbewerbliche Ausrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung muß sich immer mit den Sozialstaatsprinzipien des Grundgesetzes in Übereinstimmung bringen lassen.

Eine entscheidende Frage bei der Reform der GKV, die sich sowohl auf ihre Ordnungsprinzipien als auch auf ihren Leistungsinhalt bezieht, ist die Fragestellung, in welcher Weise sich jeder Reformschritt auf die Essentials bezieht, die sich aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes (Artikel 20 und 28) ableiten lassen.

Als Innungskrankenkassen bleiben wir dabei, daß die Gesetzliche Krankenversicherung einen sozialpolitischen Auftrag zu erfüllen hat. Solidarität in Sachen Gesundheit und Krankheit heißt für uns auch in Zukunft, daß unabhängig vom persönlichen Einkommen und vom Familienstand die notwendige Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen müssen.

Das Maß des Notwendigen unterliegt jedoch ständig einem gesellschaftlichen Veränderungsprozeß, der sich einerseits aus gesellschaftlichen Werthaltungen und andererseits aus den Ergebnissen des medizinisch-technischen Fortschritts wie der ökonomischen Ressourcen ergibt. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß mit der ökonomischen Entwicklung auch die Leistungsfähigkeit verschiedener gesellschaftlicher Gruppen eine Veränderung unterlegen ist.

Das Sozialstaatsprinzip der Bundesrepublik Deutschland stellt immer wieder – insbesondere aber im Bereich der Sozialversicherungssysteme – auf das Spannungsverhältnis zwischen Solidarität und individueller oder gruppenbezogener Leistungsfähigkeit ab. Es bedarf meines Erachtens einer neuen gesellschaftlichen Übereinkunft, um die Grundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft finanzierungsfähig zu halten.

Seehofer hat im Zusammenhang mit dem Gesundheits-Strukturgesetz angekündigt, daß in einer sogenannten dritten Stufe eine Neudefinition des Leistungskataloges vollzogen werden müßte. Diese Neudefinition richtet sich, wie eben schon ausgeführt, nach den Prinzipien dessen, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist, zugleich ist sie jedoch in Bezug zu setzen zu den individuellen Leistungsfähigkeiten in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß wir seit der Entstehung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Ausgang des letzten Jahrhunderts eine völlige Verschiebung der Einkommenslagen der Bevölkerung zu berücksichtigen haben. Ich will hier nicht unisono behaupten, daß wir eine im wesentlichen ausgeglichene Einkommensverteilung haben, die es als gerechtfertigt erscheinen läßt, den sozialen Schutzgedanken der Gesetzlichen Krankenversicherung auf ein absolutes Mindestmaß zu reduzieren. Vielmehr ist den wissenschaftlichen Untersuchungen zuzustimmen, die insgesamt in der Einkommensverteilungspolitik von einem "Fahrstuhleffekt" sprechen. Dies wiederum heißt für uns, daß die Neudefinition des Leistungskataloges – und in ihm drückt sich im Kern die Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus – nicht so sein kann, daß das individuelle Risiko Krankheit auch weitgehend der individuellen Vorsorge überlassen bleibt.



## Zusammenfassend:

Wir befinden uns in einem krisenhaften Gestaltungs- und Reaktionsprozeß. Risiken und Chancen sind deutlich sichtbar. Ich sehe die dringende Notwendigkeit, sich möglichst schnell mit den eigentlichen Fragestellungen, der Weiterentwicklung der Ordnungsprinzipien und der Ausgestaltung des Leistungsniveaus zu beschäftigen, auch wenn offensichtlich ist, daß die praktische Umsetzung des GSG in nächster Zeit die schwierigste und größte Herausforderung der Krankenversicherung seit langem ist. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung muß die Krankenversicherung auch über das GSG weiterentwickelt werden. Bereits heute müssen Perspektiven über die Jahrtausendwende hinaus erörtert werden. Dabei wird es darum gehen, soziale Sicherheit und Eigenverantwortung so zu definieren, daß den Bedürfnissen der Menschen und der Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft Rechnung getragen werden kann. Eine besondere Verpflichtung ergibt sich dabei gegenüber den sozial Schwachen und den älteren Menschen. Man darf gespannt sein, welche Eckwerte der Sachverständigenrat in diese Diskussion geben wird.

## Zusammenfassung der Diskussionsbeiträge

Im Anschluß an das Einführungsreferat von Rudolf Dreßler, MdB, wurde von seiten der Sozialpartner der Politik vorgeworfen, die Neuordnung der Selbstverwaltung geradezu in letzter Minute und ohne die notwendige Vertiefung vereinbart zu haben. Auch in den Konsensgesprächen nach Lahnstein habe nicht die erforderliche Abstimmung mit den Sozialpartnern stattgefunden. Versicherten- und Arbeitgeberseite in der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sehen sehr wohl die Notwendigkeit, die bisherige Selbstverwaltung strukturell zu verändern. Die Bereitschaft zur Mitarbeit hätte jederzeit bestanden, so daß nun wegen fehlender Rückkopplung unmittelbar vor Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes eine gewisse Enttäuschung bei den Sozialpartnern vorhanden sei. Die inhaltliche Bewertung zur Neuordnung der Selbstverwaltung, wonach zukünftig die Zweigleisigkeit bei den Selbstverwaltungsorganen durch einen Verwaltungsrat ersetzt werden solle, und ein hauptberuflicher Vorstand die Kassenorganisationen professionell führe, bedeute in der Konsequenz eine Abschwächung der Wirkung der bewährten Selbstverwaltung. In diesem Zusammenhang sei dringend ein Gespräch mit den Sozialpartnern im Sinne einer Klarstellung erforderlich.

Der Verhandlungsführer der SPD in Lahnstein, Rudolf Dreßler, MdB, erklärte, daß die SPD bereits anläßlich der Beratungen der sogenannten "Gesundheitsreform" im Jahre 1988 ihre Vorstellungen zum grundlegenden Umbau unseres Gesundheitswesens dahingehend deutlich machte, daß ohne eine Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung alle Reformbemühungen vergeblich bleiben müßten. Auf ihrem Parteitag in Münster habe die SPD dazu die entsprechenden programmatischen Grundlagen beschlossen. Auch der Antrag der SPD-Fraktion "Reform des Gesundheitswesens" vom 08.09.1992 (Bundestags-Drucksache 12/3226) beinhaltete entsprechende Vorstellungen.

Zu keinem Zeitpunkt hätten die Koalitionsparteien trotz vollmundiger Ankündigungen die Kraft und die inhaltlichen Vorstellungen für eine

Organisationsreform und damit auch zur Neuordnung der Selbstverwaltung aufgebracht. Der Regierungsentwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes habe in diesem Bereich keine echten Lösungsansätze aufgezeigt, wenn man einmal von dem zaghaften Versuch eines Verfahrens zur Datenvervollständigung absehe.

Während der Lahnsteiner Konsensgespräche mit den Parteien der Regierungskoalition habe die SPD-Seite die Durchführung einer Organisationsreform als eine der grundlegenden Voraussetzungen bezeichnet, deren Erfüllung ihr die Mitwirkung an einer parteiübergreifenden gesundheitspolitischen Parlamentsinitiative überhaupt erst möglich mache.

Kernanliegen der Organisationsreform sei für die SPD bekanntlich immer die stärkere wettbewerbliche Ausrichtung unserer Krankenversicherung gewesen. Durch die Einführung der freien Wahl der Krankenkasse für alle Versicherten bei gleichzeitiger Aufnahmeverpflichtung (Kontrahierungszwang) für die einzelne Kasse habe die SPD dies erreicht. Die verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungssystems müsse jedoch konsequenterweise neben der Einräumung gleicher Wettbewerbschancen für alle Kassen und Kassenarten die Schaffung einer schlagkräftigen Führungsstruktur zur Folge haben.

Dies sei durch die Einführung eines am Managementprinzip orientierten hauptamtlichen und auf Zeit gewählten Vorstandes gewährleistet, der an die Stelle der bisherigen in der Regel auf Lebenszeit bestimmten Geschäftsführung trete. Statt der zweistufigen Selbstverwaltung aus Vertreterversammlung und Vorstand nach geltendem Recht sollen zukünftig ein am Prinzip des Aufsichtsrates in Wirtschaftsunternehmen orientierter Verwaltungsrat treten.

Der in der öffentlichen Diskussion – insbesondere von Seiten der Sozialpartner – erhobene Vorwurf, die Einführung des Verwaltungsrates komme einer Schwächung oder gar Aushöhlung der Selbstverwaltung gleich, sei abwegig und absurd. Gerade das Gegenteil wäre richtig. Der Verwaltungsrat, der – wie die bisherigen Selbstverwaltungsgremien auch – in Sozialwahlen von den Versicherten und Arbeitgebern

bestimmt werde, sei in seiner Konstruktion als wirksames Kontroll- und Mitbestimmungsgremium angelegt.

So gingen auf den Verwaltungsrat nicht nur alle Aufgaben der bisherigen Vertreterversammlung über, sondern auch alle wichtigen und wesentlichen Aufgaben des Vorstandes in seiner bisherigen Form. Darüber hinaus könne der Verwaltungsrat durch Nutzung seines Anhörungsrechts in allen grundsätzlichen Fragen die Arbeit des Krankenkassenmanagements lenken. Zudem habe der Verwaltungsrat nach dem Gesundheitsstrukturgesetz bekanntlich das Recht, die Mitglieder des hauptberuflichen Vorstands zu bestellen und sie gegebenenfalls durch Vertrauensentzug abzuwählen.

Das alles seien doch Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten die bisher fehlten und die gerade von Mitgliedern der Vertreterversammlungen immer wieder nachhaltig eingefordert worden sind.

Abschließend müsse festgehalten werden, daß sich bei der Politik der Eindruck verfestigt habe, die Sozialpartner hätten sich mit der Reformnotwendigkeit nicht hinreichend beschäftigt. Der Vorwurf, es hätten nicht frühzeitig Gespräche mit den Beteiligten stattgefunden, sei in dieser Absolutheit auch nicht zutreffend, da z.B. mit der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (DAG) stundenlange Erörterungen durchgeführt wurden.

Nachfolgend leitete der Vertreter eines Krankenkassen-Spitzenverbandes über zu einer grundsätzlichen Bewertung des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Der mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 eingeschlagene Weg sei sicher gescheitert und mußte dringend verlassen werden. Es sei unbestreitbar eine Tatsache, daß das Gesundheitsreformgesetz nach kurzzeitiger Beitragssatzstabilität – erreicht durch massive Belastungen der Versicherten in Höhe von jährlich ca. 7 Mrd. DM – Beitragserhöhungen auf breiter Front bei allen Kassenarten brachte. Das Defizit für 1992 werde nach bislang vorliegenden Berechnungen ca. 10 Mrd. DM betragen, nachdem es 1991 bereits 5,5 Mrd. DM gewesen seien und 301

Krankenkassen ihren Beitragssatz zu Beginn des Jahres 1992 anheben mußten.

Der dringend notwendige Umbau der Strukturen im System unserer gesetzlichen Krankenversicherung sei nicht angegangen worden, so daß die Ausgaben die Einnahmen einmal mehr rasant überholten und sich eine neue Kostenexpansion im Gesundheitswesen entwickelt habe.

Die im Gesundheitsreformgesetz in gleicher Höhe wie bei den Versicherten voraus kalkulierten Sparbeiträge auf der Leistungserbringerseite seien, nicht zuletzt aus Gründen einer Verweigerungshaltung, zum größten Teil nicht eingetreten.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hätten die Krankenkassenorganisationen eine große Erwartungshaltung an die Politik endlich eine neue zukunftsweisende Grundordnung für unsere gesetzliche Krankenversicherung zu erhalten. Ob das Gesundheitsstrukturgesetz allerdings sämtliche grundsätzlichen Probleme in unserem Gesundheitswesen werde lösen können, müsse abgewartet werden. Jedenfalls sei die Hoffnung, mit dem Gesundheitsstrukturgesetz einen Schritt in diese Richtung zu gehen, vorhanden. Eine völlig freie Marktwirtschaft bringe das Gesundheitsstrukturgesetz nicht. Diese wäre im Gesundheitswesen auch nicht der richtige Weg und werde von daher von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt. Das Gesundheitsstrukturgesetz bringe vielmehr eine Mischung zwischen neuen Freiheitsräumen und Tabuzonen. Diese Mischung sei gelungen.

Obwohl bis einschließlich 1995 in der sogenannten Budgetierungsphase das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) die Vergütungsanpassungen in den einzelnen Bereichen praktisch vorgebe, seien diese Maßnahmen als Sofortbremsung zur Stabilisierung der Ausgabenentwicklung für eine Übergangszeit zu tolerieren. Insbesondere im Krankenhausbereich könne dies anfänglich zu Schwierigkeiten führen. Bis die neuen leistungsorientierten Vergütungssysteme bei Aufgabe des kostentreibenden Selbstkostendeckungsprinzips in der gewünschten Form greifen würden.

Nach Ablauf der Phase der Grundlohnbindung sei zu hoffen, daß die

strukturellen Veränderungen auf lange Sicht die gewünschten Wirkungen entfaltet.

Die stärkere wettbewerbliche Ausrichtung unserer Krankenversicherung ziehe ohne Zweifel auch die Notwendigkeit der Neuordnung der Selbstverwaltung nach sich. In diesem Zusammenhang benötigten die Krankenkassen schlagkräftige, am Managementprinzip orientierte Führungsstrukturen. Der zur Zeit vorliegende Gesetzentwurf zum Gesundheitsstrukturgesetz erlaube allerdings hinsichtlich der Aufgabentrennung zwischen Verwaltungsrat und hauptberuflichen Vorstand noch zu große Interpretationsspielräume. Die politisch Verantwortlichen müßten durch klar abgefaßte Vorschriften verdeutlichen, welche Aufgaben den einzelnen Gremien zufallen sollten. Ansonsten würden Kompetenzschwierigkeiten auftreten, die in gewisser Hinsicht Sand ins Getriebe der neuen Strukturen streuen könnten.

Eingehend auf die grundsätzliche Einschätzung des Vertreters eines Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen zum Gesundheitsstrukturgesetz wies Rudolf Dreßler, MdB, aus Sicht der SPD-Seite erneut darauf hin, daß die Budgetierungsphase als eng begrenzter Zeitraum ausschließlich als Sofortbremsung der Kostenexpansion entgegenwirken solle. Nur unter dieser Voraussetzung in Verbindung mit den strukturellen Komponenten im Gesundheitsstrukturgesetz sei zeitlich begrenzte, strikte Grundlohnbindung als im Grundsatz "planstaatliche" Vorgabe für die Sozialdemokratie tolerierenwert gewesen. Die Politik wäre der festen Überzeugung, daß die Strukturmaßnahmen positiv greifen werden und weit über die laufende Wahlperiode hinaus zu qualitativ hohem Versorgungsstandard zu sozialverträglichen Beitragssätzen führe.

Da das Gesundheitsstrukturgesetz qualitativ vollkommen anders sei als das gescheiterte Gesundheitsreformgesetz werde ein Großteil der Probleme gelöst werden, wenn auch nicht sämtliche, und für alle Zeiten. Nach drei gescheiterten kurzatmigen Kostendämpfungsgesetzen finde nach Auffassung der Sozialdemokratie eine wirkliche Gesundheitsreform statt. Die Sozialdemokraten wären allerdings nicht so vermessen, das Gesundheitsstrukturgesetz als Jahrhundertwerk anzupreisen, wie

dies die Bundesregierung seinerzeit mit ihrem gescheiterten Gesundheitsreformgesetz getan hatte. Vielmehr werden strukturelle Folgemaßnahmen, insbesondere aufgrund der demographischen Entwicklung und der Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts, auch in Zukunft nicht auszuschließen sein.

Die SPD stelle sich dieser Verantwortung und werde zu gegebener Zeit erneut Lösungsvorschläge in die öffentliche Diskussion einbringen.

Sollte das Gesundheitsstrukturgesetz aber entgegen den Erwartungen scheitern, müsse eine neue Grundsatzdiskussion eröffnet werden. Dies allerdings nur bei Eintreten dieses schlimmsten Falles.

Ein weiterer Repräsentant einer Spitzenorganisation der Gesetzlichen Krankenversicherung eröffnete sein Statement eher pessimistisch in der Beurteilung des Gesundheitsstrukturgesetzes und skizzierte den Ausblick grundsätzlich als sehr schwierig.

Bezüglich des Krankenhausbereiches habe das Gesundheitsstrukturgesetz lobenswerterweise fast schon revolutionäres eingeleitet. So werde zum 01.01.1993 das kostentreibende Selbstkostendeckungsprinzip aufgehoben und zeitgleich der bisher geltende tagesgleiche, voll pauschalierte Pflegesatz durch ein System sehr flexibel handhabbarer und gleichzeitig mit Wirtschaftlichkeitsanreizen versehenem System von Sonderentgelten, Fallpauschalen und Abteilungsplafonds abgelöst.

Ein weiterer Aspekt der Finanzierung betreffe die Erleichterung privater Investitionen. Krankenhäuser erhielten die Möglichkeit, neben den Finanzierungsmitteln der Länder auch privates Kapital einzusetzen. Diese Möglichkeit könne sicher als Signal verstanden werden, langfristig vom dualen auf das monistische Finanzierungssystem umzustellen. Von diesem System, das sicher auch einer Forderung der Krankenversicherungsseite entspreche und mit veränderten Planungskompetenzen einhergehen müsse, versprächen sich die Beteiligten mehr Wirtschaftlichkeit, weil die Finanzierung aus einer Hand bessere Steuerungsmöglichkeiten zulasse.

Eine grundlegende Veränderung in der Leistungsstruktur der Krankenhäuser werde ebenfalls durch deren Öffnung für die ambulante Versorgung mit der Möglichkeit des ambulanten Operierens erzielt. Im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlung bestehe die Möglichkeit, Patienten zeitlich befristet ambulant zu behandeln. Damit seien wesentliche Schritte zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung eingeleitet worden.

Allerdings lasse die Krankenhausreform die Mengenkomponente grundsätzlich unberücksichtigt. Dies werde unter Kostengesichtspunkten zu Problemen führen.

Was die Entwicklung der Arztzahlen anbelange, werde sich wohl erst ab 1999 etwas grundlegend ändern.

Ob sich durch die Regelungen im ärztlichen Honorarbereich, wie hausärztliche Grundvergütung und Zurückdrängen des Systems der Einzelleistungsvergütung positive Wirkungen entfalten würden, müsse erst abgewartet werden.

Auf jeden Fall aber, verursache das Gesundheitsstrukturgesetz, wobei die nachfolgenden Regelungsbereiche beispielhaft den Beweis antreten sollen, einen riesigen Verwaltungsaufwand und dies vor dem Hintergrund der Budgetierung der Verwaltungskosten:

- Neue Beitragsregelung für zukünftig freiwillig versicherte Rentner im Ruhestand,
- Vertragsverhandlungen für alle Kassenarten auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen,
- degressives Punktwertverfahren bei den Zahnärzten,
- indikationsbezogene Richtgrößenprüfung,
- Zuzahlung in der Arztpraxis bei Massagen, Bädern etc.,
- Arznei- und Heilmittelbudget,
- Risikostrukturausgleich (Meldeverfahren),
- Selbstbehalt von 10,-- DM bei der Krankenversicherungskarte,

- mindestens zweijährige Gewährleistungsfrist bei Zahnersatz und Zahnfüllungen,
- Vorversicherungszeiten Aus- und Übersiedler,
- Positivliste in Verbindung mit dem viel zu kleinen Arzneimittelinstitut,
- Pflegepersonalregelung,
- Katalog für ambulante Operationen,
- Kündigung von Versorgungsverträgen,
- u. v. m.

Abschließend müsse darauf hingewiesen werden, daß die SPD das Gesundheitsreformgesetz sicher nicht zu Unrecht kritisiere. Viele Regelungen im Gesundheitsreformgesetz hätten wegen der Verweigerungshaltung – insbesondere der Leistungserbringer – nicht umgesetzt werden können. In diesem Zusammenhang sei den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen sicher nicht der Vorwurf eines mangelnden Umsetzungswillens zu machen. Vielmehr hätten sich die Spitzenorganisationen der Krankenkassen neben ihrem riesigen Engagement in Sachen Aufbau der Gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern permanent bemüht, dem Gesundheitsreformgesetz durch vertragliche Vereinbarungen zur Umsetzung zu verhelfen.

Obwohl der Krankenversicherungsseite grundsätzlich kein Vorwurf gemacht werden könne, enthalte das Gesundheitsstrukturgesetz vielfältige Mechanismen für das Eingreifen der zuständigen Aufsichtsbehörden. Mit diesen Maßnahmen staatlicher Interventionen im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung werde das immer so hoch gepriesene Selbstverwaltungsrecht nahezu kastriert.

Mit der Einführung des bundesweiten einnahmeorientierten Risikostrukturausgleichs könne die Krankenversicherung sicher gut leben. Aber es fehle dann doch der konsequente Schritt in Richtung Wettbewerb. Die Regelungen zur eingeschränkten Wahlfreiheit (Betriebskrankenkassen/BKK, Innungskrankenkassen/IKK) mit Kontrahierungszwang seien halbherzig und es fehle bei den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern für die Nachfrager GKV an echten Bewegungsfreheiten.

Im Verlaufe der Diskussion wies Rudolf Dreßler, MdB, darauf hin, was die Kritikpunkte zum Gesundheitsstrukturgesetz anbelange, daß er bereits am 25.11.1988 im Bundestag dem damals zuständigen Minister Blüm vorhersagte, daß das sogenannte Jahrhundertwerk Gesundheitsreformgesetz maximal drei Jahre halten werde. So wie diese Vorhersage eintrat, prognostiziere er nun, daß die Maßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes weit über die zur Zeit laufende Wahlperiode hinaus wirksam sein werden.

Was den riesigen Verwaltungsaufwand bezüglich der Umsetzung der Vorschriften des Gesundheitsstrukturgesetzes anbelange, teile die SPD nicht die pessimistische Einschätzung des Vertreters eines Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es sei richtig, daß viele Regelungen im Gesundheitsstrukturgesetz der Umsetzung durch die Selbstverwaltung bedürften und dies wäre auch gut so. Daß mit einer solchen Umsetzung auch Verwaltungskapazitäten gebunden würden, sei aber nur normal. Wenn sich die Politik für grundlegende strukturelle Veränderungen entschieden habe, würden diese nicht automatisch eintreten, sondern vielmehr wäre die Selbstverwaltung aufgefordert, die notwendigen Schritte zur Umsetzung einzuleiten.

Bezüglich der Einlassungen zur Neuregelung der Zugangsvoraussetzungen bei der vertragsärztlichen Versorgung, wonach sich erst ab 1999 grundlegend etwas ändern werde, sei auf folgendes hinzuweisen: Der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung werde in zeitlicher Hinsicht stufenweise unter Beachtung und Wahrung verfassungsmäßiger Grundsätze neu geregelt.

Wenn die Übergangsregelung, nach der noch Zulassungsanträge nach altem Recht abgewickelt werden, abgelaufen sei, dürften ab 01.01.1993 grundsätzlich Zulassungen nur noch für solche Versorgungsgebiete erteilt werden, die nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und Konkretisierung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen als nicht überversorgt gelten. Nach den bisher bekannten Berechnungen würden trotz dieser verschärften Bedarfsplanung noch mehr als 60 v.H. aller Bedarfsplanungsbereiche in Deutschland als zulassungsoffen gelten, so daß bis zum Inkrafttreten der Bedarfszu-

lassung ab 01.01.1999 noch jeder Arzt seinen Beruf ausüben könne. Es dürfe allerdings nicht unerwähnt bleiben, daß eben nicht mehr jeder Zulassungsbereich für eine Zulassung offenstehen werde. Die aufgezogenen Regelungen widerlegten die Behauptung, daß erst ab 1999 im Zulassungsbereich sich grundlegend etwas ändern werde.

Zu diesem Bereich dürfe abschließend auch nicht unerwähnt bleiben, daß die SPD zur Lösung des Problems ihr marktwirtschaftlich orientiertes Einkaufsmodell favorisiert hatte. Sie konnte nur in wenigen Bereichen ihre Forderungen nicht einlösen. Das Einkaufsmodell sei einer der Punkte, der noch nicht eingeführt werden konnte. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung könne die SPD aber auch vertreten.

Im zahnärztlichen Bereich habe die SPD das angesprochene degressive Punktwertverfahren durchgesetzt. Dies bedeute, daß die weiteren zahnärztlichen Leistungen ab einer Umsatzgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 525.000,— DM ab 1993 in Stufen nicht mehr mit dem vollen Punktwert vergütet werden. Auch das Prinzip bedeute diesmal innerhalb der Zahnärzteschaft ein Stück mehr Verteilungsgerechtigkeit, weil nicht alle Zahnärzte von dieser Maßnahme betroffen sein werden, sondern nur der Teil der besserverdienenden Praxen. Die große Mehrheit der Zahnärzteschaft, nach den bisherigen Berechnungen ca. 75 %, werde von dieser Regelung nicht betroffen sein.

Bekanntlich hätte die Bundesregierung in ihrem Regierungsentwurf zum Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehen, im Bereich des Zahnersatzes auf der Basis des Jahres 1991 allen Zahnärzten in Deutschland 20 v.H. beim Punktwert abzuziehen und diese abgesenkte Basis bis einschließlich 1995 fortzuführen.

Für die SPD sei dieser "pauschale Absenkungshammer" in größtem Maße qualitätsfeindlich gewesen. Es liege doch in der Natur der Sache, daß ab der 12., 13. oder 14. Stunde zahnärztlicher Arbeit die Qualität absinken müsse, so daß diese zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen gesundheitspolitisch zumindest fragwürdig erscheinen. Die pauschale Absenkung hätte nach Einschätzung der SPD zur Folge gehabt, daß viele Zahnärzte durch Flucht in die Menge zu Lasten der Qualität dies ver-

sucht hätten, ausgleichen zu wollen. Die auf hohem qualitativen Niveau arbeitenden Zahnarztpraxen wären durch die pauschale Absenkung doppelt negativ betroffen gewesen. So sei es aus Sicht der SPD nur folgerichtig gewesen, qualitätsbewußte Zahnärzte, die viel Zeit für ihre Arbeiten benötigten, nicht zu belasten, aber auf der anderen Seite auf Menge fixierte Zahnarztpraxen mit sehr hohen Umsätzen durch den degressiven Punktwert an der Einsparung zugunsten der GKV zu beteiligen.

In dem Wortbeitrag eines weiteren Vertreters einer Spitzenorganisation der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden ebenfalls die erweiterten Kompetenzen der Aufsichtsbehörden kritisiert.

Insgesamt seien die Wettbewerbsgedanken im Gesundheitsstrukturgesetz zu begrüßen, wenn auch das Gesetz nicht in letzter Konsequenz von diesem Geist durchdrungen werde. Letztendlich würde doch nur ein Scheinwettbewerb stattfinden, da die Leistungen zu weit über 90 % durch den Sozialgesetzgeber vorgegeben wären und von daher sich der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander nur im Bereich des Service und der Ausstattung im Kundenbereich vollziehen würde. Es gebe darüber hinaus doch kaum Differenzierungsmerkmale.

Vielmehr müsse auch in Zukunft verstärkt darüber nachgedacht werden, den Wettbewerb noch viel stärker auszugestalten. Dies könne z.B. dadurch geschehen, indem der Krankenversicherung die Möglichkeit eingeräumt werde, z.B. in geeigneten Unternehmensformen, beispielsweise in Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit zusätzlich zum Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung besondere, auf ihre jeweilige Versicherungsgruppe bezogene Angebote zu entwickeln.

Die SPD entgegnete den Wünschen nach noch mehr Markt, und damit weitaus mehr Differenzierungsmerkmalen mit der Frage, ob es denn erstrebenswert wäre, bei einer Blinddarmoperation für die gleichen Behandlungsmaßnahmen und dasselbe Serviceangebot unterschiedliche Vergütungen vorzusehen. Es könne doch nicht angehen, daß gesetzlich festgelegte einheitliche Leistungen mit unterschiedlichen Preisen vergütet werden? Vielmehr hätten die Krankenkassen doch reichlich Mög-

lichkeiten, sich zu differenzieren und die Versicherten mit besonderen Angeboten zu betreuen. In diesem Zusammenhang seien nur genannt die Bereiche Prävention, Rehabilitation und natürlich ganz besonders die Kundenbetreuung.

Ein weiteres, mit dem sogenannten Gesundheitsreformgesetz eingeführtes Instrumentarium, die Kostenerstattung als Ersatz unseres bewährten Sachleistungssystems wurde diskutiert.

Nach Einschätzung der sozialdemokratischen Vertreter habe die Kostenerstattung in die Sackgasse geführt. Mit zweistelligen prozentualen Zuwachsraten entwickelten sich mit die höchsten Ausgabensteigerungen. Insbesondere die private Krankenversicherung, die Kostenerstattungsverfahren durchgängig praktiziere, habe bekanntlich zur Zeit gegen explodierende Kosten zu kämpfen.

Die SPD erreichte in den Konsensverhandlungen, daß die Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch das bewährte Sachleistungssystem, diesmal duales Verfahren genannt, abgelöst werde.

In einem weiteren Diskussionspunkt wies ein Vertreter der Ärzteschaft darauf hin, daß die Zulassungsbegrenzung zu Problemen führen werde. Die gefundenen Regelungen zur verschärften Bedarfsplanung und Bedarfszulassung würden ausschließlich den bereits zugelassenen Vertragsärzten helfen. Darüber hinaus seien Verhältniszahlen problematisch, da sie den Anforderungen an ein bedarfsorientiertes Gesundheitswesen nie gerecht werden könnten. Das von der SPD favorisierte Einkaufsmodell würde irgendwann kommen.

Eine weitere Diskussionsrunde beschäftigte sich mit der beitragsrechtlichen Neuregelung für zukünftig freiwillig versicherte Rentner im Ruhestand. Zu diesem in der Öffentlichkeit stark diskutierten Thema bezog Rudolf Dreßler, MdB, für die SPD-Seite wie folgt Stellung:

In den Konsensverhandlungen in Lahnstein habe die SPD-Bundestagsfraktion vorgeschlagen, eine Anhebung der Beitragsbemessungs-

grenze in der Krankenversicherung, von derzeit 75 % auf zukünftig 80 % der für die Rentenversicherung geltenden Grenze vorzunehmen.

Diese Regelung hätte bewirkt, daß ab 1993 für jede 100,-- DM ab 5.400,-- DM im Durchschnitt 6,62 DM im Monat an zusätzlichem Krankenversicherungsbeitrag fällig geworden wäre. Das wäre eine gerechte, sozial tragbare Lösung gewesen. Die Koalitionsfraktionen lehnten dies jedoch als völlig unannehmbar und in der Sache indiskutabel ab.

Aufgrund eines Vorschlages aus den Reihen der CDU/CSU/FDP sei schließlich vereinbart worden, die Beitragszahlung für freiwillig versicherte Rentner neu zu regeln. Es sei wichtig zu wissen, daß diese Neuregelung sich nur auf jenen Personenkreis beziehe, der nach dem 31.12.1992 in den Ruhestand trete. Für alle derzeitigen Ruheständler ändere sich also am gegenwärtigen Beitragsrecht in der Krankenversicherung der Rentner nichts.

Die Neuregelung habe folgende drei Elemente:

1. Diejenigen, die als aktiv Erwerbstätige freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied waren, bleiben zukünftig auch als Rentner freiwillig versichert. Diese Änderung hat vor allem Auswirkungen auf Arbeiter und Angestellte jenseits der Versicherungspflichtgrenze von 5.400,-- DM im Monat ab dem 01.01.1993.
2. Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung bleiben in Höhe des Zahlbetrages beitragspflichtig und zwar mit der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Andere Alterseinkünfte (Pensionen, Betriebsrenten, Zusatzrenten) werden statt bisher mit dem halben - zukünftig mit dem vollen Beitragssatz belegt.
3. Andere Einkünfte (Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen) werden für den Kreis der freiwillig versicherten Ruheständler erstmals zur Beitragsbemessung in der Krankenversicherung herangezogen, und zwar mit dem vollen Beitragssatz.

Das Thema "Beitragsneuregelung für freiwillig versicherte Rentner im Ruhestand" verlassend, wies ein anderer Vertreter der Ärzteschaft darauf hin, daß es wohl eine Genugtuung für die SPD sein müsse, mit dem Gesundheitsstrukturgesetz praktisch das gesundheitspolitische Parteiprogramm von Münster 1988 nun im Gesetz durchgesetzt zu haben.

Die immer wieder von der Politik geäußerte und insbesondere auch von Herrn Minister Seehofer geforderte Vorfahrt für die Selbstverwaltung ist nicht mehr erkennbar.

Die Zulassungssperren würden viel Ärger in die kassenärztliche Selbstverwaltung hineinbringen. Die Ärzteschaft werde in diesem Zusammenhang Diskussionen durchzustehen haben, daß die Jungmediziner mit dem Gesundheitsstrukturgesetz aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeklammert würden.

Darüber hinaus werde es für den Bereich der gedeckelten Gesamtvergütung wegen der durch Honorarverteilungsmaßstab zu regelnden Verteilung zu innerärztlichem Sprengstoff kommen.

Auch die bei Überschreitung der Richtgrößenwerte von 15 v.H. und 25 v.H. ab 1994 bei Ablösung des Arzneimittelbudgets durchzuführenden Maßnahmen werde innerärztlich sicher nicht unproblematisch ablaufen.

Aus Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie wurden bereits für Ende 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz weitgehende Beitragssatzsenkungen prognostiziert. Dies würde gute Steigerungsraten bei der Netto-Rentenanpassung 1994 bedeuten. Erst mit dem Ende der Budgetierungsphase dürften ab 1996 die ersten Probleme auftreten. Die Stimmung bei der pharmazeutischen Industrie sei vor Lahnstein schlecht und nach Lahnstein sehr schlecht.

Von der SPD-Seite wurden die Regelungen im Arzneimittelbereich wie folgt bewertet:

Die Neuordnung des Arzneimittelmarktes sei ein Herzstück im Gesundheitsstrukturgesetz. Der aufgeblähte Arzneimittelmarkt führe zur

Intransparenz und zu unwirtschaftlichem Verhalten. Hier sei eine Marktberreinigung überfällig gewesen. Die SPD wolle, daß der Arzneimittelmarkt von therapeutischen Unsinnigkeiten bereinigt werde. Dazu werde es in Zukunft ein Arzneimittelinstitut geben, das diese Bereinigung vornimmt. Es erstelle eine Positivliste, die dann der Bundesgesundheitsminister in Form einer Rechtsverordnung erlassen werde. Dies sei solide, rechtlich sauber und gesundheitspolitisch vernünftig. Es entspreche zudem dem Wunsch der Krankenkassen und vieler niedergelassener Ärzte.

Die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel müsse als ein entscheidender Beitrag zu einer rationalen Arzneimitteltherapie durch den Arzt und zu mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung gesehen werden.

Aus Sicht der SPD müsse darauf hingewiesen werden, daß die Festbetragskonzeption durch Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern, ein marktwirtschaftliches vernünftiges System, ersetzt werden sollte. Die Sozialdemokratie habe sich mit diesem marktwirtschaftlich orientierten Vorschlag aber gegenüber den Koalitionsparteien nicht durchsetzen können. Dies möge jeder bewerten, wie er wolle, die SPD jedenfalls habe die Erfahrung gemacht, daß man Marktwirtschaftlern solcher Art durch nichts mehr erschrecken könne, als durch die Ankündigung, sie jetzt durchführen zu wollen.

Schließlich sei sichergestellt worden, daß zukünftig ca. 80 % des Arzneimittelmarktes festbetragsfähig sein werde. Dies entspreche ca. einer Verdoppelung des bisherigen Festbetragsanteils. Auch von dieser Regelung werde preisdämpfende Wirkung ausgehen.

Auch müsse festgestellt werden, daß für die SPD aus ordnungspolitischen Gründen die im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehene Preissenkung im Nichtfestbetragsbereich von 5 % für rezeptpflichtige und 2 % für rezeptfreie Arzneimittel nicht schön sei. Dennoch sei diese Regelung als Notmaßnahme unausweichlich und für die Pharmaindustrie auch verkraftbar.

Schließlich würden doch Milliardenbeträge für sogenannte Ab-



satzförderung von der Branche aufgebracht werden. Die Behauptung jedenfalls, das Gesundheitsstrukturgesetz könne die Leistungsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie gefährden, müsse als blanker Hohn aufgefaßt werden.

Selbstverständlich blieben die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen für die Versorgung der GKV-Versicherten in vollem Umfang erhalten. Diese Arzneimittel kämen in die Positivliste mindestens im bisherigen, wenn nicht gar in erweitertem Umfang.

Den von den Vertretern der Ärzteschaft geäußerten großen Bedenken gegen das Gesundheitsstrukturgesetz wurde von der SPD-Seite noch folgendes entgegengehalten:

Wegen anhaltender Einnahmen/Ausgaben-Überschüsse, die die Finanzierungsfähigkeit unserer Gesetzlichen Krankenversicherung kurzfristig gefährdet hätten, müsse das Gesundheitsstrukturgesetz auch für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung als "Sofortbremsung" einer Budgetierung (Grundlohnbindung) der Gesamthonorare in den Jahren 1993 bis 1995 vorsehen.

Zur Förderung ambulanter Operationsleistungen würden diese Maßnahmen von der Budgetierung ausgenommen und in ein eigenes Budget mit jährlichen Zuwachsraten entsprechend der Grundlohnsteigerung plus 10 v.H. überführt.

Darüber hinaus sei vorgesehen, Präventionsleistungen in besonderem Maße zu fördern, indem für die Kosten dieser Behandlungen ein eigenes Budget mit jährlichen Zuwachsraten von 6 v.H. zuzüglich der Grundlohnentwicklung geschaffen werde.

Außerdem könne die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen bereits ab 1994 das Arzneimittelbudget durch Vereinbarungen über Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen ersetzen.

Weiterhin habe die SPD erreicht, die hausärztliche Versorgung aufzu-

werten. Endlich erfolge die notwendige Abgrenzung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung durch gesetzliche Klarstellung.

Zur finanziellen Förderung der hausärztlichen Behandlung werde eine auf den Behandlungsfall bezogene hausärztliche Grundvergütung eingeführt. Darüber hinaus seien weitere, nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen.

Die Einsparungen, die durch strukturelle Verbesserung bei den Laborleistungen eintreten, könnten ebenfalls zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung eingesetzt werden.

Die beispielhaft aufgezeigten Regelungen bedeuteten auch für den ärztlichen Bereich eine positive Neuorientierung im Gesundheitswesen. Der immer wieder geäußerten Kritik von Seiten der Ärzteschaft sei entgegenzuhalten, daß viele Regelungen im Gesundheitsstrukturgesetz oft geäußerte Forderungen der Ärzteorganisationen erfüllen.

Abschließend bezeichnete Rudolf Dreßler, MdB, für die Sozialdemokratische Partei Deutschlands das Gesundheitsstrukturgesetz als richtungsweisend. Die SPD wolle, daß dieses Gesetz zum Erfolg wird. Daran werde die Sozialdemokratie weiter kräftig mitarbeiten.

## **Referenten-, Tagungs- und Diskussionsleitung**

**Wolfram L. Boschke**, Geschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V., Bonn

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

**Klaus Kirschner**, MdB, Sprecher der Arbeitsgruppe Gesundheit in der SPD-Bundestagsfraktion, Bonn

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

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

**Dr. Ottfried P. Schaefer**, Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

**Dr. Edwin Smigielski**, Geschäftsführer der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft (MPS), Bonn

**Rolf Stuppardt**, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach

## 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**  
(vergriffen)

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?**  
(vergriffen)

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**  
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 10

**Branchenentwicklungen und Handlungsperspektiven betrieblicher  
Interessenvertreter in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 11

**Der ostdeutsche Maschinenbau – Wege zur internationalen  
Wettbewerbsfähigkeit**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 12

**Flüchtlingsbewegungen und das Recht auf Asyl  
(vergriffen)**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 13

**Verzahnung von Arbeitsmarkt-, Regional- und Wirtschaftspolitik – Eine  
dringende Aufgabe in den neuen Bundesländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 14

**Einwanderungsland Deutschland: Bisherige Ausländer- und Asylpolitik –  
Vergleich mit europäischen Ländern**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 15

**Fremdenfeindlichkeit und Gewalt – Ursachen und Handlungsperspektiven**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 16

**Veränderung des Arbeitsschutzrechtes in der Bundesrepublik Deutschland**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 17

**Gesundheitsstrukturgesetz – Geeignet zur Lösung der Probleme im  
Gesundheitswesen?**

*Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:*

*Friedrich-Ebert-Stiftung*

*Abt. Arbeits- und Sozialforschung*

*Godesberger Allee 149*

*W-5300 Bonn 2*