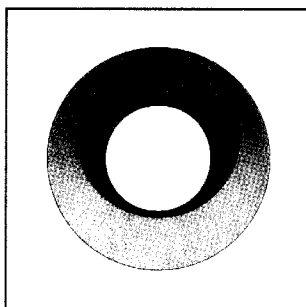


GESUNDHEITSSTRUKTURGESETZ BILANZ UND PERSPEKTIVEN



GESPRÄCHSKREIS
ARBEIT UND SOZIALES
Nr. 37

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

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

Gesprächskreis Arbeit und Soziales
Nr. 37

Gesundheitsstrukturgesetz Bilanz und Perspektiven

Eine Tagung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 24. Januar 1994 in Bonn

ISBN: 3-86077-283-X

Herausgegeben vom
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Druck: satz + druck GmbH, Düsseldorf
Dezember 1994

Inhalt

Peter König Vorbemerkung	5
Klaus Kirschner Einführung	7
Roland Sing Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes aus der Sicht der Allgemeinen Ortskrankenkassen	13
Herbert Rebscher Solidarische Wettbewerbsordnung - Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung -	35
Klaus Prößdorf Folgen des Gesundheitsstrukturgesetzes für den Krankenhaussektor	55
Walter Wenninger Ein Jahr Gesundheitsstrukturgesetz - Bilanz und Perspektiven aus der Sicht der forschenden pharma- zeitischen Industrie und Arzneimittelhersteller	63
Wolfgang Schmeinck Bilanz und Perspektiven in der Arzneimittelversorgung	79
Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung	89

Vorbemerkung

In das 1994 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz wird die Hoffnung gesetzt, daß es tatsächlich zu einer Reform des Gesundheitswesens führt. Bereits vor der Verabschiedung und Kommentierung des Gesetzes wurde mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß die Umsetzung dieses Werkes der Prüfstein dafür sein wird, ob der gefundene Konsens aller Beteiligten tatsächlich trägt.

Insbesondere in der ersten Phase sieht das Gesetz eine Budgetierung vor. Sie ist als eine Art Notbremse anzusehen, die die ausufernden Kosten stoppen soll. Andere Inhalte wie zum Beispiel die Krankenhausreform, Wettbewerb unter den Krankenkassen oder Steuerung der Ärztezahlen werden als die eigentlichen Reforminhalte angesehen. Für sie sind unterschiedliche Umsetzungszeitpunkte vorgesehen.

Entsprechend dieser inhaltlichen und zeitlichen Konzeption des Gesetzes standen auf der Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung Diskussionen über die Auswirkungen der Budgetierung in den jeweiligen Bereichen des Gesundheitswesens im Vordergrund. Es wurde aber auch auf andere Aspekte wie zum Beispiel Krankenhausreform und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eingegangen. Denn: Vor Inkrafttreten des Gesetzes, bezogen auf diese Reforminhalte, sind vielfältige Vorbereitungen zu treffen, die die eigentliche Umsetzungsphase vorstrukturieren und bereits einleiten.

Die Beiträge der Referenten sind in dieser Broschüre abgedruckt. Ihnen und den Teilnehmern der Veranstaltung gilt mein Dank für die konstruktiven und engagierten Ausführungen.

Das Tagungssekretariat und die Erstellung dieser Broschüre lag in den Händen meiner Kollegin, Brigitte Juchems. Auch bei ihr möchte ich mich für ihren Einsatz bedanken.

Bonn, Juli 1994

Peter König

Klaus Kirschner

Einführung

Ein Jahr Gesundheitsstrukturgesetz heißt die Frage zu stellen und Antwort darauf zu geben, wie sieht diese Jahresbilanz und wie sehen die Perspektiven der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus heutiger Sicht aus?

Das im Januar 1993 in Kraft getretene und von Bundesregierung, Opposition, Koalitionsfraktionen und Bundesländern erarbeitete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat unsere gesetzliche Krankenversicherung auf eine neue, finanziell tragfähigere Grundlage gestellt. Dieses Gesetz trägt in wesentlichen Punkten die Handschrift der SPD. Langjährige Vorstellungen konnten verwirklicht werden. Ich erinnere nur an das "Sozialpolitische Programm" des Bundesparteitags in Münster 1988 oder an das Minderheitenvotum der Bundestags-Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung". Vieles davon findet sich im Gesetz wieder.

Es ist ein Gesetz, das den Namen Strukturreformgesetz zu Recht für sich in Anspruch nimmt.

Wo unterscheidet sich dieses Gesetz von seinen Vorgängergesetzen? Welches sind die wesentlichen Strukturreformen des GSG?

Da ist an erster Stelle die Organisationsreform mit der Wahlfreiheit der Versicherten zu nennen. D.h. den Arbeitern werden endlich die gleichen Kassenwahlrechte eingeräumt, wie dies bei den Angestellten seit Jahrzehnten selbstverständlich ist. Die Selbstverwaltung der Kassen wird verändert und mit den Erfordernissen eines zeitgerechten Managements in Einklang gebracht.

- Durch neue Honorierungsformen werden ärztliche und zahnärztliche Vergütungen den Erfordernissen der Wirtschaftlichkeit besser angepaßt; die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung wird durch Gewährleistungsfristen verbessert.

- Der Arzneimittelmarkt wird durch die Positivliste und das Arzneimittelinstitut neu geordnet und übersichtlicher gestaltet.
- Die ambulante und stationäre Versorgung wird besser miteinander verzahnt; die Krankenhausfinanzierung wird neu geordnet und an den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Betriebsführung orientiert.

Um diese ehrgeizigen Ziele zu erreichen, sieht das GSG zwei Zeitschritte vor:

Den einen, den wir die Budgetierungsphase nennen, dem dann der zweite Schritt mit den Strukturmaßnahmen nahtlos zu folgen hat.

Während der ersten Phase werden die Ausgaben stringent an die Einnahmen gekoppelt um Beitragsstabilität zu erreichen. Eine wichtige Forderung, umschrieben mit dem Stichwort: Standort Bundesrepublik Deutschland.

Gleichzeitig ist die Zeit der Budgetierungsphase dazu zu nutzen, um die zweite Stufe, das eigentliche Herzstück – die strukturellen Maßnahmen – vorzubereiten und umzusetzen.

Dazu gehört beispielsweise die schon erwähnte Organisationsreform der Kassen mit dem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich. Erst dieser schafft die Voraussetzungen für die notwendige Chancengerechtigkeit im Wettbewerb der Kassen.

Des weiteren gehören dazu alle Maßnahmen, denen der Leitgedanke zugrunde liegt, die Wirtschaftlichkeitsreserven in unserem Gesundheitssystem zu mobilisieren. Nur durch Rationalisierung kann Rationierung verhindert werden. Die Aufgabe heißt: zu möglichst geringen Kosten mit den medizinisch als notwendig und zweckmäßig erachteten Leistungen die Versorgung der Patienten im Krankheitsfall sicherzustellen.

Die zur Erfüllung dieser Aufgabe geschaffene soziale Krankenversicherung, die trotz aller Stürme über 110 Jahre alt geworden ist, hat sich bewährt und braucht auch keinen Vergleich mit anderen Krankenversicherungssystemen zu scheuen. Das weist der vom Bundesgesundheitsminister in Auftrag gegebene und vorgelegte Bericht "Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich" aus.

Danach geben wir in der Bundesrepublik Deutschland für die flächendeckende Sicherstellung und alle Bevölkerungsteile erreichenden Versorgungsleistungen rund 8% unseres Bruttozialproduktes aus, während die USA mehr als 11% aufwenden und dies bei rund 15% der Bevölkerung, die nicht gegen die Krankheitsrisiken abgesichert sind. Das sollte immer bedacht werden, bei Forderungen nach stärkerer Eigenverantwortung der Patienten – sprich höherer Selbstbeteiligung – oder mehr Marktwirtschaft. Im übrigen braucht man sich nur die Statistiken der privaten Krankenversicherung (PKV) etwas näher betrachten. Dort haben wir doch alle Varianten von Wahlmöglichkeiten und Tariffdifferenzierungen. Die Ergebnisse ermutigen meiner Auffassung nach nicht dazu dies auf die GKV zu übertragen.

Im übrigen ist mir an der derzeit geführten Diskussion um unser Gesundheitswesen manches unverständlich. Das Gesundheitsstrukturgesetz ist erst ein Jahr alt. Die eigentlichen strukturellen Reformen konnten noch gar nicht umgesetzt werden und trotzdem befinden wir uns mittendrin in einer Diskussion, um weitere Veränderungen oder wie immer man diese Vorschläge auch bezeichnen mag.

Der Bundesgesundheitsminister spricht von der dritten Stufe der Gesundheitsreform, wobei ich die Gegenfrage stelle, welches war denn die erste. Um Legenden vorzubeugen, das Blüm'sche Gesetz verdient den Namen Reformgesetz jedenfalls nicht.

Für die SPD gilt, zuerst ist das Gesetz umzusetzen und danach ist zu prüfen, und das kann frühestens 1997 der Fall sein, ob das GSG die Erwartungen erfüllt hat oder nicht oder nur teilweise. Daran ist die Meßlatte anzulegen. Dann wird zu entscheiden sein, wo ist gegebenenfalls weiterer Handlungsbedarf. Aktuell jedenfalls besteht kein Handlungsbedarf. Gefordert dagegen ist jetzt, daß alle Beteiligten ihre Energie auf die Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes setzen und nicht eine neue Diskussion über weitere Schritte eröffnet wird, ohne daß der erste beendet und der zweite Schritt getan ist.

Natürlich, und das ist uns allen bewußt, gibt es massive Interessen, wer wollte dies leugnen, die mit der Diskussion um Wettbewerb, differenzierte Wahl- und Zusatzleistungen sich die Hintertür öffnen wollen, um die Umsetzung des Gesetzes zu verschleppen oder gar zu ver-

hindern und damit zum Scheitern zu bringen. Der in wenigen Tagen zu erwartende Zwischenbericht und der in einem Jahr vorliegende Endbericht des Sachverständigenrats zur GKV 2000 wird dazu als willkommene Gelegenheit genutzt. Gleichwohl sage ich dazu, die SPD wird darauf achten, daß das GSG, wie vorgesehen, umgesetzt wird. Dabei werden wir uns der Diskussion, wie soll es nach dem Gesundheitsstrukturgesetz weitergehen, keinesfalls entziehen. Ich sage jedoch und klipp und klar: An den Grundprinzipien unserer sozialen Krankenversicherung – dem Solidaritäts-, Sachleistungs- und Selbstverwaltungsprinzip – werden wir nicht rütteln lassen.

Die gesetzliche Krankenversicherung mit ihren Grundprinzipien gehört zu den Eckpfeilern des Sozialstaats und sie steht für die SPD nicht zur Disposition. Wer dies ändern will, wird mit unserem schärfsten Widerstand rechnen müssen.

Um keine Unklarheiten zu schaffen: Es geht dabei nicht nur um die Frage, was gehört in den solidarisch abgesicherten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, sondern es geht letzten Endes um die Systemfrage.

Es geht schlichtweg darum, ob wir dabei bleiben wollen, daß das, was medizinisch notwendig ist, und damit meine ich die medizinische Vollversorgung, solidarisch abgesichert wird und ob wir das – ich sage ausdrücklich bewährte – Sachleistungsprinzip behalten oder auf dem Altar von Wettbewerb mit differenzierten Leistungs- und Beitragsvarianten opfern.

Wettbewerb um Versichertengruppen mit Hilfe unterschiedlicher Leistungskataloge und Wahltarife verletzt die Kernsubstanz der sozialen Krankenversicherung. Am Schluß eines solchen Prozesses, das ist meine Prophezeiung, wird es die soziale Krankenversicherung, wie wir sie heute kennen, nicht mehr geben. Wenn das gewollt ist, dann sollte man sich auch dazu bekennen.

Im übrigen, und das sollte nicht übersehen werden:

- Die nicht gerade produktiven Ausgaben für Werbung und Marketing der gesetzlichen Krankenversicherung würden sich ganz erheblich

steigern. Zum Vergleich: In den USA liegen die Kosten, die für Verwaltung, Werbung und Marketing ausgegeben werden, bei über 17%. Bei uns gibt die gesetzliche Krankenversicherung dafür rund 5% für Verwaltung aus.

- Zum zweiten: Die heute gegebene Übersichtlichkeit der Leistungen und Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung würde verschwinden und einer gleichen Unübersichtlichkeit, wie wir sie im Bereich der Kfz-Versicherung haben, Platz machen. Ob das im Interesse der Versicherten ist, da habe ich erhebliche Zweifel.
- Und letzten Endes: Wenn ökonomische Anreize in der Krankenversicherung so gesetzt werden, daß es für mehr Geld mehr medizinische Versorgungsleistungen gibt, dann führt es zu der gesundheitspolitisch fatalen Konsequenz, daß Gesundheit erstens überhaupt und zweitens mit höheren Prämien im Gesundheitssystem zu kaufen ist.

Ein solcher Leistungswettbewerb kollidiert aus meiner Sicht unweigerlich mit dem für die Krankenversicherung grundlegenden Bedarfsdeckungsprinzip. Es öffnet die Tür hin zur Regelversorgung und Wahlleistung und damit zur Zwei-Klassen-Medizin. Daß ein solcher Wettbewerb zu Lasten der gesundheitlichen Versorgung der mittleren und unteren Einkommensgruppen geht, ist für mich offenkundig. Die innovative Medizin bleibt dann vorrangig den zusätzlichen Wahlleistungstarifen vorbehalten.

Im übrigen frage ich mich zunehmend, warum die Kassen die Wettbewerbsfelder, die mit dem GSG für die Versicherten geschaffen wurden, bisher nicht oder nur unzureichend nutzen. Beispielsweise Qualitätssicherung: Dem Abschluß von Verträgen mit einzelnen Gruppen von Zahnärzten zu längeren Gewährleistungsfristen bei Zahnersatz und Zahnfüllungen ist meines Wissens bisher noch keine einzige Krankenkasse über verbale Ankündigungen hinaus nachgekommen. Warum wird dieses Instrumentarium des Qualitätswettbewerbs nicht genutzt?

Das gilt beispielsweise auch für die Prävention. Der Paragraph 20 des Sozialgesetzbuches (SGB) V ist ein klarer Auftrag an die Kassen.

Damit es keine Mißverständnisse gibt: Das GSG will den Wettbewerb. Jedoch ein unbeschränkter Wettbewerb, wie er von vielen gefordert

wird, hätte aus meiner Sicht als Sozialpolitiker fatale Folgen für die Versicherten.

Deshalb sind folgende Vorgaben unerlässlich:

Erstens: Es bedarf eines exakt definierten einheitlichen Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zweitens: Für den Versicherten bedarf es einer eindeutigen Sicherstellungsgarantie dieses Leistungsrahmens durch die GKV. Es darf nicht soweit kommen, daß die jeweilige Kassenart oder gar die Krankenkasse nicht autonom in ihrer Entscheidung ist den Leistungsrahmen selbst festzulegen. Sie hat gegenüber dem Versicherten eine unbedingte Leistungserfüllungspflicht, die sie nur dann prinzipiell einlösen kann, wenn sie stets ein ausreichendes Angebot an Leistungserbringern bereithält.

Nur so kann verhindert werden, daß es zu einem Zwei-Klassen-System mit Kassen der Grundversorgung und von Luxuskassen kommt.

Ich weiß, daß ich mit diesem aufgezeigten Szenario auf teilweise heftigen Widerspruch stoße, denn es wird versichert, das sei so nicht geplant. Die FDP bekennt sich bisher offen zu einer solchen Systemveränderung. Auch Professor Arnold fordert dies und das gilt meiner Erkenntnis nach für die Mehrheit des Sachverständigenrates. Lassen Sie mich abschließen mit der Bemerkung: Das Gesundheitswesen und damit auch die GKV, da bin ich mir ganz sicher, wird uns auch in Zukunft mehr beschäftigen, als uns lieb ist.

Und eines, denke ich, kann man in jedem Fall prophezeien: Die Diskussionen werden spannend. Wobei neue Felder – die Prävention und die Rehabilitation – nicht weiter als Stiefkinder behandelt werden dürfen.

Roland Sing

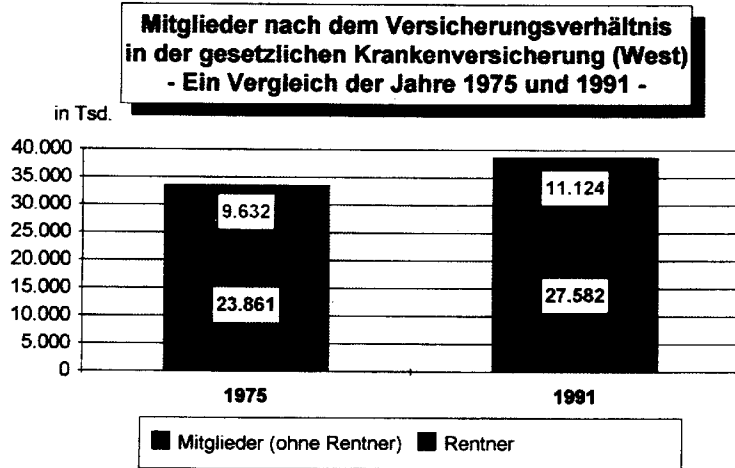
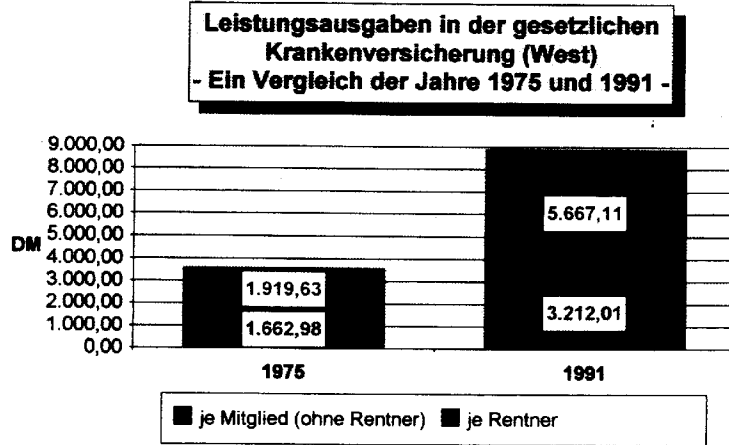
Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes aus der Sicht der Allgemeinen Ortskrankenkassen

Finanzielle Auswirkungen (vgl. Abbildungen 1 bis 6)

Fazit:

- Gesundheitsstrukturgesetz hat 1993 aus finanzieller Sicht gegriffen.
- Ausgabenexpansion wurde durch Budgetierungsregelung gestoppt.
- Wermutstropfen für AOKs in Baden-Württemberg: Belastung der Beiträge 1994 mit 0,21 Beitragssatzpunkten durch Risikostrukturausgleich.
- Beseitigung von Steuerdefiziten im Gesundheitswesen:
 - o Neugestaltung der ärztlichen und zahnärztlichen Bedarfsplanung
 - o Einführung des ambulanten Operierens im Krankenhaus
 - o Erweiterung der Negativliste
 - o Einführung von Richtgrößen für die Arznei- und Heilmittelverordnung
 - o Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips im Krankenhaus

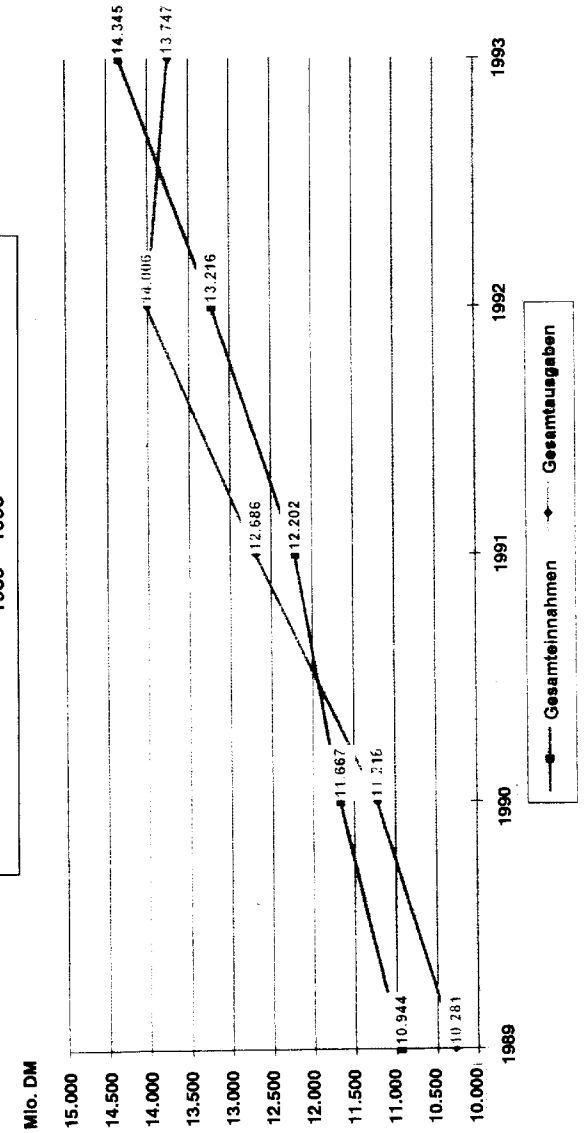
Abbildung 1



Quellen: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1975 bis 1978 und im Jahr 1991, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Abbildung 2

Entwicklung der Gesamteinnahmen und -ausgaben
in der AOK-Unternehmensgruppe Baden-Württemberg
1989 - 1993



Anmerkung: 1993 geschätzt

Abbildung 3

Einnahmen- und Ausgabenentwicklung
in der AOK-Unternehmensgruppe Baden-Württemberg
1986 - 1993

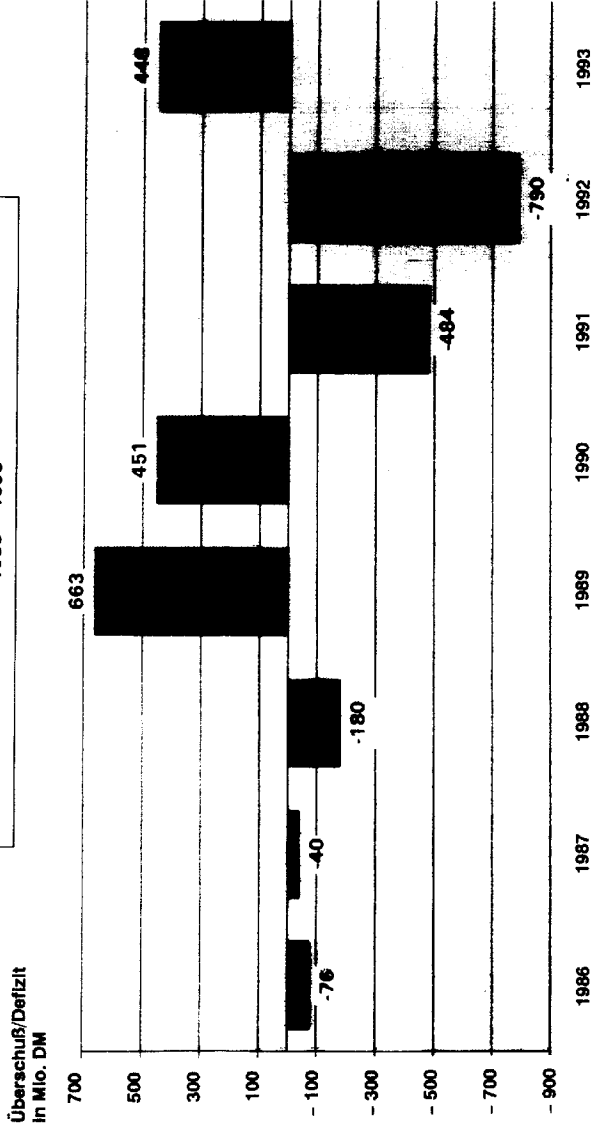


Abbildung 4

Entwicklung der Leistungsausgaben und der Grundlohnsumme
in der AOK-Unternehmensgruppe Baden-Württemberg
1986 bis I. - IV. Quartal 1993

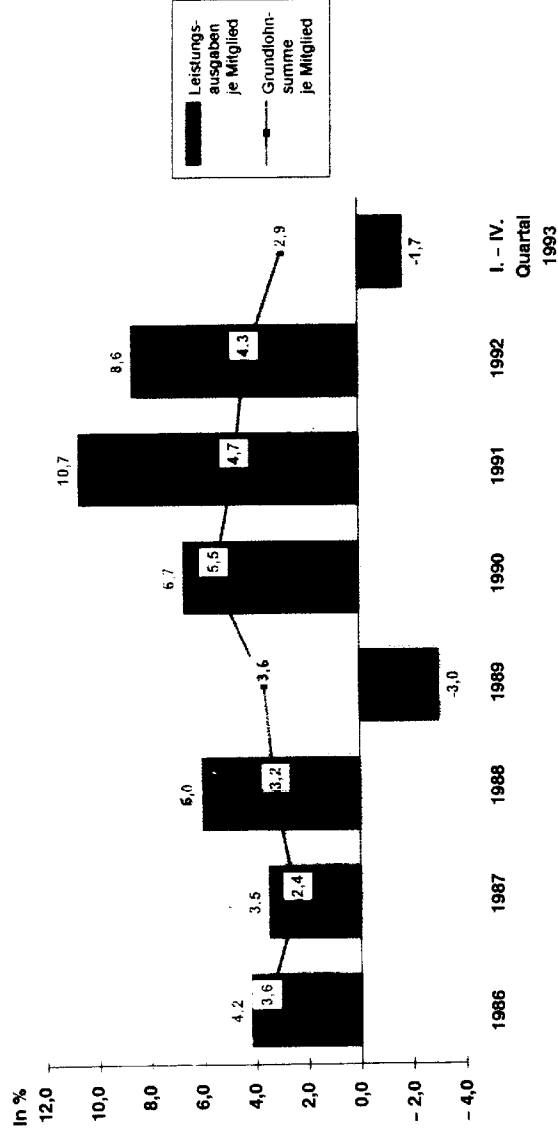


Abbildung 5

Entwicklung ausgewählter Leistungsausgaben
(je Mitglied) und der Grundlohnsumme in der
AOK-Unternehmensgruppe Baden-Württemberg
I. - III. Quartal 1993

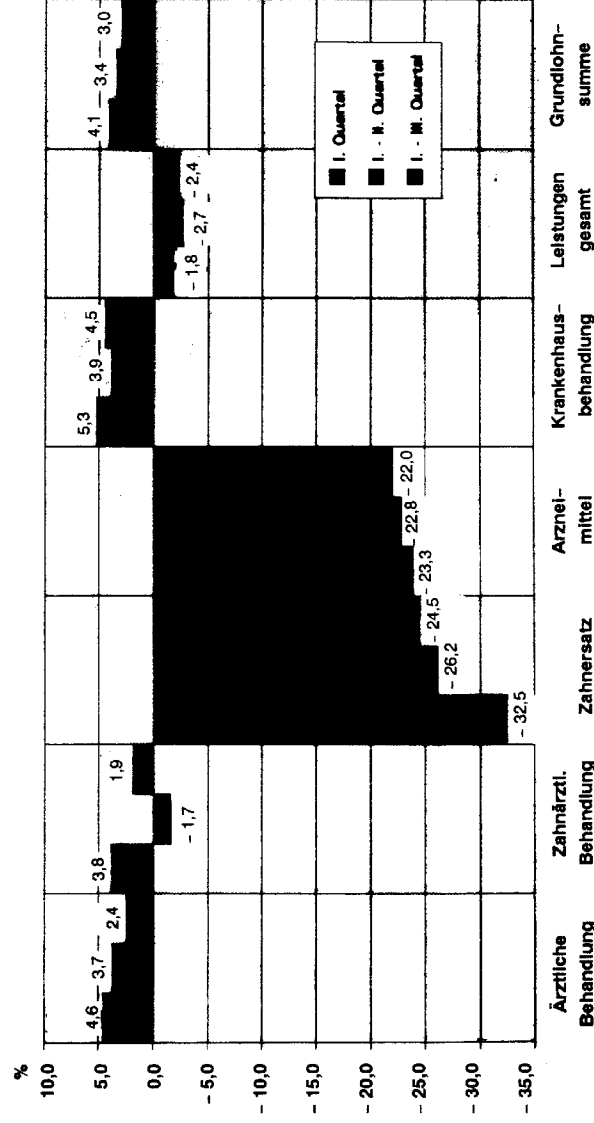
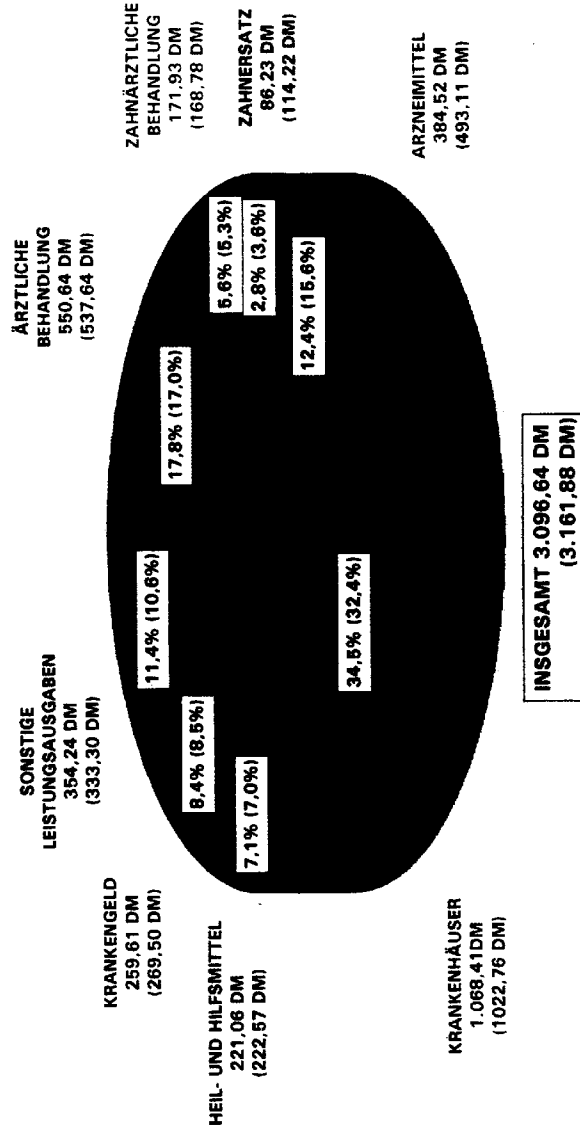


Abbildung 6

Verteilung der Leistungsausgaben je Mitglied
bei der AOK-Unternehmensgruppe Baden-Württemberg
nach KV 45 I. - III. Quartal 1993



Ärzte

- Vergütungsregelung 1993 auf der Grundlage der Bundesempfehlung geschlossen
 - Anmerkung:
 - o Grundsätzlich mit den Krankenversicherungen gesamtvertraglich geregelt
 - o In Teilbereichen von der Aufsichtsbehörde beanstandet
- Beanstandungen des Sozialministeriums u.a. bei folgenden Bereichen:
 - o Kostenerstattungen
 - o onkologische Leistungen (Sachkosten)
 - o Wegegelder
 - o Begutachtungskosten (Schwerpflegebedürftigkeit)
- Gemeinsame Stellungnahme der Gesamtvertragspartner gegenüber dem baden-württembergischen Sozialministerium abgegeben
- Ambulantes Operieren:
 - o Teilbudget entsprechend § 85 Abs. 3a SGB V um 10% erhöht.
 - o Verstärkte Zunahme der Leistungsanforderungen hat zum Absinken des Auszahlungspunktwertes geführt.
 - o Punktwert für ambulantes Operieren
1992: 10,50 – 11,00 Pfennig
1993: 6,50 – 8,75 Pfennig
 - o Nicht alle Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg sind bereit, im Rahmen der Honorarverteilung die Problematik des Punktwertzerfalls zu entschärfen.

Arzneimittelbudget

1. Ausgabenbudget:
Ausgaben 1991
2. Ausgaben 1.–3. Quartal 1993:
ca. 16% geringer als 1991
ca. 22% geringer als 1992
3. Fazit:
 - keine Budgetüberschreitung zu erwarten
 - Haftungsregelungen für
 - Ärzte und
 - Pharmaindustrieentfallen

Änderung des Verordnungsverhaltens der Vertragsärzte

Verordnet werden

- weniger Arzneimittel
- preisgünstigere Arzneimittel
- weniger Mittel mit zweifelhaftem therapeutischen Nutzen

Heilmittelbudget

1. Ausgangsbudget:
Ausgaben 1991
2. Ausgaben 1.–3. Quartal 1993:
Starke Ausgabenrückgänge bei
 - Masseurinnen: -24%
 - med. Badebetrieben: -28%Ausgabensteigerungen bei
 - Krankengymnasten: +6%(Verlagerung von Massagen zur Krankengymnastik vermutet)

3. Fazit:

- keine Budgetüberschreitung zu erwarten
- Haftungsregelungen für Ärzte entfallen

Ursachen für Ausgabenentwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln

- weniger Verordnungen durch Vertragsärzte
- Anbindung der Preise an Grundlohnsummenentwicklung (Vorlagepflicht)

Ärztliche Bedarfsplanung

- 2.628 Zulassungsanträge gingen bis 31.01.1993 bei den Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg ein.

Das sind ca. 21,9% der in Baden-Württemberg zugelassenen rund 12.000 Ärzte.

- Von den 528 Planungsbereichen in Baden-Württemberg (vgl. Abbildung 7) wurden durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bisher 357 (67,6%) Planungsbereiche gesperrt.

Rettungsdienst

Umsetzung in Baden-Württemberg:

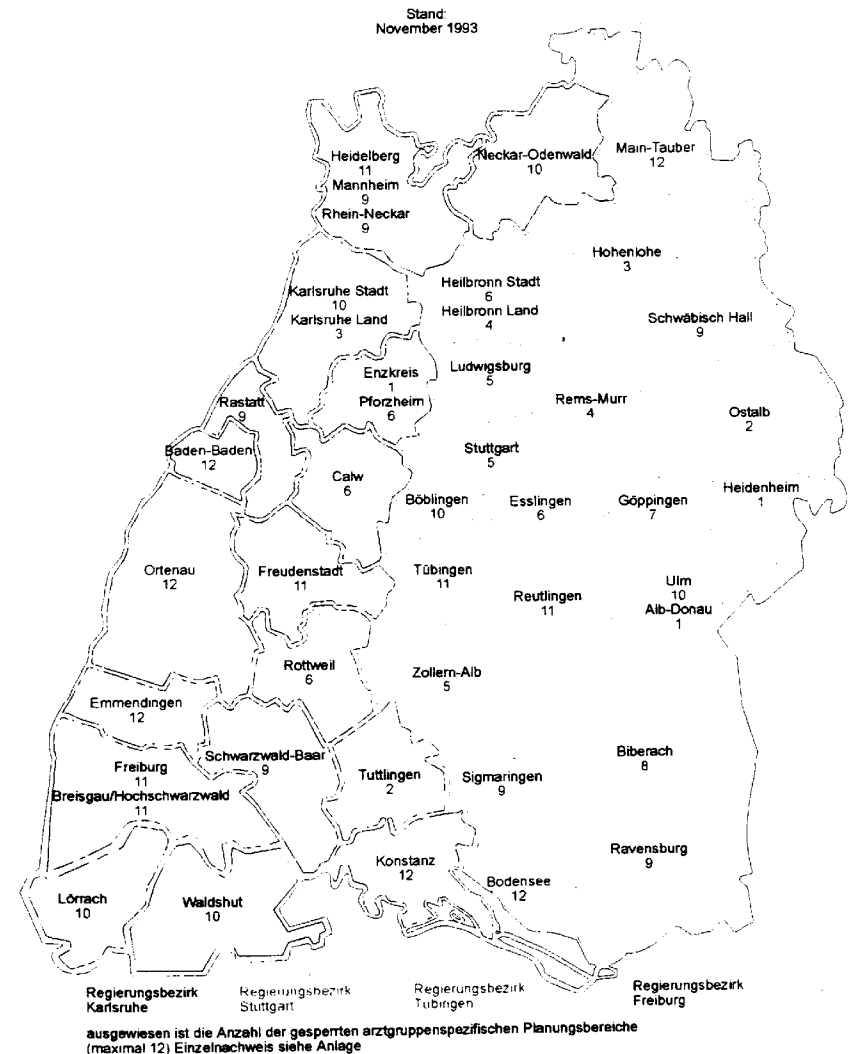
Selbstkostendeckung (Budgetbindung) nach dem Rettungsdienstgesetz (RDG)

versus

an der Grundlohnsummenentwicklung orientierte Preisbindung (Gesundheitsstrukturgesetz/GSG)

Abbildung 7

Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg gesperrte Planungsbereiche Ärzte



Lösung in Baden-Württemberg:

- Beibehaltung des Budgetgedankens: Budget = "Preis"
- Bereinigung des Budgets 1992 um kostenrelevante, jedoch nicht berücksichtigte Kosten aus 1992
- Anpassung des Budgets gemäß Grundlohnsummenentwicklung

Private Anbieter im Rettungsdienst

Baden-Württemberg:

Prinzip der Kostendeckung nach RDG für Leistungsträger, die im Bereichsplan eingebunden sind ("traditionelle" Rettungsdienstorganisationen).

Einbindung privater Anbieter reduziert die Ausgaben der Krankenkassen nur, wenn

- Private in Bereichsplan eingebunden sind und
- Kapazitäten bei "traditionellen" Anbietern abgebaut werden können.

Großgeräte

- Keine Vergütung von Leistungen mit nicht abgestimmten Großgeräten
- Nicht abgestimmt erworbene Geräte gelten nach der Übergangsregelung des GSG bis 31.12.1998 als bedarfsgerecht
- Diese Übergangsregelung bedeutet für Baden-Württemberg ein Mehr an
 - 19 Computertomographen
 - 14 Kernspintomographen
- Diese Geräte verursachen einen Mehraufwand von ca. 35 Mio. DM
- Degressive Punktwertvergütung in Abhängigkeit von der Auslastung der Geräte in Höhe von 20% - 40% vorgesehen

- Bislang keine Umsetzung durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände im EBM
- Umsetzung gestaltet sich schwierig, insbesondere
 - Bestimmung der optimalen, wirtschaftlichen Auslastung
 - Feststellung, Berücksichtigung und Korrektur unwirtschaftlicher Leistungen

Zahnärzte

- Vergütungsregelung 1993
- Keine Bundesempfehlung
 - o 10%ige Honorarabsenkung
 - Zahnersatz
 - Kieferorthopädie
 - o Budgetierung
 - Kons.-chirurg. Leistungen
 - Parodontose
 - Kieferbruch

Anmerkung:

- Grundsätzlich mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) geregelt
- In Teilbereichen von der Aufsichtsbehörde beanstandet
- Degression ab 01.01.1993
 - o Vergütungsminderung ab einer Gesamtpunktmenge pro Kalenderjahr

Punkte	ca/TDM	v.H.
350.000	517	20
450.000	665	30
550.000	813	40
 - o Erklärung der KZVen

- o Gesamtvertragliche Umsetzung steht noch aus
- o Beanstandungen des Sozialministeriums
 - zum Abrechnungsverfahren der Zahnersatzreparaturen
 - zur Budgetherausnahme, z.B. der
 - Individualprophylaxe
 - Material- und Laborkosten
 - Gutachtergebühren
 - Kürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit
 - Degressionsbeträge
- o Gemeinsame Stellungnahme und Gespräche der Gesamtvertragspartner mit dem baden-württembergischen Sozialministerium

Ärzte/Zahnärzte

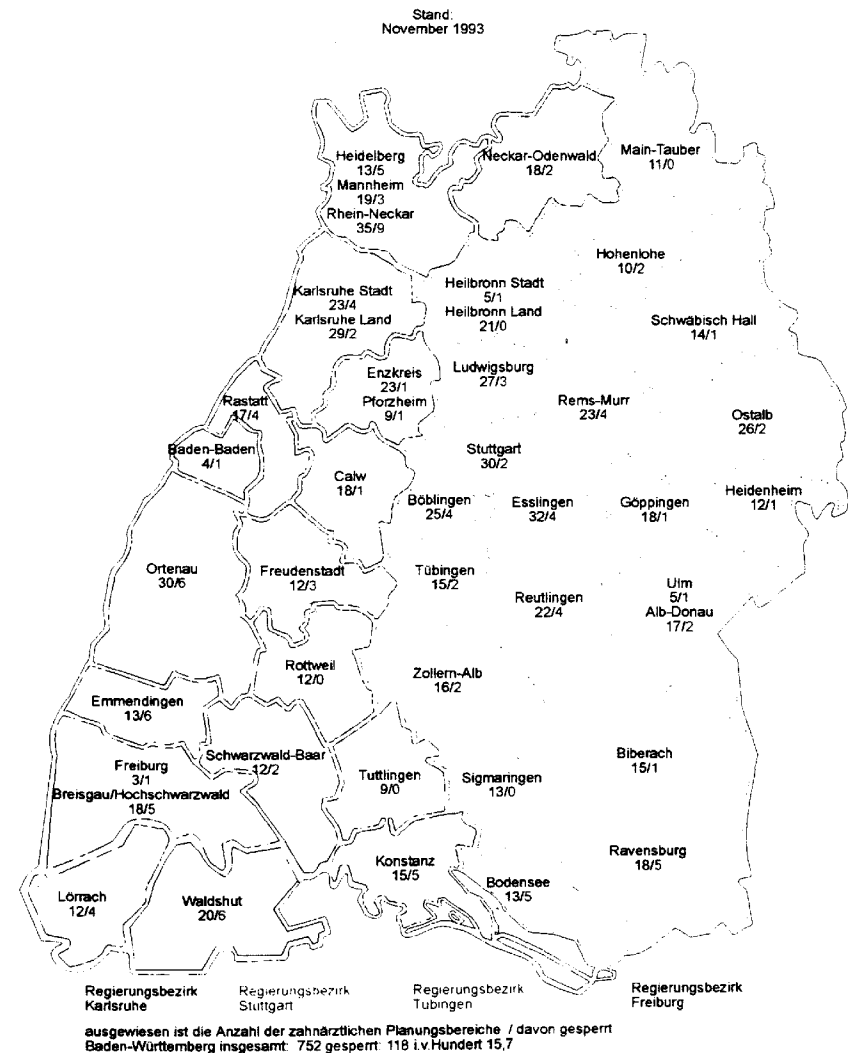
- Prüfvereinbarungen mit den KVen und mit den KZVen abgeschlossen
- Gemeinsames Prüfwesen
- Grundsatz
 - o Beratung vor Regress
 - o Kooperative Durchführung
- Neue Prüfmethode

Bedarfsplanung Zahnärzte

- Auf der Grundlage der am 16.05.1993 in Kraft getretenen Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen wurden in Baden-Württemberg von den 752 Planungsbereichen 118 (15,7%) gesperrt (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8

Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg Planungsbereiche Zahnärzte



Krankenhäuser

1. Budgetdeckelung war als Sofortbremse wirksam

Entwicklung der vereinbarten Budgets in Baden-Württemberg

	1990	1991	1992	1993
Steigerungsrate	7,4	9,0	9,8	4,0

2. Budgetsteigerung trotzdem nicht einnahmeorientiert

Ursache: Ausnahmetatbestände wie Pflege-Personalregelung

Ausblick: Budgetentwicklung 1994/1995 wird voraussichtlich über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen liegen.

3. Strukturen der Krankenhäuser ändern sich zu langsam

- Ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung wird bislang kaum angeboten.
- Kommunale Krankenhäuser (Anteil in Baden-Württemberg ca. 50%) werden immer noch in der Rechtsform eines Regiebetriebes geführt.

Bisher gibt es nur zwei Landkreise, in denen kommunale Krankenhäuser als GmbH geführt werden.

Krankenversichertenkarte

- Einführung ab 01.01.1994 in Baden-Württemberg
- Datenschutz gewährleistet
- Ziele/Vorteile
 - o Versichertenfreundlicher Anspruchsnachweis
 - o vereinfachte Abrechnungsverfahren
 - o verbesserter Datenaustausch
 - o Transparenz des Leistungsgeschehens
 - o Rationalisierung der Verwaltungsabläufe

Neue Wettbewerbsordnung innerhalb der GKV

Kernelemente:

1. Wahlfreiheit
2. Risikostrukturausgleich
3. Reform der inneren Kassenstrukturen

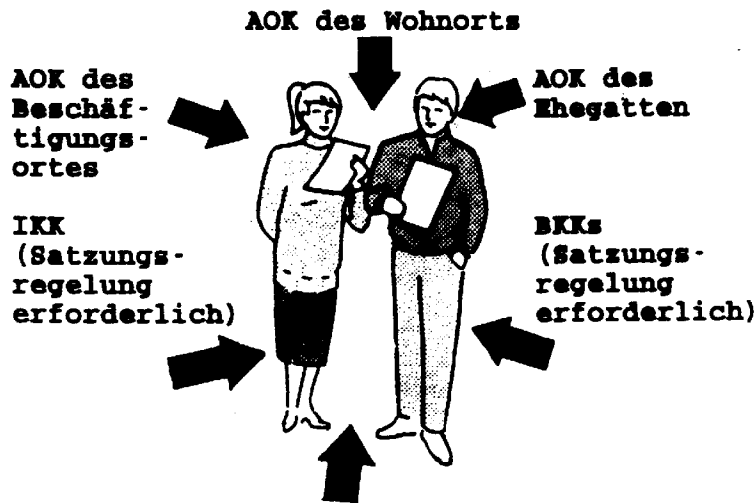
1. Wahlfreiheit (vgl. Abbildung 9)

- Versicherte, und zwar Arbeiter und Angestellte, haben ab 1996 ein Wahlrecht zwischen mindestens 15 gesetzlichen Krankenkassen.
- Die Existenz der Kassen/Kassenart hängt nicht mehr vom politischen Willen ab, sondern wird weitgehend Marktgesetzen überlassen.
- Die Gesamtverantwortung für die Funktionsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung ist damit auf alle Krankenkassen übergegangen.
- Damit im Wettbewerb um die Gunst der Versicherten Risikoselektionen und sozialpolitische Fehlentwicklungen unterbleiben, sind verbindliche Wettbewerbsregelungen erforderlich.

2. Risikostrukturausgleich

- Risikostrukturausgleich führt zu einer **relativen** Angleichung der Beitragssätze und damit der Startbedingungen zwischen den einzelnen Kassenarten.
- In Baden-Württemberg, insbesondere in Großstädten und Ballungsgebieten mit hohen Grundlohnsummen und Leistungsausgaben entstehen keine bzw. nur geringe Entlastungen.
Fazit: Verwerfungsproblematik bleibt hier erhalten.
- Unabhängig davon ist der Risikostrukturausgleich und seine Einführung zum 01.01.1994 ein notwendiges Regulativ in bezug auf die Chancengleichheit im GKV-System.

Abbildung 9: Welche Krankenkasse kann ich wählen?



Ersatzkassen für Angestellte

DAK	(Deutsche Angestellten-Krankenkasse)
BEK	(Barmer Ersatzkasse)
HaMü	(Hamburg-Münchener Ersatzkasse)
HEK	(Hanseatische Ersatzkasse)
KKH	(Kaufmännische Krankenkasse)
TK	(Techniker Krankenkasse)
HKK	(Handelskrankenkasse)

Ersatzkassen für Arbeiter

BK	(Braunschweiger Kasse)
N-EK	(Krankenkasse Neptun)
GKK	(Gärtner-Krankenkasse)
HZK	(Hamburger Zimmererkrankenkasse)
Eintr.	(Krankenkasse Eintracht)
BuKK	(Buchdrucker-Krankenkasse)
GEK	(Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse)

3. Organisationsentwicklung der AOK

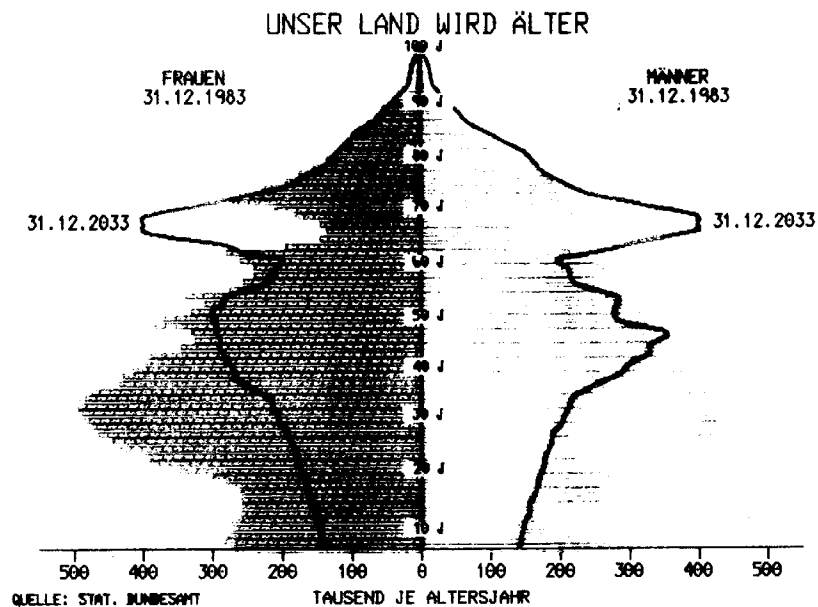
- Anpassung der Organisationsstruktur an wettbewerblichen Erfordernissen.
- Der kassenartenübergreifende bundesweite Risikostrukturausgleich reicht nicht aus, die Wettbewerbsfähigkeit der AOK flächendeckend zu sichern.
- Gremien des AOK-Landesverbandes Baden-Württemberg haben sich 1993 für eine AOK Baden-Württemberg mit dezentralen Strukturen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ausgesprochen.
- Der Leitsatz der AOK Baden-Württemberg ist:
so dezentral wie möglich,
so zentral wie nötig.

Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

- Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens steht im engen Zusammenhang mit der gesellschaftlichen/demographischen Entwicklung (vgl. Abbildung 10).
- Die finanziellen Folgen der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung werden für die Krankenversicherung, Rentenversicherung und die Pflegeversicherung von erheblicher Bedeutung sein.
- Bundesgesundheitsminister Seehofer hat zur Ausgestaltung der zukünftigen Gesundheitspolitik und der solidarischen Absicherung des Risikos Krankheit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag erteilt, ein Sondergutachten zur "Krankenversicherung im Jahr 2000 - Solidarität und Eigenverantwortung bei sich ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen" zu erstellen.

Ein Sachstandsbericht, der noch keine Empfehlungen enthält, sondern Entwicklungsperspektiven und ordnungspolitische Alternativen, soll am 4. Februar 1994 vorgelegt werden.

Abbildung 10



Aus dem Fragenkatalog wird deutlich, mit welchen Handlungsfeldern sich das Sondergutachten vor allem beschäftigen soll:

1. Einschränkung des Leistungskataloges
2. Neue Finanzierungsquellen bzw. Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen
3. Verankerung des Verursacherprinzips

Auf der Basis dieser Eckpunkte sind folgende Varianten für eine künftige GKV denkbar:

1. Es bleibt weitestgehend beim bisherigen GKV-System
 - Beibehaltung oder gar Ausbau des Prinzips der einheitlichen und gemeinschaftlichen Vertragspolitik aller Kassenarten

- keine Aufteilung des Leistungskatalogs in Grund- und Zusatz-/Wahlleistungen
- Beschränkung/Reduzierung des Preis- und Servicewettbewerbs
- weitergehende Regionalisierung des Gesundheitswesens

2. Moderate Fortentwicklung in Richtung Marktwirtschaft

- behutsame Ausdünnung des Leistungskatalogs
- Gewährung von Zusatzleistungen (versicherungsfremde Leistungen, Leistungen mit Konsumcharakter und Leistungen, die nicht zum Kernbereich der medizinischen Behandlung gehören)
- Installation von marktwirtschaftlichen Instrumentarien auf der Anbieterseite von Gesundheitsleistungen (z.B. "Einkaufsmodell")
- Erschließung weiterer Finanzierungsquellen

3. Einführung eines umfassenden Wettbewerbsmodells

- weitgehender liberalisierter Wettbewerb auf Anbieter- und Nachfrageseite (Angleichung der GKV- und PKV-Systeme)
- weitere Spielräume der Krankenkassen bei der Gestaltung von Leistungen und Tarife
- Einführung des Äquivalenzprinzips und Kapitaldeckungsverfahrens bei den Krankenkassen
- Rolle der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung?
- Das AOK-System wird die Reformvorstellungen für die Weiterentwicklung der GKV positiv begleiten und konstruktive Vorschläge unterbreiten. Eckpunkte dabei sind:
 - o Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist ein vollwertiger Gesundheitsschutz über die soziale Krankenversicherung zu gewährleisten. Tragende Strukturprinzipien dieser sozialen Krankenversicherung dürfen nicht beseitigt oder ausgehöhlt werden.

- o Die gesetzlichen Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, mehr als bisher global und individuell als Vertreter der gesundheitlichen Interessen von Versicherten und Patienten zu agieren. Die wirtschaftlichen Interessen der Beitragszahler sind zu beachten.
- o Ein weiterer Schritt zur Reform des Gesundheitswesens muß die integrierte gesundheitliche Versorgung aller Patienten in den Vordergrund rücken.
- o Die gesetzliche Krankenversicherung muß prinzipiell allen Bevölkerungsgruppen offenstehen.
- o Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung muß grundsätzlich das Arbeitseinkommen sein.
- o Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muß alle medizinisch notwendigen Leistungen enthalten. Eine Absenkung des Sicherungsniveaus unterhalb einer vollwertigen Versorgung ist ebensowenig diskutabel wie die Rationierung von Gesundheitsgütern.
- o Im Gesundheitswesen sind alle Beteiligten strikter als bisher auf die Einhaltung von Wirtschaftlichkeit und Qualität zu verpflichten (Rationalisierung statt Rationierung).
- o Die Leistungserbringung muß stärker flexibilisiert werden. Wettbewerb muß auch als Steuerungsinstrument auf seiten der Leistungserbringer eingesetzt werden.
- o Vor allem in der ambulanten Versorgung sind neue Formen der Leistungserbringung und neue Versorgungsstrukturen zu fördern.
- o Ein erweiterter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sollte auf der Basis einer solidarischen Wettbewerbsordnung – auch durch Wahl der Versorgungsform – Vorteile für die Versicherten schaffen.

Herbert Rebscher

Solidarische Wettbewerbsordnung – Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung –

1. Orientierungsprobleme

Das Gesundheitsstrukturgesetz ist gerade ein Jahr in Kraft und schon ist die Diskussion über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung neu entbrannt. Die Geister scheiden sich, ob dies eine Zukunft mit noch umfassenderer staatlicher Regulierung und Leistungsausgrenzung oder eine Zukunft mit neuem Gewicht für die Selbstverwaltung im Rahmen einer solidarischen und solidaritätsstiftenden Wettbewerbsordnung sein kann und wird.

Optionen in die eine oder andere Richtung sind angelegt, obwohl das Gesundheitsstrukturgesetz selbst keine schlüssige Antwort auf die drängende Frage gibt, wie die gesetzliche Krankenversicherung des Jahres 2000 aussehen soll bzw. angesichts der objektiven Probleme, vor denen wir stehen, aussehen kann.

Auf diese fehlende Zukunftsperspektive muß verwiesen werden, obwohl – oder gerade weil – das Gesundheitsstrukturgesetz kurzfristig durchaus Wirkung zeigt: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind – was das Jahr 1993 betrifft – im Griff. Doch Vorsicht, man sollte sich nicht künstlich gesundrechnen: Wenn nun für die ersten drei Quartale 1993 ein Überschuß der gesetzlichen Krankenversicherung von 5,8 Mrd. DM festgestellt wird (auf das gesamte Jahr 1993 hochgerechnet also ein Überschuß von 7 bis 8 Mrd. DM), muß man seriöserweise dazu sagen, daß

- die Beitragssatzerhöhungen fast aller Krankenkassen um die Jahreswende 1992/1993 auf die GKV-Rekordmarke von 13,4%, eine nie dagewesene Beitragsschöpfung, bedeuten,
- die Vorzieheffekte 1992 vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes, insbesondere bei Zahnersatz, Arzneimitteln sowie Heil-

und Hilfsmitteln, gerade in den ersten Monaten des Jahres 1993 zu einer "künstlichen" Nachfragedämpfung führten,

- erhebliche Ausgabenanteile durch neue Zuzahlungs- und Selbstbehaltregelungen (Arzneimittel, Krankenhaus) und neue Beitragsgrundlagen (bei freiwillig versicherten Rentnern) auf Kranke und Versicherte verlagert wurden,
- erhebliche Einsparungen auf Einmaleffekten basieren (so z.B. beim Arzneimittelbudget oder durch Absenkung der Preise beim Zahnersatz) und nicht einfach in die Zukunft fortgeschrieben werden können.

Deshalb: Das Konzept der Budgetierung wirkt, kann jedoch strukturelle Veränderungen höchstens vorbereiten, nicht jedoch ersetzen und ist schon gar kein Konzept für die gesetzliche Krankenversicherung 2000.

2. Konzeptionslosigkeit

In der Diskussion über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung wird zum Teil davon ausgegangen, daß steigende Beitragssätze und damit steigende Lohnnebenkosten den Wirtschaftsstandort Deutschland gefährden würden. Das im internationalen Vergleich als vorbildlich anerkannte Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland gerate – so wird behauptet – zunehmend in die Gefahr, nicht mehr finanzierbar zu sein. Diese Einengung der Diskussion auf die Frage der Lohnnebenkosten versperrt jedoch den Zugang zum eigentlichen Problem. Weder die Erschließung neuer Finanzquellen noch die häufig geforderte "Durchforstung" oder "Abspeckung" des Leistungskatalogs werden die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens lösen. Vielmehr müssen bei einer möglichen Umorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung neue Anreizstrukturen geschaffen werden, um eine annähernd rationale Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen, bei der sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Qualität der erbrachten Leistungen gewährleistet sind.

Die vielen Kostendämpfungsgesetze seit den 70er Jahren zeigen, daß der Staat immer wieder versucht hat, die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Grenzen zu halten. Instrumente

dieses Politikansatzes waren immer Budgets, Plafonds, Leistungsbeschränkung oder -ausgrenzung, Selbstbeteiligung, Finanzausgleich (KVdR) u.ä. Letztlich haben jedoch diese zunehmenden staatlichen Reglementierungen und Vereinheitlichungen dazu geführt, daß die Handlungsspielräume der Beteiligten immer enger wurden. Trotz aller Bekenntnisse zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung wird dieser Trend auch durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit seinen zahlreichen Genehmigungsvorbehalten und Ersatzvornahmen verstärkt. Der im Gesundheits-Reformgesetz eingeführte Zwang zum "gemeinsamen und einheitlichen Handeln" der Kassenarten wurde im Gesundheitsstrukturgesetz bekräftigt, indem verschiedene bisher kassenartenspezifische Regelungen für alle Kassenarten vereinheitlicht wurden. Die Vereinheitlichung betrifft z.B. die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die regionale Ebene der Vertragsverhandlungen, die Schiedsämter, die Arznei- und Heilmittelbudgets sowie das Zulassungsrecht. Damit werden den Kostenträgern zunehmend Möglichkeiten genommen, durch Kreativität und Flexibilität nach neuen, wirtschaftlicheren Versorgungsalternativen zu suchen.

3. Fehlschlüsse

Wenn aber alle Beteiligten zunehmend "gemeinsam und einheitlich" handeln müssen, bedeutet das Ergebnis nicht automatisch mehr Wirtschaftlichkeit, wie das die Vertreter dieser Strategie erhoffen. Das Gegenteil ist sogar wahrscheinlich: Es besteht die große Gefahr, sich am jeweils Bequemsten zu orientieren ("es trifft ja alle gleichermaßen"), sich örtlichen und regionalpolitischen Interessen und Einflüssen unterzuordnen ("wer will schon Ärger vor Ort oder mit der Landesaufsicht"), sich gegenüber Vertragspartnern angepaßt zu verhalten und jeden sachlich gebotenen Konflikt zu vermeiden ("wer spielt schon gerne mit seinem Image"). In einem solchen Szenario gedeiht nicht Kreativität und Wirtschaftlichkeit, sondern eine teure und unflexible Einheitslösung – übrigens zum Schaden aller, nämlich

- des Patienten, denn nicht Leistungsqualität bestimmt den Erfolg eines Leistungserbringers, sondern ein faktisch geschaffener Bestands-

schutz (auch Kündigung der Verträge nur gemeinsam und einheitlich möglich);

- des Versicherten, denn teure und unwirtschaftliche Lösungen treiben den Beitragssatz ohne adäquate Gegenleistung hoch;
- der Krankenkassen – ihre Akzeptanz nimmt Schaden, wenn lediglich teure und gleichwohl zweitklassige Lösungen zustande kommen. Akzeptanzprobleme schaffen aber Solidaritätsprobleme, wenn gute Risiken abwandern;
- der Leistungserbringer, und zwar gerade der qualitätsorientierten und innovativen, die im Besitzstandskartell störend wirken und bei Einheitslösungen leicht ausgegrenzt werden;
- der Selbstverwaltungen aller Vertragspartner, weil wesentliche Gestaltungsräume genommen werden und die Einheitslösung zunehmend an politischen Vorgaben orientiert werden muß;
- der Politik selbst, denn mangelhafte Problemlösung schafft weiteren Reformdruck; die Gefahr einer Interventionsspirale (immer mehr, immer detailliertere Regelungen in Gesetzen und Verordnungen) wächst.

4. Scheinlösungen

4.1 Leistungsausgrenzungen

Vor allem mit dem Ziel, die Lohnnebenkosten zu senken, werden zur Zeit Modelle der Leistungsausgrenzung und Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Derartige Modelle, wie sie z.B. von Seiten der F.D.P (Zwei-Sparten-Modell) oder von Professor Arnold (Grundversorgung und Zusatzversicherung) in die Diskussion gebracht werden, bergen die Gefahr, die gesetzliche Krankenversicherung Schritt für Schritt auf eine 'Arme-Leute-Versicherung' zu reduzieren und gefährden damit das Solidaritätsprinzip, ohne die eigentlichen Strukturprobleme des Systems zu lösen. Im Gegenteil: Wer durch Leistungsausgrenzung die gesetzliche Krankenversicherung zunehmend unattraktiver macht, fördert die Entsolidarisierung durch Abwanderung

der solidaritätstragenden jüngeren, gut verdienenden, gesunden und meist freiwillig Versicherten.

Hier muß der Politik die Gefahr deutlich gemacht werden, daß nur mit Armen und Bedürftigen keine Solidargemeinschaft zu erhalten ist. Die gesetzliche Krankenversicherung braucht Einkommensstarke, um Einkommensschwache zu subventionieren, sie braucht Junge, um Alte zu unterstützen, sie braucht Gesunde, um Kranken Schutz zu geben; sie braucht zahlende Mitglieder, um mitversicherten Familienangehörigen einen beitragsfreien Krankenversicherungsschutz zu erhalten.

Die mit diesen Modellen bewirkte Abkehr vom Solidarprinzip, das seit über 100 Jahren die gesetzliche Krankenversicherung prägt, wird vor allem zu Lasten der geringer Verdienenden und Schwachen in unserer Gesellschaft gehen, jedoch auch gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben. Die soziale Absicherung in der Bundesrepublik trägt erheblich zur Festigung des sozialen Friedens bei. Zu bedenken ist, daß eine Entsolidarisierung der Versichertengemeinschaft sich schnell vollziehen wird – und zwar je unattraktiver das Leistungsspektrum, um so schneller wird die Flucht in die private Krankenversicherung erfolgen. Es wird die Kraft der Politik übersteigen, diesen Schritt wieder rückgängig zu machen, wenn die fatalen Folgen einer derartigen Entwicklung erst einmal erkannt sind. Denn bei allen Modellen der Leistungsausgrenzung und Privatisierung besteht die Gefahr, daß ein umfassender, vollwertiger Versicherungsschutz nicht mehr für die gesamte Bevölkerung gewährleistet bleibt. Dies könnte schnell zu einer Zweiklassenmedizin führen, bei der nur noch derjenige medizinisch gut versorgt ist, der es sich finanziell leisten kann.

4.2 Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen

So wenig das Allheilmittel für die Probleme des Gesundheitswesens in einer Leistungsausgrenzung liegen kann, so wenig kann es vor dem Hintergrund einer gesamtwirtschaftlichen Situation zunehmend knapper werdender Finanzmittel in einer Erschließung neuer Finanzierungsgrundlagen liegen. Insbesondere die im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen diskutierte Einbeziehung

weiterer Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung ist aufgrund der ungeklärten Verteilungswirkungen und ihrer unzureichenden Kontrollierbarkeit äußerst problematisch. Sicher wird die Vorlage des Gutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Anlaß der vertiefenden Diskussion dieser Fragen sein.

Sicher könnte man krankenversicherungsfremde Leistungen nicht mehr aus Krankenversicherungsbeiträgen finanzieren, da diese eigentlich staatlichen Aufgaben nur als "Auftragsleistungen" der Krankenversicherung übertragen wurden und auch vom Staat finanziert werden mußten. Durch die Abgabenerhebung, z.B. auf Tabak und Alkohol, könnte nicht nur ein fiskalischer Effekt erzielt, sondern auch gesundheitsgefährdende Aktivitäten beeinflußt werden. Aber: die notwendigen Finanzmittel der Krankenversicherung sollten weiterhin und ausschließlich über Beiträge der Versicherten aufgebracht werden, schon um der Klarheit und Wahrheit der Finanzverantwortung willen.

Bei der Diskussion über die Erschließung neuer Finanzierungsquellen wird häufig auch eine Ausweitung bzw. Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten gefordert. Zwar wird von den Verfechtern derartiger Regelungen ein steuernder Effekt der Selbstbehalte behauptet, jedoch bedeutet ein weiterer Ausbau der Eigenbeteiligungen in der Regel lediglich eine Kostenverlagerung auf die privaten Haushalte bzw. die Patienten. Es gilt immer noch das alte Argument: auf niedrigem Niveau haben Selbstbeteiligungen keine Steuerungswirkungen, auf hohem Niveau ist die Sozialverträglichkeit in Frage gestellt. Es ist nicht zu erwarten, daß die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens mit Hilfe von Eigenbeteiligungen der Versicherten gelöst werden können.

5. Solidarische Wettbewerbsordnung

5.1 Grundlage: Rationalisierung statt Rationierung

Weder Leistungsausgrenzungen noch die Erweiterung der Finanzgrundlagen sind Lösungen im ursächlichen Sinne. Den Konzepten der Verteuerung der Krankenversicherung (Ausweitung der Finanzierungsgrundlagen) bei gleichzeitiger Kürzung von Leistungen (= Rationierung) müssen sachgerechte Konzepte zur Weiterentwicklung der gesetzlichen

Krankenversicherung entgegengesetzt werden. Dabei gilt, daß die Solidarfunktionen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung um so stabiler und dauerhafter zu garantieren sein werden, je effizienter das System aus sich selbst heraus sein kann. Vor diesem Hintergrund ist das Konzept einer "solidarischen Wettbewerbsordnung" von den Ersatzkassen entwickelt und zur Diskussion gestellt worden. Es folgt der Devise: "Rationalisierung der Versorgungsstrukturen, um Rationierung zu vermeiden" oder "Solidarität durch Effizienz sichern".

5.2 Zentrale Voraussetzung: Finanzkraftgerechtigkeit

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat eine wesentliche Voraussetzung für eine solidarische Wettbewerbsordnung geschaffen: die Einführung eines bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs, von seiten seiner wissenschaftlichen Vordenker auch als "technischer Kern" (K. Jacobs) einer Wettbewerbsordnung bezeichnet.

Der Risikostrukturausgleich macht an den Sozialfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung fest, die gleichzeitig den Unterschied zur privaten Krankenversicherung markieren:

- Beiträge nach der Leistungsfähigkeit der Mitglieder, gemessen an der Höhe des Arbeitsentgelts, und bewußter Verzicht auf risiko-proportionale Prämien,
- Beitragsfreiheit der mitversicherten Familienangehörigen als bewußte familienpolitische Umverteilungsleistung,
- Beitragsneutralität mit Blick auf die Geschlechter, trotz unterschiedlicher Ausgabenprofile von Frauen und Männern,
- Beitragsneutralität bezogen auf das Alter, trotz klarer altersbedingter Ausgabenprofile.

Wegen der Erfüllung dieser politisch gewollten Sozialfunktionen sollen den einzelnen Kassen keine Vor- oder Nachteile im Kassenwettbewerb (Beitragssatz) entstehen. Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die gesamte Bevölkerung gegen die Risiken der Krankheit abzusichern. Ausgrenzungsstrategien gegenüber sogenannten schlechten

Risiken sind gesamtgesellschaftlich sinnlos und müssen deshalb verhindert werden.

Es soll eben nicht honoriert werden, wenn eine Kasse in erster Linie junge, alleinstehende und gutverdienende Personen zu ihrer Klientel zählt. Deshalb sollen die Risiken, die für die Kassen durch eine hohe Zahl von alten, kinderreichen, geringverdienenden Versicherten entstehen, neutralisiert und gleichzeitig verstärkt die Verantwortung für die Ausgaben betont werden.

Konkret: Eine Kasse mit grundlohnschwacher Klientel, mit überaltertem Versichertenbestand, mit vielen Mitversicherten und vielen Frauen soll in der Erfüllung ihres sozialpolitischen Auftrags entsprechend unterstützt werden. D.h., diese Kassen werden durch den Risikostrukturausgleich Transferzahlungen erhalten und damit so gestellt, als ob ihre Versichertenstruktur dem GKV-Durchschnitt entsprechen würde! Denn so wie die Steuergerechtigkeit eine Voraussetzung für Wettbewerb zwischen Unternehmen ist, so ist "Finanzkraft-Gerechtigkeit" eine Voraussetzung für Wettbewerb zwischen Krankenkassen.

Allerdings: Ein Risikostrukturausgleich ist auch nur so lange begründbar, wie das politische Ziel tatsächlich mehr Wettbewerb ist. Bei zunehmender Vereinheitlichung und Normierung wird der Risikostrukturausgleich dagegen zum bürokratischen und ungerechten Vehikel einer Einheitslösung.

5.3 Bedingungen: Solidarität und Effizienz

Die Diskussion um eine Neuorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung sollte nicht auf die Frage Markt oder Staat reduziert werden. Dem Markt als dem adäquaten Koordinierungsinstrument einer freiheitlich verfaßten Wirtschaft und offenen Gesellschaft sind im Bereich der gesundheitlichen Versorgung wegen deren erheblicher Sozialfunktionen enge Grenzen gesetzt. Jedoch führt die Flucht in das normierende Regelwerk der Bürokratie lediglich zu einem zunehmend verkrusteten Gesundheitssystem ohne innovative Perspektiven. Vielmehr müssen im Rahmen eines grundsätzlich sozialpolitisch definierten Bereiches wettbewerbliche Anreize gesetzt werden, um die Innova-

tionskraft der Beteiligten anzuregen und die Suche nach Qualität und Wirtschaftlichkeit zu optimieren, ohne eine sozialpolitisch unververtretbare Entsolidarisierung zu bewirken. Denn die Verfolgung unternehmenspolitischer Vorteile im Rahmen einer sozial gebundenen Wettbewerbsordnung führt besser und schneller zur Gemeinwohlorientierung des Gesamtsystems im Sinne von Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten als jede andere Form der Koordination, insbesondere der Regulierung und Planung.

Soll eine auf Versorgungseffizienz zielende Wettbewerbsordnung Erfolg versprechen, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein:

- Das Ziel der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht gefährdet werden. Die sozialpolitisch begründete und erwünschte Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Höherverdienenden und Geringverdienenden, zwischen Jung und Alt, zwischen Alleinstehenden und Familien sowie zwischen Männern und Frauen darf nicht zur Disposition stehen. Deshalb darf die Finanzierung nicht über risikoäquivalente Prämien wie in der privaten Krankenversicherung, sondern muß zwingend über einkommensbezogene Beiträge erfolgen.
- Wettbewerb braucht Chancengerechtigkeit. Der bundesweite, kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich – wie ihn das Gesundheitsstrukturgesetz ab 1994 vorsieht – ist deshalb eine wesentliche Voraussetzung für die Etablierung eines umfassenden Wettbewerbskonzepts.
- Weitere Voraussetzung für eine wettbewerbliche Orientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Vorhandensein von Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Abwahl nicht Zuwahl ist dabei das politisch entscheidende Kriterium. Die Abwanderungsmöglichkeit der Versicherten zwingt die Krankenkassen zu Innovation und Kreativität, um bessere, wirtschaftlichere oder qualitativ hochwertigere Versorgungsangebote zu erreichen.
- Die Wahlrechte sollen den Betroffenen dienen; niemand soll auf nur einen Schalter angewiesen und untertanengleich von diesem abhängig sein. Wahlrechte sollen aber nicht dazu dienen, Arbeitgebern ein Instrument zur Senkung ihrer Lohnnebenkosten an die Hand zu

geben. Deshalb muß das Interesse des Arbeitgebers an der Kassenwahlentscheidung neutralisiert werden. Aus diesem Grunde sollte der Arbeitgeberbeitrag am durchschnittlichen GKV-Beitragssatz ausgerichtet werden.

- Um einen kostentreibenden Wettbewerb zu verhindern und einen effizienz- und qualitätssteigernden Wettbewerb zu ermöglichen, sollte das Leistungsspektrum nicht Gegenstand des Wettbewerbs sein, sondern kassenartenübergreifend verbindlich vorgegeben werden.
- Eine wettbewerbliche Orientierung setzt voraus, daß auf seiten der Nachfrage (Krankenversicherung) wie auf seiten des Angebots (Verhandlungsorganisationen der Leistungserbringer) wettbewerbliche Strukturen herrschen müssen. Die teilweise vorhandene Monopolisierung von Angebot und Nachfrage stellt ein zentrales Hindernis für den Einbau und die Wirkung von Wettbewerbsinstrumenten in der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

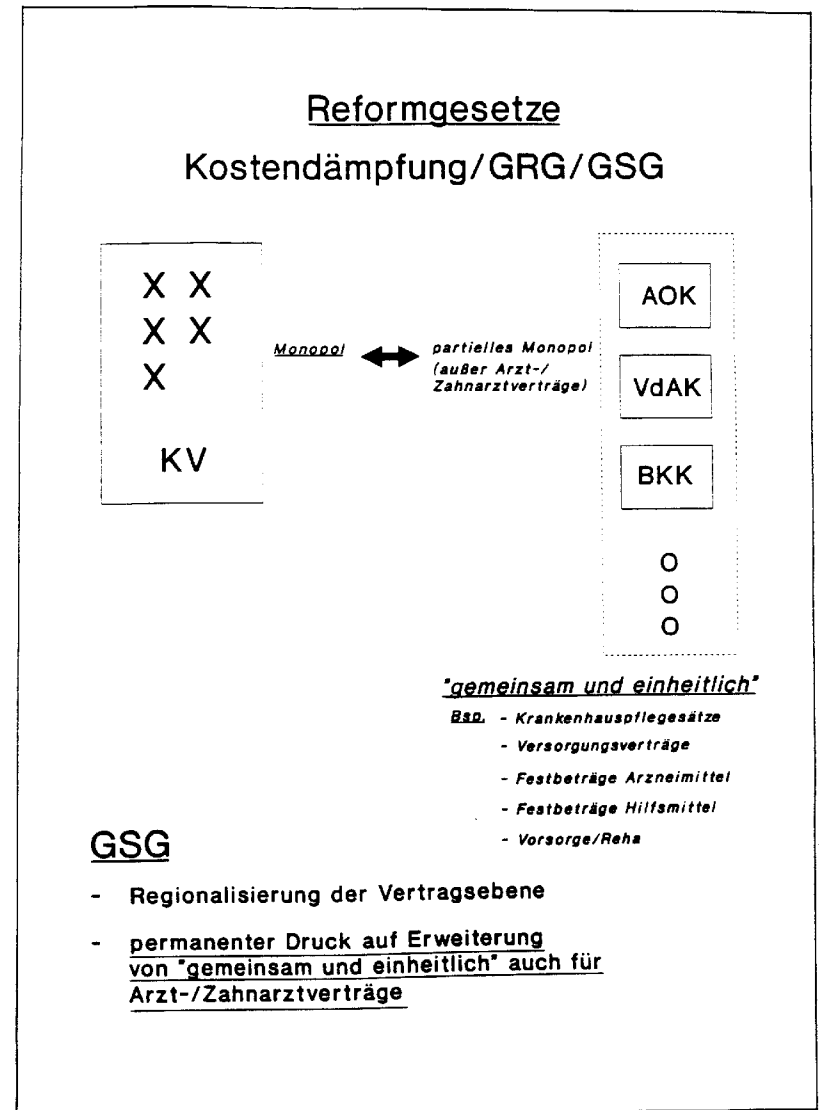
5.4 Problem: Monopole, Kartelle, Zünfte

Die ambulante Versorgung ist der Kernbereich der Vertragspolitik. An ihr läßt sich beispielhaft die Entwicklung der Vertragspartnerschaft und ihrer Machtverhältnisse nachzeichnen. Von der extremen Überlegenheitsposition der Krankenkassen ("Dienstherrenstellung, Kassendiktat") zu Beginn des Jahrhunderts bis zur Monopolfunktion der Kassenärztlichen Vereinigungen ab 1933 waren die Markt- und Machtverhältnisse (jeweils wechselseitig) Überlegenheitspositionen, die zur "Gegenschicht"-bildung geradezu zwangen.

Die lehrbuchmäßig wechselseitige Aufschaukelung der Organisationsmacht durch Verbandsgründung, Zwangsmitgliedschaften, Kollektivvertragskompetenz ist bis in die GRG/GSG-Gesetzgebung nachzuvollziehen und für fast alle Leistungsbereiche darstellbar.

Durch die Einführung des Grundsatzes des "gemeinsam und einheitlichen Handelns" der Kassenarten mit dem Gesundheits-Reformgesetz ist nun fast der gesamte Vertragsbereich (noch mit Ausnahme des Arzt- und des Zahnarztbereiches) vereinheitlicht und damit monopolisiert (Abbildung 1).

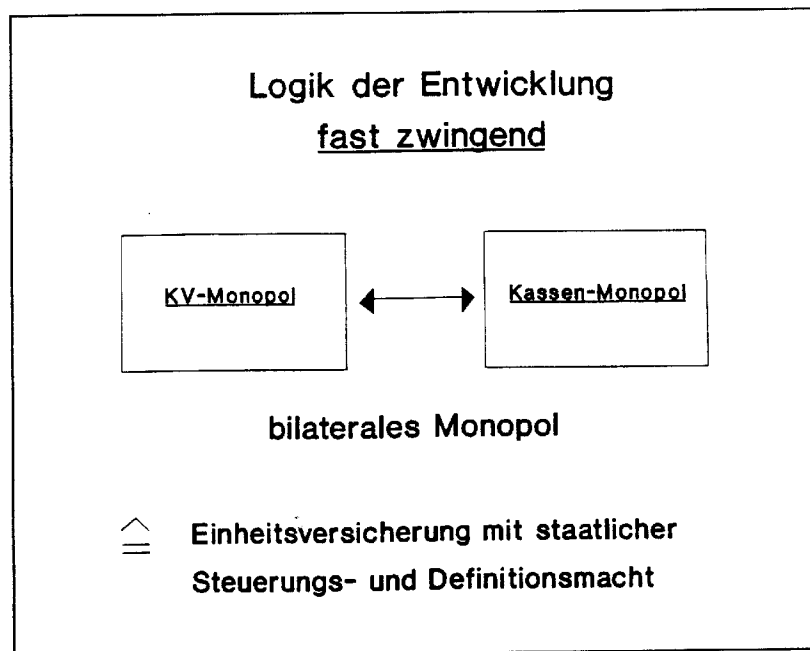
Abbildung 1



Ökonomisch gesprochen wurde dem Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Gesetzgebung der letzten Jahre Schritt für Schritt das Zwangskartell GKV gegenübergestellt. Die fragwürdige Logik der Philosophie des "Gemeinsamen und Einheitlichen" wurde in deren Entscheidungsprozessen weithin nicht zur Kenntnis genommen und einer rein rechtlich formalen Logik untergeordnet.

Wenn dieser Regulierungsansatz allerdings konsequent zu Ende gedacht wird und man den politischen Willen der Länder (Regionalisierung) berücksichtigt, steht am Ende der Entwicklung wegen dieser zwingenden, aber gleichwohl höchst fragwürdigen Logik das beiderseitige Monopol und damit faktisch eine Einheitsversicherung mit staatlicher Steuerungs- und Definitionsmacht (Abbildung 2).

Abbildung 2



Deshalb, und nicht um mit irgendwelchen Institutionen und Organisationen in Konflikt zu treten, muß das Monopolproblem gelöst werden, wenn dauerhaft ein gegliedertes und wettbewerblich orientiertes, d.h. in seiner Grundstruktur freiheitliches, Gesundheitssystem erhalten bleiben soll. Diesen Zusammenhang sollten sich vor allem auch die Organisationen der Leistungserbringer klarmachen, denn im Modell des zweiseitigen Monopols verlieren der Arzt/Zahnarzt, aber auch alle anderen Gesundheitsberufe, zunehmend und dauerhaft die Freiheitsgrade, die ihre Tätigkeit heute noch ausmachen. Der Arzt würde Schritt für Schritt durch medizinfremde Vorgaben, durch Budgetierungen und detaillierte Regulierungen zum Amtswalter einer Einheitsversorgung.

Es geht hier also nicht um die Abschaffung von Institutionen, wie z.B. den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern um die Neudefinition ihres Auftrages. Es geht um den Inhalt des Sicherstellungsauftrages, der nicht nur quantitative und qualitative Gewährleistungskomponenten enthält, die ökonomisch unproblematisch zu organisieren wären, er enthält heute eben auch ein Definitions- und Abschlußmonopol für die ökonomischen Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit – und hier liegt das eigentliche Problem.

Bei Anerkennung vieler auf Angebots- wie Nachfrageseite einheitlich zu gestaltender Rahmenbedingungen – insbesondere einem einheitlichen Leistungsrahmen und dessen Mindestqualitäten – dürfen die ökonomischen Bedingungen wie Preise/Honorare, Qualitätsverbesserungen, Organisationsformen des Angebots sowie unterschiedliche Versorgungskonzepte und Leistungspakete jedenfalls nicht von einem Monopolisten diktiert werden – weder auf Angebots- noch auf Nachfrageseite. Deshalb ist der Kern einer Wettbewerbsordnung die Gestaltung einer gleichgewichtigen Vertragspartnerschaft auf der politisch gestaltbaren Ebene der Verbände und nicht der Versuch der Begründung einer Überlegenheitsposition der Krankenversicherung gegenüber einzelnen Leistungserbringern. Das vorgeschlagene Konzept einer solidarischen Wettbewerbsordnung unterscheidet sich gerade darin von allzu einfach gestrickten Einkaufsmodellen. Gefragt sind bilaterale Gleichgewichtslösungen, keine Unterwerfungsmodelle.

In Überwindung der gefährlichen Systemlogik hin zur faktischen Einheitsversicherung (Abbildung 2) bietet sich die Weiterentwicklung zu

bilateralen Gleichgewichtslösungen an. Dies setzt aktive gesetzgeberische Entscheidungen voraus. Geeignete rechtliche Rahmenvorgaben für die Entwicklung bilateraler Oligopole könnten eine wettbewerbsintensive und gleichwohl solidaritätsbewahrende "Marktform" für die Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV schaffen (Abbildung 3).

Elemente der sozial- und gesundheitspolitischen Bindung der wettbewerblich gestalteten Leistungserbringung könnten "gemeinsam und einheitlich" unter dem körperschaftlichen Dach der Krankenversicherungen organisiert bleiben.

Elemente der sozial- und gesundheitspolitischen Bindung der wettbewerblichen Krankenversicherung könnten "gemeinsam und einheitlich" durch vorhandene Entscheidungsstrukturen (AK I/AK II/Beschlußgremien nach § 213 SGB V) bewahrt werden.

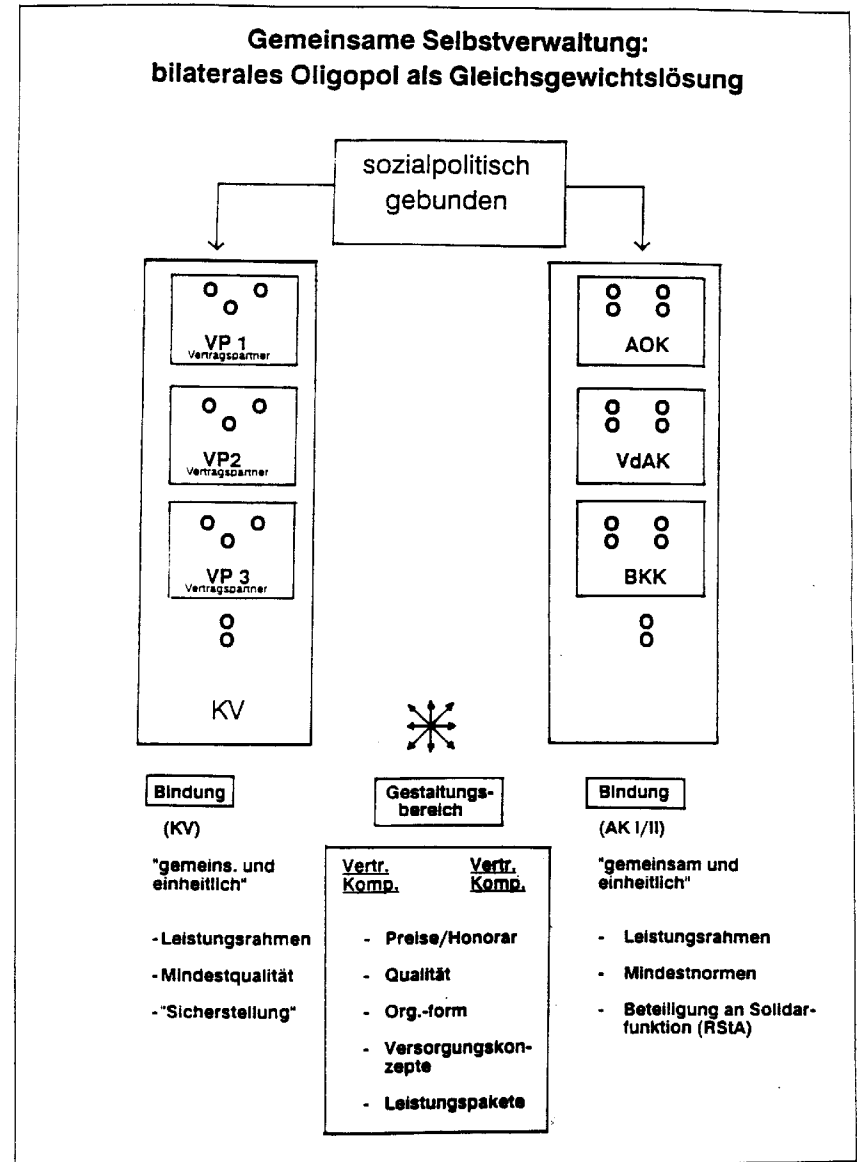
Entscheidend wäre jedoch die Befreiung der Vertragspartnerbeziehung von Einheitslösungen. Die "Alles oder Nichts-Entscheidungen" müssen zugunsten flexibler Vertragslösungen mit qualitätssichernden und wirtschaftlichkeitsfördernden Inhalten abgelöst werden.

5.5 Ziele: Qualität und Wirtschaftlichkeit

Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung hat lohnende Ziele: Er fördert nicht nur Versichertennähe und Flexibilität der Krankenkassen; wesentliche Aufgabe des Wettbewerbs ist es, Rationalisierungsreserven zu erschließen und die Leistungserbringung und -gewährung nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu gestalten. Wettbewerb bedeutet dabei die permanente Suche nach besseren Versorgungsalternativen. Dabei geht es nicht einseitig um Kostenbegrenzung oder -senkung. Entscheidend ist vielmehr das optimale Verhältnis von Qualität, Menge und Preis der Leistungen.

In einer sozialen Krankenversicherung müssen diese Zielsetzungen in erster Linie im Rahmen einer wettbewerblich orientierten Vertragspolitik angestrebt werden. Im Mittelpunkt wird dabei zukünftig stärker als bisher der Beitragsatz stehen. Voraussetzung für einen erfolgreichen Vertragswettbewerb ist, daß den einzelnen Vertragsparteien ein Opti-

Abbildung 3

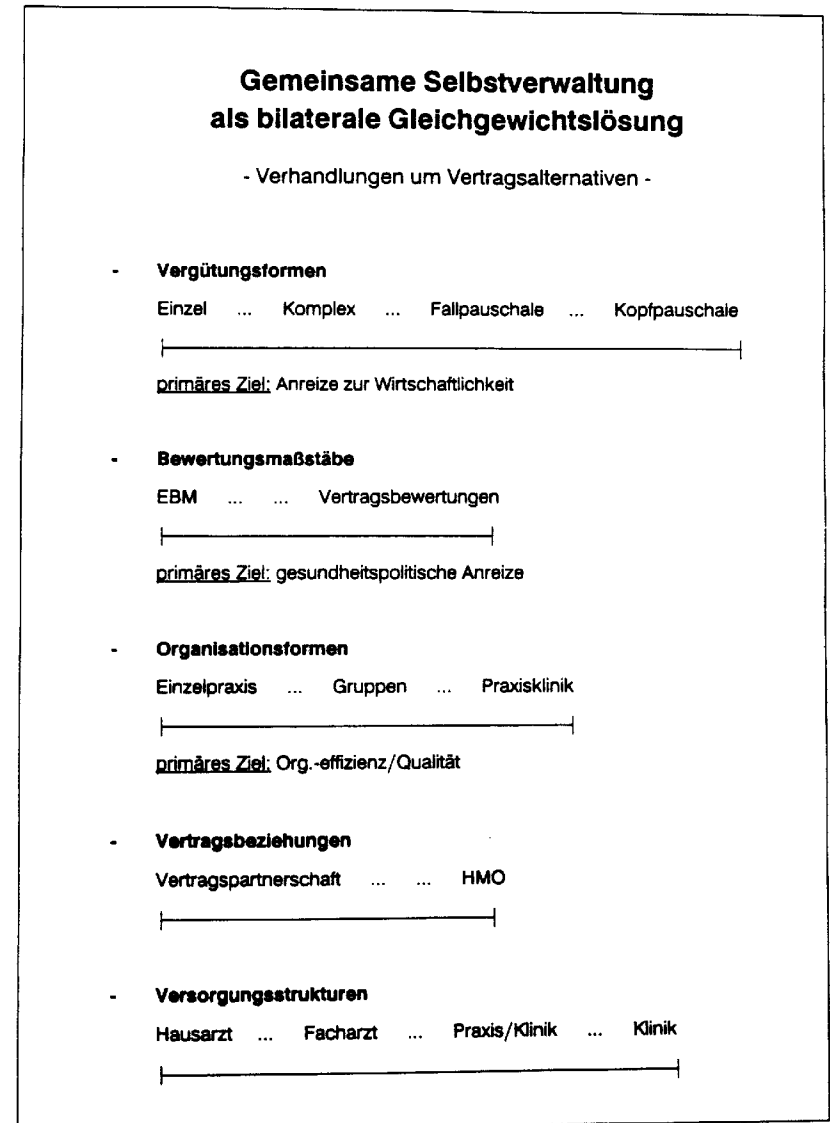


mum an Handlungsfreiheit sowohl bezüglich der Vergütungsformen, der Vergütungshöhe als auch der Vertragsebene zur Verfügung steht.

In erster Linie sollte der Wettbewerb die Eigenständigkeit einer kassenartenspezifischen Vertragspolitik stärken. So ist etwa eine eigenständige Vertragsgebührenordnung vorstellbar, der zwar ein einheitliches, z.B. durch Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen festgelegtes Leistungsspektrum zugrundeliegt, die jedoch in den Bewertungsrelationen kassenartenspezifisch gestaltet werden kann. Darüber hinaus könnten Leistungskomplexe eigenständig definiert und bewertet und damit kassenartenspezifische Ziele in der medizinischen Versorgung verfolgt werden. Jede Kassenart hätte also die Möglichkeit, auf der Suche nach optimalen Versorgungslösungen eigenständige Wege zu gehen, um letztlich das System der gesundheitlichen Versorgung insgesamt voranzubringen.

In einem derartigen, mit Freiräumen ausgestatteten Vertragssystem sind beispielsweise auch Vereinbarungen über Vertragspakete – wie sie bereits innerärztlich diskutiert werden – denkbar. So könnten beispielsweise Ärztegruppen für die gesamte medizinische Versorgung, inklusive veranlaßter Leistungen einer Gruppe von Versicherten, verantwortlich sein und durch ein entsprechendes Budget vergütet werden. Zu analysieren wären die damit verbundenen Implikationen für Qualität und Umfang der medizinischen Versorgung sowie die daraus resultierenden Kosten. Die Vertragsalternativen reichen von Vertragsformen bis zur Gestaltung von Versorgungsstrukturen. Versuch und Irrtum könnte zum Grundmuster für eine bessere, qualitativere und wirtschaftlichere Medizin werden (Abbildung 4).

Abbildung 4



6. Aber ... "an ihren Taten sollt ihr sie erkennen"

Trotz verbaler Zustimmung zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung von seiten der Regierung wie auch der Opposition sind wir dennoch weit davon entfernt, die richtigen rechtlichen Rahmenvorgaben zu schaffen. Im Gegenteil: Während zunehmend über Wettbewerb und seine Bedingungen auch politisch diskutiert wird, drohen auch zukünftige Regelungsbereiche unter das Diktat weiterer Vereinheitlichung zu geraten.

- So verhindern die Aufsichten von Bund und Ländern über Beanstandungen geschlossener Verträge jede Form kreativer Gestaltung durch die Beteiligten,
- wird im Psychotherapeuten-Gesetz ein kassenartenübergreifendes Budget geplant, das auch hier zum Einheitsvertrag zwingt,
- wurde in den ersten Entwürfen des GKV-Anpassungsgesetzes – wohl am Willen der Politik vorbei – von der Ministerialbürokratie des Bundes und insbesondere der Länder eine Eingriffskompetenz in Personal- und Tarifstrukturen und darüber hinaus eine Angleichung der Verwaltungskosten der Kassen bis zum Jahr 2005 geplant,
- wird mit dem Entwurf eines SGB IX (Rehabilitation) versucht, den ohnehin vereinheitlichten Bereich der Rehabilitation nun auch noch mit Bedarfsplanungsverfahren zu überziehen und die Macht der Aufsichten auch hier zu stärken.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum ein kenntnisreicher Beobachter in diesen Tagen äußerte: "Wir stehen fünf Jahre vor einer faktischen Einheitsversicherung, aber zehn Jahre vor einer wettbewerblichen Krankenversicherung." Vorrangiges Interesse aller beteiligten Leistungserbringer wie Krankenkassen müßte es sein, diese Zeitperspektive umzudrehen.

Denn, wie die Erfahrungen in vielfältigen gesellschaftlichen Bereichen gezeigt haben, ist nur eine stabile Wettbewerbsordnung in der Lage, gerade durch die Verfolgung individueller oder unternehmenspolitischer Ziele das Gemeinwohl zu erhöhen. Keine andere Koordinationsform kann unter den spezifischen Bedingungen des Gesundheitswesens in

vergleichbarer Weise Solidarziele und Effizienzziele in Einklang bringen. Denn, wenn durch wettbewerbliche Anreize Rationalisierungsréserven erschlossen werden und die Rationierung verhindert wird, dann wirkt Wettbewerb nicht zu Lasten, sondern im Gegenteil zugunsten des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Politik wäre damit eine solidarische Wettbewerbsordnung die beste Garantie für die Zukunftsfähigkeit des Systems auch unter veränderten gesamtgesellschaftlichen Bedingungen. Der Staat hätte lediglich die Rahmenordnung vorzugeben, die Ausgestaltung könnte eigenständig und innovativ in einem wettbewerblichen Anreizsystem durch die Selbstverwaltung erfolgen.

Der demokratisch legitimierten Selbstverwaltung den Rahmen für unternehmenspolitisches Handeln und damit den Beteiligten die Instrumente für die permanente Suche nach Qualität, Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit zurückzugeben, dies ist der ordnungspolitische Kern einer solidarischen Wettbewerbsordnung.

Folgen des Gesundheitsstrukturgesetzes für den Krankenhaussektor

Zur Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)–Bilanz 1993 gehört, daß sich das Gesetz offensichtlich im Krankenhaus sehr unterschiedlich ausgewirkt hat.

Eine im Herbst von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bei 535 Krankenhäusern durchgeführte Umfrage (Antworten: 282 = 52,7%) auf der Basis der ersten beiden Quartale 1993 ergab ein gespaltenes Bild:

- 189 Krankenhäuser meldeten einen durchschnittlichen Fallzahlanstieg von + 5,8%; 74 Krankenhäuser meldeten einen Fallzahlrückgang von durchschnittlich 3,4%.
- 91 Krankenhäuser meldeten einen Anstieg von Patienten mit schwereren Erkrankungen um durchschnittlich + 8,6%. Krankenhäuser mit 500 und mehr Betten meldeten einen Anstieg von durchschnittlich + 19,8%.
- 159 Krankenhäuser meldeten einen Anstieg der Arzneimittelkosten um durchschnittlich + 10,8%; 96 Krankenhäuser meldeten einen Rückgang um durchschnittlich 9,1%.
- 57 Krankenhäuser meldeten ein verstärktes Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte. Bei Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten beträgt der Anteil + 35%. 219 Krankenhäuser meldeten kein verstärktes Einweisungsverhalten.

Auch andere Untersuchungen und eine Vielzahl von Einzelmeldungen weisen darauf hin, daß es unterschiedliche Lastenverschiebungen gegeben hat, und zwar sowohl von seiten des niedergelassenen Bereichs als auch innerhalb des Krankenhaussektors, und zwar in der Form, daß die Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufen besonders belastet wurden.

So hat z.B. die Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft im November eine Studie über "Auswirkungen des GSG auf das Überweisungs- und Einweisungsverhalten von Primärärzten" veröffentlicht. Erfaßt wurde die Überweisungs- und Einweisungshäufigkeit der Patienten von 409 Praktikern und Internisten in den ersten sieben Monaten 1993. Wesentliche Ergebnisse waren:

- Die Einweisungsfrequenz ins Krankenhaus ist um 10% gestiegen.
- Die Überweisungsfrequenz ist um fast 9% gestiegen.
- Bezüglich der Kostenverschiebung ins Krankenhaus enthält die Studie eine Hochrechnung, die zeigt, daß ein Teil der seit Anfang 1993 erzielten Einsparungen im Arzneimittelbereich durch Mehrausgaben im Krankenhausbereich kompensiert wird.

Genaue Daten über die unterschiedlichen Auswirkungen bezogen auf das gesamte Jahr 1993 liegen noch nicht vor. Trotzdem zeichnet sich deutlich ab, daß das GSG negative Auswirkungen hatte, besonders für die Krankenhäuser, die 1993 mehr Patienten, mehr Patienten mit schwereren Krankheitsbildern und als Folge davon höhere Personal- und Sachaufwendungen einschließlich höherer Medikamentenausgaben hatten. Vieles weist darauf hin, daß es unterschiedliche Lastenverschiebungen gibt und Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufen besonders betroffen sind.

Hier ist aus der Sicht der DKG Handlungsbedarf gegeben. Wir sehen die Notwendigkeit, für Krankenhäuser, die nachweisbar wesentliche Mehrleistungen erbracht haben, eine angemessene Finanzierungslösung zu finden, um ihre Funktionsfähigkeit nicht zu gefährden. Der Handlungsbedarf ist aus unserer Sicht besonders dringlich, weil die erhöhte Inanspruchnahme und die Erbringung von Mehrleistungen sich in diesen Häusern 1994 und 1995 fortsetzen und kumulieren kann, so daß im Jahre 1995 der Leistungsumfang und damit auch der Kostenaufwand sich keinesfalls mehr mit den Maßstäben des Basisjahres 1992 messen läßt.

Zur Bilanz des Jahres 1993 gehört auch die besonders sensible Frage, ob das GSG mit Auswirkungen für die Patienten die Qualität der Lei-

stungserbringung tangiert hat. Hier ist Vorsicht geboten, da dies die Diskussion leicht emotionalisieren kann.

Die Frage wird von der Politik und auch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Nachdruck verneint. Dennoch gibt es ernst zu nehmende gegenteilige Signale. Um nur einige zu nennen:

1. Ein städtisches Klinikum der Maximalversorgung in Baden-Württemberg hat uns im September einen detaillierten Bericht über aus Kostengründen notwendige Leistungseinschränkungen gegeben. Dazu zählen u.a.:
 - Unterlassen von Routineuntersuchungen - u.a. kein Screening mehr für Neugeborene (Untersuchungen von Hüften und Nieren).
 - Die Einführung der Untersuchung des "Troponin T" wurde zurückgestellt, obwohl sie mehr Sicherheit in der Erkennung von Myocardinfarkte verspricht.
 - Wo im niedergelassenen Bereich keine Folgebehandlung mehr garantiert ist, kann in der Klinik nicht mehr mit teuren Präparaten antherapiert werden.
 2. In der letzten Sitzung der Konzertierte Aktion am 14. Dezember wurde von Vertretern der Pharma-Industrie auf bedenkliche qualitative Veränderungen in der Verabreichung von Medikamenten hingewiesen. So ging bei den Antibiotika der Umsatz der modernen nebenwirkungenmildernden Präparate um 20% zurück, während der Umsatz der älteren Präparate um 15% anstieg.
 3. Zu nennen ist hier auch die Abweisungen von Patienten, über die die Presse in den letzten Wochen mehrfach berichtet hat. Die Abweisung bzw. Weiterverweisung eines Patienten an ein anderes Krankenhaus ist im Grunde nichts Ungewöhnliches (Ein Krankenhaus kann bei Überfüllung nicht alle Patienten aufnehmen.)
Neu war in den berichteten Fällen allerdings, daß dies aus Budgetgründen geschah.
- Die Kausalkette ist klar: Wenn ein Krankenhaus trotz Verweildauerverkürzung mehr Patienten behandelt und mehr Leistungen erbringt und als Folge davon mehr Berechnungstage im Jahr hat als im Budget kal-

kuliert waren, dann erhält das Krankenhaus zwar auch für die zusätzlichen Berechnungstage den Pflegesatz, muß ihn aber im nächsten Jahr zurückzahlen. Es erwirtschaftet sich also Defizite, die sich im folgenden Jahr belastend auswirken.

Bei der Lage **muß** die Krankenhausleitung versuchen, Defizite zu vermeiden:

- Rationalisierungsreserven müssen ausgeschöpft werden.
- Das Leistungsspektrum muß überprüft werden - u.U. können bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten werden.
- Das kann so weit gehen, daß ganze Abteilungen geschlossen werden müssen.

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, für Krankenhäuser, die nachweisbar wesentliche Mehrleistungen erbracht haben, eine angemessene Finanzierungslösung zu finden, um ihre Funktionsfähigkeit nicht zu gefährden.

Die finanzielle Lage der Krankenhäuser hat sich 1993 zusätzlich durch das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur Ungültigkeit von § 4 der Abgrenzungsverordnung verschärft. Danach dürfen Instandhaltungsmaßnahmen nicht mehr von den Ländern gefördert werden. Als Folge davon konnten größere Reparaturen und Sanierungsmaßnahmen wie z.B. Dach-, Fenster-, Fassaden-, Heizungserneuerungen und teilweise auch Brandschutzaufgaben, selbst bei Androhung behördlicher Zwangsmaßnahmen, nicht mehr finanziert werden. Es handelt sich dabei - in den alten Bundesländern - um ein Volumen von ca. 500 Mio. DM, die den Krankenhäusern verloren gingen. Da die gleiche Rechtslage ab Anfang dieses Jahres auch in den neuen Bundesländern gilt, steht für das laufende Jahr ein Betrag von ca. 700 Mio. DM auf dem Spiel.

Trotz dringenden Handlungsbedarfs ist es der Politik bisher nicht gelungen, als Antwort auf dieses Urteil eine neue gesetzliche Regelung zu finden. Vielmehr haben wir bedauerlicherweise eine legislative Patt-situation: Während die Bundesregierung eine klare gesetzliche Lösung im Sinne der bisherigen Regelung (Förderung durch die Länder) anstrebt, hat sich der Bundesrat für eine Finanzierung aus zusätzlichen Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgesprochen.

Vermutlich wird erst Mitte des Jahres eine Entscheidung im Vermittlungsausschuß erfolgen, so daß zu befürchten steht, daß die Krankenhäuser auch in diesem Jahr keine Instandhaltungsmaßnahmen finanzieren können.

Zur Bilanz 1993 gehört schließlich auch die Frage, inwieweit die Krankenhäuser die im GSG enthaltene Funktionalreform - vor- und nachstationäre Behandlung und das ambulante Operieren im Krankenhaus - umgesetzt haben.

Obwohl auf der Selbstverwaltungsebene die nach den §§ 115 a und 115 b Sozialgesetzbuch (SGB) V abzuschließenden zwei- bzw. dreiseitigen Verträge erstaunlich schnell abgeschlossen werden konnten, ist die Funktionalreform - insbesondere das ambulante Operieren - nicht so recht in Schwung gekommen. Eine wesentliche Ursache liegt darin, daß die gesetzlichen Regelungen - die Pflegepersonalregelung (PPR) und die BPfIV - nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind.

Krankenhäusern, die einen Teil der bisher vollstationären operativen Leistungen in den ambulanten Operationsbereich verlagern, wird nach der PPR in Verbindung mit § 4 Abs. 3 Nr. 2 b BPfIV Pflegepersonal ersatzlos abgezogen, ohne daß die eingesparten Stellen zur erforderlichen Verstärkung im ambulanten Funktionsbereich verwendet werden können.

Dies ist mit den Intentionen des GSG-Gesetzgebers und mit der Ratio der gesetzlich festgelegten Budgetierung nicht vereinbar. Dieses Hemmnis muß deshalb schnellstens beseitigt werden. Darüber besteht Einvernehmen mit Minister Seehofer und mit dem BMG.

Aufgrund entsprechender Gespräche waren wir davon ausgegangen, daß der vom BMG im Dezember eingebrachte Entwurf eines Dienstrechts-Anpassungsgesetzes, der Aufhänger sein werde, eine entsprechende Änderung in die Wege zu leiten. Leider ist dies nicht geschehen. Die DKG hat deshalb kürzlich erneut eine schriftliche Eingabe gemacht und dies mit einem konkreten Änderungsvorschlag für § 4 Abs. 4 der BPfIV verbunden.

Als weiteres Hemmnis bei der Umsetzung des ambulanten Operierens hat sich die für den investiven Bereich getroffene Regelung erwiesen.

Nach § 4 Abs. 5 BPflV sind die Erlöse aus der Vergütung für ambulantes Operieren in voller Höhe vom Budget abzuziehen. Dem Krankenhaus stehen somit – anders als im niedergelassenen Bereich – die in den Gebührensätzen enthaltenen Investitionsanteile nicht zur Verfügung.

Um wenigstens im begrenzten Umfang aus den Gebühren Investitionen finanzieren zu können, schlägt die DKG vor, den Erlösabzug in § 4 Abs. 5 BPflV auf 90% zu begrenzen.

Die Notwendigkeit von Investitionen zur Aufnahme des ambulanten Operierens ist in den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich. Sie hängt von den vorhandenen OP-Kapazitäten und deren Ausnutzungsgrad ab. Wo die Auslastung durch stationäre Operationen hoch ist, ist u.U. die Schaffung einer zusätzlichen OP-Einrichtung erforderlich. Hinzu kommen OP-nahe Warte- und Aufwchräume, die je nach der gegebenen räumlichen Lage des OP-Traktes neu geschaffen werden müssen, soweit nicht andere vorhandene Räume entsprechend umfunktionierte werden können.

Insgesamt darf man ja nicht verkennen, daß das ambulante Operieren einen anspruchsvollen Katalog von über 400 Positionen umfaßt, die einen entsprechenden organisatorischen, personellen und zeitlichen Ablauf erforderlich machen. Es geht nicht an, einen morgens um 8 Uhr nüchtern zur ambulanten Operation einbestellten Patienten erst um 12 Uhr "dazwischenzuschieben", weil stationäre Operationen Vorrang hatten. Die Krankenhäuser müssen sich hier der Konkurrenzlage stellen und patientenfreundliche Angebote machen, wie sie auch im niedergelassenen Bereich üblich sind.

Als Hemmnis haben sich auch die für das ambulante Operieren viel zu hoch gezogenen Hygiene-Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes (BGA) erwiesen. Wir haben Beispiele dafür, daß die staatliche Gesundheitsaufsicht anhand dieser Richtlinie zusätzliche Auflagen in Höhe von ca. 1 Mio. DM für OP-Räume verlangt, die in Krankenhäusern ausschließlich für ambulantes Operieren zusätzlich geschaffen werden sollen. Hier ist dringender Handlungsbedarf gegeben, zumal es solche Richtlinien für die ambulanten Operationen im niedergelassenen Bereich nicht gibt. Es ist deshalb zu begrüßen, daß in dieser Frage DKG, KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), GKV-Spitzenverbände und das

BMG einig sind und mit dem BGA in Kontakt stehen mit dem Ziel, eine abgemilderte Richtlinie für den Bereich des ambulanten Operierens in Kürze herauszugeben.

Trotz der aufgezeigten Hemmnisse ist festzustellen, daß sich in jüngster Zeit die Meldungen mehren, daß Krankenhäuser die neuen Funktionen nach §§ 115 a und b SGB V umzusetzen beginnen. Das ermutigt zu einer positiven Prognose.

Fazit:

Das GSG hat sich in den Krankenhäusern sehr unterschiedlich ausgewirkt. Als Folge von Lastenverschiebungen sind insbesondere die Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufen betroffen.

Es besteht legislativer Handlungsbedarf, um für Krankenhäuser, die nachweisbar wesentliche Mehrleistungen erbracht haben, eine angemessene Finanzierungslösung zu finden.

Legislative Korrekturen sind auch erforderlich, um bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung der §§ 115 a und b SGB V auszuräumen und die Funktionalreform in den Krankenhäusern in Schwung zu bringen.

Ein Jahr Gesundheitsstrukturgesetz – Bilanz und Perspektiven aus der Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie und Arzneimittelhersteller

1. Ausgangssituation

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1988 hat die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung nur vorübergehend stabilisiert. Einsparungen hat es durch das GRG fast ausschließlich im Arzneimittelsektor gegeben, wo ca. 1,5 Mrd. DM pro Jahr über Festbeträge eingespart werden. Diese Einsparungen gingen und gehen vor allem zu Lasten der Originalanbieter und damit der forschenden pharmazeutischen Hersteller.

Auch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat an der politischen Tradition der überproportionalen Belastung des Arzneimittelsektors im Vergleich zu allen anderen Leistungssektoren grundsätzlich festgehalten.

Bei einer Defiziterwartung der Gesetzlichen Krankenversicherung von ca. 11 Mrd. DM für 1992 sollten im Rahmen einer Sofortbremsung alle am Gesundheitswesen beteiligten Parteien einen fairen Beitrag zum Defizitausgleich leisten. Dabei sollten 3 Mrd. DM von den Versicherten und 8 Mrd. DM durch die Leistungserbringer aufgebracht werden. Der Beitrag des Arzneimittelsektors wurde auf 20% festgelegt d.h. jeweils ca. 1,5 Mrd. DM für die Jahre 1993 und 1994 (vgl. Schaubild 1).

Die notwendigen Einsparungen im Arzneimittelsektor sollten durch Maßnahmen der Sofortbremsung (Budgetierung, Preisabsenkung und Preismoratorium) und strukturelle Maßnahmen (neue Selbstbeteiligungsregelungen, Erleichterung der Festbeträge, Richtgrößen, Positivliste, Arzneimittel-Institut) erzielt werden.

Zielsetzung des GSG

Situation Ende '92: Defiziterwartung der Gesetzlichen Krankenkassen von ca. 11 Mrd. DM für 1992

- ⇧ **kurzfristig: Defizitausgleich, "Sofortbremsung"**
 - Alle am Gesundheitswesen beteiligten Parteien sollten ihren fairen Beitrag zum Defizitausgleich leisten
 - 3 Mrd. DM die Versicherten
 - 8 Mrd. DM die Leistungserbringer
 - Der Beitrag des Arzneimittelsektors wurde auf 20 % festgelegt, d.h. jeweils ca. 1, 5 Mrd. DM für die Jahre 1993 und 1994.
- ⇧ **langfristig: Strukturmaßnahmen**
 - Neuabgrenzung von Solidarität und Subsidiarität
 - Organisationsreform der GKV

2. Ein Jahr GSG: Bilanz aus Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie

2.1 Überproportionale Belastung des Arzneimittelsektors

Die Ausgabenstabilisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den ersten drei Quartalen des Jahres 1993 ist überwiegend durch zwei Sektoren realisiert worden. Abgesehen vom Zahnersatzbereich hat vor allem der Arzneimittelsektor den Rückgang der GKV-Ausgaben bewirkt. Während der Krankenhausesektor und die ärztliche Behandlung weiterhin steigende Veränderungsraten aufweisen, sind die Arzneimittelausgaben um 19,1% gesunken (vgl. Schaubild 2).

Schon jetzt ist absehbar, daß das Arzneimittelbudget von 24 Mrd. DM um bis zu 3 Mrd. DM unterschritten wird (vgl. Schaubild 3) und daß die Einsparungen gegenüber 1992 ca. 6 Mrd. DM sein werden, so daß die Einsparleistung des Arzneimittelsektors erheblich über dem vorgesehenen Sparbeitrag der Pharmaindustrie hinausgeht.

2.2 Umsatzrückgänge gehen vor allem zu Lasten der forschenden Originalanbieter

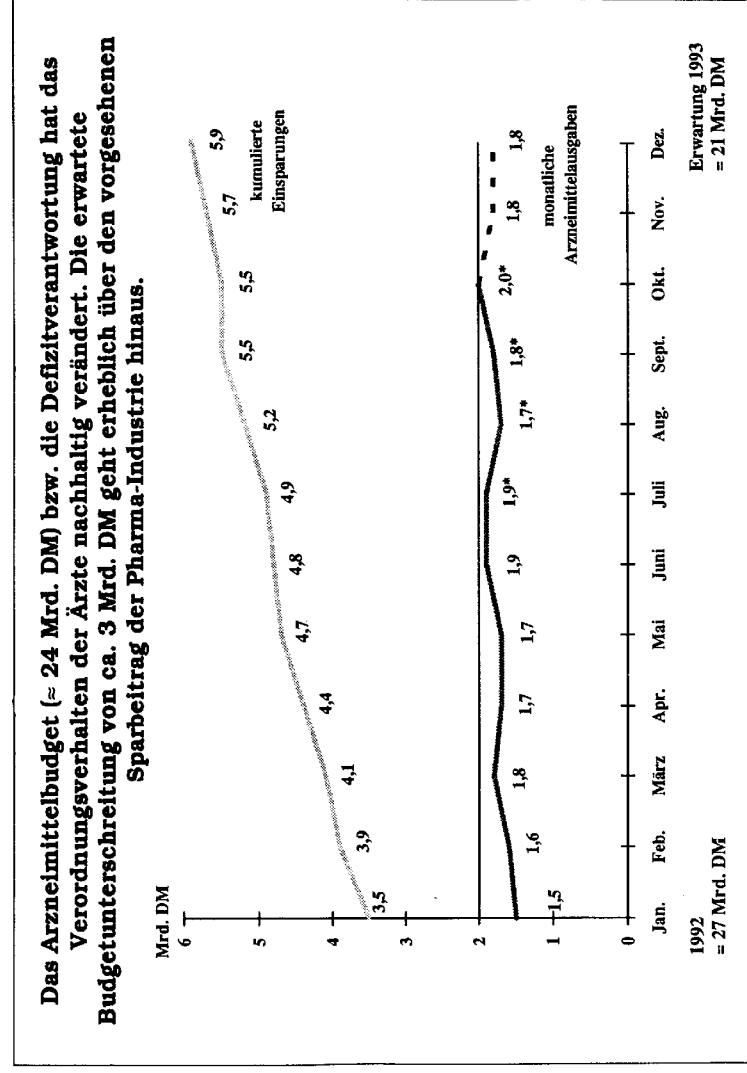
Die faktischen Auswirkungen des GSG haben nicht nur die ohnehin überproportionale Belastung des Arzneimittelsektors nochmals erhöht, sondern sie wirken auch innerhalb der Branche sehr unterschiedlich und nicht wettbewerbsneutral.

Nach Auswertung der Marktergebnisse der ersten neun Monate 1993 wird deutlich, daß die Generika-Hersteller von den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen stark profitieren konnten, während die forschenden Arzneimittelhersteller zweistellige Umsatzeinbußen hinnehmen mußten (vgl. Schaubild 4). Das GSG wirkt nicht wettbewerbsneutral, sondern bevorzugt einseitig die Generika-Hersteller zu Lasten der forschenden Arzneimittelindustrie.

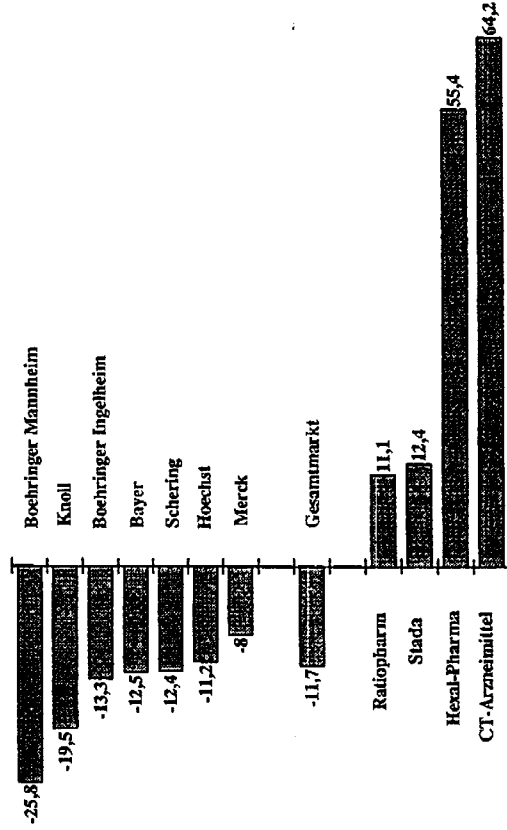
Die Entwicklung im I. bis III. Quartal 1993 zeigt auf, daß das GSG die Lasten unterschiedlich verteilt. Die Einsparleistung des Arzneimittelbereichs geht über den vereinbarten Rahmen hinaus.

	Ausgaben 1992 Mrd. DM	Anteil an Gesamtausgaben	Veränderungen 1992 gegenüber 1991	Veränderung je Mitglied I. - III. Quartal 1993	Einsparprognose für 1993 Mrd. DM
Krankenhaus	54,0	30,6 %	10,3 %	4,4 %	-
Ärztl. Behandlung	29,1	16,5 %	8,8 %	2,2 %	-
Arzneimittel	27,0	15,3 %	10,6 %	19,1 %	6,0 (- 22,2 % VI.)
			$\Sigma + 10,9 \%$	$\Sigma - 1,5 \%$	

Schaubild 3



**Das GSG verteilt die Lasten unterschiedlich:
Alle forschenden Arzneimittelhersteller mußten in den ersten
9 Monaten 1993 in Deutschland (ABL) deutliche Umsatzeinbußen
hinnehmen. Gewinner sind die Generikahersteller.**



2.3 Deutliche Hinweise auf Qualitätsverschlechterungen in der Arzneimittelversorgung

Das Arzneimittelbudget hat im wesentlichen zwei Effekte bewirkt. Auf der einen Seite hat es sinnvolle Einsparungen bei Arzneimitteln für leichtere Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen gebracht. So ist beispielsweise die Menge von systemischen Venenmitteln in den ersten elf Monaten des Jahres 1993 um 23% zurückgegangen.

Auf der anderen Seite gibt es deutliche Hinweise auf eine Verschlechterung des therapeutischen Standards durch Nichtverordnung innovativer Arzneimittel und den Übergang zu älteren und überholten Therapieprinzipien.

So stehen beispielsweise in der Antibiotika-Therapie den deutlichen Rückgängen von Fluorchinolonen und Cephalosporinen hohe Steigerungen in der Anwendung von älteren Antibiotika wie Tetracyklinen und anderen gegenüber (vgl. Schaubild 5).

Die Ersatzkassenverbände äußerten daher in ihrem Pressegespräch am 23. Dez. 1993 die wachsende Sorge, ... "daß auch an Arzneimitteln gespart wurde, die der optimalen Versorgung der Versicherten dienen: Es mehren sich z.B. die Hinweise darauf, daß vielfach allein unter Preisgesichtspunkten solche Antibiotika angewendet werden, die bei den jeweiligen Infektionen bekanntermaßen hohe Resistenzraten aufweisen. Mögliche Folge: Die Infektion wird nicht richtig ausgeheilt, es kommt zu neuen Erkrankungen. Ein zweites Beispiel: In der Therapie des zu hohen Blutdrucks werden wieder vermehrt die kostengünstigen Mittel mit dem Wirkstoff Reserpin eingesetzt. Mögliche Folge: Bei der Verwendung erhöhter Dosierungen mit diesem Mittel können insbesondere bei älteren Menschen Depressionen ausgelöst werden. Ein drittes Beispiel: Die relativ teuren, aber nebenwirkungsarmen Cortison-haltigen Asthma-Sprays werden ersetzt durch Cortisontabletten. Mögliche Folge: Eine größere Anzahl an Nebenwirkungen, eine nicht ausreichende Wirkung bei Asthmaanfällen und eine Notfallbehandlung in der Krankenhausambulanz".

Das Arzneimittelbudget hat zwei Effekte. Sinnvolle Einsparungen bei Arzneimitteln für leichte Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen. Verschlechterung des therapeutischen Standards durch Nichtverordnung innovativer Arzneimittel.

	1992 ¹⁾	1. - 11.93 ¹⁾
ACE-Hemmer	+ 23	+ 3
Calcium-Antagonisten	+ 2	- 4
Betablocker	+ 2	- 3
Tetracycline	- 13	+ 10
Co-trimoxazol	- 2	+ 6
Fluorchinolone	+ 11	- 9
Cephalosporine	+ 30	- 13
Orale Antidiabetika	+ 6	± 0
Systemische Antirheumatika	± 0	- 7
Externe Antirheumatika	± 0	- 14
Durchblutungsfördernde Mittel	+ 2	- 21
Cerebroaktivatoren	- 7	- 24
Systemische Venenmittel	- 1	- 23
Externe Venenmittel	- 4	- 18

¹⁾ Veränderung gegenüber Vorjahr (Menge)

2.4 Ausweichstrategien bei der Budgetierung

Nach einer Untersuchung von Prof. Dr. Graf von der Schulenburg wurden in den ersten sieben Monaten des vergangenen Jahres Patienten häufiger in das Krankenhaus ein- oder an Fachärzte überwiesen, als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Die relative Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen ist um 10%, die der Überweisungen um 9% gestiegen. In harten Indikationen werden diese Zahlen erheblich überschritten. Eine Hochrechnung zeigt, daß ein Teil der seit Anfang 1993 erzielten "Einsparungen" im Arzneimittelbereich durch Mehrkosten (direkte und indirekte Kosten) aufgezehrt wird. Darüber hinaus gibt es Anzeichen für unterschiedliche Tendenzen zwischen der Behandlung von Kassen- und Privatpatienten.

Der Marburger Bund listet in einer anlässlich der Sitzung der Konzierten Aktion am 14.12.1993 erstellten Dokumentation verschiedene Krankenhausstrategien gegen das GSG auf. Bei diesen Strategien wird nicht nur aus Kostengründen auf Präparate mit stärkeren Nebenwirkungen ausgewichen, sondern es werden auch dezidierte Strategien zur Verschiebung "teurer" Patienten an andere Häuser oder Versorgungsstufen aufgezeigt.

Fazit nach einem Jahr GSG: Die Stabilisierung der Ausgaben der GKV wird durch eine überproportionale Belastung des Arzneimittelsektors und insbesondere der forschenden Arzneimittelhersteller realisiert. Es gibt deutliche Hinweise auf Qualitätsverschlechterungen in der Arzneimittelversorgung. Gleichzeitig mehren sich die Anzeichen für Ausweichstrategien bei der Budgetierung, die zu Mehrkosten in anderen Bereichen führen.

3. Perspektiven aus Sicht der forschenden Arzneimittelhersteller

3.1 Standort Deutschland sichern und ausbauen

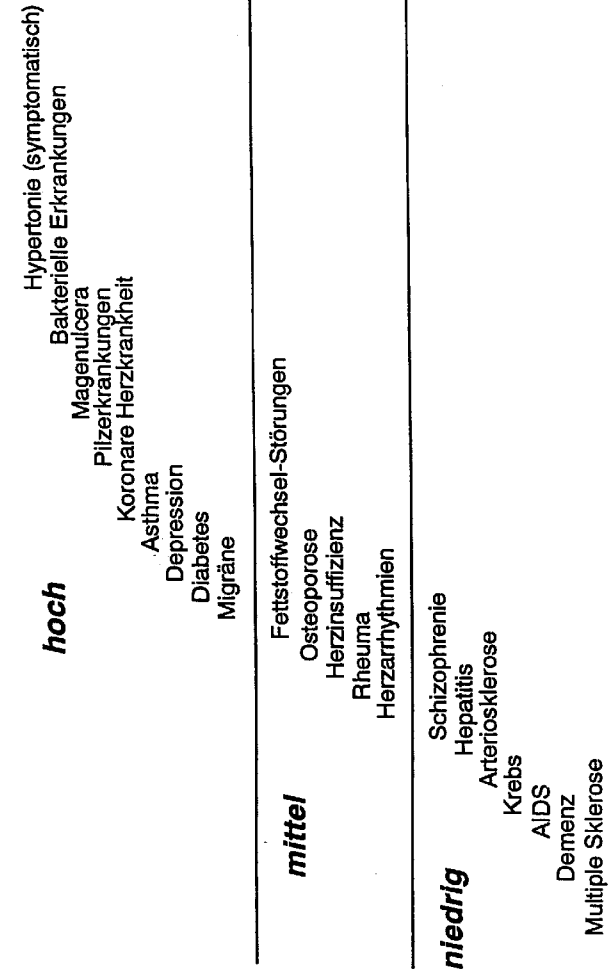
Die deutsche forschende Arzneimittelindustrie hat in der Vergangenheit entscheidende Beiträge zum medizinischen Fortschritt geleistet. Im High-Tech-Bereich "Arzneimittelforschung" galt Deutschland früher als "Apotheke der Welt". Auch in der Zukunft steht die Arzneimittelforschung vor gewaltigen Herausforderungen. Bei Krebs, Aids und Multipler Sklerose ist der therapeutische Standard noch niedrig und es sind verstärkte Forschungsanstrengungen notwendig, um den betroffenen Menschen zu helfen (vgl. Schaubild 6).

Die Standortvoraussetzungen für die forschende Arzneimittelindustrie haben sich allerdings in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Ein heute eingeführtes Arzneimittel hat bei der Zulassung bereits acht Gesundheitsreformen erlebt und überlebt. Die Erforschung eines Medikaments erfordert Investitionsentscheidungen und langfristige Kapitalbindungen von 8 bis 12 Jahren. Die ständigen Interventionen der Gesundheitspolitik der letzten Jahre belasten die risikoreiche Pharmaforschung, weil unklar ist, auf welchen "Markt" das zugelassene Arzneimittel einmal treffen wird (vgl. Schaubild 7).

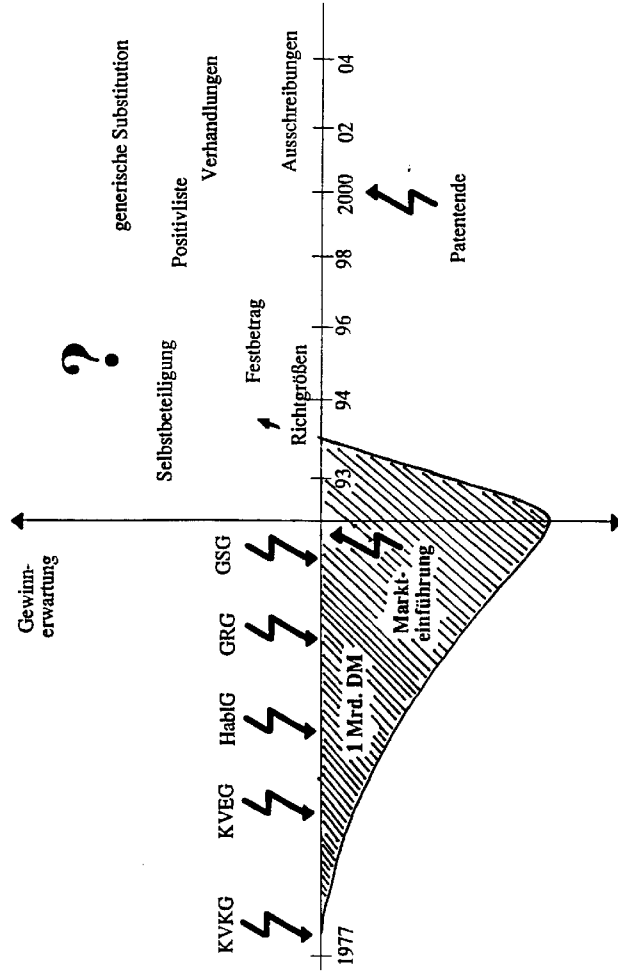
Der Industrienation Deutschland kann es nicht egal sein, ob Fortschritte in der Arzneimitteltherapie aus Deutschland oder einem anderen Land in der Welt kommen. Die forschende pharmazeutische Industrie ist eine der wenigen noch verbliebenen High-Tech-Industrien in Deutschland, die ohne staatliche Subventionen wettbewerbsfähig ist und zukunftsorientierte Arbeitsplätze anbietet. Die deutsche Arzneimittelindustrie exportierte 1992 Arzneimittel für ca. 13 Mrd. DM und erzielte einen Exportüberschuß von fast 5 Mrd. DM. Die Sicherung des Pharmastandortes Deutschland ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller gesellschaftspolitischen Gruppen.

Schaubild 6

Therapeutischer Standard wichtiger Krankheiten



Diese politischen Unsicherheiten belasten die riskoreiche Pharmaforschung unangemessen, da nicht bekannt ist, auf welchen "Markt" das zugelassene neue Arzneimittel dann trifft.

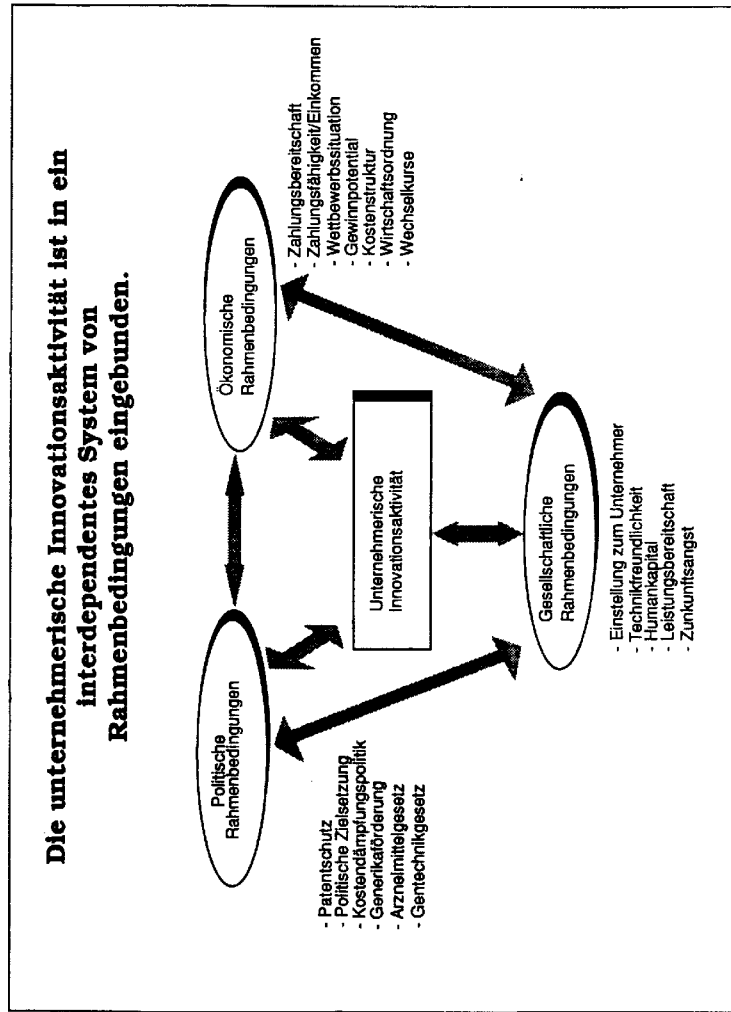


3.2 Innovationsfreundliche, politische, ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen schaffen

Für eine erfolgreiche Arzneimittelforschung sind innovationsfreundliche, politische, ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen unerlässlich (vgl. Schaubild 8). Abgesehen von den kaum kalkulierbaren politischen Rahmenbedingungen ist bei dem in Deutschland herrschenden gesellschaftlichen Klima die Technologiefreundlichkeit besonders ausgeprägt. Technologiefreundlichkeit paart sich nicht selten mit emotionaler Zukunftsangst. Kritische Haltung zum Unternehmertum, zur Leistungsbereitschaft und zur marktwirtschaftlichen Wirtschaftsordnung sind weitere Aspekte. Auch auf diesen Feldern ist Handlungsbedarf gegeben. Forschung und insbesondere Arzneimittelforschung braucht innovationsfreundliche, politische, gesellschaftliche und ökonomische Rahmenbedingungen. Diese Komponenten lassen sich nur längerfristig beeinflussen und ändern. Industrie, Politik und jeder Einzelne muß dazu seinen Beitrag leisten.

4. Notwendige Kurskorrekturen

Aus Sicht der forschenden pharmazeutischen Industrie sind Kurskorrekturen notwendig, um den Pharmastandort Deutschland zu sichern und auszubauen. Die eindimensionale Betrachtung des Arzneimittelsektors als Kostenfaktor muß überwunden werden. Der Standort Deutschland darf nicht dem Ressortdenken einzelner Ministerien geopfert werden. Gesundheits-, wirtschafts- und forschungspolitische Aspekte müssen gleichermaßen beachtet werden. Für die forschende Arzneimittelindustrie kommt es zunächst vor allem darauf an, langfristig kalkulierbare Rahmenbedingungen zu erhalten. Innovationsfreundliche, ökonomische, politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind der Garant für erfolgreiche Pharmaforschung.



Im Rahmen der Weiterentwicklung der GKV kommt es darauf an, die Marktregulierungen abzubauen und eine Intensivierung des Preis-, Produkt- und Qualitätswettbewerbs einzuführen. Die einseitige Festlegung von Festbeträgen durch das Nachfragemonopol der GKV paßt nicht in eine wettbewerbliche Krankenversicherung. Nicht GKV-erstattungsfähige Sortimente dürfen keinerlei Preis- oder Mengenregulierungen unterliegen. Eine nach Indikationen gestaffelte Selbstbeteiligung wirkt kostendämpfend und stärkt gleichzeitig die Eigenverantwortung der Patienten.

Kurzfristig ist es notwendig, das gesetzlich verordnete Preis moratorium aufzuheben. Die von der pharmazeutischen Industrie eingeforderten Einsparpotentiale im Rahmen des GSG sind bereits 1993 deutlich übererfüllt worden. Bei den jetzt erzielten Mehreinsparungen ist die Fortführung der Preisabschläge ordnungspolitisch nicht mehr zu rechtfertigen und unverhältnismäßig. Bei der anstehenden Überprüfung der Erforderlichkeit der Preisabschläge sollten diese aufgehoben werden.

Auch die Festbeträge müssen dynamisiert und angehoben werden. Die seit 1989 festgelegten Festbeträge sind seit Jahren unverändert geblieben, obwohl die Lohnkosten und die Inflationsrate seit dieser Zeit zweistellig angestiegen sind. Keinem Industriezweig kann auf Dauer zugemutet werden, steigende Kosten ohne Erhöhung der Preise zu akzeptieren.

Bei der Umsetzung der anstehenden Richtgrößenvereinbarungen müssen stärker qualitative Gesichtspunkte Eingang finden. Durch besondere Regelungen ist auch sicherzustellen, daß die Vertragsärzte weiterhin auch innovative Arzneimittel verordnen können.

5. Fazit

1. Das GSG belastet den Arzneimittelsektor und die forschenden Arzneimittelhersteller überproportional.
2. Das GSG führt zunehmend zu Qualitätsproblemen in der Arzneimittelversorgung und zu unnötigen Verschiebungsmaßnahmen.

3. Arzneimittelforschung erfordert positive gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen.
4. Bei der Weiterentwicklung der GKV muß die Komplexität der Vernetzung zwischen Gesundheits-, Wirtschafts- und Forschungspolitik stärker beachtet werden. Eindimensionale Entscheidungen werden dem Produktions- und Forschungsstandort Deutschland nicht gerecht.

Wolfgang Schmeinck

Bilanz und Perspektiven in der Arzneimittelversorgung

1. Ausgabenentwicklung

Dem Arzneimittelbereich ist bei den letzten beiden Reformen des Gesundheitswesens jeweils die Rolle zugefallen, die finanziellen Reformwirkungen jeweils sehr frühzeitig aufzuzeigen. Das galt bezüglich des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) hinsichtlich der Marktdurchdringung mit Festbeträgen; dies gilt für das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Hinblick auf die Wirkung insbesondere des Arzneimittelbudgets. Bezüglich des GSG gilt, daß diejenigen seiner Instrumente, die als Sofort- und Notmaßnahmen gedacht waren (insbesondere Budget- und Preismoratorium), im Jahre 1993 bereits erhebliche Wirkung entfaltet haben, während die strukturellen Instrumente, die diese Sofortmaßnahmen möglicherweise demnächst ablösen sollen, offenbar schwerer zu handhaben sind; zumindest wird für die erforderlichen Absprachen in den Selbstverwaltungssystemen (z.B. für Richtgrößen oder für Verträge mit den Apothekern gemäß § 300 SGB V/Sozialgesetzbuch) nicht unerheblich Zeit benötigt.

1.1 Alte Bundesländer

Rechnet man die Ergebnisse der drei Quartale des Jahres 1993 auf das Gesamtjahr hoch, kommt man für die alten Bundesländer zu einem Jahresergebnis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1993 von rd. 21,7 Milliarden DM. Dem steht ein Arzneimittelbudget von 23,9 Milliarden DM gegenüber. Nachdem es im Jahr 1992 noch ein Rekordniveau von 26,8 Milliarden DM an Arzneimittelausgaben in den alten Bundesländern gegeben hatte, ist dies eine aus Sicht der Kassen positive Entwicklung.

Von Verordnungsrückgängen zwischen 30% und 40% waren Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit betroffen, insbesondere durchblu-

tungsfördernde Mittel, Venentherapeutika sowie Mineralstoff- und Vitaminpräparate.

Bei Arzneimitteln von lebenswichtiger Bedeutung für den Versicherten sind derartige Verordnungsrückgänge nicht zu verzeichnen; die Verordnung von Antibiotika und Chemotherapeutika hat beispielsweise in den ersten drei Quartalen des Jahres 1993 um 5,3% zugenommen, die der Schilddrüsentherapeutika um 3%.

Die Kassen vertreten die Auffassung, daß die Vertragsärzte zumindest insgesamt rational, d.h. differenziert und medizinisch begründet auf die veränderten Rahmenbedingungen reagiert haben. Dessen ungeachtet haben insbesondere im ersten Quartal 1993 viele Versicherten subjektiv eine Beeinträchtigung in der Qualität der Arzneimittelversorgung empfunden.

Die durch das Budget induzierte preisbewußte Ordnungsweise der Ärzte kam vor allem dem Generikamarkt zugute. Es traten auch stabilisierende Wirkungen durch Nachgeben der Preise von Originalpräparaten ein. Hierzu haben sicherlich das Preismoratorium und die Festbeträge beigetragen. Für das Jahr 1993 weist der GKV-Arzneimittelindex für den Festbetragsmarkt eine Preisentwicklung von -4,2% und für den Nichtfestbetragsmarkt eine solche von -3,7% aus; für den Gesamtmarkt bedeutet dies eine Absenkung der Preiskomponente um 3,9%.

1.2 Neue Bundesländer

Eine Sonderentwicklung kennzeichnet den Arzneimittelmarkt in den neuen Bundesländern. Auch hier kam es nach einer Steigerungsrate zum Vorjahr von 36% im Jahre 1992 mit 5,5 Mrd. DM zu einem Ausgabenhöchststand. Dieses Niveau wäre ohne die in den neuen Bundesländern geltende Abschlagsregelung von 22% (§ 311a SGB V) mit einem Entlastungsvolumen von rund 1,5 Mrd. DM noch übertroffen worden. Bedenklich ist auch der hohe Arzneimittelverbrauch. Er nahm nach definierten Tagesdosen 1992 zu 1991 um 28,6% zu und übertraf damit die Pro-Kopf-Werte der Westländer um 10%. Der Ausgabenunterschied pro Behandlungsfall geht noch darüber hinaus, da die Ost-

Versicherten im Durchschnitt weniger oft zum Arzt gehen als die West-Versicherten.

In der ersten Jahreshälfte 1993 sind die Arzneimittelausgaben zunächst um 4,3% zurückgegangen. Dieser Rückgang beruht offenkundig auf Vorzieheffekten im Jahre 1992 und zurückhaltender Ordnungsweise aufgrund der Signalwirkung des GSG, obwohl Arzneimittelbudgets in den neuen Bundesländern erst ab 1994 zu vereinbaren sind.

Zum 01.07.1993 hat der Bundesminister für Gesundheit den von den pharmazeutischen Unternehmern, dem Großhandel und den Apotheken zu leistenden Rechnungsabschlag für Arzneimittel ausgesetzt. Der Wegfall dieses Rechnungsabschlages in Höhe von zuletzt 20% belastet die Krankenkassen und erzwingt höhere Beiträge.

Da der Abschlag für das Restjahr 1993 ausgesetzt blieb und von Vorzieheffekten wegen der ab dem 01.01.1994 geltenden Regionalbudgets Ost ausgegangen werden muß, ist für das Jahr 1993 mit GKV-Ausgaben für Arzneimittel von 6,2 Mrd. DM (+11,9%) zu rechnen.

2. Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung

Für die weitere Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung sind vor allem folgende Maßnahmen anzugehen:

- Weiterentwicklung des Ordnungs-Informationssystems
- Information und pharmakologische Beratung der Ärzte
- Erarbeitung indikations- bzw. stoffgruppenbezogener Richtgrößen
- Weiterentwicklung der Arzneimittelrichtlinien.

2.1 Weiterentwicklung des Ordnungs-Informationssystems

Durch die Vereinbarung eines maschinenlesbaren Ordnungsblattes haben Ärzte und Krankenkassen die Voraussetzung für die Einführung

maschinelles Abrechnungsverfahren für Arzneimittel geschaffen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben den Deutschen Apothekerverband erneut aufgefordert, nunmehr die maschinelle Auftragung des bundeseinheitlichen Arzneimittelkennzeichens auf das Verordnungsblatt (§ 300 Abs. 1 und 3 SGB V) ab dem 01.01.1994 zu gewährleisten. Dies ist eine unverzichtbare Voraussetzung dafür, daß der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung die Ausgaben für Arzneimittel arztbezogen übermittelt, die Verordnungsentwicklung im Budgetzeitraum zeitnah beobachtet und indikationsbezogene Richtgrößen vereinbart werden können (§§ 84 Abs. 2 und 3, 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 296 Abs. 3 SGB V).

Bereits mit dem Gesundheits-Reformgesetz 1989 hat der Gesetzgeber die Apotheken verpflichtet, die Pharmazentralnummer auf das Rezept aufzutragen. Diese gesetzliche Regelung konnte bis heute nicht umgesetzt werden. Die Verhandlungen, die sich in einem Schlußstadium befinden, kaprizieren sich im wesentlichen noch auf die Vergütung für eine technisch komfortable Umsetzung des gesetzlichen Auftrags. Dies würde bedeuten, daß die Pharmazentralnummer nicht nur – wie im Gesetz vorgeschrieben – "maschinenlesbar", sondern tatsächlich "maschinell" lesbar ist. Ohne die Auftragung sind qualifizierte Informationssysteme zu vertretbaren Kosten aber nicht realisierbar. Angesichts eines Angebotes von über 50.000 verschiedenen Arzneimitteln und angesichts von über 700 Mio. Verordnungen jährlich steht ein anderer Weg nicht offen. Jede weitere Blockade würde auch Ärzte und Krankenkassen daran hindern, ihren gesetzlichen Aufgaben nachzukommen.

Mit dem Ziel der Einführung moderner Technik in den Apotheken haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Deutschen Apothekerverband über die Auftragung der Pharmazentralnummer einen Vertrag nach § 300 SGB V verhandelt. Ab 1995 ist es den Krankenkassen gesetzlich unmöglich, Rezepte ohne die Pharmazentralnummer zur Abrechnung anzunehmen. Nachdem die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Deutschen Apothekerverband im Jahre 1993 einen neuen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung vereinbaren konnten, muß eine partnerschaftliche Verständigung nun auch für die Auftragung der Pharmazentralnummer erreicht werden.

2.2 Information und pharmakologische Beratung der Ärzte

Gerade unter einem Budget könnte die Qualität der Versorgung gefährdet sein. Unter anderem und gerade deshalb sind sich Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung über die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus eines Informations- und Beratungsservices für die verordnenden Ärzte einig. Im Sinne der Regel "Beratung vor Regreß" bedarf es vor allen Dingen des Ausbaus hinreichender und auch hinreichend qualifizierter Beratungskapazitäten im Sinne des § 106 SGB V.

2.3 Erarbeitung indikations- bzw. stoffgruppenbezogener Richtgrößen

Aus verschiedenen Gründen ist für das Jahr 1993 von der Möglichkeit, Richtgrößen zu bilden, kein Gebrauch gemacht worden. Dies mag bezüglich der Ärzteschaft damit zu tun haben, daß das Unterschreiten des Budgets 1993 frühzeitig erkennbar war und somit nicht zu befürchten stand, daß die Ärzteschaft finanziell in die Pflicht genommen werden mußte. Für die Möglichkeit, mit Hilfe von Richtgrößen verursachergerecht auf den einzelnen Arzt bezogen Budgetüberschreitungen zu finanzieren, bestand 1993 offenbar wenig bzw. gar kein Bedarf. Dies könnte für das laufende Jahr 1994 bereits anders aussehen. In diesem Jahr können Richtgrößen ergänzend zu dem KV-spezifischen Arzneimittelbudget vereinbart werden, um Grundlagen für eine gezielte Pharmakotherapie-Beratung des Arztes zu schaffen und ggfs. einen Überschreibungsbetrag verursachergerecht ausgleichen zu können. Für diese Richtgrößen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung empfohlen, daß ein Ausgleich in der Höhe fest gestellter Budgetüberschreitungen durch die Ärzte erfolgt, die – ohne daß Praxisbesonderheiten nachgewiesen werden können – zu dieser Überschreitung am meisten beigetragen haben. Die gesetzlich festgelegten Vomhundertsätze des § 106 Abs. 5 a SGB V stehen in diesem Fall als Kriterien für die gezielte Beratung zur Verfügung.

Im Jahre 1994 sind im Vertragsgebiet Ost Budgets für Arzneimittel erstmalig zu vereinbaren. Dabei ist zwischen den Landesverbänden der

Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen im Vertragsgebiet Ost andererseits Einvernehmen über die Höhe der Ausgangsbudgets herzustellen.

Für das Vertragsgebiet West wird 1994 ein Übergang von KV-übergreifenden zu KV-spezifischen Budgets erfolgen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben inzwischen Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die rechnerischen, KV-spezifischen Budgets für Arzneimittel des Jahres 1993 erzielt.

Hinsichtlich der Vereinbarung KV-spezifischer Budgets für das Jahr 1994 soll bei der Beurteilung von Wirtschaftlichkeitsreserven vom Budgetbetrag des Jahres 1993 ausgegangen werden und nicht von den tatsächlichen Ausgaben. Damit ist auch der Differenzbetrag nicht unbedingt als Wirtschaftlichkeitsreserve anzusehen.

Für die Budgetzeiträume ab dem Jahre 1995 streben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Bundesempfehlung mit Rahmen- und Strukturvorgaben für indikations- bzw. stoffgruppenbezogene Richtgrößen an. Dabei sollen für in der ambulanten ärztlichen Versorgung "unverzichtbare" Arzneimittel, die auch eine regelmäßige Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten begründen, besondere Regelungen getroffen werden. Innerhalb von differenzierten Richtgrößen wird weiterhin eine Unterscheidung zwischen "unumstrittenen" und "sonstigen" ("darüber hinaus verordnungsfähigen bzw. begründungspflichtigen") Arzneimitteln angestrebt.

2.4 Weiterentwicklung der Arzneimittelrichtlinien

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat eine Neufassung der Arzneimittelrichtlinien beschlossen, die zum 01.01.1994 in Kraft trat. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen davon aus, daß die für Richtgrößen ab dem Jahre 1995 angestrebte Unterscheidung zwischen "unverzichtbaren" und "unumstrittenen" bzw. "sonstigen" Arzneimitteln nicht im vollen Umfang durch die Liste der verordnungsfähigen Arzneimitteln nach § 34 a SGB V ("Positivliste" des neuen Instituts "Arzneimittel in der Krankenversicherung") entbehrlich wird. Sie stimmen darin überein, daß

diese Unterscheidung auch im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V zur Geltung gebracht werden soll. Es besteht Einvernehmen, daß zur sachgerechten Auswahl und Verordnung von Arzneimitteln ein aufeinander abgestimmtes Konzept von Richtlinien, Richtgrößen und Zuzahlungen gehört.

3. Änderung des Zuzahlungssystems

Die Regelung für die Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln ist seit dem GRG nun zum vierten Mal geändert worden. Die folgende Tabelle zeigt die Änderungen der Zuzahlungsregelung seit 1988 am Beispiel von Euglucon:

Fertigarzneimittel Anwendungsgebiet Darreichungsform		Euglucon orale Antidiabetika 120 Tabletten zu 3,5 mg	
Zuzahlung am	Apotheken- abgabepreis	Festbetrag	Zuzahlungs- betrag
31.12.1988	37,40	-	2,00
01.01.1989	37,40	-	3,00
01.09.1989	27,65	27,65	0,00
01.01.1993	27,90	27,66	3,24
01.01.1994	27,90	27,66	5,24

Bei der für das Jahr 1993 geltenden Regelung wurde die Zuzahlung für Arzneimittel durch Koppelung an den Apothekenabgabepreis (3,-- DM bei Arzneimitteln bis 30,-- DM, 5,-- DM bei Arzneimitteln bis 50,-- DM und 7,-- DM bei Arzneimitteln über 50,-- DM) erhöht und zudem auf die bisher zuzahlungsfreien Festbetragsmedikamente ausgeweitet. Dies bedeutet für die Versicherten eine Belastung in Höhe

von 2,3 Milliarden DM im Jahr 1993. Besonders betroffen sind die auf eine Dauertherapie angewiesenen chronisch Kranken.

Ab 1994 ist die Zuzahlung nunmehr auf Packungsgrößen bezogen worden. Die Verwirrung unter den Versicherten ist im Moment groß, weil die Allgemeinverständlichkeit des neuen Verfahrens sehr zu wünschen übrig läßt. Der Kern des neuen Zuzahlungsverfahrens liegt in der Aufteilung aller am Markt verfügbaren Arzneimittelpackungen in drei Kategorien (N1 – kleine Packung, N2 – mittlere Packung, N3 – große Packung). Diese Zuordnung ist im Sommer letzten Jahres vom Bundesgesundheitsministerium in einer Packungsgrößenverordnung vorgenommen worden. Diese Verordnung war zwischen Ministerium und Kassen nicht unumstritten. Die Kassen haben sich insbesondere gegen die zusätzliche Zuzahlungsbelastung der Versicherten in der Größenordnung von 600–700 Millionen DM gewandt, die durch diese erneute Umstellung entsteht. Dies deshalb, weil die Kategorisierung N1 bis N3 mehr mittlere und große Packungen definiert als es zuvor nach der 1993 geltenden Regelung mittlere und hohe Packungspreise gegeben hat.

Die Zuzahlung der Versicherten im Arzneimittelbereich beträgt einschließlich der bereits erwähnten 2,3 Milliarden DM damit insgesamt rd. 3 Milliarden DM für das laufende Jahr oder 10% der gesamten Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hierin sind die zu Lasten der Kassen nicht ordnungsfähigen Arzneimittel noch gar nicht eingerechnet. (Modellrechnungen auf der Ausgabenbasis '92 und gleiches Ordnungsverhalten (*ceteris paribus*) vorausgesetzt).

Unabhängig von den Schwierigkeiten, das neue Zuzahlungssystem allgemein verständlich zu erläutern, dürfte es grundsätzlich gerechter sein als das preisbezogene Differenzierungsverfahren des Jahres 1993. Auf die verordnete Packungsgröße haben der Versicherte bzw. sein Arzt wenigstens noch einen gewissen Einfluß, der sich dann in der Höhe der Zuzahlung widerspiegeln mag – auf die Arzneimittelpreise haben sie einen solchen Einfluß zweifellos nicht.

4. Schlußbemerkung

Wenn auch bei näherem Hinsehen die Trennlinien nicht immer scharf zu ziehen sind, so gehören die Instrumente des GSG – zumindest im Arzneimittelbereich – in die Kategorie "Rationalisierung" und noch nicht in die Kategorie "Rationierung". Dies gilt zumindest dann und so lange, bis sich – was ich nicht hoffe – vielleicht doch herausstellt, daß durch das veränderte Ordnungsverhalten der Ärzte Qualitätseinbußen in der Versorgung entstanden sind.

Es hat den Anschein, daß der Spielraum für solche Rationalisierungsinterventionen zumindest im Arzneimittelsektor noch nicht ausgeschöpft ist. Im internationalen Vergleich fällt auf, daß in Deutschland jeder Arztbesuch im Durchschnitt mit einer Arzneimittelverordnung verbunden ist. In den Niederlanden erhält der Patient nur bei jeder zweiten Konsultation ein Rezept, obwohl die Zahl der Arztbesuche dort deutlich niedriger ist. Entsprechend lag der Pro-Kopf-Verbrauch an Arzneimitteln 1990 in den Niederlanden bei 261,-- DM, in Deutschland bei rd. 505,-- DM. Selbst wenn man die niederländischen Verhältnisse nicht zum Maß aller Dinge macht, wird deutlich, daß die Wirkungen des GSG diesen Unterschied im Ordnungsverhalten bisher nur zu einem Bruchteil haben kompensieren können.

Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung

Birgit Ganz-Rathmann, Staatssekretärin, Niedersächsisches Sozialministerium

Klaus Kirschner, MdB, Bonn

Peter König, Forschungsinstitut, Abteilung Arbeits- und Sozialforschung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

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

Dr. Klaus Prößdorf, Hauptgeschäftsführer, Deutsche Krankenhausesellschaft, Düsseldorf

Herbert Rebscher, stellv. Geschäftsführer, Ersatzkassenverbände, Siegburg

Roland Sing, Geschäftsführer, AOK, Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgart

Wolfgang Schmeinck, Geschäftsführer, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

Dr. Peter Schwoerer, stellv. Vorsitzender, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln

Dr. Walter Wenninger, Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft, Bonn

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

(vergriffen)

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

(vergriffen)

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

(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 8
Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen Bundesländern
(vergriffen)

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
(vergriffen)

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
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 14
Einwanderungsland Deutschland: Bisherige Ausländer- und Asylpolitik – Vergleich mit europäischen Ländern
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 15
Fremdenfeindlichkeit und Gewalt – Ursachen und Handlungsperspektiven
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 16
Veränderung des Arbeitsschutzrechtes in der Bundesrepublik Deutschland
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 17
Gesundheitsstrukturgesetz – Geeignet zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 18
Neue Ansätze in der Arbeitsmarktpolitik – Ist ein Gesamtkonzept für die neuen und alten Bundesländer erforderlich?
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 19
Deutsche und Polen – Zwischen Nationalismus und Toleranz
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 20
Betriebliche Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand – Sind neue Konzepte für alternde Belegschaften erforderlich?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 21
Entstehung von Fremdenfeindlichkeit – Die Verantwortung von Politik und Medien

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 22
Partizipationschancen ethnischer Minderheiten – Ein Vergleich zwischen Großbritannien, den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 23
Fremdenfeindlichkeit und Rassismus – Herausforderung für die Demokratie
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 24
Gesundheitspolitik in Unternehmen der neuen Bundesländer
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 25
Weiterentwicklung der Behindertenpolitik in Deutschland

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 26
**Das duale System der Berufsausbildung in der Sackgasse? –
Modernisierungsdruck und Reformbedarf**
(vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 27
**Den Zweiten Arbeitsmarkt fördern – Ein ökonomisch und sozial
tragfähiges Konzept?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 28
**Ausbildung und Beschäftigung – Übergänge an der zweiten
Schwelle**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 29
Chancengleichheit für ausländische Jugendliche

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 30
**Privatisierung von Gesundheitsleistungen – Die soziale Kranken-
versicherung auf Abwegen**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 31
**Einwanderungspolitik Kanadas und der USA – Beispiele für die
Bundesrepublik Deutschland?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 32
Von der Ausländer- zur Einwanderungspolitik

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 33
**Verzahnung von Arbeitsmarkt- und Arbeitszeitpolitik – Mehr
Weiterbildung bei veränderten Arbeitszeiten?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 34
**Minderheiten- und Antidiskriminierungspolitik: Alternative zur
Integration?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 35
Ost-West-Migration – Fluchtursachen und Handlungsperspektiven

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 36
**Soziale Sicherung auf dem Prüfstand – Gerät die Rentenversiche-
rung ins Wanken?**

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 37
Gesundheitsstrukturgesetz – Bilanz und Perspektiven

*Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:
Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung*

D-53170 Bonn