

Zwischenbericht *)

der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 31. Oktober 1988

gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 4. Juni 1987
- Drucksache 11/310 -

Inhaltsübersicht	Seite
Vorwort	3
Abschnitt A	
Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	7
Abschnitt B	
1. Kapitel: Aufgaben eines Krankenversicherungssystems	13
I. Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Prävention	15
II. Aufgaben eines Krankenversicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit	83
2. Kapitel: Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems	84
I. Globalsteuerung und Budgetierung	90
II. Marktwirtschaftliche Orientierung und Steuerung	130
III. Steuerung auf der Ebene der Verbände (Gemeinsame Selbstverwaltung)	179
IV. Problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung	213

***) Vorläufige Fassung. Redaktionelle Überarbeitung steht noch aus. (1)**

(1) Die Enquete-Kommission hat im Januar 1989 beschlossen, von der ursprünglich vorgesehenen redaktionellen Überarbeitung des Zwischenberichts abzusehen und diese im Rahmen des Endberichts vorzunehmen.

Die vorliegende Drucksache 11/3267 beinhaltet daher eine inhaltlich unveränderte Auflage der zunächst nur in einer beschränkten Auflage erstellten Fassung der Drucksache 11/3267 vom 7. 11. 1988. Die jetzige volle Auflage der endgültigen Fassung der Drucksache 11/3267 ist lediglich orthographisch korrigiert und um drucktechnisch bedingte Fehler bereinigt (s. auch besonderen Hinweis zum 3. Kapitel, Abschnitt II, Fußnote S. 275). Durch die vorliegende endgültige Fassung der Drucksache 11/3267 ist die vorläufige Fassung dieser Drucksache vom 7. 11. 1988 überholt.

3. Kapitel: Ausgestaltung einzelner Regelungsbereiche im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern	243
I. Der Arzneimittelsektor. Das Verhältnis von Krankenkassen zu Arzneimittelherstellern, Großhandel und Apotheken	247
II. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Das Verhältnis von Krankenkassen zu den übrigen Leistungserbringern	275
4. Kapitel: Prinzipien und Organisation einer solidarischen Krankenversicherung	335
I. Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	338
II. Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung	352
III. Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Mitgliedschafts- Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht zu den Leistungserbringern	359
IV. Gliederung des Krankenversicherungssystems	370
Anhang	398

Vorwort

Das in einer mehr als hundertjährigen Entwicklung gewachsene System der gesundheitlichen Versorgung durch die soziale Krankenversicherung gehört zu den Eckpfeilern der sozialstaatlichen Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland. Dieses System hat sich vor allem im letzten Jahrzehnt nicht mehr den veränderten gesundheitlichen, sozialpolitischen und finanziellen Herausforderungen gewachsen gezeigt. Nach Auffassung aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und nahezu aller gesellschaftlichen Kräfte und Gruppierungen ist eine Strukturreform des Gesundheitswesens und insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung dringend notwendig.

Der Deutsche Bundestag hat auf Antrag der Fraktion der SPD im Juni 1987 die Einsetzung einer Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« beschlossen. Die Fraktion der SPD begründete ihren Antrag damit, daß für eine solche Strukturreform eine breite gesellschaftliche und parlamentarische Mehrheit von besonderer Wichtigkeit sei und sich daher der Deutsche Bundestag selbst der Vorbereitung einer solchen Strukturreform annehmen müsse. Nach dem Bundestagsbeschluß sollte die Enquete-Kommission unter Berücksichtigung eines Aufgabenkatalogs bis Ende September 1988 einen Bericht mit Vorschlägen für eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen.

Auf der Grundlage des Bundestagsauftrages erstellte die Kommission zu Beginn ihrer Tätigkeit ein umfangreiches Arbeitsprogramm, das im Laufe der Beratungen fortgeschrieben wurde. Von Anfang an war sich die Kommission bewußt, daß die komplexe Natur der Probleme es ihr angesichts der knappen Fristsetzung unmöglich machte, zu allen im Einsetzungsbeschluß enthaltenen Themenstellungen ausführliche Empfehlungen abzugeben.

Die Enquete-Kommission verfolgte für die Erstellung ihres Gesamtberichtes ein Konzept mit vor aufeinander aufbauenden Kapiteln, wobei sie - im Gegensatz zu anderen Wegen der Darstellung der Probleme des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung, die meist unmittelbar an den Ausgaben- und Kostenproblemen ansetzen - von den in der Bevölkerung vorhandenen Gesundheitsproblemen ausging.

1. Kapitel: Aufgaben eines Krankenversicherungssystems
2. Kapitel: Alternative Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems
3. Kapitel: Ausgestaltung einzelner Regelungsbereiche im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern
4. Kapitel: Prinzipien und Organisation einer solidarischen Krankenversicherung.

Da der Deutsche Bundestag am 27. Oktober 1988 auf Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP die Laufzeit der Kommission bis Ende Juni 1989 verlängert hat, beschloß die Kommission mit Mehrheit in ihrer Sitzung am 31. Oktober 1988, einen Zwischenbericht über den Stand ihrer Arbeiten vorzulegen.

Der hiermit vorgelegte Zwischenbericht ist ein Bericht der Mehrheit der Kommission. Sämtliche in diesem Zwischenbericht enthaltenen Berichtsteile sind in der vorliegenden Fassung mit Mehrheit angenommen worden. Die Annahme erfolgte jeweils mit den Stimmen aller in der Sitzung am 31. Oktober 1988 anwesenden Kommissionssachverständigen (zwei Sachverständige waren verhindert) sowie der Vertreter der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN.

Die Vertreter der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP lehnten die in diesem Zwischenbericht enthaltenen Berichtsteile in der vorliegenden Fassung teils ab, teils enthielten sie sich der Stimme. Sie kündigten an, sie würden zu dem von der Kommission mehrheitlich beschlossenen Bericht einen in sich geschlossenen Minderheitenbericht vorlegen.

Der Zwischenbericht enthält insbesondere

- einen Bericht über die Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Prävention einschließlich eines besonderen Abschnittes über Sozialepidemiologie, Krankheitspanorama und Gesundheitsberichterstattung;
- eine umfassende Analyse ordnungspolitischer Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems;
- Berichte über die Ausgestaltung der Regelungsbereiche Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern;
- Berichte zur Sicherung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung, zur Reform der Krankenkassenorganisation sowie der Rechtsunterschiede bei verschiedenen Kassenarten.

Während das 2. Kapitel eine Darstellung ordnungspolitischer Konzeptionen zum Gegenstand hat, beinhalten die anderen Kapitel jeweils Bestandsaufnahmen, Analysen von Mängeln und Defiziten, Zielvorstellungen sowie darauf aufbauend Schlußfolgerungen, Reformoptionen und Empfehlungen.

Dem Bereich der Pflege, der von großer und immer wachsender Bedeutung ist, konnte sich die Kommission aufgrund der ihre Arbeit bestimmenden Rahmenbedingungen nicht näher widmen; der kurze Abschnitt hierzu im vorliegenden Zwischenbericht spricht daher lediglich in kursorischer Form einige wesentliche Aspekte an.

Weitere Berichte sind von der Kommission gemäß ihrem Gesamtkonzept im Rahmen des Themenkomplexes »Aufgaben eines Krankenversicherungssystems« vorgesehen zu folgenden Einzelthemen:

- Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Krankenversorgung;
- Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation;

sowie im Rahmen des Themenkomplexes »Ausgestaltung einzelner Regelungsbereiche im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern« zu den Themen:

- Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens;
- Die ambulante ärztliche Versorgung;
- Die ambulante zahnärztliche Versorgung
- Die stationäre Versorgung.

Die Kommission hat auch zu diesen Themen bereits weitgehende Vorarbeiten geleistet. Entsprechende Berichtsteile werden im Rahmen dieses Zwischenberichts jedoch nicht vorgelegt, weil nach Auffassung der Kommission insoweit noch Beratungsbedarf besteht.

Die Kommission geht davon aus, daß es sich hier im doppelten Sinne um einen Zwischenbericht über den Stand der Arbeiten handelt: Einerseits ist dieser Zwischenbericht lückenhaft, weil eine Reihe von Berichtsteilen fehlen, die nach dem eigenen Gesamtkonzept der Kommission wichtig und unverzichtbar sind. Andererseits haben auch die in diesen Zwischenbericht aufgenommenen Teile jeweils Zwischenberichtscharakter, d. h. die Kommission behält sich auch insoweit eine Weiterarbeit vor.

Mein besonderer Dank als Vorsitzender gilt allen in die Kommission berufenen Sachverständigen für den großen Beitrag, den sie zu den bisherigen Ergebnissen der Kommissionsarbeit geleistet haben, sowie für die gute Zusammenarbeit in der Kommission.

Die Arbeit der Kommission wäre ohne die Unterstützung ihrer Mitarbeiter im Sekretariat nicht zu leisten gewesen. Als Vorsitzender danke ich für diesen sehr engagierten Einsatz, der den Rahmen der normalen Arbeitsleistung weit überschritt.

Bonn, den 7. November 1988

Klaus Kirschner

Vorsitzender

Abschnitt A

Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Entstehung und Auftrag der Kommission	7
2. Zusammensetzung der Kommission	8
3. Arbeitsweise der Kommission	8
4. Beratungsverlauf	9

1. Entstehung und Auftrag der Kommission

Am 20. Mai 1987 stellte die *Fraktion der SPD* im Deutschen Bundestag den Antrag, eine *Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«* zur Vorbereitung der Entscheidungen des Deutschen Bundestages über eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen¹. Die *Fraktion der SPD* begründete ihren Antrag damit, daß nach Auffassung aller Fraktionen eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung dringend notwendig sei und auch die Bundesregierung diese zu einem besonderen Schwerpunkt ihrer Arbeit während der nächsten vier Jahre erklärt habe. Da jedoch das System der *gesundheitlichen Versorgung* zu den *Eckpfeilern des Sozialstaates* gehöre, sei für diese Reform eine *breite parlamentarische Mehrheit* von besonderer Wichtigkeit. Dies aber erfordere, daß sich der Bundestag selbst der Vorbereitung einer Strukturreform annehme.

Der Deutsche Bundestag hat dann in seiner 16. Sitzung am 4. Juni 1987 den Antrag der *Fraktion der SPD* zusammen mit einem Antrag der *Fraktion DIE GRÜNEN* vom 3. Juni 1987² beraten und anschließend die Einsetzung einer *Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«* gemäß § 56 der *Geschäftsordnung* des Deutschen Bundestages entsprechend dem Antrag der *Fraktion der SPD* beschlossen. Dabei kam zum Tragen, daß der Deutsche Bundestag zur Einsetzung einer *Enquete-Kommission* verpflichtet ist, wenn der Einsetzungsantrag von einem Viertel der Mitglieder des Bundestages gestellt wird. Dies war im Falle des Antrages der *Fraktion DIE GRÜNEN* nicht der Fall. Die *Fraktionen der Regierungskoalition* enthielten sich der Stimme.

Gemäß dem vom Deutschen Bundestag angenommenen Antrag hatte die *Kommission die Aufgabe*,

1. die Strukturen unseres Krankenversicherungssystems zu analysieren und seine Schwächen und Mängel aufzuzeigen;

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

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

1) Bundestags-Drucksache 11/310

2) Bundestags-Drucksache 11/414

Am 27. Oktober 1988 stellten die *Fraktionen der CDU/CSU und der FDP* im Deutschen Bundestag den Antrag³, die Tätigkeit der Enquete-Kommission zur Behandlung bestimmter Schwerpunktbereiche einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung - *Organisationsstrukturreform; Überkapazitätenproblem einschließlich Krankenhausbereich* - bis zum 30. Juni 1989 zu verlängern. Seitens der Koalitionsfraktionen wurde dieser Antrag damit begründet, daß die Enquete-Kommission ihre Arbeit fortsetzen solle, um Vorschläge für eine zweite Stufe der Strukturreform - nach der ersten Stufe des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) - zu erarbeiten. Entsprechend diesem Antrag faßte der *Deutsche Bundestag* in seiner 103. Sitzung am 27. Oktober 1988 mit der Mehrheit der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP bei Nichtbeteiligung der Fraktionen der SPD und DIE GRÜNEN folgenden Beschluß:

- »Die Enquete-Kommission wird beauftragt, bis zum 30.06.1989 Vorschläge für die Organisationsstrukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung und für eine sachgerechte Lösung der Überkapazitätenfrage in der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich des Krankenhausbereichs zu erarbeiten.«

2. Zusammensetzung der Kommission

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

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

CDU/CSU-Fraktion:

Dr. Karl **Becker** (Frankfurt)
Dr. Paul **Hoffacker**
Frau Editha **Limbach**
Horst **Seehofer**

SPD-Fraktion:

Jürgen **Egert**
Horst **Jaunich**
Klaus **Kirschner**

FDP-Fraktion:

Dr. Dieter **Thomae**

Fraktion DIE GRÜNEN:

Frau Heike **Wilms-Kegel**

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

Prof. Dr. Fritz **Beske**

(*Institut für Gesundheitssystemforschung Kiel*)

Prof. Dr. Herbert **Genzel**

(*Lehrbeauftragter für Krankenhausorganisations- und -betriebslehre an der Technischen Universität München und der Ludwig Maximilian Universität München*)

Prof. Dr. Wolfgang **Gitter**

(*Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Zivilrecht, Arbeits- und Sozialrecht*)

Prof. Dr. Günter **Neubauer**

(*Universität der Bundeswehr München, Professor für Volkswirtschaftslehre insb. Sozialökonomik*).

Eugen **Glombig**

(*seit 1.10.1988 Bürgerbeauftragter für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein und Landesbeauftragter für Behinderte*)

Dr. Erich **Huber**

(*Präsident der Ärztekammer Berlin*)

Priv.-Doz. Dr. Rolf **Rosenbrock**

(*Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik*)

Prof. Dr. Peter **Oberender**

(*Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre*)

Dipl.-Volkswirt Hartmut **Reiners**

(*Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen*)

Die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« wurde am 9. Juli 1987 konstituiert. Der Abg. Klaus Kirschner (SPD) wurde einstimmig zum Vorsitzenden und der Abg. Horst Seehofer (CDU/CSU) einstimmig zum Stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission bestimmt.

Das Kommissionssekretariat

Die Verwaltung des Deutschen Bundestages stellte der Kommission ein Sekretariat zur Verfügung, das organisatorische und wissenschaftliche Aufgaben zu erfüllen hatte. Das Sekretariat wurde von Regierungsdirektor Klaus-Peter Pohl geleitet. Wissenschaftliche Mitarbeiter im Sekretariat waren: Dipl.-Volkswirt Martin Frey, Dr. Christopher Hermann, Frau Dr. Christina Tophoven (alle ab November 1987), Franz Knieps (ab April 1988), Dr. Hartmut Günther (ab Juni 1988), Frau Gudrun Schellenbeck (ab Juli 1988), Dr. Friedrich Karl Klasen (März - Juni 1988). Zum Sekretariat gehörten weiterhin: Frau OARn Brigitte Schellhammer, Michaela Radzey, Margareta Ruhnau und Ina Stettner.

Auf Werkvertragsbasis waren für das Sekretariat tätig: Dr. Heinz-Harald Abholz; Dipl.-Sozialw. Arno Georg; Dipl.-Kaufm. Herbert Rebscher; Dipl.-Volksw. Rolf Reher; Dipl.-Volksw. Herbert Reichelt; Hubertus Stroebel.

3. Arbeitsweise der Kommission

Im Anschluß an die konstituierende Sitzung hat die Kommission in ihrer 2. und 3. Sitzung sich mit organisatorischen Fragen, der Erstellung eines Arbeitsplanes, der Terminplanung sowie der Arbeitsweise beschäftigt und

3) Bundestags-Drucksache 11/3181

zugleich in diesen Sitzungen Berichte der sachverständigen Kommissionsmitglieder über deren Einschätzung der Strukturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung entgegengenommen und diskutiert.

Die Kommission war sich bei ihrer Arbeit von Beginn an bewußt, daß die komplexe Natur der Probleme, insbesondere die ursprünglich für den Schlußbericht gesetzte Frist, ihr keine Möglichkeit ließ, zu allen im Einsetzungsbeschluß enthaltenen Themenstellungen ausführliche Empfehlungen abzugeben.

Sämtliche Entwürfe für die verschiedenen Berichtskapitel erfuhr im Verlauf der Sitzungen der Arbeitsgruppen sowie in den Beratungen der Kommission Änderungen.

Arbeitsgruppen

Neben öffentlichen Anhörungen führte die Kommission zahlreichen *nichtöffentlichen Sitzungen* durch. In ihrer 16. Sitzung am 21. Januar 1988 setzte die Kommission Arbeitsgruppen ein; Arbeitsgruppen wurden zu den folgenden vier Themenbereichen gebildet:

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

Die Arbeitsgruppen hatten vor allem die Aufgabe, einzelne Themenbereiche in vertiefter Form zu bearbeiten, Entwürfe für die Berichtskapitel zum Stand von Forschung und gesellschaftspolitischer Diskussion zu erarbeiten sowie als Beratungsvorlagen für die Kommission Schlußfolgerungen, Reformoptionen und Empfehlungen zu den einzelnen Fragestellungen zu formulieren.

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

Die einzelnen Arbeitsgruppen setzten sich aus folgenden Kommissionsmitgliedern zusammen:

Arbeitsgruppe I:

Prof. Dr. Beske
Prof. Dr. Genzel
Eugen Glombig
Dr. Huber
Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock

Arbeitsgruppe II

Prof. Dr. Gitter
Prof. Dr. Oberender
Dipl.-Vw. Reiners
Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock

Arbeitsgruppe III

Prof. Dr. Genzel

Dr. Huber
Prof. Dr. Neubauer
Prof. Dr. Oberender
Dipl.-Vw. Reiners

Arbeitsgruppe IV

Prof. Dr. Gitter
Eugen Glombig
Prof. Dr. Neubauer
Dipl.-Vw. Reiners

Den übrigen Kommissionsmitgliedern stand die Teilnahme an den Arbeitsgruppensitzungen jeder Zeit frei.

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

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

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

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

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

4. Beratungsverlauf

Die Kommission hielt in der Zeit vom 9. Juni 1987 bis zum 31. Oktober 1988 insgesamt 33 ganztägige Sitzungen ab.

Im Verlaufe der Kommissionssitzungen fanden 9 öffentliche Anhörungen mit externen Sachverständigen bzw. Ver-

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

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

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

Zwischenbericht

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

Die Kommission hat in dieser Sitzung *sämtliche in diesem Zwischenbericht enthaltenen Berichtsteile* in der vorliegenden Fassung mit der Mehrheit der anwesenden Kommissions Sachverständigen (Prof. Dr. Beske und Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock waren verhindert) sowie der Vertreter der Fraktion der SPD und der Vertreterin der Fraktion DIE GRÜNEN angenommen.

Die in diesem Zwischenbericht enthaltenen Berichtsteile fanden nicht die Zustimmung der Vertreter der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP, die diese Berichtsteile in der vorliegenden Fassung teils ablehnten, teils sich der Stimme enthielten. Die Vertreter der *Fraktionen der CDU/CSU und der FDP* kündigten an, innerhalb von vier Wochen einen in sich geschlossenen *Minderheitenbericht* vorzulegen.

Von der Kommission sind folgende weitere Berichtsteile zum Themenkomplex »Aufgaben eines Krankenversicherungssystems« vorgesehen:

- »Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Krankenversorgung«
- »Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation«

sowie ferner zum Themenkomplex »Ausgestaltung einzelner Regelungsbereiche im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern«:

- »Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens«
- »Die ambulante ärztliche Versorgung - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Kassenärzten«

- »Die ambulante zahnärztliche Versorgung - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Kassenzahnärzten«
- »Die stationäre Versorgung - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Krankenhäusern«.

Die Kommission hat hierzu im Rahmen ihrer Arbeitsgruppen und einer anschließenden ersten Lesung in der Kommission bereits weitgehende Vorarbeiten geleistet. Entsprechende Berichtsteile werden im Rahmen dieses Zwischenberichtes nicht vorgelegt, weil nach Auffassung der Kommission insoweit noch Beratungsbedarf besteht.

Delegationsreisen

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

Anhörungen

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

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

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

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

am 12./13. November 1987 Anhörung von Sachverständigen

(Prof. Dr. Arnold, Prof. Dr. von Ferber, Prof. Dr. Müller, Prof. Dr. Naschold, Dr. Paffrath, Prof. Dr. Graf v.d.Schulenburg, Prof. Dr. Schwartz, Prof. Dr. Thiemeyer)

am 26. November 1987: Anhörung von Vertretern sonstiger Verbände

(Deutscher Gewerkschaftsbund, Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft)

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

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

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

»Praxis der Gesundheitsberichterstattung und ihre Verwendung für eine aktive Gesundheitspolitik in ausgewählten Staaten«

am 3. März 1988

(zur Situation in Großbritannien und Schweden wurden die folgenden ausländischen Sachverständigen angehört: Prof. A. J. Fox; Prof. Brian Jarmen, Dr. Per Gunnar Svensson)

»Voraussetzungen einer rationalen Gesundheitspolitik: Gesundheitsberichterstattung als Ausgangspunkt einer gesundheitspolitischen Orientierung des Krankenversicherungssystems«

am 4. März 1988

(Dipl.-Volkswirtin E. Schach, Prof. Dr. von Ferber, Prof. Dr. Schwartz)

Expertengespräche der AG IV

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

»Probleme der Krankenkassenorganisation im Rahmen einer Strukturreform der GKV; Lösungsmöglichkeiten und Folgen«

am 5. Mai 1988

(Bauer, Dr. Berg, Prof. Dr. Cassel, Dr. Paquet)

»Erfahrungen der Ersatzkassen mit der Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit für freiwillig Versicherte«

am 19. Mai 1988

(Schupeta)

»Einführung von Kostenerstattungsregelungen in der GKV aus der Sicht der Ortskrankenkassen«

am 23. Juni 1988

(Dr. Oldiges)

»Einführung von Wahlтарifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der GKV«

am 23. August 1988

(Prof. Dr. Breyer, Prof. Dr. Männer)

»Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen in der GKV«

am 23. August 1988

(Prof. Dr. Brennecke)

»Analyse der Krankenkassenstrukturen am Beispiel Hamburg; Probleme und Lösungsmöglichkeiten«

am 24. August 1988

(Dr. Behrends)

Information durch die Bundesregierung

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

Gutachten

Die Kommission vergab wissenschaftliche Gutachten zu folgenden Themen:

- Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Arzneimittelversorgung

Auftragnehmer:

Dipl.-Kaufm. Brenner (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung)

Dr. Glaeske (AOK-Mettmann)

Dr. Kimbel (Arzneimittelinstitut der Deutschen Ärzteschaft)

Prof. Dr. Wille (Universität Mannheim)

- Chronische Krankheiten des Kreislaufsystems sowie zugehörige Risikofaktoren in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland - Häufigkeiten, Validität und Plausibilität nach Alter, Geschlecht und Schichtzugehörigkeit. Sonderauswertung von Daten des Nationalen Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie

Auftragnehmer:

Forschungsverbund Herz-Kreislauf-Präventionsstudie

- Einführung von Wahlтарifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: Theoretische Modellanalyse

Auftragnehmer:

Prof. Dr. Breyer (Gesamthochschule Hagen)

- Einführung von Wahlтарifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: Empirische Überprüfung

Auftragnehmer:

Prof. Dr. Männer (Universität Göttingen)

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- <i>Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung -Untersuchung verschiedener Modellvarianten</i>
Auftragnehmer:
Prof. Dr. Brennecke (Freie Universität Berlin)
- <i>Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten</i> | <p>Auftragnehmer:
Frau Dr. Kufner-Schmitt (Universität Bayreuth)</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik</i>
Auftragnehmer:
Dr. med. Borgers/Prof. Dr. Laaser (Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen Bielefeld) |
|---|--|

Abschnitt B

Kapitel 1

Aufgaben eines Krankenversicherungssystems

Inhaltsverzeichnis

I. Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Prävention	15
1. Basisdaten systematischer Präventionspolitik	15
1.1 Krankheitspanorama	15
1.2 Gruppenspezifische Morbidität und Mortalität am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten	17
1.2.1 <i>Soziale Schicht und Gesundheit</i>	18
1.2.1.1 Subjektiver Gesundheitszustand nach sozialer Schicht	18
1.2.1.2 Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten nach sozialer Schicht	19
1.2.2 <i>Arbeitsbelastung und Gesundheit</i>	25
1.2.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand nach Arbeitsbelastungen	25
1.2.2.2 Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten nach Arbeitsbelastungen	29
1.2.3 <i>Umwelt und Gesundheit</i>	29
1.2.4 <i>Zusammenfassung</i>	31
1.3 Sozialepidemiologische Berichterstattung	32
1.3.1 <i>Bereiche sozialepidemiologischer Berichterstattung</i>	32
1.3.2 <i>Instrumente sozialepidemiologischer Berichterstattung</i>	33
1.3.3 <i>Gesetzliche Krankenversicherung, Statistik und sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung</i>	35
2. Konzepte und Effektivität präventiver Gesundheitspolitik	36
2.1 Ausgangsüberlegungen	36
2.2 Primäre Prävention am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten	39
2.2.1 <i>Risikofaktorenkonzepte als Basis der Intervention</i>	39
2.2.2 <i>Einzelne Interventionsprogramme</i>	39
2.2.3 <i>Bewertung der somatischen Risikofaktorenmodelle</i>	40
2.3. Erweiterung: Psycho-soziale Risikofaktorenmodelle	41
2.3.1 <i>Streß</i>	41
2.3.2 <i>Objektive Belastungen und subjektive Verarbeitung</i>	41
2.3.3 <i>Das Konzept der Gratifikationskrisen</i>	42
2.3.4 <i>Leistungsschere</i>	42
2.4. Das Lebensweisenkonzept	43
2.5. Zur ökonomischen Bewertung von Prävention	44
2.6 Sekundäre Prävention durch Früherkennung	45
2.6.1 <i>Medizinische Bewertung</i>	45
2.6.2 <i>Ökonomische Bewertung</i>	47
3. Interventionsfelder präventiver Gesundheitspolitik	48
3.1 Genese von Krankheiten	48
3.1.1 <i>Umwelt</i>	48
3.1.1.1 Belastungen der Nahrung	48
3.1.1.2 Belastung der Luft	49

3. 1. 2 <i>Arbeitswelt</i>	49
3. 1. 2. 1 <i>Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Krankheiten</i>	49
3. 1. 2. 2 <i>Herz-Kreislauf-Belastungen am Arbeitsplatz</i>	50
3. 1. 3 <i>Lebensstile</i>	50
3. 1. 3. 1 <i>Ernährung</i>	50
3. 1. 3. 2 <i>Rauchen</i>	54
3. 1. 3. 3 <i>Sportliche Aktivität</i>	55
3. 2 Strategien und Instrumente primärer Prävention	57
3. 2. 1 <i>Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren/Faktorenkombination in Arbeits- und Lebenswelt</i>	57
3. 2. 2 <i>Verbesserung gesundheitsfördernder Faktoren - Faktorenkombinationen in Arbeits- und Lebenswelt</i>	59
3. 2. 3 <i>Beeinflussung von gesundheitsriskanten (Bewältigungs-) Verhalten (Verhaltensprävention)</i>	59
4. Bestimmung der Präventionsträger und ihrer Aufgabenbereiche	60
4. 1 Träger einer umfassenden Prävention	60
4. 1. 1 <i>Bundesebene</i>	60
4. 1. 2 <i>Gemeindeebene</i>	61
4. 1. 3 <i>Betriebsebene</i>	64
4. 2 Evaluation einiger aktueller Präventionsansätze der GKV	65
4. 2. 1 <i>Früherkennung</i>	64
4. 2. 2 <i>Gesundheitsberatung durch Ärzte</i>	68
4. 2. 3 <i>Präventionsprogramme auf Gemeindeebene</i>	69
4. 2. 4 <i>Präventionsprogramme auf Betriebsebene</i>	70
4. 2. 5 <i>Ansätze zu sozialepidemiologischer Gesundheitsberichterstattung</i>	72
5. Zentrale Aussagen und Reformoptionen	74
5. 1 Zentrale Aussagen	74
5. 2 Prävention als Aufgabe einer »Krankenversicherung«	74
5. 3 Prävention als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe	75
5. 4 Die Krankenversicherung als «Gesundheitskasse«	76
Literaturverzeichnis	77
II. Aufgaben eines Krankenversicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit	83

I. Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Prävention

Als Basisdaten einer systematischen Präventionspolitik sind epidemiologische Befunde zu gesundheitlichen Risiken sowie zur gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar. Der Nationale Gesundheits-survey ermöglicht zwar für die Bundesrepublik Deutschland erstmals ein Bild zur schichten- und gruppenspezifischen Verteilung der Herz-Kreislauf-Krankheiten und kardiovaskulärer Risikofaktoren, aber systematische Gesundheitsberichterstattung hat in der Bundesrepublik Deutschland das Planungsstadium noch nicht überschritten.

In *Abschnitt 1* können daher nur ausländische und einzelne bundesdeutsche Ergebnisse (Nationaler Gesundheitssurvey) zum Krankheitspanorama, vor allem zu gruppen- und schichtenspezifischen Besonderheiten, dargestellt werden. Die Notwendigkeit einer sozialepidemiologischen Gesundheitsberichterstattung als Basis rationaler Gesundheitspolitik tritt dabei deutlich zu Tage.

Es gibt jedoch heute, wie unter *Abschnitt 2* diskutiert, eine Vielzahl sozialepidemiologischer Befunde, die Basis einer präventiven Gesundheitspolitik, die auf Vermeidung chronischer Krankheiten zielt, sein können. Es zeigt sich, daß diejenigen präventiven Ansätze, die sozialepidemiologische Befunde zu den Entstehungsbereichen von Krankheiten (Vgl. *Abschnitt 3*) berücksichtigen und die jeweils problem- und risikogruppenadäquate Instrumente und Strategien wählen, eine präventive Ausrichtung der Gesundheitspolitik rechtfertigen.

In *Abschnitt 4* werden dann mögliche Träger der Prävention auf Bundes-, Gemeinde- und Betriebsebene vorgestellt. Im Anschluß hieran werden das mögliche Aufgabenfeld der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund laufender Projekte und Erfahrungen im Bereich präventiver Gesundheitspolitik diskutiert und zwei Konzepte thesenartig vorgestellt.

1. Basisdaten systematischer Präventionspolitik

1.1 Krankheitspanorama

Einige wenige Krankheitsbilder dominieren in der Mortalitätsstatistik. Krankheiten des Kreislaufsystems (50,6 %) und bösartige Neubildungen (22,4 %) waren im Bundesgebiet im Durchschnitt der Jahre 1980 bis 1985 die mit Abstand häufigsten Todesursachen. Zusammen mit den Sterbefällen durch Krankheiten der Atmungsorgane (6 %), Krankheiten der Verdauungsorgane (5,0 %) und Unfällen (3,6 %) sowie Selbstmorden (1,8 %) sind dies fast 90 % der Sterbefälle (KERN/BRAUN, 1987).

Auch die Morbiditätszahlen weisen diesen Krankheiten einen vorherrschenden Platz zu, ergänzt durch rheumatische Erkrankungen und psychiatrische Leiden, die in der Todesursachenstatistik kaum auftreten.

Tab.1-1: *Frühinvalidität aufgrund von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit 1985**

	Arbeiter		Angestellte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Herz-Kreislaufkrankungen	38,8	32,9	45,7	26,9
Rheumatische Erkrankungen	17,1	22,0	12,9	24,4
Neubildungen	7,4	12,2	8,2	12,6
Psychiatrische Erkrankungen	7,9	10,3	7,9	14,2
zusammen	71,2	77,4	74,7	78,1

*) jeweils in %. Anteile an allen Diagnosen

Quelle: zu den Zahlen vgl. A. Schmidt: Rehabilitation in der Rentenversicherung - was kann verbessert werden?, in: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1987

Aus den Zahlen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) geht hervor, daß Herz-Kreislauf-Krankheiten (HKK), rheumatische Erkrankungen, Neubildungen und psychiatrische Erkrankungen bei Männern 71,2 % (Arbeiter) bzw. 74,7 % (Angestellte) der Frühinvalidität ausmachen. Bei Frauen entfallen auf diese Diagnosen 77,4 % (Arbeiterinnen) bzw. 78,7 % (Angestellte). Die Frühinvaliditätsfälle sind also zu drei Viertel mit den vier genannten Krankheitsgruppen begründet. Zu beachten ist bei diesen Angaben, daß die prozentualen Häufigkeitsangaben für Angestellte und Arbeiter nicht vergleichbar sind. Es leiden z.B. männliche Angestellte (absolut: 12.055 Zugänge 1985, also 27,5 % der Zugänge) nicht häufiger unter HKK, bei ihnen kommen diese Erkrankungen nur relativ häufiger als bei Arbeitern (absolut: 31.722 Zugänge 1985, also 72,5 % der Zugänge) vor (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1987).

Die Statistik der Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder der AOK verdeutlicht nochmal die dominierende Rolle der Erkrankungen der Atmungsorgane und rheumatischen Erkrankungen für das Krankheitspanorama und ergänzt es um die Krankheiten der Verdauungsorgane (vgl. *Tabelle 1-2*).

Ein Blick in die Statistik der angezeigten Berufskrankheiten macht deutlich, daß auch Hautkrankheiten/Allergien einen besonderen Platz im Krankheitsgeschehen einnehmen (vgl. *Tabelle 1-3*).

Tab.1-2: Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkassen für das Jahr 1983

	Männer absolut	%	Frauen absolut	%
Erkrankungen der Atmungsorgane	1.440.462	25,6	815.054	28,0
Rheumatische Erkrankungen	1.066.127	18,9	448.108	15,4
Erkrankungen der Verdauungsorgane	585.725	10,4	283.096	9,7
Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen insgesamt		54,9		53,1

Quelle: Berechnungen nach: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1987 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1987, zitiert nach: Karmaus/Osterholz, 1987

Tab.1-3: Angezeigte Berufskrankheiten nach Krankheitsgruppen für das Jahr 1985

	absolut	%
Verursachte Krankheiten durch		
- chemische Einwirkungen	1.993	5,3
- physikalische Einwirkungen	12.089	32,3
Infektionserreger oder Parasiten sowie Tropenkrankheiten	3.286	8,8
Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippen- und Bauchfells	7.765	20,7
Hautkrankheiten	11.626	31,0
sonstige Krankheiten	698	1,8

Quelle: Angaben aus: BMA (Hrsg.): Die gesetzliche Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1985. Bonn 1986

Zu ergänzen ist diese Liste noch um die Zahngesundheit. Im europäischen Vergleich gehört die Zahngesundheit (Karies) der Kinder zwischen fünf und sechs Jahren in der Bundesrepublik Deutschland zu den schlechtesten (KARMAUS/OSTERHOLZ, 1987).

Ein erstes Indiz dafür, daß die Chancen des einzelnen Menschen, an einer bestimmten Krankheit in einem bestimmten Alter zu leiden bzw. zu sterben, nicht gleich verteilt sind, bieten die Untersuchungen zu regionalen Sterblichkeitsdifferenzen (Vgl. auch BECKER/FRENTZEL-BEYME/WAGNER, 1984; KOCH u.a., 1986; NEUBAUER/FROMMHOLZ, 1986).

In der Sterbetafel wird der Bevölkerungsaufbau normiert, sie erlaubt so den direkten regionalen Vergleich (hier auf der Basis der Sterbetafel 1980/85). An bösartigen Neubildungen sterben vergleichsweise die Männer am häufigsten im Saarland (9 % und mehr Abweichung vom Bundes-

durchschnitt), gefolgt von Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. Für Frauen liegen die Werte in Berlin (West) besonders hoch. Deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt die Zahl der an Krebs gestorbenen Männer und Frauen in Baden-Württemberg. Bei Männern wie bei Frauen liegt die Zahl der an HKK Gestorbenen im Saarland, Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen mit mehr als fünf Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Nach der Sterbetafel (1980/85) starben an den Krankheiten der Atmungsorgane im bundesweiten Durchschnitt 2952 Männer, im Saarland aber 4352 und in Nordrhein-Westfalen 3396¹. Eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Frauen starb an dieser Krankheit im Saarland und in Hamburg (KERN/BRAUN, 1987).

Es stellt sich die Frage, ob Einflüsse des Arbeitslebens und der Umwelt zu unterschiedlichen Sterberisiken führen. Für schichten- und lebenslagespezifische Gesundheitsrisiken spricht, daß Belastungen der Arbeitswelt durch Umwelteinflüsse (Hitze, Kälte, Staub, toxische Substanzen) und Arbeitszeitregelungen (Schicht- und Akkordarbeit, Überstunden) in bestimmten Bevölkerungsgruppen kumulieren. Qualität und Kompensationswirkung des Reproduktionsbereichs werden mitbestimmt durch Einschränkung desselben, durch Wegezeiten zwischen Arbeitsplatz und Wohnung, die Größe der Wohnfläche pro Bewohner, infrastrukturelle Ausstattung des Wohnumfeldes, Umwelt eines Altbau- oder Sanierungs-

1) Bezugsgröße: Die Sterbetafel geht in jedem Bundesland für Männer und Frauen von jeweils 100.000 neugeborenen Personen aus, für die berechnet wird, wie hoch die Zahl der Gestorbenen an den einzelnen Todesursachen bis zum Alter von 75 Jahren ist.

Tab.1-4: Sterblichkeit, Lebenserwartung nach sozialer Schicht, Männer 1970 - 1972, Großbritannien

Sozialschicht	Definition U.K.	Zahl der Überlebenden ¹	Verstorbene in %	Verbliebene Lebenserwartung ab Alter x	
				15 Jahre	45 Jahre
I	(Professional. etc. occupations)	77.460	22,5	57,2	28,5
II	(Intermediate occupations)	76.594	23,4	57,0	28,3
III N	(Skilled occupations non-manual)	72.705	27,3	56,0	27,5
III M	(Skilled occupations manual)	70.664	29,3	55,7	27,2
IV	(Partly skilled occupations)	69.330	30,7	55,1	27,0
V	(Unskilled occupations)	64.282	35,7	53,5	26,2
I - V	alle Männer	71.192	28,8	55,6	27,4

1) Zahl der Überlebenden im Alter 65 von 100.000 im Alter 15

Quelle: Office of Population Censuses and Surveys: Occupational mortality 1970 - 1972. London 1978

viertels oder einer Trabantenstadt im Vergleich zum Eigenheim im Grünen.

Ungünstige Reproduktionsbedingungen können zu gesundheitsriskanten Arbeitsbedingungen hinzutreten. Die Annahme schichten- und gruppenspezifischer Morbidität und Mortalität ist also plausibel.

Amtliche Statistiken aus mit der Bundesrepublik Deutschland in Grenzen vergleichbaren Ländern belegen eine berufs- bzw. schichtenspezifische Morbidität und Mortalität.

Tab.1-5: Sterblichkeit von Männern und Frauen nach ihrem sozioökonomischen Status (1975 - 1980), Frankreich

Sozio-ökonomische Gruppe	Wahrscheinlichkeit, zwischen dem 35. u. 60. Lebensjahr zu sterben (in %)	
	Männer	Frauen
Professoren, Führungskräfte und Angehörige freier Berufe	9,1	4,9
Volksschullehrer	9,8	4,9
Landwirte	12,0	5,8
Angestellte mittlerer Ebenen und Techniker	12,6	5,1
Facharbeiter	17,0	5,6
Bedienungspersonal	19,4	6,7
Ungelernte Arbeiter	25,3	5,8
Erwerbstätige insgesamt	14,9	5,4
Nichterwerbstätige	47,0	8,9

Quelle: G. Desplanques: Vortrag beim Deutsch-Französischen Arbeitstreffen der Demographen am 21. Oktober 1983 in Reims. in: Wirtschaft und Statistik, Heft 1 (1984), S.20

In der niedrigsten Sozialgruppe (V) ist in Großbritannien gegenüber der höchsten Sozialgruppe (I) die Wahrscheinlichkeit, im Alter zwischen 15 und 65 Jahren zu sterben, um 50 % erhöht. Die Differenz in der Lebenserwartung mit 15 bzw. 45 Jahren beträgt 3,7 bzw. 2,3 Jahre zwischen diesen Gruppen (Vgl. Tabelle 1-4).

In Frankreich wurde die Sterbewahrscheinlichkeit und die fernere Lebenserwartung für Männer zwischen 35 und 60 Jahren nach Berufsguppen in den Jahren 1975 bis 1980 ermittelt. Die fernere Lebenserwartung eines 35-jährigen Professors lag fast neun Jahre über derjenigen eines gleichaltrigen Hilfsarbeiters (Vgl. Tabelle 1-5).

Für die Bundesrepublik Deutschland liegen repräsentative Daten nicht vor. Eines der wenigen deutschen Da-

tenbeispiele wurde in einem relativ wohlhabenden deutschen Ballungsgebiet (Stuttgart) erhoben. Das Mortalitätsrisiko ist für Männer der untersten Schicht gut zweieinhalbmal höher als für Männer der oberen sozialen Schicht.

Der Beleg für eine schichten- und gruppenspezifische Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur muß aufgrund des Sozialstaatsprinzips (Art. 20 GG) weitreichende Konsequenzen für die Standortbestimmung und den Aufgabebereich der Gesundheitspolitik haben.

Gesundheitspolitische Aufgabe der GKV ist es heute, den rechtlichen Ansprüchen der Versicherten auf eine bedarfsgerechte Versorgung durch die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen nachzukommen. Die Bereitstellung der gesundheitlichen Versorgung erfolgt hierbei in der Hauptsache privatwirtschaftlich durch freiberuflich tätige Ärzte. Die Ökonomisierung und Verrechtlichung der Gesundheitspolitik (von FERBER, 1967; TENNSTEDT, 1976) erlaubt es nicht, auf schichten- und lebenslagenspezifische Gesundheitsprobleme zu reagieren, deren Ursachen auch oder gerade in der Arbeits- und Lebenswelt des Einzelnen liegen.

Zu fordern wäre aber eine »lebenslagenspezifische und kontextnahe Gesundheitspolitik«, die abstellt auf ursachenadäquate Primärprävention, Mobilisierung und Partizipation der Betroffenen und Vorrang von Gesundheitsbedürfnissen vor privatwirtschaftlichen Interessen (HAUSS u.a., 1981).

Im folgenden wird am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten, auf der Basis des Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie die gruppen- und schichtenspezifische Verteilung dieser Gesundheitsrisiken erörtert. Das Beispiel Herz-Kreislauf-Krankheiten wird aufgrund der oben aufgezeigten Bedeutung als Todesursache ausgewählt.

1.2 Gruppenspezifische Morbidität und Mortalität am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten

Für die bundesdeutsche Bevölkerung kann aus den Daten des nationalen Gesundheitssurveys zum erstenmal geprüft werden, wie eng die Beziehungen zwischen der sozialen Schicht, beruflichen Belastungen auf der einen Seite sowie Angaben zu chronischen Krankheiten und subjektivem

Tab. 1-6: Mortalität nach Berufsgruppen in Stuttgart, Männer, 30 bis unter 70 Jahre je 100.000, 1976 - 1978

Berufsgruppe	Gesamt ¹	Magen-Ca.	Kolon-Rektum-Ca.	Bronchial-Ca.	Myocardinfarkt	Leberzirrhose
I Einfache Beamte., Angest., Arbeiter	1.498	160	117	234	746	543
II Mittl. Beamte, Angestellte, Handwerker, Facharbeiter	922	97	99	195	472	252
III Gehobene Beamte, Angestellte, Handwerksmeister	687	47	94	61	449	136
IV + V Höhere u. leitende Beamte, Angestellte, freie Akademiker	582	23	64	58	382	75

1) 1976

Quelle: Neumann, G./Liedermann, A.: Mortalität und Sozialschicht, in: Bundesgesundheitsblatt 24 (1981), S.173-181

Gesundheitszustand und Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten auf der anderen Seite sind.

Im nationalen Gesundheitssurvey wurde in den Jahren 1984 bis 1986 eine repräsentative Stichprobe der bundesdeutschen Bevölkerung im Alter von 25 bis 69 Jahren einer standardisierten ärztlichen Untersuchung und einer umfangreichen Befragung zu gesundheitlich relevanten Themen unterzogen. Der nationale Gesundheitssurvey ist Teil der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Mit den Daten aus diesem Survey stehen Angaben über die Häufigkeit (Prävalenz) zur Verfügung, mit der bestimmte Krankheitszeichen, Beschwerden, Risikofaktoren und Verhaltensweisen mit gesundheitlichen Auswirkungen in unserer Bevölkerung vorkommen. Teilweise können auch Häufigkeiten für Krankheiten selbst geschätzt werden. Repräsentative Daten ähnlicher Art für eine große Bevölkerung gab es bisher nur in den USA. An einer Teilstichprobe des nationalen Untersuchungssurveys wurden zusätzlich Befragungen vorgenommen zu Umweltbelastungen sowie in entsprechenden Proben eine große Zahl von Parametern zur Beurteilung von Umweltbedingungen analysiert.

1. 2. 1 Soziale Schicht und Gesundheit

1. 2. 1. 1 Subjektiver Gesundheitszustand nach sozialer Schicht

Der subjektive Gesundheitszustand wurde im DHP-Gesundheitssurvey mit folgenden zwei Fragen erfaßt:

Frage 47: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

Frage 48: Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben, z. B. Haushalt, Beruf oder Ausbildung?

Für die Eingruppierung in soziale Schichten wurde das von SCHEUCH entwickelte Punkt-Gruppen-Verfahren benutzt, bei dem die Variablen Haushaltsnettoeinkommen, berufliche Stellung des Hauptverdieners und Schulabschluß des Befragten berücksichtigt werden. Die Punktezuordnung erfolgte mit leichten Modifikationen analog einer von INFRATEST vorgenommenen Operationalisierung.

Lagen nur Angaben zu zwei der drei Dimensionen des Schichtindex vor, wurde die Zuordnung allein anhand dieser beiden Variablen vorgenommen. Dies geschah in etwa jedem zehnten Fall, weil allein bei der Frage nach dem Haushaltsnettoeinkommen ca. acht Prozent der Befragten die Antwort verweigerten.

Von Bedeutung ist, daß bei dem Index jeweils die berufliche Stellung des Hauptverdieners herangezogen wurde. Dies führte dazu, daß bei verheirateten Frauen ohne Berufsausbildung oder mit nur geringer beruflicher Qualifikation zumeist nicht die eigene berufliche Stellung, sondern die des Ehemanns berücksichtigt wurde.

Um die Validität des Index einzuschätzen, wurde ein Vergleich mit dem Index »Beruflicher Status« und dem Index »Dauer der Schul- und Berufsausbildung« nach PAPPI vorgenommen. Dabei ergaben sich für Männer

deutlich höhere Rangkorrelationen (.85 für den beruflichen Status, .70 für die Ausbildungsdauer) als für Frauen (.60 bzw. .61). Es zeigt sich also, daß für Frauen die Einteilung nach sozialer Schicht weniger valide anzusehen ist als für die Männer.

Die Gesamtverteilung der Punktschichten wurde derart aufgeteilt, daß annähernd fünf quantitativ gleichgroße soziale Schichten entstanden: Oberschicht (OS), obere Mittelschicht (OMS), Mittelschicht (MS), untere Mittelschicht (UMS), Unterschicht (US).

Tab.1-7a: *Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nach sozialer Schicht*

Frage: Wie würden Sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

	Sehr gut/ gut	zufrieden- stellend	weniger gut/schlecht	
Männer				
OS	55	36	11	100
OMS	51	37	12	100
MS	45	42	13	100
UMS	40	47	14	100
US	31	46	23	100
Frauen				
OS	56	34	10	100
OMS	44	42	14	100
MS	41	42	17	100
UMS	35	42	23	100
US	27	49	23	100

Tab.1-7b: *Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nach Alter*

	Sehr gut/ gut	zufrieden- stellend	weniger gut/schlecht	
Männer insges	44	41	13	100
25 - 39 J.	58	34	8	100
40 - 54 J.	44	43	12	100
55 - 69 J.	28	49	17	100
Frauen insges.	40	42	18	100
25 - 39 J.	50	32	8	100
40 - 54 J.	31	46	15	100
55 - 69 J.	21	49	22	100

alle Angaben in %

Aus den Tabellen 1-7 und 1-8 wird ersichtlich, daß sowohl der subjektive Gesundheitszustand (Frage 47) als auch die Eigenangaben über die Beeinträchtigung der täglichen Aufgaben aufgrund eines schlechten Gesundheitszustands in starkem Maße alters- und schichtabhängig sind. Bei beiden Geschlechtern liegt der Anteil der Personen mit schlechtem Gesundheitszustand in der obersten Altersgruppe (55-69 Jahre) um jeweils etwa das Dreifache höher als bei der jüngsten Altersgruppe (25-39 Jahre). Hinsichtlich der sozialen Schicht zeigt sich, daß Personen mit subjektiv schlechtem Gesundheitszustand in der unteren sozialen Schicht bei den Geschlechtern etwa doppelt so

häufig anzutreffen sind, wie in der obersten sozialen Schicht. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der höheren Symptomtoleranz der Unterschicht zu interpretieren (ABHOLZ, 1981; HAUSS u.a., 1981). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind nicht so stark ausgeprägt. Es läßt sich aber festhalten, daß Männer generell in geringerem Maße angeben, daß ihr Gesundheitszustand ein wenig oder erheblich beeinträchtigt ist.

Tab.1 - 8a: Beeinträchtigung durch Gesundheitszustand nach sozialer Schicht

Frage: Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben?

	Überhaupt nicht	ein wenig/erheblich	
Männer insgesamt	62	38	100
OS	75	25	100
OMS	67	33	100
MS	63	37	100
UMS	57	43	100
US	44	56	100
Frauen insgesamt	56	44	100
OS	72	28	100
OMS	59	41	100
MS	54	46	100
UMS	53	47	100
US	47	56	100

Tab.1 - 8b: Beeinträchtigung durch Gesundheitszustand nach Alter

	überhaupt nicht	ein wenig/erheblich	
Männer insgesamt	62	38	100
25 - 39 Jahre	80	20	100
40 - 54 Jahre	61	39	100
55 - 69 Jahre	39	61	100
Frauen insgesamt	56	44	100
25 - 39 Jahre	74	26	100
40 - 54 Jahre	52	48	100
54 - 69 Jahre	39	61	100

alle Angaben in %.

Quelle der Tabellen 7a bis 8b: Gesundheitssurvey, Auswertung auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

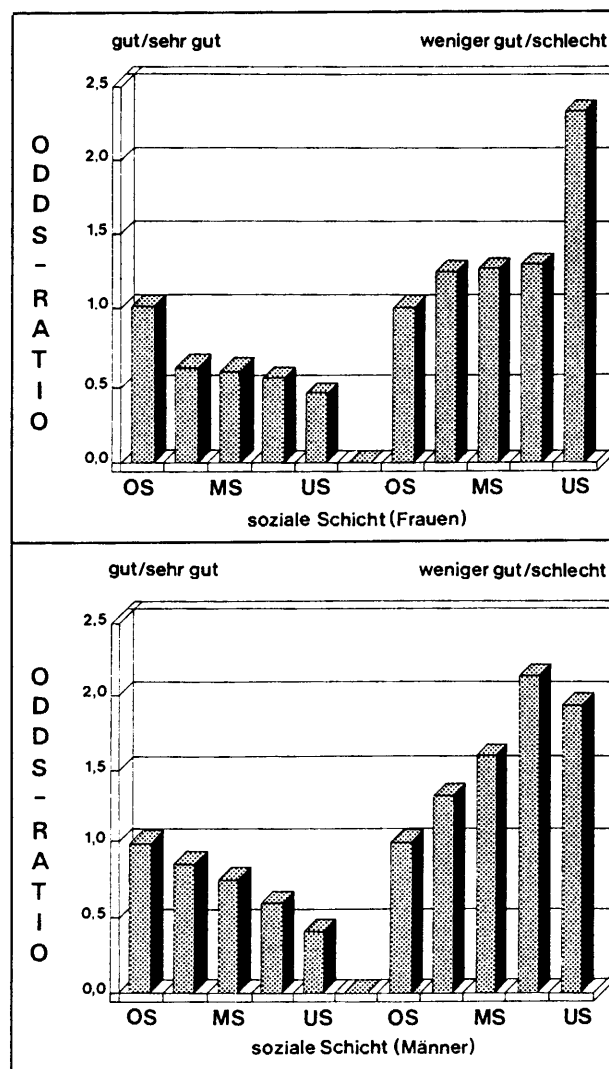
In *Abbildung 1-1* wird anhand der Odds Ratios¹ verglichen, ob auch bei Kontrolle des Lebensalters die erheblichen Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Schichten hervortreten. Insgesamt zeigt sich deutlich die Tendenz, daß im Vergleich zur Oberschicht in niedrigeren Sozialschichten weitaus weniger Personen mit gutem Gesundheitszustand anzutreffen sind. Beson-

1) Zur Verdeutlichung: ein Odds Ratio von 1.50 für die Unterschicht besagt, daß dieser spezifische Risikofaktor unter Kontrolle von Alter, Gemeindegröße und Region in der Unterschicht 1.5 x häufiger vorkommt als in der Oberschicht.

ders auffällig ist der sehr ungünstige Gesundheitszustand von Frauen der niedrigsten Schicht.

Abb.1 - 1: Gesundheitszustand nach sozialer Schicht

Frage: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?



Kontrolliert für: Lebensalter, Gemeindegröße, Region
Referenzkategorie: Oberschicht

Quelle: Gesundheitssurvey, Auswertung auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

1. 2. 1. 2 Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten nach sozialer Schicht

Die Kenntnis der Verteilung der Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten (KHK) über die verschiedenen sozialen Schichten in der Bundesrepublik ist von grundlegender Bedeutung für die adäquate Implementierung von personenbezogenen Präventionsmaßnahmen sowie struktureller Veränderungen im Bereich der Prävention auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Der nationale Untersuchungssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, durchgeführt an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, bietet die Möglichkeit, für die Gruppe der 25-69-jährigen die Häufigkeit der

wichtigsten KHK-Risikofaktoren nach sozialer Schicht darzustellen.

Für die vorliegende Auswertung wurden in Übereinstimmung mit ähnlichen Studien folgende Grenzwerte für die Risikofaktorenprävalenz festgelegt:

Bluthochdruck:

systolisch ≥ 160 mm Hg und/oder diastolischer Blutdruck ≥ 95 mm Hg, 2. Blutdruckmessung oder normale Blutdruckwerte unter antihypertensiver Medikation

Hypercholesterinämie:

Gesamt-Cholesterin im Serum > 250 mg/dl

Übergewicht:

Body-Mass-Index (Gewicht in kg/Größe in m²) > 30

Rauchen:

alle Personen, die angaben, daß sie z. Zt. rauchen

Sportliche Inaktivität:

alle Personen, die angaben, daß sie keinerlei sportlicher Betätigung nachgehen

Neben diesen Einzelindikatoren wurde aufsummiert, wie hoch die Anzahl der obigen fünf Risikofaktoren pro Untersuchten ist. Dabei wurde unterschieden zwischen hoher Risikofaktorenbelastung (zwei und mehr Risikofaktoren) und niedriger Risikofaktorenbelastung (keiner der fünf Risikofaktoren).

Schließlich wurde anhand von Parametern der Nationalen Gesundheits- und Ernährungsuntersuchung (NHANES I) aus den USA das risikofaktorenbedingte kardiovaskuläre Risiko bestimmt.

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Sozial-schicht und KHK-Risikofaktoren sollen das Lebensalter, die Gemeindegröße und die Region als Kontrollvariablen berücksichtigt werden, weil bekannt ist, daß diese Variablen nicht unabhängig sind von der sozialen Schicht und der Ausprägung der Risikofaktoren.

Es wurden drei Altersgruppen gebildet, die Gemeindegröße wurde in vier Strata dargestellt und hinsichtlich der großräumigen Verteilung wurden folgende fünf Teilräume der Bundesrepublik Deutschland zusammengefaßt: NORD (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen, Berlin), Nordrhein-Westfalen (NRW), HRS (Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland), Baden-Württemberg (BW) und Bayern (BAY).

In *Tabelle 1-9* wird die soziale Schicht nach Alter, Gemeindegröße und Region dargestellt. Zunächst wird ersichtlich, daß Männer generell etwas häufiger den oberen sozialen Schichten zugeordnet werden. Darüber hinaus gilt für beide Geschlechter, daß mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen in den unteren Sozialschichten deutlich zunimmt.

Auch in bezug auf die Gemeindegröße ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang. Der Tendenz nach sind um so mehr Personen den höheren Schichten zuzurechnen, je größer die Gemeinde ist. Demgegenüber ergeben sich nur schwach signifikante Unterschiede in der Schichtzugehörigkeit zwischen den fünf großräumigen Regionen der Bundesrepublik.

Tabelle 1-10 gibt die KHK-Risikofaktoren nach Alter, sozialer Schicht, Gemeindegröße und Regionen wider. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen dabei insbesondere für die Risikofaktoren Rauchen, Bluthochdruck

und Bewegungsarmut. Rauchen und Bluthochdruck sind beide deutlich häufiger bei Männern anzutreffen als bei Frauen, während sportliche Inaktivität bei Frauen häufiger vorkommt. Mit Ausnahme des Risikofaktors Rauchen, der mit zunehmendem Lebensalter deutlich geringer auftritt, zeigen die übrigen Risikofaktoren eine deutlich größere Prävalenz in höheren Lebensjahren.

Ohne Kontrolle weiterer Variablen ergibt sich bei Männern für das Rauchen, das Übergewicht und die sportliche Inaktivität ein sehr enger Zusammenhang mit dem Merkmal soziale Schicht, und zwar derart, daß mit abnehmender sozialer Schicht die Risikofaktorenprävalenz deutlich zunimmt. Etwas anders stellt sich dieser Zusammenhang für Frauen dar. Für das Rauchen zeigt sich überraschenderweise kein signifikanter Zusammenhang mit der sozialen Schicht. Die übrigen vier Risikofaktoren nehmen dagegen mit abnehmender sozialer Schicht signifikant zu. Die Prävalenz dieser Risikofaktoren liegt in der Unterschicht im Vergleich zur Oberschicht zwei- bis dreimal höher.

Für Männer ergibt sich für keinen Risikofaktor ein eindeutiger und signifikanter Zusammenhang zwischen der Gemeindegrößenklasse und der Risikofaktorenprävalenz. Das gleiche gilt für Frauen, mit Ausnahme des Risikofaktors Rauchen. Hier zeigt sich ein signifikanter Trend der Zunahme des Risikofaktors Rauchen mit zunehmender Gemeindegrößenklasse.

Zwischen den fünf Regionen der Bundesrepublik Deutschland ergibt sich zwar keine Gleichverteilung der Risikofaktoren, eine eindeutige regionale Häufung bestimmter Risikofaktoren in verschiedenen Regionen läßt sich aufgrund dieser ersten Analyse aber nicht konstatieren.

Im folgenden sollen die nunmehr benannten schichtspezifischen Unterschiede der Risikofaktoren näher analysiert werden, indem jeweils das Odds Ratio für die verschiedenen Sozialschichten berechnet wird, wobei jeweils die Oberschicht als Referenzkategorie gesetzt wird. Kontrolliert wird dabei für die Variablen Lebensalter (in Jahren), die vier Gemeindegrößen und die fünf Regionen in der Bundesrepublik Deutschland.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den wichtigsten KHK-Risikofaktoren und der sozialen Schicht unter Kontrolle des Lebensalters und regionaler Gesichtspunkte ergibt sich für die verschiedenen Faktoren ein differenziertes Bild (*Siehe Abb. 2 bis 6*).

Die nicht unmittelbar verhaltensgebundenen Risikofaktoren Bluthochdruck (incl. kontrollierter Hypertonie) und Hypercholesterinämie weisen keinen eindeutigen sozialen Gradienten auf. Lediglich bei Frauen nimmt der Anteil der Hypertoniker mit abnehmender sozialer Schicht deutlich zu, kontrolliert man hierbei aber gleichzeitig das Übergewicht, das einen bedeutsamen Einfluß auf die Hypertoniewerte ausübt, so vermindert sich dieser Zusammenhang mit der sozialen Schicht deutlich.

Demgegenüber ergeben sich für die mehr verhaltensgebundenen Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, sportliche Inaktivität durchweg signifikante Zusammenhänge mit der Schichtzugehörigkeit. Beim Rauchen ist dieser

Tab.1-9a: Soziale Schicht nach Alter, Gemeindegröße und Region (Männer)

	Soziale Schicht							χ^2
	N	Oberschicht	obere Mittelschicht	Mittelschicht	untere Mittelschicht	Unterschicht		
	2418	19	23	24	20	15	100	
Altersgruppen								
25 - 29 Jahre	826	22	25	23	18	12	100	71,3, df = 8, p < .001
40 - 54 Jahre	965	20	24	23	19	13	100	
55 - 69 Jahre	613	13	16	26	24	22	100	
Gemeindegröße (in 1000)								
< 5	366	12	22	25	21	19	100	49,5, df = 8, p < .001
5 - 50	738	15	23	25	20	17	100	
51 - 100	587	21	22	23	22	13	100	
> .100	713	26	23	22	18	12	100	
Region Nord	518	20	25	23	18	14	100	28,5, df = 16, p < .05
NRW	612	18	21	24	22	15	100	
HRS	428	16	22	22	22	18	100	
BW	404	23	25	22	20	11	100	
BAY	442	19	20	26	17	17	100	

alle Angaben in %

Quelle: Gesundheitssurvey, Auswertung auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-9b: Soziale Schicht nach Alter, Gemeindegröße und Region (Frauen)

	Soziale Schicht							χ^2
	N	Oberschicht	obere Mittelschicht	Mittelschicht	untere Mittelschicht	Unterschicht		
	2358	16	20	26	19	19	100	
Altersgruppen								
25 - 29 Jahre	813	19	25	28	16	12	100	119,4, df = 8, p < .001
40 - 54 Jahre	886	17	22	25	20	16	100	
55 - 69 Jahre	659	10	13	25	22	30	100	
Gemeindegröße (in 1000)								
< 5	335	10	15	28	25	22	100	49,9, df = 12, p > .001
5 - 50	682	13	19	28	19	21	100	
51 - 100	503	17	22	23	19	19	100	
> .100	746	20	23	26	17	14	100	
Region Nord	521	18	20	27	19	15	100	31,8, df = 16, p < .05
NRW	597	15	19	27	20	19	100	
HRS	388	14	16	28	20	22	100	
BW	422	19	25	22	16	17	100	
BAY	428	13	21	26	20	20	100	

alle Angaben in %

Quelle: Gesundheitssurvey, Auswertung auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Zusammenhang besonders stark ausgeprägt bei Männern. Das Rauchverhalten von Frauen scheint neben der sozialen Schichtzugehörigkeit noch stärker von siedlungsstrukturellen Aspekten abzuhängen. Die Raucherprävalenz in Großstädten liegt bei Frauen um nahezu das Dreifache höher als in ländlich strukturierten Gebieten mit Gemeinden bis zu 5000 Einwohnern.

Für das Übergewicht ergibt sich für Männer und insbesondere für Frauen ein eindeutiger sozialer Gradient. Die Prävalenz des Übergewichts ist für Frauen in der Unterschicht nahezu dreimal so hoch wie in der Oberschicht. Des weiteren zeigt die Analyse, daß in kleinen Gemeinden bis zu 5000 Einwohnern die Prävalenz des Übergewichts bei Männern und Frauen in etwa 50 % höher liegt als in Großstädten.

Von allen Risikofaktoren am stärksten schichtabhängig scheint der Risikofaktor sportliche Inaktivität zu sein. So lag der Anteil der Untersuchten mit sportlicher Inaktivität in der Unterschicht bei Männern und Frauen um mehr als das Dreifache höher als in der Oberschicht.

Das Risiko, eine Herz-Kreislauf-Krankheit zu erleiden, hängt insbesondere davon ab, wie viele Risikofaktoren eine Person gleichzeitig aufzuweisen hat. Deshalb wurden die im Vorangegangenen angeführten fünf Risikofaktoren pro Untersuchtem addiert, und es wurde eine Einteilung vorgenommen in niedrige Belastung (kein Risikofaktor), mittlere Belastung (ein Risikofaktor) und hohe Belastung (zwei bis fünf Risikofaktoren). Für diese drei Gruppen wurde jeweils wieder das Odds Ratio als Indikator für die relative Belastung über die einzelnen sozialen Schichten

Tab.1- 10a: Risikofaktoren nach Alter, sozialer Schicht, Gemeindegröße und Region (nur Männer, Angaben in %)

	N	Rauchen	Bluthochdruck ¹	Hypercholesterin	Übergewicht	Bewegungsarmut
Altersgruppen	2418	41	27	32	16	35
25 - 29	2418					
40 - 54	831	49	13	20	9	20
55 - 69	973	39	30	38	19	35
	614	33	42	42	21	57
χ^2		p < .001	p < .001	p < .001	p < .001	p < .001
Soziale Schicht	2404					
OS	446	33	26	31	11	19
OMS	542	40	25	30	15	25
MS	567	39	25	33	16	36
UMS	483	42	29	34	19	47
US	356	53	31	37	20	59
χ^2		p < .001	n.s.	n.s.	p < .001	p < .001
Gemeindegröße (in 1000)	2418					
< 5.	368	37	21	29	18	40
5 - 50	740	41	30	34	18	36
51 - 100	590	42	29	33	15	33
> 100	720	42	25	33	14	35
χ^2		n.s.	p < .001	n.s.	n.s.	n.s.
Region	2418					
Nord	521	43	25	30	13	36
NRW	614	47	31	37	18	38
HRS	431	38	28	33	17	40
BW	410	37	24	29	16	32
BAY	442	35	26	31	17	29
χ^2		p < .001	n.s.	p < .05	n.s.	p < .01

Tab.1- 10b: Risikofaktoren nach Alter, sozialer Schicht, Gemeindegröße und Region (nur Frauen, Angaben in %)

	N	Rauchen	Bluthochdruck ¹	Hypercholesterin	Übergewicht	Bewegungsarmut
Altersgruppen	2378	26	20	34	16	43
25 - 29	2378					
40 - 54	818	39	6	14	7	26
55 - 69	893	22	19	31	16	45
	667	16	39	63	27	60
χ^2		p < .001	p < .001	p < .001	p < .001	p < .001
Soziale Schicht	2358					
OS	372	27	13	26	7	22
OMS	479	24	13	32	10	29
MS	618	28	19	34	15	43
UMS	450	24	23	35	22	52
US	439	27	32	44	26	63
χ^2		n.s.	p < .001	p < .001	p < .001	p < .001
Gemeindegröße (in 1000)	2376					
< 5.	340	17	22	29	21	48
5 - 50	686	25	22	33	18	43
51 - 100	599	27	21	39	18	43
> 100	751	31	18	34	12	39
χ^2		p < .001	n.s.	p < .05	p < .01	n.s.
Region	2376					
Nord	523	28	16	32	12	40
NRW	602	29	22	38	18	47
HRS	395	31	22	38	20	48
BW	425	19	23	32	16	33
BAY	431	22	20	30	16	42
χ^2		p < .001	n.s.	p < .05	p < .05	p < .05

1) incl. kontrollierte Hypertoniker. Quelle: Gesundheitssurvey, Auswertung. BIPS, für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Abb.1-2a: Rauchen nach sozialer Schicht und Gemeindegröße

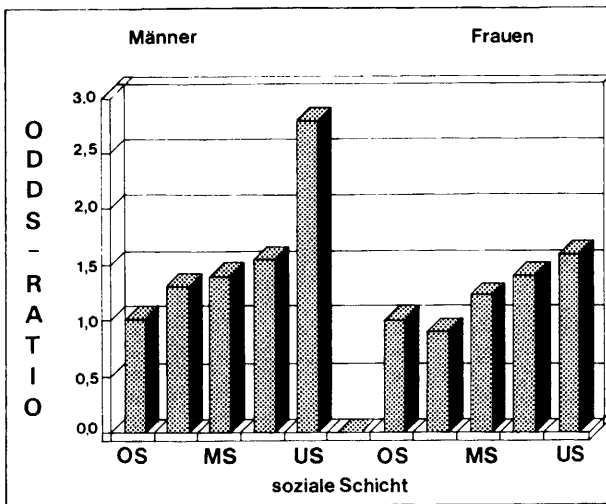


Abb.1-4: Hypercholesterinämie nach sozialer Schicht

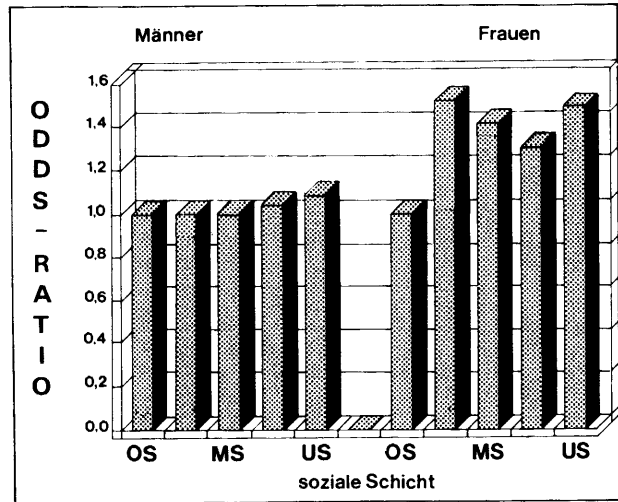


Abb.1-2b: Rauchen nach Gemeindegröße

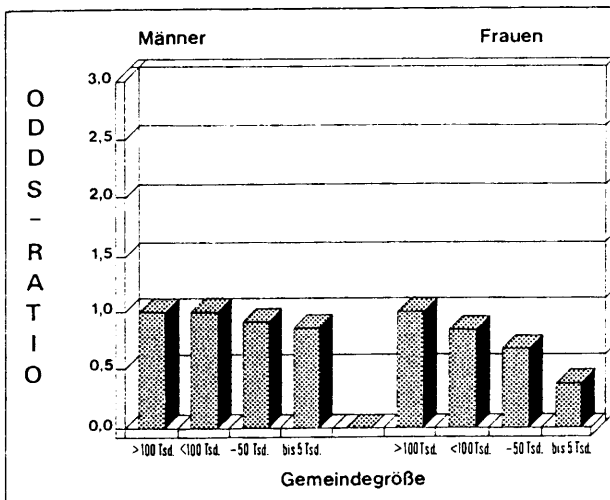


Abb.1-5a: Übergewicht nach sozialer Schicht und Gemeindegröße

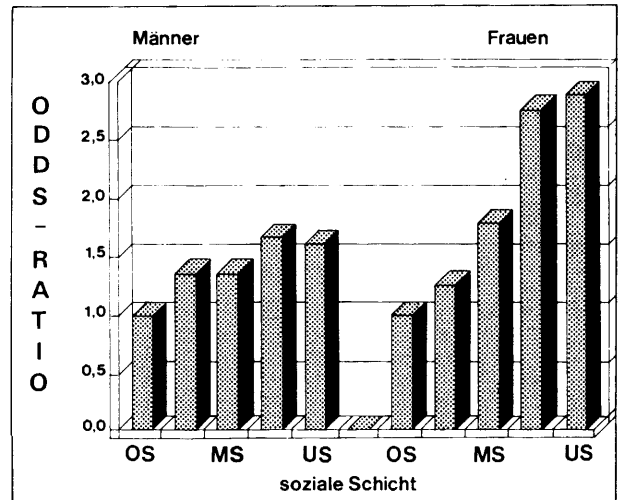


Abb.1-3: Bluthochdruck nach sozialer Schicht

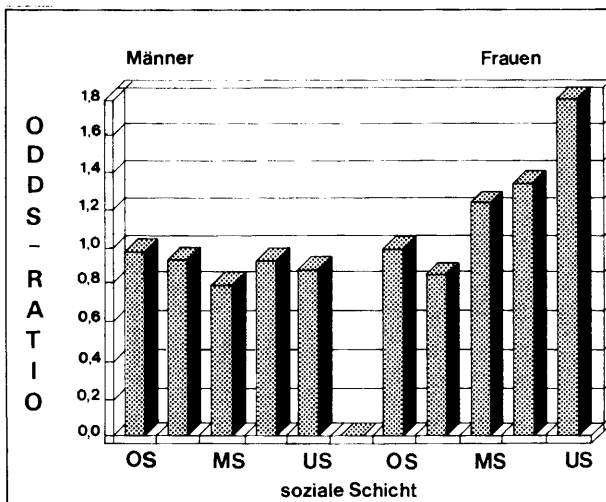


Abb.1-5b: Übergewicht nach sozialer Schicht und Gemeindegröße

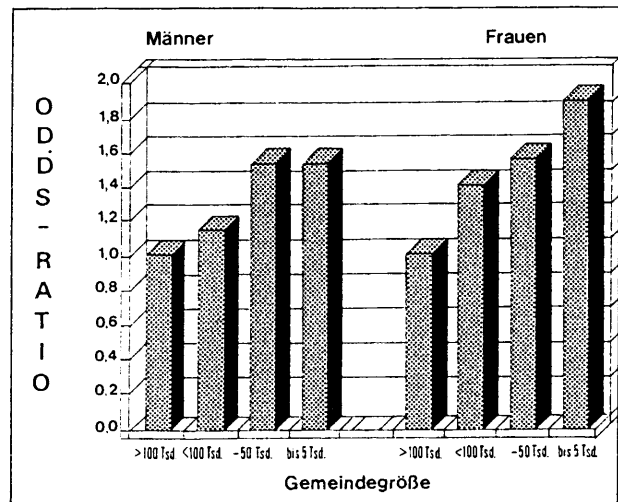


Abb.1-6: Sportliche Inaktivität nach sozialer Schicht

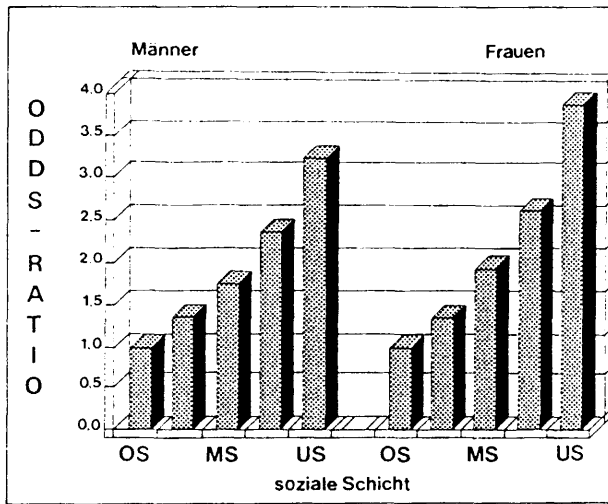


Abb.1-8a: Kardiovaskuläres Risiko nach Alter und Schicht (nur Frauen)

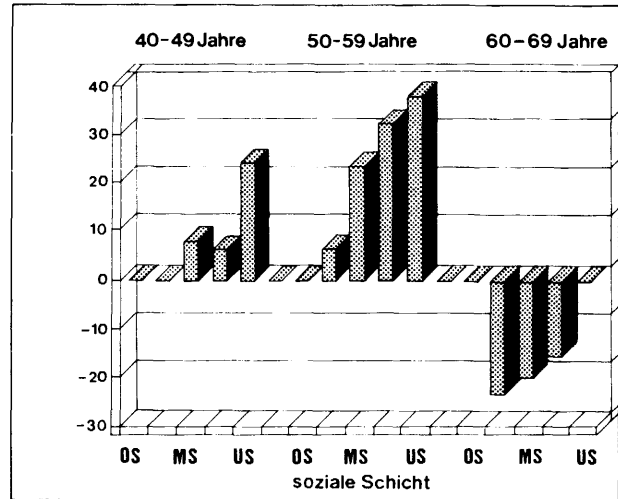


Abb.1-7a: Hohe und niedrige Risikofaktorenbelastung (nur Männer)

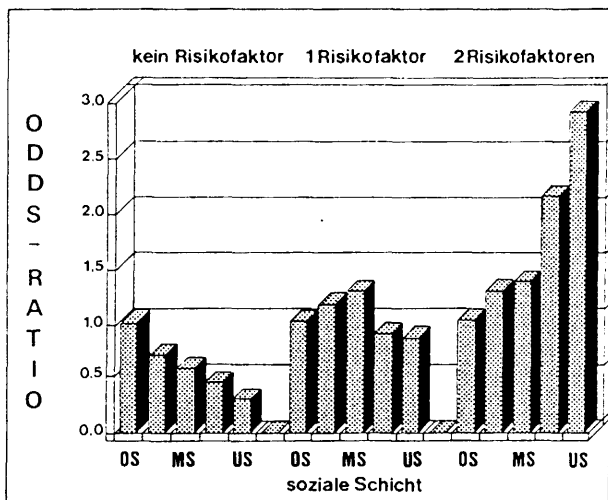


Abb.1-8b: Kardiovaskuläres Risiko nach Alter und Schicht (nur Männer)

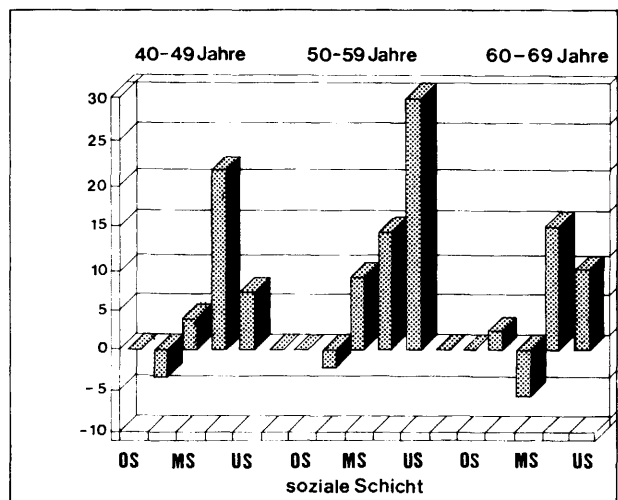
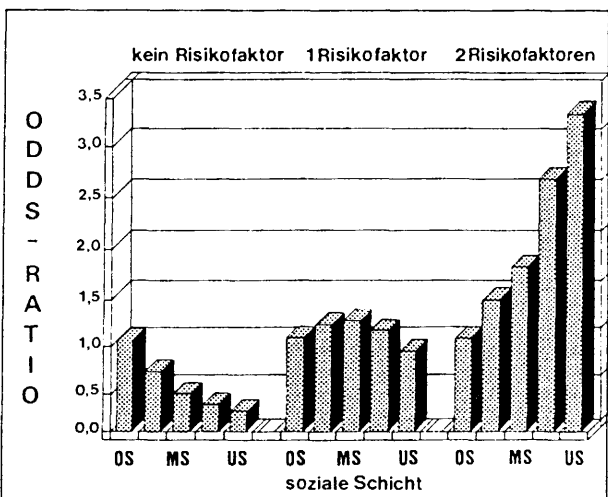


Abb.1-7b: Hohe und niedrige Risikofaktorenbelastung (nur Frauen)



Quelle der Abbildungen 1-2a - 1-8b: Gesundheitssurvey, Auswertung auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

berechnet (siehe Abbildung 1-7: Hohe und niedrige Risiko-belastung).

Insgesamt ergab sich eine deutliche Tendenz, daß unter Kontrolle von Lebensalter und Regionalvariablen die Personen mit geringer Risikofaktorenbelastung im Vergleich zur Oberschicht in der Mittelschicht und insbesondere in der Unterschicht deutlich geringer vorkommen. Das umgekehrte Bild ergibt sich dann für Personen mit hoher Risikofaktorenbelastung. Im Vergleich zur Oberschicht liegt der Anteil der Personen mit hoher Belastung in der Mittelschicht um etwa 100 % und in der Unterschicht um etwa 200 % höher.

Schließlich wurde das kardiovaskuläre Risiko in Anlehnung an das NHANES I Projekt aus den USA berechnet. In diese Berechnung gehen die medizinischen Meßparameter systolischer Blutdruck, Gesamtcholesterin, MBI (Bo-

dy-Mass-Index) und Zigarettenrauchen ein. Eine Berechnung ist nur möglich für die Altersgruppe der über 40-jährigen.

Wie aus *Abbildung 1-8* zu entnehmen ist, ergibt sich für Männer zwar kein eindeutiger Trend im Hinblick auf den Zusammenhang mit der sozialen Schicht, aber dennoch läßt sich konstatieren, daß in der Regel in den beiden höchsten sozialen Schichten das kardiovaskuläre Risiko jeweils deutlich niedriger ist als in den beiden niedrigsten sozialen Schichten. Für Frauen ergibt sich ein engerer Zusammenhang zwischen kardiovaskulärem Risiko und der Sozialschicht für die Altersgruppe der 40-59-jährigen. Insbesondere in der niedrigsten Sozialschicht ist das prognostizierte kardiovaskuläre Risiko deutlich höher. Für die Altersgruppe der 60-69-jährigen findet sich dagegen kein derartiger Zusammenhang. Letzteres könnte darauf zurückzuführen sein, daß bei älteren Frauen die vorgenommene Einteilung in die fünf sozialen Schichten aufgrund des hohen Anteils verwitweter Frauen äußerst problematisch ist.

1.2.2 Arbeitsbelastung und Gesundheit

1.2.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand nach Arbeitsbelastungen

Die Auswertungen werden an der Teilstichprobe der Berufstätigen des nationalen Befragungs- und Untersuchungssurveys durchgeführt. Als Gewichtungvariable wurde das Gewicht WEIGHT 2 verwendet. Durch diese Gewichtung „...wird ein in seiner regionalen Verteilung und in der Alters- und Geschlechtsstruktur angeglichenes, repräsentatives Abbild der deutschen Wohnbevölkerung von 25 bis 69 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) gewonnen“ (HOFFMEISTER u.a. 1988). Zu den Berufstätigen zählen alle diejenigen Personen, die angeben, »voll berufstätig« oder »teilweise berufstätig« zu sein. 62 % der Befragten sind in diesem Sinne erwerbstätig (absolut: 9758 Personen).

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbstätigen in der Gesamtstichprobe gibt *Tabelle 11* wieder. Danach sind Männer überwiegend voll erwerbstätig (79,2 %), während sich bei den Frauen die Anteile der voll und der teilweise Berufstätigen die Waage halten. Etwa die Hälfte der Frauen geht keiner Berufstätigkeit nach.

Von den 9758 Erwerbstätigen, die die Basis der folgenden Auswertungen bilden, sind 82 % voll und 18 % teilweise berufstätig.

Über die ätiologische Bedeutung der Arbeitsplatzbedingungen existiert eine umfangreiche sozial- und arbeitsmedizinische Literatur. In den veröffentlichten Studien wird mit speziellen Forschungsdesigns den Fragen der Verursachung von chronischen Krankheiten durch Arbeitsplatzbelastungen nachgegangen. Derartige Aufschlüsse können von einer Querschnittsstudie, um die es sich bei dem DHP-Survey handelt, nur schwerlich gewonnen werden.

Der Wert des DHP-Surveys besteht jedoch in seiner bundesweit repräsentativen Stichprobenanlage, verbunden mit großen Fallzahlen. Insofern ist die Bedeutung des in diesem Berichtsteil vorgelegten Materials in der tabellari-schen und statistischen Deskription von statistischen Beziehungen zu sehen. Rückschlüsse auf ursächliche Beziehungen zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheitsstörungen würden weit über diese Deskription hinausgehen.

Als unabhängige Variablen werden in diesem Berichtsteil die von den Befragten wahrgenommenen Belastungen am Arbeitsplatz verwendet. Diese wurden durch eine Listen-vorgabe von 24 Arbeitsplatzmerkmalen erhoben, die mit dem einleitenden Text versehen war: „Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer derzeitigen bzw. belasteten Sie in Ihrer letzten Berufstätigkeit?“ Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten lauteten: »Belastet mich stark/wenig/überhaupt nicht/trifft nicht zu«.

In den Auswertungen wurde nur die Angabe »Belastet mich stark« verwendet. Immer dann, wenn also im folgenden die Formulierung »Arbeitsbelastung« auftaucht, ist dies im Sinne einer stark belastenden Bedingung zu verstehen.

Für die Interpretation ist weiterhin hervorzuheben, daß sich die Auswertungen auf die wahrgenommene Belastung beziehen, die mit einer Arbeitsplatzbedingung verbunden ist. Fühlt sich beispielsweise ein Berufstätiger durch Überstunden und lange Arbeitszeit nicht stark belastet, obwohl Überstunden bei ihm vorkommen, so wird dies auch nicht als Belastung gewertet. Die Ergebnisse beziehen sich demnach auf die subjektive Wertung, nicht auf das objektive Vorhandensein von Bedingungen am Arbeitsplatz.

Tab.1-11: Berufstätigkeit nach Alter und Geschlecht

	Gesamt ¹		Männer		Frauen		24-49 Jahre		50 Jahre u. älter	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Berufsstatus										
voll berufstätig	7.970	51,5	5.893	79,2	2.066	25,8	5.946	61,0	2.013	35,3
teilweise berufstätig	1.798	11,6	102	1,4	1.696	21,2	1.377	14,1	421	7,4
Sonstiges	5.685	36,8	1.447	19,4	4.238	53,0	2.423	24,9	3.262	57,3

1) 299 Fälle ohne Angabe zur Berufstätigkeit

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86. Nationaler Survey; gewichtet; Gesundheitsforschung; Auswertung für die Enquete-Kommission »Struktur-reform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-12: Häufigkeit, mit der Arbeitsplatzbedingungen Berufstätiger als »stark belastend« erlebt werden

Prozent Berufstätige, die sich »stark« durch nebenstehende Bedingungen belastet fühlen	
Überstunden, lange Arbeitszeit	16,8
Ausschließlich Nachtarbeit	2,1
Wechselschicht ohne Nachtarbeit	2,4
Wechselschicht mit Nachtarbeit	5,0
Akkord- und Stückarbeit	3,7
Lärm	11,8
Chemische Schadstoffe	5,4
Hitze, Kälte, Nässe	11,9
Fließbandarbeit	1,3
Arbeit am Bildschirm, EDV-Terminal	1,9
Körperlich schwere Arbeit	10,2
Unangenehme oder einseitige körperliche Beanspruchung, Körperhaltung	13,9
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck	23,7
Arbeitstempo wird durch Maschinen bestimmt	3,8
Starke Konzentration	19,8
Widersprüchliche Anforderungen, Anweisungen	11,1
langweilige, gleichförmige Arbeit	4,9
Häufige Störungen und Unterbrechungen	13,4
Zwang zu schnellen Entscheidungen	10,7
Hohe Verantwortung für Maschinen	6,1
Hohe Verantwortung für Menschen	15,0
Starke Konkurrenz durch Kollegen	6,1
Arbeitet alleine, keine Gespräche mit Kollegen möglich	2,8
Arbeitsleistung wird streng kontrolliert	7,5

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86. Nationaler Survey; gewichtet; Infratest Gesundheitsforschung, Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Die Häufigkeit, mit der die einzelnen Arbeitsbedingungen als stark belastend empfunden werden, gibt Tab. 1-12 wieder. Die vier häufigsten Belastungen sind demnach »Ho-

hes Arbeitstempo, Zeitdruck« (23,7 %), »Starke Konzentration« (19,8 %), »Überstunden, lange Arbeitszeit« (16,8 %) und »Hohe Verantwortung für Menschen« (15,0 %). Relativ selten werden »Fließbandarbeit« (1,3 %), »Arbeit am Bildschirm, EDV-Terminal« (1,9 %), »Ausschließlich Nachtarbeit« (2,1 %) und »Wechselschicht ohne Nachtarbeit« (2,4 %) als stark belastend empfunden. Es sei noch einmal betont, daß sich die Prozentangaben nicht auf die Häufigkeit dieser Bedingungen beziehen, sondern auf die Häufigkeit, mit der sie als stark belastend empfunden werden.

Die Einbeziehung aller 24 Arbeitsbelastungen in die Auswertungen hätten zu einem nur noch schwer überschaubaren Tabellenmaterial geführt. Aus diesem Grund wurden Auswertungen auf exemplarische Einzelbelastungen beschränkt, in der Regel auf solche, die häufiger als von zehn Prozent der Befragten angegeben wurden.

Weiterhin wurde eine Verdichtung der Einzelmerkmale zu einem Index »Zahl der stark belastenden Arbeitsbedingungen« vorgenommen. Wie eine Auszählung der Anzahl der stärkeren Einzelbelastungen je Befragtem zeigt (siehe Tabelle 13), sind Mehrfachbelastungen häufig, nur 35,5 % der Befragten sind völlig frei von Arbeitsbelastungen, 31,9 % nehmen eine oder zwei Belastungen wahr, und 32,6 % fühlen sich durch drei oder mehr Arbeitsbedingungen stark belastet. Der Index gibt die Belastungskumulation wieder.

Zusätzlich wurde ein Index gebildet, der sich auf die Zahl der Belastungen bezieht, die durch erschwerende Zeitbedingungen der Arbeitstätigkeit zustandekommen. Hierin wurden einbezogen: »Überstunden«, »Ausschließlich Nachtarbeit«, »Wechselschicht ohne Nachtarbeit«,

Tab.1-13: Ausgewählte Arbeitsbelastungen bei Berufstätigkeit nach Geschlecht und Alter

	Prozent Berufstätige, die sich durch nebenstehende Bedingungen »stark belastet« fühlen			
	Männer	Frauen	24 - 49 Jahre	50 Jahre und älter
Einzelbelastungen				
Überstunden, lange Arbeitszeit	18,1	14,7	16,3	18,8
Lärm	13,9	8,1	11,5	12,6
Hitze, Kälte, Nässe	13,8	8,5	10,8	15,3
Körperlich schwere Arbeit	10,7	8,8	8,5	14,9
Unangenehme, einseitige körperliche Beanspruchung	12,0	17,3	13,9	14,2
hohes Tempo, Zeitdruck	26,4	18,8	22,8	26,4
Starke Konzentration	22,4	15,2	19,0	22,3
Widersprüchliche Anforderungen/Anweisungen	12,3	9,5	12,0	9,1
Häufige Störungen/Unterbrechungen	14,4	11,8	14,0	11,8
Zwang zu schnellen Entscheidungen	13,4	6,3	10,5	12,1
Hohe Verantwortung für Menschen	17,5	10,8	14,7	16,3
Anzahl starker Arbeitsbelastungen				
keine	32,7	40,2	36,7	31,0
eine oder zwei	30,6	34,0	31,3	33,6
drei oder mehr	36,7	25,8	32,0	35,3
Anzahl starker Zeitbelastungen				
keine	66,0	73,8	69,0	68,0
eine	25,0	20,2	22,8	24,9
zwei oder mehr	9,0	5,9	8,1	7,1

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86. Nationaler Gesundheitssurvey; gewichtet; Infratest Gesundheitsforschung, Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

»Wechselschicht mit Nachtarbeit« und »Hohes Arbeitstempo und Zeitdruck«. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse von VOLKHOLZ (1977) zur Zeitbelastung, die einen pragmatischen Ansatz für präventive Strategien bieten.

Tab.1-14: *Beziehungen zwischen einzelnen Arbeitsbelastungen und wahrgenommenen chronischen Krankheiten*

Prozentuale Häufigkeit wahrgenommener Krankheiten bei Berufstätigen mit nebenstehender Belastung			
	»Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina Pectoris«	»Herzinfarkt«	»Herzschwäche« (Herzinsuffizienz, Herzasthma)
Stark belastet durch:			
Überstunden, lange Arbeitszeit	8,7	1,9	3,3
Lärm	9,4	1,6	3,5
Hohes Arbeitstempo			
Zeitdruck	10,0	1,5	3,9
Starke Konzentration	8,5	1,6	3,4
Hohe Verantwortung für Menschen	8,6	1,6	3,5
Keine starken Belastungen	5,3	1,2	2,5

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86 Nationaler Survey, gewichtet; Infratest Gesundheitsforschung, Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Zur Darstellung des Krankheitszustands der Befragten wurden die Angaben zu chronischen Krankheiten verwendet: Aus der Liste mit chronischen Krankheiten (vgl. Frage 59 des DHP-Fragebogens) werden die ersten zwölf Items verwendet, die sich auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren beziehen. Die Krankheitsangaben werden mit »liegt bzw. lag vor« (= eine Eintragung in einem der vier vorgesehenen Antwortkästchen) und »liegt nicht vor« bewertet. Weiterhin wird ausgezählt, wie viele Krankheiten von den zwölf angegeben

wurden. (»Anzahl chronischer Krankheiten«). Die Antworten bringen die den Betroffenen bekannten und bei der Befragung erinnerten Krankheiten zum Ausdruck. Es handelt sich also um »wahrgenommene Morbidität«, nicht um medizinisch diagnostizierte Morbidität.

Eine Gegenüberstellung ausgewählter einzelner Arbeitsbelastungen und chronischer Krankheiten gibt Tabelle 1-14 wieder. In den Spalten der Tabelle ist der prozentuale Anteil der Personen mit der jeweiligen Krankheit in der Gruppe derjenigen Erwerbstätigen aufgetragen, die die jeweilige Arbeitsbedingung als stark belastend empfinden. Beispiel: 8,7 % der Erwerbstätigen, die sich stark durch Überstunden und Arbeitszeit belastet fühlen, geben an, unter Durchblutungsstörungen am Herzen zu leiden. In der abgetrennten letzten Zeile der Tabelle sind als Vergleichsmaßstab die prozentualen Häufigkeiten der chronischen Krankheiten in der Gruppe von Personen angegeben, die völlig frei von starken Arbeitsbelastungen sind.

In allen Fällen nehmen bei starken Arbeitsbelastungen chronische Krankheiten deutlich zu. Dieser Sachverhalt ist bei Personen, die durch hohes Arbeitstempo und Zeitdruck belastet sind, am stärksten ausgeprägt: die relative Häufigkeit von Angina pectoris beispielsweise ist bei diesen Personen etwa doppelt so hoch (10,0% : 5,3%):

Vor weitergehenden Interpretationen dieser Tabelle muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß die Einzelbeziehungen nur mit Vorbehalt gedeutet werden können, da die Arbeitsbelastungen im Regelfall gebündelt als Belastungskombination auftreten. Die Einzelbelastung »Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck« ist unter anderem beispielsweise korreliert mit: »Überstunden« (r = .32), »Akkord- und Stückarbeit« (r = .24), »Starke Konzentration« (r = .36), »Zwang zu schnellen Entscheidungen« (r = .26). Die Einzelbelastungen sind demnach in der Regel in komplexe Belastungsbündel eingebettet, und es scheint sinnvoller zu sein, die subjektiv wahrgenommenen Krankheitserscheinungen Morbidität auf komplexe Belastungsindikatoren als auf Einzelbelastungen zu beziehen.

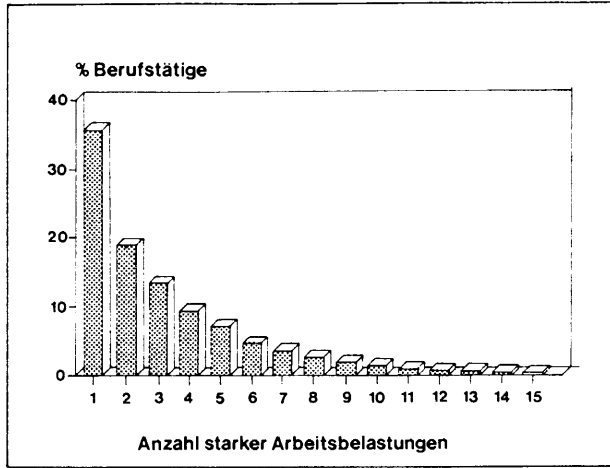
Tab. 1-15: *Wahrgenommene chronische Krankheiten in Abhängigkeit von der Zahl starker Arbeitsplatzbelastungen*

Wahrgenommene chronische Krankheiten	Prozent Berufstätige mit nebenstehender Krankheitsangabe			
	Keine Arbeitsbelastung (1)	Eine oder zwei Arbeitsbelastungen (2)	Drei oder mehr Arbeitsbelastungen (3)	(3) : (1)
Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina Pectoris	5,3	7,4	9,4	1,8
Herzinfarkt	1,2	1,6	1,9	1,6
Herzschwäche	2,5	3,0	3,7	1,5
Durchblutungsstörungen im Gehirn	2,5	3,5	4,2	1,7
Zuckerkrankheiten, Diabetes	2,2	2,7	3,3	1,5
Schlaganfall	0,5	0,7	0,7	1,4
Krampfadem etc.	14,6	18,1	16,5	1,1
Durchblutungsstörungen in den Beinen	6,4	10,2	12,1	1,9
Bluthochdruck	14,3	17,9	19,3	1,3
Starkes Übergewicht, Fettsucht	10,0	11,8	13,7	1,4
Gicht, Harnsäureerhöhung	5,2	7,7	8,7	1,7
Erhöhtes Cholesterin	8,4	11,8	13,8	1,6

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86. Nationaler Gesundheitssurvey; gewichtet; Infratest Gesundheitsforschung; Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Die Verteilung der Berufstätigen nach der Anzahl starker Arbeitsbelastungen zeigt *Abbildung 1-9*.

Abb.1-9: Verteilung der Berufstätigen nach Anzahl starker Arbeitsbelastungen



Quelle: DHP-Survey 84-86 Infratest Gesundheitsforschung. Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Die relativen Häufigkeiten der chronischen Erkrankungen, getrennt nach Anzahl der stark empfundenen Arbeitsplatzbelastungen, gibt *Tabelle 1-15* wieder. In der äußersten rechten Spalte ist die Relation des Auftretens der Krankheiten zwischen unbelasteten und stark belasteten Personen aufgetragen. Je höher dieser Zahlenwert ist, desto stärker sind die »Prävalenzunterschiede« zwischen den Belastungsstufen ausgeprägt.

Am stärksten nehmen die verschiedenen Formen der Durchblutungsstörungen bei stärkeren Arbeitsbelastungen zu: Durchblutungsstörungen am Herzen kommen 1,8-mal so häufig in der Gruppe mit starken Belastungen vor wie in der Gruppe ohne Belastungen. Bei Durchblutungsstörungen am Gehirn beträgt der entsprechende Wert 1,7 und bei Durchblutungsstörungen in den Beinen 1,9.

Tab.1-16: Spezielle Arbeitsplatzbelastungen und Anzahl wahrgenommener chronischer Erkrankungen

Prozent Berufstätige mit nebenstehenden Belastungen, die drei und mehr chronische Krankheiten angeben	
Überstunden	14,8
Wechselschicht mit Nacharbeit	14,8
Lärm	15,5
Hitze, Kälte, Nässe	18,0
Körperlich schwere Arbeit	17,9
Unangenehme, einseitige körperliche Arbeit	16,6
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck	15,2
Starke Konzentration	15,1
Widersprüchliche Anforderungen	12,2
Häufige Störungen und Unterbrechungen	14,8
Zwang zu schnellen Entscheidungen	17,2
Hohe Verantwortung für Menschen	14,1
Erwerbstätige ohne starke Belastungen am Arbeitsplatz	8,9

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86 Nationaler Survey; gewichtet: Infratest Gesundheitsforschung. Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Die Unterschiede bei den anderen Krankheiten sind weniger stark ausgeprägt, die Erkrankungshäufigkeit steigt jedoch in jedem Fall mit zunehmenden Arbeitsbelastungen an.

Abb.1-10: Krankheiten bei Berufstätigen nach Arbeitsbelastungen

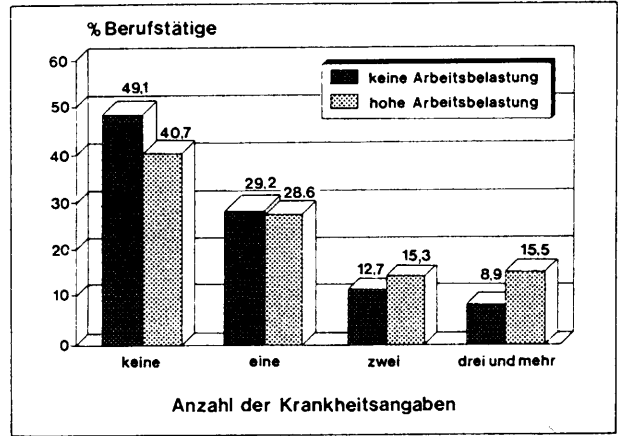


Abb.1-11: Berufstätige mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen nach Arbeitsbelastungen und Alter

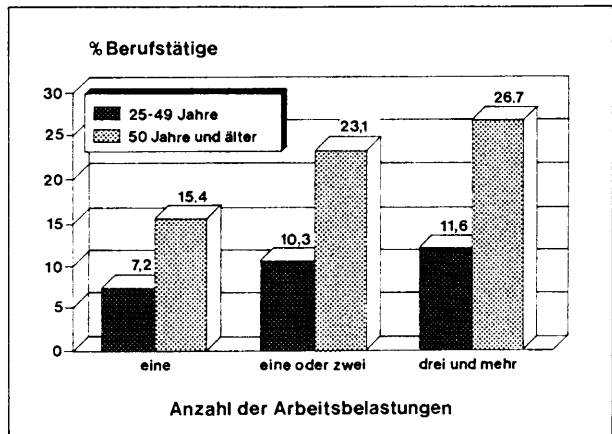
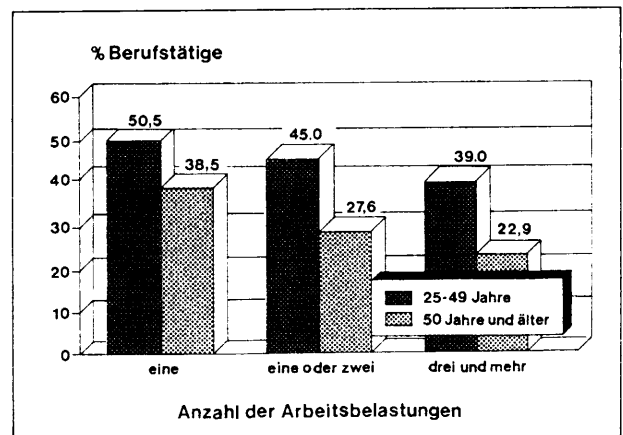


Abb.1-12: Anteil Berufstätige mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand nach Arbeitsbelastungen



Quelle der Abbildungen 10 bis 12: DHP-Survey 84-86 Infratest Gesundheitsforschung; Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Erwartungsgemäß steigt auch die Multimorbidität (»Anzahl wahrgenommener chronischer Krankheiten«) mit der Art und Zahl der Arbeitsbelastungen.

Bei Erwerbstätigen ohne Arbeitsplatzbelastungen geben 8,9 % drei oder mehr chronische Krankheiten an (*Tabelle 1-16, letzte Zeile*). Dieser Anteil vergrößert sich unter starken Belastungen durch »Hitze, Kälte, Nässe« und durch »Körperlich schwere Arbeit« auf 18 %, bei »Zwang zu schnellen Entscheidungen« auf 17 % usw.

Abbildung 1-10 und *1-11* weisen aus, wie die Multimorbidität mit der Zahl der Arbeitsbelastungen steigt. Bei älteren Erwerbstätigen nimmt der Anteil der Personen mit drei und mehr Erkrankungen von ca. 15 % auf ca. 27 % zu, bei jüngeren ist die Zunahme weniger stark ausgeprägt.

Der Trend eines schlechteren Gesundheitszustands bei zunehmenden Arbeitsbelastungen zeigt sich auch in der allgemeinen Selbstbeurteilung des aktuellen Gesundheitszustands (*Abbildung 1-12*). Während beispielsweise 38,5 % der älteren Erwerbstätigen ohne Arbeitsbelastungen ihren Gesundheitszustand als »sehr gut« oder »gut« bezeichnen, sind es in der Gruppe mit drei oder mehr Arbeitsbelastungen nur noch 22,9 %, also ein Prozentpunkt Unterschied von gut 15 %. Vergleichbare, jedoch in ihrem Ausmaß etwas schwächere Unterschiede finden sich auch in allen anderen Untergruppen.

1. 2. 2. 2 Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten nach Arbeitsbelastungen

Die Beziehungen zwischen einzelnen Elementen riskanten Gesundheitsverhaltens (Übergewicht, Rauchen und Mangel an sportlicher Betätigung) und den Arbeitsbelastungen werden hier nur cursorisch berichtet. Aus auswertungstechnischen Gründen werden die riskanten Verhaltensweisen mit Hilfe einiger vergleichsweise globaler Eigenangaben der Befragten im Fragebogen dargestellt.

Das Übergewicht (*Tabelle 1-17*) wurde wieder aus den Angaben zu Körpergröße und Gewicht nach dem »Body-Mass-Index« (= Körpergewicht/Körpergröße²) ermittelt. Als Übergewicht werden BMI-Werte über 30 gewertet. Der Übergewichtigen-Anteil bei Erwerbstätigen ohne Arbeitsbelastungen beträgt 6,4 % im Vergleich zu 8,6 % bei Personen mit drei oder mehr Arbeitsbelastungen, ist also bei letzteren etwa 1,3mal so hoch. Der Anteil übergewichtiger Personen ist bei älteren Erwerbstätigen höher als bei jüngeren, und der Einfluß der Arbeitsbelastungen wird bei älteren Personen schwächer. Besonders hoch ausgeprägt ist der Anteil übergewichtiger Personen bei denjenigen Erwerbstätigen, die stark unter »Hitze, Kälte, Nässe« und/oder »körperlich schwerer Arbeit« leiden.

Der Raucheranteil (Personen, die »zur Zeit rauchen«) ist ebenfalls bei stark belasteten Erwerbstätigen höher als bei unbelasteten. Allerdings gilt dieser Zusammenhang nur bei jüngeren Personen, während bei den älteren ein eher inkonsistenter Zusammenhang zu beobachten ist (*Tabelle 1-18*). Bei Frauen scheinen vor allem Zeitbelastungen zu einer Zunahme des Raucheranteils zu führen.

Das Ausmaß sportlicher Betätigung nimmt mit zunehmenden Arbeitsbelastungen ab (*Tabelle 19*). Diese Abnahme ist jedoch nur schwach ausgeprägt und läßt sich am deutlichsten bei Männern mit starken Zeitbelastungen beobachten.

1. 2. 3 Umwelt und Gesundheit

Die Erfassung der intrakorporalen und externen Schadstoffbelastung der Allgemeinbevölkerung auf breiter repräsentativer epidemiologischer Basis wurde zum ersten Mal (1985/86) im Rahmen der Studie »Umwelt und Gesundheit« des Institutes für Wasser-, Boden- und Lufthygiene des Bundesgesundheitsamtes mit Infratest Gesundheitsforschung in Zusammenhang mit dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes durchgeführt (Repräsentativ hinsichtlich der Verteilung der Bevölkerung nach Alter (25 bis 69jährig), Geschlecht und Gemeindegrößenklassen). Im Mittelpunkt dieser ersten Querschnittsuntersuchung standen der Mensch und der Wohn-Innenraum.

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten stellen eine Verbesserung der umweltepidemiologischen Datenlage dar. Hierüber hinaus dienen sie dem Aufbau eines umweltepidemiologischen Monitoringsystem für Vergleiche (quer und longitudinal). Die Daten sind Basisdaten zur gesundheitsbezogenen Umweltberichterstattung und Ausgangsdaten zur Konzeption und Überprüfung von Interventions- und Präventionsmaßnahmen.

Wir beschränken uns im folgenden auf die Darstellung von subjektiven Umweltbelastungen der Allgemeinbevölkerung.

Das Interesse der Bürger an Umweltfragen und Umweltbelastungen ist mit insgesamt 78 % stärker als das Interesse an medizinischen bzw. gesundheitlichen Themen mit insgesamt 69 %.

Bei bestimmten Fragen zu Umweltproblemen wenden sich bzw. würden sich 31 % der Bevölkerung an Gemeindeverwaltungen/Stadtverwaltung/Rathaus etc. wenden. Neun Prozent sehen das örtliche Gesundheitsamt, fünf Prozent Ministerien, Umweltvereine oder Medien, sechs Prozent Kollegen und Bekannte und drei Prozent Ärzte als geeignete Ansprechpartner an.

Die qualitative Situation unserer Umwelt im Hinblick auf die folgenden Bereiche bewerteten die Befragten wie folgt (Bewertung anhand einer Skala von eins bis fünf, eins bedeutet sehr gut):

Angaben in Durchschnittsbewertung und von schlecht nach gut geordnet:

Oberflächengewässer	3,7
Pflanzen und Bäume	3,5
Tierwelt (Artenvielfalt)	3,4
Luftqualität	3,2
Landschaft	2,9
Stadtbild	2,9
Trinkwasser	2,6
Nahrungsmittel	2,6

Tab.1-17: Übergewicht (Eigenangaben der Fragen 72 und 73 des Gesundheitssurvey) nach Arbeitsplatzbedingungen

Prozent Berufstätige mit nebenstehenden Arbeitsplatzbedingungen, die mehr als 30% Übergewicht (nach BMI) haben					
	Gesamt	Männer	Frauen	24 - 49 Jahre	50 Jahre und älter
Gesamtzahl starker Arbeitsplatzbelastungen					
keine	6,4	6,8	5,7	5,5	9,6
eine oder zwei	7,6	7,7	7,4	6,3	11,2
drei oder mehr	8,6	8,9	7,8	7,7	11,2
Anzahl starker Zeitbelastungen					
keine	7,3	7,7	6,7	6,3	10,8
eine	7,3	7,3	7,4	6,2	10,5
zwei oder mehr	9,3	10,2	7,0	9,0	10,6
Einzelbelastungen					
Überstunden	8,4	8,8	7,6	7,2	11,8
Lärm	9,0	9,5	7,5	8,5	10,3
Hitze, Kälte, Nässe	11,3	11,5	10,8	9,7	15,0
Körperlich schwere Arbeit	10,8	11,9	8,5	9,7	12,8
Unangenehme/körperliche einseitige Belastung	8,2	8,4	8,0	7,5	10,5
Hohes Arbeitstempo/Zeitdruck	8,2	8,7	6,9	7,8	9,3
Starke Konzentration	7,9	7,8	8,1	7,0	10,1
Widersprüchliche Anforderungen	6,0	6,6	4,5	6,0	5,8
Häufige Störungen/Unterbrechungen	7,1	7,0	7,3	6,5	9,4
Zwang zu schnellen Entscheidungen	8,8	8,5	9,8	8,6	9,2
Hohe Verantwortung für Menschen	7,8	8,8	4,9	6,8	10,5

Quelle: Gesundheitssurvey; Auswertung auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-18: Rauchen nach Arbeitsplatzbelastungen (nur Berufstätige)

Prozent Berufstätige mit nebenstehenden Arbeitsplatzbedingungen, die »zur Zeit« rauchen					
	Gesamt	Männer	Frauen	24 - 49 Jahre	50 Jahre und älter
Gesamtzahl starker Arbeitsplatzbelastungen					
keine	38,1	41,7	32,8	39,5	32,7
eine oder zwei	37,8	41,5	32,0	41,4	27,4
drei oder mehr	41,4	43,7	35,6	44,5	32,4
Anzahl starker Zeitbelastungen					
keine	38,8	42,4	32,9	41,0	31,5
eine	39,3	42,2	32,9	43,1	28,1
zwei oder mehr	41,5	42,5	38,8	43,8	33,2

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86. Nationaler Gesundheitssurvey; gewichtet; Infratest Gesundheitsforschung; Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-19: Mangel an sportlicher Betätigung nach Arbeitsplatzbelastungen

Prozent Berufstätige mit nebenstehenden Arbeitsplatzbedingungen, die sich nicht sportlich betätigen					
	Gesamt	Männer	Frauen	24 - 49 Jahre	50 Jahre und älter
Gesamtzahl starker Arbeitsplatzbelastungen					
keine	32,1	28,7	37,0	27,9	47,8
eine oder zwei	32,5	30,5	35,7	28,0	46,0
drei oder mehr	36,5	34,8	40,8	31,9	49,8
Anzahl starker Zeitbelastungen					
keine	32,9	30,6	36,6	28,3	47,7
eine	34,1	31,1	40,7	29,5	47,5
zwei oder mehr	39,2	39,3	39,1	36,0	50,8

Quelle: DHP-Gesundheitssurvey 84-86. Nationaler Gesundheitssurvey; gewichtet; Infratest Gesundheitsforschung; Auswertung für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Nach Angaben der Befragten gibt es bei 52 % der Haushalte in der Wohnung normalerweise Lärm von außen. Die Mehrzahl der Befragten bezeichnen den Lärm als stark. 69 % gaben Straßenverkehr, 44 % Luftverkehr und 11 % die Nachbarn als hauptsächliche Lärmquelle an.

Subjektive Gesundheitsbeschwerden, vor allem Krankheiten und Beschwerden der Luft- und Atemwege und des Hals-Nasen- und Ohrenbereichs, führen 64 % der Befragten auch auf Luftschadstoffe zurück. Sechs Prozent der Befragten fühlen sich durch Wand- und Bodenbeläge, Baumaterialien und sonstige Baumaßnahmen belastigt und/oder gesundheitlich beeinträchtigt. 24 % der Befragten gaben an, im letzten Jahr Allergien/Hautkrankheiten gehabt zu haben. An Augenreizungen litten im letzten Jahr 19 % der Befragten. Die Luftqualität in der Bundesrepublik wird von 8 % der Befragten als gut, von 69 % als befriedigend, von 24 % als ausreichend und 9 % als sehr schlecht eingeschätzt.

Die Luftqualität im Wohnraum bezeichnen 4 % und in der Wohnumgebung 10 % der Befragten im Sommer als schlecht oder sehr schlecht, für die Heizperiode entsprechend 9 % und 13 %. Von Land zu Stadt steigt die negative Einschätzung der Luftqualität von 5 % auf 19 % und von 7 % auf 24 %.

Tab.1-20: *Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Gefährdung*

- Angaben der Befragten, ob sie den derzeitigen Schutz durch die öffentlichen Maßnahmen für ausreichend oder nicht ausreichend bezüglich der aufgelisteten Umwelt- und Gesundheitsrisiken halten.

	Schutz ausreichend in %	Schutz nicht ausreichend in %	weiß nicht
Rauchen	42 (40)	55 (51)	2 (08)
Alkohol	33 (31)	64 (61)	3 (07)
Drogen	24 (17)	72 (75)	4 (08)
Arzneimittel	35 (37)	60 (49)	4 (12)
Chem. Rückstände in Lebensmittel	22 (21)	70 (65)	7 (13)
Luftverschmutzung	18 (17)	76 (73)	5 (08)
Wasserverschmutzung	23 (18)	72 (72)	5 (09)
Lärmbelästigung	31 (35)	65 (54)	4 (09)
Belastung, Streß in Arbeit und Beruf	40 (36)	52 (45)	7 (18)
Atomkraft (radioaktive Stoffe, Strahlen)	37 (12)	54 (78)	9 (08)
Straßenverkehr	38 (40)	58 (49)	4 (08)

(Zahlen in Klammern: Erhobene Daten nach dem Reaktorunfall von Tschernobyl im April 1986)

Quelle: Studie »Umwelt und Gesundheit«, Mitteilung an die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Mögliche umweltschädliche Bestandteile in Produkten, die wir nutzen, sind nach 86 % der Befragten nicht ausreichend gekennzeichnet. Reinigungsmittel wurden am häufigsten genannt, dann Waschmittel, Nahrungsmittel, Lacke/Farben. 82 % der Befragten halten die Kennzeichnung »gesundheitsschädlicher« Produkte für nicht ausreichend. Davon nennen 56 % die Nahrung, 11 % die Reinigungsmittel. Von 19 % der Befragten, die »gesundheitsschädliche« Produkte für ausreichend gekennzeichnet halten, nennen 32 % Nahrungsmittel.

Knapp drei Viertel der Bevölkerung fühlt sich nicht ausreichend geschützt vor Umwelt- und Gesundheitsrisiken, die durch Radioaktivität sowie Luft- und Wasserverschmutzung entstehen. Fast zwei Drittel halten den Schutz vor Gesundheitsrisiken durch chemische Rückstände in Lebensmitteln für unzureichend.

Gut die Hälfte wünscht mehr öffentliche Maßnahmen in den Bereichen Arzneimittelversorgung, Lärmbelästigung und Straßenverkehr. Die Bürger sehen also erheblichen politischen Handlungsbedarf in den angesprochenen Bereichen und sich in ihren Gesundheitsinteressen nicht hinreichend geschützt (vgl. Tabelle 1-20).

1. 2. 4 Zusammenfassung

Der subjektive Gesundheitszustand ebenso wie die persönlich empfundene Beeinträchtigung bei der Wahrnehmung täglicher Aufgaben ist in starkem Maße alters- und schichtabhängig.

Zwischen der sozialen Schicht und den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten beim Nationalen Gesundheitssurvey der DHP sind eine Reihe von sehr deutlichen Zusammenhängen aufgetreten. Die verhaltensgebundenen Risikofaktoren Rauchen, sportliche Inaktivität und Übergewicht verteilen sich für beide Geschlechter deutlich schichtabhängig. Die weniger verhaltensgebundenen Risikofaktoren Hypertonie und Hypercholesterinämie sind für beide Geschlechter gleichmäßiger über die sozialen Schichten verteilt. Die Anzahl der Risikofaktoren, ein wichtiger Gesamtindikator für die Herzinfarktgefährdung, zeigt einen eindeutigen sozialen Gradienten für beide Geschlechter. Das prognostizierte kardiovaskuläre Risiko ergibt mit Ausnahme für die Gruppe der älteren Frauen durchgängig, daß in den beiden niedrigsten sozialen Schichten im Vergleich zu den beiden höchsten sozialen Schichten eine sehr markante Erhöhung dieses Risikos vorliegt.

Basierend auf den Fragebogenergebnissen des nationalen Gesundheitssurveys der DHP (1984/86) wurden die von den Erwerbstätigen in der Stichprobe stark wahrgenommenen Belastungen am Arbeitsplatz (beispielsweise durch erschwerte zeitliche Gestaltung der Arbeit, belastenden Umgebungsfaktoren, kommunikative und soziale Belastungen) den (subjektiven) chronischen Krankheiten und ausgewählten Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Mangel an sportlicher Betätigung) gegenübergestellt. In nahezu allen Auswertungen zeigte sich ein Trend zunehmender Morbidität bei starken Arbeitsbelastungen. Dieser Trend tritt besonders deutlich zutage, wenn Indikatoren gewählt werden, die sowohl der Belastungskumulation wie auch der Multimorbidität Rechnung tragen.

Subjektiv fühlen sich die Bundesbürger vor allem durch Lärm und Luftverschmutzung in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt. Die qualitative Situation beurteilen sie als insgesamt befriedigend. Vor Umwelt- und Gesundheitsrisiken sieht sich die große Mehrzahl nicht ausreichend durch öffentliche Maßnahmen geschützt.

1.3 Sozialepidemiologische Berichterstattung

Präventive Gesundheitspolitik und präventives Handeln im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist auf wissenschaftliche Grundlagen angewiesen. Diese bestehen zum einen aus den grundsätzlichen Kenntnissen über verursachende Mechanismen und zum anderen aus der empirischen Bearbeitung und Erforschung der sozialen Zusammenhänge, die diese hervorbringen. Die sozialepidemiologische Forschung hat hier ihre Aufgabe und liefert die Kenntnisse für eine Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse auf sozialer Ebene.

In einem System der Gesundheitsversorgung muß über die sozialepidemiologische Grundlagenforschung hinaus aber ein System der Empirie geschaffen werden, das Informationen über Veränderungen von Gesundheitsrisiken, ihre Entstehungszusammenhänge, Gesundheitsschutz, gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stellt. Die Grenze von Einzelforschung und Berichterstattung ist dabei nicht theoretischer Art, sondern eher praktisch zu sehen. Die Natur chronischer Krankheiten macht eine langfristige Beobachtung und Empirie notwendig, damit die Probleme überhaupt bearbeitbar sind. Im Vergleich zu anderen Ländern sind solche Instrumente in der Bundesrepublik fast nicht vorhanden. Ohne sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung kann hier eine praktisch wirksame Politik nicht entwickelt werden, bzw. sie kann die Ebene unwirksamer »Weltverbesserungsvorschläge« nicht verlassen.

1.3.1 Bereiche sozialepidemiologischer Berichterstattung

Gesundheitliche Risiken der natürlichen, technischen und sozialen Umwelt müssen im Sinne der Prävention gemindert werden. Da die meisten dieser Risiken nur im Ausnahmefall sofort beseitigt werden können, muß eine langfristige Präventionspolitik wirksam sein, die sich über mehrere Generationen erstrecken kann. Die Aufgabe einer sozialepidemiologischen Berichterstattung in bezug auf diese Gesundheitsrisiken besteht darin, jene Lebensbedingungen und sozialen Gruppen zu definieren, bei denen eine besondere Anstrengung und Maßnahmen zur Prävention notwendig sind. Es geht also nicht so sehr darum, neue materielle, soziale oder psychologische Gesundheitsrisiken zu erkennen, sondern die Bedeutung dieser Risiken in jenen sozialen Bereichen zu definieren, in denen sie hervorgebracht werden.

- Rauchen

Neben einer allgemeinen Politik zur Zurückdrängung des Rauchens als Gesundheitsrisiko müssen spezifische präventive Strategien für diejenigen sozialen Bedingungen und Gruppen entwickelt werden, bei denen das Rauchen nicht ab-, sondern zunimmt oder auf einem hohen Niveau stagniert.

Untersuchungen in der Bundesrepublik und vor allen Dingen in vergleichbaren Ländern (England) zeigen einen zunehmenden sozialen Gradienten für das Rauchen. Da Rauchen sowohl für Krebs als auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine wesentliche Ursache ist, macht sich

dies dann auch in der Sozialepidemiologie dieser Krankheiten stark bemerkbar. Es ist notwendig, für solche verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken eine systematische sozialepidemiologische Berichterstattung durchzuführen, auf die sich dann die präventive Strategie beziehen kann.

- Soziale Isolation

Für das wirkliche Eintreten einer Erkrankung des Individuums sind soziale und psychologische Faktoren häufig wichtiger als bekannte ätiologische Faktoren. Diese sozialen und psychologischen Bedingungen sind jedoch meistens nicht krankheitsspezifisch, sondern beeinflussen die »Resistenz« des Körpers im allgemeinen. Präventive Politiken, die hier eingreifen können, haben - auch wenn das quantitativ schwer meßbar ist - einen bedeutsamen Einfluß auf das Krankheitsgeschehen. Eine sozialepidemiologische Berichterstattung, die wie heute auf die allgemeinsten Kategorien der Gliederung der Sozialversicherung wie Arbeiter, Angestellte, Beamte, Rentner usw. angewiesen ist, kann solche spezifischeren sozialen Bedingungen natürlich nicht herausfinden. Das gleiche gilt für andere bekannte Faktoren wie z. B. mangelnde soziale Unterstützungsressourcen, Mehrfachbelastungen durch private und berufliche Situation, einseitige Lebensweisen, berufliche Expositionsfaktoren usw.

- Berufsrisiken

Stoffliche, psycho-soziale und arbeitsorganisatorische Berufsrisiken sind eine wichtige Quelle für Krankheiten und erhöhte Vulnerabilität. Während es hierzu spezifische, forschungsorientierte Untersuchungen gibt, existiert keine zusammenhängende, routinemäßige Berichterstattung über diejenigen Arbeitsplätze, Tätigkeiten und Berufe, bei denen (auch in Kombination) solche Bedingungen vorliegen. Die medizinisch überwachten Arbeitsplätze stellen hier nur einen spezifischen Ausschnitt dar. Für die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ist es z. B. wesentlich, jene beruflichen Belastungsfaktoren (und Berufe, in denen sie gehäuft und gemeinsam auftreten) herauszufinden und Verbesserungsmöglichkeiten zu analysieren.

Die hier genannten Beispiele ließen sich zwanglos spezifizieren und weiter fortsetzen. Wenn es um praktisch bearbeitete empirische Beispiele geht, wäre man aber hauptsächlich auf Erfahrungen aus anderen Ländern angewiesen, da entsprechende Untersuchungen und Berichterstattungen in der Bundesrepublik wenig vorhanden sind.

Die Bearbeitung und Darstellung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung ist die traditionelle Aufgabe der Sozialepidemiologie. Ihr allgemeinsten Parameter, nämlich die Lebenserwartung, dargestellt nach Männern und Frauen, ist die Urform einer sozialepidemiologischen Gesundheitsberichterstattung, wobei die Aufteilung nach Männern und Frauen die allgemeinsten sozialen (biologischen) Kategorien darstellen. Eine entwickelte Berichterstattung zu diesem Komplex verlangt nun das Hinabsteigen von diesem allgemeinsten Parameter in die verschiedenen Dimensionen bis zu der Beschreibung einer einzelnen Krankheit bei einer bestimmten Gruppe von Menschen (z. B. Herzinfarkt bei Postboten oder rheumatische Erkrankungen bei Frauen in Büroberufen). Der Differen-

zierungsgrad einer Gesundheitsberichterstattung in diesem Bereich ist grundsätzlich unbegrenzt, muß aber natürlich nach Kriterien von Prioritäten und Ressourcen eingegrenzt werden. Wichtige Parameter sind hierbei Mortalität, Morbiditätsparameter, Parameter der Lebensqualität usw. Dies ist im engeren Sinne das Gebiet der klassischen Gesundheitsstatistik.

Das bei einer hohen Lebenserwartung der Bevölkerung notwendigerweise vorhandene System der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitsschutzes bestimmt selbst wesentlich die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit. Das System des Gesundheitsschutzes reicht dabei von kulturellen Normen und Verhaltensweisen bis zu spezifischen Produktionstechniken und zu persönlichem Verhalten (Zähneputzen). Die Entwicklung von Gesundheitsschutzmechanismen auf diesen verschiedenen Ebenen ist unterschiedlich ausgebildet. Wegen des Mangels an sozialepidemiologischer Berichterstattung ist wenig bekannt,

- wie Gesundheitsschutzpolitiken in verschiedenen Bereichen wirken,
- welche Effektivität sie haben,
- welche Veränderungen in der Zukunft notwendig sind,
- welche neuen Schutzsysteme entwickelt werden müssen.

Zu einer entwickelten Berichterstattung ist es in den letzten Jahren auf dem Gebiet des Zusammenhanges von Umwelt und Gesundheit gekommen. Die dort gemachten Erfahrungen können auf andere Bereiche übertragen werden.

In bezug auf Personen und materielle Ressourcen beschränkt sich das Gesundheitswesen fast ausschließlich auf den Sektor der Kuration. Die gesundheitliche Versorgung als auf Individuen bezogene Praxis hat jedoch indirekt Auswirkungen auch auf den Bereich gesundheitlicher Risiken und den Gesundheitsschutz. Genau wie das Erziehungssystem über die Vermittlung von Wissen hinaus die gesellschaftliche Praxis in allen anderen Teilbereichen beeinflußt, so beeinflußt die gesundheitliche Versorgung massiv andere relevante Bereiche. Sie muß deshalb daraufhin untersucht werden, inwieweit sie deren Ziele als allgemeine Prinzipien mit beinhaltet, auch wenn die Versorgung im Praktischen unmittelbar auf den zu behandelnden Patienten gerichtet ist. In einem entwickelten System der Gesundheitsversorgung kann zum Beispiel diese selbst (exzessive Diagnostik, Pharmaka) ein wesentliches gesundheitliches Risiko sein. In vielen Bereichen arbeitet die moderne Medizin auf einem schmalen Grad von Risiko-Nutzen-Abwägung. Ohne eine sozialepidemiologische Berichterstattung darüber wird leicht jene Grenze überschritten, die dieses Gleichgewicht auf der positiven Seite hält. Die Statistiken der Gesundheitsversorgung sind jedoch (aus der historischen Entwicklung erklärbar) auf dieses Problem kaum eingestellt. Für die Steuerung des Gesundheitswesens (ökonomisch, personell, ressourcenmäßig, Technikentwicklung, Anwendung von Methoden) ist dies der wichtigste zu entwickelnde Bereich. Die Gesundheitsversorgung greift ja nicht nur punktuell in das

Leben des Menschen ein, sondern in bezug auf ältere Menschen und chronische Krankheiten wird es ständig in Anspruch genommen und hat so profunde Auswirkungen auf Lebensqualität, Krankheitsbewältigung und die Lebensweise im allgemeinen.

1. 3. 2 Instrumente sozialepidemiologischer Berichterstattung

Nachdem im letzten Abschnitt die einzelnen Bereiche und ihre Bedeutung (gesundheitliche Risiken, Gesundheitsschutz, gesundheitliche Lage, Gesundheitsversorgung) einer Gesundheitsberichterstattung benannt worden sind, sollen im folgenden die dazu zur Verfügung stehenden empirischen Instrumente benannt werden. Die Vorgehensweise ist dabei so, daß von den klassischen, staatlichen (amtlichen) Gesundheitsstatistiken ausgegangen wird, um dann zu moderneren und jüngeren Methoden zu kommen, die sich auch in Richtung systematischer Forschung in diesem Bereich bewegen. Dabei wird jeweils darauf hingewiesen, welche Defizite in der Bundesrepublik existieren. Zunächst soll jedoch eine allgemeine Einschätzung der Entwicklung auf diesem Gebiet für die Bundesrepublik gegeben werden.

Wenn man die Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in den letzten 30 Jahren betrachtet, so fällt auf, daß der schon 1950 (bzw. 1930 im Deutschen Reich) erreichte Stand nicht weiterentwickelt wurde. Während bis zu diesem Zeitpunkt die deutsche Gesundheitsstatistik mit zu den entwickeltesten gehörte, hat sie seitdem keine Fortschritte gemacht und daher diejenigen Entwicklungen verpaßt, die sich aufgrund der veränderten Bedingungen und Verbesserungen in anderen Ländern seit 30 Jahren ergeben haben. Dies betrifft so klassische Instrumente wie die Mortalitätsstatistik, gilt aber auch für die Morbidität. Wenn einmal punktuell neue Gesundheitsstatistiken eingeführt wurden (z. B. Schwangerschaftsabbruch-Statistik), so zeigt sich heute, daß die beteiligten Institutionen dann aufgrund ihrer schwachen Position nicht in der Lage waren, diese adäquat zu führen. Zwar gibt es im Gesundheitswesen eine wachsende Anzahl von Statistiken, deren Zweck und Ziel jedoch meistens die Dokumentation von Ressourcen und Leistungen sind. Für eine epidemiologisch orientierte Gesundheitsberichterstattung taugen sie wenig. Diese Aussage bezieht sich zum einen auf den Aspekt der gesundheitlichen Bewertung, zum anderen aber auch auf den Aspekt der Differenzierung nach sozialen Merkmalen.

Neben der Beobachtung der Morbiditätsstruktur dient die Mortalitätsstatistik der Erfassung und Bewertung von Gesundheitsrisiken sozialer und materieller Art. Hierbei geht es darum, das Mortalitäts-Risiko in bezug auf bestimmte Krankheiten und ausgehend von Expositionen oder sozialen Situationen zu bestimmen. Da heute nicht mehr das Seuchengeschehen im Vordergrund steht, sondern die langfristige Bewertung von Gesundheitsrisiken bei chronischen Krankheiten, ist es dazu notwendig, Bevölkerungsgruppen über 20 - 30 Jahre zu beobachten. Ein solcher Mortalitäts-Follow-up ist eines der wichtigsten Instrumente der Epidemiologie im allgemeinen und auch

der Sozialepidemiologie. Dieser ist aber in der Bundesrepublik fast nicht möglich. So können wichtige in bezug auf chronische Krankheiten wirksame Ursachenfaktoren nicht beurteilt werden. Falls auf diesem Gebiet keine Fortschritte in der Bundesrepublik erzielt werden, sind alle anderen Maßnahmen relativ nutzlos.

In vergleichbaren Ländern (Schweden, England, Finnland, Frankreich) werden entweder durch die statistischen Ämter oder eine zentrale Gesundheitsbehörde die Todesursachen zur Verfügung gestellt oder entsprechende Verweissysteme aufgebaut. Wenn 90 % der Bevölkerung in gesetzlichen Krankenkassen versichert sind wie in der Bundesrepublik, wäre so etwas prinzipiell auch mit Hilfe des Versicherungssystems möglich.

Für bestimmte schwerwiegende Krankheiten und Ereignisse ist es notwendig, spezielle Statistiken oder Erfassungssysteme zu gestalten. Hierunter fallen zum Beispiel Behinderungen, Unfälle, Krebserkrankungen und auch die klassischen meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Diese Systeme müssen an die Versorgung dieser Ereignisse und Krankheiten gekoppelt sein, benötigen aber wegen der erforderlichen Validität spezielle Vorkehrungen und epidemiologische Kontrolle und Aufmerksamkeit. Die gesetzliche Krankenversicherung wäre in der Lage, solche Systeme zu schaffen. Die bisherigen Erfahrungen mit außerhalb dieser Strukturen angesiedelten Erfassungen (z. B. Krebsregister) in der Bundesrepublik sind wenig erfolgversprechend gewesen. Gezielte forschungsorientierte Erhebungen (z. B. zum Herzinfarkt) sind gesondert zu betrachten.

Die Gesundheitsdienste in verschiedenen Ländern haben eine große Zahl umfassender oder sehr spezieller Erfassungssysteme für die Morbidität eingerichtet. Sie dienen zum einen dazu, die Entwicklung der entsprechenden Krankheiten in ihrem Trend zu beobachten, aber auch dazu, Risikogruppen nach materiellen Expositionen und nach sozialen Hintergründen zu erforschen. Die mögliche Zahl spezieller Systeme ist fast so lang wie die ICD-Liste selbst. Sie beziehen sich jedoch auf seltene schwerwiegende Erkrankungen und nicht so sehr auf die häufigen und üblichen Krankheiten. Krebsregister sind hier eine Ausnahme, da ja fast jeder vierte Mensch an Krebs erkrankt. Für andere häufige Krankheiten ist eine Totalerfassung jedoch nicht sinnvoll, sondern hier können Stichprobensysteme oder forschungsorientierte Erhebungen nützlicher sein.

In der Bundesrepublik existiert seit Anfang der 70er Jahre mit dem Gesundheitsteil des Mikrozensus ein eigenständiges Befragungsinstrument zu Krankheiten und Gesundheitsrisiken. Dieses Instrument wurde jedoch fachlich schlecht geführt, so daß teilweise 500.000 Personen nach Banalitäten gefragt wurden. Wichtige Fragestellungen wurden dann später gar nicht ausgewertet. Der Schwerpunkt solcher Untersuchungen liegt auf Tatbeständen, die in der medizinischen Versorgung selbst nicht erfaßt werden. Dies sind vor allen Dingen auch Gesundheitsrisiken. Erstmals durchgeführt wurde 1985 der für die Enquete-Kommission zum Teil ausgewertete Nationale Gesundheitssurvey mit 16 000 Teilnehmern, der auch eine adäquate soziale Differenzierung erlaubt (vgl. 1.2).

In unterschiedlichem Maße sind im Ausland Gesundheits-surveys und Erhebungen über Risiken für die Gesundheit und soziale Gegebenheiten durchgeführt worden. Als allgemeines System (und nicht als spezielle Erhebungen zu bestimmten Fragestellungen) sind sie meistens komplementär zu denjenigen Gesundheitsstatistiken und Informationssystemen gedacht, die in der Versorgung selbst entstehen. Denn wenn diese Systeme mangelhaft und unterentwickelt sind, muß man häufig auf Surveys zurückgreifen. Aufgrund des hohen Organisationsgrades und der Vereinheitlichung durch die RVO können solche Erhebungen in der Bundesrepublik im Rahmen der GKV stattfinden, d. h. unter Zuhilfenahme ihrer Organisation.

Neben der Erfassung und Berichterstattung über Krankheiten muß in einem entwickelten Gesundheitswesen die Erfassung und Berichterstattung über die weitreichenden Eingriffe und Prozeduren insbesondere biomedizinischer und technischer Art stehen. Dies ist notwendig zum einen für die Steuerung der Häufigkeit und damit die Bewertung des Nutzens, und um - wie zum Beispiel bei Röntgenaufnahmen - das Gesundheitsrisiko für die Patienten abschätzen zu können. Eine solche Gesundheitsberichterstattung, die vor allem durch die gesetzliche Krankenversicherung durchzuführen wäre (Versorgungsstatistik) existiert nur in unkoordinierter Form. Ein entsprechender Katalog von Prozeduren und Eingriffen reicht von Nierentransplantationen bis zu Herzchirurgie und Organersatz.

In den Krankenversicherungssystemen vieler Länder ist es selbstverständlich, daß für schwerwiegende, aufwendige und teure Untersuchungen und Eingriffe entsprechende Statistiken geführt werden. Im einfachsten Falle betrifft dies zum Beispiel eine Statistik der 30 - 50 wichtigen Operationen und Eingriffe. In weiterentwickelten Systemen läßt sich im Anschluß an solche Systeme ein Follow-up organisieren, der gleichzeitig eine Bewertung des Nutzens und der Risiken (Überlebensraten, Nebenwirkungen) ermöglicht.

Wegen der herausragenden Stellung der Pharmaka in der Therapie und ihrer enormen sonstigen Bedeutung kommt der Erfassung von Verschreibungsgewohnheiten besondere Bedeutung zu. Hier hat sich die gesetzliche Krankenversicherung durch den Arzneimittelindex ein modernes Instrument geschaffen. Es könnte als Vorbild für andere Bereiche dienen. Außerdem ist an die Erfassung möglicher Nebenwirkungen (drug monitoring) zu denken.

Die Inanspruchnahme, Leistungsstruktur, Routinehandlungen und Problembereiche sind in der gesetzlichen Krankenversicherung durch kein sozialmedizinisches Routineinstrument erfaßt. Die in den letzten Jahrzehnten hierzu vorgenommenen Forschungsarbeiten sind nicht in eine routinemäßige Erhebungspraxis umgesetzt worden. Insbesondere eine Beobachtung von Qualität und von Effektivität für den ambulanten Bereich ist hierdurch nicht möglich. Da die ambulante Versorgung der Filter und die Zuweisungsinstitution für Patientenkarrieren ist, wäre eine solche nach sozialen, beruflichen und anderen Merkmalen gegliederte Untersuchung (sofern dies unter Datenschutzaspekten vertretbar ist) über Patientenkarrieren ein wichtiger Beitrag, um adäquate Strategien zu ent-

wickeln. An sich bietet die jetzt vorhandene detaillierte Diagnose- und Abrechnungsstruktur ein günstiges Instrumentarium. Durch ein geeignetes Stichprobeninstrument könnten hier ein ständiger Einblick und ein Feld für spezielle Untersuchungen geschaffen werden.

Fast alle Krankenversicherungssysteme haben entsprechende Instrumente zur Beobachtung, Weiterentwicklung und Überwachung der ambulanten Versorgung entwickelt. Diese beruhen zum Teil auf ständigen Erhebungen oder auf speziellen Verwaltungsroutinen, die zugleich auch der Qualitäts- und Validitätskontrolle dienen. Sie geben gleichzeitig nach sozialstrukturellen Merkmalen gegliederte Auskunft für Inanspruchnahme und Patientenkarrieren.

1.3.3 Gesetzliche Krankenversicherung, Statistik und sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung

In den vorausgegangenen Ausführungen zur Bedeutung sozialepidemiologischer Befunde für die Prävention wurde keine Unterscheidung zwischen den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Institutionen und Trägern im Gesundheitswesen gemacht. Die Tatsache, daß es davon juristisch unabhängige Institutionen gibt, wie z.B. die arbeitsmedizinische Versorgung, die Privatpraxis, den öffentlichen Gesundheitsdienst oder das Krankenhaus (als private oder öffentliche Einrichtung), berührt diese Aussage nicht. Ihre speziellen Aufgaben sind immer auf dem Hintergrund des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt und entsprechend zu bewerten. Spezielle Institutionen (z.B. das Bundesgesundheitsamt, Statistisches Bundesamt, Gewerbeaufsichtsamt usw.) haben in einem System der Gesundheitsberichterstattung ihre speziellen inhaltlichen Aufgaben zu repräsentieren. Da die gesetzliche Krankenversicherung aber in diesem Sinne keine speziellen Aufgaben hat, sondern alle anderen Aufgaben umfaßt aber auch oft praktisch mit einschließt, braucht eine allgemeine Bestimmung der Bedeutung sozialepidemiologischer Berichterstattung in bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung diese organisatorischen Differenzierungen nicht zu berücksichtigen. Bei der praktischen Frage, wer und wie im Konkreten die Berichterstattung über einen bestimmten Sachverhalt führt, spielt diese Frage dann natürlich wieder eine Rolle.

Wenn z. B. die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund ihres allgemeinen Präventionsauftrages die Berichterstattung über Krebsursachen dadurch gewährleistet sieht, daß die Krebstodesfälle von exponierten Populationen bestimmbar sein müssen, so kann sie diese Aufgabe im Praktischen natürlich an dritte Institutionen übergeben, trotzdem bleibt diese Aufgabe dann eine der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unter dieser allgemeinen Prämisse wird hier die Bedeutung sozialepidemiologischer Berichterstattung für die Prävention als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung verstanden. Als institutioneller Träger und in bezug auf die »Datenlage« verfügt die gesetzliche Krankenversicherung natürlich nur über ein bestimmtes Reper-

toire von Daten. Diese Daten beziehen sich hauptsächlich auf die gesundheitliche Versorgung der jeweiligen Mitglieder.

Eine sozialepidemiologische Berichterstattung ist auch auf eine wie immer geartete Morbiditätsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen. Die heute vorliegende Morbiditätsstatistik, vor allen Dingen in der ambulanten Versorgung, erfüllt diesen Zweck nur sehr ungenügend. Dies ist darauf zurückzuführen, daß alle Versuche, eine Totalerfassung der Morbidität vorzunehmen, sich als illusorisch erwiesen haben. Es kann also nicht darum gehen, für alle Behandlungsanlässe ein Morbiditätserfassungssystem zu schaffen. Dies muß vielmehr entweder auf ausgewählte besondere Anlässe, Krankheiten und Bedingungen zugeschnitten sein, oder es muß sich als besonderes Erfassungsprojekt auf eine bestimmte Region oder Krankenkasse usw. beschränken. Unter einer Totalerfassung leidet jeweils die Qualität sehr, und sie ist auch heute unter Datenschutzgesichtspunkten kaum noch zu rechtfertigen.

Ein routinemäßiges System (mit Stichprobenerfassung) der Behandlungsdaten, Diagnosen usw. könnte hier Abhilfe schaffen. Dafür gibt es genügend erprobte ausländische Vorbilder. Die Erfassung sozialer Tatbestände (Einkommen, Kinderzahl, ziviler Status, Beruf usw.) ist in der GKV teilweise gut ausdifferenziert und in anderen Bereichen weiter zu entwickeln. Diese vorhandene Erfassung muß über eine Berichterstattung nutzbar gemacht werden. Weil die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung nicht durch ein quasi gesetzlich im Detail festgesetztes statistisches System gelöst werden kann, kommt es hauptsächlich darauf an, Möglichkeiten für eine sehr unterschiedliche und differenzierte empirische Bearbeitung von Problemen zu gewährleisten und herzustellen. Diese Bearbeitung muß an den Aufgabenstellungen der GKV orientiert sein. Im Einzelfall kann natürlich auch ein externes Instrument z.B. eine allgemeine Befragung der Versicherten usw. eingesetzt werden. Priorität im Sinne einer koordinierten Berichterstattung sollten aber Systeme in der GKV haben. Die Verbesserung und Veränderung der Routinestatistik im Sinne detaillierter gesetzlicher Vorschriften der RVO ist eine Aufgabe, die unabhängig von der Berichterstattung zu geschehen hat. Die Instrumente der Berichterstattung sind zu entwickelnde Erhebungsroutinen und Verfahren, für die als Vorbild der GKV-Arzneimittelindex dienen kann.

Bei den Statistiksystemen besteht das Problem einer Inkompatibilität von staatlicher Statistik und Sozialversicherungsstatistik. Die staatliche Statistik hat üblicherweise ihren Regionalbezug, während die Sozialversicherungsstatistik den Gliederungen im Sozialversicherungssystem folgt. Hier müßte die Verzahnung stattfinden.

Als Kriterien für eine sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung durch die GKV läßt sich das Folgende festhalten:

- Es ist nicht sinnvoll, ein System der Totalerfassung von Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung anzustreben.

- Die gesetzliche Krankenversicherung benötigt flexible aber auch routinemäßige Informationsinstrumente für die Bereiche gesundheitliche Risiken, Gesundheitsschutz, gesundheitliche Versorgung und gesundheitliche Lage. Diese müssen internationalen wissenschaftlichen Kritiken genügen. Sie sind keine Verwaltungsinstrumente.
- Wegen der bedeutsamen quantitativen Auswirkungen sozialepidemiologischer Tatbestände auf die genannten Bereiche sind solche Informationen systematisch zu berücksichtigen.
- Die gesetzliche Krankenversicherung muß Aufgaben und Aufträge für spezielle Institutionen der Gesellschaft für die Gesundheitsberichterstattung formulieren. Die Erfahrung der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, daß diese Institutionen (Statistisches Bundesamt, Bundesgesundheitsamt, usw.) ohne diese Unterstützung nicht in der Lage sind, die Situation der Gesundheitsstatistik in der Bundesrepublik zu verbessern.
- Die gesetzliche Krankenversicherung muß sich ein arbeitsfähiges und effektives Instrument schaffen, um Systeme der Berichterstattung für einzelne Bereiche zu etablieren. Dieses Instrument ist nicht von der Verwaltung zu führen, sondern von gesonderten Einrichtungen.
- Die empirischen Instrumente der Gesundheitsberichterstattung müssen für jeden Bereich einzeln entwickelt werden. Es gibt kein einheitliches System, das alle Fragestellungen beantworten könnte.
- Zentrale Gesichtspunkte, die ein solches System betreffen muß, sind u.a.:
 - Qualität der Versorgung
 - Effektivität der Versorgung
 - Nutzen-Risiko-Abwägungen
 - Soziale Differenzierung
 - Gefährdungsbereiche
 - Überversorgung
- Für die Instrumente der Gesundheitsberichterstattung und die empirische Bearbeitung inhaltlicher Felder ist immer die Zusammenarbeit von GKV-Institutionen mit unabhängigen Arbeitsgruppen (wissenschaftliche Institute) notwendig. Bei einer geplanten Erhebungsroutine muß die empirische und wissenschaftliche Auswertung mitgeplant werden.
- Da in der Bundesrepublik grundlegende Defizite der Forschungsempirie vorhanden sind, diese aber eine Voraussetzung für die sozialepidemiologische Berichterstattung ist, geht es auch darum, diese Forschungsrichtung zu fördern. Ohne sie ist eine Berichterstattung leer bzw. sie hat dann leicht weniger mit sozialer Realität als vielmehr mit Verwaltungsrealität zu tun.
- Eine sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung muß letztendlich darauf ausgerichtet sein, die Steuerungsqualität und Kompetenz der Gesellschaft und Politik im Gesundheitswesen zu erhöhen.

Es versteht sich, daß Grenzen sozialepidemiologischer Gesundheitsberichterstattung durch datenschutzrechtliche Überlegungen gesteckt werden.

In der Bundesrepublik haben Konzepte zur Umsetzung einer Gesundheitsberichterstattung das Planungsstadium erreicht. Im Spätherbst 1988 werden die konzeptionellen Vorarbeiten, der vom BMFT beauftragten Forschungsinstitute erwartet. Das BMA, BMJFFG und das BMFT werden auf dieser Grundlage die organisatorische und inhaltliche Entscheidung über den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung treffen, so daß mit dem Beginn der auf mehrere Jahre veranschlagten Arbeit 1989 gerechnet werden kann.

In diesem Zusammenhang ist auch die Arbeit der Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele »Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten« (Köln 1987) zu erwähnen. Neben einem begrüßenswerten interdisziplinären Ansatz erlauben die prioritären Gesundheitsziele vor allem die Operationalisierung der WHO-Gesundheitsziele (WHO, 1985). Eine stärkere sozial-epidemiologische Fundierung und Anregungen zur Umsetzung der Ergebnisse ins medizinische System sind der Weiterentwicklung dieses Ansatzes dienlich.

2. Konzepte und Effektivität präventiver Gesundheitspolitik

2.1 Ausgangsüberlegungen

Grundsätzlich stellt sich hier die Frage, ob Krankheiten und Todesfälle durch Prävention nicht vermeidbar sind. In dem Maße wie Krankheiten nicht als schicksalhaft, sondern durch verschiedene beeinflussbare Faktoren bedingt gelten, kann diese Frage bejaht werden. Nun ist die Ätiologie der Krankheiten, bis auf wenige Ausnahmen, nur unzureichend bekannt. Gesundheitsrisikante Faktoren in Arbeitswelt, Umwelt und persönlichem Lebensstil lassen sich aber immerhin identifizieren, wenn auch nicht gewichten. Schließlich bleibt zu klären, ob diese Risikofaktoren und in der Folge Morbidität und Mortalität reduzierbar sind.

Die Vergangenheit zeigt, daß Prävention zu erheblichen Erfolgen beitragen kann, wie der »clear air act« in Großbritannien. Bis Ende der 60er Jahre wurde in England eine Zunahme der Todesfälle, Arbeitsunfähigkeitsfälle und Krankenhauseinweisungen infolge chronischer Bronchitis beobachtet. Die Behandlung der Infekte durch antibiotische Therapie oder konsequenter Inhalationstherapie brachte über eine Symptomlinderung hinaus kaum Erfolge (ABHOLZ, 1980). Da eine chronische Schädigung des Bronchialsystems in engem Zusammenhang mit der Belastung durch Schadstoffe (Rauch, Luftverschmutzung u.s.w.) zu sehen ist (CUMMING u.a., 1973), erscheint die relative Erfolglosigkeit dieser Ansätze plausibel.

Seit Anfang der 70er Jahre sind Morbiditäts- und Mortalitätsraten rückläufig. Diese Entwicklung wird auf den 1960 in Großbritannien aus primärpräventiven Gründen verabschiedeten sog. »Clear air act« zurückgeführt (HO-

WARD, 1974). In industriellen Ballungsgebieten wurde das Verbrennen offenen Feuers in privaten und gewerblichen Einrichtungen verboten und unter erhebliche Strafen gestellt. Der deutliche Rückgang der Emission von Schadstoffen führte nicht nur zur Verminderung der chronischen Bronchitis, die Vogelarten in London verdoppelten sich, und die Sonnenstunden im Dezember nahmen um 70% zu (MacFARLANE, 1977).

Ein weiteres Beispiel für den Erfolg präventiver Politik führt McKEOWN (1982) an. In England und Wales ist der Rückgang der Mortalitätsraten zwischen 1850 und 1971 zu 75% auf die Reduktion der infektiösen Krankheiten als Todesursachen rückführbar. Medizinische Behandlungsmethoden für diese Krankheiten wurden meist erst zu einem Zeitpunkt entwickelt als der überwiegende Teil des Rückgangs schon erfolgt war. Die kurative oder präventive Medizin kann daher keinen besonders wesentlichen Beitrag, von einigen Ausnahmen wie z.B. Diphtherie abgesehen, zu dieser Entwicklung geleistet haben. Als hauptsächlichste Einflußgrößen darf man vielmehr Ernährung als Grundlage der körpereigenen Abwehr und hygienische und soziale Lebensbedingungen vermuten (McKEOWN, 1982).

ABHOLZ zeigt, daß für die heute dominierenden Todesursachen eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren identifizierbar sind. Der gemeinsame Nenner sind auch heute die stofflichen (Umwelteinflüsse, Luftverschmutzung etc.) und gesellschaftlichen (Streß etc.) Lebensbedingungen der Menschen (ABHOLZ, 1980). ABHOLZ (1980) kommt in seiner Auswertung zahlreicher Untersuchungen, die sich mit der Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen für bestimmte Krankheitsbilder beschäftigen, zu dem Ergebnis, daß die drei Haupttodesursachen - bösartige Neubildungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Hirngefäßkrankheiten - nur unzureichend, mitunter überhaupt nicht kurierbar sind. Die Medizin kann meist lediglich Linderung, und dies zum Teil mit erheblichen Nebenwirkungen, verschaffen. Für die in der Morbiditätsstatistik dominierenden Krankheitsbilder, Krankheiten der Knochen und Gelenke, des Halt- und Stützapparates sowie des Magen- und Darmtraktes, kommt er zu einem ähnlichen Ergebnis. Angesichts dieser Ergebnisse stellt sich zum einen die Frage, ob die kurative Medizin in der Lage ist, die heute vorherrschenden gesundheitlichen Probleme zu verhindern, zu heilen oder zu lindern, zum anderen aber rücken präventive Gesundheitsstrategien als Alternativen und Ergänzungen auf.

Von den verstorbenen Kindern zwischen eins und vier Jahren starben 1985 über ein Drittel durch Unfälle, Vergiftungen und Mißhandlungen, allein zehn % durch Verkehrsunfälle. In der Altersgruppe zwischen fünf und 14 Jahren starben 47% aller verstorbenen Kinder infolge von Verletzungen, Vergiftungen und Unfällen, weit mehr als die Hälfte durch Verkehrsunfälle. Auch bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren sind dies die häufigsten Todesursachen. 75% aller verstorbenen jungen Männer und 57% aller verstorbenen jungen Frauen starben 1985 an prinzipiell vermeidbaren Todesursachen (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1986).

Kinder und junge Erwachsene sind die am stärksten durch den Straßenverkehr gefährdeten Altersgruppen. Ein Blick über die Grenzen zeigt, daß die Gefährdung in der Bundesrepublik Deutschland größer ist als etwa in Großbritannien, Schweden, den Niederlanden oder USA (BT-DRUCKSACHE 11/2364).

1986 waren für rund zwölf % der Unfälle mit Personenschaden allgemeine Unfallursachen wie z. B. Straßen glätte mitauslösend. Technische Mängel wurden an rd. 10 % der Fahrzeuge festgestellt. Fehlverhalten der Beteiligten führte in 722 Fällen je 1000 Unfallbeteiligte mit zum Unfall. Dem Unfallursachenverzeichnis nach sind das in der Hauptsache nicht angepaßte Geschwindigkeit, Vorfahrtsfehler, ungenügender Sicherheitsabstand und Alkoholeinfluß (UNFALLBERICHT, BT-DRUCKSACHE 11/2364).

Wenn verkehrserzieherische Methoden nicht ausreichen, scheinen gesetzliche Regelungen (Gurtanschnallpflicht, Sicherheitshelme in der Vergangenheit; rigidere Geschwindigkeitsbegrenzungen vor allem in Wohngebieten) als präventive Maßnahmen erfolgversprechend. Nach Einführung eines Bußgeldes für das Nichtanlegen des Sicherheitsgurtes im Auto sank die jährliche Zahl von Verkehrstoten um fast 20% (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1985).

Die 15- bis 24jährigen sind auch die am stärksten durch Selbstmord gefährdete Gruppe. Trotz methodischer Vorbehalte muß man festhalten, daß sowohl die Selbstmordversuche als auch Selbsttötungsversuche mit Todesfolge in der Altersgruppe der 19- bis 24jährigen seit 1967 zunahm (SACHVERSTÄNDIGENRAT DER KONZERTIERTEN AKTION, 1987, S. 219).

Für die Altersgruppe der 15-24jährigen liegt daher neben den Verkehrsunfällen ein großes Vermeidungspotential im Bereich der Selbsttötungen. Präventive Bemühungen um die psychische Situation der Jugendlichen müssen dabei berücksichtigen, daß die Identitätsprobleme der Jugendlichen durch gesellschaftliche Bedingungen z.B. Verlängerung der Ausbildungszeiten, drohende oder eingetretene Arbeitslosigkeit, erschwert wird (PROJEKTGRUPPE PRIORITÄRE GESUNDHEITSZIELE, 1987).

Die Effektivität von präventiven Interventionen gegen Unfälle, Vergiftungen und Verletzungen von Kindern und Jugendlichen ist angesichts des Umfangs vermeidbarer Todesfälle unstrittig. Die Durchsetzbarkeit, siehe Beispiel Geschwindigkeitsbegrenzungen, ist allerdings fraglich.

Ein weiteres unstrittiges Interventionsfeld ist eine der teuersten Einzelkrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland: Karies (SVR KA, 1987, S. 124). Ansatzpunkte für erfolgversprechende Interventionen liegen hier in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen.

In Berlin haben nur 36% der siebenjährigen ein kariesfreies Dauergebiß, in Basel sind es 89%. Nur 18% der 10jährigen in Berlin, aber 68 % der 10jährigen in Basel weisen ein kariesfreies Dauergebiß auf.

In Deutschland verzeichnen Städte, die auf kommunaler Ebene die Kariesprophylaxe verbessern, erhebliche Erfolge im Zahngesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen. So liegt z. B. in Heilbronn der prozentuale

Anteil kariesfreier Dauergebisse bei 91% der Siebenjährigen. In Münster zeichnen sich ähnliche Erfolge ab. Hier haben 85% der Kinder mit sieben Jahren ein kariesfreies Dauergebiss. Als Vergleich hierzu lag in Städten ohne besondere Prophylaxe wie Berlin der Anteil von Kindern mit kariesfreien Dauergebiss bei 36% und in München bei 66%.

Tab.21: *Prozentualer Anteil von Kindern mit kariesfreiem Dauergebiss*

Ort	Alter in Jahren					
	5	6	7	8	9	10
Berlin ohne 1981 Prophylaxe	noch nicht durchgebrochen		36 %	32 %	24%	18%
Lüttich ohne 1983 Prophylaxe			68 %	46 %	35 %	26 %
München ohne 82/83 Prophylaxe			66 %	-	-	-
München mit 82/83 Prophylaxe			72 %	-	-	-
Biberach mit 1986 Prophylaxe			79 %	71 %	50 %	-
Heilbronn mit 1985 Prophylaxe			91 %	74 %	56 %	47 %
Münster mit 1986 Prophylaxe			85 %	65 %	55 %	47 %
Basel mit 1985 Prophylaxe			89 %	83 %	75 %	68 %

Quelle: Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 1987

Karies wird durch Ernährungsgewohnheiten und unzureichende Mundhygiene verursacht. Wichtige Voraussetzungen für erfolgreiche Kariesprophylaxe in der Schweiz sind:

- Kontinuität in der Wissensvermittlung
- Koordination des vermittelten Wissens
- Einüben richtiger Verhaltensweisen
- Kooperation zwischen den Trägern (Kindergarten - Schule - Zahnärzteschaft)

Seit Beginn der 60er Jahre baute man in der Schweiz eine systematische und vor allem kontinuierliche Zahnprophylaxe auf. Im Kindergarten spielerisch und in der Schule als Schulfach üben die Kinder richtiges Zähneputzen (Gruppenprophylaxe). In der Primarschule werden zusätzlich Informationen zur Anatomie und Physiologie des Zahnes und des Kauapparates sowie zu Karies und Ernährung vermittelt. Ab dem zehnten bis 15. Lebensjahr wird die Gruppenprophylaxe durch Individualprophylaxe

ergänzt, zweimal jährlich eine Viertelstunde durch eine Prophylaxehelferin in einer Zahnarztpraxis (SCHULZAHNKLINIK BASEL-STADT [Hrsg.], 1987). Damit setzt dieses Prophylaxeprogramm geradezu klassisch an den Lebensweisen der Menschen mit Verhaltenseinübungsprogrammen an.

Die Schulzahnpflege ist in der Schweiz praktisch flächendeckend eingeführt und kantonale oder kommunal organisiert. Der größte Teil der Kinder wird durch Vertragszahnärzte betreut, in den großen Städten wie z. B. Basel bestehen Schulzahnkliniken. Die Unterrichtung der Kinder und Jugendlichen erfolgt durch die Lehrerschaft, Schulzahnpflegehelfer(innen) (angelernte Eltern), Dentalhygieniker(innen) und Prophylaxehelfer(innen). Der Aufgabenbereich des Schulzahnarztes/-ärztin anders als in der Bundesrepublik umfaßt auch die Behandlung.

Flankierende Maßnahmen zum schulzahnärztlichen Dienst sind:

- die Fluoridierung des Trinkwassers (in der Stadt Basel und einigen angrenzenden Gemeinden)
- in der ganzen Schweiz ist fluoridiertes Kochsalz (250 mg/kg) erhältlich
- fluoridierte Zahnpasten haben einen Marktanteil von fast 100% - trotz eines hohen und stabil bleibenden Zuckerkonsums von über 40 kg pro Kopf und Jahr der Bevölkerung steigt der Marktanteil sog. »zahnfreundlicher« Produkte (gesüßt mit hydriertem Zucker), die keinen Karies verursachen.

Die kariesprophylaktischen Maßnahmen brachten eine erhebliche Kosteneinsparung. Der Kostenaufwand für die Kariesversorgung bei 15jährigen Baslern im Verlauf der Schulzeit liegt 1987 um 2,5 Mio. Franken niedriger als 1961.

Tab. 22: *Kostenaufwand für die Kariesversorgung bei 15jährigen Baslern während der Schulzeit*

Untersuchungsjahr	behandelte Flächen	Taxpunkte	Franken	1.500 Kinder
1961	30,4	438	1.861	2,8 Mio
1987	3,5	50	214	0,3 Mio
Reduktion	26,9	388	1.647	2,5 Mio

Quelle: Berechnung von M. Büttner, Direktor der Schulzahnklinik Basel-Stadt Mitteilung an die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Für 1979 lassen sich die Kosten der oralen Prävention in Basel mit insgesamt 356.900 Franken beziffern. Diesen Kosten stehen in Basel Einsparungen an Lohnsummen-, Material-, Raum- und Einrichtungskosten für schulzahnpflegerische Betreuung von jährlich 700.000 Franken zusätzlich der eingesparten staatlichen Subventionen für Behandlungskosten in Höhe von 530.000 Franken gegenüber. Damit ergibt sich insgesamt eine Nettoeinsparung der öffentlichen Hand von 873.000 Franken für das Jahr 1979 gegenüber dem Jahr 1962 (BÜTTNER, 1980, S. 25/26).

Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion legt Zahlen vor, die die Effizienz einer Kariesprophylaxe auch

für die Bundesrepublik belegen. (Sachverständigenrat der Konzierten Aktion, 1987). Ansatzpunkt für Zahnprophylaxe ist die Zahngesundheit der Kinder. Erfolgreiche Prävention bedeutet erhebliche Einsparung, wenn man bedenkt, daß 1985 für Kinder und Jugendliche unter 25 Jahren für konservierende und chirurgische Behandlung 467 Mio. DM durch die GKV aufgewendet wurden. Für kieferorthopädische Leistungen, die überwiegend für Kinder und Jugendliche erbracht werden und zumindest zum Teil durch Kariesprophylaxe beeinflußbar sind, mußten 1,4 Mrd. DM gezahlt werden. Einsparungen etwa in dieser Größenordnung stehen nach Schätzung des Sachverständigenrates Personal- und Sachkosten für eine flächendeckende systematische Primärprophylaxe für Kinder von drei bis 18 Jahren von ungefähr 250 Mio. DM plus Kosten für die Ausrüstung von Kindergärten mit Zahnputzstuben gegenüber (SVR KA, 1987. S.136 f.).

2.2 Primäre Prävention am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten

Aus naturwissenschaftlicher Sicht - im Sinn des Zweck-Mittel-Schemas - nachgewiesen gelten präventive Maßnahmen als effektiv, wenn erstens durch unabhängige, unifaktorielle Interventionsstudien ein kausaler, möglichst in seiner Dosis-Wirksamkeitsbeziehung quantifizierbarer Zusammenhang zwischen einem bestimmten Risikofaktor und einer bestimmten Krankheit nachgewiesen werden kann. Zweitens wenn der Beweis erbracht wird, daß durch entsprechende Intervention der Risikostatus eines Menschen beeinflußbar ist und Morbiditäts- und Mortalitätsraten sinken. Für Unfälle und Selbstmorde ebenso für Karies gelingt dieser Nachweis.

Diese Vorbedingungen sind aber für die meisten Krankheiten nicht erfüllbar. Für Herz-Kreislauf-Krankheiten, die im folgenden beispielhaft erörtert werden sollen, ebenso wie für viele andere Krankheitsbilder, gilt, daß nicht ein Faktor im Sinne naturwissenschaftlicher Determination verantwortlich gemacht werden kann. Krankheiten sind regelmäßig multifaktoriell, unter anderem durch psycho-soziale und physiko-chemische Faktoren verursacht. Das relative Gewicht der einzelnen Faktoren ist nicht bekannt. Entstehungsbereiche der gesundheitsgefährdenden Faktoren liegen in der biologischen und sozialen Umwelt, der Arbeitswelt und im persönlichen Lebensstil.

2.2.1 Risikofaktorenkonzepte als Basis der Intervention

Als Risikofaktor gilt „ein Charakteristikum einer Person oder einer Bevölkerungsgruppe, dessen Vorhandensein die Wahrscheinlichkeit, in einem definierten Zeitraum von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden, gegenüber einer Person oder Bevölkerungsgruppe ohne dieses Charakteristikum signifikant erhöht“ (M. PFLANZ, 1973, S. 13).

Als klassische somatische Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten gelten Zigarettenrauchen, Hypertonie und Hypercholesterinämie. Aufgrund von Interdependenzen werden als weitere Risikofaktoren Übergewicht, Stö-

rungen des Glukosestoffwechsels, Hyperurikämie, Hyperglyzeridämie und körperliche Inaktivität genannt.

In der klassischen Framingham-Studie wurde erstmals empirisch zumindest für die weiße Bevölkerung in relativ guter wirtschaftlicher und sozialer Lage nachgewiesen, daß durch die drei Risikofaktoren Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Zigarettenrauchen sich die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarkts erhöht.

Die Hypercholesterinämie gilt als derjenige somatische Risikofaktor, mit dessen Hilfe sich die Entstehung von koronaren Herzkrankheiten am besten vorhersagen läßt (TRUETT u.a., 1967; WILHELMSSEN u.a., 1973).

Starkes Zigarettenrauchen (mehr als 10-15 Zigaretten täglich) ist bei Männern der somatische Risikofaktor mit der zweitbesten Vorhersagekraft für koronare Herzkrankheiten (TRUETT u.a., 1967; WILHELMSSEN u.a. 1973). Für Frauen ist die Vorhersagekraft auf der Basis der großen prospektiven Studien der 50er und 60er Jahre berechnet geringer (WILHELMSSEN u.a., 1973). Dies könnte sich aufgrund des steigenden Zigarettenkonsums der Frauen geändert haben.

Bei Männern ist der systolische Blutdruck der somatische Risikofaktor mit der drittbesten Vorhersagekraft für koronare Herzkrankheiten (TRUETT u.a., 1967; WILHELMSSEN u.a. 1973). Für Frauen scheint er sogar die größte prädikative Bedeutung zu haben. Borderline-Hypertoniker haben gegenüber Normotikern (unter bzw. gleich 140/90) ein zweimal höheres, Hypertoniker (systolisch über bzw. gleich 160 mmHg; diastolisch über bzw. gleich 95 mmHg) ein dreimal höheres koronares Herzkrankheitenrisiko (DAWBER u.a., 1957).

Nach den Ergebnissen des Pooling-Projekts ist der Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, relatives Gewicht, Zigarettenrauchen und koronaren Herzkrankheiten zwar belegt, erklärt jedoch nur zu einem geringen Teil die Prävalenz koronarer Herzkrankheiten. Die Beobachtung der Zehn-Jahres-Inzidenz ergibt beim Pooling-Projekt, daß 86 % der Personen mit einem der drei Risikofaktoren und 90 % der Personen mit zwei oder drei Risikofaktoren keine koronare Herzkrankheit bekamen (MARMOT/WINKELSTEIN, 1975).

In einer retrospektiven Studie weist BADURA ähnliches nach. Nur bei 5,6 % der Herzinfarktpatienten lagen die Risikofaktoren Zigarettenrauchen, Hypertonie und Hypercholesterinämie vor. Zwei Drittel der Kranken wiesen nur maximal einen Risikofaktor auf (BADURA, 1983). Fast die Hälfte der koronaren Herzkrankheiten läßt sich an Hand der klassischen somatischen Risikofaktoren nicht erklären (EPSTEIN, 1979; SIEGRIST u. a. 1980). Prävention beschäftigt sich also mit der Verminderung von Risikowahrscheinlichkeiten und richtet sich an große Populationen, um kleine gefährdete Gruppen zu erreichen.

2.2.2 Einzelne Interventionsprogramme

Vornehmlich in den USA aber auch in Europa wurden mittels großangelegter prospektiver Interventionsstudien Maßnahmen zur Beeinflussung der Risikofaktoren für

Herz-Kreislauf-Krankheiten untersucht. Positive Effekte, nachgewiesen durch Änderungen der Herz-Kreislauf-Morbidität bzw. Mortalität, galten als Nachweis sowohl des statistischen Zusammenhangs zwischen den Risikofaktoren und der Krankheit, als auch als Beweis für die Effektivität der Interventionsansätze (EPSTEIN, 1982).

Die im Rahmen dieser Studien getroffenen Interventionsmaßnahmen zielten auf die Beeinflussung des Risikostatus. Interventionsmaßnahmen waren u. a. die Umstellung der Ernährung zur Vorbeugung und Kontrolle von Hypercholesterinämie, Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes, Abgewöhnung des Zigarettenrauchens sowie medikamentöse Bluthochdruck- bzw. Cholesterinsenkung. Die Studien richteten sich zum Teil an die Gesamtbevölkerung und zum Teil an Hochrisikogruppen.

Die MRFIT-Interventionsstudie richtete sich an Männer mittleren Alters mit drei kardiovaskulären Risikofaktoren (Hypertonie, Hypercholesterinämie und Zigarettenrauchen). Das Interventionsprogramm umfaßte eine schrittweise Behandlung der Hypertonie incl. medikamentöser Therapie, Raucherentwöhnung und Ernährungsberatung. Die Risikofaktoren konnten deutlich reduziert werden, aber das Studienziel, eine signifikante zehnprozentige Reduktion der koronaren Herzkrankheiten-Mortalität, wurde nicht erreicht. Überraschend war vor allem, daß die Gesamtmortalität in der Interventionsgruppe (265) höher lag als in der Kontrollgruppe (260) (MRFIT-RESEARCH GROUP, 1982).

Nordkarelien ist ein überwiegend ländliches Gebiet in Finnland mit ca. 180.000 Einwohnern, gekennzeichnet durch besonders hohe Herz-Kreislauf-Mortalität. Das 1972 gestartete gemeindeorientierte Interventionsprogramm richtete sich an Männer und Frauen mittleren Alters und zielte auf die Risikofaktoren Rauchen, Hypertonie und Hypercholesterinämie. Es gelang, die Risikofaktoren deutlich zu reduzieren. Dies schlug sich sowohl in einer Reduktion der Herz-Kreislauf-Mortalität als auch der Gesamtmortalität nieder (PUSKA, 1979). Das Studienziel einer signifikanten Senkung der KHK-Mortalität in der Interventionsregion gegenüber der Kontrollregion Kuopio wurde nicht erreicht. In der Vergleichsregion waren die Reduktionsraten für koronare Herzkrankheiten und Mortalität fast gleich groß. Man vermutet, daß die Interventionsaktivitäten in der Interventionsregion auch Auswirkungen auf die unmittelbar benachbarte Vergleichsregion hatten (LABISCH, 1980).

Die WHO-Studie richtete sich auf Betriebsebene an Männer mittleren Alters. Interventionsmaßnahmen waren die Verteilung von Informationsmaterial, Gruppendiskussion, individuelle Beratung von Hochrisikogruppen und medikamentöse Blutdrucksenkungen. Ziel der Interventionsstudien waren Verhaltensänderungen, z. B. eine veränderte Ernährung zwecks Gewichtsreduktion, Cholesterinsenkung, stärkere physische Aktivität, Blutdrucksenkung und das Einstellen des Zigarettenrauchens. Es gelang zwar eine Reduktion der Risikofaktoren in den Interventionsbetrieben (Ergebnisse liegen für England und Wales, Belgien, Italien und Polen vor), verglichen mit den Kontrollbetrieben wurden die Hauptziele der Studie nicht erreicht. Eine signifikante Reduktion der KHK-

Mortalität und Morbidität - sieht man von Belgien ab - wurde nicht erzielt.

Es bleibt festzuhalten, daß die drei größten Interventionsstudien bei erheblichen Unterschieden im Studiendesign und in der Herangehensweise nachweisen konnten, daß eine Reduktion der somatischen Risikofaktoren gelingen kann. Die KHK-Mortalität und die Gesamtmortalität wurden aber nicht in einem signifikanten Ausmaß gesenkt.

Ein erstes Indiz dafür, warum dies kaum gelingen kann, liegt darin, daß die klassischen somatischen Risikofaktoren nur einen Teil der Herz-Kreislaufmortalität und Morbidität erklären können. Die geschilderten Interventionsprogramme richten sich auf die Reduktion bestimmter somatischer Faktoren, da jedoch auch soziale, psychosoziale und umweltbezogene Faktoren Bedeutung für die Ätiologie der Herz-Kreislauf-Krankheiten besitzen, ist schon aus Plausibilitätsgründen fraglich, ob durch die Variation einzelner Faktoren, deren relatives Gewicht nicht bekannt ist, eine Reduktion der Herz-Kreislauf-Mortalität und Morbidität überhaupt in signifikantem Ausmaß erwartbar ist.

2.2.3 Bewertung der somatischen Risikofaktorenmodelle

Die in den vorgestellten Interventionsprogrammen getroffenen Maßnahmen berücksichtigen nur wenig die Umwelt- und Lebensbedingungen der Probanden. Appelle an eine gesunde Lebensführung

1. Rauche keine Zigaretten
2. Schlafe 7 Stunden
3. Frühstücke
4. Halte Dein Gewicht niedrig
5. Trinke mäßig
6. Bewege Dich täglich
7. Esse nicht zwischen den Mahlzeiten (BELLOC, BRESLOW, 1972)

vernachlässigen, daß »ungesunde« Lebensformen auch Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Alltag sein können. Das somatische Risikofaktorenmodell interpretiert bestimmte Verhaltensweisen als Gesundheitsrisiken, die von den Betroffenen abzustellen sind. Diese Verhaltensweisen sind jedoch u. U. Bewältigungsformen von Lebens- und Arbeitsproblemen. Der mangelnde Erfolg »gut gemeinter« Ratschläge zu einer geänderten Lebensform kann nur dann als unzureichende »compliance« beklagt werden, wenn unberücksichtigt bleibt, was es den Klienten kosten kann, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln und einzusetzen (HORN, 1984). Da nach dem somatischen Risikofaktorenmodell Krankheit nicht mehr als schicksalhaft bedingt, sondern auch als selbstverschuldet (gesundheitsriskantes Verhalten) gilt, besteht zudem die Gefahr einer Schuldzuweisung an die Kranken (blaming the victim).

Wird Krankheit auch als soziales Geschehen aufgefaßt, verbreitert sich nicht nur der Blick für mögliche Krankheitsursachen, vor allem erscheinen die geringen Erfolge der vorgestellten Interventionsprogramme erwartbar, da

wichtige krankheitsmitverursachende Zusammenhänge nicht berücksichtigt wurden.

Die klassischen somatischen Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Hypertonie und Zigarettenrauchen werden auch durch psycho-soziale Streßpositionen beeinflusst.

Schlußfolgerungen, daß Investitionen in Präventionsprogramme nicht gerechtfertigt sind, da die klassischen Interventionskonzepte und Programme auf der Basis der somatischen Risikofaktorenkonzepte zu keiner signifikanten Reduktion der Herz-Kreislauf-Morbidität und Mortalität führten, vernachlässigen diese Zusammenhänge.

2.3 Erweiterung: Psycho-soziale Risikofaktorenmodelle

2.3.1 Streß

Das Konzept der somatischen Risikofaktoren bedarf also der Ergänzung um psycho-soziale Risikofaktoren, die insbesondere allgemeine Lebensbedingungen und die individuelle Reaktion darauf erfassen. Gerade die Streßforschung erwies sich als besonders geeignet, um gesundheitlich unterschiedliche Lebensbedingungen abzuschätzen.

Streß als Reaktionsmuster des vegetativ-endokrinen Systems stellt eine biologisch sinnvolle Anpassung an Anforderungen dar (SEYLE, 1957, S. 72).

SEYLE unterstellte, daß Stressoren bzw. äußere Belastungen uniform und unabhängig von der Art der Belastung Reaktionen hervorrufen. Aber Belastungssituationen mit totalem Kontrollverlust bewirken wahrscheinlich andere neurohormonelle Veränderungen als Situationen, die zu Aktivität und Angriff herausfordern. Die menschliche Persönlichkeit wird zudem eine Moderatorwirkung haben. Die Höhe der äußeren Belastung ist streßinduzierend in Abhängigkeit davon, welche Bedeutung ihr beigemessen wird (LAZARUS, 1966).

Wenn die individuellen subjektiven Handlungsvoraussetzungen und die situativen Handlungsbedingungen im Ungleichgewicht sind, entscheiden die dem Individuum verfügbaren Bewältigungsstrategien über die gesundheitlichen Folgen des Stresses. Langanhaltende schwere Distreßerfahrungen beeinflussen somatische koronare Risikofaktoren und fördern koronar-ischämische Endorganschädigungen (Vgl. SIEGRIST, 1986).

Unter Distreß werden die unerwünschten, belastenden und potentiell gesundheitsschädigenden Faktoren des Stresses gefaßt. Distreß ist die schädliche Seite des Stresses, die mit Anzahl und Stärke der Stressoren zunimmt (SCHAEFER/BLOMKE, 1977; LEWI, 1974).

Chronischer Distreß als psycho-sozialer Risikofaktor beeinflusst somatische Risikofaktoren wie Cholesterinspiegel und Grenzwerthypertonie und fördert koronar-ischämische Organschäden (SIEGRIST, 1986). Hierüber hinaus hat chronischer Distreß verhaltenssteuernde Wirkung. Ein nach konventioneller Sichtweise unvernünftiges Verhalten ist unter Umständen eine sozial legitimierte Bewältigungsstrategie wie z. B. Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum und bestimmte Ernährungsgewohnheiten, auf die ein

Individuum nicht ohne weiteres verzichten kann (K. HORN u. a., 1984, S. 23).

Cholesterin ist ein Lipid, das vom Körper zum Teil exogen mit der Nahrung aufgenommen, zum überwiegenden Teil jedoch vom Körper selber endogen synthetisiert wird. Hormone, wie die Katecholamine, Adrenalin und Noradrenalin bewirken eine Lipidmobilisierung und in der Folge steigende Cholesterinwerte im Blutspiegel (BUD-DECKE, 1974). Adrenalin und Noradrenalin werden in physischen und psychischen Streßsituationen in besonders starkem Umfang ausgeschüttet (VON EULER u. a., 1954; LEVI, 1964). Psychische Belastungen, wie Examina (STARLINGER u. a., 1969), belastende Lebensabschnitte (HAMMERSTEIN u. a., 1957) oder auch Arbeitslosigkeit (KASL u. a., 1968), führen wahrscheinlich vermittelt über gesteigerte Sekretion der Katecholamine zur Anhebung des Cholesterinspiegels.

Rauchen vermindert das Gefühl psychischer Anspannung. Rauchend kann der Mensch zudem ein höheres Maß an psychischer Belastung ertragen (IKKARD u. a., 1973; NESBITT, 1973). Vor diesem Hintergrund erscheinen Untersuchungen plausibel, nachdem ein Zusammenhang zwischen quantitativer und qualitativer Arbeitsbelastung und Zigarettenrauchen besteht (CAPLAN, 1971; CAPLAN u. a. 1975).

Zumindest bei einem Teil der Hypertoniker spielt die Aktivität des sympathischen Nervensystems eine ursächliche Rolle (US-DEHW, 1979, S. 190). Ein Zusammenhang zwischen erhöhten Katecholaminwerten und der Entstehung von Hypertonie wird vermutet (ENGELMANN u. a., 1970 und 1976).

2.3.2 Objektive Belastungen und subjektive Verarbeitung

Die Auswirkungen des psycho-sozialen Risikofaktors Streß auf koronare Herzkrankheiten und somatische Risikofaktoren lassen sich vor allem an Untersuchungen in der Arbeitswelt illustrieren.

Die pathogene Relevanz der objektiven Arbeitsbelastung ist abhängig von deren quantitativer, situativer und zeitlicher Kumulation. Das Erkrankungsrisiko ist eine Funktion der Belastungskumulation (VOLKHOZ, 1977; MASCHESKY, 1981). Arbeitsbelastungskumulation wie z. B. Umgebungsbelastung, Überstunden, Schichtarbeit, quantitative und qualitative Arbeitsbelastungen, so konnte SIEGRIST u. a. in einer Fallkontrollstudie nachweisen, ist in der Gruppe der Herzinfarktpatienten signifikant häufiger als in der Vergleichsgruppe. 25% der Infarktpatienten, jedoch nur 9% der Gesunden, leisteten mehr als 40 Überstunden pro Monat (SIEGRIST u. a., 1980).

Dieselben objektiven Arbeitsbelastungen (Streß) werden von Individuen unterschiedlich als Beanspruchung (Strain) aufgenommen und verarbeitet. Zu den objektiven Belastungsmerkmalen tritt die Persönlichkeitsstruktur des einzelnen Individuums, auf das die Arbeitsbelastungen einwirken. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen/Verhaltensweisen und der Entstehung von koronaren Herzkrankheiten. Als psycho-sozialer Risikofaktor gilt das Typ-A-Verhalten. „Typ-A-Personen“ besitzen Tendenzen zur Aggressivität, zu Ehr-

geiz und Rivalitätsdenken. Sie sind arbeitsorientiert und vollständig mit Terminen beschäftigt, chronisch ungeduldig und unter Zeitdruck, in Eile, rastlos, übermäßig wachsam, zeigen angespannte Gesichtsmuskeln und eine explosive Redeweise. Weiter sind bei ihnen Persönlichkeit und Verhaltensweisen gleichermaßen augenfällig. Personen vom entgegengesetzten Typ B-Verhaltensmuster sind im wesentlichen frei von solchen verstärkten Charaktereigenschaften, empfinden keinen bedrückenden Konflikt, weder in bezug auf Zeit noch auf andere Personen und kennen im allgemeinen kein chronisches Gefühl der Eile. Das Typ-A-Verhaltensmuster stellt somit ein offenkundiges Verhaltenssyndrom dar, mit dem solche Personen die Lebenssituationen angehen und mit ihnen fertig werden“ (ROSEMANN, 1981, S. 38 f). Dieses Verhalten erhöht, vermittelt durch Streß, das Infarktisiko (FRIEDMAN/ROSEMANN, 1975).

In der Western Collaborative Group Study (WCGF) wies man für Männer mittleren Alters nach, daß Typ-A-Personen im Vergleich zu B-Typen mit doppelter Wahrscheinlichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten erkranken (ROSEMANN u. a., 1975). In der Framingham-Studie konnte man für Frauen und Männer des A-Typus ein ähnliches Ergebnis nachweisen. Das Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu erkranken, war für die A-Typen etwa doppelt so hoch wie für die B-Typen (HAYNES u. a., 1980). Man kann also festhalten, daß das relative Risiko des psychosozialen Faktors Streß mit der Größenordnung der klassischen somatischen Risikofaktoren vergleichbar ist.

2. 3. 3 Das Konzept der Gratifikationskrisen

Beide Aspekte der Herz-Kreislauf-Krankheiten verursachenden chronischen Distreß, also die Disposition bestimmter präorbider Persönlichkeitsstrukturen und die objektiven Arbeitsbelastungen, die als Belastungskumulationen aufgefaßt werden, berücksichtigt in modifizierter Form der Ansatz der Gratifikationskrisen (SIEGRIST u. a., 1980).

Menschliche Arbeit zielt kurzfristig auf ökonomische und sozioemotionale Gratifikationen (Bewertung eigener Arbeit im sozialen Vergleichsprozeß, positive Rückmeldung, Anreize für die persönliche Entwicklung). Die in diesem Kontext angestrebten langfristigen Gratifikationen sind Aufstiegsmöglichkeiten, Kündigungsschutz bzw. sichere Beschäftigungsverhältnisse. Die Angemessenheit der Gratifikation wird vor dem Hintergrund subjektiver und sozialer Erfahrungen individuell bewertet. Gratifikationskrisen entstehen, wenn dem individuellen Empfinden nach die Gratifikation deutlich und dauerhaft unter dem erwartbaren Niveau liegt. Intensität und Dauer dieser leistungsbezogenen Gratifikationskrisen stehen in einem direkten positiven Zusammenhang mit denjenigen kardiovaskulären Risiken, die über das Zentralnervensystem vermittelt werden. Es sind also besonders solche Individuen koronar gefährdet, die infolge hoher Kontrollambitionen auf langandauernde Leistungssituationen mit unrealistischen Über- oder Unterbewertungen und entsprechend undosierter Verausgabung reagieren. Physiologische und endokrine Aktivierungsprozesse werden langfri-

stig aufrecht erhalten und durch gegensteuernde Regenerationsprozesse nicht kompensiert. Der chronische Distreß überfordert das Individuum und wird symptomatisiert in Form von psychophysischer Dysregulation (starke Schlafstörungen, unkontrollierte Gereiztheit, Erschöpfungszustände) (SIEGRIST, 1986).

Eine retrospektive Fallkontrollstudie an Männern mittleren Alters mit klinisch gesichertem ersten akuten Herzinfarkt ergab, daß Infarktpatienten u. a. signifikant häufiger berufliche Abwärtsmobilität und unfreiwillige Berufswechsel akzeptieren mußten. Die Erfahrungen beruflicher Gratifikationskrisen in Verbindung mit kognitiven, emotional und verhaltensmäßigen Bewältigungsstrategien waren in der Gruppe der Infarktpatienten deutlich stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe (SIEGRIST u. a., 1980).

In einer noch laufenden prospektiven Studie mit Arbeitern zwischen 25 und 55 Jahren in der Metallindustrie liegen erste Ergebnisse vor. Diejenigen Arbeiter, die unter starken beruflichen Gratifikationskrisen litten, wiesen durchschnittlich höhere systolische Blutdruckwerte und Cholesterinwerte auf als die weniger belasteten Arbeiter. Übersteigerte berufliche Kontrollbestrebungen in Verbindung mit ökonomischem Zwang zu Akkordarbeit und statusniedriger innerbetrieblicher Position treten häufig mit erhöhten Blutdruckwerten auf. Erhöhte Cholesterinwerte traten im Zusammenhang mit Verausgabungszwang in jüngster Vergangenheit und jahrelanger Schichtarbeit und/oder geringer Arbeitsplatzsicherheit und/oder im Vergleich ungünstige Entlohnung der eigenen Arbeit auf (SIEGRIST u. a., 1987).

2. 3. 4 Leistungsschere

Das Konzept der Leistungsschere ist ein »soziales Modell« zur Erklärung der Herzinfarktentstehung, das verschiedene sozialwissenschaftliche Krankheitstheorien aufgreift.

Die »Leistungsschere« entsteht bzw. öffnet sich durch die gegenläufige Entwicklung von hohen Leistungsanforderungen bei sinkendem Leistungsvermögen. Diese steigende relative Überforderung verursacht gesundheitliche Vorschädigungen. Ein Belastungsschub kann dann zum Herzinfarkt führen.

Der Prozeß, der zu einem immer stärkeren Auseinanderklaffen von Anforderungen und Leistungsvermögen führt, läßt sich untergliedern.

Zunächst führen Belastungskumulationen dazu, daß das Individuum seine verfügbaren psycho-physischen Reserven mobilisiert, um Leistungseinschränkungen zu verhindern. Konsequenz ist eine langfristig abnehmende Bewältigungskapazität. Die chronischen und nicht vermeidbaren Belastungen führen auf der einen Seite dazu, daß die psycho-physische Spannung kurzfristig nicht mehr aufgelöst werden kann und zum anderen aufgrund der nach außen gezeigten unveränderten Belastbarkeit u. U. neue Aufgaben hinzukommen. Die situative Aufschaukelung geht einher mit zunehmender nicht eingestandener Selbstüberforderung. Auch in der Freizeit gelingt eine Entspannung zunehmend weniger. Durch riskantes Gesund-

heitsverhalten wird versucht, die Leistung zu steigern, auf Kompensation und Entspannung wird verzichtet. Endlich sind die Bewältigungskapazitäten erschöpft, das Individuum ist »am Ende seiner Kräfte«, aber weder Willens noch in der Lage, sich zu schonen. Das System von Anstrengung und Erholung gerät zunehmend aus dem Gleichgewicht. Auf der Basis solcher langfristig erworbenen Vorschädigungen kann ein Belastungsschub, etwa ein Life-event (Tod eines Angehörigen, allgemeine Übergangs- und Veränderungsprozesse mit entsprechenden Anpassungserfordernissen), den Infarkt auslösen (MASCHEWSKY, 1986).

Die Zwischenauswertung einer schriftlichen Befragung zur Arbeits- und Lebenssituation bei Infarkt-Patienten ergab, daß diese Gruppe bezüglich der meisten Arbeitsbedingungen höher belastet und beansprucht ist. Psychosoziale Belastungen sind hierbei wichtiger als die klassisch-arbeitsmedizinisch erfaßten Belastungen. Relativ passives Bewältigungsverhalten und eine relativ höhere Belastungsbereitschaft sind häufig gekoppelt mit beruflichem Aufstieg. Die Infarkt-Patienten haben meist restriktive Arbeitsplätze oder nehmen untere Vorgesetztenpositionen ein, die ihnen vermutlich nur geringe Spielräume für aktives Bewältigungsverhalten lassen. Ein schlechtes Gesundheitsverhalten tritt hinzu. Die jüngeren Altersgruppen mit Herzinfarkt sind durch eine eher mangelhafte Belastungsverarbeitungskapazität bzw. unzureichende Belastungsverarbeitungstechniken gekennzeichnet. Die höheren Altersgruppen zeichnen sich dagegen eher durch erhebliche berufliche Belastungskumulationen aus (MASCHEWSKY, 1980).

2. 4 Das Lebensweisen-Konzept

Das Lebensweisen-Konzept rückt die Soziogenese von Risikofaktoren in den Vordergrund. Die Veränderung oder Reduktion der Risikofaktoren setzt die Erklärung ihrer Entstehungszusammenhänge voraus. Die üblichen Erklärungen, das jemand zuviel raucht und esse und sich zu wenig bewege und dies aus gesundheitlichen Gründen abstellen sollte, greifen häufig zu kurz. Verhaltensbezogene Risikofaktoren sind auch Folge spezifischer Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Alltag.

Die Komplexität der Entstehungszusammenhänge psychosozialer Risikofaktoren wurde in den beschriebenen Modellen der Gratifikationskrisen und Leistungsschere deutlich. Es liegt also die Schlußfolgerung nahe, daß Interventionen zur Beeinflussung psychosozialer Risiken nur in einem Prozeß sozialen Lernens wirksam sein können. Der Effekt einer Intervention erschöpft sich also nicht im Abstellen bestimmter belastender Bedingungen oder Verhaltensweisen, sondern in der Entwicklung einer Kompetenz für die Wahrnehmung, Vorstellung und Bewertung von Belastungserfahrungen im Alltag. Es geht um die Verringerung spezifischer Risiken und um die Entwicklung und Unterstützung lebenspraktischer Kompetenz (von FERBER, 1986).

Die oben vorgestellten klassischen epidemiologischen Langzeit-Interventionsstudien brachten bedeutende wis-

senschaftliche Fortschritte hinsichtlich der Erforschung der Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Ausgehend von der multifaktoriellen Genese der Herz-Kreislauf-Krankheiten reichen Interventionsprogramme, die durch Verhaltensänderungen bzw. medikamentöse Therapie einzelne somatische Risikofaktoren beeinflussen wollen, allein nicht aus, und eine signifikante Reduktion der Herz-Kreislauf-Morbidität und Mortalität ist daher nicht erwartbar.

Die klassischen Interventionsprogramme auf der Basis des somatischen Risikofaktorenmodells, die u. a. auf Verhaltensänderungen durch Appelle und Aufklärung zielten, berücksichtigen Arbeits- und Lebensbedingungen nur am Rande. Sie vernachlässigen also die Soziogenese der Risikofaktoren. Eben diese Soziogenese der klassischen somatischen Risikofaktoren wurde durch die Erforschung des psycho-sozialen Risikofaktors Streß deutlich. Streß fördert nicht nur die Entstehung der klassischen somatischen Risikofaktoren Hypertonie, Hypercholesterinämie und Rauchen, er verdeutlicht vor allem die soziale Bedingtheit von Krankheit.

Präventive Maßnahmen können den Gesundheitszustand verbessern, wenn sie an den schädigenden oder belastenden Faktoren ansetzen. Der Verweis auf notwendige, vernünftige bzw. rationale Verhaltensweisen greift als Präventionsmaßnahme nicht weit genug. Massenmediale Aufklärungskampagnen werden immer nur bestimmte Gruppen zu »vernünftigem« Verhalten veranlassen. Gesundheitsverhalten ist »das Produkt der persönlichen Verarbeitung widersprüchlicher gesellschaftlicher Anforderungen« (K. HORN, 1984, S. 23). Der Appell an ein gesundheitsbewußtes Verhalten kann also unter Umständen zu unbewußten Interessenkollisionen führen, denn gesundheitsriskantes Verhalten ist durchaus mit Gewinn verbunden, wenn auch mit einem selbstzerstörerischen. Krankheit und Risikoverhalten sind ein wichtiger Entlastungsmechanismus, um mit den Anforderungen des Alltagslebens fertig zu werden.

Eine realistische Präventions-Konzeption unterscheidet zunächst die unterschiedlichen Lebensbedingungen sozialer Gruppen. Folge hiervon ist ein »pluralistisches Konzept der Gesundheitsförderung«. Es gibt nicht eine für alle verbindliche gesunde Lebensweise (BUNDESGESUNDHEITSAMT, 1983).

Die WHO weist darauf hin, daß Routinegewohnheiten des Alltags ebenso wie die Bewältigungsstrategien im täglichen Leben Teil eines lebenslangen Lernprozesses sind. Die Förderung der Gesundheit durch richtige Lebensgewohnheiten muß an der unterstützenden und fürsorglichen Rolle der Familie an sozialen Netzwerken und sozialstaatlichen Einrichtungen ansetzen (WHO, 1985). „Auf allen Gebieten, auf denen die primäre Prävention gegenwärtig sich engagiert, geht es teils um die Verringerung spezifischer Risiken (Raucherentwöhnung, Fehlernährung, Bewegungsmangel, Streßprophylaxe, Beratung in belastenden Lebenssituationen, z. B. bei der Pflege schwerkranker Familienangehöriger etc.), zum anderen Teil um die Entwicklung, Wiederherstellung, Unterstützung einer lebenspraktischen Kompetenz“ (von FERBER, 1986, S. 13).

Tab.1 - 23: Direkte und indirekte Kosten von Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland, 1980

Diagnosis	Direct cost Rank	indirect cost of mortality Rank	indirect cost of morbidity Rank	Total indirect cost Rank	Total cost Rank	Total cost in %
Diseases of the digestive system	1	4	5	6	1	18,8
Diseases of the circulatory system	2	2	4	2	2	14,3
Diseases of the bones and organs of movement	3	15	1	3	4	9,8
Injures	4	1	3	1	3	13,2
Diseases of the respiratory system	5	6	2	4	6	8,4
Diseases of the nervous system and sense organs	6	9	6	9	7	4,8
Mental disorders	7	7	7	7	8	4,4
Diseases of the genitourinary system	8	13	9	10	9	3,7
Neoplasms	9	3	11	6	6	6,7
Total for 9 leading diagnoses						84,4

Quelle: Henke, K.-D./Behrens, C.: The Economic Cost of Illness in the Federal Republic of Germany in the year 1980, in: Health Policy, No.5 (1980)

Tab.1 - 24: Die volkswirtschaftliche Bedeutung von HKK, dargestellt durch verlorene Lebensjahre und Erwerbstätigkeitsjahre

Todesursachen	Verlorene Lebensjahre		Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre		Indirekte Kosten in Tausend DM	
	insges.	Rang	insges.	Rang	insges.	Rang
1) Infektiöse und parasitäre Krankheiten	18,96	7	5,87	7	69	7
2) Neubildungen	12,83	12	2,07	12	35	12
3) Störungen der Drüsen mit inneren Sekretionen						
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	11,53	13	1,63	13	24	13
4) Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	13,26	11	2,82	11	39	11
5) Seelische Störungen	21,74	5	8,63	5	160	5
6) Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	19,16	6	5,90	6	79	6
7) Krankheiten des Kreislaufsystems	9,06	17	0,99	17	17	17
8) Krankheiten der Atmungsorgane	10,00	15	1,56	14	21	14
9) Krankheiten der Verdauungsorgane	14,45	9	3,54	9	66	8
10) Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	9,90	16	1,25	15	19	15
11) Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	48,37	3	15,84	3	174	4
12) Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	13,97	10	3,10	10	46	10
13) Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	10,15	14	1,16	16	17	16
14) Angeborene Mißbildungen	65,18	2	29,12	2	202	1
15) Bestimmte Ursachen der perinatalen Mortalität und Morbidität	70,44	1	31,71	1	194	2
16) Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten	14,58	8	4,56	8	60	9
17) Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen	26,97	4	12,70	4	185	3
Alle Todesursachen	12,33		2,61		39	

Berechnet nach Henke, K.-D./Behrens, C.: The economic cost of illness in the Federal Republic of Germany in the year 1980, in: Health Policy, 6 (1986), p.119-143, zitiert nach: Henke, 1986

2.5 Zur ökonomischen Bewertung von Prävention

Der ökonomischen Evaluation kurativer und präventiver Medizin sind beim Stand der Forschung enge Grenzen gesteckt. Einzelne Versuche zur ökonomischen Evaluation der Prävention (NEIPP, 1986; HENKE, 1986) erlauben nur schwer eine ausreichende Bewertung.

Berücksichtigt man die direkten und indirekten ökonomischen Kosten der Herz-Kreislauf-Krankheiten, so beanspruchen diese rund 15 % der gesamten volkswirtschaftlichen Ausgaben und Kosten in Form von frühzeitigem Tod und Arbeitsunfähigkeit.

Untersucht man die volkswirtschaftliche Bedeutung von Herz-Kreislauf-Krankheiten anhand der verlorenen Lebensjahre und Erwerbstätigkeitsjahre pro Todesfall, rela-

tiviert sich der Stellenwert der Herz-Kreislauf-Krankheiten. Platz 1 bis 3 nehmen hier angeborene Mißbildungen, bestimmte Ursachen der perinatalen Mortalität und Morbidität sowie Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen ein. Da Herz-Kreislauf-Krankheiten im höheren Alter zum Tode führen, steht hier einem Verlust von rund zehn Jahren einem Verlust von fast 27 Jahre bei Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen gegenüber. Der Verlust an Erwerbstätigkeitsjahren beträgt bei Herz-Kreislauf-Krankheiten sogar nur ein Jahr im Vergleich zu Unfällen knapp 13 Jahren. Die volkswirtschaftlichen Kosten berechnet als Verlust an Lebensjahren und Erwerbstätigkeitsjahren beträgt bei Herz-Kreislauf-Krankheiten »nur« ungefähr ein % der Kosten, die z. B. durch Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen entstehen.

Tab.1- 25: *Kosten und Nutzen einer verstärkten Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten*

<i>Kosten</i>	<i>Nutzen</i>
I. Direkt	
1. Kosten des Vorsorgeprogramms nach Ausgabenträgern 2. Kosten (Risiken) durch Nebenwirkungen von mehr Prävention - Fehldiagnose bei Früherkennungsuntersuchungen - Impfschäden etc. 3. (Betreunungs-)kosten in der Nachsorgezeit	Einsparungen (bei unterschiedlichen Ausgabenträgern) - Behandlungskosten - Lohnfortzahlung - Rentenzahlungen - direkte Ausgaben
II. Indirekt	
1. Höhere Ausgaben während der verlängerten Lebenszeit - Behandlungskosten - Rentenzahlungen	1. Mehr Gesundheit (quality adjusted life years) - Höhere Lebenserwartung - Vermeidung der Krankheit - Verhütung vorzeitiger Erkrankung - Minderung des Krankheitsrisikos 2. Weniger Produktionsausfall 3. Positive Wachstums- und Struktureffekte durch einen besseren Gesundheitszustand
III. Weitere indirekte Wirkungen	
Psychosoziale Kosten	Psychosozialer Nutzen von mehr Gesundheit - Freiheit von Schmerz - psychische Entlastung

Quelle: Henke, 1986

HENKE stellt in *Tabelle 1-25* Kosten und Nutzen einer verstärkten Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten gegenüber und räumt ein, daß einer monetären Bewertung insbesondere der Nutzenseite sachliche Grenzen gesetzt sind, so daß eine makro-ökonomische Bewertung der Prävention, in dem man die Summe der abdiskontierten (bewerteten) Nutzen den auf den gleichen Zeitpunkt abdiskontierten Kosten gegenüberstellt, gegenwärtig nicht zu leisten ist (HENKE, 1986).

Um die Kosten der Herz-Kreislauf-Krankheiten zu berechnen, addiert man die direkten öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben und die indirekten Kosten, die durch vorzeitigen Tod und Arbeitsunfähigkeit entstehen. Die Disaggregation nationaler Daten zu direkten Gesundheitskosten mit Hilfe einer Aufschlüsselung nach Diagnosegruppen ist abhängig von der Güte der Diagnostik. Die Kosten eines vorzeitigen Todes sowie der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre, also die indirekten Kosten der Herz-Kreislauf-Krankheiten, werden meist nach dem Humankapitalansatz berechnet. Die methodischen Schwierigkeiten wie z. B. Markt-Preis-Bewertung der menschlichen Arbeitskraft, der Hausarbeit, der produktiven und unproduktiven Lebensabschnitte, zukünftigen Entwicklung der Erwerbsbeteiligungsquoten und Produk-

tionsfortschritte schmälern den Erkenntniswert dieses Ansatzes beträchtlich.

Hinzu tritt jedoch auch, daß neben methodischen Argumenten die quantitative Bewertung der indirekten Kosten vor ethischen Gesichtspunkten nicht standhält. „It is proper to distinguish between a health program that saves people from death for useful labor and one that saves people from death to pursue an unproductive life. The distinction can be recognized by comparing two programs with respect to the effects on per capita output, as well as on the aggregate output. If desired separate weights can be attached to change in each. The determination of relative weights belongs to the political process“ (H. E. KLARMAN, 1965, S. 700). Weder Leben noch Gesundheit eines Menschen sind in monetären Kategorien faßbar. Die Ergebnisse haben sehr spekulativen Charakter und führen zu ethisch fragwürdigen Schlußfolgerungen.

2. 6 Sekundäre Prävention durch Früherkennung

2. 6. 1 Medizinische Bewertung

Krankheitsfrüherkennung versucht, durch die Vorverlegung der Diagnose die Heilungs- und Behandlungschancen von Krankheiten zu verbessern. Sie setzt auf verfeinerte Methoden zur Früherkennung bereits vorliegender Krankheiten.

Die Kritik, primäre Prävention, also die Verhütung von Krankheiten, habe Vorrang, liegt nahe (SCHÄFER, 1985). Es sind jedoch nur bei einigen Tumoren Zusammenhänge bekannt, die eine primäre Prävention möglich machen. Zu denken ist hier z. B. an Asbest für den Lungenkrebs, Alkohol für Mundbodenkarzinome und Sonnenstrahlenexpositionen für einige Hauttumore. Bei anderen Tumoren, (MammaCa, DickdarmCa, CervixCa) bzw. Krebsvorstadien (Darmpolypen, Leukoplakien) sind bei aller Unvollkommenheit der bekannten frühtherapeutischen und diagnostischen Methoden diese die einzig realistische Möglichkeit zur Verbesserung der Heilungs- und Behandlungschancen (SCHWARTZ, 1985, S. 405). Früherkennung, wenn die Frühbehandlung die Heilungs- und Behandlungschancen wirklich verbessert, ist hier eine unverzichtbare präventive Strategie.

WILSON und JUNGNER stellten einen Katalog mit 10 Prinzipien für aus präventivmedizinischer Sicht vertretbare Früherkennungsprogramme auf:

- 1) Die gesuchte Erkrankung soll ein volksgesundheitlich relevantes Gesundheitsproblem darstellen.
- 2) Es muß ein akzeptiertes und im Erfolg belegtes Behandlungsprogramm für die gesuchte Erkrankung geben.
- 3) Ausreichende Behandlungsinstitutionen und Grundlagen für die massenhafte Behandlung der Patienten müssen vorhanden sein.
- 4) Der Ablauf und die Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbildes muß ausreichend bekannt sein.

- 5) Die asymptomatische Phase der Krankheit muß ausreichend lange andauern, damit ein Früherkennungsprogramm überhaupt greifen kann.
- 6) Es muß eine in Aufwand und Kosten sowie in der Testqualität ausreichende Untersuchungsmöglichkeit bestehen.
- 7) Der Test oder die Untersuchung muß von der Bevölkerung akzeptiert werden.
- 8) Es muß in der medizinischen Fachwelt eine Übereinstimmung in der Krankheitsdefinition bestehen, d. h. es muß klar sein, wer behandelt werden muß und wer nicht.
- 9) Die Früherkennung muß als kontinuierlicher Prozeß, d. h. mit intervallmäßigen Wiederholungen erfolgen.
- 10) Die Kosten der Früherkennung und Behandlung müssen ökonomisch vertretbar in Relation zu den Gesamtkosten für das Gesundheitswesen stehen (WILSON/JUNGNER, 1968).

Die Effektivität der Früherkennung mit anschließender Frühbehandlung liegt in einem verlängerten Leben. Die Gefahr von Scheinerfolgen besteht durch:

- **Lead-Time:** Der Früherkennung folgt keine wirksame Behandlung, darum verlängert sich nur die Zeit, in der der Patient um seine Krankheit weiß, nicht aber seine Lebenszeit.
- **Length-Bias:** Unterschiede in geweblicher Eigenart und Biochemie führen bei gleicher Lokalisation zu unterschiedlich schnell wachsenden und damit unterschiedlich tödlichen Karzinomen. Die Wahrscheinlichkeit, eher langsam d. h. eher »gutartige« Karzinome durch Früherkennungsprogramme frühzeitig zu erkennen, ist größer als die Wahrscheinlichkeit, eher schneller, d. h. eher »bösartige« Karzinome frühzeitig zu entdecken. Screening-Intervalle werden bei Kenntnis der Wachstumsgeschwindigkeit des Krebses hier nach bestimmt. Die Selektion eher »gutartiger« Karzinome beeinflusst den Erfolg eines Früherkennungsprogrammes. Es wird z. B. vermutet, daß der angenommene Erfolg der Früherkennung von Bronchialkrebs auf diese Selektion zurückführbar ist (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1984).
- **Teilnehmerselektion:** An Früherkennungsprogrammen nehmen nur bestimmte Personen teil; und dies sind häufig gerade nicht diejenigen mit dem höchsten Risiko für das jeweils gesuchte Karzinom. Das Cervixkarzinom ist z. B. in der untersten Sozialschicht zwei bis fünfmal so häufig wie in der obersten Sozialschicht (WAKEFIELD, 1973; PRESTON, 1976). Die Teilnehmerzahlen an Früherkennungsprogrammen sind aber in etwa umgekehrt zwischen unterster und oberster Sozialschicht verteilt (HUSAIN, 1977).

Weder Teilnahmehäufigkeit noch Entdeckungsraten oder Rückgang von Morbidität und Mortalität sind aufgrund von Length-Bias, Lead-Time und Personenselektion hinreichende Belege für die Effektivität der Früherkennungsprogramme. Der Vergleich von Screeningteilnehmern und -nichtteilnehmern unter Studienbedingung bzw.

realen Begebenheiten gibt mehr oder weniger zuverlässig Auskunft über die Effektivität von Früherkennungsprogrammen (ABHOLZ, 1985, S. 102; ABHOLZ, 1987, S. 76 ff).

Eine solche Untersuchung zum Mammakarzinom wurde in den Vereinigten Staaten durchgeführt. Die Sterblichkeit am Mammakarzinom konnte hierbei durch Früherkennung um 37 % gesenkt werden. Anders formuliert bedeutet dies, es mußten 1.000 Frauen über 10 Jahre regelmäßig an Screenings auf Brustkrebs teilnehmen, damit ein bis zwei Frauen weniger am Mammakarzinom starben (vgl. Tabelle 1-26). Zu bedenken ist hierbei, daß die Untersuchung unter Studienbedingungen durchgeführt wurde, also nicht sicher ist, ob unter realen Gegebenheiten - geringerer Patienten- und Arztcompliance - ein ähnliches Ergebnis zu erzielen ist.

Tab.1 - 26: Überblick zur HIP-Studie (Shapiro, 1975; Strax 1976)

Ansatz:	Randomisierter Gruppenvergleich von 2 x 31.000 Frauen zwischen 40 und 64 Jahren; dabei wird in der Auswertung jeweils die Gesamtgruppe, nicht nur die wirkliche Teilnehmergruppe mit der Kontrollgruppe verglichen; die Kontrollgruppe erhielt ihre bisherige Routine-Versorgung
Screening:	Über drei Jahre 1-jährliche Screenings mit körperlicher Untersuchung und Mammographie sowie - ggf. - weiteren Untersuchungen. Nachverfolgung über weitere 7 Jahre
Teilnahme:	etwa 60 % der angesprochenen Frauen nahmen an allen 3 Screenings teil, d. h. es wurden etwa 50 bis 70.000 Untersuchungen durchgeführt
Ergebnis nach 7 Jahren	Versterben an Mamma-Carcinom: Screeninggruppe: 70; Kontrollgruppe: 108 auf 10.000 Expositionsjahre bezogen: Screening: 2,6 Verstorbene; Kontrolle: 4,1 Verstorbene
Ausdrucksformen des Erfolges:	
A. Reduktion der Sterblichkeit um 37 %	
B. Es starben von 1000 Frauen, die 10 Jahre zu Screenings gingen, am Mamma-Carcinom 1,5 weniger als in einer Kontrollgruppe mit Routine-Versorgung	

Quelle: zitiert nach H. Abholz, 1985, S. 109

Über Operationen im Anschluß an Früherkennungsuntersuchungen werden Erfolge vermeldet, vor allem, wenn der Eingriff vor dem Auftreten von Metastasen stattfindet. Es ist aber noch unklar, inwieweit Operationen auch eine Lebensverkürzung bedeuten können (H. SCHÄFER, 1985, S. 392). Außerdem wird befürchtet, daß bestimmte Früherkennungsverfahren wie z. B. Mammographien selbst zu Schäden führen können, durch Induzierung eines Karzinoms oder Akzeleration der Metastasierung (E. KROKOWSKI, 1979; vgl. auch HACKETHAL zum Prostatakarzinom; BRITISH CANCER GROUP, 1975; BAILER, 1976; zitiert nach H. ABHOLZ, 1985, S. 110).

Die Effektivität der Früherkennungsprogramme in der Bundesrepublik Deutschland wird in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Während SCHWARTZ (1980) von einer »ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz für medizinischen und humanitären Nutzen« spricht, kritisieren andere die Ausrichtung des Programms auf diagnostische

Möglichkeiten bzw. Honorare der niedergelassenen Ärzte (HAERTEL, 1973).

Die in der Bundesrepublik am wenigsten umstrittene Untersuchung ist die zytologische Untersuchung des Cervixabstrich. Der beobachtbare Mortalitätsrückgang am Cervixkarzinom folgt dem allgemeinen Trend der Mortalitäts- und Inzidenzraten fast aller Industrieländer und kann nicht als Beweis für den Einfluß der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen gelten (SCHWARTZ, 1981). Aufgrund der langjährigen Latenzzeit rechnet man allerdings mit Auswirkungen der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen auf die Sterblichkeitsentwicklung aus statistischen Gründen erst in einigen Jahren (SCHWARTZ, 1981).

Mehr als 80 % der Brustknoten (Mammakarzinom) werden in Deutschland von Frauen selbst ertastet. Die Stadieneinteilung ist nicht ungünstiger als aufgrund ärztlicher Untersuchung (SCHWARTZ/BRECHT, 1982). Mortalitätsrückgänge nach Einführung der Krebsfrüherkennung sind in der Bundesrepublik nicht aufgetreten. Die stagnierende Mortalität trotz steigender Neuerkrankungsziffern wird allerdings als Anzeichen für einen Erfolg der Krebsfrüherkennung gewertet (ROBRA, 1984).

Als effektiv gilt das seit 1980 durchgeführte Früherkennungsprogramm auf Kolonkrebs. Der eingesetzte Hämostest entdeckt mit 60 %iger Wahrscheinlichkeit einen vorliegenden Krebs. Das Screening wird, trotz eines Test mit relativ geringer Sensibilität, als effektiv gewertet, da die Erkrankungsrate an diesem Krebs in der Bundesrepublik Deutschland wie in allen vergleichbaren Industrieländern zunimmt, die Mortalität in der Bundesrepublik aber wieder rückläufig ist (BLUM u. a., 1983).

Beim Prostata-Karzinom gelingt eine Erkennung der Frühstadien in der Regel nicht. Die diagnostische Sicherheit ist gering und der Wert einer Behandlung wegen des oft langsamen Wachstums fraglich (GOERTTLER, 1983; SCHWARTZ/BRECHT, 1982).

In Abhängigkeit von Zugängigkeit, Progressionsneigung und Manifestationsalter geht man davon aus, daß Früherkennung die Heilungschancen bestimmter Krebsarten verbessert (SCHWARTZ, 1985).

Aus medizinischer Sicht läßt sich die Effektivität der Früherkennungsprogramme noch verbessern, wenn neben Massenscreenings gezielte Risikogruppenprogramme treten. Bei Frauen, die vor der Menopause an Brustkrebs erkranken, beträgt z. B. die Wahrscheinlichkeit, daß direkte weibliche Verwandte gleichfalls erkranken, 50 % (Vgl. ARNOLD, STENOGRAPHISCHES PROTOKOLL 11, S.9). Außerdem verbessert eine hohe Beteiligungsquote aufgrund der so vermeidbaren Personenselektion die Effektivität.

DOLL betrachtet - sich dem Statement eines kanadischen Komitees anschließend (TASK FORCE TO THE CONFERENCE OF DEPUTY MINISTERS OF HEALTH, 1986) - neben einer Reihe von Früherkennungsuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkinder periodisches Screening von Hochrisikogruppen (beruflicher Umgang mit gefährlichen Stoffen, bestimmte Krankheiten z. B. Diabetes in der Fa-

milienanamnese) als effektiv, außerdem selektives periodisches Screening der erwachsenen Bevölkerung in bestimmten Altersgruppen zur Früherkennung von Brustkrebs, Cervixkrebs und Dickdarmkrebs sowie Alterschwäche und Hypertonie (DOLL, 1987, S. 21 f).

Periodische allgemeine Screenings, wie etwa der im GRG § 25 zweijährig für alle Versicherten ab dem 35. Lebensjahr vorgesehenen Check up, sind überflüssig (DOLL, 1987, S. 21). Epidemiologische Studien, die den Nutzen solcher Screenings nachweisen, sind nicht bekannt. Mögliche Fehlentwicklungen z. B. hohe Diagnostik- und Screeningvolumen ohne adäquate Heilerfolge sind bei einer Blankovollmacht, wie § 25 GRG sie darstellt, nicht auszuschließen.

2. 6. 2 Ökonomische Bewertung

Auch bei der sekundären Prävention werden die Grenzen ökonomischer Evaluation durch die Möglichkeit epidemiologischer Nutzenermittlung von Früherkennungsprogrammen gesetzt. Festzuhalten ist, daß eine Kostenersparung des Gesundheitswesens nie »auch nur leidlich wahrscheinlich« gemacht wurde (SCHÄFER, 1985, S. 395).

Ethische Überlegungen grenzen Kosten-Nutzen-Überlegungen über die erwähnten Kriterien hinaus ein. Die Entdeckung des Frühstadiums eines Cervixkarzinoms durch Krebsfrüherkennung kostet derzeit ungefähr 100.000 DM, gemessen hieran käme eine Spätbehandlung günstiger (SCHWARTZ, STENOGRAPHISCHES PROTOKOLL 11, S. 8).

Aus gesundheitsökonomischer Sicht sind einige Prinzipien des oben angeführten Katalogs von WILSON und JUNGNER (1968) zu beachten. Erstens muß ein nachweisbarer Nutzen d. h. Lebensverlängerung oder Verbesserung der Lebensqualität durch mögliche Frühbehandlung erreichbar sein, und zweitens sollte der Ressourcenverbrauch durch die Einführung eines Früherkennungsprogramms vertretbar sein in Relation zu sonstigen Gesundheitsaufwendungen.

Effizienzverbesserungen sind im Bereich der sekundären Prävention möglich. Bei Früherkennung des Cervixkarzinoms könnte das gesetzlich vorgesehene jährliche Untersuchungsintervall reduziert werden. Bei der Früherkennung des Cervixkarzinoms werden z. B. bei einem Untersuchungsintervall von zwei bis fünf Jahren noch 96 bis 99 % der Karzinome entdeckt, die bei einjährigem Untersuchungsintervall auffällig werden. Die größeren Untersuchungsintervalle bedeuten weniger Aufwand, geringere Zahl von Fehldiagnose und geringere Belastung der Frauen (EDDY, 1985). Vor diesem Hintergrund erscheint aus präventivmedizinischer Sicht akzeptabel, daß ein bis vier Prozent der Untersuchten gegenüber dem einjährigen Untersuchungsintervall nicht richtig diagnostiziert werden (ABHOLZ, 1987, S. 67). Demgegenüber dürfte eine engere Untersuchungsfolge bei Hochrisikofamilien z. B. für Brustkrebs jedoch sinnvoll sein (Vgl. SCHWARTZ, STENOGRAPHISCHES PROTOKOLL 11, S. 8).

3. Interventionsfelder präventiver Gesundheitspolitik

3.1 Genese von Krankheiten

3.1.1 Umwelt

Die Auswirkungen von Umweltbelastungsfaktoren auf die Lebensgewohnheiten und den Gesundheitszustand der Bevölkerung sind zunehmend Gegenstand des wissenschaftlichen und politischen Interesses. Heute wissen wir, daß die derzeitig dominierenden Krankheiten auch Folgeerscheinungen der veränderten Lebens- und Umweltbedingungen sind.

Genaugenommen war der Mensch schon immer Gesundheitsrisiken aus seiner Umgebung - Mikroorganismen und Schadstoffen - ausgesetzt. Schon in den ältesten Dokumenten medizinisch-wissenschaftlicher Schriften sind Berichte über Erkrankungen durch berufliche Tätigkeit insbesondere solche durch Kontakt mit bestimmten berufsbedingten Substanzen zu finden. Bereits Hippokrates und Dioscurides beschrieben Blei-Vergiftungen bei Blei-Schmelzern. Vergiftungsfälle der Allgemeinbevölkerung durch Getränke aus Metallgefäßen traten ebenfalls schon im Altertum auf.

Im Zuge der Industrialisierung ist aber auch die Allgemeinbevölkerung (besonders in Ballungszentren) in zunehmendem Maße der Einwirkung potentiell schädigender Stoffe in Luft, Wasser, Nahrung, Haushalt, mit der Kleidung u.a.m. ausgesetzt. Voraussetzung für die Erkennung von Schadstoffeinflüssen auf Mensch und Umwelt ist neben der analytischen Erfassung die toxikologische Bewertung unter Einbeziehung der unterschiedlichen Belastungspfade.

Obwohl z. T. noch erhebliche Kenntnislücken über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge bestehen, dürfen die durch Umwelttoxene bedingten zivilisatorischen Risiken nicht leichtfertig hingegenommen werden, zumal der einzelne sich diesen Risiken im allgemeinen nicht durch persönliche Entscheidungen entziehen kann.

Besondere Aufmerksamkeit verlangen im Hinblick auf die Verbesserung umwelthygienischer Belange die Risikogruppen unserer Gesellschaft. Risikogruppen sind einerseits solche, die besonders stark Umweltschadstoffen ausgesetzt sind (am Arbeitsplatz, in der Umgebung industrieller Emission lebend, starker Kfz-Verkehr, Ernährung, persönliche Verhaltensweisen) und andererseits solche, die besonders empfindlich gegenüber Schadstoffen sind (Schwangere, Kinder, ältere Menschen, Kranke).

Eine hochempfindliche Risikogruppe sind Kinder, da sie aufgrund ihrer in der Entwicklung befindlichen Organismen, ihres ausgeprägten Spielverhaltens und ihrer vor allem gesteigerten Motorik (welche zu erhöhten Respirationsraten führt) leicht durch Schadstoffe gesundheitlich beeinträchtigt werden können. Eine weitere hochempfindliche Gruppe stellen die Allergiker dar, deren Anteil mit bis zu fünf % der Gesamtbevölkerung nicht unerheblich ist. Sie alle müssen letztlich im Mittelpunkt des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes stehen, und an ihnen haben sich insbesondere Maßnahmen des vorbeu-

genden Gesundheitsschutzes bzw. der Vorsorge zu orientieren. Umweltschutz ist somit Gesundheitsschutz.

Die Möglichkeiten der Umweltepidemiologie, vier eindeutige Aussagen zur Gesundheitsschädlichkeit einzelner Umweltfaktoren gemäß der deduktiv theoretischen Denktradition der Naturwissenschaften zu machen, werden begrenzt durch die Komplexität der Expositionsbedingungen und der multifaktoriellen Bedingtheit von Krankheiten. Die induktiv pragmatischen Erkenntnismethoden der Umweltepidemiologie sind daher unverzichtbar. »Die Umweltpolitik muß sich in vielen Bereichen mit Risikoabschätzungen stärker an Vorsorgegesichtspunkten als wissenschaftlich nachgewiesenen Schädlichkeitsgrenzen orientieren, weil für letztere die Anforderungen nur in Ausnahmefällen erfüllbar sind« (DER RAT VON SACHVERSTÄNDIGEN ZU UMWELTFRAGEN, 1987, S. 50).

Im folgenden wählen wir die potentiellen Gesundheitsgefährdungen durch Nahrung und Luft zur Darstellung von Entstehungsbereichen für Krankheiten.

3.1.1.1 Belastungen der Nahrung

Umweltbedingte Gesundheitsrisiken entstehen u. a. durch eine mögliche Schadstoffbelastung der Nahrungsmittel durch Pflanzenschutzmittel, Schwermetalle, Tierarzneimittel, Futtermittelzusatzstoffe, Nitrosamine, Nitrit und Nitrat.

Der Ernährungsbericht 1984 konstatiert hinsichtlich der Rückstände aus Pflanzenschutzmitteln eine weiterhin abnehmende Tendenz bei nur seltenen Höchstmengenüberschreitungen. Die ernährungsbedingte Aufnahme von Schwermetallen liege gleichfalls deutlich unter den Grenzwerten, die durch die Weltgesundheitsorganisation gesetzt wurden. Hinsichtlich der Nahrungsbelastung durch Arzneimittel sei zwar ein Rückgang der Beanstandungen zu melden, bedenklich bleibe jedoch, daß es für viele Arzneimittel keine zuverlässigen Nachweismethoden gebe. Die Gesundheitsgefährdung durch Nitrosamine und Nitrit, das durch bakterielle Reduktion aus Nitrat entsteht, wird in bezug auf das Ausmaß diskutiert. Die nahrungsbedingte Aufnahme dieser Stoffe durch Trinkwasser und nitrat-speichernde Pflanzen, so empfiehlt der Ernährungsbericht, sollte reduziert werden (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E.V., 1984, S. 75 - 91).

Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen sieht dagegen bei bestimmten Stoffen die Grenzen einer zumutbaren Belastung erreicht bzw. sogar überschritten:

- Polychlorierte Dibenzodioxine und -furane (PCDD/PCDF), polychlorierte Biphenyle (PCB) und einige chlororganische Pestizide in der Frauenmilch
- Blei und Kadmium
- Nitrat (RSU, 1987)

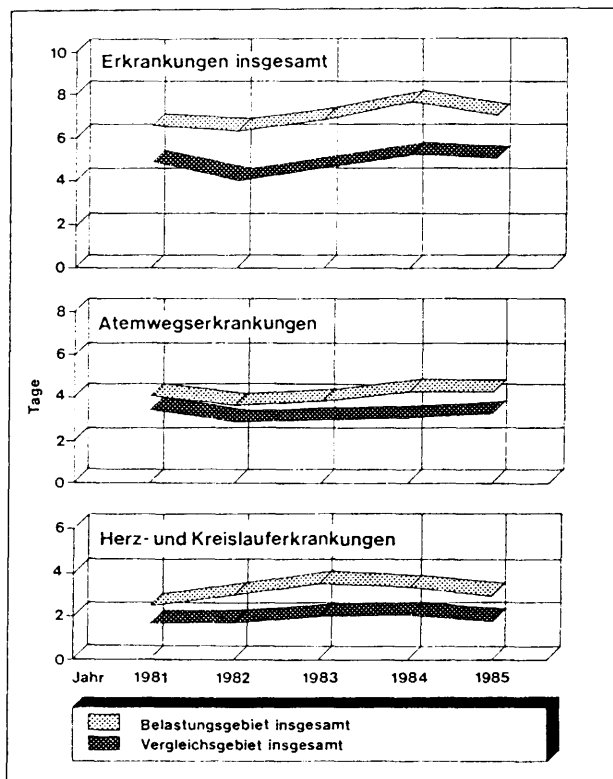
Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen hält in seinem Gutachten aus dem Jahre 1987 zudem die Frage nach der Belastung der Bevölkerung durch verunreinigte Nahrung nicht für zufriedenstellend beantwortbar. Repräsentative Angaben zur Belastung der Lebensmittel, so der Rat von Sachverständigen, können aufgrund fehlender sy-

stematischer Probenahmen nicht gemacht werden. Da zudem weder Verzehrsgewohnheiten noch die Häufigkeitsverteilung der Stoffkonzentrationen in Lebensmitteln bekannt sind, ist die Auffindung und Quantifizierung von Risikogruppen nicht möglich. Risikogruppen sind z.B. Personen, die aufgrund besonderer Ernährungsgewohnheiten unter Umständen überdurchschnittliche Mengen bestimmter Schadstoffe zu sich nehmen, oder die aufgrund ihrer physiologischen Situation (Allergiker, Schwangere, Kinder) empfindlicher auf bestimmte Stoffe reagieren (RSU, 1987).

3. 1. 1. 2 Belastungen der Luft

Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen sieht in seinem Gutachten aus dem Jahre 1987 einen vordringlichen Handlungsbedarf bei der Reduktion der Luftschadstoffe. Er sieht die Zusammenhänge zwischen partikelförmiger Luftverschmutzung und Mortalität, zwischen Smog und Morbidität bzw. Mortalität, zwischen allgemeiner Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen bei Kindern und zwischen Luftverschmutzung und chronischer Bronchitis als gesichert an. Außerdem weist er darauf hin, daß in der allgemeinen Luftverschmutzung kanzerogene Schadstoffe vorkommen. Insofern trägt nach Meinung des Rates der Sachverständigen für Umweltfragen die allgemeine Luftverschmutzung zu Krebserkrankungen bei, auch wenn dies aus methodischen Gründen epidemiologisch nicht im einzelnen belegt werden kann (RSU, 1987).

Abb.1-13: Krankheitshäufigkeit im Belastungs- und Vergleichsgebiet



Quelle: Heinz, 1987, S.8

Geographische bzw. räumliche Risikogruppen lassen sich für diese Umweltbelastung feststellen. Das Institut für Umweltschutz (INFU) analysierte die Krankenkassendaten von 70.000 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in den Untersuchungsräumen östliches und mittleres Ruhrgebiet sowie als Vergleichsgebiete Gemeinden im Münster- und Sauerland. Differenziert nach Krankheitsarten und Bevölkerungsgruppen wurden unterschiedliche gebietsspezifische Erkrankungshäufigkeiten und -dauern unter Ausschaltung berufsbedingter Einflüsse und Beachtung bestimmter Störvariablen ermittelt.

Den Ergebnissen der deskriptiven Datenanalyse zu folge treten in Belastungsgebieten vor allem bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Krankmeldungen häufiger auf. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer, auch für Atemwegserkrankungen, ist im Belastungsgebiet länger. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. ältere Menschen, sind von ungünstigen Umweltbedingungen stärker betroffen. Zudem wurden der deskriptiven Datenanalyse nach bestimmte Erkrankungen, wie z. B. akute Infektionen der oberen Luftwege, chronische und obstruktive Lungenerkrankungen sowie die ischämischen Herzkrankheiten, häufiger diagnostiziert. Hierüber hinaus treten Multimorbiditätsfälle im Belastungsgebiet häufiger auf.

3. 1. 2 Arbeitswelt

3. 1. 2. 1 Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Krankheiten

Als Berufskrankheiten anerkannt werden die Gesundheitsschäden der versicherten Arbeitnehmer, die in ursächlichem Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit allmählich entstehen (Abgrenzung zu Arbeitsunfällen vgl. § 551 RVO). Die Berufskrankheitenverordnung umfaßt 55 Berufskrankheiten, die auf chemische, physikalische oder biologische Einwirkungen zurückführbar sind (7. BeKV 1976). Seit 1963 sieht der sog. Öffnungsparagraph (§ 551 Abs. 2 RVO) vor, daß im Einzelfall auch nicht in dieser Liste aufgeführte Krankheiten als Berufskrankheiten anerkenntbar sind. Grundlage ist in jedem Fall ein medizinischer Nachweis, daß die Gesundheitsschäden auf chemische, physikalische oder biologische Einwirkungen zurückführbar sind.

Der Berufskrankheiten-Begriff greift also im Einzelfall bei starken schädlichen Einflüssen, die eine Anwendung des Dosis-Wirksamkeitszusammenhangs der Schadstoffkunde oder des Reiz-Reaktions-Modells der Physiologie erlauben. Psycho-soziale Faktoren werden hier nicht berücksichtigt. Die Benennung einer speziellen, in der Arbeitswelt liegenden Ursache ist für die Anerkennung der Berufskrankheit *conditio sine qua non*.

Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion kommt in seinem Gutachten 1987 zu dem Ergebnis, daß »der unfallversicherungsrechtliche Kausalitätsbegriff ... teilweise arbiträr, teilweise durch gewachsene Sozialrechtsprechung und jahrzehntelange Anerkennungspraxis geprägt (ist). Er schließt ganze Gruppen arbeitsplatzgebundener Risikofaktoren aus« (SVA KA, 1987, S. 252). Ausge-

grenzt werden solche Krankheiten, die nicht ausschließlich durch Faktoren am Arbeitsplatz bedingt werden, die jedoch durch bestimmte Faktoren der Arbeitswelt in ihrem Auftreten begünstigt sind. Das Konzept der Berufskrankheiten greift unter medizinischen und pathophysiologischen Gesichtspunkten zu kurz.

Das Konzept der arbeitsbedingten Krankheiten ist demgegenüber kein ausschließlich medizinisch-klinischer Ansatz. Durch Streßforschung und Sozialepidemiologie werden die Verknüpfungen von Arbeitswelt, Biographie und arbeitenden Menschen erfaßt (MÜLLER, 1982). Als Ursachen werden vielfältige qualitativ unterschiedliche physikalische, chemische und psycho-soziale Faktoren berücksichtigt, die vor allen Dingen langfristig gesundheits-schädliche Auswirkungen haben (MÜLLER, 1987, KOMM-DRS. 31).

Arbeitsbedingte Krankheiten sind Krankheiten, die unter Angehörigen einer bestimmten Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppe oder Beschäftigten bestimmter Arbeitsbereiche regelmäßiger und häufiger als unter der übrigen Bevölkerung bzw. einer entsprechenden Vergleichsgruppe auftreten. Zwischen arbeitsbedingten Belastungen und Gesundheitsstörungen bestehen statistische Zusammenhänge. Diese Zusammenhänge sind zwar nicht im Einzelfall kausal nachweisbar, haben aber erhebliche gesundheitliche Konsequenzen und stellen mithin einen Ansatz für präventiv orientierte Gesundheitspolitik dar.

3. 1. 2 Herz-Kreislauf-Belastungen am Arbeitsplatz

Starker Lärm am Arbeitsplatz kann vermittelt über die steigende Katecholaminsekretion ein Ansteigen des Cholesterinspiegels bewirken und damit zu einem erhöhten koronaren Risiko führen (ORTIZ u.a., 1974; KLOTZBÜCHER, 1976). Experimentell konnte nachgewiesen werden, daß schon ab einer Lärmbelastung von 80 bis 85 dB(A) die Katecholaminsekretion hochsignifikant ansteigt.

BOLM-AUDORFF zieht aus verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen zur Hypertonieprävalenz bei Lärmarbeitern im Vergleich zu nicht Lärmexponierten das Resümee, daß Lärmbelastungen über 90 dB(A) nach mehrjähriger Expositionszeit die Hypertonieprävalenz mindestens um den Faktor zwei bis drei erhöht. Zwischen der Dauer einer gegebenen Lärmbelastung und der Höhe der Hypertonieprävalenz besteht eine positive Dosis-Wirksamkeits-Beziehung. Je länger die Lärmeinwirkungen, desto höher die Bluthochdruckrate (BOLM-AUDORFF, 1983, S. 53 f).

Eine andauernde intensive Lärmbelastung am Arbeitsplatz beeinflußt nicht nur die Prävalenz der somatischen Risikofaktoren Hypertonie und Hypercholesterinämie, sondern führt wahrscheinlich auch zum vermehrten Auftreten manifester koronarer Krankheiten (MEINHARDT/RENKER, 1970; CAPELLINI/MARONI, 1974).

Erhöhte Schwefelkohlenstoffexpositionen, Belastungen mit Kohlenmonoxyd und Nitroglycole haben nachweisbar kardiotoxische Wirkungen. Die toxischen Effekte von Kadmium, Blei, Antimon und Kobalt werden widersprüchlich diskutiert. Eine Beziehung zwischen Arsenexpositionen und koronaren Herzkrankheiten ist wahr-

scheinlich (vgl. hierzu die Auswertung unterschiedlicher Studien in BOLM-AUDORFF, 1983, S. 75 f).

Der Risikocharakter der Überstudententätigkeit wurde in retrospektiven Studien nachgewiesen (THEORELL/RAHE, 1972; SIEGRIST u.a., 1980; MASCHEWSKY, 1980). Eine Überstudententätigkeit von mehr als zehn Wochenstunden erhöht das Risiko für koronare Herzkrankheiten. Der Risikocharakter von Schichtarbeit wird demgegenüber widersprüchlich diskutiert. Einige Untersuchungen deuten auf einen Zusammenhang besonders zwischen Nachtschichtarbeit und koronaren Herzkrankheiten (KASL, 1969; KOLLER u.a., 1978). Gesicherte Erkenntnisse können hier nur Longitudinalstudien bringen, da diese den gesundheitlichen Selektionsprozeß bei Schichtarbeitern mit erfassen.

MASCHEWSKY berichtet aus einer retrospektiven Studie, daß bei Arbeitern und Arbeiterinnen mit erstem Herzinfarkt die quantitativen Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, vorgegebene Maschinengeschwindigkeit, mehrere Dinge gleichzeitig tun zu müssen, bedeutend ausgeprägter waren als in der Kontrollgruppe (MASCHEWSKY, 1980). Auch SIEGRIST und Mitarbeiter stellten in einer retrospektiven Studie fest, daß Infarktpatienten häufiger über Zeitdruck am Arbeitsplatz klagten als die gesunde Kontrollgruppe. Der Anteil von Akkordarbeitern liegt bei den Arbeitern mit erstem Herzinfarkt deutlich höher (SIEGRIST u.a., 1980).

Auch qualitative Belastungen durch eine hohe Komplexität oder auch Inkonsistenz der Anforderungen sind in der Fallkontrollstudie von SIEGRIST wesentlich häufiger in der Gruppe der Infarktpatienten vertreten (SIEGRIST u.a., 1980). Gesundheitliche Auswirkungen hoher Verantwortung werden vermutet. Allerdings gilt hier, daß das erhöhte koronare Herzkrankheitenrisiko nicht allein im Zusammenhang mit beruflicher Verantwortung, sondern in Verbindung mit einhergehenden Mehrfachbelastungen zu sehen ist (BOLM-AUDORFF, 1983). MASCHEWSKY zeigt in einer retrospektiven Studie, daß das Merkmal »Verantwortung für die Fehler anderer« in der Patientengruppe häufiger vertreten war als in der gesunden Kontrollgruppe. SIEGRIST kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Arbeiter mit erstem Herzinfarkt nahmen häufiger berufliche Positionen ein, bei denen ihre Fehler zu schwerwiegenden Folgen für die anderen führen konnten und sie fühlten sich durch diese Verantwortung speziell belastet (SIEGRIST u.a., 1980).

3. 1. 3 Lebensstile

3. 1. 3. 1 Ernährung

Ein Zusammenhang zwischen Ernährung und Krankheit gilt als ursächlich, wenn zuviel bzw. zuwenig Zufuhr eines Nährstoffes zu Gesundheitsstörungen führt und eine Ernährungsumstellung für die Prävention der Krankheit bedeutsam ist.

Fehlernährungen sind vor allen Dingen die mangelnde Zufuhr von Energie oder essentiellen Nahrungsbestandteilen wie Proteine, Mineralien, Spurenelemente, Vitamine und Ballaststoffe. Der Ernährungsbericht 1984 (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E.V., 1984) weist für einen nennenswerten Anteil junger Männer und

vor allem junger Frauen Eisen-, Folsäure- und Vitaminmangel aus. Bei älteren Menschen treten Mängel bei bestimmten Vitaminen auf. Auf unzureichende Kenntnisse zur latenten Mangelernährung gerade im Alter weist der Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion hin (SVA KA, 1987, S. 41 f.).

Das dominierende Ernährungsproblem in der Bundesrepublik ist allerdings die Überernährung. Als übergewichtig gelten diejenigen Personen, die ihr Normalgewicht (das sog. Broca-Referenzgewicht: Körpergröße (cm) minus 100) um mehr als zehn % überschreiten. Der Ernährungsbericht 1984 weist aus, daß jeder sechste Bundesbürger (17,4 %) stark übergewichtig ist. Frauen (18,2 %) etwas häufiger als Männer (16,3 %). Nur sechs % der Übergewichtigen sind seit dem frühen Kindesalter übergewichtig. Das Übergewicht wird meist im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt erworben. Die Häufigkeit des Übergewichts verhält sich umgekehrt proportional zum Schulabschluß. 22,5 % der Volksschüler haben erhebliches Übergewicht, aber nur 4,5 % der Abiturienten und Hochschulabsolventen (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E.V., 1984; vgl. auch die Ergebnisse aus dem Nationalen Gesundheitssurvey unter Pkt. 1.2).

Die Fehl- bzw. Überernährung trägt zur Entstehung von Krankheiten bei. Ischämische Herzkrankheiten entstehen in der Regel im Gefolge der Arteriosklerose der Herzkranzarterien. Arteriosklerose ist eine Erkrankung der arteriellen Blutgefäße. Durch die Einlagerung von Fetten, Bindegewebe und Kalk kommt es zu einer Einengung der Gefäße, hier der Herzkranzarterien. Das so entstehende Mißverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot im Herzmuskel kann zum Herzinfarkt, dem Absterben eines Teils der Herzmuskulatur, führen. Zu den exogenen Risikofaktoren der Arteriosklerose gehören Hyperlipidämie, Hypertonie und Zigarettenrauchen. Zwischen der Zufuhr von gesättigten und mehrfach ungesättigten Fetten sowie von Cholesterin und der Höhe des Cholesterinspiegels besteht ein eindeutiger signifikanter Zusammenhang. Ernährungsmaßnahmen können die Höhe des Cholesterinspiegels beeinflussen. Neben erbten Anlagen beeinflussen als ernährungsabhängige Faktoren eine gestörte Energiebilanz bzw. Übergewicht, überhöhte Salzzufuhr aber auch Alkohol, Kalium und Kalzium die Höhe des Blutdrucks. Fehlernährung ist also für die Entstehung der somatischen Risikofaktoren, der Arteriosklerose und der ischämischen Herzkrankheiten u.a. bedeutsam.

Durch Veränderungen des Ernährungsverhaltens können gleichzeitig mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren - nämlich Übergewicht, Hypercholesterinämie und Bluthochdruck - beeinflußt werden. Deshalb wurde es im Rahmen des Mediensurvey¹⁾ relativ umfangreich erfaßt.

Als ein Indikator für ein aktives Bewußtsein über eine gesunde Ernährung wurde die Frage nach der Benutzung von Reform-Lebensmitteln oder diätetischen Erzeugnissen gewertet. Die Ergebnisse nach Geschlecht und sozialer Schicht zeigt die *Tabelle 1-27*.

Die Zahlen machen deutlich, daß die regelmäßige oder gelegentliche Benutzung von Reform-Lebensmitteln oder diätetischen Erzeugnissen von der Unter- zur Oberschicht

um etwa 18% zunimmt, wobei der Anstieg insbesondere durch die Frauen (ca. 27% von Unter- zur Oberschicht) verursacht ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Benutzung von Reform- oder diätetischen Lebensmitteln stark schichten- und geschlechtsabhängig ist, wobei die höchsten Werte auf die Frauen der Oberschicht entfallen und die niedrigsten auf die Frauen der Unterschicht.

Insgesamt hat sich die Benutzung dieser spezifischen Lebensmitteln von 1984 bis 1987 in der Bevölkerung ausgebreitet, wie die *Tabelle 1-28* zeigt.

Tab.1-28: *Prozentuale Verteilung von Reform-Lebensmitteln oder diätetischen Erzeugnissen im Zeitvergleich 1984 bis 1987 - nur die 4 Studienzentren der Kooperativen Prävention (Mediensurvey 1984 und 1987)*

Benutzung von Reform-Lebensmitteln	1984	1987
Basis-N	1468	1065
regelmäßig	7,6	12,8
gelegentlich	21,8	23,3
so gut wie nie	70,1	63,2
K. A.	0,5	0,7
gesamt	100,0	100,0

Quelle: Auswertung des Mediensurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann für die Enquete-Kommission

Hier ist insbesondere der Anstieg derjenigen, die regelmäßig Reform- oder diätetische Lebensmittel benutzen, mit etwa 5% auffallend. Ob diese Tatsache auf die ver-

1) Im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) wurden 1984, 1986 und 1987 in den Interventionsregionen sogenannte Mediensurveys durchgeführt, die den Zweck hatten, einerseits die Kenntnis und Akzeptanz der Interventionsmaßnahmen inkl. der massenmedialen Maßnahmen abzufragen, andererseits Veränderung im Erhalten und im Kenntnisstand über einige kardiovaskuläre Risikofaktoren und deren Umfeld in der Bevölkerung aufzuzeigen. Anbei hatte insbesondere die Erhebung aus dem Jahre 1987 die Funktion, den Zeitraum vom Beginn der Interventionsarbeit im Jahre 1984 an mitzuerfassen. Aus diesem Grunde erfolgt bei der folgenden Analyse in der Regel eine Beschränkung auf die Daten aus der 87'er Erhebung; nur in den Fällen, in denen es darum geht, Veränderung im Wissen darzustellen, wird die Basiserhebung aus dem Jahre 1984 zusätzlich herangezogen.

In allen Erhebungsrunden wurde in den fünf Interventionsregionen in einem annähernd gleichen Zeitraum Interviews an einer repräsentativ gezogenen Stichprobe der 25-69jährigen deutschen Wohnbevölkerung durchgeführt.

Die Stichprobengröße von 1.320 im Jahre 1987 erzielten Interviews macht von der Größenordnung her und bei Berücksichtigung des Standardfehlers repräsentative Aussagen für die Gesamtstudie und Vergleiche mit der ersten Erhebung mit einiger Zuverlässigkeit möglich.

Bei den weiteren Analysen beziehen wir uns auf die Gesamtzahl der Befragten. Generell wurden keine Gewichtungen vorgenommen. Präventives Verhalten meint in dieser Studie ein soziales Handeln, das auf die individuelle Verhinderung der Entstehung von bzw. Reduktionen bereits bestehender Risikofaktoren abzielt, wobei im Mediensurvey die Risikobereiche Ernährung, Bewegung, Bluthochdruck und Rauchen angesprochen wurden. Im Rahmen dieser Erhebung wird also eine auf das Individuum bezogene Sichtweise dargestellt und nicht eine Veränderungsmöglichkeit gesellschaftlich hervorgebrachter Risiken, die auch die gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit zu berücksichtigen hätte.

Tab.1 - 27: *Prozentuale Verteilung der Benutzung von Reform-Lebensmitteln oder diätetischen Erzeugnissen nach Geschlecht und sozialer Schicht¹ (Mediensurvey 1987)*

Reform-Lebensmittel	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.
Basis-N	184	227	411	280	310	590	190	129	319	654	666	1320
regelmäßig	12,5	11,5	11,9	12,5	12,6	12,5	14,7	24,8	18,8	13,1	14,6	13,9
gelegentlich	16,8	24,7	21,2	14,3	30,6	22,9	27,9	38,0	32,0	19,0	30,0	24,5
so gut wie nie	69,6	62,6	65,7	72,9	56,5	64,2	56,8	37,2	48,9	67,3	54,8	61,0
K. A.	1,1	1,3	1,2	0,4	0,3	0,3	0,5	0,0	0,3	0,6	0,6	0,6
gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1) Für die Brechnung der sozialen Schicht wurde der sogenannte Scheuch-Index in Überarbeitung von Infratest herangezogen. in dem die Bereiche Haushalte-Netto-Einkommen, Schulabschluß, berufliche Stellung und Berufsausbildung zusammengefaßt werden.

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1 - 29: *Prozentuale Verteilung des Wissens über den Cholesteringehalt in Nahrungsmitteln nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)*

Nahrungsmittel mit viel Cholesterin	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.
Basis-N	184	227	411	280	310	590	190	129	319	654	666	1320
Nüsse	33,7	42,3	38,4	40,4	47,4	44,1	34,2	49,6	40,4	36,7	46,1	41,4
Olivenöl	13,6	16,3	15,1	16,8	21,9	19,5	13,7	23,3	17,6	15,0	20,3	17,7
Butter*	60,3	66,1	63,5	63,6	71,0	67,5	72,1	79,1	74,9	65,1	70,9	68,0
Margarine	7,1	6,6	6,8	5,7	8,7	7,3	7,9	15,5	11,0	6,7	9,3	8,0
Innereien*	32,6	38,3	35,8	34,3	44,5	39,7	40,0	41,1	40,4	35,5	41,7	38,6
Eigelb*	44,0	63,0	54,5	49,3	62,6	56,3	61,1	76,7	67,4	51,2	65,5	58,4
Buttermilch	5,4	4,0	4,6	5,7	3,9	4,7	3,7	3,1	3,4	5,0	3,8	4,4
weiß nicht	17,9	10,1	13,6	10,4	4,5	7,3	6,8	0,8	4,4	11,5	5,7	8,6

*) korrekte Antworten

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1 - 30: *Prozentuale Verteilung des Wissens über Nahrungsmittel mit einem hohen Kohlenhydratanteil nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)*

Nahrungsmittel mit vielen Kohlenhydraten	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.
Basis-N	184	227	411	280	310	590	190	129	319	654	666	1320
Fisch	10,3	5,3	7,5	7,1	5,5	6,3	4,7	0,8	3,1	7,3	4,5	5,9
Obst*	4,9	5,3	5,1	7,1	10,3	8,8	5,3	7,8	6,3	6,0	8,1	7,0
Milch	8,7	6,2	7,3	7,5	7,7	7,6	5,8	4,7	5,3	7,3	6,6	7,0
Zucker*	56,0	63,0	59,9	60,0	73,9	67,3	70,0	85,3	76,2	61,8	72,4	67,1
Kartoffeln*	30,4	43,2	37,5	47,1	50,6	49,0	55,3	62,8	58,3	44,8	50,5	47,7
Eier	15,2	17,2	16,3	14,3	15,2	14,7	8,9	11,6	10,0	13,0	15,2	14,1
Fleisch	27,2	20,3	23,4	26,1	20,3	23,1	24,7	13,2	20,1	26,0	18,9	22,4
weiß nicht	18,5	16,3	17,3	12,1	8,7	10,3	6,8	3,1	5,3	12,4	10,2	11,3

*) korrekte Antworten

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-32: *Prozentuale Verteilung der Veränderung der Ernährungsgewohnheiten in der letzten Zeit nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)*

Ernährungs- umstellung	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.
Basis-N	184	227	411	280	310	590	190	129	319	654	666	1320
ja	26.1	33.5	30.2	30.7	40.3	35.8	30.0	42.6	35.1	29.2	38.4	33.9
nein	73.4	65.6	69.1	68.2	59.4	63.6	69.5	57.4	64.6	70.0	61.1	65.5
K. A.	0.5	0.9	0.7	1.1	0.3	0.7	0.5	0.0	0.3	0.8	0.5	0.6
gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Struktureform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-33: *Prozentuale Verteilung der Art der Ernährungsveränderung nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987; Basis = diejenigen, die eine Ernährungsumstellung bejahen)*

Art der Ernährungs- umstellung	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.
Basis-N	49	78	127	89	126	215	58	55	113	196	259	455
Butter												
eher mehr	2.0	2.6	2.4	4.5	1.6	2.8	0.0	0.0	0.0	2.6	1.5	2.0
gleichviel	32.7	24.4	27.6	32.6	31.7	32.1	34.5	41.8	38.1	33.2	31.7	32.3
eher weniger	63.3	61.5	62.2	52.8	61.1	57.7	62.1	52.7	57.5	58.2	59.5	58.9
K. A.	2.0	11.5	7.9	10.1	5.6	7.4	3.4	5.5	4.4	6.1	7.3	6.8
Margarine												
eher mehr	18.4	21.8	20.5	22.5	20.6	21.4	32.8	10.9	22.1	24.5	18.9	21.3
gleichviel	44.9	30.8	36.2	37.1	41.3	39.5	44.8	58.2	51.3	41.3	41.7	41.5
eher weniger	32.7	34.6	33.9	25.8	30.2	28.4	15.5	23.6	19.5	24.5	30.1	27.7
K. A.	4.1	12.8	9.4	14.6	7.9	10.7	6.9	7.3	7.1	9.7	9.3	9.5
Fleisch, Wurst												
eher mehr	4.1	0.0	1.6	0.0	1.6	0.9	1.7	1.8	1.8	1.5	1.2	1.3
gleichviel	38.8	35.9	37.0	32.6	26.2	28.8	32.8	20.0	26.5	34.2	27.8	30.5
eher weniger	55.1	55.1	55.1	58.4	65.9	62.8	62.1	78.2	69.9	58.7	65.3	62.4
K. A.	2.0	9.0	6.3	9.0	6.3	7.4	3.4	-	1.8	5.6	5.8	5.7
Obst, Gemüse, Salat												
eher mehr	63.3	65.4	64.6	74.2	76.2	75.3	72.4	76.4	74.3	70.9	73.0	72.1
gleichviel	32.7	23.1	26.8	19.1	19.8	19.5	22.4	16.4	19.5	23.5	20.1	21.5
eher weniger	2.0	2.6	2.4	1.1	0.8	0.9	1.7	3.6	2.7	1.5	1.9	1.8
K. A.	2.0	9.0	6.3	5.6	3.2	4.2	3.4	3.6	3.5	4.1	5.0	4.6
Vollkornprodukte												
eher mehr	59.2	64.1	62.2	58.4	73.0	67.0	72.4	72.7	72.6	62.8	70.3	67.0
gleichviel	32.7	20.5	25.2	31.5	17.5	23.3	17.2	20.0	18.6	27.6	18.9	22.6
eher weniger	6.1	3.8	4.7	3.4	5.6	4.7	6.9	3.6	5.3	5.1	4.6	4.8
K. A.	2.0	11.5	7.9	6.7	4.0	5.1	3.4	3.6	3.5	4.6	6.2	5.5
Kochsalz												
eher mehr	2.0	0.0	0.8	1.1	0.8	0.9	0.0	0.0	0.0	1.0	0.4	0.7
gleichviel	20.4	33.3	28.3	37.1	35.7	36.3	32.8	30.9	31.9	31.6	34.0	33.0
eher weniger	73.5	56.4	63.0	52.8	57.9	55.8	63.8	63.6	63.7	61.2	58.7	59.8
K. A.	4.1	10.3	7.9	9.0	5.6	7.0	3.4	5.5	4.4	6.1	6.9	6.6
insgesamt												
eher mehr	6.1	3.8	4.7	3.4	2.4	2.8	0.0	1.8	0.9	3.1	2.7	2.9
gleichviel	34.7	23.1	27.6	37.1	38.9	38.1	36.2	40.0	38.1	36.2	34.3	35.2
eher weniger	49.0	61.5	56.7	49.4	50.0	49.8	44.8	49.1	46.9	48.0	53.3	51.0
K. A.	10.2	11.5	11.0	10.1	8.7	9.3	19.0	9.1	14.2	12.8	9.7	11.0

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Struktureform der gesetzlichen Krankenversicherung«

stärkten Gesundheitskampagnen in den Interventionsregionen zurückzuführen ist oder mit der allgemeinen Diskussion im Rahmen der »grünen« Bewegung um Schadstoffe in Nahrungsmitteln oder um Umweltprobleme zusammenhängt, kann nicht entschieden werden.

Über den Wissensstand der Bevölkerung in den Interventionsregionen hinsichtlich der Nahrungsmittel, die viel Kohlenhydrate und Cholesterin enthalten, geben die folgenden Tabellen Auskunft:

Bezüglich der richtigen Antworten über das Wissen um den Cholesteringehalt in Nahrungsmitteln zeigt die Tabelle eine deutliche Schichtabhängigkeit, d. h. die Prozentzahlen für die korrekten Angaben sind bei den Befragten der Oberschicht deutlich höher als bei denen der Unterschicht. Die gleiche Tendenz ergibt sich auch bei der Betrachtung nach Geschlecht, d. h. Frauen haben in allen sozialen Schichten einen höheren Anteil korrekter Antworten als Männer.

Wie aufgrund anderer Studien zu erwarten war, ist die Neigung, »weiß nicht« als Antwort zu geben, sowohl bei der Frage nach dem Cholesterin als auch nach den Kohlenhydraten bei den Befragten der Unterschicht höher als bei denen der Oberschicht und in allen Schichten bei den Männern höher als bei Frauen.

Bezüglich der korrekten Antworten über die Nahrungsmittel mit hohem Kohlenhydratenanteil ist auffällig, daß nur sehr wenige Befragte in allen sozialen Schichten und Geschlechtsgruppen Obst als kohlenhydratreiches Lebensmittel nennen. Bei den beiden anderen richtigen Items gilt das gleiche Ergebnis wie bei der Cholesterinfrage, d. h. Frauen der Oberschicht haben die höchsten Prozentsätze bei den richtigen Antworten, und diese Prozentsätze fallen für Mittel- und Unterschicht sukzessive ab.

Wie sich das Wissen über den Cholesterin- und Kohlenhydratgehalt in Lebensmitteln von 1984 - 1987 verändert hat, zeigt die folgende Tabelle, wobei nur zusammengefaßte Antworten dargestellt werden.

Tab.1-31: *Prozentuale Verteilung des Wissens um den Cholesterin- und Kohlenhydratgehalt im Zeitvergleich 1984 bis 1987 - nur die 4 Studienregionen der Kooperativen Prävention (Mediensurvey 1984 und 1987)*

	Kohlenhydrate		Cholesterin	
	1984	1987	1984	1987
Basis-N	1468	1065	1468	1065
alles richtig	2,7	1,5	6,8	8,3
richtige und falsche Antworten	91,7	92,6	71,3	78,6
alles falsch	5,3	5,7	6,5	4,2
weiß nicht	-	-	15,3	8,7
K. A.	0,3	0,2	0,1	0,1
gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Auswertung des Mediensurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Das Wissen über kohlenhydratreiche Lebensmittel ist nach diesen Zahlen in den Jahren 1984 - 1987 schlechter geworden, was einerseits auf die Abnahme der Kenntnis von Kartoffeln als kohlenhydratreiches Lebensmittel zurückzuführen ist, andererseits auf die häufigeren »Falsch«-Nennungen bei Eiern und Fleisch im Jahre 1987.

Von der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, die in den Jahren 1985 und 1986 gerade die Wissensvermittlung bezüglich Salz und Cholesterin zum Inhalt hatte, kann somit gesagt werden, daß sie erfolgreiche Aufklärungsarbeit betrieben hat. Durch die Vermittlung von Wissen im Ernährungsbereich wurden jedoch hauptsächlich die oberen sozialen Schichten angesprochen und hier insbesondere die Frauen.

Die Frage, ob in der letzten Zeit die Ernährungsgewohnheiten umgestellt wurden, bejahen etwa ein Drittel der Befragten, wie die *Tabelle 1-36* zeigt.

Auch hier zeigen wieder die Männer der Unterschicht die geringsten Prozentzahlen für die Ernährungsumstellung, während auf die Frauen der Oberschicht die höchsten Prozentsätze entfallen. Umstellungen in den Ernährungsgewohnheiten sind also stark durch die soziale Schicht und das Geschlecht geprägt.

Als Anlaß für die Umstellung der Ernährungsgewohnheiten werden an erster Stelle Gewichtsprobleme genannt (34,7% derjenigen, die eine Ernährungsumstellung bejahen), wobei dieses Argument hauptsächlich von den Frauen und hier wiederum von denen der Unterschicht (44,9% der Frauen aus der Unterschicht, die eine Ernährungsumstellung bejahen, vs. 32,7% der Frauen aus der Oberschicht) geäußert wird. Als zweithäufigster Grund wird das eigene Gesundheitsrisiko angeführt, was hauptsächlich für die Männer der Unterschicht, die eine Ernährungsumstellung bejahen, (36,7%) gilt.

Fragt man weiterhin, in welche Richtung eine Ernährungsveränderung vorgenommen wurde, ergibt sich folgendes Bild (*Vgl. Tabelle 1-37*):

Die Art der Ernährungsumstellung geht also insgesamt in die Richtung, in die sie für Herz-Kreislauf-Prävention gewünscht wird, d. h. weniger Butter, Fleisch/Wurst und Salz und statt dessen mehr Obst/Gemüse/Salate und Vollkornprodukte.

Bei dem geringen Butter- und Salzkonsum sind die höchsten Prozentwerte bei den Männern der Unterschicht zu konstatieren, während der geringe Fleisch- und Wurstkonsum sowie der stärkere Verzehr von Obst/Gemüse/Salat und Vollkornprodukten am häufigsten von Frauen der Oberschicht geäußert wird. Eine signifikante Zuschreibung von präventiven Verzehrsgewohnheiten auf bestimmte soziale Schichten und Geschlechtsgruppen ist hier nicht möglich; ebenso ist die geringe Fallzahl in den einzelnen Feldern ein Hinderungsgrund für Verallgemeinerungen.

3. 1. 3. 2 Rauchen

Rauchen ist einer der wichtigste Risikofaktoren für Lungenkrebs. 90 % aller an Lungenkrebs Erkrankten waren zuvor starke Raucher. Das Risiko wächst mit Dauer und

Intensität des Rauchens (BECKER u. a. 1984). Allerdings sind gerade bei Lungenkrebs die berufsbedingte Exposition gegenüber Asbeststäuben ebenso zu berücksichtigen (HAMMOND u. a., 1979) wie die allerdings widersprüchlich diskutierte Luftverschmutzung (BECKER u. a., 1984). DOLL und PETO gehen davon aus, daß 30 % aller Krebsfälle in den USA durch Rauchen verursacht sind (DOLL/PETO, 1981). Auf die Gefährdungen des Herz-Kreislauf-Systems durch Rauchen wurde bereits mehrfach hingewiesen.

Insgesamt rauchten 1984 37 % der Gesamtbevölkerung, 48 % rauchten noch nie und 14 % waren ehemalige Raucher. Männer sind durchschnittlich häufiger in der Gruppe der Raucher vertreten. Es rauchten 48 % der Männer und 29 % der Frauen. Der Altersschwerpunkt der Raucher lag in der Altersgruppe der 20- bis 39-jährigen. 55 % aller Personen dieser Altersgruppe rauchten. Fast alle Raucher waren Zigarettenraucher. Nur zwei % der über 14jährigen Bevölkerung rauchte ausschließlich Pfeife, Zigarre oder Zigarillos. 54 % aller derzeitigen Raucher hatten mindestens einmal versucht aufzuhören, 60 % haben versucht, weniger zu rauchen (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, 1984).

Die Schulbildung scheint einen Einfluß auf das Rauchverhalten zu nehmen. Männliche Volksschüler waren 1981 zu 46 % Raucher. Der Anteil der männlichen Absolventen einer höheren Schule ist mit 39 % deutlich geringer. Bei Frauen rauchten 26 % der Volksschülerinnen, aber 40 % der Frauen mit höheren Schulbildung (BMJFFG, 1985, S. 56).

Schichtspezifisch variiert der Raucheranteil zwischen Unterschicht (42 %) und Oberschicht (29 %) erheblich (BMJFFG, 1983, S. 90/91).

Die Stellung im Beruf beeinflußt den Raucheranteil. 65 % der Arbeiter, 53 % der Angestellten und Beamten sowie 63 % der Arbeitslosen waren Raucher (BMJFFG, 1983, S. 90/91). Erwerbstätigkeit scheint zudem einen Einfluß auf die Höhe des Konsums zu haben. 63 % der Erwerbstätigen geben über 46 % der früher erwerbstätigen Raucher rauchen 20 und mehr Zigaretten pro Tag (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, 1984). Arbeitsbelastungen wie z. B. Schichtarbeit, Nachtarbeit, Überstunden, Zeitdruck und Akkordarbeit stehen im Zusammenhang mit Raucheranteil und Höhe des Nikotinkonsums (MÜLLER, 1980).

Im Mikrozensus 1978 wurde die Bevölkerung nach ihren Rauchgewohnheiten, auch in Abhängigkeit von 125 ausgewählten Berufen, befragt. Den höchsten Raucheranteil mit ca. 70 % und die höchste Tagesdosis fand sich in Arbeiterberufen, z. B. im Tiefbau, bei Bergleuten und Maurern. In akademischen Berufen lag der Raucheranteil am niedrigsten. In einigen typischen Frauenberufen (Kellnerinnen, Kassiererinnen, Datentypistinnen) erreicht der Anteil von Raucherinnen 60 - 70 % und lag ähnlich hoch wie bei den starkrauchenden männlichen Berufen (BORGERS, 1988).

Ähnliche Ergebnisse wurden auch im Mediensurvey für die Interventionsregionen gefunden, wie die folgende Tabelle verdeutlicht.

Im Rahmen des präventiven Verhaltens interessiert an dieser Stelle, inwieweit Versuche unternommen werden, das gesundheitsschädigende Verhalten hinsichtlich des Rauchens abzuändern. Deshalb wurden die Probanden im Mediensurvey außer den Nichtraucherern gefragt, ob sie in den letzten 3 Jahren versucht haben, das Rauchen aufzugeben oder einzuschränken bzw. ernsthaft daran gedacht haben. Die Ergebnisse sind in der *Tabelle 1-39* dargestellt.

Danach nimmt die Rate derjenigen, die ganz mit dem Rauchen aufgehört haben, von der Unter-, über Mittel- zur Oberschicht um etwa drei % zu, wobei es zwischen Männern und Frauen keine relevanten Unterschiede gibt. Korrespondierend mit dieser Tendenz zeigen die Befragten der Unterschicht bei denjenigen, die weder an das Aufhören noch an das Einschränken des Rauchens gedacht haben, die höchsten Werte.

Diese Daten legen den Schluß nahe, daß Personen aus der Unterschicht und in allen Schichten Frauen nicht so leicht bereit sind, das Rauchen zu beenden. Hier ist zu beachten, daß das Rauchen häufig als Legitimation für eine Pause und für Entspannung herangezogen wird (Rauchen als Kompensationsmittel für Streß).

Als bevorzugte Methode, um das Rauchen einzuschränken oder ganz zu beenden, wird von den meisten Befragten das sofortige Aufhören aus eigenem Willen genannt, gefolgt von einer langsamen Reduktion des Rauchens aus eigenem Willen. Alle anderen Methoden wie Kurse, Akupunktur, Einnahme von Nicorette oder Sport treiben keine Rolle.

Auffallend ist, daß für vier Fünftel der Befragten der Oberschicht das sofortige Aufhören die bevorzugte Methode ist, während in der Unterschicht nur zwei Drittel der Befragten diese Methode bevorzugt und etwa ein Drittel das langsame Reduzieren des Rauchens präferiert.

3. 1. 3. 3 Sportliche Aktivität

Hinsichtlich der sportlichen Aktivität sind im Mediensurvey ähnliche Ergebnisse vorzufinden wie im Nationalen Untersuchungssurvey, wo gezeigt werden konnte, daß der Risikofaktor Bewegungsmangel - in der Tabelle unter der Rubrik von Personen, die nie Sport treiben, anzutreffen - von der Ober- zur Unterschicht ansteigt und bei Frauen höher ausgebreitet ist als bei Männern.

Unter physiologischen Gesichtspunkten wird erst eine sportliche Aktivität von mehr als zwei Stunden pro Woche als Herz-Kreislauf-wirksam im Sinne einer Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten angesehen. Nach den Ergebnissen des Mediensurvey zeigen Männer in diesem Sinne eine höhere Präventionsbereitschaft als Frauen, für beide Geschlechter gilt jedoch, daß diese Bereitschaft von der Unter- zur Oberschicht um etwa zwölf % zunimmt.

Im Vergleich des Mediensurvey 1984 zu 1987 hat die sportliche Aktivität geringfügig zugenommen, wie *Tabelle 1-38* zeigt.

Tab. 1-34: *Prozentuale Verteilung des Raucherstatus nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)*

Rauchen	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	insg- ges.
Basis - N	184	227	411	280	310	590	190	129	319	654	666	1320
Exraucher	20,1	11,0	15,1	28,9	14,8	21,5	27,9	20,2	24,8	26,1	14,6	20,3
Raucher	55,4	30,8	41,8	46,1	30,6	38,0	37,9	27,9	33,9	46,3	30,2	38,2
Nichtraucher	24,5	58,1	43,1	25,0	54,5	40,5	34,2	51,9	41,4	27,5	55,3	41,5
gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission
»Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab. 1-35: *Prozentuale Verteilung der Versuche zur Aufgabe oder Einschränkung des Rauchens in den letzten drei Jahren nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)*

Aufgabe des Rauchens	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	insg- ges.
Basis - N	139	95	234	210	141	351	125	62	187	474	298	772
ganz aufgehört	27,3	26,3	26,9	36,7	32,6	35,0	40,0	40,3	40,1	34,8	32,2	33,8
versucht aufzuhören	20,1	21,1	20,5	21,9	18,4	20,5	21,6	8,1	17,1	21,3	17,1	19,7
Rauchen eingeschränkt daran gedacht, aufzuhö- ren oder einzuschränken	8,6	7,4	8,1	8,1	5,7	7,1	6,4	9,7	7,5	7,8	7,0	7,5
nicht an's Aufhören, Einschränken gedacht	10,8	11,6	11,1	9,5	9,9	9,7	6,4	14,5	9,1	9,1	11,4	10,0
K. A.	33,1	33,7	33,3	23,3	32,6	27,1	25,6	27,4	26,2	26,8	31,9	28,8
	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3
gesamt	99,9	100,1	99,9	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission
»Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab. 1-36: *Prozentuale Verteilung der bevorzugten Methode für die Aufgabe bzw. Reduktion des Rauchens nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987; Basis = Gesamtzahl ohne Nichtraucher und denjenigen Personen, die bislang nicht an die Aufgabe des Rauchens gedacht haben)*

Bevorzugte Me- thode für die Aufgabe d. Rauchens	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	insg- ges.
Basis-N	93	63	156	161	95	256	93	45	138	347	203	550
sofortiges Aufhören aus eigenem Willen	65,6	68,3	66,7	79,5	73,7	77,3	81,7	80,0	81,2	76,4	73,4	75,3
langsame Reduktion aus eigenem Willen	30,1	22,2	26,9	16,1	23,2	18,8	16,1	13,3	15,2	19,9	20,7	20,2
5-Tage-Kurs	1,1	1,6	1,3	1,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,6
10-Wochen-Kurs	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,4
andere Kurse, Kuren	1,1	0,0	0,6	0,6	0,0	0,4	1,1	0,0	0,7	0,9	0,0	0,5
Akupunktur	5,4	4,8	5,1	3,7	4,2	3,9	3,2	6,7	4,3	4,0	4,9	4,4
Medikamente, Nicorette	2,2	1,6	1,9	0,6	1,1	0,8	5,4	0,0	3,6	2,3	1,0	1,8
Sport, Aufenthalt im Freien	5,4	0,0	3,2	6,2	1,1	4,3	7,5	8,9	8,0	6,3	2,5	4,9
Sonstiges (Kaugummi, Bonbons)	0,0	0,0	0,6	0,6	1,1	0,8	1,1	2,2	1,4	0,9	2,0	1,3

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission
»Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-37: *Prozentuale Verteilung der sportlichen Aktivität nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)*

Sport	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht			gesamt		
	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.	Män- ner	Frauen	ins- ges.
Basis-N	184	227	411	280	310	590	190	129	319	654	666	1320
mehr als 2 Std./Woche	15,8	11,0	13,1	28,2	15,8	21,7	28,9	22,5	26,3	24,9	15,5	20,2
2 Std./Woche	16,8	14,1	15,3	18,6	26,8	22,9	30,0	33,3	31,3	21,4	23,7	22,6
weniger als 1.Std./Woche	5,4	11,9	9,0	13,9	12,3	13,1	15,8	15,5	15,7	12,1	12,8	12,4
nie	60,9	63,0	62,0	39,3	45,2	42,5	25,3	28,7	26,6	41,3	48,0	44,7
K.A.	1,1	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2
gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Auswertung des Mediensurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Tab.1-38: *Prozentuale Verteilung der sportlichen Aktivitäten im Zeitvergleich 1984-1987 - nur die 4 Studienregionen der Kooperativen Prävention (Mediensurvey 1984 u. 1987)*

sportliche Aktivität	1984	1987
Basis-N	1468	1065
mehr als 2 Std./Woche	16,1	19,9
1-2 Std./Woche	18,8	21,7
weniger als 1 Std./Woche	15,8	13,0
nie	49,2	45,4
K. A.	0,1	0,0
gesamt	100,0	100,0

Quelle: Auswertung des Mediensurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durch C. Bormann für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Ob diese vermehrten sportlichen Aktivitäten auf die Präventionskampagnen der DHP (Bewegungswelle) zurückzuführen sind oder Ausdruck eines allgemeinen säkularen Trends sind, kann an dieser Stelle nicht entschieden werden.

Anhand der Daten des Mediensurveys konnte gezeigt werden, daß die verhaltensgebundenen Risikobereiche ungesunde Ernährung, Rauchen und Bewegungsmangel für beide Geschlechter schichtabhängig sind. Bezüglich des präventiven Verhaltens bezogen auf eine gesündere Ernährungsweise, auf die Aufgabe oder Reduktion des Rauchens, auf eine verstärkte sportliche Aktivität zeigt sich für beide Geschlechter ebenso eine Schichtabhängigkeit. Als die Gruppe, die am stärksten durch ein »positives« Gesundheitsverhalten auffiel, konnten die Frauen der Oberschicht identifiziert werden, während die Frauen und Männer der Unterschicht am häufigsten durch ein gesundheitsbeeinträchtigendes Risikoverhalten hervortraten.

Hinsichtlich einer Veränderung in Verhaltensweisen bzw. im Kenntnisstand über Ernährungsfragen in den Jahren 1984 bis 1987 zeigt sich grundsätzlich eine Tendenz in die »richtige« Richtung, d. h. weg von einem gesundheitlichen Risikoverhalten hin zu einem gesundheitsfördernden Verhalten und Handeln, wenn auch hier die Tendenzen bislang nur sehr gering ausgeprägt sind.

Die Daten aus den Mediensurveys weisen damit zumindest eine Tendenz auf, die auch durch andere Studien belegt ist (Vgl. z. B. HORN et al., 1984; HAUSS et al., 1981; WIDO

[Hrsg], 1979; KRAMPITZ et al., 1986; HAUSS, 1985; HÄRTEL, 1986; BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, 1978).

3. 2 Strategien und Instrumente primärer Prävention

3. 2. 1 Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren/ Faktorkombination in Arbeits- und Lebenswelt

Die gesundheitlichen Belastungen durch Arbeits- und Lebensbedingungen tragen zur Entstehung der heute dominierenden Krankheitsbilder in vielfältiger Weise bei. Die Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren in Arbeits- und Lebenswelt, also Verhältnisprävention, ist ein erster Schritt zu gesundheitsverträglichen Arbeits- und Lebensbedingungen.

Die Verminderung gesundheitsriskanter Arbeits- und Lebensbedingungen erfordert gesetzliche Regelungen bzw. Anreize zur Verringerung des Eintrages gesundheitsriskanter Stoffe in die Umwelt und gesundheitsriskanter Arbeitsbedingungen.

Als gesundheitsriskanter Umweltfaktor wurde oben beispielhaft die Umweltbelastung durch Schwermetalle angesprochen. Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen empfiehlt u. a. gezielte Anstrengungen zur Einschränkung der Belastung der Bevölkerung mit diesen Stoffen, da erhebliche Gesundheitsbelastungen hiermit verbunden seien (RSU, 1987, TZ 1757 - 1765).

Es helfen z. B. bei der Bleibelastung zunächst einmal unspektakuläre Maßnahmen, wie z. B. gründliches Waschen und Schälen pflanzlicher Lebensmittel, fleischbeschauliche Regeln, die die Schwermetallaufnahme über Innereien begrenzen, indem die Organe der Schlachttiere ab einem bestimmten Alter nicht mehr zum Verzehr freigegeben werden, sowie das Ausrangieren von bleihaltigen Trinkwasserleitungen. Dies können jedoch nur flankierende Maßnahmen zur notwendigen Reduktion des Eintrags von gesundheitsriskanten Stoffen in die Umwelt durch landwirtschaftliche und industrielle Produktion sein. Gehen die Forderungen, wie z. B. diejenigen des Rats der Sachverständigen für Umweltfragen, über das hier angesprochene Niveau hinaus, treten beträchtliche Schwierigkeiten auf. Verhältnisprävention durch Verminderung

derung gesundheitsriskanter Faktoren ist ein Durchsetzungsproblem.

Die methodischen Probleme bei der Bestimmung der Wertigkeit von gesundheits- bzw. umweltriskanten Faktoren können zum »Methodentod« umweltpolitischer Maßnahmen führen. Wissenschaftliche Kenntnislücken können aufgrund erheblicher Interessendivergenzen gerade in diesem Bereich zu Lasten der Bevölkerung als Anlaß zu Interventionsvermeidung oder -verzögerung herangezogen werden. Regelungen, den Eintrag in die Umwelt durch Grenzwerte zu bestimmen und zu begrenzen, sind second best Lösungen. Grenzwerte sind nicht streng deduktiv aus wissenschaftlichen Meßergebnissen abgeleitete Werte, die jedes denkbare Risiko ausschließen. Sie sind vielmehr »Konventionen« auf der Basis wissenschaftlicher Risikoabschätzung. Nachteilig ist außerdem, daß sie als Obergrenze aufgefaßt werden, eine Absenkung von Emissionen oder Immissionen unter das mit den Grenzwerten definierte Niveau findet deshalb meistens nicht statt (RSU, 1987, TZ 1622 ff).

In die Abschätzung des Gesundheitsrisikos fließen durch das gesellschaftliche Umfeld und Interessenkonstellationen geprägte Werturteile ein. Die Vertretbarkeit eines Risikos kann nur vor dem Hintergrund eines erwarteten Nutzens (z. B. Produktionssteigerung, Wohlfahrtsgewinn) bewertet werden (RSU, 1987, TZ 1655 ff). Nun sind Nutzen und Risiken nicht nur schwer vergleichbare Kategorien, es stellt sich auch die Frage der individuellen Zuordnung von Nutzung bzw. Risiken. Die Verminderung gesundheitsriskanter Umweltfaktoren wird also aufgrund wissenschaftlicher Kenntnislücken, vor allem jedoch aufgrund der Schwierigkeiten bei der Risikobewertung, abhängig sein von politischen Interessen und Machtkonstellationen und damit letztlich vom Durchsetzungsvermögen der einzelnen Betroffenen.

Ähnlich gestaltet sich die Situation bei der Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren in der Arbeitswelt. Die hier als epidemiologisch abgesichert geltenden Ergebnisse zur Gesundheitsbeeinträchtigung durch Umweltbelastungen am Arbeitsplatz wie Lärm, Hitze, Staub, durch toxische Substanzen und Arbeitszeitregelung erfordern strukturelle Maßnahmen, sprich gesetzliche Regelungen. Die Probleme der Grenzwerte (MAK-Liste, BAT-Werte), der interessenabhängigen Risikoabschätzung und der politischen bzw. tarifvertraglichen Durchsetzung treten bei der Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren in der Arbeitswelt in vergleichbarer Form wie bei den gesundheitsriskanten Umweltbelastungen auf (HAUSS, 1985).

Die Anwendung eines positiven Gesundheitsbegriffs auf die Arbeitsbedingungen ergibt eine Reihe von konkreten Kriterien und Maßstäben für die Arbeitsgestaltung, die sich in vier Gruppen zusammenfassen lassen:

- *Technische Bedingungen der Arbeitsgestaltung*

- Der Arbeitsplatz ist frei von negativen Umgebungseinflüssen (Lärm, gefährliche Arbeitsstoffe, Strahlen, Nässe, Kälte, Hitze, Zugluft).
- Die technischen Vorrichtungen sind so ausgelegt, daß auch menschliche Fehlreaktionen keinen Unfall auslösen.

- Der Arbeitsplatz entspricht den Regeln der Ergonomie; schwere, einseitige und unnatürliche Körperbelastungen treten nicht auf.

- *Organisatorische Bedingungen der Arbeitsgestaltung*

- Die Arbeitsinhalte enthalten Abwechslung und Anregungen und sind langphasig. Ihr Bezug zum betrieblichen Gesamtprozeß ist erlebbar.
- Der Arbeitsfluß ist unter normalen, über das ganze Arbeitsleben durchhaltbarem Aufwand an Energie und Aufmerksamkeit zu bewältigen und hinsichtlich der vor und nachgelagerten Stufen transparent.
- Die Arbeitszeit entspricht nach Lage und Dauer sowohl den physischen als auch den sozialen Bedürfnissen der Arbeitnehmer.
- Die Arbeitsbedingungen, räumliche Gegebenheiten und die Arbeitszeitgestaltung ermöglichen und fördern Sozialbeziehungen in der Arbeit.

- *Soziale Bedingungen der Arbeitsgestaltung*

- Der Arbeitsplatz ist hinsichtlich Lohnhöhe und Qualifikationsanforderungen sicher ausbaufähig; Dequalifizierungen werden durch Fördermaßnahmen mindestens ausgeglichen.
- Für Arbeitnehmer mit gewandelter oder geminderter Leistungsfähigkeit werden ausreichend Arbeitsplätze mit jeweils angepaßtem Anforderungsprofil geschaffen.
- Es treten keine Situationen auf, in denen die Beschäftigten sich zwischen Gesundheitsinteressen und Lohnhöhe bzw. Arbeitsplatzsicherheit entscheiden müssen.

- *Verfahren des betrieblichen Umgangs mit der Gesundheit*

- Die Kompetenz der Beschäftigten für die gesundheitsgerechte Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen drückt sich in konkreten Gestaltungs- und Mitbestimmungsrechten am Arbeitsplatz aus.
- Betriebliche und überbetriebliche Arbeitsschutzexperten durchforsten nach transparenten Programmen und mit fortgeschrittenen Meßmethoden den Betrieb nach sichtbaren und unsichtbaren Gesundheitsgefährdungen. Sie berücksichtigen dabei die Gesamtbelastung der Arbeitnehmer und beziehen die Beschäftigten in die Problemdiagnose und Problemlösung aktiv ein. Die individuellen und kollektiven Belastungswahrnehmungen und Lösungsvorschläge haben dabei kein geringeres Gewicht als die Befunde der Experten.
- Betriebsräte und Vertrauensleute als Vertretungsorgane der Beschäftigten verfügen über positive und negative Gestaltungs- und Mitbestimmungsrechte hinsichtlich der Gesundheitsgerechtigkeit der Arbeitsbedingungen und des Arbeitseinsatzes.

3. 2. 2 Verbesserung gesundheitsfördernder Faktoren - Faktorkombinationen in Arbeits- und Lebenswelt

Gesundheitsförderung baut als positive Forderung auf die Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren in Lebens- und Arbeitswelt auf. Gesundheitsförderung will den einzelnen Menschen bewegen, seinen Gesundheitszustand zu stärken bzw. zu verbessern »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen«. (OTTAWA CHARTA DER WHO).

Ansprechpartner zur Gestaltung dieser gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitswelten sind neben den Kommunen Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen und soziale Einrichtungen. Soziale Netzwerke sind dabei nicht nur eine mögliche Quelle sozialer Unterstützung, sondern sie befähigen auch den einzelnen Menschen und bestimmte soziale Gruppen sich für ihre gesundheitlichen Belange einzusetzen und gesundheitsförderliche Faktoren in Arbeits- und Lebenswelt durchzusetzen. Gesundheitsfördernde Faktoren können also nicht nur zentral durch Regierungen oder anwaltschaftlich durch die Sozialversicherung gestaltet werden. Ausgangspunkt eines WHO-Programms sind z. B. die Städte bzw. Gemeinden, der soziale Ort an dem industrieller Wandel, neue Lebensstile und Familienstrukturen und soziale Notlagen gelebt werden (vgl. das WHO-AKTIONSPROGRAMM »Gesunde Städte«).

Als gesundheitsförderlich in diesem Sinne kann die Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, der Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung der praktischen Fähigkeiten und die Möglichkeit, selber Entscheidungen in bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können, gelten.

3. 2. 3 Beeinflussung von gesundheitsriskantem (Bewältigungs-)Verhalten (Verhaltensprävention)

Ziel verhaltenspräventiver Maßnahmen ist die Vermeidung von gesundheitsriskantem Verhalten und das Erlernen risikoärmerer Bewältigungsformen.

Ganz generell läßt sich feststellen, daß es notwendig ist, auf die Bedürfnisse bestimmter Gruppen orientierte Präventionsprogramme zu entwickeln und zu etablieren, wobei je nach Fragestellung unterschiedliche Maßnahmen für Männer und Frauen zu formulieren wären.

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, daß die bloße Wissensvermittlung in den Strategien gesundheitlicher Aufklärung mit dem Ziel positiver Beeinflussung von Gesundheitsverhalten insbesondere bei den Angehörigen der Unterschicht nur wenig erfolgversprechend ist und daß grundsätzlich ein vermehrtes Wissen nicht automatisch eine Verhaltensänderung bedingt (s. z. B. hierfür auch die Ergebnisse aus dem Mediensurvey zum Wissen um Nahrungsbestandteile). Das Konzept des »Lebensstils«, das eine enge Wechselbeziehung zwischen Gesundheit, Lebensstil und Lebensumwelt berücksichtigt, könnte hier einen Ausweg darstellen. Um jedoch dieses Konzept in die Praxis der Gesundheitserziehung und -aufklärung um-

setzen zu können, ist es unumgänglich, durch Forschung mehr Informationen über folgende Bereiche zu erhalten:

- Welche Faktoren sind maßgeblich in verschiedenen Zielgruppen für ein auf Gesundheit bezogenes Handeln verantwortlich?
- Welche gesundheitlichen Orientierungen und Veränderungspotentiale gibt es unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenslage?
- Inwieweit gibt es Inkongruenzen zwischen persönlichen (Risikoverhalten als »Krankheitsgewinn«) und gesellschaftlichen Zielsetzungen (Vermeidung langfristiger Selbstschädigung zwecks Erhaltung der Arbeitskraft), die Widerstände gegen eine Gesundheitsaufklärung und -erziehung bewirken können.

Eine solche Problemdefinition würde die Gesundheitsaufklärung und -erziehung befähigen, Strategien zu entwickeln, die die Entstehungs- und Veränderungsmechanismen von Verhaltensformen, Lebensweisen und Konsumgewohnheiten im gesellschaftlichen Entwicklungszusammenhang berücksichtigen und die für die verschiedensten Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich aussähen.

Oberstes Prinzip bei Strategien müßte die Unterstützung von gesunden Lebensweisen - personenbezogen wie auch in bezug auf entsprechende Lebensbedingungen - sein, ohne daß es zu einer vorschnellen Medikalisierung von Alltagsvorgängen kommt und ohne daß übersehen wird, daß ungesunde Lebensweisen auch einen »Krankheitsgewinn« bedeuten können (HORN, 1984), d. h. daß individuelles Problemlösungsverhalten aus soziologischer Sicht im situativen Kontext gleichzeitig gesund als auch ungesund sein kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (Regionalbüro für Europa) hat in ihrem Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen (1981) für die schrittweise Weiterentwicklung der gesundheitserzieherischen Praxis folgende Grundsätze aufgestellt:

- Gesundheitserziehung sollte mit neuen Leitbildern und einem positiven Gesundheitskonzept arbeiten;
- Gesundheitserziehung sollte innovative pädagogische Methoden und Technologien verwenden;
- Gesundheitserziehung sollte auf Gemeinschaftsaktion und Laienbeteiligung abgestellt sein;
- Gesundheitserziehung setzt ein multisektorales und multidisziplinäres Vorgehen voraus;
- Gesundheitserziehung muß neue Strategien auf verschiedenen Aktionsebenen entwickeln (z.B. Regierungs-, Gesetzgebungs-, Berufs-, Gemeinschaftsebene);
- Gesundheitserziehung muß die sozialen und Umweltfaktoren berücksichtigen, die Gesundheitsentscheidungen beeinflussen.

Wissensvermittlung durch Aufklärungskampagnen, Broschüren und Beratungsgespräche ist ein erster Schritt. Wissen allein führt jedoch nur selten zu verändertem

Verhalten. Die Umsetzung und Integrierung gesundheitsbewußten Verhaltens unter strukturell oft gegensätzlichen Bedingungen will gelernt sein.

Verhaltensprävention wird dort schnell an ihre Grenzen stoßen, wo sie Menschen dazu veranlassen möchte, Bewältigungsstrategien, die ihnen erlauben, mit ihrem Alltag zu Rande zu kommen, aufzugeben, ohne neue Alternativen, unter Umständen gesundheitsverträglichere, anzubieten. Die Erfolge reiner Verhaltensprävention sind begrenzt, da sie nur einen Ausschnitt der Gesundheitsbeeinträchtigungen angehen. Verhaltensprävention hat als flankierende Maßnahme zu Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung jedoch ihren Stellenwert. Erfolgreiche verhaltenstherapeutisch orientierte Prävention sensibilisiert die Menschen für ihre Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse.

In der Verhaltensprävention kann es nicht darum gehen, Gesundheitsprobleme in Risikofaktoren zu zerlegen, auf deren Vermeidung man das Individuum zu beeinflussen versucht. Es geht um die Entwicklung von Betroffenenkompetenz. Der Einzelne ist meist dazu in der Lage, seine gesundheitliche Situation und vor allem die Entstehungsbereiche von Gesundheitsgefährdungen selber zu erkennen (FORSCHUNGSVERBUND, 1987). Gesundheitserziehung kann Vertrauen in die eigene Kompetenz vermitteln und Wege aufzeigen für eine gemeinschaftliche, gesundheitsverträgliche Umgestaltung der Lebens- und Arbeitswelt (HAUSS, 1985).

Gesundheitsbewußte Lebensweise kann das Morbiditätsrisiko senken, daraus folgt unter bestimmten Voraussetzungen, daß der Versichertengemeinschaft geringere Ausgaben entstehen. Die Verringerung oder Vermeidung von Risikofaktoren im persönlichen Lebensstil setzt individuelle Verhaltensänderungen voraus. Aus ökonomischer Sicht gelten Verhaltensweisen als durch finanzielle Anreize in eine gewünschte Richtung einflußbar (HENKE, 1977, S. 207 f). Empirische Belege zur erfolgreichen Beeinflussung präventiver Verhaltensweisen stehen noch aus.

Das Modell des Gesundheitstarifs sieht vor, die regelmäßige Teilnahme an Prophylaxeprogrammen durch Bonuspunkte zu honorieren. Das bei der Krankenkasse geführte Bonuskonto entscheidet über die Höhe von Selbsthalten bei Arzneimitteln und Heil- und Hilfsmitteln (SCHWARTZ, 1987, S. 21). Aktuelles Beispiel ist der vorgeschlagene geringere Selbstbehalt bei Zahnersatz bei Beanspruchung von Zahnprophylaxeleistungen (GRG § 30 Abs. 5).

Das Modell des »Risk-Rating« zielt darauf, eine gesundheitsabträgliche Lebensführung (Rauchen, Übergewicht, gefährliche Sportarten usw.) durch einen risikoäquivalenten Zuschlag zum Versicherungsbeitrag negativ zu sanktionieren, bzw. die Teilnahme an Präventionsprogrammen als Ausdruck einer gesundheitsbewußten Lebensführung durch einen risikoäquivalenten Abschlag vom Versicherungsbeitrag zu honorieren.

Neben Kontroll- und Abgrenzungsproblemen sprechen die schichtspezifisch variierenden Belastungen durch soziale Krankheitsursachen und die schichtabhängigen Barrieren vor der Teilnahme an Präventionsprogrammen gegen die an den individuellen Krankheitsrisiken ansetzen-

den Modelle des Risk-Ratings. Außerdem ist fraglich, ob die mangelnden Kenntnisse der Ätiologie der Krankheiten und die Unsicherheiten über die Ergebnisse erfolgreicher Früherkennungs- und Präventionsbemühungen (Ausnahme: Karies) einen Bonus oder Malus für Präventionswillige bzw. -unwillige rechtfertigen (ARNOLD, KOMMISSIONSDRUCKSACHE 29, S. 7).

4. Bestimmung der Präventionsträger und ihrer Aufgabenbereiche

4.1 Träger einer umfassenden Prävention

4.1.1 Bundesebene

Die »Ottawa-Charta« der WHO zur Gesundheitsförderung weist darauf hin, daß die Gesellschaft bzw. der Staat die wichtigen allgemeinen Grundlagen für die Gesundheit der Bevölkerung schaffen. „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“

Gesundheitspolitik ist also eine Querschnittsaufgabe unterschiedlicher Politikbereiche. Zu nennen sind hier beispielhaft Arbeits-, Umwelt- und Wohnungsbaupolitik. Gesundheitspolitik als eine solche Querschnittsaufgabe ist Aufgabe des Bundes, der Länder und der Kommunen. Prävention als eine den aktuellen gesundheitspolitischen Problemen angemessene Strategie findet in zahlreichen Politikbereichen und bei unterschiedlichen Trägern Zustimmung. Die aus diesem Konsens resultierenden konkreten Maßnahmen legen allerdings den Verdacht einer »organisierten Nichtverantwortlichkeit« nahe (von FERBER, STENOGRAPHISCHE PROTOKOLLE 9, S. 114).

Ursachenadäquate Primärprävention, für heute volksgesundheitlich wichtige Krankheiten, bedeutet Einflußnahme auf gesundheitsriskante Arbeits- und Lebensbedingungen. Damit ist sie nicht im eigentlichen Sinne medizinische Aufgabe (ABHOLZ, 1980, S. 55), sondern gesamtgesellschaftliche bzw. staatliche Aufgabe. Das Dilemma politischer Entscheidungsprozesse liegt in der Interessenabwägung zwischen gesundheitspolitischen Zielen und den Belangen anderer Politikbereiche.

Wohlfahrtsverluste bzw. Gewinne durch einen gefährdeten oder verbesserten Gesundheitszustand können nicht den volkswirtschaftlichen Kosten für die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensbedingungen gegenübergestellt werden, da sich die Gesundheitseffekte einer ökonomischen Bewertung weitgehend entziehen und dies außerdem ethisch nicht vertretbar wäre. Hierzu tritt noch, daß Risikobewertungen meist interessengebunden erfolgen dürften, da ursachenadäquate Primärprävention gesellschaftlich einflußreiche Interessenlagen tangiert (RSU, 1987).

Zentral ist die Frage der politischen Bewertung und Durchsetzung der zum Teil gegensätzlichen gesundheitlichen und z. B. ökonomischen Zielsetzungen. Prävention ist nicht nur ein Wissens- und Lernproblem, sondern vor allem ein Durchsetzungsproblem.

4.1.2 Gemeindeebene

Der Einzelne kann zweifellos durch vorzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation entscheidend seine Gesundheit beeinflussen (vgl. § 1 GRG).

Die Verunreinigung von Lebensmitteln, Schadstoffbelastung der Luft, gesundheitsbeeinträchtigende Bedingungen am Arbeitsplatz grenzen aber auf der anderen Seite die Möglichkeiten des Einzelnen ein. Für die Betroffenen stellt sich also die Aufgabe, ihren Interessen nach gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen Ausdruck zu geben. Formelle (Parteien und Gewerkschaften) und informelle (Bürgerinitiativen) Zusammenschlüsse haben sich in der Vergangenheit als zumindest in einzelnen Fällen erfolgversprechendes Mittel erwiesen.

Selbsthilfeszusammenschlüsse können durch die folgenden Merkmale gekennzeichnet werden

- Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem,
- keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer,
- keine Gewinnorientierung,
- das gemeinsame Ziel der Selbst- und/oder Sozialveränderung,
- die Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe (WINKELVOSS u. a., 1981).

Soziale Netzwerke und ihre Einrichtungen sind von Bedeutung für Gesundheit, weil sie mögliche Quellen für soziale Unterstützung sind und bei der Bewältigung von Alltagskrisen, Konflikten oder chronischen Belastungen helfen. Sie können Träger einer Mobilisierung und Aktivierung für Umweltschutz und gegen krankmachende Lebens- und Arbeitsbedingungen sein. Sie tragen unter Umständen zur Stärkung von Selbsthilfe und Handlungsfähigkeit bei. Sie steuern der Resignation vor gesundheitsriskanten Arbeits- und Lebenswelten entgegen, der »erlernten Hilflosigkeit« und dem Gefühl der eigenen Ohnmacht (HILDEBRANDT/TROJAN, 1988).

Die Förderung lokaler Kooperation und die Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften suchen als Ansprechpartner neben Institutionen und sozialstaatlich organisierten Dienstleistungserbringern auch aufgabenbezogene soziale Netzwerke. Das Konzept einer Netzwerkförderung in der Gemeinde zielt darauf, durch die Zusammenarbeit aller Träger (Gesundheitsämter, Krankenkassen, Einrichtungen der Weiterbildung, soziale Dienste, Sportvereine) und vor allem der stärkeren Einbeziehung der Bürger die Angebotsgestaltung des Gesundheitssystems - auch im präventiven Bereich - den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen der Menschen besser anzupassen (FORSCHUNGSVERBUND, 1987, S. 105ff).

Die »Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung« der WHO empfiehlt, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen als Angelpunkt der Gesundheitsförderung zu unterstützen. Gesundheitsbezogenes Betroffenenhandeln kann die professionellen Dienstleistungen nicht ersetzen, es entfaltet jedoch seine Stärke in Bereichen wie z. B. psychosozialer Unterstützung, die der professionellen Hilfe schwer zugänglich sind. Gesundheitsbezogenes Laienhandeln hat eine eigene Domäne, in der es durch professionelle Dienstleistungen nur schwer ersetzt werden kann.

Das Spektrum der präventiven Maßnahmen der Ärzteschaft umfaßt Maßnahmen im Bereich der personalen Prävention, die Gesundheitserziehung, Beratung, Aufklärung, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen. Als Gesundheitsberatung werden alle Maßnahmen bezeichnet, »mit denen sich Ärzte an ihre Patienten richten, um deren Gesundheit insgesamt oder in Teilbereichen zu fördern und zu erhalten. Hierzu können sie verschiedene Methoden anwenden: vom beratenden Einzelgespräch bis zum Gruppengespräch, von der Verteilung von Informationsbroschüren bis zum Einsatz von audiovisuellen Medien. Wichtig dabei ist, daß diese Maßnahmen von den Ärzten selber oder von ihren Mitarbeitern (unter ärztlicher Kontrolle) durchgeführt werden« (von TROSCHKE/SOESSEL, 1981, S. 29).

Im Eberbach-Wiesloch-Projekt waren niedergelassene Ärzte Initiatoren verhaltenspräventiver Programme im Gemeinderahmen. In gegebenen sozialen Gruppen, also z.B. Schulen, Kindergärten, Vereinen und Betrieben versuchten Ärzte, Risikofaktoren aufzudecken, präventives Verhalten zu fördern und vor allem die eigenständige Entfaltung präventiver Aktivitäten zu motivieren. In einer regionalen »Arbeitsgemeinschaft für kommunale Gesundheitsvorsorge« (AKG) werden unter beratender Mitwirkung der Ärzte präventive Aktivitäten koordiniert, zum Teil initiiert und durchgeführt (BUCHHOLZ u.a., 1985).

Als organisatorisches Kernstück des Modells »kommunale Prävention« gelten Arbeitsgemeinschaften für kommunale Gesundheitsvorsorge (AKG). Als Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaften sollen möglichst viele bürgerschaftliche Gruppierungen gewonnen werden. In Abstimmung zwischen der AKG und der örtlichen Ärzteschaft wird ein Arzt gewählt, der als ständiges Mitglied der AKG gegenüber seinen Kollegen berichtspflichtig ist und dafür sorgt, daß alle von der AKG unternommenen Aktivitäten im Namen der niedergelassenen Ärzteschaft verantwortet werden können, also wissenschaftlichem Erkenntnisstand und medizinischer Ethik entsprechen.

In Karlsruhe wurde ein Projekt der kommunalen Prävention mit niedergelassenen Ärzten als Multiplikatoren durchgeführt. Besonderheit dieses Modells ist, daß alle Aktivitäten im Bereich der Prävention mit der niedergelassenen Ärzteschaft abgestimmt und von dieser gegenüber der Bevölkerung verantwortet werden.

Das Engagement der beim Konzept der kommunalen Prävention mitarbeitenden Ärzte richtet sich hierbei im wesentlichen auf drei Schwerpunkte:

- der Etablierung von stadtteilbezogenen Arbeitskreisen zur bürgernahen Gesundheitsvorsorge;

- der Verankerung der kommunalen Prävention im Gemeinderahmen bei der Stadtverwaltung und bei den Anbietern;
- der Präzisierung und Operationalisierung der präventiven Anliegen der kommunalen Prävention.

Im Zeitraum vom 20. bis 31. Oktober 1986 wurde in Karlsruhe telefonisch eine Ärztebefragung zum Thema Prävention durchgeführt. Die Befragung ergab, daß der Ansatz der kommunalen Prävention nahezu allen Ärzten bekannt war und ein hoher Prozentsatz von der Richtigkeit und Notwendigkeit des Ansatzes sowohl überzeugt war als auch sich bereit zeigte, für die Belange der kommunalen Prävention Einsatz zu zeigen.

Zwei Drittel der Ärzte halten eine wirksame Beeinflussung von Risikofaktoren für möglich, ein Drittel beurteilt die Möglichkeiten skeptisch. Von den meisten Ärzten wurde der Patient als wesentlicher Faktor genannt, der den Erfolg präventiver Arbeit behindere. Neben Intelligenzgrad und Leidensdruck wurde vor allen Dingen das soziale Umfeld als bestimmende Variable genannt. Da die erforderliche Änderung der Lebensgewohnheiten ohne die Veränderung der Bedingungen, die diese Gewohnheiten haben entstehen lassen, allein durch Beratungsgespräche nicht bewirkt werden kann, bekommen, so äußerten sich die Ärzte, Krankheitsverläufe etwas »Schicksalhafter«, auf das der Arzt nur wenig Einfluß nehmen könne (von STÜNZNER, 1987, S. 107). Die Schlußfolgerung, daß Gesundheitsberatung durch Ärzte eine der weniger erfolgreichen Präventionsstrategien sein dürfte, wird nicht gezogen.

Das zwischen Ärzten und Patienten oftmals bestehende Vertrauensverhältnis befähigt den Arzt, sofern er über die geeigneten Gesprächstechniken verfügt, das Wissen um eine gesundheitsgerechte Lebensführung zu vermitteln. Die Aus- und Weiterbildungsordnung versetzt die Ärzte jedoch nur unzureichend in die Lage, Gesundheitsberatungen durchzuführen. Eine häufig einseitige Ausrichtung der Mediziner auf apparateintensive Diagnostik und Kuration vernachlässigt eine Gesundheitsberatung, die ein lebensbegleitender Prozeß ist, »der mehr fordert als die Weitergabe von Faktenwissen über Risikofaktoren oder das Anraten von Konsumverzicht« (SEHRT, 1985). Derzeit dominiert das ärztliche Wissen über Krankheitsursachen, Verläufe und Heilungsmöglichkeiten. Die Kenntnis um krankheitsverursachende Faktoren in Arbeits- und Lebenswelt ist zu vermehren (ABHOLZ, 1980).

Eine zentrale Aufgabe der Ärzte könnte darin liegen, mitzuhelfen, die sozialen Krankheitsursachen aufzudecken, z.B. indem sie die Krankenkassen und das öffentliche Gesundheitswesen bei der Aufdeckung von Krankheitsursachen in der Lebens- und Arbeitswelt der Menschen unterstützen. Die fachliche Kompetenz des Arztes könnte in der gesundheitspolitischen und epidemiologischen Diskussion einen wichtigen Stellenwert einnehmen. »Wenn Krankheit zunehmend die Folge allgemeiner, beide Seiten bedrohender Lebensbedingungen darstellt, wird der Kampf gegen Krankheit zur gemeinsamen Aufgabe, die im dialogischen und gleichberechtigten Miteinander am besten gelöst werden kann« (HUBER, 1981, S. 207).

§ 20 Abs. 1 GRG sagt: »Die Krankenkassen haben ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken«. Daraus könnte sich eine erweiterte Aufgabe der GKV im Bereich der Prävention ergeben.

Konkret kann das auf kommunaler Ebene so aussehen, daß die Kassen, soweit und sofern der Wettbewerb zwischen einzelnen Kassenarten dies zuläßt, für ein Umbauprogramm bei Trinkwasserleitungen aus Blei plädieren, daß sie sich kritisch zu gesundheitsgefährdenden Lebensmittelzusatzstoffen stellen, und daß sie auf Geschwindigkeitsbegrenzungen von 30 km/h in Wohngebieten drängen. Die Liste der zur Diskussion stehenden Gesundheitsgefährdungen ist lang. Den Krankenkassen, sofern sie sich bereit erklären, gemeinsam mit dem Gesundheitsamt und anderen örtlichen Trägern dieses Problem anzugehen, eröffnet sich ein weites Betätigungsfeld.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und -erziehung ist eine ebenso lange Palette von Aufgaben für die Krankenkassen auf regionaler Ebene vorstellbar. Das führt von Angeboten zur Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfe- oder Gesprächsgruppen und Kursen bis zu Hinweisen in Mitgliederzeitschriften auf lokale Initiativen, von der Organisation von Mitgliederbefragungen nach positiven wie negativen Faktoren für Wohlbefinden und Gesundheit bis zur Einrichtung von Aktions- und Innovationszentren für Gesundheitsförderung in gemeinsamer Trägerschaft mit anderen kommunalen Verbänden und Behörden.

Verwiesen sei in diesem Zusammenhang noch einmal darauf, daß nach Art. 28 II GG Gemeinden und Gemeindeverbände ein Selbstverwaltungsrecht für die Lösung örtlicher Probleme haben. Umwelt- und gesundheitsrelevant ist in diesem Zusammenhang:

- die Abwasser- und Abfallbeseitigung
- die Trinkwasserversorgung
- eine Verkehrsplanung, die an der Verminderung von Luft- und Lärmbelastung orientiert wird
- eine Verlagerung oder die Emissionsminderung bei gesundheits- und umweltgefährdenden Betrieben.

Träger der 309 Gesundheitsämter in der Bundesrepublik sind zum Teil Bundesländer: Rheinland-Pfalz, Saarland, Bayern (Ausnahmen sind hier München, Nürnberg und Augsburg), Baden-Württemberg (Ausnahme hier Stuttgart). Kommunale Gesundheitsämter, bei denen die Trägerschaft in der Hand einer Stadt, eines Landkreises oder eines Zweckverbandes liegt, findet man in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

Entsprechend dieser föderalen Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) differieren Kompetenzverteilung und Organisationsstruktur der Gesundheitsämter erheblich. Das Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf, um bei einem Beispiel zu bleiben, sieht seine Aufgabe darin, »zum Schutz der Umwelt vor dem Menschen

für den Menschen und seine Gesundheit tätig« zu sein (BMJFFG, 1982). Aufgabenbereiche dieses Gesundheitsamtes im einzelnen sind:

- Aufsicht und Überwachung im Gesundheitswesen
- Umwelthygiene (gesundheitlicher Umweltschutz)
- Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln, sonstigen Bedarfsgegenstände und Giften
- Seuchenhygiene
- sozialhygienische Dienste
- jugendärztlicher Dienst
- Beratung und Betreuung Behinderter
- zahnärztlicher Dienst
- Gutachtenwesen und Zentrallabor.

Das Gesundheitsamt wird in diesen Bereichen beratend tätig und hat Mitsprachefunktionen. Vor allen Dingen die Mitarbeit in anderen Kommissionen kann im Prinzip zu einer Prüfung auf Gesundheitsverträglichkeit bei kommunalen und industriellen Projekten ausgebaut werden. Entscheidungen in Gesundheits- und Umweltfragen sind politische Entscheidungen und erfordern durchsetzungswillige und starke Koalitionen. Der ÖGD könnte durch seine Kompetenz dazu beitragen, solche Koalitionen auf kommunaler Ebene zu schaffen (RSU, 1987: TZ. 1940).

Zu den ursprünglich gesundheitspolizeilichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes treten heute neben Aufgaben der Gesundheitsfürsorge auch solche der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitserziehung. Die 50. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) beschlossen am 10. Dezember 1982 in Berlin, der Gesundheitserziehung als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine größere Bedeutung beizumessen. Die GMK-Entscheidung weist den Gesundheitsämtern für die Gesundheitserziehung eine Richtlinienkompetenz zur Weiterentwicklung und eine Schlüsselfunktion bei der Koordination der unterschiedlichen Maßnahmen auf Gemeinde- und Kreisebene zu. Man ging davon aus, daß die sonstigen Aufgaben des Gesundheitsamtes dieses befähigen, gemeindenahen, präventiv orientierte gesundheitserzieherische Aktivitäten zu initiieren und zu koordinieren.

Voraussetzung dieser Rolle eines Initiators und Koordinators auf regionaler Ebene ist, daß das Gesundheitsamt als kompetenter Gesprächspartner durch andere Träger akzeptiert wird und längerfristige Konzepte auf der Grundlage örtlicher Probleme, Strukturen und Bedürfnisse erarbeiten kann (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, 1986, S. 9).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) befragte 1986 30 Gesundheitsämter, inwieweit sie bereits jetzt in der Gesundheitserziehung Funktionen übernehmen. Unten stehende Tabelle zeigt, daß die Gesamtheit der 30 Ämter eine große Bandbreite gesundheitserzieherischer Handlungsmöglichkeiten abdeckt. Dabei finden gesundheitserzieherische Aktivitäten für Personengruppen statt, zu denen die Gesundheitsämter traditionsgemäß Zugang haben. Gesundheitserziehung wird in Themenbereichen und Arbeitsfeldern betrieben, die

ebenfalls mit den traditionellen Aufgaben der Ämter korrespondieren. Als Neuland für die meisten Gesundheitsämter erweist sich jedoch die Initiierungs- und Koordinierungsaufgabe.

Wichtigstes Instrument des Gesundheitsamtes bei der Koordinierung und Initiierung von gesundheitserzieherischen Maßnahmen können örtliche oder regionale Arbeitsgemeinschaften sein. Die Befragung der BZgA ergab, daß die regionalen Arbeitsgemeinschaften zwischen sechs und 42 Mitgliedern auf freiwilliger Basis haben. Ziele der Arbeitsgemeinschaften sind, das unkoordinierte Nebeneinander zu überwinden, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, die gesundheitserzieherischen Angebote in quantitativer und qualitativer Hinsicht zu verbessern, Kontakte und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen zu gründen, gemeinsame Broschüren zu publizieren, Projekte zur wohnortnahen, kooperativen und kontinuierlichen Versorgung von Rheumakranken zu initiieren.

Voraussetzung eines Erfolgs derartiger regionaler Arbeitsgemeinschaften ist erstens eine klare Zielsetzung, zweitens eine eingeschränkte Fragestellung und drittens ein überschaubarer Kreis der Kooperationspartner (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, 1986). Der Bedarf an Koordination ist unbestritten. Nur ob das Bedürfnis nach Koordination bei den unterschiedlichen örtlichen Trägern gesundheitserzieherischer Maßnahmen auch vorhanden ist, bleibt zu klären. Schließlich besteht die Gefahr einer Vereinnahmung und Bevormundung durch das Gesundheitsamt.

Das Gesundheitsamt wird jedoch nicht nur als Träger gesundheitserzieherischer Aufgaben gesehen. Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen weist darauf hin, daß aufgrund des gegenseitigen Bezugs von Umweltpolitik und Gesundheitspolitik es empfehlenswert ist, die Gesundheitsämter zu Fachbehörden des gesundheitlichen Umweltschutzes weiter zu entwickeln.

Hierzu empfiehlt er eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsämtern, um eine Grundlage für die bessere Abklärung der Zusammenhänge zwischen Schadstoffbelastungen und Erkrankungen zu erarbeiten. Ebenso empfiehlt der Rat eine intensive Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den staatlichen Gewerbeärzten, eine konzertierte Aktion auf regionaler Ebene, also nicht nur in Fragen der Gesundheitserziehung, sondern auch in Fragen der Ursachenforschung von Gesundheitsgefahren in der Umwelt und Arbeitswelt (RSU, 1987).

So könnte es nicht nur Aufgabe des Gesundheitsamtes sein, verunreinigte Lebensmittel aus dem Verkehr zu ziehen, sondern die Quellen der Kontamination zu ermitteln und künftige Verunreinigungen zu verhindern (RSU, 1987, TZ 1805). Das Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf ist insofern dafür ausgerichtet, als daß es ein Zentrallabor zu seiner Verfügung hat. Bei den meisten anderen Gesundheitsämtern wird das Problem darin liegen, daß sie nicht über die technische Ausrüstung verfügen, um Ursachenforschung bezüglich Gesundheits- und Umweltgefahren zu betreiben.

Tab.1-39: Im Zusammenhang mit der Planung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen der Gesundheitsämter genannte Themen, Zielgruppen, Methoden und Arbeitsfelder

Von den Ämtern . . .			
	... häufig	... vielfach	... vereinzelt angegebene
Themen	Ernährung Übergewicht Zahngesundheit	Umweltthemen AIDS Gesundheit des (Klein-) Kindes	Impfen Sport, Bewegung Sucht, Drogen, Alkohol, Rauchen »Gesundheitserziehung, -förderung« Herz-Kreislauftrisiken, Geschlechtskrankheiten
Zielgruppen	»Allgemeinbevölkerung« Kinder	Jugendliche Schüler Lehrer Besucher des Amtes Eltern	Familien Mütter, werdende Mütter und Väter Erzieher/innen Risikofaktorenträger (Übergewichtig, Raucher.) Chronisch Kranke und Angehörige Psychisch Kranke und Angehörige Behinderte und Angehörige Senioren Prostituierte Ausländer, Asylbewerber Gesundheitsberufe Selbsthilfegruppen Mitarbeiter in sozialen Diensten Bewohner eines Stadtteiles Mitarbeiter des eigenen Amtes Betriebsangehörige Entscheidungsträger
Methoden	Beratung Vorträge Gesundheitstage -wochen, Aktionen Ausstellungen	Gruppenarbeit Kurse Verteilen von - Broschüren - Zahnputzsets - etc.	Unterricht Projektwochen Fortbildung Wettbewerbe, Preisausschreiben Spiele Theater, Zirkus, Elternabende Filmvorführungen
Arbeitsfelder	»Öffentlichkeitsarbeit« Kindergarten Schule	Gesundheitsamt	Soziale Dienste Regionale Arbeitsgemeinschaft Arbeitskreise Jugendeinrichtungen, Erwachsenenbildung Verwaltung, Betriebe, Stadtteile, Heime

Quelle: M. Lehmann/M. Zachial: Zur Umsetzung der GMK-Entschließung »Gesundheitserziehung und öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)« vom Dezember 1982

Voraussetzung für das Gesundheitsamt, diese Tätigkeiten wahrzunehmen, ist ein Umweltlabor. Der Beschluß des Bundesgesundheitsrates vom 2. Sept. 1976 sieht vor, »unter Beachtung einer sinnvollen Arbeitsteilung unter den für den Umweltschutz zuständigen Untersuchungsanstalten und sonstigen Facheinrichtungen soll das Gesundheitsamt in der Lage sein, bestimmte einfache orientierende Untersuchungen durchzuführen«. Das Umweltlabor hätte eine »Grobfilterfunktion«, seine Ergebnisse würden dazu dienen, auf eventuelle Mißstände aufmerksam zu machen und andere Behörden zu weiteren Schritten aufzufordern.

Die Untersuchungsergebnisse des Umweltlabors können als Unterlagen zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung bei Planung, Projektierung und Begutachtung dienen. Anzusprechen sind vor allen Dingen die Bereiche Raumordnung, Siedlungs- und Städtehygiene, Regionalplanung und Landschaftsgestaltung sowie der Wasser- und Gewässerschutz, feste und flüssige Abfallstoffe, Luftreinhaltung, Lärmbekämpfung und Gemeinschaftseinrichtungen (BMJFFG [Hrsg.], 1982).

Zusammenfassend läßt sich zu den denkbaren Trägern einer präventiv ausgerichteten Gesundheitspolitik auf Gemeindeebene sagen, daß die bisherigen Ergebnisse den Verdacht nahelegen, daß weder ausreichende Kompetenz, noch angemessene Organisationsstrukturen, noch genügend finanzielle Ressourcen bereitstehen.

4.1.3 Betriebsebene

Die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) bemüht sich im Schwerpunkt um die Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, weniger um die Prävention arbeitsbedingter Krankheiten (HAUSS u.a., 1980).

Die Gewerbeaufsichtsämter überwachen als Landesbehörde die Einhaltung der Gewerbeordnung. Während das Gesundheitsamt sich ausschließlich um mögliche Anrauerbelastungen, also im Prinzip um Gewerbehygiene nach außen bemüht, obliegt die Gewerbehygiene nach innen dem gesundheitlichen Arbeitsschutz. Die Gewerbeärzte sind meist dem traditionellen Arbeitsschutz verpflichtet, das bedeutet der Schutz des Menschen vor kau-

sal nachgewiesenen technischen und stofflichen Gefahren. Psychosoziale Belastungen werden bis dato damit meist ebenso vernachlässigt wie die Entstehungszusammenhänge arbeitsbedingter Erkrankungen.

Der betriebsärztliche Dienst hat nach § 3 Abs. 3c Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) die Aufgabe, »Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen«. Die Betriebsärzte sind jedoch ökonomisch, juristisch und sozial eher vom Arbeitgeber abhängig. Es steht zu vermuten, daß zudem die meisten dem traditionellen gesundheitlichen Arbeitsschutz verbunden sind, was dazu führen kann, daß nur ein Problemausschnitt der betrieblichen Gesundheitsgefährdung wahrgenommen wird.

Nach § 90 und § 91 Betriebsverfassungsgesetz hat der Betriebsrat ein Mitbestimmungsrecht bei der Gestaltung der Arbeitsplätze. Hierüber hinaus eröffnet § 87 Abs. 1 Nr. 7 Betriebsverfassungsgesetz (BVG) in Verbindung mit § 120 a Gewerbeordnung einen Spielraum für die Mitbestimmung des Betriebsrates in Fragen des Arbeitsschutzes. Die Formulierung der §§ 90 und 91 BVG war bereits restriktiv abgefaßt (ZÖLLNER, 1973). Die Entscheidungen des BAG haben die rechtliche Position des Betriebsrates in bezug auf seine Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte im Arbeitsschutz zusätzlich eingegrenzt und das Prozeßrisiko erhöht (FORSCHUNGSVERBUND, 1987). Daher kann mit einer offensiveren Nutzung dieser Bestimmungen und einer aktiveren Rolle des Betriebsrates auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes in naher Zukunft nicht gerechnet werden.

Die Durchsetzungskraft des Betriebsrates wird zudem im Vorfeld bereits geschwächt. Als gesundheitsriskant werden nur eindeutig zugeordnete, im Rahmen staatlicher Normen nach einem dem Problem nicht immer angemessenen Forschungskonzept ermittelte Faktoren berücksichtigt. Hinzu tritt, daß das Thema Gesundheit im Betrieb im Verhältnis zu Lohn und Erhaltung der Arbeitsplätze sowohl für den Betriebsrat als auch für die Beschäftigten oft nur an zweiter Stelle wichtig ist.

Ursachenorientierte Prävention in der Arbeitswelt greift unmittelbar in die Interessen der Unternehmen ein. Werden Maßnahmen hier getroffen, dürften sie weniger Ergebnis gesundheitspolitischer Rationalität auf der Basis eines epidemiologischen Nachweises arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken sein, als vielmehr das Ergebnis eines »politischen Aushandlungsprozesses« (HAUSS, 1985, S. 26). Die Möglichkeiten der Krankenkassen, eine ursachenadäquate Prävention in den Verhandlungsprozessen durchzusetzen, sind schwierig einzuschätzen, auch wenn die GKV durch das Gesundheitsreformgesetz nun die formale Kompetenz hat, auf die Behebung gesundheitsriskanter Faktoren hinzuwirken (§ 20 GRG).

Strategien, die zur Realisierung von verursachungsorientierter Gesundheitspolitik auf »Mobilisierung der Selbstverwaltung« und »Mobilisierung der Versicherten durch die Selbstverwaltung« setzen, stehen in Gefahr, durch die Selbstverwaltung abgefiltert zu werden (GÖCKENJAN, 1979, S. 19). In diesem Sinne kann die paritätische Besetzung der

Selbstverwaltungsorgane mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern als ein Problem auf dem Weg zu einer effizienten ursachenadäquaten Prävention durch die GKV gelten.

Die Arbeitnehmer sind nicht nur Objekte des gesundheitlichen Arbeitsschutzes, auch wenn weder direkte Partizipation noch autonome Belastungsartikulation in den formellen Strukturen vorgesehen ist (ROSENBROCK, 1984). Gerade chronische Erkrankungen sind durch langfristige Verläufe, die unterhalb der Inanspruchnahmeschwelle von medizinischen Leistungen bleiben, gekennzeichnet. Die oft verschüttete Kompetenz der Betroffenen kann funktional in das Arbeits- und Gesundheitssystem integriert werden (HAUSS, 1985; FORSCHUNGSVERBUND, 1987).

Hierzu bedarf es einer Förderung und Sensibilisierung der Beschäftigten, denn Gesundheitsverschleiß durch Arbeit wird vielfach als »normal« akzeptiert und aufgrund der schichten- und lebenslagenspezifischen Artikulationsfähigkeiten (ABHOLZ, 1981) äußern sich die besonders hoch Belasteten auch besonders selten (ROSENBROCK, 1984). Der »erlernten Hilflosigkeit« bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz kann durch pädagogisch gestützte gruppenspezifische Ansprache und Information über Erfolge begegnet werden (ROSENBROCK, 1984).

4. 2 Evaluation einiger aktueller Präventionsansätze der GKV

Die präventiven Maßnahmen der GKV lassen sich nach ihrem personalen oder sozialen Ansatz unterscheiden. Der personale Präventionsansatz richtet sich auf verhaltensbedingte Krankheiten und Risikofaktoren im persönlichen Lebensstil. Er betont die Verantwortung und Entscheidungskompetenz des Einzelnen. Durch kognitive und/oder verhaltenstherapeutisch orientierte Strategien werden langfristige Verhaltensänderungen angestrebt. Untersuchungen zur schichtspezifischen Mortalität und Morbidität zeigen Risikokonzentrationen in den unteren Sozialschichten. Risikogruppenorientierte Aktionsprogramme, zumindest bestimmte Teilnahmehäufigkeiten der Mitglieder von Risikogruppen, sind ebenso wie langfristige gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen ein Erfolgskriterium für verhaltenspräventive Maßnahmen. Personale Prävention kann zudem das Bewußtsein für die strukturellen Ursachen gesundheitsriskanter Lebensstile schärfen und hierüber hinaus den Grundstein einer Interessenmobilisierung für gesundheitsverträgliche Lebens- und Arbeitsbedingungen legen.

Zielrichtung des sozialen Präventionsansatzes sind die gesellschaftlich-strukturellen Krankheitsursachen. Es geht um die Verringerung oder Vermeidung von Risikofaktoren in der sozialen und ökologischen Umwelt sowie in der Arbeitswelt. Arbeitswelt und soziale Umwelt als Entstehungsbereiche von Risikofaktoren beeinflussen die schichtspezifische Variation von Mortalität und Morbidität.

Tab.1 - 42: *Beteiligung der Anspruchsberechtigten an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen*

- Frauen und Männer - insgesamt 1972 bis 1985 (Inanspruchnahme in % der Berechtigten)

Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	LKK	See-kasse	Bundesknapps.	EAN	EAR
Frauen insgesamt									
1972	26,49	17,71	25,11	23,76	5,72	32,38	14,16	36,85	52,13
1973	-	20,46	27,89	29,72	25,37	35,26	17,38	-	-
1974	31,41	23,77	27,36	37,95	30,27	46,60	19,82	64,39	49,53
1975	35,10	29,15	28,60	39,09	31,61	35,58	17,30	65,29	52,34
1976	35,27	27,80	32,30	40,04	32,90	37,63	21,01	57,72	52,67
1977	35,70	28,33	32,34	38,47	32,16	38,92	22,34	61,40	52,24
1978	35,03	26,88	36,14	40,08	30,43	28,80	20,04	59,63	50,76
1979	33,54	26,65	33,38	45,06	28,65	30,03	16,99	54,85	46,35
1980	32,12	25,64	27,98	30,97	28,91	27,40	21,68	53,93	46,56
1981	31,15	25,46	31,12	33,36	27,07	28,78	23,11	43,15	38,58
1982	30,57	24,88	31,05	33,47	27,17	28,76	20,94	42,56	37,62
1983	30,91	24,66	32,50	36,59	26,91	28,10	20,97	42,52	37,42
1984	29,88	23,95	31,96	34,50	26,07	26,74	20,83	38,62	36,27
1985	31,08	24,66	33,74	33,73	26,60	29,72	18,47	40,05	38,68
Männer insgesamt									
1972	10,78	8,09	10,24	7,66	1,35	6,87	10,78	14,21	22,49
1973	12,65	9,73	10,99	9,88	6,21	9,13	12,58	17,82	24,17
1974	14,41	11,72	11,82	14,81	8,43	12,14	13,69	19,73	24,89
1975	16,56	13,92	16,42	13,68	8,42	12,43	12,53	20,18	26,38
1976	16,12	12,79	17,75	11,42	8,99	17,75	16,09	20,28	26,14
1977	18,11	14,97	18,39	15,88	8,69	18,92	14,79	24,78	27,79
1978	17,26	13,62	18,88	18,91	8,87	17,62	13,72	24,06	26,60
1979	15,73	13,13	16,73	16,06	9,21	25,17	13,42	17,82	21,72
1980	13,37	10,52	12,76	13,94	7,27	5,54	13,75	17,36	21,82
1981	14,81	12,79	13,57	14,38	7,31	13,28	13,63	16,18	21,30
1982	13,94	11,75	12,86	15,29	7,93	11,08	13,89	14,74	19,63
1983	13,28	10,94	12,96	9,25	7,65	10,45	12,81	16,53	18,69
1984	10,94	7,48	13,59	11,74	7,22	10,54	12,57	15,05	17,81
1985	11,08	7,84	14,58	10,73	6,98	10,40	8,37	15,55	17,73

Quelle: Die Krankenversicherung, 2/1987; S.36

4.2.1 Früherkennung

Im Bereich der Krankheitsfrüherkennung (zur grundsätzlichen Beurteilung siehe Punkt 2.5) wurden die Krankenkassen bereits frühzeitig präventiv tätig. Seit 1971 räumt § 181 RVO den Versicherten einen Anspruch auf Krankheitsfrüherkennung ein. Bereits oben wurde angeführt, daß man davon ausgehen muß, daß die Krebsinzidenz sich umgekehrt proportional zur sozialen Schicht verhält. Die Teilnehmerstruktur bei Früherkennungsmaßnahmen ist daher, die Effektivität der Maßnahmen vorausgesetzt, entscheidendes Kriterium für die Effizienz von Massenscreenings auf bestimmte Krebsarten.

- Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Im statistischen Durchschnitt nahmen 1985 91,33% der berechtigten Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U8 teil. Damit verbesserte sich die Inanspruchnahmequote gegenüber dem Vorjahr trendmäßig nochmals um 1,5%. Die Teilnahmehäufigkeit nimmt von der dritten bis zur achten Untersuchung von 97,9% auf 76,08% ab. Die Untersuchungen U1 (unmittelbar nach der Geburt) und U2 (vom dritten bis zum zehnten Lebensjahr) werden aufgrund geänderter gesetzlicher Bestimmungen seit dem 1. Januar 1982 nur noch unzureichend erfaßt.

- Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen

1985 nahmen nur 31% der Frauen im Alter ab 20 Jahren an Früherkennungsuntersuchungen teil. Damit werden erstmals seit 1977 wieder Zuwächse (1,2%) gemeldet. Die höchsten Inanspruchnahmequoten verzeichnen die Angestelltenkassen mit 40,05%; die niedrigste die Bundesknappschaft mit 18,47% und die Ortskrankenkassen mit 24,66%. Während bis zum 50. Lebensjahr die Beteiligungsquoten altersabhängig ansteigen, sinken sie für Frauen über 50 Jahren deutlich ab (vgl. Tabellen 1-42 bis 1-44).

Tab.1-40: *Beteiligung der Anspruchsberechtigten an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder GKV insgesamt 1972 bis 1985 - Inanspruchnahmequoten in % der Berechtigten -*

Jahr	%	Jahr	%
1972	53,55	1979	81,76
1973	61,10	1980	84,04
1974	64,34	1981	85,79
1975	68,14	1982	87,70
1976	74,29	1983	88,69
1977	76,08	1984	89,75
1978	79,06	1985	91,33

Wegen der ab 1.1.1982 unzureichenden Datenbasis für die Untersuchungen U1 und U2 beziehen sich die ab 1982 ausgewiesenen Durchschnittswerte nur auf die Untersuchungen U3 bis U8.

Quelle: Die Krankenversicherung, 2/1987, S. 37/38

Tab.1-43: Krebsfrüherkennung (Männer - 1983)

Wohnbevölkerung, GKV-Versicherte, Teilnehmer an den Früherkennungsuntersuchungen und Beteiligungsraten in Prozent nach Alter, alle Untersuchungen

Alter	Wohnbevölkerung in 1000	GKV-Versicherte ² in 1000	Quotient B/A	Teilnehmer in 1000	Rate in % D/A	Rate in % E/C
	A	B	C	D	E	F ⁴
15 - 19	2705,5	2503	0,93	0,462	0,02	0,02
20 - 24	2609,4	} 3609	0,75	3,298	0,13	0,17
25 - 29	2302,7			9,347	0,41	0,55
30 - 34	2186,5	} 3331	0,81	19,065	0,87	1,07
35 - 39	1916,0			27,057	1,41	1,74
40 - 44	2458,6	} ³ 4169	0,89	2176,2	2,86	3,21
45 - 49	2250,9			1992,8	0,89	161,868
50 - 54	1841,1	} 3180	0,93	174,753	9,49	10,20
55 - 59	1572,2			200,528	12,75	13,71
60 - 64	1260,6	1077	0,85	191,606	15,20	17,88
65 u älter	3166,0	3166	1,00	363,394	11,48	11,48
insgesamt	24269,5	21124	0,87	1221,882	5,03	5,78
älter als 45 Jahre	10090,8	9415,8	0,93	1092,149	10,82	11,63

Tab.1-44: Krebsfrüherkennung (Frauen - 1983)

Alter	Wohnbevölkerung in 1000	GKV-Versicherte ² in 1000	Quotient B/A	Teilnehmer in 1000	Rate in % D/A	Rate in % E/C
	A	B	C	D	E	F ⁴
15 - 19	2550,8	2421	0,95	57,356	2,25	2,37
20 - 24	2461,2	} 3939	0,85	691,162	28,08	33,04
25 - 29	2171,5			753,993	34,72	40,85
30 - 34	2092,2	} 3397	0,87	775,340	37,06	42,60
35 - 39	1831,6			706,983	38,60	44,37
40 - 44	2332,7	} 4187	0,93	902,781	38,70	41,61
45 - 49	2157,4			858,498	39,79	42,78
50 - 54	1816,7	} 3723	0,99	605,141	33,31	33,65
55 - 59	1950,1			535,995	27,54	27,82
60 - 64	1921,7	1639	0,85	448,652	23,35	27,47
65 u älter	5910,5	5637	0,95	574,781	9,72	10,23
insgesamt	27196,4	24943	0,92	6912,577 ⁵	25,42	27,63
älter als 20 Jahre	24645,6	22522	0,91	6854,326	27,81	30,56

Anmerkungen zu den Tab. 1-43 und 1-44: 1) Statistisches Bundesamt Wiesbaden (1985): Statistisches Jahrbuch 1985; 2) Statistisches Bundesamt Wiesbaden (1983): Fachserie 12, Reihe 1: Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung 1982, Tabelle 1.3 (Pflicht- und freiwillig Versicherte, als Rentner und als Familienangehörige Versicherte bei RVO- und Ersatzkassen); 3) Teilung der Grenzen der 40-49jährigen entsprechend der prozentualen Verteilung in der Wohnbevölkerung 4 250 Fälle ohne Altersangabe; 4) Spalte F gibt die altersspezifischen Beteiligungsraten für die GKV-Population an; 5) 885 Fälle ohne Altersangabe;

Quelle: ZI (Hrsg.), 1986, S. 21/22

Tab.1-41: *Beteiligung der Anspruchsberechtigten an den Früherkennungsmaßnahmen für Kinder GKV insgesamt 1985 - Inanspruchnahme in % der Berechtigten*

Untersuchungen bei Kindern	GKV insgesamt
U3	97,90
U4	98,17
U5	95,93
U6	93,39
U7	87,68
U8	76,08
U3 bis U8	76,08
Zusammen	91,33

Quelle: Die Krankenversicherung, 2/1987, S. 37/38

- Früherkennungsuntersuchung bei Männern

Gut elf % der Männer über 45 Jahre nahmen das Angebot einer Früherkennungsuntersuchung 1985 wahr. Die höchste Inanspruchnahmequote hatten die Arbeiter- (17,73 %) und Angestelltenersatzkassen (15,55 %); die niedrigste die landwirtschaftlichen Krankenkassen (6,98 %) und die Ortskrankenkassen (7,84 %). Die Teilnahmehäufigkeit der Männer an Früherkennungsuntersuchungen liegt deutlich unter derjenigen der Frauen. Sie steigt bei den Männern mit dem Alter an (vgl. Tabellen 1-42 bis 1-44).

Längsschnittdaten ergänzen dieses Bild niedriger Inanspruchnahmequoten der Screenings. 1981 hatten 24% der Frauen ab 20 Jahren und 40% der Männer ab 45 Jahren noch nie an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen (KIRSCHNER, 1985).

Die Aufdeckung von Krebserkrankungen im Frühstadium ist nur für bestimmte Lokalisationen möglich. Nur der kleinere Teil der Krebserkrankungen wird durch die Untersuchungen erfaßt: Bei großzügiger Auslegung für Frauen 48,9% und für die Männer 24,4% der zum Tode führenden Erkrankungen (BMFT, 1983).

Die Untersuchungen zum Krankheitspanorama und zur schichten- und gruppenspezifischen Morbidität und Mortalität deuten darauf hin, daß das Risiko, an Krebs zu erkranken, erstens mit dem Alter ansteigt und sich zweitens umgekehrt proportional zur sozialen Schicht verhält (Ausnahme, das Mammakarzinom) (vgl. Ausführungen Punkt 1.1).

Teilnahmehäufigkeit und Struktur der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen mindern die immerhin mögliche Effektivität der Programme. Es nehmen insgesamt zu wenig Menschen, vor allem zu wenige Angehörige von Risikogruppen, an den Untersuchungen teil. Vor allem erscheinen Screenings bei speziellen Risikopopulationen oft ein probateres Mittel zu sein als Massenscreenings. Die Aufhebung institutioneller Barrieren wie Berechtigungsscheine wird daher dringend angeraten (BERGHOF/FLATTEN, 1987), reicht aber keinesfalls aus. Die Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung könnten zudem nicht ausschließlich bei niedergelassenen Ärzten, sondern bei denjenigen Personen oder Institutionen angeboten werden, die einen direkten Zugriff garantieren können. Empfohlen wird z. B., daß wenn der Patient den Arzt ohnehin aufsucht bzw. von Institutionen erfaßt wird, die in

der Lage sind, entsprechende diagnostische Untersuchungen durchzuführen, diese Untersuchungen auch auszuführen. Zahnärzte können z. B. bei der Suche nach Rachen- und Kehlkopfkrebs helfen. Die Musterungsuntersuchungen der Bundeswehr können zur Fahndung nach Hodenkrebs genutzt werden (BMFT 1983).

Eine schichten- und lebenslagenbezogene Gesundheitspolitik wird die Leistungen an die Betroffenen heranzutragen suchen. Wie bereits erwähnt, erkrankten Frauen der Unterschicht sechs- bis achtmal so häufig am Cervix-Karzinom (HUSAIN, 1977). Gerade die Angehörigen der Risikogruppen nehmen wiederum wesentlich seltener an den Früherkennungsuntersuchungen teil (WAKEFIELD/SAMSON, 1973).

Durch den Besuch von Health-Visitors, die den Frauen den Nutzen der Untersuchungen erklärten und ihnen die Angst zu nehmen versuchten, gelang es in Aberdeen, die Teilnahmequote der Unterschichtfrauen auf 84 % zu heben (MCGREGOR u.a., 1966). In einem anderen Projekt wurden die Abstriche von dazu ausgebildeten Krankenschwestern zu Hause abgenommen. Aufgrund des fehlenden gynäkologischen Stuhls waren die Abstriche möglicherweise von medizinisch geringerer Qualität. Da durch diese selbstverständlich freiwillige Maßnahme viermal mehr positive Befunde ausfindig gemacht wurden als beim normalen Screening, scheint dies durch die höhere Beteiligung akzeptierbar (OSBORN u.a., 1966).

4. 2. 2 Gesundheitsberatung durch Ärzte

Ausgehend von der Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit, wollen die Ärzte mit der Gesundheitsberatung »Hilfe zur Selbsthilfe«, anbieten. Im Modellversuch »Gesundheitsberatung durch Ärzte« wurden die 30- bis 50jährigen Mitglieder von den sechs am Modellversuch beteiligten Ersatzkassen zu maximal drei Gesundheitsberatungen zu den Themen Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, gesundheitsgefährdender Streß und Bluthochdruck eingeladen. 18,1 % nahmen mindestens einen Beratungstermin wahr, davon nutzen 26% auch die Möglichkeit einer Zweitberatung. Rund 30 % der an einer Beratung teilnehmenden Versicherten wiesen keinen Risikofaktor auf, ein Drittel ist mit einem Risikofaktor belastet und ein weiteres Drittel mit zwei oder mehreren Risikofaktoren. Verhaltensänderungen wurden drei bis zwölf Monate nach der Beratung erfragt. Erfolge wurden bei Rauchern und Übergewichtigen festgestellt. Bei Rauchern z. B. lag nach drei Monaten die Erfolgsquote bei 40% und ein Jahr später bei 20%. Raucher, die das Angebot einer Gesundheitsberatung durch den Arzt nicht wahrnahmen, gewöhnten sich zu acht % das Rauchen ab (ZI [Hrsg.], 1988).

Die Ärzte selber hegen Zweifel an der Effektivität einer Gesundheitsberatung vor allem aufgrund mangelnder Motivation der Versicherten (Non-compliance). Außerdem wird als Problem thematisiert, inwieweit Risikogruppen überhaupt angesprochen werden können (ZI [Hrsg.], 1988, S.233 ff).

Das Präventionsangebot einer Gesundheitsberatung durch den Arzt richtet sich überwiegend an Angehörige der Mittelschichten. Angehörige der unteren sozialen Schichten, das läßt der methodisch nicht vergleichbare

Gesundheitsberatungsversuch durch Ärzte bei der AOK-Mettmann (Inanspruchnahmequote 4,6 %) vermuten (BMA [HRS.G.], 1985, BAND 2), nehmen dieses Angebot seltener wahr. Da als Zielgruppen für Prävention, aufgrund der Risikoverteilung, vor allem die gewerblichen Arbeitnehmer und die Angehörigen unterer sozialer Schichten gelten, greift dieser mittelschichtorientierte personale Präventionsansatz nicht weit genug.

Ergänzend ist zu bemerken, daß die individuelle Präventionsberatung in der Arztpraxis nicht notwendig durch den Mediziner selbst erbracht werden muß, wie das Beispiel der individuellen zahnärztlichen Primärprophylaxe in anderen Ländern (USA; Schweiz) zeigt. Dort werden diese Aufgaben mit Erfolg durch zahnmedizinische Fachhelfer/innen bzw. Prophylaxehelfer/innen erbracht (SVA KA, 1987, S. 135ff). Qualitätsgesichtspunkte stehen, wie die Erfahrungen in diesen Ländern zeigen, dem Einsatz von Prophylaxehelfer/innen nicht entgegen. Von der Kostenseite betrachtet, bedeutet ihr Einsatz erhebliche Einsparungen. Die Preisvorstellungen für eine Prophylaxesitzung bei einem Zahnarzt schwanken zwischen 200 bis 300 DM, für eine halbstündige Prophylaxesitzung mit zahnmedizinischen Fachhelfer/innen werden 50 DM veranschlagt (vgl. hierzu SVA KA, 1987, S. 138). Eine ähnliche Vorgehensweise ist vorstellbar bei der Beratung zur Streßprophylaxe, Ernährungsproblemen, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkoholkonsum.

Geht es um Aufklärung und Wissensvermittlung, reichen u.U. zielgruppenadäquate Broschüren oder andere Medien. Soll das Wissen über verhaltenstherapeutisch orientierte Kurse und Beratungsgespräche umgesetzt werden, sind sicherlich nicht nur Ärzte die geeigneten Multiplikatoren. Eine Schlüsselrolle nehmen Ärzte ein, wenn es darum geht, Menschen mit erhöhtem Risikostatus für solche Kurse zu interessieren. Angebotene Kurse auf Gemeinde- und Betriebsebene bauen auf freiwilliger Teilnahme auf. Selbst bei zielgruppenspezifischer Ausgestaltung wirkt dies als ein Selektionsinstrument für schichtspezifische Nutzung. Die Autorität des Arztes und das mögliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sind für die Überweisung der eigentlichen Problemgruppen in Kurse und Beratungsgespräche entscheidend wichtig (GÖCKENJAN, 1979).

4.2.3 Präventionsprogramme auf Gemeindeebene

Neben der individuellen Gesundheitsberatung in der Arztpraxis sind generelle Gesundheitsberatung und -erziehung Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen. Die AOK bietet ihre Programme auf Gemeindeebene in Kooperation mit den lokalen Gruppen (Volks-hochschule, Sportvereine, eigene Gesundheitszentren, Selbsthilfegruppen) an. Informationskampagnen, themenbezogene Veröffentlichungen und Aktionswochen sowie die Durchführung von verhaltenstherapeutisch orientierten Kursprogrammen zur Raucherentwöhnung, Bewegungstraining, Ernährungsberatung und Streßbewältigung, sind die wichtigsten verhaltenspräventiven Maßnahmen auf Gemeindeebene.

Ein Modellversuch der AOK-Mettmann zielte auf Verhaltensmodifikationen insbesondere Übergewichts-, Raucherentwöhnungskurse und Antistressprogramme. Die Kurse basieren auf verhaltenstherapeutischen Konzeptionen, werden dezentral angeboten und richten sich an bestimmte Risikogruppen. Damit gehen sie weit über das übliche Angebot unverbindlicher Aufklärungskampagnen hinaus. Es geht nicht darum, die Menschen »umzuerziehen«, in gruppentherapeutischen Situationen und durch psychologische Einzelberatung soll die Eigenkompetenz der Betroffenen gesteigert werden und durch gruppengestützte Selbstkontrolle gesundheitsriskantes Verhalten abgebaut werden.

Die Kurse wurden unterschiedlich nachgefragt (besonders das Übergewichtsprogramm wurde stark frequentiert). Es nahmen in der Mehrzahl Personen teil, bei denen Maßnahmen zur Risikoreduktion auch dringend erforderlich waren. In allen Gruppen waren Frauen überproportional vertreten. Die Teilnehmer waren meist mittleren Alters zwischen 30 und 50 Jahren. In allen Programmen waren die Angehörigen der Mittelschicht am stärksten vertreten. Die langfristigen Erfolgsquoten der Kurse im Sinne einer stabilen Verhaltensänderung werden als »zufriedenstellend« bewertet (BMA [Hrsg.], 1985, BD.1).

»Der Gesundheitspark« oder »Zentrum für psycho-physische Gesundheitsvorsorge« in München wurde als Modelleinrichtung 1973 ins Leben gerufen. Er hat sich inzwischen so bewährt, daß sein ursprünglicher Modellcharakter überwunden ist. Er läßt sich im Gesamtfeld des Gesundheitssystems in der Lücke zwischen rein verbaler gesundheitlicher Wissensvermittlung und praktizierter Heilbehandlung ansiedeln. Gesundheitsvorsorge wird als Bildungsaufgabe begriffen, davon ausgehend, daß Verhaltensänderungen nur stattfinden, wenn der Lernende nicht nur mit Informationen konfrontiert wird. Er muß auch aktiv mit seinem affektiven und kreativen Potential in einen auf konkrete Erfahrungen abzielenden Lernprozeß einbezogen sein.

Aufgabenschwerpunkte des Gesundheitsparks liegen besonders in drei Wirkungsbereichen:

- Gesundheitsbildung und Gesundheitsvorsorge,
- Ergänzung und Erweiterung ärztlicher Therapiemaßnahmen,
- Nachsorge, Rehabilitation und Zweitprävention im Anschluß an ärztliche Therapien und Kuren.

Der Gesundheitspark stellte sich gleich zu Anfang keine unklaren Globalziele wie z.B. »Gesundheit zu verbessern« oder »Krankheiten zu verhüten«, sondern formulierte konkrete Lernziele:

- Die körperliche Funktionstüchtigkeit wiederherstellen und erhalten;
- sich bewußt entspannen und systematisch erholen können;
- verschüttete Gefühls- und Sinneskräfte wiedererlangen sowie Kreativität, Spontaneität und Sensitivität entfalten;

- soziale Beziehungen befriedigend gestalten können durch besseres Selbstwertgefühl und Gewinn von mehr Eigeninitiative, Kontakt- und Konfliktfähigkeit;
- durch Information und Beratung gesundheitliche Zusammenhänge begreifen können.

Hierzu werden Gymnastikkurse, kreative Angebote wie Töpfern, Malen, Rhythmus, Entspannung, Tanz usw. oder auch psychologisch ausgerichtete Kurse wie z.B. Selbstsicherheitstraining, Gespräche über Alltagsfragen, Beratung für Selbsthilfegruppen in offenen, also spontan zugänglichen oder in festen, für eine bestimmte Dauer laufenden Kursen angeboten. Hierüber hinaus schließt der Gesundheitspark ein Defizit in der ambulanten Versorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patienten durch vielfältige Angebote im Bereich der psychosomatischen Gruppenarbeit. Zu nennen sind hier beispielhaft Verhaltens-, Entspannungs- und Kontakttraining, Konfliktbearbeitung, Selbstsicherheitstraining und tiefenpsychologisch fundierte analytische Gruppenarbeit.

Der Gesundheitspark finanziert sich aus Zuschüssen der Stadt München, ergänzt durch Mittel des Freistaates Bayern für die Volkshochschule, Eintrittsgelder und Kursgebühren der Besucher und Krankenkassenerstattungen für therapiebegleitende Maßnahmen. Die öffentlichen Zuschüsse, die anfänglich bei 73 % lagen, sanken relativ bald. Im Jahre 1976 betragen sie 50 % und pendelten sich in den letzten Jahren, 1982 bis 1984, auf ca. 34 % ein (SCHMID-NEUHAUS, 1986; EBERLE, 1985).

Ein Ergebnis solcher Kurse oder Programme kann sein, daß Verhaltensprobleme im Gesamtzusammenhang ihrer auch sozialen Verursachung gesehen werden und die politischen Durchsetzungschancen sozialer Prävention sich verbessern. Problematisch bleibt, daß der Wirksamkeit einer Verhaltensprävention Grenzen gesteckt sind und die Gefahr einer reinen Umthematisierung der gesundheitsriskanten Arbeits- und Lebensbedingungen in Fragen des individuellen Lebensstils gegeben ist.

Untersuchungen zur Teilnahmestruktur an den Präventionsangeboten der AOK zeigen zudem eine Unterrepräsentanz der unteren sozialen Schichten und Dominanz der Mittelschicht (LEMKE, 1985, S.215ff; BMA (Hrsg.), 1985, BD. 1 S.67). Gerade Risikogruppen werden also zu wenig angesprochen. Als Ursachen für die stärkere Inanspruchnahme der Präventionsangebote durch die Mittelschicht gelten umfassenderes Gesundheitswissen, Informationsmöglichkeiten und positive Erfahrungen mit ärztlicher Versorgung (SCHMÄDEL, 1981). Eine Ausdifferenzierung der Angebote hinsichtlich Inhalt und Vermittlungstechnik, da die inhaltlichen Präventionsnachfragen ebenso wie angemessene kognitive und verhaltenstherapeutische Vermittlungstechniken schichtabhängig variieren, werden als ein Weg zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen durch Unterschichtsangehörige gesehen (LEMKE, 1985, S.220 ff).

4.2.4 Präventionsprogramme auf Betriebsebene

Die Betriebskrankenkassen richten ihre Programme auf betriebliche verhaltens- und verhältnisbedingte Problem-

bereiche wie z. B. Kantineernährung, Betriebssport, Rheuma am Arbeitsplatz, Nacht- und Schichtarbeit sowie Alkohol am Arbeitsplatz aus.

Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit einer betriebsbezogenen Gesundheitspolitik werden von den Betriebskrankenkassen betont. Erfolgskriterien für das betriebsbezogene Präventionsprogramm der Betriebskrankenkassen sind dabei, inwieweit es den Betriebskrankenkassen gelingt,

- Wissen um arbeitsplatzspezifische Belastungen und Risikostrukturen in konkrete Prophylaxeprogramme einzubringen;
- die Ausrichtung betriebsbezogener Programme auf konkret definierte Risikogruppen gelingt;
- die Handlungsspielräume der Beschäftigten, durch Arbeitszeitregelung und Reproduktionsbedingungen eingegrenzt, berücksichtigt werden;
- sozial-kulturelle Bedingungen, Traditionen und Vorurteile mit einbezogen werden;
- flankierende strukturelle Maßnahmen, z. B. Kantineessen und die Thematisierung der sozialen Krankheitsursachen, durchzuführen (HAUSS, 1985).

Ein solches Präventionskonzept der Betriebskrankenkassen, als integriertes Konzept einer Zusammenarbeit zwischen Arbeitsschutzsystem, Personalwesen und Arbeitsplatzgestaltung ist, da es die unternehmerische Gestaltungsautonomie berührt, aber nur bedingt durchsetzbar.

Das Modellprojekt »Herz-Kreislauf-Prävention für Betriebskrankenkassen« (WENGLE, 1988) wurde vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen initiiert und von 1985 bis 1987 mit Betriebskrankenkassen in Berlin und Kiel durchgeführt. Ziel war es, kassenartspezifische Möglichkeiten der Durchführung bestimmter Präventionsangebote zu erkunden. Speziell ging es darum, ob bei Präventionsprogrammen auf Betriebsebene die Nähe zur Arbeitswelt und zum Versicherten genutzt werden kann, um sonst schwer erreichbare Zielgruppen anzusprechen.

Es wurden Kurse zur Gewichtsreduktion, zum Abbau von Bewegungsmangel, zur Raucherentwöhnung und zur Streßbewältigung angeboten. Im Angebot überwiegen deutlich die Übergewichtskurse (61 von 94 Kursen). Bedeutsam dürfte hier das »Schlankheitsideal«, der Leistungsdruck der Betroffenen, die soziale Akzeptanz, etwas dagegen zu tun, und der unmittelbar wahrnehmbare Erfolg sein. Die geringe Nachfrage nach Raucherkursen (8) ist u. a. durch Nikotinabhängigkeit erklärlich. Bei Streßbewältigungskursen (9) hatte möglicherweise die Nähe zum Betrieb einen hemmenden Einfluß. Die Teilnahme an einem Kurs zur »Belastungsbewältigung« könnte als Eingeständnis gewertet werden, der täglichen Arbeit nicht mehr gewachsen zu sein.

Die Teilnehmer an den einzelnen Kursen gehörten meist tatsächlich einer Risikogruppe an. Zwei Drittel der Teilnehmer an Übergewichtskursen lagen über der medizinisch-kritischen Grenze von 20 % Übergewicht. 94 % der Teilnehmer an Raucherentwöhnungskursen waren starke bis sehr starke Raucher. Nach Einschätzung der Kurslei-

ter nahmen auch an Bewegungstraining und Streßbewältigungskursen die »richtigen Personen« teil.

Die Teilnehmer gehörten, wie schon bei den Präventionsangeboten der AOK Mettmann, im Schwerpunkt der mittleren Altersgruppe an und waren überdurchschnittlich häufig weiblich. Zwei Drittel der Teilnehmer waren Frauen, obwohl sie nach den Strukturdaten der Krankenkassen nur 14 bis 56 % der Betriebskrankenkassenmitglieder (ohne Rentner) stellen.

Nimmt man die Stellung im Beruf als groben Indikator für die Schichtzugehörigkeit, so waren die unteren und mittleren Mittelschichten am stärksten in den Kursen vertreten. Der Anteil angelernter Arbeiter ist mit 21 % im Vergleich zu sonstigen Veranstaltungen der Erwachsenenbildung relativ hoch. Besonderes Merkmal ist auch der hohe Anteil (80,2 %) der ganz oder halbtags Erwerbstätigen im Vergleich mit Kursen, die auf der Gemeindeebene angeboten werden.

Die Teilnahme der Schichtarbeiter mit durchschnittlich elf Prozent ist angesichts der nur lückenhaften Angaben zum Anteil der Schichtarbeiter kaum bewertbar. Eine Kasse bot einen Übergewichtskurs zu für Schichtarbeiter günstigen Zeiten an. Der deutlich erhöhte Anteil von Schichtarbeitern an den Kursteilnehmern (21 %) rechtfertigt solche speziellen, zielgruppenorientierten Angebote. Die Durchhaltequoten bei den Kursen liegen im »Erwartungsbereich«. Ganztags-erwerbstätige, die an den Betriebskrankenkassenkursen besonders häufig teilnehmen, brechen überdurchschnittlich häufig ab. Die Kursergebnisse werden als gut (Übergewicht, Bewegung) bis verbesserungsfähig (Raucher) beurteilt. Für die Streßbewältigungskurse reichte die Basis für eine definitive Aussage nicht aus. Die Tendenzen gelten als positiv (WENGLE, 1988).

Mit Ausnahme des Streßbereichs, wo die betriebsnahe Durchführung unter Umständen Akzeptanzprobleme mit sich bringen könnte, scheinen kassenartenspezifische Einschränkungen der Einsetzbarkeit der verschiedenen Kursprogramme nicht zu bestehen. Die betriebsnahe Durchführung führt zu einer besseren Ansprache sonst besonders schwer erreichbarer Zielgruppen. Die Zielgruppen Erwerbstätige (80 %) und Männer (22 %) wurden beim Präventionsprogramm auf Betriebsebene besser erreicht als bei Programmen auf Gemeindeebene (BMA [Hrsg.] 1985, BD. 1). Der Anteil der angelernten Arbeiter ist mit 21 % bemerkenswert (WENGLE, 1988).

Durch die nur in geringem Ausmaß erreichte Akzeptanz der Streßbewältigungskurse wird eine Möglichkeit vergeben, Angebote zu betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anzustoßen bzw. anzuregen. Chronischer Distreß ist ein Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten, als dessen Entstehungsbereich in zahlreichen Studien gerade die Arbeitswelt ausgemacht wurde. Eine betriebsnahe Durchführung von Streßbewältigungskursen könnte als positives Ergebnis haben, daß ein persönliches Problem auch im Gesamtkomplex seiner strukturellen Verursachung gesehen wird und die Betroffenen unter Umständen auf den Abbau streßinduzierender Arbeitszeitregelungen drängen. Das absolute »Zugpferd« sind Übergewichtskurse. Hier ist der Bezug zur Arbeitswelt vorhan-

den, aber weniger deutlich. Ein spezielles arbeitsweltbezogenes Wissen ist hier nur am Rande gefragt.

Hinter den oben formulierten Erwartungen bleibt das Modellprojekt zurück. Die systematische Verhaltensprävention wäre aber dennoch eine Möglichkeit, die Versicherten in Gesundheitsfragen zu sensibilisieren. Daß viele gesundheitliche Probleme nicht nur etwas mit Personen, sondern mit Strukturen zu tun haben, könnte über kurz oder lang ein Ergebnis systematischer Verhaltensprävention sein. Einzelne Modellprojekte, die zudem durch erhebliche organisatorische Schwierigkeiten und in bezug auf die Gesamtbelegschaft geringe Inanspruchnahme gekennzeichnet sind, dürfen nicht mit systematischer Verhaltensprävention auf Betriebsebene verwechselt werden.

Inwieweit arbeitsplatzbedingte Gesundheitsrisiken zur Basis präventiver Programme der Betriebskrankenkassen bereits gemacht werden, ergab eine Umfrage des WZB 1982. Es führen 85 % der Betriebskrankenkassen präventive Maßnahmen durch; 60 % erhielten gesundheitsrelevante Informationen aus dem jeweiligen Betrieb; 46 % sind Arbeitsbereiche mit speziellen Belastungssituationen bekannt; 23 % können Problemgruppen ansatzweise nach epidemiologischen Kriterien definieren; sieben % treffen Maßnahmen zur Prävention betriebsbedingter Risikofaktoren, und nur fünf % der Betriebskrankenkassen führten solche Maßnahmen so kontinuierlich durch, daß man von Präventionsprogrammen gegen betriebsbedingte Risikofaktoren sprechen kann (ROSENBROCK, 1985, S. 157).

Die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung in der Arbeitswelt, den Abbau gesundheitsriskanter Arbeitsplatzstrukturen zu erreichen, sind aktuell gering. Druckmittel zur Durchsetzung der Forderungen fehlen. Kooperationsstrukturen zwischen den Fachkräften des gesundheitlichen Arbeitsschutzes und den Beschäftigten sowie der Gewerkschaften müssen erst entwickelt werden. Weitgehende Forderungen zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, die die Ebene der personalen Verhaltensprävention verlassen, könnten zudem auf ein Veto der paritätischen Selbstverwaltung stoßen.

Prävention ist im gegliederten Sozialversicherungssystem trägerspezifisch organisiert. Auslöser für trägerspezifische Präventionsmaßnahmen sind ökonomische Überlegungen im Sinne Rehabilitation vor Rente bei der gesetzlichen Rentenversicherung, Krankheitsfrüherkennung bei der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Verbesserung des Arbeitsschutzes bei der gesetzlichen Unfallversicherung (von FERBER, 1985). Die gesetzliche Unfallversicherung setzt für ihre Mitglieder Anreize zur Schadensvermeidung, indem sie die Versicherungsbeiträge nach der Anzahl der Schadensfälle staffelt. Der Erfolg einer Präventionsmaßnahme kann an der Ersparnis jeweils eigener Versicherungsleistungen gemessen werden. Während die Folgekosten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Arbeitgeber durch ihre Beiträge zur Unfallversicherung tragen, fallen die Folgekosten arbeitsbedingter Krankheiten auf die GKV und GRV, finanziert durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge.

§ 20 GRG berechtigt die Krankenkasse, nicht nur den Ursachen von Gesundheitsschäden nachzugehen, sondern auch auf ihre Beseitigung hinzuwirken. Ohne Instrumente

zur Durchsetzung verfügbarer präventiver Methoden und zur Umsetzung machbarer Initiativen steht zu erwarten, daß der Erfolg, gerade in der Arbeitswelt, nur gering ist. Schließlich würde dies eine Einmischung in die Verfügungsgewalt der Arbeitgeber und unter Umständen beträchtliche Kosten bedeuten.

Im Gesundheitsreformgesetz taucht der § 384 RVO (Festsetzung der Beiträge bei Erkrankungsgefahr) nicht mehr auf. Diese gesetzliche Regelung gab den Krankenkassen das Recht, nicht nur auf Gesundheitsprobleme aufmerksam zu machen, sondern außerdem bei erhöhter Erkrankungsgefahr aller in einer Branche oder Berufsart Tätigen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge anzuheben oder bei erhöhtem Krankheitsrisiko in einem einzelnen Betrieb einer Branche den Beitrag des Arbeitgebers anzuheben. Gefahrenklassen in der Beitragsbemessung der Arbeitgeber sind berechtigt, wenn die erhöhte Erkrankungsgefahr auf sachliche Eigenheiten des Betriebes rückführbar ist. Es muß ausgeschlossen sein, daß die höheren Leistungsdaten auf einem größeren regionalen Angebot des Gesundheitssystems beruhen oder eine stärkere Inanspruchnahme durch Familienangehörige vorliegt. Die Einführung von Gefahrenklassen war aus juristischer Sicht auf der Basis des § 384 RVO möglich (DAUBLER, 1984, S. 41 f.).

Für den Fall, daß die paritätisch besetzten Selbstverwaltungsorgane sich hierzu entschließen, wurde der § 384 RVO als »sehr effektive Möglichkeit ... zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen« betrachtet (MÜLLER, 1983, S. 66). Problematisch hierbei war jedoch, daß es dem Unternehmen offenstand, die erhöhten Beiträge zu akzeptieren, wenn sie kostengünstiger als effektive Präventionsmaßnahmen sind. Vor allen Dingen ist zu befürchten, daß bei der Einführung von Gefahrenklassen die Betriebe eine stärkere selektive Personalpolitik betreiben, um Krankheitskosten so zu dämpfen. Konsequenz wäre eine weitere Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation älterer Arbeitnehmer (NEUHAUS, 1985, S. 172 f.).

Schwerarbeit, und damit besonders gesundheitsbelastende Arbeit, leisten zudem die gesündesten Arbeitnehmer. Arbeitnehmer, die diesen Belastungen nicht oder nicht mehr gewachsen sind, wechseln in Abteilungen mit geringerer Belastung oder scheiden ganz aus dem Produktionsprozeß aus. Dieser Healthy-Worker-Effekt erschwert die Identifikation besonders belastender Betriebe oder Betriebsteile durch epidemiologische Berichterstattung.

4.2.5 Ansätze zu sozialepidemiologischer Gesundheitsberichterstattung

Um soziale Präventionsansätze sind, im Rahmen der bisher durch die RVO gesetzten Grenzen, vor allem die Betriebskrankenkassen und im geringeren Umfang die AOK bemüht. Die Präventionsspielräume der Kassen bei Gesundheitsrisiken in der sozialen und ökologischen Umwelt sowie Arbeitswelt beschränkten sich bisher auf eine gezielte Informationspolitik.

Die Betriebskrankenkassen bemühen sich seit mehr als zehn Jahren darum, das Krankheitsgeschehen branchen-

bezogen zu dokumentieren (GEORG u. a., 1984). Auch die Innungskrankenkassen sind zu einer solchen Berichterstattung in der Lage (IKK. KOMM.-DRS. NR. 23). Auf die Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichtes zielt ein neueres Forschungsvorhaben der Betriebskrankenkassen (Beginn April 1987). Das Modellvorhaben »Krankenkassen und Betriebsmedizindaten - Ihre Verwendung für die Gesundheitsvorsorge und den betrieblichen Gesundheitsschutz« zielt auf die modellmäßige Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichtes, die Verbesserung der Kooperation aller in der betrieblichen Gesundheitsförderung tätigen Personen und Institutionen, die Verbesserung der Kooperation zwischen den für die betriebliche Gesundheitsförderung relevanten wissenschaftlichen Disziplinen untereinander und in der Praxis sowie die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erforschung arbeitsbedingter Erkrankungen.

Ersatzkrankenkassen führen unter diesen Gesichtspunkten keine Auswertungen durch, obwohl die Forschungen vor allem am Beispiel der AOK zeigen, daß informative Ergebnisse z. B. zu arbeitsbedingten Erkrankungen (MÜLLER, 1981) und umweltbedingten Belastungen (HEINZ, 1987) erzielbar sind. Die AOK führt im Rahmen ihres WIDO modellhaft ein Projekt durch, in dem Gesundheitsdaten Beschäftigter eines Betriebes mit Arbeitsplatzdaten korreliert werden, um Belastungsschwerpunkte im Betrieb zu ermitteln.

Die Datenquellen der Kassen für epidemiologische Berichte ermöglichen den Kassen aller Kassenarten, unter Wahrung des Datenschutzes über die Entwicklung des Gesundheitszustandes ihrer Versicherten (zum großen Teil auch der Mitversicherten) wie keine andere Institution gesicherte Aussagen zu treffen.

Diese Möglichkeiten können in Form kontinuierlicher oder fallweise zu erstellender, ursachenbezogener (d.h. sozialepidemiologischer) Berichtssysteme bzw. Berichte über Problembereiche der Prävention genutzt werden.

Für die Ortskrankenkassen bieten sich sowohl die regionale als auch die betriebsbezogene, für die Betriebskrankenkassen die Untersuchung und Berichterstattung nach Berufsgruppen an. Für Kleinbetriebe müssen besondere Wege der Berichterstattung gefunden werden. Auf diese Weise würden relativ präzise betriebliche, regionale und/oder soziale Belastungs- und Erkrankungsschwerpunkte sichtbar.

Allerdings reichen die Leistungsdaten der Kassen zur Fundierung und Erfolgskontrolle präventiver Maßnahmen aus zwei Gründen nicht aus:

Der erste Grund betrifft die Datenorganisation und wäre durch eine mit relativ geringem finanziellem und organisatorischem Aufwand zu bewerkstellende Umstellung bzw. Ergänzung der Datenerfassung und -aufbereitung zu beheben:

- Auswertung der GKV-Massendaten zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien nach Krankheitsarten und vermuteten oder bekannten Belastungsbereichen bzw. Problemgruppen.

Der zweite Grund für den begrenzten Nutzen der Leistungsdaten der GKV liegt darin, daß diese niemals die Realität des Erkrankungs geschehens rechtzeitig und umfassend genug zutage fördern konnten. Sie können daher ihren Wert nur im Rahmen von Berichtssystemen entfalten, die zusätzlich noch folgende Elemente enthalten:

- Erhebungen von Befindlichkeitsmitteilungen der Versicherten. Diese können vor allem durch Ausbau, Verstärkung und Systematisierung der ohnehin vorhandenen, direkten Informationswege zwischen Versicherten und Kassen gewonnen werden.
- Nutzung und Ausbau der gegebenen Informationswege zwischen den medizinischen und sozialen Versorgungseinrichtungen in der Region und den Kassen natürlich unter Berücksichtigung von Datenschutzproblemen.
- Ausbau und Nutzung der sozialmedizinischen Seite des Vertrauensärztlichen Dienstes, z. B. durch Einbestellung nicht nur bei Arbeitsunfähigkeit, sondern auch bei Zugehörigkeit zu einer sozialepidemiologisch definierten Problemgruppe.
- Im Falle betrieblicher Erhebungen, also etwa im Rahmen von Berichtswesen »Arbeit und Gesundheit«, sind die Betriebsärzte und der Arbeitsschutzausschuß im Rahmen ihrer Kompetenzen einzubeziehen.

Es ist aus methodischen Gründen zu beachten, daß die Zusammenführung dieser Informationsstränge zu aussagefähigen Ergebnissen im Sinne der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung führt. Insbesondere sind Erhebungen der Befindlichkeitsstörungen und über die Lebenslage der jeweils untersuchten Gruppen unverzichtbar.

Unter präventionspolitischen Gesichtspunkten haben die damit zu gewinnenden Aussagen, vor allem, wenn sie kontinuierlich in Form handhabbarer und auch für die Versicherten verständlicher Berichtssysteme hervorgebracht werden, drei Funktionen:

- Durch die relativ präzise Beschreibung von Belastungs- und Erkrankungsschwerpunkten erhöht sich die Treffsicherheit jeder präventiven Maßnahme, wer immer sie letztlich durchführt.
- Durch die beständige Konfrontation mit ihrem eigentlichen Aufgabenfeld, der Gesundheit der Versicherten, werden Selbstverwaltung und Geschäftsführungen der Kassen dazu angeregt, nach konkreten und zielbezogenen Möglichkeiten der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zu suchen.
- Die Kassen verfügen über gute und teilweise institutionalisierte Wege in die gesundheitspolitische Öffentlichkeit und in die Institutionen regionaler und zentralstaatlicher Gesundheitspolitik. Durch die Verbreitung von Informationen über die gesundheitliche Lage der Versicherten und über deren soziale Ursachen kann die Kasse auch dort gesundheitspolitischen Nutzen stiften, wo sie keine formelle und/oder operative Zuständigkeit hat durch die Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit und bei den Entscheidungsträgern.

Aufgrund der Kontextnähe und des Zugangs zu den Versicherten sollten diese Berichtswesen zweckmäßiger bei den einzelnen Kassen, also dezentral, angelagert sein. Den Verbänden käme dabei vor allem die Aufgabe zu, solche Aktivitäten zu fördern.

Berichte und Berichtssysteme sollten methodisch so angelegt sein, daß sie mittelfristig von den Kassen selbstständig und ohne externe Experten bewältigt werden können. Weil es um die Gesundheit der von ihnen Vertretenen geht, ohne deren Vertrauen ein solches System nicht funktionieren kann, dürfen Anlage dieser Projekte und Auswahl der beizuziehenden Experten nicht gegen die Mehrheit der Versichertenvertreter beschlossen werden. Weil epidemiologische Erhebungen prinzipiell ohne die Preisgabe der Identität der einzelnen Person funktionieren, ist der notwendige, sichere Schutz gegen Datenmißbrauch im übrigen relativ leicht zu bewerkstelligen.

Nach den bisherigen Erfahrungen liegen die Chancen zur Entwicklung und Durchsetzung solcher Projekte dort besonders günstig, wo die Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung über folgende vier Voraussetzungen verfügen:

- Sie betrachten es als tatsächliche Aufgabe der GKV, den ihr möglichen Beitrag zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zu leisten. D.h. ihr Blick geht über den Kreis jener Probleme hinaus, die mit dem Versorgungssystem zu tun haben, und richtet sich auf die Gesamtheit der Gesundheitsprobleme der von ihnen vertretenen Versicherten. Das führt zu einer ursachenbezogenen (epidemiologischen) Betrachtungsweise der Gesundheitsprobleme, zur Relativierung der Medizin für die Gesundheit und zur Einsicht in die Notwendigkeit wirksamer Prävention.
- Sie verbinden die Kenntnis der besonderen Bedingungen des politischen Handelns in der Kasse und ihrer Selbstverwaltung mit einer interessenbezogenen Sichtweise von Gesundheitsproblemen und bestimmen daraus die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Initiativen.
- Die Arbeit in der Selbstverwaltung genießt in der Rangfolge ihrer gewerkschaftlichen und politischen Aktivitäten Priorität, d.h. sie entwerfen gesundheitspolitische Strategien und Vorhaben aus der Logik der Kasse heraus und betrachten die Arbeit in der einzelnen Kasse nicht als nachrangig gegenüber anderen Funktionen im Betrieb, in der Gewerkschaft und den Kassenverbänden.
- Sie können sich auf die gewerkschaftliche, fachliche und organisatorische Unterstützung durch Experten vor allem aus den Bereichen der Arbeits- und Sozialepidemiologie sowie der Arbeitsmedizin und den Sozialwissenschaften stützen.

Diese Voraussetzungen könne durch gewerkschaftliche Schulung und Unterstützung gefördert werden. Für die Selbstverwaltung stellt sich in der Umsetzung dann die schwierige Aufgabe, den schmalen Grad einer Politisierung der Kassen zwischen blockierendem Konflikt und lähmendem Konsens zu finden.

5. Zentrale Aussagen und Reformoptionen

5.1 Zentrale Aussagen

Einige, vor allem chronische Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, bösartige Neubildungen, rheumatische Erkrankungen) bestimmen das Krankheitspanorama in der Bundesrepublik Deutschland. Repräsentative ausländische Erhebungen und die wenigen sozialepidemiologischen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland zeigen eine gruppen- und schichtenspezifische Verteilung von Morbidität und Mortalität. Für Menschen in bestimmten Regionen (z.B. alte Industriegebiete), mit hohen Arbeitsbelastungen (Hitze, Kälte, Staub, Überstunden, Akkordarbeit, usw.) und in Wohngebieten mit geringem Erholungswert ist das Risiko, zu erkranken und frühzeitig zu sterben, gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen erhöht.

Aufgrund der multifaktoriellen Genese der Krankheiten muß sich präventive Gesundheitspolitik bei der Risikoabschätzung von Gesundheitsgefahren in der Arbeits- und Lebenswelt mehr an Vorsorgegesichtspunkten als an wissenschaftlich nachgewiesenen Schädlichkeitsgrenzen orientieren. Kontinuierliche sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung auf Betriebs- und Gemeindeebene ist eine zentrale Voraussetzung rationaler Gesundheitspolitik. Notwendig ist eine kontinuierliche Berichterstattung sowohl über gesundheitliche Risiken und die gesundheitliche Lage der Bevölkerung als auch über Gesundheitsschutz und gesundheitliche Versorgung.

Primäre Prävention, also die Verhütung von Krankheit, muß vor allem in den Entstehungsbereichen der Krankheiten ansetzen. Die Minderung gesundheitsriskanter Faktoren in der Arbeits- und Lebenswelt ist wichtiger Ansatzpunkt präventiv orientierter Gesundheitspolitik.

Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensbedingungen baut auf dieser Forderung auf. Die Entscheidung für gesundheitsbewußtes Verhalten soll der »leichtere Weg« werden.

Gesundheitsriskante Lebensstile (Rauchen, Ernährung, sportliche Inaktivität usw.) sind häufig fehlgeschlagene Versuche, mit Streß und anderen Belastungen umzugehen. Allgemeine Aufklärungskampagnen oder Gesundheitsberatung durch Ärzte und Zahnärzte vermag hier wenig. Wissen oder Beratung allein verändert kaum Verhalten. Verhaltenstherapeutisch orientierte Kurse (Ansätze z. B. in den Modellprojekten in Mettmann und im Gesundheitspark in München), die gesundheitsbewußtes Verhalten einüben und die strukturellen Bedingungen für gesundheitsriskantes Verhalten in Arbeits- und Lebenswelt deutlich machen, sind flankierende Maßnahmen zur Minderung gesundheitsriskanter Faktoren in der Arbeits- und Lebenswelt und zur Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen.

Sekundäre Prävention, die möglichst frühzeitige Erkennung von Krankheit, um Heilungschancen zu verbessern, ist nur für bestimmte Krankheiten und bei definierten Risikogruppen sinnvoll. Ein allgemeiner Gesundheitscheck-

up ist überflüssig. Das Risiko, an Krebs zu erkranken, darauf deuten ausländische Erhebungen hin, steigt (mit Ausnahme des Mamma-Karzinoms) mit abnehmender sozialer Schicht an. Die Inanspruchnahmequote der Früherkennungsprogramme liegt jedoch gerade in den unteren sozialen Schichten besonders niedrig. Der Verzicht auf den Berechtigungsschein reicht hier nicht aus, um Zugangsbarrieren abzubauen. Zu denken ist hier z. B. an das Programm der »Health Visitors« in Großbritannien.

Die in der Trägervielfalt im Bereich der Prävention liegende Chance ist bisher nicht ausreichend genutzt: Der Verdacht »organisierter Nichtverantwortlichkeit« liegt nahe.

Das Konzept der GKV als primäre »Krankenversicherung« sieht die Aufgabe der GKV im solidaren Schutz für den Fall der Krankheit. Prävention gehört nur in Teilbereichen zu den Aufgaben einer gesetzlichen Krankenversicherung und ist in erster Linie allgemeine soziale und gesellschaftliche Aufgabe.

Das Konzept der GKV als »Gesundheitskasse« geht von der Forderung einer grundsätzlichen Umorientierung der Gesundheitspolitik auf Strategien, Maßnahmen und Ressourcen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung aus. Die GKV nimmt gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahr und setzt sich für die Gesundheitsinteressen ihrer Versicherten ein. Prävention wird zur »Bringschuld« der GKV, da sie von sich aus zum Akteur und zur Thematisierungsinstanz von Gesundheitsproblemen auf Betriebs- und Gemeindeebene wird.

5.2 Prävention als Aufgabe einer »Krankenversicherung«

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

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

Dem Charakter einer Krankenversicherung entspricht es, Tatbestände, die das Kriterium der Versicherbarkeit erfüllen, in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Krankheit ist versicherbar - Gesundheit nicht. Prävention gehört unter diesen Prämissen nur in Teilbereichen zu den Aufgaben einer gesetzlichen Krankenversicherung und ist in

erster Linie allgemeine, soziale und gesellschaftliche Aufgabe.

Die Notwendigkeit primärer Prävention bleibt damit unbestritten. Träger sind aber z.B. im Bereich des Umweltschutzes der Staat als Gesetzgeber und der öffentliche Gesundheitsdienst, beim gesundheitlichen Arbeitsschutz die Gewerbeaufsicht und die Berufsgenossenschaften, bei Gesundheitsaufklärung und Erziehung der öffentliche Gesundheitsdienst, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, freie Träger, Schulen usw.

Der Aufgabenbereich der GKV in der Prävention läßt sich dann in vier Bereichen abstecken:

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

Ein allgemeiner Auftrag zur Prävention an die GKV ist mit diesem Konzept nicht vereinbar. Die GKV nicht nur als Thematisierungsinstanz für soziale Krankheitsursachen, sondern hierüber hinaus als Akteur, der den Schadensursachen nachgeht und auf ihre Beseitigung hinwirkt (§ 20 GRG), führt zur Änderung des Selbstverständnisses der GKV, deren primäre Aufgabe die »Krankenversicherung« ist.

5.3 Prävention als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe

Dieser Vorschlag sieht Prävention als gesamtgesellschaftliche Problemstellung und damit als *öffentliche Gemeinschaftsaufgabe*. Aufgabenzuordnung und Erfüllungsverantwortung sollen an der gesundheitspolitischen Bedeutung und insbesondere der Effektivität präventiver Maßnahmen sich orientieren. Dabei muß bei knapper werdenden Ressourcen auch für Präventionsaufwendungen ein angemessenes Kosten-Nutzenverhältnis gewährleistet sein. Prävention ist im Rahmen der öffentlichen Aufga-

bennerfüllung kein Ausnahmebereich. Die Maßnahmenkompetenz ist im Interesse einer klaren Verantwortungsstruktur rechtlich abzusichern und mit der Finanzverantwortlichkeit zu koppeln. Dies bedeutet aber auch, daß den Beiträgen der GKV ein äquivalenter Leistungsstrom gegenüber zu stehen hat. Maßnahmen und damit Ausgaben, die nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht eine Leistungsäquivalenz für die Versicherungsgemeinschaft - nicht etwa für den einzelnen Versicherten - versprechen, können nur über Steuern finanziert werden. Der dem öffentlichen Abgaberecht immanente Äquivalenzgrundsatz läßt eine Beitragsfinanzierung nicht zu.

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

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

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

Die Aufgabenbestimmung bedarf aus rechtsstaatlichen Gründen einer normativen Regelung. Im Interesse einer flexiblen Anpassung an die Entwicklung sollten aufgrund gesetzlicher Ermächtigung die Präventionsmaßnahmen, bei denen ein Ursache-Wirkungszusammenhang feststellbar ist, durch Rechtsverordnung bestimmt werden. Aus heutiger Sicht erfüllen gegenwärtig nur die Zahnprophylaxe, bestimmte Früherkennungsmaßnahmen (z. B. für werdende Mütter und Kleinkinder und bei bestimmten Krebsformen) diese Voraussetzung.

Die Organisation der Erfüllung der Pflichtaufgabe sollte zweckmäßigerweise über lokale/regionale Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen geschehen. Doch kann diese Frage der Selbstverwaltung überlassen bleiben.

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

Die zunehmende Bedeutung präventiver Maßnahmen in den Bereichen Arbeitswelt, Umwelt, Lebensverhältnisse und Lebensweisen läßt eine Beteiligung der GKV zwar geboten erscheinen, die Verhältnisprävention insoweit ist aber nicht unmittelbar Aufgabe der GKV. Es kann ihr

nicht primär obliegen, gesamtgesellschaftliche Problemstellungen aufzugreifen (thematisieren), zu organisieren oder zu finanzieren. Sie wäre sowohl inhaltlich, organisatorisch, aber auch finanziell überfordert. Für die GKV besteht aber insoweit die Verpflichtung zur Kooperation mit anderen Trägern.

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

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

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

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

Die Zusammenfassung der regionalen Arbeitsgemeinschaften könnte konkret wie folgt aussehen:

Arbeitsgemeinschaft »Arbeitswelt und Gesundheit«

Mitglieder:

- Berufsgenossenschaften (Vorsitz)
- Krankenkassen (regional)
- Gesundheitsämter
- Tarifpartner
- jeweilige Kommunen
- Ärztekammer
- Betriebsärzte
- Rentenversicherungsträger
- Verbände (evtl. Wohlfahrtsverbände)

Arbeitsgemeinschaft »Umwelt und Gesundheit«

Mitglieder:

- Kommunen (Vorsitz)
- Krankenkassen (regional)
- Ärztekammer
- Gesundheitsämter
- Verbände (Naturschutz etc.)

Arbeitsgemeinschaft »Lebensweise und Gesundheit«

Mitglieder:

- Ärztekammer (Vorsitz)
- Krankenkassen (regional)

- Kommunen
- Gesundheitsämter
- Verbände (z. B. Verbraucherschutz etc.)

Die Geschäftsführung der jeweiligen Arbeitsgemeinschaften sollte mit dem Vorsitz verbunden sein, wobei einem Vorsitz die Koordination der Tätigkeit der regionalen Arbeitsgemeinschaften übertragen werden müßte.

Voraussetzung rationaler Gesundheitspolitik insbesondere einer effektiven Präventionspolitik ist der Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung auf regionaler Ebene. Sie sollte in die Zuständigkeit der Gesundheitsämter fallen. Diese könnten sich des eigenen, aber auch des Datenmaterials der Statistischen Landesämter und anderer Institutionen bedienen. Alle Körperschaften (z. B. Kassen, Kassenärztliche Vereinigungen u. a.) und Verbände haben die nach einheitlichen Kriterien aufbereiteten Daten unter Wahrung des Datenschutzes an die Gesundheitsämter weiterzugeben.

Die Gesundheitsämter sammeln schon heute die Grunddaten für die Mortalitätsstatistiken und können als neutrale Instanz von allen Betroffenen am ehesten akzeptiert werden.

5.4 Die Krankenversicherung als »Gesundheitskasse«

Das dritte Konzept geht davon aus, daß präventive Maßnahmen so früh wie möglich mit sozialegpidemiologisch und sozialwissenschaftlich fundierten, zielgruppenspezifischen Strategien und Maßnahmen in krankheitsverursachende Prozesse eingreifen sollten. Die Entscheidung für Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung und Verhaltensprävention sollte hierbei nach Problemadäquanz gefällt werden.

Die Trägerschaft für präventive Maßnahmen ist aktuell zersplittert und nicht flächendeckend garantiert. Keine Instanz übernimmt die Gesamtverantwortung. Eine Überbetonung des individualmedizinischen Ansatzes (Sekundärprävention: Früherkennung zur Frühbehandlung) herrscht vor. Daher fordert das zweite Konzept, die gesetzlichen Kassen zur Thematisierungs-, Koordinations- und Initiativinstanz für Prävention zu machen. Der »organisierten Nichtverantwortlichkeit« soll begegnet werden, indem die GKV zur anwaltschaftlichen Wahrnehmung der Gesundheitsinteressen ihrer Versicherten berechtigt und verpflichtet wird. Damit ist die GKV als Träger einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe angesprochen. Von ihrem Selbstverständnis her ist sie nicht mehr »Krankenversicherung«, sondern in Zukunft »Gesundheitskasse«.

Erste Voraussetzung hierfür ist die Verpflichtung der GKV zu einer sozialegpidemiologischen und sozialwissenschaftlich angeleiteten regionalen Gesundheitsberichterstattung in Abstimmung mit den durch die bundesweite Gesundheitsberichterstattung vorgegebenen Methoden. Ein solcher regionaler Gesundheitsbericht enthält einen Überblick über die Gesundheitsprobleme und Risiken sowie ihre soziale Verteilung. Er zeigt Möglichkeiten ihrer Verminderung und die dazu erforderlichen Ressourcen auf.

Zur Durchsetzung der in einem regionalen Gesundheitsbericht formulierten Ziele und Umsetzungsstrategien wird ein regionale Gesundheitskonferenz gegründet. Zwei Modelle stehen hier zur Diskussion. Zum einem geht man von einem drittelparitätisch besetzten Gremium aus, in dem die Kassen, regionalen Körperschaften und die Leistungsanbieter zusammensitzen. Ein anderes Konzept betrachtet durch eine Gesundheitskonferenz ohne Mitgliedschaft der Leistungserbringer die adäquate Aufgabenwahrnehmung als besser gesichert.

In jedem Fall formuliert die regionale Gesundheitskonferenz in Auswertung der Gesundheitsberichterstattung Gesundheitsziele. Ihre Zentralaufgabe ist es, den gesundheitspolitischen Diskurs auf regionaler Ebene zu organisieren. Die Gesundheitskonferenz ist Instanz zur Thematisierung der gesundheitlichen Probleme sowie zur Initiierung und Koordination präventiver Maßnahmen verpflichtet. In Verhandlungen mit Gesundheitsakteuren der Region (Ärzte, Sozial- und Pflegeberufe bzw. Institutionen, private und öffentliche Betriebe und Institutionen, Betroffenenzusammenschlüsse etc.) werden Strategien zur Erreichung gesundheitspolitischer Ziele in einem öffentlichen und transparenten Prozeß festgelegt. Notwendige Vorbedingung einer solchen regionalen Gesundheitskonferenz sind verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen den Kassen. Kassenkonkurrenz in einer Region steht dem entgegen. Solange die hierfür ideale Organisationsform der regionalisierten Einheitskasse politisch nicht durchsetzbar ist, sind entsprechende möglichst funktional äquivalente Hilfslösungen zu suchen. Zu denken ist z. B. an eine Mobilisierung und Professionalisierung des Kassenshandelns.

Die »Gesundheitskasse« bietet ihren Versicherten einen ausreichenden Schutz, wenn sie ihre Aufgabe nicht mehr ausschließlich in der Versicherung des Krankheitsrisikos, sondern darüber hinaus in der aktiven Verringerung dieses Risikos sieht.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 1/I

A

- ABHOLZ, H.: [1982] Risikofaktorenmedizin - Konzept und Kontrolle, Berlin 1982
- ABHOLZ, H.: [1987] Was ist Früherkennung, was kann sie leisten?, in: Argument Sonderband 178 "Grenzen der Prävention", S. 63-99, Berlin 1987
- ABHOLZ, H.: [1980] Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?, in: H.-U. Deppe (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit - zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1980, S. 15-57
- ABHOLZ, H.H.: [1981] Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in: F. Hauss u.a., Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Nr. 55, Bonn 1981
- ABHOLZ, H.H.: [1985] Vorsorge und Früherkennung als Prävention, in: Rosenbrock/Hauß (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985, S. 101-116
- ADAM, D./ZWEIFEL, P. (Hrsg.): [1985] Preisbildung im Gesundheitswesen, Gerlingen 1985
- ARNOLD, M.: [1987] Grenzen der Prävention - Anspruch und Wirklichkeit eines Programms zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Referat auf dem 17. Kolloquium Gesundheitsökonomie der Robert-Bosch-Stiftung, 20./21. November, in: Murrhardt

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

B

- BADURA, B.: [1983] Erste Ergebnisse der Oldenburger Longitudinalstudie, in: C. v. Ferber, B. Badura (Hrsg.): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe, S. 191-220, München 1983
- BADURA, B.: [1987] Leben mit dem Herzinfarkt, eine sozialepidemiologische Studie, Heidelberg 1987
- BECKER, N./FRENTZEL-BEYME, R./WAGNER, G.: [1984] Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland, 2. Auflage, Berlin 1984
- BELLOC, N.B./BRESLOW, L.: [1972] Relationship of physical health status and health practices, in: Preventive Medicine Heft 1/1972, S. 409-421
- BERGHOF, B./FLATTERN, G.: [1987] Krebsfrüherkennung bedeutet rechtzeitige Prävention, in: Dt. Ärzteblatt 84, Heft 49, 1987
- BLACK, D. u.a.: [1982] Inequalities in Health, The Black Report, Harmondsworth 1982
- BLOHMKE, M./v. FERBER, CH./KISKER, KP./SCHAEFER, H. (Hg): [1975] Handbuch der Sozialmedizin, Band 1, Stuttgart 1975
- BLOHMKE, M./REIMER, F.: [1980] Krankheit und Beruf, Heidelberg 1980
- BLOHMKE, M. (Hrsg.): [1986] Sozialmedizin, Stuttgart 1986
- BLUM, U./CAPPEL, J./UNGEHEUER, E.: [1983] Die Effektivität der Krebs-Vorsorgeuntersuchung bei der Früherfassung kolorektaler Karzinome, DAB 80, 1983, S. 33-41
- BOCK, K.D. (Hrsg.): [1982] Risikofaktoren-Medizin. Fortschritt oder Irrweg, Braunschweig 1982
- BOLM-AUDORF, U.: [1983] Berufliche Belastungen und koronare Herzkrankheiten, Frankfurt 1983
- BORGERS, D./MENZEL, R.: [1984] Wer raucht am meisten? Eine Analyse des Zigarettenkonsums in der Bundesrepublik Deutschland nach Berufen - Anhaltspunkte für präventive Strategien, in: Münch. med. Wschr. 1984 Heft 38, S. 1092-1096
- BORGERS, D.: [1988] Rauchen und Berufe, in: Prävention 1/1988, S. 12-15
- BOURMER, H./KREUTER, H.K./SCHLAUB, H.: [1986] Ärztliche Gesundheitsberatung - Leistungen und Abrechnungsmöglichkeiten, DPH-Forum 2/86, S. 17-40
- BUCHHOLZ, L. u. a.: [1985] Interventive Erfahrungen im Eberbach/Wiesloch-Projekt, in: E. Nüssel, G. Lamm (Hrsg.): Prävention im Gemeinderahmen, München 1985, S. 77-82
- BUDDEKE, E.: [1974] Grundriß der Biochemie, Berlin 1974
- BÜTTNER, M.: [1980] Kosteneinsparung als Folge kariessphylaktischer Maßnahmen, in: Swiss Dent Heft 1/1980, S. 25-26
- BUNDESANSTALT FÜR STRASSENWESEN: [1985] Verkehrssicherheit international, Bergisch Gladbach 1985
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: [1981] Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55, Bonn 1981
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: [1984] Die gesetzliche Krankenversicherung in der BRD im Jahre 1984, Bonn 1985
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: [1985] Wissenschaftliche Vorbereitung und Begleitung des Modells Gesundheitsberatung in der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK-Mettmann, Band 1 und 2 des Forschungsberichts 124, Bonn 1985
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): [1986] Die gesetzliche Unfallversicherung in der BRD im Jahre 1985, Bonn 1986
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FORSCHUNG UND TECHNOLOGIE (Hrsg.): [1983] Krebsfrüherkennung, Möglichkeiten der systematischen Früherkennungen von Krebskrankheiten, Bonn 1983
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT: [1983] Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen, Bonn, 1983
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT: [1985] Das Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf, Band 99, Stuttgart 1982, Daten des Gesundheitswesens, Stuttgart 1985
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): [1978] Effizienzkontrolle der Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1978

- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): [1983] Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Köln 1983
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): [1984] Aktionsgrundlagen der BZgA, Teilband Rauchen, Köln 1984
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): [1986] Das Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Köln 1986
- C**
- CAPELLINI, A./MARONI, M.: [1974] Indagine clinica sull' ipertensione arteriosa e la malattia coronarica e loro eventuali rapporti con l'ambiente di lavoro in operai di un'industria chimica (klinische Untersuchung zum möglichen Zusammenhang von Hypertonie und koronarer Herzkrankheit zur Arbeitssituation von Chemiearbeitern), in: *Medicina del lavoro* (Mailand) 65 (1974) 297
- CAPLAN, R./COBB, D./FRENCH, J.: [1975] Relationship of cessation of smoking with job stress, personality and social support, in: *Journal of supplied psychology* 60 (1975 a) 211
- CAPLAN, R.: [1971] Organizational stress and individual strain: a social - psychological study of risk factors in coronary heart disease among administrators, engineers and scientists, phil. diss., the university of Michigan, Ann Arbor, 1971
- CUMMING, G./SEMPLE, S.J.: [1973] Disorders of the Respiratory System, London 1973
- D**
- DÄUBLER, W.: Präventiver Gesundheitsschutz durch gesetzliche Krankenkassen - rechtliche Rahmenbedingungen -, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 5/1984, S. 268-284, 6/1984, S. 340-354;
- DÄUBLER, W.: [1984] Präventiver Gesundheitsschutz auch gesetzliche Krankenkassen - rechtliche Rahmenbedingungen -, Berlin 1984
- DAWBER, T./MOORE, R./MANN, G.: [1957] Coronary heart disease in the Framingham study, in: *American journal of public health* (New York) (1957) 4
- DESPANQUES, G.: [1984] Vortrag beim Deutsch-Französischen Arbeitstreffen der Demographen am 21.10.1983 in Reims, *Wirtschaft und Statistik* Heft 1, 1984
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E. V (Hrsg.): [1984] Ernährungsbericht 1984, Frankfurt/M. 1984
- DOLL, R.: [1987] Möglichkeiten der Prävention. Das Potential für die Verbesserung der Gesundheit. in: *Argument Sonderband "Grenzen der Prävention"*, S. 6-30, Berlin 1987
- DOLL, R./PETO, R.: [1981] The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today, *J. Nat. Cancer Inst.* 1981, 66, S. 1193-1308
- E**
- EBERLE, G.: [1985] Prävention und AOK. in: *Die Ortskrankenkassen*, Heft 15/16/1985, S. 581-596
- EBERLE, G.: [1985] Der Gesundheitspark in München, *DOK* 1/1985, S. 1-8
- EDDY, D.: [1985] Screening for cancer in adults, in: D. Evered, J. Whelan (Ed.) *The value of preventive medicine* Ciba Found. Synops. 110, London 1985, S. 88-109
- ENGELMANN, K./PORTNOY, B./SJOERDSMA, A.: [1970] Plasma catecholamine concentrations in patients with hypertension, in: *Circulation research* (New York) 26/27 (1970) suppl. 1, S. 141
- ENGELMANN, K./PORTNEY, B./SJOERDSMA, A.: [1976] Plasma Catecholamine concentrations in hypertension, in: *Circulation research* (New York) suppl. 1 (1976) 141
- EPSTEIN, F.: [1979] Predicting, explaining and preventive Coronary Heart disease. An epidemiological view, in: *Modern concepts of cardiovascular disease*, 1979, 48, Heft 2
- EPSTEIN, F.: [1982] Die Entwicklung des Konzepts der Risikofaktoren, in: H. Abholz u. a. (Hrsg.): *Risikofaktorenmedizin*, S. 2-6, Berlin 1982
- EULER, v. U.S./HELLNER, S./PURKOHOLD, A.: [1954] Excretion of noradrenaline in urine in hypertension, in: *Scandinavian journal of clinical laboratory investigation*, Oslo, 6/1954, 54
- F**
- FELDSTEIN, P.J./SEVERSON, R.: [1964] The demand for Medical Care; The Commission of the Cost of Medical Care (Hrsg.); General Report, Volume 1, Chicago 1964
- FERBER, CH.v.: [1967] Soziale Krankenversicherung im Wandel - Weiterentwicklung oder Strukturreform. *WSI* 10/1985, S. 584-593; *Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft*, Hamburg 1967
- FERBER, CH.v.: [1985] Kassen und Prävention: Handlungsbereitschaft, Handlungsmöglichkeiten und Chancen, in: R. Rosenbrock, F. Haub (Hrsg.) *Krankenkassen und Prävention*, S. 15-28, Berlin 1985
- FERBER, CH.v.: [1987] Die Krankenkassen versagen in ihrer Funktion als Konsumentenverbände, *Stenographisches Protokoll* 9, S. 113
- FERBER, CH.v.: [1986] Effektivität und Effizienz von Primärprävention nach dem psycho-sozialen "Risikofaktorenansatz", *Kolloquium Gesundheitsökonomie der Robert-Bosch-Stiftung*, Murrhardt 19.-22.11.1986
- FERBER, CH.v./BADURA, B. (Hrsg.): [1985] *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe*, München 1985
- FORSCHUNGSVERBUND LAIENPOTENTIAL, PATIENTENAKTIVIERUNG UND GESUNDHEITSHILFE (Hrsg.): [1987] *Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen*, Berlin 1987
- FRICZEWSKI, F.u.a. (Hrsg.): [1982] *Arbeitsbelastung und Krankheit bei Industriearbeitern*, Frankfurt 1982;
- G**
- GEORG, A./STUPPHARDT, R./ZOIKE, E.: [1984] *Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen*, Essen (Bundesverband der BKK) 1984
- GÖCKENJAN, G.: [1980] Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung, in: *Soziale Welt* Heft 2/1980, S. 156-175;
- GÖCKENJAN, G.: [1979] Bestimmungsfaktoren und Durchsetzungschancen präventiver Sozialpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung, *IIVG/dp/79-201*, Berlin 1979
- GOERTTLER, K.: [1983] Indikation und Wert der Vorsorge und der Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Krebsbekämpfung, *Therapiewoche* 33/1983, S. 6714-6723
- GREISER, E.: [1980] Möglichkeiten und Probleme von multifaktoriellen Interventionsstudien im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten, in: *Der Internist* 1980, Heft 21, S. 430-436
- GROSSE-RUYKEN, F.: [1986] Epidemiologie und Ökonomie der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Referat 17. *Colloquium der Robert-Bosch-Stiftung*, 19.-22.11.1986, in: Murrhardt
- GÜLZOW, H./SCHIFFNER, U./BAUCH, J.: [1985] Milchzahnkaries bei Kindern aus Stormarer Kindergärten, *Deutsche zahnärztliche Zeitung* 40(1985), S. 1044-1048
- H**
- HAERTEL, R.: [1973] Kritik der Versorgungsmaßnahmen, in: *Initiativkreis Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt* (Hrsg.): *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt*, Köln 1973, S. 63-78
- HAMMERSTEIN, F./CATHEY, C./REDMOND, R./WOLF, S.: [1957] Serum cholesterol, diet and stress in patients with coronary artery disease, in: *Journal of clinical investigation* (Boston) 36 (1957), S. 897
- HAMMOND, E./SELIKOFF, J./SEIDMAN, H.: [1979] Asbestos Exposure, Cigarette Smoking and Death Rates, *Ann. N. Y. Acad., Sc* 330, 1979, S. 473-490
- HÄUSSLER, S./LIEBOLD, R./NARR, H.: [1980] *Die kassenärztliche Tätigkeit*, Berlin/Heidelberg/New York 1980
- HAUSS, F.: [1985] Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung - Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen. *IIVG dp.* 85-205, Berlin 1985
- HAUSS, F.: [1985] Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und regionale Gesundheitspolitik, in: *Informationen zur Raumentwicklung* Heft 3/4 1985, S. 279-287
- HAUSS, F.: [1981] Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, *Forschungsbericht des BMA*, Bd. 55, Bonn 1981
- HAUSS, F./KÜHN, H./ROSENBRÖCK, R.: [1980] Gesundheitspolitik im Betrieb. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Praxis des Arbeitsschutzes, in: *WSI-Mitteilungen* 10/1980, S. 570-581
- HAUSS, F./NASCHOLD, F./ROSENBRÖCK, R.: [1981] Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: *BMA (Hrsg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen*, Bonn 1981; S. 176-243
- HAUSS, S.: [1983] *Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb*, Frankfurt, New York 1983
- HAYNES, S.u.a.: [1980] The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study, III. Eight-Year Incidence of Coronary Heart disease, in: *American Journal of Epidemiology* Vol. 111, Heft 1/1980, S. 37-58
- HEINZ, F.: [1985] Zur Beobachtung regionaler Unterschiede der Morbidität in der Bundesrepublik Deutschland, *Informationen zur Raumentwicklung*, Heft 3/4 1985, S. 221-235
- HEINZ, F.: [1987/88] *Gesundheitskosten und Luftverschmutzung*, in: *Uni Report*, Berichte aus der Forschung der Universität Dortmund: 1/1987/88, S. 7-10

- HENKE, K.-D.: [1987] Zur ökonomischen Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Referat auf dem 17. Kolloquium Gesundheitsökonomie am 19.-22.11.1986 in: Murrhardt; Risikovorsorge im Gesundheitswesen, in: F. Holzheu u.a.: Gesellschaft und Unsicherheit, Karlsruhe 1987, S. 188-199
- HENKE, K.D.: [1977] Öffentliche Gesundheitsausgaben und Verteilung. Ein Beitrag zur Messung und Beeinflussung des gruppenspezifischen Versorgungsniveaus im Gesundheitsbereich, Göttingen 1977
- HENKE, K.D./BEHRENS, C.: [1986] The economic cost of illness in the Federal Republic of Germany in the year 1980, in: Health Policy 6 (1986), S. 119-143
- HERBST, B.: [1980] Die Preissenkung der Hersteller von Arzneimittelspezialitäten unter besonderer Berücksichtigung der Preisherabsetzungsbefugnis des Bundeskartellamtes, Frankfurt/M. 1980
- HILDEBRANDT, H./TROJAN, A.: [1988] Gesundheitsförderung und Krankenkassen, in: KrV/März 1988, S. 63-74
- HOFFMEISTER, H. u.a.: [1988] Nationaler Untersuchungs-Survey und regionale Untersuchungs-Surveys der DPH, DPH-Forum Heft 1/2 1988
- HORN, K./BEIER, Chr./WOLF, M.: [1983] Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen, Opladen 1983
- HORN, K./BEIER, Chr./KRAFT-KRUMM, D.: [1984] Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn, Opladen 1984
- HOWARD, P.: [1974] The Changing Face of Chronic Bronchitis with Airway Obstruction, Brit. Med. J. 1974 II, S. 89-93
- HUBER, E.: [1981] Selbsthilfe - eine Chance für die professionellen Helfer?, in: Kickbusch/Trojan (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt 1981, S. 205-214
- HUPPERTZ, P.-H.: [1979] Das Verursacherprinzip als Finanzierungsregel im Gesundheitswesen?, in: WSi-Mitteilungen 10/1979, S. 574-580
- HUSAIN, O.: [1977] National cancer screening, in: Raven R. (Ed.), Outlook on cancer, London 1977
- I**
- IKKARD, F./TOMKINS, S.: [1973] The experience of effect as a determinant of smoking behavior, in: Journal of abnormal psychology (Boston) 81 (1973) 172
- J**
- JAHN, E.: [1979] Untersuchungen zur Schichtspezifität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Krankheitsverläufe in der sozialen Krankenversicherung, Bonn 1979, Forschungsbericht 21, BMA (Hrsg.)
- K**
- KAATZSCH, H.: [1972] Endogene Cholesterinbildung bei Kraftfahrern, Akkord- und Schichtarbeiter, in: Medizinische Klinik (Berlin) 67 (1972) 262
- KAMMERER, W.: [1986] Gesundheitssicherung und Vorsorge als Aufgabe der Betriebskrankenkassen am Beispiel eines Modellprojektes zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, BKK 9/10 1986, S. 316-319
- KARMAUS, W./OSTERHOLZ, U.: [1987] Zu den Ursachen der großen Volkskrankheiten, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 11/1987, S. 646-657
- KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG (WESTFALEN-LIPPE)/ZAHNÄRZTEKAMMER WESTFALEN-LIPPE (Hrsg.): [1987] Kindergartenbetreuungsprogramm Westfalen-Lippe. Kariesepidemiologische Untersuchung an 5- bis 9-jährigen Kindern in Münster/Westfalen, Greven 1987
- KASL, S./COBB, S./BROOKS, G.: [1968] Changes in serum uric acids and cholesterol levels in men undergoing job loss, in: Journal of the American Medical Association (Chicago) 206 (1968) 1500
- KEIL, U.: [1982] Sozialmedizinische Probleme der Krankheitsverhütung, in: M. Blohmke (Hrsg.) Sozialmedizin, Stuttgart 1986, S. 89-102
- MC KEOWN, T.: [1982] Die Bedeutung der Medizin - Traum, Trugbild oder Nemesis?, Frankfurt 1982
- KERN, K./BRAUN, W.: [1987] Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen im regionalen Vergleich, Wirtschaft und Statistik 4/1987, S. 319-325
- KICKBUSCH, J./TROJAN, A. (Hrsg.): [1981] Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt/M. 1981
- KIRSCHNER, W.: [1985] Krebsfrüherkennung in der Bundesrepublik Deutschland. Gründe der Nichtinanspruchnahme und Möglichkeiten zur Erhöhung der Beteiligung, Köln 1985
- KLARMAN, H.E.: [1965] Socioeconomic Impact of Heart Disease, in: E.C. Andrus, C. H. Maxwell (Hrsg.), The Heart and Circulation: Second National Conference on Cardiovascular Disease, BD II, Bethesda (MD) 1965
- KLOTZBÜCHER, E.: [1986] Zum Einfluß des Lärms auf Leistung bei geistiger Arbeit und ausgewählte physiologische Funktionen, in: International archives of occupational and environmental health (Berlin) 37 (1976) 239
- KOCH, E. u.a.: [1986] Die Gesundheit der Nation, Köln 1986
- KOLLER, M./KUNDI, M./CERVENKA, R.: [1978] Field studies of shift work at an austrian oil refinery: health and psychosocial wellbeing of workers who drop out of shift work, in: Ergonomics (London) 21 (1978) 835
- KORNITZER, M.: [1975] Incidence of ischaemic heart disease in two cohorts of Belgian clerks, in: British Journal of Preventive and Social Medicine, Heft 20/1975, S. 91-97
- KRAMPITZ, D./FEHR, R./KAHLKE, W.: [1986] Einflußgrößen für Aspekte des Gesundheitsverhaltens - Ergebnisse einer Querschnittstudie an Einwohnern Hamburgs, Teil I und II, in: Öffentliches Gesundheitswesen 48 (1986), S. 112-115 und S. 201-204
- DIE KRANKENVERSICHERUNG: Heft 2, 1987
- KRASNEY, O.-E.: [1981] Entwicklungen und Entwicklungstendenzen des Schutzes für die wichtigsten Risiken-Krankheit und Mutterschaft, in: BKK 1981, S. 354-362
- KRAUSKOPF, D./SCHROEDER-PRINTZEN, G.: [1978] Soziale Krankenversicherung, Kommentar 2. Auflage, München 1978 (Loseblattsammlung)
- KREUTER, H./GEIGER, A.: [1986] Prävention - Vorbeugende Maßnahmen im Gesundheitswesen.. in: Wirtschafts- und Gesellschaftspolitische Grundinformationen Jg. 73, Heft 5, Köln 1986
- KREUTER, H./SCHLAUSS, H.J.: [1981] Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Köln-Lövenich 1981
- KROKOWSKI, E.: [1979] Erfolg und Scheinerfolg der Krebsfrühdagnostik, in: Fortschritte der Röntgenstrahlen 1979, Heft 2, S. 234-240
- KROMHOUT, D.: [1982] Dietary fibre and 10-year mortality from coronar heart disease, cancer and all causes, Lancet II (1982), S. 518-521
- L**
- LAASER, U.: [1987] Prävention und Gesundheitserziehung, Berlin 1987
- LABISCH, A.: [1984] Von der medizinischen Versorgung zur Gesundheitssicherung. Bemerkungen zu Thomas Mc Keowns Buch "Die Bedeutung der Medizin", Soziale Sicherheit 11/1984
- LABISCH, A.: [1984] Die Wiederaneignung der Gesundheit. Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, in: Argument-Sonderband 113, Berlin 1984
- LAZARUS, R.S.: [1966] Psychological stress and the coping process, New York 1966
- LEHMANN, M./ZACHCIAL, M.: [1982] Zur Umsetzung der GKV-Entscheidung "Gesundheitserziehung und öffentlicher Gesundheitsdienst", Köln 1982
- LEMKE, P.: [1985] Möglichkeiten präventiver Gesundheitssicherung für Bevölkerungsgruppen in benachteiligten Lebenslagen durch die gesetzlichen Krankenkassen, in: R. Rosenbrock, F. Haub (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985, S. 211-228
- LEVI, L.: [194] The stress of everyday work as reflected in productivity, subjective feelings and adrenaline under salaried and piece-work conditions, in: Journal of psychosomatic (Oxford) 8 (1964) 199
- LEVI, L.: [1974] Stress, Distress and Psycho-social Stimuli, in: Mc Lean (Hrsg.): Occupational Stress, Springfield (IL) 1974
- M**
- MAC FARLANE, A.: [1977] Daily Mortality and Environment in English Conurbations I., Brit J. Prev. Soc. med. 31, 1977, S. 54-61
- MAC GREGOR, J./FRASER, M./MANN, E.: [1966] The Cytopipette in the Diagnosis of Early Cervical Cancer, in: Lancet 1966, S. 252-255
- MARMOT, M./WINKELSTEIN, W.: [1986] Epidemiologic observations on intervention trials for prevention of coronary heart disease, in: American Journal of Epidemiology 1975, 101, S. 177-181
- MASCHEWSKY, W.: [1986] Krankheit - biologisches oder soziales Geschehen. WZB IIVG/dp. S. 86-213, Berlin 1986;
- MASCHEWSKY, W.: [1980] Zwischenauswertung der Befragungsergebnisse in der Herzinfarktstudie des Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1980
- MASCHEWSKY, W.: [1981] Zum Stand der Belastungs- und Beanspruchungsforschung, Berlin 1981

- MEINHARDT, P./RENKER, U.: [1970] Untersuchungen zur Morbidität an Herz- und Kreislauferkrankungen durch Dauerlärm, in: Zeitschrift der gesamten Hygiene und ihrer Grenzgebiete (Berlin) 16 (1970) 853
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALORDNUNG, BADEN WÜRTTEMBERG (Hrsg.): [1984] Mögliche Ursachen der vorzeitigen Verrentung wegen BU und EU in Arbeit, Umwelt und Lebensgewohnheiten. Stuttgart 1984
- MONHEIM, H.: [1985] Probleme und Strategien einer regional-orientierten Gesundheitspolitik und -planung, in: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 3/4 1985
- MRFIT Research Group: [1982] Multiple Risk Factor Intervention Trial - Risk Factor Changes and Mortality Results, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 248 Heft 12/1982, S. 1465-1477
- MÜLLER, R.: [1980] Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Belastungen am Arbeitsplatz, in: Argument-Sonderband 53, Berlin 1980, S. 97-109
- MÜLLER, R.: [1982] Die Möglichkeiten des Nachweises von arbeitsbedingten Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse, in: WSi (Hrsg.) Sozialpolitik und Produktionsprozeß (WSi-Studie Nr. 40), Köln 1982, S. 15-35
- MÜLLER, R.: [1983] Verlauf und Verteilung von Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen, Bremen 1983
- MURSWIECK, A.: [1983] Die staatliche Kontrolle der Arzneimittelsicherheit in der BRD und in den USA, Opladen 1983
- N**
- NASCHOLD, F.: [1967] Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg 1967
- NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES: [1982] Diet, Nutrition and Cancer, Washington D. C. 1982
- NATIONAL CANCER INSTITUTE: [1986] Cancer Control objectives for the nation: 1985-2000, P. Greenwald, E. Sondik (Ed.) Bethesda 1986
- NAUJOKS, R./HÜLLEBRAND, G.: [1985] Mundgesundheit in der Bundesrepublik, Zahnärztliche Mitteilung JS (1985), S. 417-419
- NEIPP, J.: [1986] Ökonomische Auswirkungen des Eberbach/Wiesloch-Projekts, Referat auf dem 17. Kolloquium Gesundheitsökonomie am 19.-22.11.1986, im Murrhardt
- NESBITT, P.: [1973] Smoking, physiological arousal and emotional response, in: Journal of personality and social psychology (Lanchester) 25 (1973) 137
- NEUBAUER, G./FROMMHOLZ, C.: [1986] Kleinräumliche Sterblichkeitsdifferenzen und deren mögliche Ursachen - dargestellt am Beispiel Bayern, in: Öff. Gesundh.-Wes. 48, 1986, S. 97-101
- NEUHAUS, R.: [1985] Mobilisierung zur Gesundheit und ökonomische Anreize zur Prävention - Ein Konzept, seine Kritik und Weiterentwicklung, in: R. Rosenbrock, F. Hauß (Hrsg.) Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985, S. 164-176
- NEUMANN, G./LIEDERMANN, A.: [1981] Mortalität und Sozialschicht, in: Bundesgesundheitsblatt 24 Nr. II vom 29. Mai 1981, S. 173-181
- NÜSSEL, E./LAMM, G.: [1983] Prävention im Gemeinderahmen, München 1983
- O**
- OESER, H.: [1984] Krebsbekämpfung, Hoffnung und Realität, Stuttgart 1984
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS (OPCS): [1978] Occupational mortality 1970-72, London 1978
- ORTIZ, G./ARGUELLES, A./CRESPIN, A./SPOSARI, G./VILLAFRANE, C.: [1974] Modification of epinephrine, norepinephrine, blood lipid fractions and the cardiovascular system produced by noise in an industrial medium, in: Hormone research (Basel) 5 (1974) 57
- OSBORN, G./LEYSKON, V.: [1966] Domiciliary Testing of Cervical Smears by Home Nurses, in: Lancet 1966.i., S. 256-257
- P**
- PARSONS, F.: [1967] Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas, in: Mitscherlich u. a. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln 1967, S. 57-87
- PATZ, J./NAUJOKS, R.: [1980] Morbidität und Versorgung der Zähne in der Bevölkerung der Bundesrepublik, Deutsche zahnärztliche Zeitung 35. Jg. 1980, S. 259-264
- PFLANZ, M.: [1979] Vorsorge statt Früherkennung, in: WIdO (Hrsg.) Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung Teil 2., Bonn 1979, S. 173-197
- PFLANZ, M.: [1973] Allgemeine Epidemiologie, Stuttgart 1973
- PRESTON, B.: [1976] Studies of inequality, in: Abholz, H. (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage, Frankfurt 1976
- PROEBSTING, H.: [1984] Entwicklung der Sterblichkeit, in: Wirtschaft und Statistik 1, 1984, S. 13-24
- PROJEKT BETRIEBSKRANKENKASSEN UND PRÄVENTION: [1985] Zusammenfassung des Ergebnisberichts, IIVG/dp/, S. 85-203, Berlin 1985
- PROJEKTGRUPPE PRIORITÄRE GESUNDHEITSZIELE (Hrsg.): [1987] Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten, Köln 1987
- PUSKA, P. u. a.: [1979] Changes in coronary risk factors during comprehensive five year community programme to control cardiovascular diseases (North Karelia Project), in: British Medical Journal, Heft 2/1979, S. 1173-1178
- R**
- RAT VON SACHVERSTÄNDIGEN FÜR UMWELTFRAGEN: [1987] Umweltgutachten 1987, Wiesbaden 1987
- ROBRA, P.: [1979] Was ist ein Risikofaktor?, in: WIdO (Hrsg.) Gesundheitspolitisch relevante Herz- und Kreislauferkrankungen, Bonn 1979, S. 77-96
- ROBRA, P.: [1984] Häufigkeit und Mortalität gynäkologischer Krebse in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bender, H.G. (Hrsg.): Gynäkologische Onkologie für die Praxis, Stuttgart, New York, 1984, S. 28-41
- ROSENBROCK, R.: [1985] Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena, in: F. Naschold (Hrsg.) Arbeit und Politik, Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der Sozialen Sicherung, Frankfurt/New York 1985, S. 367-404
- ROSENBROCK, R.: [1985] Primärprävention durch GKV - dreizehn Thesen und Gegenthesen, in: Soziale Sicherheit 1/1985, S. 1-9
- ROSENBROCK, R./HAUSS, F.: [1985] Krankenkasse und Prävention, Berlin 1985
- ROSENBROCK, R.: [1985] Re-Politisierung der Selbstverwaltung als Voraussetzung und Folge wirksamer Prävention durch Institutionen der GKV, in: Rosenbrock/Hauß (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985, S. 153-163
- ROSENBROCK, R.: [1984] Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise - regressive Tendenzen und neue Aufgaben für die Experten, WZB IIVG/dp 84 - 221, Berlin 1984
- ROSENMANN, H. u. a.: [1975] Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 1/2 years, in: Journal of American Medical Association, 1975, 233, S. 872-877
- ROSENMANN, H.: [1981] Einleitende Anmerkungen zur Bedeutung des Typ-A-Verhaltens bei der koronaren Herzkrankheit, in: T.M. Dembroski, M.J. Halhuber, Psychosozialer "Streß" und koronare Herzkrankheiten, Berlin 1981, S. 31-42
- S**
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN: [1987] Jahresgutachten 1987, Baden-Baden, 1987
- SCHAEFER, H.: [1986] Gesundheitsrisiko - Möglichkeiten und Grenzen der Vermeidung, Öff. Gesundheitswesen 45(1983), S. 11-20
- SCHAEFER, H.: [1976] Die Hierarchie der Risikofaktoren, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft (MMG) 3/1976, S. 141-156
- SCHAEFER, H.: [1986] Früherkennung, in: Ch. v. Ferber u. a. (Hrsg.) Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München 1985, S. 383-396
- SCHAEFER, H./BLOHMKE, M.: [1977] Epidemiologie der koronaren Herzkrankheiten, in: Blohmke (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin Bd. II, Stuttgart 1977
- SCHAPER, K.: [1978] Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Frankfurt 1978
- SCHEUERMANN, W. u. a.: [1986] Die Rolle der Arbeitsgemeinschaft für kommunale Gesundheitsvorsorge im Modell Kommunale Prävention, DHP-Forum 3/86, S. 23-36
- SCHMÄDEL, D.: [1981] Sozialpsychologische Faktoren des Inanspruchnahmeverhaltens im Gesundheitswesen, in: BMAuS (Hrsg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55, Bonn 1981

- SCHMIDT, A.: [1987] Rehabilitation in der Rentenversicherung - Was kann verbessert werden?, in: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1987
- SCHWARTZ, F.: [1985] Anmerkungen zur Früherkennung aus der Sicht des Befürworters, Ch. v. Ferber u.a. (Hrg) Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München 1985, S. 397-411
- SCHWARTZ, F.: [1987] Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung, in: Argument Sonderband 178 "Grenzen der Prävention", Berlin 1987, S. 31-49.
- SCHWARTZ, F.: [1980] Prävention im System der GKV, Wissenschaftliche Reihe des ZI für die kassenärztliche Versorgung in der BRD Bd. 19, Köln 1980;
- SCHWARTZ, F.: [1982] Krebsfrüherkennung in der GKV, Ver. Dtsch. Krebs. Ges. 3/1982, S. 23-34
- SCHWARTZ, F.: [1981] Zur Frage der Wirksamkeit und Inanspruchnahme des Screenings auf Cervixkrebs in der BRD, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 41/1981, S. 259-262
- SCHWARTZ, F.: [1987] Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung, in: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (Hrsg.): Informationsdienst 195, 1987
- SCHULZAHNKLINIK BASEL-STADT (Hrsg.): [1987] Jahresbericht der Schulzahnklinik Basel-Stadt 1985/86, Basel 1987
- SEHRT, U.: [1985] Gesundheitsberatung durch den Hausarzt, in Münch. med. Wschr. 127 Nr. 12/1985
- SELBMANN, H.K.: [1986] Epidemiologische und methodische Probleme bei der Evaluation präventiver Maßnahmen, Referat auf dem 17. Kolloquium Gesundheitsökonomie der Robert-Bosch-Stiftung 20.-21. November 1986 in Murrhardt
- SELYE, H.: [1957] Streß beherrscht unser Leben, Düsseldorf 1957
- SIEGRIST, J.: [1986] Chronischer Distress und koronares Risiko: Neue Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention, Kolloquium Gesundheitsökonomie der Robert-Bosch-Stiftung, Murrhardt 19.-22.11.86
- SIEGRIST, J.u.a.: [1980] Soziale Belastungen und Herzinfarkt, Stuttgart 1980;
- SIEGRIST, J.: [1987] Berufliche Belastungen und Herz-Kreislauf-Risiko - Neue Erkenntnisse und ihre praktische Bedeutung, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 11/1987, S. 658-668
- STARLINGER, H./HAWEL, W./RUTENFRANZ, J.: [1969] Untersuchungen zur Frage der Katecholaminausscheidung im Harn als Kriterium für emotionalen Streß unter verschiedenen Bedingungen, in: Internationale Zeitschrift für angewandte Physiologie einschließlich Arbeitsphysiologie (Berlin) 27 (1969) 1
- STATISTISCHES BUNDESAMT: [1986] Statistisches Jahrbuch 1986, Wiesbaden 1987; Presseveröffentlichungen, Wiesbaden 1985; Todesursachen 1985, Wiesbaden 1986
- STÜNZNER, W. u.a.: [1987] Erfahrungen der kommunalen Prävention mit den niedergelassenen Ärzten als Multiplikatoren in Karlsruhe, in DPH-Forum 1/87, S. 90-113
- T**
- TASK FORCE TO THE CONFERENCE OF DEPUTY MINISTERS OF HEALTH: [1980] Periodic health examination, Ottawa: Minister of Supply and Services 1980
- TENNSTEDT, F.: [1976] Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik, in: Murswieck, Staatliche Politik im Sozialsektor, München 1976, S. 139ff
- THEORELL, T./RAHE, R.: [1972] Behavior and life satisfaction characteristics of swedish subjects with myocardial infarction, in: Journal of chronic diseases (New York) 25 (1972) 139
- TROSCHKE, J.v.: [1983] Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt 80. Jg., 10/1983
- TROSCHKE, J.v. u.a.: [1985] Die sozialstrukturelle Prozeßevaluation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, o.O. 1985
- TROSCHKE, J.v./STÄSSEL, U.: [1981] Ärztliche Gesundheitsberatung in der BRD, in: Troschke/Stässel (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung Freiburg 1981
- TRUETT, J./CORNFIELD, J./KANNEL, W.: [1967] A multivariate analysis of the risk of coronary heart disease in Framingham, in: Journal of diseases (New York) 20 (1967) 511
- U**
- US-DEHW (US-Departement of health, education and welfare): [1964] Blood - pressure of adults by age and sex, United States 1960-1962 national center of health statistics, Washington 1964
- US-DEHW (US-Departement of health, education and welfare): [1979] Report of the hypertension task force, vol. 4 - current research and recommendations from the circulation and vascular smooth muscle, nerve terminals, publ. NO: NIH 79-1626, Washington 1979
- V**
- VERTIN, P.: [1978] Incidence of cardiovascular disease in dutch viscose rayon industry, in: Journal of occupational medicine (Baltimore) 20 (1978) 346
- VOLKHOLZ, V.: [1977] Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit, (Hrsg.) BMA, Bonn 1977
- W**
- WAKEFIELD, J.: [1973] Social study in cervical cancer, in: E. Easson (Ed.) Cancer of the uterin cervix, London 1973
- WEBER, I./MEYE, M./FLATTEN, G.: [1987] Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten, Köln 1987, Zwischenbericht
- WENGLE, E. u.a.: [1988] Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen, Abschlußbericht, München 1988
- WHO: [1985] Einzelziele für "Gesundheit 2000", Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1985
- WHO: [1983] Multifactorial trial in the prevention of coronary heart disease 3. Incidence and mortality results, European Collaborative Group, in: European heart Journal Heft 4 1983, S. 141-147
- WHO: [1984] Proposed Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000, EVR/RC 34/14 1984, Kopenhagen 1984
- WHO: [1969] The Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, Report on a Seminar, Noordwijk aan Zee 2.7.10.1967, Copenhagen 1969
- WHO: [1973] Evaluation of Comprehensive Rehabilitative and Preventive Programmes for Patients after Acute Myocardial Infarction, Report on two Working Groups, Regional Office for Europe, Copenhagen 1973
- WHO: [1978] Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata UDSSR 6.-12.9.1978, Genf 1978
- WIDEKAMP, P.: [1987] Erwartungen in die Prävention (I) + (II), in: Die Ersatzkasse, 8/1987, S. 277-284, 9/1987, S. 339-344
- WIDo: [1984] Der europäische Arzneimittelmarkt. Arzneimittelpreisvergleich - Arzneimittelverbrauchsvergleich - Rahmenbedingungen. Schriftenreihe des WIDo Bd 6, Bonn 1984; Hemming J. (Projektleiter)
- WIDo: [1980] Empirische Untersuchung der Preis- und Mengenkompente der Ausgabensteigerung der GKV für Arzneimittel aus Apotheken 1977-79, Bonn 1980; Borchert (Projektbearbeiter)
- WIDo: [1979] Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte, Bonn 1979
- WIDo: [o. J.] Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung Teil 2, in: Perspektiven und Erfahrung WIDo-Materialien, Bd.4, Bonn o.J.
- WIDo: [1979] Gesundheitspolitisch relevante Herz-Kreislauf-Erkrankungen - Epidemiologie, Prävention, Rehabilitation, in: WIDo-Materialien Bd. 7, Bonn, 1979
- WILHELMSSEN, L./WEDEL, H./TIBBLIN, L./TIPPLIN, G.: [1973] Multivariate analysis of risk factors for coronary heart disease, in: Circulation (New York) 48 (1973) 950
- WILSON, M./JUNGNER, G.: [1968] Principles and practice of screening for disease, WHO, PUBLIC Health Paper 34, Genf 1968
- WINKELVOSS, H. u.a.: [1981] Zur Definition und Verbreitung von Gesundheits-Selbsthilfegruppen, in: Kickbusch, Trojan (Hrsg.): Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt/M 1981, S. 128-133
- Z**
- ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSOR-GUNG: [1988] Prävention im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1980
- ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSOR-GUNG: [1986] Krankheitsfrüherkennung Krebs Frauen und Männer - Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1983, Köln 1986
- ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSOR-GUNG: [1988] Gesundheitsberatung durch Ärzte, Wissenschaftliche Reihe, Band 32, Köln 1988
- ZÖLLNER, W.: [1973] Arbeitsrecht und menschengerechte Arbeitsgestaltung, in: Recht der Arbeit 1973, S. 212ff
- ZWINGMANN, B.: [1985] Gesundheit am Arbeitsplatz und gewerkschaftliche Interessenvertretung, WSI-Mitteilungen 4/1985, S. 183-192

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1-1:	Frühinvalidität aufgrund von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit 1985	15	Tab. 1-28:	Prozentuale Verteilung von Reform-Lebensmitteln oder diätetischen Erzeugnissen im Zeitvergleich 1984 bis 1987 - nur die 4 Studienzentren der Kooperativen Prävention (Mediensurvey 1984 und 1987)	51
Tab. 1-2:	Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkassen für das Jahr 1983	16	Tab. 1-29:	Prozentuale Verteilung des Wissens über den Cholesteringehalt in Nahrungsmitteln nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)	52
Tab. 1-3:	Angezeigte Berufskrankheiten nach Krankheitsgruppen für das Jahr 1985	16	Tab. 1-30:	Prozentuale Verteilung des Wissens über Nahrungsmittel mit einem hohen Kohlenhydratanteil nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)	52
Tab. 1-4:	Sterblichkeit, Lebenserwartung nach sozialer Schicht, Männer 1970-1972, Großbritannien	16	Tab. 1-31:	Prozentuale Verteilung des Wissens um den Cholesterin- und Kohlenhydratgehalt im Zeitvergleich 1984 bis 1987 - nur die 4 Studienregionen der Kooperativen Prävention (Mediensurvey 1984 und 1987)	54
Tab. 1-5:	Sterblichkeit von Männern und Frauen nach ihrem sozioökonomischen Status (12975-1980), Frankreich	17	Tab. 1-32:	Prozentuale Verteilung der Veränderung der Ernährungsgewohnheiten in der letzten Zeit nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)	53
Tab. 1-6:	Mortalität nach Berufsgruppen in Stuttgart, Männer, 30 bis unter 70 Jahre je 100.000, 1976-1978	17	Tab. 1-33:	Prozentuale Verteilung der Art der Ernährungsveränderung nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987; Basis = diejenigen, die eine Ernährungsumstellung bejahen)	53
Tab. 1-7a:	Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nach sozialer Schicht	18	Tab. 1-34:	Prozentuale Verteilung des Raucherstatus nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)	56
Tab. 1-7b:	Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nach Alter	18	Tab. 1-35:	Prozentuale Verteilung der Versuche zur Aufgabe oder Einschränkung des Rauchens in den letzten drei Jahren nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)	56
Tab. 1-8a:	Beeinträchtigung durch Gesundheitszustand nach sozialer Schicht	19	Tab. 1-36:	Prozentuale Verteilung der bevorzugten Methode für die Aufgabe bzw. Reduktion des Rauchens nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987; Basis = Gesamtzahl ohne Nichtraucher und diejenigen Personen, die bislang nicht an die Aufgabe des Rauchens gedacht haben)	56
Tab. 1-8b:	Beeinträchtigung durch Gesundheitszustand nach Alter	19	Tab. 1-37:	Prozentuale Verteilung der sportlichen Aktivität nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)	57
Tab. 1-9a:	Soziale Schicht nach Alter, Gemeindegröße und Region (Männer)	21	Tab. 1-38:	Prozentuale Verteilung der sportlichen Aktivitäten im Zeitvergleich 1984 bis 1987 - nur die 4 Studienregionen der Kooperativen Prävention (Mediensurvey 1984 und 1987)	57
Tab. 1-9b:	Soziale Schicht nach Alter, Gemeindegröße und Region (Frauen)	21	Tab. 1-39:	Im Zusammenhang mit der Planung und Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen der Gesundheitsämter genannte Themen, Zielgruppen, Methoden und Arbeitsfelder	64
Tab. 1-10a:	Risikofaktoren nach Alter, sozialer Schicht, Gemeindegröße und Region (nur Männer, Angaben in %)	22	Tab. 1-40:	Beteiligung der Anspruchsberechtigten an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, GKV insgesamt 1972 bis 1985 - Inanspruchnahmequoten in % der Berechtigten	66
Tab. 1-10b:	Risikofaktoren nach Alter, sozialer Schicht, Gemeindegröße und Region (nur Frauen, Angaben in %)	22	Tab. 1-41:	Beteiligung der Anspruchsberechtigten an den Früherkennungsmaßnahmen für Kinder, GKV insgesamt 1985 - Inanspruchnahme in % der Berechtigten	68
Tab. 1-11:	Berufstätigkeit nach Alter und Geschlecht	25	Tab. 1-42:	Beteiligung der Anspruchsberechtigten an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	66
Tab. 1-12:	Häufigkeit, mit der Arbeitsplatzbedingungen als »stark belastend« erlebt werden	26	Tab. 1-43:	Krebsfrüherkennung (Männer - 1983)	67
Tab. 1-13:	Ausgewählte Arbeitsbelastungen bei Berufstätigkeit nach Geschlecht und Alter	26	Tab. 1-44:	Krebsfrüherkennung (Frauen - 1983)	67
Tab. 1-14:	Beziehungen zwischen einzelnen Arbeitsbelastungen und wahrgenommenen chronischen Krankheiten	27			
Tab. 1-15:	Wahrgenommene chronische Krankheiten in Abhängigkeit von der Zahl starker Arbeitsbelastungen	27			
Tab. 1-16:	Spezielle Arbeitsplatzbelastungen und Anzahl wahrgenommener chronischer Erkrankungen	28			
Tab. 1-17:	Übergewicht (Eigenangaben der Fragen 72 und 73 des Gesundheitsurveys) nach Arbeitsplatzbedingungen	30			
Tab. 1-18:	Rauchen nach Arbeitsplatzbelastungen (nur Berufstätige)	30			
Tab. 1-19:	Mangel an sportlicher Betätigung nach Arbeitsplatzbelastungen	30			
Tab. 1-20:	Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Gefährdung	31			
Tab. 1-21:	Prozentualer Anteil von Kindern mit kariesfreiem Dauergebiss	38			
Tab. 1-22:	Kostenaufwand für die Kariesvorsorge bei 15jährigen Baslern während der Schulzeit	38			
Tab. 1-23:	Direkte und indirekte Kosten von Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland, 1980	44			
Tab. 1-24:	Die volkswirtschaftliche Bedeutung von HKK, dargestellt durch verlorene Lebensjahre und Erwerbstätigkeitsjahre	44			
Tab. 1-25:	Kosten und Nutzen einer verstärkten Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten	45			
Tab. 1-26:	Überblick zur HIP-Studie (Shapiro, 1975, Strax, 1976).....	46			
Tab. 1-27:	Prozentuale Verteilung der Benutzung von Reform-Lebensmitteln oder diätetischen Erzeugnissen nach Geschlecht und sozialer Schicht (Mediensurvey 1987)	52			

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1-1:	Gesundheitszustand nach sozialer Schicht	19
Abb. 1-2a:	Rauchen nach sozialer Schicht und Gemeindegröße ...	23
Abb. 1-2b:	Rauchen nach Gemeindegröße	23
Abb. 1-3:	Bluthochdruck nach sozialer Schicht	23
Abb. 1-4:	Hypercholesterinämie nach sozialer Schicht	23
Abb. 1-5a:	Übergewicht nach sozialer Schicht und Gemeindegröße	23
Abb. 1-5b:	Übergewicht nach sozialer Schicht und Gemeindegröße	23

Abb. 1-6: Bewegungsmangel nach sozialer Schicht	24	Abb. 1-9: Verteilung der Berufstätigen nach Anzahl starker Arbeitsbelastungen	28
Abb. 1-7a: Hohe und niedrige Risikofaktorenbelastung (nur Männer)	24	Abb. 1-10: Krankheiten bei Berufstätigen nach Arbeitsbelastungen	28
Abb. 1-7b: Hohe und niedrige Risikofaktorenbelastung (nur Frauen)	24	Abb. 1-11: Berufstätige mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen nach Arbeitsbelastungen und Alter	28
Abb. 1-8a: Kardiovaskuläres Risiko nach Alter und Schicht (nur Frauen)	24	Abb. 1-12: Anteil Berufstätiger mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand nach Arbeitsbelastungen	28
Abb. 1-8b: Kardiovaskuläres Risiko nach Alter und Schicht (nur Männer)	24	Abb. 1-13: Krankheitshäufigkeit im Belastungs- und Vergleichsgebiet	49

II. Aufgaben eines Krankenversicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit

Die soziale Absicherung des Pflegefallrisikos stellt sich als eines der drängendsten sozialpolitischen Probleme in der Bundesrepublik Deutschland dar. Der Altersquotient der Bevölkerung (= die Zahl der über 60jährigen im Verhältnis zu den potentiellen Erwerbstätigen, d.h. den 20-60jährigen) wird bis zum Ende dieses Jahrhunderts um ca. ein Viertel auf 50 % steigen. Mit dieser Veränderung der Bevölkerungsstruktur wird die pflegerische Betreuung alter Menschen eine herausragende Bedeutung gewinnen.

Oft läßt sich die Unterscheidung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit aus medizinischer Sicht nicht begründen. Die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen und die fehlende soziale Absicherung von Pflegerisiken führen vielfach zur Medikalisierung von Pflegebedürftigen. Altersgebrecben und körperliche, seelische oder soziale Handicaps im Alter werden durch intensivierete Diagnostik zu somatisch begründeten Krankheitsbildern umdefiniert. Diese Problemlagen treten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich auf, so daß eine adäquate Lösung der Pflegeproblematik die Reformmaßnahmen im ambulanten und stationären Sektor letztlich ohne spürbare Wirkung bleiben werden.

Angesichts der unabweisbaren Problemlagen im Pflegebereich gab und gibt es zahlreiche Bemühungen, eine Verbesserung der Pflegesituation zu erreichen. So haben eine Reihe von Bundesländern (Hessen, Rheinland-Pfalz, Bayern) in der 10. Wahlperiode Gesetzesanträge zur besseren sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit eingebracht, und auch die Bundesregierung, Parteien, Vereine und Verbände haben ihre Lösungsvorschläge zur Diskus-

sion gestellt. Die in der Diskussion befindlichen Konzepte lassen sich auf drei Grundmodelle zurückführen:

- Erstens wird eine Neuregelung im Rahmen einer Versicherungslösung diskutiert, sei es durch eine völlig eigenständige Pflegeversicherung, sei es durch eine eigenständige, organisatorisch aber an die GKV angebundene Pflegeversicherung, sei es durch eine Ausdehnung des Leistungskatalogs der GKV auf die Pflege.
- Zweitens wird vorgeschlagen, ein sog. Pflegeleistungsgesetz zu beschließen, in dessen Rahmen - losgelöst von der Sozialhilfe - die Leistungen aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.
- Drittens wird eine Erweiterung der Pflegeregeln des Bundessozialhilfegesetzes erwogen mit dem Ziel einer kurzfristigen Teillösung, um Härten im stationären Pflegebereich zu mildern.

Die Enquete-Kommission sieht sich aufgrund ihrer knappen zeitlichen und personellen Ressourcen nicht in der Lage, zu den bislang diskutierten Reformüberlegungen Stellung zu nehmen oder gar einen eigenen Vorschlag zur Lösung der Pflegeproblematik zu unterbreiten. Die Kommission weist aber darauf hin, daß nach ihrem Eindruck die gegenwärtigen Probleme der Pflege zu sehr auf Finanzierungsaspekte reduziert werden und die bedeutungsvolleren Fragen nach der Organisation einer problemadäquaten Pflege zu unrecht in den Hintergrund treten. Eine Strukturreform des Gesundheitswesens, die eine grundlegende Lösung der Pflegeproblematik ausklammert, wird Stückwerk bleiben.

Kapitel 2

Alternative Konzeptionen zur Orientierung eines Krankenversicherungssystems

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	90
I. Globalsteuerung und Budgetierung	90
1. Vorbemerkung	90
2. Steuerungspotentiale und -defizite des gegenwärtigen Systems	91
2.1 Vorbemerkungen	91
2.2 Evaluation der Globalsteuerungsansätze im Rahmen der Kostendämpfungspolitik	91
2.2.1 Durchgeführte Maßnahmen und eingesetzte Instrumente	91
2.2.2 Kontrolle des Ausgabenanstiegs als operatives Ziel	92
2.2.3 Bilanz der finanziellen Globalsteuerung	93
2.2.3.1 Allgemeine Entwicklung	93
2.2.3.2 Detailbetrachtung	94
2.2.4 Möglichkeiten und Schwächen der »Konzertierten Aktion«	95
2.2.5 Grenzen des Steuerungspotentials der KVKG-Instrumente	96
2.2.5.1 Schwachstellen bei den Makro-Interventionen	96
2.2.5.2 Aspekte der Prozeßsteuerung auf der Mikro-Ebene	99
2.2.6 Erfahrungen mit dem »Bayern-Vertrag«	99
2.2.6.1 Grundgedanken des »Bayern-Vertrages«	99
2.2.6.2 Ergebnisse des »Bayern-Vertrages«	100
2.3 Elemente der Bedarfs- und Angebotsplanung im derzeitigen System	101
2.3.1 Staatliche Krankenhausbedarfsplanung	101
2.3.2 Bedarfsplanung im Bereich der ambulanten Versorgung	103
2.4 Hauptkritikpunkte am gegenwärtigen System	103
2.4.1 Fehlende Gesamtverantwortung und Zielorientierung	103
2.4.1.1 Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen	104
2.4.1.2 Gebrochene Finanzverantwortung	104
2.4.1.3 Zweckentfremdung der GKV	104
2.4.2 Dominanz der Anbieterinteressen	104
2.4.3 Effizienz des Gesundheitssystems	105
2.4.3.1 Medikalisierung des Gesundheitswesens	105
2.4.3.2 Fehlorientierung der medizinischen Versorgung	105
2.4.3.3 Existenz von Unter- bzw. Überversorgung	106
3. Konzept einer Globalsteuerung und Budgetierung	106
3.1 Ausgangsüberlegungen	106
3.2 Begründung des Steuerungsansatzes	107
3.2.1 Ausgangsüberlegungen	107

3. 2. 2	<i>Einzelne Begründungen</i>	108
3. 2. 2. 1	Unmöglichkeit der Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen	108
3. 2. 2. 2	Versagen der Kontrollfunktion der Nachfrager	108
3. 2. 2. 3	Ausgabenbudgetierung als Folge der Freiberuflichkeit	108
3. 2. 2. 4	Meritorik von Gesundheitsleistungen und -gütern	108
3. 2. 2. 5	Notwendigkeit der Orientierung an Zielen und Prioritäten	109
3. 2. 2. 6	Notwendigkeit der Planung im Gesundheitswesen	109
3. 3	Zielsetzungen und Rahmenbedingungen einer Globalsteuerung	110
3. 3. 1	<i>Allgemeine Zielsetzungen</i>	110
3. 3. 2	<i>Zielrealisierung und Zielkonflikte</i>	110
3. 3. 3	<i>Gesundheitsberichterstattung als Entscheidungsgrundlage</i>	111
3. 3. 3. 1	Allgemeine Anforderungen an die Gesundheitsberichterstattung	111
3. 3. 3. 2	Spezifische Anforderungen der Gesundheitsberichterstattung	111
3. 3. 4	<i>Sonstige Anwendungsvoraussetzungen</i>	112
3. 3. 4. 1	Art und Umfang der Steuerungskompetenzen	112
3. 3. 4. 2	Eigentumsrechtliche Implikationen	113
3. 4	Struktur der Steuerungskonzeption auf der Makro-Ebene	113
3. 4. 1	<i>Festlegung der globalen Gesundheitsquote</i>	113
3. 4. 1. 1	Ausgangsüberlegungen	113
3. 4. 1. 2	Implikationen einer Orientierung an volkswirtschaftlichen Aggregatgrößen	114
3. 4. 2	<i>Definition eines inhaltlichen Orientierungsrahmens</i>	115
3. 4. 3	<i>Planung im Gesundheitswesen</i>	116
3. 4. 4	<i>Regionalisierte Budgetierung und Bedarfsplanung</i>	117
3. 4. 5	<i>Budgetierung als Steuerungselement</i>	119
3. 4. 5. 1	Funktionsweise und Formen der Budgetierung	119
3. 4. 5. 2	Merkmale starrer und flexibler Budgetierung	120
3. 4. 5. 3	Strukturierte Budgetierung	120
3. 4. 6	<i>Mengensteuerung als regulatives Instrument</i>	121
3. 4. 6. 1	Mengenmäßige Steuerung der Leistungsabgabe	121
3. 4. 6. 2	Steuerung des mengenmäßigen Inputs (Angebotssteuerung)	122
3. 4. 7	<i>Steuerung über administrierte Preise</i>	123
3. 5	Instrumente zur Intervention auf der Mikro-Ebene	124
3. 5. 1	<i>Anpassung der Mikroebene an globale Vorgaben</i>	124
3. 5. 2	<i>Prozeßsteuerung auf der Angebotsseite</i>	125
3. 5. 3	<i>Prozeßsteuerung auf der Nachfrageseite</i>	125
3. 6	Funktion und Aufgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	125
3. 7	Kontrolle der Zielerreichung	125
4.	Einwände gegen die Globalsteuerung und Budgetierung	126
4. 1	Grundsätzliche Einwände	126
4. 2	Einzelne Kritikpunkte an Globalsteuerungs- und Budgetierungs- konzepten	127
4. 2. 1	<i>Einwände gegen zentralisierte Entscheidungen</i>	127
4. 2. 1. 1	Grundsätzliche Bedenken gegen staatliche Eingriffe	127
4. 2. 1. 2	Fehlerhafte Bedarfsermittlung	127
4. 2. 1. 3	Nichtberücksichtigung superiorer Bedürfnisse	128
4. 2. 1. 4	Mißachtung der Wachstumsdynamik	128
4. 2. 2	<i>Bürokratisierung und Fehlentwicklungen</i>	128
4. 2. 2. 1	Beschränkung der Entscheidungsspielräume durch Bürokratisierung	129
4. 2. 2. 2	Erstarrung überkommener Strukturen	129
4. 2. 2. 3	Hemmnis für innovatorische Prozesse	129
4. 2. 2. 4	Umgebungsmöglichkeiten und Ausweichstrategien	129
4. 2. 2. 5	Notwendigkeit der fortschreitenden Intervention	129

II. Marktwirtschaftliche Orientierung und Steuerung	130
1. Vorbemerkung	130
2. Kritik des gegenwärtigen Systems	130
2.1 Strukturelle Mängel des Krankenversicherungssystems	131
2.1.1 <i>Fehlanreize und Steuerungsdefizite auf der Nachfrageseite</i>	131
2.1.1.1 Grundprobleme indirekter Finanzierung	131
2.1.1.2 Moral-Hazard-Phänomen	131
2.1.1.3 Rationalitätenfalle	132
2.1.1.4 Sonstige Probleme auf der Nachfrageseite	132
2.1.2 <i>Fehlanreize im Bereich der Organisation des Krankenversicherungsschutzes</i>	133
2.1.2.1 Mitgliedschaftsregelungen	133
2.1.2.2 Beitragsgestaltung	133
2.1.2.3 Leistungsgestaltung	133
2.1.2.4 Soziale Aspekte und Umverteilungsregelungen	134
2.1.2.5 Organisation des Versicherungsschutzes	134
2.1.3 <i>Fehlanreize auf der Angebotsseite</i>	134
2.1.3.1 Ambulante Versorgung	135
2.1.3.2 Krankenhausbereich	135
2.1.3.3 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich	136
2.2 Mängel der aktuellen staatlichen Gesundheitspolitik	137
2.2.1 <i>Budgetierung und staatliche Bedarfsermittlung</i>	137
2.2.2 <i>Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen</i>	138
2.2.3 <i>Fortschreitende Bürokratisierung</i>	138
2.2.4 <i>Leistungsausgrenzungen</i>	138
3. Marktwirtschaftliche Reformansätze für das Gesundheitswesen	139
3.1 Ausgangsüberlegungen	139
3.2 Sozialpolitische Grenzen einer Marktsteuerung	139
3.3 Eliminierung von Umverteilungsaufgaben aus der GKV	139
3.4 Marktsteuerung und Ausgabenentwicklung	140
3.5 Zielsetzungen marktwirtschaftlicher Konzeptionen	141
3.5.1 <i>Hauptziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen</i>	141
3.5.1.1 Bedarfsgerechte Versorgung und Verbrauchseffizienz	141
3.5.1.2 Kostenminimierung	141
3.5.1.3 Nutzenmaximierung	141
3.5.1.4 Förderung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative	141
3.5.1.5 Schutz der Versichertengemeinschaft vor Mißbrauch	142
3.5.2 <i>Funktionale Ziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen</i>	142
3.5.2.1 Individuelle Anreize und Kostenbewußtsein	142
3.5.2.2 Förderung des Wettbewerbs	142
3.5.2.3 Förderung von Innovation und technischem Fortschritt	143
3.6 Funktionsvoraussetzungen marktwirtschaftlicher Prozesse	143
3.6.1 <i>Allgemeine Anmerkungen</i>	143
3.6.2 <i>Existenz und Herstellung einzelner Funktionsbedingungen</i>	143
3.6.2.1 Eigennutzaxiom	143
3.6.2.2 Information und Markttransparenz	143
3.6.2.3 Funktionsfähiges Preissystem	143
3.7 Marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente	144
3.7.1 <i>Grundzüge des marktwirtschaftlichen Mechanismus</i>	144
3.7.2 <i>Instrumente zur Steigerung der Nachfrageeffizienz</i>	144
3.7.2.1 Selbstbeteiligungsregelungen	144
3.7.2.2 Maßnahmen zur Erhöhung der Wahlfreiheit (z. B. Wahltarife)	148
3.7.2.3 Übergang zum Kostenerstattungssystem	151
3.7.2.4 Neudefinition der Krankenversicherungsleistungen	151

3. 7. 3 <i>Instrumente zur Steuerung des Leistungsangebots</i>	152
3. 7. 3. 1 Grundsätzliche Gestaltungsprinzipien	152
3. 7. 3. 2 Steuerung im Bereich der ambulanten Versorgung	153
3. 7. 3. 3 Steuerung im Bereich der stationären Versorgung	155
3. 7. 3. 4 Neuordnung des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Versorgung	155
3. 7. 3. 5 Steuerung des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereichs	156
3. 7. 4 <i>Organisation des Versicherungsmarktes</i>	157
3. 8 Konkrete marktwirtschaftliche Reformoptionen	158
3. 8. 1 <i>Reformoption »Duales Versicherungssystem«</i>	158
3. 8. 2 <i>Reformoption »Stärkung des Versicherungsprinzips«</i>	159
3. 8. 3 <i>Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter«</i>	161
4. Einwände gegen marktwirtschaftliche Reformoptionen	162
4. 1 Prinzipielle Argumente gegen Marktkonzepte	162
4. 1. 1 <i>Unterschiede im Grundverständnis von Gesundheit</i>	162
4. 1. 2 <i>Marktversagen als Ablehnungsgrund</i>	162
4. 1. 2. 1 Besonderheiten des „Gutes“ Gesundheit	162
4. 1. 2. 2 Probleme der Intransparenz	163
4. 1. 2. 3 Vorherrschen des Uno-actu-Prinzips	164
4. 1. 2. 4 Heterogenität von Gesundheitsgütern	164
4. 1. 2. 5 Krankheit als unkalkulierbares Risiko	165
4. 1. 2. 6 Anbieterdominanz im Gesundheitswesen	165
4. 1. 2. 7 Fehlende Konsumentensouveränität	165
4. 1. 2. 8 Existenz unvollkommener Märkte	166
4. 1. 3 <i>Werthaltungen und sozialpolitische Erwägungen</i>	166
4. 1. 3. 1 Grundentscheidung zugunsten des Bedarfsprinzips	166
4. 1. 3. 2 Sozial ungleiche Versicherungschancen	166
4. 1. 3. 3 Diskriminierung sozial schwacher Gruppen und schlechter Risiken	167
4. 1. 3. 4 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Gesundheitspolitik	167
4. 1. 3. 5 Schaffung regionaler Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung	167
4. 1. 4 <i>Soziale Kosten und Stabilitätsargumente</i>	167
4. 2 Einwände gegen spezifische Reformvorschläge	168
4. 2. 1 <i>Argumente gegen Selbstbeteiligungsregelungen</i>	168
4. 2. 1. 1 Unsicherheiten über die ökonomische Wirkungsweise	168
4. 2. 1. 2 Angebotsreaktionen auf Selbstbeteiligungen	168
4. 2. 1. 3 Auswirkungen bei der gegebenen Ausgabenstruktur	168
4. 2. 1. 4 Steigende Verwaltungskosten	169
4. 2. 1. 5 Gesundheitspolitische Bedenken	169
4. 2. 1. 6 Soziale Unverträglichkeit	169
4. 2. 1. 7 Politisch-pragmatische Einwände	169
4. 2. 2 <i>Argumente gegen Wahltarife und Leistungsdifferenzierungen</i>	169
4. 2. 3 <i>Argumente gegen das Kostenerstattungsprinzip</i>	172
4. 2. 4 <i>Kritische Bewertung der angebotsseitigen Reformvorschläge</i>	174
5. Grundsätzliche Kritik an marktwirtschaftlichen Reformkonzepten	174
6. Anmerkungen zu den gegen marktwirtschaftliche Reformvorstellungen vorgebrachten Einwänden	176
III. Steuerung auf der Ebene der Verbände (Gemeinsame Selbstverwaltung)	179
1. Vorbemerkung	179
2. Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip des Krankenversicherungssystems	180

2. 1 Grundlagen und Charakteristiken des Selbstverwaltungsprinzips	180
2. 1. 1 Wesensmerkmale der Selbstverwaltung	180
2. 1. 2 Verfassungsrechtliche und gesetzliche Grundlagen	181
2. 1. 3 Soziale Selbstverwaltung als Bestandteil der Sozialordnung	182
2. 1. 4 Bedeutung von Wahlen und Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung	183
2. 2 Ausgestaltung der Selbstverwaltung im derzeitigen System der gesetzlichen Krankenversicherung	183
2. 2. 1 Organisatorische Ausgestaltung der Selbstverwaltung	183
2. 2. 1. 1 Organisation der Selbstverwaltung im Bereich der Krankenkassen	183
2. 2. 1. 2 Organisationsstrukturen auf der Seite der Leistungserbringer	184
2. 2. 2 Kompetenzen und Aufgaben der Selbstverwaltung	185
2. 2. 2. 1 Aufgaben der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung	185
2. 2. 2. 2 Pflichten und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen	186
2. 2. 3 Ausgestaltung der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« im der- zeitigen System	187
2. 2. 3. 1 Gemeinsame Selbstverwaltung im ambulanten ärztlichen Bereich	187
2. 2. 3. 2 Ansätze »Gemeinsamer Selbstverwaltung« im Krankenhausbereich	188
2. 2. 3. 3 Situation in den übrigen Bereichen	189
3. Probleme und Defizite hinsichtlich der faktischen Realisierung der Selbstverwaltung	190
3. 1 Verhältnis der Selbstverwaltung zum politisch- administrativen System	190
3. 1. 1 Einengung der materiellen Selbstverwaltung	191
3. 1. 2 Übertragung versicherungsfremder Aufgaben und Lasten	191
3. 1. 3 Finanzpolitische Bevormundung durch den Staat	191
3. 1. 4 Ausweitung der mittelbaren Staatsaufsicht	192
3. 1. 5 Auswirkungen der Kostendämpfungspolitik und der Konzertierten Aktion auf die Selbstverwaltung	192
3. 2 Strukturelle Probleme und Defizite im Bereich der »Gemeinsamen Selbstverwaltung«	192
3. 2. 1 Mängel und Probleme im Bereich der ambulanten Versorgung	192
3. 2. 2 Probleme im Bereich der stationären Versorgung	194
3. 2. 3 Probleme im Bereich der Arzneimittelversorgung	195
3. 2. 4 Probleme der Verhandlungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel	196
3. 3 Partizipations- und Interessensdefizite der Selbstverwaltung	196
4. Gemeinsame Selbstverwaltung als ordnungspolitische Alternative	197
4. 1 Ausgangsüberlegungen	197
4. 2 Prinzipielle Argumente zugunsten einer Selbstverwaltung	198
4. 3 Merkmale des Konzepts der Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände	199
4. 3. 1 Grundlagen und Annahmen	199
4. 3. 2 Grundstruktur des korporatistischen Steuerungsmodells	199
4. 3. 3 Alternative Entwicklungsperspektiven von Verhandlungs- modellen	201
4. 3. 3. 1 Korporatistische Lösung (Körperschaftsmodell)	201
4. 3. 3. 2 Wettbewerbliche Lösung	202
4. 3. 4 Implementations- und Gestaltungsprobleme einer Gemeinsamen Selbstverwaltung	202
4. 3. 4. 1 Institutioneller Ausbau der Selbstverwaltung und Abbau von Asymetrien	202
4. 3. 4. 2 Ermittlung und Vertretung kollektiver Interessen	203
4. 3. 4. 3 Ansätze zur Reform der inneren Selbstverwaltungsstrukturen	204

Einleitung

Die nachfolgenden Ausführungen über »Orientierung und Steuerung des Krankenversicherungssystems« stellen einen in den Grundzügen und wesentlichen Aussagen unter den Mitgliedern der Enquete-Kommission abgestimmten Bericht dar. Es handelt sich um eine zusammenfassende Darstellung der ordnungs- und gesundheitspolitischen Diskussion, wie sie in den vergangenen Jahren im Zusammenhang mit den Kostendämpfungsgesetzen und der anstehenden Reform der gesetzlichen Krankenversicherung in Wissenschaft und Politik geführt wurde.

Im Unterschied zu den sonstigen Berichtsteilen werden in diesem Kapitel keine Empfehlungen ausgesprochen, auch nicht in Form alternativer Optionen. Die verschiedenen Konzeptionen zur Orientierung und Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung werden nacheinander skizziert, wobei in der gewählten Reihenfolge keine Bewertung zu sehen ist. Auch ist zu berücksichtigen, daß es sich nicht um in sich klar strukturierte wissenschaftliche und politische Programme handelt, sondern jeweils um bestimmte »Denkrichtungen«, hinter denen sich unterschiedliche Ausprägungen verbergen. Dabei sind die gewählten Abgrenzungen nicht so zu verstehen, daß sie Überschneidungen ausschließen.

Einigkeit besteht in der Enquete-Kommission in der Feststellung, daß

- in unserem Gesundheitswesen eine unverantwortliche Fehlallokation von Ressourcen stattfindet, und
- Probleme sowohl bei der Nachfrage als auch beim Angebot an Gesundheitsgütern zu lösen sind, wobei es allerdings deutliche Unterschiede in der Gewichtung gibt.

Die Differenzen ergeben sich nicht erst bei der Diskussion der aus diesen allgemeinen Feststellungen zu ziehenden Konsequenzen, sondern bereits bei der ordnungs- bzw. gesundheitspolitischen Charakterisierung der Ursachen der Fehlallokation. Hier stehen sich unterschiedliche Begrifflichkeiten und Grundverständnisse in der Gesundheits- und Sozialpolitik gegenüber, die von der Enquete-Kommission in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht in der erforderlichen Gründlichkeit herausgearbeitet werden konnten. Generell stellt sich aber auch die Frage nach dem Sinn einer von den konkreten gesellschaftspolitischen Problemen abgehobenen Diskussion ordnungspolitischer Grundsätze. In der Arbeit am Text hat sich immer wieder gezeigt, daß zur Erläuterung allgemeiner Optionen immer wieder auf Probleme und Konzepte zurückgeriffen werden mußte, die in den anderen Berichtsteilen abgehandelt werden.

All dies hat die Enquete-Kommission veranlaßt, auf eigene ordnungspolitische Empfehlungen zu verzichten und sich auf eine Darstellung der vorhandenen »Denkrichtungen« zu beschränken.

Formaler Hinweis

Es ist darauf hinzuweisen, daß die im Text enthaltenen Verweise auf bestimmte Literaturquellen nicht bedeuten, daß die dort genannten Autoren auch Befürworter der jeweiligen inhaltlichen Positionen sind. Dies ist zwar vielfach der Fall, teilweise jedoch handelt es sich bei den Arbeiten, auf die verwiesen wird, ganz einfach um wissenschaftliche Abhandlungen zu bestimmten Problemen und Positionen, ohne daß die Autoren sich mit einer ganz bestimmten Auffassung identifizieren.

I. Globalsteuerung und Budgetierung des Krankenversicherungssystems

1. Vorbemerkung

Nimmt man die Klassifikation der Steuerungssysteme anhand der verschiedenen Arten gesellschaftlicher Koordinationsinstrumente vor, so ist die Alternative zum marktlichen Steuerungssystem und zum Verhandlungssystem ein System staatlicher Lenkung. Ordnungspolitisch adäquater Ausdruck eines derartigen Steuerungssystems wäre ein staatlicher Gesundheitsdienst wie er beispielsweise in Großbritannien existiert. Für die Reformdiskussion in der Bundesrepublik gilt hingegen, daß eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens ebensowenig gefordert wird wie ein Übergang zu einem »reinen« Marktssystem.

Unter den ernstzunehmenden Reformansätzen gibt es allerdings Vorschläge, die aus verschiedenen Gründen ein stärkeres Maß staatlicher Intervention im Gesundheitswesen für erforderlich halten. Insbesondere unter Hinweis auf die die Grenze des Zumutbaren erreichte Ausgabenbelastung sowie die im Gesundheitssektor zu beobachtenden »Marktmängel« wird die Forderung erhoben, „der Staat solle und müsse bei der Regelung der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen mehr Aktivitäten als bisher entfalten“ (METZE, 1981, S.66). In der reformpolitischen Diskussion firmieren diese Ansätze häufig unter der Bezeichnung »Globalsteuerung und Budgetierung«. Hierbei wird allerdings a priori nicht eine allum-

fassende bürokratische Lenkung gefordert, sondern primär die verstärkte gesetzliche Regulierung einzelner Bereiche der gesundheitlichen Versorgung sowie insbesondere eine stärkere Gesamtverantwortung des Staates für die Gesundheitspolitik.

Eine Darstellung der unter dieses Klassifikationsmerkmal fallenden Reformansätze ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Eine Ursache hierfür ist, daß die meisten hierzu vorliegenden Konzeptionen einen äußerst fragmentarischen Charakter aufweisen. Zum anderen rekurren derartige Ansätze - anders, als Konzepte einer verstärkten Marktsteuerung - weniger auf einen ganz bestimmten gesellschaftlichen Ordnungsrahmen und ein bestimmtes Wertesystem.

Daraus resultiert, daß diese Konzepte in den wenigsten Fällen den Anspruch erheben, Lösungsmöglichkeiten für sämtliche Bereiche zu liefern. Dies wiederum hat zur Folge, daß viele Fragen der Steuerung in Einzelbereichen offen bleiben bzw. unterschiedliche Regelungsmechanismen als systemkompatibel angesehen werden.

»Globalsteuerung und Budgetierung« kann als begrifflicher Nenner für all jene Reformansätze insbesondere auf der Makro-Ebene angesehen werden, die unterhalb der Schwelle einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens eine stärkere staatliche Einflußnahme - in z. T. durchaus sehr unterschiedlicher Weise - auf das Gesundheitswesen verlangen. In diesem Sinne skizzieren die nachfolgenden Ausführungen kein ganz bestimmtes, geschlossenes Konzept einer »Globalsteuerung und Budgetierung«, sondern stellen den Versuch dar, zu einem solchen Ansatz passende Einzelvorschläge zusammenzuführen.

2. Steuerungspotentiale und -defizite des gegenwärtigen Systems

2.1 Vorbemerkungen

Die Reformalternative »Globalsteuerung und Budgetierung« ist insofern nicht nur rein theoretischer Natur, als sie in Ansätzen in der Bundesrepublik bereits versucht wurde und vor allem in Kanada und England eine wichtige Rolle spielt (Vgl. HENKE, 1986 a, S.612). Der Hinweis auf die ansatzweise Praktizierung in der Bundesrepublik ist allerdings nicht problemlos, da in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion durchaus Meinungsverschiedenheiten bestehen, ob es sich dabei wirklich um eine echte Form der Globalsteuerung und Budgetierung gehandelt hat. Während die Gegner eines derartigen Reformansatzes dies mit dem gleichzeitigen Hinweis auf das Scheitern einer derartigen Strategie vehement bejahen, weisen Befürworter darauf hin, daß die seit 1977 praktizierte Kostendämpfungspolitik allenfalls Elemente des Konzepts einer Globalsteuerung und Budgetierung enthalten habe, nicht jedoch als konsequente Verwirklichung der von ihnen favorisierten Reform des Gesundheitswesens angesehen werden könne.

Unabhängig von dieser Kontroverse scheint es dennoch nützlich zu sein, die im Rahmen der 1977 eingeleiteten

Kostendämpfungspolitik praktizierte Globalsteuerung und Budgetierung näher zu analysieren und *Schwachstellen des Gesamtkonzeptes* sowie *Erfolge und Defizite einzelner Steuerungsinstrumente* herauszuarbeiten.

Im Hinblick darauf, daß das hier zur Diskussion stehende Konzept einer »Globalsteuerung und Budgetierung« zumindest der Tendenz nach für eine *stärkere Regulierung und Planung* eintritt, dürfte es gleichfalls sinnvoll sein, einen Blick auf die bislang bereits bestehende *Bedarfs- und Angebotsplanung* zu werfen.

Schließlich soll darauf eingegangen werden, welche Punkte aus dem Blickwinkel der Befürworter einer Globalsteuerung und Budgetierung als *Hauptmängel des gegenwärtig bestehenden Krankenversicherungssystems* anzusehen sind.

2.2 Evaluation der Globalsteuerungsansätze im Rahmen des KVKG

Ungeachtet aller Kontroversen über die seit 1977 verfolgte *Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen* kann kaum bestritten werden, daß seinerzeit der Versuch unternommen wurde, Elemente des Ansatzes der *Globalsteuerung* auf das Gesundheitswesen zu übertragen (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.555 ff.; BERG, 1986; HAUSER, 1985, S.106 ff; PFAFF, 1983, S.133 ff). Dabei ist einschränkend jedoch festzuhalten, daß es sich bei der gewählten Strategie jedenfalls primär um eine *finanzielle Globalsteuerung* oder auch eine *Kosten- bzw. Ausgabensteuerung* handelte, ein an medizinischen und ökonomischen Prioritäten orientiertes gesundheitspolitisches Gesamtkonzept jedoch nicht formuliert wurde (Vgl. BLÜM, 1986, S.24).

In wenigen Jahren *sprunghaft gestiegene Ausgaben* der gesetzlichen Krankenversicherung und vor allem ab Mitte der 70er Jahre kaum mehr übersehbare *Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen* (Vgl. BT-DRUCKSACHE 8/166, 1977, S.22) veranlaßten den Gesetzgeber 1977, über die in der RVO enthaltenen Instrumente hinaus auf dem Wege neuer Gesetze *Interventionsmöglichkeiten* und *Steuerungsinstrumente* zu schaffen, um die Ausgabenentwicklung in der GKV in den Griff zu bekommen. Das Hauptziel des am 11. März 1977 von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurfes bestand darin, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit die Belastung der Beitragszahler und der Wirtschaft in Grenzen zu halten. Unter Aufrechterhaltung des erreichten medizinischen Versorgungsniveaus der versicherten Bevölkerung und der weiteren Ermöglichung eines medizinischen Fortschritts ging es darum, die Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung mit der Einkommensentwicklung stärker in Übereinstimmung zu bringen (Vgl. BT-DRUCKSACHE 8/166, 1977, S.1).

2.2.1 Durchgeführte Maßnahmen und eingesetzte Instrumente

Nachfolgend soll exemplarisch und auszugsweise auf die strategischen Ansatzpunkte, Interventionsformen und

Steuerungsinstrumente jener Gesetze eingegangen werden, die unter der Bezeichnung »Kostendämpfungsgesetze« Eingang in den gesundheitspolitischen Sprachgebrauch gefunden haben (Vgl. PAFFRATH/REINERS, 1987, S.369). Eine differenzierte Analyse der Maßnahmen sowie eine umfassende Bilanz ist im Rahmen dieser Darstellung leider nicht möglich. Von der Vielzahl der im Rahmen der *Kostendämpfungsmaßnahmen* erlassenen Gesetze und Verordnungen sind vor allem die folgenden Gesetze besonders zu beachten:

- Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (*Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG*) vom 27. Juni 1977
- Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (*Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz - KVEG*) vom 22. Dezember 1981
- Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (*Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz*) vom 22. Dezember 1981
- Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushaltes (*Haushaltsbegleitgesetz 1983*) vom 20. Dezember 1982
- Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Rentenversicherung sowie über die Verlängerung der Investitionshilfeabgabe (*Haushaltsbegleitgesetz 1984*) vom 22. Dezember 1983
- Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (*Krankenhaus-Neuordnungsgesetz - KHNG*) vom 20. Dezember 1984

Die sog. Kostendämpfungsgesetze enthielten eine Vielzahl von Einzelbestimmungen, wobei mit den seit 1977 ergriffenen Maßnahmen nicht nur Kosten »gedämpft«, sondern auch innerhalb des Systems umgeschichtet und zu einem Teil auf die Versicherten verlagert wurden. Während es in der ersten Phase noch primär um eine nachhaltige *Eindämmung der Kostenentwicklung* ging, rückte in der zweiten Phase die *Konsolidierung der Staatsfinanzen* zunehmend mehr in den Vordergrund (Vgl. BERG, 1986, S.10). Summarisch beinhalten die Gesetze im wesentlichen die folgenden allgemeinen Instrumente der Kostendämpfungspolitik (Vgl. PAFFRATH/REINERS, 1987, S.370; GEISSLER, 1981):

- *Plafonierung* (Aushandeln einer Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und Kassenärzte; Arzneimittelhöchstbetrag);
- *Wirtschaftlichkeitsprüfungen* und *verbesserte Leistungstransparenz* (Prüfungsausschüsse sollen Effizienz der Leistungserbringer prüfen; Einführung einer Preisvergleichsliste bei Arzneimitteln);
- *Veränderungen im Leistungskatalog* (Ausgrenzung von Bagatellarzneimitteln aus der Erstattungspflicht; Be-

schränkung in der Haushalts- und Familienhilfe, Stärkung der häuslichen Pflege);

- *Selbstbeteiligung der Versicherten* an den Behandlungskosten (Rezeptblattgebühr; Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Zahnersatz, Badekuren, Krankenhauskosten);
- *Veränderungen in der Beitragserhebung* (Einbeziehung von Sonderzahlungen in die Sozialversicherungspflicht);
- *Organisatorische Veränderungen in der GKV* (Einheitliches Leistungsverzeichnis für alle GKV-Kassen; Finanzausgleich innerhalb einer Kassenart auf Landesebene; Neuordnung der KVdR-Finanzierung);
- *Verbesserung der Koordinierungsinstrumente* (Einrichtung der Koordinierten Aktion im Gesundheitswesen).

Steuerungstechnisch basierten die Gesetze primär auf den folgenden Prinzipien: *Budgetierung* (bzw. Plafondierung) der Gesundheitsgesamtausgaben; *kollektive Verhandlungen* zwischen Vertretern aller Interessengruppen mit dem Ziel der *ex ante* Beeinflussung der Ausgabenentwicklung in Form von empfohlenen Leitlinien und *Orientierung an makroökonomischen Indikatoren* (Vgl. PFAFF, 1983 a, S.149).

2. 2. 2 Kontrolle des Ausgabenanstiegs als operatives Ziel

Das Hauptgewicht der gesetzgeberischen Maßnahmen lag von Beginn an auf der *Steuerung der Ausgaben- bzw. Kostenentwicklung*. Dies wird u. a. darauf zurückgeführt, daß die wirtschafts- und sozialpolitischen Konsequenzen zu einem wesentlichen Teil die Problemsicht der politischen Entscheidungsträger prägen (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.556). Für sie ist die Realität durch Budgetrestriktionen gekennzeichnet, die „um so stärker eine ständige Güter- bzw. Nutzenabwägung durch Gesundheitspolitiker, Klinikträger und Krankenkassen erzwingen, je mehr die Konstanz der Lohnnebenkosten in den Vordergrund tritt“ (SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.80). Insbesondere nach den enormen Ausgabenzuwächsen in der ersten Hälfte der 70er Jahre hatte sich zunehmend die Einsicht durchgesetzt, „daß der Nachholbedarf, der sich möglicherweise im Gesundheitswesen angestaut hatte, nunmehr gedeckt sei und überproportionale Ausgabensteigerungen nicht mehr zu rechtfertigen seien“ (PAFFRATH/REINERS, 1987, S.370).

Diese neue Betrachtung implizierte, daß von einem *Selbstverständnis der Krankenversicherung* abgegangen werden mußte, das der AOK-Bundesvorstand 1972 noch so formuliert hatte: „Die gesetzliche Krankenversicherung ist auf ganz bestimmte Aufgaben festgelegt. Sie darf sie - abgesehen von geringfügigen, bedeutungslosen Ausnahmen - der Art nach weder erweitern noch einschränken, muß sie vielmehr - wegen ihrer für die betroffenen Menschen existenziellen Bedeutung - in vollem Umfang erfüllen. Das hat für die Finanzierung der Krankenversicherung zur Folge, daß in der Finanzierung die Ausgaben den Vorrang haben: Zuerst sind sie zu ermitteln und die Beiträge bzw. die Einnahmen so festzusetzen, daß sie die Ausgaben decken.“ (AOK-BUNDESVERBAND, 1972, S.49)

Vor dem Hintergrund der veränderten Ausgabensituation im Gesundheitswesen forderte der AOK-Bundesverband daher 1975 folgerichtig eine Abkehr von der Orientierung der Einnahmen an den Ausgaben. Stattdessen wurde das Konzept der »Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik« in die Diskussion eingebracht. Kerngedanke dieses Konzeptes war die Forderung, daß sich die Entwicklung der Ausgaben an der Entwicklung des Grundlohnes zu orientieren habe. Ein darüberhinausgehender Anstieg der Ausgaben sollte nur hingenommen werden, soweit er durch Verbesserungen des Versicherungsschutzes, durch Änderungen in der Struktur des Versicherungsrisikos oder durch andere unabwiesbare Verhältnisse bedingt sei (Vgl. AOK-BUNDESVERBAND, 1976, S.33). Seinen gesetzlichen Niederschlag fand das Konzept der »Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik« im Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977.

Das Konzept der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik basiert auf der Grundüberlegung, wonach die *Ausgaben der GKV eine Folge der Leistungsanspruchnahme* und der Erbringung medizinischer Leistungen sind. Hiervon ausgehend bedeutet Ausgabensteuerung zugleich Steuerung des Bedarfs an medizinischen Leistungen und damit des Umfangs und der Struktur der in Anspruch genommenen bzw. erbrachten Leistungen oder der Art ihrer Erbringungen, sofern man sich nicht allein auf eine Beeinflussung des Preises für ärztliche Leistungen beschränken will (Vgl. BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.37). Das zentrale Problem dieses Steuerungsansatzes besteht jedoch darin, den Bedarf an medizinischen Leistungen zu bestimmen. Geht man allerdings davon aus, daß der *Bedarf an medizinischen Leistungen eine Funktion des Angebotes* ist und sich mit dem Angebot auch die Nachfrage ändert, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, über das Angebot die Nachfrage bzw. den Bedarf zu steuern. Nimmt man darüber hinaus an, daß das Angebot einer *Steuerung über die Vergütung* unterliegt, erscheint es denkbar, „den Bedarf an medizinischen Leistungen über eine Festlegung der Ausgaben und damit über das Vergütungsvolumen nach Maßgabe vorgegebener Daten bzw. im Rahmen eines Budgets zu regulieren“ (BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.37).

Als es darum ging, Regulative zu schaffen, um die kassenärztliche Gesamtvergütung in ihrer Entwicklung unter Kontrolle zu bringen, wurde auf diese Überlegungen zurückgegriffen: Die Steuerung der GKV-Ausgaben mittels Budgetierung der ärztlichen Gesamtvergütung wurde als reale Möglichkeit zur Beeinflussung des Bedarfs an medizinischen Leistungen angesehen (Vgl. BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.37). Ziel des Kostendämpfungsgesetzes war u.a. die Einfügung von Steuerungsmechanismen, die es der Selbstverwaltung ermöglichen sollten, die Ausgabenentwicklung zu bremsen und diese möglichst weitgehend der Entwicklung der Versicherteneinkommen anzupassen. Die Begrenzung der volkswirtschaftlichen Belastung durch Aufwendungen im Gesundheitswesen sollte jedoch unter der Nebenbedingung erfolgen, daß die Erhaltung sowie der erforderliche Ausbau der vorhandenen medizinischen Versorgung sichergestellt werden. Zusammen mit der Forderung nach stabilen Beitragssätzen bedeutete dies, daß die Entwicklung der Versicherteneinkommen

den Rahmen markierte, innerhalb dessen Ausgabenzuwächse erfolgen konnten (Vgl. BERG, 1986, S.12).

Das Ziel einer Begrenzung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen auf eine volkswirtschaftlich vertretbare Größenordnung macht es ggfs. erforderlich, einen *Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben* herbeizuführen. Diesbezüglich verwiesen die Initiatoren des Kostendämpfungsgesetzes im wesentlichen darauf, daß auch bei einem konstanten Beitragssatz die Einnahmen der Krankenversicherung entsprechend der Entwicklung der Grundlöhne der Versicherten anstiegen, woraus sich jährlich ein zusätzlicher Finanzierungsspielraum ergebe, der es ermögliche, die ärztlichen Einkommen und die anderer Leistungserbringer angemessen zu erhöhen und die Investitionen zur Durchsetzung des medizinischen Fortschritts auch weiterhin zu sichern (Vgl. BT-DRUCKSACHE 8/166, 1977, S.22; BALZER, 1985, S.6). Im übrigen wurde davon ausgegangen, daß bei einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit genügend Reserven freigesetzt werden können, so daß die Begrenzung der Gesamtausgaben keine Beschränkung der Leistungsgewährung erforderlich macht.

2. 2. 3 Bilanz der finanziellen Globalsteuerung

2. 2. 3. 1 Allgemeine Entwicklung

Davon ausgehend, daß es ein Hauptziel der Kostendämpfungspolitik war, im Rahmen der *einnahmenorientierten Ausgabenpolitik* nach § 405a RVO die Finanzierung der GKV durch die Koppelung der Gesundheitsausgaben an die *Entwicklung der Grundlöhne* sicherzustellen, ist es legitim, die *Effektivität*, d. h. den Grad der Zielerreichung der *finanziellen Globalsteuerung* durch eine Gegenüberstellung der Veränderungsraten der Ausgaben und der Versicherteneinkommen (Grundlöhne), nach denen die Beiträge bemessen werden, zu beurteilen (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.557).

Die *Wirksamkeit der Kostendämpfungsmaßnahmen* in Bezug auf das zentrale operative Ziel, nämlich die GKV-Ausgabenentwicklung mit der Grundlohnentwicklung zu harmonisieren, wird von Beteiligten und Experten sehr unterschiedlich beurteilt. Immerhin wird von den meisten anerkannt, daß die Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung zumindest *anfänglich kurzfristige Erfolge* zeigten. Insgesamt jedoch herrscht die Meinung vor, daß sich diese Politik der globalen Kostendämpfung als nicht ausreichend wirksam erwiesen habe; trotz mehrmaliger Interventionen sei es in den letzten Jahren in der GKV jeweils nur kurzfristig und teilweise unausgewogen gelungen, den Ausgabenanstieg zu dämpfen (Vgl. BT-DRUCKSACHE, 10/3374, 1985, S.7)

Während von 1970 bis 1975, also vor der Einleitung der Kostendämpfungsmaßnahmen, die Ausgaben der Krankenversicherung je Mitglied um durchschnittlich 17,4 % jährlich gestiegen waren, betrug der durchschnittliche jährliche Ausgabenanstieg in der Periode 1978 bis 1982 ca. 5,8 %, bei einer Zuwachsrate des Grundlohns von rd. 5,2 % pro Jahr. Dabei wurde die Zielvorgabe der finanziellen Globalsteuerung vor allem in den beiden ersten

Jahren erreicht und eine Stabilität der Beitragssätze ermöglicht. In der Saldierung der Jahre 1977 und 1978 ergab sich ein Anstieg der Leistungsausgaben je Mitglied von 9,8 %; dem stand eine Zunahme der Grundlöhne von 12,0 % gegenüber. Nachdem die moderate Ausgabenentwicklung 1979 sogar geringe Beitragssatzsenkungen erlaubt hatte, gerieten die Ausgaben jedoch bereits im selben Jahr abermals ins Defizit und damit in den beitragsatztreibenden Bereich. Zwar lag die Ausgabenentwicklung 1979 nur mit 0,7 Prozentpunkten, im Jahre 1980 aber mit 3,9 und im Jahre 1981 immerhin noch mit 1,2 Prozentpunkten über der Grundlohnentwicklung. Als Folge der nicht gedeckten Defizite mußte der Beitragssatz von 11,26 % im Jahre 1979 bis Anfang 1982 sukzessive auf durchschnittlich 12,0 % angehoben werden. (Vgl. BERG, 1986; PAFFRATH/REINERS, 1987, S.370 ff.).

Diese Entwicklung machte aber nicht nur eine Erhöhung der Beitragssätze erforderlich; die Regierung reagierte auf das sich für das Jahr 1981 ergebende Kostendämpfungsdefizit in Höhe von rd. 3,4 Mrd. DM mit weiteren Kostendämpfungsgesetzen (*Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz und Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981*). Tatsächlich gelang es erneut, die Situation kurzfristig zu entspannen. In den Jahren 1982 und 1983 blieb der Ausgabenanstieg wieder unterhalb der Grundlohnentwicklung und zwar im Jahre 1982 mit 4,2 und im Jahr 1983 mit 0,3 Prozentpunkten. Seitdem ergaben sich allerdings Jahr für Jahr neue Defizite. 1984 belief sich der Ausgabenüberhang auf 2,8 Prozentpunkte, 1985 auf 1,3 und im Jahre 1986 auf 1,0 Prozentpunkte. Seit 1984 ist die Finanzierungslücke in der GKV damit immer größer geworden. So überstiegen 1986 die Ausgaben den durch den Grundlohn gegebenen Deckungsbeitrag um 5,6 Mrd. DM.

Über den gesamten Zeitraum betrachtet standen einem Anstieg der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Mitglied von 1977 bis 1986 um rd. 65 % eine Grundlohnsteigerung von nur 61,5 % gegenüber.

Trotz dieser eindeutigen Zahlen wird der Erfolg der Kostendämpfungsgesetze kontrovers beurteilt. Ungeachtet des weitgehend unverbindlichen Charakters der bisher praktizierten Budgetierungsformen bescheinigen ihnen einige Beobachter dennoch, nicht ganz ohne Erfolg gewesen zu sein (Vgl. PFAFF, 1988, S.306). Andere dagegen stellen ohne Einschränkungen fest, daß es die Kostendämpfungsgesetze nicht geschafft hätten, die ihnen gesteckten Ziele zu erreichen (Vgl. PAFFRATH/REINERS, 1987, S.372). Zurückzuführen sind diese Divergenzen auf die als Meßlatte herangezogene Referenznorm. Gemessen an den Prognosen des von Heiner Geißler im Jahre 1974 erstellten Krankenversicherungsbudgets „hat die Kostendämpfungspolitik zu einer Verzögerung des Beitragsanstiegs auf rund 13 % um 10 Jahre geführt ... Mißt man die Ausgabenentwicklung in den letzten zehn Jahren an der durch das Kostendämpfungsgesetz 1977 festgelegten Meßlatte, nämlich an der Grundlohnentwicklung je Mitglied, so wurde dieses Ziel insgesamt verfehlt.“ (OLDIGES, 1987, S.376)

Aber selbst wenn man zu dem Schluß gelangt, daß das im Rahmen dieser Politik eingesetzte Instrumentarium zumindest eine gewisse Wirkung im Hinblick auf die Ge-

samtausgabenentwicklung hatte, ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich, bei der zu untersuchen ist, inwieweit denn tatsächlich eine *Kausalitätsbeziehung* zwischen den *durchgeführten Maßnahmen* und den *eingetretenen Wirkungen* besteht oder ob die Wirkungen nicht das Ergebnis gänzlich anderer Einflußfaktoren waren (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.557).

2. 2. 3. 2 Detailbetrachtung

Eine differenzierte Betrachtung der Ausgabenentwicklung der letzten 10 Jahre zwingt in der Tat dazu, das ohnehin nicht allzu günstige Globalergebnis noch weiter zu relativieren. So sind eine Reihe von Entwicklungen zu beobachten, die die Effektivität des Steuerungsinstrumentariums mehr als zweifelhaft erscheinen lassen.

Zunächst ist festzuhalten, daß sich die Ausgabenexpansion - aus welchen Gründen auch immer - bereits vor Inkrafttreten des Kostendämpfungsgesetzes 1977 merklich abgeschwächt hatte. Zudem ist es unzulässig, den starken Ausgabenrückgang im Jahre 1977, als dem Jahr des Inkrafttretens des Gesetzes, diesem völlig anzurechnen, da die im Gesetz vorgesehenen Regelungen erst durch Vereinbarungen zwischen Kassen- und Ärzte-Verbänden umgesetzt werden mußten, bevor sie wirksam werden konnten (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.559).

Beachtenswert ist ferner die Feststellung, daß die kurzfristig erzielte Ausgabenstabilität in der GKV primär durch zusätzliche Belastungen der Versicherten »erkauft« worden sei (Vgl. PAFFRATH/REINERS, 1987, S.370). Verwiesen wird hierbei auf die durch die Kostendämpfungsgesetze veranlaßten *Veränderungen im Leistungskatalog* (z.B. Ausgrenzung von Bagatellarzneimitteln aus der Erstattungspflicht) sowie die *Ausdehnung der Selbstbeteiligung* der Versicherten. Schätzungen zufolge haben die Versicherten zwischen 1977 und 1986 insgesamt 26,5 Mrd. DM an Selbstbeteiligung aufgebracht (Vgl. PAFFRATH/REINERS, 1987, S.370; BERG, 1986). Berücksichtigt man die Zuzahlungen und anderen direkten Belastungen der Versicherten, wären die Reinausgaben der GKV z. B. allein für das Jahr 1985 um 4,9 % höher gewesen, die Abweichung der Ausgaben von der Entwicklung der Grundlöhne mithin entsprechend stärker.

Der Zusammenhang zwischen GKV-Ausgabenentwicklung und Grundlohnorientierung wird - wenn auch in anderer Richtung - durch die parallel zu den Kostendämpfungsbemühungen erfolgten Veränderungen im Bereich der Krankenversicherung der Rentner stark in Frage gestellt. Berechnungen zufolge hätte die KVdR allein im Jahre 1984 bei Fortbestand der 1976 geltenden Finanzierungsverhältnisse 12,4 Mrd. DM mehr an die GKV überweisen müssen. Unter diesem Gesichtspunkt werten einige die Kostendämpfungsgesetze für die Krankenkassen auch als »Kostensteigerungsgesetze«. „Aus volkswirtschaftlicher Sicht handelte es sich bei dieser Politik des ‚Verschiebebahnhofs‘ um reine Nullsummenspiele. Es fanden lediglich Umbuchungen von einem Konto des Sozialbudgets auf ein anderes statt, ohne daß sich damit irgendwelche faktischen Veränderungen im Gesundheitswesen vollzogen hätten.“ (PAFFRATH/REINERS, 1987, S.371)

Beachtenswert gilt weiterhin, daß es unter der Kostendämpfungspolitik bei den Leistungserbringern partiell zu erheblichen *Mengenausweitungen* gekommen ist. Während die Primäranspruchnahme sank, stieg der Leistungsumfang an. Auf der Basis der gemeinsam vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIKO) und dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung (ZI) regelmäßig erhobenen Fallzahlen in der Kassenärztlichen Versorgung lassen sich für den Zeitraum 1980-1986 folgende Entwicklungen aufzeigen:

- *Anstieg des Honorarvolumens* um 27,3 % (Pro Arzt: + 10,1 %; pro GKV-Mitglied: + 29,8 %).
- *Zunahme der Leistungsmenge* (Punktzahl) um 19,1 % (pro Arzt: + 3,0 %; pro GKV-Mitglied: + 2,4 %).
- *Annähernde Konstanz der Fallzahlen* (+ 1,9 %), aber starke Abnahme pro Arzt (- 11,9 %).
- *Abnahme der Zahl der Originalscheine* (d.h. der Patienten) um insgesamt 5,1 %; pro Arzt sogar um - 17,9 % (Vgl. PAFFRATH/REINERS, 1987, S.372).

Diese Zahlen verdeutlichen, daß ungeachtet dessen, daß die gesamten Ausgaben der GKV für die kassenärztliche Versorgung von 1980 bis 1986 nur geringfügig stärker als die Grundlohnsummen gestiegen sind (+ 32,4 % gegenüber + 31,5 %), es bei Berücksichtigung der Fallzahlenentwicklung zu einer relativen Steigerung der Ausgaben im ambulanten Sektor gekommen ist. Hieraus läßt sich der Schluß ziehen, daß die gesunkene Zahl der Patienten durch eine *Ausweitung der Leistungsmenge pro Patient* kompensiert wurde, „so daß das gesamte Ausgabenvolumen auf dem gleichen Pegelstand blieb“ (PAFFRATH/REINERS, 1987, S.372).

2. 2. 4 Möglichkeiten und Schwächen der »Konzertierten Aktion«

Die Durchführung der Globalsteuerung sollte nicht zuletzt dadurch erleichtert werden, daß auf der *operativen Ebene* das Instrument der »Konzertierten Aktion« geschaffen wurde. In Analogie zur Konzertierten Aktion im Rahmen des Stabilitäts- und Wachstumsgesetzes sollte auch im Gesundheitswesen eine derartige Einrichtung für *abgestimmte Verhaltensweisen* sorgen und zur *Umsetzung globaler Empfehlungen* beitragen. Die Funktionsbestimmung der Konzertierten Aktion war weitgehend das Ergebnis einer politischen Auseinandersetzung und bestand in weiten Teilen aus einem politischen Kompromiß: Während die Bundesregierung, die Sozialpartner und die Spitzenverbände der RVO-Kassen auf einer Regulierung der bestehenden Strukturprobleme mittels gesetzlicher Maßnahmen bestanden, setzten vor allem der Bundesrat, die damalige Opposition, die Ersatzkassen sowie die Verbände der Leistungserbringer auf die Bildung einer Konzertierten Aktion aller am Gesundheitswesen Beteiligten, mit dem Ziel, auf diese Weise Wege zur finanziellen Konsolidierung des Gesundheitswesens zu finden (Vgl. HENKE, 1988 b, S.113 ff.).

Schließlich wurde nach kontroversen parlamentarischen Beratungen durch das *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977* der § 405a in die RVO eingefügt und da-

mit die rechtliche Grundlage für die Einrichtung einer »Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen« (KAiG) geschaffen. Die KAiG ist als ein Koordinierungsinstrument anzusehen, das auf der Ebene des Bundes angelegt ist und das über einer verbesserte Information und Kommunikation eine freiwillige Verhaltenskoordinierung ermöglichen soll (Vgl. SMIGIELSKI, 1981, S.522; EBERLE, 1985). Dabei ist gemäß § 405a Abs.2 RVO der Teilnehmerkreis relativ weit gefaßt; vertreten sind u. a. die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die Leistungserbringer, die Tarifvertragsparteien, die Länder und Gemeinden sowie verschiedene Bundesministerien.

Hauptaufgabe der KAiG ist es, in einer gesetzlich näher geregelten Verfahrensweise bestimmte Ergebnisse unter gesundheitspolitischer, sozialpolitischer und wirtschaftspolitischer Zielsetzung anzustreben (Vgl. MATZKE, 1978, S.148; SMIGIELSKI, 1981, S.621). Konkret sollen die an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten gemäß § 405a RVO gemeinsam

- medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
- Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen

vorlegen und miteinander abstimmen, wobei sie sich an dem Ziel orientieren sollen,

- eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und Dienstleistungen zu sichern und
- eine ausgewogene Verteilung der Belastungen vorzunehmen.

Zu diesem Zweck wurde der KAiG aufgetragen, u.a. einmal jährlich *Empfehlungen*, insbesondere über die *angemessene Veränderung der Gesamtvergütung* und der *Arzneimittelhöchstbeträge* abzugeben. Dabei sollten die empfohlenen Veränderungsraten sowohl die Preis- als auch die Mengenkomponekte erfassen, so daß ein Ausweichen der Ärzte in die Zahl der Fälle und/oder in den Fallwert ausgeschlossen war (Vgl. SCHARF, 1980, S.266). Die *Hauptfunktion der KAiG* war und ist somit primär, einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten, d. h. im Sinne einer *einnahmenorientierten Ausgabenpolitik* die Ausgabenentwicklung der GKV mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Einklang zu bringen (Vgl. REINERS, 1987, S.55; HENKE, 1988 b, S.116).

Die Einschätzung der *Steuerungswirksamkeit der KAiG* ist nicht nur äußerst kontrovers, sie hängt auch entscheidend von dem Zielhorizont ab, den man mit den Aktivitäten dieses Gremiums verbindet. Sieht man in der KAiG - wie bisweilen geschehen - den zentralen Mechanismus der finanziellen Globalsteuerung, eine „Art institutioneller Superstruktur, die die einschneidenden Vorgaben und Steuerungsimpulse produziert, die dann auf den unteren Ebenen umgesetzt werden“ (GRIESEWELL, 1985, S.562), muß man bei der Beurteilung ihrer Effektivität zu einem negativen Ergebnis kommen. Ebenfalls nicht bewältigt (wenigstens nicht zufriedenstellend) hat sie die ihr übertragene Aufgabe, die Ausgabenentwicklung der GKV mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Übereinstim-

zung zu bringen (Vgl. EBERLE, 1985, S.211 ff.). Abgesehen davon, daß die KAiG schon nach kurzer Zeit »Abnutzungserscheinungen« aufwies (Vgl. SMIGIELSKI, 1981, S.521 ff.), waren die zumindest bis 1984 erreichten Ausgabeneinschränkungen nicht unmittelbares Resultat von Beschlüssen der KAiG, sondern Folge direkter gesetzlicher Regelungen (vor allem von Kostenverlagerungen auf die Versicherten) sowie eigener Initiativen der Vertragspartner (Vgl. REINERS, 1987, S.55). Demgegenüber kam der Erfahrungsbericht der Bundesregierung aus dem Jahre 1982 (Vgl. BT-DRUCKSACHE 9/1300, 1982) zu einem insgesamt eher positivem Bild der KAiG, die als Einrichtung partnerschaftlicher Verständigung gesehen wird, die sich im großen und ganzen bewährt habe und in der alle Mitglieder ihre Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit bekundet und in der Regel auch unter Beweis gestellt hätten.

Die Ursachen für die geringe Steuerungseffizienz der KAiG liegen in der Konzeption selbst, insbesondere in den strukturellen Beschränkungen, denen dieses Steuerungsinstrument unterliegt. Im einzelnen lassen sich folgende kritische Anmerkungen machen:

- In Anbetracht der Zusammensetzung der KAiG wird der Spielraum für ihre Aktivitäten durch die bestehende Interessenstruktur von vornherein beschränkt. Grundsätzlich ist das Verhalten aller Beteiligten darauf ausgerichtet, die eigenen Positionen und Entscheidungskompetenzen uneingeschränkt aufrechtzuerhalten (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.563).
- Ein weiterer wesentlicher Mangel besteht zudem darin, daß keine verbindlichen Beschlüsse vorgesehen sind und durch das Prinzip der Freiwilligkeit günstige Umgehungsmöglichkeiten gegeben sind (Vgl. REINERS, 1987, S.55). Weder existieren geeignete Verfahrensregeln für die Herbeiführung von nicht allgemein konsensfähigen Entscheidungen, noch wirksame Instrumentarien, die eine direkte Umsetzung der Empfehlungen in die Praxis erlauben (Vgl. HAMANN, 1981, S.236).
- Selbst wenn gemeinsame Empfehlungen zustande kommen, bestehen diese vielfach aus kaum mehr als »Leerformeln«, durch welche die bestehenden Interessensunterschiede mühsam überbrückt werden (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.563). Entsprechend sind die Vorgaben kaum geeignet, in nachgeordneten Verhandlungen umgesetzt zu werden. Beispielhaft hierfür ist der Arzneimittelhöchstbetrag, der sich als ein derart ungeeignetes Instrument erwies, daß die KAiG ab 1984 von sich aus darauf verzichtete, hierzu weiterhin Empfehlungen abzugeben (Vgl. BERG, 1986, S.17).
- Als eine weitere Schwäche erwies sich zudem, daß nicht sämtliche Leistungsbereiche in gleicher Weise in die Arbeit der KAiG einbezogen sind. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, inwieweit die Größe des Teilnehmerkreises für konkrete Entscheidungen nicht eher hinderlich ist, zumal die beteiligten Gruppen in höchst unterschiedlicher Weise Einfluß auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen haben (Vgl. HAMANN, 1981, S.236 ff.).
- Als korporatistisches Verhandlungssystem ist die KAiG auf kurzfristige Problemlösungen im Sinne eines Kri-

senmanagements angelegt. Eine mittel- bzw. langfristige konzeptionelle Perspektive fehlt dagegen weitgehend. Insbesondere wird daher die Gefahr gesehen, daß zugunsten des Konsenses auf strukturelle Veränderungen und eine möglicherweise kostengünstigere und bedarfsgerechtere Versorgung verzichtet wird (Vgl. HENKE, 1988 b, S.132 ff.).

- Letztlich funktioniert die KAiG nur solange einigermaßen zufriedenstellend, wie im Verteilungskampf eine bestimmte Niveaubestimmung angestrebt und beibehalten wird. Positive Ergebnisse kommen vor allem dann zustande, wenn sich die Beteiligten davon Vorteile ausrechnen können, wobei es durchaus zu Kompensationsgeschäften kommen kann. Geht es dagegen darum, Einschnidungen bei Einkommenspositionen einzelner Beteiligter vorzunehmen, wird die KAiG praktisch handlungsunfähig (Vgl. HENKE, 1988 b, S.130).

2.2.5 Grenzen des Steuerungspotentials der KVKG-Instrumente

Die Tatsache, daß es weder insgesamt noch in einem Teilbereich gelungen ist, die Steigerungsraten der Ausgaben im Rahmen der Grundlohnentwicklung zu halten, ist für die Befürworter von Globalsteuerungskonzepten noch kein Beweis dafür, daß eine derartige Steuerung des Gesundheitswesens grundsätzlich zum Scheitern verurteilt ist. Stattdessen stellt sich für sie zunächst einmal die Frage nach möglichen Schwachstellen des Konzeptes. Außerdem gilt es zu klären, ob die eingesetzten Steuerungsinstrumente auch funktional waren, „d. h. ob und in welchem Umfang die aufgrund ihrer Konstruktions- und Wirkungsweise zu erwartenden Steuerungseffekte“ dazu beigetragen haben, das vorgegebene Ziel zu erreichen (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.559). Einige Befürworter der Globalsteuerung sind z. B. fest davon überzeugt, daß sich mit hoher Wahrscheinlichkeit die Frage des Ausgabenüberhangs heute nicht stellen würde, wenn in das Kostendämpfungsgesetz 1977 wirksame Instrumente auch für die Bereiche Krankenhaus, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel aufgenommen worden wären (Vgl. OLDIGES, 1987, S.377).

2.4.5.1 Schwachstellen bei den Makro-Interventionen

a) Stationäre Versorgung

Als wesentliche Schwachstelle der 1977 eingeführten finanziellen Globalsteuerung werten zahlreiche Beobachter, daß zunächst keine Anstrengungen unternommen wurden, die bestehenden *Regelungsdefizite im Bereich der stationären Versorgung*, einem der Hauptausgabenblöcke der gesetzlichen Krankenversicherung, zu beseitigen (Vgl. HOLLER, 1985, S.161). Aufgrund dieses Versäumnisses konnte sich der Krankenhausbereich weitgehend unbeeinflusst von Maßnahmen der Kostendämpfung expansiv weiterentwickeln (Vgl. OLDIGES, 1987, S.377). Erst mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 wurden Schritte eingeleitet, um die *Planungs- und Steuerungsinstrumente im Krankenhausbereich* zu verbessern.

Zwar wurde nunmehr auch für diesen Bereich gesetzlich das Ziel fixiert, die Ausgaben für Krankenhauspflege an der Grundlohnentwicklung zu orientieren, Regelungen zur Umsetzung dieser Zielvorstellung, z. B. in Form von Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern, sind jedoch nicht getroffen worden (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.560).

Als besonders problematisch erwies sich vor allem das mit dem *Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972* (BGBl.I S.333) eingeführte Kostenerstattungsprinzip, das den Krankenhäusern im Rahmen einer allgemeinen Verpflichtung zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung eine Erstattung der entstandenen Pflegekosten gewährleistete. Obgleich von verschiedenen Seiten massiv darauf hingewiesen wurde, daß der Anspruch auf Selbstkostendeckung zusammen mit dem Grundsatz des Gewinn- und Verlustausgleichs die im Krankenhaus Handelnden hinsichtlich eines sparsamen und wirtschaftlichen Umgangs mit den knappen Finanzmitteln weitgehend demotiviert (Vgl. HOLLER, 1985, S.163; GERDELMANN, 1985, S.182; H.MÜLLER, 1985, S.191), wurden die Regelungen der Leistungsentgeltbestimmung unverändert beibehalten. An dieser Situation änderte im Grundsatz auch das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981* (BGBl.I S.1568) nichts. Von daher stieß das Konzept der Kostendämpfung im Krankenhausbereich allein schon durch die gesetzlich vorgeschriebene Beachtung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung auch weiterhin an Grenzen, zumal Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Krankenhauspflegesätze nach dem Gesetz nicht zulässig waren.

Das Grundproblem in bezug auf die Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die *Kostendämpfungsbemühungen* ist letztlich darin zu sehen, daß in diesem Sektor zwei *antagonistische Finanzierungsverfahren* einander gegenübergestellt wurden: ein *Budgetierungsansatz*, der sich auf eine *ex ante* Fixierung von Finanzierungsspielräumen richtete, und ein *Erstattungsverfahren*, das von den faktisch entstandenen Kosten ausgeht. Da der Ansatz der Globalsteuerung mit keinem *regulativen* Durchsetzungspotential ausgestattet war, lag es auf der Hand, daß damit eine wirksame Begrenzung der kostenexpansiv wirkenden Faktoren in der stationären Versorgung nicht erreicht werden konnte (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.560). Die Anwendung des Selbstkostenerstattungsprinzips bedingt darüberhinaus sogar, daß die Krankenhäuser in ihrer Kostenentwicklung tendenziell immer über der Steigerung der Grundlohnsomme liegen müssen, da zu den durch Tarifabschlüsse sich erhöhenden *Personalkosten* im vielschichtigen Betrieb Krankenhaus weitere Kostenfaktoren hinzutreten, deren Reduzierung aufgrund limitationaler Rationalisierungsmöglichkeiten sehr begrenzt ist (Vgl. H.MÜLLER, 1985, S.190).

Inwieweit sich diese Situation durch das *Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984* (BGBl.I S.1716), dessen Neuregelungen seit dem 1. Januar 1986 wirksam sind, nachhaltig ändert, kann zwar noch nicht abschließend beurteilt werden, muß jedoch bezweifelt werden. Während bis 1986 die tatsächlich entstandenen Selbstkosten Bemessungsgrundlage für die Höhe des tagesgleichen, proportionalen Pflegesatzes waren, werden nunmehr die Betriebskosten

der Krankenhäuser auf der Basis der *voraus kalkulierten Selbstkosten* durch ein *flexibles Budget* abgegolten. Die *Modifikation des Selbstkostenerstattungsprinzips* und die Zulassung von Gewinnen bringen zwar einige Anreize für wirtschaftliches und kostenbewußtes Verhalten, durch das Festhalten am Grundprinzip der Kostenerstattung dürften aber auch in einer prospektiven Ausgestaltung die Anreize nicht ausreichen, um zu langfristigen Kostensenkungen zu gelangen (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.96 f.).

b) Ambulante Versorgung

Obgleich die Kostendämpfungsgesetze für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung Instrumente vorsahen, die zumindest theoretisch eine *wirksame Steuerung der Ausgabenentwicklung* hätten ermöglichen können, sind auch hier eine Reihe von Defiziten zu konstatieren. Eine erste *Schwäche* bestand darin, daß die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben der Vereinbarung zwischen Kassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen wurde, was regelmäßig zu Abstrichen führte und eine wirksame Budgetierung in der Praxis behinderte (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.561).

Der steuerungstechnisch wesentliche Aspekt des gesetzlichen Regelungsmechanismus bestand für den ambulanten Sektor darin, daß in den Honorarvereinbarungen nicht mehr nur der Preisfaktor des Honorarvolumens bestimmt, sondern das gesamte von der Krankenkasse zu zahlende Honorarvolumen festgelegt werden sollte. Zentraler Ansatzpunkt für die Kostendämpfung war somit die in § 368 f Abs.3 RVO angelegte *Gesamtvergütungsplafonierung*, nicht die direkte Beeinflussung der Leistungsmengen oder Einzelpreise oder die Steuerung des Angebots an Ärzten und ihrer Praxisstruktur (Vgl. GEISSLER, 1979, S.125; THIEMEYER, 1985, S.47 ff.). Die Aufgabe, die finanzielle Plafonierung so gut wie möglich in entsprechende Entwicklungen der Leistungsvolumina und Einzelpreise sowie der Angebotsstrukturen zu transponieren, wurde der *Vergütungspolitik* überlassen, wobei im Grundsatz das *System der Einzelleistungsvergütung* erhalten blieb. Der monetäre Punktwert ergibt sich bei diesem Verfahren *ex post*, indem die limitierte (pauschalierte) Gesamtvergütung durch die ermittelte Gesamtpunktzahl dividiert wird.

Entscheidend an diesem System ist, daß der einzelne Arzt weiterhin die Möglichkeit besitzt, sein individuelles Einkommen durch *Mengenausweitung* zu erhöhen. Dies gilt ungeachtet dessen, daß der kalkulierte Preis (Vergütungssatz) der Leistungen sinkt, wenn der vereinbarte Finanzierungsspielraum nicht ausreicht, um den Zuwachs der Leistungsmenge zu konstanten Preisen zu vergüten (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.561). Daß die darin angelegten gegenläufigen Entwicklungen früher oder später zu *erheblichen Spannungen* führen, durfte nicht überraschen (Vgl. GEISSLER, 1979, S.127).

Einer besonderen *Belastungsprobe* ist dieser Steuerungsmechanismus insbesondere bei steigenden Ärztezahlen ausgesetzt, da in diesem Falle eine Orientierung der Gesamtvergütung an der Gesamteinkommensentwicklung zwangsläufig zur Folge haben muß, daß das einzelne Arzteinkommen - wenn überhaupt - nurmehr unterproportio-

nal ansteigen kann. Dies bedeutet, daß es unter den Ärzten zu einem sukzessiv schärferen *Verteilungskampf* kommt, sofern die »Deckelung« des *Gesamthonorarvolumens* konsequent eingehalten wird.

Vor diesem Hintergrund war es dann auch kaum verwunderlich, daß die Strategie der ärztlichen Organisationen darauf gerichtet war, „die Begrenzung des Honorarvolumens zu unterlaufen bzw. ‚aufzuweichen‘“ (GRIESEWELL, 1985, S.561). Ein erster Erfolg in dieser Richtung gelang den Kassenärzten in einer *Honorarvereinbarung mit den Angestellten-Ersatzkassen* vom Dezember 1978, in welchem man sich auf eine lineare Erhöhung der Vergütungssätze des Bewertungsmaßstabes um 4 % ohne Limitierung des Leistungsvolumens (der Mengenkomponente) einigte (Vgl. MUSCHALLIK, 1978, S.3081 ff.), wobei für den Fall einer zusätzlichen Ausgabensteigerung infolge von Mengenausweitungen lediglich eine Absichtserklärung für eventuelle Gegenmaßnahmen abgegeben wurde (Vgl. WIESENTHAL, 1981, S. 91 ff.).

Die mit diesem Vertrag verbundene Unterlaufung der zentralen Intentionen der finanziellen Globalsteuerung blieb nicht ohne Konsequenzen; schon kurz darauf gaben auch die RVO-Krankenkassen dem ärztlichen Druck nach und trafen gleichfalls Vereinbarungen, „die das Risiko unkontrollierter Ausgabensteigerungen als Folge einer Mengenausweitung ärztlicher Leistungen wieder weitgehend auf die Krankenkassen verlagerten“ (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.562).

Neben den Möglichkeiten, den Steuerungsmechanismus auszuhölen, weist das System der Gesamtvergütungsplafonierung allerdings noch weitere Schwächen auf. Berücksichtigt man z.B. das Problem der Nebenwirkungen (*Substitutionseffekte*), sind die Auswirkungen von Gesamtvergütungsvereinbarungen für die Krankenkassen durchaus nicht mehr eindeutig kalkulierbar. Es ist nicht nur möglich, sondern wird auch für sehr wahrscheinlich gehalten, daß Nebenwirkungen z.B. im Krankenhausbereich auftreten: „Durch eine sehr restriktive Ausgabenpolitik wälzen möglicherweise Ärzte die Behandlung schwieriger Fälle auf das Krankenhaus ab, und anstatt einer Kostendämpfung tritt eine Kostenverlagerung ein“ (ROSENBERG, 1979, S.121). Denkbar sind auch entsprechende Nebenwirkungen in Richtung Arzneimittelsektor (bei gesenkter Honorierung der Beratungsleistung könnte diese weiter eingeschränkt und durch eine verstärkte Arzneimittelverordnung ersetzt werden).

Unter dem Aspekt einer konsequenten Ausgabenbegrenzung ist auch die Regelung problematisch, Veränderungen der Gesamtvergütung nicht nur an der Grundlohnsomme, sondern auch an den Praxiskosten und der ärztlichen Arbeitszeit zu orientieren. Während die erste Komponente im Prinzip ermöglicht, daß das Honorarvolumen in etwa gleichen Raten wie das Einkommen der Gesamtbevölkerung steigt, wird die Grundlohnorientierung durch die beiden anderen Komponenten wieder relativiert. Sofern die Ärzte glaubhaft machen konnten, daß der medizinisch-technische Fortschritt und/oder eine steigende Morbidität einen höheren Input unabdingbar machte und dieser im Interesse der Versicherten lag, deckte das

KVKG auch höhere Steigerungsraten (Vgl. BERG, 1986, S.12).

c) Arzneimittelversorgung

Ebenfalls als wenig wirksam erwiesen haben sich die Regelungen zur Steuerung im Bereich der *Versorgung mit Arzneimitteln*. Analog zu den Kostendämpfungsbemühungen bei der ambulanten und zahnärztlichen Versorgung liefen die Regelungen auch für den Arzneimittelsektor auf eine vorsichtige »Deckelung« der Ausgaben hinaus. Gemäß § 368 f Abs.6 RVO hatten die Landesverbände der Krankenkassen mit den kassenärztlichen Vereinigungen einen sog. »*Arzneimittelhöchstbetrag*« zu vereinbaren, der die Entwicklung der Arzneimittelpreise, die Zahl der behandelten Personen und die Entwicklung der Grundlohnsomme zu berücksichtigen hatte. Ferner war vorgesehen, daß bei einer mehr als nur geringfügigen Überschreitung des Höchstbetrages die Vertragspartner die Ursachen dieser Abweichung untersuchen sollten. Waren die Ursachen nicht auf eine unkalkulierte Erhöhung der Morbidität zurückzuführen, waren Einzelprüfungen zu veranlassen, die bis hin zum Regreß bei einzelnen Ärzten führen konnten.

In der Praxis bedeutete dies, daß die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Maßgabe der genannten Kriterien einmal jährlich eine Empfehlung über den Höchstwert für einen Anstieg der Arzneimittelausgaben abzugeben hatten (unter bestimmten Voraussetzungen konnte diese Empfehlung auch die Konzertierte Aktion abgeben).

Dieser Steuerungsmechanismus wird aus verschiedenen Gründen als fehlerhaft konstruiert betrachtet. Indem die Sanktionen beim einzelnen Arzt ansetzen und damit auf eine individuelle Verhaltenssteuerung abzielen, wird die Ebene der globalen Ausgabensteuerung verlassen, d.h. eine Budgetierung im Sinne einer Vorabbegrenzung des Ausgabenvolumens ist nicht mehr möglich¹ (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.561). Ein weiterer Schwachpunkt bestand darin, daß im *Sanktionsmechanismus* bei Überschreitung des Höchstbetrages Interpretationskonflikte zwischen den Vertragsparteien geradezu vorprogrammiert waren. Schließlich muß es im Hinblick auf den Versuch einer wirksamen Ausgaben-Deckelung als problematisch angesehen werden, die Preisentwicklung und das Preisniveau bei Arzneimitteln als gegeben hinzunehmen, auch wenn die Pharmaindustrie im Rahmen der Konzertierten Aktion einer gewissen »moral suasion« ausgesetzt war (Vgl. BERG, 1985, S.14).

e) Allgemeine Defizite

Grundsätzlich ist die Auffassung in Frage zu stellen, die Kostendämpfungsgesetze beinhalteten eine *echte globale Budgetbeschränkung*, auch wenn vielfach die These vertre-

1) Der Übergang zur Steuerung der individuellen Verordnungspraxis war im übrigen das Ergebnis eines politischen Kompromisses im Gesetzgebungsverfahren. „Im ursprünglichen Entwurf waren die Sanktionen auf der Ebene der Globalsteuerung angesiedelt: Eine Überschreitung der vereinbarten Grenzwerte für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben sollte durch eine entsprechende Kürzung des für die ärztliche Vergütung zur Verfügung stehenden Finanzvolumens kompensiert werden“ (GRIESEWELL, 1985, S.561)

ten wird, daß mit diesen Gesetzen der Ausgabenentwicklung »ein Deckel aufgesetzt« und die Gesamtsumme für einzelne Ausgabenkomponenten beschränkt worden sei. Dagegen ist einzuwenden, daß

- 1) die Empfehlungen meist allgemein gehalten wurden und ohne mengenmäßige Vorgaben blieben;
- 2) die Vorgaben nur Orientierungsfunktion für die Verhandlungen der Vertragsparteien hatten, selbst aber nicht mit Sanktionen verbunden waren und
- 3) im Falle der Überschreitung der globalen Orientierungsdaten lediglich auf den Einzelregreß im ordentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren verwiesen wurde (Vgl. HAUSER, 1985, S.109)
- 4) Kostenbegrenzungsaspekte vielfach vor Qualitätsaspekten standen.

Die Strategie der finanzielle Globalsteuerung (z.B. mittels Budgetbegrenzungen) kann zwar garantieren, daß die Gesamtausgaben nicht unkontrolliert wachsen können, stellt jedoch nicht sicher, daß die einzelnen Leistungsanbieter die effektivste und effizienteste Leistungsform wählen. Außerdem beinhaltet die rein monetär orientierte Globalsteuerung von Teilkomponenten die Gefahr einer unzureichenden Berücksichtigung des medizinischen und technologischen Fortschritts.

Die im Rahmen der Kostendämpfungspolitik installierte finanzielle Globalsteuerung beschränkte sich in weiten Teilen auf die globale Steuerung einzelner Teilkomponenten und unterlag damit der prinzipiellen Gefahr, daß „restriktive Regelungen zu Kostenverlagerungen und nicht zu Kosteneinsparungen führen“ (HAUSER, 1985, S.120). Zwar läßt sich auch bei *selektiver Globalsteuerung* bei entsprechenden sektoralen Budgetierungen das Gesamtkostenziel erreichen, ohne inhaltlichen Gesamtrahmen ist es jedoch unmöglich, inhaltlich erwünschte Strukturveränderungen durch eine entsprechende Budgetierungspolitik zu präjudizieren.

Die finanzielle Globalsteuerung einzelner Teilkomponenten ist darüber hinaus in verstärktem Maße abhängig von den in einzelnen Segmenten herrschenden Machtverhältnissen. Gerade im Hinblick auf die Erfahrungen im Rahmen der Konzierten Aktion spricht einiges dafür, daß bestimmte Restriktionen eher aufgrund politischer Opportunität und weniger aufgrund inhaltlicher und medizinischer Kriterien beschlossen wurden.

2. 2. 5. 2 Aspekte der Prozeßsteuerung auf der Mikro-Ebene

Obgleich die Ansatzpunkte der Globalsteuerung auf der Makro-Ebene liegen (Festlegung der Ausgabenvolumina der verschiedenen Leistungsbereiche), werden die ausgabenwirksamen Entscheidungen dennoch überwiegend von den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens auf der Mikro-Ebene getroffen. Dies bedeutet, daß der Erfolg der Globalsteuerung in erheblichem Umfang davon abhängt, wie die globalen Vorgaben auf der Mikro-Ebene umgesetzt werden. Das Zusammenwirken von Makro- und Mikro-Ebene ist insbesondere dann von wesentlicher Bedeutung, wenn auf der Makro-Ebene verzichtet wird, bis

hinunter auf die unterste Ebene verbindliche Vorgaben zu machen und stattdessen auf flankierende Maßnahmen im Rahmen einer Prozeßsteuerung vertraut wird, die das Ziel haben, die Einzelentscheidungen dahin zu steuern, daß sie mit den globalen Zielsetzungen vereinbar sind. Dies erfordert vor allem die Kompatibilität von Steuerungsmechanismen auf der Makro- und Mikro-Ebene. Im Rahmen der Kostendämpfungsbemühungen kam der Prozeßsteuerung vor allem die Aufgabe zu, auf der Ebene des einzelnen Arztes ausgabenexpansiv wirkenden Faktoren entgegenzuwirken.

2. 2. 6 Erfahrungen mit dem »Bayern-Vertrag«

2. 2. 6. 1 Grundgedanken des »Bayern-Vertrages«

Eine interessante Weiterentwicklung der finanziellen Globalsteuerung, wie sie im KVKG 1977 angelegt war, sahen viele Beobachter zu Beginn der 80er Jahre im sog. »Bayern-Vertrag«. Hierbei handelt es sich um einen am 13. August 1979 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern für den Zeitraum 1. Juli 1979 bis 30. Juni 1980 geschlossenen Vertrag, der in den Folgejahren verlängert wurde.

Obgleich der »Bayern-Vertrag« unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten vielfach als selbstverwaltungsspezifische Alternative zu bundeseinheitlichen Reglementierungen angesehen wird (Vgl. WINTERSTEIN, 1984, S.27), soll an dieser Stelle auf diesen Vertrag eingegangen werden, hierbei jedoch primär auf die ihm zugrundeliegende *Steuerungskonzeption*.

Der Gesamtvertrag sah vor, daß die Gesamtvergütung der bayerischen RVO-Kassen je Mitglied um nicht mehr als 6 % im Vergleich zum Vorjahr ansteigen sollte. Darüber hinaus sollte eine Anstieg um weitere 0,6 % (d.h. also eine Gesamtsteigerung um 6,6 %) möglich sein, ohne daß Untersuchungen über die Gründe des Anstiegs eingeleitet werden. Die eigentlich neue und steuerungstechnisch interessante Regelung bestand allerdings darin, daß eine Überschreitung der 6,6-Prozent-Grenze für den ambulanten Sektor dann ohne Sanktionen toleriert werden sollte, wenn gleichzeitig die Wachstumsraten im stationären Sektor und im Arzneimittelbereich reduziert werden konnten (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1982b, S.164; WINTERSTEIN, 1984, S.27 f.).

Im Vordergrund der Bayern-Vertrag-Philosophie stand die Verknüpfung verschiedener Leistungskomplexe, indem für den ambulanten Sektor ein Anreiz geschaffen werden sollte, tatsächlich steuernd auf die anderen Sektoren einzuwirken. Nach diesem Konzept ging es also nicht mehr darum, einzelne Leistungsbereiche grundlohnorientiert zu begrenzen; die Grundidee bestand vielmehr darin, für einzelne Leistungsbereiche *Steigerungsraten oberhalb der Grundlohnentwicklung* zuzulassen (im konkreten Falle für die ambulante Behandlung), sofern Kompensationen bei den veranlaßten Leistungen (Krankenhausentlassun-

gen, Arzneimittelverordnungen) erzielt werden (Vgl. SMIGIELSKI, 1986, S.145). Letztlich basierte der Bayern-Vertrag auf der Überlegung, daß für die Krankenkassen die gesamte Tätigkeit der Kassenärzte als Einheit anzusehen ist, gleichgültig ob die Leistungen durch den Arzt persönlich erbracht werden oder dieser sie lediglich veranlaßt hat. Zugleich wurde der These gefolgt, daß es vor allem der niedergelassene Arzt ist, der *steuernden Einfluß auf die übrigen Bereiche der Gesundheitsversorgung* hat. Entsprechend sollte der Bayern-Vertrag dazu führen, daß der einzelne Kassenarzt durch gezielte Diagnostik und Therapie dazu beiträgt, daß

- weniger Krankenhauseinweisungen erforderlich werden;
- eine gezielte Arzneiverordnung erreicht wird, wobei der Beachtung von Wirksamkeit, Preis und Mengen der zu verordnenden Arzneimittel erhebliche Bedeutung zukommt;
- die Verordnung von physikalischen Leistungen, z.B. Massagen und Bäder, eingeschränkt werden kann;
- durch diese Maßnahmen Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit der Patienten, auch im Hinblick auf ihre volkswirtschaftliche Bedeutung, erhalten wird.

2. 2. 5. 2 Ergebnisse des »Bayern-Vertrages«

Ähnlich wie im gesamten Bereich der Kostendämpfungspolitik werden auch die Ergebnisse des Bayern-Vertrages je nach Interessensstandpunkt der Betrachter höchst unterschiedlich beurteilt (Vgl. THIEMEYER, 1985, S.54). Unter diesem Aspekt spricht einiges für die Vermutung, daß die Bayern-Vertrag-Politik für die Ärzte erfolgreich war; ob dies auch für das Gesamtsystem gilt, wird von vielen Beobachtern indessen bezweifelt.

Festzuhalten bleibt, daß der Bayern-Vertrag hinsichtlich des *Kostendämpfungszieles* keineswegs besser als die globalen Kostendämpfungsstrategien ist. Vielmehr haben sich die Ausgaben je Mitglied in Bayern sowohl insgesamt als auch in den meisten Komponenten sogar stärker als im Bundesgebiet erhöht (Vgl. HAUSER, 1985, S.115). Demgegenüber läßt sich zumindest in der Anfangsphase hinsichtlich der *Ausgabenstruktur* eine leichte Verschiebung in die erwartete Richtung beobachten, d.h. die Ausgaben im ambulanten Bereich wiesen einen relativ stärkeren Anstieg auf als die Ausgaben im Krankenhaussektor. Insgesamt ergab sich jedoch, daß die Kassenärzte „nur in geringem Umfang als erwartet auf stationäre Behandlungen ihrer Patienten verzichteten“ (SCHWEFEL, van EIMEREN/SATZINGER, 1986, S.967). Hinzu kam, daß die Krankenhäuser nicht untätig blieben und verstärkt mit Selbsteinweisungen auf die nach ihrem Verständnis gegen sie gerichtete Strategie reagierten (Vgl. SITZMANN, 1982; THIEMEYER, 1985, S.54).

Selbst wenn die explizit *angestrebte Verlagerung vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich* in deutlicherem Umfang erreicht worden und ein nachhaltiger *Kostendämpfungseffekt* eingetreten wäre, stellt dies noch keinen Beweis der »Systemadäquanz« des Bayern-Vertrages dar: „der Nachweis einer (ausgabenneutralen) Verlagerung

von Umsatz- oder Einkommensteilen zwischen Anbietergruppen von Gesundheitsleistungen reicht nicht für den Nachweis der ... gesundheitspolitischen Rationalität“ (THIEMEYER, 1985, S.55) aus. Daneben ergeben sich allerdings für das Gesamtsystem ernsthafte Bedenken:

- Zwar berücksichtigt der Bayern-Vertrag in stärkerem Maße die Gesamtausgabenentwicklung, regelt letztlich aber ebenfalls nur die Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen. Die übrigen Ausgabenkomponenten spielen dabei nur insoweit eine Rolle, als sie eine Überschreitung der Ausgaben im ambulanten Bereich rechtfertigen können. Somit sind sie nicht direkt angesprochen und solange ohne Bedeutung, solange die Gesamtvergütung innerhalb des Zielrahmens bleibt (Vgl. HAUSER, 1985, S.117).
- Grundsätzlich ist dieser Steuerungsansatz in seiner Reichweite von vornherein begrenzt; denn selbst wenn die Ärzte einen wirksamen wirtschaftlichen Anreiz hätten, Ausgaben aus dem Krankenhaus- in den ambulanten Bereich zu verlagern, stießen sie an die Grenze unzureichender Eingriffsmöglichkeiten (Vgl. HAUSER, 1985, S.117).
- Desweiteren ignoriert der Steuerungsansatz die „Möglichkeit der autonomen Reaktion der negativ Betroffenen“ (THIEMEYER, 1985, S.54). Die Krankenhäuser können z.B. mit vermehrten Selbsteinweisungen und/oder einer Verlängerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer auf die sinkende Kapazitätsauslastung reagieren.
- Bei alledem sind Erhöhungen der Gesamtausgaben nicht ausgeschlossen, sondern aufgrund der geltenden Regelungen sogar wahrscheinlich; da die Einkommensposition der Ärzte von der Entwicklung der Krankenhausaufgaben zunächst einmal unberührt bleibt, führt bei Geltung des Selbstkostenerstattungsprinzips eine Senkung der durchschnittlichen Auslastung unter der Voraussetzung wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser zu erhöhten Pflegesätzen.

Obleich der Typ des Bayern-Vertrages zwischenzeitlich eine Verbreitung fand (Hessen-Vertrag, Niedersachsen-Vertrag), ist äußerst zweifelhaft, ob die darin implementierten ökonomischen Anreizsysteme die Strukturschranken im Gesundheitswesen überwinden können. Dagegen spricht allein schon die Tatsache, daß es ein klar zu definierendes Handeln bei der Alternative ambulante oder stationäre Versorgung mitunter nicht gibt und die Einweisung von Patienten ins Krankenhaus für den Arzt vielfach auch dann geboten ist, wenn sie medizinisch womöglich nicht erforderlich ist, fehlende sozialpflegerische Einrichtungen jedoch keine andere Option bieten (Vgl. REINERS, 1987, S.199). Bedenklich ist schließlich ferner, daß „nicht nur die fachmedizinische Entscheidung, sondern ... auch die Verteilungsaueinandersetzungen zwischen Anbietergruppen (und damit die Entscheidung über die Struktur des Gesamtangebots an Gesundheitsgütern)... einem marktähnlichen Prozeß der Rivalität um Umsatz- und Einkommensteile überantwortet“ (THIEMEYER, 1985, S.55) wird.

2.3 Elemente der Bedarfs- und Angebotsplanung im derzeitigen System

In Anbetracht dessen, daß den Konzepten einer Globalsteuerung und Budgetierung Überlegungen zugrundeliegen, durch eine verstärkte *Bedarfsplanung* und *Angebotssteuerung* zu einer effizienteren und kostengünstigeren gesundheitlichen Versorgung zu gelangen, sollen an dieser Stelle zumindest cursorisch Bereiche betrachtet werden, in denen bereits heute eine *Bedarfsplanung auf gesetzlicher Grundlage* stattfindet. Durch Bundesgesetze wurde zu Beginn der 70er Jahre zunächst für den Krankenhausbereich und gegen Ende der 70er Jahre eine Bedarfsplanung für den Arztpraxenbereich vorgeschrieben (Vgl. RÖPKE/LENZ, 1985, S.245). In beiden Fällen geht das staatliche Handeln letztlich auf das in Art. 20. Abs. 3 sowie Art. 28 Abs.1 GG verankerte *Sozialstaatsprinzip* zurück, aus dem unmittelbar das Gebot abgeleitet wird, ein angemessenes Krankenversicherungssystem bereitzuhalten, ohne daß allerdings eine konkrete Ausgestaltung dieses Systems institutionell durch die Verfassung vorgegeben wäre. Daneben wird aus der in Art. 1 GG verankerten Gewährleistung des physischen Existenzminimums verbreitet ein »Grundrecht« des Einzelnen auf die nach dem Stand der Wissenschaft bestmögliche medizinische Behandlung und in seinem Interesse sinnvollste medizinische Versorgung abgeleitet. Ein Handeln des Staates wird daher v.a. mit seiner gesamtpolitischen Verantwortung begründet, die er zur Erfüllung des Sozialstaatsgebotes des Grundgesetzes hat. Insbesondere wird daraus abgeleitet, daß der Staat dafür zu sorgen hat, daß allen Bürgern ein *gleicher Zugang zu Sozialleistungen* gewährleistet wird.

2.3.1 Staatliche Krankenhausbedarfsplanung

Aus den eben genannten Leitvorgaben wird unmittelbar der verfassungsrechtliche *Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung* abgeleitet. Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zählt danach zum *Kernbereich der öffentlichen Aufgaben im Rahmen der Daseinsfürsorge*. Die öffentliche Hand hat dafür Sorge zu tragen, daß ausreichende stationäre Versorgungseinrichtungen für alle Bürger, nicht nur für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, zur Verfügung stehen. Wie dieser Sicherstellungsauftrag mit konkretem Inhalt auszufüllen ist, muß der Gesetzgeber entscheiden. Ihm obliegt die normative Feststellung, wer für die stationäre Versorgung in einem bestimmten Gebiet die rechtliche und die politische Verantwortung zu tragen hat. Grundsätzlich kann die „staatliche Steuerung i.S. der Sicherstellung des Angebots ... durch Gesetz, Verordnung und sonstiges Verwaltungshandeln erfolgen, vor allem aber auch durch die Finanzierung“, wobei es „für die Finanzierungsverfahren bei Gütern, für die der Staat einen politischen Sicherstellungsauftrag hat, ...keine allgemeingültigen Regeln“ gibt (THIEMEYER, 1984 a, S.23).

Gerade der Krankenhausbereich ist ein Beispiel dafür, daß die Sicherstellung des Angebots im Laufe der Zeit auf unterschiedliche Weise geregelt werden kann, insbeson-

dere staatliche Planung erst dann eingreift, wenn Selbstregulierung nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt. So hat sich erst im Laufe der in den 60er Jahren stattfindenden Reformdiskussion die Auffassung durchgesetzt, daß „die Vorhaltung der Krankenhäuser im Grunde eine öffentliche Aufgabe sei und daß der Pflegesatz nur noch die durch die Benutzung des Krankenhauses verursachten sogenannten Benutzerkosten umfassen sollte“ (H. MÜLLER, 1985, S.187). Es ist daran zu erinnern, daß zu jener Zeit die *Preisgestaltung für Krankenhausleistungen* in den Händen von Krankenkassen und Krankenhäusern lag. Die Abgeltung der stationären Leistungen durch vereinbarte Pflegesätze sollte sowohl die Investitions- wie die Betriebskosten umfassen und eine angemessene Verzinsung des betriebsnotwendigen Kapitals sicherstellen. Das eindeutig *monistische Finanzierungssystem* unterlag jedoch erheblichen Einschränkungen, die die Realisierung dieser Zielvorstellungen unerreichbar machten. Zwar war die Preisstoppperordnung von 1936 durch die Anordnung PR Nr.140 im Jahre 1948 aufgehoben worden, die gleichzeitig erlassenen Kalkulationsregeln, die vorschrieben, welche Kosten in welcher Höhe erstattungsfähig waren, führten jedoch zu *erheblichen Defiziten der Krankenhäuser*.

An der eingeleiteten *Defizitwirtschaft* änderte auch die Verordnung PR Nr.7/1954 über die Pflegesätze von Krankenanstalten nichts. Insbesondere die Bestimmung, wonach bei der Festlegung der Pflegesätze neben der Kosten- und Ertragslage der Krankenhäuser auch die Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger zu berücksichtigen war, „koppelte und begrenzte die Finanzierung der stationären Versorgung der Patienten an die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen, ohne daß damit der Leistungsanspruch der Versicherten eingeschränkt wurde“ (H. MÜLLER, 1985, S.187).

Da die Krankenkassen finanziell nicht in der Lage waren, die notwendigen Investitionsmittel, insbesondere zur Beseitigung der gewaltigen Kriegsschäden, bereitzustellen, wuchs ein *Investitionsstau* in Milliardenhöhe an. Trotz steigender Finanzhilfen durch die Bundesländer nahm die Unterdeckung im laufenden Betrieb bedrohliche Ausmaße an. Die Folgen waren, daß die Krankenhäuser nicht in erforderlichem Umfang erneuert werden konnten und die *Überalterung des Krankenhausbestandes* bei gleicher medizinischer Leistungsfähigkeit zu einem wesentlich höheren Betriebsaufwand und damit zu steigenden Kosten führte. Vor diesem Hintergrund bestand Einigkeit, daß eine *Reform der Krankenhausfinanzierung* unausweichlich war; die Vorstellungen, wie diese aussehen sollte, gingen jedoch bereits damals weit auseinander (Vgl. HOLLER, 1985, S.157 ff.; GERDELMANN, 1985, S.167 f.; KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.41).

Schließlich wurde mit dem *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl.I S.1009)* die Krankenhausfinanzierung auf völlig neue Grundlagen gestellt. Dabei hat der Staat (Bund und Länder) mit dem KHG sowie den Krankenhausgesetzen der Länder normativ verdeutlicht, daß die *Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe* ist und daß dieser Bereich der staatlich garantierten allgemeinen Daseinsfürsorge zuzu-

ordnen ist (Vgl. HOLLER, 1983, S.33). Die Bestimmung von Krankenhäusern als öffentliche Infrastruktureinrichtungen beinhaltete zugleich den Übergang zu einer stärkeren staatlichen Kontrolle dieses Bereichs.

Unmittelbare Konsequenz dieser Betrachtungsweise waren die *Einschränkung der Planungsautonomie* der Krankenhausträger und der *Übergang zu einer staatlichen Krankenhausplanung*. Mit der Einführung einer Bedarfsplanung verbunden war die direkte *öffentliche Förderung von Investitionen* für Krankenhäuser (§ 4 Abs.1 KHG). Das Gesetz bestimmte, daß die Länder die Förderung der Krankenhäuser als öffentliche Aufgabe durch Übernahme der Investitionskosten vorzunehmen hatten, wobei sie zur wirtschaftlichen Sicherung der öffentlich geförderten Krankenhäuser zugleich die Aufgabe erhielten, *Krankenhauspläne* aufzustellen und diese der Entwicklung anzupassen (§ 6 KHG). Die *Krankenhausplanung als staatliche Planung* wurde außer im KHG auch in den Länder-Krankenhausgesetzen rechtlich verankert. Letzte hatten dabei vor allem die Funktion, den Vollzug des KHG auf der Länderebene sicherzustellen. Wesentlicher Inhalt der Bedarfsplanung im Krankenhausbereich ist damit die direkte öffentliche Förderung von Investitionen für Krankenhäuser.

Während bis zur Novellierung des KHG von 1972 im Jahre 1984 den Ländern durch Bundesrecht Vorgaben für die Erstellung der Krankenhauspläne gemacht worden sind, bestimmt seit 1985 ausschließlich Landesrecht die Vorgehensweise bei der Krankenhausplanung. Nach § 6 Abs.1 KHG 1984 stellen die Länder zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. In diesen *Krankenhausplänen* können je nach Bundesland Standorte, Bettenzahlen, Fachrichtungen, Versorgungsstufen und besondere Aufgabenzuordnungen für die Krankenhäuser enthalten sein, die für eine bedarfsgerechte Versorgung als notwendig erachtet werden.

Die *Investitionsprogramme* geben den voraussichtlichen Bedarf an Fördermitteln an, die das Bundesland für die Krankenhausversorgung aufbringen will. Anspruch auf Fördermittel haben hierbei jedoch nur diejenigen Krankenhäuser, die in die Krankenhauspläne bzw. bei Neubauten in die Investitionsprogramme aufgenommen sind. Bei der Bedarfsplanung sind die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung zu beachten. Ferner sollen die Krankenhäuser für die Benutzer in zumutbarer Entfernung erreichbar sein. Die Bedarfspläne sollen ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können. Ist bei der Bedarfsplanung eine Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern vorzunehmen, sind neben öffentlichen Interessen auch die Vielfalt der Krankenhausträger zu berücksichtigen. Das KHG hat mit dieser Form der Krankenhausbedarfsplanung und der sich daran anschließenden finanziellen Förderung zwar nichts an den Besitzverhältnissen der Krankenhäuser geändert, es hat „aber durch die Übernahme von künftigen Investitionskosten in die öffentliche Förderung eine Inve-

stitutionslenkung in Form des sog. »goldenen Zügels« vorgenommen“ (HOLLER, 1983, S.34).

Unter Planungsgesichtspunkten hat von Anfang an besondere Kritik hervorgerufen, daß der für die Krankenhausplanung herangezogene *Bedarfsbegriff* ausschließlich bestandsgerichtet bzw. bestandsabhängig ist (Vgl. RÖPKE/LENZ, 1985, S.246). In der Tat werden bei der Bedarfsplanung zur Bedarfsbestimmung vor allem Kriterien wie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettenauslastung herangezogen, die Ergebnisse der tatsächlichen Inanspruchnahme des Bestandes an Krankenhauseinrichtungen sind. Die *Bestimmungsgrößen* Sozialtragbarkeit, Leistungsfähigkeit und Bedarfsgerechtigkeit sind lediglich mehr oder minder differenzierte Beschreibungen des gegebenen Bestandes an Krankenhausversorgung. Eine *bestandsunabhängige Beurteilungsnorm für den Bedarf an Krankenhausversorgung* wird dagegen nicht genannt (Vgl. RÖPKE/LENZ, 1985, S.247).

Entsprechend besteht auch in der wissenschaftlichen Diskussion weitgehend Konsens darüber, daß die derzeitige Krankenhausbedarfsplanung methodisch erhebliche Mängel aufweist. Insbesondere wird mit der Festlegung der Planung auf die Bettenzahl die vorhandene Struktur der stationären Versorgung festgeschrieben. Auch ist es wegen dieser Mängel trotz eines sehr hohen Einsatzes von Ressourcen nicht gelungen, ein einheitliches Versorgungsniveau in den Bundesländern zu schaffen. Weiterhin ist kritisch anzumerken, daß in die staatlichen Planungsentscheidungen zu wenig die Folgekosten einbezogen und jedenfalls bis zu den Novellierungen des KHG in den Jahren 1981/84 die Beteiligten zu wenig an den Entscheidungen beteiligt wurden (Vgl. HOLLER, 1983, S.36).

Die mit dem KHG von 1972 eingeführte Krankenhausfinanzierung und Bedarfsplanung war von Beginn an heftigster Kritik ausgesetzt. Vor allem jedoch seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre sind Forderungen nach einer Abkehr vom dominanten staatlichen Einfluß im Bereich der stationären Versorgung zunehmend massiver geworden. Der teilweise recht polemisch und zugespitzt vorgetragene *Kritik am derzeitigen Krankenhausfinanzierungs- und -planungssystem* halten diejenigen, die auch weiterhin eine wesentliche staatliche Verantwortung in diesem Bereich für erforderlich halten, entgegen, daß nicht übersehen werden dürfe, daß die „Krankenhausbedarfspläne der Länder..., gemessen an der Situation vor der Einführung des KHG, einen bedeutenden Beitrag zur bedarfsgerechten Steuerung des Krankenhauswesens geleistet“ haben (HOLLER, 1983, S.31). Sie verweisen darauf, daß mit den staatlichen Investitionen Gesundheitseinrichtungen geschaffen worden seien, die trotz aller Kritik eine ausreichende, auf hohem Versorgungsniveau stehende stationäre Versorgung der Bevölkerung garantierten. Dabei wird keineswegs bestritten, daß das derzeitige System einen Reformbedarf aufweist. Dennoch wird für den Krankenhausbereich eine *staatliche Rahmen- und Letztverantwortung* für unverzichtbar gehalten. Zwar seien der Selbstverwaltung große Handlungs- und Bewährungsfelder zu geben, die es zu entfalten gelte. Umfang, Art und Niveau der Krankenhausleistungen sollten wegen der existenziellen Bedeutung dieses Leistungsbereiches aber auch wei-

terhin vom Staat verantwortet werden (Vgl. KLITZSCH, 1987, S.457).

2.3.2 Bedarfsplanung im Bereich der ambulanten Versorgung

Weniger direkt als im Krankenhausbereich ist die staatliche Einflußnahme auf die Bedarfsplanung im Bereich der kassenärztlichen Versorgung. Gesetzliche Regelungen zur Vermeidung einer ambulant-ärztlichen Unterversorgung in bestimmten Gebieten erschienen dem Staat aber auch in diesem Bereich erforderlich, nachdem mit der Aufhebung der »Verhältniszahl« durch das sog. Kassenarzt-Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1960 ein Steuerungsmechanismus beseitigt worden war, der in erheblichem Umfang Niederlassungen in unterversorgten Gebieten bewirkt hatte (Vgl. WIDO, 1978 a, S.13).

Überhaupt scheinen Krankenhausbedarfsplanung und kassenärztliche Bedarfsplanung ein wichtiges Merkmal gemeinsam zu haben: „Einer (ggfs. durch unbeeinflusste Selbstregulierung bedingten) als veränderungsbedürftig angesehenen Ausgangssituation werden durch den Staat und/oder durch ihn dazu beauftragte bzw. ermächtigte Gruppen (durch verschiedene Merkmale bereinigte) Dichtezeffern als Sollwerte gegenübergestellt, die eine Selbstregulierung orientieren sollen. (Globale) Bedarfe werden hier vom Staat oder in seinem Auftrag gesetzt, als sei er dazu befugt und dafür befähigt; Bedarfsplanungen wollen öffentliche Güter gewährleisten, weil/wenn der Markt oder die Interessenorganisationen - d.h. die selbstregulierenden Kräfte - sie nicht bereitstellen“ (SCHWEFEL/LEIDL, 1988, S.200).

Tatsächlich zeigten sich Ende der 60er Jahre Versorgungsengpässe in der ambulanten und zahnmedizinischen Versorgung von ländlichen und Stadttrandgebieten. Ein Selbstregulierungsmechanismus, der aus sich heraus zu einer Verteilung der niedergelassenen Ärzte führte, die allgemein als gleichmäßig und bedarfsgerecht empfunden wird, war nicht erkennbar. Andererseits sind regionale medizinische Versorgungsengpässe ein Problem aller fortgeschrittenen Industrieländer, unabhängig von der jeweiligen Struktur des Gesundheitswesens. Nicht zuletzt daraus wird von einer Reihe von Beobachtern der Schluß gezogen, daß planende und steuernde Eingriffe unerlässlich sind, wenn eine gleichmäßige, bedarfsgerechte Versorgung angestrebt werden soll (Vgl. WIDO, 1978 a, S.13).

In der Bundesrepublik hat die jahrelange Diskussion um die Versorgungsengpässe schließlich zur Einführung einer »kassenärztlichen Bedarfsplanung« durch das *Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28. Dezember 1976* (BGBl. I S.3871) geführt. Wesentlicher Inhalt dieses Gesetzes war die indirekte öffentliche Lenkung von Investitionen für Arztpraxen, wobei Voraussetzung solcher Maßnahmen im Arztpraxenbereich eine bestehende oder unmittelbar drohende ärztliche Unterversorgung in bestimmten Gebieten war. Anders als im Krankenhausbereich bestimmte dieses Gesetz zu Trägern der Bedarfsplanung im Kassenarztbereich die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen.

Problematisch gilt auch hier die bestandsabhängige Bedarfsermittlung. Der Bedarf an Arztpraxenversorgung bestimmte sich aus für die verschiedenen Arztgruppen unterschiedlichen Verhältniszahlen von Arzt je Einwohner, die als Maß der möglichen Inanspruchnahme des Bestandes an Arztpraxen durch die Bevölkerung galten. Eine bestandsunabhängige Beurteilungsnorm für den *Bedarf an Kassenarztversorgung* fehlte auch hier (Vgl. RÖPKE/LENZ, 1985, S.246).

Ungeachtet aller Mängel ließen sich seit jener Zeit durchaus vermehrt Ärzte in bis dahin unterversorgten Bereichen nieder. Dabei ist allerdings unklar, inwieweit dies eine Folge der *gesetzlichen Steuerungsinstrumentarien* oder bereits eine Folge des sich beginnenden *Überangebots an Ärzten* war. Nachteilig erwies sich allerdings schon bald, daß das Gesetz von 1976 allenfalls für die Behebung einer Unterversorgung geeignet war, jedoch keinerlei Instrumente für den Fall einer Überversorgung beinhaltete. Während - von wenigen Ausnahmen abgesehen - eine Unterversorgung zu Beginn der 80er Jahre praktisch nicht mehr bestand, wurde die *Überversorgung* zu einem zunehmend gewichtigeren Problem. Dabei ließ sich nicht nur in Verdichtungsräumen (gemessen an den für einen ausreichenden Versorgungsgrad notwendigen Verhältniszahlen) eine überhöhte Arztdichte feststellen, sondern auch eine zunehmend *unausgeglichene Versorgungsstruktur* i.d.S., daß das Verhältnis von allgemeinmedizinisch (hausärztlich) zu fachärztlich tätigen Ärzten unausgewogen ist (Vgl. LUBECKI, 1986, S.633 ff.; LUBECKI, 1987, S.194 ff.).

Der Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen, zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung gesetzliche Voraussetzungen für Steuerungsmaßnahmen auch bei einem ärztlichen Überangebot zu schaffen, kam der Gesetzgeber inzwischen mit dem *Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung*, das am 1. Januar 1987 in Kraft trat, nach. Planungsträger auch der Überversorgungsplanung ist weiterhin die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Inwieweit dieses Gesetz, das v.a. die Verhängung von *Zulassungssperren* für bestimmte Regionen vorsieht, ausreicht, um das auch in den nächsten Jahren wachsende Angebot an Ärzten sinnvoll zu steuern, bleibt derzeit noch abzuwarten. Einige Beobachter sehen allerdings bereits heute die Notwendigkeit zu noch deutlicheren staatlichen Eingriffen.

2.4 Hauptkritikpunkte am gegenwärtigen System

2.4.1 Fehlende Gesamtverantwortung und Zielorientierung

Einen der wesentlichsten Mängel des derzeitigen Gesundheits- bzw. Krankenversicherungssystems sehen viele Politiker und Wissenschaftler in der *fehlenden Orientierung*. Sie verweisen darauf, daß keine verbindlichen Zielvorgaben und Prioritäten erkennbar seien, „anhand derer eine zielgerichtete sinnvolle Anpassung des Gesundheitssystems an veränderte gesundheitliche Bedürfnisse und

Anforderungen erfolgen und die Aktivitäten der verschiedenen Kosten- und Leistungsträger des gegliederten Gesundheitssystems zusammengeführt und aufeinander abgestimmt werden könnten“ (SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.36). Nachdrücklich wird beklagt, daß jegliche *Zielkonkretisierung* fehle und die Datengrundlagen es nicht ermöglichen, einen Soll-Ist-Vergleich einer rationalen Gesundheitspolitik vorzunehmen. Folglich sei eine Beurteilung der *Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung* derzeit realistischerweise überhaupt nicht möglich (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN, 1987, S.22). Einige halten es für geradezu abenteuerlich, daß vor dem Hintergrund von Gesundheitsausgaben von über 240 Mrd. DM im Jahr eine *übergeordnete Ziel- und Aufgabenstellung* bisher nicht erfolgt sei (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.5).

Selbst wenn man davon ausgehe, daß Mängel in Einzelbereichen behebbare seien, bleibe doch das Problem bestehen, daß eine *integrierte Gesundheitsplanung*, die die durch Finanzierungs- und Trägerstruktur voneinander getrennten Bereiche überwinde, fehle. (Vgl. TROJAN, 1985, S.621). Die *Unfähigkeit der gegenwärtigen Gesundheitspolitik* zur Zielformulierung, Prioritätensetzung und Koordination wird insbesondere in zersplitterten Entscheidungskompetenzen, in einer gebrochenen Finanzverantwortung sowie in einer Zweckentfremdung und Instrumentalisierung der Gesundheitspolitik gesehen (Vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.36).

2. 4. 1. 1 Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen

Ein Hindernis für eine effektive Steuerung des Gesundheitsversorgungssystems sehen die Kritiker darin, daß *Entscheidungskompetenzen* sowohl auf horizontaler wie auf vertikaler Ebene stark zersplittert sind. Sie weisen darauf hin, daß auf der Bundesebene einerseits beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, zum anderen beim Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit Zuständigkeiten und Kompetenzen für den Funktionsbereich Gesundheit angesiedelt sind. Darüber hinaus kennzeichne sich die Gesundheitspolitik auf vertikaler Ebene durch eine *Zersplitterung der Kompetenzen* zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie zwischen dem Staat und bestimmten Selbstverwaltungsorganen.

Die Folgen dieser *horizontalen und vertikalen Zersplitterung* werden für die Gesundheitspolitik als geradezu verheerend angesehen. So gebe es keine erkennbaren, über die haushaltspolitisch motivierte Kostensenkung hinausgehenden, auf den verschiedenen Handlungsebenen formulierten und abgestimmten Prioritäten, mittels derer gesundheitspolitisches Handeln gesteuert werde. Das Parlament beschäftige sich kaum mit zentralen gesundheitspolitischen Fragen. Grundsätzlich wird festgestellt, daß eine vernünftige Aufgabenteilung mit *klarer Zuordnung von Verantwortlichkeiten*, die jeder Institution jene Aufgaben zuweist, die sie am zweckmäßigsten und wirtschaftlichsten erledigen kann, fehle (Vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.38).

2. 4. 1. 2 Gebrochene Finanzverantwortung

Ebenfalls als problematisch angesehen wird neben der Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen die *Zersplitterung der Finanzverantwortung* zwischen Staat und sozialer Krankenversicherung. Hier wird eingewandt, daß die Gesundheitspolitik das einzige bedeutsame gesellschaftliche Aufgabenfeld sei, dessen Ausgaben nach Anteil, Umfang und Prioritäten nicht vom Parlament im Rahmen seiner gesamtgesellschaftlich zu verantwortenden Budgetentscheidungen festgelegt werde. Die Trennung zwischen beitragsfinanzierten Finanzmitteln der GKV und steuerfinanzierten Haushaltsmitteln des Staates führe nicht nur zu *ungleichgewichtigen Ausgabenentwicklungen*, sondern auch dazu, daß sich das Gesundheitssystem gegenüber gesamtgesellschaftlich-parlamentarisch gesetzten Prioritäten verselbständige (Vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.41).

Auf diese gebrochene Finanzverantwortung zurückgeführt werden zudem verschiedene *Verzerrungen innerhalb des Gesundheitssystems*. So würden z.B. bestimmte, als dringend erforderlich anerkannte gesundheitspolitische Aufgabenfelder, die in den Zuständigkeitsbereich der öffentlichen Haushalte fallen, infolge der restriktiven staatlichen Budgetpolitik vernachlässigt, während gleichzeitig die GKV Leistungen finanziere, deren Nutzen als fragwürdig anzusehen sei. Noch ungünstiger stehe es um gesundheitspolitische Aufgabenbereiche, für die eine klare Zuständigkeitszuweisung entweder an den Staat oder die GKV fehle. Diese Bereiche (z.B. Pflege, Übergangseinrichtungen, Rehabilitation psychisch Kranker usw.) würden nicht nur unzureichend wahrgenommen, sondern litten auch unter permanenten Finanzierungsproblemen (Vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.41 ff.).

2. 4. 1. 3 Zweckentfremdung der GKV

Als wenig befriedigend werten die Befürworter einer inhaltlich-orientierten Globalsteuerungspolitik, daß die Gesundheitspolitik nach ihrer Ansicht in den letzten Jahren zunehmend zweckentfremdet und als Instrument mißbraucht worden sei. Nachdrücklich beklagen sie, daß sich die Gesundheitspolitik sukzessive zu einer bloßen Kostendämpfungspolitik verengt habe. Auf der Ebene der GKV erschöpfe sich diese Politik weitgehend in einer Vertragspolitik, die der Einkommensicherung der Leistungsanbieter diene und eher auf die Erhaltung des status quo als auf die Anpassung bestehender Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens an veränderte Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sei (Vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.42 ff.).

2. 4. 4 Dominanz der Anbieterinteressen

Entscheidend für die spätere Ausgestaltung der Steuerungsstrategien ist die Feststellung der Befürworter von Globalsteuerungs- und Budgetierungsansätzen, daß das derzeitige Gesundheits- und Krankenversicherungssystem entscheidend unter der *Dominanz der Anbieterinteressen* leide. Die Anbieterdominanz im Gesundheitswesen hat

nach ihrer Ansicht zudem Auswirkungen auf die Möglichkeiten, das bestehende Gesundheitsversorgungssystem zu verändern. Dabei ist für sie im Hinblick auf die »Anbieterdominanz« vor allem der Aspekt wichtig, daß nach ihrer Überzeugung die Leistungsanbieter weitaus besser in der Lage sind, ihre Interessen zur Geltung zu bringen, als die Vertreter der Krankenversicherung die Interessen ihrer Mitglieder (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.7). Wesentlich ist aber auch, daß die Krankenversorgung weitgehend von den »Anbietern« im Gesundheitswesen gesteuert werde (Vgl. TROJAN, 1985, S.621).

Nach Auffassung dieser Kritiker wurzelt dieser *bestimmende Einfluß der Anbieterinteressen* auf die Gesundheitspolitik und die Gestaltung des Gesundheitssystems in *wirtschaftlicher Macht* und ist tief verankert in den *Strukturen des Gesundheitswesens* (z.B. dem kassenärztlich angelegten Sicherstellungsauftrag, dem Ärztevorbehalt, d.h. der Letztverantwortlichkeit des Arztes auch für nichtmedizinische Leistungen). Es wird sogar der Vorwurf erhoben, daß Gesundheitspolitik jahrelang praktisch mit Standespolitik gleichzusetzen gewesen sei (Vgl. SCHARF, 1985, S.144). Zugleich wird beklagt, daß Einkommens- und Statusinteressen der Gesundheits- und Sozialberufe häufig im Vordergrund stünden und die Belange der Versicherten und Patienten verdrängten.

2. 4. 5 Effizienz des Gesundheitssystems

Nicht zuletzt unter Hinweis auf die im Vergleich zu den frühen 70er Jahren im Zuge der Kostendämpfungsbemühungen deutliche Abnahme der Ausgabenzuwächse Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre weisen Kritiker ausdrücklich darauf hin, daß „eine ordentliche gesundheitliche Versorgung mit einer überzeugenden Qualität“ (JUNG, 1988, S.44) auch bei stabilen Beitragssätzen möglich sei. Dabei argumentieren sie, daß in der Zeit der Kostendämpfung weder das Niveau der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik im Verhältnis zum Ausland zurückgeblieben sei noch irgendwelche Versorgungsdefizite entstanden seien. Dies legt für sie umgekehrt den Schluß nahe, daß es im derzeitigen System der medizinischen Versorgung Fehlentwicklungen gibt, deren Korrektur zu erheblichen Kosteneinsparungen führen könne und zugleich in vielen Fällen noch dazu gesundheitspolitisch sinnvoll sei.

2. 4. 5. 1 Medikalisierung des Gesundheitswesens

Als bedenklich angesehen wird auch das durch einen *Prozeß der Medikalisierung* gekennzeichnete Wachstum der gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Dienstleistungsfunktion. Mit »Medikalisierung« werden insbesondere die folgenden zwei Dimensionen eines gesellschaftlichen Prozesses verstanden, der sich praktisch in allen entwickelten Industrieländern während der letzten beiden Jahrzehnte vollzogen hat (Vgl. von FERBER, 1988, S.5):

- Auf der *Ebene des Dienstleistungsangebots* bezeichnet Medikalisierung die zu Vergleichsreihen (Bevölkerungswachstum, wirtschaftliches Wachstum) *überpro-*

portionale Zunahme medizinisch-ärztlicher Leistungen sowie eine damit verbundene Ausweitung ärztlicher Kompetenz.

- Auf der *Ebene der Patienten* bezeichnet er eine »*Medikalisierung*« des Krankheitsverhaltens. Gesundheitsstörungen werden entsprechend dem medizinischen Leistungsangebot als medizinisch behandlungsbedürftig erkannt. Als Folge davon weiten sich Leistungsangebot und Leistungsanspruch synchron aus, wobei die Nachfrageorientierung der medizinischen Leistungen und die Angebotsorientierung der Inanspruchnahme zur Deckung kommen.

Vor diesem Hintergrund bestätigt sich die Tatsache, daß auch für den Dienstleistungssektor Gesundheitswesen davon auszugehen ist, daß mit dem wirtschaftlichem Wachstum und dem erhöhten Realeinkommen ein neues Niveau der Bedürfnisse wie der Bedarfsdeckung erreicht wird (Vgl. von FERBER, 1967). Dabei ist durchaus festzuhalten, daß sich die Medikalisierung bislang weitgehend unabhängig von den Formen der Finanzierung vollzieht.

Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen wird die fortschreitende Medikalisierung vermutlich folgende Entwicklungen begünstigen:

- Weitere Öffnung der Schere von Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen unter der sozialpolitischen Zielsetzung der Stabilität der Beitragssätze und dem Verzicht auf Staatszuschüsse.
- Anhalten der voranschreitenden Medikalisierung der von der GKV organisierten und finanzierten Sozialleistungen mit der Folge, daß Leistungstatbestände noch stärker auf das medizinisch-ärztliche Leistungsangebot hin orientiert und eingegrenzt werden.
- Ausdifferenzierung und nachfolgende Verlagerung gesundheitsbezogener sozialer Dienstleistungen auf den aus Steuermitteln finanzierten Leistungsbereich örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger (Vgl. von FERBER, 1988, S.8).

Ungeachtet dessen, daß Medikalisierungsprozesse systemunabhängig zu beobachten sind, d.h. sich sowohl in Ländern mit stark marktwirtschaftlich wie in Ländern mit deutlich staatlich ausgerichteter Gesundheitsversorgung vollziehen, betrachten die Vertreter von Globalsteuerungsansätzen diese Entwicklung als wichtigen zu beachtenden Faktor bei der inhaltlichen Orientierung der zukünftigen Gesundheitspolitik.

2. 4. 5. 2 Fehlorientierungen der medizinischen Versorgung

Besonders nachhaltig wird beklagt, daß die *medizinische Versorgung an Fehlorientierungen und Strukturdefiziten* leide, die die Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung beeinträchtigen und letztendlich kosten-treibend wirken. Genannt werden in diesem Zusammenhang insbesondere (Vgl. SCHARF, 1985, S.145):

- die Einseitigkeit der *naturwissenschaftlich orientierten Medizin*, die Ausklammerung der psychosozialen Komponente und der sozialen Umwelt, wodurch der Blick für die Persönlichkeit des Kranken verloren gehe und

bei der Behandlung von Krankheiten wenig Raum bleibe für die gesellschaftliche Situation des Kranken und seine »psychosoziale« Lage;

- die wachsende Zahl angebotener, nicht selten therapeutisch fragwürdiger und in ihrer Wirkung unerwiesener Arzneimittel sowie der zunehmende Einsatz der Arzneitherapie und die Technisierung der Medizin, d.h. die ohne Rücksicht auf ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis betriebene Expansion der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen;
- die gegenseitige Abschottung der ambulanten und stationären Versorgung, also der Diagnostik und Therapie in den Einzelpraxen niedergelassener Ärzte einerseits, und den Krankenhäusern andererseits, wodurch die Kommunikation zwischen den Ärzten beider Seiten überaus selten sei, eine wirksame Kooperation in aller Regel fehle und die Behandlung und Betreuung insbesondere chronisch Kranker ihre Kontinuität verliere;
- die Spezialisierung als Folge einer verfehlten Ordnung der Ausbildung der Ärzte (faktisch werden sämtliche Ärzte zu Fachärzten gemacht) und die Vernachlässigung der allgemeinärztlichen Ausbildung;
- die Überbetonung spezialisierter medizinischer gegenüber den Grundleistungen primärärztlicher Versorgung sowie der medizinischen Leistungen gegenüber den sozialen Diensten der Betreuung und Pflege;
- die Tendenz zur Vermehrung ärztlicher Verrichtungen (steigende Fallzahlen und Fallwerte), für die es keine medizinisch plausible Erklärung gebe, die Förderung der Technisierungsprozesse durch die Überbewertung der medizintechnischen gegenüber den persönlichen, arbeitsintensiven Leistungen des Arztes;
- die Unklarheit der Zweckbestimmung des Krankenhauses, die mangelhafte Krankenhausbedarfsplanung, in der eine Funktionsdifferenzierung der Krankenhausversorgung weitgehend ausgeklammert sei;
- eine fehlende beziehungsweise unzureichende Qualitätssicherung und -kontrolle der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung.

Die *Kritik am professionellen Gesundheitssystem*, so wird betont, sei letztlich ein Ausdruck dafür, daß wichtige Bedürfnisse vom Versorgungssystem überhaupt nicht, unzulänglich oder falsch abgedeckt würden. Immer mehr Menschen werde klar, daß das System der medizinischen Versorgung, gemessen an seinem Ertrag, zu teuer und nicht selten qualitativ fragwürdig sei (Vgl. SCHARF, 1985, S.146).

2. 4. 5. 3 Existenz von Unter- bzw. Überversorgung

Eine äußerst unbefriedigende Folge der Tatsache, daß sich die jetzigen Ausgabenstrukturen nicht nach einem gesundheitspolitischen Gesamtkonzept entwickelt haben, sehen viele Kritiker darin, daß nach wie vor in Teilbereichen *Versorgungsdefizite* anzutreffen sind, denen in anderen Bereichen *Überversorgungen* gegenüberstehen. In diesem Zusammenhang wird vielfach die Meinung vertreten, daß der Abbau der teilweise bestehenden Überversorgung und die Nutzung der Wirtschaftlichkeitsreserven für

vorrangige gesundheitliche Aufgaben genügend Spielraum eröffne, um auch bei stabilen Beitragssätzen eine gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau unter Ein-schluß des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten.

Unter- bzw. Überversorgung sind im derzeitigen Gesundheitssystem in verschiedener Weise anzutreffen. Zum einen geht es um *regionale Disparitäten* in der gesundheitlichen Versorgung, zum anderen besteht nach wie vor eine Unterversorgung sozial schwacher Gruppen (*schichtenspezifische Versorgungsprobleme*), die sich in einer Ungleichheit der Gesundheitschancen ausdrückt. Schließlich gibt es Aufgabenbereiche, in denen nach Ansicht von Fachleuten erhebliche Versorgungsdefizite (*bereichsspezifische Unterversorgung*) vorhanden sind (z.B. Versorgung Pflegebedürftiger mit ambulanten Diensten und teilstationären Einrichtungen, Versorgung psychisch Kranker, Einsatz präventiver und rehabilitativer Maßnahmen).

3. Konzept einer Globalsteuerung und Budgetierung

3. 1 Ausgangsüberlegungen

Das *wirtschaftspolitische Konzept der Globalsteuerung* sowie die Einrichtung eines Gesprächskreises aus Vertretern des Staates und der sozialen Gruppen waren ursprünglich *Instrumente der Konjunkturpolitik*. Der Kerngedanke der Globalsteuerungskonzeption bestand und besteht darin, die staatliche ökonomische Aktivität auf die Beeinflussung makroökonomischer Aggregatgrößen zu beschränken. In der Bundesrepublik ist das Konzept der Globalsteuerung des Wirtschaftskreislaufes mit dem *Gesetz zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft vom 8. Juni 1967* gesetzlich verankert worden. Dabei wurden in § 1 des Gesetzes jene gesamtwirtschaftlichen Ziele (Stabilität des Preisniveaus, hoher Beschäftigungsstand, außenwirtschaftliches Gleichgewicht, stetiges und angemessenes Wirtschaftswachstum) definiert, die mittels einer Globalsteuerung realisiert werden sollten.

In der Bundesrepublik wurde unter Globalsteuerung stets primär die *Beeinflussung der Gesamtnachfrage* im Sinne einer diskretionären bzw. antizyklischen Wirtschaftspolitik verstanden, wobei die Steuerung der Gesamtnachfrage zur Realisierung der gesamtwirtschaftlichen Ziele beitragen soll. Im Unterschied zur Wirtschaftsordnungspolitik handelt es sich bei der Globalsteuerung somit vor allem um eine *Prozeß- und Stabilisierungspolitik* mit dem Ziel, durch *indirekte Verhaltensbeeinflussung* die volkswirtschaftlichen Aggregate als Ganzes (global) zu steuern. Konstitutiv war dabei, daß auf der Mikro-Ebene das Prinzip der Selbststeuerung erhalten bleiben, durch eine planvolle makroökonomische Beeinflussung der Kreislaufgrößen aber ergänzt werden sollte (Vgl. SCHILLER, 1966; STARBATTY, 1976; SCHMAHL, 1973; SMIGIELSKI, 1981, S.521; WISSENSCHAFTLICHE ARBEISGRUPPE, 1988, S. 15 f.).

Im Rahmen des *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG)* hat die Bundesregierung im Jahre 1977 den Versuch unternommen, Elemente des Konzeptes der Globalsteuerung auf das Gesundheitswesen zu übertra-

gen. Insbesondere wurde das in § 3 des Stabilitätsgesetzes kreierte wirtschaftspolitische Instrument der »Konzertierten Aktion« für den Bereich des Gesundheitswesens übernommen und ihm dort vergleichbare Aufgaben zugewiesen, nämlich durch Zusammenwirken des Staates mit Privaten und Verbänden bestimmte Ergebnisse unter gesundheitspolitischer, sozialpolitischer und wirtschaftspolitischer Zielsetzung anzustreben (Vgl. MATZKE, 1978, S.148).

Die Übertragung eines speziell für die Wirtschaftspolitik entwickelten Konzeptes auf das Gesundheitswesen ist keineswegs unproblematisch; während sich nämlich die Globalsteuerung im ursprünglichen Verständnis auf die Gesamtwirtschaft bezog, geht es im Gesundheitswesen um die Steuerung eines einzelnen Wirtschaftssektors. Anders als im Bereich der Gesamtwirtschaft, wo die Stabilisierung des Wirtschaftsablaufes im Vordergrund steht, dominieren im Gesundheitswesen Probleme der Allokation und Distribution. Schließlich steht der prinzipiell marktwirtschaftlichen Abstimmung der einzelnen Wirtschaftspläne im Rahmen der Globalsteuerung die vielfach nichtmarktliche Organisation in weiten Bereichen des Gesundheitswesens gegenüber (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.17).

Die Betonung der Unterschiede zwischen dem *wirtschaftspolitischen Konzept der Globalsteuerung* und einer im einzelnen wie auch immer gestalteten *Globalsteuerung im Gesundheitswesen* bedeutet andererseits nicht, daß gewisse Elemente aus dem ursprünglichen Anwendungsbereich nicht auch für das Gesundheitswesen von Interesse sind. So setzt Globalsteuerung auch im Gesundheitswesen die *Formulierung von Zielvorstellungen* voraus, wobei nicht deren Deklaration genügt, sondern zugleich eine *Zieloperationalisierung* und die Angabe einer Rangordnung von Zielen bei auftretenden *Zielkonflikten* notwendig sind. Ebenso sollten die *eingesetzten Steuerungsmittel* möglichst umfassend wirken; indirekt wirksamen Instrumenten ist zudem der Vorzug vor staatlichen Zwangsmaßnahmen zu geben. Für das Gesundheitswesen gilt schließlich ebenfalls, daß der *gesamtverantwortliche Träger* vorrangig der Staat im weiteren Sinne (Parlament, Gebietskörperschaften, ggfs. Körperschaften des öffentlichen Rechts) sein muß. Dies schließt nicht aus, daß im Rahmen einer *Konzertierten Aktion* die im Gesundheitswesen agierenden Gruppen (z.B. Krankenkassen, Leistungserbringer, Sozialpartner) in den Entscheidungsfindungs- und Steuerungsprozeß eingebunden werden.

Die unter der Bezeichnung »Globalsteuerung und Budgetierung« in der Diskussion befindlichen Reformkonzeptionen unterscheiden sich aber nicht nur von dem eingangs skizzierten Konzept der Globalsteuerung des Wirtschaftskreislaufes, sondern auch von jenen Globalsteuerungs- und Budgetierungsansätzen, die im Rahmen der Kostendämpfungspolitik mit recht wechselndem Erfolg praktiziert wurden. In diesem Zusammenhang wurde Budgetierung für sich allein genommen „vor allem als Instrument der Ausgabenbegrenzung (»Kostendämpfung«) gesehen, das bis zu dem Zeitpunkt einzusetzen ist, bis über

Maßnahmen der Strukturreform effizientere und effektivere Versorgungsstrukturen geschaffen worden sind“ (PFAFF, 1987, S.304).

Der Reformansatz »Globalsteuerung und Budgetierung« dagegen unterscheidet sich nicht nur prinzipiell von Ansatz der Globalsteuerung im Rahmen der Wirtschaftspolitik; er geht auch deutlich über das rein fiskalische Ziel der Kostendämpfung hinaus. *Zentrales Ziel* des Konzeptes ist vielmehr die *politische Steuerung der Gesundheitsausgaben gemäß gesundheitspolitischer Ziele und Prioritäten*, die in demokratischer Entscheidung vorgegeben werden. Dies beinhaltet zwar implizit die Forderung nach einer *Verstärkung der »administrativen« Lenkungsmechanismen*, erfordert aber keine Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Die *Budgetierung der Ausgaben* soll in einem solchen Konzept eine wichtige, jedoch nicht die allein dominierende Rolle spielen; erst zusammen mit einer zielorientierten Programmierung und Kontrolle wird sie als ein wesentliches Element einer *gestaltenden, gesamtverantwortlichen Gesundheitspolitik* angesehen (Vgl. PFAFF, 1987, S.304).

3.2 Begründung des Steuerungsansatzes

3.2.1 Ausgangsüberlegungen

Zur Begründung verstärkter staatlicher Eingriffe im Gesundheitswesen in Form der Übernahme einer *staatlichen Gesamtverantwortung* werden sowohl eine Reihe von allokativen wie verteilungspolitischen, aber auch sozial- und gesundheitspolitische Aspekte angeführt. Dabei wird zunächst einmal grundsätzlich davon ausgegangen, daß der marktwirtschaftliche Lenkungsmechanismus bei der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und -diensten ungeeignet ist und unter wohlfahrtsökonomischen Aspekten zu suboptimalen Ergebnissen führt. Dies allein würde indessen noch nicht rechtfertigen, ein *System verstärkter staatlicher Interventionen* zu verlangen, denn denkbar wäre z.B. auch eine Steuerung auf der Ebene der Verbände, also im Rahmen der Selbstverwaltung. Diesbezüglich verweisen die Befürworter von Globalsteuerungsansätzen allerdings auf das derzeitige System, wo deutlich geworden sei, daß ein Steuerungsmechanismus, der schwerpunktmäßig auf der Verbänderebene angesiedelt ist, nicht ausreicht, um einerseits die Ausgabenentwicklung unter Kontrolle zu bringen und andererseits bestimmten Fehlentwicklungen (z. B. Über- bzw. Unterversorgung der Bevölkerung mit gesundheitlichen Leistungen und Gütern, unter gesellschaftlichem Aspekt als unangemessen hoch anzusehende Einkommen der Mehrzahl der Leistungserbringer; starke Dominanz der Medikalisierung usw.) wirkungsvoll entgegenzuwirken. Demgegenüber geht das Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung explizit davon aus, daß Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen in erster Linie unter dem Aspekt des *Gemeinwohls* zu gestalten sind, d.h. sich der Verbrauch primär am Bedarf orientieren soll.

3. 2. 2 Einzelne Begründungen

3. 2. 2. 1 Unmöglichkeit der Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund der *Knappheit ökonomischer Ressourcen* sind Spannungen zwischen dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der Medizin unausweichlich. Zur Verwirklichung ihrer Ziele wird die Medizin immer ein Maximum an Ressourcen auf sich zu ziehen versuchen und jede Maßnahme mit einem »positiven Grenzertrag« verwirklichen wollen, da sie die Gesundheit fördert (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.23). Dies bedeutet, daß der Bedarf nach gesundheitlichen/medizinischen Leistungen nach oben grundsätzlich unbegrenzt ist, sofern nicht ökonomische Restriktionen wirksam werden. Damit aber ergibt sich ein *Rationierungserfordernis*. Praktisch heißt dies, daß es weder heute noch in Zukunft möglich sein wird, „alles das, was zur Heilung oder Verhinderung von Krankheiten oder zur Rettung von Menschenleben medizinisch sinnvoll und möglich ist, tatsächlich auch durchzuführen ... Jedes medizinische Leistungs- und Finanzierungssystem muß hilfsbedürftigen Menschen grundsätzlich mögliche Heil- und Präventivmaßnahmen vorenthalten, muß medizinische Leistungen rationieren (HAUSER/SOMMER, 1984, S.222; Vgl. auch: HAUSER, 1980; HAUSER, 1982).

Diese Erkenntnis widerspricht zwar der Erwartungshaltung weiter Bevölkerungskreise, verlangt zugleich jedoch nach Mechanismen, um diese Rationierung vorzunehmen und setzt voraus, daß an irgendeiner Stelle Kosten-Nutzen-Überlegungen zu treffen sind. Will man derartige Abwägungen nicht dem Markt und damit der Zahlungsfähigkeit einzelner Konsumenten überlassen, kann man den Staat mit den notwendigen Kompetenzen ausstatten und die Abgrenzung wirtschaftlich tragbarer medizinischer Bedürfnisse als öffentliche Aufgabe betrachten (Vgl. HAUSER/SOMMER, 1984, S.239).

In diesem Sinne vertreten die Befürworter des Globalsteuerungskonzeptes die Auffassung, daß die Entscheidung über die *Verwendung der volkswirtschaftlichen Ressourcen für Gesundheit* ebenso wie z.B. für Bildung in den Kompetenzbereich des demokratisch legitimierten Gesetzgebers gehören (Vgl. PFAFF, 1987, S.304).

3. 2. 2. 2 Versagen der Kontrollfunktion der Nachfrager

Die spezifischen Verhältnisse im Gesundheitswesen machen es weitgehend unmöglich, daß die Nachfrager die ihnen in einem marktwirtschaftlichen System zukommende *Kontrollfunktion* gegenüber den Anbietern wahrnehmen können. Nach Ansicht der Befürworter stärkerer staatlicher Interventionen liegt die Ursache hierfür weniger darin, daß auf Seiten der Nachfrager möglicherweise Anreize für eine wirtschaftlichere Leistungsanspruchnahme fehlen, als vielmehr in der *dominierenden Stellung der Ärzte*, für die praktisch jegliche Notwendigkeit fehlt, die durch ihre Entscheidung verursachten Kosten der gesundheitlichen Sicherung zu beachten. Dabei sind es die Ärzte, denen nach weithin akzeptierter Auffassung die alleinige und ausschließliche Kompetenz zugestanden wird, den gesundheitlichen Wert der einzelnen Gesundheits-

güter beurteilen zu können. Es sind auch die Ärzte, die aus ihrer Sicht die Diagnose stellen und die jeweils erforderlichen Therapieleistungen veranlassen. Die einzelnen Nachfrager nach Gesundheitsgütern können weder beurteilen, welche Struktur des Einsatzes einzelner Arten von Gesundheitsgütern den größten gesundheitlichen Erfolg erwarten läßt, noch welche Leistungsstruktur am wirtschaftlichsten ist. Unter diesen Voraussetzungen können die Nachfrager aber auch keine Verantwortung angelastet werden, die sie grundsätzlich nicht tragen können (Vgl. METZE, 1982, S.342).

Bei *Versagen der Kontrollfunktion* der Nachfrager bei gleichzeitiger *Anbieterdeterminiertheit der Nachfrage* sind nach Ansicht der Befürworter einer Globalsteuerung somit regulative Instrumente erforderlich, wenn eine nicht im Interesse der Nachfrager liegende Leistungsausweitung verhindert werden soll. Die Bandbreite der Interventionsmöglichkeiten reicht hierbei von moralischen Apellen (moral suasion), durch die die Ärzte zu einem kostenbewußteren Verhalten veranlaßt werden sollen, bis zur Festlegung von verbindlichen Ausgabenquoten für einzelne Ausgabenbereiche (Gesamtvergütung, Arzneimittelhöchstbeträge).

3. 2. 2. 3 Ausgabenbudgetierung als Folge der Freiberuflichkeit

Direkte Eingriffe der Nachfragerorganisationen, d.h. des Staates bzw. in seiner Vertretung die Krankenkassen, erscheinen einigen Fachleuten unvermeidbar und damit durchaus angemessen zu sein, solange auf Seiten der Ärzte keine Bereitschaft existiert, „die ihnen infolge der geringen medizinischen Kenntnisse der einzelnen Nachfrager nach Gesundheitsleistungen und -gütern zwangsläufig zukommende Kostenverantwortung zu übernehmen“ (METZE, 1982a, S.343). Versagen andere Mechanismen, sind die für die Kostenentwicklung Verantwortlichen geradezu gezwungen, zur *Erreichung der Steuerungsziele* (Verhinderung einer Ausuferung der Gesamtausgaben und Senkung der Behandlungskosten) den Einsatz von Ressourcen insgesamt sowie in Teilbereichen auf bestimmte Höchstwerte zu begrenzen.

Eine Ausgabenbudgetierung wird dabei als durchaus vertretbare Konsequenz der von Ärzten beanspruchten *Freiberuflichkeit* gesehen. Charakteristisch für »Freiberufler« ist zum einen, daß sie nicht Güter produzieren, sondern Leistungen erstellen, wobei die Leistungsentgelte nicht auf Kosten basieren, sondern vom Wert der Leistung für den Nachfrager sowie der Fähigkeit des jeweiligen Leistungsanbieters abhängen; zum anderen ist im allgemeinen nicht der von den Nachfragern angestrebte Output Gegenstand der Leistung, sondern eine Beratung darüber, auf welche Weise dieser Output erzielt werden kann, sowie eine Mithilfe bei der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen (Vgl. METZE, 1982 a, S.,337 f.).

3. 2. 2. 4 Meritorik von Gesundheitsleistungen und -gütern

Ein gewichtiges Argument zugunsten gesamtverantwortlicher Eingriffe des Staates bildet die Überzeugung, daß bei

Gesundheitsleistungen und -gütern in erheblichem Umfang *meritorische Aspekte* zum Tragen kommen. Nun ist für eine marktwirtschaftliche Organisation charakteristisch, daß letztlich alles produziert und angeboten wird, was auf dem Markt von einer kaufkräftigen Nachfrage nachgefragt wird, nicht unbedingt Güter und Leistungen für die zwar ein Bedarf besteht, nicht jedoch eine zahlungsfähige und zahlungswillige Nachfrage. Dies schließt außerdem ein, daß u.U. auch unsinnige bzw. keinen oder nur geringen Nutzen stiftende Güter produziert und nachgefragt werden. Letzteres insbesondere dann, wenn die Nachfrager keine Informationen über den Nutzen eines Gutes bzw. einer Leistung besitzen oder ihre Präferenzen - aus welchen Gründen auch immer - irrational bzw. verzerrt sind.

Gerade für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung ist ein Teil der Wissenschaftler der Überzeugung, daß sich Menschen durch ihr Verhalten selbst schädigen, aufgrund von Fehleinschätzungen Bedürfnisse falsch einschätzen und infolge eines beschränkten Zeithorizontes zukünftigen Bedarf unterschätzen. Trifft dies zu, wird es für sinnvoll gehalten, daß besser informierte Dritte das Verhalten der Individuen zu deren eigenem Vorteil korrigieren. Solche Eingriffe werden als umso legitimer erachtet, wenn individuelles Fehlverhalten nicht nur das Individuum selbst, sondern zugleich andere Menschen gefährdet, also *negative externe Effekte* auftreten.

Mit der Einschätzung eines erheblichen Teils von Gesundheitsleistungen und -gütern als *meritorische Güter* geht die Forderung einher, der Staat solle das Angebot derartiger Güter und Leistungen übernehmen bzw. sicherstellen. Zwar könnten meritorische Güter ihrer Natur nach über den Markt angeboten werden, da Rivalität im Konsum und Ausschließbarkeit gegeben sind, bei privatem Angebot entsprechend den individuellen Präferenzen käme es jedoch zu einem im Urteil des Staates bzw. der politischen Entscheidungsträger oder auch von Experten unerwünschten Ausmaß sowohl des Angebots wie der Nachfrage, wobei beide entweder zu hoch (Überbetonung der Zahnprothetik, Medikamentenmißbrauch) oder auch zu niedrig (Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, sozial-psychologische Dienste) sein können. Zur Korrektur von Über- bzw. Unterversorgung seien staatliche Eingriffe in die Konsumentenpräferenzen erforderlich (Vgl. MUSGRAVE, 1959).

Einer aus einer übergeordneten Verantwortung erforderten Intervention bedarf es nach Meinung ihrer Befürworter insbesondere auch dann, wenn die These von ILLICH zutreffen sollte, daß bei der gesundheitlichen Versorgung ein Stadium erreicht sei, in dem der Verbrauch von »Gesundheitsleistungen« in vielen Fällen statt zu einer Verbesserung zu einer *Verschlechterung des Gesundheitszustandes* beitrage (Vgl. ILLICH, 1975, S.19 ff.). Die Intervention Dritter wird allerdings auch dann für erforderlich gehalten, wenn man dieser These nicht folgt, jedoch der Meinung ist, daß die verfügbaren Ressourcen nicht in der Weise eingesetzt werden, daß sie den höchsten Beitrag zugunsten des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung liefern.

3. 2. 2. 5 *Notwendigkeit der Orientierung an Zielen und Prioritäten*

Unproduktiver Ressourceneinsatz und Verschwendung sind wohl generell wenig sinnvoll, sie zu vermeiden ist nach Ansicht der Vertreter von Globalsteuerungsstrategien jedoch eine unabdingbare Notwendigkeit, wenn es darum geht, mit *begrenzten finanziellen Mitteln* ein *Maximum an Zielerreichung* zu bewerkstelligen. Vor dem Hintergrund, daß hinsichtlich der Beitragsentwicklung offensichtlich die *Grenze der Belastbarkeit* und Zahlungsbereitschaft erreicht ist und zudem sämtliche Prognosen darauf hindeuten, daß der Aufwand für die gesundheitliche Versorgung allein schon aufgrund des demographischen Prozesses deutlich zunehmen wird, mithin die Ressourcen außerordentlich limitiert sind und tendenziell knapper werden, kann nicht überraschen, daß *Kosten-Nutzen-Erwägungen* verstärkt in den Vordergrund treten und die Anbieter gesundheitlicher Leistungen sowohl hinsichtlich deren Notwendigkeit wie deren Kosten unter zunehmenden *Rechtfertigungszwang* geraten. „Eine relative Verknappung der Mittel verlangt tendenziell eine zunehmende Verwendung nach Maßgabe ihrer Gesundheitswirksamkeit. Es muß über eine entsprechende Form der Abstimmung von Angebot und Nachfrage sichergestellt werden, daß das Geld nicht nur effektiv, sondern auch effizient verwendet wird“ (SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.25).

3. 2. 2. 6 *Notwendigkeit der Planung im Gesundheitswesen*

Auch wenn man grundsätzlich anerkennt, daß es zu den tragenden Prinzipien unserer Gesellschaftsordnung gehört, Planung auf jenes Maß zu beschränken, das zur Erreichung bestimmter gesellschaftlicher Ziele unerlässlich ist, kommt man nach Ansicht der Befürworter einer Globalsteuerung nicht umhin, im Gesundheitswesen in größerem Umfang *Planung* vorzunehmen. Ein Grund dafür ist, daß die „notwendige Ausrichtung der zahllosen Einzelentscheidungen von Ärzten, Krankenhausträgern usw. auf das Ziel des Gesundheitswesens, nämlich die wirksame gesundheitliche Versorgung aller Bürger unabhängig von Wohnort und sozialem Status und zu angemessenen Kosten, ... aus vielen Gründen nicht bzw. nicht ausschließlich durch die sog. *Kräfte des Marktes* geleistet werden“ kann (GEISLER, 1978, S.59). Allein schon, um eine regional gleichmäßige ambulante bzw. stationäre Versorgung sicherzustellen, seien beispielsweise Interventionen erforderlich, die die gewünschte Ausrichtung bewirkten. Rationale, d.h. zielorientierte Intervention bedeute aber nichts anderes als Planung.

Ferner werde Planung stets dann erforderlich, wenn Entscheidungen von heute langfristige Auswirkungen haben, d.h. die Zukunft festlegen und/oder wenn Maßnahmen lange Zeit benötigen, um wirksam zu werden (*Zukunftsplanungen*). Ein dritter Grund für die Notwendigkeit von Planung ist darin zu sehen, daß es erforderlich ist, die reale und finanzielle Entwicklung des Gesundheitswesens mit der Entwicklung in anderen volkswirtschaftlichen Leistungsbereichen abzustimmen (GEISLER, 1978, S.60).

3.3 Zielsetzungen und Rahmenbedingungen einer Globalsteuerung

3.3.1 Allgemeine Zielsetzungen

Das Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung betrachtet es als eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik, dem Gesundheitssystem durch *Zielvorgaben* und *Prioritätensetzung* eine gesamtverantwortliche Orientierung zu geben. Konkret wird verlangt, daß die gesundheitspolitisch Verantwortlichen, d.h. primär das Parlament, das Ziel bestimmen und Prioritäten setzen, die durch die Krankenkassen und die Erbringer gesundheitlicher Leistungen verwirklicht werden sollen. Eine *zielorientierte Gesundheitspolitik* erfordert allerdings zum einen eine hinreichende *Zielkonkretisierung* sowie zum anderen *Datengrundlagen*, die es ermöglichen, einen *Soll-Ist-Vergleich* als Grundlage einer rationalen Gesundheitspolitik vorzunehmen.

Beide Voraussetzungen werden gegenwärtig als nicht gegeben angesehen; „anstelle einer zielorientierten Gesundheitspolitik überwiegen Eingriffe, die der Kostendämpfung dienen. Es fehlt an klaren konzeptionellen Vorstellungen über die gesamte Gesundheitsversorgung, ihre Teilbereiche sowie deren Verzahnung untereinander“ (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.22). Derzeit besteht in der Gesundheitspolitik ein *Mißverhältnis zwischen Handlungs- und Entscheidungsbedarf* und den benötigten Informationen, die eine Wirkungsabschätzung gesundheits- und krankensicherungs-politischer Maßnahmen ermöglichen (Vgl. von FERBER, 1988, S.14).

Gerade für die gezielte Intervention im Rahmen einer Globalsteuerung ist die Kenntnis der im Bereich der Gesundheitsversorgung zu realisierenden Ziele eine unabdingbare Voraussetzung (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.20). Befürworter des Ansatzes einer Globalsteuerung stellen dabei insbesondere die folgenden allgemeinen Ziele in den Vordergrund (Vgl. von FERBER, 1988, S.3; SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.49):

- Erreichung und Sicherstellung eines gesellschaftlich gewünschten Niveaus an gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung;
- Sicherung der Zugänglichkeit gesundheitlicher Leistungen unabhängig vom Einkommen, Sozialstatus und Wohnort;
- Erhaltung und Verbesserung der Qualität der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen;
- Gewährleistung der Beitragssatzstabilität zur Erhaltung des spezifischen gegliederten bundesrepublikanischen Systems der Sozialen Sicherheit;
- Erhaltung der Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen, der Tarifvertragsparteien und der Verbände des Gesundheitswesens an der Organisation von Finanzierung und Leistungserbringung; Aufrechterhaltung der »Sozialen Selbstverwaltung«;
- Stärkung der Autonomie der Patienten, der Eigenverantwortung der Bürger und der Gesundheitsselfhilfe;

- Orientierung der Forschung an den Bedürfnissen der Praxis; Überwindung der Disparität von grundlagen- und anwendungsbezogener Forschung;
- Sicherstellung einer *kostenminimalen Produktion* im Sinne einzelwirtschaftlicher Effizienz sowie einer gesamtwirtschaftlich, sozial- und gesundheitspolitisch vertretbaren Ausgabenentwicklung; wirksame *Kontrolle der Gesundheitsausgaben*;
- Berücksichtigung des Gesundheitssektors als einem wachstumsträchtigen Dienstleistungszweig, von dem zugleich starke Beschäftigungsimpulse auf den industriellen Sektor ausgehen.

Neben diesen eher *gesundheitspolitischen Zielen* würden in einem stärker administrativ gesteuerten System selbstverständlich die i.e.S. *medizinischen Zielsetzungen* fortbestehen; hierzu zählen z.B. (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.23; SCHAEFER, 1983, S.109; BESKE, 1978, Bd.1, S.39 ff.):

- Hinausschiebung des vermeidbaren Todes;
- Bekämpfung, Verhütung, Linderung und Heilung von Krankheit sowie damit verbundenem Schmerz und Unwohlsein;
- Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionstüchtigkeit;
- Wahrung der menschlichen Würde und Freiheit auch im Krankheitsfall und beim Sterben.

Von den Befürwortern einer Globalsteuerung und Budgetierung wird dabei durchaus akzeptiert, daß es unmöglich ist, all diese Ziele in vollem Umfange gleichzeitig zu realisieren. Andererseits steht für sie fest, daß sich aus den Marktprozessen keine gesamtverantwortliche Ziel- und Prioritätensetzung ergeben kann. Für eine gesamtverantwortliche Gesundheitspolitik bedürfte es daher geeigneter Organisationsformen und Umsetzungsinstrumente.

Im Hinblick auf die Realisierung der gesundheitspolitischen Ziele bedeutet dies zum einen, daß eine weitergehende *Konkretisierung und Operationalisierung* erforderlich ist, zum anderen, daß Zielerreichungsgrade zu bestimmen und mögliche Zielkonflikte offenzulegen sind. Darüber hinaus ist zu klären, welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen erforderlich sind, um eine zielorientierte Gesundheitspolitik in die Praxis umzusetzen.

3.3.2 Zielrealisierung und Zielkonflikte

Angesichts der Multidimensionalität der Zielsetzungen und der Nebenbedingung knapper finanzieller Ressourcen bedarf es nach Ansicht der Befürworter von Globalsteuerungsansätzen der *verbindlichen Zielbestimmung und Prioritätensetzung* durch das Parlament, an dem sich der Mitteleinsatz orientieren kann bzw. gegenfalls auch muß. Im gegenwärtigen Gesundheitssystem ergibt sich stattdessen die Verwirklichung bestimmter Ziele - wenn überhaupt - eher zufällig aus dem Durcheinander privater und öffentlicher Kompetenzen. Dabei wird keineswegs verschwiegen, daß der im Rahmen einer zielorientierten Gesundheitsplanung notwendigerweise vorzunehmende Ab-

wägungsprozeß auch für die politische Ebene nicht ohne Schwierigkeiten abläuft. „Die Optimierung von Handlungsstrategien in einem so komplexen Zielsystem ... erfordert um der konkreten Abmarkung, bis zu welcher Grenze jeweils eines der Ziele in unerträglicher Weise verletzt wird, eine sehr detaillierte Kenntnis der gesellschaftlichen Prozesse, in denen Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit erbracht und in Anspruch genommen werden“ (von FERBER, 1988, S.4).

3. 3. 3 Gesundheitsberichterstattung als Entscheidungsgrundlage

Grundsätzlich ist nicht zu bestreiten, daß verbesserte Entscheidungsgrundlagen als Folge einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung jeglicher Gesundheitspolitik unabhängig von ihrer ordnungspolitischen Qualität von Nutzen sein können. Ein ausgebautes Berichtswesen kann sich im Kontext unterschiedlicher Ordnungsrahmen bewähren und ist so gesehen ordnungspolitisch neutral (Vgl. SVR KA: JAHREGUTACHTEN 1987, S.26). Andererseits ist nicht von der Hand zu weisen, daß die statistischen Ergebnisse einer Gesundheitsberichterstattung in Form aussagekräftiger Entscheidungsgrundlagen eine wesentliche Voraussetzung für eine weitergehende Planung und administrative Lenkung, z.B. im Rahmen einer strukturellen Budgetierung, darstellen.

3. 3. 3. 1 Allgemeine Anforderungen an die Gesundheitsberichterstattung

Hiervon ausgehend wird als ein wichtiges Instrument zur Schaffung einer gesamtverantwortlichen Gesundheitspolitik der *Auf- und Ausbau einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung* verlangt. Darin enthalten sein sollen die handlungsleitend ausgerichtete Aufbereitung und Analyse von Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie eine ergebnisorientierte Darstellung der Leistungen des Gesundheitswesens (Vgl. DGB, 1987, S.6).

Gerade eine Globalsteuerung des Gesundheitswesens benötigt allerdings eine besonders *differenzierte und funktionale Gesundheitsberichterstattung*, um ihre Aufgabe der Steuerung knapper Ressourcen optimal erfüllen zu können (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.35). Die aus der Gesundheitsberichterstattung gewonnenen Erkenntnisse und Informationen werden dann auch als wichtige Voraussetzung angesehen, „um in einem pluralistischen System überhaupt rationale Dialoge über Mängel, Ziele, Mittelverschwendung und Instrumente zu ermöglichen. Sie sind ferner unabdingbare Voraussetzung für gesamtverantwortliche politische Entscheidungen und deren öffentliche Kontrolle. Sie sind Voraussetzung dafür, daß eine gewünschte Entwicklung der Einzelsektoren und der gesundheitspolitischen Prioritäten begründet und angestrebt werden kann“ (DGB, 1987, S.6).

Das derzeitige »Berichtswesen« besteht aus einer Vielzahl von Einzelstatistiken (Vgl. SVR KA: JAHREGUTACHTEN 1987, S.22 ff.), die aus unterschiedlichen Gründen von verschiedenen Institutionen angefertigt werden, und weist

daher den entscheidenden Mangel auf, daß viele Daten unkoordiniert erhoben werden und schon aus diesem Grunde vielfach kaum nutzbringend verwandt werden können. So sind bestimmte Daten lediglich für bestimmte Alters- und Berufsgruppen verfügbar, andere nur für einzelne Regionen und einzelne Krankenkassen. Insbesondere fehlen eine *zielgerichtete Struktur* sowie eine *stärkere Verzahnung von ökonomischen und medizinischen Daten* (Vgl. SVR KA: JAHREGUTACHTEN 1987, S.22 ff.).

Vor diesem Hintergrund wird zunehmend beklagt, daß Entscheidungszwang und Handlungsbedarf an die Grenze einer als unzureichend erkannten Informations- und Datenlage stoßen. Dabei ist anzunehmen, daß dieser Bedarf langfristig besteht, es also notwendig sein wird, durch *Institutionalisierung einer Berichterstattung* die *Informations- und Datenlage* zu verbessern. Nachdrücklich wird darauf hingewiesen, daß die Komplexität des Zielsystems, unter dem die Verwirklichung einer rationalen Gesundheitspolitik stattfinden soll, einen vielfältigen bis in die Feinstruktur der Prozesse der Leistungserbringung und -anspruchnahme hineinreichenden Informationsbedarf erzeuge (Vgl. von FERBER, 1988, S.5). Eine weitere Besonderheit wird ferner darin gesehen, daß dem Mikrobereich eine ganz wesentliche Bedeutung für den Aussagegehalt und damit für die gesundheitspolitische Verwendbarkeit der Gesundheitsberichterstattung zukomme.

3. 3. 3. 2 Spezifische Anforderungen der Gesundheitsberichterstattung

Entsprechend dem Stellenwert, der der Gesundheitsberichterstattung im Rahmen einer rationalen, an Zielen und Prioritäten orientierten Gesundheitspolitik beigemessen wird, werden an eine hierfür konzipierte Gesundheitsberichterstattung auch ganz *spezifische Anforderungen* gestellt. Mit von FERBER (1988, S.14 f.) lassen sich diese folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) In der Gesundheitspolitik besteht derzeit ein Mißverhältnis zwischen Handlungs- und Entscheidungsbedarf und den benötigten Informationen, die eine Wirkungsabschätzung gesundheits- und krankensicherungs-politischer Maßnahmen ermöglichen (*Möglichkeit der Wirkungsabschätzung*).
- 2) Der Informationsbedarf besteht ungeachtet der Tatsache, daß die Verbände und Einrichtungen des Gesundheitswesens z. T. über hochentwickelte Leistungsstatistiken für administrative Aufgaben verfügen (*Ausbau und Weiterentwicklung der GKV-Prozeßdatenforschung*).
- 3) Standardanforderung jeglicher Gesundheitsberichterstattung ist der epidemiologische Bezug nahezu aller Daten des Gesundheitswesens, d.h. die Möglichkeit, quantitative Aussagen über Gesundheitszustand, Inanspruchnahme etc. auf die entsprechenden Grundgesamtheiten der Bevölkerung beziehen zu können. Neben den Merkmalen wie Morbidität und Mortalität spielen dabei für gesundheitspolitische Entscheidungen Merkmale eine Rolle, die in der Interaktion von Personen erst ihre Ausprägung erlangen, also z.B. die

Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen sowie die Gesundheitsselbsthilfe (*Notwendigkeit des epidemiologischen Bezugs*).

- 4) Benötigt werden ferner einrichtungsübergreifende Datensammlungen, die bevölkerungs- und personenbezogen im Längsschnitt geführt werden, da vor allem ein Informationsbedarf hinsichtlich mittelfristiger Entwicklungen (z. B. Inanspruchnahmeprofile) besteht (*Notwendigkeit longitudinaler Studien*).
- 5) Wegen der vielfältigen Substitutionsmöglichkeiten zwischen medizinischen und sozialen Dienstleistungen einerseits sowie zwischen sozialen Dienstleistungen und Gesundheitsselbsthilfe andererseits muß die einrichtungsübergreifende Datensammlung neben dem medizinischen auch den sozialen Dienstleistungsbereich umfassen und bei den demographischen Daten die Merkmale der Selbsthilfe einschließen (*Einbeziehung der sozialen Dienstleistungen und der Gesundheitsselbsthilfe*).
- 6) Gesundheitsberichterstattung muß entsprechend ihrer inneren Zweckbestimmung einrichtungsübergreifend sein, d.h. interorganisatorische Beziehungen transparent machen.
- 7) Die gesundheitspolitische Entscheidungsebene, also die Entscheidungsträger, denen die Gesundheitsberichterstattung letztlich die Führungsdaten liefern soll, sind nicht nur Einrichtungen auf Bundesebene, sondern in ganz besonderem Maße regionale Institutionen und Träger der Gesundheitspolitik (*Notwendigkeit des regionalen Bezuges*).

3.3.4 Sonstige Anwendungsvoraussetzungen

3.3.4.1 Art und Umfang der Steuerungskompetenzen

Ein System der zielorientierten globalen Steuerung muß als integralen Bestandteil über ein Mindestmaß an *Zentralisierung der Entscheidungsbefugnis* verfügen. Allein schon aus logischen Gründen setzt eine überbetriebliche Koordination und Steuerung des Angebots an gesundheitlichen Gütern und Leistungen eine Konzentration der Entscheidungsmacht auf einer überbetrieblichen Ebene voraus. Entsprechende *Entscheidungsbefugnisse* sind aber auch erforderlich, um den eigentlichen Zweck einer Globalsteuerung, nämlich eine zielorientierte vertikale und horizontale Koordination zwischen den einzelnen Leistungsträgern zu ermöglichen, erfüllen zu können. Dies bedeutet auch, daß die *Entscheidungsfreiheit* der einzelnen Leistungsersteller im Interesse der Verwirklichung übergeordneter Zielsetzungen und Prioritäten u.U. beschnitten werden muß, wobei der Grad der Beschränkung der Entscheidungsfreiheit variieren kann. Je höher der Grad der Verbindlichkeit der globalen Vorgaben ist und je stärker der politische Anspruch ist, die Einhaltung der vorgegebenen Ziele und Prioritäten auch tatsächlich durchzusetzen, umso weniger wird man umhinkommen, eine relativ starke Bindung der Einzelbetriebe vorzunehmen (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.143 f.).

Ganz im Gegensatz hierzu wird derzeit über die Verwendung von Ressourcen überwiegend auf unteren Zuständigkeitsebenen entschieden, wobei sich in vielen Bereichen Art und Umfang der Ressourcenverwendung erst *ex post* ermitteln lassen. Charakteristisch für das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist seine *pluralistische Struktur* sowohl auf der Seite der Leistungserbringer (Nebeneinander öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger, freiberuflicher und sonstiger privatwirtschaftlicher Formen) wie auf Seiten der Krankenkassen. Diese Struktur hat zwar für die Mehrzahl der Beteiligten unbestrittene Vorzüge, weist andererseits aber auch beträchtliche Nachteile auf. Insbesondere sind einer Globalsteuerung im Sinne einer makroökonomischen Ressourcenplanung in einem dezentralen Gesundheitssystem enge Grenzen gesetzt (Vgl. HENKE, 1983, S.361). Ein weiterer Nachteil ist zudem darin zu sehen, „daß sich aus der pluralistischen Struktur allein nicht von selbst eine rationale Gesundheitspolitik, d. h. eine bedarfsorientierte Verwendung der eingesetzten Mittel ergibt. Gesundheitliche Zielsetzungen sind vielmehr häufig überlagert ... durch die monetären Verteilungskämpfe“ (DGB, 1987, S.4).

Zwar besteht bei den Verfechtern von Globalsteuerungs- und Budgetierungskonzepten Einigkeit darüber, daß im Rahmen einer Strukturreform die „Institutionen und Instrumentarien zu schaffen bzw. zu verbessern (sind), um das Gewicht von gesundheitspolitischen Zielen und bedarfsgerechter Versorgung gegenüber den monetären Verteilungskämpfen zu erhöhen“ (DGB, 1987, S.5); weitgehend unklar ist jedoch - wenigstens was die Konkretetheit anbetrifft - welche Institutionen welche Kompetenzen erhalten sollen und auf welche Weise untergeordnete Entscheidungsebenen an die globalen Entscheidungen gebunden werden.

Einer der in der Diskussion befindlichen Vorschläge geht davon aus, daß eine übergreifende Gesundheitspolitik insbesondere dort installiert werden müsse, „wo das Handeln der Akteure lediglich durch einen gesetzlichen Rahmen geordnet, die materiell konkrete Ausformung des Handelns aber weitgehend der Autonomie der Handelnden überlassen ist“ (DGB, 1987, S.6). Konkret wird vorgeschlagen, auf Bundesebene für das GKV-finanzierte System und die Gesundheitsausgaben der anderen Sozialversicherungsträger den »Ansatz einer übergreifenden Gesundheitspolitik« zu installieren, wobei dem Parlament eine über die Gesetzeskompetenz hinausgehende stärkere *Leitfunktion* zugebracht wird und *Kompetenzen und Arbeitsweise der Konzertierte Aktion* weiterentwickelt werden sollen. Allerdings sieht dieser Ansatz lediglich vor, daß die Akteure des Gesundheitswesens ihr Handeln an den vom Parlament beschlossenen Leitlinien und Zielprojektionen auszurichten hätten. Zudem soll am Ziel des Konsenses für die Konzertierte Aktion grundsätzlich festgehalten werden. Für jene Fälle, „in denen Übereinstimmung sich nicht erzielen läßt, sind die unterschiedlichen Voten festzuhalten. Formale Abstimmungen sollten dazu dienen, Mehrheitsmeinungen festzustellen ... aber keinen Beschlußcharakter haben“ (DGB, 1987, S.7).

3. 3. 4. 2 Eigentumsrechtliche Implikationen

Schwierigkeiten für die Anwendung einer auf Verbindlichkeit angelegten Globalsteuerung und Budgetierung dürften sich vermutlich auch durch die im Wirtschaftsleben der Bundesrepublik dominierenden eigentumsrechtlichen Ordnungsprinzipien ergeben. Im Gegensatz zu einem gesundheitlichen Versorgungssystem, in dem die Leistungsbereitstellung und -erstellung durch staatliche Betriebe bzw. angestellte Ärzte erfolgt, sind einer imperativen Lenkung der Produktion sowie einer Angebotssteuerung durch Ge- und Verbote in einem überwiegend privatwirtschaftlich strukturierten Gesundheitswesen auf der Seite der Erbringer gesundheitlicher Dienste und Leistungen im Hinblick auf die Eingriffsmöglichkeiten sowohl faktisch wie rechtlich enge Grenzen gesetzt. Während im Rahmen eines staatlichen Gesundheitsdienstes tätige, fest angestellte Ärzte vergleichsweise einfach angewiesen werden können, bestimmte Maßnahmen auszuführen und Richtlinien zu befolgen und im allgemeinen auch ausreichende Sanktionsmechanismen existieren, um die Einhaltung von Vorschriften und Anweisungen notfalls zu erzwingen, läßt die Rechtslage in der Bundesrepublik nur geringen Raum, privatautonome Anbieter durch mehr als moral suasion zu einem bestimmten Verhalten zu veranlassen. Deutlich zeigt sich diese Problematik im Hinblick auf die von vielen als erforderlich erachtete administrative Steuerung der Niederlassung von Ärzten sowie die Begrenzung von Kapazitäten des Medizinbetriebes.

3. 4 Struktur der Steuerungskonzeption auf der Makro-Ebene

Die Konzeption »Globalsteuerung und Budgetierung« bezieht sich grundsätzlich auf die *politischen Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland*. Staatliche Planung und Steuerung bedeutet daher nicht autoritäre Lenkung durch eine zentralverwaltungswirtschaftliche Bürokratie; stattdessen ist unter Staat eine *föderative, parlamentarische Demokratie* zu verstehen, „die durch demokratische Wahlen und durch einen rechtsstaatlichen Rahmen legitimiert und kontrolliert wird.“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.142). Vor diesem Hintergrund sind sämtliche Maßnahmen staatlicher Organe der Kontrolle durch Gerichte und der Kontrolle durch die Wähler ausgesetzt. Entsprechend sind Entscheidungen über Ziele, Prioritäten, einzusetzende Instrumente sowie die Höhe der finanziellen Mittel Ausfluß einer permanenten demokratischen Auseinandersetzung und eingebunden in die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen der verschiedenen politischen Parteien, Interessenverbände und der unterschiedlichen sozialen Gruppen um die politische Macht (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.142).

Die Konzeption einer »Globalsteuerung und Budgetierung« bedient sich idealtypisch vor allem *regulativer Strategien*. Konstitutives Merkmal regulativer Strategien ist insbesondere die *Festlegung von »Soll-Werten«* (Normen, Standards, Leitlinien), die sich primär auf die Outputs des Finanzierungs- und Leistungssystems beziehen (Vgl.

PPAFF, 1983, S.159). Auf der Ebene des Leitungssystems erfolgt die Steuerung der Versorgung weitgehend über eine *öffentliche Planung*, wobei im allgemeinen das *Bedarfsprinzip* als Planungsgrundlage dient. Konkret soll die gesundheitliche Versorgung am wissenschaftlich ermittelten Bedarf ausgerichtet werden. Der wissenschaftlich begründete und politisch sanktionierte Bedarf repräsentiert die *Soll-Situation*, die mit der Ist-Situation verglichen werden soll. Abweichungen zwischen diesen beiden Zustandsbeschreibungen bilden dann den *staatlichen Handlungsbedarf*, der das Ziel hat, die Versorgung an den Bedarf anzupassen. (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.143).

Zu den Instrumenten, denen sich regulative Strategien im Sinne einer Globalsteuerung bedienen können, zählen *Budgetlimitierungen* (Geldoutputlimitierungen), die exogene (staatliche) *Steuerung von Mengen* (Güter-Output-Limitierungen) sowie *administrierte Preise*. Außerdem können Normen oder Beschränkungen für Gütereinputs (z.B. Kapitalgüterausrüstung, Bettenbegrenzungen) festgelegt werden (*Inputsteuerung*) (Vgl. PFAFF, 1983 a, S.159; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.21). In der Regel steht jedoch vor der Auswahl der jeweils geeigneten Instrumente die Festlegung einer *globalen Ausgabenquote* für Gesundheitsleistungen und -güter bzw. die Definition eines *globalen Orientierungsrahmens*.

3. 4. 1 Festlegung einer globalen Gesundheitsquote

3. 4. 1. 1 Ausgangsüberlegungen

Eines der Kernelemente des Konzeptes einer Globalsteuerung und Budgetierung sehen viele in der *Festlegung einer globalen Gesundheitsquote* sowie einer zielgerichteten, prioritätenorientierten Bestimmung der Verwendungsstruktur der für die Gesundheitssektoren vorgesehenen Mittel. Die Ausgabenquoten werden hierbei als „Ausdruck der gesellschaftlichen Vorstellungen über eine medizinisch ausreichende und wirtschaftlich vertretbare Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern“ (METZE, 1982, S.340) verstanden. Mangels gesundheitssystemimmanenter Steuerungspotentiale wird es für unabweislich angesehen, die maximal für vertretbar gehaltenen Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben „von außen im Wege politischer Entscheidungen vorzugeben“ (Vgl. LAMPERT, 1982, S.304 f.; GEISSLER, 1979, S.126 ff.; ROSENBERG, 1979, S.123 f.; A. SCHMIDT, 1978, S.846).

Zu einer *makroökonomischen Ressourcenplanung* gehört es, Überlegungen über die wünschenswerte Höhe der Gesundheitsquote anzustellen, d. h. die Frage zu beantworten, welchen *Anteil die Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt* haben sollen (Vgl. HENKE, 1983, S.354). Die Funktion von ökonomischen Orientierungsdaten kann zu dem darin gesehen werden, „unkontrollierte Entwicklungsprozesse im Sinne von ‚Explosionen‘ und im Sinne einer nicht mehr wirtschafts- und sozialpolitisch kontrollierten Ressourcenverwendung zu verhindern“ (LAMPERT, 1982, S.307).

Hinter der Forderung nach exogener Festlegung einer globalen Ausgabenquote steht u. a. auch die Ansicht, daß Verbesserungen des Gesundheitssystems zukünftig nicht mehr über überproportionale Erhöhungen des Ausgabenniveaus, sondern allenfalls durch *Verbesserungen der Struktur des Systems* angestrebt werden sollten (Vgl. LAMPERT, 1982, S.365). Dabei wird von der Annahme ausgegangen, daß eine weitere globale Expansion des Gesundheitswesens keine nennenswerten Verbesserungen der Situation der Bevölkerung erwarten läßt.

So überzeugend die Argumente für die *Notwendigkeit von Leitlinien* als Instrument der *Stabilisierung des Gesundheitssystems* sind, so umstritten und problematisch ist die Definition von Leitlinien (Vgl. METZE, 1982c). Die Feststellung, daß in einer Gesellschaft darüber nachgedacht werden müsse, wie viele Ressourcen dem Funktionsbereich Gesundheit zur Verfügung gestellt werden sollen, gilt zunächst einmal unabhängig davon, ob es sich bei der letztlich gewählten Größe um einen geeigneten Indikator für die Inanspruchnahme von Ressourcen handelt. Wenn man allerdings die Auffassung vertritt, daß die *erste Allokationsentscheidung*, nämlich die Bestimmung der Höhe der Gesundheitsquote, nur politisch getroffen werden kann, ist die Frage der Eignung von Orientierungsgrößen schon von erheblicher Bedeutung (Vgl. HENKE, 1983, S.354 f.).

Grundsätzlich sind *unterschiedliche Bezugsgrößen* denkbar, an denen die Höhe und Entwicklung der globalen Gesundheitsausgaben orientiert werden können. Die in die Diskussion eingebrachten Vorschläge reichen von der Vorstellung, das monetäre Wachstum des Gesundheitssektors auf die Wachstumsrate des Sozialprodukts zu begrenzen (Vgl. GESELLSCHAFT FÜR SOZIALEN FORTSCHRITT [Hrsg.], 1974, S.95 ff.), über den Vorschlag, die Wachstumsrate des Gesundheitswesens an der Wachstumsrate des Produktionspotentials zu orientieren, bis zu der Empfehlung, die GKV-Ausgaben an der Wachstumsrate des Dienstleistungssektors auszurichten (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1976, S.77 ff.; METZE, 1982 a, S.51).

In die Praxis Eingang gefunden hat im Rahmen der Kostendämpfungspolitik eine weitgehend reine *Grundlohnorientierung der Gesundheitsausgaben* in der GKV. Als ergänzende Orientierungsgrößen sieht § 368 f RVO immerhin die Berücksichtigung der Praxiskosten und der für die kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie die Art und den Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitungen beruhen, vor.

3. 4. 1. 2 Implikationen einer Orientierung an volkswirtschaftlichen Aggregatgrößen

Auch von den Verfechtern einer Budgetierungsstrategie wird überwiegend nicht bestritten, daß derartige *Orientierungsmaßstäbe eine Reihe von Unzulänglichkeiten* beinhalten. Anerkannt wird ebenfalls, daß die Festlegung eines bestimmten Ausgabenvolumens zugleich eine *Entscheidung über die Höhe des Bedarfs* an gesundheitlicher Versorgung impliziert. Den Einwand der Gegner dieses Ansatzes, der Staat würde mittels Budgetierung einen Be-

darf bestimmen, der nicht im Einklang mit den Präferenzen der Bürger stehe, wird in dieser allgemeinen Form jedoch nicht akzeptiert.

Nach ihrer Ansicht geht es nicht darum, eine funktionierende marktmäßige Bedarfsermittlung durch eine unzulängliche »diktatorische« staatliche Bedarfsfestlegung zu ersetzen. Ausgangspunkt ihrer Überlegungen bildet vielmehr die Feststellung, daß sich das schwierige Problem, den »echten« Bedarf auf andere Weise zu ermitteln, erst dadurch ergibt, daß es im Bereich der Gesundheitsversorgung keinen Markt gibt, der sich gemäß Angebot/Nachfrage-Mechanismus selbsttätig regelt. Entsprechend wird die Aussage, daß es grundsätzlich möglich sei, den Bedarf aufgrund von Normsetzungen durch wissenschaftliche Untersuchungen und Expertenurteile oder durch empirische Ermittlung zu definieren, zugleich mit dem Hinweis verbunden, daß „die auf diese Weise gefundenen Daten ... sich jedoch nur mit Hilfe einer politischen Konzeption bezüglich gewünschtem Versorgungsniveau und gewünschter Verteilung auswerten“ (SAEKEL, 1978, S.295) ließen.

Mit Blick auf die marktwirtschaftlich orientierten Kritiker wird zugleich die *Existenz objektiver »wirklicher« Bedürfnisse* nachdrücklich in Frage gestellt. Begründet wird dies damit, daß wirkliche Bedürfnisse voraussetzen, daß „der Einzelne die Entstehung seiner Bedürfnisse nachvollziehen und die Konsequenzen seiner Befriedigung übersehen könnte und alle Mitglieder der Gesellschaft gleiche Chancen hätten, ihre Prioritäten erfolgreich in die politische Diskussion einzubringen“ (LEDERER/MACKENSEN, 1975, S.43). So gesehen sei der Bedarf stets eine subjektive Kategorie und die Feststellung gesellschaftlicher Bedürfnislagen im Bereich der Gesundheitsversorgung somit ein *politischer Akt*, wobei die Wissenschaft nur subsidiär tätig sein könne, indem sie Kriterien der Bedarfsermittlung findet und begründet (Vgl. SAEKEL, 1978, S.295).

Weitgehende Einigkeit besteht nichtsdestoweniger darüber, daß eine politisch vorgegebene Orientierung der Gesundheitsausgaben an der *Entwicklung der Grundlöhne* allenfalls ein Orientierungsdatum *sui generis* darstellt und es dringend erforderlich wäre, zu differenzierteren ökonomischen und medizinischen Orientierungsdaten überzugehen. Der Hauptvorteil der Grundlohnorientierung besteht allerdings darin, daß auf diese Weise eine relativ einfache und vergleichsweise schnell *wirksame Steuerung der Gesamtausgabenentwicklung* möglich ist. Insbesondere in Phasen verringerter Zuwächse des Beitragsaufkommens in der GKV komme als kurzfristig wirksame Maßnahme zur Erhaltung eines vorab definierten wirtschaftlichen Rahmens eigentlich nur eine befristete globale oder sektorale Festschreibung von Ausgabenzuwächsen in Betracht (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.25).

Die ausschließliche *Orientierung der Gesundheitsausgaben an bestimmten makroökonomischen Aggregatgrößen* (z. B. Sozialprodukt, Grundlöhne, etc.) weist eine Reihe nicht zu vernachlässigender Mängel auf, die von den Befürwortern durchaus ernst genommen werden:

- Zwischen dem tatsächlich bestehenden Bedarf an gesundheitswirksamen Gütern und Leistungen einerseits

und dem Wachstum makroökonomischer Größen andererseits bestehen *keine überzeugend begründbaren Zusammenhänge* (Vgl. LAMPERT, 1982, S.307). Letztlich wäre es reiner Zufall, wenn die Entwicklung der Grundlöhne der Entwicklung des Bedarfs bzw. der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entspräche (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.24).

- Die Festlegung der Gesundheitsquote in Abhängigkeit einer externen Aggregatgröße verhindert die Berücksichtigung von Veränderungen zwischen Aufwand und Ertrag im Zuge der Entwicklung des Systems, d.h. *unterschiedliche Produktivitätsentwicklungen* der Gesamtwirtschaft und des Gesundheitssektors finden keine ausreichende Beachtung (Vgl. LAMPERT, 1982, S.307). Tendenziell führt z. B. eine reine Grundlohnorientierung der Gesundheitsausgaben zu einer immer weitergehenden Quotierung zwischen und innerhalb der Sektoren auf der Grundlage zumindest partiell zufälliger Strukturen (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.22).
- Globale Ausgabenplafonierungen sind schließlich mit der Gefahr verbunden, daß „die Kernstrukturen des Gesundheitswesens“ unverändert beibehalten werden (Vgl. NASCHOLD, 1977, S.459 ff.).

Die mit Leitlinien verbundenen Probleme machen diese für Befürworter einer Globalsteuerung allerdings nicht überflüssig; sie gelten nichtsdestoweniger als „unentbehrliche Hilfsmittel für die Lösung des Konflikts der Verteilung knapper Ressourcen auf konkurrierende Ziele“ (LAMPERT, 1982, S.307). Andererseits ist man sich bewußt, daß derartige Orientierungsgrößen einer ständigen „gründlichen Durchleuchtung hinsichtlich ihrer Konsequenzen und einer permanenten Überprüfung in bezug auf ihre Folgen für den Grad der Erreichung gesundheitlicher Ziele, gegebenenfalls auch einer entsprechenden Korrektur nach oben oder nach unten“ (LAMPERT, 1982, S.307) bedürfen.

3. 4. 2 Definition eines inhaltlichen Orientierungsrahmens

Anstatt zunächst *ex ante* das Ausgabenvolumen für den Gesundheitsbereich zu bestimmen, steht bei einem alternativen Globalsteuerungsansatz die Bestimmung des *inhaltlichen Orientierungsrahmens* im Vordergrund. Nicht zuletzt um zu verhindern, daß bei einer Kopplung der Gesundheitsausgaben an die Entwicklung einer bestimmten volkswirtschaftlichen Größe eine Politik generiert wird, die möglicherweise in Widerspruch zu einer längerfristigen Ausrichtung der Gesundheitspolitik an Zielen oder gewünschten Ergebnissen gerät, wird verlangt, der unzureichenden Formel von der »einnahmenorientierten Ausgabenpolitik« den politischen Grundsatz einer »aufgabenorientierten Einnahmen- und Ausgabenpolitik« gegenüberzustellen (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.5). Dieser Ansatz geht davon aus, daß zunächst die künftigen Aufgaben des Gesundheitswesens bestimmt werden müssen und danach erst über die Höhe der erforderlichen bzw. der zu bewilligenden finanziellen Mittel entschieden werden kann. Gestützt wird dieses Vorgehen durch die

Erkenntnis, daß sich Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen ohne eine aufgabenbezogene Betrachtung weder ermitteln noch im Zeitablauf überprüfen lassen (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.22).

Dementsprechend wird eine *inhaltliche Orientierung* des Gesundheitswesens gefordert, aus der heraus die *finanzielle Orientierung* abgeleitet werden kann. Der Entscheidungsprozeß könnte dabei in folgenden Stufen erfolgen (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.5):

- 1) Bestimmung der Ziele, die mit dem Gesundheitswesen erreicht werden sollen;
- 2) Prüfung der finanziellen Mittel, die zur Verfügung stehen oder verfügbar gemacht werden sollen; und
- 3) politische Entscheidung darüber, ob alle Ziele mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreicht werden können, oder ob Ziele ausgesondert bzw. zusätzliche Mittel beschafft werden müssen.

Hauptziel dieses Ansatzes ist eine »*gesamtverantwortliche Gesundheitspolitik*«, durch die eine Zersplitterung, Nichtverantwortlichkeit und Zufälligkeit gesundheitspolitischen Handelns überwunden und die Orientierungslosigkeit des Systems beseitigt wird. Die *Steuerbarkeit des Systems* herzustellen bedeutet somit ihm in einem ersten Schritt *gesundheitspolitische Ziele* vorzugeben sowie *Prioritäten* zu setzen und in einem zweiten Schritt den aus dieser inhaltlichen Zielvorgabe resultierenden *Einsatz von Finanzmitteln* festzulegen. Mit anderen Worten geht es darum, Orientierungsdaten in einem Orientierungsrahmen zusammenzufassen und diesen mit einem Finanzrahmen zu versehen. Beide sollen nach intensiver Diskussion mit den Betroffenen und Beteiligten durch das *Parlament* beschlossen werden.

Im einzelnen bestehen *Zweck und Aufgaben des Orientierungsrahmens* darin:

- 1) Vorgabe *gesundheitspolitischer Ziele und Prioritäten*;
- 2) Begründung und Benennung von Zielbereichen, Trägern und Instrumenten für eine *wirksame Prävention und Rehabilitation*;
- 3) Beschreibung der *qualitativen Grundsätze einer optimalen Versorgung* der Patienten;
- 4) Darstellung *quantitativer und qualitativer Mängel* oder der *Übersorgungsbereiche* sowie Wege zu ihrer Überwindung bzw. Beseitigung;
- 5) Angabe der aufgrund der Zielvorgaben angestrebten finanziellen Entwicklung insgesamt sowie gegebenenfalls auch in einzelnen Versorgungsbereichen in *Form eines Finanzierungsrahmens*;
- 6) Inbezugsetzung der zu *erwartenden Beitragssatzentwicklung* zu anderen Sozialabgaben und zur steuerlichen Abgabenbelastung;
- 7) Beschreibung von Maßnahmen, die bei Abweichen der tatsächlichen von der gewünschten Entwicklung ergriffen werden können (*zielorientierte Kontrolle gesundheitspolitischer Planung und Steuerung*).

Wesentliches Merkmal des Konzepts ist neben der Vorgabe gesundheitspolitischer Ziele und Prioritäten vor al-

lem die *Koordination/Integration* der zur Erreichung dieser Ziele von verschiedenen Trägern aufgestellten Finanzplanungen, getroffenen Entscheidungen, aufgebrauchten Ressourcen und durchgeführten Aktivitäten. Dabei drückt sich die *Gesamtverantwortung* vor allem in der *Verbindlichkeit handlungsleitender Ziele* aus. Die Wege, die zur Erreichung dieser Ziele vorgeschlagen werden, bieten Anknüpfungspunkte für eine Budgetierung von Gesundheitsausgaben. Insgesamt wird also angestrebt, der *Aufgaben- und Finanzplanung* einen höheren Grad an Verbindlichkeit zu verschaffen, wobei anerkannte gesundheitspolitische Prioritäten in die Planung einfließen sollen (Vgl. PFAFF, 1987, S.304).

3. 4. 3 Planung im Gesundheitswesen

Im Gegensatz zu marktwirtschaftlichen Vorstellungen, die davon ausgehen, daß ein funktionsfähiger Wettbewerb die Planungsnotwendigkeit weitgehend überflüssig macht, gehen die Konzepte der Globalsteuerung und Budgetierung davon aus, daß es im Gesundheitswesen einer *verstärkten Planung* bedarf, um bei den gegebenen finanziellen Ressourcen ein Höchstmaß an gesundheitlichen Zielen realisieren zu können (Vgl. GEISLER, 1978 a. S.58 ff.; HENKE, 1983, S.349 ff.; EICHHORN, 1982, S.58 ff.). „Die Abstimmung der vielfältigen Entscheidungen auf den verschiedenen Ebenen im Gesundheitswesen folgt weder den Gesetzmäßigkeiten des Marktes noch gehorcht sie planwirtschaftlichen Investitions- und Konsumprioritäten. Wie viele Mittel etwa auf welche medizinischen Fächer (Urologie, Orthopädie, Kardiologie, Pädiatrie, Geriatrie) entfallen sollen und ob die Ressourcen stärker zugunsten einer mehr naturwissenschaftlich orientierten Medizin oder zugunsten einer mehr psychosomatisch ausgerichteten Behandlung aufgeteilt werden sollen, entscheidet sich im Durcheinander der privaten und öffentlichen Kompetenzen sowie durch die Zuständigkeiten der Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitswesen“ (HENKE, 1984, S.11 f.).

Für die *Notwendigkeit einer verstärkten Gesundheitssystemplanung* gibt es eine Vielzahl von Gründen; zu erwähnen sind v. a. folgende:

- Eine zentrale Ursache für die Notwendigkeit planvollen Handelns ergibt sich allein schon daraus, daß vielfältige und zunehmende Bedürfnisse einer *Knappheit an Ressourcen* gegenüberstehen. Auch im Gesundheitswesen ist davon auszugehen, daß „zahlreiche Ziele (Bedürfnisse) miteinander (konkurrieren), die angesichts der Knappheit der Ressourcen nicht alle und vor allem nicht gleichzeitig verwirklicht werden können“ (HENKE, 1983, S.349). Zwar gilt dieser Sachverhalt praktisch für sämtliche Bereiche wirtschaftlicher Aktivitäten, da es im Gesundheitswesen jedoch bei allen Entscheidungen letztlich um Gesundheit und Leben von Menschen geht, wird weitgehend akzeptiert, daß für diesen Bereich besondere Entscheidungskriterien zur Anwendung gelangen.
- Die Forderung, daß dem Bemühen um Gesundheit und Leben von Menschen keine ökonomisch gesetzten Schranken gesetzt werden sollten, führt in Anbetracht

der auch für das Gesundheitswesen geltenden Ressourcenbegrenzung zu einer Konfliktsituation. Diese Konfliktsituation muß allerdings gerade bei Berücksichtigung der dem „Markt für Gesundheitsleistungen systemimmanenten Ineffizienz der finanziellen Steuerungsmöglichkeiten (Finanzierung und Preisgestaltung) ... zwangsläufig zu einer Intensivierung der Planungsmaßnahmen im Bereich des Gesundheits- und Krankenhauswesens führen, wenn man versuchen will, mit den von Wirtschaft und Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen im Gesundheitswesen das Maximale für den Patienten zu erreichen“ (EICHHORN, 1982, S.23).

- Eine Verstärkung von Planungsaktivitäten wird umso einleuchtender, je nachhaltiger das *Knappheitsproblem* bei stagnierenden wirtschaftlichen Wachstumsraten und reduziertem Spielraum für weitere Ausgabenerhöhungen an Bedeutung gewinnt und Fragen der *Effizienz und Effektivität* in den Mittelpunkt des Interesses rücken. Vor diesem Hintergrund gehört zweifellos zu den Planungszielen im Gesundheitswesen, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen. „Letztlich wird damit Planung zu einem Instrument, knappe Ressourcen zielorientierter, d.h. effektiver und effizienter als in der Vergangenheit einzusetzen“ (HENKE, 1983, S.349).
- Die Verpflichtung, den Anspruch der Bevölkerung auf medizinische Leistungen jeglicher Art zu gewährleisten, verlangt, dafür Sorge zu tragen, daß die *jederzeitige Erreichbarkeit dieser Leistungen* sichergestellt wird. Aus der Forderung nach gleichwertiger räumlicher Erreichbarkeit ergibt sich aber „der Zwang zur Regionalplanung im Gesamtbereich des Gesundheitswesens unter Einbeziehung sämtlicher Medizinbetriebe“ (EICHHORN, 1982, S.58).
- Ein Zwang zur Planung der Ressourcenallokation im Gesamtbereich des Gesundheitswesens ergibt sich ferner aus der *Interdependenz der verschiedenen Versorgungskategorien*. Dies erfordere detaillierte Planungen über Art und Zahl der verschiedenen Medizinbetriebe und deren regionale Verteilung (Vgl. EICHHORN, 1982, S.58; GEISLER, 1978, S.59).

Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsplanung im weiteren Sinne die Aufgabe, „zukünftige Entscheidungsprobleme im Gesundheitswesen zu konkretisieren und Vorschläge zu ihrer Lösung vorzulegen“ (HENKE, 1983, S.239), wobei unter Planung „das vorausschauende systematische Durchdenken und Formulieren von Verhaltensweisen, Zielen und Handlungsalternativen, die Auswahl einer optimalen Handlungsalternative sowie das Festlegen von Anweisungen zur rationalen Realisierung der ausgewählten Alternativen verstanden“ (EICHHORN, 1982, S.15 f.) werden soll.

Im Gegensatz zu der im privatwirtschaftlich gesteuerten Teil des Gesundheitswesens ebenfalls staatfindenden Planung, verlangt die Globalsteuerung des Gesundheitswesens eine *Gesundheitsplanung im Sinne finanzieller wie realer Ressourcenplanung* (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.17). Die konkrete Umsetzung von Planungsabsichten kann dabei auf verschiedene Weise

erfolgen. Im Hinblick darauf, daß mit der Gesundheitsplanung erreicht werden soll, die zukünftige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, ist es erforderlich eine Planung mit unterschiedlichem *Detaillierungsgrad* und *Zeithorizont* vorzunehmen. Denkbar wäre z.B. eine Unterscheidung nach vier Planungsstufen: perspektivische Planung, langfristige Planung, mittelfristige und kurzfristige Planung (Vgl. EICHHORN, 1982, S.66 f.). Konkret könnte eine *langfristige Gesundheitssystemplanung* folgendermaßen aussehen: (EICHHORN 1982, S.69).

■ *Planungsabschnitt 1: Planungsgrundlagen*

Ausgehend von den Prognosen über den Bedarf an medizinischen Leistungen auf der einen Seite sowie über das Angebot an sachlichen, personellen und finanziellen Ressourcen auf der anderen Seite kommt es unter Berücksichtigung der in der Grundsatzplanung festgelegten Entscheidungsgrundsätze für Struktur und Organisation der medizinischen Versorgung zu einer Optimierung der Ressourcenallokation, sowohl zwischen den verschiedenen Versorgungskategorien des Gesundheitswesens als auch den verschiedenen Versorgungsstufen innerhalb der einzelnen Versorgungskategorien.

■ *Planungsabschnitt 2: Strategische Planung*

Unter Abstimmung mit der langfristigen gesamtwirtschaftlichen Planung sowie unter Berücksichtigung komplementärer und sonstiger öffentlicher Aufgaben werden im Rahmen der strategischen Planung die Planungsziele formuliert und die Gesamtheit der zu realisierenden Einzelstrategien für alle Versorgungskategorien und Versorgungsstufen festgelegt. Dabei beinhalten die Einzelstrategien jeweils eine Folge planmäßiger Maßnahmen, die beim Einsatz der beschränkt zur Verfügung stehenden Mittel die angestrebte Zielrealisierung über eine Reihe von Jahren optimieren und damit das Erreichen der vorgegebenen Planungsziele, auch bei sich ändernden externen Datenkonstellationen, gewährleistet.

■ *Planungsabschnitt 3: Programmplanung*

Ausgehend von den Zielen und Strategien werden im Rahmen der Programmplanung die verschiedenen Alternativen der Programmdurchführung analysiert und optimiert als Grundlage für die endgültige Programmentcheidung über Struktur und Organisation der medizinischen Versorgung. Dabei wird innerhalb der Versorgungskategorien bereits nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten differenziert und detailliert.

Im Rahmen der perspektivischen und langfristigen Gesundheitsplanung haben die Gesundheitspolitiker Entscheidungen über *Ziele*, *Strategien* oder *Strukturen* des Gesundheitswesens zu treffen, wenn sie die Entwicklung des Gesundheitswesens in die von ihnen gewünschte Richtung lenken wollen. Dabei stellt sich zugleich die Frage, ob im Rahmen der Gesundheitsplanung nur über eine »Gesundheitsordnung« (*Ordnungspolitik*) befunden oder gleichzeitig auch über den prozessualen Ablauf (*Prozeßpolitik*) entschieden werden soll (Vgl. HENKE, 1983, S.350).

Entscheidet man sich für eine übergreifende makroökonomische Ressourcenplanung, ist weiterhin zu klären, ob

die Prozeßpolitik, also die Steuerung und Lenkung des Gesundheitswesens als *imperative Planung* (Befehlsplanung), oder in Form der *indikativen Planung* (Richtplanung) erfolgen soll. Der Unterschied zwischen beiden Ansätzen liegt vor allem im Grad der Verbindlichkeit der Planung; während bei der indikativen Planung lediglich Empfehlungen hinsichtlich des gewünschten Verhaltens der beteiligten Institutionen und Wirtschaftssubjekte gegeben werden, kennzeichnet sich die imperative Planung dadurch, daß im Rahmen eines Zentralplanes Vorschriften zur Planausführung bis hinunter zu den kleinsten Verwaltungseinheiten und Versorgungseinrichtungen gemacht werden (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.49; HENKE, 1983, S.350).

3. 4. 4 Regionalisierte Budgetierung und Bedarfsplanung

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden nicht nur auf der Bundes- und Landesebene erwartet, sondern sind vor allem auf regionaler Ebene gefordert (Vgl. von FERBER, 1988, S.15). Die meisten Befürworter einer stärkeren Globalsteuerung und gesundheitlichen Planung im Sinne einer Ziel- und Prioritätenorientierung sind sich weitgehend einig, daß die auf Bundesbene erstellten Orientierungsdaten nur den Rahmen abgeben können, innerhalb dessen sich die Entwicklung des Gesundheitswesens vollziehen soll, die Detailplanung und Umsetzung aber auf *regionaler Ebene* erfolgen muß (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.6; DGB, 1985 a, S.136; SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.239; NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.607 ff.; NARR/SCHRÄDER [Hrsg.], 1977; MUDRA, 1977). Die Favorisierung der regionalen Ebene als *Handlungs- und Orientierungsebene der Gesundheitspolitik* und der gesundheitlichen Versorgung soll allerdings nicht bedeuten, den Staat aus seiner Gesamtverantwortung zu entlassen. Die *regionalisierte Gesundheitssicherung* soll grundsätzlich Bestandteil einer umfassenden integrierten Gesamtversorgung bleiben (Vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.239). Insbesondere müsse vermieden werden, daß die Gesundheitspolitik und -sicherung in isolierte, lokale Aktivitäten aufgesplittert werde (Vgl. SCHMIDT/JAHN/SCHARF, 1987, S.213).

Obleich es eine »*substanzielle Regionalisierung*« der Gesundheitsplanung z.B. im Hinblick auf siedlungs- und raumstrukturelle Erfordernisse bislang noch nicht gibt, haben zahlreiche der aktuellen Diskussionsthemen wie »Kostendämpfung« oder »Ärzteschwemme« stets auch eine implizite regionale Komponente. Zugleich gewinnen neuerdings „in der Diskussion um die erforderliche Anpassung der Medizin an die geänderten sozialen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen die Forderung nach einer verstärkten Kommunal- und Regionalorientierung als Voraussetzung einer effektiven und effizienten Medizin wachsende Bedeutung“ (MONHEIM/GOESCHEL, 1985).

Auch in der *internationalen gesundheitspolitischen Diskussion* wird inzwischen immer mehr eine stärkere Berücksichtigung der spezifischen lokalen und regionalen Komponenten der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gefordert. So verlangt die *Weltgesundheitsorganisa-*

tion (WHO) in ihrem Konzept »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« eine stärkere Kommunal-/Regionalorientierung der Gesundheitsversorgung, insbesondere mit den Komponenten

- verstärkte Bürgerbeteiligung bei der Planung der Gesundheitsversorgung,
- verstärkte örtliche Kooperation von Ärzten und Krankenhäusern, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen; Integration der verschiedenen Spezialeinrichtungen,
- bürgernahe Organisation der Gesundheitsdienste auf Stadtteilebene,
- verstärkte Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen und Hilfestellung zur Übernahme von mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und Aktivierung der Selbsthilfe/Nachbarschaftshilfe (Vgl. WHO, 1982; HUBER, 1983, S.49 ff.).

In der Bundesrepublik diskutierte Vorstellungen einer regionalisierten Gesundheitsversorgung gehen dahin, daß unter der gemeinsamen Verantwortung von Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringern auf regionaler Ebene die Umsetzung und Realisierung erfolgt und konkrete Einzelheiten globaler Orientierungsdaten festgelegt werden (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.6). Da die Bundesrepublik eines der wenigen europäischen Länder ist, das bislang noch keine raumpolitischen Vorgaben für das Gesundheitswesen macht, besteht politischer Handlungsbedarf in der Vorgabe von ordnungspolitischen Versorgungsräumen. Als Versorgungsräume in Betracht kämen Planungsräume der Raumordnung, Versorgungsräume der kassenärztlichen Vereinigungen, Regierungsbezirke oder Kreise (Vgl. von FERBER, 1988, S.15), wobei im allgemeinen davon ausgegangen wird, daß die Versorgungsregionen hinsichtlich ihrer Größenordnung unterhalb der Länderebene angesiedelt sein sollten (Vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.608). Während für einige letztlich lediglich entscheidend ist, daß überhaupt Planungsräume bestimmt werden, schlagen andere vor, die Festlegung der Größe der Versorgungsbereiche den Ländern zu überlassen (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.6).

Hinsichtlich der Organisation und Planung der regionalen Gesundheitsversorgung liegt der Vorschlag vor, für die einzelnen Versorgungsbereiche drittelparitätische, regionale Gesundheitskonferenzen aus Vertretern der Krankenkassen, der Leistungserbringer und Gebietskörperschaften zu bilden (Vgl. MUDRA, 1977; SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.6)². Die regionalen Gesundheitskonferenzen sollen dabei folgende Aufgaben wahrnehmen und Kompetenzen erhalten:

- Übertragung des globalen Orientierungsrahmens auf die regionale Ebene durch Detaillierung, Einfügung regionaler Besonderheiten und Begründung der Abweichungen von den bundesweiten Empfehlungen.

2) In einigen Konzepten ist vorgesehen, anstelle der »Anbieter medizinischer Leistungen« die »Beschäftigten im Gesundheitswesen« als dritte Gruppe in die Regionale Gesundheitskonferenz einzubeziehen (vgl. TROJAN, 1985, S.624).

- Festlegung der in der Region zu erfüllenden gesundheitspolitischen Aufgaben bei Prävention, Rehabilitation und Versorgung.
- Bestimmung des regionalen Finanzrahmens.
- Kooperation mit sämtlichen in der Region im Gesundheitswesen tätigen Gruppen und Institutionen einschließlich Gruppen aus dem Bereich der Selbsthilfe.
- Zuweisung des gesetzlichen Auftrags zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Krankenversicherten.
- Erstellung eines regionalen Gesundheitsbedarfsplanes, der Auskunft gibt über die Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele und die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Region. Im einzelnen soll dieser regionale Gesundheitsplan z. B. im Bereich der Prävention (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.7 f.):

- Schwerpunkte der Krankheitsverhütung nach Krankheitsarten, Eingriffsfeldern und sozialen Zielgruppen benennen,
- Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der jeweils vorhandenen regionalen bzw. kommunalen Einrichtungen, Institutionen, Vereine etc. bezeichnen,
- die Träger präventiver Maßnahmen bzw. Kampagnen mit ihren jeweiligen sachlichen, personellen und finanziellen Beiträgen sowie mit ihrer Arbeitsteilung untereinander aufzeigen,
- Aussagen über die Instrumente und die Finanzierung der Prävention enthalten,
- darlegen, ob und in welcher Weise die Betroffenen und die Zielgruppen an der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Projekte zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zu beteiligen sind.

Im Bereich der ambulanten Versorgung hätte ein regionaler Gesundheitsbedarfsplan

- die notwendige Zahl der kassenärztlichen und zahnärztlichen sowie nach Fachgebieten spezifizierten Gruppen- und Einzelpraxen,
- die zur Bedarfsdeckung gegebenenfalls erforderlichen, an der ambulanten Versorgung zu beteiligten Krankenhäuser,
- die von den Kassenärzten und Krankenkassen gemeinsam zu betreibenden Einrichtungen, und
- weitere zur Versorgung erforderliche Institutionen und Personengruppen medizinischer und nichtmedizinischer Art

zu beschreiben.

Für den Bereich der stationären Versorgung hätte der regionale Gesundheitsplan v.a. die Aufgabe, die notwendige Zahl der Krankenhausbetten sowie ihre fachliche Aufgliederung zu bestimmen.

Nach den Vorstellungen verschiedener Befürworter regionalisierter Gesundheitsversorgungssysteme soll der re-

gionale Gesundheitsplan verbindlich sein und seine Erfüllung der Verantwortung der Krankenkassen obliegen (Vgl. SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.8).

Einer regionalisierten Gesundheitspolitik und gesundheitlichen Versorgung werden von ihren Befürwortern eine Reihe von Vorteilen zugeschrieben, sieht man einmal ganz davon ab, daß einige die Auffassung vertreten, daß die (mengenmäßige) *Angemessenheit der Versorgung* ohnehin nur in einem regionalen Rahmen bestimmt werden kann, „in dem die Konkurrenz-, Substitutions- und Wechselwirkungen von Angebot und Nachfrage tatsächlich stattfinden“ (Vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.608). Andere sehen die Vorzüge v.a. darin, daß auf dieser Ebene die Möglichkeit einer *bürgermahen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens* besteht. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, daß auf dieser Ebene sich auch zunehmend die Trennung der medizinischen von den sozialen Diensten verwischt und verschiedene Träger zur Koordination gezwungen sind. Um letzteres zu fördern wird vorgeschlagen, in einem ersten Schritt insbesondere für jene Aufgabenbereiche, für die mehrere Träger zuständig sind, *regionale Gesundheitsbudgets* anzustreben. „Durch eine aufgabenorientierte Budgetierung dürfte es leichter möglich sein, erwünschte Veränderungen in den Versorgungsformen durchzuführen: z. B. die Umstrukturierung vom stationären in den ambulanten und komplementären Bereich“ (DGB, 1985 a, S.136). Dabei wird auch erwartet, daß gemeinsame Budgets und gemeinsame Aufgabenplanung auf der regionalen Ebene helfen, „den Verschiebeparkhof zu verlassen und eine Gesamtverantwortung zu installieren“ (DGB, 1985 a, S.136). Ferner bietet es sich an, selbstorganisierte Gesundheitshilfen, entsprechende Tätigkeiten der Wohlfahrtsverbände, der Volkshochschulen, der Sportvereine und nicht zuletzt der Betriebe in die *regionalen Gesundheitsprogramme* einzubeziehen (Vgl. TROJAN, 1985, S.621 ff.).

3. 4. 5 Budgetierung als Steuerungselement

3. 4. 5. 1 Funktionsweise und Formen der Budgetierung

Budget ist zunächst einmal lediglich eine andere Beschreibung für den Haushalts- bzw. den Finanzplan eines Zeitabschnitts, in welchem Vorschläge der Einnahmen und Ausgaben für ein Haushaltsjahr enthalten sind. Entsprechend wird unter *Budgetierung der Prozeß der Budgeterstellung* verstanden. I.e.S. bedeutet Budgetierung, daß einem Leistungserbringer für eine Periode ein Geldbetrag *ex ante* für eine zu erbringende Gesamtleistung zur Verfügung gestellt wird. Grundsätzlich lassen sich die bereichsbezogene und die programmbezogene Budgetierung unterscheiden; bei erster wird i. d. R. von den einzusetzenden Ressourcen ausgegangen, wobei man sich häufig an den Erfahrungswerten der Vergangenheit orientiert (*input-orientierte Budgetierung*); bei der zweiten Art wird im allgemeinen bei den zu erreichenden Zielen angesetzt und das Maßnahmenbündel zu deren Erreichung geplant (*output-orientierte Budgetierung*).

Charakteristisch für die Budgetierung ist, daß nicht einzelne Mengen oder Preise, sondern deren Produkt auf der

aggregaten Ebene durch verbindliche *ex ante* Festlegungen gesteuert werden. Dies erlaubt dem Leistungserbringer ein relativ *hohes Maß an Entscheidungsspielraum*, weil er 1) *unterschiedliche Preis-Mengen-Kombinationen* für den Ressourceneinsatz wählen kann und 2) *Leistungsmenge und Leistungsqualität* gegeneinander substituieren oder beide senken kann.

Neben der oben genannten grundsätzlichen Unterscheidung können Budgetierungssysteme eine *Vielzahl von Formen* annehmen, je nachdem welche Elemente eines solchen Systems miteinander kombiniert werden. Eine Klassifizierung läßt sich z.B. nach folgenden Gesichtspunkten vornehmen (Vgl. R.SCHMIDT, 1986; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.30):

- nach der Revidierbarkeit des Budgets in *starr* und *flexibles Budget*;
- nach der Freiheit des Budgets von Nebenbedingungen in *globales* und *strukturiertes Budget* sowie in Budget mit Preis- und/oder Mengenvorgaben;
- nach dem Umfang der vom Budget erfaßten Bereiche in *Total-* und *Partialbudget*;
- nach der Ermittlungsmethode in *analytisch ermitteltes Budget* (zero-base-budgeting) und *fortgeschriebenes Budget*;
- nach dem Grad der Autonomie der Budgetaufstellung in fremdbestimmtes Budget (*externes Budget*), eigenbestimmtes Budget (*internes Budget*) und *ausgehandeltes Budget*;
- nach dem Grad der Verbindlichkeit in *imperatives* und *indikatives Budget*.

Aus der Sicht der Globalsteuerung kommen im Grunde nur externe Budgets als Steuerungsinstrument in Betracht. In reiner Form findet das externe Budget bei staatlichen Gesundheitsdiensten Anwendung. Da eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens nicht zur Diskussion steht, dürften für die Bundesrepublik allenfalls *flexible Budgets* mit einem mehr oder weniger hohen Grad an Verbindlichkeit in Frage kommen. Grundsätzlich sind allerdings auch derartige Budgets mit den Schwierigkeiten der Bestimmung des *optimalen Budgets*, des *Budgetvollzugs* sowie der *Budgetkontrolle* konfrontiert (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.31). Für eine Globalsteuerung alleine unbrauchbar sind interne Budgets. Sind interne Budgets hingegen Konsequenz einer externen Budgetierung, sind sie hinsichtlich wesentlicher Determinanten von der externen Budgetierung abhängig (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.31; FREY-MANN, 1987, S.443).

An die *externe Budgetierung* werden im wesentlichen folgende Erwartungen gestellt (Vgl. FREY-MANN, 1987, S.445):

- Begrenzung der Gesundheitskosten;
- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit;
- leistungsgerechte Vergütung der gesundheitlichen Leistungen und Güter;
- bedarfsgerechte Entwicklung des Leistungsangebotes.

Damit diese Erwartungen sich auch tatsächlich einstellen, sind eine Reihe von Rahmenbedingungen und Erfordernissen zu beachten. So besteht bei der *Begrenzung der Kosten* die Gefahr, daß es lediglich zu einer „reinen Kostendeckelung ohne Rücksicht auf die tatsächlich entstandenen Kosten“ kommt (FREYMAN, 1988, S.445). Insbesondere muß darauf geachtet werden, daß die Budgetierung nicht zu einer Festschreibung von Leistungsstrukturen führt, die Wirtschaftlichkeit nicht durch Leistungseinschränkung und Qualitätsminderung erreicht und bereits wirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer nicht benachteiligt werden.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß unter Budgetierung die zahlenmäßige Darstellung von geplanten Ausgaben (Kosten) auf der Grundlage geplanter Leistungen zu verstehen ist. „Das Budget will also geplante Handlungen zum Ausdruck bringen. Es ist der Versuch, angesichts nicht unbeschränkt zur Verfügung stehender Mittel für Gesundheitsleistungen das rationale Prinzip des Wirtschaftens

- bestmögliche Versorgung bei feststehendem Budget oder
- vereinbarter medizinischer Standard zu minimalen Kosten

zu quantifizieren. Soll die Budgetierung zum Erfolg führen, darf das Budget insoweit keine unverbindliche Prognose sein, sondern eine Vorgabe, die im Wirtschaftsprozess soweit wie möglich einzuhalten ist“ (FREYMAN, 1987, S.443).

3. 4. 5. 2 Merkmale starrer und flexibler Budgetierung

In der gesundheitspolitischen Diskussion über Budgetierung spielt die Frage eine wesentliche Rolle, auf welcher Basis die für einzelne Versorgungsbereiche vorzugebenden Budgets definiert werden sollen. Als grundsätzliche Bezugsbasen zur Verfügung stehen

- *kapazitätsorientierte Bezugsbasen* (starre Budgets)
- *prozeßorientierte Bezugsbasen* (flexible Budgets).

Charakteristisch für *starre Budgets* ist, daß sie die Leistungsanspruchnahme unberücksichtigt lassen und einem Versorgungsbereich bzw. einem bestimmten Leistungserbringer (z.B. einem Arzt oder einem Krankenhaus) pro Periode einen fixen Betrag zuweisen. Erhalten Leistungserbringer für eine bestimmte Periode ein fixes Budget, beschränken sich deren Reaktionsmöglichkeiten allein auf die Kostenseite. Da aber mit jedem zusätzlichen Fall und jeder zusätzlichen Leistung sich die Kosten erhöhen, besteht bei starren Budgets die latente Gefahr, daß die Versorgungsqualität nachläßt.

Nicht zuletzt wegen dieser Problematik laufen die meisten Vorstellungen darauf hinaus, Budgets nicht starr vorzugeben, sondern sie in Abhängigkeit von der Zahl und der Struktur der tatsächlich in einer Periode erbrachten Leistungen zu kalkulieren. *Flexible Budgets* versuchen die tatsächliche oder die erwartete Inanspruchnahme der Kapazitäten bei der Budgetberechnung zu berücksichtigen. Während die Vorhaltekosten (Krankenhauskapazitäten,

Praxiskosten, etc.) im allgemeinen mit einem starren Budget vergütet werden, werden die durch die tatsächliche Inanspruchnahme entstehenden Aufwendungen, also die variablen Kosten, über ein flexibles Budget abgegolten. Dies bedeutet, daß sich die Budgethöhe mit der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge verändert, d.h. erst *ex post* engültig feststeht. Im Gegensatz zu starren Budgets ist bei flexiblen Budgets eine *ex ante* Bestimmung der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen nicht möglich (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987).

In gewisser Weise einen Mittelweg zwischen starrem und flexiblem Budget stellt das sog. *populationsbezogene Budget* dar. Bei diesem Budgetierungsverfahren werden die Struktur und der Umfang der Bevölkerung, für die ein Arzt bzw. ein Krankenhaus die Versorgungsverantwortung übernimmt, als »Flexibilisierungskriterium« verwendet. Zur Berücksichtigung der Morbidität des potentiellen Patientenkreises werden diese in unterschiedliche »Risikoklassen« (z.B. Differenzierung der Höhe der Pro-Kopf-Versorgungspauschale nach Alter und Geschlecht) eingeordnet. Das Budget, das dem jeweiligen Leistungserbringer zur Verfügung steht, ergibt sich als Summe der nach Risikoklassen differenzierten Kopfpauschalen. Diese Art von Budget ist zwar hinsichtlich der Festsetzung flexibel, indem der potentiell zu erwartende Ressourcenaufwand berücksichtigt wird, nach der Festsetzung jedoch starr (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987).

3. 4. 5. 3 Strukturierte Budgetierung

Das Konzept der »*Strukturierten Budgetierung*« versteht sich als eine konsequente Weiterentwicklung der bisherigen Kostendämpfungspolitik. Es sieht vor, nicht nur pauschal eine Grundlohnbegrenzung einzelner Leistungsbereiche vorzunehmen, sondern auch innerhalb der einzelnen Leistungskomplexe Strukturen durch Teilbudgets zu gestalten und für die Zukunft im Sinne einer *zielorientierten Gesundheitspolitik* vorzugeben (Vgl. SMIGIELSKI, 1986, S.145). Strukturierte Budgetierung ist zugleich *qualitative Budgetierung*, indem die *finanziellen Zuweisungen* für einzelne Teilbereiche auf der *Basis inhaltlicher Prioritäten* erfolgen sollen.

Die strukturierte Budgetierung kann somit als Versuch betrachtet werden, von der reinen Kostendämpfungspolitik wegzukommen und durch Entwicklung eines Zielkatalogs *Ziel-Mittel-Betrachtungen* und *Güterabwägungen* im Gesundheitswesen stärkere Beachtung zukommen zu lassen. Lehnt man die Forderung nach einer individuelleren Risikoversorge aus sozialpolitischen Gründen ab, benötigt man andere Mechanismen, um zu einer kostenminimalen und bedarfsgerechten Allokation der Ressourcen zu gelangen. Da es letztlich unmöglich ist, jeglichen aus medizinischer Sicht definierten Bedarf kollektiv zu finanzieren, ist eine permanente Güterabwägung erforderlich, „die bewirken soll, daß die stets zu knappen Ressourcen dort verwendet werden, wo sie den größten Nutzen stiften“ (SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.80).

Vor diesem Hintergrund ist das Bestreben der »strukturierten Budgetierung« zu verstehen, nicht nur das Gesamtbudget für einzelne Leistungsbereiche für eine zukünftige Periode festzulegen, sondern zugleich *strukturelle Vorgaben* innerhalb der einzelnen Teilbudgets unter *Qualitäts- und Quantitätsgesichtspunkten* einzubringen. Dabei wird auch darauf verwiesen, daß das Sachleistungsprinzip ja nicht nur die Bereitstellung von Finanzmitteln beinhaltet, sondern darüber hinaus auch die Bereitstellung von Leistungen umfasse, mithin die Einflußnahme der Krankenversicherung auf die Qualität und die Quantität der zu erbringenden Leistungen geradezu unabdingbar sei (Vgl. SMIGIELSKI, 1986, S.146).

Die Anwendung des Konzepts der »strukturierten Budgetierung« erfordert neben einer *aussagefähigen Gesundheitsberichterstattung*, die es ermöglicht, gesundheitspolitische Zielvorstellungen zu präzisieren, zugleich eine detaillierte *Zielerreichungsanalyse*, um Korrekturen in den Mittelzuweisungen vorzunehmen. Die zukünftige Festlegung der Mittel in Budgets oder Teilbudgets verlangt zwingend ein *abgestimmtes Zielsystem*. Dies heißt mit anderen Worten, die Verantwortlichen im Gesundheitswesen müssen sich im vornhinein darüber im klaren sein, was erreicht, verbessert oder optimiert werden soll (Vgl. SMIGIELSKI, 1986, S.146). „Wer immer seinen Anteil am Budget erhöhen will (beispielsweise Diagnostik, Früherkennung), soll Nutzen, direkte Kosten und Folgekosten präsentieren (Begründungsgebot)“ (HENKE, 1984, S.18).

Strukturierte Budgetierung bedeutet damit aber eine Absage an eine apriorisch gleichmäßige quantitative Entwicklung einzelner Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung. Das *Steuerungspotential dieses Instruments* liegt gerade darin, durch für einzelne Bereiche unterschiedliche Budgets *ex ante* festgelegte Ziele und Prioritäten ihrer Realisierung näherzubringen. Sowohl die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen können damit ziel- und prioritätenorientiert eingesetzt als auch die Kapazitäten der Leistungserbringung dorthin gelenkt werden, wo sie entweder benötigt werden bzw. ihr Einsatz am zweckmäßigsten erscheint. So können beispielsweise Versorgungsdefizite und bestehende Überversorgungen Anlaß dazu sein, daß einzelne Versorgungsbereiche überproportional wachsen und andere schrumpfen müssen. Die prioritätenorientierte Mittelverwendung impliziert also, daß Rückbildungen einzelner Teilbudgets (z. B. Prothetikleistungen) möglich sein müssen.

Das Konzept der »strukturierten Budgetierung« bedarf zwar noch der Weiterentwicklung und Verfeinerung; Grundgedanken daraus sind jedoch bereits in der Vergangenheit ansatzweise zur Anwendung gelangt. Als konkreter Schritt, durch Festlegung eines Teilbudgets Qualität und Quantität der kassenärztlichen Versorgung zu beeinflussen, ist z. B. die *Begrenzung der Laborleistungen* in der kassenärztlichen Versorgung zu werten. Hierbei ging es nicht allein darum, das finanzielle Budget dieses Teilbereichs zu begrenzen; Ziel war es auch, die persönlichen ärztlichen Leistungen im Vergleich zur Medizintechnik nicht zuletzt im Interesse der Versicherten höher zu bewerten. Ebenfalls inhaltliche Zielsetzungen waren ein ausschlaggebender Aspekt bei der *Absenkung der Prothe-*

tik im Bewertungsmaßstab. In diesem Falle sollte innerhalb des Gesamtbudgets für zahnärztliche Leistungen das Teilbudget für Zahnerhaltung im Vergleich zur Prothetik relativ erhöht werden, um dadurch das *gesundheitspolitische Ziel* »Zahnerhaltung vor Zahnersatz« praktisch umzusetzen (Vgl. SMIGIELSKI, 1986, S.146).

3. 4. 6 Mengensteuerung als regulatives Instrument

Ein anderes *Steuerungsinstrument*, das im Rahmen regulativer Strategien prinzipiell zur Verfügung steht, ist die *Mengensteuerung*. Während die Budgetierung noch eine Mengenausweitung (bei im allgemeinen sinkenden Preisen) gestattet, erfolgt die Steuerung bei Güterinput- bzw. Güteroutputlimitierungen über die *exogene Festlegung von Mengen*. Ansatzpunkte einer Mengensteuerung sind entweder die *Outputmengen*, also die für den »Konsum« zur Verfügung stehenden Güter und Leistungen, oder aber die *Faktoreinsatzmengen*, d. h. die für die Produktion von Gütern und Leistungen bereitstehenden Ressourcen (z. B. Kapital, Personal, etc.).

3. 4. 6. 1 Mengemäßige Steuerung der Leistungsabgabe

Bei vorgegebenen Preisen (z. B. in Form von Gebührenordnungen) stellt die Outputlimitierung eine der wirksamsten Formen der Kostensteuerung dar. Dabei werden im Unterschied zur Budgetierung die Mengen, die über die GKV abrechenbar sind, mehr oder minder stringent rationiert. Eine Outputlimitierung führt letztlich zu einer *direkten Rationierung der Leistungen*, sobald die festgelegten Mengen das nachgefragte Ausmaß unterschreiten. Um angebotene und nachgefragte Mengen miteinander auszugleichen, werden im allgemeinen Rationierungsmechanismen erforderlich. Diese können zwar unterschiedlich gestaltet sein, z. B. mittels Scheinen oder, etwas flexibler, durch den Arzt, beinhalten jedoch stets die Gefahr, daß auftretender Bedarf unter Umständen nicht in ausreichendem Umfang gedeckt werden kann (Vgl. PFAFF, 1983 b, S.160; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.22 f.). Eine Mengensteuerung, die zu einer Mengenbeschränkung in der Leistungsgewährung führt, also einer faktischen Rationierung der Gesundheitsgüter gleichkommt, gilt als sozial unverträglich und wird von daher ganz überwiegend abgelehnt. Zudem wird die Auffassung vertreten, daß bei konkurrierenden Leistungsanbietern weder durch Leistungsbeschränkungen für die einzelnen Produzenten (Betriebe) noch durch eine auf Bundes- oder Länderebene angesiedelte globale Mengensteuerung die Bedarfsadäquanz der Versorgung sicherzustellen ist (Vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.608).

Entscheidend für die Einschätzung der Mengensteuerung ist allerdings auch, welche Ziele mit diesem Instrument erreicht werden sollen und wie die Festlegung der zulässigen Mengen vorgenommen wird. Grundsätzlich ist z.B. denkbar, daß die festgelegten Mengen einen Umfang haben, der eine bedarfsadäquate Versorgung zuläßt, es aber darum geht, die Gesamtmenge rationaler zu verteilen und eine unnötige bzw. verschwenderische Abgabe von Gütern und Leistungen zu vermeiden. Eine solchermaßen

verstandene Mengensteuerung setzt jedoch zwingend voraus, daß es gelingt, den zu befriedigenden Bedarf adäquat zu ermitteln.

Im Gegensatz hierzu wurden mit den bisherigen Ansätzen der Mengensteuerung in erster Linie *Kostendämpfungsziele* verfolgt: „Mengenbeschränkung oder -reduktion (Senkung der Verweildauer, Bettenabbau) erfolgten im wesentlichen deshalb, weil steigende Mengen nur zu steigenden Kosten zu haben gewesen wären. In diesem Sinn setzten alle bisherigen Kostendämpfungsstrategien an Preisen und *globalen Mengenziffern an*“ (NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.608). Bei dieser primär *administrativ-fiskalisch orientierten Mengensteuerung* wurde zwar implizit unterstellt, daß die abgegebenen Leistungsmengen wohl tendenziell zu hoch seien, eine eingehende Untersuchung der Frage, „ob und inwieweit die heute abgegebenen Leistungsmengen in ihrer Qualität und Struktur den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen“ (NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.608), unterblieb bislang jedoch. Vielmehr muß davon ausgegangen werden, daß das Abgabeverhalten der Leistungsanbieter gegenüber den einzelnen Patienten in bezug auf die Leistungsmengen und die Leistungsstruktur faktisch noch völlig unkontrolliert ist.

Ausgehend davon, daß eine Marktorientierung keine Lösung dieses Problems darstelle, wird die Auffassung vertreten, daß in Anbetracht des vergleichsweise geringen Erfolges bisheriger regulativer Strategien die globale, auf Preisen und Mengen bezogenen Kostenbeeinflussung ergänzt werden müsse durch die Etablierung eines *politisch-administrativen Kontrollmechanismus* für die Bedürfnisadäquanz der Leistungsabgabe im Medizinsystem. Als Instrument vorgeschlagen wird dafür die *epidemiologisch orientierte Mengensteuerung* (Vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.608).

Ausgangspunkt dieses *sozial-medizinischen Steuerungsansatzes* bildet die Auffassung, daß die Leistungsabgabe sowohl unter medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten wie unter dem Kriterium der Angemessenheit der gesundheitlichen Versorgung im Sinne der RVO-Bestimmungen der kritischen Beurteilung bedarf. Ferner sei zu überprüfen, ob bestimmte, unter ärztlichen Gesichtspunkten als angemessen bewertete Leistungen bei Berücksichtigung sonstiger Gesichtspunkte (z. B. sozialer, familiärer, regionaler Art) gegebenenfalls anders einzuschätzen sind und ob das professionelle medizinische Versorgungssystem überhaupt als Bewältigungsinstanz für die jeweiligen Probleme das geeignetste ist.

Als wesentlichste Voraussetzung für die Anwendung nennt dieser Steuerungsansatz die Kenntnis über den Verbrauch der Gesundheitsleistungen einer definierten Bevölkerung. Gefordert ist somit die *Herstellung epidemiologischer Transparenz* über das Leistungsgeschehen. Dahinter steht die Auffassung, daß medizinische Leistungen nur dann fachlich zu beurteilen sind, wenn ihre Konsumenten und deren Erkrankungshäufigkeit bekannt sind.

Kerngedanke des Ansatzes ist, statistisch zu prüfen, ob die epidemiologisch erwartete Häufigkeit von Leistungen für die einzelnen Behandlungsanlässe und die tatsächlich er-

brachten Leistungsmengen übereinstimmen. Als Charakteristikum der epidemiologischen Transparenz wird dabei angesehen, „daß gegenüber den bisherigen Ansätzen nicht die leistungserstellende Einrichtung und ihre betrieblichen Parameter im Vordergrund der Betrachtung stehen, sondern die erbrachten bzw. in Anspruch genommenen Leistungsmengen nach Art und Umfang, bezogen auf die Leistungsempfänger, untersucht werden (NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.612). Ziel ist es, auf der Basis *epidemiologischer Evidenz* die Notwendigkeit und Angemessenheit einer bestimmten Kombination und Häufigkeit medizinischer Leistungen für eine definierte Personengruppe zu bewerten und auf dieser Basis geeignete Korrektur- und Steuerungskonsequenzen anzusetzen und Planungsmaßnahmen vorzunehmen.

Als Instrument der *inhaltlichen Steuerung des Leistungsgeschehens* wird dabei der *sozialmedizinische Diskurs* empfohlen. Dieser soll auf regionaler Ebene erfolgen und die beteiligten Gruppen (Leistungsanbieter, Nachfrager und staatliche Steuerungsinstanzen) umfassen. Seine zentrale Aufgabe bestünde in der Konfrontation der Beteiligten, insbesondere der Leistungserbringer, mit den aufklärungsbedürftigen Sachverhalten epidemiologisch nicht erklärbarer Behandlungshäufigkeit mit dem Ziel, im Rahmen der Selbstregulation geeignete Abhilfemaßnahmen einzuleiten (Vgl. NEUHAUS/PAQUET/SCHRÄDER, 1985, S.612 ff.).

3. 4. 6. 2 Steuerung des mengenmäßigen Inputs (Angebotssteuerung)

Eine grundsätzliche Alternative zur mengenmäßigen Steuerung der Leistungsabgabe besteht in der *quantitativen Steuerung des Angebots*. Dahinter steht zumeist die Annahme, daß von einer Beschränkung des Leistungsangebots ein dämpfender Effekt auf die Entwicklung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen und -güter ausgeht. Dies gilt allerdings nur dann, wenn zwischen der Zahl der vorhandenen und angebotenen Produktionskapazitäten und der Nachfrage nach bzw. der Ausgabenhöhe für Gesundheitsleistungen ein positiver Zusammenhang unterstellt werden kann. Einen solchen Zusammenhang postuliert z. B. das sog. Roemersche Gesetz, nämlich eine ursächliche Beziehung zwischen der Zahl der Krankenhausbetten als der unabhängigen und der Höhe der Ausgaben für Krankenhausleistungen als der abhängigen Variablen. Daneben gibt es vor dem Hintergrund steigender Ärztezahlen eine Reihe von Indizien, die dafür sprechen, daß die Leistungsmenge mit der Zahl niedergelassener Ärzte tendenziell steigt (Vgl. WIDÖ, 1978).

Unabhängig davon existiert zwischen der *finanziellen Globalsteuerung* und der *Entwicklung des Personaleinsatzes* im Gesundheitswesen ein »latenter Konflikt« (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.569). Soll am Ziel der Beitragssatzstabilität festgehalten werden, d.h. die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin an der allgemeinen Einkommensentwicklung orientiert werden, bedeutet dies, daß bei einem zur Entwicklung der Gesamtbeschäftigung überproportionalen Anstieg der Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen, das Einkom-

mensniveau im Gesundheitswesen langsamer steigen muß als das allgemeine Einkommensniveau oder aber die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen nicht stärker steigen darf als die Zahl der Erwerbstätigen insgesamt, wenn erstere voll am allgemeinen Einkommensanstieg teilnehmen sollen.

Dies schafft nicht nur eine verteilungspolitisch angespannte Situation, sondern führt auch zu einem erheblichen Druck in Richtung Ausweitung der Finanzierungsspielräume der GKV. Allein schon daher stellt sich mit Nachdruck die Frage, inwieweit die finanzielle Globalsteuerung „durch eine Strategie zur Steuerung des Personaleinsatzes im Gesundheitswesen flankiert und entlastet werden kann“ (GRIESEWELL, 1985, S.570). Andernfalls, so wird argumentiert, führe z.B. die Entwicklung der Ärztezahlen in den nächsten Jahren „bei unverändertem Fortbestehen des geltenden Zulassungsrechts zu einer unververtretbaren Expansion der Ausgaben für ärztliche Behandlung“ (VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN, 1983, S.69 ff.).

Obleich Strategien der realen Leistungseinschränkung (z.B. über Zulassungsbeschränkungen der Ärzte, Personalsperren, Sachkapitalausstattungslimitierung) nicht ganz so stark umstritten sind wie direkte Rationierungen der Leistungsanspruchnahme, treffen für die Inputsteuerung ähnliche Bedenken zu, wie sie für die Outputsteuerung geäußert wurden. Eine politisch-administrative Inputsteuerung geht gewöhnlich vom Bedarfsprinzip aus, d.h. die Versorgung mit Gesundheitsleistungen und -gütern soll einem wissenschaftlich ermittelten Bedarf entsprechen, wobei die allgemeinen Bedarfvorstellungen gemäß einer Prioritätensetzung in konkrete Angebotspläne umgesetzt werden.

Das Problem, das sich dabei ergibt, besteht darin, daß die für die Angebotsplanung Verantwortlichen die Produktionsfunktion kennen müssen, über welche die Zielgrößen, gemessen in Outputmengen, indirekt angestrebt werden sollen. Anders ausgedrückt setzt eine zielorientierte Mengensteuerung detaillierte Kenntnisse der Input-Output-Verflechtungen des Gesundheitssektors voraus. Ist dies jedoch der Fall, so besteht die grundsätzliche Möglichkeit, über exakt bestimmte Inputeinheiten ein ganz bestimmtes Versorgungsniveau (Output) anzusteuern. Werden für die limitierten Inputeinheiten zudem Preisfixierungen vorgenommen, läßt sich das Ausgabenvolumen outputorientiert festlegen (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.22).

Bedenken gegen die inputorientierte Mengensteuerung resultieren vor allem daher, daß, wenn sie einigermaßen erfolgreich angewandt werden soll, sehr restriktive, einschließlich dirigistische Eingriffe eingesetzt werden müssen. So kann erforderlich sein, „daß alle Produzenten ihre Autonomie dahingehend einschränken, daß sie nur die gewünschten bzw. genehmigten Inputmengen einsetzen, letztlich also ihre Verfügungsfreiheit über die Produktionsfaktoren aufgeben“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.22). Zudem ist es i.d.R. notwendig, neue hinzutretende »Produzenten« von Gesundheitsleistungen und -gütern nurmehr in dem für die Bedarfssicherung notwendigen Ausmaß zuzulassen.

Ungeachtet der verschiedenen Schwierigkeiten sowie der vor dem Hintergrund der bundesrepublikanischen Wirtschaftsordnung nicht unproblematischen Eingriffe sehen insbesondere die Verfechter von Globalsteuerungsansätzen in Anbetracht der restriktiven Nebenbedingungen (u.a. finanzielle Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Finanzmittel) kaum eine Alternative dazu, auch zukünftig in bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens eine inputorientierte Mengensteuerung anzuwenden. Dabei wird auch darauf verwiesen, daß bereits derzeit im Leistungsbereich der GKV an mehreren Stellen eine Mengensteuerung stattfindet (z.B. Großgeräteverordnung, kassenärztliche Bedarfsplanung, Krankenhausbedarfsplanung), die weder zu Versorgungsengpässen noch zu einer feststellbaren Minderung der Qualität der medizinischen Versorgung geführt habe.

In Anbetracht dessen, daß man nicht auf die *Steuerung des Leistungsangebots* verzichten könne, gehe es vor allem darum, die damit verbundenen Regulierungen rationaler zu gestalten und sie mit einer klaren *output-orientierten Zielsetzung* zu verbinden. Insbesondere wird angestrebt, Angebotssteuerung nicht allein zu dem Zweck zu verfolgen, eine Ausgabenbeschränkung zu erreichen.

3. 4. 7 Steuerung über administrierte Preise

Im Gegensatz zur Mengensteuerung werden bei der *Steuerung über administrierte Preise* die Preise der Leistungen und Güter administrativ vorgegeben, wobei das regulative Element der Strategie vor allen Dingen in der *bewußten Gestaltung der Preisrelationen* besteht. Administrierte Preise sind von daher vor allem dann anzuwenden, wenn die Struktur des Angebots sowie der Nachfrage bewußt beeinflußt werden soll.

Sehr weitgehend definiert sind zu den *staatlich administrierten/kontrollierten Preisen* all jene Güter-, Leistungs- und Faktorpreise zu zählen, die vom Staat kraft hoheitlicher Machtbefugnisse und/oder in seiner Eigenschaft als Anbieter oder Nachfrager fixiert oder gezielt beeinflußt werden (Vgl. BREITENSTEIN, 1977, S.27). Administrierte Preise bilden somit im Gegensatz zu den Marktpreisen nicht Knappheiten zwischen individuellen Angeboten und individueller Nachfrage ab, sondern sind Ausdruck der Einschätzung von Knappheiten durch Instanzen mit obrigkeitlichen Befugnissen. Während Teile der Wissenschaft und vor allem der Wirtschaft *staatlichen Preisinterventionen* generell äußerst skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen, da sie durch solche Maßnahmen eine tendenzielle Paralyse der wirtschaftspolitischen Handlungsfähigkeit befürchten (Vgl. BAUM, 1980, S.22), halten andere staatliche Maßnahmen zur Kontrolle der Preise in Anbetracht des von ihnen konstatierten »Marktversagens« als geradezu unabdingbar. Dort wo die Voraussetzungen des vollkommenen Marktes fehlen, stattdessen unvollständige Konkurrenz und insbesondere mangelnde Markttransparenz vorherrschen, soll die staatliche Preispolitik eingreifen und Preise festsetzen, die überhaupt nicht oder erst nach längerer Zeit durch den Marktmechanismus bestimmt würden.

Neben Begründung administrierter Preise durch Unvollkommenheiten auf der Angebotsseite gibt es Positionen, die marktkorrigierende Staatseingriffe in die Preisbildung primär mit gesellschaftspolitischen Erfordernissen rechtfertigen. Diese führen an, daß der Marktmechanismus nicht in der Lage sei, für bestimmte Bereiche (z.B. im Gesundheitswesen) eine Versorgungssicherheit zu garantieren, ein ausreichendes Angebot öffentlicher Güter sicherzustellen, nicht offengelegte oder fehlgeleitete individuelle Präferenzen zu korrigieren sowie sozial notwendigen distributions- und beschäftigungspolitischen Erfordernissen Rechnung zu tragen (Vgl. BAUM, 1980, S.18 ff.).

Vor allem im Bereich des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle spielen *kollektive Verhandlungspreise*, die sich von administrierten Preisen insofern unterscheiden, als an der Preisbestimmung prinzipiell beide Seiten, Anbieter und Nachfrager, beteiligt sind. Insbesondere dann jedoch, wenn Verhandlungspreise allgemeinverbindlich werden und ihre Bestimmung in sehr zentralen Verhandlungen erfolgt, weisen sie tendenziell dieselben Eigenschaften wie administrierte Preise auf.

Charakteristisch für eine *Globalsteuerung mit administrierten Preisen* bzw. *Verhandlungspreisen* ist, daß im Gegensatz zur Mengensteuerung versucht wird, das Verhalten der Anbieter und Nachfrager nicht über direkte Handlungsanweisungen, sondern über *finanzielle Anreize* zu steuern. Das *Steuerungsziel* wird nicht über die Vorgabe von Inputmengen wie z.B. personellen und sachlichen Kapazitäten angestrebt, sondern durch eine *Änderung der Preisverhältnisse*. Im Vergleich zur Mengensteuerung weist die pretiale Lenkung verschiedene Vorteile auf: Zum einen wird die Handlungsfreiheit der Anbieter durch administrierte Preise weniger eingeschränkt als durch imperative Mengenvorgaben, da sie Art und Umfang ihrer Reaktionen auf Preisänderungen selbst bestimmen und dabei im allgemeinen zwischen verschiedenen Alternativen wählen können. Zum anderen sind Preisanpassungen flexibler und rascher zu bewerkstelligen als eine Änderung der Mengenvorgaben (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.26). Insbesondere haben die Anbieter bei vorgegebenen Preisen immer noch die Möglichkeit, durch Veränderung ihrer Kostenstruktur Gewinne zu erwirtschaften (vorausgesetzt, es handelt sich um »faire« Preise).

Im derzeitigen System der GKV weisen die *Gebührenordnungen* in starkem Maße Elemente *pretialer Steuerungsstrategien* auf. Durch eine Neubewertung einzelner Positionen der Gebührenordnung ist es grundsätzlich möglich, Einfluß auf die Angebotsstruktur (Mengenstruktur) zu nehmen. Allerdings sind die *Anpassungsreaktionen* nicht exakt vorkalkulierbar und Ausgabenreduktionen nicht in jedem Fall sichergestellt.

Eine Hauptschwierigkeit beim Einsatz pretialer Lenkungsstrategien mittels administrierter Preise besteht in der richtigen Ermittlung der für die *Preisfixierung* erforderlichen *relativen Knappheiten*. Erforderlich ist eine operationalisierbare Zielfindung, auf deren Basis durch Vergleich zwischen gewollter Gesundheitsversorgung und dem Ist-Zustand relative Knappheiten bestimmbar sind,

die schließlich die Grundlage für zu setzende Preise bilden. Sollen die festgelegten Preisverhältnisse nicht strukturkonservierend wirken, ist eine regelmäßige Überprüfung der Entwicklung mit dem Ziel vorzunehmen, durch periodische Revision der gesetzten Preise auf dem anvisierten Zielerreichungspfad zu bleiben und eventuelle Fehlentwicklungen zu korrigieren.

3.5 Instrumente zur Intervention auf der Mikro-Ebene

3.5.1 Anpassung der Mikro-Ebene an globale Vorgaben

Obschon die Hauptansatzpunkte von Globalsteuerungsstrategien auf der Makro-Ebene liegen, werden nichtsdestoweniger die allermeisten *ausgabenwirksamen Entscheidungen auf der Mikro-Ebene*, d.h. von den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens getroffen. Dabei wird weitgehend akzeptiert, daß der *Arzt als Entscheidungsträger* eine *Schlüsselstellung* einnimmt, er es ist, „der die Nachfrage bzw. das Behandlungsbedürfnis des Patienten in Entscheidungen über Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen umsetzt“ (GRIESEWELL, 1985, S.565).

Sollen die durch die Makrosteuerung angestrebten Ziele (z.B. globale oder sektorale Intervention zur Beeinflussung von Aggregatgrößen, wie Gesamtvergütung der Ärzte) realisiert werden, bedarf es in einem dezentral strukturierten Gesundheitsversorgungssystem der flankierenden Steuerung auf der Mikro-Ebene, d.h. der gezielten Beeinflussung der einzelnen Handelnden im Gesundheitswesen. Da die direkte Outputsteuerung (direkte Festlegung der Produktion, der Verteilung und des Konsums an Gesundheitsgütern) für das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland allenfalls theoretische Bedeutung haben kann, kommt es vor allem auf die richtige Instrumentierung der *Inputsteuerung* (Beeinflussung des Ressourcenzuflusses) und der *Prozeßsteuerung* (Beeinflussung der Ressourcennutzung im System) an (Vgl. PFAFF, 1983b, S.138 f.). In beiden Fällen ist jedoch die „Kompatibilität der Steuerungsmechanismen auf der Makro- und Mikro-Ebene“ zu beachten. „Von Interesse ist vor allem, ob die Prozeßsteuerung auf der Mikro-Ebene dazu beitragen kann, die ausgabenintensiv wirkenden Faktoren zu begrenzen und damit die finanzielle Globalsteuerung zu unterstützen“ (GRIESEWELL, 1985, S.565).

Konkreter ausgedrückt geht es darum, die Einzelentscheidungen so zu beeinflussen, daß die daraus resultierenden Ausgaben bei Aggregation mit dem zur Verfügung stehenden Gesamtvolumen übereinstimmen. Im Zweifelsfall ist ein derartiger Ausgleich wohl nur über direkte Rationierung zu erreichen, zumal in jenen Fällen, in denen eine global zur Verfügung gestellte Ausgaben-summe ganz offensichtlich nicht ausreicht, um die potentielle Einzelnachfrage insgesamt zu befriedigen. Mit derartigen Problemen dürfte man u.U. bei einer strukturierten Budgetierung konfrontiert sein, wenn man aus inhaltlichen Gründen das zur Verfügung stehende Ausgaben-volumen eines bestimmten Bereiches ganz bewußt kürzt.

Sofern die Entscheidungsträger auf der unteren Ebene nicht gänzlich einer Fremdsteuerung ausgesetzt werden

sollen, also nicht mit von strikten von oben bis unten reichenden Planvorgaben operiert werden soll, bedarf es geeigneter Instrumente und Mechanismen, um das Verhalten der Anbieter und der Konsumenten in einer Weise zu beeinflussen, die es erlaubt, die Globalziele - wenigstens approximativ - zu verwirklichen.

Eine auf individuelle Verhaltensbeeinflussung und nicht auf dirigistische Eingriffe angelegte Prozeßsteuerung dürfte insbesondere dann möglich sein, wenn von der weit verbreiteten Annahme ausgegangen werden kann, daß ein überwiegender Teil der durch die »Kostenexplosion« verursachten Ausgabenzuwächse nicht von einer korrespondierenden Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung begleitet war. Trifft dies zu, „bedeutet eine Reduktion der Ausgaben der GKV - unter der Annahme einer gleichbleibenden Quantität und Qualität der realen Gesundheitsversorgung - einen Beitrag zur Effizienz des Prozesses der Produktion von Gesundheitsgütern“ (PFAFF, 1983 b, S.145). Sind derartige Rationalisierungsserven dagegen nicht vorhanden, dürfte die Prozeßsteuerung auf erhebliche Abwehr- und Ausweichreaktionen stoßen und mit gegebenenfalls kontraproduktiven Verteilungskämpfen konfrontiert sein.

3.5.2 Prozeßsteuerung auf der Angebotsseite

Für die Prozeßsteuerung auf der Angebotsseite stehen u.a. die folgenden Instrumente zur Verfügung:

- *Information der Ärzte* über Effizienz und Effektivität von Arzneimitteln, Behandlungsformen etc.; Information über Preise durch Preisvergleichslisten;
- *Festlegung von Standards* für medizintechnische Verfahren bzw. für die ökonomisch sinnvolle Behandlungsweise;
- *Überprüfung der Effizienz und Effektivität* der ärztlichen Behandlung durch Ausschüsse der Kollegen (peer group review) bzw. durch Gemeinsame Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen;
- *Einführung geeigneter Honorierungssysteme* (pretiale Steuerung; beim Ordnungsverhalten des einzelnen Arztes ansetzende Bonus-Malus-Systeme; Pauschalierungsverfahren);
- *Steigerung des Wettbewerbs* zur Kostensenkung im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich, sofern dies mit der Wahrung von Qualitätsstandards vereinbar ist.

3.5.3 Prozeßsteuerung auf der Nachfrageseite

Zwar sind die Hauptbefürworter von Globalsteuerungs- und Budgetierungsansätzen im allgemeinen gegen eine über monetäre Anreize laufende Nachfragesteuerung, grundsätzlich denkbar ist es jedoch, daß eine Globalsteuerung auf der Mikro-Ebene durch eine Nachfragesteuerung ergänzt wird. Umfangreich praktiziert worden ist dies während der im Rahmen der Kostendämpfungspolitik praktizierten Globalsteuerung. Prinzipiell in Betracht

kommen hier die Information von Versicherten und Patienten, die Festlegung von Standards, Second-Opinion-Regelungen bei Operationen (diese Maßnahme läßt sich zugleich auch als Instrument zur Steuerung des Angebotsverhaltens einsetzen), Selbstbeteiligungsregelungen, Zugangsbeschränkungen (z.B. Einweisung ins Krankenhaus nur durch Ärzte) sowie Leistungsausgrenzungen.

3.6 Funktion und Aufgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Ausgehend von den in der Diskussion befindlichen konzeptionellen Ansätzen für eine Globalsteuerung und Budgetierung lassen sich kaum Aussagen machen, welche Funktionsbestimmung den Selbstverwaltungskörperschaften im Rahmen eines derartigen ordnungspolitischen Ansatzes zugedacht wird. Zwar wird von Befürwortern von Globalsteuerungsstrategien - anders als von einigen Vertretern einer marktwirtschaftlichen Orientierung - nicht ausdrücklich eine Beschneidung der Kompetenzen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und schon gar nicht die Auflösung von Selbstverwaltungskörperschaften (z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen) gefordert, allerdings sind klare Vorstellungen in bezug auf den Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltungen bei Vorgabe globaler Orientierungsdaten und Prioritäten nicht auszumachen. Allenfalls sind Aussagen zu finden, wonach das Konzept einer gesamtverantwortlichen und übergreifenden Gesundheitspolitik in einem pluralistischen System durch ein ordnungspolitisch gleichgelagertes Konzept der Steuerung durch Selbstverwaltung und Verhandlungssysteme ergänzt werden müsse (vgl. DGB, 1987, S.9).

3.7 Kontrolle der Zielerreichung

Eine auf Gesamtverantwortung sowie Zielorientierung und Prioritätensetzung angelegte Gesundheitspolitik bedarf in besonderem Maße der *Kontrolle der Zielerreichung*. Ausgehend von der globalen Zielsetzung der Globalsteuerung wird daher verlangt, daß am Ende einer Periode stets eine *Überprüfung des Zielerreichungsgrades* erfolgt. Insbesondere wenn sich die Globalsteuerung als Prozeß versteht, umfaßt die Planung neben der politischen Durchsetzung und der Phase der Realisierung auch die Kontrolle, d.h. die Gegenüberstellung des Erreichten (Ist-Zustand) mit dem Gewollten (Soll-Zustand) (vgl. HENKE, 1983, S.350).

Ansätze der Globalsteuerung verstehen die Bestimmung von Zielen und die Festlegung von Prioritäten sowie die Auswahl der Steuerungsinstrumente nicht als einmaligen Akt, sondern als laufenden Rückkoppelungsprozeß. Entsprechende Bedeutung ist der *Erfolgskontrolle* (Evaluation) beizumessen. Eine wesentliche Voraussetzung dieses Steuerungskonzeptes besteht darin, die Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen festzustellen, insbesondere danach zu fragen, inwieweit Ziele erreicht worden

sind. Sind Ziele verfehlt worden, gilt es zu analysieren, was die Ursachen dafür waren.

Auf dieser Basis wird selbstverständlich davon ausgegangen, daß kontinuierlich zu prüfen ist, ob die vorgegebenen Ziele noch als realistisch anzusehen sind, oder ob im Lichte der bisherigen Erfahrungen und der eingetretenen Wirkungen eine *Zielrevision* vorgenommen werden muß.

4. Einwände gegen die Globalsteuerung und Budgetierung

4.1 Grundsätzliche Einwände

Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung werden von nahezu allen Beteiligten eine *Fülle spezifischer Fehlentwicklungen* konstatiert, die sich vor allem in einer Unter- und Überversorgung sowie einer Ausgabenexpansion manifestieren. Das *Gesundheitswesen als Mischsystem* aus Elementen eines marktwirtschaftlich, dezentralen und freiheitlichen Selbststeuerungskonzepts einerseits und eines zentralen und fremdbestimmten Planungs- und Regulierungssystems andererseits, das sich in privat-wirtschaftlich agierenden Wirtschaftseinheiten sowie öffentlich-rechtlich organisierten Institutionen und Zwangsmonopolen ausdrückt, bringt durch sich konterkarierende Effekte Ergebnisse hervor, die Anspruch und Realität der Gesundheitsversorgung weit auseinanderklaffen lassen. Zahlreiche Kritiker gehen davon aus, daß jeder einzelne Beteiligte sich innerhalb dieser in sich unstimmigen Ordnung rational verhält, aufgrund widersprüchlicher Steuerungskonzepte und falscher Anreize führten die einzelwirtschaftlich rationalen Entscheidungen aber in die kollektive Irrationalität, eine Tatsache, die *per se* als Ordnungsdefizit zu werten sei.

Kritik am Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung üben vor allem Wissenschaftler und Politiker, die ihrerseits für den Einbau von stärker marktwirtschaftlich orientierten Steuerungselementen plädieren. Einwände gegen ein System mit stark zentralistischen Entscheidungsansätzen kommen aber auch von Befürwortern einer Steuerung des Gesundheitswesens auf der Ebene der Verbände. Eine dritte Gruppe schließlich kritisiert derartige Konzepte vor allem wegen ihres mangelhaften basisdemokratischen Bezuges, fehlender Patientenorientiertheit sowie der Dominanz fiskalistischer Überlegungen gegenüber gesundheitlichen Qualitätsaspekten.

Vor allem marktwirtschaftlich orientierte Gegner kritisieren, daß als *Heilmittel* für dieses scheinbar planlose, unkoordinierte und unerwünschte Ergebnis dezentral handelnder Wirtschaftseinheiten mehr Planung, mehr Abstimmung einzelwirtschaftlicher Plandaten und mehr konzentriertes Vorgehen der Betroffenen gefordert werde, um die fehlende Orientierung des Systems zur Entwicklung einer übergeordneten rationalen und objektiven Gesundheitspolitik zu ermöglichen, und eine integrierte Gesundheitspolitik zu erreichen. Globalsteuerung und Budgetierung, die auf *zentralverwaltungswirtschaftlichem Gedankengut* basieren, wird argumentiert, seien die bevorzugten

Instrumente, um individuelle und kollektive Rationalität miteinander in Einklang zu bringen.

Die Magie dieser wohlklingenden und ohne nähere Prüfung überzeugenden Argumente verstelle jedoch den Blick für die eigentlichen *Ursachen der Fehlentwicklungen*. Diese lägen keinesfalls in einer der dezentralen Planerstellung immanenten Fehlerhaftigkeit und Funktionsuntüchtigkeit, sondern vielmehr im *Einbau jener zentralistischen und koordinierenden Institutionen* sowie sonstiger spezifischer Regulierungen, die erst die bestehenden strukturellen Verwerfungen und sich wiederholender Finanzierungsdefizite induziert hätten. Es müsse daher entschieden davor gewarnt werden, alte Konzepte und alte Fehler, die bereits einmal in die Sackgasse geführt hätten, durch dieselben Konzepte mit analogen Fehlern korrigieren zu wollen.

Für die *Implementierung solch zentralverwaltungswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente* werden Gründe angeführt, die sowohl der geschichtlichen Entwicklung der GKV als auch der *paternalistisch-sozialen Weltanschauung* entlehnt sind. Das wohl entscheidendste Argument, das zur Rechtfertigung herangezogen wird, um das Gesundheitswesen als marktwirtschaftlichen Ausnahmehereich zu klassifizieren, beruht auf der Annahme der fehlenden Konsumentenouveränität. Es wird argumentiert, daß der einzelne nicht entscheiden könne, was für ihn richtig oder falsch sei. Er schätze nicht nur seine wirklichen Bedürfnisse falsch ein, sondern verfüge grundsätzlich über einen nur begrenzten Zeithorizont. Diese individuellen Unzulänglichkeiten erlaubten es ihm daher nicht, sinnvolle und richtig strukturierte Wahlentscheide zu treffen. Aus diesem Grund müßten Dritte eingreifen, die fehlerhaftes Verhalten korrigieren oder gegebenenfalls ganz verhindern.

Es werde zwar anerkannt, daß auf diese Weise die *individuelle Freiheit* eingeschränkt werde, zugleich aber behauptet, nur durch Anwendung eines gewissen Zwanges könne der einzelne, eingebettet in eine Gemeinschaft, wirkliche Freiheit erlangen, da die ergriffenen Maßnahmen nur dem *Wohl des Betroffenen* dienten. Zur Artikulation seines Individualinteresses bestehe für ihn in einer *demokratischen Ordnung* die *Möglichkeit der Mitbestimmung und Teilhabe* an Entscheidungen über entsprechende Interessenvertreter.

Für die Kritiker sind bei zentralistischen Steuerungsansätzen Interessenvertreter v.a. deshalb notwendig, um die Aufgabe des Nachfragers, der aufgrund seiner ihm eigenen »angeblichen« Unfähigkeit ausgeschaltet wird, zu übernehmen. Außerdem kann der Staat aufgrund des freiheitlich orientierten Verfassungsauftrags nicht in alleiniger, zentraler und autoritärer Kompetenz die Gesellschafts- und Wirtschaftsabläufe steuern. Diese sind nach Ansicht von Kritikern die eigentlichen Gründe, warum überhaupt Partizipationsmodelle in die Diskussion gebracht werden, mit denen die Freiheit durch Mitbestimmung realisiert werden soll.

Die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* stellt ein solches Partizipationsforum dar, auf dessen Plattform sich das mobilisierte demokratische Potential artikulieren

kann. Mittels dieses *Globalsteuerungsinstruments* soll es den Gruppen des Gesundheitswesens ermöglicht werden, eine gegenseitige Ziel- und Planabstimmung vorzunehmen und die Gesundheitspolitik rational zu planen. Dieses demokratisch und zweckmäßig anmutende Vorgehen erweist sich für zahlreiche Kritiker bei genauem Hinsehen als fataler Irrtum und gerader Weg in die Staatsverwaltung, selbst wenn dies - wenigstens bewußt - auch von den meisten Vertretern der Globalsteuerungsoption nicht gewollt werde.

Nach Überzeugung der Kritiker zeigt sich gerade hier zum einen die Möglichkeit zur Mitbestimmung über Interessenvertreter als reine *Pseudo-Beteiligung*, da nicht nur durch die Möglichkeit der Vorauswahl partizipationsberechtigter Gruppen eine Vorentscheidung gefällt werde, sondern auch die Gewichte ungleich verteilt seien, da ausschließlich die Bundesregierung über die relevanten Orientierungsdaten verfüge. Zum anderen wäre die Möglichkeit zur Entscheidungsgestaltung nur dann ein Instrument zur Verwirklichung der individuellen Freiheit, wenn es möglich wäre, daß die Individualinteressen in der Gemeinschaftsentscheidung repräsentiert wären, oder der Gruppendiskurs automatisch zu einer Anerkennung des objektiv besten Argumentes führen würde. Dabei sei bekannt, daß die *Vielfalt subjektiver Bedürfnisse* und Interessen nicht in einer gebündelten, objektiven Entscheidung kanalisierbar ist. Auch sei aus der Theorie des Staatsversagens seit langem bekannt, daß Interessenvertreter in Form von *Verbandsfunktionären oder Politikern* weit weniger die Interessen derjenigen widerspiegeln, die sie vorgeben zu vertreten, sondern eigene Ziele und Interessen durchzusetzen versuchen. Nicht zuletzt ständen solche Personen unter *starkem Konformitätsdruck*, der sie veranlasse, auf vorgefaßten Meinungen zu beharren, und sich von gegenteiligen Argumenten unbeeindruckt zu lassen. Man muß nach Meinung der Gegner dieser Steuerungsansätze der politischen Entscheidungspraxis schon unkundig sein, um zu der Überzeugung zu gelangen, daß die daraus entstehenden Kompromißlösungen, die von massiven *Einkommens- und Machtinteressen* geprägt sind, in der Lage seien, jeden einzelnen Patienten »vernünftig« zu versorgen.

Das wohl entscheidendste Argument gegen Globalsteuerungsmechanismen besteht für die Kritiker allerdings darin, daß diese *Ersatzsteuerungsgremien* diejenigen Entscheidungen treffen müssen, die dem einzelnen Individuum nicht zugetraut werden. Dabei wird angenommen, daß diese Personen in der Lage sind, richtige, an der Objektivität orientierte Entscheidungen zu tätigen, ohne dabei zu sehen, daß sich hinter einer vermeintlich objektiven Entscheidung fehlerhafte Individuen verbergen, so daß handfeste Subjektivismen und Ideologien das ursprüngliche Ziel ad absurdum führen. Nicht aufgrund individueller Entscheidungen, sondern aufgrund *zentralisierter Entscheidungen* werden Willkür, Verwerfungen und Ungerechtigkeiten erzeugt, die das rechtsstaatliche Denken durch überzogenes sozialstaatliches Denken aushöhlen.

Viele Kritiker sind dabei der Ansicht, daß man wohl relativ schnell Einigung darüber erzielen könne, daß das Gesundheitssystem weder mittels eines reinen Marktsystems,

ohne ordnende Funktion des Staates, noch aufgrund eines reinen Staatssystems, mit ausschließlicher Planungshoheit der Regierung, zu reformieren ist. Vielmehr bestehe die eigentliche Schwierigkeit darin, ein Reformkonzept zu entwickeln, das marktwirtschaftliche und sozialstaatliche Elemente optimal kombiniere. Die spezifischen Steuerungsinstrumente müßten so aufeinander abgestimmt sein, daß sich keine widersprüchlichen Anreize ergeben und zu erwartende Effekte sich nicht gegenseitig neutralisieren. Das Konzept der Globalsteuerung und Budgetierung verhindere ein solch ausgewogenes, in sich selbst stabiles Mischsystem, da die hierfür erforderlichen Detailregulierungen immer neuen *Regulierungsbedarf* hervorriefen und auf diese Weise eine *Interventionsspirale* in Gang setzten, an deren Ende zwangsläufig, entgegen der ursprünglichen Absicht, ein *staatlich gelenktes Gesundheitssystem stehe*. Von den Befürwortern dieser Strategie bleiben die Spätfolgen ihrer Forderungen unberücksichtigt, zumal kurzfristige Erfolge, die sich erst im Nachhinein als Pyrrhus-Sieg herausstellen, die Richtigkeit ihrer Handlungen bestätigen.

Für zahlreiche Kritiker von Globalsteuerungsansätzen besteht das Ziel daher darin, eine *spezifische Ordnung* zu entwerfen, die über Selbststeuerungsmechanismen verfügt und die Elemente individueller Freiheit sowie staatlichen Zwangs in einem optimalen Verhältnis miteinander verbindet. Dabei müsse allerdings der bereits eingeschlagene Weg zu mehr Staat, mehr Planung und Fremdbestimmung revidiert werden, und durch eine *Entstaatlichung* der erste Schritt in Richtung auf ein freiheitliches, dezentrales sich weitgehend selbststeuerndes Gesundheitssystem eingeleitet werden.

4.2 Einzelne Kritikpunkte an den Globalsteuerungskonzepten

4.2.1 Einwände gegen zentralisierte Entscheidungen

4.2.1.1 Grundsätzliche Bedenken gegen staatliche Eingriffe

Unabhängig vom konkreten Erfolg oder Mißerfolg bezüglich ihres Einflusses auf die Ausgabenentwicklung wird die in der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik angelegte *Budgetierung bzw. Plafondierung* als grundsätzlich falscher Weg angesehen. Einer der Haupteinwände lautet, daß mit „Hilfe staatlich vorgegebener Zielgrößen global die Ausgabenentwicklung der GKV *ex ante* festgelegt wird, ohne das Wissen zu besitzen, das sich erst im Prozeßablauf ergibt“ (OBERENDER, 1986, S.184; vgl. HAMM, 1980). Dahinter steht die Überzeugung, daß sich *Marktprozesse* infolge der *Nichtzentralisierbarkeit des Wissens* nicht ohne Nachteil für alle Beteiligten durch andere *Lenkungs- und Koordinationsmechanismen* ersetzen lassen (Vgl. HAYEK, 1952).

4.2.1.2 Fehlerhafte Bedarfsermittlung

Auch wenn bisweilen eingeräumt wird, daß die *Budgetierung* unter bestimmten Bedingungen die Ausgaben in ex-

akt definierten Grenzen halten kann und damit einen Druck in Richtung auf eine wirtschaftliche Leistungserstellung ausübt, werden doch die damit verbundenen Nachteile als nicht tragbar erachtet. Erste Probleme werden darin gesehen, daß *allgemein akzeptierte Kriterien* für die *Festlegung und Revision des Budgetvolumens* fehlten (Vgl. MÜNNICH, 1984, S.8). Nach Überzeugung der Kritiker ist die zentrale Bedarfsfestlegung sowohl mit Legitimations- wie auch Definitionsproblemen verbunden. Das Fehlen einer eindeutigen und allgemein akzeptierten Bedarfsdefinition bedeute, daß sich der Bedarf wesentlich an *subjektiven Wertvorstellungen* und *gesellschaftlichen Überzeugungen* orientiere. Zentralisierte Steuerungskonzepte müßten zwangsläufig auf Expertenurteile vertrauen, d.h. die Versorgung der Bevölkerung wird zu einem großen Teil von den subjektiven und im Zeitablauf schwankenden Überzeugungen dieser Experten mitbestimmt (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.147).

Als besonders schlechte Lösung gilt in diesem Zusammenhang der Versuch, die Entwicklung der *Gesundheitsausgaben* auf den *Einkommenszuwachs der Versicherten* zu begrenzen bzw. das *Gesundheitsbudget als konstanten Anteil des Sozialprodukts* zu definieren (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.365, S.170). Begründet wird dies u.a. damit, daß es höchst unwahrscheinlich sei, daß das mit einem auf diese Weise bestimmten Budget mögliche Leistungsangebot den *tatsächlichen Präferenzen der Bürger* gerecht werde (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.365). Da sich »wissenschaftlich« eine ganz bestimmte Höhe des Budgets nicht begründen lasse, beanspruche die staatlich gelenkte Budgetierung, die individuellen Bedürfnisse der Bürger zu kennen und zudem in der Lage zu sein, diese auf der Makro-Ebene aggregieren zu können.

Kritisch wird zudem eingewandt, daß bei der Bedarfsfestlegung über einen gesellschaftlichen Willensbildungsprozeß auf zentraler Ebene tendenziell zu erwarten sei, daß *ideologische und wahltaktische Überlegungen* bei den Entscheidungen der staatlichen Behörden großen Einfluß gewinnen. „Wahlgeschenke und die Pflege guter Beziehungen zur jeweiligen Klientel dürften bei der Entscheidungsfindung oft höheres Gewicht haben als andere problemorientierte Überlegungen“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.147). Daher sei nicht auszuschließen, daß eine sachorientierte Arbeit unter parteipolitischen und ideologischen Machtkämpfen leide.

4. 2. 1. 3 Nichtberücksichtigung superiorer Bedürfnisse

Obschon die bereits genannten Argumente allein die Ablehnung rechtfertigten, komme noch hinzu, daß bei einer Begrenzung der Entwicklung des Gesundheitsbereiches auf die *Zunahme der Grundlohnsumme* für diesen Bereich höchstens ein Wachstum in der Höhe einer Einkommenselastizität der Nachfrage von eins zugelassen werde (Vgl. OBERENDER, 1986, S.185). Tatsächlich jedoch deuteten einige empirische Befunde darauf hin, daß Gesundheit als Gut zu den *superioren Gütern* gehöre, d.h. die Nachfrage bei steigendem Einkommen überproportional zunimmt. Gänzlich unberücksichtigt lasse eine derartige Budgetfestsetzung zudem Veränderungen im Krankheits-

spanorama sowie in der demographischen Struktur der Bevölkerung.

4. 2. 1. 4 Mißachtung der Wachstumsdynamik

Bei alledem steht eine *Politik der administrativen Ausgabenbegrenzung* nach Ansicht der Kritiker von Budgetierungsstrategien noch dazu im *Konflikt mit der Wachstumsdynamik*. Einige Wissenschaftler halten es für geradezu willkürlich, die Wachstumsmöglichkeiten eines ganzen Wirtschaftszweiges durch staatliche Vorgaben zu beschränken und ihn in entscheidender Weise seiner Handlungsautonomie zu berauben. Dies erscheint ihnen als umso schwerwiegender, als die Wachstumsdynamik gerade in den Dienstleistungsbereichen bei steigendem Wohlstand als besonders groß gilt (Vgl. OBERENDER, 1986, S.186; SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86).

4. 2. 2 Bürokratisierung und Fehlentwicklungen

4. 2. 2. 1 Beschränkung der Entscheidungsspielräume durch Bürokratisierung

Budgetierung und Staatseingriffe sind für die Kritiker aber nicht nur untaugliche Instrumente zur Bewältigung der Ausgabenentwicklung, sondern auch der *Ausgangspunkt für weitere Fehlentwicklungen*. So wird die These vertreten, daß die Globalsteuerung in eine sich unaufhaltsam verstärkende *Planung und Bürokratisierung* führe. Begründet wird dies u.a. mit der Feststellung, daß eine Politik der globalen Ausgabenbegrenzung, die wirksam sein wolle, bis zu den Entscheidungen der einzelnen Anbieter durchgreifen müsse. Es genüge z.B. nicht, nur eine Komponente, d.h. entweder nur die Vergütungssätze oder nur den Umfang festzuschreiben. Bei der bestehenden Einzelleistungshonorierung der Ärzte müßten sich die staatlichen Vorschriften bis auf Art und Umfang der abgerechneten Leistungen erstrecken (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, S.170). Werde hingegen nur der Umfang festgeschrieben, so bestehe die Gefahr, daß über entsprechende Preissteigerungen diese Einengung kompensiert werde (Vgl. OBERENDER, 1986, S.185). Ohne eine bis ins Detail gehende Festlegung dessen, was der einzelne Leistungserbringer im konkreten Fall zu tun habe, gebe es keine Gewähr dafür, daß die abgerechneten Leistungsmengen eine Honorarsumme ergeben, die der vereinbarten Gesamtvergütung entspricht (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, S.170).

Insbesondere eine Mengensteuerung weist für die Gegner globaler Steuerungsansätze deutliche Nachteile auf; für sie ist sie das typische Instrument staatswirtschaftlicher Volkswirtschaften, in denen es keine freie Verfügung über Produktionsmittel, keinen freien Marktzutritt und keine Freiheit der Berufsausübung und Berufsausbildung gibt. Darüber hinaus sei mehr als fraglich, ob es eine genügend scharfe zukunftsbezogene Bedarfsschätzung geben könne, aus der sich die Versorgungsziele präzise ableiten ließen (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.24).

Generell wird die Auffassung vertreten, daß „Kollektivempfehlungen Hunderttausende selbständig Entscheider nicht an gesamtwirtschaftliche Höchstbeträge binden können und daß Höchstbeträge für einzelne Ausgabenarten - wegen der substitutiven Beziehungen zu anderen Ausgabenparten und wegen technischer Fortschritte und ihrer Folgen für die Ausgabenstruktur - ein unzumutbares Verfahren der Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ (HAMM, 1984 a, S.8) sind.

4. 2. 2. 2 Erstarrung überkommener Strukturen

Die *Steuerung der Mengenkompone*nte über *Quotenregelungen* kann im Prinzip zwar zu einer wirksamen *Ausgabenbegrenzung* führen, beinhaltet nach Ansicht der Kritiker von Globalsteuerungsansätzen jedoch stets die Tendenz zur *Erstarrung überkommener Leistungsstrukturen*. Grundsätzlich könne davon ausgegangen werden, daß die meisten staatlichen Regulierungen strukturkonservierend wirkten, da sie Verteilungspositionen determinierten und jede Veränderung dieser Verteilungskämpfe provozierten (Vgl. MÜNNICH, 1984 b, S.8).

Derartige Entwicklungen würden aber nicht nur dem steten Wandel in den Angebotsstrukturen und den Patientenwünschen nicht gerecht werden, sondern bedeuteten auch ein Hemmnis bei der Suche nach überlegenen Problemlösungen. Entsprechendes gelte auch für eine Fixierung von Ausgabenblöcken für einzelne Bereiche: Auch hier stehe der Verhinderung von Substitutionsprozessen und damit wahrscheinlichen Umschichtungen zwischen den einzelnen Sektoren die *Einfrierung von Strukturen* gegenüber (Vgl. OBERENDER, 1987, S.8; METZE, 1983, S.335 f.).

4. 2. 2. 3 Hemmnis für innovatorische Prozesse

Darüber hinaus gelten *staatliche Regulierungsmaßnahmen* als mitverantwortlich dafür, daß sich innovatorische Kräfte nur unzureichend durchsetzen und technischer Fortschritt nicht in dem gewünschten Maße stattfindet (Vgl. HAMM, 1984 a, S.22). Nach Überzeugung der Gegner von Globalsteuerungsstrategien führt die mit staatlichen Eingriffen verbundene Beschränkung der Handlungsfreiheit der individuellen Entscheidungsträger in der Regel jedenfalls auch zu einem *Verlust an Spontaneität und Ideenreichtum* (Vgl. METZE, 1985, S.73; MÜNNICH, 1986, S.175). Sofern die Planungsbürokratie zum Ausgleich der *sinkenden Innovationsbereitschaft* der einzelnen Leistungserbringer selbst Innovationen fördere, sei zu befürchten, daß „solche Innovationen eher wegen ihrer Subventionierung als aus Zweckmäßigkeit vorgenommen werden. Das Fehlen des Wettbewerbs als Entdeckungs- und Selektionsverfahren erhöht auch die Wahrscheinlichkeit von Fehlentscheidungen, deren Tragweite je nach Zentralisierungsgrad der Planung größer ist als bei dezentralen Sy-

stemem“ (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.149).

4. 2. 2. 4 Umgehungsmöglichkeiten und Ausweichstrategien

Ein weiteres Argument gegen staatliche Regulierungen beinhaltet der Hinweis, daß diese erfahrungsgemäß noch immer „die Intelligenz und den Spürsinn der Betroffenen“ herausgefordert hätten, um *Umgehungsmöglichkeiten* zu finden, zumal wenn derartige Regelungen zentral die Eigeninteressen der Betroffenen tangierten (Vgl. MÜNNICH, 1984 b, S.8). Nach Auffassung von Kritikern regt der mangelnde Einfluß der Entscheidungsträger der unteren Ebene auf die Entscheidungsfindung diese geradezu dazu an, „ihre innovativen und kreativen Kräfte mehr für das Ersinnen von neuen Ausweichstrategien als für die Fortentwicklung des Krankenhauswesens (bzw. des Gesundheitswesens, Anm.d.Verf.) einzusetzen. Der Anreiz, im eigenen Interesse die Leistung zu steigern, wird abgebaut zugunsten einer Mentalität, die sich auf geschickte Antragstellung, Beeinflussung der Planungsbehörden und eine wirkungsvolle Lobby konzentriert“ (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.148 f.).

4. 2. 2. 5 Notwendigkeit der fortschreitenden Intervention

Um die *Substitutionsprozesse* zu korrigieren, Mißbräuche von Vorschriften und das Suchen nach Auswegen zu unterbinden, bedarf es nach Ansicht von Kritikern der schon zwangsläufig immer weiterer Regulierungen, so daß unweigerlich eine *Interventionsspirale* in Gang komme (Vgl. OBERENDER, 1986; MÜNNICH, 1984b). Tatsächlich bestehe der Ausweg, den die Gesundheitspolitiker seit Jahren beschritten, darin, „unerwünschte Reaktionen dadurch auszuschalten, daß Entscheidungsrechte auf staatliche oder auf Kollektivorgane der Selbstverwaltung verlagert werden“.

Kritiker von Globalsteuerungsansätzen sind überzeugt, daß eine Fremdsteuerung der Entscheidungsträger auf unterer Ebene es sowohl im Leistungserstellungs- als auch im Finanzierungsbereich notwendig macht, die Akteure auf der unteren Ebene auf die Einhaltung der Vorgaben hin zu kontrollieren. Da zwischen den Zielen der zentralen Ebene und den Zielen der Akteure auf der unteren Ebene im allgemeinen Konflikte bestünden, hätten letztere kein Selbstinteresse, die globalen Vorgaben zu erfüllen. Vielmehr würden sie versuchen, trotz und ggf. sogar mit Hilfe der staatlichen Planung ihre eigenen Vorstellungen zu verwirklichen. Dies zwingt die staatlichen Behörden, einen *umfassenden Kontrollapparat* aufzubauen, wobei in der Regel das Streben nach einer Perfektionierung der Kontrollinstrumente immer hinter den Ausweich- und Umgehungsstrategien der Betroffenen herhinke (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.148).

II. Marktwirtschaftliche Orientierung und Steuerung

1. Vorbemerkung

In der durch eine *Vielzahl von Möglichkeiten* für eine Reform des Gesundheitswesens geprägten Diskussion der letzten Jahre lassen sich eine Reihe von Reformansätzen unter dem Stichwort »*Mehr Markt im Gesundheitswesen*« zusammenfassen. Obgleich diese vor allem von Gesundheitsökonomen eingebrachten konzeptionellen Vorschläge für eine Strukturreform hinsichtlich ihrer Reichweite sowie einer Reihe von Detailregelungen voneinander abweichen, liegen ihnen doch gewisse *einheitliche Normen und Wertvorstellungen* zugrunde (Vgl. u. a.: OBERENDER, 1980, S. 145 ff.; OBERENDER, 1985, S. 13 ff.; OBERENDER, 1986, S. 177 ff.; MÜNNICH, 1980, S. 2 ff.; MÜNNICH, 1982; HAMM, 1984, S. 21 ff.; METZE, 1982, S. 335 ff.; KNAPPE/ROPPEL, 1982; KRONBERGER KREIS, 1987).

Gemeinsam ist den meisten marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen¹, daß es ihnen um mehr geht als nur um die Beseitigung bestimmter Mängel innerhalb des bestehenden Gesundheitsversorgungssystems. Die soziale Krankenversicherung in ihrer derzeitigen Form bildet für sie „einen Fremdkörper in der freiheitlichen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland“ (Vgl. HAMM, 1984, S. 21). Entscheidend ist dabei weniger die möglicherweise unzureichende Effizienz des derzeitigen Systems; Kernpunkt der Kritik ist vielmehr, daß gegenwärtig die *Versicherten als unmündige Bürger* behandelt würden (Vgl. HAMM, 1984, S. 21).

Für die Marktwirtschaftler stellt die auch von ihnen für längst *überfällig erachtete Strukturreform* nicht allein ein „gesundheitpolitisches Anliegen dar“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1987, S. 1); desgleichen geht es ihnen nicht ausschließlich darum, vorhandene Steuerungs- und Finanzierungsprobleme zu lösen. *Übergeordnetes Ziel der Reformbestrebungen* ist für viele ausdrücklich die „Wiederherstellung und Erhaltung der freiheitlichen Ordnung in der Bundesrepublik“ (so z. B. OBERENDER, 1986, S. 177). In diesem Sinne ergibt sich der Reformbedarf in erster Linie aus der als notwendig erachteten „Neubesinnung auf die konstituierenden und regulierenden Prinzipien einer sozialen Marktwirtschaft“ (CASSEL/HENKE, 1988, S. 8); erst danach werden zur weiteren Begründung erhebliche Zwei-

1) In der hier vorliegenden Darstellung werden Begriffe wie »marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonomen«, »Marktwirtschaftler« oder »Marktökonomen« synonym gebraucht, wobei mit der Benutzung dieser Bezeichnungen keine ideologische Zuordnung intendiert ist. Der Gebrauch dieser Bezeichnungen dient lediglich zur einfacheren Benennung des Kreises von Wissenschaftlern, der in irgendeiner Form für eine stärkere marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens eintritt. Um Mißverständnisse zu vermeiden, sei hier ausdrücklich festgestellt, daß unter diesen Begriffen zahlreiche Vertreter subsumiert werden, die sich in bezug ihres generellen Grundverständnisses von Marktwirtschaft voneinander unterscheiden.

fel an der Effektivität und Effizienz des derzeitigen Gesundheitssystems angeführt (Vgl. CASSEL/HENKE, 1988, S. 18).

Aus dieser Betrachtungsweise resultiert folgerichtig die Forderung nach einer auf „ein einheitliches neues Ordnungskonzept“ ausgerichteten Strukturreform der GKV, deren Hauptzweck in ihrem Beitrag zu einem „allgemein gesellschaftlichen Grundziel, nämlich der Erhöhung der individuellen Wahl- und Handlungsfreiheit“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1987, S. 1), zu sehen ist. Zum Kern „einer Reformpolitik im Gesundheitswesen (...) sollte gehören, allen Beteiligten im Gesundheitswesen mehr Anreize zu bieten, aus eigenem Interesse das zu tun, was auch für alle günstig ist“ (SVR: JAHRESGUTACHTEN 1982/83, Tz. 492 ff.). Gerade dies ist jedoch nach Auffassung der marktorientierten Gesundheitsökonomen letztlich nur durch die Schaffung von Strukturen zu erreichen, die alle Beteiligten zu einem möglichst wirtschaftlichen Verhalten veranlassen. Als Orientierungshilfe für die Wahl der Schritte, die zu diesem Ziel hinführen, kann nach Meinung des Sachverständigenrates „die Analogie zur marktwirtschaftlichen Versorgung hilfreich sein“ (SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz. 366).

2. Kritik des gegenwärtigen Systems²

Die Kritik der marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomen am gegenwärtigen Krankenversicherungssystem bezieht sich zum einen auf die *prinzipiellen Systemmängel*, zum anderen auf die zur *Eindämmung der Ausgabenexplosion* sowie zur *Korrektur von Fehlentwicklungen* in den letzten Jahren seitens des Staates *ergriffenen Abhilfemaßnahmen*.

Die *wichtigsten Thesen* der Marktökonomen lauten:

- 1) Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist aufgrund institutioneller und gesetzlicher Rahmenbedingungen durch eine *Vielzahl von Mängeln* gekennzeichnet. *Falsche Anreizstrukturen* führen zu vielfältigem Fehlverhalten aller Beteiligten. Als Folge des systemimmanenten Konflikts zwischen individueller und kollektiver Rationalität (Rationalitätenfalle) kommt es zu *Fehlallokationen und Monopolrenten* (so z. B. MÜNNICH, 1982).
- 2) Die bisherige *Kostendämpfungspolitik* ist gescheitert. Die bestehenden Mängel konnten nicht behoben wer-

2) Die in diesem Abschnitt dargestellte Kritik des gegenwärtigen Systems bezieht sich auf jene aus marktwirtschaftlicher Sicht; dies bedeutet jedoch nicht, daß in diesem Rahmen nicht auch Kritikpunkte auftauchen, die von sog. „Nicht-Marktwirtschaftlern“ gleichfalls geteilt werden.

den, weil lediglich eine *Symptombehandlung* durchgeführt, nicht jedoch die eigentlichen Ursachen der Fehlentwicklungen kuriert wurden (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.127 f.).

- 3) Der zur Kostendämpfungspolitik verkümmern den Gesundheitspolitik fehlt es an *konzeptionellen Vorstellungen* über den *Ordnungsrahmen* der gesamten Gesundheitsversorgung und seiner Teilbereiche (Vgl. HENKE, 1987, S. 6).
- 4) Die *Freiheitsspielräume der Beteiligten* (Versicherte, Krankenversicherungen und Leistungserbringer) werden im heutigen Ordnungssystem ohne Notwendigkeit über Gebühr eingeschränkt (Vgl. KNAPPE, 1988 a, S.272).
- 5) Im gegenwärtigen System der GKV lohnt es sich, von *Gesundheitsgütern verschwenderischen Gebrauch* zu machen, mehr Leistungen als erforderlich zu verordnen, unter verschiedenen gleich guten Therapien die jeweils teuerste auszuwählen, an unwirtschaftlichen Verfahren festzuhalten und kostenmindernde Investitionen zu vernachlässigen (Vgl. HAMM, 1984, S. 23).
- 6) *Umfangreiche Wettbewerbsbeschränkungen* auf der Nachfrage- und Angebotsseite führen zu ökonomischen Ineffizienzen sowie Fehlallokationen von beträchtlichem Ausmaß mit der Konsequenz, daß die Kosten der Leistungserstellung im Gesundheitswesen überhöht sind (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987).

2. 1 Strukturelle Mängel des Krankenversicherungssystems

2. 1. 1 Fehlanreize und Steuerungsdefizite auf der Nachfrageseite

Stärker als andere Kritiker des gegenwärtigen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sehen marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonominnen auch auf der *Nachfrageseite* wesentliche *Mängel des Versicherungssystems* und damit *Ursachen der enormen Ausgabenentwicklung*. Im Mittelpunkt steht dabei die auf Zwangsbeiträgen basierende *Vollversicherung* und die damit verbundene *Kostenvolldeckung im Krankheitsfall* für den einzelnen Versicherten (Vgl. OBERENDER, 1986, S. 181). Nach ihrer Argumentation führt die in diesem System angelegte *Anreizstruktur* notwendigerweise zu einer „überoptimalen Versorgung“ (MÜNNICH, 1982, S. 33) mit der Konsequenz, daß für das Gesundheitswesen mehr ausgegeben wird bzw. ausgegeben werden muß, als tatsächlich notwendig wäre.

2. 1. 1. 1 Grundprobleme indirekter Finanzierung

Die im derzeitigen System der GKV anzutreffenden *Lenkungsprobleme* und *Steuerungsdefizite* auf der *Nachfrageseite* werden von den Marktökonominnen zu einem wesentlichen Teil als unmittelbare Folge des praktizierten Versicherungssystems, insbesondere dessen *Finanzierung*, angesehen. Die *Trennung der Nachfrage* auf dem Gesundheitsmarkt in jene der Konsumenten (Patienten), jene der

Ärzte, die Umfang und Struktur bestimmen, und die der Kostenträger (Krankenkassen) wird von vielen als die entscheidende Unvollkommenheit des Gesundheitssektors überhaupt gewertet. Bei einer derartigen Dreiteilung der Nachfrage bestehe grundsätzlich die Gefahr, daß „sich die einzelnen Gruppen nicht marktwirtschaftlich und damit nicht kostenbewußt verhalten“ (KARTTE, 1985, S. 187).

Den Ausgangspunkt dieser Ansicht bildet die These, daß in einem Pflichtversicherungssystem mit *Zwangsbeiträgen und Kostenvolldeckung* Gesundheit den *Charakter von Kollektivgütern* erhält, für die typisch ist, daß der Konsum ohne Gegenleistung erfolgen kann (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1981, S. 33). Indem in einem solchen System die *direkten Kosten der Inanspruchnahme von Leistungen* praktisch Null sind (Vgl. PFAFF, 1983, S. 109)³, wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen völlig *preisunelastisch*. Die individuelle Gesundheitsnachfrage wird derzeit durch das *Preisaußschlußprinzip* - aus welchen Gründen auch immer - nicht begrenzt (Vgl. OBERENDER, 1987, S. 2). Eine der Folgen eines derart strukturierten Systems sehen einige Wissenschaftler im Auftreten einer *Umlage- oder auch Freifahrermentalität*; medizinisch verordnete Leistungen werden danach in der Regel unabhängig von der Höhe der entstehenden Kosten in Anspruch genommen, d. h. eine Preisreaktion bleibt aus (Vgl. METZE, 1983, S. 339). Abgesehen davon, daß infolge der indirekten Finanzierung die Notwendigkeit einer Beachtung der durch die Nachfrage entstehenden Kosten fehlt, kommt durch *Anwendung des Sachleistungsprinzips* hinzu, daß der einzelne Patient die von ihm verursachten Kosten noch nicht einmal kennt (Vgl. MÜNNICH, 1984, S. 9).⁴

2. 1. 1. 2 Moral-Hazard-Phänomen

Nach Ansicht marktwirtschaftlich orientierter Ökonomen begünstigt das gegenwärtige Krankenversicherungssystem aber nicht nur eine Art von *»Freifahrer-Mentalität«*, indem es dazu führt, daß Versicherte mehr nachfragen als Patienten, die ihre Kosten selbst zu tragen haben (jedenfalls in den Fällen, in denen Raum für ökonomische Überlegungen bleibt), sondern erzeugt auch das sog. *Moral-Hazard-Verhalten* (Vgl. hierzu u. a.: ARROW, 1963, S. 941 ff.; MARSHALL, 1976, S. 880 ff.; PAULY, 1978, S. 531 ff.; SCHAPER, 1978; SCHAPER, 1979, S. 178 ff.). Diese Verhaltenshypothese für die Nachfrager nach Gesundheitsleistungen geht davon aus, daß für den einzelnen Versicherten - nachdem er seinen Beitrag erst einmal bezahlt hat - ein Anreiz besteht, soviel wie möglich an Bedürfnisbefriedigung *»kostenlos«* aus dem System herauszuholen (Vgl. MÜLLER-GROELING, 1973, S. 63). Unterstellt wird hier zum einen, daß es bei *Kollektivgütern* völlig rational sei, bei steigenden Zwangsbeiträgen den Konsum auszuweiten; zum anderen wird angenommen, daß sich Individuen *nutzenmaximierend* verhalten.

3) Unberücksichtigt bleiben bei dieser Aussage möglicherweise beim Nachfrager auftretende Transaktions- und Informationskosten.

4) Bezüglich der Wirkung eines Übergangs vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip im derzeitigen System gehen die Meinungen allerdings auseinander; so sehen einige eher die Gefahr, daß bei Kenntnis der Kosten u.U. jene Versicherten, deren Kosten unter den gezahlten Beiträgen liegen, erst Recht ermutigt werden könnten, ihre Nachfrage auszuweiten.

ten, d.h. in Wahrung der eigenen Interessen gegen die Interessen der Versichertengemeinschaft verstoßen und bei gegebenem Beitrag möglichst viele Leistungen in Anspruch nehmen, ihre Nachfrage also bis zur *Sättigungsgrenze* ausdehnen (Vgl. CASSEL/HENKE, 1988, S. 13).

Bei dem im derzeitigen GKV-System bestehenden *vollen Versicherungsschutz* handeln die einzelnen Patienten nach Ansicht der Marktökonomien rational, wenn sie möglichst viele *Gegenleistungen* für ihren Versicherungsbeitrag beanspruchen (*Nutzenmaximierung*), und zwar auch über den ihren eigentlichen Präferenzen entsprechenden Bedarf hinaus. Damit steht für sie zugleich fest, daß eine *beitragsfinanzierte Pflichtversicherung* zu einer *gesteigerten Inanspruchnahme* von Gesundheitsleistungen und somit zu höheren Gesundheitsausgaben unter *Verschwendung knapper Ressourcen* führt.

2. 1. 1. 3 Rationalitätenfalle

Die eigentliche *Irrationalität kollektiver Sicherungssysteme* besteht für die Marktökonomien in der sich aus dem *Moral-Hazard-Verhalten* ergebenden *Rationalitätenfalle* (Vgl. insb.: HERDER-DORNEICH, 1982). So ökonomisch rational es für einen auf Vorteilstreben bedachten Versicherten ist, seine Nachfrage bis zur Sättigungsgrenze hin auszudehnen, führt dieses Verhalten kollektiv dennoch zur *Irrationalität*. Dem bei einem derartigen Verhalten realisierten Nutzengewinn des einzelnen Versicherten steht nach der Grenznutzen Theorie insgesamt ein *Wohlfahrtsverlust* in der Höhe entgegen, in der die Grenzkosten den Grenznutzen übersteigen. Daran ändert sich grundsätzlich auch dann nichts, wenn der Versicherte die Rückwirkung seiner vermehrten Leistungsanspruchnahme auf seinen zu zahlenden Beitrag ins Kalkül ziehen würde (Vgl. MÜLLER-GROELING, 1973, S. 64 ff.).

Nach diesem Ansatz befindet sich der Versicherte unter den für das gegenwärtige System der GKV als realistisch auszugehenen Annahmen in einer Art »*prisoners dilemma*«; trotz eines nicht pareto-optimalen Gesamtergebnisses entscheiden sich die Versicherten für die *eigennützige Strategie* größtmöglicher Leistungsanspruchnahme und dies, obgleich alle besser gestellt wären, d.h. *Pareto-Optimalität* erreicht werden könnte, wenn alle die Strategie möglichst sparsamer Leistungsanspruchnahme wählen würden.⁵

Die Ursache des vermeintlichen *Widerspruchs* liegt darin, daß für den einzelnen die Auswirkungen seiner *individuellen Leistungsanspruchnahme* auf seinen eigenen Beitrag nicht kalkulierbar sind; die Kosten treffen vielmehr die gesamte Versichertengemeinschaft und werden dort für den Einzelnen weitgehend unmerklich verteilt. Dies hat zur Folge, daß der Sparbeitrag des Einzelnen auf den von ihm zu zahlenden Beitrag keinen fühlbaren Einfluß

hat, ja er sogar Gefahr läuft, dadurch die Überinanspruchnahme anderer zu subventionieren (Vgl. MÜLLER-GROELING, 1973, S. 64 ff.; HERDER-DORNEICH, 1982; SCHAPER, 1978).

Ausgehend von der Existenz derartiger Wirkungsmechanismen steht für die marktlich orientierten Gesundheitsökonomien letztlich fest, daß eine *kollektive, nicht-marktwirtschaftliche Güterversorgung* prinzipiell mit *Fehlsteuerungen* verbunden ist. Der im System angelegte Widerspruch zwischen der *individuellen Rationalität der Nutzenmaximierung* und der *Gruppenrationalität* erzeugt für sie ein *verfälschtes Anspruchsvolumen*, das zu immer *höheren Kapazitäten* und damit zu *anhaltenden Kostensteigerungen* bei gleichzeitigem Abbau des *eigenverantwortlichen Schutzes* der Gesundheit führt (Vgl. ARNOLD, 1986, S. 18; SCHNEIDER, 1985, S. 17). Insgesamt bedeute dies eine *gesamtwirtschaftliche Verschwendung* und damit eine *Überforderung* des Systems (Vgl. OBERENDER, 1987, S. 2).

2. 1. 1. 4 Sonstige Probleme auf der Nachfrageseite

Marktwirtschaftliche Kritiker des derzeitigen GKV-Systems bemängeln desweiteren, daß die Nachfrager infolge zu geringer *Kenntnis der Behandlungsmöglichkeiten* und ihrer gesundheitlichen Wirkungen in der Regel nicht wüßten, wie das Gut Gesundheit erreicht oder erhalten werden könne (Vgl. METZE, 1982, S. 63 f.). Die Verantwortung für diesen Zustand wird allerdings nicht allein dem Patienten angelastet; dieser müsse sich im gegenwärtigen System darauf beschränken, nur eine sehr *unbestimmte Nachfrage* zu äußern. Auch wenn er im medizinischen Bereich seine Bedürfnisse nicht immer konkret definieren könne, rechtfertige dies nicht, dem Versicherten de facto jede Möglichkeit zu versagen, zwischen verschiedenen denkbaren Gesundheitsleistungen bzw. Behandlungsmethoden zu wählen (Vgl. KARTTE, 1985, S. 188).

In bezug auf die Patienten wird ferner angemerkt, daß sie im allgemeinen nicht in der Lage seien, den *zusätzlichen Nutzen von Aufwendungen im Gesundheitssektor* zu dem von Aufwendungen zur Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen in Beziehung zu setzen. In diesem Zusammenhang wird von einigen Wissenschaftlern der Behauptung widersprochen, daß innerhalb der individuellen Bedürfnisstruktur den Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Leben stets eine absolute Priorität vor anderen Bedürfnissen eingeräumt werde (Vgl. OBERENDER, 1985, S. 23 f.). Tatsächlich müsse man sich angesichts der *Knappheit der verfügbaren Ressourcen* damit abfinden, daß es auch im Gesundheitsbereich keine vollständige Bedürfnisbefriedigung geben könne (Vgl. OBERENDER, 1985, S. 22; MÜNNICH, 1980, S. 90).

Beklagt wird außerdem, daß das gegenwärtige System keinerlei Anreize für ein *gesundheitsförderndes Verhalten* der Versicherten beinhalte. Ebenso fehle es den Patienten unter den gegebenen Bedingungen an der erforderlichen *compliance*, d.h. der Bereitschaft ärztliche Verordnungen strikt einzuhalten (Vgl. MÜNNICH, 1981, S. 210).

5) Als pareto-optimal wird ein Wohlfahrtszustand bezeichnet, bei dem kein Mitglied einer Gruppe bzw. Gesellschaft besser gestellt werden kann, ohne daß zumindest ein anderes schlechter gestellt werden müßte. Prisoners dilemma nennt man in der Spieltheorie eine Spielsituation, in der die Spieler ohne Absprache nur eine nicht paretoeffiziente Gleichgewichtslösung erreichen. Dabei ließe sich durch eine kooperative Strategie ein Pareto-Optimum erzielen.

2. 1. 2 Fehlanreize im Bereich der Organisation des Krankenversicherungsschutzes

Neben den systembedingten Problemen auf der Nachfrageseite erzeugt nach Ansicht der marktwirtschaftlich orientierten Kritiker auch die spezifische Organisation und Ausgestaltung des Versicherungsschutzes im derzeitigen System der GKV zusätzliche *Lenkungsprobleme und Steuerungsdefizite*. Als problematisch angesehen werden insbesondere die Mitgliedschaftsregelungen, die Beitragsgestaltung, die von der GKV ausgeübte Umverteilung, die derzeitige Leistungsausgestaltung sowie das Verhältnis zwischen den Krankenkassen.

2. 1. 2. 1 Mitgliedschaftsregelungen

Eine höchst bedenkliche Entwicklung stellt für die Marktökonomien die seit Jahren zu beobachtende Tendenz dar, immer weitere Bevölkerungsgruppen als Pflichtversicherte in die GKV einzubeziehen. Die Folgen hiervon seien nicht nur ausgabenerhöhende Wirkungen; ganz allgemein wird bezweifelt, ob es in der heutigen Zeit wirklich eines derart umfassenden Versicherungsschutzes bedarf. *Zwangsmitgliedschaft* bei Einheitsbeiträgen wirke sich grundsätzlich störend auf die *Eigenverantwortung des Individuums* aus und trage zur Förderung mangelnden Kostenbewußtseins bei. Tatsächlich habe sich die Einstellung der Versicherten von einer ursprünglich unmittelbar und persönlich empfundenen Solidarität zu einem allgemeinen *Versorgungsanspruchverhalten* verändert (Vgl. MÜNNICH, 1981, S. 197 ff.). Im übrigen begünstige die Einschätzung der GKV als einer allgemeinen Versorgungseinrichtung wesentlich die Existenz eines Moral-Hazard-Verhaltens (Vgl. KARTTE, 1985, S. 188). Einige Kritiker halten darüber hinaus die gegenwärtige Öffnung der GKV für über 90 % der Bevölkerung mit dem bisher verfolgten *Prinzip der Maximalversorgung* und der Aufrechterhaltung einer im Prinzip marktwirtschaftlichen Wirtschaftsordnung insgesamt nicht länger für kompatibel (Vgl. MÜNNICH, 1982).

2. 1. 2. 2 Beitragsgestaltung

Die Kritik der Marktökonomien an der Beitragsgestaltung deckt sich in weiten Bereichen mit den Einwänden, die ganz allgemein gegen die hier vorherrschenden Regelungen vorgebracht werden. Kritisiert wird auch von ihnen vor allem die *Orientierung* des Versicherungsbeitrages an der *Grundlohnsumme*, da dadurch erhebliche Verzerrungen entstünden. Einen individuellen Vergleichsmaßstab für die Leistungsfähigkeit stelle der Grundlohn nur unter der Bedingung dar, daß keine sonstigen Einkommen erzielt würden. Noch ungeeigneter sei diese Regelung als Maßstab der Leistungsfähigkeit einer Familie, da sie die Familienhaushalte von Alleinverdienern systematisch begünstige (Vgl. OBERENDER, 1987, S. 5).

Diese grundsätzliche Kritik wird auch gegenüber der derzeitigen *Beitragsbemessungsgrenze* vorgebracht. Diese habe zum einen zur Folge, daß der Solidarausgleich nur

bis zu dieser Höhe wirksam sei, zum anderen führe sie im Zusammenhang mit der Mitversicherung von Familienangehörigen zu einer Inkonsistenz, die darin begründet liege, daß Familien mit einem einzelnen sehr hohen Einkommen u.U. weniger Beitragszahlungen zu leisten hätten als jene Familien mit mehreren niedrigen Einkommen (Vgl. OBERENDER, 1987, S. 5).

Ordnungspolitische Inkonsistenzen und Unvereinbarkeiten mit dem Solidarprinzip sehen einige Marktökonomien auch in der pauschalen Begünstigung der Rentner, zumal feststehe, daß diese keineswegs durchgehend niedrigere Einkommen als Arbeitnehmer hätten (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S. 7).

2. 1. 2. 3 Leistungsgestaltung

Mehr noch als in der Erweiterung des Versichertenkreises sehen die Marktwirtschaftler in der nach ihrer Ansicht beständigen *Erweiterung des Leistungskatalogs der GKV* ein zentrales Problem des derzeitigen Systems. Eine Hauptursache der Fehlentwicklungen ist für sie der »Überperfektionismus des gesundheitlichen Leistungssystems« und die damit einhergehenden Überversorgungstendenzen (Vgl. BAIER, 1974, S. 1665; SCHELSKY, 1977; SCHOEK, 1977, S. 524). Grundsätzlich wird von den Marktwirtschaftlern kritisiert, daß das GKV-System im Zeitablauf immer mehr von einer Mindest- zu einer Vollversicherung ausgebaut worden sei, „mit einer weithin umfassenden Absicherung fast aller mit dem Krankheitsrisiko verbundenen materiellen Belastungen“ (KNAPPE/ROPPEL, 1982, S. 23 ff.).

Für die Marktwirtschaftler enthält der derzeitige Leistungskatalog der GKV zu viele Leistungen, die mit der originären Aufgabe der Versicherung des Krankheitsrisikos nichts oder allenfalls am Rande zu tun hätten (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S. 123). Nicht in den GKV-Leistungskatalog gehören für sie insbesondere jene Leistungen, die im versicherungstechnischen Sinne kein Risiko darstellten. Die Frage der Gestaltung des Leistungskatalogs ist für die Marktwirtschaftler insofern von Bedeutung, da »unzweckmäßige Leistungen« als ineffektiv angesehen werden. Darüber hinaus sind sie nach dieser Auffassung „Anreize für Moral-Hazard-Verhalten von Leistungsempfängern und Leistungserbringern, also Quelle einer ineffizienten Verteuerung des Versicherungsschutzes und der Schwächung des Versicherungsgedankens“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S. 49).

Als steuerungstechnisch besonders problematisch kritisiert werden in diesem Zusammenhang auch die „massiven legislativen und judiziären Eingriffe ... in den Leistungskatalog der Kassen“, zumal die Kassen so gut wie keine Entscheidungsspielräume und Managementinstrumente zur Verfügung hätten, „um diesen oktroyierten Verpflichtungen begegnen zu können“ (MÜNNICH, 1981, S.208).

2. 1. 2. 4 Soziale Aspekte und Umverteilungsregelungen

Ein weiteres zentrales Problem, das aus dem derzeitigen Mitgliedschafts- und Beitragsrecht resultiert, ist für die Marktökonomien die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung mit *Umverteilungsaufgaben*. Zunächst einmal habe die mit der Einbeziehung von Sozialzielen verbundene bewußte *Durchbrechung des Versicherungsprinzips* im Sinne eines versicherungstechnischen Risikoausgleichs zur Folge, daß die Beurteilung, ob die derzeitige GKV die zweckmäßigste Form für die finanzielle Sicherung im Schadens- bzw. Krankheitsfall sei, außerordentlich erschwert werde (Vgl. HENKE, 1986 b, S. 616).

Wesentliche Probleme des gegenwärtigen Systems rühren nach Ansicht der Marktökonomien daher, daß der „Versicherungscharakter ... ständig zugunsten eines Einkommensumverteilungssystems eingeschränkt worden“ sei (HAMM, 1984, S. 21). Die damit verbundene zunehmend stärkere *Zurückdrängung des Individualprinzips* auf Kosten des Sozialprinzips beinhalte sogar die „Gefahr der Entartung des Sozialstaates“ (OBERENDER, 1986)

Zwar wird - wenigstens von den meisten - akzeptiert, daß aus sozialetischen Gründen der Schutz z.B. chronisch Kranker oder sozial Schwacher gewährleistet sein müsse, nach Ansicht einiger Wissenschaftler wäre es jedoch eine mißverständene Solidarität mit den Mitgliedern dieser Gruppen, „wenn die gesamte Ordnung auf sie ausgerichtet“ (OBERENDER, 1980, S. 148) werde. Insbesondere dürfe die Anerkennung der Sicherungsfunktion des Sozialstaates nicht zu einer zunehmenden „Entmündigung des Individuums im Sozialstaat“ (PEHLKE, 1984, S. 33) führen. Einige Wissenschaftler sehen darüber hinaus im gegenwärtigen System die *Gefahr sozialer Konflikte*; indem sich für einen Teil der Versicherten „die Ausbeutung der anderen Mitglieder einer Solidargemeinschaft“ lohne, führe dies zu wechselseitigem Mißtrauen und der Überzeugung, „jeder wolle sich auf Kosten des anderen bereichern“ (HAMM, 1984, S. 22).

Ausgehend von diesen Überlegungen wenden sich die Marktwirtschaftler daher entschieden dagegen, das Krankenversicherungssystem mit der Lösung von Verteilungsproblemen zu »belasten«. Derartige Probleme zu lösen sei allein Aufgabe des Staates. Eine klare *Trennung zwischen risikobezogener und einkommensmotivierter Umverteilung* ermöglicht nach ihrer Ansicht nicht nur eine bessere *Wirksamkeit des Nutzen-Kosten-Kalküls*, sondern verhindere auch die derzeit stattfindende *unkontrollierte Umverteilung*, bei der keineswegs sichergestellt sei, daß sie sozialen Prinzipien genüge (Vgl. ALBERS, 1983, S.57).

2. 1. 2. 5 Organisation des Versicherungsschutzes

Von der Überzeugung ausgehend, daß der Wettbewerb das geeignetste Instrument zur Lösung von Allokationsproblemen darstellt, konstatieren die meisten Vertreter marktwirtschaftlicher Konzepte gerade im Kassenbereich einen erheblichen *Mangel an Wettbewerb*. Eine der Ursachen des Ausschlusses von Wettbewerb bei den Krankenkassen ist nach ihrer Ansicht die *Zwangsmitgliedschaft* (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.10), mit

der zugleich die Eigenverantwortung des Versicherten erheblich beeinträchtigt werde. Als Ausdruck von Eigenverantwortung und Markt-mündigkeit ist für die Marktökonomien die Wahlfreiheit für die Versicherten von zentraler Bedeutung.

Statt der in einer freien Gesellschaft typischen dezentralen Konfliktregelung lägen die Entscheidungen bei den auf der Zwangsmitgliedschaft basierenden Kassenverbänden. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts seien diese zudem ein „Element mittelbarer Staatsverwaltung“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1987, S.10), wobei eine wirksame Kontrolle durch die Betroffenen fehle. Für die Marktökonomien stellen die geringen Einflußmöglichkeiten der Versicherten auf die Krankenkassen eine der wesentlichsten Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen Systems dar. Aufgrund der derzeit bestehenden Pflichtmitgliedschaft in einer Kasse fehlten den Versicherten jegliche Sanktionsmöglichkeiten. Zugleich könne sich bei den Kassen kein Bewußtsein dafür entwickeln, Interessenvertreter der Versicherten zu sein (Vgl. METZE, 1982 b, S.85). Die Folge der weitgehenden Unabhängigkeit der Krankenkassen von den Versicherteninteressen sei, daß bei den Kassen kaum Anreize bestünden, wirtschaftlich zu handeln. Ungeachtet der formal vorhandenen Mitentscheidungsmöglichkeiten der Versicherten im Rahmen der Selbstverwaltung hätten diese jedoch „aufgrund der fehlenden Funktionalität der Sozialwahlen de facto keinen materiellen Einfluß“ (MÜNNICH, 1985, S.152).

2. 1. 3 Fehlanreize auf der Angebotsseite

Unzureichende bzw. in die falsche Richtung wirkende Incentives werden von den marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomien auch auf der Anbieterseite gesehen. Zwar wird die *These von der Anbieterdominanz* bzw. der *angebotsinduzierten Nachfrage* nicht uneingeschränkt geteilt (Vgl. HAMM, 1984, S. 24)⁶, weitgehend anerkannt wird jedoch, daß es an wichtigen Anreizen fehle, die Leistungsanbieter zu wirtschaftlichem Handeln zu veranlassen. Wenn durch die nachgefragte Menge der Umsatz und damit der Gewinn wachse, sei es normal, daß die Leistungserbringer ein Interesse daran hätten, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auszudehnen. Auch besteht Übereinstimmung darin, daß insbesondere den *niedergelassenen Ärzten* im Rahmen der Bereitstellung von Gesundheitsgütern eine *entscheidende Steuerungsfunktion* zukomme. Von daher wird dann auch beklagt, daß es bislang versäumt worden sei, durch positive Maßnahmen „die Motivation der Ärzte, wirtschaftliche Verantwortung für das Gesundheitswesen zu tragen“ (MÜNNICH, 1984, S. 8), zu fördern.

6) Nach Meinung von HAMM ist die von einigen Gesundheitspolitikern vertretene Ansicht, daß allein die Ärzte für die Höhe der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen verantwortlich seien, einseitig. Schließlich seien es die Versicherten, die sich krank meldeten, mit vielfältigen Verschreibungswünschen zum Arzt gingen, die Krankheitsrisiken nicht mieden und die Kosten der allgemeinen Lebenshaltung auf die Krankenkassen abzuwälzen bemüht seien.

2. 1. 3. 1 Ambulante Versorgung

Ungeachtet etwaiger relativierend wirkender ethnischer Randbedingungen kann bei einer ökonomischen Betrachtungsweise auch für die Ärzte unterstellt werden, daß sie in erster Linie an ihrem persönlichen Nutzen, d.h. vor allem an einer Maximierung ihres Einkommens interessiert sind. Das *Einkommensstreben* als dominierendes Argument *ärztlicher Zielfunktionen* ist für die Marktökonomien allerdings nicht das Problem; unbefriedigend sind eher schon die Rahmenbedingungen, unter welchen diese Zielfunktion maximiert wird.

Für das im derzeitigen System *typische Fehlverhalten der Ärzte* werden gleich mehrere Gründe geltend gemacht. Einer davon wird darin gesehen, daß sich die Ärzte in zahlreichen Fällen in *Konfliktsituationen* befänden (Vgl. HAMM, 1984 a, S. 24). Ursache hierfür sei einerseits, daß der Arzt die Situation des Patienten im allgemeinen besser kenne und umfangreichere Informationen über die Therapiemöglichkeiten besitze und andererseits, daß eine sinnvolle Behandlung ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erfordere (Vgl. OBERENDER, 1980, S. 153). Als »Berater und Sachwalter« (HAMM, 1984 a, S.24) sowie einzige sachverständige Vertreter von Patienteninteressen und zudem gewissen berufsständischen Prinzipien verpflichtet, sind die Ärzte nach Auffassung zahlreicher Kritiker tendenziell zu einer »*Maximalversorgung*« motiviert.

Die vergleichsweise *hohen ärztlichen Einkommen* wie das praktische *Fehlen von Konkursen* werden von einer Reihe von Marktwirtschaftlern als ein Indiz dafür angesehen, daß im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wettbewerbliche Elemente fast gänzlich fehlen und *Monopolrenten* eine wichtige Rolle spielen (Vgl. MÜNNICH, 1985, S. 153). Von Bedeutung ist dabei die von den Ärzten beanspruchte *Freiberuflichkeit*: wenn man an dieser festhalten wolle, so die Argumentation, müsse sich diese auch im ökonomisch-rechtlichen Bereich wiederfinden. Letzteres bedeute aber auch, daß es einen faktischen Kontrahierungszwang der Krankenkassen gegenüber den niedergelassenen Ärzten nicht geben könne. Vielmehr müßten die Krankenkassen in Verantwortung für ihre Versicherten die Möglichkeit haben, ihre jeweiligen Vertragspartner nach der Wirtschaftlichkeit und dem Bedarf auszuwählen (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1987, S.22).

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sehen die Marktökonomien zudem eine Reihe von Mängeln, die auf verschiedenste Regulierungen zurückgeführt werden. Besonders gravierend erachten sie dabei *Preisregulierungen*, die nach ihrer Ansicht den *Marktmechanismus* weitgehend außer Kraft setzen. Die Gebührenordnungen verführten dazu, daß von den Leistungserbringern solche Positionen bevorzugt würden, die einen maximalen Deckungsbeitrag pro Zeiteinheit lieferten (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S. 8). Zudem hafte ihnen generell eine *mangelnde Flexibilität* der Preisstrukturen an; eine Anpassung an geänderte Bedürfnisse und an technische Fortschritte erfolge - wenn überhaupt - nur mit großen Verzögerungen.

Auf wenig Zustimmung bei einer Reihe von Marktwirtschaftlern stoßen auch die *Zulassungsregulierungen* für Ärzte sowie der de facto existierende Kontrahierungszwang für die Krankenkassen. Auch wenn man anerkenne, daß eine bestimmte Schutzbedürftigkeit gegeben sei, bestehe doch die große Gefahr, daß Sicherheits- und Qualitätsargumente „lediglich als ideologische Scheinargumente zur Rechtfertigung von Standesinteressen verwandt werden“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S. 10). Derartige Argumente dienen vielfach nur dazu, etablierte Anbieter vor unliebsamen potentiellen Konkurrenten zu schützen. Damit aber werde der *dezentrale Koordinations- und Selektionsprozeß* empfindlich gestört. Eine künstliche Verknappung des Angebots an Ärzten habe auch zu den meist ungerechtfertigt hohen Einkommen geführt. Ein Wettbewerb zwischen den Ärzten um die wirtschaftlichste Behandlungsmethode bestehe nicht. Bei den Kassenärzten ergebe sich das für eine Marktwirtschaft „*ungewöhnliche Ergebnis*, daß alle Ärzte für sicherlich qualitativ unterschiedliche Arbeit gleiche Honorare“ (KARTTE, 1985, S. 190) bekämen.

2. 1. 3. 2 Krankenhausbereich

Die *Probleme im Krankenhausbereich* werden von den Verfechtern marktwirtschaftlicher Lösungen als besonders eindrucksvoller Beweis für die Richtigkeit ihrer Kritik an *staatlichen Reglementierungen* angesehen, da in diesem Sektor staatliche Eingriffe noch stärker als im ambulanten Bereich praktisch keinen Raum ließen für eigenverantwortliches Handeln. Deutlich zum Ausdruck komme dies bei der *dualen Finanzierung* und der damit verbundenen *staatlichen Bedarfsplanung* sowie den für die *Pflegesatzermittlung* geltenden rechtlichen Vorschriften.

Die *Deckung der Investitionen aus öffentlichen Mitteln* sowie die staatliche Bedarfsplanung haben nach Ansicht der Marktwirtschaftler nicht nur zu erheblichen *Fehlinvestitionen*, sondern auch zur *Bildung beträchtlicher Überkapazitäten* (»*Bettenberg*«) geführt (Vgl. HAMM, 1984 a, S.25; SVR: JAHRESGUTACHTEN 1983/84, Tz.494). Die für die Verteilung der Investitionsmittel zuständigen staatlichen Stellen sind nach Überzeugung der Marktökonomien weder in der Lage, den zukünftigen Bedarf zu ermitteln, noch über die qualitativen Präferenzen künftiger Patienten informiert. Somit seien sie bei ihren Entscheidungen weitgehend auf die Darstellungen der Krankenhausträger angewiesen, ohne daß diese finanzielle Verantwortung für die Investitionen hätten. Die Ausschaltung einzelwirtschaftlicher Verantwortung bedeute aber einen Anreiz für die Krankenhäuser, „*umfassende Anträge für Investitionen zu stellen und möglichst kapitalintensiv zu produzieren*“ (HAMM, 1984a, S. 25). Damit aber, wird argumentiert, sei die *Verschwendung von Kapital* geradezu vorprogrammiert (Vgl. HAMM, 1984 a, S. 25).

Verstärkt wird die *Unwirtschaftlichkeit* im stationären Bereich für die Marktökonomien durch die Vorschriften über die Ermittlung der *Krankenhauspflegesätze* und die gesetzlich statuierte *Kostendeckungsgarantie*. Abgesehen von inneren Widersprüchen sowie diskriminierenden Einzelbestimmungen (Vgl. OBERENDER, 1980, S. 163) würden durch

die derzeitige Regelung nicht nur jeglicher Anreiz zu sparsamem Einsatz von Kapitalgütern weitgehend beseitigt, sondern die Krankenhäuser noch dazu angehalten, „die Verweildauer der einzelnen Patienten zu erhöhen, um so in den vollen Genuß der staatlichen Förderung zu gelangen“ (OBERENDER, 1980, S. 164). Die *Tendenz zur Ausdehnung der Verweildauer* ergebe sich vor allem daraus, daß die Pflegesätze Durchschnittsgrößen darstellten, in Wirklichkeit die tatsächlichen Kosten jedoch von Fall zu Fall variierten und zudem in der Regel einen degressiven Verlauf aufwiesen. In dieser Situation bliebe den Krankenhäusern eigentlich keine andere Möglichkeit, als die Patienten solange im Krankenhaus zu behalten, bis eine Kostendeckung erreicht sei (Vgl. OBERENDER, 1980, S. 164).

Insgesamt - so die Marktökonomien - übten die staatlich gesetzten Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich keinen Zwang zu effizientem Faktoreinsatz aus; sie führten im Gegenteil sogar zu *vermeidbaren Ausgabensteigerungen* (Vgl. HAMM, 1984 a, S. 26). Zum Ausdruck komme dieses unwirtschaftliche Verhalten in der Steuerung des Patientenaufkommens, der Patientenselektion, der Verlängerung der Verweildauer, der Unterlassung von Rationalisierungen sowie einer übermäßigen Krankenversorgung (Vgl. OBERENDER, 1980, S. 164).

Ergänzend kommt für die marktwirtschaftlichen Kritiker hinzu, daß die staatlichen Vorschriften auch hier die Eigenständigkeit enorm beeinträchtigten. Wenig befriedigend erscheint ihnen zudem die *Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich*. Die hier anzutreffende unzureichende Integration und Koordination führe zu unnötigen Friktionen und als Folge davon zu einer weiteren Verschwendung knapper Mittel (Vgl. OBERENDER, 1980, S. 165). Vieles spreche zudem dafür, daß das gegenwärtig praktizierte System der Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung zu mehr Kosten führe (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN, 1983/84, Tz.495). Einigkeit besteht ferner darüber, daß derzeit bestehende *Wettbewerbsbeschränkungen* eine Effizienz im Krankenhaus verhinderten (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988).

2. 1. 3. 3 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich

Grundsätzliche, auf wirtschaftliche Fehlanreize und mangelnden Wettbewerb zurückzuführende *Steuerungsmängel* diagnostizieren die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomien auch für die Märkte anderer Gesundheitsgüter. Der Preiswettbewerb auf diesen Märkten erscheint ihnen als »unterkühlt«, da der Preis bei voller Kostenübernahme oder einer nur geringfügigen Selbstbeteiligung kein wichtiges *Entscheidungskriterium der Nachfrage* sei (Vgl. HAMM, 1984 a, S. 26). Die vielfältigen Probleme in diesen Bereichen sind für sie jedoch nicht Ausdruck eines *Marktversagens*, sondern vielmehr eines *Staatsversagens*, indem es der Gesetzgeber bisher versäumt habe, die institutionellen Rahmenbedingungen für das Funktionieren von Marktprozessen in diesen Bereichen zu schaffen.

Die *Ausschaltung des Preiswettbewerbs* hat für die Marktwirtschaftler gravierende Konsequenzen: indem für die einzelnen Anbieter bezüglich ihrer Konkurrenten eine

sehr große Transparenz herrsche und der Preiswettbewerb zum Erliegen komme, existierten die Voraussetzungen für eine *zirkuläre Interdependenz der Aktionsparameter*. Diese wiederum führe hinsichtlich fast aller unternehmerischer Verhaltensparameter zu oligopolistischen Verhaltensweisen mit dem Ergebnis, daß in einen sog. *Quasi-Qualitäts-Wettbewerb* ausgewichen werde, was letztlich eine kostspielige Fehlentwicklung darstelle (Vgl. hierzu insb. OBERENDER, 1980, S.167; GITTER/OBERENDER, 1987, S. 25; OBERENDER, 1986b, S.271 ff.; KARTTE, 1985, S. 191).

Kostensteigernde Elemente und Wettbewerbsverzerrungen sehen die Marktwirtschaftler insbesondere in den folgenden Regelungen:

- Bei grundsätzlicher Anerkennung der Notwendigkeit gewisser gesetzlicher Vorschriften zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit werden Ausmaß und Ausgestaltung der gegenwärtig geltenden Vorschriften als zu weitgehend empfunden. Vor allem die ständige Verschärfung der Zulassungsbedingungen habe bei den einzelnen Herstellern zu enormen Kostensteigerungen geführt und dadurch die Markteintrittsschranken erhöht (Vgl. OBERENDER, 1980, S. 167). Außerdem werde mit den bestehenden staatlichen Regulierungen in den Ablaufprozeß und somit in die Handlungsautonomie der Unternehmen direkt eingegriffen. Dies impliziere zugleich negative Auswirkungen auf den technischen Fortschritt (Vgl. OBERENDER, 1984, S. 27). Während in bezug auf die Arzneimittelsicherheit eine staatliche Kontrolle - wenn auch eingeschränkt - akzeptiert wird, werden behördliche Eingriffe hinsichtlich der Wirksamkeit mit dem Argument der Konsumentensouveränität entschieden abgelehnt (Vgl. OBERENDER, 1984, S. 28).⁷
- Eine weitere *Wettbewerbsbeschränkung* wird in der *Verschreibungspflicht* gesehen. Einerseits reduziere sie den Handlungsspielraum von Herstellern und Apothekern bei der Werbung um Konsumenten, zum anderen beschränke auch sie die Konsumentensouveränität. Der Patientenschutz als Rechtfertigung dieser Beschränkung wird als wenig überzeugend zurückgewiesen (Vgl. OBERENDER, 1984, S. 28).
- Ebenfalls bestritten wird, daß es zur Qualitätssicherung und Mißbrauchsverhinderung der Vertriebsbindung in Form der *Apothekenpflicht* bei Arzneimitteln bedürfe. Somit sei auch diese lediglich eine weitere Form der Wettbewerbsbeschränkung.
- Regelungen wie dem *Autsimilie- und Auseinzelungsverbot*, den *Festzuschlägen* und den *Importsperren* werden ebenfalls kaum mehr als die Funktion von Wettbewerbsbeschränkungen zugeschrieben. Vor allem die mit der Festzuschlagsregelung praktizierte Preisbindung der zweiten Hand bedeute Preiseinheitlichkeit und unterbinde damit von vornherein jeden Preiswettbewerb auf der Apothekenstufe. Die Folge hiervon sei u.a. eine Übersetzung der Branche und zugleich eine Verschwendung knapper Ressourcen (Vgl. OBERENDER, 1984, S.29 ff.; KARTTE, 1985, S. 191 ff.).

7) Nach OBERENDER handelt es sich bei einer staatlichen Wirksamkeitskontrolle »um eine Anmaßung von Wissen, weil der Staat nicht wissen kann, wie ein Medikament beim einzelnen Patienten wirkt«.

2.2 Mängel der aktuellen staatlichen Gesundheitspolitik

Angesichts der gravierenden Systemmängel sind die in den letzten Jahren von staatlicher Seite ergriffenen Maßnahmen zur *Dämpfung der Ausgabenentwicklung in der GKV* nach Ansicht der Verfechter marktwirtschaftlicher Konzepte nicht nur ein von vornherein zum Scheitern verurteilter Versuch, einzelne Symptome zu kurieren, sondern zugleich Ausdruck des staatlichen Bestrebens, das Gesundheitswesen einer zunehmend stärkeren Regulierung zu unterwerfen. *Budgetierungsregelungen und staatliche Eingriffe* in den Prozeßablauf werden von diesen Wissenschaftlern als *prinzipielle Irrwege* betrachtet (Vgl. HAMM, 1980) und dementsprechend Gesetze wie das *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* oder das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz* bereits vom Ansatz her abgelehnt.

Die in diesen Gesetzen enthaltenen Maßnahmen werden als Verstärkung jenes *staatlichen Interventionismus* angesehen, der für sie eine der Hauptursachen der gegenwärtigen Fehlentwicklungen darstellt und spätestens seit Beginn der 70er Jahre zum wesentlichen Charakteristikum des bundesdeutschen Gesundheitswesens geworden sei (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.128). Die ohnehin nur *spärlich vorhandenen marktwirtschaftlichen Elemente* seien im Zuge dieser Entwicklung weitgehend von sozialpolitischen Regelungen verdrängt worden.

Die Kritik an der derzeitigen staatlichen Gesundheitspolitik beschränkt sich aber keineswegs auf grundsätzliche *ordnungspolitische Bedenken*; Gegenstand sind auch die aufsehenerregende *Ausgabenentwicklung*, die *Widersprüchlichkeit* bestimmter Gegenmaßnahmen sowie deren Untauglichkeit, selbst die eigenen gesteckten Ziele zu erreichen. Nachdrücklich wird hervorgehoben, daß sich die Politik der Kostendämpfung lediglich auf eine globale Dämpfung der Leistungsexpansion richte, aber zu *keiner sparsamen Verwendung der produktiven Ressourcen* und einer wirtschaftlichen Leistungserstellung hinführe (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S. 128). Dabei sei nicht einmal ausgeschlossen, daß die ergriffenen Maßnahmen sogar noch zu einer Verschärfung der Probleme beigetragen haben.

2.2.1 Budgetierung und staatliche Bedarfsermittlung

Einen Schwerpunkt marktwirtschaftlicher Kritik an der gegenwärtigen Gesundheitspolitik bildet die seit 1978 verfolgte *»einnahmenorientierte Ausgabenpolitik«*, durch welche die gesamten Ausgaben auf die Einnahmen beschränkt und dadurch weitere Beitragserhöhungen vermieden werden sollten. Im Ergebnis, so die Kritiker, habe diese Politik jedoch weder den Ausgabenschub zu Beginn der 80er Jahre noch wiederholte Beitragssatzerhöhungen verhindert (Vgl. HAMM, 1984 b, S.29).

Unabhängig vom konkreten Erfolg oder Mißerfolg bezüglich ihres Einflusses auf die Ausgabenentwicklung wird die in der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik angelegte *Budgetierung* bzw. *Plafondierung* als grundsätzlich falscher Weg angesehen. Einer der Haupteinwände lautet,

daß mit „Hilfe staatlich vorgegebener Zielgrößen global die Ausgabenentwicklung der GKV *ex ante* festgelegt wird, ohne das Wissen zu besitzen, das sich erst im Prozeßablauf ergibt“ (OBERENDER, 1986, S.184; vgl. HAMM, 1980). Dahinter steht die Überzeugung, daß sich *Marktprozesse* infolge der *Nichtzentralisierbarkeit des Wissens* nicht ohne Nachteil für alle Beteiligten durch andere *Lenkungs- und Koordinationsmechanismen* ersetzen lassen (Vgl. HAYEK, 1952).

Auch wenn bisweilen eingeräumt wird, daß die *Budgetierung* unter bestimmten Bedingungen die Ausgaben in exakt definierten Grenzen halten kann und damit einen Druck in Richtung auf eine wirtschaftliche Leistungserstellung ausübt, werden doch die damit verbundenen Nachteile als nicht tragbar erachtet. Erste Probleme werden darin gesehen, daß *allgemein akzeptierte Kriterien* für die *Festlegung und Revision des Budgetvolumens* fehlten (Vgl. MÜNNICH, 1984, S.8). Als besonders schlechte Lösung gilt in diesem Zusammenhang der Versuch, die Entwicklung der *Gesundheitsausgaben* auf den *Einkommenszuwachs der Versicherten* zu begrenzen bzw. das *Gesundheitsbudget als konstanten Anteil des Sozialprodukts* zu definieren (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.365, S.170). Begründet wird dies u.a. damit, daß es höchst unwahrscheinlich sei, daß das mit einem auf diese Weise bestimmten Budget mögliche Leistungsangebot den *tatsächlichen Präferenzen der Bürger* gerecht werde (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.365). Da sich »wissenschaftlich« eine ganz bestimmte Höhe des Budgets nicht begründen lasse, beanspruche die staatlich gelenkte Budgetierung, die individuellen Bedürfnisse der Bürger zu kennen und zudem in der Lage zu sein, diese auf der Makro-Ebene aggregieren zu können.

Obschon die bereits genannten Argumente allein die Ablehnung rechtfertigten, komme noch hinzu, daß bei einer Begrenzung der Entwicklung des Gesundheitsbereiches auf die *Zunahme der Grundlohnsumme*, für diesen Bereich höchstens ein Wachstum in der Höhe einer Einkommenselastizität der Nachfrage von eins zugelassen werde (Vgl. OBERENDER, 1986, S.185). Tatsächlich jedoch deuteten einige empirische Befunde darauf hin, daß Gesundheit als Gut zu den *superioren Gütern* gehöre, d.h. die Nachfrage bei steigendem Einkommen überproportional zunimmt. Gänzlich unberücksichtigt lasse eine derartige Budgetfestsetzung zudem Veränderungen im Krankheitspanorama sowie in der demographischen Struktur der Bevölkerung.

Bei alledem steht eine *Politik der administrativen Ausgabenbegrenzung* nach Ansicht der Marktökonomien noch dazu im *Konflikt mit der Wachstumsdynamik*. Einige Wissenschaftler halten es für geradezu willkürlich, die Wachstumsmöglichkeiten eines ganzen Wirtschaftszweiges durch staatliche Vorgaben zu beschränken und ihn in entscheidender Weise seiner Handlungsautonomie zu berauben. Dies erscheint ihnen als umso schwerwiegender, als die Wachstumsdynamik gerade in den Dienstleistungsbereichen bei steigendem Wohlstand als besonders groß gilt (Vgl. OBERENDER, 1986, S.186; SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86).

2. 2. 2 Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

In die allgemeine Kritik an der *Kostendämpfungspolitik* einbezogen ist die 1978 institutionalisierte »Konzertierte Aktion«. Dieses Gremium habe die ihm zugeordnete Aufgabe, nämlich durch Abgabe von Empfehlungen für Veränderungen der Gesamtvergütungen an Ärzte sowie der Arzneimittelhöchstbeträge die Gesamtausgaben auf die erzielbaren Einnahmen zu beschränken, auch nicht annähernd erfüllen können.

Als Hauptgrund für das »Scheitern« wird der Umstand genannt, daß mit den *institutionalisierten Verbändeverhandlungen* nicht an den Ursachen der anhaltenden Finanzierungsprobleme angesetzt worden sei (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, S.170). Daneben werden gegen die »Konzertierte Aktion« *ordnungspolitische und rechtsstaatliche Bedenken* geltend gemacht; begründet werden diese u.a. damit, daß in diesem Gremium Verbandsfunktionären ohne ausreichende Legitimation Entscheidungsbefugnisse eingeräumt worden seien, deren Gebrauch letztlich Auswirkungen für jeden Einzelnen gehabt habe (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.28).

Insgesamt sehen die marktorientierten Gesundheitsökonom in der »Konzertierte Aktion« einen Beweis dafür, daß „Kollektivempfehlungen Hunderttausende selbständig Entscheidender nicht an gesamtwirtschaftliche Höchstbeträge binden können und daß Höchstbeträge für einzelne Ausgabenarten - wegen der substitutiven Beziehungen zu anderen Ausgabenparten und wegen technischer Fortschritte und ihrer Folgen für die Ausgabenstruktur - ein unzumutbares Verfahren der Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ (HAMM, 1984 a, S.8) sind.

2. 2. 3 Fortschreitende Bürokratisierung

Budgetierung und Staatseingriffe sind für marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonom aber nicht nur untaugliche Instrumente zur Bewältigung der Ausgabenentwicklung, sondern auch der *Ausgangspunkt für weitere Fehlentwicklungen*. So wird die These vertreten, daß die Globalsteuerung in eine sich unaufhaltsam verstärkende *Planung und Bürokratisierung* führe. Begründet wird dies u.a. mit der Feststellung, daß eine Politik der globalen Ausgabenbegrenzung, die wirksam sein wolle, bis zu den Entscheidungen der einzelnen Anbieter durchgreifen müsse. Es genüge z.B. nicht, nur eine Komponente, d.h. entweder nur die Vergütungssätze oder nur den Umfang festzuschreiben. Bei der bestehenden Einzelleistungshonorierung der Ärzte müßten sich die staatlichen Vorschriften bis auf Art und Umfang der abgerechneten Leistungen erstrecken (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, S.170). Werde hingegen nur der Umfang festgeschrieben, so bestehe die Gefahr, daß über entsprechende Preissteigerungen diese Einengung kompensiert werde (Vgl. OBERENDER, 1986, S.185). Ohne eine bis ins Detail gehende Festlegung dessen, was der einzelne Leistungserbringer im konkreten Fall zu tun habe, gebe es keine Gewähr dafür, daß die abgerechneten Leistungsmengen eine Honorar-

summe ergeben, die der vereinbarten Gesamtvergütung entspricht (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, S.170).

Die *Steuerung der Mengenkomponente über Quotenregelungen* kann im Prinzip zwar zu einer wirksamen *Ausgabenbegrenzung* führen, beinhaltet nach Ansicht der Marktökonom jedoch stets die Tendenz zur *Erstarrung überkommener Leistungsstrukturen*. Grundsätzlich könne davon ausgegangen werden, daß die meisten staatlichen Regulierungen strukturkonservierend wirkten, da sie Verteilungspositionen determinierten und jede Veränderung dieser Verteilungskämpfe provoziere (Vgl. MÜNNICH, 1984b, S.8). Derartige Entwicklungen würden aber nicht nur dem steten Wandel in den Angebotsstrukturen und den Patientenwünschen nicht gerecht werden, sondern bedeuteten auch ein Hemmnis bei der Suche nach überlegenen Problemlösungen. Entsprechendes gelte auch für eine Fixierung von Ausgabenblöcken für einzelne Bereiche: auch hier stehe der Verhinderung von Substitutionsprozessen und damit wahrscheinlichen Umschichtungen zwischen den einzelnen Sektoren die *Einfrierung von Strukturen* gegenüber (Vgl. OBERENDER, 1987, S.8; METZE, 1983, S.335 f.).

Darüber hinaus gelten *staatliche Regulierungsmaßnahmen* als mitverantwortlich dafür, daß sich innovatorische Kräfte nur unzureichend durchsetzen und technischer Fortschritt nicht in dem gewünschten Maße stattfindet (Vgl. HAMM, 1984 a, S.22). Den Marktökonom zufolge führt die mit staatlichen Eingriffen verbundene Beschränkung der Handlungsfreiheit der individuellen Entscheidungsträger in der Regel jedenfalls auch zu einem *Verlust an Spontaneität und Ideenreichtum* (Vgl. METZE, 1985, S.73; MÜNNICH, 1986, S.175).

Ein weiteres Argument gegen staatliche Regulierungen beinhaltet der Hinweis, daß diese erfahrungsgemäß noch immer „die Intelligenz und den Spürsinn der Betroffenen“ herausgefordert hätten, um *Umgehungsmöglichkeiten* zu finden, zumal wenn derartige Regelungen zentral die Eigeninteressen der Betroffenen tangierten (Vgl. MÜNNICH, 1984 b, S.8).

Um die *Substitutionsprozesse* zu korrigieren, Mißbräuche von Vorschriften und das Suchen nach Auswegen zu unterbinden, bedarf es nach Ansicht der Marktökonom schon zwangsläufig immer weiterer Regulierungen, so daß unweigerlich eine *Interventionsspirale* in Gang komme (Vgl. OBERENDER, 1986; MÜNNICH, 1984 b). Tatsächlich bestehe der Ausweg, den die Gesundheitspolitiker seit Jahren beschritten, darin, „unerwünschte Reaktionen dadurch auszuschalten, daß Entscheidungsrechte auf staatliche oder auf Kollektivorgane der Selbstverwaltung verlagert werden“.

2. 2. 4 Leistungsausgrenzungen

Ebenfalls eine weitgehende Unwirksamkeit bescheinigen die Marktökonom den in den letzten Jahren eingeführten *Leistungsausgrenzungen* und *Selbstbehaltsregelungen*. Dies ungeachtet dessen, daß derartige Instrumente in ihren eigenen Lösungskonzepten eine nicht unbedeutende

Rolle spielen. Kritisiert werden dann auch nicht die partiellen Leistungsausgrenzungen (z.B. von Bagatellarzneimitteln); aus ihrer Sicht ist im Gegenteil der Umfang der Leistungsausgrenzungen noch deutlich zu gering, um spürbare kostensenkende Effekte haben zu können. Dabei stellt für sie das eigentliche Problem allerdings die derzeitige *Ausgestaltung der Ausschlußregelungen* dar; insbesondere beinhalteten diese die Möglichkeit, nicht erstattungsfähige durch erstattungsfähige Arzneimittel zu substituieren. Da letztere im allgemeinen teurer sind, führten die Leistungsausgrenzungen im Ergebnis sogar zu Ausgabensteigerungen.

3. Marktwirtschaftliche Reformansätze für das Gesundheitswesen

3.1 Ausgangsüberlegungen

Die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomien gehen davon aus, daß es prinzipiell möglich ist, »auch im Gesundheitsbereich einen marktwirtschaftlichen Ordnungsrahmen zu schaffen« (OBERENDER, 1985, S.37; KRONBERGER KREIS, 1987). Dem zentralen Einwand ihrer Kritiker, daß es sich beim Gesundheitswesen um einen *typischen Bereich des Marktversagens* handle, begegnen sie mit dem Argument, daß bisher im Gesundheitswesen der Bundesrepublik überhaupt noch *keine marktwirtschaftliche Ordnung* bestanden habe.

Gemeinsamer Ausgangspunkt aller marktwirtschaftlichen Konzepte ist die Vorstellung, daß durch die *Beseitigung der »staatlichen Fesseln«* in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens die Voraussetzungen für *mehr Markt* und somit *mehr Wettbewerb* geschaffen werden können. Dies wiederum erschließe dem »mündigen Bürger« *Freiheits-spielräume*, wodurch seine *Selbstverantwortung, Eigeninitiative und Eigenvorsorge* gestärkt und gefördert würden (Vgl. OBERENDER, 1985, S.37). Grundsätzlich sollen auch für den Bereich des Gesundheitswesens jene Eigenschaften marktwirtschaftlicher Systeme erschlossen werden, die in den Möglichkeiten »zwischen den am Markt gegebenen Alternativen als Konsument frei wählen, über privates Eigentum frei verfügen und sich als Beteiligter am Markt frei entfalten zu können« (WOLL, 1984, S. 72 f.) zum Ausdruck kommen.

Dabei wird auch von der Überzeugung ausgegangen, daß man entsprechend vielfältiger Erfahrungen darauf vertrauen könne, daß eine *dezentrale Steuerung* weit besser zu einer *bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung* führt als zentrale Steuerungen. Die dezentrale Steuerung wiederum basiere auf jenen marktwirtschaftlichen Ordnungsprinzipien, zu denen der sehr einfache Grundsatz gehöre, daß jeder Beteiligte für die Folgen seines Handelns einzutreten habe; gerade deshalb sei er auch daran interessiert, Nutzen und Kosten seines Verhaltens sorgsam abzuwägen (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.366).

Was die *politische Umsetzung* anbetrifft, sprechen sich die Verfechter marktwirtschaftlicher Konzeptionen - zumin-

dest jene in der Bundesrepublik - dafür aus, anstelle radikaler Reformen den *Weg sukzessiver Änderungen* zu gehen. Gefordert wird allerdings, die Rahmenbedingungen in einer Weise zu gestalten, daß sich alternative, den Bedürfnissen der Menschen entsprechende Strukturen auch tatsächlich evolutionär herausbilden können (Vgl. OBERENDER, 1985, S.38).

3.2 Sozialpolitische Grenzen einer Marktsteuerung

Jedenfalls im deutschsprachigen Raum wird von den Marktwirtschaftlern im allgemeinen akzeptiert, daß auch in einem *System funktionierender Märkte* nicht ausgeschlossen werden kann, daß gewisse Personengruppen infolge fehlender finanzieller Ressourcen nicht in der Lage sein werden, sich in einem Umfang Gesundheitsleistungen zu beschaffen, der *normativen sozialetischen Vorstellungen* entspricht. Damit wird zugleich anerkannt, daß zur Erreichung eines gesellschaftlich bestimmten Wohlfahrtsoptimums *zwangsläufig Umverteilungsmaßnahmen* erforderlich sind (Vgl. MÜNNICH, 1982, S.34).

Ausgehend von der Erkenntnis, daß Märkte »nur eine unvollkommene Repräsentation der auf altruistischen Motiven beruhenden Hilfsbereitschaft für die wirtschaftlich schwächeren Mitglieder der Gesellschaft« (MÜNNICH, 1982, S.39) gestatten, beschränken sich dann auch die meisten Markt-Konzepte auf die Forderung nach einem *behutsamen Einbau marktwirtschaftlicher Elemente*, ohne dabei »unabdingbare soziale Randbedingungen zu verletzen« (MÜNNICH, 1982, S.39).

Die *Berücksichtigung sozialpolitischer Motive* hat allerdings auch ihre Grenzen. Zwar solle das Gesundheitswesen durchaus sozialstaatliche Elemente enthalten, allerdings reduziert auf ein *marktwirtschaftlich vertretbares Ausmaß*. Insbesondere dürfe das Sozialstaatsprinzip die Funktionsfähigkeit der Marktwirtschaft und den individuellen Handlungsspielraum nicht entscheidend beeinträchtigen.

So widersprechen z. B. Selbstbeteiligungsregelungen nach Auffassung der meisten Marktwirtschaftler nicht dem Solidarprinzip, sondern sind vielmehr das »notwendige Korrelat zur Solidarität in modernen anonymen Großgesellschaften...« (MÜNNICH, 1982, S.37).

3.3 Eliminierung von Umverteilungsaufgaben aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Nach den Vorstellungen seiner Befürworter erfordert ein funktionsfähiges, nach marktwirtschaftlichen Prinzipien konzipiertes Gesundheitswesen die *Ausgliederung von Umverteilungsaufgaben* aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der den Marktwirtschaftlern vorschwebenden »*konsequenten Versicherungslösung*« soll auf die einkommensbezogene Umverteilung in der heutigen Form verzichtet werden (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.26). Insbesondere die Verbindung von Regulierung und Verteilungspolitik (Mischsystem) wird von den Marktwirtschaftlern als Hauptursache der Fehlsteuerungen angese-

hen. Ihrer Ansicht nach lassen sich Fehlsteuerungen nur dann minimieren und übermäßige Belastungen der Steuer- bzw. Beitragszahler abbauen, wenn man die Verteilungspolitik strikt von der Marktpolitik trennt (Trennsystem). Unter allokativen Gesichtspunkten am geeignetsten betrachten sie daher eine Marktsteuerung des Gesundheitswesens, ergänzt „durch eine davon institutionell getrennte verteilungspolitische Korrektur“ (SCHENK, 1985, S.42).

Ausdrücklich wird von den Marktökonomern betont, daß es ihnen nicht darum gehe, die Verteilungspolitik abzuschaffen (Vgl. SCHENK, 1985, S.42). Als Voraussetzung eines funktionierenden marktmäßigen Wettbewerbs zwischen den Versicherungen gilt jedoch, daß die *Beitragsätze* ausschließlich *risikobezogen* kalkuliert werden und *keine Komponenten der Einkommensumverteilung*, wie etwa beim Familienlastenausgleich, enthalten (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.33). Die Zielrichtung marktwirtschaftlicher Konzeptionen besteht darin, das gegenwärtige „transferwirtschaftliche System (Leistungsübertragung ohne direktes Entgelt) ... aus Gründen der sozialen Verantwortung und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit durch ein marktwirtschaftliches System (*direkte* Beziehung zwischen Leistung und Gegenleistung)“ (OBERENDER, 1985, S.21) zurückzudrängen.

Risikobezogene Beitragsätze, wie sie von den Marktwirtschaftlern verlangt werden, lassen sich in unterschiedlicher Weise gestalten; zum einen können die Beiträge nach *individuellen Eigenschaften* (z.B. Beruf, Geschlecht, Alter, bisherige Krankheiten) differenzieren, zum anderen an das *durchschnittliche Risiko* des gesamten versicherten Kollektivs einer Tarifklasse oder -gruppe mit jeweils gleichem Leistungskatalog anknüpfen (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.34). Das Ziel der Marktwirtschaftler ist dabei nicht, den mit jeder Versicherung angestrebten Risikoausgleich zu beseitigen; das Interesse gilt vielmehr der einkommensmäßigen Umverteilung. Um allokativen Verzerrungen zu vermeiden, treten die Marktwirtschaftler dafür ein, die Absicherung einkommenschwacher Versicherter nicht durch eine Solidargemeinschaft vorzunehmen. Sie rechtfertigen diesen Schritt einerseits damit, daß nach ihrer Ansicht in der heutigen Wohlstandsgesellschaft keine besondere Notwendigkeit mehr bestehe, die Umverteilung in dem bisherigen Umfang aufrechtzuerhalten, da man dem ganz überwiegenden Teil der Versicherten zumuten könne, risikogerechte Beiträge selbst zu finanzieren (Vgl. ALBERS, 1983, S.56). Für die Eliminierung der in die gesetzliche Krankenversicherung eingebauten Umverteilungselemente spreche zum anderen, daß sie teilweise mit unerwünschten Verteilungswirkungen verbunden seien (Vgl. ALBERS, 1973, S.57; JESSEN, 1984, S.41 ff.).

3. 4 Marktsteuerung und Ausgabenentwicklung

Keine Illusionen lassen die Marktökonomern darüber aufkommen, daß eine Verstärkung der Marktsteuerung nicht *a priori* zu einer Senkung bzw. Dämpfung der Entwicklung

der Gesundheitsausgaben beiträgt. Der Eindruck, mit der Einführung einer Marktsteuerung sei primär das *Ziel einer Ausgabenreduktion* verbunden, soll unter allen Umständen vermieden werden (Vgl. GEIGANT/OBERENDER, 1985, S.50).

Einige Wissenschaftler betrachten es im übrigen geradezu als eine Anmaßung von Wissen, wollte man voraussagen, daß aufgrund einer verstärkten Marktsteuerung im Gesundheitssektor die Ausgaben in Zukunft weniger rasch steigen bzw. sogar sinken werden (Vgl. OBERENDER, 1985, S.22). Tatsächlich lassen sich nach eigenem Selbstverständnis derartige Prognosen in einem Marktsystem, das sich durch eine *dezentrale Entscheidungsstruktur* charakterisiert, prinzipiell nicht machen.

Im Gegenteil wird von Marktwirtschaftlern sogar explizit gefordert, das *Ziel der Kostendämpfung vollständig und kompromißlos aufzugeben* (Vgl. MÜNNICH, 1982, S.34). Hintergrund dieser Forderung ist die Auffassung der Marktwirtschaftler, daß es keinerlei sinnvolle Kriterien gebe, um die optimale Ausgabenquote für Gesundheit zu bestimmen. Hinzu tritt die Überzeugung, daß man es normalerweise der »Entscheidung des mündigen Bürgers (überlasse), ob er einen konstanten, sinkenden oder steigenden Anteil seines Einkommens für bestimmte Güter und Dienstleistungen ausgeben will; die Ausrichtung der Produktion auf den vom Konsumenten geäußerten Bedarf überläßt man dem Wettbewerb der Anbieter oder allgemeiner gesprochen, dem Markt« (SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.366).

Ausgehend von der Grundthese, wonach der Einzelne allein über die Verwendung seines Einkommens bestimmen soll, wird sogar eingeräumt, daß die Gesundheitsausgaben bei Realisierung von mehr Markt und Wettbewerb u. U. noch über das derzeitige Niveau hinaus steigen können. Welche Aufwendungen letztlich für Gesundheitsleistungen gemacht würden, müsse Spekulation bleiben, »weil beim Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren in komplexen Systemen *ex ante* nicht bekannt ist, was sich *ex post* als konkretes Ergebnis ergeben wird« (OBERENDER, 1980, S.148).

Die marktwirtschaftliche Kritik an der derzeitigen (*Kosten-)* *Ausgabenexplosion* in der GKV bezieht sich konsequenterweise daher auch nicht auf den Ausgabenumfang an sich, sondern lediglich auf dessen Zustandekommen. Schnelles Ausgabenwachstum jedenfalls wird von den Marktwirtschaftlern keineswegs *a priori* als negativ beurteilt (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1987, S.2). Als optimal gilt letztlich jenes »Maß an Ausgaben«, das die kaufkräftigen Nachfrager bereit sind über den Markt zu finanzieren. Aber selbst wenn der medizinische Fortschritt zu steigenden Kosten führe, würde der Ausgabenanstieg in einem Marktsystem nach Überzeugung seiner Befürworter wegen des dort wirksamen Wettbewerbs weit geringer ausfallen, als dies im heutigen System der Fall wäre (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.46).

3.5 Zielsetzungen marktwirtschaftlicher Konzeptionen

3.5.1 Hauptziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen

3.5.1.1 Bedarfsgerechte Versorgung und Verbrauchseffizienz

Eines der zentralen Ziele, das mit einer marktwirtschaftlichen Neuordnung des Gesundheitswesens verfolgt wird, ist die *bedarfisadäquate Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern*. Das im Grunde systemindifferente Ziel der Bedürfnisgerechtigkeit erhält in Marktsystemen eine systemeigene Definition. Danach gilt eine marktgesteuerte Gesundheitsversorgung dann als bedarfisadäquat, wenn Umfang und Struktur des Angebots den Bedürfnissen entsprechen, die sich als kaufkräftige Nachfrage auf dem Markt behaupten können. *Bedarfisadäquanzen* bedeutet gleichzeitig, daß »keine Reallokation produktiver Ressourcen in oder aus dem Gesundheitsbereich eine Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt hervorbringen kann« (MÜNNICH, 1982). Sind diese Bedingungen erfüllt, sprechen Marktwirtschaftler von einem *gesellschaftlichen Optimum*.

Nach diesem Verständnis kann somit *Verbrauchseffizienz* nur erreicht werden, wenn sich die Gesamtausgaben für Gesundheit an den *Präferenzen der Nachfrager nach Gesundheitsgütern* orientieren. Dabei kann die wirkliche Höhe der individuellen Präferenzen für die Befriedigung des Bedürfnisses nach Gesundheit für die Marktökonomien allein auf funktionierenden Märkten ermittelt werden. Das Nachfrageoptimum zu realisieren, ist die gesellschaftliche Funktion der Nachfrager (Vgl. METZE, 1982, S.69). Dabei wird die *Zahlungsbereitschaft* der Konsumenten zu dem zentralen Steuerungsinstrument; an der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit der potentiellen und aktuellen Patienten hat sich das Leistungsangebot zu orientieren. Leistungen, für welche keine kaufkräftige Nachfrage existiert, werden der Logik des Systems entsprechend auch nicht produziert.

Bedarfsgerechte Versorgung im Sinne der Marktwirtschaftler bedeutet weiterhin die *Ablehnung eines einheitlichen Versorgungsniveaus* für die Gesamtbevölkerung. Ausgehend von der Existenz individuell unterschiedlicher Nutzenfunktionen, liegt den Marktlösungen die Norm der individuellen Bedarfsdeckung zugrunde, d.h. jeder einzelne Bürger entscheidet selbst, wieviel er für seine medizinische Versorgung bzw. einen entsprechenden Versicherungsschutz zu zahlen bereit ist (Vgl. PFAFF, 1986, S.106).

3.5.1.2 Kostenminimierung

Ein wesentliches Ziel des marktwirtschaftlichen Lenkungsmechanismus ist es, jene Bedingungen zu schaffen, die gewährleisten, daß die benötigten bzw. nachgefragten Gesundheitsgüter so günstig als möglich produziert werden. Voraussetzung dafür, daß dies geschieht, ist die *Realisierung eines optimalen Produktionsprozesses*. Anders ausgedrückt soll erreicht werden, »daß die Ressourcen zur Produktion von Gesundheit in der Struktur eingesetzt

werden, daß die sog. Minimalkostenkombination erreicht wird« (METZE, 1982, S.332).

Durch die *Verwirklichung der Minimalkostenkombination* soll zum einen sichergestellt werden, daß die Bindung von Produktionsfaktoren im Gesundheitswesen nicht größer als unbedingt erforderlich ist (Vgl. HAMM, 1984 a, S.22) und zum anderen die verfügbaren Ressourcen so auf die einzelnen Arten von Gesundheitsgütern verteilt werden, daß der Grenzertrag (*gemessen als Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung*) der in den einzelnen Bereichen eingesetzten letzten Faktoreinheit äquivalent ist (Vgl. METZE, 1982, S.332).

3.5.1.3 Nutzenmaximierung

Ein immanentes Ziel marktwirtschaftlicher Modelle ist ferner, die sog. *Rationalitätenfalle* zu überwinden. Angestrebt wird, sowohl den individuellen wie den gesamtwirtschaftlichen Nutzen zu maximieren. Entsprechend wird es als ordnungspolitische Aufgabe der Gesundheitspolitik betrachtet, den Entscheidungsrahmen so zu gestalten, daß das »Streben des einzelnen in den Dienst der gemeinsamen Sache gestellt werden kann« (HAMM, 1984 a, S.22), d.h. mit dem individuellen Nutzen gleichzeitig der gesellschaftliche Nutzen steigt. In der Theorie der Marktwirtschaft ist das *Nutzenmaximum* in beiden Fällen dann erreicht, wenn der Grenznutzen der letzten eingesetzten Mittel in sämtlichen Verwendungsrichtungen gleich groß ist. Konkret bedeutet dies, daß auch im Bereich der Gesundheitsversorgung geprüft werden soll, inwieweit sich durch alternative Verwendung der verfügbaren knappen Mittel der Gesamtnutzen erhöhen läßt (Vgl. HAMM, 1984 a, S.22).

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich hervorzuheben, daß für die Marktwirtschaftler das *Bestreben, den individuellen Nutzen zu maximieren*, eine positive Eigenschaft darstellt. Zweck einer pluralistisch und liberal strukturierten Gesellschaft könne nicht sein, »jedwede Verhaltensweise, die nicht ausschließlich Nutzen für alle bringt, zu unterbinden« (MÜNNICH, 1982, S.36). Der Unterschied zu anderen Systemen soll indessen darin bestehen, daß das marktwirtschaftliche System über Mechanismen verfügt, die verhindern, daß *individuelles Nutzenstreben zu Lasten der Gemeinschaft* geht. So versucht die marktwirtschaftliche Steuerung zu erreichen, daß Nachteile, die der einzelne der Gesellschaft zufügt, von diesem kompensiert werden.

3.5.1.4 Förderung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative

Ein marktwirtschaftlich organisiertes Gesundheitswesen ist nach Überzeugung seiner Befürworter nicht nur dadurch gekennzeichnet, daß es am besten die Realisierung *ökonomischer Effizienzgesichtspunkte* ermöglicht, sondern zugleich das einzige System, das »den sozialetischen Vorstellungen einer freiheitlichen Gesellschaft am ehesten gerecht wird« (OBERENDER, 1985, S.21). Im Gegensatz zu den fremdbestimmten und zentralisierten Entscheidungen im derzeitigen Gesundheitssystem beruhe Demokratie und Marktwirtschaft auf dem »Prinzip freier, eigen-

verantwortlicher und persönlicher Entscheidungen“ (KRONBERGER KREIS, 1987, S.47). Entsprechend ist es ein unabdingbares *Prinzip von Marktsystemen*, daß im Rahmen des gesetzlichen Ordnungsrahmens sowohl die Nachfrager wie die Erbringer von Gesundheitsleistungen *volle Handlungsfreiheit* besitzen. Von daher gehört es zu den Grundzielen marktwirtschaftlicher Reformkonzepte, die *Eigenverantwortung* und die *Souveränität des einzelnen Bürgers* zu stärken (Vgl. OBERENDER, 1985, S.21). Davon ausgehend ist es ausdrückliche Aufgabe eines Gesundheitsversorgungssystems, allen Beteiligten ein *Höchstmaß an Freiheit* zu bieten und durch geeignete Anreize die Eigenverantwortung zu fördern (Vgl. HENKE, 1987, S.7).

Die *Eigenverantwortung im Sinne des Subsidiaritätsprinzips* soll durch Weckung von mehr Kostenbewußtsein gestärkt werden (Vgl. BKU, 1988, S.8). Zugleich gehe es darum, dem Versicherten - anders als im derzeitigen System der »Einheits-Zwangsversicherung« - Möglichkeiten zu geben, sich darüber zu äußern, »ob er die Belastungen durch das Gesundheitssystem als überhöht ansieht« (HAMM, 1984, S.22).

3. 5. 1. 5 Schutz der Versichertengemeinschaft vor Mißbrauch

Gelegentlich wird von einigen Vertretern marktwirtschaftlicher Konzepte als explizites Ziel einer Marktsteuerung auch der *Schutz der Versichertengemeinschaft vor Mißbrauch* genannt. Insbesondere sei anzustreben, daß Sparsamkeit im Interesse der Solidargemeinschaft nicht mehr als Dummheit gilt (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.30).

3. 5. 2 Funktionale Ziele marktwirtschaftlicher Konzeptionen

3. 5. 2. 1 Individuelle Anreize und Kostenbewußtsein

Um der wachsenden Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen zu begegnen und die „Ausbeutung aller durch alle“ (OBERENDER, 1985, S.18) zu beenden, bedarf es nach Ansicht der Marktökonomien der *Schaffung geeigneter individueller Anreize*, mittels derer ein preis- und damit kostenbewußtes Verhalten erreicht werden soll (Vgl. OBERENDER, 1985, S.20). Dabei soll der Preis - soweit sozialpolitisch vertretbar - wieder zu einem wesentlichen *Rationierungsinstrument* werden (Vgl. OBERENDER, 1985, S.21). Für die Marktwirtschaftler stellen flexible Preise Marktsignale dar und dienen dazu, Leistungsangebot und Leistungsnachfrage zum Ausgleich zu bringen. Durch die *Stärkung der ökonomischen Eigenverantwortung* der Patienten sollen diese dazu veranlaßt werden, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verstärkt *Kosten-Nutzen-Überlegungen* anzustellen. Auf diese Weise ist es möglich, die *Zahlungsbereitschaft* der Patienten als *Steuerungsinstrument* einzusetzen. Erwartet wird, daß die stärkere finanzielle Verantwortung der Patienten nicht nur diese dazu veranlaßt, selber sparsam zu wirtschaften, sondern auch dazu führt, das Verhalten der Leistungser-

bringer nach ökonomischen Gesichtspunkten zu kontrollieren. Kostenbewußtes Verhalten der Patienten zusammen mit einem erweiterten Wettbewerb bilden wiederum einen Anreiz für die Leistungshersteller, ebenfalls wirtschaftlich und kostenbewußt zu handeln (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.136).

Abhängig ist die Wirkung einer marktlichen Steuerung der Gesundheitsnachfrage nach Darstellung ihrer Befürworter einerseits von den installierten Anreizen, andererseits von der „Fähigkeit und der Willigkeit zu einem gesundheitsadäquaten Verhalten derjenigen, ... die die Nachfrageentscheidung treffen“ (OBERENDER, 1985, S.23). Hieraus folgt, daß die Anreize *entscheidungsrelevant* sein müssen; dies ist dann der Fall, wenn sich auf die Anreize hin Verhaltensänderungen ergeben können. Voraussetzung ist ferner, daß für den einzelnen ein *unmittelbarer Bezug zwischen Verhalten und Sanktionen* erkennbar und fühlbar sein muß (Vgl. OBERENDER, 1985, S.23).

3. 5. 2. 2 Förderung des Wettbewerbs

Ein quasi immanentes Ziel aller marktwirtschaftlichen Lösungskonzepte ist es, jene Rahmenbedingungen zu schaffen, damit der für das Funktionieren des Gesamtsystems unabdingbare Wettbewerb überhaupt erst stattfinden kann. Hergestellt werden soll der Wettbewerb allerdings nicht dadurch, »daß vorhandene unausgeglichene Machtverhältnisse durch zusätzliche Rechte und Macht für den Unterlegenen« ausgeglichen werden, sondern dadurch, daß die »Machtkonzentration vermindert« (MÜNNICH, 1984 c, S.9) wird. Um das Funktionieren von Gesundheitsmärkten zu gewährleisten, halten die Marktwirtschaftler einen möglichst *vollkommenen Wettbewerb* für erforderlich, d.h. Anbieter- oder Nachfragermonopole soll es im Prinzip nicht geben. Dementsprechend gehört zu ihren Forderungen, das Gesundheitswesen nicht länger als *kartellrechtlichen Ausnahmehereich* zu behandeln (Vgl. MÜNNICH, 1984 c, S.9; KARTTE, 1985, S.151 ff.).

Im idealtypischen Verständnis der Marktwirtschaftler soll der freie Wettbewerb den Marktteilnehmern die Möglichkeit geben, sich ihren individuellen Wünschen und Fähigkeiten gemäß zu entfalten. Wettbewerb wird daher nicht nur gefordert, weil ihm positive ökonomische, sondern auch wesentliche *gesellschaftliche Funktionen* zugeschrieben werden. Die *ökonomische Funktion des Wettbewerbs* besteht für die Marktwirtschaftler darin, »die Güterproduktion den Wünschen und Präferenzen der Verbraucher entsprechend zu steuern« (CASSEL, 1984, S.31). Gleichzeitig wird unterstellt, daß mehr Wettbewerb zu höherer Effizienz führt, den wirtschaftlichen Fortschritt beschleunigt, eine raschere Anpassung an geänderte Daten ermöglicht, das Einkommen nach der Leistung verteilt und der Kontrolle wirtschaftlicher Macht dient (Vgl. CASSEL, 1984, S.31). Demgegenüber wird seine *gesellschaftliche Funktion* vor allem darin gesehen, daß er dem einzelnen Marktbeteiligten die *größtmögliche Handlungs- und Wahlfreiheit* einräumt. Konkret bedeutet dies, die Anbieter sollen frei über den Einsatz ihrer Ressourcen verfügen und die Nachfrager zwischen alternativen Angeboten wählen können (Vgl. OBERENDER, 1986, S.186).

3. 5. 2. 3 Förderung von Innovation und technischem Fortschritt

Zu den Grundelementen marktwirtschaftlicher Reformstrategien gehört die *Entstaatlichung und Deregulierung* des Gesundheitswesens. Hiervon wird nicht zuletzt erwartet, daß sich *innovative Prozesse* verstärken und der Wettbewerb zur Suche nach kostengünstigeren Leistungsangeboten veranlaßt. Nach Ansicht der Marktwirtschaftler müssen u. a. Betriebs- und Unternehmensformenbeschränkungen im Gesundheitswesen aufgehoben werden. Zugleich wird von der Überzeugung ausgegangen, daß der Wettbewerb - sofern bürokratische Regulierungen nicht bestehen - für eine schnelle Umsetzung des *technischen Fortschritts* sorgt. Aufgabe des Wettbewerbs sei es zudem, die Selektion zwischen wirklichem und vermeintlichem Fortschritt vorzunehmen. Damit diese Funktionen auch erfüllt werden können, müßten jedoch sämtliche staatlichen Hemmnisse beseitigt und *Rahmenbedingungen* geschaffen werden, die Innovation und technischen Fortschritt begünstigen.

3. 6 Funktionsvoraussetzungen marktwirtschaftlicher Prozesse

3. 6. 1 Allgemeine Anmerkungen

Von den Befürwortern einer marktwirtschaftlichen Steuerung im Gesundheitswesen wird grundsätzlich akzeptiert, daß die von der Wirtschaftstheorie unterstellten optimalen Marktergebnisse, insbesondere die den Marktmodellen zugeschriebene *optimale Allokation der Ressourcen* nur dann zustandekommen, wenn bestimmte Annahmen zutreffen und gewisse Funktionsvoraussetzungen erfüllt sind (Vgl. PFAFF, 1987, S.299). In der Argumentation der marktlich orientierten Vertreter spielt daher der Nachweis eine wesentliche Rolle, daß es sich beim Gesundheitswesen nicht um einen *marktwirtschaftlichen Ausnahmehereich* handelt, dessen Besonderheiten marktwirtschaftliche Konzepte als ungeeignet erscheinen lassen. Umgekehrt ist es ein wesentliches Anliegen marktwirtschaftlicher Reformkonzepte, jene *Rahmenbedingungen* zu schaffen, die für das *Funktionieren von Nachfrage- und Angebotsmechanismen* unabdingbar sind. Auch wenn gewisse Probleme bei der Umsetzung marktwirtschaftlicher Vorstellungen im Gesundheitsbereich nicht gänzlich von der Hand gewiesen werden, so hält man es doch für »denkbar, die für eine marktwirtschaftliche Allokation erforderlichen Voraussetzungen soweit wie möglich herzustellen« (METZE, 1982, S.69). Zugleich wird versucht, den Nachweis zu erbringen, daß die unterstellten Annahmen in bezug auf die Verhaltensweisen von Individuen in der Realität gegeben sind.

3. 6. 2 Existenz und Herstellung einzelner Funktionsbedingungen

3. 6. 2. 1 Eigennutzaxiom

Sämtliche marktwirtschaftlichen Lösungskonzepte basieren in entscheidender Weise auf der Annahme eigennüt-

zigen, kosten-nutzen-kalkulierenden, nutzenmaximierenden menschlichen Handeln (Vgl. SCHARF, 1987, S.579). Das sog. *Eigennutzaxiom* ist die Handlungsgrundlage marktwirtschaftlicher Lenkung schlechthin. Das Eigennutzstreben der Individuen veranlaßt nicht nur diese selbst, ihren eigenen Nutzen zu maximieren, durch den Rückgriff auf dieses Prinzip wird zugleich eine Steigerung des *Gemeinwohls* angestrebt. Hierbei wird unterstellt, daß das *Eigennutzstreben* ausreichende Anreize zur Beschaffung der erforderlichen Information und Durchführung der gesellschaftlich optimalen Entscheidungen bewirkt (Vgl. METZE, 1982, S.69).

Marktkonzepte erheben den Anspruch, die Menschen so zu akzeptieren, wie sie sind (Vgl. HAMM, 1984 a, S.30). Daher werde davon ausgegangen, daß sie sich in ihren Aktivitäten von *individuellem Vorteilsstreben* - eine der stärksten Triebkräfte menschlichen Handelns (Vgl. HAMM, 1984 a, S.32) - leiten lassen und im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten den *höchsten individuellen Nutzen* anstreben (Vgl. METZE, 1982, S. 342).

3. 6. 2. 2 Information und Markttransparenz

Eine wesentliche Voraussetzung marktwirtschaftlich organisierter Systeme ist das *Vorliegen von Transparenz*. Dem häufig vorgetragenen Einwand, aufgrund der dem Patienten fehlenden Information und der unzureichenden Markttransparenz funktioniere der Preismechanismus bei Gesundheitsleistungen nicht, begegnen die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonominnen u. a. mit dem Hinweis, daß auch auf anderen Märkten Transparenzmängel bestünden. Im übrigen wird erwartet, daß sich der mündige Bürger »bei einer Individualisierung der Bedarfsdeckung« auf dem Gesundheitsmarkt ebenso sachkundig machen wird, wie dies in anderen Bereichen auch der Fall ist. Bei entsprechenden Rahmenbedingungen sei deshalb damit zu rechnen, daß ähnlich wie in anderen Dienstleistungsbereichen auch ein *Markt für Gesundheitsinformationen* mit Tests von Medikamenten, Ärzten und Krankenhäusern entstehe.

Unabhängig von diesen Erwartungen gehört zu den Hauptforderungen der Marktökonominnen, einen Abbau der im Gesundheitswesen bestehenden *Intransparenz* zu fordern. Erreicht werden soll dies sowohl durch Maßnahmen, die auf der Angebotsseite ansetzen (z. B. *Transparenz- und Preisvergleichslisten für Arzneimittelverordnungen von Ärzten*), insbesondere aber durch Verhaltensänderungen beim Nachfrager. Hier gilt es zum einen das *Desinteresse der Nachfrager* an den entstehenden Kosten der Leistungsanspruchnahme, zum anderen deren bisherige »erzwungene« *Uninformiertheit* zu beseitigen. Als ein wesentlicher Schritt in diesem Zusammenhang gilt für die Verfechter von Marktlösungen der Übergang vom »intransparenten« *Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip* (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1983/84, Tz.399).

3. 6. 2. 3 Funktionsfähiges Preissystem

Jede marktwirtschaftliche Lösung gesellschaftlicher Probleme setzt ein *funktionsfähiges Preissystem* voraus, wobei

sich die Preise stets auf bestimmte Produkte beziehen, die in irgendeiner Weise abgegrenzt werden müssen. Nach den Vorstellungen der Marktökonomien soll die Leistungsverrechnung grundsätzlich nach *einheitlichen »Produktverzeichnissen«* erfolgen. Gedacht wird dabei vor allem an das System der *»diagnosis related groups«* (DRGs) für den stationären Bereich sowie an *Leistungskomplexhonorare* im ambulanten Sektor. Diese haben nach Ansicht der Marktökonomien die wesentliche ökonomische Eigenschaft, daß auf diese für die ambulante und stationäre Behandlung Produktdefinitionen abgegeben werden können. Die DRGs und Leistungskomplexhonorare ermöglichen damit erstmals, *vom Faktoreinsatz losgelöste Produktpreise* zu bestimmen. Auf dieser Grundlage soll die Preisbildung freigegeben bzw auf (privatautonomie) Verhandlungen übertragen werden (Vgl. MÄNNER, 1985; MÜNNICH, 1984 b, S.10 f.). Grundsätzlich wird jedoch die Auffassung vertreten, daß im Rahmen des Wettbewerbs als *Such- und Entdeckungsverfahren* die adäquaten *Honorierungssysteme* gefunden werden.

3. 7 Marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente

3. 7. 1 Grundzüge des marktwirtschaftlichen Mechanismus

Unter idealen Funktionsvoraussetzungen ergibt sich für Marktökonomien als Ergebnis der Anwendung des marktwirtschaftlichen Lenkungsmechanismus das *Allokationsoptimum* im Prinzip von selbst. In diesem Sinne wird der zugrundeliegende Regelungsmechanismus auch als *»Selbststeuerung«* bezeichnet (Vgl. METZE, 1981). Konstitutives Merkmal dieser Lenkungsform bildet die Delegation der Verantwortung von oben nach unten. »Ausgabenniveau und Ausgabenstruktur sind...das Ergebnis der Entscheidungen einer Vielzahl von individuellen, autonomen, unabhängig voneinander agierenden Entscheidungsträgern« (METZE, 1981). Die Ziele *»Effizienz«* und *»Solidarausgleich«* sollen ebenso wie *Kostenminimierung* und *optimale Faktorallokation* »von selbst« durch *systemimmanente Anreize* in freien Wahlentscheidungen der einzelnen Beteiligten angesteuert werden (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1987, S.4).

Im Kern zielen Marktkonzepte für das Gesundheitswesen darauf ab, einen Prozeß in Ganz zu setzen, »der die individuellen, am Eigennutz ausgerichteten Entscheidungen autonomer Entscheidungsträger so aufeinander abstimmt, daß ein gesellschaftliches Optimum entsteht« (METZE, 1982 b, S.58). Auch wenn der Selbststeuerungsmechanismus nicht zwingend zum Optimum führt, schreiben die Marktökonomien ihm doch die Eigenschaft zu, »im Rahmen eines trial and error Prozesses Entwicklungen, die vom Optimum wegführen«, abzubrechen und *effizienzsteigernde Prozesse endogen zu verstärken* (Vgl. METZE, 1982 b, S.58).

Damit Optima auch tatsächlich erreicht werden bzw. Prozesse in diese Richtung sich entwickeln, sind auch bei Selbststeuerung bestimmte Rahmenbedingungen erforderlich, um sicherzustellen, daß *nutzen- bzw. gewinnmaximierendes Verhalten* sich im erforderlichen Umfang

entfaltet. Grundsätzlich muß sichergestellt werden, daß wirkliche Entscheidungsalternativen existieren. Schließlich sehen die Marktkonzepte auch Mechanismen vor, die ein Versagen einer marktwirtschaftlichen Lenkung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung verhindern sollen (Vgl. METZE, 1982 b, S.58).

Verlangt wird außerdem, daß das System zu einer gewissen Balance führt; so sollen »positiven wirtschaftlichen Anreizen...als Sanktion für unwirtschaftliches Verhalten der Verlust und ggf. der Konkurs gegenüberstehen« (MÜNNICH, 1984 a, S.8). Anders ausgedrückt geht es darum, daß für alle Beteiligten (Anbieter wie Nachfrager) »die individuellen Anreize so gesetzt werden, daß wirtschaftlich und sozial adäquates Verhalten belohnt sowie verschwenderisches und sozial unerwünschtes Verhalten bestraft werden« (OBERENDER, 1985 b, S.29; vgl.auch: MÜNNICH, 1982, S.35).

Marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitsökonomien versäumen auch nicht darauf hinzuweisen, daß die bei ihnen im Vordergrund stehende verstärkte *Marktsteuerung der Nachfrageseite* nur dann greifen kann, »wenn auch in den anderen Gesundheitsbereichen, insbesondere auf der Angebotsseite und im Versicherungsbereich, marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen zum Tragen kommen« (OBERENDER, 1985 a, S.20). Es wird als besonders wichtig angesehen, daß entsprechend die institutionellen Korrekturen im Systemzusammenhang vorgenommen werden (Vgl. MÜNNICH, 1982, S.36; KRONBERGER KREIS, 1987).

3. 7. 2 Instrumente zur Steigerung der Nachfrageeffizienz

Auf der Nachfrageseite haben marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente den primären Zweck, das *Kostenbewußtsein der Nachfrage zu stärken* und zugleich die *Entscheidungsfreiheit zu erhöhen*. Übertroffene Bedeutung wird dabei dem Instrument der *Selbstbeteiligung* beigegeben. Daneben geht es um die Einführung von Alternativen hinsichtlich der Wahl des Leistungsumfangs, der Versichertengemeinschaft sowie der Versicherungsform, wobei letztere vornehmlich dazu dienen sollen, die *Konsumumentenpräferenzen* zum Ausdruck zu bringen.

3. 7. 2. 1 Selbstbeteiligungsregelungen

Unter den verschiedenen Instrumenten, die von den Marktökonomien zur *Steigerung der Nachfrageeffizienz* vorgeschlagen werden, nimmt die *»Selbstbeteiligung«*, wie schon erwähnt, eine Schlüsselstellung ein (Vgl. u.a. KRONBERGER KREIS, 1987, S.30; OBERENDER, 1985 a, S.20; SVR: JAHREGUTACHTEN 1985/86; MÜNNICH, 1984 a, S.9; HAMM, 1984 a, S.30; JESSEN, 1984, S.82; KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.41; ALBERS, 1983, S.55; SOZIALENQUETE, 1966, S.217 ff.).⁸ Damit wettbe-

8) Wie REINERS zurecht bemerkt, können Vorschläge, im Rahmen der GKV Selbstbeteiligungsregelungen einzuführen, auf eine lange Tradition zurückblicken. Vorstellungen in diese Richtung hatte bereits die 1966 beendete Sozialenquete in die Diskussion gebracht. Vgl. REINERS, 1987, S.99.

werbliche Marktprozesse ihre *Koordinations- und Lenkungsfunktion* überhaupt erfüllen können, sei es notwendig, daß bei allen Beteiligten ein *preis- und kostenbewußtes Nachfrageverhalten* erzeugt werde. Entscheidend sei insbesondere, die für das derzeitige System charakteristische Umlage- bzw. »Nulltarif-Mentalität« (Vgl. HENKE/METZE, 1979, S.34 ff.) zu überwinden. Um dies zu erreichen, müsse eine Situation geschaffen werden, in welcher die Nachfrager »den Zusammenhang zwischen individueller Nachfrage und den dadurch verursachten Kosten unmittelbar monetär fühlen« (OBERENDER, 1980, S.174).

Hinsichtlich der konkreten *Ausgestaltung von Selbstbeteiligungsregelungen* befinden sich zahlreiche Vorschläge in der Diskussion. Eine eindeutige Favorisierung bestimmter Formen durch die Marktökonomien ist dabei nicht zu erkennen; allenfalls werden von ihnen einzelnen Regelungsmechanismen unterschiedliche Wirkungsintensitäten zugeschrieben. Grundsätzlich unterscheiden lassen sich *direkte und indirekte Kostenbeteiligungen*. Bisweilen ebenfalls als Form der Selbstbeteiligung wird der *selektive Ausschluß von Leistungen* angesehen (Vgl. MÜNNICH, 1980, S.1149).⁹ An dieser Stelle soll jedoch nur auf die Modelle zur Kostenbeteiligung bei der Leistungsanspruchnahme eingegangen werden. Eine Betrachtung der Regelungen, die eine indirekte Kostenbeteiligung der Versicherten bedeuten, erfolgt an anderer Stelle (*siehe Abschnitt 3.7. 2. 2*).

a) Formen der direkten Selbstbeteiligung

Bei den direkten Selbstbeteiligungsregelungen können *drei grundsätzliche Alternativen* unterschieden werden; innerhalb dieser alternativen Selbstbehaltspläne gibt es allerdings weitere Unterschiede in bezug auf den Umfang der in den Selbstbehalt einbezogenen Leistungen, die Begrenzung des Selbstbehalts nach oben sowie die Flexibilität von Regelungen (Vgl. KNAPPE/ROPPEL, 1982, S. 41 ff.).

Unabhängig von der jeweiligen spezifischen Ausgestaltung geht es bei der »Einführung genereller Selbstbehalte um die Forderung, daß die Patienten alle in Anspruch zu nehmenden Leistungen zu einem bestimmten Teilprozentsatz und/oder bis zu einer bestimmten Höchstgrenze direkt zu zahlen haben« (KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.41). Die Selbstbeteiligungsstrategien zielen mithin alle darauf ab, dem *Verursacherprinzip als Finanzierungsregel* für Gesundheitsleistungen einen höheren Stellenwert als bisher einzuräumen. Gemeinsam ist sämtlichen in der Diskussion befindlichen Modellen auch, daß die von ihnen erwarteten Steuerungswirkungen überhaupt nur dann zum Tragen kommen, wenn eine entsprechende *Preiselastizität der Nachfrage* nach Gesundheitsleistungen existiert.

Die zahlreichen diskutierten Selbstbeteiligungsformen lassen sich im wesentlichen mit den folgenden *drei Grundmodelle* zusammenfassen (Vgl. SCHNEIDER, 1985, S.32; FRERICH, 1987, S.449 f.):

9) MÜNNICH unterscheidet insgesamt fünf Modellgruppen: 1) selektiver Ausschluß von Leistungen; 2) direkte Beitragsdifferenzierung; 3) direkte Zuzahlungen; 4) Abschläge bei der Kostenrückerstattung und 5) Finanzierung auf anderem Wege.

(I) Prozentuale Selbstbeteiligung

Nach dem Modell der prozentualen Selbstbeteiligung hat der Versicherte von den gesamten oder von bestimmten Behandlungskosten einen bestimmten Prozentsatz selbst zu tragen. Unter Aspekten der »sozialen Verträglichkeit« wird die prozentuale Selbstbeteiligung, insbesondere bei einer einkommensmäßigen Staffelung, als die vergleichsweise »beste« Regelung bezeichnet. Sozialen Erfordernissen könnte hier zudem dadurch Rechnung getragen werden, daß der Selbstbehalt erst ab einer bestimmten Einkommensgrenze zur Anwendung gelangt. Diesen Eigenschaften steht allerdings entgegen, daß die Steuerungswirkung dieser Selbstbeteiligungsregelung - wenn überhaupt - nur sehr begrenzt zum Tragen kommt, da der Anstieg des Selbstbeteiligungsbetrages stets geringer ist als derjenige der Behandlungskosten.

(II) Absolute Selbstbeteiligung

Beim Modell der absoluten Selbstbeteiligung zahlen die Versicherten je Behandlungsfall einen vorher festgelegten Festbetrag. Solange die Behandlungskosten den in der Versicherungsvereinbarung festgesetzten Betrag nicht übersteigen, sind sie grundsätzlich vom Patienten zu tragen. Erst die darüber hinausgehenden Kosten werden von der Krankenversicherung beglichen. Differenzierungen sehen hierbei u.a. vor, daß der übersteigende Betrag entweder voll, prozentual oder um den über dieser Grenze liegenden Betrag von der Krankenversicherung übernommen wird.

Auch hier ist eine soziale Staffelung des Festbetrags gemäß dem Einkommen des Versicherten denkbar. Zudem kann die Selbstbeteiligung entweder in Form einer *Franchise* oder einer Gebühr erfolgen. Bei der Franchise zahlt der Versicherte unabhängig von der Art der in Anspruch genommenen Leistungen pro Abrechnungsperiode einen bestimmten Betrag selbst. Zwar erfordert diese Regelung einen Übergang zum Kostenerstattungssystem, hat aber den Vorteil, daß der Versicherte hinsichtlich der Struktur der nachgefragten Leistungen unabhängig ist. Demgegenüber ist die Selbstbeteiligung in Form einer Gebühr (z. B. Rezept- oder Krankenscheingebühren) prinzipiell auch im nach Sachleistungsprinzip organisierten System möglich. Eine Einflußnahme auf die Struktur der nachgefragten Leistungen wäre hier durch nach Leistungsarten differenzierte Gebühren möglich.

Der Steuerungseffekt absoluter Selbstbeteiligungsregelungen wird sehr unterschiedlich beurteilt. Insbesondere bezüglich der über der Selbstbehaltsgrenze liegenden Kosten ist die Steuerungswirkung praktisch null; zu erwarten ist allerdings, daß bei einer derartigen Regelung die Versicherungen dadurch entlastet werden, daß Bagatellfälle aus der Erstattungspflicht herausfallen würden und ein Anreiz bestünde - zumindest in den nicht besonders dringlichen Fällen - einen Arztbesuch zu vermeiden.

(III) Indemnitätsmodell

Nach dem sog. Indemnitätsmodell zahlt die Versicherung die Behandlungskosten bis zu einem bestimmten, für einzelne Leistungen jeweils unterschiedlich festgesetzten Maximalbetrag (Festbetrag). Die Differenz zwischen

Festbetrag und tatsächlichem Preis hat in vollem Umfange der Versicherte selbst zu tragen. Dabei sollen die Kostenerstattungsbeträge innerhalb der Spannweite der empirisch vorkommenden Kosten je spezifiziertem Behandlungsfall festgesetzt werden. Bei freier Preisbildung z.B. würden die Versicherer Normpreise vergüten, die innerhalb der Spanne der faktischen Preise liegen. Diesem Modell werden besonders starke kostendämpfende Effekte zugeschrieben. Zudem käme es kaum zu sozialen Härten, da in jedem Falle die medizinisch notwendige Behandlung durch die Versicherung übernommen würde. Zustande käme die positive Wirkung dadurch, daß den Versicherten ein starker Anreiz geboten würde, sich um eine möglichst kostengünstige Behandlung zu bemühen und überdurchschnittlich teure Anbieter abzuwählen. Entscheidend für das Funktionieren dieses Modells ist zum einen, inwieweit auf dem Markt vorhandene Transparenzmängel behoben werden können; außerdem besteht die Gefahr, daß durch monopolartige Strukturen auf der Anbieterseite sich Preise durchsetzen, die über dem Festbetrag liegen.

b) Rahmenbedingungen

Einerseits aus *ökonomischen Gründen*, zum anderen aber auch aus *sozialpolitischen Überlegungen* werden von den marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomern selbst eine Reihe von Bedingungen genannt, die erfüllt sein müssen, damit eine Selbstbeteiligung sowohl wirksam ist, zugleich jedoch mit *ökonomischen wie gesundheitspolitischen Erfordernissen* in Einklang steht. Da vor allem letzteres häufig in Frage gestellt wird, betonen sie nachhaltig, daß Selbstbeteiligungsregelungen mit vorrangigen gesellschaftlichen Wertvorstellungen vereinbar sein müßten und eine medizinisch angezeigte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht verhindern dürften.

Aus *ökonomischer Sicht* entscheidend ist, daß Selbstbeteiligungsregelungen nur dann als *Sanktions- und Gratifikationsinstrument* wirksam werden, »wenn sie hinreichend groß, also als Opfer oder Belohnung zu empfinden sind«. Die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Gesundheitsgütern werden umso höher sein, je höher der Selbstbehalt ist (Vgl. METZE, 1982 b, S.79). Genau dies jedoch kollidiert mit sozialpolitischen Erfordernissen; auf diesem Hintergrund basiert die Feststellung, daß die gleichzeitige Realisierbarkeit der Forderung nach stärkerer Wirtschaftlichkeit und sozialer Vertretbarkeit wohl nur im Rahmen eines Kompromisses möglich sein wird (Vgl. METZE, 1982 b, S.79).¹⁰

Des weiteren wird von Selbstbeteiligungsregelungen verlangt, daß sie einen unmittelbaren Bezug zum erwünschten Verhalten haben, d. h. entscheidungsrelevant sind und den Betroffenen *Entscheidungsalternativen* zur Verfügung stehen (Vgl. MÜNNICH, 1981, S.212). Dies erfordert insbesondere, daß die Nachfrage nach bestimmten Gesundheitsleistungen nicht starr ist. Dafür wird unterstellt, daß

»die Nachfrage dieser spezifischen Gesundheitsleistungen entweder zeitlich verschoben werden kann, auf andere Leistungen (*Substitutionsmöglichkeit*) ausweichen kann oder durch den Verzicht auf den Leistungsbezug keine extremen Nutzensausfälle entstehen« (OBERENDER, 1986, S.189). Bei fehlenden Entscheidungsalternativen bedeute Selbstbeteiligung lediglich eine steuerungstechnisch weitgehend irrelevante *Umverteilung der Finanzierung* (Vgl. MÜNNICH 1981, S.212). Obgleich zugestanden wird, daß es bestimmte Krankheiten bzw. Notfallsituationen gibt, in denen ein unmittelbarer Handlungsbedarf gegeben, die Nachfrage also unelastisch ist, werden unter Hinweis auf schwierige Kontrollprobleme sowie auf das Entstehen eines unverhältnismäßig hohen Aufwandes allerdings auch in diesen Fällen Ausnahmen vom Selbstbehalt als nicht zweckmäßig erachtet (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987).

Weitgehend einig sind sich die Marktökonomern schließlich darin, daß aus Gründen der *Steuerungswirksamkeit* Selbstbehaltregelungen sämtliche Leistungsbereiche umfassen sollten. Dadurch soll einerseits verhindert werden, daß einzelne Leistungsanbieter diskriminiert werden und andererseits die Nachfrager Möglichkeiten erhalten, dem Selbstbehalt auszuweichen (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.368). Würde lediglich eine spezielle Selbstbeteiligung eingeführt, bestünde die Gefahr, daß es gesamtwirtschaftlich unsinnigen, einzelwirtschaftlich aber vorteilhaften *Kostenverlagerungen* käme (Vgl. HAMM, 1984a, S.34).

Durchaus gesehen wird von den Marktökonomern, daß bei Selbstbeteiligungsregelungen auch verschiedene *konterkarierende Entwicklungen* eintreten können, die es als denkbar erscheinen lassen, daß zumindest bei den Krankenversicherungen kein *dynamischer zusätzlicher Spareffekt* auftritt (Vgl. KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.69).

Ein möglicher *negativer Effekt* wäre, daß u.U. Menschen veranlaßt werden, im Krankheitsfalle nicht rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen und dadurch die Gefahr entsteht, daß eine Behandlung unmöglich wird (Vgl. OBERENDER, 1985, S.28). Ebenso könnte die als Folge von Selbstbehalt erreichte sparsamere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dazu führen, daß Patienten Krankheiten teilweise nicht erkennen und verschleppen und daß diese verschleppten Krankheiten letztendlich kostspieligere Behandlungen erforderlich machen. In diesen Fällen wären die erzielten Einsparungen lediglich temporärer Art, und dabei ein *zeitversetzter Anstieg der Gesundheitskosten* keineswegs auszuschließen (Vgl. KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.62). Derartige Verhaltensreaktionen erscheinen insbesondere bei *Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen* als nicht unwahrscheinlich, bei denen infolge des fehlenden unmittelbaren Leidensdrucks von einer sehr *hohen Preiselastizität* ausgegangen werden muß.

Diesem eben genannten Einwand wird von einigen Marktökonomern insofern Rechnung getragen, als auch sie vorschlagen, aus *sozial- und gesundheitspolitischen Gründen* Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen sowie die Behandlung von ansteckenden Krankheiten von der Selbstbeteiligung auszunehmen (Vgl. HAMM, 1984 a, S.34; GITTER/OBERENDER, 1987, S.100), zumal derartige Maß-

10) Eine höhere Belastung bestimmter Personen durch Selbstbeteiligung hält METZE allerdings für durchaus akzeptabel. Der zumutbaren Belastung eines einzelnen durch eine Selbstbeteiligung steht nach seiner Ansicht »bei einer Vollversicherung eine unzumutbare Belastung der Versichertengemeinschaft durch eine wirtschaftlich nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung gegenüber«.

nahmen ohnehin »Investitionen in das Humankapital der Bevölkerung« (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.100) darstellten.

Spezifische Probleme ergeben sich ferner bei bestimmten Formen des absoluten Selbstbehalts und zwar ganz besonders in jenen Fällen, in denen mit einem jährlichen Höchstbetrag gearbeitet wird. Hier ist nicht auszuschließen, daß die Nachfrage lediglich zeitlich auf jene Jahre verlagert wird, in denen aus besonderen Gründen die Selbstbehaltsgrenze ohnehin überschritten wird. Außerdem wird die Gefahr gesehen, daß bei einem derart kalkulierten Vorgehen bzw. wenn von vornherein ein Überschreiten der Selbstbehaltsgrenze feststeht, Patienten erst recht versuchen, ganz besonders teure Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen (Vgl. OBERENDER, 1985).

c) Erwartete Effekte von Selbstbeteiligungsregelungen

An die Einführung einer Selbstbeteiligung knüpfen die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonom eine Vielzahl von Erwartungen. Neben den im Vordergrund stehenden *positiven Allokationseffekten* werden diesem Instrument *auch Finanzierungseffekte* sowie ein Beitrag zur *Erhöhung der Konsumentensouveränität* zugeschrieben.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, daß das Hauptziel von Selbstbeteiligungsregelungen die *Erhöhung des Kostenbewußtseins* und als Folge davon eine *Steigerung der Wirtschaftlichkeit* sein soll (Vgl. SCHNEIDER, 1985, S.15; HENKE/METZE, 1979). Erwartet wird u.a., daß bei Selbstbeteiligung Gesundheitsleistungen nicht mehr als Substitut für die Befriedigung anderer Bedürfnisse eingesetzt, andere Güter als Substitute für bisher nachgefragte Gesundheitsleistungen verwendet und Nachfrager in stärkerem Maße versuchen werden, das Notwendigwerden einer Nachfrage zu vermeiden (Vgl. METZE, 1982 a, S.85). *Allokationspolitisch* hätte dies den positiven Effekt, daß die »Überinanspruchnahme« an medizinischen Leistungen gesenkt und somit erreicht würde, daß nurmehr die wirklich erforderlichen Behandlungen vorgenommen werden. Zugleich soll damit das Bewußtsein wiederhergestellt werden, »daß Gesundheitsleistungen einen erheblichen Aufwand an produktiven Ressourcen erfordern...« (MÜNNICH, 1981, S.79).

Im einzelnen sprechen nach Ansicht der marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonom folgende *positiven Eigenschaften* für eine *Einführung einer direkten Selbstbeteiligung*:

1) Zunächst einmal sind Marktwirtschaftler fest davon überzeugt, daß eine Selbstbeteiligung die *Wirtschaftlichkeit* erhöht, indem Gesundheitsgüter, die derzeit kostenlos erhältlich sind, i.e.S. jedoch nichts mit Gesundheit zu tun haben, weniger nachgefragt werden; dadurch werde tendenziell verhindert, daß die Versicherungsgemeinschaft die Befriedigung von Bedürfnissen finanziert, die nicht in ihren Aufgabenbereich fallen (Vgl. METZE, 1982 b, S.79). Gleichzeitig wird ihr die *Wirkung* zugeschrieben, für eine *Senkung der Überinanspruchnahme an medizinischen Leistungen* zu sor-

gen, wobei unterstellt wird, daß ohne Selbstbeteiligung gemäß der *Moral-Hazard-Hypothese* die Versicherten dazu neigen, mehr Leistungen in Anspruch zu nehmen, als sie tatsächlich benötigen. Wird dagegen die Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund eines Selbstbehalts monetär fühlbar, werde sich eine *rationale Nachfrage* durchsetzen und nurmehr wirklich medizinisch erforderliche Behandlungen verlangt.

- 2) Indem Selbstbeteiligung das Interesse der Patienten steigert, unnötige Kosten zu vermeiden, werde die *Kontrolle der Anbieter durch die Nachfrager* erhöht. Dabei wird angenommen, daß die einzelnen Patienten sich verstärkt um die *Anwendung möglichst rationeller Therapien* bemühen und von den Ärzten eine Begründung für die Notwendigkeit verordneter Leistungen verlangen werden (Vgl. OBERENDER, 1985, S.28; METZE, 1982 b, S.78). In diesem Falle entstünde zwar eine Interessensdivergenz zwischen Ärzten und Patienten, erstere müßten jedoch nicht mehr befürchten, durch den sparsamen und wirtschaftlichen Einsatz von Gesundheitsgütern das Vertrauensverhältnis zu den Patienten zu beeinträchtigen oder diese gar an andere Ärzte zu verlieren. Auf der Anbieterseite würde hingegen das kostenbewußte Verhalten der Patienten zu Anreizen führen, das *Preis-Leistungs-Verhältnis* zu verbessern und die *Behandlungseffizienz und -effektivität* zu erhöhen (Vgl. METZE, 1982 b, S.78). Im Ergebnis entstünde ein intensiverer Wettbewerb der Leistungserbringer um die Patienten mit der Folge, daß medizinische Leistungen wirtschaftlicher erstellt werden müßten, um sie zu möglichst günstigen Preisen anzubieten (Vgl. METZE, 1982 a, S.85; OBERENDER, 1986, S.189).
- 3) Neben dem Druck auf eine möglichst preisgünstige Leistungserstellung werden von der Selbstbeteiligung gleichzeitig Einflüsse auf die *Struktur der Leistungsnachfrage* erwartet (Vgl. METZE, 1982 c, S.78). Gemeint ist damit, daß Nachfrager versuchen werden, von teuren auf kostengünstigere Therapien auszuweichen oder in Bagatellfällen auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gänzlich zu verzichten. Durch Substitution z.B. teurerer durch billigere Medikamente oder den Verzicht auf vermeidbare Arztkontakte, ergebe sich eine Reduktion der entstehenden Kosten (Vgl. METZE, 1982 a, S.85; 1982 c, S.78).
- 4) Eng mit diesen beiden eben genannten Effekten verbunden wäre eine *Erhöhung des Informationsinteresses* des einzelnen hinsichtlich aller mit der Gesundheit zusammenhängenden Fragen (Vgl. OBERENDER, 1986, S.189). U.a. wird es für denkbar gehalten, daß dann ein »Markt für unabhängige Sachverständige« entsteht, auf »dem jeder Patient bei Bedarf die von einem Arzt verordnete Therapie sowie die geforderten Honorare überprüfen lassen kann« (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.104).
- 5) Eine weitere Funktion von Selbstbeteiligungsregelungen soll ferner darin bestehen, *Anreize zu Verhaltensänderungen* zu schaffen (Vgl. HÖHN, 1986, S.28), deren Folge *positive gesundheitspolitische Effekte* wären. Dieser Hoffnung liegt die Annahme zugrunde, daß die Versicherten in Erwartung möglicher Kosten zu einem

stärker gesundheitsfördernden Verhalten veranlaßt würden. So wird der Selbstbeteiligung die Eigenschaft zugeschrieben, dem Patienten zu helfen, »sich die Ursachen und Folgen der Zivilisationskrankheiten stärker ins Bewußtsein zu rufen und eigene Mitwirkungsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen« (Vgl. MÜNNICH, 1982).

Durch die Heranziehung der Versicherten zu den Behandlungskosten könne generell eine positive Beeinflussung der *Gesundheitseinstellung* sowie des *Gesundheits- und Krankheitsverhaltens* erreicht werden (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.105).

- 6) Ebenfalls als Auswirkung einer Selbstbeteiligung rechnen einige mit einer *Verbesserung der Compliance*. Dadurch, daß die Kosten einer Behandlung für den Patienten unmittelbar spürbar würden, könne davon ausgegangen werden, daß ein Anreiz entstehe, positiv am Behandlungserfolg mitzuwirken. Die Folge wäre, daß vermeidbare Kosten entfielen (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987).
- 7) Ein anderer Nebeneffekt bestimmter Selbstbeteiligungsregelungen wird zudem darin gesehen, daß sich die *Verwaltungskosten der Versicherungen* in dem Maße verringern, in dem insbesondere bei Bagatellfällen erst gar nicht ein Arzt aufgesucht werde oder aber die erforderlichen Medikamente aus eigener Tasche bezahlt würden, d.h. gegenüber den Kassen keine Liquidation erfolgt.
- 8) Verschiedene Befürworter von Selbstbeteiligungsregelungen schließlich sehen unabhängig von den Steuerungswirkungen ganz generell im Selbstbehalt die Funktion, einerseits die *Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers* zu stärken (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.103 f.), ihm andererseits zugleich aber individuelle *Gestaltungsmöglichkeiten* einzuräumen. Ausgehend von dem Postulat, daß in einer pluralistischen Gesellschaft Konsumentensouveränität anzustreben sei, anstatt durch den Staat oder die Gesundheitspolitik ein bestimmtes Verhalten vorzuschreiben oder zu erzwingen, biete der Selbstbehalt die Möglichkeit, daß sich jeder gemäß seinen Präferenzen verhalten könne (d.h. also auch Verschwendung betreiben kann, solange er bereit ist, dafür zu bezahlen).

Während man sich der *positiven allokativen Effekte* seitens der Marktökonomien einigermaßen sicher ist, gehen die Meinungen in bezug auf den von einigen erwarteten *Finanzierungseffekt* doch auseinander. Dies hängt damit zusammen, daß dieser Effekt vom Erfolg der Steuerungswirkung abhängig ist und sich letztlich nur schwer kalkulieren läßt (Vgl. REINERS, 1987, S.105).

3. 7. 2. 2 Maßnahmen zur Erhöhung der Wahlfreiheit (z.B. Wahltarife)

a) Ausgangsüberlegungen

Neben der Einführung einer Selbstbeteiligung wird von den Marktwirtschaftlern vor allem gefordert, die Beziehungen zwischen Angebot und Nachfrage von Versiche-

rungsleistungen stärker nach marktwirtschaftlichen Kriterien zu regeln (Vgl. KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.76 f.). Forderungen in dieser Richtung basieren auf der Feststellung, daß der gewöhnliche Versicherte im heutigen System der GKV hinsichtlich des Bezuges von Versicherungsleistungen keine echten Wahlmöglichkeiten besitze. Nachdrücklich wird darauf verwiesen, daß es dem Versicherungsnehmer nicht möglich sei, eine individuelle Krankenversicherung gemäß seinen Wünschen und seinen ökonomischen Möglichkeiten zu wählen. Insbesondere könne der Versicherte die Versicherung nicht entsprechend seinen eigenen Präferenzen wählen, habe nicht gemäß seinen Präferenzen Einfluß auf den Umfang seines Versicherungsschutzes, ganz davon abgesehen, daß er nicht frei darüber entscheiden könne, ob er überhaupt einer Versicherung beitreten möchte oder nicht (Vgl. KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.77).

Eine derartige Situation widerspricht den von den Marktwirtschaftlern postulierten Ordnungsprinzipien. Das Gesundheitswesen ist danach generell nach der *Maxime* zu gestalten „*Subsidiarität soweit möglich, Solidarität soweit nötig*“ (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.97; GITTER/OBERENDER, 1987, S.97). Ziel müsse es daher sein, die Wahl- und Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten im Rahmen einer verstärkten dezentralen Steuerung zu erhöhen, Bedingungen zu schaffen, um den Bedürfnissen der einzelnen Beteiligten möglichst adäquat Rechnung zu tragen und als untrennbares Komplement zum Recht auf Gesundheit die Eigenverantwortung zu fordern.

Daneben wird die Schaffung von wirklichen *Wahlmöglichkeiten* als unabdingbar angesehen, um zu einem *Wettbewerb zwischen den Versicherungen* zu gelangen. Dahinter steht die Auffassung, daß es einen „tatsächlichen“ Wettbewerb auf der Produktebene nur geben kann, wenn unterschiedliche Leistungspakete und Versicherungstarife angeboten werden. Der derzeitige Gestaltungsspielraum der gesetzlichen Krankenkassen (z. B. in Form der durch Satzung möglichen Mehrleistungen) wird diesbezüglich allerdings von den Marktwirtschaftlern als völlig unzureichend angesehen, zumal sich hieraus, wenn überhaupt, ein Wettbewerb nicht aus Gründen der Produktgestaltung, sondern allenfalls aufgrund der Leistungsdarbietung ergibt.

b) Rahmenbedingungen und Einzelaspekte

Ungeachtet der Vielfalt der Reformvorschläge zur Erhöhung der individuellen Wahl- und Handlungsfreiheit, gibt es verschiedene Elemente, für deren Einhaltung sich praktisch alle marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomien aussprechen. So steht - jedenfalls was die ernstzunehmenden Reformvorschläge anbetrifft - nicht zur Disposition, ob man sich überhaupt versichert, d. h. auf eine Versicherungspflicht gegen Krankheitsrisiken gänzlich verzichtet wird. Desgleichen wird nicht ernsthaft verlangt, die gesetzliche Krankenversicherung völlig zugunsten einer nach dem Äquivalenzprinzip ausgerichteten privaten Krankenversicherung zu beseitigen.

Grundsätzlich ist man sich zudem einig, daß gewisse staatliche Rahmenvorschriften, an die sich Versicherte

und Krankenkassen zu halten hätten, vor allem aus sozialen Gründen unentbehrlich sein werden (Vgl. HAMM, 1984 b, S.99). In diesem Sinne besteht Übereinstimmung, daß es eine *allgemeine Grundsicherung* geben muß, wobei für jeden Bürger eine Pflicht zum Abschluß einer Versicherung gegen Grob Risiken bestehen muß (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.98). Diese obligatorische Mindestabsicherung soll sicherstellen, daß kein Patient aus wirtschaftlichen Gründen von lebensnotwendigen medizinischen Leistungen ausgeschlossen wird.

Hinsichtlich der Einführung von Wahlтарifen wird von den Befürwortern daher ausdrücklich betont, daß es sich hierbei um *Wahlmöglichkeiten* und keine *obligatorischen Verpflichtungen* handle. Entsprechend schlagen die meisten vor, daß die Versicherungen neben den Wahlтарifen grundsätzlich auch einen Versicherungsschutz im bisherigen Leistungsumfang und Deckungsgrad anbieten sollten. Zugleich weisen sie darauf hin, daß man genau überlegen müsse, in welchem Umfang die Wahlmöglichkeiten überhaupt zugestanden werden sollten.

Damit sich die erwarteten Effekte von Wahlтарifen auch tatsächlich einstellen, müssen zudem eine Reihe von *Voraussetzungen* erfüllt sein. Hierzu gehören u.a.:

- 1) *Differenzierungen* sind nur dann sinnvoll und vertretbar, wenn die Leistungsunterschiede auch eindeutig definiert werden können und für den Versicherten ein Zusammenhang zwischen Leistungsbegrenzung und Beitragssatz wahrnehmbar und nachvollziehbar ist.
- 2) Leistungsausgrenzungen und finanzielle Eigenbeteiligungen sollten nur dann zugelassen werden, wenn es sich beim Ausschluß um medizinisch weniger folgenschwere Leistungen handelt. Insbesondere soll sichergestellt werden, daß *existenzgefährdende Risiken* auch tatsächlich versichert sind und die zulässigen Eigenleistungsverpflichtung gewisse Grenzen nicht überschreitet.
- 3) Bei der Bestimmung der einzelnen Wahlтарife zugrundeliegenden Leistungspakete muß beachtet werden, daß die Begrenzungen im Leistungsumfang nicht durch *Substitutionsprozesse* kompensiert werden können.
- 4) Die Wirksamkeit von Wahlтарifen wird umso größer sein, je umfassender die Versicherungen die erzielten *Kosteneinsparungen* an die Mitglieder weitergeben.
- 5) Die Entscheidung zugunsten eines bestimmten Leistungspakets mit einem entsprechenden *Wahlтарif* muß für eine bestimmte *Mindestdauer* erfolgen. Würde ein ständiges Wechseln erlaubt werden, bestünde die Gefahr, daß je nach wahrgenommener *Krankheitsanfälligkeit* zwischen einer Volldeckung und einer Teildeckung gewechselt und dadurch gegen wesentliche Versicherungsgrundsätze verstoßen würde.

Marktwirtschaftliche Vorstellungen in bezug auf erweiterte Wahlmöglichkeiten umfassen durchweg mehr als nur die freie Wahl zwischen verschiedenen Krankenkassen. Die Beseitigung des derzeit für eine erhebliche Zahl von Pflichtversicherten geltende *Zuweisungssystem* ist

selbstverständlich Bestandteil sämtlicher marktorientierter Reformkonzepte.

Allerdings wird von den Marktwirtschaftlern auch nicht ausgeschlossen, daß beim *Übergang zu risikoäquivalenten Krankenversicherungsbeiträgen*, schlechte Risiken u. U. derart hohe Prämien zu zahlen hätten, daß finanziell weniger leistungsfähige Haushalte die Versicherungsprämie nicht aus ihren laufenden Einkommen finanzieren könnten. Selbst bei *Berücksichtigung sozialpolitischer Erwägungen* ist es nach Ansicht der marktwirtschaftlich orientierten Wissenschaftler jedoch effizienter, mit risikoäquivalenten Krankenversicherungsbeiträgen und einem Kostenerstattungssystem zu arbeiten. In einem derart strukturierten Versicherungssystem käme es lediglich zu Umverteilungen zwischen Kranken und Gesunden (unterschiedliche Risiken), nicht jedoch zwischen einkommensschwachen und einkommensstarken Gruppen (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S. 129). Der *Schutz sozial Schwacher*, d.h. jener, die einkommensmäßig nicht in der Lage sind, *risikoäquivalente Versicherungsprämien* zu zahlen, sollte nach diesen Vorstellungen durch direkte staatliche Transferzahlungen unterstützt werden (*Subjektförderung*). (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S. 100). Die Absicherung einkommensschwacher Bürger durch direkte Transferzahlungen (z. B. mittels einer negativen Einkommenssteuer) erlaube zum einen, die heutige unkontrollierte Umverteilung in der Solidargemeinschaft der GKV durch eine gezielte Unterstützung der wirklich Bedürftigen zu ersetzen und zum anderen, die mit risikoäquivalenten Versicherungsprämien verbundenen Incentives zu erhalten.

c) Erwartete Effekte von Wahlтарifen

Während die Einführung von Selbstbeteiligungen vornehmlich auf die Erhöhung des Kostenbewußtseins und die Anwendung von Kosten-Nutzen-Überlegungen abstellt, steht im Vordergrund der *Einführung von Wahlmöglichkeiten die Erhöhung des Freiheitsspielraumes*, indem individuell zwischen Alternativen gewählt werden kann, sowie die Schaffung von Voraussetzungen, um einen *echten Wettbewerb zwischen den Versicherungen* in Gang zu setzen.

Von der *Einführung von Wahlтарifen* versprechen sich die Befürworter u. a. folgende Vorteile und Effekte:

- 1) Bei Wahlтарifen hätten die Versicherten in stärkerem Maße die Möglichkeit, Beitragserhöhungen mit *Einschränkungen der Versicherungsnachfrage* zu beantworten. Dies würde einen verstärkten *Druck auf die Kassen* ausüben, die finanziellen Mittel sparsam zu verwenden und sie veranlassen, in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern nach möglichst kostengünstigen Konditionen für ihre Mitglieder zu streben (Vgl. KNAPPE, 1981, S.524; HAMM 1984 b, S.96).
- 2) Eine andere Wirkung von Wahlтарifen sehen einige der Befürworter darüber hinaus darin, daß bei einem derartigen System ein Teil des Bedarfs an Gesundheitsleistungen nicht versichert ist, mithin bei Auftreten durch die Patienten direkt gekauft werden muß. Dies wiederum zwingt die Konsumenten, Preis-Lei-

stungsvergleiche anzustellen und danach die Kaufentscheidung zu treffen (Vgl. KNAPPE, 1981, S.524 f.).

- 3) Bei größerer Wahlfreiheit der Versicherten wird ferner angenommen, daß sich der Wettbewerb zwischen den Versicherungen nicht nur verstärkt, sondern auch dahin tendiert, daß die Versicherungen ein befriedigendes Preis-Leistungsverhältnis und einen den unterschiedlichen Nachfragerpräferenzen besser entsprechenden Leistungsumfang anbieten (Vgl. KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.77).
- 4) Generell kann den subjektiven Versorgungswünschen hinsichtlich des Umfangs der Risikoabdeckung und der Leistungserbringung gezielter Rechnung getragen werden. Die Existenz von Wahlmöglichkeiten erlaube in größerem Umfang *Eigeninitiative und Eigenverantwortung* der Versicherten (Vgl. OBERENDER, 1986).
- 5) Durch eine umfassende Wahlfreiheit der Versicherten wird erwartet, daß *der Wettbewerb der Versicherungen um die Versicherten* wesentlich intensiviert wird. Insbesondere wird es für wahrscheinlich gehalten, daß in diesem Falle in erheblich stärkerem Umfang der *Aktionsparameter Leistungs-Prämie-Relation* eingesetzt wird und es dadurch zu einer wesentlich größeren Angebotsvielfalt kommt (Vgl. OBERENDER, 1985, S.31).
- 6) Im Bestreben, keine Versicherten an die Konkurrenz zu verlieren, müßten die Versicherungen sich bemühen, die unterschiedlichen Wünsche der Versicherten zu möglichst günstigen Beitragsätzen zu erfüllen. Dies würde zugleich *Innovatoren* anregen, *neue unternehmerische Ideen* zu testen und im Rahmen wettbewerblicher Prozesse zu einer stetigen *Verbesserung und Verbilligung des Leistungsangebotes* führen (Vgl. HAMM, 1984 b, S.96).
- 7) Die mit der Einführung von Wahlтарifen verbundene konsequente Umstellung auf das Versicherungsprinzip ermögliche ferner eine Differenzierung der Beitragsätze nach *individuell beeinflussbaren Risikofaktoren* (Vgl. HAMM, 1984 b, S.96).

d) Formen der Tariffdifferenzierung bei Wahlтарifen

Läßt man unterschiedliche Leistungskataloge der Versicherungen zu, gibt es eine *Vielzahl von Gestaltungsvarianten*, aufgrund derer differenzierte Tarife zustandekommen können. So wird die Höhe der Beiträge/Prämien nicht nur durch die Risikostruktur beeinflusst, sondern auch von Faktoren wie der Höhe des Selbstbehalts, den Aufwendungen für Verwaltung und Akquisition, den Formen der Leistungserbringung sowie dem inhaltlichen Leistungsumfang. Daraus ergeben sich eine Reihe von Gestaltungsmöglichkeiten, wobei die Flexibilisierung der Tarifgestaltung grundsätzlich folgende Ansatzpunkte haben kann (Vgl. REINERS, 1987, S.136):

- 1) *Ausrichtung am akquisitorischen Bedarf* der Versicherung ohne Bezug auf das Leistungsspektrum;
- 2) *Ausrichtung am Leistungsumfang*, der abgegrenzt wird durch

- inhaltliche Differenzierung
- finanzielle Differenzierung
- Differenzierung nach der Art der Leistungserbringung.

Eine Ausrichtung am *akquisitorischen Bedarf der Versicherungen* bedeutet, daß für gleiche Leistungspakete unterschiedliche Beiträge/Prämien verlangt würden, die nach dem Gesichtspunkt der *Mitgliedergewinnung* unter den jeweiligen Marktbedingungen zu bilden wären. Anders ausgedrückt könnte eine Versicherung bestimmten Personengruppen, bei denen sie bei undifferenzierten Beitragsätzen nicht konkurrenzfähig wäre, entsprechende Konditionen anbieten. Denkbar wäre auch, daß ein Versicherungsunternehmen zum Zwecke der langfristigen Mitgliedergewinnung jüngeren Personen günstigere Basisversorgungstarife mit der Hoffnung offeriert, dadurch Abschlüsse im Bereich freiwilliger Zusatzversicherungen tätigen zu können.

Auf einem *unterschiedlichen Leistungsumfang basierende Tariffdifferenzierungen* sind in besonders vielfältiger Weise denkbar. Eine inhaltliche Differenzierung könnte z. B. darin bestehen, daß Versicherte gegen entsprechend niedrigere Beiträge bereit sind, grundsätzlich gleichwertige Generika statt teurerer Originalpräparate zu akzeptieren. Ebenfalls vorstellbar ist, daß unterschiedliche »Komfortstufen« im Tarif Berücksichtigung finden (z. B. Ein- und Mehrbettzimmer im Krankenhaus, Standards bei Heil- und Hilfsmitteln). Unterschiedliche Tarife könnten des weiteren das Ergebnis abweichender Leistungskataloge sein (z. B. Ausschluß bestimmter Leistungen oder Behandlungsmethoden, Beschränkung des Versicherungsschutzes auf ärztliche Leistungen oder auf die Krankenhausversorgung etc.). Prämienwirksam könnten außerdem Regelungen sein, bei denen sich die Versicherten verpflichten, regelmäßig an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

Neben einer Leistungsausgrenzung nach inhaltlichen Kriterien werden vor allem Wahlтарife diskutiert, die mit *unterschiedlichen finanziellen Eigenleistungen im Krankheitsfalle* verbunden sind. Als Form der finanziellen Selbstbeteiligung kämen sowohl prozentuale Selbstbeteiligungen wie auch absolute Selbstbehalte, Prämienrückerstattungen oder Systeme der Bonustarifizierung in Betracht. Ziel ist es in allen Fällen, den Haushalten die Möglichkeit zu geben, „innerhalb gewisser Grenzen selbst darüber zu entscheiden, ob sie die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Form von festbekannten Beiträgen oder von unsicheren Eigenleistungen im Krankheitsfalle übernehmen wollen“. Außerdem sollen Anreize geschaffen werden, sich kostenbewußter zu verhalten und die Nachfrage an wirtschaftlichen Überlegungen zu orientieren (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.82).

Grundsätzlich haben die an den finanziellen Eigenleistungen orientierten Wahlтарife dieselben positiven und negativen Effekte, wie sie Selbstbeteiligungen generell haben. Einen wesentlichen Unterschied zu allgemeinen Selbstbeteiligungsregelungen sehen die Marktwirtschaftler allerdings darin, daß es sich hier um freiwillige Wahlent-

scheidungen handele, d. h. kein Versicherter auf einen Versicherungsschutz mit Vollkostendeckung verzichten müsse. Der Vorteil dieser Regelung bestehe somit zum einen darin, daß es der Entscheidung des einzelnen Nachfragers überlassen werde, welchen Deckungsumfang er vorzieht; zum anderen könne von einer voraussichtlich höheren Steuerungswirkung ausgegangen werden, da die bewußte eigene Entscheidung noch stärker als einheitlich vorgeschriebene Selbstbeteiligungen zu einem kostenbewußten Verhalten motiviert (Vgl. METZE, 1982 b; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.84).

Eine dritte grundsätzliche Möglichkeit der Bestimmung von Wahlтарifen besteht in der *Leistungsbegrenzung nach Leistungsanbietern* (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988). Dieser Ansatz geht davon aus, daß es den Versicherungen möglich ist, mit bestimmten Leistungsanbietern besondere Vergütungen auszuhandeln. Ist dies der Fall, könnte die Versicherung ihren Mitgliedern Versicherungsverträge mit eingeschränktem Anbieterkreis zu günstigeren Tarifen anbieten. Bei Rückgriff auf die von der Versicherung ausgewählten Ärzte, Krankenhäuser oder sonstigen Leistungsanbieter bestünde für die Versicherten Volldeckung, während die Kosten der Inanspruchnahme anderer Leistungsanbieter entweder überhaupt nicht oder lediglich bis zu dem Betrag gedeckt wären, der auch bei den Vertragspartnern der Versicherung angefallen wäre. Der Preis geringerer Beitragssätze bestünde bei diesem Verfahren im Verzicht auf eine freie Wahl der Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Von den nach diesem Kriterium bestimmten Wahlтарifen versprechen sich zahlreiche Marktökonomien eine ganz besonders weitreichende Wirkung. Mit diesem System ließen sich nicht nur *Kosteneinsparungen* im Verhältnis Versicherung und Mitglied erzielen, sondern gleichzeitig würden von ihm *wettbewerbsintensivierende Impulse* in Richtung der Leistungsanbieter ausgehen, indem diese sich verstärkt darum bemühen müßten, durch kostengünstige Angebote einen Vertrag mit einer Versicherung zu erhalten. Außerdem biete dieses System Ansatzpunkte, die bislang starren Organisationsstrukturen der medizinischen Leistungserbringung aufzulockern und dadurch die bisher strenge Trennung zwischen Finanzierung und Leistungserbringung zu überwinden.

3. 7. 2. 3 Übergang zum Kostenerstattungssystem

Als ergänzende Maßnahme zu Selbstbeteiligungsregelungen, Wahlтарifen und Leistungsdifferenzierungen wird von den Befürwortern einer marktwirtschaftlich ausgerichteten Krankenversicherung nachdrücklich der Ersatz des Sachleistungssystems durch ein *Kostenerstattungssystem* verlangt (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1983/84, Tz.499 und 1985/86, Tz.688; KRONBERGER KREIS, 1987, S.33; GITTER/OBERENDER, 1987). Primär begründet wird dieser Schritt mit der fehlenden „*Kostentransparenz*“ des Sachleistungssystems, das die Versicherten dazu verleite, unnötigerweise Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen (Vgl. FIEDLER, 1987, S.483). Ausgegangen wird dabei von der These, daß die Leistungsgewährung mit Hilfe von Kran-

kenscheinen beim Versicherten zur Intransparenz über die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen führe (Vgl. MÜLLER/WASEM, 1987, S.303).

Gerade die Intransparenz ist für Marktwirtschaftler ein Hauptgrund dafür, daß die Versicherten mangels Kostenkenntnis kein Kostenbewußtsein entwickeln können und daher dazu neigen, ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ohne korrigierende Kosten-Nutzen-Kalküle bis zur „Sättigungsgrenze“ auszudehnen (Vgl. KNAPPE/ROPPEL, 1982, S.7 ff.). Sofern man das Ziel verfolge, den Patienten an einer Abwägung von Nutzen und Kosten zu interessieren, müsse man ihm legitimerweise zunächst einmal das Wissen darüber verschaffen, was die in Frage stehenden Gesundheitsleistungen kosten (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1983/84, Tz.499). Damit die Versicherten überhaupt die Fähigkeit erlangen, zu beurteilen, für welche Leistungen und Kosten sie mit ihren Beiträgen aufzukommen haben, sei ein Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungssystem unabdingbar.

Von den Befürwortern des Kostenerstattungsprinzips wird weiterhin geltend gemacht, daß aufgrund der Intransparenz des Sachleistungsprinzips der Versicherte über keine ausreichenden Möglichkeiten verfüge, die *Leistungsabrechnung der Anbieter zu überprüfen*, so daß er etwaige - beabsichtigte oder unbeabsichtigte - Unkorrektheiten nicht beanstanden könne (Vgl. MÜLLER/WASEM, 1987, S.303).

Einige Verfechter von Marktlösungen sehen in der Gewährung von Sachleistungen außerdem die *Verhinderung direkter Preisverhandlungen zwischen Versicherten und Anbietern* über die berechneten Preise für Gesundheitsleistungen, wobei sie die zwischen Kassen und Leistungserbringer-Verbänden getroffenen Preisvereinbarungen nicht als Ersatz akzeptieren, da sie als Resultat von collective bargaining „nicht gerade eine rationelle Methode der Preisbildung“ seien (MOLITOR, 1987, S.12).

Schließlich ist für die meisten marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomien das Sachleistungsprinzip schon aus grundsätzlichen Überlegungen weder mit dem Bild vom „mündigen Bürger“ noch mit der Forderung nach mehr *Konsumentensouveränität* als Funktionsbedingung eines marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus vereinbar.

3. 7. 2. 4 Neudefinition der Krankenversicherungsleistungen

Unabhängig von der Anwendung sonstiger marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente gehört zu den Grundelementen nahezu aller marktwirtschaftlichen Reformstrategien die Forderung nach *Überprüfung des Leistungskatalogs* der Krankenversicherung mit dem Ziel, versicherungsfremde Leistungen, die derzeit durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, zurückzunehmen. Dahinter steht zum einen das Bestreben, Umverteilungswirkungen soweit als möglich zu beseitigen und zum anderen das Wissen, daß die Möglichkeit des Moral-Hazard-Verhaltens konstitutiv für jede Form der Versicherung ist.

Für Marktwirtschaftler gilt hier der Grundsatz, daß der Leistungskatalog so aufgestellt werden muß, daß *Bagatell-, Luxus- und Konsumleistungen* im Versicherungsfall nicht zu erbringen sind. Die Begründung hierfür lautet, daß derartige Leistungen erstens „nicht der Sicherung der Wirtschaftspläne der Arbeitseinkommen-Haushalte im Krankheitsfall“ dienen und zweitens ein Anreiz sind „für Moral-Hazard-Verhalten von Leistungsempfängern und Leistungserbringern, also Quelle einer ineffizienten Verteuerung des Versicherungsschutzes und der Schwächung des Versicherungsgedankens“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.49).

Nicht in den Leistungskatalog von Krankenversicherungen gehören nach Ansicht der Marktwirtschaftler einerseits die *nicht-versicherbaren Risiken*, andererseits vor allem „aber solche versicherungsfremden Leistungen, die aus politischen Gründen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurden und sie mehr und mehr zum ‚wirtschafts- und sozialpolitischen Packesel‘ gemacht haben“ (CASSEL/HENKE, 1988, S.23).

Als versicherungsfremde Leistungen gelten in diesem Zusammenhang vor allem solche Leistungen, deren Inanspruchnahme von vornherein an ein Schadensereignis anknüpft, dessen Eintritt überhaupt nur für einen bestimmten Personenkreis in Betracht kommt.

Bei der Bestimmung des zulässigen Leistungskataloges gehen auch die marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomien davon aus, daß für Krankenversicherungen „konstitutiv (ist), daß der Leistungskatalog als Folge der Veränderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung fortlaufend verändert und erweitert werden muß“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.49). Allerdings verlangen sie, daß die Fortschreibung, Veränderung und Erweiterung des Leistungskataloges bestimmten Kriterien genügt:

- 1) Die Fortschreibung des Leistungskataloges darf nicht dazu führen, daß einzelne Mitgliedergruppen (z.B. freiwillige Mitglieder, Rentner, Landwirte u. a.) *ohne entsprechende Gegenleistung Optionen erhalten* (z. B. Sterbegeld, Pflegeversicherung).
- 2) Soll dem Versicherungsgedanken gefolgt werden, darf der Leistungskatalog nicht *zugunsten einer bestimmten Gruppe* von Mitgliedern erweitert werden, wenn feststeht, daß die Inanspruchnahme von Leistungen mit Sicherheit durch eine entsprechende Gegenleistung über Beiträge nicht gedeckt wird.
- 3) Der Leistungskatalog darf nur in einer Weise verändert und erweitert werden, daß Erweiterungen und Veränderungen als wesentlicher Bestandteil des Versicherungsschutzes *versicherungstechnisch kalkulierbar* bleiben und auch kalkuliert werden (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.49 f.).

Die Forderung nach *Ausgrenzung bestimmter Leistungen* aus der Krankenversicherung stellt nach Meinung der Marktwirtschaftler im übrigen kein Urteil darüber dar, ob diese Leistungen (bzw. ihre öffentliche Bereitstellung) gesellschaftlich notwendig oder sinnvoll sind. Für sie geht es lediglich darum, sie aus dem Bereich der Krankenversi-

cherung auszugliedern. Dabei wird durchaus für denkbar gehalten, einige dieser auszugrenzenden und versicherungsfremden Leistungen über allgemeine Steuermittel im Rahmen anderer Sozialleistungssysteme zu finanzieren. Ein Teil dieser Leistungen hat für Marktwirtschaftler andererseits eindeutig individuellen Konsumcharakter und sollte folgerichtig auch zu Lasten des privaten Konsums gehen (Vgl. CASSEL/HENKE, 1988, S.23).

3. 7. 3 Instrumente zur Steuerung des Leistungsangebotes

Für die Befürworter marktwirtschaftlicher Reformoptionen ist unumstritten, daß eine Marktsteuerung auf der Nachfrageseite nur dann wirklich wirksam werden kann, „wenn neben der Nachfrage auch das Angebot einer grundlegenden Reform unterworfen wird“ (OBERENDER, 1985, S.15; HAMM, 1984 a, S.35). Bezogen auf die *Anbieterseite* plädieren die Marktökonomien in erster Linie für eine umfassende »Entstaatlichung« und »Deregulierung«. Hauptziel der Reformen in diesem Bereich ist es, den *Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern* zu intensivieren und *Anreize* zu setzen, „die nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit des Patienten honorieren“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.95; OBERENDER, 1986, S.193). Grundsätzlich ist für Marktwirtschaftler eine *Erhöhung der Effizienz des Angebots* durch eine „stärkere Anpassung der Leistungsstruktur an die Präferenzen der Nachfrager“ sowie einer gleichzeitigen Senkung der Kosten der Produktion der einzelnen Leistungen erreichbar (Vgl. METZE, 1982 c, S. 90 f.). Letzteres erfordert allerdings, daß Anreize bestehen, Leistungen auch zu minimalen Kosten zu produzieren. Dies wiederum setzt voraus, „daß es den Anbietern ermöglicht wird, ihr Einkommen durch Senkung der Kosten der Produktion von Leistungen zu erhöhen“ (METZE, 1982 c, S.91). Demnach sollte generell für die Leistungserbringer gelten, daß jene, die sich wirtschaftlich verhalten, belohnt, die, die sich unwirtschaftlich verhalten, bestraft werden (Vgl. OBERENDER, 1986, S.193).

3. 7. 3. 1 Grundsätzliche Gestaltungsprinzipien

In einem nach marktwirtschaftlichen Prinzipien gestalteten Gesundheitswesen sollen die Anbieter von Gesundheitsleistungen von *Regulierungen* weitgehend freigestellt werden (Vgl. OBERENDER, 1986, S.193). Bestehende externe Regulierungen sollen - bestimmte *Mindestbedingungen* ausgenommen - beseitigt werden. Insbesondere wird gefordert, für sämtliche Anbieter von Gesundheitsleistungen, die die staatlich fixierten Mindestbedingungen erfüllen, den Marktzutritt offenzuhalten. Zugleich soll freie Wahl der Unternehmensform herrschen (*Beseitigung der Betriebsformenbeschränkung*) und Werbung für gesundheitliche Leistungen zulässig sein (*Aufhebung des Werbeverbots*) (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.27).

Die *Koordination von Angebot und Nachfrage* soll in einem derart strukturierten Gesundheitssystem ausschließlich über flexible Preise (*Preissteuerung*) erfolgen, deren Höhe sich entsprechend der Nachfrage der Verbraucher,

den Produktionsbedingungen sowie der Marktlage bestimmt (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.139). Die Preise bilden somit das zentrale Steuerungsinstrument. Als Voraussetzung für das Funktionieren dieses Mechanismus wird jedoch verlangt, daß die Anbieter von Gesundheitsleistungen in ihrer Preisgestaltung frei sind, also weder administrierte Preise noch Preisabsprachen existieren (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.27). Gleichzeitig wird gefordert, daß jegliche Subventionierung einzelner Leistungsanbieter durch die öffentliche Hand unterbleibt.

Weiterhin verlangen die Marktwirtschaftler, daß für Ärzte und Krankenhäuser keine verbindliche Bedarfsplanung bestehen soll und die staatliche Angebotsplanung auf ein Mindestmaß reduziert wird. Die Befürworter von Marktlösungen sind überzeugt, daß bei entsprechenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Wettbewerb sowohl zu einem ausreichenden wie kostengünstigen Angebot führen wird.

Dem marktwirtschaftlichen Grundprinzip größtmöglicher Handlungsfreiheit und dezentraler Entscheidungsfindung folgend, wird vorgeschlagen, es weitgehend dem marktlichen Wettbewerb zu überlassen, Unternehmens-, Honorar- und Vertragsformen zu bestimmen. Unter weitgehendem Verzicht auf Zugangs- und Zulassungsregulierungen soll der Wettbewerb zur Entdeckung neuer Angebotsformen führen. In diesem Zusammenhang befürworten die Marktwirtschaftler auch die Erprobung von Unternehmensformen, die sich durch eine Verbindung von Gesundheits- und Versicherungsleistungen charakterisieren (Vgl. OBERENDER, 1986, S.194).

Folgerichtig zu den bisher genannten Reformzielen plädieren die meisten Marktwirtschaftler für die Beseitigung der korporativen Standesorganisationen, jedenfalls was ihre regulierenden Funktionen betrifft. Insbesondere treten eine Reihe von ihnen für eine Verlagerung des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigung auf die gesetzlichen Krankenkassen ein (Vgl. MÜNNICH, 1984 a, S.9; OBERENDER, 1986, S.195).

Zu den Grundelementen eines marktwirtschaftlichen Steuerungssystems gehört ferner die Zulassung eines selektiven und exklusiven Kontrahierens zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Versicherer sollen die Möglichkeit erhalten, mit einzelnen Leistungsanbietern unterschiedliche Verträge einzugehen und nicht gezwungen sein, Vertragsbeziehungen mit sämtlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen einzugehen. Hiervon wird eine Intensivierung des Preis- und Leistungswettbewerbs zwischen Versicherern und Leistungsanbietern erwartet (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.116).

3. 7. 3. 2 Steuerung im Bereich der ambulanten Versorgung

a) Reformschwerpunkte

Marktwirtschaftliche Reformstrategien für den ambulanten Sektor gehen überwiegend ebenfalls davon aus, daß dem Arzt im System der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Steuerungsfunktion zukommt. Diese Sonder-

rolle des Arztes dürfte auch ein Grund dafür sein, daß die aus dem marktwirtschaftlichen Spektrum kommenden Reformstrategien für den Bereich der ambulanten Versorgung eine besondere Vielfalt aufweisen. Hinzu kommt, daß die Reformvorschläge in starkem Maße von den Gesamtrahmenbedingungen des Krankenversicherungssystems abhängig gemacht werden. Entscheidend für Reformen der ambulanten ärztlichen Versorgung sei insbesondere, inwieweit in einem zukünftigen System vom derzeitigen abgewichen werde.

Ungeachtet dessen lassen sich aus den vorgelegten marktwirtschaftlichen Reformkonzepten dennoch eine Reihe von Reformschwerpunkten und generellen Zielen herauskristallisieren:

- 1) Ausgehend von der Auffassung, daß das geltende Kassenarztrecht die wirtschaftliche und medizinische Entscheidungsfreiheit der Kassenärzte in vielen Bereichen einengen, werden Liberalisierungen für erforderlich gehalten, die das Ziel verfolgen, den individuellen Gestaltungsspielraum durch Abbau zentraler, übergeordneter Zwänge zu erweitern (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.127).
- 2) Nach Ansicht von Marktwirtschaftlern läßt sich die Freibrieflichkeit der Kassenärzte nur rechtfertigen, wenn gleichzeitig die damit verbundenen ökonomisch-rechtlichen Konsequenzen akzeptiert werden. Dies bedeute insbesondere, daß es keine ex ante garantierte Kostendeckung, auch nicht für kollektivvertraglich anerkannte Kosten, und keinen administrativ garantierten Schutz vor Konkurrenten geben könne (Vgl. MÜNNICH, 1984 a, S.10; GEIGANT, 1986, S.305 ff.; NEUBAUER, 1988, S.24; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.135).
- 3) Grundelement marktwirtschaftlicher Reformstrategien ist weiterhin die Forderung nach Auflockerung des kollektiven Vertragszwanges. Zum Zwecke der Erhöhung des Handlungs- und Gestaltungsspielraumes sowie als Voraussetzung für die Entfaltung von mehr Wettbewerb plädieren die Marktökonomien überwiegend für eine Aufhebung des faktischen Kontrahierungszwanges der Krankenkassen gegenüber allen niedergelassenen Ärzten. Statt dessen treten sie dafür ein, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, Vertragspartner unter den Ärzten nach Wirtschaftlichkeit und Bedarf auszuwählen.
- 4) Einen weiteren Reformschwerpunkt bilden Forderungen nach Liberalisierung des ärztlichen Standesrechts. Vor allem wird verlangt, Regulierungen über die wirtschaftlichen Aspekte der ärztlichen Berufsausübung (Betriebsform, Beschäftigungsverbot, Unternehmensform, Werbeverbot) weitestgehend aufzuheben (Vgl. MÜNNICH, 1985, S.163; OBERENDER, 1986, S.195; GITTER/OBERENDER, 1987, S.135; KRONBERGER KREIS, 1987).
- 5) Im Vergütungsbereich sollen Gestaltungsformen zum Zuge kommen, bei denen die relativen und absoluten Einkommenschancen von der Knappheit der Leistungen abhängig sind. So müsse die »Ärztenschwemme« zu einem relativen Absinken des durchschnittlichen Arzteinkommens führen, so wie früher »Ärztmangel« zu

einer relativen Erhöhung des durchschnittlichen Arzteinkommens geführt habe (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.52).

b) Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen

Vor allem unter *ordnungspolitischen Gesichtspunkten* als überaus problematisch betrachten die meisten Marktökonom den in § 368n Abs.1 RVO den Kassenärztlichen Vereinigungen ausschließlich übertragenen *Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung*. Diese Regelung habe den Ärzten bzw. Ärzteguppen sowie den Kassen das Recht genommen, außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen miteinander Verträge zu schließen und die Kassenärztlichen Vereinigungen damit *de facto* zu einem »Angebotskollektivmonopol« auf ambulante ärztliche Leistungen gemacht (Vgl. MÜNNICH, 1986, S.640).

Eine Reihe von Marktökonom tritt vor diesem Hintergrund entschieden dafür ein, die *Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen*, die sowohl durch Zwangsmitgliedschaft als auch durch Sicherstellungsauftrag rechtlich abgesichert werde, zu beseitigen (Vgl. MÜNNICH, 1984 a, S.10 f.; OBERENDER, 1986, S.195). Auf die *Zwangsmitgliedschaft* wie den *Sicherstellungsauftrag* könne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht bedenkenlos verzichtet werden. Der Sicherstellungsauftrag sei aufgrund der sich abzeichnenden »Ärztenschwemme« ohnehin obsolet (Vgl. OBERENDER, 1986, S.195). Im übrigen verhinderten Kollektivmonopole bzw. Kartelle wie die Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich den Wettbewerb und seien schon von daher mit einem System der dezentralen Koordination unvereinbar. In einem System der Kostenerstattung seien sie zudem überflüssig, da es nichts zu verhandeln gebe (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.115).

Als Lösung wird u. a. vorgeschlagen, den Kassenärztlichen Vereinigungen wesentliche Funktionen zu nehmen, sie reduziert auf ihre »konventionellen« Teile, jedoch fortbestehen zu lassen (Vgl. MÜNNICH, 1985, S.163). Aber auch dann sollten neben den Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Verbände mit gleichen Rechten zugelassen werden, in denen Kassenärzte ihrer Organisationspflicht nachkommen können. Grundsätzlich müsse den Ärzten die *freie Wahl ihres Berufsverbandes* eingeräumt werden (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.128).

Was den *Sicherstellungsauftrag* betrifft, wird angeregt, diesen auf die Krankenkassen zu übertragen, indem diese verpflichtet werden sollten, die medizinisch notwendige Versorgung zu garantieren, wobei ihnen freizustellen wäre, wie sie diesen Auftrag erfüllen. Gedacht wird aber auch daran, die Sicherstellung zum Gegenstand privatrechtlicher Verträge zu machen (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.134; NEUBAUER, 1988 a, S.24).

c) Preisbildung für ambulante ärztliche Leistungen

Hinsichtlich der *Preisbildung für ambulante ärztliche Leistungen* wird von Marktwirtschaftlern zunächst einmal darauf hingewiesen, daß über die konkrete Ausgestaltung der Honorierungssysteme (z. B. Einzelleistungs- oder/und Pauschalhonorierung) im *Wettbewerbsprozeß* entschieden

werden müsse. Hierbei wird u. a. darauf verwiesen, daß das *Steuerungspotential* sowohl der *Einzelleistungs-* wie der *Pauschalhonorierung* weniger durch die formale Ausgestaltung des Honorierungsverfahrens bestimmt werde, sondern vielmehr durch die im Gesundheitssektor herrschenden Rahmenbedingungen. So liege der Grund für die geringe Steuerungswirkung insbesondere der Einzelleistungshonorierung primär darin, daß ein Wettbewerb um die knappe Zahlungsbereitschaft der Konsumenten nicht existiere, weil für die Versicherten im derzeitigen GKV-System ein genereller Zahlungszwang bestehe (Vgl. KNAPPE, 1985, S.79 ff).

Ohne bestimmte Systeme zu präferieren (die zu entdecken, ist nach den Vorstellungen von Marktwirtschaftlern vielmehr Aufgabe des Wettbewerbs als einem Such- und Entdeckungsverfahren), nennen Marktwirtschaftler aber dennoch einige Grundanforderungen für *marktkonforme Preisbildungsformen*. Danach sind grundsätzlich solche Honorierungsformen anzustreben, bei denen ärztliche Einkommen wieder eine echte *Indikatorfunktion* der Knappheit darstellen (Vgl. MÜNNICH, 1984 a, S.11). Außerdem sollten Verfahren bevorzugt werden, bei denen die Parameter Preis und Leistung eine entscheidende Rolle spielen. Weiterhin erscheint es als wesentlich, von derzeitigen inputorientierten Preisen, von denen keinerlei kostensenkende Anreize ausgingen, wegzukommen. Eine *marktdäquate Lösung der Vergütung* müsse *outputorientiert* sein, da es für den Nachfrager letztlich nicht auf den eingesetzten Input, sondern auf den erzeugten Output (Ergebnis) ankomme (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.113; MÜNNICH, 1986, S.641).

Zu den Grundsätzen marktwirtschaftlicher Konzeptionen gehört auch, daß *Preisfestsetzungen* so *dezentral* wie möglich erfolgen sollen. Entsprechend wird vorgeschlagen, die Preisbildung für ärztliche Leistungen freizugeben bzw. auf privatautonome Verhandlungen zu übertragen. Vergütungsverträge zwischen Versicherern und Ärzten sollten keine Allgemeinverbindlichkeit erhalten, d. h. abweichende Preisvereinbarungen zwischen einzelnen Patienten und dem jeweiligen Arzt prinzipiell zulässig sein. In einem *System freier Preisbildung* sollten die Versicherungen lediglich die vertraglich ausgehandelten Preise/Honorare erstatten, mögliche Differenzen aber allein die Versicherten tragen (Vgl. MÜNNICH, 1984 a, S.11; GITTER/OBERENDER, 1987, S.114).

d) Deregulierungen im Bereich des ärztlichen Standesrechts

Als wesentliches Element der Inangsetzung wettbewerblicher Marktprozesse plädieren die Marktökonom außerdem für umfassende *Deregulierungen* beim ärztlichen Standesrecht. Mit besonderem Nachdruck wird beispielsweise die *Aufhebung der Betriebs- und Unternehmensformenbeschränkung* in der ambulanten Versorgung genannt (Vgl. MÜNNICH 1984 a, S.11; OBERENDER, 1986, S.195; OBERENDER/GITTER, 1987, S.135; SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86, Tz.371; KRONBERGER KREIS, 1987, S.41). Als hemmende Faktoren innovativer Marktprozesse werten Marktwirtschaftler u. a., daß es einzelnen Ärzten unter-

sagt ist, mit einzelnen Krankenkassen Verträge abzuschließen, Verträge untereinander zu schließen, andere Ärzte in abhängiger Stellung zu beschäftigen und die Gründung von Gruppenpraxen nur unter restriktiven Voraussetzungen zulässig ist.

Vor diesem Hintergrund wünschen sich die MarktökonomInnen rechtliche Rahmenbedingungen, die eine Vielzahl von Organisationstypen am Markt entstehen lassen. Auch hier gilt, daß es ihnen letztlich gleichgültig ist, welche Organisationstypen sich in der Praxis letztlich durchsetzen; unter Konkurrenzbedingungen wird nach ihrer Überzeugung der Marktwettbewerb schon die erforderliche Selektion vornehmen.

Im einzelnen treten die MarktökonomInnen für folgende Änderungen ein:

- 1) Ärzten sollte es freistehen, nicht nur die Unternehmensform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zu wählen, sondern ebenso handelsrechtliche Formen (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.41).
- 2) Aufhebung des *Verbots der unselbständigen Beschäftigung von Ärzten* durch Ärzte oder durch sonstige Unternehmen bei der Erbringung ambulanter Leistungen. Die Zulassung von anderen Unternehmensformen (z.B. Aktiengesellschaften) oder anderen Betriebsformen (z.B. Tageskliniken) ändere nichts daran, daß allein der Arzt im konkreten Einzelfall im Rahmen der verfügbaren Möglichkeiten das Entscheidungsrecht habe und die Verantwortung dafür trage, was medizinisch zu tun sei (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.42).
- 3) *Zulassung von integrierten Gesundheitsunternehmen* (z.B. Krankenhausketten mit weiteren Leistungsangeboten wie etwa Gruppenpraxen, Apotheken oder sonstigen Einrichtungen der Gesundheitspflege).
- 4) *Aufhebung des Werbeverbotes* für Ärzte.
- 5) Freistellung der ambulanten Tätigkeit von Ärzten von der Bindung an eine Niederlassungspflicht (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.27). Schon aus prinzipiellen Gründen wenden sich die MarktökonomInnen dagegen, dem Problem steigender Ärztezahlen durch *verschärfte Zugangsregulierungen* zu begegnen.

3. 7. 3. 3 Steuerung im Bereich der stationären Versorgung

Auch für Marktwirtschaftler weist auf der Anbieterseite vor allem der Krankenhausbereich »korrigierbare Steuerungsmängel« auf (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1983/84, Tz.494). Einhellig gefordert wird hier der Übergang zu einem neuen, *monistisch finanzierten System* mit *Anreizen zu wirtschaftlichem Verhalten* (Vgl. BKU, 1988, S.12 f.). Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung und mehr Eigenwirtschaftlichkeit wird dabei als ein erster Reformschritt angesehen (Vgl. SVR: JAHRESGUTACHTEN 1983/84, Tz.494).

Hauptziel marktwirtschaftlicher Reformoptionen ist die Schaffung von Anreizen für ein wirtschaftliches Verhalten. Um dies im Bereich der stationären Versorgung zu erreichen, muß nach Auffassung der Marktwirtschaftler

den Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt werden, durch (eine mittels autonomer Entscheidungen getroffene) Verringerung des Faktoreinsatzes, Kostensenkungen und Gewinne zu erzielen (Vgl. METZE, 1982 c, S.115). Die *freie Disponibilität* möglicher Gewinne wird hierbei als eine „unabdingbare Voraussetzung für die Wirksamkeit marktwirtschaftlicher Instrumente zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Krankensektor“ (METZE, 1982 c, S.115) angesehen. Die *Gestattung der Gewinnerzielung* heißt für Marktwirtschaftler auf der anderen Seite aber auch, daß Krankenhäuser *Verluste* erleiden können, die aus Eigenkapital zu decken sind. Chancen und Risiken des Betriebs von Krankenhäusern hätte in einem stärker marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem allein der Anbieter zu tragen. Unter *Wettbewerbsbedingungen* bedeute dies, daß eine *unwirtschaftliche Betriebsführung* zu ständigen Verlusten führt, die entweder durch Kapital des Trägers gedeckt werden müßten oder das *Ausscheiden aus dem Markt* zur Folge hätten.

Als weitere Voraussetzung für das Funktionieren der *marktwirtschaftlichen Preissteuerung* betrachten ihre Befürworter die Existenz »ganzheitlicher« Preise, d. h. sämtliche Kosten der Leistungserstellung müssen in dem für eine Leistung gezahlten Preis erfaßt werden. Konkret bedeutet dies, daß in den Preisen für stationäre Leistungen - anders als bislang - auch die Investitionsaufwendungen berücksichtigt werden sollen. Begründet wird diese Forderung zum einen damit, daß sich damit der *Anreiz zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit* erst wirklich entfalten könne, einzelne Kostenarten nicht aus den *Bemühungen zur Kostensenkung* ausgespart und zum anderen auch die *Kosten der Finanzierung* in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen einbezogen würden. Schließlich seien Preise, die sämtliche Kosten berücksichtigen, unerlässlich im Hinblick auf gleiche Wettbewerbsbedingungen.

Vor diesem Hintergrund plädieren marktwirtschaftlich orientierte GesundheitsökonomInnen ausnahmslos für eine *monistische Krankenhausfinanzierung*, wobei allerdings von einzelnen Vertretern unterschiedliche Übergangsregelungen für die Abschaffung des dualen Systems vorgeschlagen werden (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.135). Der Übergang zu einer *Investitionsfinanzierung durch die Krankenträger* sowie einer *Steuerung durch leistungsbezogene Preise* impliziert für die Marktwirtschaftler eine *Aushöhlung der staatlichen Angebotsplanung* im Krankenhausbereich.

3. 7. 3. 4 Neuordnung des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Versorgung

Ein besonderes Anliegen marktwirtschaftlicher Reformkonzepte bildet regelmäßig die Neuordnung des Verhältnisses zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Im Sinne einer generellen Stärkung des Wettbewerbs wird verlangt, derzeit bestehende restriktive Abgrenzungsregelungen zu beseitigen (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.40). So wird es für möglich gehalten, durch Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung, den Wettbewerb zu intensivieren. Ein Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sei möglich und

„dürfte auch sinnvoll sein“ (SVR: JAHRESGUTACHTEN 1983/84, Tz.496; 1985/86, Tz.369). Angestrebt werden soll hierbei eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen frei praktizierenden Ärzten und Krankenhäusern; u. a. wird daran gedacht, das Belegarztssystem auszuweiten.

Durch Abgehen von den heutigen einheitlichen Pflegesätzen wird erwartet, daß für die Krankenhäuser das Interesse entfällt, an vielen Bagatellfällen möglichst lange festzuhalten. Bei Verstärkung der Eigenwirtschaftlichkeit könnte in einer derartigen Situation hingegen bei den Krankenhäusern ein Anreiz entstehen, ihre apparativen Fixkosten zusätzlich dadurch zu decken, daß sie gegen Entgelt freie Kapazitäten den frei praktizierenden Ärzten anbieten (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.40).

3. 7. 3. 5 Steuerung des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereichs

Was den Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel angeht, halten marktwirtschaftliche Reformkonzepte vor allen Dingen *umfassende Deregulierungen* für erforderlich (Vgl. OBERENDER, 1984, S.27 ff.; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.140 ff.). Nach Ansicht der Marktwirtschaftler wird durch umfangreiche Regulierungen und Reglementierungen in diesen Bereichen ein umfassender Wettbewerb verhindert. Genannt werden in diesem Zusammenhang vor allem die nach Ansicht von Marktwirtschaftlern überhöhten Anforderungen an den Nachweis der Sicherheit und Wirksamkeit neuer Arzneimittel, die Verschreibungspflicht, das für zahlreiche Arzneimittel bestehende Publikumsverbot, die für die Mehrzahl von Arzneimitteln bestehende Apothekenpflicht, die Arzneimittelpreisverordnung mit ihren Höchst- und Festzuschlägen, das Autsimile- sowie das Auseinzelungsverbot und das für den Apothekenbereich geltende Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot.

a) Reformen im Pharmabereich

Der Pharma-Markt entspricht aufgrund seiner weitgehend privatwirtschaftlichen Organisation von sämtlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung zwar am ehesten marktwirtschaftlichen Vorstellungen; dennoch sehen Marktwirtschaftler auch hier eine Reihe von *Wettbewerbsbeschränkungen*, durch die nach ihrer Meinung eine Reihe von Vorteilen der Marktwirtschaft nicht in dem gewünschten Umfang zum Tragen komme (Vgl. KARTTE, 1985, S.191).

Änderungsbedürftig gilt für Marktwirtschaftler vor allem die *Arzneimittelzulassung*. Zwar wird eingeräumt, daß der Markt allein nicht die Sicherheit von Arzneimitteln gewährleisten kann, zu restriktive Zulassungsbestimmungen (z.B. präventive Sicherheitsprüfungen) hätten aber zum einen negative Auswirkungen auf den technischen Fortschritt, zum anderen könnten sie in bestimmten Fällen sogar dazu führen, daß nützliche Medikamente erst gar nicht auf den Markt gelangen und den Konsumenten zur Verfügung stehen. Zur Lösung dieses Problems wird empfohlen, in größerem Umfang *Risiko-Nutzen-Betrachtungen* anzustellen und nach flexibleren Regelungen zu

suchen (Vgl. PEDRONI/ZWEIFEL, 1982; MURSWIECK, 1983; OBERENDER, 1984, S.28). Noch einen Schritt weiter gehen einige Marktökonomien in der Frage der *Wirksamkeitskontrolle*; hier fordern sie die völlige Beseitigung der staatlichen Einflußnahme und vertreten die Meinung, daß der Markt ausreiche, um unwirksame Präparate auszusondern.

Wesentliche *Liberalisierungen* werden darüber hinaus in bezug auf die *Verschreibungs-* und die *Apothekenpflicht* gefordert. Die Begründung, daß diese Instrumente für die Qualitätssicherung und Mißbrauchsverhinderung erforderlich seien, wird von ihnen nur sehr bedingt geteilt. Ihrer Ansicht nach stellen beide in erster Linie *Wettbewerbsbeschränkungen* dar. Eine Auflockerung der Verschreibungspflicht würde den Handlungsspielraum von Herstellern und Apotheken vergrößern und diesen u. a. ermöglichen, direkt beim Verbraucher zu werben. Ebenso sollte anstelle der Apothekenbindung die Entdeckung des günstigsten Vertriebsweges dem Wettbewerb überlassen werden, allenfalls bestimmte Mindestanforderungen hinsichtlich der Lagerung und des Vertriebs verlangt werden (Vgl. OBERENDER, 1984, S.29).

Bei der *Forderung nach uneingeschränkter Belegung des Wettbewerbs* im Gesundheitswesen werden von den Marktwirtschaftlern allerdings gerade im Arzneimittelbereich bestimmte Einschränkungen gemacht. Ausdrücklich betonen sie, daß die Wettbewerbsstimulation zu keiner »Diskriminierung« der forschenden Arzneimittelhersteller führen dürfe. U.a. empfehlen sie, darüber nachzudenken, die *Laufzeit des Patentschutzes* bei Arzneimitteln erst mit der Zulassung bzw. der Markteinführung eines neuen Präparates beginnen zu lassen und bei der *Zweitannemelderproblematik* nach einer wettbewerbsneutralen Lösung zu suchen (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.139). Sorgen bereitet ihnen auch, daß es durch einseitige Förderung des *Nachahmerwettbewerbs* zwar zu einer kurzfristigen Intensivierung des Preiswettbewerbs komme, langfristig aber die innovative Aktivität der forschenden Unternehmen reduziert werden könnte.

Hinsichtlich der *Verordnung von Arzneimitteln* sind die Marktwirtschaftler zwar für Anreize, die zu einer wirtschaftlichen Inanspruchnahme von Medikamenten führen, lehnen es aber aus ordnungspolitischen Gründen ab, eine *einzigste Regelung zur Arzneimittelverordnung* allgemeinverbindlich zu machen. Außerdem verlangen sie, daß Regelungen für einen wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln in jedem Fall mit wirksamen Selbstbehaltregelungen auf der Nachfrageseite verbunden werden.

b) Reformnotwendigkeiten im Apothekenbereich

Auch in diesem Bereich gehen die Marktwirtschaftler davon aus, daß eine Marktsteuerung solange nicht zufriedenstellend arbeiten könne, wie pretiale Lenkungsinstrumente entweder nicht vorhanden sind oder nur unvollkommen und verzögert greifen (Vgl. SCHULZ, 1985, S.76). Daher gelte es, den Apotheken einen eigenen *preispolitischen Entscheidungsspielraum* zu geben und sie aus der Situation zu befreien, nur verlängerter Arm der Arznei-

mittel-Hersteller zu sein (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.138).

Eines der Hauptanliegen von Reformschritten ist dann auch, auf der Apothekenstufe Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen *Preiswettbewerb* ermöglichen. Als wesentliche Voraussetzung hierfür gilt die Abschaffung der *Festzuschlagsregelung*. Die derzeit für die Apotheken festgelegten Handelsspannen stellten im Ergebnis eine Preisbindung der zweiten Hand dar; dadurch werde der Preiswettbewerb auf dieser Handelsstufe verhindert und stattdessen der Wettbewerb um Nebenleistungen stimuliert (Vgl. KARTTE, 1985, S.191). Zugleich führe das Preisbewußtsein der Nachfrager allenfalls zu einer Produktsubstitution, nicht jedoch zu einer Apothekensubstitution (Vgl. OBERENDER, 1984, S.29). Erst die Beseitigung der Festzuschlagsregelung erlaube es den Apotheken, den Preis ihrer Produkte selbst nach eigenem Ermessen unter Berücksichtigung der jeweiligen Wettbewerbssituation festzusetzen (Vgl. OBERENDER, 1984, S.29). Außerdem soll ihnen hierdurch die Möglichkeit gegeben werden, ihre Leistungsfähigkeit über niedrige Preise an die Nachfrager weiterzugeben, um damit zusätzliche Kunden zu gewinnen (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.141).

Von der Verstärkung des Preiswettbewerbs verspricht man sich des weiteren positive Effekte hinsichtlich der *Steuerung des Marktzugangs von Apothekern*; so wird erwartet, daß aufgrund der marktprozessualen Gegebenheiten die durchschnittliche Handelsspanne gegenüber heute sinken dürfte und dadurch neue Apotheker vom Markt ferngehalten würden. Auf diese Weise der möglicherweise drohenden »Apothekerschwemme« entgegenzuwirken, wird von Marktwirtschaftlern im Gegensatz zu administrativen Zugangsregulierungen als ordnungspolitisch unbedenklich eingestuft.

Die staatlich festgelegte Handelsspanne hat nach Auffassung der Marktwirtschaftler weiterhin zur Folge, daß die Apotheken kein Interesse haben, ein teures durch ein billiges Medikament zu ersetzen. In dieselbe Richtung wirke das faktisch bestehende *Aut simile-Verbot*; indem die Ärzte im allgemeinen ganz bestimmte Markenpräparate verschreiben, den Apotheken es jedoch weitgehend untersagt ist, ein den verordneten Medikamenten vergleichbares Medikament zu verabreichen, werde eine Produktsubstitution praktisch unmöglich gemacht. Daher würde eine nachhaltige Lockerung des *Aut simile-Verbots* gleichfalls dazu beitragen, den *Preis als Wettbewerbsparameter* aufzuwerten.

Wettbewerbsbeschränkend wirkt nach Ansicht der Marktwirtschaftler schließlich auch das sog. *Auseinzelungsverbot*, das es den öffentlichen Apotheken untersagt, aus preisgünstigeren Großpackungen Teilmengen auszueinzeln und zu verkaufen. Eine derartige Vorschrift stellt zum einen eine Mißachtung der individuellen Bedürfnisse dar, schränkt daneben aber vor allem den wettbewerblichen Einsatz des Parameters Packungsgröße nachhaltig ein. Im Interesse einer Förderung des Wettbewerbs müsse diese Bestimmung aufgehoben werden.

Ebenfalls keinen stichhaltigen Grund sehen Marktwirtschaftler zudem in dem für Apotheker geltenden Verbot, mehrere Apotheken (*Mehrbesitzverbot*) zu eröffnen sowie dem *Fremdbesitzverbot*. Nach Auffassung der Marktwirtschaftler muß es ökonomisch besonders leistungsfähigen Apothekern ebenso möglich sein, „zu ihrem eigenen Vorteil und zu dem ihrer Kunden sowie Lieferanten“ weitere Filialen zu eröffnen wie es Nichtapothekern gestattet sein sollte, eine Apotheke als selbständiger Unternehmer zu betreiben, wenn er dafür die geforderten Vorschriften erfüllt. Diese standesrechtlichen Bestimmungen sollen daher aufgehoben werden (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.144).

c) Reformen in Bereich der Heil- und Hilfsmittel

Stärker als in den anderen Bereichen sehen Marktwirtschaftler Steuerungsmöglichkeiten bei Heil- und Hilfsmitteln primär auf der Nachfrageseite. Durch Selbsthaltsregelungen bzw. durch den völligen Ausschluß bestimmter Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung soll auf diesem Markt der Wettbewerb das zentrale Steuerungsinstrument bilden. Von der Aktivierung des direkten ökonomischen Interesses des Versicherten verspricht man sich eine *nachhaltige Belegung des Anbieter-Wettbewerbs*, so daß Heil- und Hilfsmittelhersteller gezwungen sein werden, qualitativ hohe Leistungen zu festgesetzten Tarifen anzubieten.

3. 7. 4 Organisation des Versicherungsmarktes

Ähnlich wie auf dem Markt für Gesundheitsleistungen sehen marktwirtschaftliche Konzepte auch auf dem *Versicherungsmarkt* vor allem einen *Abbau von Regulierungen* mit dem Ziel vor, den Wettbewerb unter allen Umständen zu intensivieren. Da dieser nach Überzeugung der Marktwirtschaftler umso besser funktioniert, je stärker der Markt pluralistisch strukturiert ist, sprechen sich die Marktökonomien mit Nachdruck für eine Vielzahl von Versicherern (Kassen) aus. Das *Plädoyer zugunsten einer Versicherungsvielfalt* ist allerdings nicht zu verwechseln mit einem Eintreten zugunsten des Erhalts des gegliederten Krankenversicherungssystems in seiner derzeitigen Ausprägung.

Bei allen Nuancierungen im Detail und in Abhängigkeit sonstiger Rahmenbedingungen folgen marktwirtschaftliche Reformstrategien in diesem Bereich im wesentlichen dem Grundsatz, daß sich sämtliche Versicherungen im Wettbewerb um die Versicherten und die Leistungserbringer immer wieder neu zu bewähren und zu behaupten haben. Im *Wettbewerbsprozeß* nicht bestandsfähige Krankenkassen müßten aus dem Markt ausscheiden. Nachdrücklich wird abgelehnt, irgendwelchen Kassen durch staatliche Privilegien einen *Bestandsschutz* einzuräumen (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.134).

Umgekehrt verlangen die Marktökonomien als Voraussetzung für einen Übergang zu einem intensiven Wettbewerb, daß für alle Versicherungen (Kassen) die *gleichen Rahmenbedingungen* gelten müssen und keine Versiche-

rung gegenüber einer anderen diskriminiert werden dürfe (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.134). In diesem Zusammenhang wird z.B. gefordert, die Ersatzkassen für alle Versicherten zu öffnen und im Gegenzug die RVO-Kassen durch die Einführung der freien Wahl des Versicherten in den Wettbewerb um Mitglieder voll einzubeziehen (Vgl. MÜNNICH, 1984 a, S.9). Desgleichen sollten die zu gravierenden *Wettbewerbsverzerrungen* führenden vielfältigen *Benachteiligungen* der RVO-Kassen gegenüber den Ersatzkassen (etwa die regionale Begrenzung der RVO-Kassen) beseitigt werden (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.134).

Nach den Vorstellungen der Marktwirtschaftler wäre der *Marktzutritt* für alle Versicherungen, die bestimmten gesetzlichen Anforderungen genügen und ein gleichfalls gesetzlich festgelegtes Pflichtleistungsprogramm anbieten, offenzuhalten. Unterschiedlich sind dabei allerdings die Vorschläge hinsichtlich der *Abgrenzung zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und Privaten Krankenversicherungen*: während für einige diese Trennung letztlich völlig gegenstandslos wird (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.42), halten andere es für denkbar, die Trennung der Versicherer nach Grundversorgung und Zusatzversorgung vorzunehmen, wobei für das Festhalten an unterschiedlichen Trägerschaften primär pragmatische Gründe sprächen (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.110). Ebenfalls vorgeschlagen wird, die gesetzlichen Krankenkassen entweder in eine privat-rechtliche Rechtsform überzuführen oder sie als öffentlich-rechtliche Anstalt (dann jedoch bei steuerlicher Gleichbehandlung) weiterzuführen (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.42).

Unabhängig hiervon gehen marktwirtschaftliche Konzepte generell davon aus, daß eine *hinreichende Kassenwahlfreiheit der Versicherten* besteht; wo Nachfrager (Versicherte) kein Recht haben, zwischen alternativen Anbietern (Kassen) und ihren Angeboten zu wählen, brauchen sich die Anbieter auch nicht mit besonderen Anstrengungen um die kaufkräftige Nachfrage bemühen: Wettbewerb wäre in diesem Fall von vornherein ausgeschlossen (Vgl. CASSEL, 1987, S.8).

Unter den Marktökonomern umstritten ist dagegen, inwieweit gewisse allokativen Besonderheiten von Versicherungsmärkten, insbesondere die Gefahren einer *Risikoselektion* («adverse selection»), es erforderlich machen, einen generellen *Kontrahierungszwang* vorzusehen. Abgesehen davon, daß es allen Versicherern grundsätzlich freigestellt sein müsse, unter gleichen Rahmenbedingungen um neue Mitglieder zu werben, bedarf der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen nach Überzeugung der Marktwirtschaftler auch der Möglichkeit, daß bereits Versicherte relativ problemlos von der einen zur anderen Versicherung wechseln können.

3. 8 Konkrete marktwirtschaftliche Reformkonzepte

Aus der unterschiedlichen Verknüpfung der dargestellten *Instrumente einer Marktsteuerung* sowie einer differenzierten *Gewichtung der Elemente eines Krankenversicherungssystems* sind eine Vielzahl von marktwirtschaftlichen

Reformmodellen in die Diskussion eingebracht worden. Nachfolgend sollen ausgewählte, besonders häufig diskutierte Reformvorschläge summarisch skizziert werden.

3. 8. 1 Reformoption »Duales Versicherungssystem«

Das von zahlreichen Marktwirtschaftlern vorgeschlagene sog. *duale Versicherungssystem* (Vgl. OBERENDER, 1985, S.30 ff.; GITTER/OBERENDER, 1987, S.97 ff.; MÜNNICH, 1980; SVR: JAHRESGUTACHTEN 1985/86; KRONBERGER KREIS, 1987, S.26) kennzeichnet sich in seiner elementaren Ausgestaltung durch eine einkommensabhängig finanzierte *Grundversorgung* bei Gültigkeit des Sachleistungsprinzips sowie eine durch risikoäquivalente Beiträge finanzierte *Zusatzversicherung*, bei welcher das Kostenerstattungsprinzip Anwendung finden soll. Insbesondere hinsichtlich der Konzeption der Grundversorgung weichen die verschiedenen Varianten dieser Reformoption allerdings voneinander ab.

Von den Befürwortern dieses Konzepts wird ausdrücklich betont, daß es nicht darum gehe, einer »Ellenbogengesellschaft« oder einem »Manchester-Liberalismus« Vorschub zu leisten. Daher sollen die Grundelemente des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z.B. der Solidarausgleich und das gegliederte System, nicht zuletzt aus Gründen des sozialen Friedens erhalten bleiben.

Die Einführung einer *Mindestversicherung* (Basisversorgung) wird zum einen damit begründet, daß die Verpflichtung des Art.1 GG, die Würde des Menschen zu schützen, eine Grundsicherung im Hinblick auf das Krankheitsrisiko gebiete (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.92). Zum anderen soll damit verhindert werden, daß krankheitsbedingte soziale und ökonomische Notlagen vom einzelnen auf die Gesamtheit der Steuerzahler abgewälzt werden, sei es, weil der einzelne sich von vornherein im Krankheitsfall auf die Unterstützung des Staates verläßt oder aber unbeabsichtigt sein individuelles Krankheitsrisiko unterschätzt bzw. seine finanziellen Vorsorgemöglichkeiten überbewertet (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.26; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.92 f.).

Aus diesen Gründen wird von den Befürwortern dieses Modells vorgeschlagen, für alle Bürger unabhängig vom Einkommen und vom Arbeitsvertrag eine *Mindestversicherungspflicht* festzulegen. Die Einbeziehung grundsätzlich aller Personen in diese Versicherungspflicht wird teilweise auch mit Finanzierungs- und Solidaritätsgesichtspunkten begründet; bei einer an einer Einkommensgrenze orientierten Versicherungspflicht bestünde zudem die Gefahr, daß u. U. die Beiträge sehr hoch sein müßten oder entsprechend hohe Zuschüsse des Staates erforderlich wären (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S. 93). Einige führen außerdem an, daß die Basisversorgung Solidarfunktionen erfülle und es daher gerechtfertigt sei, auch sämtliche Bürger zu ihrer Finanzierung heranzuziehen (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.92).

Übereinstimmung besteht dagegen darin, daß diese Grundversorgung nicht im Rahmen einer Zwangsversicherung erfolgen soll. Grundsätzlich soll es dem einzelnen freigestellt werden, bei welcher Versicherung er die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung abschließen will. Unterschiedlich sind wiederum die Vorstellungen in bezug auf die *Beitragsgestaltung im Rahmen der Grundsicherung*. In der Diskussion befinden sich sowohl Vorschläge, die Beiträge für die Grundsicherung entsprechend dem sachlichen Umfang und der Höhe der Selbstbeteiligung zu kalkulieren (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.27), wie auch Empfehlungen, den Pflichtversicherungsbeitrag mit oder ohne Einkommensgrenze in Abhängigkeit vom Einkommen festzulegen. Soll eine Einkommensumverteilung über den Krankenversicherungsbeitrag ausgeschlossen werden, wäre ein *einheitlicher Pro-Kopf-Beitrag* zu erwägen. Will man dagegen den Solidarausgleich innerhalb der Pflichtkrankenversicherung belassen, wären *einkommensproportionale Beitragssätze* erforderlich (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.98 ff.).

Die staatliche festgelegte Mindestabsicherung soll sich auf eine Grundversorgung beschränken. Der *Umfang der medizinischen Basisversorgung* soll zwar gesetzlich festgelegt, die Art und Weise wie diese Versorgung sichergestellt wird, jedoch den einzelnen Versicherungen überlassen werden. Entscheidend sei lediglich, daß für den einzelnen eine „qualifizierte hochwertige medizinisch notwendige Basisversorgung gewährleistet“ sei (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.93). Um auch in diesem Bereich kostenbewußtes Verhalten zu stimulieren, ist in der Regel eine *gestaffelte Selbstbeteiligung* mit einer absoluten Höchstgrenze vorgesehen (Vgl. KRONBERGER KREIS, 1987, S.26; WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.94).

Von den Befürwortern des dualen Versicherungsmodells wird anerkannt, daß die Bestimmung der in den Leistungskatalog der medizinisch notwendigen Basisversorgung aufzunehmenden Leistungen Probleme bereiten kann (*Problem der Bestimmung der Basisversorgung*) (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987). Unstrittig ist lediglich, daß sich der Leistungskatalog auf die ökonomischen Folgen einer Krankheit und sich anerkannte Leistungen auf jenes Maß beschränken sollen, „das dem Wesen der Grundsicherung angemessen ist“ (KRONBERGER KREIS, 1987, S.28). Eindeutig nicht zum *Leistungskatalog der Basisversorgung* gehören sollen sog. Bagatellfälle (Zumutbarkeit), medizinische Dienstleistungen, die dem gehobenen Bedarf zuzurechnen seien (z.B. bestimmte Formen der Zahnbehandlung sowie gewisse Heil- und Hilfsmittel) und krankensicherungs-fremde Leistungen (z. B. Entbindung, Schwangerschaftsabbruch, freiwillige Sterilisation, kosmetische Operationen, Versorgung von Pflegefällen, Sterbegeld).

Das duale Versicherungssystem sieht desweiteren vor, daß es über diese Mindestversicherung hinaus jedem einzelnen freigestellt werden soll, sich entsprechend seinen individuellen Präferenzen durch eine *freiwillige Zusatzversicherung* höher zu versichern. In diesem Rahmen soll es dann möglich sein, über die Grundsicherung hinausgehende Risiken abzudecken. Im Gegensatz zur Grundsicherung sollen die Zusatzversicherungen jedoch prinzipi-

ell auf dem *Äquivalenzprinzip* aufgebaut sein und einer *ausschließlichen Marktsteuerung* überlassen bleiben (Vertragsfreiheit aller Parteien, freie Tarifwahl und Gestaltung, Verzicht auf jegliche staatliche Subventionierung) (Vgl. OBERENDER, 1985, S.32).

3. 8. 2 Reformoption »Stärkung des Versicherungsprinzips«

Die Reformoption *»Stärkung des Versicherungsprinzips«* zielt zwar ebenso wie das Konzept eines dualen Versicherungssystems auf eine Stärkung des Versicherungsgedankens und des Wettbewerbs ab, versucht jedoch derartige Zielsetzungen weitgehend *innerhalb der Grundstrukturen des existierenden GKV-Systems* zu verwirklichen (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.41 ff.; HENKE, 1986 a, S.612; CASSEL/HENKE 1988, S.24; SOZIALENQUETE-KOMMISSION, 1966, S.106 ff.; HENKE/SMIGIELSKI/SCHMÄHL/BECKER, 1985, S.65 ff.; ZWEIFEL/HAUSER, 1985, S.301 ff.). Grundsätzlich beibehalten werden sollen demnach der Solidarausgleich, die arbeitseinkommensbezogenen Beiträge, der Vollversicherungsschutz im Krankheitsfall, das gegliederte Kassensystem, die Selbstverwaltung sowie die kollektivvertraglich geregelte Leistungserstellung.

Die Reformoption geht davon aus, die *Mängel des derzeitigen Gesundheitsversorgungssystems* (u. a. falsche Anreizstrukturen, Verschwendung von Ressourcen, Ungerechtigkeiten der Verteilung der Einkommenschancen der Produzenten und der Nutzungschancen der Konsumenten der Gesundheitsleistungen) nicht durch eine Systemveränderung zu überwinden, sondern durch eine Strukturreform des bestehenden GKV-Systems. Hauptbestreben ist es, die *»richtigen« Anreize* zu schaffen, wobei die *Stärkung des Versicherungsprinzips* als wichtigste *Orientierungsgröße* einzelner Reformschritte dienen soll.

Stärkung des Versicherungsprinzips soll im Rahmen dieser Reformoption nicht nur eine möglichst weitgehende Kalkulation der Beiträge nach dem kollektiven bzw. individuellen Äquivalenzprinzip bedeuten, sondern auch in dem Bestreben zum Ausdruck kommen, die Leistungen der GKV möglichst zweckmäßig (effektiv) und möglichst wirtschaftlich (effizient) zu erbringen. Eine Stärkung des Versicherungsprinzips soll sich dabei insbesondere durch Berücksichtigung der folgenden Elemente ergeben (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.43):

- Der *arbeitseinkommensbezogene Beitrag* pro Periode wird getrennt in einen Erwartungswert- und einen *Solidarbeitrag*, die beide versicherungstechnisch kalkuliert werden sollen. Während der Erwartungswertbeitrag den Gegenwert der erwarteten Versicherungsleistungen für das Mitglied in einer Periode darstellen soll, entspricht der Solidarbeitrag dem individuellen Gegenwert des Versicherungsschutzes für die Wechselfälle des Lebens, denen das Mitglied voraussichtlich unterworfen ist und dient zugleich dem Solidarausgleich im Kollektiv.
- Die versicherungstechnische Kalkulation des arbeitsbezogenen Beitrages soll unter effektiver Anwendung des

neuesten Standes des versicherungstechnischen Wissens erfolgen.

- Die Beitragsmark soll für jedes Mitglied die gleiche erwartete Leistungsmark auf Lebenszeit erbringen.
- Die Leistungsmark soll ein möglichst hohes Leistungsniveau erbringen. D. h. Schadensverhütung und Schadensminderung sind in einer Weise zu intensivieren, daß der Erwartungswert der gesamten Leistungen minimiert wird.
- Im Versicherungsfall sollen nur die notwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungen gewährt werden. Dies impliziert insbesondere eine Einschränkung des Leistungskatalogs durch Herausnahme versicherungsfremder Leistungen (Vgl. CASSEL/HENKE, 1988, S.24).

Werden diese Anforderungen erfüllt, sind die Befürworter dieses Reformkonzepts überzeugt, daß die Stärkung des Versicherungsprinzips nicht im *Widerspruch zum Solidarausgleich* und zu einer materiell chancengleichen Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen steht. Entscheidend sei lediglich, daß der überwiegende Teil des Solidarausgleichs zukünftig mit versicherungstechnischen statt mit anderen Mitteln durchgeführt werde.

Erforderlich sei allerdings eine *Neubestimmung des versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Personenkreises*. Konkret bedeutet dies, daß die Mitgliedschaft in der GKV auf Personenkreise beschränkt werden soll, die „Hilfe zur Selbsthilfe für einen effektiven, effizienten und materiell chancengleichen Krankenversicherungsschutz brauchen und nutzen (individuelle Bezahlbarkeit) können“ (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.44). Keinen Zugang zur GKV hätten demnach einerseits Personen, die die versicherungstechnisch kalkulierten Beiträge nicht bezahlen können und andererseits Personen, die aufgrund ihres Einkommens der GKV nicht bedürfen. Die Mitgliedschaft in der GKV würde letztlich auf Personengruppen beschränkt, deren „gesellschaftliche Existenz fundamental vom Arbeitseinkommen und den an den Arbeitseinkommen abgeleiteten Einkommen (insbesondere GRV-Renten) abhängt (Vgl. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.48).

Vorgesehen ist in diesem Modell eine für Arbeiter und Angestellte gleichermaßen anzuwendende Pflichtversicherungsgrenze. Grundsätzlich sollen Wahl- und Wechselmöglichkeiten innerhalb der GKV gefördert werden, wobei für alle GKV-Kassen ausnahmslos ein *Kontrahierungszwang* in bezug auf alle Versicherungspflichtigen bestünde. Anders als das Konzept des dualen Versicherungssystems sieht das Modell der Stärkung des Versicherungsgedankens jedoch keine Trennung des Versicherungsschutzes in Grundversorgung und Zusatzversorgung vor. Statt dessen soll die Festlegung des Verhältnisses zwischen Schadenshöhe und Versicherungsleistung (Versicherungsform) unter Wahrung des versicherungstechnisch realisierten Solidarausgleichs den einzelnen Kassen überlassen werden. Dies würde bedeuten, daß die Lei-

stungskataloge der einzelnen Kassen unterschiedlich sein könnten (WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.45).

Ein zentrales Element dieses Modells bildet neben der am Versicherungsprinzip ausgerichteten Reform des Mitgliedschafts-, Leistungs- und Beitragsrechts die *Einführung eines kassenübergreifenden Solidarausgleichs*, der gewährleistet, daß zwischen den verschiedenen Kassen ein echter Wettbewerb stattfinden kann. Nach Ansicht der Befürworter dieses Modells sind hierbei folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen (Vgl. Übersicht bei: WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.58):

- Gestaltung des Solidarausgleichs zwischen den Mitgliedern der GKV als gleichzeitigen individuellen Versicherungsschutz gegen die Wechselfälle des Lebens. Bereinigung des Solidarausgleichs von versicherungsfremden Bestandteilen.
- Reduzierung der aus dem kasseninternen Solidarausgleich zwischen den Mitgliedern sich ergebenden Beitragssatzunterschiede durch Nutzung der versicherungstechnischen Möglichkeiten eines kassenübergreifenden Solidarausgleichs zwischen den Mitgliedern. Steigerung des Versicherungsschutzes gegen die Wechselfälle des Lebens.
- Reduzierung der mitgliedschaftsrechtlich herbeigeführten, unterschiedlichen Zusammensetzung und Entwicklung des Versichertenbestandes der Kassen durch Ausbau der Wahlfreiheit für die Mitgliedschaft für Angestellte und Arbeiter.
- Förderung sinnvollen Wettbewerbs der Kassen um Mitglieder und Ausschluß sinnlosen Wettbewerbs der Kassen um höhere Leistungen und höhere Vergütungen durch versicherungstechnische Kalkulation des kassenübergreifenden Solidarausgleichs zwischen den Mitgliedern.
- Reduzierung der Ungerechtigkeiten des gegenwärtigen Beitragsrechts durch eine versicherungstechnische Kalkulation des Beitragssatzes, wobei der Solidarausgleich versicherungstechnisch und nicht umverteilungstechnisch gesehen wird.

Das Konzept der »Stärkung des Versicherungsgedankens« sieht aber keineswegs nur Reformen auf seiten der Versicherten und der Kassen vor; Reformbedarf wird auch auf der *Angebotsseite* gesehen. Hier erfordere eine Stärkung des Versicherungsgedankens u. a., daß bei der Versorgung mit Gesundheitsleistungen für eine Leistungsmark die *höchstmögliche Leistungsintensität* erzielt werde. Insbesondere gelte es gegenüber den niedergelassenen Ärzten sowie den Krankenhäusern durchzusetzen, daß von den Krankenkassen nur *notwendige* und *zweckmäßige Leistungen* honoriert werden. Hierzu sollen in kollektivvertraglichen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern *Orientierungsmengen*, *-qualitäten* und *-preise* festgesetzt werden. Was darüber hinausgehe, diene *Konsum- und Luxusbedürfnissen* und müsse dementsprechend von den Versicherten selbst getragen werden.

3. 8. 3 Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter«

Zum weiteren Bereich marktwirtschaftlich orientierter Vorschläge zur Neuordnung des Krankenversicherungssystems zählt auch die Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter«. Ausgangsbasis dieses Reformkonzeptes bilden vor allem die nachfolgenden Überlegungen (Vgl. Überblick bei: WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE, 1988, S.67 ff.):

- 1) Der *individuelle Handlungsspielraum* wird im heutigen System als außerordentlich eng angesehen; als Konsequenz werden Maßnahmen gefordert, welche die Handlungsspielräume aller Beteiligten erhöhen, um auf diese Weise *Selbstverantwortung, Eigeninitiative und Eigenvorsorge* zu stärken und zu fördern.
- 2) Für die Befürworter dieses Reformkonzeptes ist das durch vielfältige Regulierungen geprägte heutige GKV-System in starkem Maße durch *verkrustete Strukturen* gekennzeichnet und weitgehend unfähig, sich neuen Entwicklungen rasch anzupassen und auf *innovatorische Impulse* angemessen zu reagieren. Demgegenüber würden durch *Öffnung individueller Handlungsspielräume* *dezentrale, spontane Innovationen* gefördert.
- 3) Das existierende System biete darüber hinaus dem Konsumenten weder die Möglichkeit noch Anreize, kostengünstige Leistungsanbieter ausfindig zu machen und bezogene Leistungen mit ihren Kosten abzuwägen. Desgleichen würden gegenwärtig effizient und kostengünstig arbeitende Leistungsanbieter tendenziell eher bestraft als belohnt. Durch verstärkte Vertragsfreiheit soll daher angestrebt werden, *individuelle Anreize* soweit wie möglich gesellschaftlich nutzbringend einzusetzen. Über die Schaffung von Handlungsalternativen und individuellen Anreizen sollen alle Beteiligten angehalten werden, mit den *knappen Ressourcen* verantwortungsbewußt umzugehen. Gesundheitsbewußtes und krankheitsvermeidendes Verhalten soll dabei belohnt, gesundheitsgefährdendes und krankheitsbegünstigendes Verhalten dagegen bestraft werden.
- 4) Schließlich wird mit diesem Reformkonzept das Ziel verfolgt, durch Rückverlagerung auf die *individuelle Verantwortung* den politischen Prozeß weitestgehend von der Aufgabe zu entlasten, über Niveau und Struktur der Gesundheitsausgaben entscheiden zu sollen. Dahinter steht die Ansicht, daß es der Entscheidung der Bürger überlassen bleiben sollte, wie sie über ihr Einkommen verfügen und welchen Anteil davon sie für Gesundheit ausgeben wollen.
- 5) Obgleich Elemente wie *Eigenverantwortung* und *kosten-nutzen-orientiertes Handeln* wesentliche Prinzipien der Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit« sein sollen, will man den *Solidarausgleich* nicht unzulässig in den Hintergrund schieben.

Zu den *Rahmenbedingungen*, von denen dieses Modell ausgeht, gehören dann auch die *gegliederte Krankenversicherungsstruktur*, das *Sachleistungsprinzip* sowie ein er-

heblicher *Solidarausgleich* innerhalb des GKV-Systems. Unter grundsätzlicher Beibehaltung dieser Elemente sollen allerdings mehr oder weniger starke *Modifikationen* zulässig sein:

- Zwar soll an einkommensabhängigen Beiträgen, der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen sowie an der Mitfinanzierung der Rentnerkosten grundsätzlich festgehalten werden, beispielsweise jedoch die konkrete Ausgestaltung der Abgrenzung der Versicherungspflicht, des maßgeblichen Einkommens sowie der Behandlung von Zweitverdienern in der Familie zur Disposition stehen.
- Die Entscheidung zugunsten eines gegliederten Systems der Krankenversicherung soll keine Bestandsgarantie für einzelne Kassen bedeuten; Ziel ist vielmehr ein Nebeneinander von Kassenarten und Kassenträgern in einem noch zu definierenden Wettbewerbsverhältnis.
- Ebenfalls nicht absolut verstanden werden soll die Entscheidung zugunsten des Sachleistungsprinzips. Im Rahmen des Modells wird unter Sachleistungsprinzip primär die Verpflichtung der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten verstanden, für eine ausreichende und adäquate Versorgung zu sorgen. Zudem soll es in Einzelbereichen möglich sein, mit dem Kostenerstattungssystem zu arbeiten.

Der Reformoption »Erweiterte Vertragsfreiheit« liegt die Überzeugung zugrunde, daß es bei sorgfältiger und *zurückhaltender Interpretation des Solidarprinzips* möglich sei, *dezentrale marktwirtschaftliche Steuerungselemente* mit einem sozialen Krankenversicherungssystem zu vereinbaren. In diesem Sinne besteht das Hauptanliegen dieses Modells darin, die Verantwortung für Niveau und Struktur der Gesundheitsausgaben vermehrt in die individuelle Entscheidung der Versicherten zu legen. Anstelle des Staates oder der Selbstverwaltungsorgane sollen die Versicherten mit ihrer *Zahlungsbereitschaft* über *Umfang und Struktur medizinischer Leistungen* bestimmen. Dies soll jedoch nicht bedeuten, daß mangelnde Zahlungsfähigkeit von der Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen abhält. Vielmehr gehe es darum, Kostenunterschiede von Alternativen (Zusatzkosten eines Wahlentscheidendes) für den Entscheidungsträger in geeigneter Form monetär fühlbar zu machen.

Um dies zu erreichen, soll den GKV-Kassen gestattet werden, ihren Mitgliedern *verschiedene Leistungsoptionen mit je unterschiedlichen Beitragsverpflichtungen* zur Wahl anzubieten. Dabei wird konkret vorgeschlagen, die heute gesetzlich umschriebene Voldeckung als Ausgangsbasis zu benutzen und den Versicherten das Recht einzuräumen, gegen entsprechende Beitragsermäßigungen auf einzelne Leistungen zu verzichten. Nach Meinung der Befürworter hätte dies zum einen den Vorteil, daß niemand auf eine Voldeckung verzichten müßte und es zum anderen den Versicherten überlassen bleibe, durch verantwortungsbewußte Entscheidungen darüber zu befinden, auf welche Leistungen im Rahmen der GKV verzichtet werden könne.

In entsprechender Weise sollen sich die Versicherten nach diesen Vorstellungen gegen entsprechende Beitrags-

vorteile für unterschiedliche finanzielle Beschränkungen in Form von *Selbstbeteiligungsregelungen* entscheiden können. Gedacht wird auch daran, den Versicherern *Wahlmöglichkeiten* zugunsten eines eingeschränkten Anbieterkreises zu eröffnen.

4. Einwände gegen marktwirtschaftliche Reformoptionen

Ihrem Stellenwert in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung der letzten Jahre entsprechend haben die marktwirtschaftlich orientierten Reformvorschläge eine ebenso umfangreiche wie engagierte Kritik hervorgerufen. Den Kern der Einwände gegen die Marktkonzeptionen bilden dabei zum einen Argumente, mit denen der Nachweis geführt werden soll, daß der Gesundheitsbereich für eine *marktmäßige Organisation und Steuerung ungeeignet* ist (*Konzept des Marktversagens*), zum anderen Argumente, die verdeutlichen sollen, daß eine Marktlösung in zentralem *Widerspruch zu elementaren sozialen Grundentscheidungen* der Gesellschaft der Bundesrepublik stehen würde.

4. 1 Prinzipielle Argumente gegen Marktkonzepte

4. 1. 1 Unterschiede im Grundverständnis von Gesundheit

In gewisser Weise sind sich Verfechter wie Kritiker einer marktwirtschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens darin einig, daß je nachdem, wie Gesundheit definiert und daraus unterschiedliche Zielfunktionen für die Betätigung im Gesundheitswesen abgeleitet werden, bereits Vorentscheidungen darüber fallen, welche Alternativen zur Strukturierung und Organisation des Gesamtsystems der gesundheitlichen Versorgung überhaupt zur Disposition stehen. Anders ausgedrückt präjudiziert das jeweilige *Verständnis von Gesundheit* auch die Suche nach adäquaten Lösungskonzepten (Vgl. EICHHORN, in: GÄFGEN/LAMPERT, 1982, S.350). So besteht z. B. weitgehende Übereinstimmung, daß die Definition der WHO, wonach Gesundheit der Zustand völligen biologischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ist, als *Zielfunktion eines marktwirtschaftlichen Lenkungskonzeptes* kaum verwendbar ist (Vgl. METZE, 1982 a, S.334).

Für Marktwirtschaftler ist dagegen Gesundheit vor allem die Fähigkeit eines Menschen, Unwohlsein zu bewältigen. Entsprechend hat für sie Gesundheitspolitik eher einen *subsidiären Charakter*, geht es ihnen primär darum, das »Streben der Menschen nach Gesundheit zu stärken und zu unterstützen« (METZE, 1982 a, S.334). Dem steht die *These der Markt-Gegner* im Gesundheitswesen gegenüber, daß in entscheidenden Bereichen des Gesundheitswesens Paternalismus unausweichlich ist, d.h. ob man will oder nicht *Menschen zum Objekt der Gesundheitspolitik* werden (Vgl. THIEMEYER, 1986).

Im Gegensatz zu den Marktwirtschaftlern, für die mit gewissen Einschränkungen Gesundheit im Prinzip wenigstens ein Gut wie jedes andere ist (Vgl. OBERENDER, 1985, S.20), vertreten die Kritiker überwiegend die Meinung, daß es sich bei *Gesundheitsgütern um besondere Güter* handelt, »die sich durch gesellschaftliche, aber auch konkret-individuelle Umstände der Nachfrage und des Verbrauchs grundsätzlich von anderen Gütern, wie z. B. Kühlmaschinen und Autos, unterscheiden« (THIEMEYER, 1988, S.12).

4. 1. 2 Marktversagen als Ablehnungsgrund

Eine wesentliche Rolle in der Auseinandersetzung mit den Forderungen nach mehr Markt im Gesundheitswesen spielt die *Theorie des Marktversagens* (Vgl. METZE, 1982 b, S.63 f.; SCHULENBURG, 1985, S.334; EISEN, 1983, S.108). Diese faßt Argumente zusammen, die es als begründet erscheinen lassen, von der Anwendung einer marktwirtschaftlichen Ordnung im Gesundheitswesen Abstand zu nehmen, da eine *Marktallokation im wohlfahrtsökonomischen Sinne versagen* würde. Im Gegensatz zu den auf Werturteilen oder Gerechtigkeitsvorstellungen basierenden Distributionsargumenten stellen die *Allokationsargumente* vor allem die von den Marktwirtschaftlern selbst genannten *Prämissen* scheinbar in Frage. Da ein Großteil der in diesem Zusammenhang vorgebrachten Argumente von den Verfechtern marktwirtschaftlicher Reformansätze durchaus akzeptiert wird, geht es auch darum, inwiefern die Auffassung der Marktökonomien zutrifft, daß wesentliche Phänomene, die zu einem Marktversagen führen, durch Installation geeigneter Maßnahmen aufgefangen werden können. Allerdings ist dabei auch anzumerken, daß es wohl nicht eine einzelne Besonderheit an sich ist, die gegen eine Marktallokation spricht, sondern das Zusammenwirken mehrerer Faktoren.¹¹

4. 1. 2. 1 Besonderheiten des „Gutes“ Gesundheit

Erste Probleme, das »Gut« Gesundheit Marktlösungen zu überlassen, bereitet nach Auffassung der Kritiker bereits die Tatsache, daß es bislang nicht gelungen ist, eine *allgemein akzeptierte und brauchbare Definition* des »Gutes« Gesundheit zu finden. Ein wesentlicher Grund hierfür besteht darin, daß sich Gesundheit nicht für jedermann allgemeingültig beschreiben läßt (Vgl. SAEKEL, 1985, S.177). Eine *genaue Leistungsmessung*, wie sie für das Funktionieren eines Marktsystems unabdingbar ist, wird aufgrund des klassischen Zurechnungsproblems infolge des *Dienstleistungscharakters von Gesundheitsleistungen* und der *Nichtquantifizierbarkeit des Gutes Gesundheit* damit

11) Es ist anzumerken, daß das Konzept des Marktversagens nicht unumstritten ist; für THIEMEYER z.B. ist die Rede vom »Marktversagen« kaum akzeptabel. Nach seiner Ansicht versagt der Markt überhaupt nicht. »Der Marktpreis würde bei der Verteilung der Gesundheitsgüter nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit sogar in ganz hervorragender Weise eine Selektionsfunktion ausüben: Wer nicht zahlen kann, bekommt nichts.« (THIEMEYER, 1988, S.16). Kritisiert wird dieses Konzept aber auch von den sog. »reinen« Marktwirtschaftlern wie z.B. M. FRIEDMAN; diese stellen dem Konzept des Marktversagens das des »Staatsversagens« gegenüber (Vgl. M. FRIEDMAN/R. FRIEDMAN, 1981, S.23).

entscheidend behindert. Überwiegend sind lediglich qualitative Vergleiche und durch die Benutzung von Hilfsgrößen erst eine monetäre Bewertung medizinischer Leistungen möglich (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.132). Letzteres stellt allerdings bestenfalls eine unbefriedigende Hilfskonstruktion dar, die kaum geeignet ist, die *Voraussetzung marktwirtschaftlicher Tauschhandlungen* zu erfüllen, wonach es erforderlich ist, daß eine intersubjektiv nachvollziehbare Einigung darüber erzielt wird, wann eine *Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung* besteht (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.132).

Als weiterer wesentlicher Hinderungsgrund für die richtige Berechnung eines Preis-Leistungsverhältnisses wirkt die *spezifische Art der Nachfrage im Gesundheitsbereich*. In der Regel fragen die Patienten die Heilung oder Linderung von Leiden (Primäroutput) nach; erst in einem zweiten Schritt wird diese unspezifische Nachfrage durch den medizinischen Fachmann in eine spezifische Nachfrage transformiert, indem dieser die notwendige Therapie festlegt (und damit die Sekundärleistungen), die zur Erreichung des Primäroutputs erforderlich ist. Hierbei kommt hinzu, daß Gesundheit infolge der Unterschiedlichkeit der Patientenprobleme und der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten kein homogenes, sondern ein *extrem heterogenes Gut* darstellt (Vgl. SAEKEL, 1985, S.177).

Gegen eine *Übertragung des klassischen Angebot-Nachfrage-Schemas* auf das Gesundheitswesen spricht ferner, daß von bestimmten Ausnahmen abgesehen (z. B. jene Fälle, in denen medizinische Erfordernisse, ästhetische Aspekte sowie Gesichtspunkte des Wohlbefindens ineinander übergehen) »Gesundheit« kein Gut ist, von dem je nach Höhe des Preises mehr oder weniger nachgefragt wird (Vgl. SAEKEL, 1985, S.177). Entsprechend gilt es als äußerst fragwürdig, der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen die Funktion einer »Bedürfnisbefriedigung« zuzuschreiben.

Ein anderer Aspekt, der gegen ein Mehr an Marktwirtschaft im Gesundheitswesen angebracht wird, ist die Überzeugung, daß es sich bei *Gesundheit nur begrenzt* um ein *Privatgut* handelt, in weiten Bereichen dagegen *meritorische Überlegungen* zum Tragen kommen. Begründet wird diese Ansicht damit, daß einerseits beim Konsum *zahlreiche Externalitäten* auftreten und andererseits das *Ausschlußprinzip* in vielen Fällen nicht angewandt werden kann. Akzeptiert man, daß dem »Gut« Gesundheit in erheblichem Umfang *Kollektivguteigenschaften* zuzuordnen sind, wird ein wesentliches Ingredienz der Markttransaktion, nämlich die explizite Wahl der Konsumenten und die damit verbundene Offenbarung ihrer wahren Präferenzen, ernsthaft in Frage gestellt (Vgl. EISEN, 1983, S.108).

In der Tat spricht für die Kritiker marktwirtschaftlicher Ansätze einiges dafür, daß die Entscheidungen der Menschen im Gesundheitsbereich oft irrational sind, sich die Menschen durch ihr Verhalten mitunter selbst schädigen und es erforderlich wird, daß Dritte sowohl zum Vorteil des einzelnen Individuums, aber auch zum Nutzen der Gesamtgesellschaft korrigierend in den Entscheidungsprozeß eingreifen. *Irrational* bzw. verzerrt sind die *Präfe-*

renzen der Menschen, wenn sie z. B. nicht an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen oder Impfmaßnahmen teilnehmen, wenn sie aufgrund eines beschränkten Zeithorizonts sich nicht gegen finanzielle Risiken von Krankheiten absichern oder sonstigen Konsum ungeachtet möglicher Krankheitsfolgen gegenüber der medizinischen Behandlung präferieren. Darin noch nicht enthalten sind jene Fälle, wie etwa bei geistig Behinderten oder bei (bewußtlosen) Notfallpatienten, bei denen die Gesellschaft ohnehin gezwungen ist, dem Einzelnen die Entscheidung abzunehmen.

Zwar besteht grundsätzlich die Möglichkeit und wäre in einem reinen Marktmodell wohl auch so, daß die mündigen, freien und souverän entscheidenden Individuen die Folgen ihres Fehlverhaltens allein zu tragen hätten (d. h. im Einzelfall dieses sogar mit dem Leben bezahlen müßten). In der Realität ist diese gesellschaftliche Verhaltensreaktion insofern jedoch nicht praktikierbar, als es mit den *grundsätzlichen Wertvorstellungen* dieser Gesellschaft unvereinbar wäre, einem Kranken und damit Hilfebedürftigen die medizinische Behandlung mit dem Hinweis zu versagen, daß er es versäumt habe, rechtzeitig finanzielle Vorsorge für den Krankheitsfall zu treffen.

Bei alledem kommt hinzu, daß *individuelles Fehlverhalten* keineswegs nur den Einzelnen gefährdet oder belastet. Vielmehr treten bei Entscheidungen über den *Konsum von Gesundheitsgütern vielfältige externe Effekte* auf, d. h. es gibt eine Reihe von Situationen, in denen der soziale den privaten Nutzen übersteigt. Charakteristisch für Externalitäten ist, daß Dritte Erträge erhalten bzw. Verluste erleiden, ohne darauf einen direkten Einfluß zu haben. Im Gesundheitsbereich ist dies beispielsweise bei ansteckenden Krankheiten der Fall, bei denen die Erträge der Immunisierung einer bestimmten Person zugleich anderen in der Gesellschaft zugute kommen, umgekehrt jedoch auch die anderen die externen Kosten einer Nichtimmunisierung zu tragen haben.

Entsprechende externe Effekte traten aber auch bei der medizinischen Ausbildung und medizinischen Forschung sowie der Vorhaltung von Kapazitäten für eine zufällig auftretende Nachfrage auf. Neben dem privaten Nutzen einen erheblichen sozialen Nutzen weisen zudem all jene Gesundheitsleistungen auf, durch die der Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung mit den daraus erwachsenden Vorteilen für die Volkswirtschaft sichergestellt wird. Demgegenüber treten für die Allgemeinheit erhebliche externe Kosten auf, wenn der ansonsten souveräne Konsument zu wenig finanzielle Vorsorge für den Krankheitsfall getroffen hat (z. B. allein schon durch die Fehleinschätzung des individuellen Risikos), die Gemeinschaft jedoch aufgrund ihrer Wertvorstellung im Krankheitsfall dennoch für ihn aufkommt.

4. 1. 2 Probleme der Intransparenz

Mit einer marktwirtschaftlichen Lenkung ebenfalls kaum vereinbar ist die für das *Gesundheitswesen typische Intransparenz*, da dadurch die Entscheidungsmöglichkeiten des souveränen Konsumenten mangels ausreichender Informationsgrundlage in gravierender Weise beeinträchtigt

werden. Dabei läßt sich die Forderung nach Transparenz im Gesundheitswesen ungeachtet aller flankierenden Maßnahmen und möglicherweise wirkender individueller Anreize nur schwer oder überhaupt nicht erfüllen (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1982, S.24). Einer der vielen Gründe dafür ist u.a., daß der Patient primär den Wunsch hat, gesund zu werden, d.h. Gesundheit nachfragt, gleichzeitig jedoch über die Art und den Umfang medizinischer Leistungen, die zu seiner Wiederherstellung erforderlich sind, allenfalls vage Vorstellungen hat (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.130).

Im Widerspruch zu den *Erfordernissen rationaler Entscheidungen*, so die Argumentation der Kritiker, sei davon auszugehen, daß die Nachfrager weder in der Lage sind, das Gesundheitsangebot (z.B. die gängigen Behandlungsmethoden) zu überblicken, noch den jeweiligen Gesundheitswert kennen oder beurteilen können. Einiges spreche sogar dafür, daß noch nicht einmal der Arzt in allen Fällen über die Kosten verschiedener Produktions- (bzw. Behandlungs-)methoden ausreichend informiert ist. Selbst wenn Anbieter und Patient versuchen würden, sich einen ausreichenden Informationsstand zu verschaffen, blieben Schwierigkeiten bestehen; zum einen können identische medizinische Leistungen bei verschiedenen Patienten unterschiedliche Wirkungen zeigen, zum anderen läßt sich *ex ante* oftmals nicht genau festlegen, welche Behandlungsmethode die richtige ist. Die daraus resultierende große Unsicherheit über die optimale Produktionstechnik sowie die Heterogenität des Produktangebots haben zur Folge, daß die Markttransparenz auf dem Markt für Gesundheitsleistungen erheblich eingeschränkt ist (Vgl. SAEKEL, 1985, S. 177; KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S. 131).

Den Bestrebungen der Marktwirtschaftler, Intransparenz und Informationsdefizite zu beseitigen, werden kaum Chancen eingeräumt. Dem entgegen steht allein schon die *Dominanz des Arztes als dem Experten*. Medizinsoziologische Untersuchungen bekräftigen, daß »das Wissensgefälle zwischen dem medizinischen Experten und dem Laien sowie die Ohnmachtsgefühle des kranken Patienten dem Arzt zu einer dominierenden Stellung verhelfen« (Vgl. REINERS, 1987, S.93; mit Hinweisen auf: REDLER, 1978; SIEGRIST, 1977, S.168 ff). Unabhängig jeglicher Beurteilung sieht die Praxis so aus, daß Lizenz und Mandat dem Arzt ausschließliche Rechte bei der Definition von Krankheit zuweisen und der Arzt sein Gebiet in einer Weise beherrscht und beeinflusst, »die in keinem anderen Erwerbszweig ihresgleichen hat« (FREIDSON, 1979, S.42).

Dabei kommt hinzu, daß die Schaffung von mehr Transparenz über ärztliche Behandlungsmethoden eine durchaus zweischneidige Forderung ist, die »für die Patienten möglicherweise mehr Nachteile als Vorteile mit sich bringt« (SAEKEL, 1985, S.177). Abgesehen davon, daß die Schaffung auch nur eines mittleren Informationsniveaus beim Patienten durch die Vermittlung von medizinischen Fachkenntnissen mit hohen Kosten verbunden wäre, ist ein solcher Informationsstand äußerst kritisch zu beurteilen, da er »einerseits nicht ausreicht, die ärztlichen Leistungen angemessen zu beurteilen, andererseits aber

leicht darauf hinauslaufen kann, das Vertrauensverhältnis zum Arzt zu gefährden« (HERDER-DORNEICH, 1985, S.25).

4. 1. 2. 3 *Vorherrschen des Uno-actu-Prinzips*

Eine weitere Schwierigkeit für die Anwendung marktwirtschaftlicher Mechanismen sehen eine Reihe von Wissenschaftlern auch darin, daß in vielen Bereichen des Gesundheitswesens das »Uno-actu-Prinzip« gilt (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1976, S.30; HERDER-DORNEICH, 1983, S.237 ff.). Mit diesem Prinzip ist der Sachverhalt gemeint, daß »Produzent und Konsument bei der Erstellung von Dienstleistungen eng zusammenarbeiten müssen. Ärztliche Untersuchungen oder Pflegeleistungen einer Krankenschwester können nicht durchgeführt werden, wenn der Patient nicht mit zur Produktion des »Gutes« Gesundheit beiträgt. Produktion und Konsumption fallen zusammen« (HERDER-DORNEICH, 1981, S.31).

Gesundheitsleistungen kennzeichnen sich zum einen durch ihre *Personenbezogenheit* (d.h. die Leistungen werden direkt an Personen erbracht), zum anderen durch ihre *immaterielle Form* (die Leistungserbringung setzt u. a. zwingend die Anwesenheit und Mitarbeit des Patienten voraus) (Vgl. BADURA/GROSS, 1976). Diese unmittelbare Verbundenheit von Angebot und Nachfrage erfordert eine enge Interaktion und Kooperation, bedingt ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und setzt eine *aktive Patientenmitwirkung* voraus (Vgl. SCHARF, 1986, S.581; SAEKEL, 1985, S.177). Umgekehrt besteht dadurch für die Anbieter tendenziell die Möglichkeit, »die Nachfrage in erheblichem Maße zu bestimmen« (HERDER-DORNEICH, 1984, S.8).

Insgesamt sind dies sämtlich Eigenschaften, die dem Markt *prinzipielle Grenzen* bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen setzen, zumal sich »der Interaktions- und Kommunikationscharakter der Leistungserbringung ... naturgemäß nicht als Tauschbeziehung wettbewerbsmäßig organisieren« (SCHARF, 1986, S.581) läßt. Darüber hinaus macht es die Notwendigkeit des Zusammenwirkens von Anbietern und Nachfragern außerordentlich schwer, genau abzugrenzen, »welcher Teil der Leistung (= Heilung des Patienten) der Tätigkeit des Krankenhauspersonals (bzw. allgemeiner des medizinischen Personals, Anm.d.V.) und welcher Teil der Eigenleistung (oder den Selbstheilungskräften der Natur) zuzurechnen ist« (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.132).

4. 1. 2. 4 *Heterogenität von Gesundheitsgütern*

Eng mit der eben beschriebenen Dienstleistungseigenschaft von Gesundheitsgütern zusammen hängt ein weiteres Charakteristikum von Gesundheitsleistungen, welches zentrale Prämissen marktwirtschaftlicher Allokation verletzt: die *Inhomogenität von Gütern und Leistungen*. Homogenität der Güter, wie sie das Marktsystem verlangt, beinhaltet das *Fehlen von Präferenzen*, insbesondere persönlicher, zeitlicher und räumlicher Art (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1985, S.25). Genau dies, wird argumentiert, wird im Gesundheitswesen in den allerwenigsten Fällen erfüllt.

Allein schon das notwendige *besondere Arzt-Patient-Verhältnis* bedingt persönliche Präferenzen und damit auch eine Heterogenität der Leistungen. Desgleichen existieren räumliche und zeitliche Präferenzen; erstere ergeben sich dadurch, daß der Patient sich in der Regel einen Arzt in seinem näheren Wohnbereich auswählen wird, damit dieser für ihn möglichst günstig erreichbar ist und umgekehrt dieser ggf. auch zu Hausbesuchen bereit ist. Zeitliche Präferenzen entstehen dadurch, daß die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen vielfach eine Aufschiebung nicht duldet.

4. 1. 2. 5 Krankheit als unkalkulierbares Risiko

Bisweilen wird auch argumentiert, daß sich die gesundheitliche Versorgung schon deshalb nicht marktmäßig organisieren lasse, weil niemand genau voraussehen könne, ob, wann und in welchem Umfang er Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen muß. Krankheit stellt ein für den einzelnen *nicht kalkulierbares und nicht vorhersehbares Risiko* dar. Für den einzelnen sind daher die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Schadenshöhe des individuellen Risikos unbekannt.¹²

Da vor diesem Hintergrund eine individuelle Vorsorge kaum in Betracht kommt, bleibt nur die *Vorsorge im Kollektiv* (d.h. durch eine Versicherung bzw. durch den Staat), wo der einzelne nurmehr für die durchschnittlichen Kosten des Risikofalles vorsorgen muß, da die Risiken aller Mitglieder des Kollektivs gemischt werden. Der hierfür notwendige Ausgleich zwischen sog. »schlechten« und sog. »guten« Risiken, so der zentrale Einwand, läßt sich jedoch auf einem durch freien Wettbewerb gekennzeichneten Versicherungsmarkt nicht realisieren bzw. würde unter Wohlfahrtsgesichtspunkten zu ineffizienten Lösungen führen. Begründet wird diese These damit, daß in einem Marktsystem mit risikoäquivalenten Beiträgen die Versicherungen letztlich nur die »guten« Risiken versichern, die »schlechten« Risiken durch extrem hohe Prämien aber abschrecken würden. Damit käme es nicht zu dem erforderlichen Risikoausgleich, sondern zu einer *negativen Selektion der »schlechten« Risiken* (vgl. *weitere Einzelheiten bei den Einwänden gegen Wahltarife*).

4. 1. 2. 6 Anbieterdominanz im Gesundheitswesen

Den vielleicht schwerwiegendsten Einwand gegen eine marktmäßige Organisation der Gesundheitsversorgung

¹²⁾ Dieses Problem war der zentrale Gegenstand einer in den 60er Jahren u. a. unter amerikanischen Ökonomen geführten Kontroverse, in deren Mittelpunkt das »Unsicherheitsargument« von Kenneth J. ARROW stand. Ausgangspunkt seiner Argumentation bildete der Hinweis auf zwei Risiken: »The special economic problems of medical care can be explained as adaptations to the existence of uncertainty in the evidence of disease and the efficacy of treatment.« (S.177) Dabei kommt er in seiner Analyse zu der Feststellung: »The nonexistence of suitable insurance policies for either risk implies a loss of welfare« und folgert schließlich: »that the government should undertake insurance in those cases where the market, for whatever reason, has failed to emerge.« (S.199) ARROW, 1963, S.941-973; Widersprochen wurde der Argumentation von Arrow u. a. durch: LEES/RICE, 1965, S.140-154

bildet der Hinweis auf die im *Gesundheitssektor vorherrschende Anbieterdominanz*. Für deren Existenz werden von den Marktgegnern eine Vielzahl von Argumenten und Hinweisen angeführt.

Für die *These einer Anbieterdeterminiertheit* spricht demnach, daß im Bereich der medizinischen Behandlung eine Unabhängigkeit der Nachfrage vom Anbieter (Arzt und Krankenhaus) »nicht nur nicht möglich, sondern auch nicht wünschenswert« (HERDER-DORNEICH, 1981, S.31) ist, und erst die Ärzte die *undifferenzierte Primärmachfrage* des Patienten nach Heilung und Erhaltung der Gesundheit in die *Sekundärmachfrage* nach differenzierten Gesundheitsgütern übertragen (Vgl. PFAFF, 1984, S.14). Der Verweis auf die *fachliche Kompetenz der Ärzte* ist sicherlich eines der gewichtigsten Argumente für die Angebotsdominanz. Das medizinische Fachpersonal hat die Verantwortung für die Beurteilung der Krankheitssymptome und die daraus zu ziehenden therapeutischen Schlußfolgerungen (Vgl. REINERS, 1987, S.95).

Ein Indiz für eine Angebotsdeterminiertheit wird ferner darin gesehen, daß für Mediziner die Möglichkeit besteht, durch Einsatz ihrer (kollektiven) *Monopolmacht Preisdiskriminierung* zur Maximierung ihres Einkommens einzusetzen (Vgl. KESSEL, 1958, S.20 ff.). Die Beziehung zwischen *Anbiereinkommen* und anbieter-induzierter Nachfrage stellt quasi ein »externes moralisches Risiko« dar; dabei wird eine Situation erzeugt, »in der ein hoher Grad an Preisdiskriminierung wirksam wird und in der die Zahlungsbereitschaft der Patienten, unabhängig vom tatsächlichen Krankheitsumfang, zusätzliche Ausgaben für medizinische Versorgung generiert. Folglich bezahlen die Patienten mehr für die Behandlung als notwendig ist, weil der Arzt ein Wissensmonopol besitzt und die Behandlungsprozesse nicht teilbar sind« (EISEN, 1983, S.110). Tatsächlich liegen *empirische Beweise* vor, daß in Gesellschaften, in denen die Kosten der Krankenbehandlung nicht durch Dritte getragen werden, Ärzte dazu tendieren, die Honorarhöhe je nach den Einkommensverhältnissen der Patienten zu variieren (Vgl. SCHULENBURG, 1981, S.129 ff.).

4. 1. 2. 7 Fehlende Konsumentensouveränität

Als wesentliches Merkmal marktwirtschaftlicher Ordnungen gilt die Freiheit des Konsumenten (Konsumentensouveränität), gemäß seinen individuellen Präferenzen Nachfrageentscheidungen zu treffen. In Anbetracht der vielfältigen *Besonderheiten des Gesundheitsbereichs*, wird nachhaltig bezweifelt, daß in der Wirklichkeit diese *Konsumentensouveränität* realisiert werden kann. Allein schon der Nachweis, daß die Anbieter der Gesundheitsgüter zugleich die »Produzenten der Nachfrage« sind, läßt es als illusionär erscheinen, von einer Konsumentensouveränität auszugehen (Vgl. PFAFF, 1987, S.299).

Darüber hinaus ist die Konsumentensouveränität schon deshalb essentiell eingeschränkt, weil wegen des nötigen Fachwissens die weitgehende Steuerung der Inanspruchnahme durch die Ärzte als unabdingbar anzusehen ist. Ferner ist davon auszugehen, daß in irgendeiner Weise gesundheitlich beeinträchtigte Konsumenten in ihren Entscheidungen nicht wirklich frei sind. Dies ist nicht nur evi-

dent bei Schwerverletzten, Bewußtlosen und psychisch Gestörten; auch für die allermeisten übrigen Fälle gesundheitlicher Störungen ist anzunehmen, daß sich kranke Menschen im allgemeinen anders verhalten als Gesunde (Vgl. THIEMEYER, 1986, S.99). Im Regelfall »ist der Patient...Hilfesuchender und nicht kritischer Kunde, der alle Entscheidungen« von Ärzten und Krankenhauspersonal »hinsichtlich ihres Nutzens für ihn als Patient überprüft«. Insbesondere gilt es als wahrscheinlich, daß ein Linderung bzw. Heilung suchender Patient nicht um den Preis medizinischer Leistungen verhandeln wird, wie Nachfrager anderer Dienstleistungen (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.130).

4. 1. 2. 8 Existenz unvollkommener Märkte

In Anbetracht dessen, daß die für das Funktionieren des Marktmodells erforderlichen Bedingungen bei Gesundheitsgütern fast ausnahmslos verletzt werden, führt die Einführung von Marktmechanismen im Gesundheitswesen bestenfalls zur *Entstehung von unvollkommenen Märkten*, die u.a. dadurch gekennzeichnet sind, »daß unterschiedliche Preise der einzelnen Anbieter bzw. Nachfrager möglich« (OTT, 1979, S.34 f.) werden. Für das Gesundheitswesen bestünde die Gefahr, daß bei einer Verstärkung der Marktsteuerung *umfangreiche Preisdiskriminierungen und -differenzierungen* wahrscheinlich würden (Vgl. PFAFF, 1987, S.299). Bedingt durch die in ihrer fachlichen Expertise, in ihrer sozialen Vertrauensposition gegenüber dem Patienten sowie im Grad ihrer Verbandsorganisation begründeten starken Stellung der Anbieter bestehen zudem alle Voraussetzungen dafür, daß sich *monopolistische bzw. oligopolistische Machtstrukturen* herausbilden oder verstärken und damit die vom Marktwettbewerb erwarteten Vorteile wohl kaum zu realisieren wären (Vgl. PFAFF, 1987, S.299).

4. 1. 3 Werthaltungen und sozialpolitische Erwägungen

Für viele Kritiker von Marktlösungen im Gesundheitswesen noch entscheidender als die theoretischen und empirischen Argumente gegen ein Funktionieren solcher Systeme, sind trotz ihrer normativen Grundlage, *Werthaltungen* und bestimmte *Grundprinzipien des bestehenden Sozialsystems*. Sie sehen darin essentielle gesellschaftliche Grundentscheidungen, die für sie nicht zur Disposition stehen, auch dann nicht, wenn alternative Allokationsmechanismen sich möglicherweise als ökonomisch effizienter erweisen sollten.

4. 1. 3. 1 Grundentscheidung zugunsten des Bedarfsprinzips

Die wohl wesentlichste Grundentscheidung, um die es in diesem Kontext geht, bildet die Überzeugung, daß im *Bedarfsfall* jeder Mensch Anspruch auf die notwendige Versorgung mit Gesundheitsgütern haben soll, unabhängig von etwaigen finanziellen Vorleistungen, von seiner Zahlungsfähigkeit oder Zahlungswilligkeit (Vgl. THIEMEYER, 1988, S.18). Dieses sog. *Bedarfsprinzip* würde in einem

Marktsystem außer Kraft gesetzt, da auf einem funktionierenden Markt ein Teil des Bedarfs ungedeckt bliebe (*Marktausschlußfunktion*) und zwar entweder, weil der Preis unter den Grenzkosten liegt oder weil bei einem unter Nutzenaspekten durchaus als angemessen erachteten Marktpreis die Nachfrager nicht über die erforderliche Kaufkraft verfügen (Vgl. ROSENBERG, 1986, S.127).

Akzeptiert man die christlich-humanitär begründete Vorentscheidung zugunsten des Bedarfsprinzips aber, kann die Marktausschließungsfunktion nicht mehr akzeptiert werden. Grundsätzlich kann niemand von der für notwendig und erforderlich gehaltenen Leistung ausgeschlossen werden, wobei das Bedarfsprinzip nicht nur für den »Extremfall der Nicht-Versicherung (gelte), sondern im gesamten Sachleistungsbereich« (Vgl. THIEMEYER, 1988, S.18). Aufgrund der Besonderheiten im Gesundheitsbereich kann somit eine »normale« Marktbeziehung zwischen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen überhaupt nicht zustande kommen. Im übrigen wird betont, daß die Einschränkung des Marktausschlußprinzips bewußt gewollt und einkalkuliert sei und es gerade gewünscht werde, daß die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mengenmäßig über das in einem reinen Marktmodell vorstellbare Maß hinausgeht (Vgl. ROSENBERG, 1986, S.128).

Zusammenfassend gilt für die Kritiker von Marktmodellen im Gesundheitswesen, daß über den Bedarf an Gesundheitsleistungen in keinem Fall der Markt entscheiden kann. Darüber, ob der mengenmäßige Verbrauch aufgrund der *atypischen Nachfragefunktion* über den medizinisch erforderlichen Bedarf hinausgehe, habe nicht die Ökonomie, sondern allein die Medizin zu entscheiden (Vgl. ROSENBERG, 1986, S.128). Im übrigen wird darauf verwiesen, daß die Gewährleistung einer angemessenen und zweckmäßigen medizinischen Versorgung aller Patienten ohne Rücksicht auf ihre soziale und ökonomische Stellung zu den konstitutiven Merkmalen eines auf die Solidargemeinschaft gegründeten Gesundheitswesens gehöre (BMA [Hrsg.], 1987, S.222).

4. 1. 3. 2 Sozial ungleiche Versicherungschancen

In einem marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen besteht auch die Gefahr, daß sich die finanziell weniger leistungsfähigen Haushalte nicht in gleichem Umfang gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall absichern können wie finanziell Leistungsfähigere. Neben dieser durch primäre Armut begründeten *unzureichenden finanziellen Vorsorge* für den Krankheitsfall gilt es zudem als wahrscheinlich, daß zahlreiche Personen in einem Marktsystem einen unzureichenden Versicherungsschutz hätten, weil sie sich zu wenig um ihre Gesundheit kümmern oder einfach nicht das erforderliche Wissen bzw. die notwendige Informationsgrundlage dafür besitzen. Daß die Fähigkeit zu eigener Vorsorge mit der sozialen Stellung korreliert, dürfte ebenso offensichtlich sein wie die *Benachteiligung sozial Schwächerer*, die sozialisationsbedingt über geringere Fähigkeiten zu interaktivem Handeln verfügen.

4. 1. 3. 3 Diskriminierung sozial schwacher Gruppen und schlechter Risiken

Die von den Marktwirtschaftlern geforderte Eliminierung des Solidarausgleichs aus dem GKV-System und die *Zuweisung der Umverteilungsaufgabe* (Transferfunktion) an die öffentlichen Haushalte ist zwar *a priori* nicht undenkbar, wäre jedoch mit ernsthaften sozialen Konsequenzen verbunden. Dem Vorschlag, durch staatliche Subventionierung Bedürftige in die Lage zu versetzen, risikoäquivalente Beiträge zu entrichten, wird vorgehalten, zumindest mittelbar zu einer »Zwei-Klassen-Medizin« zu führen. Nach Auffassung der Kritiker haben derartige staatliche Unterstützungszahlungen eine ähnliche Wirkung wie Sozialhilfeleistungen; de facto würde die Versicherungsgemeinschaft in zwei Klassen gespalten, nämlich in diejenige, die ihre Prämien selbst bezahlt und eine solche, die vom Staat unterstützt wird. Ebenfalls sei zu befürchten, daß die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen (z.B. Selbstbeteiligung, Wahltarife, Kostenerstattungsprinzip) die Leistungserbringer, d. h. primär die Ärzte - wenn auch ohne direkte Absicht - beeinflußt, die einzelnen Patienten je nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit unterschiedlich zu behandeln.

4. 1. 3. 4 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Gesundheitspolitik

Entscheidend abgelehnt wird von den Gegnern marktwirtschaftlicher Lenkungsmechanismen eine an wirtschaftlichen Kriterien orientierte Risikoauswahl bei der Annahme von Behandlungsfällen. Eine Behandlung der Patienten durch Ärzte und Krankenhäuser unter besonderer Beachtung wirtschaftlicher Aspekte habe zur Folge, daß Anbieter von Gesundheitsleistungen besonders kostenwirksame Fälle eher ablehnen und kostengünstige Fälle eher annehmen werden. Dies führe nicht nur zu sozial untragbaren Zuständen, sondern habe gleichermaßen gesundheitspolitisch unerwünschte Konsequenzen (Vgl. PFAFF, 1984, S.18). In diesem Zusammenhang wird von Sozialpolitikern wie Medizinern nachdrücklich abgelehnt, die Behandlungsfreiheit durch ökonomische Vorgaben im Einzelfall einzuengen, wobei dies nicht nur für Handlungen gilt, die vom Arzt stellvertretend für Bewußtlose und Hilfsbedürftige übernommen und verantwortet werden, sondern gleichermaßen für die Annahme eines vom Patienten erteilten Behandlungsauftrages (Vgl. BMA [Hrsg.], 1987, S.223).

Auch wenn gesicherte Erkenntnisse über die *Wirksamkeit ökonomischer Hebel auf die Gesundheitspolitik* nicht vorliegen, sehen Kritiker plausible Gründe für die Vermutung, daß der Einsatz finanzieller Anreiz- und pretialer Lenkungssysteme eher gesundheitsschädigend denn gesundheitsförderlich ist. Die häufig von Marktökonomem vertretene These, daß der Vollversicherungsschutz auf Sachleistungsbasis im Krankheitsfall mitverantwortlich für beobachtbar ungesunde Lebensweisen sei, beruht nach Ansicht der Gegner „weder auf empirischer Evidenz noch auf theoretischer Plausibilität“ (ROSENBROCK, 1985, S.8). Entsprechend wird Versuchen, die für die Schaffung von gesundheitsgerechten Strukturen bzw. für gesundheitsge-

rechte Verhaltensbeeinflussung zu benutzenden bzw. zu gestattenden Instrumente auf marktwirtschaftliche Mechanismen zu reduzieren, kein nennenswerter Erfolg zu gebilligt (Vgl. ROSENBROCK, 1988, S.8).

Die Kritiker sehen indessen nicht nur äußerst geringe Einflußmöglichkeiten marktwirtschaftlicher Konzepte, positiv auf den Gesundheitszustand einzuwirken, sie befürchten im Gegenteil davon sogar erhebliche negative Auswirkungen. Vorgeschlagene Leistungsausgrenzungen bzw. »Strafgebühren« beim Zugang zu professionellen Gesundheitsleistungen träfen vor allem unterprivilegierte Bevölkerungsschichten, die meist auch besonders große Gesundheitsprobleme hätten. „Diese Schichten werden durch die auch materielle Reindividualisierung des Gesundheitsrisikos vom Gesundheitssystem und damit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen insgesamt geradezu abgeschreckt. Die Möglichkeiten, diese Problemgruppen für präventive Strategien zu gewinnen, sinken. Selbstbeteiligung ist deshalb präventionsfeindlich.“ (ROSENBROCK, 1987 b, S.52).

4. 1. 3. 5 Schaffung regionaler Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung

Die gewachsene Struktur des Krankenversicherungssystems hat zu einer flächendeckenden Bereitstellung von Behandlungsmöglichkeiten geführt, durch welche die Versorgung sämtlicher Bürger in allen Regionen in weitgehend demselben Umfang und mit vergleichbarer Qualität gewährleistet ist. Dahinter steht ein faktischer Gewährleistungsauftrag der Gesellschaft insgesamt für die Bereitstellung und Vorhaltung von Gesundheitsgütern und -einrichtungen. Die erreichte Situation ist das Ergebnis eines gesellschaftspolitischen Gesamtwillens und einer bestimmten sozialen Grundauffassung.

Kritiker der »Mehr Markt«-Konzepte befürchten nun, daß sich dieser Zustand bei Einführung von marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten und einer Intensivierung des Wettbewerbs nicht aufrechterhalten läßt. Indem die Zahlungsfähigkeit der Nachfrager gesteigerte Bedeutung erlangt, bestehe die Gefahr, daß sich das Angebot einseitig an den mit Kaufkraft ausgestatteten Bedürfnissen orientiert. In bezug auf eine *flächendeckende Versorgung* könnte dies bedeuten, daß Gebiete mit hoher Kaufkraftdichte gut versorgt, Gebiete mit geringer Kaufkraft hingegen gar nicht oder unterversorgt werden. Eine regional ungleichmäßige Versorgung sei insbesondere für Krankenhausleistungen bei einer wettbewerbsorientierten Gesundheitsversorgung nicht auszuschließen (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.141).

4. 1. 4 Soziale Kosten und Stabilitätsargumente

Reformvorschläge können zwar vom tagespolitischen Geschehen abstrahieren und auf modelltheoretischen Überlegungen basieren, sobald es jedoch um die *Frage ihrer Implementations* geht, können die institutionellen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, die durch die bestehenden Verhältnisse determiniert werden, nicht

gänzlich außer acht gelassen werden. Insofern sind bei einer einschneidenden Umstrukturierung eines sozialen Sicherungssystems (und dies würde beim Übergang zu einer Marktsteuerung zweifellos erfolgen), immer auch die politischen und sozialen Kosten einer derartigen Veränderung zu berücksichtigen.

Kritiker von Marktösungen verweisen daher darauf, daß die historisch gewachsene gesetzliche Krankenversicherung in ihrer heutigen Form einen wichtigen Pfeiler des sozialen Sicherungssystems darstelle, das insgesamt einen bedeutenden Beitrag zur Sicherung des sozialen Friedens in der Bundesrepublik geleistet habe und weiterhin leistet. Hiervon ausgehend ist man der Auffassung, daß eine völlige Umstrukturierung der GKV zweifellos eine Verschärfung der politischen und sozialen Auseinandersetzungen zur Folge hätte, deren soziale Kosten den Nutzen bei weitem übertreffen würde, der durch eine unter Umständen zu erwartende Verbesserung der Effizienz der Gesundheitsversorgung entstehen könnte (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.139).

4.2 Einwände gegen spezifische Reformvorschläge

4.2.1 Argumente gegen Selbstbeteiligungsregelungen

4.2.1.1 Unsicherheiten über die ökonomische Wirkungsweise

Verläßt man den Bereich modelltheoretischer Überlegungen, wird selbst von den Befürwortern von Selbstbeteiligungsregelungen eingeräumt, daß die *ökonomische Wirkungsintensität und -richtung* angesichts der Komplexität der Realität sowie der vielfältigen Interdependenzen nicht völlig eindeutig vorhergesagt werden kann. Ebenso wenig wird umgekehrt von den Kritikern der Selbstbeteiligung bestritten, daß zumindest modelltheoretisch die Einführung einer Selbstbeteiligung ausgabendämpfend und damit u. U. beitragsenkend wirken kann. Erhebliche Zweifel werden allerdings angemeldet, ob die Nachfrage-senkung wirklich zu einer Ausgabensenkung und schließlich zu einer Beitragsenkung führt, die den Versicherten zugute kommt (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1984, S.7).

Bestärkt wird diese Haltung der Gegner von Selbstbeteiligungsregelungen dadurch, daß die von den Befürwortern selbst genannten Voraussetzungen als überhaupt nicht oder doch nicht hinreichend genug erfüllbar angesehen werden.

Mehr als fraglich erscheint den Kritikern allein schon das Vorhandensein jener *preiselastischen Nachfrage*, die erforderlich ist, damit es überhaupt zu einer Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als Folge eines Selbstbehalts kommen kann. Ist die Nachfrage nämlich preisunelastisch, bewirkt die Einführung eines Selbstbehalts gleich welcher Höhe gemäß der marktwirtschaftlichen Nachfragetheorie keinerlei Nachfrageveränderung. Für die Wirksamkeit entscheidend ist mithin die *Preiselastizität der Nachfrage*. Hierzu vertreten die Kritiker jedoch die Ansicht, daß der *Bedarf nach Gesundheitsleistungen* in

wesentlichen Bereichen wenigstens unabweislich und auch unaufschiebbar ist (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1984, S.8).

4.2.1.2 Angebotsreaktionen auf Selbstbeteiligungen

Selbst wenn man davon ausgeht, daß eine Selbstbeteiligung zu einem Rückgang der Nachfrage führt, ist keineswegs automatisch sichergestellt, daß dies auch zu einer Senkung der Gesamtausgaben führt. Auch wenn nur wenige und überdies höchst unterschiedlich interpretierbare empirische Belege vorliegen, sind aufgrund der für den Gesundheitssektor typischen *Anbieterdominanz* gegenläufige Effekte zumindest nicht gänzlich auszuschließen (Vgl. GRIESEWELL, 1977; PFAFF, 1986). So kann es durchaus zu »perversen Steuerungseffekten« der Selbstbeteiligung kommen, wenn die „Anbieter in der (durch Selbstbeteiligung bewirkten) kurzfristigen Entlastung der GKV-Haushalte ein Signal für mehr finanzielle Freiräume sehen, die es über Mengenausweitung (bzw. über Preiserhöhungen) auszuschöpfen gilt“ (PFAFF, 1985, S.273). Es ist keineswegs unmöglich, daß bei steigenden Preisen sich die Ausgaben trotz zurückgehender Mengen sogar noch erhöhen (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1984, S.7). Von den meisten Selbstbeteiligungs-Gegnern wird dann auch tatsächlich erwartet, daß die Anbieter ihre möglicherweise mit Selbstbeteiligungsregelungen verbundenen Einkommensausfälle über *Mengenausweitungen* (z. B. durch Erhöhung der Fallzahlen) oder *Preissteigerungen* im allgemeinen kompensieren oder gar überkompensieren können (Vgl. PFAFF, 1986, S.273).

4.2.1.3 Auswirkungen bei der gegebenen Ausgabenstruktur

Die derzeitige *personale Ausgabenstruktur* in der gesetzlichen Krankenversicherung läßt es als höchst unwahrscheinlich erscheinen, daß eine Selbstbeteiligungsregelung installiert werden kann, die ökonomisch wirksam und zugleich noch »sozial verträglich« ist (Vgl. BERG, 1986, S.79 ff.; SAEKEL, 1985, S.178). Diese Aussage stützt sich auf die Tatsache, daß sich die Leistungsausgaben extrem ungleich auf die Versicherten verteilen; nach Berechnungen des WIdO verursachen jeweils 1 % der Versicherten, 39% der Zahnersatzkosten, 12 % der Arzneimittelausgaben, 27 % der Heil- und Hilfsmittel- und 39 % der stationären Behandlungskosten (Vgl. BERG, 1986, S.91). Dabei kommt verstärkend noch hinzu, daß ein wesentlicher Teil der erhöhten Ausgaben auf Gruppen von Versicherten entfällt, die nicht zu den Leistungsfähigsten zählen (z. B. chronisch Kranke, ältere Menschen, Rentner, Bezieher niedriger Einkommen). Will man in diesen Fällen *soziale Härten* vermeiden, muß die Selbstbeteiligung entweder insgesamt äußerst niedrig angesetzt oder aber ein größerer Teil (und zwar jener mit den relativ höchsten Leistungsausgaben) von der Selbstbeteiligung ausgenommen werden. Beides führt im Ergebnis dazu, daß die Steuerungswirkung erheblich reduziert und somit der erwartete Kostendämpfungseffekt kaum mehr feststellbar wird (Vgl. PFAFF, 1986, S.112; H. SCHMIDT, 1987, S.16).

4. 2. 1. 4 Steigende Verwaltungskosten

Unter ökonomischen Gesichtspunkten zu beachten ist auch der Einwand, daß die Einführung einer Selbstbeteiligung u. U. zu einer *Erhöhung der Verwaltungskosten* führt. Als durchaus realistisch gilt dies insbesondere bei Selbstbeteiligungsmodellen, die durch *Härtefallregelungen* größeren Ausmaßes erst sozial tragbar gemacht werden müßten (Vgl. SCHMEINCK, 1986, S.121). In diesen Fällen stünden einem erheblichen Verwaltungsaufwand, etwa zur Feststellung der sozialen Bedürftigkeit, nur *geringe Steuerungswirkungen* und Einsparungen der Kassen gegenüber (Vgl. H. SCHMIDT, 1987, S.16). Das Argument erheblicher Verwaltungskosten läßt auch die Einführung einkommensproportional gestaffelter Selbstbeteiligungsbeiträge als kaum durchführbar erscheinen.

4. 2. 1. 5 Gesundheitspolitische Bedenken

Die Prämisse der *gesundheitspolitischen Unbedenklichkeit*, deren Einhaltung in der Regel auch von den Befürwortern von Selbstbeteiligungsregelungen verlangt wird, ist nach Ansicht der Gegner ebenfalls kaum einzuhalten. So bestehe durchaus die Gefahr, daß die *Früherkennung von Krankheiten* verhindert bzw. Krankheiten verschleppt werden, mit der Folge nicht nur u. U. *bleibender Gesundheitsbeeinträchtigungen*, sondern auch aller Wahrscheinlichkeit nach *höheren Kosten* für die Krankenversicherungen (Vgl. H. SCHMIDT, 1987, S.16; HERDER-DORNEICH, 1984, S.8). Befürchtet wird insbesondere, daß durch die Selbstbeteiligung die *Nachfrage nach wirksamen präventiven Gesundheitsleistungen*, die im langfristigen Interesse der Versicherten lägen, bei denen aber tendenziell eine hohe Preiselastizität bestehe, zurückgedrängt werden. Im übrigen zeigen erste empirische Befunde, daß eine Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich fast ausschließlich über die Verminderung der Erstkontakte beim Arzt wirksam wird, jedoch kaum Auswirkungen auf die konkreten Kosten einzelner Krankheitsfälle hat (Vgl. SAEKEL, 1985, S.179).

Gesundheits- und sozialpolitisch bedenklich gilt ferner die Möglichkeit, daß durch Selbstbeteiligung finanzielle Schwellen errichtet werden, die gerade die *einkommensschwachen Bevölkerungskreise* davon abhalten könnten, den Arzt aufzusuchen. Anstatt nach wie vor bestehende *schichtenspezifische Barrieren beim Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem* abzubauen zu versuchen, würde die Einführung einer Selbstbeteiligung sogar noch deren Verstärkung bedeuten.

4. 2. 1. 6 Soziale Unverträglichkeit

Entschieden widersprochen wird der Argumentation der Marktwirtschaftler, wonach es möglich sei, die Selbstbeteiligung *sozial verträglich* zu gestalten. Nach Ansicht der Kritiker ist es ausgeschlossen, die Zielsetzungen ökonomische Wirksamkeit und soziale Verträglichkeit gleichzeitig zu realisieren (Vgl. PFAFF, 1986, S.275 f.). Die Alternative sei, entweder die Selbstbeteiligung so zu gestalten, daß sie wirksam sei, d. h. zu einer spürbaren Entlastung der Versicherten führe, dann aber - gemessen an ihren *Vertei-*

lungswirkungen - »unsozial« wäre oder sie aber durch einkommensbezogene Begrenzungen »sozial tragbar« zu machen, wobei sie dann jedoch keine nennenswerten Steuerungs- bzw. Entlastungseffekte mehr hätte (Vgl. PFAFF, 1986, S.112; SCHMEINCK, 1986, S.121).

4. 2. 1. 7 Politisch-pragmatische Einwände

Akzeptiert man grundsätzlich, daß eine Reduktion des Leistungsumfanges sowohl mittels *angebots-* wie *nachfrageorientierten Steuerungsstrategien* erreicht werden kann, ist nach Ansicht der Kritiker von Selbstbeteiligungsregelungen zu beachten, daß „eine Zurückdrängung der Nachfrage (...) durchaus vom Angebot wettgemacht werden kann (es wird eine neue Nachfrage induziert), so daß die Gesamtausgaben wie zuvor bleiben“ (HERDER-DORNEICH, 1984, S.6). In Anbetracht dessen jedoch, daß die »Ausgabenexplosion« primär von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluß des Patienten nur begrenzt zugänglich sind, sei es falsch, *Kostendämpfungsstrategien bei den Versicherten* anzusetzen (Vgl. GEISLER, 1980, S.55).

Nicht zuletzt unter *politisch-pragmatischen Gesichtspunkten* meinen Kritiker daher, sei die *Angebotssteuerung* einer *Nachfragesteuerung* vorzuziehen; während letztere viele negativ betreffe und ihr Erfolg unsicher bleibe, berühre der Druck auf die Anbieter vergleichsweise wenige und erweise sich zudem ergebnissicher (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1984, S.6). Einige vermuten zudem, daß hinter Forderungen nach Einführung der Selbstbeteiligung vor allem *Interessenstandpunkte* stünden, zumal derartige Regelungen dazu tendierten, Anbieter von Gesundheitsleistungen sowie Höherverdienende, Alleinstehende und Arbeitgeber zu begünstigen (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1984, S.6). In der Tat ist kaum zu bestreiten, daß Selbstbeteiligungsregelungen stets mit *verteilungspolitischen Konsequenzen* verbunden sind und vor allem den Arbeitgebern eine nicht unwesentliche Entlastung bringen könnten (Vgl. SAEKEL, 1985, S.179). Die *Verlagerung von Finanzierungsteilen* von den Arbeitgebern auf die Arbeitnehmer, die durch die Selbstbeteiligung bewirkt würde, müßte damit unweigerlich auch die derzeitige *Strukturierung der Selbstverwaltung* tangieren (Vgl. H. SCHMITZ, 1988, S.17).¹³

4. 2. 2 Argumente gegen Wahltarife und Leistungs-differenzierungen

Gegen Wahltarife wird vor allem eingewandt, daß mit ihnen die Gefahr einer *Entsolidarisierung* in der sozialen Krankenversicherung verbunden sei. Tatsächlich wird selbst von jenen, die einer Einführung von Wahltarifen durchaus positiv gegenüberstehen, eingeräumt, daß auf mehreren Ebenen *Entsolidarisierungseffekte* auftreten

13) In diesem Zusammenhang wird vor allem darauf verwiesen, daß eine derartige Entwicklung nicht ohne Einfluß auf die derzeitige, an Beitragsanteilen orientierte Besetzung der Selbstverwaltungsorgane bleiben könne. Sofern keine sonstigen Ausgleichsregelungen vorgesehen werden, bedeutet die Einführung einer Selbstbeteiligung, daß sich der Finanzierungsanteil der Versicherten auf über 50 % erhöht.

können. So kann es zu Entsolidarisierungen zum einen zwischen den Mitgliedern einer Kasse (kassenintern), zum anderen aber auch zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Kassen (kassenübergreifend) kommen. Entsolidarisierungseffekte entstehen u.a., wenn der Solidarbeitrag für den Vollversicherungsschutz gefährdet wird. Soll dies verhindert werden, darf der Solidarbeitrag nicht für Wahltarife zur Verfügung stehen. Weitgehender Konsens besteht daher darüber, daß Wahltarife, die den Solidarbeitrag reduzieren, in jedem Fall entsolidarisierend wirken (Vgl. MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE, 1988, S.6).

Ferner besteht die Möglichkeit, daß sich Versicherte, die trend- und/oder zufallsbedingte »gute« Risiken darstellen, zumindest bei ungeeigneter Kalkulation von Wahlтарifen teilweise dem Solidarausgleich entziehen können. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn bei Wahlтарifen der Solidarbeitrag niedriger ist als bei Vollversicherung (vgl. MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE, 1988, S.6). Weiterhin ist eine Entsolidarisierung durch Wahlтарife nicht nur im Bereich der einzelnen Kasse, sondern auch im Wettbewerb der Kassen bei Wahlfreiheit möglich. Dabei ist eine *kasseninterne Entsolidarisierung* mit einer Reduzierung des Solidarausgleichs im Mitgliederbestand der Kasse verbunden. Werden Wahlтарife im Rahmen des Kassenwettbewerbs um »gute« Risiken von den Kassen als Instrument eingesetzt, besteht die grundsätzliche Gefahr einer *kassenübergreifenden Entsolidarisierung*, indem es durch das »Abwandern« von »guten« Risiken und dem Verbleiben von »schlechten« Risiken zu einer Entmischung der Risikostruktur kommt. „Durch hohe Beitragssätze für Vollversicherung kann eine Krankenkasse Wahlтарife gezielt zu niedrig kalkulieren. Dies schlägt sich in einem hohen Beitragssatz für Vollversicherungsschutz nieder. Damit begünstigt die Kasse »gute« Risiken und schreckt »schlechte« Risiken ab. Sie verbessert so ihre Bestandsstruktur zu Lasten anderer Kassen. Dies führt zu Entsolidarisierung zwischen den Mitgliedern unterschiedlicher Kassen“ (MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE, 1988, S.45 f.).

Die Möglichkeit der Entsolidarisierung durch Wahlтарife bei Kassenwettbewerb ist dabei umso wahrscheinlicher, je größer das Ausmaß der Wahlfreiheit der Versicherten zwischen Kassen ist. Derartige Entwicklungen könnten allenfalls durch institutionelle Regelungen ausgeschlossen werden, indem z.B. für die gewünschten Wahlтарife eine Genehmigungspflicht eingeführt würde. Eine zweite Möglichkeit, der kassenübergreifenden Entsolidarisierung entgegenzuwirken, bestünde in der Durchführung eines kassenübergreifenden Solidarausgleichs. Insbesondere die letzte Regelung wäre jedoch nicht nur mit einem erheblichen Rechenaufwand verbunden, sondern würde auch umfangreiche Daten erfordern.

Selbst wenn es gelänge, Entsolidarisierungseffekte durch entsprechende Kalkulation der Tarife und geeignete Ausgleichsverfahren zumindest theoretisch in den Griff zu bekommen, gibt es nach Ansicht von Kritikern dennoch eine ganze Reihe von Gründen, die entscheidend gegen die Einführung von Wahlтарifen sprechen. Die Schaffung eines Preis- und Produktwettbewerbs zwischen den Kassen, wie ihn sich die Marktwirtschaftler vorstellen, würde implizieren, daß die Kassen die Möglichkeit haben müßten,

verschiedenartige Versicherungen anzubieten, die sich nach Umfang und Höhe des Versicherungsschutzes sowie nach Prämiensätzen unterscheiden. „Derartige Wahlтарife müssen jedoch streng (individual-) risikoäquivalent kalkuliert sein, wenn ruinöser Wettbewerb zwischen den Kassen untereinander wie im Verhältnis zur PKV ausgeschlossen bleiben soll. Ob dies im Rahmen der Kollektiväquivalenz der GKV möglich ist, sei dahingestellt. Selbst wenn dieses Problem jedoch gelöst werden könnte, würden Wahlтарife, die Zuschläge für Extraleistungen oder Abschläge für Leistungsausschlüsse vorsehen, in der GKV kaum zulässig sein, weil sie gegen das Solidarprinzip verstoßen und einer »Zwei-Klassen-Medizin« in der GKV Vorschub leisten“ (CASSEL, 1987, S. 144).

Dabei spricht nach Ansicht mancher Kritiker ohnehin einiges dafür, daß ein wirksamer Wettbewerb sich nur bei *Verletzung des Solidarprinzips* entfalten kann. Nach ihrer Argumentation ist es gerade die Wahlfreiheit, die das gegliederte System und damit die Marktordnung gefährdet. Bei dem von Marktökonomien für notwendig gehaltenen Kontrahierungszwang und einem von Kosten-Nutzen-Kalkülen und Vorteilsstreben bestimmten Wahlverhalten der Versicherten käme es zu Wanderungsbewegungen zwischen den Krankenkassen. Die zwangsläufige Folge hiervon wäre, daß den „Kassen mit einer »günstigen« Risikostruktur und relativ niedrigen Beitragssätzen auch die »schlechten« Risiken aus teureren Kassen (zuströmten). Es käme zu einem Ausgleich der Risikostrukturen und damit - unter sonst gleichen Bedingungen - der Beitragssätze. Erst dann versiege die Wanderungsbewegung. Nivellierte Risikostrukturen und Beitragssätze gelten aber als Charakteristikum einer Einheitsversicherung; marktökonomisch gesprochen: Der Wettbewerb ist tot, der Versicherungsmarkt extrem konzentriert“ (SCHARF 1985, S.578).

Um dies zu verhindern, gibt es nach Meinung von Kritikern eigentlich nur zwei Möglichkeiten, die letztlich aber ebenfalls zu einer *Zerstörung des Wettbewerbs* führen würden (Vgl. SCHARF, 1985, S.578):

- 1) Die Kassen müßten ihren *Wettbewerb um die sogenannten guten Risiken* (z.B. junge, gesunde, gutverdienende ledige Versicherte) verschärfen, wobei die Werbung v.a. über günstige (Beitrags- und Leistungs-) konditionen erfolgen müßte. Bei einem begrenzten Markt guter Risiken ist davon auszugehen, daß ein derartiger Wettbewerb sehr schnell zu einer Vernichtungskonkurrenz zwischen den Kassen führen würde. Außerdem bestünde die Notwendigkeit, die günstigen Leistungs- und Beitragskonditionen (Wahlтарife) zu subventionieren. Konkret würde dies bedeuten, daß „die »schlechten« Risiken ... durch höhere Prämien bzw. Beiträge oder geringere Leistungsansprüche die »guten« Risiken (subventionieren). Dies widerspricht dem marktwirtschaftlichen Grundsatz vom gleichen Preis für gleiche Leistungen und sozialstaatlichen Kriterien, da eine Einkommensumverteilung zugunsten der guten Risiken erfolgen“ würde (SCHARF, 1985, S.578).
- 2) Der zweite Weg würde in einer bewußten *Inkaufnahme einer Risikoselektion* bestehen, wobei der Kon-

trahierungszwang aufgegeben werden müßte. Dies hieße, daß »schlechten« Risiken der Kassenbeitritt verwehrt werden müßte, also sozial schwächere Versicherte faktisch kein Wahlrecht mehr hätten. Sie würden sich vielmehr in bestimmten Kassen konzentrieren, was deren Wettbewerbschancen strukturell verschlechtern müßte. Die Alternative wäre, sie aus der Sozialversicherung auszugliedern und der staatlichen Fürsorge zu überstellen. Derartige Einschränkungen des Wahlrechts sowie die damit verbundenen strukturellen Wettbewerbsverzerrungen würden indessen gleichfalls gegen die Marktregeln verstoßen. „Die Ausgliederung von Personenkreisen aus der Krankenversicherung führt hingegen zu einem Zwei-Klassen-System in der Versicherung, wie es in den USA zu beobachten ist ...“ (SCHARF, 1985, S.578).

Die Gegner eines auf alternativen Tarifen beruhenden Krankenversicherungssystems verweisen zudem auf empirische Analysen, die zu dem Ergebnis gelangen, daß in der Realität sich die Wahl eines reduzierten Versicherungstarifs für einen relevanten Teil der Versicherten überhaupt nicht stellen würde. Geht man davon aus, daß diejenigen im »Normaltarif«, also beim Vollversicherungsschutz verbleiben, auch weiterhin einen fixen Prozentsatz des Bruttolohnes bzw. ihrer Rente zu entrichten haben, und daß der Wahltarif einen entsprechend niedrigen Prozentsatz des Einkommens darstellt, „so ist ein Wahltarif für manche Gruppen von Versicherten nicht interessant“ (PFAFF, 1985, S.115). Gründe hierfür sind:

- Bestimmte Personengruppen (z.B. Arbeitslose) bezahlen keine Versicherungsbeiträge. Sie können daher auch keine Beitragseinzahlungen einsparen, indem sie Risiken übernehmen (Vgl. REINERS, 1987, S.138).
- Andere Personengruppen scheiden aus, weil entweder die Beiträge für sie zu niedrig (Studenten) oder die Risiken zu hoch sind (ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Personen), da man mit Sicherheit davon ausgehen kann, daß ihre eigenen Kosten höher sind als die Selbstbeteiligung bzw. die Kosten des Leistungsausschlusses.
- Ohnehin nicht für Tarife mit geringer Deckung in Frage kommen sollten Kinder in Anbetracht ihrer besonderen Schutzwürdigkeit.
- Für Verheiratete schließlich ist ein Wahltarif mit Selbstbehalt dann uninteressant, wenn für den unentgeltlich mitversicherten Ehegatten gleichermaßen ein proportionaler oder absoluter Selbstbehalt oder Leistungsausschluß gilt, die Beitragsermäßigung jedoch unabhängig von der Zahl der Versicherten gleich hoch ist, d.h. daß für gleichverdienende verheiratete Einverdienerehepaare und Ledige die Beitragsentlastungen gleich hoch ausfallen. Würde dagegen für jedes Mitglied und nicht nur für den Versicherten eine Entlastung gewährt, sehe die Regelung wohl für Ledige wenig attraktiv aus (Vgl. PFAFF, 1985, S.115).

Grobe Berechnungen gelangen zu dem Schluß, daß von den 56,4 Mio. GKV-Versicherten des Jahres 1984 rund 30 Mio. Versicherte für einen Wahltarif nicht in Betracht

kommen. Dabei wurden als schlechte Risiken pauschal alle über 50jährigen ausgeschlossen. Die Zahl beinhaltet dagegen nicht die erwachsenen mitversicherten Familienangehörigen, bei denen Wahltarife ebenfalls nicht unproblematisch sind (Vgl. PFAFF, 1985, S.115).

Grundsätzlich läßt sich nach Ansicht der Kritiker festhalten, daß die Einführung von Wahlтарifen vor allem den Beziehern höherer Einkommen zugute käme. Sofern sich die Beitragsermäßigung proportional an der Beitragshöhe orientiert, würde der Selbstbehalt oder Leistungsausschluß bei gleichem Risiko umso interessanter, je höher das Einkommen ist. Wäre die Beitragsentlastung absolut gleich hoch, d.h. unabhängig vom Einkommen, würden Wahltarife zum einen für Bezieher hoher Einkommen uninteressant, zum anderen wäre aber auch fraglich, „ob Bezieher niedriger Einkommen trotz der relativ hohen prozentualen Beitragsentlastung bei ihren niedrigen Beiträgen bereit wären, einen Teil der medizinischen Kosten direkt zu tragen. Dies ist um so fraglicher, als die Bezieher niedriger Einkommen im Durchschnitt »schlechtere« Risiken darstellen, d.h. daß deren Kosten pro Versicherten höher sind“ (PFAFF, 1985, S.115).

Die bei Wahlтарifen erforderliche *Notwendigkeit der individuellen Risikoabwägung* wird zudem - und zwar unabhängig von der Einkommenshöhe - als äußerst problematisch eingeschätzt. Die These, wonach das Argument der Schutzbedürftigkeit mit steigendem Einkommen an Überzeugungskraft verliere, wird nachdrücklich in Frage gestellt. Sie verweisen darauf, daß der medizinisch-technische Fortschritt extrem teure Leistungen mit sich bringe, deren Inanspruchnahme auch Hochverdienende und ihre Angehörigen wirtschaftlich ruinieren könne (Vgl. THIE-MEYER, 1988, S.19). Für völlig ausgeschlossen halten sie es, daß die größere Masse der Durchschnittsverdiener finanziell in der Lage wäre, das Risiko einzugehen, notfalls Kosten medizinischer Versorgung selbst tragen zu müssen.

Nach Überzeugung der Gegner von Wahlтарifen läßt sich nachweisen, daß „durch die Ansammlung guter Risiken im Wahlтарif ... *ipso facto* eine Konzentration der schlechten Risiken im Normaltarif (erfolgt), der i.d.R. um so teurer werden muß. Somit geht mit einer Reduzierung der öffentlichen Regulierung eine Ausweitung der Freiräume bestimmter Gruppen einher; diese muß jedoch mit sozialpolitisch unerwünschten Verteilungswirkungen sowie mit dem Verlust an Solidarität erkauft werden“ (PFAFF, 1985, S.119).

Erhebliche Probleme bereiten nach Auffassung der Kritiker von Wahlтарifsregelungen bzw. von Forderungen, zwischen einer Grund- und Zusatzversicherung zu differenzieren, nicht nur die sozialstrukturellen Probleme, Schwierigkeiten werden darüber hinaus darin gesehen, die mit dem *Normaltarif bzw. der Grundversorgung verbundenen medizinischen Leistungen so zu definieren*, daß darin keine medizinisch problematischen Beschränkungen liegen. Die Kritiker von Marktregelungen gehen davon aus, daß die Grundsicherung zumindest alles umfassen müßte, „auf das der einzelne nach fachlichem Urteil im Bedarfsfall unabweislich Anspruch haben müßte“ (THIE-MEYER, 1988, S.19). Dies bedeutet, daß eine bestimmte Leistung, die aus medizinischen Gründen erforderlich ist, in

den Normaltarif bzw. die Grundversorgung gehört; ist eine solche Leistung nicht erforderlich, dann allerdings sei auch nicht einzusehen, weshalb sie zum Leistungskatalog der GKV gehören solle (Vgl. REINERS, 1987, S.140). Vor diesem Hintergrund schrumpft der mögliche Bereich an Leistungen für Zusatzversicherungen bzw. Wahltarife im Bereich der ärztlichen Versorgung auf ein Minimum zusammen. Ohnehin für Wahltarife nicht disponibel sind - wenigstens nach Äußerungen der meisten Marktökonom - weitgehend solche Leistungen, die Großrisiken darstellen, insbesondere die stationäre Behandlung, da hier eine „Eigenbeteiligung relevanter Größenordnung für das Mitglied existenzbedrohend wäre“ (MÄNNER/HOFMANN/HÜHNE, 1988, S.47). Ungeeignet sind ferner solche Leistungsarten, bei denen der Zeitpunkt der Inanspruchnahme vom Versicherten weitgehend beeinflußt wird, wie Kuren, Zahnersatz und Hilfsmittel, sofern das Modell die Wechselmöglichkeit zum Vollversicherungsschutz vorsieht. Ausgehend von diesen Einschränkungen dürfte es in der Tat schwerfallen, einen Unterschied zwischen Normalleistungen einer nach Wahlтарifen organisierten Krankenkasse und dem herrschenden Leistungskatalog der GKV medizinisch zu begründen. Jedes Modell, das Wahltarife kennt, macht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht nur vom Bedarf, sondern von der Zahlungsfähigkeit abhängig. In dem Maße, in dem Sachleistungs- und Solidarprinzip eingeschränkt werden, droht die Gefahr eines sich verbreitenden Eindringens des Äquivalenzprinzips in die gesetzliche Krankenversicherung (Vgl. REINERS, 1987, S.140).

4. 2. 3 Argumente gegen das Kostenerstattungsprinzip

Die Kritiker marktwirtschaftlicher Reformoptionen betrachten auch den nachdrücklich geforderten *Übergang zum Kostenerstattungssystem* nicht lediglich als eine mehr oder weniger unbedeutende Änderung des Abrechnungsverfahrens, sondern als eine *wesentliche Strukturänderung*, die für sie entscheidende Nachteile mit sich brächte. Zunächst einmal sehen sie allerdings in dieser Forderung eine „überraschende Inkonsequenz der »Main-Stream-Gesundheitsökonomik«...: Fast alle Theoretiker, die das Sachleistungsprinzip als Pfuhl der Unwirtschaftlichkeit attackieren, plädieren in äußerst engagierter Weise für die zumindest experimentelle Einführung von Health-Maintenance Organisationen (HMO), also eines geradezu klassischen Falls des Sachleistungsprinzips. Es geht den Kritikern also offenbar gar nicht um den Nachweis der Unwirtschaftlichkeit des Sachleistungsprinzips an sich, sondern darum, daß es die einzige, staatlich verordnete Angebotsform ist. Damit mündet die Diskussion in die allgemeine Deregulierungswelle ein“ (THIEMEYER, 1988, S.20).

Das Argument, das Kostenerstattungsprinzip wirke *erzieherisch* auf das *Inanspruchnahmeverhalten* der Patienten, wird aus mehreren Gründen nachhaltig bezweifelt (Vgl. REINERS, 1987, S.151; FIEDLER, 1987, S.483; MÜLLER/WASEM, 1987). Dagegen spricht nach Meinung der Kritiker zum einen, daß in vielen Fällen noch nicht einmal der Arzt

ohne weiteres sagen könne, ob ein Arztbesuch unnötig ist oder nicht. Zum anderen habe das, was der „unnötig aufgesuchte Arzt einem Patienten an unmittelbaren oder veranlaßten Leistungen bieten könne nur für eine kleine Minderheit die Attraktivität von Konsumgütern“ (FIEDLER, 1987, S.483). Von daher dürfe das Einsparpotential, das hier eventuell liege, keinesfalls überschätzt werden.

Tatsächlich wird selbst von Befürwortern eingeräumt, daß das Kostenerstattungsprinzip wohl nur in Verbindung mit Selbstbeteiligungsregelungen steuernde Effekte haben kann. Entsprechend wird davor gewarnt, das Erstattungsprinzip als direktes Steuerungsinstrument zu überschätzen: „Für die Verhaltensbeeinflussung ist - sieht man einmal vom Liquiditätseffekt ab - allein die Nettolast entscheidend, die beim Versicherten verbleibt“ (MÜNNICH, 1984 a, S.9). Gegen das Kostenerstattungsprinzip anzuführen sind schließlich auch Mechanismen, die die Marktwirtschaftler ansonsten als sehr wesentlich erachten: Indem die Versicherten Kenntnis über die von ihnen verursachten Kosten erlangen, könnten sie veranlaßt werden, einen Vergleich der individuell anfallenden Kosten mit dem individuell anfallenden Beitrag anzustellen. Würde sich dabei herausstellen, daß im Vergleich zur Höhe der Beitragszahlung relativ wenig Ausgaben verursacht wurden, müßte gerade das für Marktsysteme geforderte kosten-nutzen-kalkulierende Individuum rational handeln und seinen Konsum an Gesundheitsleistungen ausdehnen, um zumindest ein Äquivalent für seine Beitragsleistung zu erhalten (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1984, S.7).

Unabhängig von der Frage der tatsächlichen Wirksamkeit des Instruments hinsichtlich dessen, was mit ihm bezweckt werden soll, gibt es für die Befürworter des derzeitigen Sachleistungsprinzips weitaus gewichtigere Argumente, die das Kostenerstattungsprinzip sowohl in wirtschaftlicher wie in sozialer Hinsicht als äußerst fragwürdig erscheinen lassen (Vgl. REINERS, 1987, S.152). Bei einer *Beurteilung des Kostenerstattungsprinzips* sind zudem zwei Aspekte zu bedenken: Zum einen die *Auswirkungen auf die Versicherten* und zum anderen die mit diesem Prinzip verbundenen Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Krankenkassen zur *Steuerung der Leistungserbringung*. In diesem Zusammenhang wird daran erinnert, daß das Sachleistungsprinzip die Krankenkassen nicht nur zur Bereitstellung von zweckmäßigen und ausreichenden Leistungen verpflichtet, sondern dieser Grundsatz auch beinhaltet, daß die Leistungen dem Umfang und der Art nach bedarfsgerecht sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen dürfen. Außerdem wird darauf hingewiesen, daß das Sachleistungsprinzip im Unterschied zum Kostenerstattungsprinzip dahingehend angelegt sei, daß die Krankenkasse dafür sorgt, daß der Sachleistungsanspruch überall in der Region zur Verfügung gestellt wird. Hierzu wird argumentiert, sei das Kostenerstattungsprinzip weder angelegt noch in der Lage (Vgl. AOK-BUNDESVERBAND, 1988, S.2).

In summarischer Form lassen sich folgende Argumente anführen, die gegen einen Übergang vom Sachleistungszum Kostenerstattungsprinzip sprechen:

- Es ist in starkem Maße anzuzweifeln, daß das Kostenerstattungsprinzip den Pflichtversicherten wirklich zugemutet werden kann, da es u.U. in erheblichem Maße die *Liquidität* des Versicherten belastet und von daher zu unterschiedlichen Chancen in den Inanspruchnahmefähigkeiten führt. Gegen die mit der Kostenerstattung verbundene Vorfinanzierung der medizinischen Behandlung durch die Versicherten sprechen daher gewichtige *sozialpolitische Bedenken* (Vgl. AOK-BUNDESVERBAND, 1988, S.3; REINERS, 1987, S.152).
 - Das Argument, daß bei Kostenerstattung mehr *Kostentransparenz* entstehe, die es dem Patienten erlaube, vor der Abrechnung mit der Kasse zu prüfen, ob die abgerechneten Leistungen auch tatsächlich erbracht worden seien, hat nach Auffassung der Kritiker allenfalls theoretische Berechtigung. Ob die dadurch geschaffene *Möglichkeit zur Kontrolle* auch faktisch vorhanden wäre, wird dagegen stark bezweifelt, zumal die Abrechnungen der Ärzte dem Versicherten »normalerweise« unverständlich sein dürften. Zwar ist eine verständlichere Aufbereitung der Abrechnung der Leistungsanbieter denkbar, wäre allerdings vermutlich mit mehr Verwaltungsaufwand verbunden. Außerdem ist durchaus nicht unumstritten, ob die genaue Kenntnis der Leistungen für den Patienten in allen Fällen das günstigste wäre, wenn man berücksichtigt, daß insbesondere kranke Menschen oftmals nur beschränkt rational handeln und sich allein aus einem bestimmten Umfang und einem entsprechenden ökonomischen Wert medizinischer Leistungen Heilung versprechen.
 - Überhaupt stellt sich die Frage, ob man dem „Patienten zumuten (soll), daß er den Arzt in seiner Rechnungsstellung überprüft? Soll der Patient den Arzt bei einer Überwachungsstelle anzeigen, sobald dieser eine abweichende Honorargestaltung wählt? Wird dadurch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt nicht erheblich beeinträchtigt? Zumal dann, wenn wir davon ausgehen können, daß der Patient unter Umständen gerne ein höheres Honorar bezahlen möchte, da er sich davon eine individuellere Behandlung verspricht? Oder soll ein Dritter den Arzt und den Patienten bei der Honorarzahung überwachen? Ist es da nicht viel zweckmäßiger, die Rechnungsstellung erfolgt überhaupt nicht durch den Arzt selbst, sondern durch eine Verrechnungsstelle, etwa eine Kassenärztliche Vereinigung, an die der Arzt seine Forderung abtritt?“ (HERDER-DORNEICH, 1980, S.89).
 - Tatsächlich ist ein gewichtiger Einwand gegen das Kostenerstattungsprinzip darin zu sehen, daß die *Kontrollfunktion und die Verhandlungsmacht* der Kassen ausgeschaltet würde und die Vertragsbeziehung direkt auf den Leistungsanbieter und den Patienten überginge. Mit der Einführung von Kostenerstattungssystemen würde die *Preissteuerungsfunktion der Kollektivverträge* wegfallen. Dies würde bedeuten, daß der einzelne Patient auf einem Markt freier Preisbildung in einer schwächeren Marktposition gegenüber den Erbringern gesundheitlicher Leistungen auftreten müßte. Hiervon würden vor allem die Ärzte profitieren, die einen deutlichen Anreiz erhielten, dem Patienten mehr in Rechnung zu stellen, als die mit den Krankenkassen ausgehandelten Tarife ausmachen, d.h. es würde ein »Honorardrift« entstehen (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1980, S.89). Erfahrungen aus anderen Ländern belegen zudem, daß die Ärzte in Zahlungsfähigkeit der Patienten taxieren und danach ihre Honorarforderungen ausrichten würden. Es bestünde also die reale Gefahr, daß bei der, bei einem Kostenerstattungsprinzip möglichen freien Preisbildung, ein Doppelstandard in der medizinischen Versorgung praktiziert würde (Vgl. AOK-BUNDESVERBAND, 1988, S.3).
 - Gleichzeitig würde mit dem Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip das vom Gesetzgeber vorgegebene und auch praktizierte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Behandlung und Verschreibung versagen. Ebenso würde sich die Rolle der Krankenkassen beim Kostenerstattungsprinzip außerordentlich problematisch gestalten, wenn nach dem Einreichen der Rechnung durch den Versicherten Unregelmäßigkeiten festgestellt würden. Konkret würde sich die Frage stellen, ob die Krankenkasse befugt wäre, an den Leistungserbringer heranzutreten und unrechtmäßig gezahltes Geld zurückzuverlangen oder sie lediglich den Patienten informieren könnte, der dann selbst versuchen müßte, sein zuviel gezahltes Geld zurückzuerhalten (Vgl. AOK-BUNDESVERBAND, 1988, S.6).
 - Schließlich dürfe auch nicht übersehen werden, daß das Kostenerstattungssystem mit einem *erhöhten Verwaltungsaufwand* verbunden sei. Rechnungsstellung, Inkasso (Mahnverfahren), Zahlungsbestätigung, Einreichung bei der Kasse, Prüfung des Anspruches und Errechnung und Erläuterung von Kürzungen, Zahlungsanweisung an den Versicherten, all dies bedinge einen ebenso teuren wie umständlichen Verwaltungsaufwand (Vgl. FIEDLER, 1987, S.483). Für den Patienten bedeute dies, daß er sich neben den Sorgen, die jede Krankheit mit sich bringe, möglicherweise auch noch zusätzliche Sorgen um seine unübersehbare finanzielle Belastung und/oder um den lästigen Formularaufwand machen müsse (Vgl. FIEDLER, 1987, S.483).
- Zusammenfassend sind die Kritiker des Kostenerstattungsprinzips der Ansicht, daß das traditionelle Sachleistungsprinzip eine „sehr zeitgemäße Form einer umfassenden Dienstleistung ist. In einer komplexen Industriegesellschaft, die den Einzelnen mit immer schwerer zu bewältigenden »Vorgängen« belastet, ist die Verminderung des individuellen, bürokratischen Aufwandes ein attraktives Gut“ (REINERS, 1987, S.153). Außerdem verweisen sie darauf, daß - sofern erwünscht - sowohl Möglichkeiten der Transparenz als auch Möglichkeiten der Kontrolle in das Sachleistungssystem eingebaut werden könnten und Bestrebungen in diese Richtung allein keinen Grund darstellten, das Sachleistungssystem gegen das Kostenerstattungssystem auszutauschen (Vgl. AOK-BUNDESVERBAND, 1988, S.7). Mit gewisser Genugtuung wird von einigen Kritikern zudem darauf verwiesen, daß im privaten Versicherungsgewerbe Angebote, die Regulierung von Versicherungsschäden gänzlich durch die Versicherung vorzunehmen, verstärkt als Wettbewerbsparameter eingesetzt würden.

4. 2. 4 Kritische Bewertung der angebotsseitigen Reformvorschläge

Erwartungsgemäß nehmen die nachfrageseitigen Reformvorstellungen der Marktökonomien in den Auseinandersetzungen mit Markt Konzepten einen Schwerpunkt ein. Die marktwirtschaftlichen Reformvorstellungen für die Seite der Leistungserbringer sind allerdings ebenfalls heftiger Kritik ausgesetzt. Andererseits unterscheiden sich in diesem Bereich eine Reihe von marktwirtschaftlichen Forderungen nicht so entscheidend von Vorschlägen anderer ordnungspolitischer Richtungen (z.B. Vergütungsformen, Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserstellung etc.). Hinzu kommt, daß die Marktwirtschaftler hier vielfach weniger dezidierte Aussagen machen und hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung auf die Entwicklung am Markt verweisen.

Entsprechend konzentriert sich die Kritik an den marktwirtschaftlichen Vorstellungen hier vor allem auf deren Forderung nach umfassenden *Deregulierungen* und der Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern. Nach Ansicht der Gegner von Deregulierungen könne zwar nicht grundsätzlich verneint werden, daß der Wettbewerb ein sinnvolles Steuerungsinstrument sein kann, eindeutig falsch sei jedoch die apriorische Annahme, jeder Wettbewerb wirke notwendig zugunsten der Verbraucher (Vgl. THIEMEYER, 1986, S.98). Insbesondere müsse bezweifelt werden, ob es sinnvoll sei, die *Ärzte in einen verschärften Wettbewerb* zu treiben. Entsprechend wird auch die Forderung der Marktwirtschaftler nach Abbau des sog. »Ärztkartells« als sehr problematische Angelegenheit gesehen, selbst wenn einzuräumen ist, daß mit dem Hinweis auf ethische Standespflichten in vielen Fällen profitorientierte Standespolitik kaschiert werde und die Monopolstellung mitunter zu überhöhten Preisen führe. Allerdings müsse auch bedacht werden, daß die Monopolisierung des Angebots seit alters her ein wirksames Mittel der *Qualitätssicherung des Angebots* sei (Vgl. THIEMEYER, 1986, S.100).

Befürchtet wird weiterhin, daß eine Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungsanbieter zu einer *Bevorzugung der kaufkräftigen Nachfrager*, d.h. der *zahlungsfähigen Versicherten* führen wird. Bereits heute - so die Kritiker - belegten Untersuchungen *Differenzierungen in der Versorgung* zwischen PKV-, Ersatzkassen- und Ortskrankenkassen-Patienten (Vgl. NEUBAUER/BIRKNER, 1980, S.153 ff.). Bisher beziehen sich diese auf Serviceleistungen in der Arztpraxis und im Krankenhaus und kommen z.B. in unterschiedlich langen Wartezeiten zum Ausdruck. Bei intensiviertem Wettbewerb und der Dominanz monetärer Anreize dürfte sich diese Ungleichbehandlung jedoch nach Ansicht der Kritiker noch erheblich erhöhen. Wettbewerbsbedingte Differenzierungen dürften zudem schichtenspezifische Unterschiede der ärztlichen Behandlung und Verordnungen (z.B. von Arzneimitteln) mitbedingen (Vgl. SCHARF, 1985, S.578).

„Der Endpunkt einer solchen Entwicklung im marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem wird wiederum in den USA demonstriert: Dort hat sich auf den Gesundheitsmärkten eine richtiggehende Industrie ent-

wickelt. Die Krankenhausversorgung ist in Händen von Klinikkonzernen. Eine neue Fusionswelle beschleunigt die Konzentration; Experten schätzen, daß rund 20 Riesenkonzerne die Krankenhausversorgung der amerikanischen Bevölkerung übernommen haben. Gewinne werden mit einer Spezialisierung auf wenige (lukrative und oft auch spektakuläre) Krankheitsbilder (z.B. Herzoperationen) und durch Beschränkung der Aufnahme auf Privatpatienten oder Patienten weniger ausgesuchter, gutbezahrender Versicherungen erzielt. Geworben wird mit einem hohen technischen Ausrüstungsstandard und mit Hotelkomfort. Dem Gewinnstreben dient auch eine geschickte Diversifikationspolitik, mit der Krankenhauskonzerne auch in der Forschung Fuß fassen und sich zunehmend auf den Märkten der Krankenversicherung engagieren“ (SCHARF, 1985, S.579).

Was derzeit die Marktentwicklung der USA kennzeichnet, nämlich die Entwicklung zu einer Zwei-Klassen-Medizin, Marktverflechtungen, Konzentration auf hoch-technologisierte Medizin, aufwendigen Qualitäts- und Komfortwettbewerb verbunden mit enormen Kostensteigerungen, könnte nach Überzeugung von Marktkritikern auch in der Bundesrepublik das Ergebnis von Deregulierungen und Wettbewerbsintensivierungen, wie sie marktwirtschaftliche Reformmodelle vorschlagen, sein.

5. Grundsätzliche Kritik an marktwirtschaftlichen Reformkonzepten

Neben den im vorigen Abschnitt dargestellten Einwänden gegen marktwirtschaftliche Reformüberlegungen, die sich überwiegend auf der Ebene einer immanenten Kritik bewegen, d.h. primär versuchen, auf der Basis der von Markttheorien aufgestellten Prämissen Schwächen in den Reformkonzepten aufzuzeigen bzw. deren Nicht-Realisierbarkeit nachzuweisen, gibt es im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion aber auch noch eine weitaus fundamentalere Kritik daran, marktwirtschaftliche Mechanismen im Bereich der Gesundheitspolitik einzusetzen. Auf sechs Kernargumente konzentriert werden die grundsätzlichen Einwände gegen marktökonomische Analysekonzepte und Steuerungsvorschläge, nachfolgend in allerdings sehr vergrößernder Form zusammengefaßt:

- 1) Marktwirtschaftliche Analysekonzepte und Reformvorschläge nehmen den Gegenstand, den sie marktlich oder marktanalogue regulieren wollen, systematisch nicht zur Kenntnis. Der Gegenstand der Gesundheitspolitik ist Gesundheit. Egal, ob man dies als Ziel, Zustand, Gut oder nur negativ definiert, Einigkeit besteht darin, daß Gesundheit hochkomplex verursacht ist bzw. gefördert wird bzw. beschädigt werden kann bzw. wiederhergestellt bzw. gepflegt werden muß. Gesundheit ist darüber hinaus lebenswichtig und deshalb sozial anders konstruiert und qualitativ anders besetzt als jedes Konsumgut. Die mit Gesundheit in Beziehung stehenden Prozesse müssen deshalb wohl auch anders gesteuert werden.

Die Gesundheitsökonomie marktwirtschaftlicher Provenienz nimmt nun Analysekonzepte und Gestaltungsrichtlinien, die - im bundesdeutschen Kontext - allenfalls auf die privatwirtschaftlichen Anbieter von Krankenversorgungsleistungen anzuwenden Sinn macht, und stülpt diese umstandslos auf Versicherte, Patienten, die soziale Krankenversicherung und allerlei Institutionen und Verhaltenskonfigurationen, die marktfremd entstanden sind und wohl auch nur so funktionieren können. Sie argumentiert also weiterhin analog, ohne die Zulässigkeit der Analogie zu prüfen. Dies führt zu den bekannten unbefriedigenden Ergebnissen: Der allseits als wünschenswert bzw. notwendig angesehene »kritische Versicherte« und »mündige Patient« wird als »souveräner Konsument« (der er nicht sein kann und nicht sein soll) reduziert und mißverstanden. Die Unterschiede zwischen der Einlösung eines ärztlichen Rezepts in der Apotheke und der Auswahl von Schinkensorten im Feinkostgeschäft wird verwischt oder gar planmäßig eingeebnet. Nun deuten die bisherigen Erfahrungen mit marktökonomischer Steuerung darauf hin, daß dieses Konzept auch in der Realität beständig scheitert und wohl auch scheitern muß (vgl. Punkt 6). Dabei erscheint es auch wichtig, darauf hinzuweisen, daß solche Konzepte selbst dann, wenn sie funktionieren könnten, einige zivilisatorische und kulturell verheerende «unerwünschte Wirkungen» hätten, deren Inkaufnahme zumindest diskutiert werden müßte, bevor die Politik in diese Richtung marschiert.

- 2) Aus der Nichtzuerkenntnisnahme ihres Gegenstandes folgt die bereits unter Punkt 1 angeführte, immer wieder *befremdliche Gleichgültigkeit marktökonomischer Analyse und Steuerungskonzepte* im Gesundheitswesen gegenüber *medizinischen und sozialen Qualitäts- und Sicherheitsstandards sowie gegenüber gesundheitlichen Wirkungen ökonomischer Steuerungsansätze*. Letzteres folgt zwar dem Eucken'schen Diktum, daß sich die Sozialpolitik in Ziel und Mitteln den Gesetzen der Marktwirtschaft unterzuordnen habe, aus dem Gesichtswinkel der Gesundheitspolitik ist aber genau das Gegenteil zu fordern; daß zur Erreichung des Ziels »Gesundheit« auch nur solche Instrumente eingesetzt werden, die die Erreichung dieses Ziels nicht konterkarieren. Durch die Außerachtlassung dieses Sachverhaltes und der damit verbundenen Rückkoppelungsprozesse ist die marktwirtschaftliche Gesundheitsökonomie nicht in der Lage, Lösungen für die komplexen Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen zu bieten, also z.B. das Problem der nur zufällig rationalen Inanspruchnahme oder das Nebeneinander von zuviel und zuwenig und vor allem qualitativ falscher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu lösen. Dies hängt auch damit zusammen, daß die Meß- bzw. Evaluationsebene der marktökonomisch vorgeschlagenen Steuerungsinstrumente in der Regel deren ökonomische Auswirkungen sind.
- 3) Hinzu kommt, daß sich die Steuerungskunst der marktwirtschaftlichen Gesundheitsökonomien auf *ökonomische Hebel und Anreizsysteme beschränkt*. Diesen

werden allenfalls noch »moral suasion« oder staatlicher Zwang zum Kontrastvergleich entgegengesetzt. Die ganze Vielfalt real existierender und deshalb kreativ zu nutzender Steuerungsinstrumentarien bleibt als Vielfalt ungenutzt: nichtmarktliche Wettbewerbsorganisation, Verhaltensbeeinflussung durch Struktursetzung, Normung und materielle wie immaterielle direkte Anreizsysteme, Zentralität und Dezentralität der Regelungsgeber, Partizipation in ihrer ganzen Spannweite von individuellen Einflußchancen bis hin zu korporatistischen Aushandlungssystemen, die Rolle wissenschaftlicher Expertise mit der derzeitigen Dominanz der individualmedizinischen Profession etc. In einem undogmatischen Dialog, der die prinzipielle Gleichwertigkeit aller hier liegenden Steuerungsansätze anerkennt und dann vom jeweils zu lösenden Problem aus prüft, in welchem Mischungsverhältnis welche Steuerungsinstrumente zu einem optimalen Regulierungsergebnis führen, hätte auch die marktwirtschaftliche Gesundheitsökonomie ihre Stimme. Sie müßte sich dazu allerdings aus ihrem durch Dogmen angesteckten Gehege heraus begeben.

- 4) Wer den Markt will, *akzeptiert Ungleichheit und nimmt ihre Vergrößerung in Kauf*. Dies gilt auch hinsichtlich der Ungleichheit vor Krankheit und Tod, wenn marktökonomische Regulierungskonzepte auf dieses Gebiet übertragen werden. Da keiner der allgemein bekannten marktwirtschaftlichen Gesundheitsökonomien die damit verbundenen absolut unerträglichen sozialen Mißstände und Katastrophen will oder auch nur billigend in Kauf nehmen möchte, werden die *sozialen Ungleichgewichtskonsequenzen marktwirtschaftlicher Reformvorschläge* entsprechend verdrängt, oder die Vorschläge sind gespickt mit - bürokratie- und staats-trächtigen - Härtefallregelungen, oder es finden Anforderungen statt, bislang im Gesundheitswesen regulierte soziale Probleme an den (ohnehin reichlich überlasteten) Sozialstaat zu »überweisen«.
- 5) Marktökonomische Regelungskonzepte beziehen sich so gut wie ausschließlich auf die *Regulierung des Krankenversorgungssystems*. Das gesundheitspolitisch prioritäre Feld der Prävention kommt nicht vor. Dies kann nicht verwundern, da bislang keine Konzepte bekannt geworden sind, mit denen dieses Gebiet nach den Regeln des Marktes oder der Versicherung aktiviert und gestaltet werden kann. Marktwirtschaftliche Regulierungsvorschläge leiden zudem darunter, daß die negativen Auswirkungen marktlicher Regelungsformen im Krankenversorgungsbereich auf die möglichen Aktivitäten im Bereich der Prävention (einschl. der Rehabilitation) nicht berücksichtigt werden. Auch hier fehlt der Blick für Rückkoppelungen.
- 6) Daß marktwirtschaftliche Analyse- und Regulierungskonzepte sich relativ unangefochten von der (nicht nur hier) geäußerten Kritik fortentwickeln und ihre eigene »wissenschaftliche Welt« konservieren können, hängt wohl auch damit zusammen, daß auf eine *empirische Überprüfung* selbst bei basalen Hypothesen (Freibiermentalität, Mißbrauchvermutung, Steuerungswirkung von Selbstbeteiligung, Steuerungswirkung von Wahl-

tarifen) *verzichtet wird*. Umgekehrt werden die zahlreichen empirischen Belege, die das Versagen solcher Steuerungskonzepte zumindest im Hinblick auf das Steuerungsziel »Gesundheit« zeigen, nicht zur Kenntnis genommen.

6. Anmerkungen zu den gegen marktwirtschaftliche Reformvorstellungen vorgebrachten Einwänden

Die gegen marktwirtschaftliche Reformüberlegungen vorgebrachten Einwände werden von den Befürwortern der Implementierung marktwirtschaftlicher Elemente im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht kategorisch zurückgewiesen, sondern durchaus ernst genommen. Nach Auffassung marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonomien gehen eine Vielzahl von Einwänden fehl, da die Kritiker ihren Gegenargumenten ein idealtypisches preistheoretisches Marktmodell zugrunde legen, das weder in übrigen Bereichen der Wirtschaft existiert noch von den Befürwortern marktwirtschaftlicher Reformoptionen für das Gesundheitswesen angestrebt wird. Andere Einwände wiederum basieren auf teilweisen Mißverständnissen oder der Tatsache, daß von den Marktökonomien selbst gemachte Einschränkungen und Relativierungen nicht zur Kenntnis genommen werden. Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Ausführungen zu sehen, in denen der Versuch unternommen wird, die angeführten Einwände aus marktwirtschaftlicher Sicht zu kommentieren. Grundsätzlich läßt sich eingangs bereits festhalten, daß kein ernstzunehmender marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonom die Auffassung vertritt, alles dem Markt zu überlassen. Vielmehr ist es unerlässlich, wirtschaftlich Schwachen und chronisch Kranken die medizinisch notwendige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Zu dem Argument der Gegner von Markt Konzepten, daß eine intersubjektiv nachvollziehbare Einigung über Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung infolge der im Gesundheitswesen existierenden klassischen Zurechnungsprobleme nicht möglich sei, wird kritisch angemerkt, daß das Problem einer genauen Leistungsmessung ein Scheinproblem darstellt. In vielen anderen Bereichen des täglichen Lebens ist ebenfalls eine genaue Quantifizierbarkeit vieler Güter nicht nur unmöglich, sondern auch überhaupt nicht erforderlich und dennoch funktioniert der Marktmechanismus. In einem marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystem stellt sich die Frage nach einer allgemeingültigen Definition des Gutes »Gesundheit« nicht in dieser scharfen Form, da jeder einzelne in gewissen Grenzen selbst auf der Grundlage seines subjektiven Empfindens und Erlebens entscheidet, was als Krankheit respektive Gesundheit zu bezeichnen ist.

Ebenso unsinnig wie falsch ist die Vorstellung einer intersubjektiv nachvollziehbaren Einigung über das Bestehen von Äquivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung. Diese Annahme über die Voraussetzungen marktwirtschaftlicher Tauschhandlungen beruht auf dem *Modell der vollkommenen Konkurrenz*, das als überholt angesehen

werden muß. Vielmehr muß jeder einzelne aufgrund seines individuellen Kosten-Nutzen-Kalküls (Opportunitätskosten) entscheiden, wieviel er für eine Leistung zu bezahlen bereit ist. Diese Einzelentscheidungen sind immer subjektiv und einer Objektivierbarkeit unzugänglich.

Auch für den Einwand der *Heterogenität* des Gutes Gesundheit muß darauf hingewiesen werden, daß die Annahmen des Modells der vollkommenen Konkurrenz, die u.a. die Homogenität der Güter fordern, nicht dazu geeignet sind, die komplexe Realität adäquat abzubilden, zumal die wissenschaftliche Forschung neuere Erkenntnisse in bezug auf Marktprozesse entwickelt hat. Die Heterogenität des Gutes Gesundheit ist geradezu eine Voraussetzung für den Ablauf von Marktprozessen, da der Wettbewerbsmechanismus nicht etwa bei Gleichheit, sondern nur bei Verschiedenartigkeit, d.h. Vielfalt und Ungleichheit des Angebots und der Nachfrage, zur Entfaltung kommt. Darüber hinaus muß berücksichtigt werden, daß die individuellen Bedürfnisse eines jeden einzelnen in bezug auf Gesundheitsleistungen höchst unterschiedlich sind, so daß eine adäquate Bedürfnisbefriedigung ausschließlich aufgrund der Heterogenität des Leistungsangebotes auf unterster Ebene erfolgen kann.

Auch das *Argument der fehlenden Preiselastizität der Nachfrage* bei Gesundheitsgütern greift dann ins Leere, wenn eine differenzierte Nachfragebetrachtung vorgenommen wird. Große Teile der Gesundheitsnachfrage wie z.B. die Nachfrage nach Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, der ambulanten Versorgung oder der zahnärztlichen Behandlung weisen unterschiedlich hohe Preiselastizitätsspielräume auf, weil hier vielfältige Substitutionsmöglichkeiten bestehen. Letztlich kann nur der Einzelne selbst entscheiden, welches Güterbündel von Gesundheitsleistungen für ihn persönlich optimal ist.

Kommen *mentorische Gesichtspunkte* in bezug auf die Gesundheitsversorgung zum Tragen, so führen bestimmte Schutzüberlegungen wie z.B. die solidarische GKV-Versicherungslösung lediglich zur entsprechenden Berücksichtigung dieser Restriktionen bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für den Gesundheitsmarkt. Deswegen allerdings per se die Unmöglichkeit einer funktionsfähigen Wettbewerbsordnung diagnostizieren zu wollen, ist unzulässig und kann nur mit einem unvollständigen Verständnis über Ausgestaltung und Funktionsweise einer marktwirtschaftlichen Ordnung erklärt werden.

Die *Kritik der Irrationalität menschlichen Handelns* im Bereich der Gesundheitsnachfrage kann dadurch entkräftet werden, daß durch Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht der einzelne vor einer Unterschätzung zukünftiger Bedürfnisse geschützt wird. Darüber hinaus ist festzuhalten, daß auch hier falsche Vorstellungen über rationales Verhalten vorliegen. Auch in diesem Fall zeichnet das Leitbild der vollkommenen Konkurrenz verantwortlich, indem der Mensch als homo oeconomicus, d.h. als rational handelnder Mensch, seine individuellen Entscheidungen einer Allgemeingültigkeit und damit Objektivierbarkeit unterwerfen muß. Individuelles Handeln ist jedoch immer subjektiv rational, d.h. es gibt *kein objektiv rationales Handeln* in einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung, die sich dadurch auszeichnet, daß jeder

einzelne seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse auch individuell, d.h. nicht normiert, befriedigen kann.

Ferner muß festgehalten werden, daß bestimmte *Wertvorstellungen* oder die *Existenz externer Effekte* im Bereich der Gesundheitsversorgung *durchaus mit einem stärker marktwirtschaftlich, d.h. dezentralen Gesundheitssystem vereinbar* sind. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, in Form von Rahmenbedingungen die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß Vorkehrungen für derartige Problembereiche eingebaut werden. Darüber hinaus steht es dem Staat frei, durch ein eigenständiges Gesundheitsangebot auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (z.B. durch Aufklärungsmaßnahmen) einzuwirken.

Das *Argument der Intransparenz im Gesundheitswesen* entstammt gleichfalls dem obsoleten Modell der vollkommenen Konkurrenz und muß daher als unhaltbar bezeichnet werden. Transparenz stellt eine ambivalente Größe dar. Vollkommene Transparenz blockiert die beteiligten Akteure in ihrem Handeln, weil alles vorher bereits bekannt ist. Wettbewerb und potentielle Marktprozesse erlahmen nicht nur, sondern sind in einer Welt vollkommener Transparenz völlig überflüssig! Nur in einer komplexen, d. h. intransparenten Welt haben Wettbewerbsprozesse als Such- und Entdeckungsverfahren einen Sinn. Das heißt nun nicht, daß Transparenz für die Beteiligten erforderlich ist. Vielmehr wird der Wettbewerb dadurch belebt, indem die beteiligten Menschen über die verschiedenen Alternativen informiert sind. Dies erfordert eine möglichst umfassende Aufklärung und Information. Dieser Wunsch nach Transparenz, d.h. Informationen, wird in einem freiheitlich orientierten Gesundheitssystem durch unabhängig voneinander entstehende Informationssysteme (z.B. Publikationen wie »Test«, Verbraucherberatung und Werbung) befriedigt.

Der Aussage, daß noch nicht einmal der Arzt die *Kenntnis der optimalen Behandlungsmethode* besitzt, muß uneingeschränkt zugestimmt werden. Auch der Arzt verfügt nicht über absolutes Wissen und ist somit ähnlich wie der Patient nicht omnipotent. Dies überrascht einen marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonom nicht, sondern untermauert vielmehr die bereits angeführte Aussage, daß nur der einzelne vor dem Hintergrund seiner individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit dem Arzt seines Vertrauens und seiner frei gewählten Krankenkasse als »Agent des Patienten« über die für ihn optimale Behandlungsstrategie entscheiden kann.

Grundsätzlich kann in beinahe *allen Bereichen der Daseinsvorsorge eine Anbieterdominanz*, d.h. ein Wissensvorsprung des Anbieters gegenüber dem Nachfrager, festgestellt werden. Der einzelne bedarf deshalb der Beratung durch Sachverständige. Da es sich bei der Gesundheit um ein so existentiell wichtiges und komplexes Gut handelt, muß jedoch der einzelne darüber befinden, welche Behandlung er in Absprache mit seinem Arzt wünscht. Allein schon die große Bedeutung des sog. Placeboeffekts bestärkt die Forderung nach »*Therapiehoheit des Patienten*«.

Das *Argument des uno-actu-Prinzips* kann nicht als Begründung für ein vermeintliches Marktversagen herange-

zogen werden, da sowohl eine enge Verbundenheit von Angebot und Nachfrage als auch die angebotsinduzierte Nachfrage selbst in alltäglichen Bereichen auftreten, ohne ein Nichtfunktionieren des Marktmechanismus zu konstatieren.

Das *Problem der negativen Selektion* muß in einem rein marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem ohne entsprechende soziale Rahmenordnung grundsätzlich als stichhaltig anerkannt werden. Allerdings bieten die Einführung von Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot für die Krankenkassen gegenüber den Versicherungspflichtigen einen ausreichenden Schutz, um solch unerwünschte Ergebnisse zu vermeiden.

Das *Problem einer Preisdiskriminierung*, die nichts anderes als eine Preisdifferenzierung darstellt, ergibt sich im Bereich der Gesundheitsversorgung deshalb nicht, weil weiterhin die Versicherung als Bindeglied zwischen Arzt und Patient, d.h. als eigentlich Zahlungsleistender, bestehen bleibt. Selbst wenn der Arzt ein zusätzliches Entgelt direkt vom Patienten fordern sollte, was aufgrund der oft beschworenen ärztlichen Ethik kaum vorstellbar ist, kann sich der Patient immer noch durch Wechsel des Arztes derartigen Sonderzahlungen entziehen. Nicht zuletzt muß bei monopolistischer Preisdiskriminierung auf das GWB sowie UWG und die darin enthaltenen kartellrechtlichen Bestimmungen verwiesen werden.

Die vorgetragenen *Argumente einer fehlenden Konsumentensouveränität basieren auf falschen Annahmen* über die inhaltliche Bedeutung dieses Begriffes. Konsumentensouveränität ist nicht gleichbedeutend mit Omnipotenz des Patienten. Selbstverständlich benötigt er weiterhin die Hilfe des Arztes sowie der Krankenkasse seines Vertrauens. Mit Hilfe derer ist er jedoch durchaus in der Lage, subjektiv rationale Entscheidungen zu fällen. Auch wird kein marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonom die Forderung erheben, der einzelne Patient sollte im Notfall mit dem Arzt in Preisverhandlungen treten. Vielmehr fällt die Entscheidung über eine bestimmte gesundheitliche Basisversorgung gleichzeitig mit der Entscheidung für eine bestimmte Krankenkasse, die auch für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Sorge trägt.

Grundsätzlich muß festgehalten werden, daß eine auf dem *obsoleten Leitbild der vollkommenen Konkurrenz fußende Kritik* marktwirtschaftlich orientierter Reformoptionen für eine Versachlichung der Diskussion im Gesundheitswesen untauglich ist und keinen Beitrag zum Fortschreiten des Erkenntnisstandes bezüglich der Schaffung eines adäquaten Ordnungsrahmens im Gesundheitswesen leistet.

Hinsichtlich des *möglichen Entstehens monopolistischer oder oligopolistischer Machtstrukturen* sei nochmals auf das GWB verwiesen. Darüber hinaus muß aber darauf aufmerksam gemacht werden, daß die in dem gegenwärtig bestehenden System der GKV bereits vorhandenen monopolistischen und oligopolistischen Machtstrukturen nicht etwa durch Wettbewerbsprozesse entstanden sind, sondern vielmehr vom Gesetzgeber bewußt ins Leben gerufen wurden.

Dem Argument, daß aufgrund der für das Gesundheitswesen zu unterstellenden *atypischen Nachfragefunktion* nicht die Ökonomie, sondern allein die Medizin über den Bedarf zu entscheiden habe, muß entgegengehalten werden, daß auch dann eine *angemessene und zweckmäßige medizinische Versorgung im Gesundheitswesen* ohne Rücksicht auf die soziale und ökonomische Stellung des Patienten erreicht werden kann, wenn gleichzeitig die Regeln der Knappheit wirtschaftlicher Mittel im Gesundheitswesen beachtet werden. Das Argument, daß allein die Medizin zu entscheiden habe, was als Bedarf zu gelten habe, greift insoweit ins Leere, da auch der Arzt nicht wissen kann, was als der erforderliche Bedarf zu gelten hat. Darüber hinaus ist die damit einhergehende ausschließliche *Fremdbestimmung des Patienten* durch Dritte ein Gedanke, der einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung fremd ist.

Das *Problem eines ungenügenden Kaufs von Versicherungsleistungen* durch wirtschaftlich schwächere Patienten kann analog zum heutigen GKV-System durch Einführung der Versicherungspflicht aber keinen Kassenartenzwang für einen als medizinisch notwendigen Umfang besetzt werden.

Für die Befürchtung der Kritiker, daß bei einer marktwirtschaftlichen Steuerung bestimmte Patienten ohne Versorgung blieben, gilt, daß ein grundsätzliches *Behandlungsgebot* verhindern wird, daß eine solche Situation eintritt. Letztlich wird eine *funktionsfähige Rahmenordnung*, innerhalb derer die Wettbewerbsprozesse ungestört ablaufen können, dafür sorgen, daß es sich weder ein Krankenhaus noch ein niedergelassener Arzt erlauben kann, die medizinische Behandlung zu verweigern.

Der *Infragestellung der Wirksamkeit ökonomischer Hebel* ist mit hinlänglichen Erfahrungen zu begegnen, wonach eben doch in sehr vielen Fällen der *wirksamste Verhaltensreiz die finanzielle Steuerung* ist. Nur die unmittelbare Fühlbarkeit eines mehr oder minder eingeschränkten Finanzvolumens kann den Großteil der Menschen dazu veranlassen, sich in einer bestimmten Weise, z.B. nicht gesundheitsschädigend, zu verhalten. Andere Instrumente, wie etwaige soziale Anreize zur Verhaltensbeeinflussung, sind nicht nur äußerst begrenzt und in ihrer Steuerungswirksamkeit allenfalls für kleine überschaubare Teilgruppen von Belang (z.B. gesellschaftliche Anerkennung oder Solidarität), sondern sie sind darüber hinaus von ihrer Grundkonzeption typisch zentralverwaltungswirtschaftlichen Anreizsystemen entlehnt mit den bekannten negativen Erscheinungsformen.

Eine *flächendeckende Versorgung von Gesundheitsgütern* kann durch die Vorgabe einer Versicherungslösung sichergestellt werden. Darüber hinaus kann eine staatliche Planung im Sinne einer Ermittlung von Rahmendaten vor allem im stationären Sektor erfolgen, um bei auftretenden, allerdings höchst unwahrscheinlichen, Fehlversorgungen eingreifen zu können.

Der Hinweis auf die über *100jährige Tradition der GKV* darf nicht als Argument für einen *Bestandsschutz gegenwärtiger Strukturen* ins Feld geführt werden. Durch eine ursachenadäquate Strukturreform sollen gerade die viel-

fältigen Mängel des Systems beseitigt werden, so daß erst dadurch die sozialen Kosten und Nutzen wieder in ein angemessenes Verhältnis zueinander gerückt werden. Das Mobilmachen verschiedener Interessenlobbys, die mehr ihre eigenen Interessen als die ihrer Mitglieder vertreten, darf nicht als Störung des sozialen Friedens mißinterpretiert werden. Ziel einer Strukturreform kann es nur sein, jedem einzelnen Patienten eine bessere, d.h. bedürfnisadäquate, und zugleich effiziente gesundheitliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Zur *Frage der Preiselastizität der Nachfrage* wurde bereits darauf hingewiesen, daß die einzelnen Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung unterschiedliche Preiselastizitäten aufweisen, die demgemäß auch genutzt werden können. An dieser Stelle muß mit Nachdruck darauf aufmerksam gemacht werden, daß die *isolierte Betrachtung einer einzelnen Maßnahme*, wie z.B. die Einführung einer Selbstbeteiligung, unzulässig ist, da es zu neuen unerwünschten Ergebnissen kommt. Vielmehr muß das Maßnahmenbündel, das sich aus einer Reihe von Einzelmaßnahmen zusammensetzt, in seiner Gesamtheit gesehen und bewertet werden. So sind vor allem die vielfältigen Wechselwirkungen dieses Maßnahmenkomplexes zu berücksichtigen und zu analysieren. Gerade im politischen Entscheidungsprozeß, der durch fallweise, interventionistische, an tagungspolitischen Ereignissen orientierte Einzelmaßnahmen gekennzeichnet ist, wird es immer wieder versäumt, die Auswirkungen einer Maßnahme auf andere Teilbereiche des Gesundheitswesens zu überprüfen. Wissenschaftlern, die es gewöhnt sind, in komplexen Systemen zu denken, sollte dieser grundlegende Fehler allerdings nicht unterlaufen.

Es ist nicht ausreichend, Kostendämpfungsmaßnahmen (z.B. in Form von Selbstbeteiligungsregelungen) auf die Versichertenseite zu beschränken. Vielmehr müssen auch die *Leistungserbringer in die Reform einbezogen werden*, indem monopolistische Strukturen, wie z.B. die Kassenärztliche Vereinigung, aufgelockert werden und die Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern keinem Kontrahierungszwang unterliegen. Der *Wettbewerb auf der Anbieterseite* wird nicht nur zu einer *wirtschaftlichen*, sondern zugleich zu einer *bedürfnisgerechten Versorgung mit Gesundheitsgütern* führen.

Einwänden, die *Einführung einer Selbstbeteiligung* würde durch entsprechende Reaktionen der Anbieter konterkariert, muß deshalb entgegengehalten werden, daß der notwendigerweise einzuführende Wettbewerb auf der Anbieterseite bei Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen bezüglich der Leistungsanbieter es unmöglich machen wird, potentielle finanzielle Freiräume auszunutzen oder durch Mengenausweitung zusätzliches Einkommen zu beziehen, zumal der Versicherte ebenfalls an einer kostengünstigen Behandlung interessiert sein wird.

Auch in einem stärker freiheitlich orientierten Gesundheitssystem können und *müssen selbstverständlich soziale Härtefälle berücksichtigt werden*. Ein Anliegen, das in einer sozialen Marktwirtschaft von breitem Konsens getragen ist. Dennoch dürfen verbleibende Steuerungspotentiale

sowohl in ihrer Wirksamkeit als auch in ihrer sich ergänzenden Wechselwirkung nicht unterschätzt werden. Nur durch *Ausschöpfung sämtlicher Steuerungspotentiale* kann sich das GKV-System zu *mehr Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit* entwickeln.

Die durch eine Selbstbeteiligung *möglicher zusätzlicher Verwaltungskosten* verlieren sehr schnell an Gewicht, wenn man berücksichtigt, welche hohe gesellschaftliche Kosten sich ein Gesundheitssystem leistet, das zentralverwaltungsverwaltungswirtschaftliche Instrumente wie Konzertierte Aktion, Großgeräteausschüsse und öffentlich-rechtliche Körperschaften unterhält, deren ineffiziente Arbeitsweise sowie eine Vielzahl weiterer Wohlstandsverluste aus der Theorie des Staatsversagens allgemein bekannt sind.

Das *Problem einer schichtenspezifischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen* kann in einer freiheitlich orientierten Gesellschaftsordnung nicht grundsätzlich gelöst werden. Niemand kann gezwungen werden, einen Arzt in Anspruch zu nehmen, wenn er dies nicht wünscht. Diese Möglichkeit besteht in staatswirtschaftlich gelenkten Systemen, wovon auch, z.B. in Form von zwangsweise angeordneten Reihenuntersuchungen, reger Gebrauch

gemacht wird. Allerdings ist unbestritten, daß im Rahmen der Gesundheitserziehung eine Aufklärung aller Menschen zu erfolgen hat.

Das *Spannungsfeld zwischen ökonomischer Wirksamkeit und sozialer Verträglichkeit* stellt einen zentralen Punkt der Strukturreform der GKV dar. Der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe »Krankenversicherung« ist es gelungen, eine Verbindung von Solidarausgleich und Wettbewerb herzustellen, indem, neben den entsprechenden Rahmenbedingungen, der weiterhin bestehende Solidarausgleich versicherungstechnisch herbeigeführt wird.

Durch eine *ursachenadäquate Strukturreform* sollen gerade die heute *bestehenden Fehlentwicklungen* des GKV-Systems, die sich u.a. in einer *Begünstigung Höherverdienender* (durch Eintritt in die PKV entziehen sie sich dem Solidarausgleich) oder in *Monopolrenten der Leistungsanbieter* ausdrücken, beseitigt werden. Es ist das gegenwärtige GKV-System, das eine *Vielzahl verteilungspolitischer Schwächen* zu Ungunsten wirtschaftlich schwacher Schichten beinhaltet, die durch eine bessere Gestaltung der Rahmenordnung der GKV beseitigt werden sollen und müssen.

III. Steuerung auf der Ebene der Verbände (Gemeinsame Selbstverwaltung)

1. Vorbemerkung

Das *Selbstverwaltungsprinzip* gehört zwar von Anfang an zu den konstitutiven Gestaltungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, das besondere wissenschaftliche Interesse galt lange Zeit jedoch allenfalls der Selbstverwaltung als politisch-organisatorischem Prinzip, als demokratische Konkretisierung des Sozialstaates sowie dem historischen Wandel seiner Legitimationsgrundlagen. Im Zusammenhang mit der *Steuerung der Gesundheitsversorgung* wird der Selbstverwaltungsgedanke erst in jüngerer Zeit verstärkt in die Diskussion eingeführt. Insbesondere die Gemeinsame Selbstverwaltung mit den Elementen Wahlen und Gruppenverhandlungen wird in wachsendem Umfang als echte Systemalternative zu marktlichen Wettbewerbsmodellen und zentralisierten staatlichen Regulierungssystemen angesehen. Dabei hat die Ansiedlung der Selbstverwaltung zwischen „einer zentral organisierten und einer dezentral-individualistischen Entscheidungskompetenz“ zur Folge, daß in der ordnungspolitischen Diskussion um die funktionale Wirkung der Gemeinsamen Selbstverwaltung sowohl auf *Staatsversagen* wie auf *Marktversagen* verwiesen wird. „Mit dem Regulierungsmodell gemeinsam ist die Orientierung an der Durchsetzung kollektiver Interessen; mit dem Marktmodell gemeinsam ist das Fehlen (regulativer) verhaltensbestimmender staatlicher Normen“ (ANDERSEN/VON SCHULENBURG, 1987, S.361).

Einer Reihe von Befürwortern des *Steuerungskonzepts* der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« geht es allerdings weniger um die eventuellen Gemeinsamkeiten mit anderen Ordnungskonzepten, als vielmehr um die besonderen Vorteile und Chancen der Gemeinsamen Selbstverwaltung als einem Verfahren zur Lösung von Allokations- und Verteilungsproblemen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, einem nach ihrer Ansicht *typischen Nicht-Markt-Bereich*. Für sie ist Selbstverwaltung in ökonomischer Hinsicht eine „besondere Organisation zur Produktion oder Darbietung bestimmter Produkte oder Dienstleistungen“, an denen aus quantitativer oder qualitativer Sicht ein besonderes öffentliches Interesse besteht. Die besondere Effizienz von Selbstverwaltungssystemen wird nicht zuletzt darin gesehen, daß organisationstechnische Entscheidungen »vor Ort«, d.h. aus der unmittelbaren Kenntnis der Sachzusammenhänge, gefällt werden können. Zugleich bestehe die Chance der Einbringung verantwortlicher Aktivitäten gesellschaftlich relevanter Gruppen und Organisationen in die Mitgestaltung des Systems der sozialen Sicherheit (Vgl. THIEMEYER, 1975, S.541 ff.).

Die verstärkte Orientierung hin zum sog. »dritten Weg« zwischen Markt und Staat in der Gesundheitsversorgung erfolgt allerdings nicht immer aus originärer Überzeugung. Vielfach steht lediglich die Einsicht dahinter, daß bei „realistischer Einschätzung ... es eine von der Selbst-

verwaltung losgelöste quasi automatische, d.h. marktliche Lösung nicht geben“ wird (HENKE, 1988, S.9). Stattdessen wird versucht, die »Vorteile« einer marktwirtschaftlichen Steuerung zu erhalten, indem die Entscheidungen auf untereinander autonome Organisationen von Konsumenten, also auf Krankenversicherungen, verlagert werden. Dadurch - so die Begründung - sei, ebenso wie bei marktwirtschaftlicher Lenkung, das Eigennutzaxiom Handlungsgrundlage, andererseits jedoch könne es durch die Bildung von Verbänden gelingen, „Marktmängel zu eliminieren, indem das Eigennutzstreben der Individuen durch den Gruppenwelfare ersetzt“ werde (METZE, 1981, S.70). Einige Wissenschaftler stellen sogar ausdrücklich fest, daß „gemessen an marktnäheren, wettbewerblichen Organisationsalternativen ... das korporatistische Modell ... derartige Funktionsdefizite“ aufweise, „daß es bestenfalls als Second-best-Alternative beurteilt werden (können), falls das historisch gewachsene Gesundheitssystem *politisch* nicht in Richtung wettbewerblicher Leitbilder weiterentwickelt werden kann“ (KNAPPE, 1988 a. S.292). Auch vor diesem Hintergrund sind Forderungen zu sehen, die Organe der Selbstverwaltung mit der erforderlichen Autonomie auszustatten und ihnen größtmögliche Handlungsräume zu gewähren.

Entsprechend dieser höchst unterschiedlichen Ausgangsbasis ergeben sich dann auch sehr voneinander abweichende Vorstellungen zur *ordnungspolitischen Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips*. Es zeigt sich, daß aus einer zunächst scheinbar übereinstimmenden Kritik am realen Zustand der Selbstverwaltung sehr *unterschiedliche Reformoptionen* abgeleitet werden. Defizite werden zwar als Phänomene kritisiert, die Kritik erfolgt jedoch aus verschiedenen Blickwinkeln. Tatsächlich hängen die Vorstellungen über Mängel und den daraus folgenden Schwerpunkten einer Reform der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung direkt mit allgemeinen ordnungs- und gesundheitspolitischen Optionen zusammen (Vgl. REINERS, 1988 b. S.7). Dabei besteht auch die Gefahr, daß in Anbetracht dessen, daß weder eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems noch eine »reine« marktwirtschaftliche Organisation der Gesundheitsversorgung ernsthaft zur Diskussion stehen, die alte *Kontroverse* um ein »mehr oder weniger an Wettbewerb« mit all ihren ideologischen Begleiterscheinungen zunehmend die Diskussion um die konzeptionelle Weiterentwicklung des Selbstverwaltungsgedankens beherrscht.

2. Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip des Krankenversicherungssystems

2.1 Grundlagen und Charakteristiken des Selbstverwaltungsprinzips

Als organisatorisches, ordnungspolitisches Prinzip gehört das *Selbstverwaltungsprinzip* von Beginn an zu den wesentlichen Gestaltungselementen der neuzeitlichen Sozialversicherungspolitik des Deutschen Reiches und der Bundesrepublik Deutschland (Vgl. LEOPOLD, 1980, S.55 ff.;

TENNSTEDT, 1977; BOGS, 1973; MAUNZ/SCHRAFT, 1975; MÜTHLING, 1966). Bereits bei der Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 wurde das Selbstverwaltungsprinzip auf deren Träger, die Krankenkassen, übertragen. Im Laufe einer nunmehr gut 100jährigen Geschichte hat die soziale Selbstverwaltung unterschiedliche Entwicklungen erlebt. Dabei entstand bei der praktischen Umsetzung des Selbstverwaltungsgedankens ein umfangreicher formal-juristischer Apparat von Gesetzen, Verordnungen und Regelungen (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1985, S.178).

Vor allem in der jüngeren Vergangenheit wurde auf Entwicklungen aufmerksam gemacht, die nach Meinung bestimmter Fachleute „eine schrittweise Aushöhlung dieses Prinzips und damit eine entscheidende Verringerung der Qualität sozialer Sicherung sowie der demokratischen Qualität der Sozialordnung befürchten lassen“ (LAMPERT, 1984, S.37). Auf der anderen Seite wird die auf eine zwischenverbandliche Koordinierung unter staatlicher Beteiligung ausgedehnte Steuerung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen mittels Verbänden, Kammern und Organen der Sozialversicherungen von der gesundheitsökonomischen Literatur insbesondere in der jüngeren Zeit zunehmend aufmerksamer registriert und zwar nicht nur wegen ihrer praktischen Bewährung (Vgl. GÄFGEN [Hrsg.], 1988, S.9), sondern auch, weil hierin eine weiterentwicklungsfähige Alternative zur klassischen ordnungspolitischen Dichotomie von zentralverwaltungswirtschaftlicher Lenkung einerseits und marktwirtschaftlichem Wettbewerb andererseits gesehen wird.

2.1.1 Wesensmerkmale der Selbstverwaltung

In einer sehr *juristisch ausgerichteten und einseitig staatliche Kompetenz betonenden Definition* ist unter Selbstverwaltung eine »Verwaltung« sozialer Angelegenheiten zu verstehen, die folgende *Merkmale* aufweist (Vgl. MAUNZ/SCHRAFT, 1975; LAMPERT, 1984, S.38):

- 1) Sie ist Erfüllung gesetzlich zugewiesener Aufgaben öffentlicher Daseinsfürsorge als eigene, im eigenen Namen und in eigener Verantwortung durchgeführten Aufgaben, jedoch
- 2) nach Maßgabe von Gesetz und Satzung und unter staatlicher Aufsicht durch
- 3) Körperschaften des öffentlichen Rechts, die durch Gesetz oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften errichtet wurden;
- 4) die Organe dieser Körperschaften sind mit ehrenamtlich tätigen, gewählten Vertretern der Beteiligten, insbesondere der Versicherten und der Arbeitgeber, besetzt.

Weniger juristisch formuliert ist das Organisationsprinzip der Selbstverwaltung die *freiheitliche Selbstregelung und Selbstbesorgung öffentlicher Angelegenheiten* durch den interessierten Gesellschaftskreis und seiner sachkundigen Repräsentanten lediglich unter staatlicher Aufsicht (Vgl. BOGS, 1976, S.13). So gesehen beinhaltet das Selbstverwal-

tungsprinzip die *Existenz autonomer Handlungsmöglichkeiten* im Rahmen gesetzlich fixierter Aufgabenstellungen und unterscheidet sich von jener Sichtweise, „die der Selbstverwaltung nur eine vom Staat abgeleitete, übertragene, rein verwaltungsmäßige Kompetenz zugesteht und eigene Autonomiebereiche oder weitergehende Steuerungsfunktionen ausschließt“ (NEUBAUER/REBSCHER, 1984, S.178).

Tatsächlich kann der wesentliche *Sinn sozialer Selbstverwaltung* nur in der „im Rahmen der bestehenden Gesetze und der zugewiesenen Aufgaben bestehender Rechtssetzungsbefugnis der Selbstverwaltungsträger, d. h. in *begrenzten, autonomen Gestaltungsmöglichkeiten*“ (LAMPERT, 1984, S.38) liegen. Im materiellen Sinne bedeutet Selbstverwaltung ja gerade eigenmotiviertes Handlungsvermögen in Freiräumen; fehlen derartige Freiräume, ist Selbstverwaltung nicht nur mittelbare Staatsverwaltung, sondern auch tatsächliche Staatsverwaltung (Vgl. WERTENBRUCH, 1975, S.522). Entscheidend für den (materiellen) Wert der Selbstverwaltung ist somit, welchen Freiraum (gemeint ist damit jener Raum, der den »freien« Trägern zur Ausfüllung im Rahmen der allgemein verbindlichen Rechtsordnung verbleibt) die Rechtsnormen der Selbstverwaltung dem Sozialversicherungsträger einräumen (Vgl. BECHER, S.2).

Seine *Legitimation* bezieht das Selbstverwaltungsprinzip u. a. aus Überlegungen, wonach es noch am ehesten eine Ordnung gewährleistet, „die Zentralisierung und Dezentralisierung, Machtkonzentration und -beschränkung, Vereinheitlichung und funktionale Spezialisierung, staatliche Steuerung und freie Selbstgestaltung miteinander verbindet“ (von FERBER, 1976, S.108; vgl. auch: WSI, 1978, S.135 ff.; STANDFEST, 1977, S.424 ff.). Anders als rein hoheitlich-staatliches Handeln ist die Selbstverwaltung in der Lage, gesellschaftliche Kräfte zu mobilisieren und gesellschaftliche Aktivitäten zu initiieren und zu fördern (Vgl. THIEMEYER, 1975, S.542).¹ Gerade im Bereich sozialer Dienstleistungen werden die repräsentativen parlamentarischen Systeme als überfordert angesehen, um z.B. allein über die Verteilung so existenzwichtiger Güter wie Gesundheit zu entscheiden. Zudem genügen die dem parlamentarischen System zur Verfügung stehenden Instrumente der Gesetzgebung und der Kontrolle des Staatsbudgets kaum, um eine an den Interessen der Bürger orientierte Versorgung zu gewährleisten (Vgl. REINERS, 1987, S.26). Erst in der Selbstverwaltung findet die *Dienstleistungsfunktion des Sozialstaates* eine geeignete Organisationsform, um „die Bedürfnisse der Adressaten sozialstaatlicher Leistungen zu ermitteln, die Gruppenspezifität der Interessen zum Ausdruck zu bringen und bei der Durchführung sozialstaatlicher Aufgaben die Grundsätze der Modernisierung

1) Die Bedeutung eigenmotivierten Handelns als kennzeichnend für die Selbstverwaltung wurde bereits in der kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 zum Ausdruck gebracht, wo es im Zusammenhang mit der Sozialversicherung heißt: „Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form corporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde“.

und der Effizienz zu verwirklichen“ (von FERBER, 1976, S.146 f.).

Eine weitere wesentliche Rechtfertigung der Selbstverwaltung ergibt sich aus der ihr immanenten Möglichkeit, sie als *Parafisci* zu benutzen. Selbstverwaltung in der Sozialversicherung bedeutet in der Praxis stets die Bildung von Parafisci, also die Ausgliederung finanzwirtschaftlicher Vorgänge aus dem zentralen öffentlichen Haushalt, auch wenn dies im Prinzip eine Verletzung des Non-Affektationsprinzips und des Prinzips der Haushaltseinheit darstellt (Vgl. THIEMEYER, 1984 b, S.77).

2. 1. 2 Verfassungsrechtliche und gesetzliche Grundlagen

Die Frage, ob die *soziale Selbstverwaltung* als Ordnungsprinzip der Sozialversicherung im Grundgesetz verankert ist, ist unter Staats- und Verfassungsrechtlern zwar nicht gänzlich unumstritten (Vgl. LEOPOLD, 1980, S.67 ff.; LAMPERT, 1983, S.70), eindeutig herrschende Auffassung ist jedoch, daß eine *verfassungsrechtliche Garantie* der Selbstverwaltung für Sozialversicherungsträger, wie sie Art. 28 Abs. 2 GG für die Gemeinden gibt, nicht besteht (Vgl. KRAUSE, 1988, S.255). Weder enthält das Gebot des sozialen Rechtsstaates in Art. 20 Abs. 1 GG einen Anspruch auf Sozialleistungen durch ein mit dem Recht zur Selbstverwaltung ausgestattetes Sozialversicherungssystem (Vgl. BVerfGE 39, 302, 314 f.), noch lassen sich aus den Art. 74 Nr.12, Art. 87 Abs. 2 GG Rechte der sozialversicherungsrechtlichen Selbstverwaltung etwa im Sinne einer *institutionellen Bestandsgarantie* herleiten (Vgl. GITTER/ OBERENDER, 1987, S.95). Auch nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) ist eine Verfassungsgarantie des bestehenden Systems der Sozialversicherung oder seiner tragenden Organisationsprinzipien dem Grundgesetz nicht zu entnehmen. So wäre es nach Auffassung des BVerfG mit dem Grundgesetz durchaus zu vereinbaren, „wenn z. B. der Gesetzgeber sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenfaßte und in einem Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbare Körperschaft organisierte“ (BVerfGE 39, 302, 315; vgl. auch: BVerfGE 36, 383, 392 f.).

Diese Beurteilung kollidiert nach weitverbreiteter Meinung auch nicht damit, daß grundsätzlich anerkannt wird, daß die in Art. 20 Abs. 1 GG verankerte *Sozialstaatsklausel* eine alle Staatsgewalten verpflichtende Leitlinie mit normativer Verbindlichkeit darstellt und als Zielbestimmung oder Richtlinie der Verfassung zu werten ist (Vgl. BENDA, 1985, S.97; SENDLER, 1986, S.231). In diesem Sinne beinhaltet die Sozialstaatsklausel für den Gesetzgeber nicht nur die Ermächtigung, sondern die verbindliche *Verpflichtung zu sozialgestaltender Aktivität* (Vgl. GITTER/ OBERENDER, 1987, S.65). Eine verfassungsmäßige Gewährleistung des Systems der Sozialversicherung ist nach herrschender Meinung allerdings auch hieraus nicht abzuleiten.² Andererseits gestattet Art. 20 Abs. 1 GG aber auch

2) Anderer Meinung ist z.B. HEINZE, der eine Institutsgarantie aus dem Besitzstandsanspruch nach der Rentenanwartschaftsrechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ableitet (Vgl. HEINZE, 1984, S.59 f.).

nicht, das gesamte Sozialversicherungssystem oder Teile davon, wie z.B. die gesetzliche Krankenversicherung „vollständig und ersatzlos abzuschaffen“ (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.67; vgl. auch: WANNAGAT, 1965, S.223 f.). Nicht verlangt wird vom Sozialstaatsprinzip lediglich eine bestimmte Form oder Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung (Vgl. GITTER, 1985, S.83). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die von Verfassung wegen geforderte soziale Sicherheit und soziale Gerechtigkeit auch mittels prinzipiell anders strukturierter „umfassender Systeme der Sozialen Sicherung“ (BVerfGE 45, 376, 387) zu realisieren. Denkbar wäre z.B., das auf der Selbstverwaltung beruhende derzeitige Sozialversicherungssystem durch ein unmittelbar staatlich organisiertes und aus Staatsmitteln finanziertes System kollektiver Fürsorge (z.B. nach skandinavischem Muster) zu ersetzen (Vgl. WANNAGAT, 1965, S.224 ff.; GITTER, 1985, S.83; GITTER/OBERENDER, 1987, S.63).

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß dem Gesetzgeber von der Verfassung ein *weiter Ermessensspielraum* für die Realisierung sozialer Sicherheit eingeräumt ist. Das Bundesverfassungsgericht hat sogar ausdrücklich hervorgehoben, daß die sich ständig wandelnden Verhältnisse es geradezu erforderten, im Interesse der sozialen Sicherheit dem Gesetzgeber möglichst viel Freiheit zu neuen Lösungen, gerade auch im Bereich der Organisation, zu belassen (Vgl. BVerfGE 39, 302, 314 f.).

Nun entspricht es zwar *traditionellen Grundsätzen des Organisationsrechts* der gesetzlichen Krankenversicherung, daß der Gesetzgeber weite Teile des Steuerungsauftrages auf die soziale Selbstverwaltung übertragen hat, einen Schutz gegen Veränderungen bedeutet dies jedoch nicht. Kommt die Selbstverwaltung - aus welchen Gründen auch immer - „nicht zu dem von der Verfassung in Rechnung gestellten Erfolg, so kann der Gesetzgeber die Handlungsinitiative wieder an sich ziehen, um seiner eigenen Gestaltungspflicht gerecht zu werden“ (SENDER, 1986, S.231). Verlangt werden kann allenfalls, daß der Gesetzgeber mit Rücksicht auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zunächst mildere Mittel einsetzt oder deren Ersatz durch andere abwartet. „Wenn sich diese jedoch als unzureichend erweisen, kann (und muß) er die Rahmenbedingungen durch zusätzliche Maßnahmen verbessern oder in die Einzelentscheidung eingreifen. Dies gilt insbesondere, wenn es der Selbstverwaltung mit dem Vertragsrecht nicht gelungen ist, zum Erfolg zu kommen“ (SENDER, 1986, S.231).

Ungeachtet der fehlenden Verfassungsgarantie ist die soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch verschiedene *gesetzliche Grundlagen* gleichwohl rechtlich normiert. Aufbauend auf den historisch entstandenen Strukturen ist die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1951 durch das *Gesetz über die Selbstverwaltung und zur Änderung von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung* (BGBl.I S.124) wiederhergestellt worden. Nach geltendem Recht werden die Träger der Sozialversicherung als »Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung« definiert (§ 29 Abs.1 SGB IV), die »im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für

sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung« erfüllen (§ 29 Abs.3 SGB IV). Dies bedeutet, daß die Sozialversicherungsträger den Kreis ihrer Aufgaben nicht selbst bestimmen können, „sondern ... auf gesetzlich zugewiesene und in engem Rahmen vom Gesetz zugelassene Aufgaben“ beschränkt sind (KRAUSE, 1988, S.258). Wesentlich ist dabei, daß die Selbstverwaltung von der grundrechtlich als Vereinigungs- und Koalitionsfreiheit gewährten Autonomie privater Verbände zu unterscheiden ist (Vgl. KRAUSE, 1988, S.254). Das Bundesverfassungsgericht begreift die Tätigkeiten der Krankenkassen ungeachtet des ihnen zustehenden Selbstverwaltungsspielraumes als *Ausübung mittelbarer Staatsverwaltung* und hat von daher im Prinzip deren Grundrechtsfähigkeit ausgeschlossen (Vgl. GITTER/OBERENDER, 1987, S.96).

2. 1. 3 Soziale Selbstverwaltung als Bestandteil der Sozialordnung

Unabhängig von der rechtlichen Beurteilung stellt die soziale Selbstverwaltung faktisch ein kaum wegzudenkendes *Kernelement der deutschen Sozialversicherungspolitik* dar. Entsprechend besteht weitgehende Übereinstimmung darin, daß „der sozialen Selbstverwaltung erstens für die freiheitliche demokratische Grundordnung, zweitens für die demokratische Qualität der Sozialordnung und drittens für die Leistungsfähigkeit der staatlichen Sozialpolitik enorme Bedeutung“ zukommt (LAMPERT, 1983, S.70).

Möglicherweise wichtiger als eine Verfassungsgarantie ist für den *Bestand der sozialen Selbstverwaltung* und ihre Gestaltungskraft die weithin akzeptierte Auffassung, daß sie ein *system- und wesenskonformes Organisationsprinzip* der »Sozialen Marktwirtschaft« darstellt. Diese in der Bundesrepublik Deutschland angestrebte wirtschafts- und sozialpolitische Konzeption beansprucht einerseits den individuellen Freiheitsverbürgungen des Grundgesetzes als auch seinen sozialen Zielen und sozialrechtlichen Freiheitsverbürgungen gerecht zu werden. Idealtypischen Vorstellungen zufolge entspricht der »*Sozialen Marktwirtschaft*« eine Sozialordnung, die »auf der Grundlage einer marktwirtschaftlichen Ordnung« auf die Sicherung sozialen Fortschritts, auf ein vielgestaltiges System sozialen Schutzes, auf soziale Sicherheit und soziale Gerechtigkeit zielt (Vgl. MÜLLER-ARMACK, 1956, S.390 ff.). Als *tragende Prinzipien* einer derartigen Sozialordnung gelten das *Solidaritätsprinzip*, das *Subsidiaritätsprinzip* sowie die Prinzipien der *Selbstverantwortung* und *Selbstverwaltung* (Vgl. BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.48 f.; LAMPERT, 1983, S.71 f.).

Wesentlich ist dabei, daß diese Prinzipien nicht isoliert nebeneinanderstehen, sondern zwischen ihnen *vielfältige Interdependenzen* bestehen. Dies gilt ganz besonders für das Konzept der sozialen Selbstverwaltung, das nicht nur auf diesen Prinzipien aufbaut, sondern diese auch miteinander verbindet. Hingewiesen wird u. a. darauf, daß das *Subsidiaritätsprinzip* im Gedanken der Selbstverwaltung der sozialen Gruppen und in der Begrenzung der Tätigkeiten des Staates auf die Setzung von politischen, rechtlichen, sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eine konkrete Ausprägung erfahre (Vgl. BESKE/ZALEWSKI,

1981, S.48). Zugleich verlange das Subsidiaritätsprinzip, daß kein Sozialgebilde Aufgaben an sich ziehen solle, die der einzelne oder kleinere Gruppen mindestens gleich gut lösen können wie die größere Einheit.

In dieser Forderung korrespondiert dieses Prinzip mit dem *Solidaritätsprinzip*, das an Funktionsfähigkeit umso mehr einbüßt, je größer die Gruppe ist, „weil mit steigender Gruppengröße das Zusammengehörigkeitsgefühl, das Gefühl gegenseitiger Abhängigkeit und gegenseitiger Verantwortlichkeit, die Überschaubarkeit des Systems für die Gruppenmitglieder, die Möglichkeiten gegenseitiger sozialer Kontrolle und die Möglichkeiten der Verhinderung des Mißbrauchs der Solidarität abnehmen“ (LAMPERT, 1983, S.72). Ohnehin könne Solidarität als Bereitschaft, sich für andere mitverantwortlich zu fühlen und bestimmte Leistungen zu erbringen, ohne adäquate Gegenleistung zu erwarten, von den Mitgliedern einer *Solidargemeinschaft* nur dann dauerhaft durchgehalten werden, wenn diese Solidarität von Gruppenmitgliedern nicht dadurch überbeansprucht werde, daß diese entweder nicht bereit sind, entsprechend dem Prinzip der *Selbstverantwortung* das in ihren Kräften stehende zu tun, um die Gewährung von Leistungen durch die Gruppe zu vermeiden oder möglichst gering zu halten oder Leistungen in Anspruch nehmen, um ihren individuellen Nutzen zu maximieren (Vgl. LAMPERT, 1983, S.72).

Befürworter von Selbstverwaltungslösungen sehen in der, in der gesetzlichen Krankenversicherung realisierten sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung ein beinahe zwingendes Ordnungskonzept dieser Grundprinzipien. Soziale Selbstverwaltung im materiellen Sinne bedeute nichts anderes als die im Rahmen gesetzlicher Zielvorgaben selbstverantwortliche, in einem bestimmten Umfang dezentralisierte Erfüllung von Aufgaben entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip durch Solidargemeinschaften. Während das Subsidiaritätsprinzip Grundlage jeder Selbstverwaltung sei, verweise das im Gesundheitswesen geforderte vertrauensvolle Zusammenwirken der beteiligten Verbände auf das Prinzip der Solidarität (Vgl. KÜCKENHOFF, 1974, S.833 ff.).

2. 1. 4 Bedeutung von Wahlen und Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung

In Ordnungssystemen, die auf dem Selbstverwaltungsprinzip basieren, dominieren *Wahlen und Verhandlungen* bei den Koordinationsverfahren zur Entscheidungsfindung und zum Interessenausgleich sowie zur Konfliktregulierung. Zwar steht die *Beziehungsstruktur zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern*, in deren Rahmen den *Kollektivverhandlungen* eine besondere Bedeutung zukommt, im Vordergrund, zentraler Systembestandteil ist aber zugleich die *kollektive interne Selbstorganisation* über Wahlen, die zum einen in der Repräsentation der Mitgliederinteressen besteht und zum anderen die Rückbindung der Mitglieder an ausgehandelte Kollektivverträge beinhaltet (Vgl. KNAPPE, 1988, S.274 ff.).

Konzepte der Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände verweisen darauf, daß gerade die Fülle der im Gesundheitswesen anzutreffenden Steuerungsprobleme nicht durch eine einfache Konfrontation von Markt und Zentralverwaltung lösbar seien (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1981, S.38). Dies um so weniger, als gerade der Gesundheitssektor als einem der am stärksten durch Verbandsmacht geprägten Wirtschaftssektoren (Vgl. von FERBER, 1983, S.113) über umfangreiche Erfahrungen sowohl mit dem *Steuerungsmechanismus Wahlen* wie dem von *Gruppenverhandlungen* verfüge. Es wird sogar die Auffassung vertreten, daß es in der Bundesrepublik Deutschland wohl kaum einen zweiten sozio-ökonomischen Bereich gebe, in welchem Wahlen eine so große Bedeutung zugemessen werde wie dem der Gemeinsamen Selbstverwaltung der ambulanzärztlichen und zahnärztlichen Versorgung (Vgl. NEUBAUER, 1986, S.223). Indem den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Gesetzlichen Krankenkassen vom Gesetzgeber die Durchführung von Wahlen vorgeschrieben werde, sei Kassenärzten und Versicherten ein Willensbildungsprozeß vorgegeben, der unmittelbar auf das Innenverhältnis und mittelbar auf das gegenseitige Verhältnis von gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen einwirke (Vgl. NEUBAUER, 1986, S.223).

2. 2 Ausgestaltung der Selbstverwaltung im derzeitigen System der gesetzlichen Krankenversicherung

2. 2. 1 Organisatorische Ausgestaltung der Selbstverwaltung

Innerhalb des Krankenversicherungssystems agieren eine Vielzahl von Verbänden, Kammern und Organisationen, die sich einerseits durch ihre *Rechtsform*, andererseits durch ihren *Grad der Selbstverwaltung* voneinander unterscheiden. Im engeren Sinne selbstverwaltete Einrichtungen sind u. a. die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Eingebunden in das *korporatistische Steuerungssystem* sind darüber hinaus aber auch zahlreiche sonstige Verbände der Heilberufe einschließlich der Träger von Versorgungseinrichtungen (z.B. Zusammenschlüsse der Krankenhäuser), die zumeist als nicht rechtsfähige Vereine des Privatrechts geführt werden und somit nicht zu den Selbstverwaltungen in Form »öffentlich-rechtlicher Körperschaften« zählen (Vgl. THIEMEYER, 1984 b, S.87; KNAPPE, 1988, S.276).

2. 2. 1. 1 Organisation der Selbstverwaltung im Bereich der Krankenkassen

Träger der Krankenversicherung sind finanziell und organisatorisch selbständige, jedoch unter staatlicher Aufsicht stehende Krankenkassen. Die einzelnen Krankenkassen sind Selbstverwaltungskörperschaften mit Vorstand und Vertreterversammlung, die sich paritätisch aus gewählten Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammensetzen. Hiervon abweichend bestehen die Organe der Ersatzkassen nur aus Vertretern der Versicherten, die Organe der Bundesknappschaft als Träger der knapp-

schaftlichen Krankenversicherung zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten und zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber.

Für die Besetzung der Vertreterversammlungen können in den Krankenkassen alle sechs Jahre allgemeine, freie, geheime, gleiche und unmittelbare Wahlen durchgeführt werden. Alle weiteren Organe werden mittelbar gewählt. Die hierdurch im Prinzip gegebene breite Legitimationsbasis der gesetzlichen Krankenkassen wird allerdings dadurch beeinträchtigt, daß der Gesetzgeber sog. Friedenswahlen, d.h. Wahlen ohne Wahlhandlung zuläßt (Vgl. NEUBAUER, 1986, S.226 f.). Friedenswahlen kommen zum Zuge, wenn entweder nur eine Vorschlagsliste zugelassen ist, oder „wenn zwar mehrere Vorschlagslisten zugelassen werden, in ihnen aber insgesamt nicht mehr Bewerber benannt sind, als Mitglieder zu wählen sind“ (§ 24 Abs. 1 SVWO).

Die *Vertreterversammlung* darf aus höchstens 60 Mitgliedern bestehen. Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere der Beschluß der *Satzung* sowie die *Wahl des Vorstandes*, dessen Mitgliederzahl nach dem Gesetz durch die Satzung bestimmt wird und von der Größe des Versicherungsträgers abhängt. Während der Vorstand ehrenamtlich tätig ist, steht an der Spitze der Verwaltung ein hauptamtlicher *Geschäftsführer*, der von der Vertreterversammlung auf Lebenszeit gewählt wird.

Im Bereich der RVO-Kassen (also Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen) bilden die Einzelkassen *kassenartenspezifische Landesverbände*, die ihrerseits zu *Bundesverbänden* zusammengeschlossen sind. Auch diese Verbände sind *Körperschaften des öffentlichen Rechts* mit *Selbstverwaltung*. Aufgabe der Landesverbände der Krankenkassen ist in erster Linie die *Verhandlungsführung* und der *Vertragsabschluß* mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Landesvereinigungen, die Mitwirkung bei der Bedarfsplanung und im Zulassungswesen. Ferner sind die Landesverbände verpflichtet, den einzelnen Kassen bei der Erledigung ihrer Aufgaben zur Seite zu stehen (§ 414e RVO).

Eine prinzipiell andere *Organisationsgliederung* weisen die Angestellten-Ersatzkassen auf. Dominierend ist hier eine stark *zentralisierte Entscheidungsstruktur*, zum einen befinden die Leitungen jeder Ersatzkasse zentral über die Geschäftspolitik, zum anderen definiert und bestimmt der Verband der Angestellten-Ersatzkassen (VdAK) die Interessenswahrnehmung aller Ersatzkassen nach außen. Interne Konflikte zwischen den einzelnen Ersatzkassen führen kaum zu Problemen in bezug auf die *externe Interessenvertretung* (Vgl. MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER, 1982, S.44). Zwar bestehen auf der Landesebene sog. *Landesausschüsse*, deren Kompetenzen und Aufgaben im Bereich der Vertrags-, Planungs- und Steuerungspolitik sind jedoch als eher unbedeutend zu bezeichnen. Im wesentlichen bleiben den dezentralen Organisationen der Ersatzkassen „die Funktion der Gestaltung günstiger Wettbewerbsbedingungen zu den RVO-Kassen (besonders den Ortskrankenkassen) und die Aufgabe einer kundennahen Betreuung der Versicherten“ (MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER, 1982, S.45 f.).

2. 2. 1. 2 Organisationsstrukturen auf der Seite der Leistungserbringer

Im Gegensatz zur Finanzierungs- und Nachfrageseite, wo nahezu ausschließlich eine öffentlich-rechtliche Struktur besteht, weisen die Verbände der Anbieter von Gesundheitsleistungen ein weitaus differenzierteres Bild auf (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1984, S.13). Neben den *öffentlich-rechtlichen Pflichtverbänden* der Ärzte und Zahnärzte gibt es hier *zahlreiche freie Verbände*, die Einfluß auf die gesundheitspolitische Diskussion nehmen und auf die Politik der selbstverwalteten Körperschaften einwirken.

Im *Kassenarztbereich* sind die *Kassenärztlichen Vereinigungen* (KVen) die zentralen öffentlich-rechtlichen Körperschaften in bezug auf die ökonomische Dimension ärztlicher Tätigkeit. Derzeit gibt es im Bundesgebiet 18 Kassenärztliche Vereinigungen sowie die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* als Koordinationsstelle (ebenfalls eine Körperschaft des öffentlichen Rechts), bei welcher die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen Mitglied sind. Für die niedergelassenen Ärzte besteht Pflichtmitgliedschaft in den KVen. Das Kassenarztrecht schreibt unmittelbare und geheime Wahlen vor. Anders als bei den Krankenkassen sind hier Friedenswahlen seit 1965 untersagt. Allerdings ist ohnehin das Interesse der Mitglieder an der Arbeit der KVen deutlich höher als das der Versicherten an ihrer Krankenkassen. Ursache hierfür ist u. a. das Gewicht, das die KV für das wirtschaftliche Auskommen des Kassenarztes hat. Zu den Aufgaben der KV gehört nicht nur ein umfassender *Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag*, die KVen sind auch *Interessenvertretung der Ärzte* gegenüber den Krankenkassen in den *Honorarverhandlungen*, haben also zugleich eine quasi-gewerkschaftliche Funktion.

Für die Ärzte besteht daneben als weitere Pflichtorganisation die *Ärztekammer*. Die 11 Landesärztekammern haben ebenfalls den Status von Körperschaften des öffentlichen Rechts; ihre Dachorganisation, die *Bundesärztekammer*, ist dagegen ein eingetragener Verein. Die einzelnen ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände stehen unter der Aufsicht der Landesärztekammern und der für ihren Sitz zuständigen staatlichen Behörden. Hauptaufgabe der Ärztekammern ist die *Qualitätssicherung* in der *ärztlichen Berufsausübung* und in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Anders als im Bereich der Ärzte kann im *Krankenhausbereich* von einer Selbstverwaltung praktisch nicht gesprochen werden. Verbandlich organisiert sind die unterschiedlichen Krankenhausträger zum einen in 11 Spitzenverbänden der Krankenhausträger sowie 11 *Landeskrankenhausesellschaften*. Zusammen bilden sie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, deren Hauptaufgabe darin besteht, die Einzelverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Zusammenwirken mit staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen des Gesundheitswesens zu unterstützen. In der Rechtsform eingetragener Vereine sind die Krankenhausgesellschaften freie Verbände, die gegenüber den einzelnen Trägern oder einzelnen Krankenhäusern *keine Weisungskompetenz* besitzen.

Im *Arzneimittelbereich* schließlich existiert mit der *Apothekerkammer* zwar eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, diese hat jedoch als Berufsvertretung keine explizit *ökonomische Funktion*. Ebenfalls eher eine untergeordnete Rolle spielt die Tatsache, daß die Krankenkassen mit den Apothekervereinen die Arzneimitteltaxe aushandeln. Die für die ökonomisch bedeutsamen Arzneimittelpreise verantwortliche *pharmazeutische Industrie* ist dagegen in das System der Gesundheitsversorgung institutionell überhaupt nicht eingegliedert. Eine Gemeinsame Selbstverwaltung als institutionell verankertem *Koordinierungsmechanismus* wird vom Verband der pharmazeutischen Industrie allerdings auch als nicht marktconform entschieden abgelehnt.

2. 2. 2 Kompetenzen und Aufgaben der Selbstverwaltung

Die Absicht des Gesetzgebers bei der Wiederherstellung der Selbstverwaltung im Jahre 1951, mit der Restauration der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die in der Wirtschaft maßgebenden Faktoren der Arbeitnehmer und Arbeitgeber in höherem Maße als in der Vergangenheit die Sozialversicherung in eigener Verantwortung zu übernehmen, wird durch den *Mangel an Kompetenzen* konterkariert, die er der Selbstverwaltung zu übertragen bereit war (Vgl. KRAUSE, 1988, S.258). Von Beginn an inhaltlich beschränkt war das Selbstverwaltungsrecht durch die Gesetze und sonstiges maßgebendes Recht sowie durch den Rahmen der gestellten Aufgabe (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Entsprechend begrenzt waren und sind die *Spielräume der Selbstverwaltung* für eine *eigenverantwortliche Tätigkeit*.

2. 2. 2. 1 Aufgaben der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich der *Aufgabenbereich der Selbstverwaltung* im wesentlichen auf folgende Gebiete (Vgl. WSI, 1978, S.5; REINERS, 1987, S.27 f.; REINERS, 1988 b, S.1):

- Erlaß von Satzungen;
- Aufstellung und Kontrolle des Haushalts, Personalhoheit;
- Festlegen der Beitragssätze;
- in geringerem Umfang Gestaltung der Versicherungsleistungen;
- Gestaltung der Beziehungen zu den Leistungserbringern (Vertragswesen), zumeist auf Verbandsebene;
- Kontrolle der Effektivität und Effizienz der angebotenen Sach- und Dienstleistungen, Herstellen von Kostentransparenz;
- Aufklärung und Beratung der Versicherten.

Entsprechend dieser Aufgabenstellung ergeben sich für die Selbstverwaltung im Bereich der Krankenkassen unterschiedliche *Interaktionsebenen*. Im einzelnen sind dies (Vgl. REINERS, 1987, S.28):

- das Verhältnis von Krankenkassen und Versicherten (Mitgliedern);
- das Binnenverhältnis der Krankenkassen, d.h. die interne Arbeitsorganisation;
- das Außenverhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern;
- die generelle Außenwirkung der Krankenkassen (Verhältnis zur Öffentlichkeit) sowie
- das Verhältnis der Krankenkassen zu den staatlichen Behörden (Aufsichtsbehörden).

Mehrheitlich handelt es sich bei den den Selbstverwaltungen vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben um *Verwaltungsaufgaben*, d.h. der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung bewegt sich vor allem auf der *administrativen Ebene*. Sieht man von gewissen jüngeren Entwicklungen ab, die ansatzweise darauf hinauslaufen, den Krankenkassen in größerem Umfang Planungs- und Steuerungsfunktionen zu übertragen, sind die Krankenkassen nach überwiegendem Verständnis in erster Linie für die Durchführung einer detaillierten Sozialgesetzgebung verantwortlich und für die Erfüllung des Leistungsrechts zuständig (Vgl. MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER, 1982, S.11; KRAUSE, 1979/I, S.4 ff.). Vorgesehen sind weder eine uneingeschränkte Autonomie der Krankenkassen in der Finanzierungs- und Ausgabenpolitik noch ein eigener Gestaltungsspielraum. Handlungsmöglichkeiten und Stellung im Gefüge der Organisationen des Gesundheitswesens sind durch ein dichtes Netz gesetzlicher Regelungen weitgehend determiniert. In der Praxis wurde und wird die gesetzliche Krankenversicherung von den politischen Instanzen primär als „Mittel zur Leistungserbringung und zur Erfüllung von Zweckprogrammen eingesetzt“ (MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER, 1982, S.11).

Selbst in den wenigen Bereichen, in denen noch ein Freiraum verblieben ist, sind die Einflußmöglichkeiten der Selbstverwaltung nurmehr als *marginal* zu bezeichnen. Dies gilt insbesondere für das *Leistungsrecht*, einem ursprünglich maßgeblichen Gestaltungsbereich der Selbstverwaltung. In der RVO hat der Gesetzgeber das Leistungsspektrum (*Regelleistungen*) für alle Kassenarten mehr oder weniger einheitlich definiert. Die Möglichkeit der Krankenkassen über die Satzung ihren Versicherten *freiwillige Mehrleistungen* zu gewähren, ist inzwischen auf einen fast bedeutungslosen Restbereich geschrumpft. Abgesehen davon, daß Mehrleistungen grundsätzlich ohnehin nur zulässig sind, wenn das Gesetz sie ausdrücklich gestattet, bestand in der Vergangenheit die Tendenz, Mehrleistungen, die die Selbstverwaltung autonom eingeführt hatte, sukzessive in gesetzliche Regelleistungen umzuwandeln und zugleich durch Gesetz - wenigstens teilweise - den Umfang der gesetzlich zugelassenen Mehrleistungen zu begrenzen. Im Ergebnis bestehen für die Selbstverwaltung hier nurmehr relativ unbedeutende Möglichkeiten, eigene Initiativen zu entwickeln. Derzeit umfaßt der Bereich der satzungsmäßigen Mehrleistungen u. a. Maßnahmen in der Prävention, der medizinischen Rehabilitation sowie Modifikationen bei Geldleistungen (z. B. Höhe des Sterbegeldes). Bezogen auf den Gesamthaushalt einer Krankenkasse machen die Ausgaben für

Mehrleistungen allerdings nur Bruchteile aus (Schätzungen sprechen von zwei Prozent der Gesamtausgaben).

Mangelnde Autonomie der Selbstverwaltung schlägt sich nicht nur im Leistungsrecht nieder, sondern ist gleichermaßen im Bereich des Mitgliedschafts- und Beitragsrechts anzutreffen. Zusammen mit einer Vielzahl anderer Bindungen (z.B. im Haushaltsrecht, bei den Stellenplänen, dem eingeschränkten Werberecht, der steuerrechtlichen Behandlung und der Rücklagenpolitik) kommt es zu einer politisch gewollten *Beschneidung der unternehmerischen Möglichkeiten* der gesetzlichen Krankenkassen. Keinerlei Gestaltungsmöglichkeiten besitzen die Krankenkassen hinsichtlich des Kreises der zu versichernden Personen und Risiken und sehen sich außerdem bei der Finanzierung ihrer Ausgaben Restriktionen unterworfen (Festlegung der Finanzierungsquellen durch Gesetz, Beitragsbemessung nach dem Grundlohn der Versicherten). Darüber hinaus unterliegt die Verwaltung der Finanzmittel (Betriebsmittel, Rücklagen, etc.) eindeutigen Rechtsvorschriften und läßt den Kassen keinen Spielraum für eigene Maßnahmen der Finanzplanung (Vgl. SVK KA: JAHREGUTACHTEN, 1988, S.77). Schließlich kommt hinzu, daß der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung zusätzlich dadurch eingeengt werden kann, daß die Satzung an einen Genehmigungsvorbehalt durch die staatlichen Aufsichtsbehörden gebunden ist.

Eine etwas positivere Entwicklung läßt sich neuerdings dagegen für das Verhältnis der Krankenkassen bzw. ihrer Selbstverwaltung zu den Versicherten, aber auch zur Öffentlichkeit generell konstatieren, die sich u. a. darin äußert, daß die Krankenkassen eine *verstärkte Dienstleistungsorientierung*, ein intensiveres Zugehen auf die Versicherten erkennen lassen. Zurückgeführt wird dieser Wandel nicht zuletzt auf die Bestimmungen des SGB, die im Vergleich zu den früheren Bestimmungen der RVO eine gewisse Abkehr von den reinen Verwaltungsorientierungen beinhalten (Vgl. REINERS, 1987, S.29). Während das Sozialrechtskonzept der RVO auf die Probleme des einzelnen kaum Rücksicht nimmt und ihn zum „Versicherungsfall als Ausgleichstatbestand der Sozialversicherung“ (REIDEGELD, 1980, S.277) macht, liegt dem SGB ein erheblich kooperativeres Verständnis des Verhältnisses der Kassen zu den Versicherten zugrunde. So enthalten insbesondere die §§ 13-15 SGB I Regelungen und Vorschriften über die Informations- und Aufklärungspflichten der GKV, die als Grundlage einer umfassenden Kommunikationsstrategie genutzt werden können.

2. 2. 2. 2 Pflichten und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die *Selbstverwaltung der Ärzte* weist prinzipielle Unterschiede zur Selbstverwaltung der Versicherten auf; aus ökonomischer Sicht sind Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen „staatlich geschaffene und privilegierte Monopole“, die die Formen des Marktzugangs (Approbation, Niederlassung, Zulassung als Kassenarzt durch die KVen) regeln bzw. an dieser Regelung mitwirken und - wie z. B. die Ärztekammern in den *Berufsordnungen* - Re-

geln für das Wettbewerbsverhalten aufstellen (wie z. B. Werbeverbot, Verbot der Kollegenkritik) und die Einhaltung der Regeln des Angebotsverhaltens und die Ordnungsgemäßheit der Leistungserstellung erzwingen können.“ (THIEMEYER, 1984 b, S.87). Für die *Funktionsbestimmung der ärztlichen Selbstverwaltung* ist ihre Entstehungsgeschichte nicht unwesentlich, zumal die Organisation der niedergelassenen Ärzte in einem *öffentlich-rechtlichen System* nicht nur gesundheitspolitisch, sondern zu einem wesentlichen Teil ökonomisch begründet ist. Letztlich ist die ständische Selbstverwaltung der Ärzte nichts anderes als eine „*Form der Regulierung (der ‚öffentlichen Bindung‘) eines vom Staat zum Zwecke der Qualitätssicherung und des Angebots von bestimmten öffentlichen Gütern sanktionierten Monopols*“ (THIEMEYER, 1984 b, S.90; vgl. auch: SVR KA: JAHREGUTACHTEN 1988, S.80).

Ihre staatliche Sanktionierung hat diese Organisationsform erstmals im Jahre 1932 erfahren, als vor dem Hintergrund eines hohen ärztlichen Angebots und der Finanznot der Kassen das *Kassenarztsystem* grundlegend umgestaltet wurde. An die Stelle direkter Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und einzelner Arzt kraft Einzelvertrag traten die neu errichteten Kassenärztlichen Vereinigungen, an die die Krankenkassen mit befreiender Wirkung eine »pauschalierte Gesamtvergütung« zu zahlen hatten. Damit das »Konstrukt einer Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung« auch tatsächlich Wirksamkeit erlangte, »wurden die kassenärztlichen Vereinigungen folgerichtig mit einem Sicherstellungsauftrag ausgestattet: Ihnen obliegt abschließend die Regelung der ärztlichen Versorgung der in den gesetzlichen Krankenkassen Versicherten“ (SVR KA: JAHREGUTACHTEN 1988, S.80). Zugleich wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen die alleinige Zuständigkeit für die *Verteilung dieser Gesamtvergütung* übertragen und - bei gleichzeitigem Verzicht auf das Streikrecht - eine *Pflichtmitgliedschaft* für alle als Kassenarzt tätigen Ärzte in diesen Vereinigungen geschaffen.

Unterdessen ist hieraus ein diffiziles *Geflecht von Rechtsbeziehungen* entstanden. So stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen gleich in einer vierfachen Rechtsbeziehung, nämlich zu den Ärzten, den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, deren Mitglieder sie sind (§ 368k Abs. 2 RVO) (Vgl. KRAUSE, 1988, S.267). Ihre Hauptaufgabe und -pflicht besteht zweifellos in der *Sicherstellung der ärztlichen Versorgung* (§ 368 Abs. 2 und Abs. 3 RVO), die sie gegenüber den Krankenkassen, teils aber auch in Zusammenwirken mit diesen zu erfüllen haben. Dieser *Sicherstellungsauftrag* verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine »bedarfsgerechte und gleichmäßige« ärztliche Versorgung, einschließlich eines ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienstes, jeweils in zumutbarer Entfernung und unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der »medizinischen Wissenschaft und Technik« sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung verfügbar zu machen (§ 368 Abs. 3 RVO). Ferner sollen sie die Qualität der kassenärztlichen Versorgung gewährleisten und ein ausgewogenes Verhältnis der verschie-

denen Arztgruppen sichern (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN, 1988, S.81).

Weitere Pflichten ergeben sich aus dem Gewährleistungsauftrag, daß die kassenärztliche Versorgung durch die einzelnen Kassenärzte den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (§ 368n Abs. 1 RVO). Insbesondere haben sie den Krankenkassen die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen zu garantieren; hierunter fallen

- die Festlegung des Honoraranspruchs,
- die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise (geschäftsführend im Rahmen besonderer Ausschüsse, in denen die RVO-Kassen paritätisch mitwirken),
- die Überwachung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der Ärzte im Rahmen ihrer kassenärztlichen Tätigkeit, wobei sie bei Verstößen Disziplinarmaßnahmen bis zur Entziehung der Zulassung ergreifen können (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN, 1988, S.81).

Auf der anderen Seite haben die kassenärztlichen Vereinigungen Anspruch auf die Zahlung einer Vergütung (§ 368g Abs. 1 RVO) durch die Krankenkassen, obgleich der entsprechende Vertrag mit den Kassenverbänden abgeschlossen wird (§ 368f Abs. 2 RVO). Zugleich erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Festsetzung des Verteilungsmaßstabes für die Gesamtvergütung (§ 368 f RVO), wobei diese Festsetzung allerdings »im Benehmen« mit den Krankenkassen zu erfolgen hat.

Der Kassenarzt selbst ist zunächst einmal primär Mitglied der selbstverwalteten Kassenärztlichen Vereinigung, die ihn - als Voraussetzung für die Zulassung durch den Zulassungsausschuß - ins Ärzteregister einträgt (§ 368a Abs. 3 RVO). Die Zulassung selbst liegt nicht in der alleinigen Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern ist eine Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung. Umgekehrt ist der niedergelassene Arzt jedoch seiner Vereinigung gegenüber nach Maßgabe von Gesetz, Gesamtvertrag und Satzung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet, erhält von ihr seine Vergütung nach Einzelleistungen (§368f Abs. 1, S.2-5 RVO), ist zugleich aber auch ihrer Disziplinierung und Kontrolle unterworfen (§§ 368 Abs.2,3; 368a Abs. 4; 368e; 368f Abs. 1; 368m Abs.2 RVO) (Vgl. KRAUSE, 1988, S.267).

2. 2. 3 Ausgestaltung der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« im derzeitigen System

Den Selbstverwaltungen der Krankenkassen und der Kassenärzte werden durch die RVO bei der Organisation, Steuerung und Sicherung der medizinischen Versorgung zahlreiche gemeinsame Aufgaben zugewiesen. Dies hat dazu geführt, daß diesbezüglich auch von der sog. »Gemeinsamen Selbstverwaltung« gesprochen wird (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1984, S.7). Durch die *Delegation von Staatsaufgaben* auf Gremien, in denen verschiedene nach dem Selbstverwaltungsprinzip organisierte Gebilde zu-

sammenarbeiten, kann ein »Komplexitätsabbau der Staatsverwaltung und Abbau von Entscheidungszwang der gesetzgeberischen Körperschaften« stattfinden (THIEMEYER, 1984 b, S.90). Zugleich wird im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung die neben der *Selbstorganisationsleistung* zweite wesentliche Funktion der Selbstverwaltung, nämlich die Kooperation mit anderen Organisationen (*Verhandlungsfunktion*) aktiviert. Hierbei geht es zum einen um den *Interessenausgleich* zwischen Selbstverwaltungen, die unterschiedlich gerichtete Interessen repräsentieren und zum anderen um die *gegenseitige Kontrolle*, wobei unter Kontrolle hier vor allem eine gezielte Steuerung des Handlungsspielraumes zu verstehen ist (Vgl. THIEMEYER, 1984 b, S.90).

Obgleich eine »Gemeinsame Selbstverwaltung« als konkrete Institution gesetzlich nicht eingerichtet ist, gibt es sie doch insofern, als Institutionen, die die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen müssen und diejenigen, die sie erbringen, auf unterschiedliche Weise zusammenarbeiten. Abgesehen davon bestimmt § 17 Abs. 2 SGB I, daß die Leistungserbringer, ihre Verbände und die sonstigen, in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen, verpflichtet sind, bei der Erfüllung der Aufgaben eng zusammenzuarbeiten.

2. 2. 3. 1 Gemeinsame Selbstverwaltung im ambulanten ärztlichen Bereich

Zu den gemeinsam von den Selbstverwaltungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen wahrzunehmenden *Selbstverwaltungsbefugnissen* gehören in erster Linie:

- Nach § 368 Abs. 1 RVO haben Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen zusammenzuwirken, um die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Ziel der Sicherstellung der Kassenärztlichen Versorgung soll dabei sein, »den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung ... in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik ... zur Verfügung zu stellen« (§ 368 Abs. 3 RVO). Zugleich bestimmt § 368g Abs. 1 RVO, daß die kassenärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln ist, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.
- Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene Bedarfspläne zum Zwecke der Sicherstellung vorzulegen. Der neu geregelte § 368 t Abs. 2 RVO weist dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zudem die Aufgabe zu, durch Richtlinien-Beschlüsse die Vorgaben für die Bedarfsplanung und für Feststellungen hinsichtlich der Überversorgung zu treffen.

- Über die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen zu errichtenden Zulassungs- und Berufungsausschüsse gemäß § 368 b Abs. 1, Abs. 6 RVO wirken die Krankenkassen bei der Zulassung von Kassenärzten mit.
- Weiterhin ist eine paritätische Mitwirkung von Ärzten und Krankenkassen in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung nach § 368n Abs. 5 RVO vorgesehen.
- Gemeinsame Aufgabe ist ferner die Bildung von Bundes- und Landesschiedsämtern nach § 368i RVO und die Mitarbeit in diesen Schiedsämtern.
- Auf der Grundlage der §§ 368 und 368g RVO haben Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen in Gesamtverträgen die Höhe der Gesamtvergütung zu vereinbaren. Nach Maßgabe des Gesamtvertrages entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368f Abs.1 RVO). In diesem Zusammenhang haben die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einmal jährlich gemeinsame Empfehlungen über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung sowie einen Arzneimittelhöchstbetrag abzugeben (§ 368f Abs. 4 und Abs.7 RVO).

Entscheidend für die Verwirklichung dieser Aufgaben sind die durch § 368o RVO vorgeschriebenen *Landes- und Bundesausschüsse* der Ärzte und Krankenkassen, durch welche staatlicherseits *de facto* eine Kooperation der Selbstverwaltungsvertretungen von Produzenten (Ärzten) und Konsumenten (GKV-Mitgliedern) angeordnet wird. Für den Staat stehen in Form dieser Ausschüsse unentgeltliche Beratungsgremien zur Verfügung, in welchen vor allem Sachverstand mobilisiert werden und nicht Interessensvertretung praktiziert werden soll. Für die beiden Seiten bieten die Ausschüsse die Möglichkeit der Artikulation von Interessen und deren Ausgleich durch Verhandlungen (Vgl. THIEMEYER, 1984 b, S.91).

Den Landes- und Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen kommt nach weit verbreiteter Meinung eine zentrale Bedeutung im Prozeß der Bereitstellung der Gesundheitsgüter im Rahmen des GKV-Systems zu. Aufgabe der Bundesausschüsse ist es, die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken (§ 368p Abs. 1, Satz 1 RVO) zu erlassen. Darin eingeschlossen sind Maßnahmen zur Früherkennung, der Beratung, der kassenärztlichen Bedarfsplanung etc. Dies bedeutet, daß über diese Richtlinien letztlich der gesamte Bereich der Produktion und Darbietung der Gesundheitsgüter als »öffentliche Güter« bestimmt wird. Mit dieser Richtlinienkompetenz zur Bestimmung von Art, Umfang und Form des Angebots öffentlicher Güter des Gesundheitswesens werden wesentliche Staatsaufgaben auf die Selbstverwaltungsorgane übertragen. „Die Repräsentanz der SV (Selbstverwaltung, Anm.d.Verf.) der Konsumenten (der Nachfrager nach Gesundheitsgütern) und der SV der Pro-

duzentengruppe (Ärzte) verhandeln über die Gestaltung des Angebots. Im Rahmen einer vom Gesetzgeber vorgegebenen Kompetenzabgrenzung und klarer Aufgabendefinition wird der öffentliche Versorgungsauftrag auf die Beteiligten delegiert: Die Übertragung umfaßt einerseits eine - in diesem Fall (scheinbar) sehr breite - Entscheidungsfreiheit und andererseits die Verantwortung für den Vollzug der Beschlüsse“ (THIEMEYER, 1984 b, S.91 f.).

2. 2. 3. 2 Ansätze »Gemeinsamer Selbstverwaltung« im Krankenhausbereich

a) Entwicklung bis zum Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984

Im Gegensatz zum Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es eine im rechtlichen Sinne vergleichbare Selbstverwaltung im stationären Sektor des Krankenversicherungssystems nicht. Anders als im Rahmen der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, sind die Funktionen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der *Sicherstellung der Krankenhausversorgung* eher unbedeutend (Vgl. LAMPERT, 1983, S.77). Nach dem *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29.Juni 1972* (BGBl.I S.1009) waren beispielsweise Krankenhäuser und Krankenkassen bei der *Krankenhausbedarfsplanung* lediglich anzuhören. Desgleichen hatten die Krankenkassen auf die *Gestaltung der Pflegesätze* nur wenig Einfluß; zur Abdeckung der erstattungsfähigen Selbstkosten wurden von den zuständigen Landesbehörden auf der Grundlage von Einigungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern krankenhaushausindividuelle Pflegesätze autonom festgesetzt, wobei die Länder an die Verhandlungsergebnisse nicht gebunden waren.

Erste zaghafte Veränderungen in Richtung auf eine etwas stärkere Beteiligung der direkt Betroffenen brachte das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981* (BGBl.I S.1568). Zur Durchsetzung von »selbstverwaltungsartigen Regelungsprozessen« übertrug dieses Gesetz in Analogie zum Kassenbereich und dem Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung den *Krankenhausesellschaften* der Landes- und Bundesebene, die organisationssoziologisch und politisch gewisse Ähnlichkeiten mit den traditionellen Selbstverwaltungseinrichtungen aufweisen, bestimmte *Selbstverwaltungsaufgaben* (Vgl. THIEMEYER, 1984 b, S.94).

Ansätze für eine Gemeinsame Selbstverwaltung enthielten insbesondere die durch § 6 KHKG 1981 neu formulierten §§ 372-374 RVO, die die Kompetenzen der Krankenkassen und der Krankenhäuser ausweiteten und die Krankenhausesellschaften *de facto* zu »Selbstverwaltungs-Substituten« (THIEMEYER, 1984 b, S.94) machten. So bestimmte der neue § 372 RVO, daß die Landesverbände der Krankenkassen mit den Krankenhäusern oder ihren Vereinigungen Verträge zu schließen haben, die eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen sollen. Desweiteren hatten die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesellschaften gemäß § 373 RVO *Prüfungsausschüsse* zu bil-

den, die „die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung der Krankenhauspflege im Einzelfall“ überwachen sollten, wobei für die Krankenhäuser und Krankenhausärzte eine Auskunftsspflicht begründet wurde. Gleichzeitig wurde hinsichtlich der Pflegesätze weitgehend das *Verhandlungsprinzip* eingeführt; die Pflegesätze sollten nunmehr eigenverantwortlich zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern ausgehandelt werden. In diesem Zusammenhang erging an die Verbände der gesetzliche Auftrag zur *Errichtung von Schiedsstellen*, die im Falle der Nichteinigung bei den Verhandlungen einen Vermittlungsvorschlag unterbreiten und gegebenenfalls den Inhalt der Verträge selbst festsetzen sollten. Lediglich wenn innerhalb von 6 Wochen eine Einigung der Verhandlungspartner nicht zustande kam, konnten die zuständigen Landesbehörden die Festsetzung der Pflegesätze vornehmen.

Insgesamt brachte das Gesetz eine geringfügige *Abschwächung des staatlichen Einflusses*, indem der Versuch unternommen wurde, in dem bis dahin weitgehend staatlich verantworteten Krankenhausbereich zusätzliche Regelungen in Form verstärkter ökonomischer Anreize und einen *Ausbau von Selbstverwaltungselementen* einzuführen. Hervorzuheben sind dabei vor allem die gesetzlichen Aufträge an die Verbände zur Sicherstellung einer dem Wirtschaftlichkeitsgebot der RVO entsprechenden Krankenhauspflege durch ein umfangreiches Empfehlungs- und Vertragssystem mit Schiedsstellen und Prüfungsausschüssen analog dem Kassenarztrecht als quasi Selbstverwaltungsinstrumente (Vgl. REGLER, 1988, S.210).

b) Selbstverwaltungselemente nach dem KHNG von 1984

Das *Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984* hat die 1981 begonnene Entwicklung einer verstärkten Einbeziehung der beteiligten Gruppen fortgesetzt. Insbesondere hat das Gesetz eine stärkere Beteiligung der Verbände der Krankenhausträger und der Krankenkassen an der Krankenhausplanung des Landes gebracht (§ 7 KHG). Grundsätzlich gilt für die Aushandlung des Budgets und der daraus abgeleiteten Pflegesätze künftig uneingeschränkt das *Vereinbarungsprinzip*. Können Krankenkassen und Krankenhäuser sich nicht einigen, entscheiden unabhängige *Schiedsstellen* (§ 18a KHG). Dies bedeutet den Wegfall der staatlichen Festsetzung. Den Landesbehörden obliegt nur noch im Wege der Genehmigung die Rechtmäßigkeitskontrolle.

Im einzelnen hat das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984, das der Zustimmung des Bundesrates bedurfte und deshalb weitgehend die Vorstellungen der Bundesländer widerspiegelt, folgende neue Elemente in das gegenwärtige System eingefügt:

- Die Mischfinanzierung wurde kostenneutral zugunsten einer Alleinfinanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die Bundesländer aufgelöst.
- Die duale Finanzierung wurde dabei nicht durch eine monistische Finanzierung abgelöst, sondern lediglich aufgelockert indem die Möglichkeit geschaffen wurde, daß Krankenkassen mit Krankenhäusern Investitionsverträge schließen.
- Die Vorschriften über die Förderung von Krankenhausinvestitionen wurden gestrafft. Verdeutlicht wurde, daß die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf Förderung haben, sofern das Land das entsprechende Vorhaben in Ausübung des ihm eingeräumten Ermessens in das Investitionsprogramm aufgenommen hat. Neu eingeführt wurde die Verpflichtung, die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten und die betriebswirtschaftliche Notwendigkeit des Investitionsvorhabens zu prüfen. Damit soll u.a. gewährleistet werden, daß Investitionen nicht zu lange hinausgezögert werden.
- Bei der Aufstellung von Bedarfsplan und Investitionsprogramm wurden die kollektiven Mitwirkungsbefugnisse der Beteiligten gestärkt, da die Landesbehörde vor einer Entscheidung Einvernehmen zwischen Krankenhaus- und Kassenseite anzustreben hat. Allerdings blieb das Letztentscheidungsrecht bei der staatlichen Planungsbehörde. Für Unternehmens- und Betriebsentscheidungen ist das Krankenhaus dagegen wieder vollständig selbst verantwortlich.
- Hinsichtlich des Pflegesatzrechts wurde bestimmt, daß die Pflegesätze zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern vereinbart und ggf. von einer mit einem neutralen Vorsitzenden besetzten Schiedsstelle festgesetzt werden. Dennoch bedürfen die vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze auch weiterhin der staatlichen Genehmigung. Unklar sind nach dem Wortlaut des § 18 Abs.5 KHG die Reichweite der Kontrollbefugnis und die Rechtsschutzmöglichkeiten gegen Entscheidungen der Schiedsstelle. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde dahingehend modifiziert, daß nur noch die vorkalkulierten Selbstkosten eines sparsamen und leistungsfähigen Krankenhauses erstattungsfähig sind. Die Bemessung der Pflegesätze muß sich zudem stärker an globalen Empfehlungen und an Kosten vergleichbarer Krankenhäuser orientieren. Bei der Umsetzung der pflegesatzrechtlichen Vorgaben läßt das Gesetz zudem verstärkt differenzierte Entgeltformen (Pauschalen, Einzelleistungs- oder Gruppenvergütung, Budgetierung in Form fester oder veränderlicher Gesamtbeträge) zu.

2. 2. 3. 3 Situation in den übrigen Bereichen

a) Heil- und Hilfsmittelbereich

Nach § 376 d RVO haben die Krankenkassen und ihre Verbände die Kompetenz, Verträge mit Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln zu schließen. Diese Verträge regeln sowohl die Modalitäten und Voraussetzungen der Erbringung von Leistungen als auch deren Vergütung. Dabei ist für die weiteren Überlegungen, gerade im Zusammenhang mit Steuerungsalternativen, wichtig, daß der Bundesgerichtshof bereits einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit sich bewerbenden Leistungserbringern abgelehnt hat. Eine Krankenkasse ist demnach nicht verpflichtet, mit jedem Leistungserbringer einen Vertrag zu schließen (Vgl. NJW 1982, S.196). Allerdings - und dies schränkt die Freiheiten in der Vertragsgestal-

tung bis zu einem gewissen Punkt wieder ein - stellen die Krankenkassen wettbewerbsrechtlich ein marktbeherrschendes Unternehmen dar. Die Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind daher anzuwenden. Dies bedeutet, daß, sofern Vertragsbeziehungen bestehen, für alle Leistungsanbieter die gleichen Bedingungen für den Vertragsbeitritt gelten müssen und niemand diskriminiert werden darf.

Gemäß dem durch das KVEG in die RVO eingefügten § 376 c haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer einheitliche Verzeichnisse über die von den Krankenkassen zu vergütenden Hilfsmittel zu erstellen. Liegen derartige Hilfsmittelverzeichnisse vor (z.B. Bundesprothesenliste, Bundesschuhliste), sind sie den jeweiligen Verträgen zugrunde zu legen. Bestehen solche *Leistungsverzeichnisse* dagegen nicht, sind die Vertragspartner frei bei der Definition der Leistungsinhalte, wobei die Generalklausel des »Notwendigen, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen« auch hier zu beachten bleibt.

Bei der Vergütung der Leistungen sind die beiden Marktparteien gehalten, die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen (§ 376 d Abs.2 Satz 1 RVO). Die von den Vertragspartnern vereinbarten Preise sind *Höchstpreise*, die von den Krankenkassen vor Ort unter Berücksichtigung der regionalen oder örtlichen Besonderheiten sowie der Möglichkeiten der individuellen Vertragspolitik unterschritten werden können.

b) Situation im Bereich der Arzneimittel

Im *Arzneimittelbereich* kann noch nicht einmal von Ansätzen einer Gemeinsamen Selbstverwaltung gesprochen werden (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1984). Sieht man davon ab, daß sowohl die Pharma-Industrie wie die Krankenkassen in der Konzertierte Aktion vertreten sind, bestehen zwischen beiden keine direkten Vertragsbeziehungen. Zumindest Ansätze institutionalisierter Beziehungen gibt es zwischen der *Apothekerschaft* und den gesetzlichen Krankenkassen, wenngleich im Verhältnis zum Kassenarztrecht das Ausmaß der Regelungen über die Rechtsbeziehungen zu den Apothekern in der RVO vergleichsweise gering ist. Die rechtliche Ermächtigung zum Abschluß von Lieferverträgen mit Apothekern findet sich in den §§ 407 und 414 e RVO. Durch den Abschluß dieser Verträge soll die *Arzneimittelversorgung* der Versicherten gewährleistet werden. Da die Krankenkassen bezüglich der Arzneimittelversorgung zur Sachleistung verpflichtet sind, handeln sie beim Abschluß von Lieferverträgen im Rahmen ihrer öffentlichen Aufgaben. Die *Arzneimittel-lieferverträge* regeln u.a. die Teilnahme am Vertrag, die Lieferberechtigung, die Abgabebestimmungen, die Preisberechnung, den Kostenanteil der Versicherten, den Kassenrabatt, die Zahlungsweise sowie das Schlichtungsverfahren. Im wesentlichen umfassen diese Regelungen also die technische Abwicklung der Arzneimittelabgabe und -berechnung.

Immerhin wurden im Rahmen der Kostendämpfungsgesetzgebung einige Möglichkeiten für die Krankenkassen

geschaffen, zumindest ansatzweise auf den Arzneimittelverbrauch einzuwirken. Hierzu gehören insbesondere:

- die in § 368 f Abs. 6 RVO festgelegte Verpflichtung der Vertragspartner der Gesamtvergütung, jeweils für bestimmte Zeiträume einen Höchstbetrag der zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen (*Arzneimittel-höchstbetrag*). Dabei sind im Falle der Überschreitung des Höchstbetrages - soweit die Verantwortung bei den verordnenden Ärzten liegt - individuelle Regreßverfahren nach den dafür etablierten Kriterien vorgesehen.
- die Vorschrift des § 368p RVO, die den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen erlaubt, in Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln Preisvergleiche durchzuführen und eine Auswahl therapiegerechter Mengen zu machen. Diese *Preisvergleichsliste* soll v.a dazu dienen, das Problembewußtsein des Kassenarztes bei seiner Verordnungstätigkeit zu schärfen und ihm eine Beratungshilfe für die wirtschaftliche Verordnungsweise zu geben.
- die Verpflichtung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 368p Abs. 8 RVO, Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen (*Leistungsaus-schluß*).

3. Probleme und Defizite hinsichtlich der faktischen Realisierung der Selbstverwaltung

Durch die Übertragung weitreichender Steuerungsfunktionen in einem Bereich mit „partiell öffentlichen“, nach weit verbreiteter Auffassung auch meritorischen“ (GÄFGEN, 1984, S.131) Gütern auf Selbstverwaltungsinstanzen, der Steuerung eines Politik- und Wirtschaftsbereiches also, werden Fragen der *Steuerungskapazität* dieser Instanzen und die *Effizienz bei der Leistungserbringung* besonders wichtig (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1984). Betrachtet werden sollen dabei weniger die juristischen Implikationen, als vielmehr die Selbstverwaltung als politisches und ökonomisches Problem. Zu einer in diese Richtung gehenden Analyse drängt allein schon die im Bereich der Krankenversicherung von den Institutionen der Selbstverwaltung bewegten Finanzmassen. Hinzu kommt, daß für die ordnungspolitische Beurteilung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen letztlich nicht die nach Gesetzesnormen erstrebte Verteilung der Befugnisse der Träger und Organisationen ausschlaggebend sein kann, „sondern die faktische Rolle, die diese Träger bzw. Organe spielen“ (LAMPERT, 1983, S.78).

3.1 Verhältnis der Selbstverwaltung zum politisch-administrativen System

Befürworter der *Gestaltungsfunktion der Selbstverwaltung* gehen davon aus, daß Selbstverwaltung und damit eigenverantwortliches Selbstverwaltungshandeln letztlich nur dann möglich ist, wenn der Staat ausschließlich Rahmenbedingungen festlegt und im übrigen nur im Rahmen sei-

ner Rechtsaufsicht eingreift. Zwar wird grundsätzlich anerkannt, daß zwischen Selbstverwaltung und Staatsaufsicht stets ein Spannungsverhältnis bestehe, da der Staat mit der Übertragung hoheitlicher Aufgaben sicherstellen müsse, daß die mit diesen Aufgaben betrauten Institutionen die ihnen zugewiesenen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllten, ebenso entschieden wird jedoch von vielen verlangt, daß sich der Staat darauf beschränken solle, den ordnungspolitischen Rahmen für das Handeln der Selbstverwaltung zu schaffen und ihr ansonsten aber den Raum zu geben, die ihr übertragenen Aufgaben weitgehend selbst zu gestalten (Vgl. BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.80).

Von den Gestaltungsanforderungen ausgehend wird kritisiert, daß im Rahmen der „Rivalität um Kompetenzbereiche zwischen Selbstverwaltung und Staat und um die Möglichkeit der Gestaltung dieser Bereiche“ (NEUBAUER/REBSCHER, 1985, S.181) der Staat in den letzten Jahren den Bereich der Selbstverwaltung kontinuierlich eingeengt habe statt seinen Spielraum zu vergrößern. Beklagt wird insbesondere, daß der ohnehin begrenzte Handlungsspielraum, den der Staat der Selbstverwaltung belassen habe, durch den Gesetzgeber immer stärker beschnitten wurde (Vgl. JENSEN, 1986, S.539). Dies gehe soweit, daß die Finanz-, Beitrags-, Vertrags- und die am weitesten eingeschränkte Leistungsautonomie der Selbstverwaltungsorganisationen von der Sozialgesetzgebung in ihrer Substanz ständig bedroht werde (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1985, S.181).

Entgegen der Forderung nach einem nur ordnungspolitisch ausgerichteten Handeln des Staates hätten die Versuche der letzten Jahrzehnte, die GKV durch Reformen bzw. Eingriffe in ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern, allesamt das Gegenteil dessen bewirkt, was mit diesen Maßnahmen erreicht werden sollte: Statt zu einem Steuerungsabbau führten sie zu einem Steuerungsabbau (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1982 b, S.163; HERDER-DORNEICH, 1982 d, S.481 ff.). In diesem Zusammenhang wird auch die These vertreten, die mit der RVO begonnene Normierung der GKV habe sich nach dem Kriege fortgesetzt und die Bewegungsfreiheit der Selbstverwaltung mehr und mehr eingeschränkt. Besonders hervorgehoben wird dabei die Kostendämpfungspolitik, wie sie seit 1977 praktiziert wird; diese habe vor allem die einzelnen Krankenkassen in ihren Gestaltungsrechten beschnitten und „sie in die Rolle von Finanziers staatlich beschlossener Maßnahmen“ gedrängt (NEUBAUER, 1988 b, S.105).

Im einzelnen lassen sich vor allem folgende vier Entwicklungslinien beobachten, die die Autonomie der Gemeinsamen Selbstverwaltung und damit ihre Steuerungskapazität gefährden (Vgl. LAMPERT, 1983, S.73 f.):

- 1) Einengung der materiellen Selbstverwaltung durch Verrechtlichung der Sozialpolitik;
- 2) Übertragung versicherungsfremder Aufgaben und Lasten auf die GKV;
- 3) Finanzpolitische Bevormundung durch den Staat;
- 4) Ausweitung der »mittelbaren Staatsaufsicht«.

3. 1. 1 Einengung der materiellen Selbstverwaltung

Eine *Einengung des Gestaltungsspielraumes* und der *Autonomie der Selbstverwaltung* wird vor allem in der zunehmenden *Normierung* der Sozialversicherung in Gesetzen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften gesehen. Diese Einengung zeigt sich nach Ansicht der Kritiker insbesondere an der Transformation von Mehrleistungen in Regelleistungen und an der Einengung des Spektrums der Kann- bzw. Mehr-Leistungen (Vgl. LAMPERT, 1983, S.73; BESKE/ZALEWSKI, 1981; THIEMEYER, 1984). Durch die nahezu automatische Umwandlung ehemals freiwilliger Mehrleistungen in gesetzliche Regelleistung werde die Selbstverwaltung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten durch den Staat beschnitten. Es könne nicht Sinn des Selbstverwaltungsprinzips sein, daß freiwillige Mehrleistungen, die eine oder mehrere Kassen ihren Versicherten gewährten, früher oder später bundesweit eingeführt würden (Vgl. BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.60).

Als ein Beispiel genannt wird u. a. der Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, der ursprünglich ein umfangreiches und bedeutendes Betätigungsfeld der Selbstverwaltung gewesen sei, da hier freiwillige Mehrleistungen entsprechend der Leistungskraft, aber auch nach dem Willen der Versicherten hätten gewährt werden können. Gerade dieser Freiheitsspielraum der Selbstverwaltung sei jedoch durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 7. August 1974 entscheidend eingeschränkt worden (Vgl. BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.60). Zu den Regelungen, die einen wesentlichen Steuerungsabbau für die gesetzliche Krankenversicherung gebracht hätten, werden weiterhin gezählt: die Errichtung der Niederlassungsfreiheit der Ärzte im Jahre 1960, die Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Einführung der Lohnfortzahlung im Jahre 1970 (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1982 d).

3. 1. 2 Übertragung versicherungsfremder Aufgaben und Lasten

Eine weitere Beeinträchtigung erfährt die Selbstverwaltung nach Ansicht einer Reihe von Beobachtern dadurch, daß auf die Versichertengemeinschaft im Laufe der Zeit zunehmend mehr versicherungsfremde Leistungen und Aufgaben übertragen worden seien. Zu den daraus resultierenden Belastungen gehörten beispielsweise die Mutterschaftshilfe, das Mutterschaftsgeld sowie die Leistungen im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs. Darüber hinaus sei der GKV die Aufgabe aufgebürdet worden, die Beiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung einzuziehen. Dabei ist klarzustellen, daß sich die Kritik nicht gegen die Aufgaben selbst richtet, sondern es lediglich um die Frage geht, ob es tatsächlich notwendig ist, daß die GKV Aufgaben durchführt, für die wegen ihres allgemein-gesellschaftlichen Charakters in erster Linie der Staat zuständig wäre.

3. 1. 3 Finanzpolitische Bevormundung durch den Staat

Bedenklich für die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung erscheint vielen ferner die „zunehmende finanzpoli-

tische Bevormundung und Intervention durch den Staat, die die Sozialversicherungshaushalte zu Anhängseln des Staatshaushaltes zu machen“ drohe (LAMPERT, 1983, S.74). Zwar ist im Gegensatz zur Rentenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung die für die Autonomie der Selbstverwaltung nach traditioneller Auffassung wichtige Kompetenz der Beitragsfestsetzung bei den Vertreterversammlungen geblieben, Kritiker weisen jedoch darauf hin, „daß durch die von Gesetzgebung und Rechtsprechung bewirkte *Expansion der gesetzlichen Regelleistungen* der Spielraum für satzungsmäßige Mehrleistungen mehr und mehr eingeengt worden sei. Es wird sogar die Auffassung vertreten, daß durch die Trennung von Kompetenz zur Ausweitung des Leistungskatalogs der Regelleistungen, die beim Bundesgesetzgeber liegt, und der Finanzverantwortung, die bei den Kassen liegt, die Kostenexpansion gefördert (oder zumindest erleichtert) worden sei“ (THIEMEYER, 1984 b, S.74).

3. 1. 4 Ausweitung der mittelbaren Staatsaufsicht

Nach Meinung von Kritikern besteht schließlich die Tendenz, die staatliche Aufsicht nach Zweckmäßigkeitssichtspunkten aus der Sicht der staatlichen Administration zu praktizieren, wodurch die Selbstverwaltung immer mehr zum verlängerten Arm des Staates degradiert werde. Eine Ausweitung der mittelbaren Staatsaufsicht wurde z.B. für die gesetzliche Krankenversicherung hinsichtlich Preisgenehmigungen bzw. Preisfestsetzungen im Krankenhausbereich konstatiert. Erinnert wird an das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, das in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung von 1973 die Krankenkassen zu Optionsempfängern herabgestuft habe (Vgl. LAMPERT, 1983, S.74).

3. 1. 5 Auswirkungen der Kostendämpfungspolitik und der Konzertierten Aktion auf die Selbstverwaltung

Selbst unter den eigentlichen Befürwortern von Selbstverwaltungskonzepten ist heftig umstritten, ob der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltungseinrichtungen durch die 1977 eingeleitete Kostendämpfungspolitik sowie die Einrichtung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen eher eingeschränkt oder erweitert worden sei.

Folgt man der offiziellen Begründung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes, so sollte mit diesem Gesetz der Handlungsspielraum der Versicherten und Ärzte über ihre Selbstverwaltungseinrichtungen erweitert und wirksame Instrumente zur bedarfsgerechten und kostengünstigeren Versorgung der Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Die Kritiker dagegen vertreten die These, daß, verglichen mit der Vertragsfreiheit, wie sie vor Inkrafttreten des KVKG bestanden habe, der Handlungsfreiraum der Gemeinsamen Selbstverwaltung entscheidend eingeengt worden sei (Vgl. BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.43). Begründet wird diese Auffassung u. a. damit, daß die Zuweisung der GKV-Einnahmen zu bestimmten Ausgabenkategorien zusammen mit der Vorgabe, die Ausgabenzuwächse an die Entwicklung eines gesamtwirtschaftlichen Indikators zu koppeln, letztendlich das

„Selbstverwaltungshandeln auf das Umsetzen einer Rechenoperation“ reduziert habe (BESKE/ZALEWSKI, 1981, S.43).

Dagegen vertreten andere die Ansicht, die Konzertierte Aktion stelle eine neue Bewährungsprobe der Selbstverwaltung dar und eine Chance zu ihrer Erhaltung. „Alle Beteiligten des Gesundheitswesens (möglicherweise abgesehen vom Staat) haben ein Interesse an der Aufrechterhaltung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Selbstverwaltung kann aber auf Dauer nur aufrechterhalten werden, wenn sie sich als leistungsfähig erweist. Durch eine erfolgreiche Kostendämpfung könnten somit alle Betroffenen - vor allem Kassen und Ärzte - die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung unter Beweis stellen“ (HERDER-DORNEICH, 1982 c, S.406).

Während einige in den im Rahmen der Kostendämpfungspolitik ergriffenen Maßnahmen eine Stärkung der Stellung der Krankenkassen sehen, zugleich aber betonen, daß die Entwicklung von Leitlinien zur Steuerung des Gesundheitswesens entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip gegenüber einer »staatsfreien« Verbesserung der Selbstverwaltung nachrangig sein sollte (Vgl. LAMPERT, 1983, S.82), werten andere die Konzertierte Aktion als „Instrument stärker zentralisierter Selbstverwaltung der sozialen Gesundheitswirtschaft“, als „zwangsverordnetes Kostendämpfungsmittel“ zur Verbesserung der Qualitäts- und Mengenkontrolle des „unordentlichen Marktes“ kassenärztlicher Leistungen (BOGS, 1975, S.416, 421 f.).

Beobachter, die sich um etwas ausgewogenere Einschätzungen bemühen, sehen in der Konzertierten Aktion vor allem den Versuch des Staates auf die Steuerung des Systems gezielt Einfluß zu nehmen, ohne den Ordnungsrahmen selbst ändern zu wollen bzw. zu können. Da die Ausgabenentwicklung der GKV zunehmend zu einem Politikum geworden sei, könne nicht erwartet werden, daß der Staat abseits stehe. Ebenso wie der Staat die Selbstverwaltungsverbände brauche, um seine politischen Ziele zu erreichen, benötige die Selbstverwaltung aber auch den Staat, um ihren verbandlichen Zielen näher zu kommen (Vgl. NEUBAUER, 1988 b, S.107).

3. 2 Strukturelle Probleme und Defizite im Bereich der »Gemeinsamen Selbstverwaltung«

3. 2. 1 Mängel und Probleme im Bereich der ambulanten Versorgung

Der ambulante Sektor ist derzeit der einzige Bereich, in dem von einer gemeinsamen Selbstverwaltung als institutionell *verankertem Koordinationsmechanismus* gesprochen werden kann. Die Meinungen darüber, inwieweit sich dieses Entscheidungs- und Steuerungsverfahren als geeignetes Instrument zur Lösung der Allokations- und Planungsprobleme in diesem gesundheitlichen Versorgungsbereich bewährt hat, gehen allerdings auseinander. Die formale Existenz eines derartigen Steuerungsmechanismus reicht sicherlich nicht aus, seine Funktionsfähigkeit zu beweisen. Eher schon dürfte man der Einschätzung zustimmen können, daß sich die Selbstverwaltung im

Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung überraschend gut bewährt habe, wobei der Prozeß der Bewährung nicht ein Prozeß harmonistischer Selbststeuerung, sondern eine permanente Krisenbewältigung sei (Vgl. THIEMEYER, 1986 a, S.103). Dagegen wird eingewandt, daß die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen als der Träger der Gesundheitspolitik erheblich eingeschränkt sei, da sich die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen durchweg in einer unterlegenen Verhandlungsposition befänden. Hierfür verantwortlich gemacht werden zum einen das Ungleichgewicht in der Verhandlungs- und Durchsetzungsmacht zwischen Kassen und Ärzten, zum anderen aber auch Rivalitätskonflikte zwischen den Kassen (z.B. Wettbewerb um Mitglieder) sowie andere interne Probleme der Selbstverwaltung, die zu einer Beeinträchtigung der Außeninteressenvertretung führten (Vgl. LAMPERT, 1983).

Unter Hinweis auf die geschichtliche Entwicklung wird deutlich zu machen versucht, daß im Rahmen der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen letztere zunehmend in eine Defensivrolle gedrängt worden seien und es den Ärzten sukzessive gelungen sei, ihre Position zu stärken. Während die Krankenkassen anfänglich in dem Konflikt zwischen ihnen und den Ärzten überlegen waren, indem sie gegenüber den einzelnen Ärzten kraft ihrer Marktmacht die Honorare drücken und die Wirtschaftlichkeitskontrollen verschärfen konnten, gelang es den Ärzten im Jahre 1900 mit der Gründung des Hartmannbundes eine schlagkräftige Marktgegenmacht zu bilden. Dabei ging es den Ärzten nicht nur darum, die Vergütung durch die Kassen zu steigern, sondern auch um die Zurückdrängung des Einflusses der Krankenkassen auf die Versicherten. Als wirksames Kampfinstrument der Ärzteverbände erwies sich damals der gemeinsame Boykott jener Krankenkassen, die sich nicht bereit fanden, ihre Verträge mit den einzelnen Ärzten den geforderten Rahmenbedingungen anzupassen. Dem durch die Androhung von Streik ausgeübten Druck konnten die Krankenkassen selbst dann nicht lange standhalten, als sie ebenfalls dazu übergingen, sich zu größeren Verbänden zusammenzuschließen. Indem sich die Krankenkassen ihrer gesetzlichen Pflicht, „ärztliche Behandlung zu gewähren, nicht entziehen durften, saßen sie von vornherein am kürzeren Hebel“ (KRAUSE, 1988, S.264).

Die mit dem »Berliner Abkommen« von 1913 begonnene Beschränkung der Marktmacht der Krankenkassen durch Einführung paritätisch aus Ärzte- und Kassenvertretern besetzter Zulassungskommissionen, durch paritätisch besetzte Ausschüsse zur Vorbereitung der Einzelverträge und durch die Einführung fester Versicherten-Arzt-Relationen wurde durch die Stärkung der kassenärztlichen Selbstverwaltung und durch die Übertragung von Kontrollrechten der Krankenkassen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen fortgesetzt (Vgl. LAMPERT, 1983, S.79). Als Elemente einer weiteren *Stärkung der Stellung der Ärzteschaft* gegenüber den Krankenkassen gelten die schrittweise Lockerung quantitativer Zulassungsbeschränkungen zum Markt ärztlicher ambulanter Dienstleistungen bis zur völligen Aufhebung im Jahre 1960 (Vgl. LAMPERT, 1983, S.79) sowie der Wegfall der Kopfpauschale und der Über-

gang zur Einzeleinstellungsvergütung (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1985, S.53).

Neben diesen teilweise historisch begründeten organisatorisch-strukturellen Vorteilen liegt die wohl wesentlichste Ursache für die im Vergleich zu den Krankenkassen *überlegene Verhandlungs- und Durchsetzungsmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen* (Vgl. LAMPERT, 1983, S.80) zum einen in dem in der RVO verankerten (§ 122 Abs. 1 RVO), durch Rechtsprechung und Vertragsregelung gefestigte *Arztvorbehalt* und zum anderen in der gesellschaftlich, politisch vermittelten Aufgabenzuweisung an die Ärzteschaft, kraft ihrer fachlichen Kompetenz den zentralen Anspruch der Versicherten zu definieren, nämlich den in § 368 e RVO festgelegten Anspruch auf ärztliche Versorgung, die »Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind«. Mit anderen Worten entscheiden allein die Ärzte darüber, welche Leistungen in welcher Qualität, Menge und Struktur für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung notwendig und ausreichend sind (Vgl. SCHMIDT/SCHARF/JAHN, 1987, S.47; NEUHAUS/PAQUET/SCHRADER, 1985, S.607).

Abgesehen davon, daß die „gesetzlich festgeschriebene Delegation der Bedarfs- und Konsumententscheidungen im Gesundheitsbereich an die ärztliche Profession“ u. U. zu Abweichungen zwischen ärztlichen Entscheidungen und tatsächlichen Interessen/Bedürfnissen der Patienten führen kann, wird der Steuerungsprozeß dadurch kompliziert und problematisiert, daß die Ärzte bei der Leistungsabgabe nicht nur fachlich-medizinische Kriterien, sondern zugleich eigenwirtschaftliche Interessen berücksichtigen können. Die Ärzte haben somit die Möglichkeit, Art und Umfang der Nachfrage nach ihren Leistungen in gewissen Grenzen selbst zu bestimmen und sich auf diese Weise ihr eigenes Einkommen zu sichern. Durch die Bestimmung, wonach ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 Abs. 1 Ziff. 1a RVO nur durch approbierte Ärzte geleistet werden darf, ist es den Ärzten bislang zudem erfolgreich gelungen, ihnen die Letztverantwortlichkeit auch für nichtärztliche medizinische Leistungen zu sichern (Vgl. SCHMIDT/SCHARF/JAHN, 1987, S.47).

Nach Ansicht einer Reihe von Fachleuten ist die medizinische und ärztliche Definitionsmacht der Ärzte mitverantwortlich für (Vgl. SCHMIDT/SCHARF/JAHN, 1987, S.48):

- *Leistungsausweitungen*, z. B. im medizintechnischen Bereich durch einkommensorientierte maximale Nutzung von Geräten oder in der Arzneimittelversorgung durch Überbetonung der Arzneimitteltherapie;
- die *Verfestigung von Strukturen*, wie z.B. des Einzeleinstellungs-Vergütungssystems, die von den ärztlichen Standesvertretern als sachgerecht angegeben werden, obgleich sie sich zunehmend nachteilig auswirken.

Demgegenüber verfügen die Krankenkassen allenfalls über begrenzte Mittel, um der bei den Ärzten zu beobachtenden Tendenz zur Leistungsausweitung Einhalt zu gebieten. Zwar stehen ihnen institutionalisierte Möglichkeiten zur Überprüfung der ärztlichen Tätigkeit unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zur Verfügung, die Effektivität der Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt jedoch *de*

facto als äußerst gering (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.68). Einer Leistungsbeschränkung entgegenwirken sollen u. a.:

- die Vorschrift, daß die Krankenpflege »das Maß des Notwendigen nicht überschreiten« darf (§ 182 Abs.2 RVO);
- die Vorschrift, daß der Kassenarzt »Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind ... nicht bewirken oder verordnen« darf (§ 368 e RVO);
- die Vorschrift, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen haben, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht, also auch dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit (§ 368n Abs. 1 RVO) und
- die Vorschrift, daß der Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen soll, »daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird« (§ 368 f Abs.1 RVO).

Einen besonders schwerwiegenden Grund für die *strukturelle Unterlegenheit der Kassen* sehen verschiedene Fachleute in der den Ärzten eingeräumten *Niederlassungsfreiheit*. Nach ihrer Auffassung konkurriert das Recht auf freie Berufswahl und auf freie Berufsausübung mit den Bedarfsvorstellungen der Krankenkassen und des Staates. „Solange die Krankenkassen quasi einer Kontrahierungspflicht gegenüber jedem Arzt unterworfen sind, führt dies unweigerlich zu einer Ärzteschwemme“ (NEUBAUER, 1988 a, S.24). Auf seiten der Ärztenverbände führt die als Bedrohung der wirtschaftlichen Position empfundene Ausweitung der Zahl der niedergelassenen Ärzte zunächst einmal zu einem wachsenden Druck in Richtung auf eine Ausweitung der Finanzierungsspielräume in der gesetzlichen Krankenversicherung (Vgl. GRIESEWELL, 1985, S.579; GEISSLER, 1978). Die Möglichkeit der Selbstregulierung des Angebots über das Einkommensniveau findet seitens der Ärzte-Verbände naturgemäß nur wenig Sympathie. Immerhin gibt es eine Reihe von Anzeichen, daß sich beide Seiten bewußt sind, daß die Steuerung der Ärztezahlen zu den entscheidenden Fragen einer Bewährung der Gemeinsamen Selbstverwaltung geworden ist (Vgl. NEUBAUER, 1988 b, S.106).

Zugunsten des Verhandlungsgewichts der Kassenärztlichen Vereinigungen wirkt überdies „die im öffentlichen Bewußtsein existierende Inferiorität ökonomischer Argumente gegenüber medizinischen“ (LAMPERT, 1982, S.303). Entsprechend wird die Elastizität der Einigungsbereitschaft der Ärzte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen „mitbestimmt durch die weitgehende Nichtsubstituierbarkeit ihrer Leistungen und die ... gesellschaftliche Verpflichtung zur ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen ärztlichen Versorgung“ (HENKE, 1988 n, S.132). Dies veranlaßt einige zu der Feststellung, daß „die Produzentenautonomie der Ärzte fast unverwundbar ist, da sie jede Statusbedrohung als eine ihnen auferlegte Leistungseinschränkung interpretieren und damit die Patienten als Verbündete gegen Staat und Kassen mobilisieren“ (WIESENTHAL, 1981, S.120). Die Ärzteseite wird zudem noch ver-

stärkt durch die „hohe soziale Geltung der Ärzteschaft, durch ihr Sozialprestige und die wohl auch fachlich begründete Überlegenheit der ärztlichen Verhandlungsseite und durch die Dominanz sozialstaatlicher Ideen und sozialen Anspruchsdenkens in der neuzeitlichen Industriegesellschaft“ (LAMPERT, 1982, S.303; Vgl. auch THIEMEYER, 1975, S.556).

Eine weitere ganz entscheidende Ursache für die strukturelle Verhandlungsschwäche der Kassenseite liegt für viele ferner darin, daß der Ärzte-Kassen-Markt ein oligopolistisch-beschränktes, regional-abgegrenztes Monopol ist, d.h., daß einer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung verschiedene Arten von RVO-Kassen gegenüberstehen (Vgl. LAMPERT, 1983, S.81; THIEMEYER, 1975, S.556; KNAPPE, 1988 a, S.288; NEUBAUER/REBSCHER, 1984; NEUBAUER, 1988 b, S.07). In den Honorarverhandlungen ergebe sich damit eine *Überlegenheit der zentral verhandelnden Kassenärztlichen Vereinigungen* gegenüber den *dezentral verhandelnden Krankenkassen*. Entsprechend wird von den meisten die mit dem Kostendämpfungsgesetz eingeführte Zentralisierung der Vertragsverhandlungen mit einer Stärkung der Stellung der Kassenseite verbunden. Nach § 368 g Abs. 1 RVO sind neben den von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu schließenden Bundesmantelverträgen Gesamtverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen, die für die Mitgliederkassen verbindlich sind. Damit entfiel zumindest die unterste »schwächste« Verhandlungsebene auf seiten der Krankenkassen.

Allerdings sind nach wie vor sog. »*Rivalitätskonflikte*« (HERDER-DORNEICH) innerhalb der Kassenseite festzustellen, haben gegliedertes System und der Wettbewerb insbesondere zwischen den Angestellten-Ersatzkassen und den RVO-Kassen ungünstige Auswirkungen auf die Verhandlungsstärke der Kassenseite. Eine Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, daß das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung als ein „verhältnismäßig desintegriertes Gefüge von Organisationen“ betrachtet werden muß, die „trotz gleicher oberster Zielsetzung nur partiell zu gemeinsamem Handeln fähig“ sind. Das getrennte Vorgehen der verschiedenen Organisationen „schwächt die Verhandlungsposition den ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungsanbietern gegenüber“ (MAYNTZ/KLITZSCH/UBELÄNDER, 1982, S.51)

3. 2. 2 Probleme im Bereich der stationären Versorgung

Bei der Darstellung der Hauptprobleme des kollektiven Verhandlungsprozesses zwischen Krankenkassen und den Krankenhäusern ist es erforderlich, die Situation vor und nach 1986 zu unterscheiden. Während es vor 1986 schwer fiel, von einer Gemeinsamen Selbstverwaltung zu sprechen (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1985, S.180), sind inzwischen Ansätze erkennbar, auch im stationären Bereich wesentliche Steuerungsfragen *direkten Verhandlungen der Beteiligten*, d.h. den Krankenhausträgern und den Krankenkassen, zu überlassen. Allerdings wird bereits kriti-

siert, daß die einzelnen Regelungen bzw. die unterschiedlichen Steuerungsformen zum Teil in einem erheblichen Spannungsverhältnis, gelegentlich sogar im Widerspruch zueinander stünden. „Vieles ist noch im werden, so z.B. das Empfehlungs- und Vertragssystem nach §§ 372 bis 374 RVO. Auch das Gewicht der einzelnen Steuerungselemente läßt sich derzeit noch nicht abschließend beurteilen; dies gilt insbesondere für das neue Pflegesatzrecht“ (REGLER, 1988, S.211).

Nach weit verbreiteter Ansicht spielten die gesetzlichen Krankenkassen dagegen bis vor wenigen Jahren gegenüber den Krankenhäusern „die Rolle eines zahlenden Zuschauers. Da sie nach den ordnungsrelevanten gesetzlichen Vorschriften weder in der Krankenhausplanung noch bei der Vereinbarung der Pflegesätze bis in die jüngste Vergangenheit ... eine nennenswerte Rolle spielten, war auch ihre faktische Rolle unbedeutend“ (LAMPERT, 1983, S.83). Inzwischen sind zwar wichtige Regelungstatbestände der gemeinsamen Verantwortung der Krankenkassen und der Krankenhausträger überantwortet worden, insbesondere im *Bereich der Krankenhausplanung* dominiert jedoch nach Ansicht der direkt Betroffenen weiterhin der staatliche Einfluß. „Sowohl nach dem KHG (1972) als auch nach den geltenden Regelungen sind Krankenhausträger und Sozialleistungsträger als mittelbar Betroffene der Planentscheidungen nur nachrangig beteiligt. Die in § 7 KHG (1984) geforderte enge Zusammenarbeit zwischen Landesbehörden und den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten sowie das institutionalisierte Anhörungsverfahren zielen zwar auf einen Interessenausgleich ab, werden diesen im Regelfall aber nicht zu erreichen vermögen“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.88).

Im Gegensatz zur Krankenhausplanung wurde mit dem KHKG 1981 hingegen für den Bereich der Pflegesatzvereinbarung ernsthaft damit begonnen, in Analogie zum ambulanten Bereich, den Selbstverwaltungseinrichtungen politisch und organisationssoziologisch ähnlichen Organisationen, nämlich den Krankenhausgesellschaften, gewisse Selbstverwaltungsaufgaben zu übertragen (Vgl. THIEMEYER, 1984, S.95). Dieser Weg war allerdings von Beginn an mit Schwierigkeiten verbunden; immerhin handelt es sich bei den Krankenhausgesellschaften nicht um öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft und Weisungsrecht gegenüber den Mitgliedern. Zudem sind die Vereine der Krankenhausträger „ihrem institutionellen Sinn nach Interessenvertretungen, aber nicht Vollzugsorgane staatlicher Krankenhauspoltik“ (THIEMEYER, 1984, S.94).

Vor diesem Hintergrund sind dann auch die bisher eher unbefriedigenden Ergebnisse der Gemeinsamen Selbstverwaltung im stationären Bereich zu sehen. So ist es den beiden Verhandlungsseiten bislang nicht gelungen, der Verpflichtung aus § 19 KHG nachzukommen, gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, zu erarbeiten. Die seit 1982 hierzu zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung laufen-

den intensiven Beratungen wurden Ende 1986 in einer gemeinsamen Erklärung als gescheitert erklärt. Bislang ebenfalls nicht umgesetzt werden konnte trotz ebenfalls jahrelanger Beratungen (von einer Ausnahme abgesehen) das in § 372 ff. RVO vorgesehene umfangreiche Empfehlungs- und Vertragssystem. Entscheidender Grund hierfür ist, daß die kirchlichen Krankenhausträger in den Regelungen nach §§ 373 und 374 RVO (Schiedsstellen und Prüfungsausschüsse) verfassungsrechtliche Probleme im Hinblick auf ihre besondere kirchliche Rechtsstellung und damit auch Rechtsprobleme für die als private Vereine gebildeten Landeskrankenhausesellschaften sehen.

Hinsichtlich der Pflegesatzverhandlungen nach § 18 KHG wird vor allem von Krankenhauseite beklagt, daß das stärker auf Selbstverwaltung und Partnerschaft ausgerichtete Pflegesatzrecht zumindest für die Budgetrunde 1987 zahlreiche Erwartungen nicht erfüllt habe. Kritisiert wird insbesondere, daß die zusätzliche Stärkung der Sozialleistungsträger fast ausschließlich zum Zwecke einer globalen Kostendämpfung instrumentalisiert worden, alle diejenigen Elemente, die »selbstverwalterisch« neue Möglichkeiten und wirtschaftliche Anreizsysteme vorsehen, jedoch von den Kassen fast vollständig ignoriert worden seien (Vgl. REGLER, 1988, S.214). In Umkehrung der Situation auf dem Ärzte-Kassen-Markt fühlen sich im stationären Bereich die einzeln verhandelnden Krankenhausträger den Krankenkassenverbänden bei Verhandlungen strukturell unterlegen.

3. 2. 3 Probleme im Bereich der Arzneimittelversorgung

Besonders offenkundig ist die *Einflußschwäche der gesetzlichen Krankenkassen* im Pharmabereich; im Vergleich zu sämtlichen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung haben die Kassen auf die Versorgung mit Arzneimitteln, insbesondere deren Preisentwicklung, mangels institutionalisierter Verhandlungen den wohl geringsten Einfluß nehmen können. Von daher vertreten einige die Auffassung, daß in der Arzneimittelversorgung ein „groteskes Ungleichgewicht von Anbieter- und Nachfragemacht“ (REINERS, 1988 a, S.16) herrsche und eine wirksame Kontrolle der Preis- und Absatzpolitik der Pharmaindustrie faktisch nicht stattfinde.

Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt sich auf dem Arzneimittelmarkt nahezu ausschließlich auf eine *Finanzierungsfunktion*. Den Versicherungsschutz gewähren die gesetzlichen Krankenversicherungen nach dem Sachleistungsprinzip; dabei ist Gegenstand des Versicherungsanspruches an die Krankenkasse die Aushändigung des verordneten Arzneimittels in der angegebenen Qualität und Packungsgröße, kostenfrei gegen Rezeptvorlage in der Apotheke. „In diesem System nimmt die gesetzliche Krankenversicherung unter den gegebenen Strukturen des Arzneimittelmarktes nicht aktiv am Marktgeschehen teil, sondern sie bedient sich zur Ausfüllung des Sachleistungsprinzips vor allem der Ärzte und Apothekerschaft. Formal-rechtlich und faktisch müssen sich die gesetzlichen Krankenversicherungsträger

weitgehend auf die Endkontrolle des gesamten Arzneimittelgeschehens beschränken“.

Während der Arzt die Entscheidung trifft, welches Arzneimittel gekauft wird, werden die zentralen Entscheidungen, welche Arzneimittel angeboten werden, von den Pharma-Herstellern getroffen. Zugleich sind die Pharma-Unternehmen - von kartellrechtlichen Bestimmungen abgesehen - relativ frei in der Gestaltung ihrer Preise. Den gesetzlichen Krankenkassen fehlt jede Möglichkeit der Preisverhandlung mit der pharmazeutischen Industrie, der Preisfestsetzung für bestimmte Arzneimittel(gruppen) oder der Preiskontrolle über (preisorientierte) Positiv- oder Negativlisten. Ebenso haben die Krankenkassen auf die Qualität der Arzneimittel sowie die Arzneimitteltherapie praktisch keinerlei Einfluß.

Die Krankenkassen haben wiederholt darauf hingewiesen, daß unter den derzeit bestehenden Bedingungen ein Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage auf dem deutschen Arzneimittelmarkt nicht zustande kommen könne. „Die geringen Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung sind nach dieser Auffassung mit der wirtschafts- und sozialpolitischen Verantwortung für einen 19-Milliarden-DM-Haushalt nicht vereinbar“. Entsprechend wird verlangt, die Marktposition der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken, wobei die Einführung von direkten Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen als eine Mindestforderung angesehen wird (Vgl. REINERS, 1988 a, S.16; BAUER, 1986, S.295).

Die *Steuerungswirksamkeit* anderer in den letzten Jahren geschaffener Instrumente (Arzneimittel-Richtlinien, Arzneimittelhöchstbeträge, Wirtschaftlichkeitsprüfungen) wird überwiegend als eher gering eingestuft (Vgl. BAUER, 1986, S.295). Da beim Arzneimittelhöchstbetrag auf eine unmittelbare Verknüpfung zwischen dem Gesamthonorar der Ärzte und dem Verordnungsvolumen verzichtet wurde, hat sich dieses Instrument in der Vergangenheit mehr zu einem Parameter der »moral suasion« entwickelt. „Hinzu kommt, daß durch die Aktionsparameter der pharmazeutischen Industrie der Arzneimittelhöchstbetrag bzw. dessen Einhaltung in besonderer Weise beeinflussbar ist, das weitere Verfahren jedoch im Überschreitungsfall keinerlei Sanktionsmaßnahmen gegen die pharmazeutische Industrie vorsieht. Die gesamte Steuerungswirkung des Arzneimittelhöchstbetrages ist daher schon im Ansatz begrenzt“.

3. 2. 4 Probleme der Verhandlungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel

Für den Bereich der Heil- und Hilfsmittel verdeutlichen die Marktergebnisse, daß sich über die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die primär die Preiskomponente zum Gegenstand haben, die Marktentwicklungen nur äußerst unvollkommen steuern lassen.

Auch wenn als Ergebnis der Verhandlungsprozesse die Preisentwicklung scheinbar im Rahmen der beitragsatzneutralen Spannen zu bleiben scheint, entwickeln sich die Gesamtausgaben vorwiegend durch *strukturelle Anpassungsprozesse der Leistungserbringer* (z.B. durch Produktvariationen mit versteckten Preiserhöhungen, Neueinführung von Produkten mit neu kalkulierten Preisen, höherwertige Verordnungen durch niedergelassene Ärzte, Anstieg der Verordnungszahlen) weitgehend ungeplant. Dabei bezieht sich die »Ungeplantheit« nicht nur auf die finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen, sondern auch auf die gesundheitspolitischen Prioritäten innerhalb der Teilbereiche.

Ein regional unterschiedliches Preisniveau deutet im übrigen darauf hin, daß in bezug auf die Verhandlungsstrategien der Leistungserbringer, die Verordnungshäufigkeit und Versorgungsqualität sowie Marktstrukturen signifikante *regionale Unterschiede* bestehen. Diesbezüglich hat das Verhandlungssystem bislang zu keinen marktbereinigenden Informations- und Transparenzprozessen beigetragen.

Eine besondere Problematik im Heil- und Hilfsmittelbereich besteht ferner darin, daß von *echten Vertragsbeziehungen*, die auch die Leistungsstruktur sowie die Qualifikation der Leistungserbringer ansatzweise regeln, nur bei den dienstleistungsorientierten Heilmitteln gesprochen werden kann. Bei den Hilfsmitteln fehlen derartige Vertragsebenen - wenigstens teilweise - sogar völlig.

Die fast ausschließliche *Fixierung auf die Preiskomponente* innerhalb der Verhandlungen hat ihre Ursache insbesondere darin, daß die Gesamtausgaben von den Vertragspartnern auf der Leistungserbringerseite letztlich nicht beeinflusst werden können, da nahezu jede einzelne Leistung in diesem Bereich »im Auftrag«, d.h. durch Verordnung eines niedergelassenen Arztes, erfolgt. Die Leistungserbringer sind bei dieser Konstellation kaum in der Lage, im Rahmen von Verhandlungen ihren Gesamtumsatz zur Disposition zu stellen, würden sie doch das Risiko eingehen, durch eine steigende Verordnungshäufigkeit niedergelassener Ärzte Verluste hinnehmen zu müssen.

Zwar ist dieser spezifischen Problematik dadurch Rechnung getragen worden, daß in Analogie zu den Arzneimittelhöchstbeträgen auch *Höchstbeträge für die Verordnung der Heil- und Hilfsmittel* für den niedergelassenen Arzt eingeführt wurden, als falsch an dieser im Prinzip richtigen Strategie hat sich jedoch die Instrumentierung erwiesen. Eine Orientierung am kollektiven Ordnungsverhalten führt zu einer »Rationalitätenfalle« (Vgl. HERDER-DORNBEICH, 1985), die kontraproduktive individuelle Reaktionen auslöst.

Zwar ist dieser spezifischen Problematik dadurch Rechnung getragen worden, daß in Analogie zu den Arzneimittelhöchstbeträgen auch *Höchstbeträge für die Verordnung der Heil- und Hilfsmittel* für den niedergelassenen Arzt eingeführt wurden, als falsch an dieser im Prinzip richtigen Strategie hat sich jedoch die Instrumentierung erwiesen. Eine Orientierung am kollektiven Ordnungsverhalten führt zu einer »Rationalitätenfalle« (Vgl. HERDER-DORNBEICH, 1985), die kontraproduktive individuelle Reaktionen auslöst.

3. 3. Partizipations- und Interessendefizite der Selbstverwaltung

Die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung hängt nicht zuletzt ab vom Zustand der internen Selbstorganisation, insbesondere der *Adäquanz der Interessenrepräsentation* und der *demokratischen Legitimation* der Verhandlungsführer. Tatsächlich sind diesbezüglich eine Reihe von Defiziten feststellbar.

- Die demokratische Legitimation der Selbstverwaltungsorgane ist außerordentlich brüchig (*Partizipationsdefizit*) und
- das öffentliche Interesse, aber auch das Engagement von Verbänden, die die Interessen der Krankenversicherungen vertreten sollen, ist wenig entwickelt (*Interessendefizit*).

Diese Feststellungen berühren stärker die Selbstverwaltungseinrichtungen der Versicherten, weniger diejenigen der Ärzte und Zahnärzte. Die Effektivität der Krankenkassen als Gegenmacht (»countervailing power«) zur Durchsetzung von Versicherteninteressen gegenüber den organisierten Interessen der Anbieterseite wird von vielen Beobachtern als gering eingeschätzt.

Insgesamt läßt sich jedoch feststellen, daß zwischen den idealtypischen Funktionen und Aufgaben einer Selbstverwaltung und deren Realisierung eine erhebliche Lücke besteht, die einerseits auf funktionale Defizite in der Umsetzung des Selbstverwaltungsprinzips, aber auch auf das fehlende Interesse der Öffentlichkeit sowie der Versicherten an der Arbeit der Selbstverwaltung zurückzuführen ist. Die politische Ohnmacht macht die Selbstverwaltung sowohl in der Öffentlichkeit, insbesondere bei den Informationsmedien, aber auch bei den Versicherten zu einem überwiegend uninteressanten Thema. Zudem erscheint die Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit als »Einrichtung minderen Rechts«, deren demokratische Legitimation aufgrund der für die meisten Bürger oft undurchsichtigen Wahlakte sehr brüchig ist. Die alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen, deren Existenz nach einer INFAS-Umfrage nur 40 % der Bevölkerung bekannt sind, gelten als ebenso kostspielig wie undurchschaubar. Vor allem bei den meisten RVO-Kassen ist die demokratische Legitimierung der Selbstverwaltung als äußerst problematisch anzusehen, da hier Sozialwahlen faktisch nicht stattfinden und stattdessen die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane über sog. »Friedenswahlen« erfolgt: Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen einigen sich vorab auf die Bildung von Listen, was eine Urwahl überflüssig macht, solange keine relevante Gruppe von Versicherten darauf besteht. Dies wiederum ist Ausgangspunkt einer weiteren Kritik, die sich auf die *Einflußnahme der Verbände* auf die Selbstverwaltungsorgane bezieht. Nicht die Interessen der Versicherten seien maßgebend für die Arbeit von Vertreterversammlung und Vorstand, sondern die Politik der Tarifparteien (Vgl. REINERS, 1988 a, S.5 f.).

Erhebliche Mängel werden auch in bezug auf die *innere Struktur der Selbstverwaltung* vor allem auf seiten der Krankenkassen festgestellt. Nach der bestehenden Hierarchie und Arbeitsteilung der Selbstverwaltungsorgane beschließt die in den Sozialwahlen gewählte bzw. aus Friedenswahlen hervorgegangene Vertreterversammlung den Haushalt, verabschiedet Satzungen und wählt den Vorstand. Letzterer bestimmt die Richtlinien der Geschäftspolitik und nimmt Aufgaben der Personalhoheit wahr (z.B. Vorschlagsrecht bei der Ernennung des Geschäftsführers etc.). Außerdem vertritt er die Kasse gerichtlich und außergerichtlich nach außen. Der Ge-

schäftsführer schließlich bestimmt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte.

Ein Hauptproblem sehen viele in der beträchtlichen *Dominanz der Verwaltungsspitze* gegenüber dem Vorstand und Vertreterversammlung. Als eine Ursache dafür gilt, daß die Geschäftsführung zu ihrer Unterstützung den gesamten Verwaltungsapparat einsetzen könne, während auf der Selbstverwaltungsseite entsprechende Möglichkeiten fehlten (Vgl. NOWAK/SCHAPER, 1981, S.313). Kritisiert am gegenwärtigen Zustand wird weiterhin:

- Die Vertreterversammlung ist für viele eine mehr oder weniger überflüssige Veranstaltung, die zweimal im Jahr zusammentritt, um den ohnehin vom Vorstand bereits »festgeklopften« Haushalt zu verabschieden. Hier würden, so der Tenor der Kritik, keine Entscheidungen gefällt, geschweige denn beraten, sondern nur bestätigt. Auf derartige »Akklamationsorgane« könne man daher verzichten.
- Zwischen Vorstand und Geschäftsführung bestehe keine klare Kompetenzabgrenzung mit der Konsequenz, daß nach außen oft nicht klar sei, wer denn die eigentlich verantwortliche Instanz sei.
- Die langen Entscheidungswege und unklaren Zuständigkeiten beeinträchtigen die Flexibilität und Handlungsfähigkeit vor allem der einzelnen Kassen.

Bei aller Berechtigung einzelner Kritikpunkte wird allerdings auch kritisch angemerkt, daß für die Behandlung der Frage nach der Effizienz von Selbstverwaltung die verkürzte betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise, deren Rationalität sich auf möglichst kostengünstiges Verwaltungshandeln bezieht, typisch sei. Dagegen gerät „die vornehmlich interessierende Frage nach der gesundheitspolitischen Effizienz und dem möglichen Beitrag des Selbstverwaltungshandelns dazu - das Problem der Erfassung sozialer Kosten und Erträge - ... nicht in den Blickwinkel“ (NOWAK/SCHAPER, 1981, S.307).

4. Gemeinsame Selbstverwaltung als ordnungspolitische Alternative

4.1 Ausgangsüberlegungen

Das Konzept der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« als ein Steuerungs- und Koordinationsverfahren auf »mittlerer Ebene« zwischen »Staat« (Demokratie/Bürokratie) und »Markt« (Vgl. KNAPPE, 1988, S.277) versteht sich keinesfalls nur als pragmatische Mischung brauchbarer Elemente der klassischen Ordnungsformen. Vielmehr beansprucht diese Konzeption einen eigenständigen Charakter mit *systemspezifischen Steuerungselementen* und besonderen *Problemlösungsfähigkeiten* für die im Gesundheitswesen auftretenden Konflikte. Dabei wird davon ausgegangen, daß „Verbände und zumal Selbstverwaltungsverbände ein positiv gestaltetes System“ bilden können, mit „sicherlich nicht idealer, aber doch akzeptabler Leistungsfähigkeit“ (THIEMEYER, 1986 a, S.102 f.). Entsprechend heben die Befürworter hervor, stelle das Konzept auf die gegebenen

Formen der Selbstverwaltung im Kassenbereich und im Bereich der Anbieter mit allen Mängeln und Funktionsfehlern ab und verlange nirgends irgendeine Form idealer Selbstverwaltung (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1984; THIEMEYER, 1986 a, S.103). Die meisten Verfechter dieses Ordnungskonzeptes betrachten allerdings ohnehin die »Gemeinsame Selbstverwaltung« als das letztlich einzige brauchbare zentrale Steuerungsinstrument im »Nicht-Markt-System« (THIEMEYER) des Gesundheitswesens.

Bei aller Zustimmung und Unterstützung, die Steuerungskonzeptionen wie die »Gemeinsame Selbstverwaltung« neuerdings sowohl bei Politikern wie zunehmend auch seitens der Gesundheitsökonomien erfahren, darf indessen nicht übersehen werden, daß über die Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips unterschiedliche, teilweise fundamentale Auffassungsunterschiede bestehen. Dies ergibt sich schon aus den divergierenden, partiell konträren Interessenlagen der beteiligten Gruppen. Umgekehrt zeigt der Versuch, »den politischen Begriff der Selbstverwaltung für die verschiedensten gesundheits- und sozialpolitischen Konzeptionen zu vereinnahmen..., daß das Prinzip, einen Politikbereich wie auch immer losgelöst von der direkten staatlichen Administration zu steuern, politisch hegemoniefähig geworden ist, d.h. in der Bevölkerung mit einem positiven Verständnis verbunden wird« (REINERS, 1988 b, S.2).

Erkenntnisse, wonach die derzeit praktizierte Selbstverwaltung sowohl im Innenverhältnis wie im Außenverhältnis eine Vielzahl von Mängeln und Unzulänglichkeiten aufweist, ist für die Befürworter kein Beweis für die Nichteignung eines korporatistischen Koordinationsverfahrens zur Steuerung der internen Abläufe im Gesundheitswesen, sondern allenfalls ein Hinweis dafür, daß »die im gesetzlich verankerten Selbstverwaltungsgedanken liegenden Möglichkeiten derzeit von den Selbstverwaltungsträgern nicht ausgeschöpft werden« (LAMPERT, 1983, S.76).

4.2 Prinzipielle Argumente zugunsten einer Selbstverwaltung

Die Entscheidung, die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung als *zentralen Gestaltungsfaktor* und *primäres Steuerungsinstrument* des Krankenversicherungssystems einzusetzen und sie zu verstärken, wird mit einer ganzen Reihe von Argumenten untermauert. Die wichtigsten davon sind:

- Das Selbstverwaltungsprinzip stellt ein *Organisations- und Steuerungsprinzip* dar, das Zentralisierung und Dezentralisierung, Vereinheitlichung und funktionale Spezialisierung, staatliche Steuerung und Selbstgestaltung sozialer Systeme untereinander verbindet und so die erforderlichen Anpassungen an veränderte Verhältnisse demokratisch legitimiert vollziehen kann.
- Der Wandel des Krankheitspanoramas und die damit einhergehende Veränderung des Aufgabenbereichs der Gesundheitspolitik, insbesondere die Dominanz chronisch-degenerativer Krankheiten, deren Bekämpfung ein erhebliches Maß an Mitwirkung der Betroffenen erfordert, verlangt eine Einbeziehung der Bevölkerung in eine präventive Gesundheitspolitik sowie die Aktivierung der Bürger als unerläßliche Voraussetzung zur Realisierung wirksamer Programme von Gesundheitsförderung und dem Abbau gesundheitsgefährdender Umwelteinflüsse. Gesundheitsgerechte Lebensverhältnisse und -weisen können weder von Amts wegen verfügt noch - jedenfalls nach Meinung vieler Fachleute - mittels individueller finanzieller Anreize herbeigeführt werden. Die Selbstverwaltungen dagegen scheinen ein geeigneter organisatorischer Ansatzpunkt für Maßnahmen zur Motivierung gesundheitlich sinnvoller Lebensgestaltung sein zu können (Vgl. THIEMEYER, 1986).
- Generell dürfte ein System mit weitgehender Selbstverwaltung im Vergleich zu einem rein staatlichen System sozialer Sicherung effektiver sein, »weil teilautonome Versicherungsträger den Bedürfnissen ihrer Mitglieder sachkundiger, schneller und angemessener Rechnung tragen können als ein anonymer staatlicher Verwaltungsapparat« (LAMPERT, 1983, S.75).
- Angesichts der Vielschichtigkeit und regionalen wie sozialen Differenziertheit der Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung bedarf es einer *starken Handlungsautonomie* der verantwortlichen Organisationen »vor Ort«. Die Mitwirkung der Versicherten stelle hierbei eine Möglichkeit dar, die »Qualität der Sozialpolitik durch eine stärkere Orientierung an den tatsächlichen Bedürfnissen, durch eine Verstärkung ihrer präventiven Orientierung und durch eine Verstärkung der Dienstleistungsfunktion der Einrichtungen Sozialer Sicherheit zu verbessern« (LAMPERT, 1983, S.75).
- In Anbetracht der Tatsache, daß die gesetzliche Krankenversicherung in starkem Maße verteilungspolitische Funktionen wahrnimmt, bedarf sie in besonders ausgeprägter Weise der *solidarischen Akzeptanz der Mitglieder*. Die Selbstverwaltung ermögliche über die Nutzung von Verantwortung der Beteiligten die Nutzung von Solidaritätspotential und trage zur Entwicklung von Solidarität bei (Vgl. LAMPERT, 1983).
- Die Selbstverwaltung entspricht nicht nur der *demokratischen Tradition* des Sozialversicherungssystems, sie trägt auch zur *gesellschaftlichen Integration* sozialer Gruppen bei, stellt eine Barriere gegen den Obrigkeitsstaat dar und erfüllt Demokratisierungs- und Mitbestimmungsforderungen, die den Sozialstaat legitimieren (Vgl. LAMPERT, 1983, S.75; LAMPERT, 1984).
- Desweiteren wird darauf verwiesen, daß die Selbstverwaltung verhindern könne, daß die Politiker die Produktion und Distribution sozialpolitischer Güter als Mittel zur Erbringung oder Erhaltung politischer Macht mißbrauchen (Vgl. LAMPERT, 1983, S.75).
- Im Gegensatz zur zentralstaatlichen Ebene oder zum einzelnen Patienten sind die Selbstverwaltungseinrichtungen noch am ehesten in der Lage, Effizienz und Effektivität des immer komplizierter werdenden professionellen Medizinbetriebes zu kontrollieren und im Interesse der Versicherten steuernd einzugreifen.

4.3 Merkmale des Konzepts der Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände

4.3.1 Grundlagen und Annahmen

Für die weitergehende Ausgestaltung eines auf der mittleren Ebene der Verbände angesiedelten Steuerungssystems ist es nicht unerheblich, von welchen Rahmenbedingungen, Grundprinzipien und Werthaltungen für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ausgegangen wird. So ist nicht unentscheidend, ob der Bereich der Gesundheitsversorgung im Prinzip als Markt (NEUBAUER, KNAPPE, GÄFGEN) angesehen oder aber als *Nicht-Markt-System* (THIEMEYER) oder *Quasi-Markt* (HERDER-DORNEICH) definiert wird. Dennoch besteht - von interpretativen Nuancierungen abgesehen - unter den Befürwortern von Selbstverwaltungslösungen hinsichtlich einer Reihe von normativen Entscheidungen grundsätzliche Übereinstimmung. Hierzu gehören:

- Es besteht ein *faktischer Gewährleistungsauftrag der Gesellschaft* insgesamt für das Angebot von Gesundheitsgütern. Durch gesellschaftliche sowie konkret-individuelle Umstände der Nachfrage und des Verbrauchs ist es unmöglich, die Verteilung gesundheitlicher Güter und Leistungen in der für Privatgüter üblichen Form über den Markt vorzunehmen. Es ist vielmehr davon auszugehen, daß Gesundheitsleistungen und -güter in erheblichem Umfang meritorische Eigenschaften haben und externe Effekte aufweisen, die eine marktwirtschaftliche Allokation unter sozialen Wohlfahrtsgesichtspunkten zwangsläufig versagen läßt (Vgl. THIEMEYER, 1988, S.17 f.).
- Die Verteilung von Gesundheitsgütern erfolgt nach dem *Bedarfsprinzip*, nicht nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit. Konkret bedeutet dies, daß im Bedarfsfall jeder Anspruch auf die notwendige Versorgung mit Gesundheitsgütern unabhängig von finanziellen Vorleistungen (Prämien oder Beiträgen), von seiner Zahlungsfähigkeit oder Zahlungswilligkeit haben soll.
- Grundsätzlich wird ferner davon ausgegangen, daß konstitutive Merkmale des Krankenversicherungssystems der *Solidarausgleich*, der *Versicherungszwang*, das *Sachleistungsprinzip* sowie die *parafiskalische Organisation* der GKV mit *sozialer Selbstverwaltung* sein sollen.
- Besondere Bedeutung hat für die Befürworter des Konzepts der gemeinsamen Selbstverwaltung zudem das *Subsidiaritätsprinzip*. Danach soll die sozial- oder gesundheitspolitische Verantwortung keiner höheren Ebene in der vertikalen Gliederung des sozialen Gemeinwesens zugewiesen werden, solange die Kräfte der unteren Ebene zur Problembewältigung ausreichen.

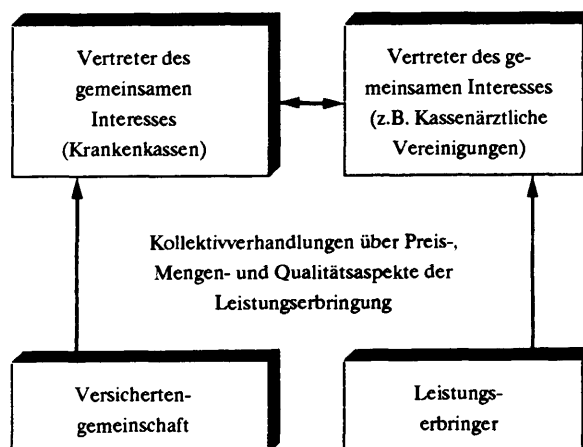
Ogleich sich letztlich alle Befürworter einer gemeinsamen Selbstverwaltung zu den *traditionellen Grundlagen der deutschen Sozial- und Gesundheitspolitik*, also vor allem zum Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit, dem sozialpolitischen Gleichheitsgrundsatz, dem Subsidiaritätsprinzip sowie dem Solidaritätsprinzip bekennen, läßt dies noch nicht auf weitgehend einheitliche Reformvorstellungen schließen. Einigkeit besteht allenfalls darin, daß staatli-

ches Handeln möglichst weitgehend durch Handeln in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern ersetzt werden soll. Die Forderung, daß hierfür beide Seiten jeweils eigene Organisationen, die ein Gleichgewicht gewährleisten, benötigen, sind bereits nicht mehr allgemeiner Konsens. Insbesondere für die Leistungserbringerseite halten einige die Etablierung von Verbänden mit deutlicher Handlungskompetenz für entbehrlich, teilweise sogar für nicht wünschenswert.

4.3.2 Grundstruktur des korporatistischen Steuerungsmodells

Das »reine« Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Vgl. THIEMEYER, 1986 a, S.103; THIEMEYER, 1988; NEUBAUER/REBSCHER, 1984; NEUBAUER/REBSCHER 1985, S.178; KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.55; METZE, 1981, S.70) weist eine vergleichsweise *einfache Grundstruktur* auf. In einem ersten Schritt wird davon ausgegangen, daß sich „zur Lösung des volkswirtschaftlichen Hauptproblems, nämlich der Abstimmung von Bedarf und Leistungsangebot und zur Lösung des Preisbildungs- und Entgeltproblems ... einerseits Verbraucher (hier Versicherte), andererseits die Produzenten von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen in Selbstverwaltungskörperschaften“ zusammenschließen (THIEMEYER, 1986 a, S.103).

Abb. 1: Formale Grundstruktur eines »reinen« korporatistischen Steuerungsmodells



(Quelle: KNAPPE, 1988, S.276)

In der Praxis bedeutet dies den Zusammenschluß der Versicherten als Nachfrager von Versicherungs- und Gesundheitsleistungen zu Kollektiven gemeinsamer Interessenwahrnehmung und Erreichung gemeinsamer Ziele (*Bildung von Krankenkassen*). Der Zweck des Zusammenschlusses kann dabei in einzelnen durchaus unterschiedlich sein. Das Ziel einer verbändlichen Organisation der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kann sich - wie z.B. im Falle einer reinen Versicherung - auf einen *Risikoausgleich zwischen den Nachfragern* beschränken. Die Mitglieder würden in den Versicherungsbedingungen le-

diglich festlegen, welche Leistungen in welchem Umfang bei den am Markt gegebenen Preisen erstattungsfähig und welche Beiträge dafür zu zahlen sind (Vgl. METZE, 1981, S.70).

Anstatt die auf dem Markt sich bildenden Preise als Datum zu akzeptieren, kann der Zweck der Verbandsbildung allerdings auch dahingehend ausgeweitet werden, der Marktmacht der Anbieter eine entsprechende *Gegenmacht der Verbraucher* entgegenzustellen (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1976, S.98). Die Aufgabe würde hier u. a. darin bestehen, mit den individuellen Produzenten und/oder den Verbänden der Anbieter Vereinbarungen über die Preise der nachgefragten Mengen zu treffen (Vgl. METZE, 1981, S.71).

Im allgemeinen ist davon auszugehen, daß die Anbieter von Gütern und Leistungen auf die Bildung von Nachfragemacht in Form von Krankenkassen und Krankenkassen-Verbänden ihrerseits mit der *Bildung von Angebotsmonopolen* reagieren, indem sie sich zu *Berufs- und Standesvertretungen* zusammenschließen (z.B. zu Kassenärztlichen Vereinigungen) (Vgl. KNAPPE, 1988 a, S.276). Entsprechend dem im Vergleich zur Nachfrageseite anders gelagerten Interessen, besteht der Hauptzweck dieser Zusammenschlüsse primär in der *Sicherung und Steigerung der Einkommen* der Mitglieder sowie der *Vertretung der Standesinteressen* (Vgl. THIEMEYER, 1986 a, S.103).

Entweder aufgrund der realen Marktverhältnisse oder infolge administrativ-rechtlicher Aufforderung kommt es zwischen den Verbänden der Nachfrager (Krankenkassen) und jenen der Angebotsseite im allgemeinen zu *Verhandlungen*. Insofern spricht man auch von einem *Verhandlungssystem*, wenn „die Entscheidungen über die Erstellung und die Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen eines Einigungsprozesses unter Beteiligung der Betroffenen oder ihrer Repräsentanten koordiniert“ werden (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.55).

Nach dem Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung haben die verschiedenen Verbände (Krankenkassen, ständische Selbstverwaltungen der Ärzte, Anbieterverbände sonstiger Gesundheitsberufe, Verbände der Krankenhäuser und der Pharmazeutischen Industrie) die folgenden beiden *Hauptfunktionen* wahrzunehmen (Vgl. THIEMEYER, 1986 a, S.103):

- 1) die interne *Selbstorganisationsfunktion*; und
- 2) die *Verhandlungsfunktion* (i. S. einer Gegenmachtfunktion).

Die *Selbstorganisationsfunktion* beinhaltet auf der Seite der Krankenkassen neben der Repräsentation der Mitgliederinteressen (allgemeine *Interessenwahrnehmungsfunktion*) die Transformation von Bedarf in Nachfrage sowie die Finanzierung über zweckgebundene Beiträge. Außerdem muß die interne Selbstverwaltung die ausgehandelten Ergebnisse gegenüber den Mitgliedern verantworten. Im Bereich der Krankenkassen bedeutet dies insbesondere, daß ggf. Leistungseinschränkungen und/oder Beitragssatzerhöhungen zu begründen sind (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.67).

Auf der Anbieterseite besteht die Aufgabe der *kollektiven internen Selbstorganisation* neben der allgemeinen Interessenwahrnehmungsfunktion und der Rückbindung der Mitglieder an ausgehandelte Kollektivverträge in der Sicherstellung des Angebots unter qualitativen, quantitativen, regionalen und zeitlichen Aspekten. Ferner hat sie die Betriebe bzw. deren Einkommen dauerhaft finanziell zu sichern (Vgl. THIEMEYER, 1986 a, S.103; KNAPPE, 1988 a, S.277).

Den zweiten wesentlichen Systembestandteil bildet der *kollektive Interessenausgleich über Verhandlungen* zwischen den konfligierenden Interessenrichtungen (Vgl. KNAPPE, 1988 a, S.277). Hinsichtlich des Gegenstands der kollektiven Verhandlungen gibt es gleichwohl unterschiedliche Vorstellungen. Grundsätzlich ist denkbar, daß in den Verhandlungen sämtliche Bedingungen für die Leistungserbringung und den Leistungsbezug vertraglich festgelegt werden, also Verhandlungsgegenstand sowohl Preise (Preisstruktur und Preisniveau) wie Art und Umfang des Angebots (Mengenregulierung) und Leistungs- und Qualitätsstandards sind.

Auf der anderen Seite gibt es aber auch Konzepte, die hauptsächlich auf *Preisverhandlungen* abstellen. Beschränken sich die Verhandlungen lediglich auf Preise und besteht Kontrahierungsfreiheit, „stellen die Verhandlungen eine Simulation des Marktprozesses dar, wobei die Preisbildung nicht auf einem anonymen Markt, sondern in einem Verhandlungsprozeß zwischen genau benennbaren Teilnehmern erfolgt. Die vereinbarten Preise steuern dann die Zuteilung der Mittel. Die Preishöhe hängt dabei insbesondere von der Verhandlungsmacht der Verhandlungspartner ab“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.55). Dieser Ansatz liegt vor allem den sog. »Einkaufsmodellen« zugrunde, bei denen die Krankenkassen aus dem vorhandenen Leistungsangebot den für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ihrer Mitglieder erforderlichen Leistungsumfang einkaufen, die Regelung der Einzelheiten der Leistungserstellung (Produktion) aber weitgehend den Anbietern von Gütern und Leistungen überlassen, die sich ihrerseits untereinander im Wettbewerb befinden (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.188 ff.).

Die meisten Konzepte der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« sehen den Aufgabenbereich allerdings nicht auf Preisverhandlungen beschränkt, sondern gehen davon aus, daß die beidseitigen Zusammenschlüsse letztlich grundsätzlich sämtliche Angelegenheiten beiderseitigen Interesses regeln sollten, sich also insbesondere auch über Fragen der Sicherstellung, der Bedarfsplanung, der Angebotsplanung sowie der inhaltlichen Orientierung der Versorgung verständigen. Die Behandlung derartiger Fragen wird z.B. dann als wichtig erachtet, wenn eine überbetriebliche, imperative Steuerung zwar als notwendig angesehen wird, man jedoch beiderseits verhindern will, daß die Regulierung durch den Staat vorgenommen wird. Insofern kann bei einer funktionierenden Gemeinsamen Selbstverwaltung tendenziell unterstellt werden, daß die Verhandlungspartner lieber eine Angelegenheit selbst regeln, als dem Staat einen Interventionsanlaß zu

bieten. Die Durchführung derartiger Regulierungen auf der Ebene der Verbände erfordert allerdings im allgemeinen, daß die beteiligten Gruppen über Kompetenzen verfügen, die es ihnen ermöglichen, gemeinsame Entscheidungen gegenüber ihren Mitgliedern mit hoheitlichen Kompetenzen durchzusetzen (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.55).

4.3.3 Alternative Entwicklungsperspektiven von Verhandlungsmodellen

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Reformdiskussion lassen sich zwei unterschiedliche Ansätze für eine Reform und Weiterentwicklung der Selbstverwaltung herausfiltern. Diese verschiedenen Entwicklungsperspektiven resultieren vor allem aus der Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung als *gegliedertes, wettbewerblich organisiertes System* oder als *körperschaftlich verfaßtes System* gestaltet werden soll, in dem die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Verbänden der Leistungserbringer gemeinsam die Verantwortung tragen. Die Ausgestaltung der Selbstverwaltung hängt ferner davon ab, ob man der gesetzlichen Krankenversicherung den Status einer *Volks-* oder den einer *Arbeitnehmerversicherung* geben will (Vgl. REINERS, 1988 b, S.7).

Für Fragen der Steuerung ist dabei vor allem entscheidend, ob das Krankenversicherungssystem eher wettbewerblich oder stärker korporatistisch-kooperativ gestaltet werden soll. Hiervon maßgeblich berührt wird insbesondere der Charakter der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. Eine Konkretisierung dieser beiden voneinander abweichenden Ausprägungen einer Steuerung auf der mittleren Ebene der Verbände hat jüngst vor allem die »Kommission Krankenhausfinanzierung« der *Robert-Bosch-Stiftung* mit der konzeptionellen Entwicklung zweier Reformmodelle für den Bereich der Krankenhausversorgung vorgenommen (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987). Obwohl diese Reformmodelle für den stationären Sektor erarbeitet wurden, lassen sich die hier zugrunde gelegten Strukturmerkmale und Lösungsmechanismen ohne wesentliche Probleme und Einschränkungen auf das Krankenversicherungssystem insgesamt erweitern.

Im Hinblick auf die Bewertung beider Reformalternativen dürften einige grundlegende Feststellungen wichtig sein. Beide Modelle gehen von der Prämisse aus, daß nicht das freie Spiel der Marktkräfte, das vom erwerbswirtschaftlichen Streben geprägt ist, über Art oder Umfang der Versorgung entscheidet, sondern zwei Verhandlungspartner entscheiden, „die aus ihrem Selbstverständnis heraus die Sicherstellung der Versorgung als ihre Aufgabe ansehen“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.242). Auch wenn in beiden Modellen eine *organisatorisch gestärkte Gemeinsame Selbstverwaltung* der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Aufgabe haben soll, eine medizinisch zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern, ist davon auszugehen, daß die beiden Konzepte zu unterschiedlichen Ergebnissen in bezug auf den Umfang, die Qualität,

die Zugänglichkeit und die Verteilung von gesundheitlichen Gütern und Leistungen führen.

Richtig ist wohl auch die Feststellung, daß das *Spannungsverhältnis* zwischen mehr Selbstbestimmung und höherem Risiko einerseits und zwischen weniger Selbstbestimmung und größerer Sicherheit andererseits durch keine Lösung aufgehoben werden kann. Da beide Modelle in sich geschlossene Systeme darstellen, lassen sich ihre konstitutiven Elemente nicht entsprechend politischen Wunschvorstellungen nur selektiv verwenden (Vgl. KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.242). Ein hohes Maß an kontrollierter Gesamtverantwortung läßt sich nicht gleichzeitig mit einer Verstärkung marktwirtschaftlicher Wettbewerbs Elemente verwirklichen. „Die größere Sicherheit und der Schutz des einzelnen Anbieters verlangen ... ein übergeordnetes Steuerungsinstrument, das durch eine überbetriebliche Planung das Gesamtangebot reguliert und damit die betriebliche Autonomie wie die Berücksichtigung von Patienten- und Versichertenwünschen verringert. Umgekehrt kann die Freiheit von solch planerischer Einbindung nur mit der Unsicherheit und dem Risiko erkauft werden, die der Leistungswettbewerb mit sich bringt“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.243).

Nachfolgend sollen die Grundstrukturen der beiden Reformkonzeptionen skizziert und die Unterschiede deutlich gemacht werden. Dabei wird zwar von den von der »Kommission Krankenhausfinanzierung« erarbeiteten Reformmodellen ausgegangen, jedoch versucht, die Modelle auf den Gesamtbereich der gesundheitlichen Versorgung zu projizieren.³

4.3.3.1 Korporatistische Lösung (Körperschaftsmodell)

Die körperschaftliche Lösung (*Körperschaftsmodell*) setzt auf eine *gemeinsame Planung und Organisation* der medizinischen Versorgung in regional gegliederten *Selbstverwaltungskörperschaften* der Leistungsanbieter und der Krankenkassen (Vgl. REINERS, 1988 b, S.10). Insgesamt ähnelt dieses Modell dem bestehenden System der kassenärztlichen Versorgung, allerdings mit größeren faktischen Kompetenzen der Krankenkassen und dem Aufbau von Organisationsstrukturen bei den übrigen Leistungsanbietern wie sie derzeit für die Ärzte und Zahnärzte bestehen. Dies bedeutet, daß dort, wo die Leistungsanbieter bislang allenfalls in privaten Vereinigungen zusammenarbeiten, ebenfalls *Körperschaften des öffentlichen Rechts*

3) Anders als bei der »Kommission Krankenhausfinanzierung« wird im vorliegenden Text zwischen einem »Körperschaftsmodell« und einem »Wettbewerbsmodell« unterschieden. In den Ausarbeitungen der »Kommission Krankenhausfinanzierung« wird letzteres als »Verhandlungsmodell« bezeichnet; diese Bezeichnung kann insoweit zu Mißverständnissen führen, als in beiden Modellen Verhandlungen eine zentrale Rolle spielen, für das sog. »Verhandlungsmodell« jedoch insbesondere die Wettbewerbs Elemente ein wesentliches Charakteristikum darstellen. Die Übertragung der für den Krankenhausbereich erarbeiteten Reformmodelle auf das Krankenversicherungssystem in seiner Gesamtheit erfolgt zugleich auf eigene Verantwortung. Insbesondere darf daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß eine solche Vorgehensweise im Sinne der »Kommission Krankenhausfinanzierung« liegt.

mit *Selbstverwaltung* und *Pflichtmitgliedschaft* der jeweiligen Leistungsanbieter einer Region gebildet werden müßten.

Grundsätzlich soll erreicht werden, daß die Kassenseite und die Seite der Leistungserbringer als (möglichst) gleich starke Verhandlungspartner einander gegenüberstehen. Dahinter steht die Auffassung, daß nur ein *Gleichgewicht der Verhandlungsmacht* für einen adäquaten Ausgleich der Interessen sorgt, die Überlegenheit einer Seite hingegen nicht nur zu einer einseitigen Belastung der schwächeren Seite führt, sondern auch die Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen beeinträchtigt.

Die *körperschaftliche Organisationsform* wird u.a. deshalb favorisiert, weil davon ausgegangen wird, daß nur sie gewährleisten kann, „daß einerseits eine wirksame Planung durchgeführt werden kann, andererseits aber die Autonomie der Selbstverwaltung nach außen erhalten bleibt. Die körperschaftliche Organisationsform schützt nämlich zum einen die Selbstverwaltung vor staatlichen Eingriffen. Sie stellt zum anderen sicher, daß eine wirksame regionale Angebotsplanung vorgenommen werden kann, indem sie der Selbstverwaltung in ihrem Aufgabenbereich hoheitliche Befugnisse einräumt. So kann die Selbstverwaltung die in einem *demokratischen Willensbildungsprozeß* gefaßten Beschlüsse gegenüber externen Partnern vertreten, aber auch intern gegenüber den Mitgliedern durchsetzen“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.166 f.).

Die *Lösung der Steuerungs- und Koordinationsprobleme* erfolgt beim Körperschaftsmodell durch eine gemeinsame, regionalisierte Selbstverwaltung der Beteiligten. Vorgesehen ist, daß die regionalen Verbände der Krankenversicherungen und die einzelnen regionalen Vereinigungen der Leistungserbringer für den Bereich der Versorgungsregion *gemeinsame Ausschüsse* zur Behandlung jener Angelegenheiten bilden, die von der *Gemeinsamen Selbstverwaltung* der Nachfrager und Anbieter von Gesundheitsleistungen zu erledigen sind. Die Arbeit der gemeinsamen Ausschüsse entscheidet über die Funktionsfähigkeit der Gemeinsamen Selbstverwaltung und damit auch über die Qualität der Versorgung mit Gesundheitsleistungen in der Versorgungsregion.

Die Verbände der Krankenversicherungen und die Verbände der Leistungserbringer wären nach diesem Modell *gemeinsam verantwortliche Träger* eines vom Staat erteilten *Sicherstellungsauftrages*. Die gemeinsamen Ausschüsse, in deren Entscheidungsverfahren ggf. Minderheitenschutzregelungen einzubauen wären, hätten u.a. die folgenden *Aufgaben* wahrzunehmen: Vereinbarung regionaler Kapazitäts- und Angebotspläne, Einigung über die Anwendung bestimmter prospektiver Entgeltverfahren, Vereinbarung der Gesamtvergütung bzw. der Höhe der Leistungsentgelte sowie Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

4. 3. 3 2 Wettbewerbliche Lösung

Das Wettbewerbsmodell geht zwar ebenso wie das Körperschaftsmodell von einer Gemeinsamen Selbstverwal-

lung von Krankenversicherungen und Leistungserbringern aus, sieht jedoch für die Leistungserbringerseite keine feste Organisationsform vor. Die *Steuerung der Versorgung* soll primär über *Leistungspreise* erfolgen, die auf verschiedenen Ebenen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelt werden. Dabei wird die Aufgabe des Staates darin gesehen, über Richtlinien *Mindeststandards der Versorgung* zu definieren und deren Einhaltung zu überwachen. Erst wenn diese staatlicherseits erlassenen Kriterien in einem bestimmten Ausmaß unterschritten werden, soll der Staat eingreifen.

Dem Wettbewerbsmodell liegt die explizite Entscheidung zugrunde, den *Wettbewerb der Leistungsanbieter* untereinander als *Regulativ* einzusetzen. Die Leistungsanbieter offerieren in diesem Modell den Krankenkassen ihre Leistungen und versuchen, in Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen *Versorgungsaufträge* und die zur Kostendeckung notwendigen Preise zu erzielen. Während also die Leistungsanbieter bei den Verhandlungen versuchen, möglichst angemessene Preise für ihre Leistungen und Produkte sowie den Erhalt von Versorgungsaufträgen zu erreichen, besteht das *Interesse der Kassen* darin, bei der Vertragsvergabe und in den Preisvereinbarungen dafür zu sorgen, für ihre Versicherten ein *bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Leistungsangebot* sicherzustellen.

Eine überbetriebliche Bedarfs- und Angebotsplanung wie beim Körperschaftsmodell ist im Rahmen des wettbewerblichen Lösungskonzeptes nicht vorgesehen. Das Wettbewerbs- bzw. Verhandlungsmodell orientiert sich letztlich an den *wettbewerblichen Grundsätzen der Marktwirtschaft*. Zwar wird die Nachfrage nicht - wie in der »reinen« Marktwirtschaft - durch die individuelle Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft gesteuert; dafür jedoch erlangt die kollektive Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft einer Krankenkasse aber eine um so größere Bedeutung. Grundsätzlich ist daher nicht auszuschließen, daß sich sukzessive wohlhabende Kassen mit einem sozial gutgestellten Versichertenbestand herausbilden, die in der Lage sind, den Leistungsanbietern Vergütungen bzw. Preise zu bezahlen, die sich andere Krankenkassen mit einer sozial schwächeren Mitgliederstruktur nicht leisten können. Diese Krankenkassen wären damit bei der Versorgung ihrer Mitglieder auf jene Leistungsanbieter angewiesen, die gerade die definierten Mindeststandards erfüllen. Kritiker befürchten deshalb, daß das Wettbewerbsmodell implizit auf das Ende einer für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen geltenden sozialen Krankenversicherung hinausläuft und in ein *Zwei-Klassen-System der gesundheitlichen Versorgung* mündet (Vgl. REINERS, 1988 c, S.22).

4. 3. 4 Implementations- und Gestaltungsprobleme einer gemeinsamen Selbstverwaltung

4. 3. 4. 1 Institutioneller Ausbau der Selbstverwaltung und Abbau von Asymmetrien

Die *Funktionsfähigkeit* des Konzepts der *Gemeinsamen Selbstverwaltung* bzw. einer Lenkung der Allokation über

Entscheidungen durch Verbände hängt nach Auffassung ihrer Befürworter wesentlich davon ab, daß sich auf seiten der Anbieter und auf seiten der Nachfrager von gesundheitlichen Leistungen und Gütern in etwa gleichgewichtige Verhandlungspartner gegenüberstehen. Ist eine Seite strukturell unterlegen, wird es als praktisch unmöglich angesehen, daß *Verhandlungslösungen* zu einer *effizienten Ressourcenallokation* führen (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1985, S.181). Anders ausgedrückt hängt die Steuerungsproblematik im Gesundheitswesen wesentlich von der Struktur der Märkte ab, auf denen die Krankenkassen als Nachfrager gesundheitlicher Leistungen für ihre Mitglieder und die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Krankenhäuser als Anbieter dieser Gesamtversorgung agieren (Vgl. LAMPERT, 1982, S.281).

Die Voraussetzung *gleicher Verhandlungsmacht* wird nach weit verbreiteter Einschätzung als derzeit nicht gegeben angesehen. Eine Reihe von Fachleuten sieht insbesondere die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen in einer unterlegenen Verhandlungsposition. Von seiten der Krankenkassen wird beklagt, „daß bisher im Gesundheitswesen überwiegend die Leistungserbringer den Zuwachs der Ausgaben sowie die Prioritäten bestimmen konnten, ohne daß z.B. die Selbstverwaltung gleichberechtigt mitwirken konnte, wobei sich die Situation ergab, daß im nachhinein immer nur die Beitragseinnahmen an die ohne ausreichenden Einfluß der Selbstverwaltung zustande gekommenen Ausgabensteigerungen angepaßt werden mußten“ (A. SCHMIDT, 1978, S.846).

Solange die mittlere Ebene *asymmetrisch* ausgebaut ist und *ungleiche Machtverhältnisse* vorherrschen, bleiben die Steuerungsmöglichkeiten suboptimal (Vgl. HERDER-DORNEICH, 1984 a, S.6). Gefordert wird daher, in jenen Bereichen, in denen ungleichgewichtige Marktstrukturen ohne ausreichende Steuerungspotentiale anzutreffen sind, Korrekturen vorzunehmen. Konkret heißt dies v.a. Stärkung der Selbstverwaltung durch eine weitere Stärkung der Stellung der Krankenkassen als den Vertretern der Versicherten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Unternehmen des Arzneimittelsektors (Vgl. ROSENBERG, 1974, S.306).

4. 3. 4. 2 Ermittlung und Vertretung kollektiver Interessen

Die Funktionsfähigkeit und die Ergebnisse von Verhandlungssystemen hängen in entscheidendem Maße davon ab, wie die kollektiven Interessen ermittelt und vertreten werden. Schließlich beruht der *Verhandlungsmechanismus* „auf der Existenz von Kollektiven, die über einen Handlungsspielraum verfügen und zur Durchsetzung der von ihnen verfolgten Ziele mit anderen Kollektiven und/oder staatlichen Instanzen bestimmte Nutzungen der bestehenden Handlungsmöglichkeiten verabreden“ (GÄFGEN, 1988, S.67). Dabei wird der Verhandlungskontext durch die Art der beteiligten Verhandlungspartner, nämlich deren Ziele, deren Kompetenzen und deren Beziehungen untereinander, gebildet. Die primären Handlungsziele der Repräsentanten von Kollektiven sind die Sicherung der Existenz und die Expansion der Aufgaben des Verbandes. Um dies zu erreichen, „müssen sie die

Interessen der Mitglieder verfolgen und/oder sich durch die staatliche Gewalt Aufgaben und Ziele zuteilen lassen“ (GÄFGEN, 1988, S.67).

So einleuchtend die Feststellung ist, daß es in den Verhandlungen darum geht, durch delegierte Vertreter die Interessen der Verbandsmitglieder vertreten zu lassen, so schwierig ist es in der Praxis, diese Interessenvertretung zu gestalten. Eines der Probleme besteht darin, die *Interessen der Mitglieder* des Verbandes zu ermitteln. Die nächste Schwierigkeit ergibt sich bei der Vertretung dieser Interessen durch Funktionäre; schließlich existiert bei körperschaftlich organisierten Verbänden mit Zwangsmitgliedschaft das Problem, daß der Handlungsspielraum der Interessenvertretung durch die vom Staat übertragenen öffentlichen Kompetenzen mitdefiniert wird (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.67).

Maßgeblich für die Interessenvertretung sind einerseits *Größe und Heterogenität des Kollektivs*, andererseits der *Zweck des Zusammenschlusses*. So gelten vor allem die *Einkommensinteressen* von Marktparteien als genügend ausgeprägt und homogen, um Interessensverbände entstehen zu lassen (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.67). Dies zeigt sich deutlich bei den Ärzte-Verbänden, die vor allem Einkommens- und Statusinteressen ihrer Mitglieder vertreten. Hier ist nicht nur das Engagement der Ärzte innerhalb des Verbandes entsprechend groß, sondern auch das Bemühen der Verbandsvertreter, die Mitgliederinteressen wirksam zu vertreten. Die Folge davon ist, „daß die Verhandlungsführer der Ärzte-Verbände einerseits einer extrem rüden Kritik ausgesetzt sind, was ihren Verhandlungsspielraum einschränkt. Andererseits ergibt sich daraus, daß die Verhandlungsführer sich kurzfristig Rückhalt durch spektakuläre Kampfmaßnahmen der Ärzte verschaffen können“ (THIEMEYER, 1986 a, S.103).

In organisationssoziologischer und wirtschaftsordnungspolitischer Hinsicht einen völlig anderen Organisationstypus gerade im Hinblick auf die Interessenwahrung und -vertretung stellen die Krankenkassen dar. Bei ihnen ist entscheidend, daß sie nur ein isoliertes Interesse ihrer Mitglieder vertreten, „ein wichtiges zwar, aber doch ein Interesse unter vielen wichtigen Interessen. Dementsprechend ist das Engagement der Mitglieder außerordentlich gedämpft“ (THIEMEYER, 1986 a, S.103). Für die Kassen gilt sicherlich, daß je größer die Mitgliederzahl einer Organisation und je differenzierter deren Interessen sind, die Vertretung des gemeinsamen Interesses umso schwieriger wird. Die Konsequenz heterogener Mitgliederpräferenzen ist, daß die Verbandspolitik von den individuellen Wünschen der meisten Mitglieder mehr oder weniger stark abweichen muß. Vor einem derartigen Hintergrund reduziert sich aber nicht nur die Möglichkeit, spezifische Belange einzelner Mitgliedergruppen zu vertreten, sondern verstärkt sich auch die Gefahr, daß die Verbandsführungen Eigeninteressen entwickeln, die „zumindest teilweise von dem Wunsch, nur ihre Mitglieder bestmöglich zu vertreten, abweichen können“ (KNAPPE, 1988 a, S.278).

Prinzipiell bieten sich zwei sehr verschiedene Verfahren an, um die interne Koordinationsaufgabe (Festlegung des gemeinsamen Interesses, Bestimmung der Vertretung, Verpflichtung der Repräsentanten auf die Interessenver-

tretung) zu lösen: *verbandsinterne Demokratie* und *Wettbewerbsmechanismen* (Vgl. KNAPPE, 1988 a, S.279). In den derzeit im Gesundheitswesen vorherrschenden Selbstverwaltungskörperschaften bildet die verbandsinterne Demokratie zumindest formal den wichtigsten Koordinationsmechanismus. Idealtypisch wird über die *Richtung der Verbandspolitik* sowie das *Handeln der Verbandsvertretung* einschließlich deren personeller Zusammensetzung durch die Mitglieder mittels *Wahlverfahren* entschieden. In Anbetracht der Größe der Verbände handelt es sich dabei allerdings im allgemeinen um mehrstufige Wahlverfahren.

Demgegenüber wird vor allem in den wettbewerblich orientierten Verhandlungsmodellen als Koordinationsmechanismus der *Wettbewerb um die bestmögliche Interessenvertretung* favorisiert. Nach Auffassung der Befürworter derartiger Kontrollmechanismen vermögen Wahlen selbst bei einer Verbesserung des Wahlsystems den Steuerungs- und Kontrollbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abzudecken (Vgl. NEUBAUER, 1986, S.234). Bemängelt wird, daß für die von Entscheidungen Betroffenen gegenwärtig keine echten Auswahlmöglichkeiten bestünden. Daher wird verlangt, den potentiellen Mitgliedern (Versicherten, Ärzten, Krankenhäusern, usw.) *freie Wahlmöglichkeiten* einzuräumen, welche Organisation sie mit der Wahrnehmung ihrer Interessen betrauen wollen. Der Vorteil sei, so die Befürworter stärkerer Wettbewerbselemente, daß das Nebeneinander vieler differenzierter Organisationsformen zu kleinen Kollektiveinheiten und zu differenzierten Gruppen mit unterschiedlichen Präferenzen führe (Vgl. KNAPPE, 1988 a, S.279). Konkurrierende Angebote böten nicht nur echte Wahlmöglichkeiten, sondern ermöglichten es den Betroffenen zugleich, durch „ihre tägliche Wahl steuernde und kontrollierende Signale zu setzen“ (NEUBAUER, 1986, S.234). Der *Wettbewerb* um die Mitglieder würde insofern die demokratische Legitimation durch Wahlen ersetzen, als die Versicherten bzw. einzelne Leistungserbringer ihrer Unzufriedenheit mit der Interessenvertretung durch eine »Abstimmung mit den Füßen« Ausdruck verleihen und den Verband wechseln könnten (Vgl. REINERS, 1988 b, S.12 f.).

Eine Verwirklichung dieses Ansatzes liefe auf der Kassen- und auf der Seite der Versicherten letztlich auf eine uneingeschränkte *Kassenwahlfreiheit der Versicherten* und einen *Versicherungswettbewerb* hinaus (Vgl. KNAPPE, 1988 a, S.279). Auf der Seite der Leistungserbringer wäre ebenfalls vorgesehen, daß in den einzelnen Versorgungsbereichen mehrere konkurrierende Interessenverbände nebeneinander bestünden. Zugleich hätte ein derartiges System nur dann einen Sinn, wenn zwischen den einzelnen Verbänden eine *allgemeine Vertragsfreiheit* bei gleichzeitigem Verzicht auf eine Kontrahierungspflicht bestünde.

Selbst von den Befürwortern wird eingeräumt, daß diese Variante im Extremfall einer weitgehenden Abkehr vom Grundmodell korporatistischer Interessenvertretung gleichkäme, „zugunsten eines dezentralen, wettbewerbsgesteuerten Gesamtsystems, in dem der kollektive Interessenausgleich in Verhandlungen nur noch eine freiwillig wählbare Abstimmungsvariante neben Einzelverträgen darstellen würde“ (KNAPPE, 1988 a, S.279). Entsprechend

wird betont, daß durch die Implementierung von wettbewerblichen Elementen die Gemeinsame Selbstverwaltung nicht in ein Marktsystem umgewandelt, sondern innovatorisch so weiterentwickelt werden solle, daß „die Gemeinsame Selbstverwaltung auch in Zukunft ihren gesundheits- und sozialpolitischen Aufgaben gerecht werden“ könne (NEUBAUER, 1986, S.235).

Unabhängig vom gewählten internen Koordinationsverfahren hängt die Effizienz der Interessenvertretung allerdings auch noch von einigen anderen Faktoren ab. Als wichtige Voraussetzung für den Verhandlungserfolg gilt auch, daß das Verhalten der Mitglieder die Erfüllung der Verbandsaufgaben nicht erschwert oder verhindert. Dies beinhaltet insbesondere bei Verbänden der Leistungserbringerseite in der Regel, daß die Autonomie der Mitglieder insoweit eingeschränkt sein muß, als die Erfüllung von in Verhandlungen eingegangenen Verpflichtungen von den Mitgliedern ein bestimmtes Verhalten erfordert (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.67).

Ferner besteht weitgehend Konsens, daß die Komplexität von System und Materie zu einer *Professionalisierung* und *Spezialisierung* auf Seiten der Versicherten und ihrer Verbände zwingt, auch wenn dies die Forderung nach Demokratisierung im Sinne unmittelbarer Beteiligung der Versicherten an den Selbstverwaltungsaufgaben tangiert. „Die effiziente Beteiligung an der gesundheitspolitischen Rahmenplanung, der Gesetzesvorbereitung, an »bargaining«-Prozessen mit den Spitzenverbänden der Anbieter setzt eine hochspezialisierte, sozialpolitisch geschulte Interessenvertretung der Versicherten voraus“ (NOWAK/SCHAPER, 1981, S.313). Dies ist um so erforderlicher, wenn das konstatierte Übergewicht der Vertreter der Anbieterverbände in den verschiedenen Planungs- und Kontrollgremien auf höherer Ebene ausgeglichen werden soll.

4. 3. 4. 3 Ansätze zur Reform der inneren Selbstverwaltungsstrukturen

Auch wenn nirgends bestritten wird, daß Verbände mit Zwangsmitgliedschaft eines demokratischen Willensbildungsprozesses in Form innerverbandlicher Wahlen, also einer aus Sozialwahlen hervorgegangenen Selbstverwaltung, bedürfen, werden die *Wahlprozesse* wie sie derzeit stattfinden überwiegend als wenig befriedigend bewertet. Ebenso ist die interne Selbstverwaltung, d.h. die Hierarchie und Aufgabenverteilung des *politischen Leitungssystems* aus mehreren Gründen einer umfangreichen Kritik ausgesetzt. Dabei geht es letztlich um die Frage, ob „die Selbstverwaltungen der Forderung nach Mitgliederpartizipation gerecht werden und eine effiziente Steuerung durch die Betroffenen in Form von Wahlen gewährleisten ist“ (NEUBAUER/REBSCHER, 1985, S.181).

So sehr Übereinstimmung darin besteht, daß *Analysen von Sozialwahlen* insbesondere bei den RVO-Kassen erhebliche *Steuerungsdefizite* offenbaren (Vgl. H. BOGS, 1976, S.23), so sehr fehlt es an überzeugenden Vorschlägen, wie die Mängel und Defizite beseitigt werden können und eine Erhöhung der Motivation der Versicherten, sich aktiver am Geschehen des Verbandes zu beteiligen, erzielt

werden kann. Relativ allgemein gefordert werden zum einen eine *Verbreiterung der Legitimationsbasis*, zum anderen eine *Verbesserung des Steuerungsbeitrages der Sozialwahlen*. Als ein wesentlicher Schritt wird dabei u.a. ein Abgehen von Friedenswahlen im Bereich der RVO-Kassen und der Arbeiterersatzkassen angesehen. „Das demokratische Selbstverständnis der jeweiligen Gruppen sollte über kurzfristige Eigeninteressen gestellt und die Chance gesehen werden, durch Wahlhandlungen die Legitimationsbasis der Selbstverwaltungsorgane sowohl intern als auch gegenüber dem Staat zu stärken. Im Bereich der Verbände können die Quasi-Delegationsverfahren ohne Schwierigkeit durch Wahlen ersetzt werden“ (NEUBAUER, 1986, S.233).

Eine Erhöhung der Mitgliederpartizipation und Aufwertung der Sozialwahlen verspricht man sich ferner von *Kompetenzerweiterungen der Selbstverwaltungen*. Vom Staat wird verlangt, den Selbstverwaltungen mehr Gestaltungsspielräume zuzuordnen und anstelle einer „überzogenen Normierung und Vereinheitlichung“ (NEUBAUER/BIRKNER, 1984, S.58) differenzierte, kassenbezogene Leistungsprogramme zuzulassen. Erwartet wird davon eine Belebung des Interesses an Sozialwahlen, da dann „die Vertretung in Selbstverwaltungsorganen Partizipation an Regiekompetenzen und damit Einfluß auf wichtige Entscheidungen“ bedeute (NEUBAUER, 1984, S.161 ff.). Zugleich sollten sich die Arbeitnehmerverbände der Chancen bewußt werden, die eine Aktivierung ihrer Mitarbeit in den einzelnen Kassen biete. So wird es als möglich angesehen, daß ähnlich wie bei den politischen Wahlen ein Programmwettbewerb der Verbände einsetzt, zumal hier die Möglichkeit bestehe, Sozialpolitik konkret mitzuformen (Vgl. NEUBAUER, 1984, S.163; NEUBAUER, 1986, S.233).

Im Zusammenhang mit Überlegungen, vor allem die Interessenvertretung im Bereich der RVO-Kassen zu stärken, geht es auch um die Frage der Berechtigung der Arbeitgeber, in den Selbstverwaltungsorganen vertreten zu sein. Forderungen, die Vertretung der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen zu reduzieren bzw. gänzlich zu beseitigen, werden sehr unterschiedlich begründet. Insbesondere von Gewerkschaftsseite wurde wiederholt unterstellt, die paritätische verbandliche Mitbestimmung führe zu einer Paralisierung der Selbstverwaltung in zentralen sozialpolitischen Fragen (Vgl. WSI, 1978, S.205 ff.). Zugleich wird von dieser Seite betont, daß das GKV-System primär eine Schutzeinrichtung der Arbeitnehmer darstelle, mithin die Gewerkschaften als Interessenvertretung der sozial benachteiligten Gruppen besonders für die Besetzung von Selbstverwaltungsorganen prädestiniert seien (Vgl. NOWAK/SCHAPER, 1981, S.308). Außerdem wird argumentiert, die quantitativ gleiche Beteiligung von Repräsentanten der Arbeitgeber führe faktisch zu einem Übergewicht, wenn auf der »Arbeitnehmerbank« heterogene Versicherteninteressen vertreten würden (Vgl. WSI, 1978, S.207), die durch die Sozialversicherungswahlen in der gegenwärtigen Form zur Artikulation gelangen könnten. Ein Hauptziel gewerkschaftlicher Reformbemühungen bildete daher stets die Veränderung der paritätischen Repräsentationsstruktur in Richtung auf ein garantiertes Übergewicht der

(gewerkschaftlichen) Versichertenvertreter (Vgl. NOWAK/SCHAPER, 1981, S.308 f.).

Gegen diese gewerkschaftliche Betrachtungsweise wird u.a. eingewandt, daß von paritätisch besetzten Selbstverwaltungsorganen durchaus sozial- bzw. gesundheitspolitische Impulse ausgingen. Dagegen lägen die Aktivitäten der ausschließlich mit Versicherten besetzten Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkassen vor allem auf der Ebene verbandspolitischen Marketings (Vgl. NOWAK/SCHAPER, 1981, S.308). Außerdem wird darauf verwiesen, daß insbesondere die Arbeitgebervertreter in den Selbstverwaltungsorganen vielfach harte Kontrahenten der Anbieterverbände gewesen seien, wenn es um Honorarerhöhungen gegangen sei (Vgl. THIEMEYER, 1978, S.89).

Eine andere Diskussionsebene geht vom Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Arbeitnehmer- bzw. Volksversicherung aus. Die in den RVO-Kassen bestehende *paritätische Selbstverwaltung* bezieht ihre Legitimation aus dem historischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer *Arbeitnehmerversicherung*. Die Integration der Ersatzkassen in das GKV-System hätte konsequenterweise auch eine von den Tarifparteien paritätisch besetzte Selbstverwaltung zur Folge haben müssen. Jedenfalls sei es nicht einsichtig, weshalb die Unterschiede in der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane zwischen RVO- und Ersatzkassen trotz identischer Aufgabenstellung beibehalten würden.

Solange sich der Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherung auf Arbeitnehmer beschränke und ein Zuweisungsrecht dergestalt bestehe, daß die GKV sich nach berufs-, bzw. betriebs- und branchenspezifischen Kriterien gliedere, habe die Dominanz der Tarifparteien in den Selbstverwaltungsgremien ihre Berechtigung. In dem Maße jedoch, wie die berufs- und wirtschaftszweigspezifischen Grenzen sich zwischen den Kassenarten verwischten und sich die GKV von einer Arbeitnehmer- zu einer Volksversicherung entwickle, verliere die Arbeitgeber-Versicherten-Parität an Legitimation. Ist man der Auffassung, daß die GKV eine *Volksversicherung* ist, bzw. sich als solche verstehen sollte (was Veränderungen im Mitgliedschaftsrecht voraussetzt), dann könne die Konsequenz nur in einer alleinigen Besetzung der Selbstverwaltungsorgane durch die Versicherten bestehen (Vgl. REINERS, 1988 b, S.11 f.).

Einen weiteren Reformschwerpunkt bildet neben der Aktivierung der Mitglieder das Problem der *Kontrolle der Administration* durch die zuständigen Organe. Kritik entzündet sich hier v.a. daran, daß die Entscheidungen der Selbstverwaltung primär auf Informationen basieren, die von der Verwaltung vorgelegt werden, und es für die Selbstverwaltungsmitglieder kaum möglich sein dürfte, derartige Vorgaben zu überprüfen. Der Gedanke der Selbstverwaltung als „Abbau von Fremdbestimmung eines bürokratischen Apparates zugunsten individueller Teilhabe an Herrschaft über diesen Apparat und seine Entscheidungsprodukte“ (H. BOGS, 1977, S.18) werde zur Farce, wenn durch die Organe nahezu ausschließlich die von der Administration bereits getroffenen Entscheidungen nachträglich legitimiert würden (Vgl. NOWAK/SCHAPER, 1981, S.313).

Vorgeschlagen wurden hier u.a. die Einführung des Geschäftsführers auf Zeit sowie die Ausübung der Selbstverwaltungs- und Leitungsfunktionen durch ein einziges Organ (d.h. Beseitigung des bisherigen Dualismus von Vorstand und Vertreterversammlung) (Vgl. H. BOGS, 1977). Andere Vorschläge zur Reorganisation der Selbstverwaltung empfehlen die Reduktion der Vertreterversammlung auf die Größe des Vorstandes. Die Aufgabe bestünde nach wie vor in der Verabschiedung des Haushaltes, der Festlegung der Beitragssätze und der Wahl des Vorstandes sowie des Geschäftsführers. Hinzu kämen Kontrollfunktionen, analog zu den Aufgaben des Aufsichtsrates in einer Aktiengesellschaft. Der von der Vertreterversammlung bestellte Vorstand, aus dessen Reihen der Geschäftsführer stammt, würde die allgemeine Geschäftspolitik der Kasse bestimmen, also die bislang von Vorstand und Geschäftsführung unter teilweise unklarer Kompetenzabgrenzung wahrgenommenen Aufgaben integrieren. Außerdem sollten die Vorstandsmitglieder ihre Aufgaben nicht mehr ehrenamtlich, sondern hauptamtlich wahrnehmen (Vgl. REINERS, 1988 b, S.14).

4. 3. 4. 4 Charakteristiken der Konzessions- und Einigungsmechanismen

Die Lösung von Allokations- und Verteilungsproblemen mittels Verhandlungen führt nur dann zu befriedigenden Ergebnissen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Ökonomisch betrachtet stellen Verhandlungen, wie sie im Konzept der Gemeinsamen Selbstverwaltung vorgesehen sind, den Grenzfall des *bilateralen Monopols* dar. Entscheidend ist hierbei, daß das Verteilungsergebnis von Verhandlungen »offen« ist, d.h. grundsätzlich unterschiedliche Aufteilungen des Vorteils zwischen den Verhandlungspartnern möglich sind. Daraus ergibt sich die zentrale Aufgabe, aber auch das zentrale Problem von Verhandlungen, nämlich durch *Konzessionen* und *freiwillige Einigung* Interessengegensätze zu lösen, deren Existenz im Kern auf der *Knappheit an Ressourcen* beruht (Vgl. KNAPPE, 1988 a, S.282 f.).

Hauptinhalt der Interessengegensätze ist auch bei den Verhandlungen im Gesundheitswesen vor allem die Frage, welches Entgelt für welche Leistungen gezahlt werden soll. Die Zuständigkeit der Verhandlungspartner reicht dabei von der Festlegung von Preiserhöhungen, Preisstrukturen und Leistungskatalogen bis hin zu Zahlungsströmen (Plafonds) und damit indirekt von Leistungsmengen, also den als notwendig anerkannten Kapazitäten (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.70). Während bei den Verbänden der Leistungsanbieter im Vordergrund des Interesses steht, möglichst Preiserhöhungen für die Leistungen ihrer Mitglieder zu erzielen, richtet sich das Bemühen der Kassen hauptsächlich darauf, die Ausgaben für die Versorgung ihrer Mitglieder in Grenzen zu halten und damit Beitragssatzerhöhungen vermeiden zu können. Da es sich um zwei gegenseitige Marktseiten handelt, geht es mit anderen Worten im Kern um den *Tausch von Leistungen und Zahlungen* und in den Verhandlungen um *gegenseitige Konzessionen bei den Bedingungen dieses wirtschaftlichen*

Tausches (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.70; KNAPPE, 1988 a, S.288). Die Ausgangsposition beider Parteien in diesen Verhandlungen ist allerdings unterschiedlich: die Kassenärztlichen Vereinigungen und mit Einschränkungen auch die Krankenhäuser stehen in den Verhandlungen im allgemeinen unter einem relativ stärkeren Erfolgs- und Durchsetzungszwang, da es bei ihnen um zentrale Berufs- und Einkommensinteressen geht. Entsprechend fest ist die Bindung der Verbände der Leistungserbringer an die Interessen der von ihnen vertretenen Mitglieder. Ihre Funktionäre befinden sich gegenüber den Mitgliedern in besonders starkem Maße unter einem Legitimationsdruck. Etwas anders sieht dies bei den Krankenkassen aus, die im Gegensatz zu den Verbänden der Leistungserbringer ein „weit weniger gravierendes Partialinteresse ihrer Mitglieder“ zu vertreten haben (KNAPPE, 1988 a, S.290; vgl. auch: THIEMEYER, 1986 a, S.103; NEUBAUER/REBSCHER, 1984). Diese Feststellung ist jedoch insofern zu relativieren, als der Verhandlungsspielraum der Kassen angesichts des inzwischen erreichten Beitragssatzniveaus in den letzten Jahren zunehmend geringer geworden ist.

Vor dem Hintergrund der für beide Seiten zunehmend geringer gewordenen Verhandlungsspielräume treten an die Stelle *freiwilliger Verhaltensabstimmungen* oder gütlicher Einigung verstärkt die Austragung *harter Interessenskonflikte*. Dies gilt um so stärker, je mehr es in den Verhandlungen um elementare Positionen im Verteilungskampf geht. Um diese Interessengegensätze zu überbrücken und zu Einigungen zu gelangen, müssen i.d.R. beide Seiten Abstriche an ihren Forderungen hinnehmen und Konzessionen machen. Wie sich am Ende dieses Prozesses das Ergebnis der jeweiligen Seite gestaltet, hängt zum einen wesentlich von der *relativen Stärke* bzw. *Schwäche der Verhandlungsposition* ab, zum anderen aber auch von den Fähigkeiten der jeweiligen Verhandlungsseite, die *strategischen Handlungsmöglichkeiten* innerhalb der Verhandlungen einzusetzen.

In dieser Situation gewinnen die *Einigungs- und Konzessionsmechanismen* im Rahmen von Verhandlungen zentrale Bedeutung. Dabei ist jedoch festzuhalten, daß es bislang „nur wenig rudimentäre und nur auf recht idealisierte Situationen anwendbare beschreibende Theorien über Verlauf und Ergebnis des Verhandlungsprozesses“ (GÄFGEN, 1988, S.71) gibt. Insbesondere sind sie nicht in der Lage, vorauszusagen, wie Verhandlungen unter spezifizierten Bedingungen verlaufen und welche Ergebnisse dabei erzielt werden. Immerhin liefert die *Bargaining-Theorie* eine Reihe von Anhaltspunkten, welche Mechanismen die Verhandlungspartner zu gegenseitigen Konzessionen bewegen. Danach sind die Parameter, die bei Verhandlungen eingesetzt werden sehr vielfältig (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.71):

- Echte oder nur vorgetäuschte Informationen über die eigene Lage, die eigenen Ziele und Absichten sowie über die Begründung von Forderungen;
- Drohungen mit für den Partner nachteiligen Handlungsmöglichkeiten oder Verlockungen mit Vorteilen auf Kosten anderer;

- Manipulierung der Reihenfolge, in der mit verschiedenen Partnern und über verschiedene Gegenstände verhandelt wird;
- taktisch gemeinte oder echte Einigungsvorschläge oder Vorschläge über ein Zusammengehen in der Auseinandersetzung mit anderen Beteiligten;
- zeitliches Verschleppen der Verhandlungen, bis Zwangslagen eintreten.

Eine Gegenüberstellung dieser Parameter mit den bislang in den Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen und im Rahmen der Beratungen der Konzentrierten Aktion gemachten Erfahrungen zeigt, daß diese Handlungsmöglichkeiten durchaus praktische Relevanz haben. Erwähnt werden kann in diesem Zusammenhang z.B. die Tatsache, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Ersatzkassen regelmäßig zu einem Zeitpunkt verhandeln, zu dem über die Auswirkung der Honorarvereinbarungen des letzten Jahres auf das Gesamtvolumen des laufenden Jahres nur Schätzungen vorliegen. Ebenfalls nicht unbekannt ist der Einsatz von Drohungen (z.B. Urabstimmung der Zahnärzte Nordrhein-Westfalens zu Gunsten von Kampfmaßnahmen im Jahre 1975), wenngleich die Wirksamkeit dieses Instruments v.a. wegen seiner negativen Öffentlichkeitswirksamkeit begrenzt ist. Ferner bestehen zahlreiche Erfahrungen, wie durch Verschleppung oder Verzögerung von Verhandlungen versucht wird, bestimmte Regelungen zu verhindern oder durch »Beharren« auf Positionen die an bestimmten Ergebnissen interessierte Gegenseite zu weitreichenden Konzessionen veranlaßt wird.

Neben den Instrumenten, die von beiden Seiten eingesetzt werden, um bei den Verhandlungen Vorteile zu erreichen, gibt es nach Ansicht von Beobachtern gerade für die Gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen allerdings auch Faktoren, die das Zustandekommen von Ergebnissen, die für beide Seiten tragbar sind, begünstigen, sich also positiv auf den Verhandlungsprozeß auswirken. Zu nennen ist hier u.a. das gemeinsame Interesse an einem längerfristigen Bestand des Steuerungs- und Koordinationsverfahrens, das bei einem wiederholten Scheitern der Verhandlungen oder dem Verdacht der Funktionsunfähigkeit in seiner Existenz bedroht wäre. Noch entscheidender ist für viele jedoch ein weiterer Effekt: „nämlich die Sorge der Verbände vor der drohenden Intervention des Staates allgemein oder aber - dann meist mit dauerhaft institutionalisierter Einschränkung der Dispositionsspielräume - des Gesetzgebers“ (THIEMEYER, 1986 a, S.103). Gesellschafts- und ordnungspolitisch wird argumentiert, stelle die Gemeinsame Selbstverwaltung nur eine Übertragung von Steuerungsaufgaben unter dem Vorbehalt der Funktionsfähigkeit und -willigkeit dar (Vgl. THIEMEYER, 1986 a, S.106). Daher sei die im Hintergrund stehende *staatliche Interventionsdrohung* auch kaum entbehrlich zur Erzwingung von Verhandlungslösungen. Den Verbänden müsse bewußt sein, daß Ergebnisse, die nicht rechtzeitig oder außerhalb der vom Staat geduldeten Bandbreite oder mit schwerwiegenden unerwünschten Nebenwirkungen erzielt werden, den Staat zu direkten Interventionen veranlassen (Vgl. GÄFGEN, 1988, S.73).

4.4 Konkrete Reformansätze für den Ausbau der »Gemeinsamen Selbstverwaltung«

4.4.1 Reformansätze im Bereich der stationären Versorgung

In kaum einem anderen Bereich der gesundheitlichen Versorgung dominieren so sehr Reformvorschläge, die ein *Steuerungs- und Koordinationssystem* auf der Ebene der Gemeinsamen Selbstverwaltung favorisieren, wie im Bereich der stationären Versorgung. Dies dürfte u.a. daran liegen, daß ein vergleichsweise breiter Konsens darüber besteht, daß sowohl rein marktwirtschaftliche als auch eine rein staatswirtschaftliche Alternative für die Steuerung und Koordination der Krankenhauswirtschaft dann ausscheiden, wenn man die *traditionellen Werthaltungen der bundesdeutschen Gesundheits- und Krankenhauswirtschaft* beachten will (Bedarfwirtschaftlichkeit der Versorgung; Förderung von Elementen marktwirtschaftlicher Steuerung, soweit mit der Bedarfwirtschaftlichkeit der Versorgung vereinbar; Vielgestaltigkeit der Krankenhausträger sowie der Organisationsformen der Leistungserbringung; Wahrung der Autonomie des einzelnen Krankenhausbetriebes; Priorität der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenversicherungen gegenüber staatlichen Organisationsformen) (Vgl. EICHHORN, 1987, S.268).

Die Entscheidung zugunsten eines zwischen Staat und Markt angesiedelten Systems der Steuerung und Koordination der Krankenhausversorgung bedeutet allerdings noch keine Reduktion der Vielfalt von Reform- und Lösungskonzepten. Zwar wird die *Spannweite der Möglichkeiten zur Steuerung der Krankenhauswirtschaft* mit dieser Grundscheidung begrenzt, dazwischen gibt es jedoch - wie die gesundheitspolitische Diskussion belegt - noch immer genügend Raum für zum Teil sehr von einander abweichende Reformmodelle. So eindeutig die Forderung nach *mehr Verhandlungsspielraum für die Selbstverwaltung* auch ist, so sehr gehen die Vorstellungen auseinander, wie dieser erweiterte Spielraum auszugestaltet ist. Kontrovers ist insbesondere, inwieweit es möglich ist, in *selbstverwaltungsorientierte Modelle marktwirtschaftliche Steuerungselemente* einzubauen. Ohne an dieser Stelle auf Details eingehen zu können, sollen nachfolgend aus der Fülle von Reformvorstellungen, die in Politik und Wissenschaft in den letzten Jahren entwickelt wurden, drei Konzepte besondere Erwähnung finden. Hierzu gehören die beiden *detaillierten Modellkonzepte* für eine verstärkte Systemsteuerung mittels Selbstverwaltung, die die *Kommission »Krankenhausfinanzierung« der Robert-Bosch-Stiftung* vorgelegt hat sowie Konzepte, die unter der Bezeichnung *»Einkaufsmodell«* Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion gefunden haben.

a) Selbstverwaltungsmodelle der Kommission »Krankenhausfinanzierung«

Die Kommission »Krankenhausfinanzierung« ging bei der Entwicklung ihrer Modelle davon aus, daß es sich bei der Krankenhausversorgung um eine öffentliche Aufgabe

handelt. Sie vertritt die *bedarfwirtschaftliche Orientierung* der Krankenhauswirtschaft und die *Vielfalt der Träger* als ordnungspolitisches Prinzip für die Planung und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Rein marktwirtschaftliche Lösungen von Planung, Finanzierung und Erstellung von Krankenhausleistungen sind nach Meinung der Kommission nicht mit der Forderung nach einer gleichmäßigen und von der Zahlungsfähigkeit des einzelnen unabhängigen Versorgung vereinbar. Stärkere staatliche Regulierung könnte diese Ziele zwar erreichen, sei jedoch mit hohen Effektivitäts- und Effizienzverlusten sowie Freiheitsbeschränkungen des einzelnen verbunden. Demgegenüber hat die Kommission bei der Entwicklung ihrer Reformvorschläge konsequent das *Subsidiaritätsprinzip* zugrunde gelegt: Institutionen auf der höheren Ebene sollen nur mit jenen Aufgaben betraut werden, deren Erfüllung die untere Ebene überfordert. Aus den Grundhaltungen hat die Kommission drei *Grundelemente eines Systems der Steuerung und Finanzierung* der Krankenhausversorgung abgeleitet:

- *Steuerung* der Krankenhausversorgung durch eine *gemeinsame Selbstverwaltung* von Krankenhäusern und Krankenversicherungen.
- *Monistische Finanzierung* der Versorgung mit Krankenhausleistungen.
- *Prospektive, leistungsorientierte Vergütung* der Krankenhausleistungen.

Trotz der Einigung auf diese drei Grundelemente sah man in der Kommission zwei unterschiedliche Möglichkeiten, den *Steuerungsprozeß organisatorisch auszugestalten*. Das Ergebnis war die Entwicklung von *zwei Reformmodellen (Körperschaftsmodell und Verhandlungsmodell)*, die sich nach Ansicht der Kommission vor allem hinsichtlich der Sicherheit und des Freiheitsspielraumes voneinander unterscheiden. Während das *Körperschaftsmodell* durch die Einbindung der Krankenhäuser in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts den Krankenhäusern v.a. im finanzwirtschaftlichen und planerischen Bereich *feststehende Rahmenbedingungen und damit Sicherheit* garantiert, räumt das *Verhandlungsmodell* den Krankenhäusern *mehr Freiheit* ein, mutet ihnen aber zugleich ein *höheres Maß an Risiko* zu. Nach Auffassung der Kommission zeigt die Gegenüberstellung der beiden Modelle, „daß zwischen Zwang und Existenzsicherung sowie Freiheit und Existenzrisiko ein notwendiger Zusammenhang besteht, der in keinem Steuerungs- und Finanzierungssystem aufgehoben werden kann“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.188)

■ *Körperschaftsmodell*

Das Körperschaftsmodell geht davon aus, daß es gute Gründe dafür gibt, die Versorgung mit Krankenhausleistungen durch eine überbetriebliche Angebotsplanung zu steuern und damit die Voraussetzungen für eine flächendeckende Krankenhausversorgung zu schaffen. Allerdings soll diese überbetriebliche Angebotsplanung nicht durch den Staat, sondern von den Selbstverwaltungsorganen vorgenommen werden. Das System der Krankenhausplanung stellt das Herzstück

des Körperschaftsmodells dar. Ausgehend von einem von unten nach oben organisierten Entscheidungsprozeß, soll für die Krankenhäuser einer Region eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Pflichtmitgliedschaft geschaffen werden (mit Regelungen für einen Minderheitenschutz), die die Interessen der Mitglieder vertritt und gleichzeitig hoheitliche Befugnisse besitzt, um die Krankenhausversorgung sicherzustellen. Zusammen mit den Krankenkassen sollen diese Krankenhausvereinigungen einen Sicherstellungsauftrag erhalten.

Die Regionalen Krankenhausvereinigungen würden die eigenen Angelegenheiten der Krankenhäuser regeln, so vor allem

- die Aufstellung und die Weiterentwicklung des regionalen Krankenhausplanes für die Versorgung mit allgemeinen Krankenhausleistungen,
- die Ausführung und Umsetzung des regionalen Krankenhausobjektplanes sowie
- die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Überregionale Aufgaben, wie z.B. die Entwicklung und Aufstellung von

- Rahmenrichtlinien zur Krankenhausplanung,
- Zulassungsbedingungen für Krankenhäuser,
- Grundsätze zur Sicherung von Qualität, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung

oder die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Leistungsentgeltverfahren sollen von einer ebenfalls öffentlich-rechtlichen Bundeskrankenhausvereinigung im Zusammenwirken mit den Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuß erledigt werden, dessen Richtlinien für regionale Krankenhausgesellschaften nur durch Übernahme verbindlich werden.

Die regionalen Krankenhausvereinigungen und die Krankenkassen bzw. ihre Verbände (ggf. unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen) sollen für den jeweiligen Bereich einer Versorgungsregion einen Gemeinsamen Ausschuß bilden, dem zusätzlich ein zu ernennendes unparteiisches Mitglied angehört. Wichtigste Aufgaben der Gemeinsamen Selbstverwaltung sollen sein:

- Vereinbarung eines regionalen Krankenhauskapazitätenplanes,
- Einigung auf die Anwendung eines bestimmten preislichen Entgeltverfahrens,
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und die
- Beschlußfassung über Fragen, zu denen innerhalb der regionalen Krankenhausvereinigung keine Einigung erzielt werden konnte.

Die Krankenhausplanung würde demnach in drei (Haupt-)Stufen erfolgen:

1. Erarbeitung von Rahmenrichtlinien zur regionalen Krankenhausplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuß
2. Entscheidung über den regionalen Krankenhauskapazitätsplan durch den Gemeinsamen Ausschuß auf Vorschlag der regionalen Krankenhausvereinigung
3. Entscheidung über den regionalen Krankenhausobjektplan durch die regionale Krankenhausvereinigung.

Letztere Entscheidung, die die Verteilung der vorgegebenen Gesamtkapazitäten auf die einzelnen Betriebseinheiten regelt, bedarf innerhalb der Krankenhausvereinigung einer besonderen Mehrheit. Beide Pläne sollen nach den Vorstellungen der Kommission der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde bedürfen. Dagegen werden Zugang und Ausscheiden von Krankenhäusern allein durch die regionale Krankenhausvereinigung geregelt.

Das Entgeltverfahren soll prospektiv sein und vom Gemeinsamen Ausschuß vereinbart werden. Als Standardverfahren schlägt die Kommission die Anwendung von differenzierten prospektiven Fallpauschalen für alle medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie eine Tagespauschale für Unterbringung und Verpflegung vor. Über die Höhe des Entgelts soll im Gemeinsamen Ausschuß verhandelt werden. Allerdings sollen die Krankenhäuser eine Option erhalten, die Tagespauschale für Unterkunft und Verpflegung individuell auszuhandeln. Überschüsse würden nach diesem Modell den Krankenhäusern verbleiben; sie müßten jedoch auch Verluste selbst abdecken.

■ *Verhandlungsmodell*

Dieses Modell geht zwar vom selben Finanzierungs- und Entgeltverfahren aus, weist jedoch ein anderes System der Steuerung und Koordination auf. Anstatt der im Körperschaftsmodell erreichbaren, wenn auch mit einer erheblichen Beschränkung der einzelbetrieblichen Handlungsfreiheit verbundenen Existenzsicherheit des einzelnen Krankenhauses favorisiert das Verhandlungsmodell den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander als Regulativ. Das Modell geht davon aus, daß die Krankenhäuser den Krankenkassen ihre Leistungen anbieten und versuchen, in Einzelverhandlungen mit den Kassen Versorgungsaufträge und die zur Kostendeckung notwendigen Preise zu erzielen. Im Hinblick auf die Kassen wird unterstellt, daß diese ein Interesse daran haben, bei den Vertragsverhandlungen dafür zu sorgen, für ihre Versicherten ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Leistungsangebot sicherzustellen. Um der Gefahr der Leistungs- und Risikoselektion vorzubeugen, sollen Krankenhäuser und Krankenkassen das notwendige Niveau der Versorgung durch Vereinbarungen auf Landesebene definieren. Diese sollen der Genehmigung durch das Land unterliegen und als öffentlich-rechtliche Richtlinien erlassen werden. Für den Fall, daß diese Richtlinien zur Krankenhausversorgung in einer Versorgungsre-

gion erheblich und nachhaltig verletzt werden, sieht das Modell die Möglichkeit eines abgestuften Eingreifens des Staates vor, um Umfang und Niveau der Versorgung zu sichern.

Die Gemeinsame Selbstverwaltung reduziert sich in diesem Modell im wesentlichen auf die Festlegung des Versorgungsniveaus. Hierfür sollen die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer sowie die Vertreter der Krankenhausträger einen Landesausschuß bilden, der Richtlinien zur Krankenhausversorgung erarbeitet. Gegenstand dieser Richtlinien sollen z.B. Angaben über die räumliche Aufteilung des jeweiligen Bundeslandes in Krankenhausversorgungsregionen, Zulassungsbedingungen für eine Teilnahme an der Krankenhausversorgung sowie qualitative und quantitative Angaben über die Untergrenzen für die notwendige Versorgung auf der Ebene der Krankenhausregion sein.

Kennzeichnend für dieses Modell ist der außerordentlich große Handlungsspielraum, den es den Krankenhäusern einräumt. Sie sind weder an einen übergeordneten Krankenhausplan gebunden, noch verpflichtet, jenseits der Vereinbarungen mit den Krankenkassen allgemeine Versorgungsaufträge zu erfüllen. Zudem gibt es in diesem Modell keine imperative Krankenhausobjektplanung. „Hauptinstrument sind die Preise. Die Krankenkassen tragen faktisch die gesundheitspolitische Verantwortung für die stationäre Versorgung in der Region, wenn sie die Krankenhäuser durch ihre Preispolitik zur Leistungsselektion zwingen“ (KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG, 1987, S.25).

b) Einkaufsmodelle

Eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von der Kommission »Krankenhausfinanzierung« entwickelten Verhandlungsmodell haben Vorstellungen, die unter dem Begriff »Einkaufsmodell« Eingang in die gesundheitspolitische Reformdiskussion gefunden haben. Grundgedanke dieser Modelle ist, daß die Krankenkassen die zur Versorgung ihrer Mitglieder erforderlichen Leistungen von Dritten mittels Ausschreibung einkaufen. Dabei reduziert sich der Selbstverwaltungsaspekt auf die Kassenseite, wo die Interessen der Versicherten kollektiv wahrgenommen werden. Hinsichtlich des Steuerungs- und Koordinationsmechanismus sind Einkaufsmodelle allerdings eher als eine besondere *Variante marktwirtschaftlicher Steuerung* anzusehen, die gegenüber »reinen Marktmodellen« vor allem den Vorteil aufweist, daß die besonderen Probleme der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch Einschaltung der Kassen reduziert werden.

4. 4. 2 Reformansätze im Bereich der Arzneimittelversorgung

Mehr als alle anderen Bereiche kennzeichnet sich die Arzneimittelversorgung in der GKV durch Faktoren, die für ein Nicht-Markt-System typisch sind. Hierzu zählen

insbesondere die Besonderheiten des Sachleistungsprinzips, die Aufteilung der Nachfragefunktion, die *fehlenden Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen* und die *erheblichen Unvollkommenheiten des Marktes* (Vgl. NEUBAUER/REBSCHER, 1984, S.261; BAUER, 1986, S.293 ff; REHER/REICHELT, 1988; REINERS, 1987, S.228). Hinzu kommt, daß die auf gesetzlichen Grundlagen basierenden *Steuerungsmöglichkeiten* eher gering einzuschätzen sind (Vgl. BAUER, 1986, S.295). Derzeit ist die Preis- und Absatzpolitik der Pharmaindustrie nicht an die Zahlungsfähigkeit der Nachfrager gebunden. Als Bezieher der vom Arzt verordneten Medikamente üben sie keine bewußte Nachfrage aus. Allerdings besitzt der Arzt im System der Arzneimittelversorgung eine Schlüsselstellung. Letzteres hat zwar zu vielfältigen Überlegungen geführt, Steuerungsmechanismen direkt beim Arzt anzusetzen; Befürworter des Konzepts der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind jedoch davon überzeugt, daß Verbände Verhandlungen auch in dem „bislang wenig strukturierten und steuerungstechnisch schwierig erfassbaren Arzneimittelbereich“ (NEUBAUER/REBSCHER, 1984, S.260) den noch am ehesten wirk-samen Steuerungsmechanismus darstellen.

Allerdings ist auch dabei zu berücksichtigen, daß der Pharmamarkt von einer sehr *ungleichgewichtigen Ausgangsposition* der Anbieter- und der Nachfragerseite geprägt ist. Der Arzneimittelmarkt ist ein *angebotsdominierter Markt*, auf welchem die Position der Nachfrager nicht zuletzt aufgrund beschränkter Substitutionsmöglichkeiten schwach ist. Bisherige Erfahrungen zeigen zudem, daß „der chemisch-pharmazeutische Industriekomplex in diesem von außerordentlichen Anbieterinteressen charakterisierten Szenarium den Verbraucherinteressen kaum eine Chance läßt, berücksichtigt zu werden“ (BAUER, 1986, S.295; vgl. auch WESTPHAL, 1982, S.398 f.). Zwar haben die Krankenkassen (z.B. durch die Preisvergleichsliste und die Arzneimittelrichtlinien) beschränkte Möglichkeiten, das Verordnungsverhalten der Ärzte zumindest ansatzweise zu kontrollieren, was ihnen jedoch nach wie vor fehlt, ist ein konkreter *Einfluß auf die Preisgestaltung der Pharmaindustrie*. Vor diesem Hintergrund stellten die Spitzenverbände der GKV in einem gemeinsamen Thesenpapier fest: „Die bestehenden und von der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlenden Preise sind nicht Ausdruck rationaler Kaufentscheidungen, bei denen Wert und Gegenwert in Einklang gebracht worden sind. Sie sind Ausdruck mangelnder Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung“ (SPITZENVERBÄNDE DER GKV, 1985, S.8).

Ausgehend von dieser Lageeinschätzung haben die Spitzenverbände der GKV wiederholt gefordert, daß der Gesetzgeber die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen soll, um *direkte Preisverhandlungen* zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Arzneimittelherstellern zu ermöglichen. Nach diesen Vorstellungen sollte in die RVO eine Bestimmung aufgenommen werden, die die gesetzlichen Krankenkassen und die Arzneimittelhersteller verpflichtet, über die auf dem Markt befindlichen Produkte bzw. über deren Preise im Rahmen von Verhandlungen entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Eine derartige Verpflichtung sollte unabhängig von der Mit-

gliedschaft im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie bestehen. Außerdem wird verlangt, die aufzunehmende gesetzliche Bestimmung so zu fassen, daß die GKV nur als Einheit in die Verhandlungen mit den Arzneimittelherstellern eintritt, d.h., anders als im Bereich der kassenärztlichen Versorgung sollen getrennte Verhandlungen nicht möglich sein (Vgl. REINERS, 1987, S.229; BAUER, 1986, S.298; REHER/REICHELT, S.82 ff.)

Nach Auffassung der Spitzenverbände der GKV soll bei gegebenen Rahmenbedingungen die konkrete Ausgestaltung der Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen bleiben. Als Diskussionsgrundlage haben die Spitzenverbände der GKV zwei Modelle erarbeitet (Vgl. SPITZENVERBÄNDE DER GKV, 1985):

■ *Modell I*

Die Spitzenverbände der GKV bieten per Ausschreibung jährliche Preisverhandlungen für definierte Indikations-/Arzneimittel-/Wirkstoffgruppen an und bilden eine gemeinsame Verhandlungskommission. An diesen Verhandlungen kann sich jedes rechtlich selbständige Unternehmen im Arzneimittelbereich beteiligen, wobei die Bildung von Interessengemeinschaften der Hersteller zum Zweck der Verhandlungen möglich ist. So wäre z.B. denkbar, den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie in die Verhandlungen einzubeziehen. Gegenstand der Verhandlungen ist die Ermittlung und Vereinbarung von Preisen. In einem gewissen Rahmen sollen dabei die jeweiligen Produkteigenschaften berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die Differenzierung von Preisen für unterschiedliche Darreichungsformen, Wirkstoffgruppen etc. ist vorgesehen, Preis-Bandbreiten bzw. Preis-Raster, orientiert an einem Eckpreis, zu vereinbaren. Für echte Neuentwicklungen sollen auf Antrag des Arzneimittelherstellers zwischen ihm und den Spitzenverbänden der GKV Preisverhandlungen stattfinden.

Der vereinbarte Preisrahmen legt Höchstpreise fest; Arzneimittel, deren Preise im Bereich des vereinbarten Preisrahmens liegen, werden gemäß dem Sachleistungsprinzip voll erstattet. Dagegen werden teurere Arzneimittel nach dem Indemnitätsprinzip nur in Höhe des vereinbarten Höchstbetrages erstattet. Die Differenz ginge zu Lasten des Versicherten.

■ *Modell II*

Das zweite Modell zielt auf eine Kontrolle der Preisentwicklung ab; entsprechend wird das jeweils gegebene Preisniveau von den Spitzenverbänden der GKV akzeptiert. Gegenstand der Verhandlungen sind somit lediglich Preiserhöhungen bzw. -senkungen. Wollen die Arzneimittelhersteller Preiserhöhungen durchsetzen, so müssen sie diese bei den Spitzenverbänden beantragen. Über die Anträge soll dann in gemeinsamen Verhandlungen entschieden werden. Dabei ist auch vorgesehen, daß Entscheidungen über Preiserhöhungsanträge der Arzneimittelhersteller nur an einem bestimmten Stichtag eines jeden Jahres wirksam werden. Die Kriterien, nach denen diese Erhöhungsanträ-

ge genehmigt bzw. abgelehnt werden, sollen sich an allgemein zugänglichen Daten orientieren; zu denken ist hierbei u.a. an die Grundlohnsumme, Daten des Jahreswirtschaftsberichts, aber auch an qualitative Aspekte (z.B. die spezifische Marktsituation). Bei neu auf den Markt kommenden Arzneimitteln sollte sich die Preisfindung am durchschnittlichen Preis aller Konkurrenzpräparate orientieren.

Wenn die Preiserhöhung für ein Arzneimittel nicht genehmigt wurde, könnte dies zum einen zur Folge haben, daß es als nicht mehr erstattungsfähig gilt (d.h. bei Verordnung durch den Arzt der Patient den vollen Preis bezahlen müßte), zum anderen könnte das Medikament im Rahmen des genehmigten Preises erstattungsfähig sein (in diesem Fall wäre der über die Erstattungspflicht hinausgehende Betrag durch den Versicherten zu tragen).

Diese beiden Modelle unterscheiden sich v.a. dadurch, daß das eine das bestehende Preisniveau als gegeben hinnimmt, während das andere Modell das aktuelle Preisniveau nicht akzeptiert. Ersteres (Modell II) stellt insoweit eine eher »defensivere« Lösung dar, als davon ausgegangen wird, daß das bestehende Arzneimittelpreisniveau kurzfristig nicht verändert, allenfalls der »Schaden« einigermaßen begrenzt werden kann (Vgl. REINERS, 1987, S.231). Dieses Modell weist zudem jedoch den Nachteil auf, daß es einseitig auf die *Arzneimittelpreisentwicklung abzielt und keinerlei Einflußnahme auf strukturelle Entwicklungen* des Marktes erlaubt. Berücksichtigt man, daß die Preiskomponente für die Ausgabenentwicklung der GKV in der Vergangenheit eher eine untergeordnete Rolle gespielt hat, „dürfte die Wirkung dieses Modells sehr begrenzt sein und von den Arzneimittelherstellern durch andere Absatzstrategien weitgehend unterlaufen werden“ (REHER/REICHELT, 1988, S.83). Schließlich stellt in diesem Modell die Preisfestsetzung für neu zugelassene Arzneimittel ein Problem dar, vor allem dann, wenn es sich um neuartige Wirksubstanzen handelt.

In gewissem Umfange sind die Auswirkungen der direkten Preisverhandlungen den durch eine Positivliste erzielten Ergebnissen vergleichbar (Vgl. BAUER, 1986, S.297). Bereits in der einfachsten Version des Modells direkter Preisverhandlungen ist implizit eine *preisorientierte Negativliste* enthalten, da diejenigen Produkte, die von den Herstellern der Preiskontrolle durch die gemeinsamen Verhandlungen entzogen werden, zwangsläufig (wenigstens teilweise) von der Erstattungsfähigkeit durch die GKV ausgeschlossen werden müssen. Ohne diesen Sanktionsmechanismus würden die Preisverhandlungen ihren Sinn verlieren (Vgl. REHER/REICHELT, 1988, S.83). Ein gemeinsamer Nachteil beider Modelle der direkten Preisverhandlungen ist darin zu sehen, „daß zwar ein Gegengewicht zu den Preisforderungen der Pharma-Hersteller auf der Nachfrageseite gebildet wird, aber die Produktvielfalt auf dem Arzneimittelmarkt nicht oder nur wenig eingeschränkt wird“ (BAUER, 1986, S.297).

Eine Möglichkeit der stärkeren Berücksichtigung qualitativer Aspekte im Rahmen direkter Preisverhandlungen könnte die explizite *preisorientierte Positiv- bzw. Negativ-*

ste sein. Bei dieser weiterentwickelten Modellvariante müßte für jedes Arzneimittel, das für den Markt der GKV zugelassen werden soll, eine zwischen den Arzneimittelherstellern und den GKV-Spitzenverbänden verhandelte *Preis/Nutzen-Bewertung* stattfinden. In diesem Zusammenhang wären eine Vielzahl von Preiskontrollmechanismen denkbar. Beispielsweise könnte für die Aufnahme in eine derartige Positivliste vereinbart werden, daß der Preis des betreffenden Medikaments um einen bestimmten Prozentsatz unter einem Referenzpreis vergleichbarer Produkte liegt. Eine noch weitergehende Einbeziehung qualitativer Aspekte mündet in das Modell einer *qualitätsorientierten Positiv- bzw. Negativliste*. Hier würde der therapeutische Nutzen der betreffenden Arzneimittel Gegenstand eines »Zulassungskriterienkatalogs« (Vgl. REHER/REICHELT, 1988, S.84) sein.

Ungeachtet der konkreten Ausgestaltung direkter Preisverhandlungen muß bei jeder Einflußnahme auf den Pharma-Bereich berücksichtigt werden, daß „die Anreize für die pharmazeutische Industrie, innovatorisch tätig zu werden, nicht verringert, sondern eher vergrößert werden sollten. Dies müßte in erster Linie durch eine Umstrukturierung der Ausgaben aus dem Bereich des Marketings in den Bereich der innovativen Forschung und Entwicklung erreicht werden. Innerhalb der Forschung und Entwicklung sollte die imitative Komponente verringert werden, weil sie zur Patentierung von zahlreichen Mitteln führt, die praktisch wirkungsgleich sind“ (BAUER, 1986, S.296). Schwierigkeiten dürfte in jedem Falle die Bewertung neuer Arzneimittel bereiten; „einerseits besteht die Gefahr, daß eine rigide Preiskontrolle die Einführung neuartiger Arzneimittel und damit therapeutische Fortschritte blockiert, andererseits vermögen die Arzneimittelhersteller durch Produktdiversifikation die Preiskontrolle zu unterlaufen oder zumindest zu erschweren“ (REHER/REICHELT, 1988, S.84).

4. 4. 3 Reformansätze im Bereich der ambulanten Versorgung

In Anbetracht dessen, daß der *Bereich der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung* der bisher einzige Bereich ist, in dem das »Konzept der Gemeinsamen Selbstverwaltung« tatsächlich verwirklicht ist und eine Ausweitung dieses Konzepts auf andere Versorgungsgebiete nicht zuletzt deshalb gefordert wird, weil seine *Funktionsfähigkeit* hier in der Vergangenheit mehrfach unter Beweis gestellt worden sei, beziehen sich die Reformvorschläge im wesentlichen auf punktuelle Veränderungen und Verbesserungen. Dagegen gehen die Befürworter dieses Steuerungs- und Koordinationsverfahrens grundsätzlich davon aus, daß sich die Gemeinsame Selbstverwaltung „als außerordentlich produktiv beim Ausheken von Entgeltmechanismen erwiesen“ (THIEMEYER, 1985, S.9) habe, wenngleich die Kostendämpfung die Leitlinie bildete und gesundheitspolitische Aspekte kaum Berücksichtigung fanden. Zwar bestehe sicherlich auch im Bereich der kassenärztlichen Versorgung noch *Handlungsbedarf*, eine grundsätzliche reformerische Initiative

des Selbstverwaltungsprinzips wie z.B. im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich sei allerdings nicht erforderlich (Vgl. REINERS, 1987, S.224).

5. Einwände gegen eine Steuerung auf der Ebene der Verbände

Im Gegensatz zu Globalsteuerungs- und Budgetierungsstrategien sowie marktwirtschaftlichen Reformoptionen, zu denen es eine ausgesprochen engagierte und kontroverse Diskussion in Wissenschaft und Politik gibt, sind differenzierte Auseinandersetzungen mit dem Konzept einer Steuerung des Gesundheitswesens auf der Ebene der Verbände (»Gemeinsame Selbstverwaltung«) gegenwärtig jedenfalls noch äußerst selten. Dabei ist auch zwischen jener Kritik zu unterscheiden, die sich gegen die Gemeinsame Selbstverwaltung als einem Steuerungs- und Koordinationsmechanismus für das gesamte Gesundheitswesen wendet. Die hier vorgetragenen Einwände beziehen sich primär auf Bestrebungen, die Gemeinsame Selbstverwaltung zum übergreifenden Ordnungsprinzip für das Gesundheitswesen zu erheben. Dem fragmentarischen Charakter der Kritik an diesem Konzept entsprechend, stellt auch die nachfolgende Darstellung lediglich eine Auflistung einiger Hauptkritikpunkte dar.

Eine Reorganisation des Gesundheitswesens nach dem Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung erscheint Kritikern schon deshalb als äußerst problematisch, da das Wissen zu korporatistischen Organisationsformen nach ihrer Meinung äußerst lückenhaft ist. Während in bezug auf die klassischen Ordnungsprinzipien gesicherte Erkenntnisse über Funktionsbedingungen und Leistungen vorlägen, gebe es kaum Erfahrungen, inwieweit die für eine funktionsfähige Steuerung des Gesundheitswesens auf der Ebene der Verbände erforderlichen Voraussetzungen überhaupt geschaffen werden könnten. Die in Teilbereichen bereits heute realisierte Gemeinsame Selbstverwaltung jedenfalls lasse zahlreiche Mängel erkennen, die eher gegen eine Ausdehnung dieses Steuerungs- und Koordinationsverfahrens auf andere Bereiche des Gesundheitswesens sprächen (Vgl. KNAPPE, 1988a, S.292).

Besonders entschiedene Gegner eines korporatistischen Steuerungsmechanismus sehen die Gefahr einer *Entwicklung hin zum allmächtigen Verbändestaat*, in welchem die Eigeninteressen der Funktionäre über die Interessen der Individuen dominieren. Sie verweisen dabei nicht zuletzt auf die negativen Auswirkungen ständischer Strukturen in der Vergangenheit. Außerdem erinnern sie daran, daß durch dieses Steuerungskonzept bewußt *Monopole* geschaffen würden, mithin auch die derartigen Organisationsformen immanenten umfangreichen Nachteile in Kauf genommen werden müßten.

Nach Ansicht der Gegner weist das korporatistische Verhandlungsmodell insbesondere in dynamischer Hinsicht in bezug auf das *Ziel einer Allokationsverbesserung* gegenüber wettbewerblichen Organisationsformen gravierende Mängel auf. Dieser Einschätzung zufolge sind korporatistische Organisationsformen eher geeignet, „das Beste-

hende zu verwalten, als dynamische Neuerungen zu entwickeln und einzuführen, der den Haushalten zugute kommen würden“ (KNAPPE, 1988 a, S. 291). Zur Begründung wird darauf verwiesen, daß in einem Verhandlungsmodell zentraler korporatistischer Prägung vor Wettbewerb geschützte Großorganisationen existieren, bei denen weder „die Innovationsfähigkeit (bürokratisches Verhalten, Risikominimierung) noch die Innovationsanreize, noch ein Zwang zur Nachahmung von Innovationen anderer gegeben“ (KNAPPE, 1988 a, S. 290) ist. Vor allem in dynamischer Hinsicht zeichneten sich korporatistische Lösungen durch einen *extremen Hang zum Beharren* und eine *außerordentliche Innovationsunfähigkeit* aus.

Bedenken werden auch geäußert, inwieweit eine korporatistische Steuerung des Gesundheitswesens mit der für die Bundesrepublik getroffenen wirtschaftsordnungspolitischen Grundentscheidung zugunsten eines marktwirtschaftlichen Systems zu vereinbaren ist. Kritiker haben Zweifel daran, ob ein derartiger Steuerungsmechanismus sich in eine grundsätzlich marktwirtschaftliche Ordnung integrieren läßt, zumal wenn sich dieser Zuteilungs- und Konfliktlösungsmechanismus auf einen staatlichen Herrschaftsanspruch stütze. Als besonders problematisch wird angesehen, daß mit hoheitlichen Funktionen ausgestattete Verbände in die Lage versetzt würden, Regelungen zu treffen, die in ihren wirtschaftlichen wie rechtlichen Auswirkungen Gesellschaftsbereiche tangieren, die nicht unter ihre direkte Legitimation fielen (Vgl. MÜNNICH in: GÄFGEN [Hrsg.], 1988, S. 298). Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf Erfahrungen, wonach sich Verbände mit Interessengegensätzen vielfach nur dann auf gemeinsame Lösungen verständigen könnten, wenn es ihnen gelinge, die Lasten auf unbeteiligte Dritte abzuwälzen.

Kollektive Vereinbarungen weisen nach Auffassung der Kritiker zudem wenig Anpassungsfähigkeit an neue Situationen auf. Als Gründe für die mangelnde Anpassungsfähigkeit der kollektiv vereinbarten Tauschbeziehungen werden angeführt (GÄFGEN, 1988, S. 81 f.).

- die relativ lange Geltungsdauer der Abkommen im Vergleich zur Vielzahl kleiner privater Kontakte, welche zum Teil ebenfalls langfristige kontraktuelle Beziehungen herstellen, aber mehr Anpassungen vorsehen und in ihrer Gesamtheit zeitlich stark streuen;
- die starke Vereinheitlichung der abgemachten Bedingungen und die durch die Selbstverwaltung vorgenommenen Standardisierungen, welche die fortlaufende Selektion der erfolgreichsten Produkte und Techniken verhindern;
- die Notwendigkeit sowohl für die innere Selbstverwaltung der Verbände als auch für die Verhandlungsparteien, die heterogenen Interessen aller Beteiligten zu berücksichtigen und daher nur für alle erträgliche und damit in der Regel nur geringerfügige Veränderungen zu vereinbaren. Zustimmung für größere Anpassungen ist zwar durch Gewährung von Kompensationen zu erlangen, doch ist die Erschließung von Kompensationsmöglichkeiten gerade in Verhandlungen, die je nur begrenzte Objektbereiche umfassen, begrenzt;

- die Tendenz zum Schutz von »vested interests«, die ja zugleich die Unterlassung struktureller Anpassungen beinhaltet.

Einen anderen erheblichen Mangel, der erhoffte Vorteile deutlich kompensieren würde, sehen Kritiker in den durch Kollektivverträge und Kollektiverhandlungen erzielten Verteilungsergebnissen. Bei derartigen Verhandlungen gehe es vor allem darum, bestimmte *Verteilungspositionen* zu erhalten oder doch weitgehend zu verteidigen. „Änderungen in den Verteilungspositionen sind allenfalls marginal und nur in einem mühevollen Prozeß möglich. Allokation, effizienter Einsatz der Ressourcen und Wirtschaftlichkeit spielt bei diesen Prozessen allenfalls verbaliter als vorgebliche Motivation einzelner Züge im Rah-

men der Verhandlungen eine Rolle“ (MÜNNICH in GÄFGEN [Hrsg.], 1988, S. 298).

Entsprechend kann nach Ansicht verschiedener Kritiker der Gemeinsamen Selbstverwaltung ein durchgängig korporatistischer Ansatz allenfalls als Mittel einer *reinen Politik der Kostendämpfung* nützlich sein. Dies gelte insbesondere dann, wenn ein absolutes Gesamtniveau der Aufwendungen von außen durch massiven politischen Druck und unabdingbar vorgegeben sei. Als Instrument einer auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Strukturreform, die die Bedürfnisse der Bevölkerung ernst nehme und für deren Befriedigung eine kostenminimale Versorgungsstruktur suche, sei eine korporatistische Organisationsform dagegen nicht geeignet (Vgl. MÜNNICH in GÄFGEN [Hrsg.], 1988, S. 298).

IV. Problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung

1. Vorbemerkung

Bei allen Unterschieden, die die bislang vorgestellten Ordnungssysteme insbesondere hinsichtlich der jeweils dominierenden Entscheidungs- und Steuerungsebene sowie gewisser ihnen zugrundeliegenden normativen Entscheidungen ausweisen, ist ihnen dennoch allen gemeinsam, daß sie es als ihre Hauptaufgabe ansehen, für ein letztlich exogen vorgegebenes, wenn auch partiell endogen veränderbares System, Verfahren und Mechanismen zu liefern, um Allokations- und Verteilungsprobleme in nach dem jeweiligen Verständnis möglichst optimaler Weise zu lösen, wobei die Minimierung des monetär bewerteten Ressourceneinsatzes ein wesentliches Effizienzkriterium darstellt. Eine derartige Optimierungsaufgabe erfordert zwangsläufig die Reduktion des inhaltlichen Wirkungsfeldes auf systembezogene Aufgaben. Zwar geht es selbstverständlich auch diesen Ordnungskonzepten um gesundheitspolitische Ziele, wie z.B. eine Reduzierung von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren oder eine Erhöhung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung; derartige Ziele sind jedoch nie Selbstzweck, sondern dienen dazu, den durch das zu optimierende Versorgungssystem (i.S. von Kostenminimierung) zu bewältigenden Schadensanfall (i.S. von eingetretenen Krankheiten) zu reduzieren.

Im Vergleich hierzu geht das Konzept der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung von gänzlich anderen Überlegungen aus. Im Mittelpunkt steht nicht die Erreichung einer optimalen Allokation des Ressourceneinsatzes zur Bewältigung von medizinisch definierten Krankheiten. Als Hauptaufgabe dieses Ansatzes wird vielmehr verstanden, die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen so zu gestalten, daß vermeidbare Schadensfälle und damit ein Ressourceneinsatz erst gar nicht

erforderlich werden. Selbst dann jedoch, wenn eine Versorgung eingetretener Krankheiten unvermeidlich ist, geht es nicht primär um eine Steuerungseffizienz im Sinne von kostenminimierender Produktionseffizienz, sondern um die medizinische und soziale Bewältigung von Krankheiten.

Ogleich ein solcher Zielbezug über den Aufgabenbereich und die Steuerungsmöglichkeiten innerhalb des Krankenversicherungssystems hinausreicht, läßt sich letzteres nur dann sinnvoll steuern, wenn die ausgelösten Wirkungen von Steuerungsmaßnahmen mit dem spezifischen Ziel der Gesundheitspolitik kompatibel sind, d.h. einen positiven Beitrag zur Minderung von negativen und zur Förderung positiver Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung leisten. Inwieweit die problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung letztlich dazu führt, »Kosten zu senken«, läßt sich a priori nicht beantworten. Jedenfalls findet die an Gesundheitszielen orientierte Steuerung ihre Begründung zunächst in *positiven* Zielkonzeptionen, die sich nicht auf Kalküle in Geldeinheiten stützen (lassen/müssen).

2. Problembezogene Analyse aktueller Reformbestrebungen¹

2.1 Ausgangsüberlegungen

Die aktuelle Reformdiskussion im Bereich des Gesundheitswesens kennzeichnet sich durch eine kaum mehr

1) Die Ausführungen zu diesem Steuerungsansatz stützen sich äußerst weitgehend auf den Aufsatz von Rolf ROSENBROCK: »Gesundheitsversicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens der Gesetzlichen Krankenversicherung«, Berlin August 1988

überschaubare Vielzahl von Reformvorschlägen, wobei oftmals unklar bleibt, von welchen Gegebenheiten ausgegangen wird oder wie die Detailvorschläge in einen größeren Systemzusammenhang einzuordnen sind. Bei dem Versuch, einen Überblick über die in die Diskussion eingebrachten Vorschläge zu gewinnen, ergeben sich je nach Einstiegsort verschiedene Schneisenwege, die sich untereinander vielfach kreuzen. So können beispielsweise ökonomische und politische Makrovariablen bzw. -interessen identifiziert werden, die die Diskussion um den Prozeß letztendlich bestimmen (Vgl. KÜHN, 1985; DEPPE, 1987; ROSENBRÖCK, 1985 d). Daneben finden sich Ansätze, die v.a. den Gang der Handlung als Ausdifferenzierung von Sozialleistungstatbeständen beschreiben und prognostizieren (Vgl. von FERBER, 1988). Die Analyse historisch unterschiedlicher Akteur-Konfigurationen führt zur Unterscheidung verschiedener Reformmuster für die Finanzierungsstruktur, die Versorgungsstruktur und die Regulierungsstruktur im Gesundheitswesen (Vgl. WEBBER, 1988). Dagegen sind anspruchsvolle Versuche der systemtheoretisch inspirierten Zusammenführung dieser und anderer Zugänge höchst selten (Vgl. NASCHOLD/SCHÖNBÄCK, 1977).

Die Formulierung eines problembezogenen Steuerungsansatzes hat damit zu beginnen, das *Feld der Gesundheitspolitik* von dem zumindest logisch nicht abwegigen Gedanken her zu strukturieren, daß das *Ziel der Gesundheitspolitik* die Verhinderung von Krankheiten, die Mehrung von Gesundheit und die Betreuung von Kranken ist. Die Nennung dieser Teilziele in dieser Reihenfolge ist dabei nicht zufällig, sondern stellt bereits eine qualitative Strukturierung dar. Hiervon ausgehend werden dann auch die *systematischen und aufeinander aufbauenden Verkürzungen und Verengungen* sichtbar, die querschnittsartig nahezu alle Diskussionen zur Gesundheitspolitik und Strukturreform des Krankenversicherungssystems durchziehen. Diese führen dazu, daß das, worüber im Rahmen von Strukturreformen eigentlich zu reden wäre, nämlich ihre sozialen und gesundheitlichen Implikationen und Wirkungen, nahezu systematisch nicht zur Sprache kommt (Vgl. ROSENBRÖCK, 1988 b, S.1).

Gemeint ist damit von den Befürwortern eines im Vergleich zu den sonstigen Konzepten alternativen Steuerungsansatzes die

- Reduktion von *Gesundheitspolitik* auf die *Krankenversorgungspolitik*,
- Reduktion von *Krankenversorgungspolitik* auf *Kostenpolitik*,
- Reduktion von *Kostenpolitik* auf die *Steuerung des Versicherten- und Patientenverhaltens*.

Um zu problemadäquaten Lösungsansätzen zu gelangen, wird zunächst verlangt, die üblichen Verengungen und Verkürzungen der Reformdiskussion aufzubrechen und zu überwinden. Kritisch hinterfragt werden sollen insbesondere jene drei Entscheidungsprämissen, die die gesundheitspolitische Diskussion und die wichtigen gesundheitspolitischen Strategien und Maßnahmen in aller Regel bestimmen (Vgl. NASCHOLD, 1977, S.459):

- 1) Der Gesundheitsschutz ist heute besser denn je.

- 2) Das verbleibende Zentralproblem der gesundheitlichen Versorgung liegt in der Kostenfrage.
- 3) Das Kostenproblem ist wesentlich das Problem der politisch-administrativen Steuerung über Rechtsnormen und Geld, durchgeführt durch den Staat sowie die Vertreter der Anbieter und Nachfrager im Gesundheitswesen.

Die Kosten der Gesundheitspolitik werden zwar auch von den Befürwortern einer problembezogenen Mischsteuerung als ernstzunehmendes Problem angesehen; allerdings stellt für sie die *Bezahlbarkeit eine Nebenbedingung der Gesundheitspolitik und nicht ihr Ziel dar* (Vgl. ROSENBRÖCK, 1987 b, S.3). Insbesondere wird davor gewarnt, mit der nicht zu bestreitenden Kostenfrage die öffentliche Aufmerksamkeit nur auf eine Seite des Problems zu lenken. „Denn die Probleme der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik auf Fragen der Kostenarten und der Kostenentwicklung sowie der Finanzierung zu verengen, bedeutet die Ausklammerung und oft auch die Verschleierung wichtiger Struktur- und Zielfragen eben dieses Versorgungssystems“ (NASCHOLD, 1977, S.459).

Gefordert wird insbesondere, die öffentliche Diskussion auf das Verhältnis gesundheitspolitischer Ziele, des Grades ihrer Erreichung und der dazu erforderlichen Mittel (Geld, Personal, Sachmittel) auszuweiten. „Zur politischen Entscheidung steht somit nicht die Frage der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen an sich, sondern das Problem der Effizienz und Effektivität der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik“ (NASCHOLD, 1977, S.459). Zugleich wird die Behauptung zurückgewiesen, die Probleme des Gesundheitswesens resultierten vor allem aus einem *überzogenen Anspruchsdenken der Versicherten*, wie es die beliebte, „aber mehr von Vorurteilen als vom Sachverstand zeugende These von der Rationalitätenfalle“ behauptet. Die tatsächlichen Probleme seien vielmehr die sich zunehmend bemerkbar machenden Mängel in der Effektivität des Medizinbetriebes (REINERS, 1988 a, S.15).

2. 2. Verkürzungen und Verengungen derzeitiger Reformüberlegungen

2. 2. 1 Reduktion von Gesundheitspolitik auf eine Krankenversorgungspolitik

Den zentralen Ansatzpunkt der Kritik am gegenwärtigen Gesundheitsversorgungssystem bildet die These, daß als Feld der Gesundheitspolitik weithin nur das *Krankheitsversorgungssystem* wahrgenommen und bearbeitet wird. Der Blickwinkel verenge sich damit auf die *medizinisch-professionell institutionalisierte Behandlung* des Schlußabschnitts der mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängenden Problemsequenz. Trotz wachsender und zunehmend öffentlich vorgetragener Medizinkritik wird argumentiert, dahinter steht nach wie vor das Vorurteil, daß zur Erhaltung der Gesundheit und zur Bewältigung von Krankheit vor allem medizinisches Handeln ausschlaggebend sei (Vgl. BADURA/LEHMANN, 1985, S.594).

Die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängende *Problemsequenz* (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.2 f.)

- beginnt mit den *Faktoren und Phasen der Gesundheitsgefährdung*, der *Krankheitsbegünstigung* bzw. der *Gesundheitsförderlichkeit* in den Sphären der Lebenswelt (Arbeit, Umwelt, Wohnen, Verkehr, Erholung, Konsum).
- Sie läuft weiter über die zahlreichen *Vorformen der Krankheitsmanifestation*, die vor allem bei chronisch-degenerativen Krankheiten zwar sozial, psychisch und als Befindlichkeitsstörungen, aber meist noch nicht medizinisch als spezifische Symptome wahrnehmbar sind. (Diese Vorformen werden auch in den Phasen von der Manifestation bzw. spezifischen medizinischen Intervention unter der Überschrift »Gesundheit« oder auch unter nahezu jeder anderen Überschrift formellen oder informellen Systemen der Lebenswelt bearbeitet, oder sie bleiben auch unbearbeitet). Grundsätzlich muß davon ausgegangen werden, daß auch in Gesellschaften mit hochtechnisierten und mit Expertenwissen ausgestatteten Versorgungssystemen - abgesehen von in der Regel kurzen Phasen intensiver medizinischer Behandlung - die „tagtägliche Bewältigung einer chronischen Krankheit und ihrer seelischen, sozialen Folgen in erster Linie in den Händen der Betroffenen selbst, ihrer nächsten Angehörigen und anderer Mitglieder ihres persönlichen sozialen Netzwerkes“ liegt (BADURA/LEHMANN, 1985, S.594).
- Sie reicht schließlich hin bis zu den verschiedenen Stufen der Erfassung oder gar Bewältigung medizinisch meßbarer Gesundheitsprobleme bzw. medikalisierten Sozialprobleme im *Krankenversorgungssystem*.

Die Kritik setzt vor allem daran an, daß die Reduktion von Gesundheitspolitik auf die Regulierung dieser letzten Sequenz adäquat sein mag für plötzlich auftretende und tatsächlich kurierbare Erkrankungen (z.B. heilbare Infektionskrankheiten, Knochenbrüche etc.), sie aber inadäquat ist für die heute dominanten chronisch-degenerativen Leiden. Zur Begründung dieser Beurteilung wird nicht zuletzt auf eine Fülle von medizinhistorischen, epidemiologischen und medizinsoziologischen Erkenntnissen verwiesen, die nahelegen, daß weniger professionelles medizinisches Handeln, sondern vor allem „das Laienhandeln in Abhängigkeit oder in Wechselwirkung mit Umweltfaktoren von erheblicher, oft ausschlaggebender Bedeutung ist, sowohl für die Förderung der Gesundheit als auch für die Verhinderung von Krankheit, vor allem aber für die Bewältigung einer schweren chronischen Krankheit“ (BADURA/LEHMANN, 1985, S.594; BADURA, 1984, S.151 ff.).

Die Konsequenz bei der im Vergleich zu einer integrierten Sichtweise üblichen verengten Betrachtungsweise ist nach Auffassung der Vertreter eines problembezogenen Steuerungsansatzes, daß zwei wesentliche Felder regelmäßig unbeachtet, zumindest aber unterbelichtet bleiben (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.3):

- die *Krankheitsverhütung* und *Gesundheitsförderung* (Prävention) sowie

- die vielfältigen *Filter- und Sogeffekte* sowie Mechanismen der Selbst- und Fremdselektion, die die Auswahl und Steuerung jener Probleme bewirken, die letztlich in das professionelle Krankenversorgungssystem gelangen.

Eine derartige Verkürzung wird als um so schwerwiegender angesehen, als gerade auf diesen beiden Feldern wesentliche *Produktivitätsreserven der Gesundheitspolitik* (Vgl. ROSENBROCK, 1987 a, S.2) liegen. Auch nach international weit verbreiteter Ansicht (Vgl. WHO, 1985) lägen in diesen beiden Bereichen gewaltige, positiv nutzbare Steuerungspotentiale für die Gesundheitspolitik. Dabei wird unter Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik zweierlei verstanden (Vgl. ROSENBROCK, 1987 a, S.3):

- 1) *Erzeugung bzw. Erhaltung von Gesundheit* durch Gesundheitspolitik;
- 2) *Steigerung der Anzahl lebbarer Lebensjahre und Abbau sozialer Ungleichheit* vor Krankheit und Tod durch Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung und *problemadäquate Gestaltung der Zugänge in das Krankenversorgungssystem*.

Für die Erweiterung der Betrachtungsweise spricht nach Überzeugung der Befürworter dieses Ansatzes zwingend die folgende Feststellung: „Peoples health is primarily the result of the environment in which they live and the patterns of behaviour they follow. Those patterns are shaped by environments and environments are shaped by public policy“ (MILIO, 1986). Eine auf dieser Basis konzipierte Gesundheitspolitik erfordert, die *Gesundheitserhaltung gleichrangig* neben die *Krankheitsbehandlung* als Zielgröße und als Politikfeld der Gesundheitspolitik zu stellen. Dabei ließen sich die gesundheitlichen Wirkungen des Krankenversorgungssystems bzw. von Veränderungen in und an ihm grundsätzlich an den gleichen Zielgrößen messen und mit der gleichen epidemiologischen Methode evaluieren wie der health impact von Politiken aus anderen Bereichen bzw. Ressorts (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.4).²

Verantwortlich gemacht für die weitgehende Abstinenz der Gesundheitspolitik - übrigens nicht nur in der Bundesrepublik von diesen gesundheitspolitischen Feldern und den in ihnen liegenden Steuerungspotentialen wird eine Sichtweise, in der Gesundheit stets von der Krankheit her definiert wird. Als Ausdruck dieser Sichtweise gilt die Tatsache, daß in der öffentlichen und politischen Diskussion immer noch die für Kuration und Symptomlinderung »zuständigen« Individualmediziner tonangebend sind, denen es disziplinar fremd ist, die Identifikation von und den Umgang mit Gesundheitsrisiken auf Kollektive bezogen zu optimieren sowie medizinische und nichtmedizinische Interventionen fair gegeneinander abzuwägen. Nach herrschendem Verständnis gilt Medizin als Naturwissenschaft; demgemäß konzentrieren sich Ausbildung und Tätigkeit von Medizinern auf Heilung oder Linderung von

2) Seit den WHO-Konferenzen 1985 in Toronto und 1986 in Ottawa wird diese Verankerung des ressortübergreifenden Querschnittspekts »Gesundheitsförderlichkeit/Gesundheitsverträglichkeit« unter dem Begriffspaar »Public health policy« und »Healthy public policy« diskutiert (Vgl. CONRAD/KICKBÜSCH, 1988).

Störungen in naturwissenschaftlich zu bestimmenden, körperlichen Vorgängen. Seelische Nöte oder soziale Folgeprobleme einer chronischen Krankheit geraten hierbei allenfalls zufällig in den Blickwinkel (Vgl. BADURA/LEHMANN, 1985, S.594). Zudem erlernt und erlebt der klinisch ausgebildete Arzt seine „professionelle Welt primär aus dem Gesichtswinkel gescheiterter Prävention, von der er daher meistens auch nicht viel hält“ (ROSENBROCK, 1988 b, S.4).

Die immerwährend gestellte Frage, ob sich im Ergebnis der Umsetzung einer Gesundheitspolitik, die solche Mängel vermeidet, die *Gesamtsumme der gesellschaftlichen Aufwendungen* für Gesundheit und Krankheit verringern oder vergrößern würde, kann zwar nicht eindeutig geklärt werden, nach Ansicht der Befürworter einer solchen Politik ist die Diskussion darüber im Kern aber auch müßig. Eindeutige Aussagen werden vor allem deshalb nicht gemacht, weil für einen solchen Vergleich nicht einmal die Ausgangsgrößen bekannt sind (die GKV-Ausgaben werden nicht als valider Indikator angesehen), mithin eine Prognose unseriös wäre. Es spreche allerdings nichts gegen die Einschätzung, daß eine solche Politik sowohl insgesamt als auch sozialverträglich finanzierbar wäre. Zugunsten einer derartigen Politik könne in jedem Fall angeführt werden, daß sich durch ihre demokratisch legitimierte und kontrollierte Realisierung ein erheblich *rationalerer und humanerer Umgang* mit menschlichen, sachlichen und finanziellen Aufwendungen in bezug auf Gesundheit/Krankheit ergeben würde (Vgl. SCHWARTZ, 1988 b; ROSENBROCK, 1987; ROSENBROCK, 1985 d). Wenn es zudem gelinge, durch eine derartige Politik, die soziale Ungleichheit vor Tod und Krankheit abzubauen, seien dies *sozialpolitische Erfolge*, deren Bedeutung weit über die gleichzeitig zu behebenden, sicherlich nicht unbedeutlichen Fehlsteuerungen von Ressourcen im Krankenversorgungssystem hinausweist (Vgl. ROSENBROCK, 1987 b, S.3).

2. 2. 2 Reduktion der Krankenversorgungspolitik auf Kostenpolitik

Ein zweites, nahezu durchgängiges Defizit der auf Strukturreform zielenden Diskussionen sehen die Befürworter eines problembezogenen Steuerungsansatzes darin, daß die solchermaßen auf *Krankenversorgungspolitik verkürzte Gesundheitspolitik* weithin verengt unter dem *Aspekt der Kosten* wahrgenommen, definiert und betrieben werde. Dabei wird keineswegs bestritten, daß Kosten und Kostenentwicklung im Krankenversorgungssystem ein gravierendes Problem darstellen. Entschieden bestritten wird allerdings, daß die häufig benutzte Metapher von der *Kosten-»Explosion«* einer empirischen Prüfung standhält (in der Bundesrepublik im übrigen noch weniger als in eher marktwirtschaftlich organisierten Krankenversorgungssystemen, wie z.B. den USA).

Eine Überprüfung der Effizienz des medizinischen Krankenversorgungssystems bringt indessen drei sich überlagernde Probleme zum Vorschein: das *Kostenproblem im engeren Sinne*, das *Problem der gesellschaftlichen Kosten*

im Verhältnis zum gesellschaftlichen Nutzen des bestehenden Gesundheitswesens, sowie das *Problem der Effizienz medizinischer Interventionen* generell (Vgl. NASCHOLD, 1977, S.460). Auch diesbezüglich ist in der laufenden Reformdiskussion eine *Blickwinkelverengung* zu konstatieren: Aspekte der Beitragssatzstabilität oder die Beeinflussung von bestimmten Kostengrößen bzw. -blöcken treten allzu häufig an die Stelle eigentlicher Gesundheits- und auch Versorgungsziele (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.5). Es überwiegt durchweg die Tendenz, den unmittelbaren Kostendruck mit einer Politik globaler Ausgabenplafontierung zu begegnen, die Kernstrukturen des Gesundheitswesens jedoch unbefragt beizubehalten. Dabei müsse längst klar sein, daß eine derartige »Fest- und Fortschreibungspolitik« dem mehrfachen Problemdruck wohl kaum gerecht werden könne (Vgl. NASCHOLD, 1977, S.460). Vielfach vergessen würden darüber insbesondere die meist komplexeren Probleme der *Steuerung und Messung von Versorgungsqualitäten*. Nachdrücklich wird von den Befürwortern problembezogener Lösungskonzepte betont, daß die *Bezahlbarkeit* lediglich eine »Nebenbedingung« der *Gesundheitspolitik* sein dürfe, nicht mehr aber auch nicht weniger.

Den gängigen Kostendämpfungsstrategien wird ferner vorgeworfen, daß sie zumeist übersehen, daß die eigentlichen Impulse für *Fehlsteuerungen von Ressourcen* nicht im - irgendwie moralisch zu qualifizierenden - Verhalten der Anbieter und Nachfrager liegen, das es durch Ermahnung, Belohnung und Bestrafung zu steuern gilt. Entgegengehalten wird, daß die tieferen (und politisch gestaltbaren) Gründe in den Erwerbsstrukturen und Lebenslagen sowie den daraus resultierenden materiellen und immateriellen Anreizsystemen zu suchen seien. Dies gelte nicht nur für die Versicherten/Nachfrager/Patienten, sondern auch für die Leistungsanbieter und Entscheidungsträger des medizinischen Systems (Ärzte, Kliniken, Unternehmen der Pharma- und Medizintechnikbranche, Versicherungskapital, parafiskalische Sozialleistungsträger, Staat). „Wenn (Fehl-) Verhalten mit den Instrumenten der Politik gesteuert werden soll, sind die meist ausschließlich in Betracht gezogenen ökonomischen Hebel (Selbstbeteiligung, Honorardeckelung, Regreß etc.) nur eine Schublade aus dem Werkzeugkasten öffentlicher und vor allem staatlicher Politik, und meist enthält diese Schublade nur Mittel der zweiten Wahl. Der Verzicht auf strukturierende Eingriffe (Änderung ärztlicher Betriebsformen, Abschaffung der Einzelleistungsvergütung, Technologie- und Innovationspolitik im Pharma- und Gerätektor) zeigt sich auch in der in diesem Zusammenhang verwendeten Metaphorik: es wird nicht das Leistungsgeschehen gesteuert, sondern es werden »Honorare gedeckelt«. Die Kostenströme werden nicht sinnvoll gelenkt, sondern die Kosten werden »gedämpft«“ (ROSENBROCK, 1988 b, S.5).

2. 2. 3 Reduktion von Kostenpolitik auf eine Nachfragesteuerung

Ein weiterer gravierender Mangel wird schließlich darin gesehen, daß die Diskussion über den Einsatz oder die

Wirksamkeit ökonomischer Hebel sehr einseitig geführt wird. Kritisiert wird, daß *ökonomische Sanktionen*, z.B. in Form von »Selbstbeteiligungen« und auch andere ökonomische Anreizsysteme wie z.B. leistungsausschließende »Wahltarife« bevorzugt gegenüber den Versicherten vorgeschlagen würden. Die Diskussion werde phasenweise geradezu beherrscht von der Erörterung verschiedener Modelle monetärer bzw. pretialer Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens von Versicherten. Trotz mannigfaltiger *konzeptioneller und empirischer Evidenz* werde von den Verfechtern solcher Strategien nicht zur Kenntnis genommen, daß Selbstbeteiligung dort, wo sie nachfragewirksam sei, die *sozial und gesundheitlich Schwächsten* treffe. Wo versucht werde, dies durch Härtefallregelungen »abzufedern«, müsse erstens mehr Bürokratie geschaffen werden und zweitens fänden gerade die Ärmsten den Zugang zu solchen Regelungen nicht: damit aber werde die untere Hälfte der Armut doppelt ausgegrenzt.

Die Philosophie »Gesundheit soll sich lohnen«, die jenen Konzepten zugrunde liegt, die ökonomische Hebel bei den Patienten ansetzen wollen, ist nach Ansicht der Kritiker „zur Parole verdichtete gesundheitspolitische Ignoranz“ (REINERS, 1988 a, S.15). Damit werde suggeriert, der einzelne habe die Chancen, gesund zu bleiben, und die Risiken, krank zu werden, letztlich selbst zu bestimmen. Völlig ignoriert würden dagegen in der Sozialmedizin vorliegende Belege, die die These stützen, daß Krankheit in erster Linie mit sozialen und biologischen Konstellationen zusammenhängt, also nur sehr begrenzt beeinflussbar ist (Vgl. REINERS, 1988 a, S.15).

Gegen die Selbstbeteiligung wird außerdem eingewandt, daß mit ihr insgesamt keine Kosten zu sparen seien, sondern höchstens zu privatisieren. Tatsächlich werde in der Tradition der Kostendämpfungsgesetze versucht, die periodisch anlaufenden Defizite der GKV zu *Lasten der Patienten* umzuschichten. Letztlich handele es sich bei dieser »*Verschiebepolitik*« um volkswirtschaftliche Nullsummenspiele zu Lasten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen. Mit Gesundheitspolitik habe dies sehr wenig, mit *Verteilungspolitik* sehr viel zu tun (Vgl. REINERS, 1988 a, S.15). Entsprechend wird der Vorwurf erhoben, den auf Selbstbeteiligung abgefahrenen »Mehrmarkt-Strategien« gehe es nicht um Kostensenkung im Gesundheitswesen, sondern um die *Senkung von Lohnnebenkosten* (Vgl. BRAUN/REINERS, 1988).

Daß mit der Einführung von Direktzahlungen durch die Versicherten Kosten zu senken seien, wird schon aus folgendem Grund für sehr unwahrscheinlich gehalten: weit über Dreiviertel der Preis- und Mengenentscheidungen im Krankenversorgungssystem sind bereits gefallen, wenn der Versicherte die Schwelle zum Sprechzimmer seines Arztes überschreitet oder sonstwie sein »*Anspruchsdenken*« zur Entfaltung bringen kann. Fast alle Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen durch ärztliche Verordnung oder Bewilligung. Arzt und Zahnarzt steuern mehr als 90 % der Ressourcenverteilung im GKV-System (Vgl. HUBER, 1988, S.13).

Gerade unter *gesundheitlicher Perspektive* formulieren die Kritiker von Selbstbeteiligungen als entscheidenden Einwand: durch ökonomische Sanktionen gegen die Inan-

spruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen fällt der Umgang mit Gesundheit/Krankheit sowie mit Medizin allenfalls zufällig rationaler aus als ohne solche Mechanismen, häufiger aber eindeutig und nachweisbar weniger rational (im Sinne: weniger gesundheitsdienlich oder gar gesundheitsschädlich) (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.7).

Verwiesen wird weiterhin auf einen zwar selten diskutierten, aber ziemlich grundsätzlichen Einwand, der sowohl gegen direkte Zuzahlungen als auch gegen alle ihre Vorformen (Kostentransparenz, Kostenerstattung, Wahltarife, Festbeträge, Beitragsrückerstattung, Bonus-Malus-Regelungen) erhoben werden müsse: wer medizinische Incentives so setze, daß es für mehr Geld mehr medizinische Versorgungsleistungen gebe, mehre die in der Sache falsche und deshalb *gesundheitspolitisch schädliche* (und in der Konsequenz auch kostentreibende) *Vorstellung*, als sei Gesundheit erstens überhaupt und zweitens im Gesundheitssystem zu kaufen. An einer solchen Orientierung hätten selbstverständlich umsatzorientierte Anbieter von Gesundheitsleistungen und wachstumsorientierte Konjunkturpolitiker ein Interesse, mit Gesundheit habe sie indes nichts zu tun (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.7).

Angemerkt wird ferner, daß es kaum Versuche gebe, ähnlich »ausgetüftelte Systeme von Strafgebühren« wie sie für die Versicherten/Patienten entwickelt werden, auf Seiten der Anbieter von Gesundheitsleistungen anzuwenden. Vielmehr würden dort, wo ökonomische Hebel u.U. sogar sinnvoll einzusetzen seien, wie z.B. bei der pharmazeutischen Industrie, sie erstaunlich selten diskutiert. Von Selbstbeteiligung und Strafgebühren für die chemisch-pharmazeutische Industrie, mit denen deren mißbräuchliche Inanspruchnahme des Solidarfonds gesteuert werden könnte, sei vergleichsweise wenig die Rede (Vgl. ROSENBROCK, 1987 b, S.5; ROSENBROCK, 1988 b, S.7).

2.3 Hauptmerkmale der derzeitigen Krankenversorgungspolitik

Nach Auffassung der Befürworter einer problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung kann festgehalten werden:

- die verkürzte und verengte Wahrnehmung von *Gesundheitspolitik* als Krankenversorgungspolitik, von *Krankenversorgungspolitik* als Kostenpolitik und von Krankenversorgungspolitik als Steuerungsproblem vor allem gegenüber den Versicherten bewirkt in der Konsequenz eine sozial und gesundheitlich nicht zu verantwortende Selektion der von der Gesundheitspolitik aufgegriffenen Probleme.
- Empirische Untersuchungen sowohl für die Bundesrepublik wie für vergleichbare Industrienationen belegen, daß in der Gesundheitsversorgung nach wie vor *erhebliche Unterschiede zwischen den sozialen Schichten* liegen (Vgl. ABHOLZ, 1981; ABHOLZ, 1988). Die durchschnittlich um fast ein Jahrzehnt auseinanderliegende Lebenserwartung z.B. zwischen der sozialen Gruppe der Professoreneinerseits und der ungelerten Arbeiter anderer-

seits, das Millionengeschehen der im weitesten Sinne umweltbedingten, vor allem auch arbeitsbedingten und zu großen Teilen verhinderbaren Erkrankungen, die Zunahme von psychosozialen Deviationen werden kaum noch zur Kenntnis genommen, geschweige als gesundheitspolitisches Problem im Umkreis der meisten Reformkonzeptionen diskutiert.

- Als weitgehend gesichert angesehen werden kann, daß die Ursachen der *schichtenspezifischen Unterschiede* sowohl in unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt als auch in den - subjektiv und objektiv - unterschiedlichen Möglichkeiten des Gesundheits-/Krankheitsverhaltens (darunter auch z.B. des Inanspruchnahmeverhaltens) liegen (Vgl. HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK, 1981, S.212).
- Wo auf die unterschiedlichen Gesundheitsprobleme ausnahmsweise doch eingegangen wird, reduziert sich die Betrachtung meist auf den Aspekt der individualmedizinischen Beeinflußbarkeit. Die Frage nach der Effektivität medizinischer Interventionen im Vergleich zu anderen Interventionsformen wird dabei meist erst gar nicht gestellt, weil letztere erst gar nicht ernsthaft geprüft werden (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.8; BARDURA/LEHMANN, 1985).

Zusammenfassend läßt sich der im Krankenversorgungssystem vorherrschende Politiktypus folgendermaßen charakterisieren (Vgl. HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK, 1981, S.213):

- *Unterordnung der Gesundheitspolitik unter die Wirtschaftspolitik* (Dominanz von kurzfristigen Kostenüberlegungen, weitgehende Aussparung des Krankheitsverursachungsprinzips »Arbeit und Beruf«);
- *Dominanz privatwirtschaftlicher Sektoren* in der medizinischen Versorgung (mittelständische Schichten der ärztlichen professionals, chemisch-pharmazeutische Industrie etc; hohe Resistenz gegen Strukturreformen);
- *Verrechtlichung von Gesundheitsproblemen* (einerseits Schutz für das Individuum, andererseits Individualisierung des Krankheitsgeschehens und damit Abstraktion von den gesellschaftlichen Verursachungsketten, Tendenz der Entpolitisierung des Komplexes Gesundheit/Krankheit);
- *Vorherrschen einer kompensatorisch-kurativen Individualmedizin* (auf Basis eines verengten naturwissenschaftlichen und vor allem negativ definierten Konzepts von Gesundheit, weitgehender Verzicht auf ursachen- und problembezogene Einwirkungen);
- *Vermittlung der Geld-, Sach- und Dienstleistungen* über die Träger der Sozialversicherung weitgehend als bloß reaktives Verwaltungshandeln mit den abstrakten und scheinbar unpolitischen Instrumenten von Norm und Geld; kaum Ansätze zu einer verursachungsbezogenen Gesundheitspolitik von dieser Seite;
- *Weitgehende Beschränkung der Gesundheitspolitik auf zentralstaatliche und globale Steuerung* des Gesundheitswesens und Gesundheits-/Krankheitsverhaltens mit Hilfe der Normierung von Anspruchsberechtigungen

auf Leistungen, die ihrerseits dem marktwirtschaftlichen Äquivalenzprinzip unterliegen.

Die skizzenhaft angerissenen Verengungen und Verkürzungen sowie die vorherrschenden Strukturen des Krankenversorgungssystems stehen nach Ansicht der Befürworter von problembezogenen und bereichsspezifischen Strategien produktiven Lösungen einer wirksamen und zugleich bezahlbaren Gesundheitspolitik im Wege. Dabei handele es sich nicht um irgendwelche Reduktionen von Komplexität, sondern um *interessengebundene Reduktionen von Komplexität*, die von vornherein das unter dem Gesichtspunkt von Gesundheitspolitik Wesentliche aus dem Blickfeld rückten (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.8).

In Anbetracht dessen, daß die Gesundheitspolitik vor der doppelten Aufgabe stehe, einerseits die niemals aufgehobene *Ungleichheit der Verteilung von Gesundheitschancen* zu verringern und sich andererseits zugleich den von modernen *Volkserkrankheiten diktierten Notwendigkeiten in der Gesundheitsversorgung* zu stellen, wird die These vertreten, daß beide Aufgaben eine wesentliche Weiterentwicklung des vorherrschenden Politiktypus in der Gesundheitsversorgung und eine Veränderung des ihm zugrundeliegenden Paradigmas erfordern (Vgl. HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK, 1981, S.212).

3. Konzept der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung

3.1 Ziele und Zielsysteme der Gesundheitspolitik

3.1.1 Definition der Ziele und des Zielbezuges

Den in der gesundheitspolitischen Diskussion anzutreffenden Verengungen begegnet das Konzept der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung zunächst einmal mit der *Rückbesinnung auf das Ziel jeglicher Gesundheitspolitik* und damit auch jeder sinnvollen Strukturreform im Gesundheitswesen und im Krankenversicherungssystem. Dabei geht es im Kern darum, den systematischen Zusammenhang zwischen politischen sowie wirtschaftlichen Strukturen und Prozessen einerseits und dem Gesundheitszustand sowie der Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung andererseits aufzuheben, also um den *Health impact* sowohl von *Healthy Public Policy* als auch *Public Healthy Policy*.

Für die Entwicklung des Konzeptes werden in einem ersten Schritt zum einen *Zieldefinitionen* und zum anderen ein ausgewiesener *Zielbezug für die Einzelschritte* benötigt. Kursorisch lassen sich die folgenden Ziele und Zielsysteme der Gesundheitspolitik festlegen (Vgl. ROSENBROCK, 1988 b, S.9):

- *Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik* ist die Minderung von negativen und die Förderung von positiven Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Dieses spezifische Ziel bündelt sich mit einigen Querschnittszielen, die für alle Politikbereiche eines demokratischen Sozialstaates gelten: die Achtung vor dem menschlichen Leben, vor der Würde des Menschen, vor der Selbstbe-

stimmung des Individuums sowie das beständige Bemühen um den Abbau von sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Letzteres soll v. a. durch eine Reduzierung von Unterprivilegierung erreicht werden.

- Der *Erfolg* solcher Politiken läßt sich zumindest grob quantitativ und qualitativ mit relativ einfachen Indikatoren (gewonnene Lebensjahre, vermiedene Einschränkungen, gesundheitliche Lebensqualität) ausdrücken und messen.
- *Gleichrangige Felder* der Gesundheitspolitik sind Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung, medizinische Behandlung, Betreuung und Rehabilitation.
- *Mittel der Gesundheitspolitik* sind die gesellschaftlich hierfür mobilisierbaren Ressourcen an menschlicher Arbeit, an Wissen, Institutionen und Geld.
- *Steuerungsinstrumente* der staatlichen Gesundheitspolitik sind neben Geld, Norm und Information vor allem die Aushandlung mit und zwischen den Spezialparteien, den ökonomisch am Krankenversorgungssystem interessierten Gruppen, sowie den Gesundheitsbewegungen.
- *Beurteilungskriterium* für die Angemessenheit gesundheitspolitischen Handelns (d.h. für Schwerpunktsetzungen auf den verschiedenen Feldern, für die Wahl der Mittel und die Dimensionierung der Steuerungsinstrumente) ist die Gesamtheit der erwünschten und unerwünschten Wirkungen, wobei die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sein müssen.
- Für die *Auswahl von Instrumenten und Maßnahmen* der Gesundheitspolitik gelten prinzipiell bzw. zumindest im Zweifel darüber hinaus die Grundsätze der Selbstbestimmung des Individuums und des Schutzes der Schwachen sowie die Bevorzugung von Selbststeuerung gegenüber Fremdsteuerung.
- Eine (häufig zwingende) *Nebenbedingung* der staatlichen Gesundheitspolitik ist die Erzielung bzw. Ermöglichung von möglichst hoher Effizienz und hoher Effektivität im Sinne rationalen Mitteleinsatzes. Dies gilt sowohl bei der Risikominderung für Gesundheit und Leben sowie bei der Gesundheitsförderung auf seiten der *Prävention* als auch hinsichtlich der Produktion und Verteilung von kurations- und betreuungsbezogenen Gütern und Dienstleistungen auf dem Gebiet der *Krankenversorgung*.

3. 1. 2 Rahmenbedingungen und Grundprinzipien

Für die konkrete Instrumentierung der Steuerung ist vor diesem Hintergrund allgemeiner Bestimmungen zu beachten, daß die Sicherung und Wiederherstellung der Gesundheit sowohl ein Feld vielfältiger *Verwertungs- und Verdienstinteressen* als auch das *Berufsarbeitsfeld* für knapp zwei Millionen Menschen in verschiedensten öffentlichen und privatwirtschaftlichen Organisationen darstellt. Deren persönliche und berufliche Interessen und Motivationen gilt es mit strukturellen, mit materiellen und immateriellen, positiven wie negativen Anreizen mög-

lichst direkt auf das Gesamtziel »Gesundheit« hin zu orientieren.

Generell, d.h. nicht nur in der Gesundheitspolitik, ist davon auszugehen, daß *positive Orientierung und Anreize* in der Regel bessere, d.h. effektivere Ergebnisse zeigen als Zwang, Sanktion oder Strafe. Für die Konstruktion der auf Gesundheitspolitik gerichteten sozialen Systeme gibt es noch eine weitere allgemeine Bestimmung: Die Nachfrageseite des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit, in dem die gesetzliche Krankenversicherung eine wichtige Regulierungsinstanz unter mehreren darstellt, ist seit seiner Institutionalisierung zumindest in Deutschland mit guten Gründen als *Ausnahmebereich von der Marktwirtschaft* konzipiert worden und hat sich in dieser Konstruktion im Prinzip auch bewährt. Diese Entscheidung impliziert:

- Staatlich gesellschaftlich wird darauf geachtet und gegebenenfalls dafür gesorgt, daß die jeweils historisch für notwendig erachteten Gesundheitsgüter produziert und bereitgehalten werden (von meist privatwirtschaftlichen Unternehmen) (*Gesellschaftlicher Sicherstellungsauftrag*).
- Die Verteilung von Gesundheitsgütern erfolgt nach dem *Bedarfsprinzip* und nicht nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit.
- Die Verknüpfung dieser Elemente zu einem finanzierbaren und gesellschaftlich akzeptierten System ist wohl nur über Ausformungen des *Sachleistungsprinzips* und des *Solidarprinzips* zu erreichen. Letzteres funktioniert um so glatter, je vollständiger das Prinzip des *Versicherungszwanges*, z.B. in Form der *Sozialen Krankenversicherung* durchgesetzt ist.
- Aus Gründen der Praktikabilität und der gesundheitlichen Orientierung ist die *Abwesenheit des direkten Geldverkehrs* zwischen Patient und Leistungsanbieter in Form des Sachleistungsprinzips eine sozialpolitische Jahrhunderterrungenschaft.
- Um gegenüber privatwirtschaftlichen Anbietern (zumindest potentiell) eine hinreichende *Nachfragermacht* zu organisieren, gibt es zur parafiskalischen Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Selbstverwaltung lediglich die Alternative des staatlichen Gesundheitssystems.
- Der Gestaltungsraum für die Gesundheitspolitik besteht hinsichtlich des *Aufgabenbereichs* und der *Feingliederung der Krankenversicherung* (z.B. Zuweisung von Aufgaben der Prävention, Organisation des Versicherteninteresses, Regionalisierung) sowie hinsichtlich des *Verhältnisses* und der *Arbeitsteilung* zwischen den *Zweigen des Sozialleistungssystems*.
- In einer privatwirtschaftlich strukturierten Gesellschaft erscheint die *Produktion und Bereitstellung der Gesundheitsgüter und Dienstleistungen* teils durch erwerbswirtschaftliche, teils durch bedarfswirtschaftliche, öffentlich regulierte Betriebe eine angemessene Lösung zu sein. Denkbar sind allerdings auch wesentlich andere Mischungsverhältnisse zwischen privater und öffentlicher Leistungserstellung.

- Im Verkehr mit der für die Krankenversorgung zuständigen, hochautonomen Profession der Ärzte stehen sich in dieser Konstruktion die *soziale Selbstverwaltung* der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite und die *ständische Selbstverwaltung* der Ärzte auf der anderen Seite als *Verhandlungspartner* gegenüber.

Aus diesen Prinzipien hat sich im Laufe der Zeit ein *komplexes Regulierungssystem* entwickelt; die zahlreichen *Fehlsteuerungen* in diesem System (z.B. generell zu starker Einfluß der Angebotsträger auf Umfang und Inhalt von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung) sind eher auf Abweichungen von den Grundgedanken als auf ihre zu enge Auslegung zurückzuführen.

Hervorzuheben ist, daß nicht allein das Argument der *Armut der Versicherten* für die Grundentscheidung maßgeblich ist, Krankenversorgung und Krankenversicherung als *Ausnahmebereich von der Marktwirtschaft* zu gestalten. Hinzu treten zumindest gleichwertig auch *kulturelle und gesundheitsbezogene Gründe*. Entgegen der Annahme vor allem neoklassisch argumentierender Gesundheitsökonomien muß davon ausgegangen werden, daß eine gesundheitlich sinnvolle und insoweit rational handlungsleitende individuelle *Konsum- und Nachfragefunktion* nach Gesundheitsgütern analog zur Konsum- und Nachfragefunktion nach Ver- und Gebrauchsgütern nicht modelliert werden kann. Entgegen landläufiger Wahrnehmung sind deshalb Vorschläge, die gegen vielfältig gesicherte gesundheitswissenschaftliche Evidenz auf eine Erweiterung der Regulierung nach Marktgesetzen im Gesundheitsbereich hinauslaufen, begründungspflichtig, nicht etwa umgekehrt.

Klargestellt werden soll ferner, daß die Bezugnahme auf Gesundheit als Ziel der Gesundheitspolitik nicht auf einen *gesundheitlichen Idealzustand* hin orientiert: Krankheit und Tod können bis auf weiteres als nicht eliminierbare Bestandteile des menschlichen Lebens angenommen werden. Allerdings erlaubt ein nach oben hin offener und damit immer auch *utopischer Gesundheitsbegriff* seine jeweilige Konkretisierung, Operationalisierung und Weiterentwicklung aus dem Stand des jeweils präventiv, medizinisch und ökonomisch Wißbaren und Machbaren.

3. 2 Operationalisierungen des Zielbezuges

Die *Felder, Schwerpunkte und Gestaltungskriterien* für eine Strukturreform und Neuorientierung des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus der *Operationalisierung des allgemeinen Zielbezuges*. Deren jeweilige Operationalisierungen ergeben sich aus einem Überblick über die *gesundheitliche Lage der Bevölkerung* sowie den Möglichkeiten ihrer Verbesserung durch Prävention, Betreuung, Kuration und Rehabilitation. Das ist mehr, als medizinische Orientierungsdaten auszusagen vermögen. Solche Daten können aber, richtig gewichtet, als Aufgreifkriterien und Ergebnisindikatoren wichtige Beiträge zur Politikformulierung und Evaluation leisten (Vgl. WEBER/MEYE/FLATTEN, 1987). Es hat in der Bundesrepublik Deutschland einige Jahrzehnte gedauert, bis 1987 der Sachverständigenrat der Konzentrierten Ak-

tion im Gesundheitswesen im Rahmen von Jahresgutachten damit begonnen hat, einen - zumindest ansatzweisen - Überblick über die angesprochenen Problembereiche zu geben (Vgl. SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, JAHRESGUTACHTEN, 1988).

3. 2. 1 Ist-Analyse der gesundheitlichen Lage

Ausgangspunkt einer problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung ist zwingend die *Ist-Analyse der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung*. Erst auf dieser Basis lassen sich problemadäquate Steuerungsstrategien formulieren. Für eine Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung von handlungsleitender Bedeutung sind dabei insbesondere die folgenden Ergebnisse:

- Im Krankheits- und Sterbegeschehen dominieren *wenige chronische, überwiegend degenerativ verlaufende Erkrankungen*. Sie zeichnen sich oft durch lange Latenz und lange prä-morbide, nahezu asymptotische Phasen sowie durch weitestgehende Irreversibilität nach Manifestationen aus. Sieben Krankheiten bzw. eingegrenzte Krankheitsgruppen machen ungefähr 90 % der Morbidität und Mortalität aus. Das macht es sowohl möglich als auch nötig, krankheitsspezifische Strategien und Handlungsfelder zu definieren, Gesundheitspolitik also nicht mehr von Institutionen, sondern von Problemen her zu konzipieren. Im gegenwärtigen System finden sich diesbezüglich kaum Ansatzpunkte.
- Da die Verursachung gerade dieser dominanten Krankheiten überwiegend, ihre Beeinflussbarkeit z.T. nahezu ausschließlich in der Lebens- und Arbeitswelt liegen, ist die *Prävention das gesundheitspolitisch aussichtsreichste Eingriffsfeld*.
- Die soziale *Ungleichheit vor Krankheit und Tod* ist nach wie vor groß und nimmt auch nicht ab. Zudem kann sie vom kurativen Medizinsystem aus nicht annähernd aufgefangen werden. Dies verweist auf die Notwendigkeit teilgruppen- und z.T. *schichtenspezifischer Gesundheitsstrategien*, vor allem nichtmedizinischer Prävention.
- Das Gutachten des Sachverständigenrates weist bezüglich der Sozialepidemiologie für die Bundesrepublik mehr Lücken als Erkenntnisse auf. Eine *sozialepidemiologisch angeleitete Gesundheitsberichterstattung* als Voraussetzung einer feinsteueringfähigen Gesundheitspolitik muß erst noch geschaffen werden. In der Bundesrepublik besteht diesbezüglich ein Nachholbedarf gegenüber anderen, und zwar nicht nur Industrienationen, die über »Schools of Public Health« oder vergleichbare Institutionen diesen Problemen eine höhere Aufmerksamkeit in Forschung, Lehre und Politik schenken.

Diese sehr groben Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie der Entstehungszusammenhänge von Krankheiten verlangen geradezu nach Strategien der spezifischen und nichtspezifischen Prävention, die nach Krankheiten, sozialen Gruppen und Verursachungssphären zu differenzieren wären (Vgl. HAUSS/NA-SCHOLD/ROSENBROCK, 1981).

3. 2. 2 Ist-Analyse der gesundheitspolitischen Ressourcen

Für die Beantwortung der Frage, mit welchen Strukturen und Instrumenten das Verhalten der Akteure im Innern des Krankenversorgungssystems problemadäquat gesteuert werden kann, ist der *Ist-Zustand der einzelnen Bereiche des Krankenversorgungssystems* zu analysieren. Erst auf dieser Basis lassen sich zudem Aussagen darüber treffen, welche gesundheitspolitischen Ressourcen vorhanden sind und inwieweit diese sich eignen, der *Realisierung der definierten gesundheitspolitischen Ziele* näher zu kommen.

Übergreifend läßt sich feststellen, daß es im derzeitigen Krankenversorgungssystem beträchtliche *Fehlsteuerungen* durch strukturell fehlerhaft gesetzte materielle und immaterielle Anreizsysteme und Hebel gibt. Sie führen nicht nur zu *gesundheitlich oft unsinniger Ressourcenallokation*, sondern auch dazu, daß das Krankenversorgungssystem sich vielfach mit Problemen beschäftigt, für die es nicht konstruiert worden ist und für die es auch nicht über geeignete Instrumente und Lösungswege verfügt (Vgl. BADURA/LEHMANN, 1985, S.594 ff.; HUBER, 1988). Für die einzelnen Bereiche des Systems lassen sich summarisch die folgenden *Mängel* und *Defizite* konstatieren:

- Für den Bereich der *Prävention* läßt sich feststellen, daß die vorhandenen Aktivitäten entschieden zu gering und bei weitem nicht flächendeckend sind. Nahezu allen Ansätzen ist gemeinsam, daß sie sich angesichts ökonomisch und machtmäßig hochgesetzter Interessenstrukturen in den Verursachungsbereichen und im Medizinsystem auf das politisch weichste, gesundheitlich aber wenig effektive Feld der *Verhaltensbeeinflussung durch Gesundheitserziehung* konzentrieren. Ein deutliches Defizit besteht dagegen bei der Herstellung gesundheitsgerechter Verhältnisse (*Verhältnisprävention*). Kennzeichnend für die derzeitige Situation ist zudem eine Überbetonung des individualmedizinischen Ansatzes (*Sekundärprävention*: Früherkennung zur Frühbehandlung). Die auf dem Gebiet der Prävention zufällig gewachsene Aufgabenverteilung (zwischen Staat, Sozialpartnern, sozialen Bewegungen, kritischen professionals, Institutionen der GKV, dem ärztlichen Versorgungssystem) hat bislang nicht zu Lösungen geführt, die den Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung entsprechen (Vgl. ROSENBROCK, 1988 a, S.7).
- Im *ambulantem Bereich* ist derzeit de facto von drei Versorgungssystemen auszugehen
 - die (meist Einzel-)Praxis des niedergelassenen Arztes;
 - ein Netz aus professionellen Hilfe- und Sozialberufen bzw. -institutionen;
 - das nichtmedizinische und nichtprofessionelle Betätigungshandeln bzw. -system.

Diese Systeme haben völlig unterschiedliche Entwicklungsbedingungen und Zugangsmechanismen, die nur zufällig zu rationalen Lösungen führen. Kennzeichnend sind ferner die zu vielen medizinischen Leistungen (insbesondere zu viele medizinisch-technische Leistungen), die Medikalisierung sozialer Probleme,

die gleichzeitige Unter- und Überversorgung, die Polypragmasie, die Placebo-medicin, die Überlastung des ärztlichen Systems, die Fehl- und Unternutzung der sozialen bzw. pflegerischen Betreuung sowie der Betroffenenkompetenz.

- Im Bereich der *Arzneimittelversorgung* besteht vor allem eine Übermedikalisierung; es werden zu viele, zu teure und zu unsichere Medikamente verabreicht. Außerdem fehlen Bedürfnisprüfung sowie Qualitätsprüfungen in bezug auf die Verordnungen. Weiterhin ergeben sich zunehmende soziale (finanzielle) Zugangsbarrieren zu Arzneimitteln in Form von Selbstbeteiligungen. Zu beachten sind zudem die wachsenden Probleme der Arzneimittelsucht sowie die ungenügende Erfassung von Arzneimittelkomplikationen und -todesfällen.
- Hinsichtlich der *medizinischen Technologie* kann festgestellt werden, daß generell eher zu viel technische Leistungen mit oft nicht erweisbarem gesundheitlichem Nutzen, oft im Sinne von Placebo-Medicin, oft auch als Ersatz für nichtmedizinische Bewältigung sozialer Probleme, erbracht werden. Gleichzeitig zeigt sich eine wachsende Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der medizinischen Technologie und der Medizin im allgemeinen. Bei der medizintechnologischen Innovation findet sich ein zunehmend schwächerer und seltenerer Bezug auf epidemiologisch relevante Probleme. Innovationen erfolgen in der Art eines technology push: praktisch jede Innovation wird unabhängig von ihrem Nutzwert in Praxis und Klinik eingesetzt. Dabei besteht auf dem Markt kaum Preiskonkurrenz und in der Folge ein überhöhtes Preisniveau.
- Für den *stationären Bereich* charakteristisch ist die weitgehend medizinische Ausrichtung der Krankenhäuser bei gleichzeitiger Dominanz der Medizin über die Pflege. Zugleich fehlt eine Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie einer Betreuung zu Hause (Funktionspflege statt Gruppenpflege). Durch Fehlsteuerung und Fehlbelegungen entstehen Kosten ohne Nutzen. Schließlich fehlen flexible Übergänge zwischen den Systemstufen, und dies bei einer gleichzeitig beobachtbaren Tendenz zur Entdifferenzierung der Versorgungsstufen in Richtung auf das (technisch) höchste Niveau (Vgl. KÜHN, 1988).

3. 3. Problemfelder und bereichsspezifische Steuerungsansätze

3. 3. 1 Problemfelder der Gesundheitspolitik

Aus der Ist-Analyse der gesundheitlichen Lage und der gesundheitspolitischen Ressourcen ergeben sich *drei große Problemfelder* für die Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese lassen sich jeweils unter einer Leitfrage zusammenfassen:

- Welche gesundheitlichen Probleme lassen sich vor ihrer Manifestation verhindern? (*Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung*)

- Wie sollen die Übergänge, Zwischenzonen und Verweiswege zwischen der »gesunden Lebenswelt« und dem »professionellen Krankenversorgungssystem« gestaltet werden? (*Übergänge und Zugangsregulierungen*)
- Mit welchen Strukturen und Instrumenten kann das Verhalten der Akteure im Inneren des Krankenversorgungssystems problemadäquat (d.h.gesundheitsgerecht, effizient und effektiv) gestaltet bzw. gesteuert werden? (*problembezogene Steuerung*)

Die durch diese drei *Problemfelder* definierten Steuerungsaufgaben können von der gesetzlichen Krankenversicherung keineswegs vollständig übernommen oder gar gelöst werden. Die Vermessung dieser Aufgabenfelder und die Konzipierung von Lösungsrichtungen ist aber auf der anderen Seite eine logische und tatsächliche Voraussetzung für die *Bestimmung der Aufgaben* aller wesentlichen gesellschaftlichen Akteure der Gesundheitspolitik und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich ist die Benennung der gesundheitspolitischen Problemfelder eine Voraussetzung für die Entwicklung einer *problembezogenen Steuerungsstrategie* sowie die Definition der gesellschaftlichen und politischen *Arbeitsteilung* bzw. *Aufgabenzuweisung*.

Die Konzipierung einer *problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung* hat zur Kenntnis zu nehmen, daß in allen drei gesundheitspolitischen Feldern heute historisch festgewachsene Institutionen und Berufsgruppen, unterstützt durch zahlreiche wissenschaftliche Disziplinen, existieren und arbeiten und die unterschiedlichsten Regulierungsformen anzutreffen sind (staatliche Normierung, Markt, Aushandlung-Partizipation-Wahlen, professionelle Expertise, soziale Bewegungen etc.).

Die Komplexität von Strukturreformen ergibt sich aus den Spannungen zwischen bestehenden (gesundheitlich definierten) Aufgabenstellungen, gewachsenen Regulierungsformen und meist institutionalisierten Akteuren. Der damit verbundenen Vielfalt ist mit dem in der öffentlichen Diskussion vielfach üblichen Primitivismus dichotomer Weltansichten nicht beizukommen: Die Alternative heißt nicht Markt versus Staat, nicht zentral versus dezentral, nicht ökonomische Hebel versus moral suasion, nicht Wettbewerb versus Nicht-Wettbewerb, nicht professionelle Selbstbestimmung versus staatliche Vorschriften und auch nicht Freiheit versus Unfreiheit. Problemadäquate Lösungen ergeben sich kaum, wenn Gesundheitspolitik unter den Primat einer wirtschaftspolitischen Ordnungspolitik gestellt wird (Vgl. REINERS, 1988). Lösungen für die Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens liegen vielmehr in der *problembezogenen Gestaltung* und im richtigen *Mischungsverhältnis unterschiedlicher Regulierungsformen*.

3.3.2 Ansätze einer problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung

3.3.2.1 Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung

Eine Reihe von Ansatzpunkten zur Steuerung des Problemfeldes »*Krankheitsverhütung und Gesundheitsförde-*

rung« lassen sich aus den Ergebnissen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung der letzten 15 Jahre ableiten. Diese hat reichhaltige Ergebnisse sowohl hinsichtlich zu verhindernder Krankheiten als auch hinsichtlich betroffener Sozialgruppen und auch in bezug auf die *gesundheitliche Strategiegestaltung* in den verschiedenen Verursachungsbereichen hervorgebracht (Vgl. DGB, 1987; ROSEN-BROCK, 1987).

Vor diesem Hintergrund sind für diesen Bereich nicht nur erhebliche Umsetzungs- und Vollzugsdefizite feststellbar, sondern werden auch Irrwege und *strategische Fehlorientierungen* sichtbar:

- Die *Reduktion* der für Prävention zu benutzenden bzw. zu gestaltenden Instrumente auf ökonomische Hebel oder - noch weiter eingegrenzt - auf *marktwirtschaftliche Mechanismen* verspricht keine großen Erfolge: Die Produktivität des Marktmechanismus für die Inangasetzung wirksamer und nicht bloß symbolischer Prävention läßt sich bislang nur in dem schmalen, zudem nach Kaufkraft selektierenden und keineswegs durchweg seriösen Bereich der Vermarktung von Konsumgütern mit Gesundheitsimage aufzeigen.
- Die gegenwärtig wieder verstärkt feststellbare *Tendenz zu mehr Wettbewerb* zwischen den GKV-Kassen steht der Entwicklung von Prävention wohl eher entgegen: Wo Kassen mit unterschiedlichen Beitrags- und Leistungssystemen und mit aufwendigen Imagekampagnen um unterschiedliche Versichertengruppen konkurrieren müssen, scheinen ernsthaft präventive Vorhaben kaum Chancen zu haben: kurzfristig vorzeigbare Public relations Ergebnisse behalten den Vorrang.
- Die Förderung oder gar *Erzwingung von gesundheitsgerechtem Verhalten* durch *Straf- und Belohnungsgebühren*, z.B. verminderte Direktzahlung für Zahnersatz bei regelmäßigem Zahnarztbesuch, kann angesichts des Mangels an positiven Wirksamkeitsnachweisen solcher Instrumente kaum ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Realistische Ansatzpunkte liefert demgegenüber der *lebensweisebezogene Ansatz der WHO*, der von dem griffigen Gestaltungsauftrag ausgeht: Make the healthy way the easy choice. Entsprechende Strategien sich orientieren dabei meist auf schrittweise Risikoverdünnung und vermeiden die Selbstblockierung durch das aus der Medizin kommende und auch dort faktisch nirgends eingelöste, aber fast immer zu Selbstblockierungen führende Ideal des Nullrisikos. Prävention wird als Wissens-, Lern- und Durchsetzungsproblem begriffen. Prävention setzt an in der Arbeitswelt, in der Umwelt, bei Konsumgütern und in der Lebensweise. Es geht um die Herstellung gesundheitsgerechter Verhältnisse (*Verhältnisprävention*), um die Stützung bzw. den Aufbau gesundheitsförderlicher Alltagsstrukturen (*Gesundheitsförderung*) sowie um die Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten (*Verhaltensprävention*).

Aus erfolgreichen Ansätzen der letzten Jahre kann gelernt werden, daß Verhalten und Lebensweise nicht ohne Berücksichtigung der sie bedingenden Verhältnisse zu beeinflussen sind. Infolgedessen stehen Konzepte

- der strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung,
- der Aktivierung der Betroffenen und ihrer Kompetenz sowie
- teilgruppenspezifische Politiken

im Vordergrund. Auf dem Gebiet der Prävention sind derzeit mit jeweils spezifischen Profilen und Defiziten zahlreiche Akteure tätig. Diese zufällig gewachsene Aufgabenverteilung hat nicht zu Lösungen geführt, die den *Notwendigkeiten* und den *Möglichkeiten* der Krankheitsverhütung und der Gesundheitsförderung entsprechen. Insgesamt sind die Aktivitäten bei weitem nicht flächendeckend, aber auch nicht überschneidungsfrei. Nahezu allen Ansätzen ist gemeinsam, daß sie sich angesichts ökonomisch und machtmäßig hoch besetzter Interessensstrukturen in den Verursachungsbereichen auf das politisch weichste, gesundheitlich aber meist wenig effektive Feld der Verhaltensbeeinflussung durch Gesundheitsappelle und -erziehung konzentrieren.

Im Rahmen eines problembezogenen Steuerungsansatzes wird daher vorgeschlagen, die *GKV-Kassen zur Koordinations- und Regieinstanz für Prävention* zu machen, wobei ihnen die folgenden beiden Verpflichtungen auferlegt werden:

- Verpflichtung zu einer *sozialepidemiologisch und sozialwissenschaftlich angeleiteten regionalen Gesundheitsberichterstattung* in Abstimmung mit den durch die nationale Gesundheitsberichterstattung vorgegebenen Methoden und Zielen. Der regionale Gesundheitsbericht enthält einen Überblick über die Gesundheitsprobleme und -risiken sowie ihre soziale Verteilung, über Möglichkeiten ihrer Verminderung sowie die dazu erforderlichen Ressourcen.
- Die Krankenkassen bilden mit der jeweiligen regionalen Gebietskörperschaft (Gemeinde, Stadt, Kreis, Landschaftsverband etc. je nach Zweckmäßigkeit) einen *regionalen Gesundheitsrat*. Dies soll ein verbindlich arbeitendes und arbeitsfähiges Gremium sein, das in Auswertung der Gesundheitsberichterstattung Gesundheitsziele formuliert und in Verhandlungen mit den Gesundheitsakteuren der Region (Ärzte, vertreten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kammern; Sozial- und Pflegeberufe bzw. -institutionen; private und öffentliche Betriebe und Institutionen; Betroffenenzusammenschlüsse etc.) *Strategien zur Erreichung der Ziele* festlegt (der Gesundheitsrat soll auch Aufgaben für die Umsetzung von Programmen im Bereich der Sekundärprävention sowie der Kuration erfüllen).

Die *Kooperationsstrukturen* zwischen den Kassen sollen dabei verbindlicher als in den »Arbeitsgemeinschaften« und zugleich eine *Kassenkonkurrenz* in der Region ausgeschlossen sein. Da die hierfür ideale Organisationsform der regionalisierten Einheitskasse derzeit nicht zur Debatte steht, sind entsprechende (möglichst funktional äquivalente) Hilfslösungen zu suchen. Erforderlich ist ferner eine *Mobilisierung und Professionalisierung des Kassenhandelns* (Management und Selbstverwaltung).

3. 3. 2 Übergänge zum und aus dem Krankenversorgungssystem

In der derzeitigen GKV-Regulierung ist der Übergang aus der »gesunden Lebenswelt« in das »Gesundheitssystem« ein harter Schnitt. Entweder der Mensch ist - im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, des Sozial- und Arbeitsrechts - gesund oder er geht zum Arzt. Institutionell gibt es zwischen diesen beiden Welten so gut wie gar nichts. Die z.T. jahrelangen und für die Beeinflussung der chronisch-degenerativen Volkskrankheiten entscheidenden Phasen vor der Krankheitsmanifestation werden von der Gesundheitspolitik nicht systematisch bearbeitet und verlaufen damit weitgehend spontan krankheitsfördernd.

Zur Lösung des generellen *Steuerungsproblems* (»das richtige Problem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige System«) werden drei unterschiedliche Wege diskutiert bzw. teilweise auch praktiziert, wobei auf schiere Kostendämpfung orientierte Ansätze oft störend interferieren.

Hierzu gehören insbesondere Versuche, die dieses Steuerungsproblem durch Einsatz von ökonomischen Hebeln (Selbstbeteiligungen, Strafgebühren, Wahltarife) beim Versicherten zu lösen versuchen. Vor den angedeuteten Zusammenhängen entbehren solche Versuche konzeptionell der Logik. Ihr Erfolg konnte bislang auch nirgends empirisch gezeigt werden, ihr Mißerfolg dafür um so öfter. Konzepte, die den Zugang zum Krankenversorgungssystem und seinen Leistungen analog zur souveränen Konsumentenentscheidung modellieren wollen, übersehen immer wieder,

- daß der Versicherte/Patient das für rationale Leistungsauswahlentscheidungen erforderliche Wissen über den gesundheitlichen Gebrauchswert medizinischer Leistungen nicht hat, nicht haben kann, und wohl auch nicht zu haben braucht,
- daß der Versicherte/Patient als Hilfesuchender in einer bis zum extrem ausnutzbaren und ausbeutbaren Situation steckt, die keine guten Voraussetzungen für rationale Konsumententscheidungen bietet.
- daß die Freistellung von ökonomischen Überlegungen bei der Bewältigung von Gesundheitsstörungen nicht nur eine zivilisatorische Errungenschaft, sondern zumindest plausiblerweise auch gesundheitlich sinnvoll im Sinne von gesundheitsförderlich ist.

Soweit das Verhalten der Versicherten überhaupt gesteuert werden soll oder kann, ist vor allem an den *Ausbau nichtmedizinischer sozialer Betreuungs-, Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen* zu denken. Es geht dabei nicht um ein paar Sozialarbeiter mehr, sondern um die *systematische Förderung gesundheitlicher Aktivitäten und Institutionen* (Vereine, Initiativen, Selbsthilfegruppen, integrierte Sozialstationen, kommunale Zentren). Erst in jüngster Zeit wird dies unter dem Aspekt der »Gesundheitsförderung« systematisch erforscht, die tatsächlichen Aktivitäten von Kommunen und Krankenkassen bleiben bislang durchweg symbolisch und leiden an der ideologischen Zeitgeist-Hypothek von Ehrenamtlichkeit und Subsidiarität.

Einen dritten *Steuerungsbezug* bietet das Krankenversorgungssystem selbst. Hier ist zunächst an Mechanismen zu denken, die dem *immanenten Expansionsdrang des Medizinsystems* (aggressive Marktstrategien in den Bereichen Arzneimittel und Medizintechnik, Einzelleistungsvergütung des niedergelassenen Arztes) den Antrieb nehmen oder mindern. In der *Feinsteuerung* muß der *niedergelassene Primärarzt als Eingangsstufe*, Gate-Keeper und Verweisungsinstanz (entweder zum medizinischen Spezialisten oder aber aus dem Medizinsystem hinaus) z.B. in die Lage versetzt werden, sich selbst und seine Intervention dort sensibel zurückzunehmen, wo sie medizinisch nicht erforderlich ist. Dies erfordert allerdings eine *andere Ausbildung, andere ökonomische Anreize* und wahrscheinlich auch *andere Betriebsformen* als die Einzelpraxis. In jedem Fall ist es eine komplizierte Steuerungsaufgabe, die durch Strafgeldern oder Vorschriften nicht zu lösen ist (Vgl. HUBER, 1988).

3. 3. 2. 3 Funktionsweise und Steuerung des Krankenversorgungssystems

In welchen Strukturen sich der Einsatz von medizinischen und nicht-medizinischen Gütern und Dienstleistungen des Krankenversorgungssystems vollziehen und mit welchen materiellen und immateriellen Impulsen dabei gesteuert werden soll, ist seit Jahrzehnten Hauptgegenstand der gesundheitspolitischen Strukturdiskussion. Im folgenden kann lediglich kursorisch die Reformrichtung skizziert werden.

Auf der *institutionellen Ebene* zielt das Konzept darauf ab, Organisationsformen zu entwickeln, die einem *pragmatisch verstandenen Gebot von Effizienz und Effektivität*, dem *tatsächlich verwendbaren Stand der Technik* sowie dem *besonderen Vertrauensbedarf* im Gesundheitswesen (nicht nur im Arzt-Patienten-Verhältnis) entsprechen. Dabei geht es in jedem einzelnen Bereich darum, Strukturen zu implementieren, die möglichst simultan folgende Kriterien erfüllen:

- möglichst weitgehende und möglichst *selbstregulative Entsprechung* bzw. Abstimmung der materiellen und immateriellen Interessen von Leistungsnachfragenden und Leistungsanbietern,
- *sozial undiskriminierte Verfügbarkeit* der als notwendig definierten Dienstleistungen und Güter,
- *zielgruppen- und schichtenspezifische Schwellensenkungen* des Angebotes sowie
- *Aktivierung von Betroffenenkompetenz* als eigenständige Aufgabe der Qualifikation und Motivation der Professionals.

Für das *Koordinations- und Steuerungsverfahren*, also die Regulierung, bedeutet dies, daß jeweils krankheits-, gruppen-, regional- und aggregatspezifisch *Mischungen von Instrumenten* aus den Bereichen staatliche Normierung, Information, Expertise, Partizipation sowie ökonomische Anreize zu modellieren sind. Dies impliziert, daß nicht ein einziger Mechanismus für sämtliche Versorgungsbereiche angewandt werden kann, sondern ausgehend von den in

den einzelnen Bereichen anfallenden Problemlagen für jeden Bereich ganz *spezifische Regulierungsformen* zu entwickeln sind.

3. 3. 3 Reformansätze in den einzelnen Bereichen des Krankenversorgungssystems

3. 3. 3. 1 Ambulante Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung als einem Schlüsselbereich des gesundheitlichen Versorgungssystems besteht das *Hauptziel* darin, das richtige Gesundheitsproblem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige Versorgungssystem zu lenken. Es wird dabei davon ausgegangen, daß es im ambulanten Bereich de facto drei Versorgungssysteme gibt:

- die (meist Einzel-) *Praxis des niedergelassenen Arztes*,
- ein *Netz aus professionellen Hilfe- und Sozialberufen* bzw. -institutionen,
- das *nichtmedizinische und nichtprofessionelle Bewältigungshandeln* bzw. -system.

Gegenwärtig charakterisieren sich diese drei Systeme durch völlig *unterschiedliche Entwicklungsbedingungen und Zugangsmechanismen*, die nur zufällig zu rationalen Lösungen führen. Vielfach stehen diese Systeme in einer konkurrierenden oder sich gegenseitig ergänzenden Beziehung. „Das Verhältnis zwischen Laien und Experten und das Verhältnis zwischen Laien-System und professionellem System in der konkreten und praktischen gesundheitlichen Versorgung bedarf ständiger Aushandlung und Abstimmung“ (HUBER, 1988, S.1). Kennzeichnend für die *Fehlentwicklungen und Unzulänglichkeiten* der derzeitigen Situation sind vor allem (Vgl. ROSENBROCK, 1988; von FERBER, 1988; HUBER, 1988):

- zu *viele medizinische Leistungen*, insbesondere zu viele medizinisch-technische Leistungen; die Handlungsweise des Kassenarztes wird dominiert von pharmakologischen Behandlungsweisen, mechanistischen Interventionstechniken, möglichst vielen Untersuchungen sowie einer klinisch orientierten Diagnostik.
- *Medikalisierung sozialer Probleme*; einfache Befindlichkeitsstörungen erfahren eine Überbehandlung; biologisch oder menschlich normale Altersgebrechen werden zu akuten medizinischen Problemen umdefiniert; psychosomatische und psychosoziale Aspekte werden in der Interaktion zwischen Arzt und Patient somatisiert und medikamentengerecht bzw. medizinisch passend aufbereitet;
- Nebeneinander von *Unter- und Überversorgung*;
- *Vorhandensein von Polypragmasie und Placebo-Medizin*; in der ambulanten Behandlung dominiert vielfach die Pharmako-Therapie und die symptomatische »Beruhigung« von psychosozialen Problemlagen unterschiedlichster Art;
- *Überlastung des ärztlichen Systems*; die organzentrierte Spezialisierung der Ärzte, die nicht geübte Kooperation mit sozialen Diensten und die Sozialisierungseffekte der

Aus- und Weiterbildung der Ärzte verstärken die Kluft zwischen Problemen und Lösungskonzepten in der kassenärztlichen Praxis.

- *Fehl- bzw. Unternutzung der sozialen bzw. pflegerischen Betreuung sowie der Betroffenenkompetenz;*
- eine sinnvolle Verknüpfung von medizinischen, sozialen, rehabilitativen und präventiven Hilfen und die Vernetzung von ambulanten, komplementären und stationären Angeboten fehlt weitgehend.

Reformen der ambulanten gesundheitlichen Versorgung dürfen sich vor diesem Hintergrund nicht nur auf institutionelle und regulative Veränderungen beschränken; sie müssen gleichzeitig die Neuorientierung der Medizin reflektieren. Dabei solle eine *Neuorientierung der Medizin*

- eine ganzheitliche Theoriebildung,
- integrative und integrierte Handlungskonzepte,
- Autonomie-Aspekte für die betroffenen Menschen und
- Organisationsentwicklung und Innovationsförderung

im Gesundheitswesen unterstützen und durchsetzen (Vgl. HUBER, 1988, S.18).

Hinsichtlich der Regulierung dieses Versorgungsbereiches wird davon ausgegangen, daß die »drei Systeme« als *gleichgewichtige Säulen der ambulanten Versorgung* wahrgenommen und entsprechend ihren spezifischen Fähigkeiten eingesetzt werden. Von daher sollen sie auch in unterschiedlicher institutioneller Form *Verhandlungspartner des regionalen Gesundheitsrates* sein. Vorgesehen ist, daß die Krankenkassen und Gebietskörperschaften mit ihnen eine der Gesundheitsberichterstattung folgende *Versorgung im Rahmen der in Bandbreiten vorgegebenen zentralstaatlichen Vorgaben aushandeln*. Im einzelnen bedeutet dies (Vgl. ROSENBROCK, 1988 d, S.3):

- Die sozialen und pflegerischen Hilfs- und Betreuungsorganisationen bzw. -berufe sollen mehr oder weniger analog zur Ärzteschaft institutionalisiert (z.B. professionelle Selbstverwaltung, Kammern o.ä.) und damit Verhandlungspartner der Krankenkassen werden.
- (1) Die Verhandlungspartner des regionalen Gesundheitsrates sollen im ambulanten Sektor die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sein. Sowohl auf dezentraler wie zentraler Ebene ginge es in diesen Verhandlungen u.a. um die *Aushandlung von Vergütungsformen*, die die dysfunktionale eingebaute Dynamik zu mehr Leistung wie den derzeitigen Honorierungsformen (Einzelleistungsvergütung) immanent ist, zu überwinden. Gedacht wird hierbei z.B. an *modifizierte Versicherten- bzw. Fallpauschalen* für die primär- und spezialärztliche ambulante Versorgung. Zu erproben wäre ein rationales Vergütungssystem, das keine Anreize zur Mengenausweitung setzt, Doppelleistungen verhindert, eine funktionsgerechte Arbeitsteilung ermöglicht, einfach zu überprüfen ist und flexibel neuen Gegebenheiten angepaßt werden kann, sowie Fall- bzw. Mengenbegrenzungen beinhaltet. Gleichzeitig soll die *technische Praxisausstattung* durch die Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert werden. Dabei geht es auch

darum, kommunikative, präventive, rehabilitative und lebenspraktische Leistungen, die der Arzt persönlich erbringt, gegenüber technischen, laborchemischen oder apparativen Tätigkeiten finanziell, rechtlich und strukturell besser zu stellen (Vgl. HUBER, 1988, S.22).

(2) Grundsätzlich sollen Organisationsformen bevorzugt werden, die die Nachteile der Einzelpraxis überwinden (z.B. *fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren* etc.). U.a. ist zu erwägen, die Kooperation in fachgruppen-übergreifenden Gemeinschaftspraxen finanziell und strukturell gegenüber den Einzelpraxen zu privilegieren. Ferner ist daran zu denken, pflegerische, soziale und gemeinwesenorientierte Dienste in »Gesundheitszentren« oder vernetzten Arbeitsgemeinschaften zu integrieren und ihre Arbeit besonders zu fördern.

(3) Ebenfalls Gegenstand der Kooperation von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf zentraler und dezentraler Ebene soll die *Entwicklung von Kriterien und Instrumenten der Qualitätskontrolle* sein. Zu denken ist hier an Peer group review, Stichprobenverfahren, Second opinion-Programme sowie die Einsetzung von Prüfarzten. Bestandteil einer inhaltlich motivierten und problemorientierten Qualitätssicherung müßte dabei auch eine Denk-, Handlungs- und Angebotskritik werden.

(4) Ein wesentliches Element des Konzepts der Mischsteuerung besteht schließlich darin, die ärztlich-medizinischen Institutionen der ambulanten Versorgung zur Kooperation mit den beiden anderen »Systemen« zu verpflichten. Die organisatorische Verzahnung dieser drei Systeme soll sowohl auf zentraler wie dezentraler Ebene ausgebaut werden. Angestrebt wird eine Neugestaltung des Zugangs zu und der Verweisung zwischen Primärärzten (Allgemeinärzte und allgemeinärztlich tätige Internisten etc.) im Spannungsfeld zwischen freier Arztwahl einerseits und der Vermeidung von Übermedikalisierung und fehlgeleiteten Patientenkarrieren andererseits.

- Das Konzept der Mischsteuerung sieht es ferner als wesentlich an, der *organisierten Betroffenenkompetenz* erhöhte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und ihr materiell verbesserte Entwicklungschancen einzuräumen. Dabei sollen Gründung, die Gewährung von Aufbauhilfe, die materielle Unterstützung und die Institutionalisierung von Betroffenenkompetenz pragmatisch gehandhabt werden. Zudem soll sie zum einen vom ideologischen Ballast der Subsidiarität bzw. der Ehrenamtlichkeit, zum anderen von der hemmenden Logik des öffentlichen Dienstes befreit werden.

Bei der Regulierung und Steuerung des Bereiches der ärztlichen Versorgung soll gewährleistet werden, daß zwischen den Ärzten einerseits und den Sozial- und Pflegeinstitutionen andererseits *keine ökonomische Konkurrenz* stattfindet. Ein wesentliches Ziel soll zudem sein, zwischen Krankenkassen, Gebietskörperschaften und den Leistungserbringern eine *Kooperation auf hohem und verbindlichem Niveau* sicherzustellen. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist, das individualmedizinische Definitions-

monopol für Fragen von Gesundheit/Krankheit zu überwinden (Vgl. ROSENBROCK, 1988 d, S.4). Einen Bestandteil des Reformansatzes bildet daher die Institutionalisierung einer Kooperation zwischen Krankenkassen und ärztlicher Selbstverwaltung zur *Gestaltung der Definitionsmacht* und der Handlungsanweisungen für die ärztliche Profession und ihre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (Vgl. HUBER, 1988, S.20).

3. 3. 3. 2 Arzneimittelversorgung

Die *zentrale Zielsetzung* des Konzepts der bereichsspezifischen Mischsteuerung im *Bereich der Arzneimittelversorgung* ist eine sozial undiskriminierte, medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit wirksamen, sicheren und preisgünstigen Arzneimitteln durch diesbezüglich hinreichend qualifizierte Ärzte und Apotheker. Primär geht es darum, die *Übermedikalisierung* zu beseitigen, die in zu umfangreichen, zu teuren und allein schon wegen der Größe des Sortiments zu unsicheren Verabreichungen von Arzneimitteln zum Ausdruck kommt. Unbefriedigend ist auch das Fehlen von Bedürfnisprüfungen sowie einer Qualitätsprüfung der Verordnungen. Zunehmende *soziale* (finanzielle) *Zugangsbarrieren* zu Arzneimitteln in Form von Selbstbeteiligungen, wie sie sich heute abzeichnen, sollen in Zukunft vermieden werden. Eine erheblich höhere Aufmerksamkeit sollen schließlich die wachsenden *Probleme der Arzneimittelsucht* und die bislang unzureichende Erfassung von Arzneimittelkomplikationen und -todesfällen erhalten.

Im Mittelpunkt der Reformüberlegungen steht die Errichtung eines *herstellerunabhängigen Arzneimittelinstituts*, das sich aus Vertretern der Ärzteschaft, der Pharmazeutik/Pharmakologie und der Krankenkassen zusammensetzen und zusätzlichen Sachverstand organisieren soll. Seine Hauptaufgabe soll zunächst darin bestehen, den gesamten Markt vom Bundesgesundheitsamt zugelassener Arzneimittel zu sichten und die einzelnen Präparate auf ihre Eignung für die kassenärztliche Versorgung hin zu untersuchen und zu bewerten. Im einzelnen ist vorgesehen, daß dieses Institut *Positiv-/Negativlisten* auf der Basis von Sicherheits-, Wirksamkeits- und Bedürfnisprüfungen unter Berücksichtigung von Preisvergleichen erstellt, Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln systematisch beobachtet sowie Anregungen für die Forschung und Innovation an die pharmazeutischen Unternehmen gibt. Bei den Preisvergleichen soll gewährleistet werden, daß forschende Unternehmen nicht diskriminiert werden. Außerdem sollen die Kompetenzen zwischen einem derartigen Arzneimittelinstitut und dem Bundesgesundheitsamt abgestimmt werden (Vgl. ROSENBROCK, 1988 d, S.5; SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, 1988, S.9).

Hinsichtlich der Finanzierung der Arzneimittelversorgung sind *Preisverhandlungen* der Krankenkassen entweder direkt mit den Pharmaherstellern oder in Form von *Ausschreibungen* (Arzneimittelbedarf für die nächste Periode o.ä.) vorgesehen. Dabei soll die besondere Kostenstruktur innovativ tätiger Arzneimittelunternehmen Berücksichtigung finden.

Flankierend gefordert wird die Einrichtung einer *Verordnungsberatung* für die niedergelassenen Ärzte auf dezentraler Ebene durch Ärztekammern und Krankenkassen (z.B. durch den regionalen Gesundheitsrat). Grundsätzlich ist vorgesehen, daß die durch das Arzneimittelinstitut erstellten Positiv-/Negativlisten für alle Krankenkassen verbindlich sind. Angestrebt wird ferner eine erhebliche Erhöhung der Investitionen in die *Grund- und Weiterbildung der Ärzte* sowie eine *Aufwertung des Apothekers* zum qualifizierten Arzneimittelberater. Schließlich wird erwo-gen, auf seiten der Leistungserbringer in Analogie zum ambulanten Bereich einen einheitlichen und handlungsfähigen Verhandlungspartner für die Krankenkassen zu schaffen (Vgl. ROSENBROCK, 1988 d, S.5).

3. 3. 3. 3 Bereich der medizinischen Technologie

In diesem Bereich sollen nach dem Konzept der bereichsspezifischen Mischsteuerung die Steuerungsmechanismen so gestaltet werden, daß eine *sozial und regional undiskriminierte Verfügbarkeit* und *gesundheitlich optimaler Einsatz* diagnostischer und therapeutischer Technologie in der ambulanten und stationären Behandlung gewährleistet werden kann. Die Neuordnung dieses Bereiches muß von verschiedenen Ausgangspunkten her betrieben werden, wobei insbesondere die derzeitigen Mängel zu beachten sind. Reformen müssen danach die Tatsache zum Ausgangspunkt nehmen, daß derzeit nach Überzeugung der Befürworter dieses Konzeptes, generell eher zu viel technische Leistungen mit oft nicht erweisbarem gesundheitlichem Nutzen, vielfach im Sinne von Placebo-Medizin, oftmals aber auch als Ersatz für eine nichtmedizinische Bewältigung psychosozialer Probleme, erbracht werden. Berücksichtigung finden soll außerdem die wachsende Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der medizinischen Technologie und der Medizin im allgemeinen. Schließlich wird von Reformstrategien verlangt, daß sie stärker als in der Vergangenheit zu medizintechnologischen Innovationen führen, die einen konkreten Bezug zu epidemiologisch relevanten Problemen aufweisen (Vgl. ROSENBROCK, 1988 d, S.5).

Als Lösungskonzept wird auch hier die Schaffung eines *herstellerunabhängigen Technologie-Instituts*, gebildet aus Vertretern der Ärztekammern/Kassenärztlichen Vereinigungen, der Ingenieurwissenschaften sowie der Krankenkassen, vorgeschlagen. Seine Aufgabe bestünde v.a. in der Vornahme von Sicherheits-, Wirksamkeits- und Bedürfnisprüfungen auf der Basis von Kalkülen der erwünschten und unerwünschten Wirkungen.

Bei der *Steuerung des Einsatzes medizintechnologischer Geräte* sollen v.a. die beiden folgenden Grundsätze gelten:

- Beschränkung des Einsatzes medizinischer Technologie (außerhalb der Forschung) in der allgemeinen medizinischen Versorgung auf jene Geräte und Verfahren, für die ein relevanter Nutzen hinreichend wahrscheinlich gemacht werden kann,
- Durchsetzung des Prinzips, daß nur solche diagnostische Technik zum Einsatz kommt, deren Ergebnisse

auch in eine erfolversprechende Therapie umzusetzen sind. Gedacht wird auch daran, daß technologische Diagnoseverfahren nur von jenen Einrichtungen eingesetzt werden dürfen, die auch in der Lage sind, die anschließende Therapie durchzuführen.

Erforderlich gehalten werden auch in diesem Bereich *Preisvergleiche* sowie *direkte Preisverhandlungen* zwischen dem Technologie-Institut bzw. den Krankenkassen auf der einen Seite und den einzelnen Technologieherstellern oder deren Verbänden auf der anderen Seite. Auch hier soll sichergestellt werden, daß Forschungs- und Innovationskosten bei den Preisverhandlungen Berücksichtigung finden. Verlangt wird ferner, daß größere medizinische Technologie im Krankenhaus nur nach einer entsprechenden Nutzenprüfung durch den regionalen Gesundheitsrat erfolgen darf. Im Rahmen der niedergelassenen Praxis sollen medizintechnologische Geräte Eigentum der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen sein und von diesen auch finanziert werden.

Zu den Rahmenbedingungen in diesem Bereich gehört, daß zwischen den Leistungserbringern (also Ärzten, Krankenhäusern) auf dem Feld der »technischen Ausstattung« *keine Konkurrenz* stattfinden darf. Gleiches gilt für die Krankenkassen. Dagegen wird gefordert, speziell für diesen Bereich *Qualitäts- und Sicherheitskontrollen* einzurichten. Dazu gehört auch die Vermittlung von sozialespidemiologisch fundiertem Beurteilungswissen für Medizintechnologie im Rahmen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

3. 3. 3. 4 Stationäre Versorgung

Im stationären Bereich stellt für die Befürworter der bereichsspezifischen Mischsteuerung vor allem die *medizinische* (d.h. eben nicht pflegerische und auch nicht kapazitative) *Eigendynamik des Krankenhauses* ein vielfach übersehenes Steuerungsfeld dar. Zwar nicht nur im stationären Bereich, dort aber vor allen Dingen, fließt mehr als die Hälfte der Investitionen in regelmäßig überproportional personalaufwendige technische Hilfsmittel zur Verbesserung der Diagnostik, denen in der Mehrzahl *kein therapeutischer Vorteil* entspricht und durch die auch häufig keine »ältere« diagnostische Technik überflüssig gemacht wird (Vgl. KIRCHBERGER, 1986; KÖPPL/LAUBER, 1986; ABHOLZ, 1986).

Die Durchsetzung des gesundheitlich sinnvollen Prinzips, nach dem sich Umfang und Feinheit der Diagnostik an den therapeutischen Interventionsmöglichkeiten ausrichten sollen, würde nach Überzeugung der Vertreter des Mischsteuerungskonzepts *Einsparpotentiale* freisetzen, die weit über die derzeit diskutierten (in ihren qualitativen Wirkungen teilweise absehbar negativen) Ansätze wie z.B. die Einführung diagnosebezogener Fallgruppenpauschalen (DRGs) hinausgingen. Zu erinnern sei ferner an die ungelösten Probleme der Pflegequalität, deren Lösung sich auch nicht durch den Einsatz der EDV im Krankenhaus abzeichne (Vgl. ROSENBROCK, 1988 a, S.23).

Eine Änderung der Situation im Bereich der stationären Versorgung bedarf nach Ansicht der Befürworter des

Konzepts der bereichsspezifischen Mischsteuerung einer *grundlegenden Umorientierung der krankenhaupolitischen Sichtweise*. Den Ausgangspunkt für die Prioritätensetzung müssen die Funktion des Krankenhauses für den einzelnen Patienten und die Stellung dieser Institution im arbeitsteiligen Gesamtzusammenhang des Gesundheitswesens bilden (Vgl. KÜHN, 1988, S.6). Von entscheidender Bedeutung ist, daß das Krankenhaus innerhalb des Gesamtsystems jenen Teilbereich bildet, der - bezogen auf die Patientenkarriere - erst sehr spät intervenieren kann. Hieraus resultiere ein ganz wesentlicher krankenhaupolitischer Sachverhalt: „Wieviele Patienten in welchem Stadium ihrer Krankheit mit welchem Behandlungs- und Pflegebedarf in die Klinik gelangen, wird zum überwiegenden Teil außerhalb dieser Institution entschieden. Das heißt: Je später und seltener gesundheitsbezogene Vorsorge in der normalen Arbeits- und Freizeitumwelt in krankheitsverursachende und begünstigende Bedingungen eingreift, je später und erfolgloser die erkrankten Menschen ambulant diagnostiziert und versorgt werden, je geringer ihre Selbsthilfemöglichkeiten und -fähigkeiten zu Hause und am Arbeitsplatz sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Leistungsanforderungen an das Krankenhaus weiter zunehmen werden“ (KÜHN, 1988, S.6 f.). Daraus wird gefolgert, daß, ungeachtet aller Ineffizienzen und Irrationalitäten im Krankenhaus selbst, die *Expansion der Kosten* zu einem wesentlichen Teil auf die *Expansion der Leistungsanforderungen* zurückzuführen sind, die nach Umfang und Inhalt extern, d.h. von außerhalb determiniert sind.

Für die Neuordnung der stationären Versorgung ergeben sich aus diesen *Interdependenzen* eine *Reihe von Orientierungen* und *Kriterien* (KÜHN, 1988, S.7 f.):

- Bei aller internen Reformbedürftigkeit kann das *Krankenhaus kein Hebel zur Sanierung des Gesundheitswesens* sein. Auf die meisten Faktoren seiner Inanspruchnahme hat es selbst keinen Einfluß, sei es die Lebens-, Arbeits- und Umweltqualität, den demographischen Prozeß, die sich wandelnde Familienstruktur und die Vereinzelung mit den damit verbundenen abnehmenden Selbsthilfetätigkeiten oder sei es die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung (d.h. die Defizite und Mängel anderer Versorgungsbereiche).
- In Anbetracht der wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen Krankenhaus und anderen Versorgungsbereichen muß eine *isolierte Planung* allein des Krankenhauses zum Scheitern verurteilt sein.
- *Ansatzpunkt einer gesundheitlich orientierten Krankenhauspolitik* sind nicht Kürzungen, sondern Bemühungen um eine Entlastung, insbesondere durch Stärkung der Selbsthilfefähigkeit, der Verbesserung der ambulanten Versorgung (auch durch das Krankenhaus) und der Neuorientierung der Pflege und der Rehabilitation. In der Entlastung liegt die realistische ökonomische Voraussetzung qualitätsorientierter Reformen der Institution selbst. Dadurch werden Ressourcen frei, die zu einer patientenzentrierten Behandlung und Pflege (und damit auch zur Effizienzsteigerung) erforderlich sind.

- Als realpolitische Illusion anzusehen ist die Vorstellung, »medizinische« Faktoren der Krankenhausversorgung ließen sich von »sozialen« Determinanten trennen. Damit aber ist die *Berücksichtigung der psychosozialen Individualität des Patienten* eine wesentliche Grundlage der *Wirksamkeit*. Festzustellen sind hingegen überkommene Hierarchien und eine systematische Unterbewertung der Pflege.
- Derartige Zusammenhänge werden seitens des platten *Ökonomismus der Kostendämpfungspolitik* weitgehend ignoriert; stattdessen stehen im Mittelpunkt der Reformüberlegungen Ansätze zur Kostenreduzierung durch Umgestaltung des Pflegesatzes zum ökonomischen Hebel.

Angestrebt wird durch das Konzept der bereichsspezifischen Mischsteuerung eine *medizinisch und pflegerisch optimale und kostengünstige Versorgung* bettlägeriger Kranker mit dem Ziel einer möglichst *weitgehenden (Wieder-) Herstellung von Autonomie und Lebensqualität* in einem nach Funktionen und Versorgungsstufen gegliederten und durchlässigen System aus Krankenhäusern und Betreuung in der eigenen Wohnung.

Organisatorisch-institutionell wird folgende Vorgehensweise vorgeschlagen:

- Erstellung eines *Rahmenplanes für die verschiedenen Versorgungsstufen auf der Bundesebene* zwischen Repräsentanten der Ärzteschaft, einer analogen Organisation des Pflegebereiches und den Bundesverbänden der Krankenkassen. Gegenstand dieses Rahmenplanes soll v.a. die Festlegung der Kriterien und der Qualitätsstandards für die unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie die Erarbeitung von Richtlinien für die Anwendung und Umsetzung der Technologieempfehlungen des Technologie-Instituts sein.
- Erarbeitung einer *Krankenhausplanung auf der Landesebene* zwischen Landesregierung, Krankenhausträgern und Krankenkassen zur Umsetzung der Bundesrichtlinien.
- *Detaillierung, Spezifizierung und Fortschreibung* der Landeskrankenhausplanung auf der *regionalen Ebene* durch den Gesundheitsrat nach Versorgungsstufen unter Einbeziehung der betreuten Pflege zu Hause. Gewährleistung eines rationalen Einweisungsverfahrens und der Durchlässigkeit zwischen den Stufen. Verhinderung von »Stationen der Hoffnungslosigkeit« und Verzahnung mit dem privatwirtschaftlichen Pflegebereich.

Im Gegensatz zu anderen Reformkonzepten erwarten die Befürworter des Konzeptes der Mischsteuerung von Pflegesätzen mit finanzieller Anreizwirkung keine grundlegende Verbesserung der Situation im Bereich der stationären Versorgung. Sie befürchten sogar, daß ökonomische Anreize, die von entsprechend gestalteten Pflegesätzen ausgehen, die Krankenhäuser lediglich in einen Wettbewerb um die Unterbietung der statistisch durchschnittlichen Liegezeit und die Verringerung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen treiben (Vgl. KÜHN, 1988, S.). Anstelle finanzieller Anreize setzen sie vor allen Dingen

auf *Anstrengungen zur Qualitätssicherung und -kontrolle* von Behandlung und Pflege. Dabei geht es ihnen erstens um gesundheitspolitisch rationale Instrumente zur »Durchforstung« von therapeutischen und diagnostischen Verfahren, Pflegeroutinen, Ausstattungsbestandteilen usw. nach den Kriterien Relevanz und Äquivalenz, um zweitens hierdurch innerhalb der Institution Krankenhaus Mittel freizusetzen, die für dringend erforderliche Verbesserungen (z.B. im Bereich der Qualifizierung des Personals) reinvestiert werden können.

Kritisiert wird, daß die *Kostendämpfungsstrategien* ausgerechnet im Krankenhaus, wo »Produktion« und »Konsumtion« identische Prozesse sind (uno-actu-Prinzip) und eine Konsumentensouveränität und Entscheidungsalternativen nahezu völlig fehlen, einen *Druck auf die Preise* (Pflegesätze) ohne jegliche verbindliche und wirkungsvolle Maßnahme zur Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität auszuüben versuchen. Entsprechend wird es auch als bedenklich angesehen, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen Leistungen finanzieren und über Preise verhandeln, ohne sich die Qualität zu vergegenwärtigen (Vgl. KÜHN, 1988, S.11).

Eine Forderung besteht deshalb darin, die Krankenhäuser zu verpflichten, neben den Kosten gleichberechtigt den Standard der medizinischen und pflegerischen Qualität zu dokumentieren. Dabei wird verlangt, daß die Dimensionen der Leistungsqualität alle Aspekte der medizinischen und pflegerischen, an der Individualisierung des Patienten orientierten Krankenversorgung umfassen. „So können transparente Kriterien für die medizinisch-pflegerische Qualität und ihre wirksame Kontrolle nicht nur auf der Ebene der *Ergebnisqualität* von Behandlung und Pflege formuliert werden, sondern auch auf der Ebene der *Prozesse* und Verläufe (Leistungs- und Behandlungsabläufe usw.) sowie auf der Ebene des *Ressourceneinsatzes* (Personal, Qualifikation, Ausstattung usw.) und der *Strukturen* (z.B. Gruppenpflege, Personalstruktur) (Vgl. KÜHN, 1988, S.12).

3.3.4 Aspekte des Reformprozesses

Die Befürworter des Konzeptes einer problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung koinzidieren, daß die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrem gegenwärtigen Zustand sicherlich nicht in der Lage sind, die spontanen Fehlsteuerungen im Bereich der ambulanten Versorgung, der Arzneimittel, der Medizintechnologie und des Krankenhauses auch nur zu bremsen, geschweige denn sie gesundheitspolitisch zu regulieren. Die Gründe dafür sehen sie in der *mangelnden politischen Handlungsfähigkeit der Krankenkassen*. Zumindest stark behindert ist diese durch (Vgl. ROSENBROCK, 1988 a, S.23):

- institutionelle Zersplitterung,
- den rechtlich eng begrenzten Handlungsrahmen,
- die den Kassen immanente Orientierung auf das Medizinsystem,

- das Mischungs- und Kräfteverhältnis der in den Kassen und ihren Selbstverwaltungen präsenten Interessen,
- das den Kassen zur Verfügung stehende politische Instrumentarium,
- das inadäquate Verhältnis zwischen Zentralität und Dezentralität im Kassenbereich sowie
- durch die aus dem seit Jahren ideologisch forcierten Kassenwettbewerb resultierenden Imperative.

In der Summe dieser Einflüsse kommt es zu einer strukturellen und ohne weitgehende Eingriffe auch nicht zu beseitigenden *Unterlegenheit der Krankenkassen gegenüber allen wichtigen Leistungsanbietern*. Die Diskussion hierüber leidet nach Ansicht der Befürworter des Konzepts der Mischsteuerung nicht zuletzt unter der faktischen Tabuisierung der dezentralen (regionalisierten) *Einheitsversicherung*. Von diesem Fluchtpunkt aus ließen sich qualitativ und quantitativ begründete Aussagen über die zweckmäßige Arbeitsteilung zwischen Staat (zentral und dezentral), gesetzlicher Krankenversicherung, Sozialparteien, sozialen Bewegungen und den Versicherten formulieren (Vgl. ROSENBROCK, 1988 a, S.23 f.).

Was die Reform des Gesundheitswesens insgesamt anbetrifft, wird festgestellt, daß es weniger an Modellen besserer Versorgung, als an realistischen Vorstellungen über den *Prozeß der Veränderung* mangelt. Dabei stellt sich der Reformprozeß in Richtung auf ein humanes Gesundheitswesen als ein dreifaches Problem dar: „erstens stellt sich seine Durchsetzung als *ökonomisches Problem* der Umverteilung und des Einsatzes personeller und materieller Ressourcen dar; zweitens stellt sie sich als *Machtproblem*, betreffend die Interessen im Gesundheitswesen und die widersprüchlichen Interessen am Gesundheitswesen dar; und drittens ist sie ein gesellschaftliches *Lernproblem*, das sowohl die vorhandenen Potentiale an Qualifikation, Methoden und Denktraditionen im medizinisch-pflegerischen Bereich, die Qualität und Selektivität der Forschung, als auch das Verhältnis der Menschen zu sich selbst, zur Krankheit und zu den Institutionen des Gesundheitswesens angeht. Realismus (im Gegensatz zu »Realpolitik«) als Einheit von tätigem Hoffen und Prozeßkenntnis muß hier illusionslos auf den unterschiedlichen Besonderheiten und Zeitdimensionen auf jeder dieser Ebenen aufbauen“ (KÜHN, 1988, S.14).

4. Einwände gegen die problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung

Der Mischsteuerung liegt die Annahme zugrunde, daß die Gesundheit als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels medizinischer und sozialer, d.h. umweltbedingter sowie gruppenspezifischer Einflußfaktoren zu begreifen ist. Die eindimensionale Sichtweise der gegenwärtig praktizierten Gesundheitsversorgung als reine Krankenversorgung wird daher heftig kritisiert. Dagegen fordert man, die sozialen Ursachen von Krankheit gleichwertig in den Bereich des Gesundheitswesens einzubeziehen und die Gesundheitspolitik auf die gesellschaftlichen Verursachungsketten auszurichten. Die Einführung der primären,

sekundären und tertiären Prävention, als Komplement zur kurativen Medizin, soll diesen Mangel beheben. Marktwirtschaftliche Steuerung wird ebenso wie Globalsteuerung abgelehnt. Stattdessen soll eine problem- und bereichsspezifische Feinsteuerung mittels erwerbs- und bedarfsorientierter Institutionen (Mischsystem) installiert werden.

Ferner muß bedacht werden, daß keine eindeutigen Kausalitätsbeziehungen zwischen sozialer Situation und Gesundheit bestehen, sodaß jede Aussage über einen solchen Zusammenhang mehr oder weniger mit willkürlichen Elementen behaftet ist.

Damit ist bereits das grundsätzliche Problem angesprochen. Während der Grundüberlegung dieser Mischsteuerung vorbehaltlos zugestimmt werden kann, werden erste Angriffspunkte in den dafür erforderlichen Einzelmaßnahmen deutlich. Grundsätzlich sollte nicht der Fehler begangen werden, sich von allgemeinen wohlklingenden Formulierungen beeindrucken zu lassen, da die eigentlichen Probleme erst bei der praktischen Umsetzung sichtbar werden. Erst aufgrund einer Operationalisierung, die sich äußerst schwierig gestaltet, sowie einer Konkretisierung der entsprechenden Forderungen werden die dahinterstehenden Implikationen sichtbar. Die Ergebnisse eines solchen Vorgehens unterscheiden sich selten von den ursprünglich kritisierten Mißständen, sondern führen aufgrund eines falsch gesetzten Ordnungsrahmens zu Fehlallokation, Fehldistribution und Fremdbestimmung. Ein grundsätzlicher Kritikpunkt kann an der Hereinnahme der primären Prävention in das Gesundheitssystem anknüpfen.

Primäre Prävention bedeutet Verhinderung von Krankheiten sowie aktive Förderung der Gesundheitserhaltung. Das entscheidende Problem, das sich hierbei stellt, liegt in der Beantwortung der verfassungsrechtlichen Frage, wieviel Eingriffsrecht dem Staat und seinen nachgeordneten Instanzen in den individuellen Freiheits- und Handlungsspielraum einzelner Wirtschaftseinheiten zugestanden werden soll. Wenn es beispielsweise aus medizinischer Sicht erwiesen sein sollte, daß durch sportliche Betätigung der Gesamtgesundheitszustand der Bevölkerung positiv beeinflusst werden kann, muß geprüft werden, ob der Staat den einzelnen dazu verpflichten kann, sich zwangsweise aktiv an Sportveranstaltungen zu beteiligen.

Weiterhin stellt sich die Frage, welche Sanktionsmechanismen der Gesetzgeber hat, wenn der einzelne sich weigern sollte. Wird andererseits dem Staat kein unmittelbares Zugriffsrecht eingeräumt, so rücken alle Präventivmaßnahmen in den Bereich des Unverbindlichen, so daß keine durchgreifenden Veränderungen erwartet werden können. Ein weiteres Beispiel soll die weitreichenden Konsequenzen staatlich verordneter Prävention noch einmal verdeutlichen. Wenn Fettleibigkeit als Mitverursacher eines weitgefächerten Krankheitsspektrums gilt, kann dann der einzelne per staatlicher Anordnung zum Abspecken, d.h. zur Gewichtsreduktion, gezwungen werden?

Im privaten Lebensumfeld ließen sich die Beispiele beliebig fortsetzen. Das grundsätzliche Problem, das hierbei

geklärt werden muß, tritt aber deutlich hervor. Es muß Klarheit darüber geschaffen werden, wie weit der autonome Handlungsspielraum des einzelnen zugunsten übergeordneter gesellschaftlicher Ziele mittels staatlicher Zwangsmaßnahmen eingeschränkt werden darf. Diese Grenzziehung zwischen staatlicher und individueller Handlungsautonomie muß eindeutig erfolgen, um die Bandbreite einer entstehenden Grauzone möglichst klein zu halten. In diesem Zusammenhang muß auch berücksichtigt werden, daß dadurch die Lebensqualität des einzelnen, die eine subjektive Größe darstellt, u.U. negativ beeinflußt wird.

Im Bereich der Arbeitsumwelt ergeben sich analoge Fragen. Inwieweit können Erwerbsstrukturen, die zum Großteil immer noch privatwirtschaftlich organisiert sind, dem unmittelbaren Interventionsrecht durch Ge- und Verbote des Staates unterstellt werden? Wie detailliert kann der Staat privatwirtschaftliche Unternehmen regulieren, um aus *seiner* letztlich auch subjektiven Sicht gesundheitsgerechte Erwerbsstrukturen zu induzieren? Dabei besteht das eigentliche Problem weniger in der Forderung einer allgemeinen nicht gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatzgestaltung. Wirklich problematisch wird es erst durch eine problembezogene oder bereichsspezifische Vorgehensweise, was nichts anderes bedeutet, als einzelnen Betrieben fallweise und punktuell vorzuschreiben, wie ein Arbeitsplatz ausgestaltet sein muß. Dies bedeutet nichts anderes als eine Investitionslenkung durch den Staat. Die Probleme einer solchen sektoralen oder auch regionalen Strukturpolitik sind in Theorie und Praxis allgemein bekannt.

Nicht zuletzt muß auch die Frage beantwortet werden, wer festlegt, wann die Arbeitswelt gesundheitsgerecht gestaltet ist, zumal das Problem eines nicht gesicherten medizinischen Wissens dem entgegensteht. Als völlig unverständlich muß die Vorstellung angesehen werden, daß regionale Gesundheitsräte (regionale Strukturpolitik), an denen die betreffenden Gruppen des Gesundheitswesens beteiligt sind, eine patientengerechte Entscheidung darüber fällen können, ob ein Nierensteinertrümmerer wichtiger ist als ein Computertomograph.

Solche Gremien setzen sich aus Einzelindividuen zusammen, wobei diese Personen ebenso unvollkommen und fehlerhaft sind wie der einzelne Patient, dem aber jede Entscheidungsfähigkeit bereits abgesprochen ist. Inwieweit es dann möglich ist zu glauben, daß ein Zusammenschluß fehlerhafter Individuen in der Lage sein sollte, richtige Entscheidungen zu treffen, bleibt ungeklärt. Vielmehr zeigt die Erfahrung, daß solche Institutionen von Interessen- und Machtantagonismen geprägt sind. Die daraus hervorgehenden Willkürakte gehen zu Lasten der Patienten, die ursprünglich besser und gerechter versorgt werden sollten. Nicht zuletzt müssen für eine solche Bedarfsschätzung umfangreiche epidemiologische Datenerhebungen stattfinden, aufgrund derer eine Mittelzuweisung erfolgt. Der damit einhergehende Bürokratieaufwand steht dem zentral gelenkten Systeme in nichts nach.

Das analoge Problem entsteht bei der sekundären und tertiären Prävention. Inwieweit ist es möglich, den einzel-

nen zu zwingen, an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen? Kann der einzelne - ebenso wie in der DDR - zu regelmäßigen Reihenröntgenuntersuchungen verpflichtet werden? Inwieweit kann also der Staat das Verhalten des einzelnen per Zwang korrigieren? Mit welchen Mitteln soll letztlich die schichtenspezifische Inanspruchnahme verändert werden? Sollen z.B. alle ungelernen Arbeiter zu Professoren ausgebildet werden, um deren Lebenserwartung diesem Personenkreis anzugleichen? Dieses Beispiel als Extremfall abzutun, kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß das eigentliche Ziel dieser Reformoption - auf den Punkt gebracht - in einer völligen Einebnung aller real existierender Unterschiede bestehen müßte. D.h. sowohl umwelt- als auch arbeitsweltbedingte Unterschiede müßten ebenso nivelliert werden wie unterschiedliche Wünsche, Bedürfnisse und Ziele der Individuen. Der angestrebte Endzustand bestünde in der faktischen Gleichheit der relevanten Umwelt und der faktischen Gleichheit der einzelnen Individuen, eine Vorstellung, die dem Gedankengut des Sozialismus entstammt. Selbst einem autoritär gelenkten System ist es bislang nicht gelungen, dieses Ziel auch nur im Ansatz zu realisieren, was die Richtigkeit der individualistischen Weltanschauung bestätigt.

Ogleich das gegenwärtige GKV-Mischsystem zu Recht ebenso heftig kritisiert wird wie die Globalsteuerung und der Budgetierungsansatz, werden, eingehüllt in globale Worthülsen, ähnliche staatswirtschaftliche Steuerungskonzepte angeboten, wie z.B. der Einbau öffentlich-rechtlicher Institutionen in Form von Gesundheitsräten oder Krankenkassen, die die eigentlichen Ursachen für die Fehlentwicklungen darstellen.

Ein weiterer Punkt soll kurz angesprochen werden. Das Mischsteuerungskonzept kritisiert u.a. auch die Vorgehensweise, das Gesundheitswesen unter Allokations- und Verteilungsproblemen sowie Effizienz- und Kostengesichtspunkten zu betrachten, wohingegen die Mischsteuerung eine solche ökonomische Sichtweise zurückweist. Dem muß entgegengehalten werden, daß, solange das Problem der Knappheit der Güter nicht gelöst sein wird, zwangsläufig immer Opportunitätskostenüberlegungen stattfinden müssen. Anders ausgedrückt bedeutet dies, daß Mittel, die in das Gesundheitssystem fließen, in anderen Bereichen nicht mehr zur Verfügung stehen und dort zu entsprechenden Defiziten führen. Selbst wenn alle volkswirtschaftlichen Ressourcen ausschließlich für Gesundheit ausgegeben würden, könnte der Bedarf, der grundsätzlich unendlich groß ist, nicht gedeckt werden.

Daher sind *Rationierungsmechanismen* erforderlich, die eine Zuteilung der knappen Mittel herbeiführen. In einem freiheitlich orientierten System übernimmt der Nachfrager durch seine Kaufhandlung, die über den Preismechanismus eine Signalwirkung ausübt, diese Aufgabe. Es ist Augenwischerei anzunehmen, daß ein wie auch immer geartetes Gesellschafts- und Gesundheitssystem auf eine Mittelrationierung verzichten kann. Staatlich gelenkte Systeme müssen ebenso wie das vorgestellte Mischsystem Rationierungsmechanismen entwickeln, aufgrund derer entschieden wird, wie die knappen Mittel auf die einzelnen Teilbereiche verteilt werden. Mit diesen notwendigen

Allokations- und Distributionsmaßnahmen wird automatisch über Kosten, Nutzen und den Wert von Menschenleben mitentschieden.

In diesem Zusammenhang müßte z.B. auch gefragt werden, warum nicht mehr Mittel in den Straßen- oder Luftverkehr fließen, wenn das menschliche Leben und die Gesundheit als das absolut höchste Gut angesehen werden, da auch auf diese Weise vielen Menschen das Leben gerettet werden könnte. Wie in allen Bereichen des täglichen Lebens gilt auch hier der Opportunitätsgrundsatz, ob man nun will oder nicht! Da nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, bedeutet dies, daß die zusätzlichen Kosten, die für den Ausbau des Straßennetzes notwendig werden, höher bewertet werden als die zusätzlichen Menschenleben, die auf diese Weise gerettet werden könnten, wobei implizit die Existenz einer optimalen Straßenverkehrssterberate unterstellt wird.

Ein weiteres, grundsätzliches Problem bleibt durch die problembezogene und bereichsspezifische Mischsteuerung nicht nur ungelöst, sondern trägt dazu bei, bestehende Fehlentwicklungen noch zu verstärken. Angesprochen ist der unreflektierte Einbau zentralverwaltungswirtschaftlicher Steuerungskonzepte in Form jener regionalen Gesundheitsräte sowie öffentlich-rechtlicher Institutionen, die im Zusammenspiel mit privatwirtschaftlichen Akteuren falsche Anreize erzeugen und durch sich konterkarierende oder widersprüchliche Steuerungsanweisungen ein Lenkungschaos auslösen. Um jedoch eine dezidierte Kritik am System der problembezogenen und bereichsspezifischen Mischsteuerung zu üben, muß dieses bislang nur sehr holzschnittartig und in Fragmenten existierende Reformkonzept zu einem ausgearbeiteten in sich geschlossenen Theoriegebäude weiterentwickelt werden. Spätestens bei solchen ersten Konkretisierungs- und Spezifikationsversuchen wird die volle Problematik der Mischsteuerung sichtbar werden.

Jeder Reformvorschlag, dessen Vorgehen dadurch charakterisiert werden kann, daß Teilmißstände aufgedeckt und dafür punktuelle Lösungskonzepte entwickelt werden - wobei die Detaillösungen selbst einer tiefgehenden Prüfung nicht standhalten - muß als unzumutbar bezeichnet werden, da die Komplexität und die vielfältigen Interdependenzen des Gesundheitssystems unberücksichtigt bleiben. Dieses grundsätzlich zu beobachtende fehlende Denken in Ordnungen ist letztlich ausschlaggebend für die bestehenden und auch für die künftigen Mängel.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 2

A

- ABHOLZ, Heinz-Harald: [1981] Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in F. Hauß u.a.: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (Hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsberichte „Gesundheitsforschung“, Nr.55), Bonn 1981
- ABHOLZ, Heinz-Harald: [1986] Das Dilemma medizintechnischer Innovation, in: Technologie und Medizin, Argument-Sonderband AS 141, Berlin 1986, S.29-48
- ABHOLZ, Heinz-Harald: [1988 a] Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens. Bestimmungsfaktoren ärztlichen Denkens und

Handelns sowie Möglichkeiten ihrer Veränderung (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin August 1988

- ABHOLZ, Heinz-Harald: [1988 b] Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988
- ABSHOFF, J.: [1982] Überlegungen für eine Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems, in: Das Krankenhaus, Heft 9/1982, S.366-374
- ADAM, Dietrich/ZWEIFEL, Peter (Hrsg.): [1985] Preisbildung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 9), Gerlingen 1985
- ALBERS, Willi: [1983] Strukturfragen aus ökonomischer, finanzwissenschaftlicher und sozialer Sicht: Auswirkungen der Steuerung von Leistungen und Einkommensteuern durch die GKV. Bestandsaufnahme und Perspektiven, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)(Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (WIDO-Materialien Bd. 21), Bonn 1983, S.45-64
- ANDERSEN, Hanfried, H/SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der (Hrsg.): [1987] Kommentierte Bibliographie zur Gesundheitsökonomie (Beiträge zur Sozialökonomie und Versicherungswissenschaft Bd.1), Berlin 1987
- ANDREAE, Clemens A.: [1981] Anmerkungen zum Stellenwert ökonomischer Überlegungen im Gesundheitswesen, 1981
- ANDREAE, Clemens/THEURL, E.: (Hrsg.): [1985] Marktsteuerung im Gesundheitswesen (Veröffentlichungen der Hans-Martin-Schleyer-Stiftung Bd. 15), Köln 1985
- AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.): [1972] Krankenversicherung 1972. Sechstes Presse-seminar des AOK-Bundesverbandes, Bonn 1972
- AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.): [1975] Krankenversicherung 1975. Achstes Presse-seminar des AOK-Bundesverbandes, Bonn 1976
- AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.): [1985] Lebendige Krankenversicherung 10. bis 13. Presse-seminar des AOK-Bundesverbandes vom 10. bis 11. Oktober 1985 in Maria Laach, Bonn 1985
- AOK-BUNDESVERBAND: [1988 a] Einführung von Kostenerstattungsregelungen in der GKV aus der Sicht der Ortskrankenkassen. Stellungnahme für das Expertengespräch der Arbeitsgruppe IV der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Kommissions-Drucksache Nr. 115), Bonn 23. Juli 1988
- ARNOLD, Michael: [1986] Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stuttgart 1986
- ARNOLD, Michael: [1988] Warum ist eine Strukturreform in der GKV aus medizinischer Sicht nötig? in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.17-32
- ARROW, Kenneth J.: [1963] Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Vol.53, No.5, December 1963, S.941-973
- ARROW, Kenneth J.: [1965] Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Reply, in: The American Economic Review, Vol.55, No.3, March 1965, S.154-158

B

- BADURA, Bernhard (Hrsg.): [1981 a] Soziale Unterstützung und chronische Krankheiten. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung, Frankfurt 1981
- BADURA, Bernhard: [1981 b] Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und aus sozialpolitischer Sicht, in: B. Badura/Christian von Ferber (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München-Wien 1981, S.147-160
- BADURA, Bernhard: [1984] Thomas McKeown und die ökologische Gesundheitsstrategie, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Heft 9/1984, S.151 ff.
- BADURA, Bernhard: [1985] Gesundheitspolitik: Probleme und Reformperspektiven, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 36. Jg., Nr.6/1985, S.342-351
- BADURA, Bernhard/FERBER, Christian von (Hrsg.): [1981] Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München-Wien 1981
- BADURA, Bernhard/GROSS, P.: [1976] Sozialpolitische Perspektiven - Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München 1976
- BADURA, Bernhard/LEHMANN, Harald: [1985] Wie läßt sich die Versorgung chronisch Kranker durch Laienhandeln verbessern? -

- Das Beispiel der Herzinfarkt-rehabilitation, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1985, S.594 ff.
- BAIER, H.: [1974] Soziale Sicherheit - die Existenzfrage der Wohlfahrtsgesellschaft, in: Der Praktische Arzt, Nr.14/1974, S.1665 f.
- BAIER, Horst: [1988] Gibt es eine Ethik des Sozialstaates? Über Moral und Interessen im Sozial- und Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.231-250
- BALZER, Detlef: [1985] Zehn Jahre Kostendämpfungspolitik am Ende? in: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Lebendige Krankenversicherung 10. bis 13. Presse-seminar des AOK-Bundesverbandes vom 10. bis 11. Oktober 1985 in Maria Laach, Bonn 1985
- BARTLING, H.: [1983] Bedürfnis und Bedarf im Gesundheitswesen, in: R. Voigel (Hrsg.): Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1983, S.2-15
- BAUER, Uwe: [1986] Möglichkeiten ausgabenwirksamer Steuerungsmaßnahmen bei der Versorgung mit Arzneimitteln, in: Krankenversicherung, Heft 11/November 1986, S.293-299
- BAUM, Herbert: [1980] Staatlich administrierte Preise als Mittel der Wirtschaftspolitik: eine empirische Erfolgskontrolle für die Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 1980
- BAUMGARTEN, J.: [1974] Zur Kontrolle der wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 5/1974, S.405-407
- BAUMGARTEN, J.: [1986] Zum Verhältnis Krankenkassen - Krankenhäuser. Analyse und Perspektiven, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 5/1986, S.319-323
- BAYER, W./REICHEL, H./VIEFHUES, H.: [1983] Bestimmungsgründe der Krankenhauswahl (hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsberichte „Gesundheitsforschung“, Nr. 109), Bochum 1983
- BECK, Winfried/DEPPE, Hans-Ulrich/JÄCKLE, Renate/SCHAGEN, Udo (Hrsg.): [1987] Ärzteopposition, Neckarsulm-München 1987
- BENDA, Ernst: [1985] Das sozialstaatliche System der Bundesrepublik Deutschland und seine Grenzen, in: SdO 1985, S.95 ff.
- BERG, Heinz: [1986 a] Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: 1977 - 1984, hrsg. vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WiO), Stankt Augustin 1986
- BERG, Heinz: [1986 b] Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen seit 1977, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 5, Mai 1986, S.148-155
- BESKE, Fritz: [1978] Struktur des Gesundheitswesens in Schleswig Holstein (Institut für Gesundheitssystemforschung), 8 Bände, Kiel 1978
- BESKE, Fritz/ZALEWSKI, Th.: [1981] Gesetzliche Krankenversicherung - Analysen, Probleme, Lösungsansätze, Kiel 1981
- BESKE, Fritz/WILHELMY, H.J.: [1976] Systemforschung im Gesundheitswesen, in: Öffentliches Gesundheitswesen, Heft 1/1976, S.1-11
- BILSKI, Friedhelm/SENDLER, Hans: [1986] Gedanken zum Zielkonzept einer Strukturreform der GKV, in: Krankenversicherung, Heft 4/April 1986, S.100-107
- BILSKI, Friedhelm/SENDLER, Hans: [1986] Kassenärztliche und kasenzahnärztliche Versorgung, Vorschläge für Gesetzgeber und Selbstverwaltung im Rahmen einer Strukturreform, in: Krankenversicherung, Heft 8/August 1986, S.217-226
- BILSKI, Friedhelm/SENDLER, Hans: [1986] Krankenhauspflege, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Vorschläge für Gesetzgeber und Selbstverwaltung im Rahmen einer Strukturreform, in: Krankenversicherung, Heft 10/Oktober 1986, S.269-278
- BIRKNER, Barbara/NEUBAUER, Günter: [1988] Prävention aus der Sicht sozialversicherter Privathaushalte - Erklärungsansätze und Versuch der empirischen Überprüfung, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.143-164
- BLÜM, Norbert: [1986] Grundsätze und Ziele der Gesundheitspolitik, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Sozialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.19-30
- BOGS, Harald: [1973] Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, Berlin 1973
- BOGS, Harald: [1976] Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, in: Harald Bogs/Christian von Ferber (Hrsg.): Soziale Selbstverwaltung, Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd.1, Bonn 1977, S.6-96
- BOGS, Harald: [1982] Staat und Selbstverwaltung im gesundheitsökonomischen Planungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Ludwig Sievers Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.415-480
- BOGS, Harald/FERBER, Christian von: [1977] Soziale Selbstverwaltung - Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd.1, Bonn 1977
- BORCHERT, Günter: [1984] Ordnungspolitik im Arzneimittelbereich. Integriertes Konzept, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984, S.25-26
- BORGERS, Dieter/LAASER, Ulrich: [1988] Sozialepidemiologische Berichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik. Gutachterliche Stellungnahme für die Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages, Bielefeld 1988
- BRANDT, A./HORISBERGER, B./WARTBURG, W. P. von (Hrsg.): [1980] Cost-Sharing in Health Care. Proceedings of the International Seminar on Sharing of Health Care Costs, Wolfsberg/Switzerland, March 20-23, 1979, Berlin-Heidelberg-New York 1980
- BRAUN, Bernhard, u. a.: [1983] Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung, in: Soziale Sicherheit, 32. Jg., Heft 10/1983, S.316-324
- BRAUN, Bernhard/REINERS, Hartmut: [1988] Kostendämpfung als Gegenreform, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 2/1988, S.182-195
- BREITENSTEIN, Peter [1977] Staatlich administrierte Preise. Staatliche Preisadministration, Inflation und Konjunktur in der Bundesrepublik Deutschland von 1950-1969, Baden-Baden 1977
- BRENNER, Gerhard: [1986] Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung aus der Sicht der Ärzte, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5-6/1986, S.122-125
- BREYER, Friedrich: [1984] Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 1984
- BREYER, Friedrich: [1985] Krankenhauskostenstudien - Ein methodischer Überblick, Heidelberg 1985
- BREYER, Friedrich: [1986] Ökonomisch geschätzte Krankenhaus-Kostenfunktion und ihre Verwendung in der Krankenhausvergütung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Sozialpolitik N.F. Bd.159), Berlin 1986, S.287-301
- BRUCKENBERGER, Ernst: [1978] Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen. Am Beispiel Krankenhaus, Stuttgart 1978
- BRÜGGEMANN, I. von/SCHWEFEL, D./ZÖLLNER, H. (Hrsg.): [1978] Bedarf und Planung im Gesundheitswesen (Wissenschaftliche Beiträge des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Bd.11) Köln 1978
- BRUNKHORST, Johann: Risikoausgleich und regionale Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 8/1988, S.234-237
- BUCHHOLZ, T.U.: [1983] Wettbewerb - Das neue Zauberwort in der gesundheitspolitischen Diskussion in den USA, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1/1983, S.35-51
- BÜCHNER, J.-J.: [1985] Pflegesatz und Budgetierung - Einblicke in Verhaltens- und Verhandlungsmaximen nach dem neuen Pflegesatzrecht, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 12/1985, S.899-904
- BÜCHNER, J.-J.: [1986] Neues Pflegesatzrecht: Wege zur Planung, Budgetierung und Steuerung im Krankenhaus, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 8/1986, S.598-609
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): [1979] Möglichkeiten der Übertragung amerikanischer Pflege-satzenerfahrungen (Forschungsberichte „Gesundheitsforschung“, Nr. 13), Bonn 1979
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): [1983] Gutachten der Beratergruppe zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Bonn 1983
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): [1987] Vorstudie zu den diagnoseabhängigen Fallpauschalen (Forschungsberichte „Gesundheitsforschung“ Nr. 143), Bonn 1987
- BUNDESVERBAND KATHOLISCHER UNTERNEHMER (Hrsg.): [1988] Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Solidarität-Subsidiarität-Wirtschaftlichkeit. Empfehlungen des Bundes Katholischer Unternehmer (Diskussionsbeiträge des BKU, Nr.11), Bonn März 1988

BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBER-VERBÄNDE (BDA): [1985] Krankenversicherung in der Krise. Vorschläge zur Gesundung der Finanzen, Köln 1985

C

CASSEL, Dieter: [1984] Wettbewerb in der Krankenversicherung. Möglichkeiten und Grenzen. in: Bundesarbeitsblatt. Heft 12/1984, S.31-33

CASSEL, Dieter: [1987] Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Expertise im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMA). Forschungsbericht 149 zur Gesundheitsforschung, hrsg. vom BMA, Bonn 1987

CASSEL, Dieter/HENKE, Klaus-Dirk : [1988] Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland zwischen Utopie und Pragmatik: Kostendämpfung als Strukturreform? in: H.-M. Sass (Hrsg.): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Berlin-Heidelberg 1988, S.13-33

CICHON, Michael: [1986] Überlegungen zur Analyse von Wettbewerbsmodellen in der GKV zwischen ökonomischer Theorie und politischer Axiomatik. Hypothesen, Prämissen und Präferenzen müssen auf den Tisch! in: Sozialer Fortschritt, 35.Jg., Heft 1-2/1986, S.23-34

CONRAD, Günter/KICKBUSCH, Ilona: [1988] Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung. in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988, S.142-150

CULYER, A.J.: [1971] The Nature of the Commodity Health Care and its Efficient Allocation, in: Oxford Economic Papers, Vol.23 (1971), S.189 ff.

CULYER, A. J.: [1986] The Scope and Limits of Health Economics (with reference to economic appraisals of health services), in: Gérard Gäggen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.31-53

D

DAHLHOFF, M.: [1985] Krankenhausfinanzierung und Krankenhauspolitik - Ein neues Gesetz und kein Ende der Probleme, in: Soziale Sicherheit, 34. Jg., Heft 4/1985, S.101-107

DAHLHOFF, M.: [1987] Warum wird das Pflegeproblem nicht gelöst? in: Sozialer Fortschritt, 36. Jg., Heft 4/1987

DEPPE, Hans-Ulrich: [1987] Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt 1987

DEUTSCHE BUNDESBANK: [1985] Aktuelle Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, Nr.1/1985

DEUTSCHER BUNDESTAG (10. Wahlperiode): [1983] Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jahresgutachten 1983/84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 10/669 vom 24. November 1983

DEUTSCHER BUNDESTAG (10. Wahlperiode): [1984] Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jahresgutachten 1984/85 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 10/2541 vom 30. November 1984

DEUTSCHER BUNDESTAG (10. Wahlperiode): [1985] Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 10/4295 vom 22. November 1985

DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND: [1986 a] Vorschläge des DGB zur Sicherung und zum Ausbau der Versorgungsqualität des Gesundheitswesens bei stabilen Beitragssätzen, in: Soziale Sicherheit, 35.Jg., Heft 5/1986, S.131-136

DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND: [1986 b] DGB-Vorstellungen zur Reform der Arzneimittellieferung, in: Soziale Sicherheit, 35.Jg., Heft 5/1986, S.136-142

DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND: [1987 a] Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems. Stellungnahme zur Anhörung der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages am 26. November 1987 (Kommissions-Drucksache Nr.39), Düsseldorf November 1987

DIE GRÜNEN: [1986] Alternativen und Strategien in der Gesundheitspolitik der Grünen, in: Die Grünen im Bundestag (Hrsg.): Kritik des Gesundheitswesens und Grüne Alternativen, Bonn 1986, S.131-142

DIE GRÜNEN IM BUNDESTAG (Hrsg.) [1986] Kritik des Gesundheitswesens und grüne Alternativen, Bonn 1986

DINKEL, Reiner: [1986] Mortalitätsindikatoren und ihre Eignung zur Beurteilung der Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen, in: Gérard Gäggen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.569-585

DOLL, Richard: [1988] Möglichkeiten der Prävention. Das Potential für die Verbesserung der Gesundheit, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988, S.6-30

E

EBENBECK, Gerd: [1987] Das Kostenerstattungssystem - ein untaugliches Mittel zur Strukturreform, in: Soziale Sicherheit, 36. Jg., Heft 3/1987, S.79-80

EBERLE, G.: [1985] Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Entstehung, Arbeitsweise, Bedeutung für die GKV, in: Soziale Sicherheit, 34. Jg., Heft 7/1985

EBERLE, G.: [1986] Ärztliche Honorarentwicklung 1980 bis 1985, in: Die Ortskrankenkasse, 68. Jg., Heft 13/1986

EICHHORN, Siegfried: [1982] Systemplanung im Krankenhaus- und Gesundheitswesen, in: Philipp Herder-Dorneich/Günter Sieben/Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie II (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 2), Gerlingen 1982, S.11-82

EICHHORN, Siegfried: [1986] Alternative Formen der Preisgestaltung im Krankenhaus. Theoretische Ansätze und Modellversuche, in: Gérard Gäggen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.501-519

EICHHORN, Siegfried: [1987] Perspektiven für die Ordnungspolitik in der Krankenhauswirtschaft, in: Das Krankenhaus, 79. Jg., Teil I, Heft 7/1987, S.268-273 und Teil II, Heft 8/1987, S.301-307

EICHHORN, Siegfried/SCHMIDT, Reinhardt (Hrsg.): [1984] Planung, Kontrolle und Effektivität im Krankenhaus (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 5), Gerlingen 1984

EIMEREN, W. von (Hrsg.): [1978] Perspektiven der Gesundheitssystemforschung, Berlin-Heidelberg-New York 1978

EISEN, Roland: [1984] Der Organisationstyp „Private Krankenversicherung“: Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Günter Neubauer (Hrsg.): Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft (Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd.13), Gerlingen 1984, S.101-159

EISEN, Roland/SCHRÜFER, Klaus: [1986] Gesundheitsleistungen: Märkte, Wahlen oder Bürokraten. Ein Beitrag zu einer positiven Gesundheitsökonomie, in: Gérard Gäggen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.207-222

F

FELDSTEIN, M. S.: [1967] Economic Analysis for Health Service Efficiency, Amsterdam 1967

FERBER, Christian von: [1967] Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft, Hamburg 1967

FERBER, Christian von: [1976] Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance? in: H. Bogs/ Christian von Ferber (Hrsg.): Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd.1, Bonn 1976, S.98-199

FERBER, Christian von: [1983] Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: B. Schäfers (Hrsg.): Sozialpolitik in der Bundesrepublik. Gegenwartskunde, Sonderhefte 4/32, S.113-125

FERBER, Christian von: [1985] Soziale Krankenversicherung im Wandel - Weiterentwicklung oder Strukturreform? in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1985, S.584-594

FERBER, Christian von: [1987] Ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem den Volkskrankheiten gewachsen? Stellungnahme für die Anhörung der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« am 12. November 1987, (Kommissionsdrucksache Nr.25), Düsseldorf 1987

FERBER, Christian von: [1988 a] Voraussetzungen einer rationalen Gesundheitspolitik: Gesundheitsberichterstattung als Ausgangspunkt einer gesundheitspolitischen Orientierung des Krankenversicherungssystems. Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Kommissions-Drucksache Nr.65), Düsseldorf Februar 1988

- FERBER, Christian von: [1988 b] Strukturreform des gegliederten Sozialleistungssystems als Antwort auf die demographische Entwicklung, in: Die demographische Herausforderung. Das Gesundheitswesen angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.21), Gerlingen i.E.
- FERBER, Christian von/REINHARDT, Uwe E./SCHAEFER, Hans/THIEMEYER, Theo (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985
- FIEDLER, [1987]
- FOX, Anthony John: [1988] Reporting and monitoring systems on health data: social epidemiology as an instrument for health policy on the fields of prevention and cure. Experiences and problems in Great Britain. Position Paper. London o.J.(February 1988)
- FREIDSON, E.: [1979] Der Arztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart 1979
- FRERICH, Johannes: [1987] Sozialpolitik. Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland. München 1987
- FREYMAN, Heinz: [1987] Budgetierung und Krankenhausbetriebführung, in: Krankenhaus Umschau, Heft 51987, S.443-447
- G**
- GÄFGEN, Gérard: [1981] Die Allokationswirkungen verschiedener Eigentumsrechte im Krankenhauswesen, in: Ph. Herder-Dorneich/Günter Sieben/Theo Thieme (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie II (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 2), Gerlingen 1981, S.101-157
- GÄFGEN, Gérard: [1984] Ordnungspolitik im Krankenhausbereich. Sparen durch Gestalten, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984, S.19-22
- GÄFGEN, Gérard: [1985] Effizienz- und Wettbewerbswirkungen der Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland, in: C. A. Andreae/E. Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen. Köln 1985, S.85-105
- GÄFGEN, Gérard (Hrsg.): [1986] Ökonomie des Gesundheitswesens. Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik. Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Saarbrücken vom 16.-18. September 1985 (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd. 159), Berlin 1986
- GÄFGEN, Gérard (Hrsg.): [1988] Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988
- GÄFGEN, Gérard: [1988] Kollektivverhandlungen als konstitutiver Allokationsmechanismus korporatistischer Ordnungen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.61-89
- GÄFGEN, Gérard/LAMPERT, Heinz (Hrsg.): [1982] Betrieb. Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 3), Gerlingen 1982
- GEIGANT, Friedrich/OBERENDER, Peter: [1985] Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985
- GEIGANT, Friedrich: [1986] Niederlassung in freier Praxis - Noch Gegenwart oder schon Vergangenheit? in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.305-322
- GEISSLER, Ulrich: [1978] Kassenärztliche Bedarfsplanung. Ziele und Methoden der Planung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Kassenärztliche Bedarfsplanung (WIdO-Schriftenreihe Bd.1), Bonn 1978, S.59-86
- GEISSLER, Ulrich: [1979] Probleme der Vergütungspolitik unter dem Aspekt des Ärzteanstiegs, des Zahnärztemangels und der kassenärztlichen Bedarfsplanung, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 4/1979, S.125-130
- GEISSLER, Ulrich: [1980] Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. Stuttgart 1980, S.37-57
- GEISSLER, Ulrich: [1983] Daten zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, Band 8, Heft 1/1983, S.5-10
- GENZEL, Herbert: [1983] Sozialstaat und Gesundheitsökonomie. Zu den verfassungsrechtlichen und wirtschaftlichen Grundlagen des Gesundheitswesens, insbesondere des Krankenhausbereiches, München 1983
- GERDELMANN, Werner: [1985] Auswirkungen der Reform der Krankenhausfinanzierung, in: Christian von Ferber/Uwe E. Reinhardt/Hans Schaefer/Theo Thieme (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.167-184
- GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE FORTSCHRITT (Hrsg.): [1974] Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge. Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit. Bericht eines Arbeitskreises der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Berlin 1974
- GITTER, Wolfgang: [1985] Strukturprinzipien des Grundgesetzes und soziale Sicherung, in: Soziale Selbstverwaltung 1985, S.82 ff.
- GITTER, Wolfgang/OBERENDER, Peter: [1987] Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 1987
- GOESCHEL, Albrecht: [1985] Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft als gesamtgesellschaftliche Gestaltungsfaktoren, in: Die Sozialversicherung, Februar 1985
- GRIESEWELL, Gunnar: [1977] Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 26. Jg., Heft 4/April 1977, S.
- GRIESEWELL, Gunnar: [1985] Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Christian von Ferber/Uwe E. Reinhardt/Hans Schaefer/Theo Thieme (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.555-580
- H**
- HAARMANN, M.: [1978] Steuerungsprobleme in der medizinischen Versorgung. Zur Analyse der ökonomischen Beziehungen zwischen Konsumenten, Ärzten und Krankenhäusern, Königstein/Ts. 1978
- HAMANN, W.: [1981] Gesundheitsökonomische Analyse von Steuerungsproblemen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Dissertation, Köln 1981
- HAMM, Walter: [1980] Irrwege der Gesundheitspolitik, Tübingen 1980
- HAMM, Walter: [1983] Marktwirtschaftlich organisierte Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, in: H. Vogel (Hrsg.): Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1983, S.64-73
- HAMM, Walter: [1984 a] Für eine Strukturreform der GKV, in: W. Hamm/J. Jessen/D. Nord/H. Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart-New York 1984, S.89-99
- HAMM, Walter: [1984 b] Programmierte Unfreiheit und Verschwendung. Zur überfälligen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: ORDO, Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, Bd. 35, Stuttgart-New York 1984, S.22-42
- HAMM, Walter/JESSEN, Jens/NORD, Diedrich/PEHLKE, Harald: [1984] Aspekte zur GKV-Strukturreform (Hrsg. von der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V.), Stuttgart-New York 1984
- HÄUSER, K. (Hrsg.): [1983] Finanzsysteme: Ideal- und Realtypen - Gesundheitswesen und Hochschulbildung (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 135), Berlin 1983
- HAUSER, Heinz: [1980] Das Gesundheitswesen zwischen Leistungsansprüchen und finanziellen Beschränkungen: Neubestimmung des Verhältnisses zwischen Ärzten, Patienten und Krankenhäusern, in: Hexagon-Roche, 8.Jg., Heft 3/1980
- HAUSER, Heinz: [1982] Kosten- und Leistungskontrolle durch die schweizerischen Sozialversicherer (anerkannte Krankenkassen und SUVA), in: Gerard Gäfgen/Heinz Lampert (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.3), Gerlingen 1982
- HAUSER, Heinz/SOMMER, Jürg-H.: [1984] Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den USA, in Kanada und in der BRD, Bern Stuttgart 1984
- HAUSER, Heinz: [1985] Beurteilung des Systems der Globalsteuerung im Rahmen des KVKG, in: August-Clemens Andreae/Engelbert Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S. 106-121
- HAUSER, Heinz: [1986] Grundzüge eines wettbewerblichen Versicherungskonzeptes für die Schweiz, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie

- mie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.435-448
- HAUSS, Friedrich: [1983] Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb, Frankfurt-New York 1983
- HAUSS, Friedrich / NASCHOLD, Frieder / ROSENBROCK, Rolf: [1981] Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: Friedrich Hauß/Frieder Naschold/Rolf Rosenbrock (Hrsg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (Forschungsberichte »Gesundheitsforschung« Bd.55), hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981
- HAUSS, Friedrich / NASCHOLD, Frieder / ROSENBROCK, Rolf (Hrsg.): [1981] Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen (Forschungsberichte »Gesundheitsforschung« Bd. 55), hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981
- HAYEK, Friedrich August von: [1952] Individualismus und wirtschaftliche Ordnung, Erlenbach-Zürich 1952
- HENKE, Klaus-Dirk: [1983 a] Gesundheitsplanung im Sinne makroökonomischer Ressourcenplanung, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 45. Jg., 1983, S.349-361
- HENKE, Klaus-Dirk: [1983 b] Dezentralisierung im Gesundheitswesen. Föderalismustheoretische und andere Ansätze zur Bestimmung und Messung des Zentralitätsgrades im Gesundheitswesen, in: ders./UWE Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.13-56
- HENKE, Klaus-Dirk: [1984] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ergebnisorientierung, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984, S.11-13
- HENKE, Klaus-Dirk: [1986 a] Möglichkeiten einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd. 159), Berlin 1986,
- HENKE, Klaus-Dirk: [1986 b] Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in einer sozialen Krankenversicherung, in: AOK (Hrsg.): Symposium Marktorientiertes Handeln der AOK vom 7. bis 9. November 1985 in Bochum, Essen 1986, S. 36-43
- HENKE, Klaus-Dirk: [1987] Voraussetzungen und Optionen für eine rationale Gesundheitspolitik, in: GVG (Hrsg.): Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, Medizinische, ökonomische und politische Orientierung. Dokumentation der GVG-Tagung vom 24. September 1986 (Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln, Bd.10), Bergisch Gladbach 1987, S.6-17
- HENKE, Klaus Dirk: [1988 a] Gesundheitsversorgung weiterhin zwischen Markt und Staat, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1/1988, S.7-10
- HENKE, Klaus-Dirk: [1988 b] Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.113-157
- HENKE, Klaus-Dirk/REINHARDT, Uwe (Hrsg.): [1983] Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983
- HENKE, Klaus-Dirk/METZE, Ingolf: [1979] Selbstbeteiligung und Kostenentwicklung, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft (MMG), 4.Jg., Heft 1/1979, S.34 ff.
- HENKE, Klaus-Dirk/METZE, Ingolf: [1986] Finanzierung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 10), Gerlingen 1986
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1976] Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen. Die Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Opladen 1976
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1980] Gesundheitsökonomik. Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, 1980
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1981] Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik, in: ders./Günter Sieben/Theo Thieme (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981, S.11-45
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1982 a] Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle. Grundfragen der sozialen Steuerung, Stuttgart 1982
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1982 b] Sozialökonomische Entwicklungen im Gesundheitswesen, ihre Auswirkungen auf den ambulanten Sektor und ihre ordnungspolitische Steuerung, in: Ludwig-Sievers-Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.133-236
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1982 c] Funktionsfähigkeit und ordnungspolitische Einordnung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Ludwig-Sievers-Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.375-414
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1982 d] Gesundheitspolitik als Ordnungspolitik, in: Ludwig-Sievers-Stiftung u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982, S.481-520
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1983] Systemimmanenz der Kostenexplosion, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 6/1983, S.237-241
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1984] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Zwischen Utopie und Pragmatik, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984, S.5-8
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1985] Wettbewerb und Rationalitätenfallen im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Walter Hamm/Günter Neubauer (Hrsg.): Wettbewerb im deutschen und US-amerikanischen Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 7), Gerlingen 1985, S.13 ff.
- HERDER-DORNEICH, Philipp: [1986] Ordnungspolitik des Gesundheitswesens - Eine analytische Grundlegung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.55-70
- HERDER-DORNEICH, Philipp/SIEBEN, Günter/THIEMEYER, Theo (Hrsg.): [1981] Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981
- HERDER-DORNEICH, Philipp/SIEBEN, Günter/THIEMEYER, Theo (Hrsg.): [1982] Wege zur Gesundheitsökonomie II (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 2), Gerlingen 1982
- HERDER-DORNEICH, Philipp/KLAGES, H./SCHLOTTER, H. G. (Hrsg.): [1984] Überwindung der Sozialstaatskrise. Ordnungspolitische Ansätze, Baden-Baden 1984
- HOFMANN, Jürgen: [1987] Selbstbeteiligung in der GKV - Eine Analyse vom Standpunkt der ökonomischen Theorie, in: Sozialer Fortschritt, 36.Jg., Heft 4/1987, S.83-85
- HÖHN, W.: [1986] Selbstbeteiligung - Nicht nur ein gesundheitsökonomisches, sondern auch ein gesundheitspolitisches Thema, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, 11.Jg., Heft 1/1986
- HOLLER, Albert [1985] Das Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Fragen der Versorgungskrise, in: Christian von Ferber/Uwe E. Reinhardt/Hans Schaefer/Theo Thieme (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedankenschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.153-166
- HORVATH, Peter: [1987] Chancen und Risiken der Budgetierung für die Führung von Wirtschaftsbetrieben, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 5/1987, S.438-442
- HUBER, Ellis: [1983] Das lebendige Stadt-Krankenhaus, in: Technologie und Politik 21 (Rowohlt Taschenbuch), Reinbeck 1983, S.49 ff.
- HUBER, Ellis: [1988] Ambulante Versorgung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorlage für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Kommissions-Drucksache Nr.106), Berlin August 1988
- I**
- ILLICH, Ivan: [1975] Die Enteignung der Gesundheit - Medical Nemoesis (Rowohlt Taschenbuch), Reinbeck 1975
- INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980
- ISSING, O. (Hrsg.): [1981] Zukunftsprobleme der sozialen Marktwirtschaft (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 116), Berlin 1981
- J**
- JAHN, E.: [1984] Neuordnung der Finanzierung oder Strukturreform des Krankenhauswesens? Überlegungen zu einer Strukturreform, in: Soziale Sicherheit, 33., Jg., Heft 10/1984, S.309-316
- JENSEN, Alfred: [1986] Kostendämpfung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZfSH/SGB), 25.Jg., Heft 11/November 1986, S.537-549

- JESSEN, Jens: [1984] Der Wandel der Gesellschaft erfordert eine Anpassung der GKV, in: W.Hamm/J.Jessen/D.Nord/H.Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform. Stuttgart-New York 1984, S.41-87
- JUNG, Karl: [1988] Strukturreform im Gesundheitswesen aus der Sicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S. 33-62

K

- KARTTE, Wolfgang: [1985] Gesundheitswesen als wettbewerbspolitischer Ausnahmehereich - Streiflichter aus der Praxis des Bundeskartellamtes, in: Friedrich Geigant/Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985
- KAUFER, Erich: [1981] Probleme und Instrumente einer Arzneimittelökonomik aus der Sicht der Industrieökonomie, in: Philipp Herder-Dornreich/Günter Sieben/Theo Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 1), Gerlingen 1981, S.157-163
- KESSEL, R. A.: [1958] Price Discrimination in Medicine, in: Journal of Law & Economics 1, S.20-53
- KLITZSCH, Wolfgang: [1987] Medizinisch orientierte Reform des Gesundheitswesens. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 16/1987, S.457-460
- KIRCHBERGER, Stefan: [1986] Technischer Fortschritt in der Medizin. Strukturen der Kostenentwicklung und der Leistungserbringung, in: Technologie und Medizin. Argument-Sonderband AS 141, Berlin 1986, S.7-28
- KIRSCH, Guy: [1985] Ordnungspolitik zwischen Markt, Selbstorganisation und Staat, in: Clemens-August Andreae/Engelbert Theurl: Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.21-33
- KLAUSING, Michael: [1981] Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Der Beitrag der allgemeinen Systemtheorie für die Methode ihrer Ermittlung und Beurteilung (Wissenschaftliche Beiträge 8), Karlsruhe 1981
- KNAPPE, Eckhard: [1981] Ausgabenexplosion im Gesundheitssektor: Folge einer ordnungspolitischen Fehlsteuerung, in: O. Issing (Hrsg.): Zukunftsprobleme der sozialen Marktwirtschaft (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 116), Berlin 1981, S.499 ff.
- KNAPPE, Eckhard: [1983] Reform der Krankenversicherung, in: H. Giersch (Hrsg.): Wie es zu schaffen ist. Agenda für die deutsche Wirtschaftspolitik, Stuttgart 1983, S.306 ff.
- KNAPPE, Eckhard: [1985] Mengen- und Preissteuerung auf der Angebotsseite des Gesundheitssektors: Das Beispiel der Zulassungsbeschränkungen und des Honorierungssystems, in: Friedrich Geigant/Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985, S.95-106
- KNAPPE, Eckhard: [1988 a] Neokorporatistische Ordnungsformen als Leitbild einer Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.271-294
- KNAPPE, Eckhard: [1988 b] Ökonomische Besonderheiten des medizinisch-technischen Fortschritts, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.77-96
- KNAPPE, Eckhard/FRITZ, Wilhelm: [1984] Direktbeteiligung im Gesundheitswesen. Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz. Köln 1984
- KNAPPE, Eckhard/FRITZ, Wilhelm: [1986] Direktbeteiligung der Patienten: Auswirkungen eines absoluten Selbstbehalts, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 449-467
- KNAPPE, Eckhard/ROPPEL, Ulrich: [1982] Zur Stärkung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente im Gesundheitssystem. Probleme und Ansatzpunkte (Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik/Institut der deutschen Wirtschaft Hefte 107/108), Köln August/September 1982
- KRAMER, W.: [1981] Eine ökonometrische Untersuchung des Marktes für ambulante kassenärztliche Leistungen, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 137. Jg., Heft 1/1981

- KRAUSE, Peter: [1988] Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung: ihre verfassungsrechtliche Problematik, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.253-270
- KÖHLER-SCHMIDT, Barbara: [1986] Struktur und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen, WZB/IVGdp86-208, Berlin 1986
- KOMMISSION KRANKENHAUSFINANZIERUNG: [1987] Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Teil I: Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.20) Gerlingen 1987
- KÖPPL, Franz/LAUBER, Wolfgang: [1986] Medizintechnik im Krankenhaus, Wien 1986
- KRONBERGER KREIS: [1987] Mehr Markt im Gesundheitswesen (Schriftenreihe Bd.13), Bad Homburg März 1987
- KÜCHENHOFF, G.: [1974] Gemeinsame Selbstverwaltung im Kassenarztrecht, in: Dienst am Recht und Staat. Festschrift für Werner Weber, Berlin 1974, S.833 ff.
- KÜHN, Hagen: [1979] Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung? in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1979, S.537
- KÜHN, Hagen: [1982] Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt-New York 1982
- KÜHN, Hagen: [1985] Soziale Sicherheit und angebotsorientierte Wirtschaftspolitik, in: WSI-Mitteilungen, Heft 2/1985, S.94-102
- KÜHN, Hagen: [1988] Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung. (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin Februar 1988

L

- LABISCH, Alfred u.a.: [1988] Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge, Frankfurt 1988
- LAMPERT, Heinz: [1982] Verfassung und Struktur der Märkte für Gesundheitsgüter als Problem und Aufgabenbereich der Gesundheitsökonomik, in: Gerard Gäfgen/Heinz Lampert (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.3), Gerlingen 1982, S.267-310
- LAMPERT, Heinz: [1983] Strukturfragen aus ordnungspolitischer Sicht: Gesundheitswesen und GKV in der Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, in: WiDo (Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland (WiDo-Materialien 21), Bonn 1983, S.65-108
- LAMPERT, Heinz: [1984] Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik, in: H. Winterstein (Hrsg.): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 133 II) Berlin 1984
- LEES, D. S./RICE, R. G.: [1985] Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Comment, in: The American Economic Review, Vol.55, March 1965 S.140-154
- LEHMBRUCH, Gerhard: [1988] Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die »Konzertierte Aktion« im Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.11-32
- LEOPOLD, D.: [1980] Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, 3. Aufl., St. Augustin 1980
- LEU, Robert E./DOPPMANN, Reto J.: [1986] Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.161-175
- LORENSER, H.: [1981] Finanzierbarkeit der laufenden und der investiven Kosten für Krankenhausleistungen der 80er Jahre, in: Das Krankenhaus, Heft 8/1981, S.292-300
- LUDWIG-SIEVERS-STIFTUNG/ HANS-NEUFFER-STIFTUNG/ STIFTUNG ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG (Hrsg.): [1982] Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln 1982

M

- MÄNNER, Leonhard: [1983] Höhe und Differenz der Arzteinkommen als Kontrollgrößen für Fehlallokation in der kassenärztlichen Behandlung bei Einzelleistungshonorierung, in: Klaus-Dirk Henke/Uwe Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.77-108

- MÄNNER, Leonhard: [1984] Der Organisationstyp Gesetzliche Krankenversicherung: Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Günter Neubauer (Hrsg.): Alternativen der Steuerung im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.13), Gerlingen 1985, S.161-197
- MÄNNER, Leonhard/SIEBEN, Günter (Hrsg.): [1987] Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 11), Gerlingen 1987
- MÄNNER, Leonhard/HOFMANN, Jürgen/HÜHNE, Peter: [1988] Einführung von Wahlтарifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der GKV: Empirische Überprüfung. Gutachten für die Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« des Deutschen Bundestages (Kommissions-Drucksache Nr.102), Göttingen Juli 1988
- MAHR, W.: [1977] Das moralische Risiko in Individual- und Sozialversicherung: Das Prinzip und seine Tragweite, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd.66 (1977), S.205 ff.
- MARSHALL, J.: [1976] Moral Hazard, in: The American Economic Review, Vol. 66, No.5, December 1976, S.880-890
- MATZKE, Heinz [1978] Die Neuregelung der Beziehungen der Krankenkassen zu Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern seit dem 1. Januar 1977, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, 1978, S.148
- MAUNZ, Th./SCHRAFT, H.: [1975] Die Sozialversicherung und ihre Selbstverwaltung, Loseblattkommentar, 10 Bände, Berlin 1975
- MAYNTZ, Renate/KLITZSCH, Wolfgang/UBELÄNDER, Erich: [1982] Analyse von Planungs- und Steuerungsfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesens (Forschungsbericht, Reihe »Gesundheitsforschung« Band 69), Hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1982
- McKEOWN, Thomas:[1979] The role of medicine, dream, mirage or nemesis? Oxford 1979
- METZE, Ingolf: [1975] Probleme der Ärztehonorierung und ihre Reform, in: Heinz Lampert (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD (Schriften des Vereins für Socialpolitik, N. F. Band 82), Berlin 1975, S.29-94
- METZE, Ingolf: [1978] Probleme alternativer Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen, in: Eimeren, W. von (Hrsg.): Perspektiven der Gesundheitssystemforschung, Berlin-Heidelberg-New York 1978, S. 97-111
- METZE, Ingolf: [1981] Marktversagen als Problembereich der Gesundheitsökonomie - zur Frage der Organisation des Gesundheitswesens, in: PH. Herder-Dorneich/P. Sieben/Th. Thiemeyer (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1982, S.63 ff.
- METZE, Ingolf: [1982 a] Marktwirtschaftliche Lenkung als Alternative zu staatlicher Planung - Ein Konzept zur Organisation des Gesundheitswesens, in: Gérard Gäfgen/Heinz Lampert (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.3, Gerlingen 1982, S.
- METZE, Ingolf: [1982 b] Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1982
- METZE, Ingolf: [1985] Probleme der Unterversorgung von Versicherten bei Wettbewerb, in: Walter Hamm/Günter Neubauer (Hrsg.): Wettbewerb im deutschen und US-amerikanischen Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.7), Gerlingen 1985, S.355-357
- MEYDAM, Jan: [1988] Risikostrukturausgleich im System sozialer Pflichtversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, April 1988, S.135-139
- MILDNER, Raimund [1983] Die Nutzen-Kosten-Untersuchung als Beurteilungsverfahren für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1 1983, S.42-51
- MILDNER, Raimund [1987] Der Effizienzbegriff im Gesundheitswesen, in: Krankenhaus-Umschau 8/1987, S.664-669
- MILIO, Nancy: [1986] Promoting health through public policy. 2.Aufl., Ottawa 1986
- MOHNHEIM, Heiner/GOESCHEL, Albrecht: [1985] Raumordnung und Gesundheitspolitik, in: Informationen zur Raumordnung, Heft 3-4/1985, S.I-III
- MOLITOR, B.: [1987] Zur Kostenerstattung übergehen. Plädoyer für marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente, in: Das Parlament, Nr. 11/1987, S.12
- MUDRA, W.: [1977] Integrierte medizinische Versorgung von Regionen, in: W.-D. Narr/W.F. Shröder (Hrsg.): Modelle zur Organisation der kommunalen und regionalen Gesundheitsplanung, Berlin 1977
- MÜTHLING, H.: [1966] Die Geschichte der deutschen Selbstverwaltung, Köln 1966
- MÜLLER, Hubertus: [1985] Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung - Eine zwingende Notwendigkeit der Gesundheitspolitik, in: Christian von Ferber/Uwe E. Reinhardt/Hans Schaefer/Theo Thiemeyer (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.185-200
- MÜLLER-ARMACK, A.: [1956] Soziale Marktwirtschaft, in: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, Bd.9, Stuttgart 1956, S.390 ff.
- MÜLLER-GROELING, Hubertus: [1973] Kollektivgutproblematik und Isolierparadoxon in der Krankenversicherung. Ein Organisationsproblem auf dem Markt für medizinische Leistungen, in: Bernhard Külp/Wolfgang Stützel (Hrsg.): Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik. Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag, Berlin 1973, S.59 ff.
- MÜLLER, Joachim/WASEM, Jürgen: [1987] Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Sozial- und gesundheitspolitisch vertretbare Alternative zum Sachleistungsprinzip? in: Zeitschrift für Sozialreform, 33.Jg., Heft 5/Mai 1987, S.300-315
- MÜNNICH, Frank E.: [1978] Gesundheit als Problem der Nationalökonomie, in: Arzt und Krankenhaus, Heft 9/1978, S.268-273
- MÜNNICH, Frank E.: [1980 a] Eigenverantwortung als Element der Selbststeuerung aus sozialökonomischer Sicht - Alternativen und Modelle, in: Forschungsinstitut für die zahnmedizinische Versorgung [FZV] (Hrsg.): Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung, FZV-Information (Köln) Nr.4/1980 vom 18.Juli 1980, S.2 ff.
- MÜNNICH, Frank E.: [1980 b] Modelle der Selbstbeteiligung, in: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980, S.89 ff.
- MÜNNICH, Frank E.: [1980 c] Zur Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung, in: Pharmazeutische Zeitung, Nr.24/1980, S.
- MÜNNICH, Frank E.: [1981 a] Eigenverantwortung als gesellschaftliches Organisationsprinzip - Alternativen und Modelle dargestellt am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Vierteljahrschrift für Sozialrecht, Bd.9, 1981, S.197-220
- MÜNNICH, Frank E.: [1981 b] Angebotssteuerung als Element einer wirksamen Steuerung im Gesundheitswesen, in: Internationales Forum für Gesundheitswesen (Hrsg.): Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen, Basel 1981, S.3-17
- MÜNNICH, Frank E.: [1982 a] Wie teuer darf Gesundheit sein? in: pharma dialog, Nr.76/November 1982
- MÜNNICH, Frank E.: [1982 b] Alternative Gestaltungsprinzipien für die gesundheitliche Sicherung der Bevölkerung und ihre Folgerungen, insbesondere im Hinblick auf die bestehende gesetzliche Krankenversicherung, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Symposium Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1982, S.88-98
- MÜNNICH, Frank E.: [1983] Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung (Schriftenreihe der Hans-Neuffer-Stiftung Bd. 4), Köln 1983
- MÜNNICH, Frank E.: [1984 a] Mehr Freiheit und Eigenverantwortung in der Krankenversicherung, in: Gerhard Fels/Achim Seffen/Otto Vogel (Hrsg.): Soziale Sicherung, Von der Finanzkrise zur Strukturreform (div-Sachbuchreihe: 39), Köln 1984, S.55-74
- MÜNNICH, Frank E.: [1984 b] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Mehr Markt, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984
- MÜNNICH, Frank E.: [1985] Möglichkeiten einer Marktsteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung - Begründung und Zielsetzung, in: Friedrich Geigant/Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 8), Gerlingen 1985, S.147-167
- MÜNNICH, Frank E.: [1986] Das Gesundheitswesen im Umbruch. Zukunftsperspektiven der Gesundheitsversorgung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.631-647

- MÜNNICH, Frank E.: [1988] Generische Substitution als Kostendämpfungsmaßnahme, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.63-776
- MUHR, Gerd: [1986] Von der Kostendämpfung zur Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 5, Mai 1986, S.130-142
- MURSIEWIEK, A.: [1983] Die staatliche Kontrolle der Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik und in den USA, Opladen 1983
- MUSCHALLIK, H.: [1978] Der Honorarvertrag sichert die Einzelleistungsvergütung, in: Deutsches Ärzteblatt, 75.Jg., Heft 51/52, 1978, S.3082 ff.
- MUSGRAVE, R.A.: [1959] The Theory of Public Finance, New York 1959
- N**
- NARR, Wolf-Dieter/SCHRÄDER, Wilhelm-F.(Hrsg.): [1977] Modelle zur Organisation der regionalen und kommunalen Gesundheitsplanung, Berlin 1977
- NASCHOLD, Frieder: [1977] Zur Effizienz des medizinischen Versorgungssystems in der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 12/1977, S.459-462
- NASCHOLD, Frieder/SCHÖNBÄCK, Wilfried (Projektleiter): [1977] Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, 2 Bände, Wien 1977
- NEIPP, Joachim: [1986] Primary Care Networks als Wettbewerber mit neuer Vergütungsform: Ihre Auswirkungen auf die Effizienz des Gesundheitswesens anhand von Erfahrungen aus den USA, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.343-354
- NEUBAUER, Günter: [1984 a] Konkurrenz der Steuerungssysteme in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Herder-Dorneich/Ph. Klages/H. G. Schlotter (Hrsg.): Überwindung der Sozialstaatskrise, Baden-Baden 1984, S.149-168
- NEUBAUER, Günter: [1984 b] Notwendigkeit und Möglichkeiten von Reformen im Gesundheitsbereich - Bilanz und Perspektiven, in: Heinz Lampert/E. Kühlewind (Hrsg.): Das Sozialsystem in der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Band 83), Nürnberg 1984, S.83-99
- NEUBAUER, Günter (Hrsg.): [1984 c] Alternativen der Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 13), Gerlingen 1984
- NEUBAUER, Günter: [1986] Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.223-240
- NEUBAUER, Günter: [1988 a] Ökonomische Situation der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Strukturreform der Krankenversicherung, Verhandlungen des Deutschen Sozialrechtsverbandes, Bundestag Wiesbaden 1. und 2. Oktober 1987 (Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Band XXX), Wiesbaden 1988, S.18-31
- NEUBAUER, Günter: [1988 b] Staat, Verwaltung und Verbände. Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus im Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd.1), Baden-Baden 1988, S.91-112
- NEUBAUER, Günter/MANEVAL, H.: [1982] Ordnungspolitik im Gesundheitssektor in der sozialen Marktwirtschaft, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, Bd.7, Heft 3/1982, S.172-178
- NEUBAUER, Günter/REBSCHER, Herbert: [1984] Gemeinsame Selbstverwaltung. Eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung, Spardorf 1984
- NEUBAUER, Günter/REBSCHER, Herbert: [1985] Gemeinsame Selbstverwaltung als Steuerungsinstrument der Gesundheitsversorgung, in: Die Ersatzkasse, Heft 5/1985, S.178-182
- NEUBAUER, Günter/UNTERHUBER, Hans: [1987] Mehr Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausschreibung von Versorgungsaufträgen. Skizze der Gestaltungsmöglichkeiten eines Einkaufsmodells in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 36.Jg., Heft 5/1987, S.107-114
- NEUHAUS, Rolf/PAQUET, Robert/SCHÄRDER, Wilhelm F.: [1985] Epidemiologische Transparenz und sozialmedizinischer Diskurs als Instrumente der Mengensteuerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der Krankenhausleistungen, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1985, S.607-613
- NEWHOUSE, Joseph P. et al.: [1983] Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance, in: Klaus-Dirk Henke/Uwe Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.123-142
- NORD, Dietrich: [1984] Was bedeutet die systemgerechte Weiterentwicklung der GKV? - Systemtheoretische Überlegungen, in: W. Hamm/J.Jessen/D.Nord/H.Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart-New York 1984, S.7-19
- NORD, Dietrich: [1988] Ergänzende Stellungnahme aus der Praxis: Die informelle Bedarfs-Steuerung im Gesundheitswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.227-230
- NOWAK, Meinolf/SCHAPER, Klaus: Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: WSI-Mitteilungen, 34.Jg., Heft 5/1981, S.307-316
- O**
- OBBERENDER, Peter: [1980] Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd.31/1980, Heft 1, S.145-176
- OBBERENDER, Peter: [1983 a] Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland und seine Steuerungswirkung. Eine markttheoretische Analyse, in: Klaus-Dirk Henke/Uwe Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S.187-243
- OBBERENDER, Peter: [1983 b] Mehr Wettbewerb im Arzneimittelbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Alternative zum staatlichen Dirigismus, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1, März 1983, S.26-35
- OBBERENDER, Peter: [1984] Ordnungspolitik im Arzneimittelbereich. Für Marktwirtschaft, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984, S. 27-30
- OBBERENDER, Peter: [1985] Möglichkeiten und sozialpolitische Grenzen einer Marktsteuerung der Gesundheitsnachfrage, in: Friedrich Geinat/Peter Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.8), Gerlingen 1985, S.13 ff.
- OBBERENDER, Peter: [1986 a] Reform des Gesundheitswesens durch Zulassung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente: Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 31.Jg., 1986, S.177-199
- OBBERENDER, Peter: [1986 b] Öffentliche Regulierung und innovative Aktivität in der pharmazeutischen Industrie, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.357-378
- OBBERENDER, Peter (Hrsg.): [1987] Gesundheitswesen im Umbruch? Bayreuth 1987
- OBBERENDER, Peter: [1988 a] Der Gesetzentwurf in ordnungspolitischer Sicht, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1/1988, S.10-14
- OBBERENDER, Peter: [1988 b] Reform im Wartezimmer, in: Der Volkswirt, Nr.8, 19.Februar 1988, S.58-60
- OBBERENDER, Peter: [1988 c] Marktzugang und Tendenzen der Bedarfssteuerung auf dem Arzneimittelmarkt, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.217-226
- OBBERENDER, Peter: [1988 d] Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.97-108
- OBBERENDER, Peter (Hrsg.): [1988] Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988
- OLDIGES, Franz Josef: [1987 a] Zehn Jahre Kostendämpfung. Eine politische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg., Heft 13/Juli 1987, S.373-378
- OLDIGES, Franz Josef: [1987 b] Strukturreform im Gesundheitswesen. Reform auch der tragenden Elemente der Krankenversicherung? in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg., Heft 6/März 1987, S.161-165

- OTT, A. E.: [1979] Grundzüge der Preistheorie, 3. Aufl., Göttingen 1979
- P**
- PAFFRATH, Dieter/REINERS, Hartmut: [1987] 10 Jahre Kostendämpfungsgesetze. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse, 69.Jg., Heft 13/Juli 1987, S.369-372
- PAULY, Mark V.: [1978] The Economics of Moral Hazard: Comment, in: The American Economic Review, Vol. 68, No.3, June 1978, S.531-537
- PEDRONI, G./ZWEIFEL, Peter: [1982] Medikamente und ihre Nebenwirkungen. Ökonomische Betrachtungen zu einem ökonomischen Problem. Studien der Gesellschaft zur Gesundheitsökonomie, Heft 2, Basel 1982
- PEHLKE, Harald: [1984] Ansatzpunkte zur systemgerechten Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: W.Hamm/J.Jessen/D.Nord/H.Pehlke: Aspekte zur GKV-Strukturreform, Stuttgart-New York 1984, S. 21-39
- PFAFF, Martin: [1983 a] Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor: Eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme, in: Karl Häuser (Hrsg.): Finanzsysteme: Ideal- und Realtypen - Gesundheitswesen und Hochschulbildung (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 135), Berlin 1983, S.57-173
- PFAFF, Martin: [1983 b] Strukturinstrumente in der GKV. Das Beispiel der Kostensteuerung, in: WIdO (Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland (WIdO-Materialien 21), Bonn 1983, S. 133-180
- PFAFF, Martin: [1984] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Internationale Erfahrung, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1984, S.13-18
- PFAFF, Martin: [1985] Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig »sozial tragbar« und »kostendämpfend« sein? in: Sozialer Fortschritt, 34. Jg., Heft 12/1985
- PFAFF, Martin: [1986 a] Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 35.Jg., Heft 5-6/Mai-Juni 1986, S.105-119
- PFAFF, Martin: [1986 b] Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Einkommens- und Preiselastizitäten für Gesundheitsausgaben und die Nutzung von Gesundheitsgütern, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 145-160
- PFAFF, Martin/BUSCH, Susanne: [1987] Forderungen zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Überblick, in: Sozialer Fortschritt, 36.Jg., Heft 11/November 1987, S.245-258
- POTTHOFF, P.: [1983] Anwendungsmöglichkeiten medizinischer Erfolgsmessung, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1/1983, S.10-17
- R**
- REBSCHER, Herbert: [1985] Auf der Suche nach Orientierung. Ordnungspolitische Alternativen der Gesundheitspolitik, in: Ersatzkasse, Heft 4/1985, S.152-156
- REBSCHER, Herbert: [1988] Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Das Verhältnis der Krankenkassen zu den übrigen Leistungserbringern. Untersuchung von Strukturproblemen und Reformmöglichkeiten (Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«), Neunkirchen August 1988
- REDING, Kurt: [1982] Neuere Ansätze der Bedarfsermittlung bei öffentlichen Gesundheitseinrichtungen aus ökonomischer Sicht, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, 7.Jg., 1982, S.237-242
- REGLER, K.: [1988] Ergänzende Stellungnahme aus der Praxis: Erfahrungen mit dem Steuerungssystem im Krankenhausbereich, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge. Band 1), Baden-Baden 1988, S.209-216
- REIDEGELD, E.: [1980] Vollzugsdefizite sozialer Leistungen. Verrechtlichung und Bürokratisierung als Grenzen der Sozialpolitik, in: R. Voigt (Hrsg.): Verrechtlichung. Analysen zur Funktion und Wirkung von Parlamentarisierung, Bürokratisierung und Justizialisierung sozialer, politischer und ökonomischer Prozesse. Königstein 1980
- REINERS, Hartmut: [1986] Die Grenzen des Sachverständigen - Anmerkungen zum Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 0/1986, S.49-52
- REINERS, Hartmut: [1987] Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte (WIdO-Materialien Bd.30), Bonn 1987
- REINERS, Hartmut: [1988 a] Verkehrte Richtung, falscher Tritt, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1/1988, S.14-17
- REINERS, Hartmut [1988 b] Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (unveröffentlichtes Manuskript), Bonn August 1988
- REINERS, Hartmut: [1988 c] Die stationäre Versorgung im Zeichen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Gesetzlichen Krankenversicherung - Zum Verhältnis von Krankenhaus und Krankenkasse (unveröffentlichtes Manuskript), Köln Juni 1988
- REINHARDT, Uwe: [1983] The Theory of Physician-induced Demand and its Implication for Public Policy, in: Klaus-Dirk Henke/Ume Reinhardt (Hrsg.): Steuerung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 4), Gerlingen 1983, S. 149-172
- ROSENBERG, Peter: [1974] Kontrolle der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt, 1974, S.165 ff.
- ROSENBERG, Peter: [1979] Gesundheitsökonomische Aspekte der Vergütungspolitik, in: Die Ortskrankenkasse, 61. Jg., Heft 4/1979, S.121-124
- ROSENBERG, Peter: [1986] Die vier "Waisen" und der Gesundheitsmarkt, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5-6/1986, S.125-130
- ROSENBROCK, Rolf: [1982] Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt-New York 1982
- ROSENBROCK, Rolf: [1985 a] Primärprävention durch GKV. Dreizehn Thesen und Gegenthesen, in: Soziale Sicherheit, 34. Jg., Heft 1, Januar 1985, S.1-9
- ROSENBROCK, Rolf: [1985 b] Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch die gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena, in: Frieder Naschold (Hrsg.): Arbeit und Politik - Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung, Frankfurt-New York 1985, S.367-404
- ROSENBROCK, Rolf: [1985 c] Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen - Möglichkeiten und Grenzen einer strategischen Neuorientierung, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 8/1985
- ROSENBROCK, Rolf: [1985 d] Die Kolonisierung des Sozialstaates, in: Soziale Sicherheit, Heft 11/1985, S.324-330
- ROSENBROCK, Rolf: [1985 e] Sozialpolitik aus arbeitspolitischer Sicht, in: B.Lutz (Hrsg.): Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung (Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentages), Frankfurt-New York 1985, S.198-204
- ROSENBROCK, Rolf: [1985 f] Gesundheit - mehr Markt? SPIEGEL Essay, in: DER SPIEGEL, Nr.42/1985 vom 14. Oktober 1985, S.288-289
- ROSENBROCK, Rolf: [1986 a] Aids kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, 3. durchgesehene Auflage, Hamburg 1987
- ROSENBROCK, Rolf: [1986 b] Prinzipien und Ideologie der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. Beitrag zur Anhörung der GRÜNEN im Bundestag am 10. März 1986, Berlin März 1986
- ROSENBROCK, Rolf: [1987 a] Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung als gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe. Statement in der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« am 4. September 1987 (Kommissions-Drucksache Nr. 10), Berlin 1987
- ROSENBROCK, Rolf [1987 b] Prävention. Warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen, 12. Jg., Nr. 47, April/Mai 1987, S.50-53
- ROSENBROCK, Rolf: [1988 a] Krankheitsverhütung/Prävention. Statement vor dem Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung anlässlich der Beratung des Entwurfes eines Gesundheitsreformgesetzes (GRG) am 24. Juni 1988, Berlin Juni 1988
- ROSENBROCK, Rolf: [1988 b] Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin August 1988
- ROSENBROCK, Rolf: [1988 c] Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. (Konzept für eine Forschungsgruppe am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung [WZB]), vervielf. Manuskript, Berlin 1988

- ROSENBROCK, Rolf/HAUSS, Friedrich: [1985] Krankenkassen und Prävention (Wissenschaftszentrum Berlin, Internationales Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung, Arbeitspolitik). Berlin 1985
- RÜSCHMANN, Heiner: [1988] „Kieler Modell“ - zwei Jahre diagnosebezogene Fallpauschale - eine Zwischenbilanz. in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.119-130
- RÜTER, Georg: [1988] Die Krankenhausplanung aus ordnungspolitischer Sicht, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.109-118
- S**
- SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1983] Jahresgutachten 1983/84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 10/669, Bonn 1983
- SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1984] Jahresgutachten 1984/85 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 10/2541, Bonn 1984
- SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1985] Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 10/4295, Bonn 1985
- SACHVERSTÄNDIGENRAT (SVR): [1987] Jahresgutachten 1987/88 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 11/1317, Bonn 1987
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA): [1987] Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987, Baden-Baden 1987
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA): [1988] Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1988, Bonn Februar 1988
- SAEKEL, Rüdiger: [1985] Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen, in: Die Sozialversicherung, 40.Jg., Heft 7, Juli 1985, S.176-181
- SCHAPER, Klaus: [1977] Möglichkeiten und Grenzen der Nachfragesteuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/1977, S. 637-649
- SCHAPER, Klaus: [1978] Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine Diskussion der public goods-, uncertainty- and moral hazard-theoreme allokativer Mängel von Gesundheits- und Krankenversicherungssystemen, Frankfurt a.M. 1978
- SCHAPER, Klaus: [1979] Zur Kritik des Moral-Hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: Sozialer Fortschritt, 28. Jg., Heft 7/8, 1979, S.178-183
- SCHARF, Bodo: [1980] Durch Selbstbeteiligung zur Kostendämpfung und Selbstverantwortung? Gedanken zur Unsterblichkeit einer konservativen Utopie, in: Soziale Sicherheit, 29. Jg., Heft 6/1980
- SCHARF, Bodo: [1985] Mehr Markt - mehr Wirtschaftlichkeit? - Marktökonomische Illusionen konservativer Gesundheitsökonomik, in WSI-Mitteilungen, 38. Jg., Heft 10/1985, S.569-583
- SCHARF, Bodo: [1986] Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Erste Arbeitsergebnisse der Gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, in: Soziale Sicherheit, 35. Jg., Heft 5, Mai 1986, S.143-147
- SHELLHAASS, Horst-Manfred: [1986] Ist der Wettbewerbsprozeß in der Pharmaindustrie funktionsfähig? in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Sozialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.397-409
- SCHLSKY, H.: [1977] Der unselbständige Mensch in der freiheitlichen Gesellschaftsordnung, Köln-Berlin 1977
- SCHENK, Karl-Ernst: [1985] Anreizmechanismen und wirtschaftliche Organisationsstrukturen, in: Clemens-August Andreae/Engelbert Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.34-42
- SCHILLER, Karl: [1966] Preisstabilität durch globale Steuerung der Marktwirtschaft (Walter Eucken Institut, Vorträge und Aufsätze Nr.15), Tübingen 1966
- SCHMACKE, Norbert: [1987] Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, in: Medizin, Moral und Markt, Argument-Sonderband AS 146, Hamburg 1987, S.
- SCHMAHL, Hans-J.: [1973] Globalsteuerung des Wirtschaftsablaufs, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 1973, S.216-222
- SCHMEINCK, W.: [1986] Die Vorschläge des SVR aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5-6/1986, S.120-122
- SCHMIDT, Alfred: [1978] Gesundheit mit ökonomischen Grenzen, in: Die Ortskrankenkasse, 1978, S.845 ff.
- SCHMIDT, Alfred: [1988] Strukturreform ja - aber so nicht! in: Soziale Sicherheit, 37.Jg., Heft 5/Mai 1988, S.
- SCHMIDT, Alfred/JAHN, Erwin/SCHARF, Bodo: [1987] Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz, Band 1: Grundmängel. Grundanforderungen. Reformperspektiven (WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr.60), Düsseldorf 1987
- SCHMIDT, Reinhart: [1981] Anwendungsmöglichkeiten betriebswirtschaftlicher Planungsmodelle im Gesundheitswesen, in: Philipp Herder-Dornreich/Günter Sieben/Theo Thieme (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981, S.239-268
- SCHMIDT, Reinhart: [1986] Zur Anpassung eines Krankenhauses an neue Preissysteme, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Sozialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 521-537
- SCHMITZ, Heinz: [1988] Die Finanzierungsreform der Gesundheitsleistungen. Probleme, Perspektiven, Optionen, in: Herder-Korrespondenz, 42.Jg., Heft 1/Januar 1988, S.15-20
- SCHNEIDER, Markus: [1985 a] Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung (Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung Nr.17), Stuttgart 1985
- SCHNEIDER, Markus: [1985 b] Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung, in: Sozialer Fortschritt, 35.Jg., Heft1-2/1985
- SCHOEK, H.: [1977] Wieviel Gesundheit ist politisch machbar? in: Der Praktische Arzt, Nr.4/1977, S.524 ff.
- SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der: [1981] Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen 1981
- SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der: [1985] ‚Pro-Competitive-Strategy‘, im Gesundheitswesen: Eine kritische Stellungnahme aus deutscher Sicht, in: Walter Hamm/Günter Neubauer (Hrsg.): Wettbewerb im deutschen und US-amerikanischen Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.7), Gerlingen 1985, S.325-353
- SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der/KLEINDORFER, Paul R.: [1986] Wie stabil ist der Generationenvertrag in der sozialen Krankenversicherung? Zum Problem der Gerechtigkeit und Akzeptanz intergenerativer Umverteilung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Sozialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.413-434
- SCHULENBURG, J.-Matthias Graf von der: [1988] Fünf Thesen zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.1-16
- SCHULZ, Wilfried [1985]: Medizinisches Berufsrecht und Marktsteuerung, in: Clemens-August Andreae/Engelbert Theurl: Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Köln 1985, S.45-84
- SCHULZ, Wilfried: [1986] Der Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten - Einige analytische Ansatzpunkte, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Sozialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S. 321-341
- SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm: [1987] Optionen für medizinische Orientierungsdaten und Gesundheitsziele, in: GVG (Hrsg.): Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Medizinische, ökonomische und politische Orientierung. Dokumentation der GVG-Tagung vom 24. September 1986 (Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln, Bd.10), Bergisch Gladbach 1987, S.18-31
- SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm: [1988 a] Epidemiologie und Präventivmedizin - gesundheitspolitische Aspekte, in: Peter Oberender (Hrsg.): Neuorientierung im Gesundheitswesen (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd.2), Bayreuth 1988, S.131-142
- SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm: [1988 b] Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, S.31-49
- SCHWEFEL, Detlef: [1986] Effektivitäten von Steuerungspolitiken im Gesundheitswesen. Methodische Anmerkungen, in: Gérard Gäfgen

- (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.555-567
- SCHWEFEL, Detlef/EIMEREN, W. von/SATZINGER, W. (Hrsg.): [1986] Der Bayern-Vertrag. Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo 1986
- SCHWEFEL, Detlef/LEIDL, Reiner: [1988] Bedarfsplanung und Selbstregulierung der Beteiligten im Krankenhauswesen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.187-208
- SENDER, Hans: [1986] Zum Verfassungsrahmen einer Strukturreform in der GKV, in: SGB, Heft 6/1986, S.230-235
- SIEBEN, Günter: [1986] Möglichkeiten und Grenzen pretialer Lenkung im Krankenhaus, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.539-552
- SIEBEN, Günter/GUTHARDT, Evelyn: [1981] Grundfragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Krankenhaus, in: Philipp Herder-Dorneich/Günter Sieben/Theo Thieme (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 1), Gerlingen 1981, S.181-216
- SMIGIELSKI, Edwin: [1981] Zur Problematik der Globalsteuerung im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Die Ortskrankenkasse, 63.Jg., Heft 13/Juli 1981, S.521-526
- SMIGIELSKI, Edwin: [1983] Aktionsparameter und Handlungsspielraum der Krankenkassenverbände im Rahmen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Band 8, Heft 1/1983, S.17-26
- SMIGIELSKI, Edwin: [1985] Das Konzept der „Strukturierten Budgetierung“, in: Die Ortskrankenkasse, 68. Jg., Heft 6/7, 15. März/1. April 1987, S.145-146
- SOZIALENQUETE: [1966] Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1966
- SPD-BUNDESTAGSFRAKTION (Arbeitskreis Sozialpolitik): [1988] Eckdaten eines sozialdemokratischen Konzepts zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Bonn 4.März 1988
- SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG: [1985] Konzept zu direkten Preisverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Arzneimittelherstellern. Status quo - Ziele - Wege zur Verwirklichung. Thesenpapier (unveröffentlicht), 28. August 1985
- STANDFEST, Erich: Soziale Selbstverwaltung - Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik, in: Christian von Ferber/F.X. Kaufmann (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik (Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie) Opladen 1977, S.424
- STARBATTY, J.: [1976] Erfolgskontrolle der Globalsteuerung, Frankfurt 1976
- STOCKHAUSEN, Josef: [1988] Ergänzende Stellungnahme aus der Praxis: »Zuviel oder zu wenig Ärzte? - Probleme der Entwicklung der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus und in der freien Praxis«, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.181-186
- STREIT, Manfred D.: [1988] Neokorporatismus und marktwirtschaftliche Ordnung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.33-60
- T**
- TENNSTEDT, Florian: [1977] Soziale Selbstverwaltung. Gesichter der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1977
- THEURL, Engelbert: [1986] Zur Erklärung der marktlichen und nichtmarktlichen Organisationsformen des Gesundheitswesens - Ansätze aus der „Neuen Institutionellen Ökonomie“, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.241-252
- THIEMEYER, Theo: [1975 a] Soziale Selbstverwaltung unter ökonomischem Aspekt, in: Zeitschrift für Sozialreform, 21. Jg., Heft 9/1975, S.539-559
- THIEMEYER, Theo: [1975 b] Krankenhausfinanzierung, in: Heinz Lampert (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 82, S.95-157
- THIEMEYER, Theo: [1978] Kostexplosion im Gesundheitswesen, in: Martin Pfaff/Hubert Voigtländer (Hrsg.): Sozialpolitik im Wandel - von der selektiven zur integrativen Sozialpolitik, Bonn 1978, S.77 ff.
- THIEMEYER, Theo: [1981] Ansatzpunkte einer Gesundheitsökonomie aus unternehmensmorphologischer Sicht, in: Philipp Herder-Dorneich/Günter Sieben/Theo Thieme (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.1), Gerlingen 1981, S. 111-132
- THIEMEYER, Theo: [1982 a] Ordnungspolitik im Krankenhausbereich. Nicht-Markt-Steuerung, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 12/1982, S.22-24
- THIEMEYER, Theo: [1982 b] Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Helmut Winterstein [Hrsg.]: Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 133/II), Berlin 1982, S.63-97
- THIEMEYER, Theo: [1985] Honorierungsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland (Ärzteeinkommen, Steuerungsprobleme usw.), in: Christian von Ferber/Uwe E. Reinhardt/Hans Schaefer/Theo Thieme (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler (Soziologie und Sozialpolitik Bd.4), München 1985, S.35-58
- THIEMEYER, Theo: [1986 a] Gesundheitsleistungen - Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg., Heft 5/6, Mai/Juni 1986, S.97-104
- THIEMEYER, Theo: [1986 b] Das ärztliche Honorar als Preis, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Bd. 159), Berlin 1986, S.255-270
- THIEMEYER, Theo: [1988] Strukturreform und gesellschaftliche Grundentscheidungen, in: Wirtschaftsdienst, 68. Jg., Nr.1/1988, S.17-22
- TÖNS, H.: [1977] Kostensteuerung im Bereich der Leistungserbringung, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 20/1977, S.805-811
- TROJAN, Alf (Hrsg.): [1986] Wissen ist Macht - eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen, Frankfurt 1986
- U**
- UNTERHUBER, Hans: [1986] Preissteuerung in der Krankenhausversorgung - Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung von Preisen zur Steuerung der Versorgung mit Krankenhausleistungen, Dissertation, München 1986
- V**
- VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN e.V. (VdAK): [1983] Grundsätze der Angestellten-Ersatzkassen für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung, Siegburg 1983
- VOIGT, R. (Hrsg.): [1980] Verrechtlichung. Analysen zur Funktion und Wirkung von Parlamentarisierung, Bürokratisierung und Justizialisierung sozialer, politischer und ökonomischer Prozesse. Königstein 1980
- W**
- WANNAGAT, Georg: [1965] Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Band I, Tübingen 1965
- WASEM, Jürgen: Braucht die GKV eine Reform an »Haupt und Gliedern«? Zu den Reformvorschlägen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, in: Krankenversicherung, Heft 2/Februar 1986, S.33-37
- WEBBER, Douglas: [1988] Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland, in: Leviathan, Heft 2/1988, S.156-203
- WEBER, Ingbert/MEYE, Maria Rita/FLATTEN, Günter: [1987] Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Entscheidungsgrundlagen für eine realistische Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, hrsg. von der Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele, Köln 1987
- WERTENBRUCH, Wilhelm: [1975] Zur Selbstverwaltung im System der sozialen Sicherheit, in: Zeitschrift für Sozialreform, 21. Jg., Heft 9/1975, S.518-539

- WESTPHAL, Eckhardt: [1981] Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse. Überlegungen zu einer gescheiterten Reform, in: Die Ortskrankenkasse, 63. Jg., Heft 13/Juli 1981, S.527-531
- WESTPHAL, Eckhardt: [1986] Krankenhauspflegesätze 1986. Hat die Selbstkostenerstattung ausgedient?, in: Die Ortskrankenkasse, 68.Jg., Heft 1-2/1986, S.18-21
- WIESENTHAL: [1981] Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus, Frankfurt-New York 1981
- WINTERSTEIN, Helmut (Hrsg.): [1984] Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates I und II (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 133/I und 133/II), Berlin 1984
- WINTERSTEIN, Helmut: [1984] Der Bayernvertrag. Ein Element der Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hartmut Winterstein (Hrsg.), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates I (Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. Band 133/I), Berlin 1984, S.9-44
- WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DES DGB (WSI): [1978] Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates. WSI-Studie Nr.35. Köln 1978
- WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKEN-VERSICHERUNG«: [1987] Vorschläge zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth Oktober 1987
- WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKEN-VERSICHERUNG«: [1988] Vorschläge zur Strukturreform der Krankenversicherung. Endbericht, Bayreuth Juni 1988
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1978 a] Kassenärztliche Bedarfsplanung (WIdO-Schriftenreihe Bd.1), Bonn 1978
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1978 b] Das Ärzteangebot bis zum Jahr 2000 (WIdO-Schriftenreihe Bd.2), Bonn 1978
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1979] Leistung und Finanzierung des Gesundheitswesens in den 80er Jahren. Fragen und Antworten zur künftigen Entwicklung (WIdO-Schriftenreihe Bd.7/8), Bonn 1979
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1981 a] Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und ihre Einflußfaktoren (WIdO-Materialien Bd.11), Bonn 1981
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1981 b] Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum. Fragen und Antworten zur rationellen Mittelverwendung im Gesundheitswesen (WIdO-Schriftenreihe Bd.14), Bonn 1981
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1983] Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland (WIdO-Materialien Bd.21), Bonn 1983
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.): [1984] Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken. Gutachten erstellt im Auftrag des Senators für Gesundheit, Soziales und Familie des Landes Berlin (WIdO-Schriftenreihe Band 7), Bonn, Oktober 1984
- WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - REGIONALBÜRO FÜR EUROPA: [1985] Einzelziele für »Gesundheit 2000«, Kopenhagen 1985

Z

- ZOHLNHÖFER, Werner/SCHMIDT, Paul-Günther: Preisbildung für kassenärztliche Leistungen im ambulanten Bereich in der Bundesrepublik Deutschland, in: Dietrich Adam/Peter Zweifel (Hrsg.): Preisbildung im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd.9), Gerlingen 1985, S.101-150
- ZÖLLNER, Detlev: [1988] Die Beeinflussung der Ausgaben durch Steuerungsinstrumente, in: Sozialer Fortschritt, 37. Jg., Heft 8/August 1988, S.
- ZWEIFEL, Peter: [1985] Der Allgemeinpraktiker als zentrale Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen, in: Clemens-August Andrae/Engelbert Theurl (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen. Köln 1985, S.144-166
- ZWEIFEL, Peter/WASER, Otto: [1986] Bonus-Optionen in der Krankenversicherung. Eine mikroökonomische Untersuchung, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd. 159), Berlin 1986, S.469-481
- ZWEIFEL, Peter/EICHENBERGER, Reiner: [1988] Der Korporatismus der niedergelassenen Ärzte, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 1), Baden-Baden 1988, S.159-180
- ZWEIFEL, Peter/HAUSER, Heinz: Krankenversicherung unter Wettbewerbsbedingungen. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 76/1987, S.301-317

Kapitel 3

Ausgestaltung einzelner Regelungsbereiche im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern

Inhaltsverzeichnis

I. Der Arzneimittelsektor - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Arzneimittelherstellern, Großhandel und Apotheken	247
1. Istanalyse	247
1.1 Die Arzneimittelproduktion	247
1.1.1 <i>Die Rolle der pharmazeutischen Industrie</i>	247
1.1.2 <i>Niveau und Struktur der Produktion</i>	247
1.1.3 <i>Innovation und Imitation</i>	247
1.1.4 <i>Das Beziehungsgeflecht zwischen pharmazeutischer Industrie und gesetzlicher Krankenversicherung</i>	248
1.2 Der Marktzutritt	248
1.2.1 <i>Die Rolle des Bundesgesundheitsamtes</i>	248
1.2.2 <i>Die AMG-Novelle 1978</i>	248
1.2.3 <i>Überblick über das zugelassene Marktangebot</i>	249
1.2.4 <i>Bestandsaufnahme der aktuellen Zulassungsadministration</i>	249
1.3 Die Arzneimittelverteilung	249
1.3.1 <i>Die Rolle des pharmazeutischen Großhandels</i>	249
1.3.2 <i>Die Rolle der öffentlichen Apotheken</i>	250
1.3.2.1 <i>Niederlassungsfreiheit und Versorgungsgrad</i>	250
1.3.2.2 <i>Die Honorierung der Apotheker</i>	251
1.3.3 <i>Das Beziehungsgeflecht zwischen Apothekerschaft und gesetzlicher Krankenversicherung</i>	251
1.4 Die Arzneimittelverordnung	252
1.4.1 <i>Dominanz der ärztlichen Entscheidung</i>	252
1.4.1.1 <i>Der Sicherstellungsauftrag der Ärzteschaft</i>	252
1.4.1.2 <i>Therapiefreiheit</i>	252
1.4.2 <i>Der Wettbewerb unter den Kassenärzten</i>	253
1.5 Die Arzneimittelfinanzierung	253
1.5.1 <i>Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung</i>	253
1.5.2 <i>Das Beziehungsgeflecht zwischen Kassenärzten und gesetzlicher Krankenversicherung</i>	253
1.5.3 <i>Die Leistungsbedingungen des Kassenarztrechts</i>	253
1.5.3.1 <i>Die Arzneimittel-Richtlinien</i>	254
1.5.3.2 <i>Die Preisvergleiche</i>	254
1.5.3.3 <i>Der Arzneimittelhöchstbetrag</i>	254
1.5.3.4 <i>Leistungsausschluß (»Bagatellarzneimittel«)</i>	254
1.5.3.5 <i>Wirtschaftlichkeitsprüfungen</i>	255
1.6 <i>Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen im Arzneimittelsektor</i>	255
2. Mängelanalyse	256

2.1 Deskriptive Analyse	256
2.1.1 <i>Das Mengenproblem</i>	256
2.1.1.1 Mengenniveau und -entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV	256
2.1.1.2 Selbstmedikation	257
2.1.1.3 Arzneimittel im Krankenhaus	257
2.1.1.4 Internationaler Vergleich	257
2.1.1.5 Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums	257
2.1.2 <i>Das Preisproblem</i>	257
2.1.2.1 Preisniveau	257
2.1.2.2 Preisentwicklung	258
2.1.2.3 Strukturkomponenten	258
2.1.3 <i>Das Qualitätsproblem</i>	260
2.1.3.1 Qualitative Aspekte des Arzneimittelangebotes	260
2.1.3.2 Qualitative Aspekte der Verordnungsstruktur	261
2.2 Ursachenanalyse	262
2.2.1 <i>Marktzutrittsbedingungen</i>	262
2.2.1.1 Die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz	262
2.2.1.2 Rahmenbedingungen für Innovationen	264
2.2.2 <i>Intransparenz des Marktes</i>	264
2.2.2.1 Pharmakologisch-therapeutische und preisliche Intransparenz	264
2.2.2.2 Pharmakologische Ausbildung der Ärzte	265
2.2.2.3 Rolle der Transparenzmedien	265
2.2.3 <i>Rolle des Arzneimittels im Arzt-Patienten-Verhältnis</i>	265
2.2.3.1 Das Arzneimittel als universell einsetzbares Therapeutikum	265
2.2.3.2 Arzneimittelgläubigkeit bei Arzt und Patient	266
2.2.3.3 Behandlungsbedürftigkeit und Arzneimittelbedürftigkeit	266
2.2.4 <i>Unzureichende Steuerungselemente und Aktionsparameter</i>	266
2.2.4.1 Die Rolle des Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt	266
2.2.4.2 Die Dominanz der Herstellerinformationen	267
2.2.4.3 Mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten auf der Nachfrageseite	267
3. Zielvorstellungen	269
3.1 Bedarfsgerechte Versorgung	269
3.2 Qualitätssicherung	269
3.3 Wirtschaftlich und therapeutisch rationale Arzneimitteltherapie	270
3.4 Medizinischer Fortschritt	270
3.5 Sicherung des Solidar-Gedankens	270
3.6 Sozialpolitischer Gleichheitsgrundsatz	270
4. Schlußfolgerungen und Empfehlungen	270
Literaturverzeichnis	274
II. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln - Das Verhältnis von Krankenkassen zu den übrigen Leistungserbringern	275
1. Ist-Analyse: Struktur und Verfassung der Märkte im Heil- und Hilfsmittelbereich	275
1.1 Die Struktur der Heil- und Hilfsmittelversorgung	275
1.2 Das Ordnungsverhalten des Arztes	278
1.3 Marktpartner und Marktbeziehungen im Heil- und Hilfsmittelbereich - Vertragsbeziehungen im Überblick	279
1.3.1 <i>Marktpartner und berufskundliche Informationen</i>	279
1.3.2 <i>Sicherstellung der Leistungserbringung durch Verträge</i>	281
1.4 Marktergebnisse im Überblick	284

2. Mängelanalyse: Steuerungsprobleme im Heil- und Hilfsmittelbereich	285
2.1 Allgemeine Mängelanalyse: Marktstruktur	285
2.1.1 <i>Verordnungsverhalten unter Konkurrenz</i>	286
2.1.2 <i>Zahl der Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich</i>	286
2.1.3 <i>Optionen für Leistungserbringer bei vorhandener Intransparenz</i>	286
2.1.4 <i>Ungeklärte Qualitätssicherung</i>	289
2.1.5 <i>Weitergabe von Rationalisierungsfortschritten</i>	289
2.1.6 <i>Betriebswirtschaft: Produktivität der Hersteller und Lieferantenbetriebe</i>	290
2.1.7 <i>Ungeklärte Vertragsbeziehungen</i>	291
2.1.8 <i>Preis- und Mengengenpolitik: Gewinne erwachsen aus der Struktur</i>	292
2.2 Spezielle Mängelanalyse: Teilmärkte und Marktsegmente	293
2.2.1 <i>Heilmittel</i>	293
2.2.1.1 <i>Physiotherapeutische Leistungen</i>	293
2.2.1.2 <i>Sprachtherapie</i>	293
2.2.1.3 <i>Beschäftigungstherapie</i>	295
2.2.2 <i>Hilfsmittel</i>	296
2.2.2.1 <i>Hörhilfen</i>	297
2.2.2.2 <i>Sehhilfen</i>	299
2.2.2.3 <i>Orthopädische Hilfsmittel und Hilfsmittel besonderer Art</i>	302
3. Zielkonzeptionen: Versorgungssicherheit durch Heil- und Hilfsmittel	306
3.1 <i>Koordinierungsfunktion</i>	306
3.2 <i>Sicherung der Solidarität</i>	307
3.3 <i>Qualitätssicherung</i>	307
3.4 <i>Bedarfsgerechte Versorgung</i>	308
3.5 <i>Wirtschaftliche Versorgung</i>	308
3.6 <i>Innovationsfähigkeit</i>	309
3.6.1 <i>Nichtärztliche Therapien</i>	309
3.6.2 <i>Hilfsmittel</i>	310
4. Reformoptionen: Teilbereichsbezogene Steuerungsansätze	310
4.1 <i>Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte</i>	310
4.1.1 <i>Informationskonzepte</i>	310
4.1.2 <i>Begutachtungs- und Beratungskonzepte</i>	311
4.1.3 <i>Regulierungskonzepte</i>	312
4.1.4 <i>Medizinischer Dienst: Medizinisch inhaltliche Kompetenz für die Verhandlungsführung der Krankenversicherung</i>	313
4.2 <i>Administrierte Steuerung</i>	314
4.2.1 <i>Budgetierung</i>	314
4.2.2 <i>Bedarfsplanung, Leistungsausgrenzung, Positivlisten</i>	315
4.3 <i>Steuerung durch Verträge: Verhandlungsmodelle</i>	316
4.4 <i>Steuerung durch wettbewerbliche Anreize auf seiten der Leistungserbringer - Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen</i>	317
4.4.1 <i>Festbetragskonzept</i>	317
4.4.1.1 <i>Idee des Konzepts</i>	317
4.4.1.2 <i>Bedingungen</i>	317
4.4.1.3 <i>Möglichkeiten</i>	318
4.4.1.4 <i>Grenzen</i>	318
4.4.2 <i>Ausschreibungskonzept</i>	319
4.4.2.1 <i>Idee des Konzepts</i>	319
4.4.2.2 <i>Bedingungen</i>	320
4.4.2.3 <i>Möglichkeiten</i>	320
4.4.2.4 <i>Grenzen</i>	320
4.4.3 <i>Bonus-Malus-Konzept</i>	320
4.4.3.1 <i>Idee des Konzepts</i>	320

4. 4. 3. 2 Bedingungen	321
4. 4. 3. 3 Möglichkeiten	321
4. 4. 3. 4 Grenzen	321
4. 5 Analytischer Ansatz: Abgrenzung der Märkte durch Definition von Substitutionsbereichen	322
4. 6 Ziel: Konkurrenz alternativer Steuerungsansätze	323
5. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse im Überblick	324
Literaturverzeichnis	326
Verzeichnis der Tabellen	326
Verzeichnis der Übersichten	326
Anlagen	328
Anlage 1	328
Anlage 2	332
Anlage 3	334

I. Der Arzneimittelsektor - Das Verhältnis von Krankenkassen zu Arzneimittelherstellern, Großhandel und Apotheken

1. Istanalyse

1. 1 Die Arzneimittelproduktion

1. 1. 1 Die Rolle der pharmazeutischen Industrie

Die pharmazeutische Industrie gehört seit Jahrzehnten zu den ausgeprägten Wachstumsbranchen in der Bundesrepublik Deutschland. Der Produktionswert pharmazeutischer Erzeugnisse stieg seit 1962 von 2,4 Milliarden DM auf 21,4 Milliarden DM im Jahre 1987, mithin im Durchschnitt um rund 9,1 % jährlich an (BPI, 1987, S.12; BPI, 1987/88, S.95). Diese Entwicklung liegt deutlich über der Entwicklung des Produktionswertes aller Wirtschaftsbereiche, die von 1960 bis 1985 lediglich eine jährliche Steigerungsrate von 7,2 % aufweist (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1987, S.547). Von besonderer Bedeutung ist dabei, daß auch während der wirtschaftlichen Stagnationsphasen in den 70er und 80er Jahren die pharmazeutische Industrie weiterhin hohe Steigerungsraten ihres Produktionswertes schreiben konnte (in der Regel zwischen 7 % und 12 %) (BPI, 1987, S.12).

Insgesamt wird die Rolle der bundesdeutschen pharmazeutischen Industrie wesentlich durch den Export geprägt (Exportquote 1987: 46,4 %) (BPI, 1987/88, S.63), dessen Wert im Jahre 1987 auf 9,9 Milliarden DM angestiegen ist. Die Bundesrepublik Deutschland ist damit seit Ende der 60er Jahre größter Arzneimittelexporteur noch vor den USA (1985: 8,4 Milliarden DM) und der Schweiz (1985: 6,0 Milliarden DM) (BPI, 1987, S.16).

Die Bedeutung der bundesdeutschen pharmazeutischen Industrie für den Weltmarkt (»Apotheke der Welt«) wird noch deutlicher, wenn man die Auslandsproduktion der deutschen Unternehmen hinzurechnet. Nach Schätzungen des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) beläuft sich der Wert des gesamten Auslandsgeschäftes (Export plus Auslandsproduktion) auf rund 16 Milliarden DM (BPI, 1987, S.14).

1. 1. 2 Niveau und Struktur der Produktion

Von der gesamten Arzneimittelproduktion entfielen im Jahre 1987 mit rund 16,8 Milliarden DM nahezu 80 % auf humanpharmazeutische Spezialitäten (BPI, 1987/88, S.95). Unterstellt man für diesen Produktionsanteil die gleiche Exportquote wie für die Restproduktion, so wurden von den deutschen Unternehmen 1987 humanpharmazeuti-

sche Spezialitäten im Produktionswert von rund 9 Milliarden DM in den Handel gebracht. Hinzu kommen bei einem Importvolumen von insgesamt rund 5,9 Milliarden DM (BPI, 1987/88, S.96) weitere Humanpharmazeutika im Wert von schätzungsweise 4,7 Milliarden DM, zusammen also 13,7 Milliarden DM.

Die Gesamtproduktion verteilt sich auf insgesamt rund 1.000 nach dem Arzneimittelgesetz so definierten Arzneimittelherstellern, von denen allerdings nur 474 im BPI zusammengeschlossen sind (Stand: 1. Mai 1988). Die BPI-Mitgliedsfirmen repräsentieren jedoch ca. 95 % des gesamten pharmazeutischen Produktionswertes (BPI, 1987/88, S.9).

Die Konzentration der Produktion ist gemessen an globalen Parametern mäßig. Nach Angaben des BPI hielten 1986 die fünf führenden Konzerne 21,7 %, die führenden zehn Konzerne 33,5 % der gesamten Produktion (BPI, 1987, S.61). Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, daß der pharmazeutische Markt durch die Heterogenität seiner Produktpalette, die Vielzahl der unterschiedlichen medizinischen Indikationen und nicht zuletzt auch wegen der mangelhaften Transparenz (siehe unten) tiefgreifend ausdifferenziert ist.

1. 1. 3 Innovation und Imitation

Nach eigenen Angaben wendet die pharmazeutische Industrie ca. 15,5 % ihres Umsatzes für Forschung und Entwicklung auf, das sind rund 3,5 Milliarden DM (BPI, 1987, S.21). Damit ist die pharmazeutische Industrie einer der forschungsintensivsten Industriezweige. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß diese Aufwendungen nach Schätzung des BPI zu 97 % von lediglich 25 Unternehmen getragen werden, die rund 36 % des Apothekenumsatzes auf sich vereinigen (BPI, 1987, S.22 f.).

Diese Fakten finden ihre Entsprechung in der Struktur des gegenwärtigen Arzneimittelangebotes. Patentschutzte Monopräparate waren 1987 noch mit einem Marktanteil von rund 10 % am Apothekenumsatz zu Lasten der GKV vertreten. Auch unter Berücksichtigung der Kombinationspräparate entfallen also schätzungsweise mehr als 85 % des Umsatzes auf patentfreie Produkte (Eigene Berechnungen auf der Grundlage des GKV-Arzneimittelindex 1987).

Weltweit wurden zwischen 1961 und 1985 1.787 neue Wirkstoffe entwickelt, davon kamen 268 in der Bundesrepublik Deutschland zur Ersteinführung. Diese hohe Zahl

kontrastiert mit den oben angegebenen Umsatzzahlen. Es muß hier bedacht werden, daß letztlich nur ein Teil der Wirkstoffe hohe Marktbedeutung erlangt und eine noch kleinere Zahl wirkliche therapeutische Fortschritte beinhaltet. So wurden von den 20 im Jahre 1987 neu eingeführten Wirkstoffen von kompetenter Seite lediglich vier als echte therapeutische Fortschritte gewertet, 1986 waren es nur zwei von 16 (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1987, S.6 ff.; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.5 ff.).

Vor dem Hintergrund des Patentablaufs sehr umsatzstarker Wirkstoffe seit 1983 befindet sich der Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland in einer Umbruchphase: Der Anteil der Zweitmelderpräparate stieg von 6,1 % im Jahre 1981 auf 17,2 % im Jahre 1987 an (gemessen an der Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen) (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S.9).

1. 1. 4 Das Beziehungsgeflecht zwischen pharmazeutischer Industrie und GKV

Im Jahre 1987 wendete die gesetzliche Krankenversicherung rund 18,9 Milliarden DM für die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten auf (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S. 395). Damit stieg der Anteil des Arzneimittelsektors an den gesamten Leistungsaufwendungen der GKV auf nunmehr 15,9 % und erhöhte sich seit 1970 um rund einen Prozentpunkt. Seit 1970 (4,2 Milliarden DM) stiegen die Arzneimittelausgaben jährlich um durchschnittlich rund 860 Millionen DM an. Die jährliche Steigerungsrate betrug durchschnittlich 9,2 % (BMA, KV 45/KJ 1).

Dieses beachtliche wirtschaftliche Potential wird zwischen den Anbietern und Abnehmern nahezu ausschließlich über intermediäre Institutionen und Marktteilnehmern vermittelt. Für die Arzneimittelhersteller ist der Marktzutritt (d. h. vor allem die Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt [BGA]) identisch mit der »Zulassung« zum GKV-Markt. Rudimentäre Ausnahmen werden hier lediglich durch die Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und die sogenannte Negativliste (§ 182 f RVO) beschrieben. Die konkrete Entscheidung über die Arzneimittelauswahl (und damit letztlich die Nachfrage) fällt der Arzt (unter Umständen unter Einflußnahme des Patienten). Als Umschlagplatz, an dem »Angebot« und »Nachfrage« konkret vermittelt werden, fungieren die rund 17.600 öffentlichen Apotheken, die wiederum gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung die Finanzierung des rezeptierten Arzneimittelkonsums einlösen.

Direkte vertragliche Beziehungen zwischen GKV und Arzneimittelherstellern existieren nicht. Insofern die einzelnen Hersteller nahezu keiner öffentlichen Bindung unterliegen, sondern als privatwirtschaftliche Unternehmen am Markt agieren, fehlt konsequenterweise auch eine übergeordnete Instanz (Kammer, Zwangsverband oder ähnliches), die, ausgestattet mit Sanktionsmöglichkeiten, für die Einzelunternehmen bindende vertragliche Beziehungen eingehen kann. Der BPI ist demzufolge lediglich ein eingetragener Verein mit freiwilliger Mitgliedschaft der Einzelunternehmen und ohne weitgehende Sanktionsmöglichkeiten.

1. 2. Der Marktzutritt

1. 2. 1 Die Rolle des Bundesgesundheitsamtes

Die Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes verlangen, daß alle neu auf den Markt kommenden Arzneimittel einer behördlichen Genehmigung bezüglich ihrer allgemeinen Verkehrsfähigkeit bedürfen. Abgeleitet aus den allgemeinen Zielfunktionen des Bundesgesundheitsamtes, der

- Verbesserung des Schutzes der Gesundheit,
- Verminderung von Umweltrisiken,
- Bekämpfung von Krankheiten,

kommt ihm in diesem Zusammenhang die Funktion zu, in Erledigung von Aufgaben der Exekutive auf dem Gebiet des Arzneimittelrechts die allgemeine Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln im Rahmen der Zulassung zu bestätigen.

Vornehmlich unter dem Aspekt der Arzneimittelsicherheit konzentriert sich die auf Rechtsvorschriften beruhende Tätigkeit des Bundesgesundheitsamtes auf die Anwendung des Arzneimittelgesetzes. Dabei versteht sich das Bundesgesundheitsamt nicht als staatliche Entscheidungsinstanz. Vielmehr gilt der Grundsatz, daß zur Gewährleistung größtmöglicher Arzneimittelsicherheit der jeweils aktuelle Erkenntnisstand bezüglich der Risiko-Nutzen-Abschätzung von Arzneimitteln in Anwendung zu bringen ist. Das bedeutet, daß eine einmal getroffene Entscheidung über die Zulassung eines Arzneimittels grundsätzlich abänderbar ist. Die kontinuierliche Bewertung der Arzneimittel an dem jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand hat denn auch in der Vergangenheit immer wieder zu Aktivitäten des Bundesgesundheitsamtes geführt, die mitunter gar zum Marktausschluß bestimmter Arzneimittel geführt haben.

Daneben fällt in die Zuständigkeit des Bundesgesundheitsamtes die zentrale Erfassung und Auswertung von Arzneimitteln Nebenwirkungen sowie die Koordinierung entsprechender Schutzmaßnahmen.

Im Wege der Nachmarktkontrolle kommt dem Bundesgesundheitsamt allerdings keine unmittelbare Vollzugsgehalt zu. Die Kontrolle, Überwachung und Anordnung von Zwangsmaßnahmen fällt vielmehr entsprechend dem föderativen Gedanken in der Bundesrepublik Deutschland in die Zuständigkeit der Behörden der Bundesländer. Auch den Landesbehörden fällt damit eine wesentliche Aufgabe in den gesamten Arzneimittelsicherheits-Überlegungen zu. Das Bundesgesundheitsamt kann insofern gegenüber den direkten Marktteilnehmern praktisch nur über den Antrag auf Zulassung bzw. über die Fortführung einer einmal vorgenommenen Zulassung tätig werden bzw. verbindlich entscheiden.

1. 2. 2 Die AMG-Novelle 1978

Die staatlichen Regulierungsbemühungen des Marktzutritts von Arzneimitteln haben in der Bundesrepublik Deutschland eine vergleichsweise kurze Tradition. Bis

zum Jahre 1961 existierte eine gesetzliche Regelung über den Verkehr mit Arzneimitteln nur in Ansätzen. Das Arzneimittelgesetz 1961 brachte insofern eine erste Weiterentwicklung, als erstmals eine formelle Registrierung, d. h. Anmeldung der auf dem Markt befindlichen Produkte, installiert wurde. Eine offizielle Zulassung einschließlich der notwendigen Prüfung der jeweiligen Arzneimittel war damit allerdings nicht verbunden.

Erst die öffentliche Diskussion über verschiedene Arzneimittelkatastrophen, insbesondere Contergan, hat zu einem Umdenken dergestalt geführt, den Marktzutritt eines Arzneimittels von einer Art Positiv-Legitimation abhängig zu machen. Das Ergebnis dieser Diskussion konkretisierte sich in der AMG-Novelle 1978. Seit dem Inkrafttreten des AMG am 1. Januar 1978 müssen Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels im Zulassungsverfahren nachgewiesen werden, bevor das Präparat vertrieben werden darf.

Im Zulassungsverfahren selbst werden eine Reihe formeller Angaben verlangt, die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit vor allem durch Vorlage von Ergebnissen der analytischen Prüfung, der pharmakologisch-toxikologischen Prüfung und der klinischen Prüfung belegen sollen. Das Bundesgesundheitsamt trifft seine Entscheidungen vornehmlich anhand der von den pharmazeutischen Unternehmen vorgelegten Unterlagen.

1. 2. 3 Überblick über das zugelassene Marktangebot

Die Anzahl der beim Bundesgesundheitsamt registrierten bzw. zugelassenen Arzneimittel beläuft sich auf rund 145.000. Davon sind

- rund 70.000 Humanarzneimittel aus industrieller Fertigung, darunter 28.000 Homöopathika,
- rund 70.000 Humanarzneimittel aus Fertigung von Krankenhäusern, Apotheken, Drogerien und Reformhäusern,
- rund 5.000 Tierarzneimittel (BPI, 1987, S.31).

Die vergleichsweise hohe Zahl von Arzneimitteln erklärt sich zum Teil daraus, daß jede einzelne Stärke bzw. jede einzelne Darreichungsform gesondert beim Bundesgesundheitsamt erfaßt wird.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind insbesondere die ca. 70.000 Humanarzneimittel aus industrieller Fertigung von Bedeutung. Der Vielfalt dieser Produkte liegen ca. 2.500 chemisch definierte Stoffe, mit abgeleiteten Substanzen etwa 6.500, zugrunde (BPI, 1986, S.9).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat demgegenüber eine »Essential Drug List« herausgegeben, in der allerdings vor allem mit Blick auf die Länder der Dritten Welt - rund 300 Arzneistoffe als lebenswichtig eingestuft sind. Aber auch Beispiele in anderen europäischen Ländern, so etwa Skandinavien, zeigen, daß auch mit kleineren Arzneimittelsortimenten in der Größenordnung von ca. 2.000 bis 3.000 Arzneimitteln eine qualitativ ausreichende Versorgung sichergestellt werden kann.

Im übrigen zeigen auch die Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland, daß sich die Nachfrage auf etwa 2.000 Arzneimittel konzentriert. Sie realisieren immerhin rund 90 % der gesamten Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.] 1988, S. 457).

1. 2. 4 Bestandsaufnahme der aktuellen Zulassungsadministration

Jenseits der aktuellen Diskussion über die geplanten Maßnahmen zur Strukturreform im Gesundheitswesen nimmt das derzeit praktizierte Zulassungsverfahren des Bundesgesundheitsamtes für die pharmazeutische Industrie eine herausragende marktstrategische Bedeutung ein. Nach dem Arzneimittelgesetz hat das Bundesgesundheitsamt eine Entscheidung über den Antrag einer Zulassung innerhalb einer Frist von vier Monaten zu treffen, in Ausnahmefällen kann diese Frist um weitere drei Monate verlängert werden. Die Realität sieht dagegen derzeit so aus, daß ein pharmazeutisches Unternehmen auf die Erteilung einer Zulassung zum Teil mehrere Jahre zu warten hat.

Hintergrund dieser Realität ist ein Antragstau beim Bundesgesundheitsamt in der Größenordnung von zur Zeit ca. 7.000 bis 8.000 unbearbeiteten Zulassungsanträgen, der insbesondere durch die sog. Zweitanmelderregelung im Rahmen der 2. AMG-Novelle vom 21. August 1986 hervorgerufen wurde. Vergleichsweise sei darauf hingewiesen, daß in den Jahren 1980 bis 1986 insgesamt rund 6.000 Arzneimittel zugelassen wurden (BUNDESGESUNDHEITSAMT 1987, S.18). Von den derzeit unbearbeiteten Zulassungsanträgen entfallen ca. 5.000 auf bezugnehmende Generika-Anträge.

Im Rahmen der gegenwärtig diskutierten und bereits auf den parlamentarischen Weg gebrachten 3. Novelle des Arzneimittelgesetzes ist beabsichtigt, den Zulassungstau beim Bundesgesundheitsamt durch vereinfachte Verfahren für die Arzneimittelzulassung der Generika abzubauen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit insbesondere das Verfahren, unabhängige Sachverständige für die Begutachtung der Bioäquivalenz-Prüfung heranzuziehen, sich als praktikabel erweist.

1. 3 Die Arzneimittelverteilung

1. 3. 1 Die Rolle des pharmazeutischen Großhandels

Die für den Arzneimittelmarkt charakteristische dezentrale Vertriebsorganisation wird auf einer ersten Stufe durch den pharmazeutischen Großhandel ausgefüllt. Er fungiert als Vermittler bzw. Verteilerstelle zwischen der produzierenden Stelle »pharmazeutische Industrie« und der abgebenden Stelle »Apotheke«. Ca. 90 bis 95 % des gesamten Warenstroms für die Apotheke wird über diese Drehscheibe des Arzneimittelmarktes bewegt.

Der gesamte Umsatz des pharmazeutischen Großhandels in der Bundesrepublik Deutschland belief sich im Jahre 1986 auf 15,2 Milliarden DM. Der Markt ist geprägt durch

einen anhaltenden Konzentrationsprozeß. Während im Jahre 1962 noch 160 selbständige Pharmagroßhändler im Markt tätig waren, schrumpfte der Bestand bis 1982 auf 34 Unternehmen. Auf die 26 Mitgliedsunternehmen des Bundesverbandes des Pharmazeutischen Großhandels entfallen 82 % des Gesamtumsatzes. Im pharmazeutischen Großhandel sind derzeit ca. 15.000 Personen beschäftigt (BUNDESVERBAND DES PHARMAZEUTISCHEN GROSSHANDELS 1987).

Der pharmazeutische Großhandel nimmt nicht nur eine Verteilerfunktion wahr. Das zunehmend größer werdende Angebot an Arzneimitteln, auch bedingt durch die steigende Generika-Präsenz im Markt, hat dazu geführt, daß die Apotheker den größten Teil ihrer Lagerhaltung auf den pharmazeutischen Großhandel übertragen haben. Diese Funktion einschließlich der bis zu 80.000 abrufbereiten Lagerpositionen und einer täglich mehrfach möglichen kurzfristigen Belieferung der Apotheken gehört neben der Übernahme der Finanzierung, der Lagerhaltung und sonstiger Serviceleistungen für Apotheken zu den zentralen Aktionsparametern des pharmazeutischen Großhandels im Wettbewerb um den Kunden Apotheke.

Daneben konzentriert sich der Wettbewerb im pharmazeutischen Großhandel vornehmlich auf die Rabattpolitik. Nach der geltenden Arzneimittelpreisverordnung darf der Großhandel Höchstzuschläge auf der Basis des Herstellerabgabepreises berechnen. Die so festgelegten Höchstpreise dürfen zwar nicht überschritten, gleichwohl aber unterboten werden. Rabattsysteme können somit trotz festgeschriebener Apotheken-Abgabepreise zu unterschiedlichen Angebotsstufen in der Distribution führen.

Nach Expertenmeinungen existiert eine nicht unerhebliche Anzahl von Apotheken, die ihre wirtschaftliche Existenzgrundlage lediglich noch mit den vom pharmazeutischen Großhandel gewährten Rabatten begründet.

Angesichts des sich abzeichnenden Kompetenzzuwachses des Apothekers im Rahmen der Strukturreform im Gesundheitswesen ist des weiteren festzustellen, daß im Rahmen der Strategie der pharmazeutischen Industrie die Beeinflussung des Apothekers über den pharmazeutischen Großhandel an Bedeutung gewinnt. Die in der Vergangenheit zustande gekommenen Unternehmensverflechtungen zwischen der pharmazeutischen Industrie, vor allem Generika-Unternehmen, und dem pharmazeutischen Großhandel belegen dies.

Parallel dazu findet derzeit eine intensivere direkte Beziehung zwischen den pharmazeutischen Unternehmen und den Apotheken unter Umgehung des Großhandels statt - ebenfalls eine Auswirkung der Erwartung, daß dem Apotheker in Zukunft mehr Entscheidungskompetenzen bezüglich der Auswahl und Abgabe bestimmter Präparate zukommen wird.

1.3.2 Die Rolle der öffentlichen Apotheken

Neben der pharmazeutischen Industrie und dem pharmazeutischen Großhandel bilden die Apotheken eine dritte wichtige Säule in der Arzneimittelversorgung, insbesondere der Arzneimittelverteilung. Der ambivalente Cha-

rakter des Arzneimittels als Industrieware einerseits und als Therapeutikum andererseits hat dazu geführt, daß die Apotheken in der öffentlichen Arzneimittelversorgung eine Sonderstellung einnehmen. Neben weiteren staatlich initiierten Reglementierungen in der Arzneimittelversorgung schlechthin führt insbesondere die »Apothekenpflicht« des größten Teils der in der Bundesrepublik Deutschland angebotenen Produkte zu einer staatlich vorgeschriebenen Vertriebsbindung für Arzneimittel. Der gesetzliche Auftrag des Apothekers besteht denn auch darin, die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen.

Für die größte pharmazeutische Berufsgruppe, die derzeit ca. 33.000 in öffentlichen Apotheken tätigen Apotheker (SITZIUS-ZEHENDER 1988, S. 15), stellt das so definierte Berufsbild die ordnungsgemäße Abgabe des Arzneimittels in den Mittelpunkt aller Tätigkeiten. Dieser Auftrag umfaßt dabei die Aufgabe des Apothekers als letzte Kontrollinstanz für Arzneimittel gleichermaßen wie die Entwicklung und Herstellung von Arzneimitteln sowie die Informations- und Beratungstätigkeit gegenüber Arzt und Patient.

Der gemäß der Approbationsordnung hochqualifizierten Ausbildung steht ein latentes Selbstverständnisdefizit der Apotheker gegenüber, das seinen besonderen Grund darin findet, daß der Apotheker auf ökonomisch relevante Entscheidungen im Arzneimittelmarkt faktisch keinen Einfluß hat, weil die Schlüsselfunktionen derzeit starr zwischen der pharmazeutischen Industrie und den verordnenden Ärzten verteilt sind. Insbesondere hat der Apotheker aufgrund des Substitutionsverbotes in der Apothekenbetriebsordnung keine Möglichkeit, in die Entscheidung des Arztes einzugreifen. Dies gilt sowohl in bezug auf die qualitativen als auch die ökonomischen Vorgaben durch den verordnenden Arzt.

Die im Rahmen der Strukturreform des Gesundheitswesens geplanten Maßnahmen sehen allerdings vor, den Apotheker in Zukunft verstärkt mit in die Entscheidungskompetenzen des Arzneimittelmarktes einzubeziehen.

1.3.2.1 Niederlassungsfreiheit und Versorgungsgrad

Nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) betrug die Gesamtzahl der öffentlichen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland Ende 1987 17.637 (SITZIUS-ZEHENDER 1988, S. 18). Insbesondere die Einführung der Niederlassungsfreiheit für Apotheken im Jahre 1958 führte zu einem beachtlichen Anstieg der Apothekenzahl. Die Anzahl der öffentlichen Apotheken erhöhte sich gegenüber dem Jahre 1958 (7.344 öffentliche Apotheken) (Vgl. PETERSHEIM, 1985, S.29) um mehr als 10.000 bzw. um 140 %. Der auch in der Apothekerschaft intern diskutierten Regelungsbedürftigkeit einer ungehemmten Niederlassungsfreiheit schob mit Urteil vom 11. Juni 1958 das Bundesverfassungsgericht einen Riegel vor und befand, daß einschränkende Voraussetzungen für die Errichtung neuer Apotheken mit Art. 12 GG nicht vereinbar sind.

Bei einer insgesamt stagnierenden bzw. leicht rückläufigen Bevölkerungsentwicklung erhöhte sich dementsprechend auch die Apothekendichte: Während eine öffentli-

che Apotheke im Jahre 1958 durchschnittlich noch etwas mehr als 7.000 Einwohner versorgte, schrumpfte die Einwohnerzahl je öffentlicher Apotheke im Jahre 1987 im Bundesdurchschnitt auf unter 3.500 und wurde damit mehr als halbiert (SITZIUS-ZEHENDER, 1988, S.19). Bei einer Zahl von derzeit rund 40.000 niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten (KASSENÄZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, 1987, Übersicht A8), die rund 85 % aller Arzneimittel verschreiben, bedeutet dies zugleich, daß im Durchschnitt auf eine Apotheke nur noch zwei bis drei arzneimittelverschreibende Ärzte entfallen.

Jenseits der Feststellung, daß für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung die Anzahl der öffentlichen Apotheken als mindestens ausreichend, wenn nicht gar als weit überhöht zu bezeichnen ist, macht die beschriebene Entwicklung auch den innerhalb der Apothekerschaft intensivierten Wettbewerb deutlich. Der derzeitige Wettbewerb der Apotheken untereinander konzentriert sich dabei vornehmlich auf die Aktionsparameter Standort, Beratung (insbesondere in der Selbstmedikation) und den persönlichen Verkauf. Deutlich wird vor diesem Hintergrund auch die aktuelle Diskussion um das Verbot der Selbstbedienung in Apotheken, das zum Teil bereits aufgehoben worden ist. Über dessen vollständige Beseitigung wird angesichts der sich auch verschärfenden Konkurrenzsituation gegenüber anderen Arzneimittel-Vertriebsformen (z. B. Reformhäuser) derzeit innerhalb der Apothekerschaft offensiver diskutiert als noch in der Vergangenheit.

1. 3. 2. 2 Die Honorierung der Apotheker

Der Bruttoumsatz aller öffentlichen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland betrug im Jahre 1987 knapp 30 Milliarden DM. Die Umsatzstruktur ist verständlicherweise von einer besonderen Dominanz der Arzneimittel gekennzeichnet. 93,5 % des Apothekenumsatzes entfällt auf die Arzneimittel (ca. 91 % auf apothekenpflichtige Fertigarzneimittel, 2,5 % auf frei verkäufliche Arzneimittel). Daneben entfallen rund 3,5 % auf Heil- und Hilfsmittel, die restlichen 3 % auf das apothekenübliche Ergänzungssortiment (SITZIUS-ZEHENDER, 1988, S.25).

Rund 64 % des Umsatzes der öffentlichen Apotheken werden von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen (SITZIUS-ZEHENDER, 1988, S.27). Die Apotheken-Handelsspanne bemißt sich nach dem geltenden Preisbildungssystem für Fertigarzneimittel, d. h. nach der Arzneimittelpreisverordnung. Danach ist die Handelsspanne der Apotheken degressiv nach den jeweiligen Einkaufspreisen zwischen 68% und 30% gestaffelt.

Das so formulierte Preisbildungssystem zielt ausdrücklich darauf ab, die Interessen von Arzneimittelverbrauchern, Arzneimittelherstellern, pharmazeutischen Großhandlungen, Apotheken und Krankenkassen zu einem gesundheits-, wirtschafts- und sozialpolitisch vertretbaren Ausgleich zu bringen. Eine der bedeutendsten Konsequenzen der Arzneimittelpreisverordnung ist somit auch die Gewährleistung eines einheitlichen Verkaufspreises für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel. Insbesondere aus gesundheitspolitischen Erwägungen soll die Bestimmung

des Arzneimittel-Endverkaufspreises den Marktkräften nicht überlassen bleiben. Die Arzneimittelpreisverordnung schließt also den Preiswettbewerb auf der Endabgabestufe gänzlich aus und schränkt ihn auf der Großhandelsstufe ein, während allerdings gleichzeitig die Preisbildung durch den Hersteller nicht tangiert wird.

Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich, daß der Apotheker direkt an die Interessen der pharmazeutischen Industrie gekoppelt ist. Durch Preiserhöhungen realisiert der Apotheker in den meisten Fällen auch einen absolut höheren Verdienst. Insoweit werden Überlegungen bezüglich einer Abkoppelung des Apothekers von den gleichgerichteten Interessen der pharmazeutischen Industrie durch Etablierung alternativer Vergütungssysteme erklärbar.

Neben der bereits beschriebenen Rabattgewährung seitens des pharmazeutischen Großhandels findet ebenfalls ein Rabattwettbewerb der pharmazeutischen Unternehmen gegenüber den Apotheken statt. Dieser vollzieht sich nicht nur, aber vornehmlich im Bereich der als Selbstmedikations-Präparate deklarierten Arzneimittel, die gleichwohl zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. In diesem Zusammenhang hat ein Urteil des Bundesgerichtshofes aus dem Jahre 1984 Bedeutung gewonnen, wonach für die Berechnung des Apothekenzuschlags beim Direktbezug apothekenpflichtiger Fertigarzneimittel nicht der geltende Herstellerabgabepreis (d. h. Listenpreis), sondern der vom Hersteller im Normalfall tatsächlich verlangte Preis (d. h. abzüglich der Rabatte) zugrunde zu legen sei (BGH, in: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG 1984, S.1870 f.).

Letztlich bedeutet dies, daß die so erzielten Einkaufsvorteile an den Kunden weiterzugeben sind. Konsequenzen sind aus diesem Urteil aus den unterschiedlichsten Gründen bisher nicht gezogen worden. Der Handlungsdruck wächst allerdings kontinuierlich, zumal die Apotheken derzeit verstärkt zum Direktbezug von auch für die gesetzliche Krankenversicherung relevanten Präparaten übergehen.

1. 3. 3 Das Beziehungsgeflecht zwischen Apothekerschaft und gesetzlicher Krankenversicherung

Das Gesetz über das Apothekenwesen ist für die Beziehungen zwischen Apotheken und Krankenkassen insofern von Bedeutung, als dort festgeschrieben ist, wer unter welchen Voraussetzungen eine Apotheke betreiben darf und nach welchen Rechtsvorschriften Apotheken ordnungsgemäß zu führen sind. Für die Krankenkassen folgt aus den Bestimmungen des Apothekengesetzes, daß sie selbst keine Apotheken betreiben dürfen.

Im Verhältnis zum Kassenarztrecht ist das Ausmaß der Regelungen über die Rechtsbeziehungen zu den Apothekern in der Reichsversicherungsordnung vergleichsweise gering. Neben § 376 RVO wird der Apothekerstand nur durch § 375 RVO ausdrücklich angesprochen.

Die rechtliche Ermächtigung zum Abschluß von Lieferungsverträgen mit Apothekern findet sich in den §§ 407

und 414e RVO. Durch den Abschluß dieser Verträge soll die Arzneimittelversorgung der Versicherten gewährleistet werden. Da die Krankenkassen bezüglich der Arzneimittelversorgung zur Sachleistung verpflichtet sind, handeln sie beim Abschluß von Lieferverträgen im Rahmen ihrer öffentlichen Aufgaben.

Die Arzneilieferungsverträge regeln im allgemeinen folgende Inhalte: Teilnahme am Vertrag, Lieferungsberechtigung, Abgabebestimmungen, Preisberechnung, Kostenanteil des Versicherten, Krankenkassenrabatt, Rechnungslegung/maschinelle Rezeptabrechnung, Zahlung, Beanstandungen, Schlichtungsverfahren.

Neben diesen Regelungen, die mehr oder weniger die technische Abwicklung der Arzneimittelabgabe und -berechnung zum Inhalt haben, gehen von den geltenden Arzneilieferungsverträgen in Teilbereichen auch marktstrategische Impulse aus. Dies trifft beispielsweise auf die bestehenden Regelungen in bezug auf die Abgabe von Importarzneimitteln zu. Daneben werden die Arzneilieferungsverträge in Zukunft insofern an Bedeutung gewinnen, als vertragliche Regelungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Apothekerschaft notwendig sein werden, wenn die im Rahmen der Strukturreform des Gesundheitswesens geplanten Maßnahmen zur stärkeren Einbeziehung des Apothekers in die Auswahl und Abgabe des Arzneimittels umzusetzen sind.

1. 4. Die Arzneimittelverordnung

1. 4. 1 Dominanz der ärztlichen Entscheidung

Unter den rechtlichen, institutionellen und sozialen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland kommt dem Arzt eine Schlüsselrolle für die Quantität und Qualität der Arzneimittelversorgung zu. Diese Schlüsselrolle wird aus unterschiedlichen Quellen gespeist:

1. aus bestimmten Charakteristika der Arzt-Patienten-Beziehung,
2. aus den rechtlichen Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Versorgung,
3. aus der ärztlichen Therapiefreiheit.

Die Arzneimittelversorgung ist eingebettet in die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Sie stellt insoweit eine spezielle Seite der Arzt-Patienten-Beziehung dar und in ihr manifestieren sich damit auch in spezifischer Form die für die Arzt-Patienten-Beziehung typischen Charakteristika. Dem Arzt kommt als Vertreter der medizinischen Profession aus der Sicht beider Akteure allein die Kompetenz zu, über die »richtige« Therapie zu entscheiden. Insoweit die Beziehung zwischen dem Vertreter einer Profession und einem Laien stets hierarchisch strukturiert ist, ergibt sich bereits theoretisch die Dominanz des ärztlichen Urteils (Vgl. FREIDSON, 1975).

1. 4. 1. 1 Der Sicherstellungsauftrag der Ärzteschaft

Aus § 368 n RVO leitet sich ein Sicherstellungsauftrag der Ärzteschaft für die kassenärztliche Versorgung ab. Diese umfaßt als ärztliche Behandlung unter anderem auch die Verordnung von Arzneimitteln. Insofern ist die Dominanz der ärztlichen Entscheidung nicht nur theoretisch aus den Charakteristika der Arzt-Patienten-Beziehung zu begründen, sondern findet auch in den formalrechtlichen Rahmenbedingungen ihre Entsprechung. Dazu zählt auch die Tatsache, daß nach dem Arzneimittelgesetz der Zugang zu Arzneimitteln nicht frei, sondern durch Rechtsverordnungen geregelt ist. Vom Bundesgesundheitsamt zugelassene Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sind automatisch für fünf Jahre verschreibungspflichtig. Erst nach Ablauf dieser Frist können sie bei Unbedenklichkeit aus der Verschreibungspflicht entlassen werden. Verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen nur von einem approbierten Arzt oder Zahnarzt verordnet werden. Dabei gibt es im übrigen keinerlei Einschränkungen der Verschreibungsmöglichkeiten für Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen.

Rund 60 % aller Arzneiverordnungen des Jahres 1986 wurden auf rezeptpflichtige Arzneimittel ausgeschrieben (Eigene Berechnungen auf der Grundlage des GKV-Arzneimittelindex 1986); mit anderen Worten: Lediglich bei zwei von fünf Arzneiverordnungen hätte für den Patienten wenigstens theoretisch die Möglichkeit bestanden, sich die Arzneimittel ohne ärztliche Konsultation in der Apotheke zu beschaffen.

1. 4. 1. 2 Therapiefreiheit

Die Dominanz der ärztlichen Entscheidung wird aus anderer Perspektive noch unterstrichen: Für den Patienten ist von pathologischen Ausnahmen abgesehen nicht der Arzneimittelkonsum das Ziel der Arztkonsultation, sondern der Wunsch nach ärztlicher Hilfe, nach Linderung oder Beseitigung seines Leidens. Vom Grundsatz her stellt die Arzneiverordnung insofern nur *eine* von - zumindest theoretisch gleichberechtigten - vielen Therapiemöglichkeiten dar. Die Gründe für die Dominanz der Arzneimitteltherapie werden weiter unten untersucht.

Im Rahmen der Arzneitherapie selbst unterliegt der Arzt z. Z. nur sehr geringen Einschränkungen. Er kann prinzipiell alle vom Bundesgesundheitsamt zugelassenen und ihm geeignet erscheinenden Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Rudimentäre Ausnahmen werden hier lediglich durch die Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen definiert sowie durch den § 182 f RVO (»Bagatellarzneimittel«; vgl. *dazu auch weiter unten*). Beide Einschränkungen zeigen in der Realität allerdings kaum Wirkung. Viele der vom Bundesausschuß als nicht verordnungsfähig definierten Arzneimittel finden sich unter den 2.000 führenden Präparaten des GKV-Arzneimittelindex (Vgl. z.B. FRICKE, in: SCHWABE/PAFFRATH, 1987, S.202). Die Indikationsgruppen, in denen die sogenannten Bagatellarzneimittel vorwiegend eingruppiert sind, verzeichnen in den Jahren 1985 bis 1987 allesamt erhebliche

Verordnungs- und Umsatzzuwächse (Vgl. SCHWABE/PAFFRATH, 1988, S.15).

1. 4. 2 Der Wettbewerb unter den Kassenärzten

Angesichts steigender Arztzahlen und einer schmalen werdenden ökonomischen Basis für die Ärzteschaft entwickelt sich zunehmend eine Konkurrenzsituation der Ärzte um die Patienten. In dieser Situation kann die Arzneiverordnung von den Ärzten bewußt oder unbewußt als Aktionsparameter im Wettbewerb eingesetzt werden. Die Rolle sogenannter Wunschverordnungen von Patienten im Rahmen der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist allerdings noch weitgehend ungeklärt.

1. 5 Die Arzneimittelfinanzierung

1. 5. 1 Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung

Die zersplitterte Nachfrage am Arzneimittelmarkt findet neben dem verordnenden Arzt und dem konsumierenden Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung einen dritten Pfeiler, dem insbesondere die Finanzierungsfunktion zuteil wird. Mit einem Ausgabenvolumen von annähernd 20 Mrd. DM für Arzneimittel stellt die gesetzliche Krankenversicherung eine Institution dar, die für ca. 90 % der Bevölkerung den gesetzlich garantierten Anspruch abdeckt, im Krankheitsfall die Versorgung mit den notwendigen Arzneimitteln zu gewährleisten. Da immerhin ca. zwei Drittel des gesamten Apothekenumsatzes über die gesetzliche Krankenversicherung abgewickelt werden, ist sie für die Anbieter zugleich der Garant einer relativ stabilen Nachfrage. Unbelastet von individuellen Kaufkraftunterschieden und relativ frei von konjunkturellen Schwankungen konnte sich so die dynamische Entwicklung der Arzneimittelausgaben bis heute unbegrenzt fortsetzen. Allein in den letzten fünf Jahren betrug der Zuwachs der Arzneimittelausgaben pro Jahr ca. 1 Milliarde DM (Vgl. SCHWABE/PAFFRATH, 1988, S.2). Hält diese Entwicklung an, so ist absehbar, daß die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung als bisher drittgrößter Ausgabenblock den traditionell bisher zweitgrößten Ausgabenbereich für die ambulante ärztliche Leistung zumindest mittelfristig überflügeln werden.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen gewähren ihren Versicherungsschutz nach dem Sachleistungsprinzip: Gegenstand des Versicherungsanspruchs an die Krankenkasse ist die Aushändigung des verordneten Arzneimittels in der angegebenen Qualität und Packungsgröße, kostenfrei gegen Rezeptvorlage in einer öffentlichen Apotheke. In diesem System nimmt die gesetzliche Krankenversicherung unter den gegebenen Strukturen des Arzneimittelmarktes nicht aktiv am Marktgeschehen teil, sondern sie bedient sich zur Ausfüllung des Sachleistungsprinzips vor allem der Ärzte und Apothekerschaft. Formalrechtlich und faktisch müssen sich die gesetzlichen Krankenversicherungsträger weitgehend auf die Endkontrolle des gesamten Arzneimittelgeschehens beschränken.

1. 5. 2 Das Beziehungsgeflecht zwischen Kassenärzten und gesetzlicher Krankenversicherung

Die vertraglichen Beziehungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzteschaft nehmen seit jeher im Rahmen der gesamten Verträge über das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung einen besonderen Stellenwert ein. Dies entspricht insofern der zentralen Rolle des Arztes im gesamten Leistungsgeschehen, da er über Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen im Krankheitsfall entscheidet, und damit weitreichende medizinische wie auch ökonomische Konsequenzen verbunden sind. Die Dominanz der ärztlichen Entscheidung fußt letztlich auf dem Sicherstellungsauftrag gemäß § 368n Abs.1 RVO, der die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Auch durch die Tatsache, daß der Staat kontinuierlich an der Entwicklung der Beziehungen zwischen Kassenärzteschaft und gesetzlicher Krankenversicherung partizipiert hat, hat sich im Laufe der Zeit ein System gesetzlicher Normen etabliert, das die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und der Kassenärzteschaft als Rahmenbedingungen für deren vertragliches Handeln verbindlich festlegt.

Die gesetzlichen Regelungen betreffen insbesondere den Aufbau und die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, die Leistungen der Kassenärzte und die dafür von den Krankenkassen zu zahlende Vergütung und letztlich die Organisation der Vertragspartner und ihrer gemeinsamen Gremien.

Die kassenärztliche Versorgung umfaßt auch die Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln. Von besonderem Interesse für die Arzneimittelversorgung ist im Rahmen des Beziehungsgeflechtes zwischen der Kassenärzteschaft und der gesetzlichen Krankenversicherung die Verankerung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

1. 5. 3 Die Leistungsbedingungen des Kassenarztrechts

Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung konkretisiert sich darin, daß eine Behandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muß. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen, die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.

Die Behandlung muß darüber hinaus geeignet sein, zur Heilung oder Linderung der Krankheit beizutragen.

Der in der Reichsversicherungsordnung so festgelegte Rahmen für die Leistungsbedingungen des Kassenarztrechts, insbesondere das allgemeine Gebot der Wirtschaftlichkeit, ist in bezug auf die Operationalisierung konkreter Leistungsansprüche relativ unbestimmt. Die Ausgestaltung des abstrakten Wirtschaftlichkeitsgebotes in der Arzneimittelversorgung obliegt insbesondere dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, der zur

Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln konkretere Zielformulierungen vorgenommen hat.

1. 5. 3. 1 Die Arzneimittel-Richtlinien

Einen ersten Ansatzpunkt zur Operationalisierung wirtschaftlicher Verordnungskriterien stellen die Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dar. Eine besondere Bedeutung erlangt hier als Maßstab für eine wirtschaftliche Verordnungsweise der Begriff des therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels. Diesem wird vor dem Arzneimittelpreis der Vorrang eingeräumt. Gleichzeitig jedoch soll der Arzt stets prüfen, ob sich der Heilerfolg nicht durch preisgünstigere Arzneimittel erzielen läßt.

Ausdrückliche Erwähnung finden in den Arzneimittel-Richtlinien auch die Kombinationspräparate, von denen es heißt, daß ihre Verordnung unwirtschaftlich sein kann. Bei Verordnungswünschen der Versicherten wird im übrigen der Arzt zur Zurückhaltung angehalten, insbesondere bei solchen Arzneimitteln, die der Publikumswerbung unterliegen.

Neben diesen relativ allgemeinen Grundsätzen schließen die Arzneimittel-Richtlinien konkrete Arzneimittelgruppen von der kassenärztlichen Versorgung aus. Dazu gehören beispielsweise Abmagerungsmittel/Appetitizügler, Geriatrika, Badezusätze, Kosmetika etc.

Im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien wird im übrigen der Arzt verpflichtet, sich im Rahmen des Möglichen über die Preise der von ihm verordneten Arzneimittel zu unterrichten. Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erstellte Preisvergleichsliste soll in diesem Zusammenhang einen Überblick verschaffen.

1. 5. 3. 2 Die Preisvergleichsliste

Die Preisvergleichsliste dient nach Auffassung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen insbesondere dazu, das Problembewußtsein des Kassenarztes bei seiner Verordnungstätigkeit zu schärfen und ihm eine Beratungshilfe für eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu geben. Im Rahmen der Preisvergleichsliste werden gegenwärtig die angebotenen Arzneimittel aus insgesamt zehn Indikationsgebieten abgebildet, die ca. 45 bis 50 % des Gesamtumsatzes abdecken.

Der Aufbau der Preisvergleichsliste gibt dem Arzt darüber hinaus konkrete Hinweise bezüglich der qualitativen Beurteilung der angebotenen Arzneimittel. Dies erfolgt durch eine Einteilung der Arzneimittel in den jeweiligen Indikationsgebieten nach folgenden Gruppen:

Gruppe A: Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind;

Gruppe B: Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten in besonderen Fällen geeignet sind;

Gruppe C: Mittel, bei deren Verordnung wegen des zweifelhaften therapeutischen Nutzens oder aus

Gründen der Arzneimittelsicherheit besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

Erste empirische Ergebnisse deuten darauf hin, daß die Einteilung der Arzneimittel in die oben genannten Gruppen einen Effekt dahingehend ausgeübt hat, daß das Verordnungsgewicht von in der *Gruppe A* aufgeführten Arzneimitteln tendenziell leicht zunimmt, während die in der *Gruppe C* aufgeführten Arzneimittel leicht an Bedeutung verlieren (REICHEL, 1987).

1. 5. 3. 3 Der Arzneimittelhöchstbetrag

Der Arzneimittelhöchstbetrag nach § 368f Abs. 6 RVO ist im Rahmen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes als ein weiterer Pfeiler zur Stärkung des Wirtschaftlichkeitsbewußtseins der verordnenden Ärzte geschaffen worden. Mit ihm wird das Ausgabenvolumen für Arzneimittel in einer bestimmten Zeitperiode global festgelegt. Im Falle der Überschreitung des Höchstbetrages sind - soweit die Verantwortung bei den verordnenden Ärzten liegt - individuelle Regreßverfahren nach den dafür etablierten Kriterien vorgesehen.

Auf eine unmittelbare Verknüpfung zwischen dem Gesamthonorar der Ärzte und dem Verordnungsvolumen wird allerdings verzichtet. Damit hat sich dieses Instrumentarium in der Vergangenheit mehr zu einem Parameter der »moral suasion« entwickelt.

Hinzu kommt, daß durch die Aktionsparameter der pharmazeutischen Industrie der Arzneimittelhöchstbetrag bzw. dessen Einhaltung in besonderer Weise beeinflussbar ist, das weitere Verfahren jedoch im Überschreitungsfall keinerlei Sanktionsmaßnahmen gegen die pharmazeutische Industrie vorsieht. Die gesamte Steuerungswirkung des Arzneimittelhöchstbetrages ist daher schon im Ansatz begrenzt.

Die Suche nach den Ursachen für die jeweilige Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages gestaltete sich im übrigen in der Vergangenheit schwierig, weil unterschiedliche Interpretationen zumindest über die Verantwortlichkeit der Entwicklung der Strukturkomponente nicht zum Ausgleich gebracht werden konnten.

Die fehlenden Sanktionsmechanismen und eine weitreichende Skepsis der Beteiligten bezüglich der Steuerungswirkung dieses Instrumentariums schlechthin haben dazu geführt, daß einmal vereinbarte Arzneimittelhöchstbeträge in den meisten Fällen z. T. beträchtlich überschritten worden sind (BERG, 1986, S.14). Auf die Festlegung eines Arzneimittelhöchstbetrages wurde daher in den letzten Jahren gänzlich verzichtet.

1. 5. 3. 4 Leistungsausschluß (»Bagatellarzneimittel«)

Im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes trat am 1. April 1983 die sogenannte Bagatellarzneimittel-Regelung in Kraft, die dahingehend konkretisiert wurde, daß bestimmte Arzneimittel, die üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen (Bagatellerkrankungen) eingesetzt werden, aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. § 182f RVO defi-

nirt in diesem Zusammenhang nicht den Ausschluß konkreter, namentlich genannter Arzneimittel, sondern beschränkt sich auf den Ausschluß bestimmter Arzneimittelgruppen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendende Schnupfenmittel, hustendämpfende, hustenlösende Mittel, Schmerzmittel;
2. Mund und Rachentherapeutika;
3. Abführmittel;
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheiten.

Die Regelungen des § 182f RVO haben weder unter medizinischen noch unter ökonomischen Aspekten gehalten, was allgemein von ihnen erwartet worden war.

Das ursprünglich avisierte Einsparpotential in Höhe von knapp 600 Millionen DM wurde - im ersten Jahr nach Inkrafttreten - nur etwa zur Hälfte realisiert (HARTMANN-BESCHE/REICHEL, 1984, S.675 ff.).

Parallel dazu sind diese Einsparungen z. T. durch Preiserhöhungen der Hersteller sowie auch durch einen starken Struktureffekt in weiten Bereichen wieder aufgezehrt worden - unter anderem deshalb, weil die parallel eingetretene Entwicklung in anderen Indikationsbereichen erhebliche Substitutionsprozesse offengelegt hat. Im Ergebnis konnte eine teilweise bedeutende Verschiebung im Ordnungsverhalten der Ärzte festgestellt werden, womit gesundheitspolitisch nicht wünschenswerte Tendenzen zur Verschreibung von stark wirksamen Pharmaka einhergingen.

Aktuell ist festzustellen, daß - jenseits der beschriebenen Problematik - die Bagatellarzneimittel-Regelung erheblich an Einfluß im Markt verloren hat. Die im Rahmen des § 182f RVO deklarierten Arzneimittelgruppen weisen derzeit wieder zum Teil beträchtliche Zuwachsraten auf (SCHWABE/PAFFRATH, 1988, S.15).

1. 5. 3. 5 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die im Rahmen des Kassenarztrechts gegenwärtig durchgeführte Überprüfung des ärztlichen Ordnungsverhaltens beschränkt sich weitgehend auf eine ex post Kontrolle, stellt jedoch gleichwohl die unmittelbarste Einwirkungsmöglichkeit auf das ärztliche Ordnungsverhalten dar. Sie kann durch die Etablierung von Regreßverfahren direkte Sanktionen für den einzelnen verordnenden Arzt zur Folge haben.

Der organisatorische Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen etabliert sich aus den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen, in denen Vertreter der Ärzte und Krankenkassen - paritätisch zusammengesetzt - über Rechts- und Vertragsverstöße entscheiden. Dabei orientiert sich das formale Verfahren an dem Vergleich des Ordnungsvolumens eines Arztes mit dem durchschnittlichen Ordnungsvolumen seiner relevanten Facharztgruppe. Implizit wird damit unterstellt, daß die überwiegende Mehrheit der in Betracht kommenden

Vergleichsgruppe (der Durchschnitt der Fachgruppe) wirtschaftlich handelt.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes liegt im übrigen eine begründete Vermutung unwirtschaftlichen Verhaltens erst dann vor, wenn der Fachgruppendurchschnitt um mehr als 40 % überschritten wird.

Jeder auf der Basis dieses Fachgruppendurchschnitts durchgeführte Regreß setzt zudem implizit voraus, daß die Arzneimittel-Verordnungsweise nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit der Gesamttätigkeit des behandelnden Arztes zu interpretieren ist.

1. 6 Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen im Arzneimittelsektor

Ein Teil der Kommission ist der Meinung, daß der Arzneimittelsektor vielfältigen Regulierungen und Reglementierungen unterliegt. Nach dieser Ansicht wird dadurch nicht nur die Entfaltung wettbewerblicher Marktprozesse im Arzneibereich verhindert, sondern zugleich sind sie auch ein guter Nährboden für die Entstehung unternehmerischer Wettbewerbsbeschränkungen. Der Staat fordert durch seine konstruktivistischen Eingriffe (Interventionsspirale: 2. AMG, KVKG, KVEG) geradezu ein abgestimmtes und somit nicht wettbewerbliches Verhalten der Unternehmer heraus (z.B. »Berliner Beschlüsse« des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, Normpackungsgrößen) (Vgl. hierzu ausführlich OBERENDER 1984, S. 243 ff.). Gegenwärtig gerät vor allem die Arzneimittelindustrie immer stärker in die Schußlinie öffentlicher Kritik. Oft werden dabei in erster Linie die Arzneimittelhersteller für die Fehlentwicklungen im Gesundheitsbereich verantwortlich gemacht. Zunächst muß festgehalten werden, daß sich die pharmazeutischen Unternehmen ebenso wie die Patienten völlig rational verhalten, wenn sie durch den Einsatz verschiedener Instrumente im gegebenen Rahmen versuchen, möglichst viel für sich herauszuholen. Die besonders in letzter Zeit immer stärker zu beobachtenden Vorwürfe gegen Arzneimittelhersteller sind damit an die falsche Adresse gerichtet. Sie sind vielmehr an diejenigen zu richten, die den Handlungsspielraum für pharmazeutische Unternehmen durch die ständigen Interventionen immer enger schnüren.

Eine Lösung der gegenwärtigen Probleme im Arzneimittelsektor ist deshalb nur dann möglich, wenn es gelingt, nicht an den Symptomen herumzukurieren, wie das gegenwärtig primär geschieht, sondern indem eine ursachenadäquate Therapie in Form einer konsequenten Deregulierung betrieben wird. Insbesondere muß man hier eine Antwort geben, ob die bestehenden Wettbewerbsbeschränkungen und Sonderregelungen im Arzneimittelsektor heute in diesem Umfang überhaupt noch erforderlich sind. Im Mittelpunkt aller Reformbestrebungen muß der einzelne Mensch und seine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung stehen. Hierbei darf es keinen Bestandschutz für Institutionen (z.B. Krankenkassen) und Leistungserbringer (z.B. Ärzte) geben.

2. Mängelanalyse

2.1 Deskriptive Analyse

2.1.1 Das Mengenproblem

2.1.1.1 Mengenniveau und -entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV

2.1.1.1.1 Global-Analyse

Im Jahre 1987 wurden an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung rund 700 Millionen Arzneimittelpackungen verordnet, die insgesamt rund 20 Milliarden Tagesdosen an Arzneimitteln enthielten (SCHWABE/PAFFRATH, 1988, S.1). Diese erhebliche Menge stellt bereits insofern einen augenfälligen Überkonsum dar, als sie bedeutet, daß jeder GKV-Versicherte rund 360 Tagesdosen an Arzneimitteln pro Jahr erhält, somit im statistischen Durchschnitt jeder Versicherte mit einem Medikament dauertherapiert wird. Seit 1981 hat sich die verordnete Arzneimittelmenge nicht wesentlich verändert. Zwar sank die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen von 770,7 Millionen im Jahre 1981 auf 700,1 Millionen im Jahre 1987, also um rund 9,2 % (SCHWABE/PAFFRATH, 1988, S.2), zugleich stieg aber die durchschnittliche Packungsgröße der verordneten Arzneimittel an, so daß der Verordnungsrückgang kompensiert wurde. Als Indikator für diese Kompensation können die Packungsgrößeneffekte gelten, mit denen gemessen wird, welcher Ausgabenzuwachs durch die Verordnung größerer Packungen bei identischen Arzneimitteln entsteht (Packungsgrößeneffekte 1983: ca. 4%; 1984: 2,5%; 1985: 1,9%; 1986: 1,6%; 1987: 1,4%) (Vgl. WIdO [Hrsg.] 1984, S.173; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1985, S.35; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1986, S.323; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1987, S.413; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.410).

2.1.1.1.2 Verteilung des Verbrauchs nach Alter und Geschlecht

Bedenklicher als die Gesamtmenge der verordneten Arzneimittel muß die enorme Konzentration des Arzneimittelverbrauchs gelten. Nach einer Untersuchung versichertenbezogener Leistungsdaten der AOK Lindau im Jahre 1981 zeigte sich, daß über 50 % der Gesamtausgaben für Arzneimittel auf lediglich 10 % der Versicherten entfallen (BERG, 1986, S.80). Daraus ergibt sich bereits rein rechnerisch für diese Versichertenpopulation eine Dauermedikation mit durchschnittlich fünf Arzneimitteln.

Diese Ergebnisse werden durch Analysen zum alters- und geschlechtsspezifischen Arzneiverbrauch bestätigt. Die verordnete Arzneimittelmenge variiert mit dem Alter erheblich. Sie reicht von 88 Tagesdosen pro Jahr bei den 10- bis 14jährigen Kindern bis zu 1.256 Tagesdosen bei den über 90jährigen Versicherten. Die Versicherten mit einem Lebensalter von mehr als 65 Jahren, die rund 16 % der Gesamtpopulation darstellen, vereinigen fast 45 % der gesamten Arzneikosten auf sich. Jeder dieser Versicherten wird im statistischen Durchschnitt mit nahezu

drei Arzneimitteln dauertherapiert (PAFFRATH, in: SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.382).

Deutlich unterschiedlich ist auch der Verbrauch an Arzneimitteln bei Frauen und Männern. Nach den Verordnungsdaten des GKV-Arzneimittelindex werden Frauen im Durchschnitt in nahezu jeder Altersgruppe deutlich mehr Arzneimittel verordnet. Mitbedingt durch die stärkere Repräsentanz der Frauen im höheren Lebensalter ergibt sich insgesamt für die Frauen ein um 55 % höherer Arzneimittelverbrauch nach definierten Tagesdosen als für die Männer (429 pro Jahr zu 276 pro Jahr) (PAFFRATH, in: SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.385).

2.1.1.1.3 Indikations-Analyse

Die deutliche Übermedikation in der Bundesrepublik Deutschland wird auch durch eine indikationsspezifische Analyse bestätigt. Unter den verordnungstärksten Indikationsgruppen ist seit vielen Jahren eine erhebliche Zahl therapeutisch umstrittener oder problematischer Arzneimittelgruppen zu finden. Insgesamt 80 Millionen Arzneimittelpackungen wurden im Jahre 1987 allein von Analgetika und Antirheumatika verordnet. Im Durchschnitt wurden jedem Versicherten rund 21 Tagesdosen dieser Arzneimittel verschrieben. Insgesamt 53,6 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa belegen, daß im statistischen Durchschnitt jeder GKV-Versicherte im Jahre 1987 eine Arzneimittelpackung aus diesen Indikationsgebieten verordnet bekam (REICHEL, 1988).

Allein die Verordnungen von Benzodiazepinen beinhalten insgesamt rund 678 Millionen Tagesdosen (Vgl. LOHSE/MÜLLER-OERLINGHAUSEN, 1988, S.213, 316). Mit dieser Arzneimittelmenge könnten 1987 rund 2 Millionen GKV-Versicherte das ganze Jahr über therapiert worden sein. Unterstellt man eine im Durchschnitt 4wöchige Behandlungsdauer mit diesen Medikamenten, so wären im Jahre 1987 rund 40 % aller GKV-Versicherten mit diesen Arzneimitteln behandelt worden.

Bestimmte Facetten der Übermedikation werden erst deutlich, wenn die Konzentration des Arzneimittelkonsums auf einzelne Altersgruppen Berücksichtigung findet. So konzentriert sich beispielsweise der Verbrauch an Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa bei den über 75jährigen Patienten so stark, daß die verordnete Arzneimittelmenge hier ausreichen würde, jeden fünften Versicherten dieser Population in einer Dauertherapie zu halten (PAFFRATH, 1988, S.385 f.).

Beispielhaft sei hier das Verordnungsspektrum in der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre dargestellt. Jeder Versicherte in dieser Altersgruppe erhielt 1987 30 Arzneimittelpackungen im Gegenwert von rund 970 DM verordnet, die unter anderem 108 Tagesdosen eines Kardiakums (vor allem Herzglykoside), 74 Tagesdosen eines Bluthochdruckmittels, 96 Tagesdosen an Augenmitteln, 72 Tagesdosen Koronartherapeutika, 62 Tagesdosen sogenannter durchblutungsfördernder Mittel, 62 Tagesdosen Schmerz- und Rheumamittel, 52 Tagesdosen an Antidiabetika, 47 Tagesdosen Psychopharmaka und 23 Tagesdosen Hypnotika/Sedativa - insgesamt 1.008 Tagesdosen - enthielten (PAFFRATH, 1988, S.382).

2. 1. 1. 4 Unverbrauchte Arzneimittel

Angesichts der dargestellten Verordnungsmenge ist ohnehin nur schwer vorstellbar, daß sämtliche verordneten Arzneimittel wirklich verbraucht werden. Gesichertes empirisches Material über den Anteil unverbrauchter Arzneimittel existiert für die Bundesrepublik Deutschland nicht. Allerdings gaben bei einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Emnid-Instituts im Jahre 1986 23 % der Befragten an, die Anweisungen zur Einnahme von Arzneimitteln ihres Arztes nicht immer oder gar nicht zu befolgen (Vgl. BPI, 1987, S.35 ff.). Fachleute schätzen den Anteil der nicht verbrauchten Arzneimittel am gesamten Verordnungsvolumen auf 20 % bis ein Drittel (Vgl. DIE ORTSKRANKENKASSE 1/1982, S.21).

2. 1. 1. 2 Selbstmedikation

Der Anteil der Selbstmedikation am Arzneimittelumsatz der Apotheken insgesamt blieb in den Jahren 1979 bis 1982 mit rund 16 % mehr oder weniger konstant. Nicht zuletzt aufgrund der Einführung der Negativliste stieg der Anteil im Jahre 1983 auf rund 18 % an und blieb seither in etwa auf diesem Niveau. Insgesamt wendeten die Bundesbürger im Jahre 1986 somit rund 4,7 Milliarden DM für die Selbstmedikation auf (HÜSGEN, 1987, S.33).

Mißt man den Anteil der Selbstmedikation nicht am Umsatz, sondern an der Zahl der abgesetzten Arzneimittelpackungen, so liegt er bei rund 30 %. Der bereits enorme Arzneimittelverbrauch, der über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird, wird durch die Selbstmedikation also nochmals erheblich erhöht. Insbesondere im Bereich der Analgetika und Antipyretika wird das Bild des Arzneimittelverbrauchs durch die Selbstmedikation entscheidend mitgeprägt: So wurden beispielsweise im Jahre 1983 von jedem Bundesbürger allein 66 Tagesdosen an Analgetika und Antipyretika konsumiert (Vgl. GLAESKE, 1986, S.2032-2034).

2. 1. 1. 3 Arzneimittel im Krankenhaus

Über die in den Krankenhäusern verbrauchte Arzneimittelmengenge gibt es nur unzureichende Informationen. Aufgrund der Angaben über den medizinischen Bedarf in den Selbstkostenblättern bzw. in den Kosten- und Leistungsnachweisen der Krankenhäuser läßt sich der Wert der Krankenhausmedikation - je nach Abgrenzung - auf ca. 2 Milliarden DM bis 5 Milliarden DM schätzen (GROSSNIKKEL/KIRSCH, 1988, S.435-438). Der größte Teil dieser Medikation besteht aus Antibiotika, Infusions- und Spüllösungen, Röntgenkontrastmitteln, blutgerinnungsbeeinflussenden Arzneimitteln sowie einer Reihe weiterer Arzneistoffe mit auf den stationären Sektor begrenzter Indikation, die nur wenig Ausstrahlungskraft auf den ambulanten Bereich ausüben. Nur der geringere Teil der Medikation im Krankenhaus ist auch zur ambulanten Weiterbehandlung geeignet. Diese Arzneimittel werden oft mit hohen Rabatten von den Herstellern an die Krankenhäuser geliefert. Für das Krankenhaus ist es in der Regel ökonomisch rational, auf derartige Markenartikel nicht zu verzichten, insoweit die Einkaufspreise dieser Präparate meist unter den Einkaufspreisen von Generika liegen. Vermittelt über die Entlassungsberichte beeinflusst diese

Krankenhausmedikation nicht unerheblich die ambulante Weiterbehandlung und verteuert insgesamt auf diese Weise die Arzneimittelversorgung.

2. 1. 1. 4 Internationaler Vergleich

Bei einem Vergleich des Arzneimittelverbrauchs je Kopf der Bevölkerung - gemessen in Verbrauchseinheiten wie Tabletten, Gramm, Milliliter und anderen Zählheiten - liegt die Bundesrepublik Deutschland nach den vorliegenden Untersuchungen im Mittelfeld. Ein höherer Verbrauch findet sich in Spanien, Belgien und vor allem in Frankreich. In anderen Ländern, z. B. Großbritannien, Italien, der Schweiz und Österreich, ist der Verbrauch geringer als in der Bundesrepublik (BRENNER, 1985, S.431-357).

Angesichts der oben zitierten Daten kann allerdings aus derartigen internationalen Vergleichen kaum die Angemessenheit des Arzneimittelkonsums in der Bundesrepublik Deutschland abgeleitet werden.

2. 1. 1. 5 Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums

Folgewirkungen des Arzneimittelkonsums ergeben sich insbesondere dort, wo die Arzneimittel selbst - insbesondere bei länger dauernder Anwendung - behandlungsbedürftige Krankheiten auslösen oder negativ beeinflussen können. Für die Bundesrepublik Deutschland ist derzeit von etwa 500.000 bis 800.000 Medikamentenabhängigen auszugehen (Schätzung der DEUTSCHEN HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN). In diesem Zusammenhang kommt zweifelsfrei dem hohen Niveau von Tranquilizer-Verordnungen in der Bundesrepublik der Charakter einer iatrogenen Ursache zu.

Während aber im Bereich der Benzodiazepin-Abhängigkeit das medizinische Risiko noch weitgehend ungeklärt ist, äußern sich die Folgewirkungen der Übermedikation mit anderen Arzneistoffen in manifesten Krankheitsbildern. So ist beispielsweise davon auszugehen, daß rund 3.000 der 15.000 dialysepflichtigen Patienten infolge chronischen Schmerzmittelmißbrauchs (insbesondere des inzwischen vom Markt zurückgezogenen Phenacetins) schwere Nierenschädigungen davongetragen haben (SCHÖNHÖFER, 1985, S.20).

Nicht wenige Krankenhäuserfälle sind nach Ansicht von Fachleuten auf Arzneimittelnebenwirkungen zurückzuführen. Dies ist beispielsweise bekannt für die Herzglykoside, die nur eine geringe therapeutische Breite aufweisen und in der Bundesrepublik, wie kontrollierte Studien belegt haben, in nahezu der Hälfte der Fälle ohne ausreichende Indikation verordnet werden (SCHOLZ, 1988, S.233).

2. 1. 2 Das Preisproblem

2. 1. 2. 1 Preisniveau

2. 1. 2. 1. 1 Internationaler Vergleich

Internationale Vergleiche belegen übereinstimmend das hohe Niveau der Arzneimittelpreise in der Bundesrepublik Deutschland. In vielen anderen europäischen Län-

dern, so z. B. in Italien, Spanien, Frankreich, Belgien, liegen die Arzneimittelpreise deutlich unter denen der Bundesrepublik (von STACKELBERG, 1984). Internationale Vergleiche sind allerdings aus vielen Gründen nur von begrenzter Aussagefähigkeit. Abgesehen von diversen methodischen Problemen (unterschiedliche Umrechnungsmethoden nach Wechselkursen, Verbrauchergeldparitäten etc.) liegen den unterschiedlichen Preisniveaus der einzelnen Länder zum Teil erhebliche Differenzen bei der Ausgestaltung und Reglementierung des Arzneimittelmarktes zugrunde. In vielen der als »Billigpreis-Länder« apostrophierten Nationen unterliegen die Arzneimittelpreise starken staatlichen Kontrollen. Im Gegensatz zu fast allen europäischen Nachbarstaaten ist die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland - abgesehen von kartellrechtlichen Bestimmungen - bei der Festlegung ihrer Preise keinerlei staatlichen oder behördlichen Kontrollen unterworfen. Aus diesen Rahmenbedingungen ergibt sich zwangsläufig eine Subventionierung der Arzneimittelpreise in den europäischen Nachbarländern durch die Sozialversicherung der Bundesrepublik Deutschland. Nach einer Modellrechnung für das Jahr 1981 hätten sich allein bei den 500 meistverordneten Arzneimitteln der gesetzlichen Krankenversicherung rund 2 Milliarden DM einsparen lassen, wenn diese Arzneimittel zu den jeweils günstigsten Konditionen im Ausland eingekauft worden wären (von STACKELBERG, 1984).

2. 1. 2. 1. 2 Preisgestaltung und Kostenstruktur der Pharmaindustrie

Internationale Preisvergleiche allein können aber - ganz abgesehen von den methodischen Problemen - die Preiswürdigkeit des Arzneimittelangebotes im Inland nicht hinreichend beleuchten. Eher schon sind die in der Vergangenheit vom Bundeskartellamt eingeleiteten Mißbrauchsverfahren gegen einzelne Arzneimittelhersteller, die z. T. zu erheblichen Preissenkungen geführt haben, ein Hinweis auf das - zumindest teilweise - überhöhte Preisniveau in der Bundesrepublik Deutschland. Auch die Tatsache, daß bei Ablauf des Patentschutzes die Preise für die betroffenen Arzneimittel nur in sehr seltenen Fällen gesenkt werden, daß also über die Patentlaufzeit hinaus »Erstanbieterboni« realisiert werden können, belegt den mangelnden Preiswiderstand auf der Nachfrageseite.

Nach Angaben des BPI entfallen lediglich 43,1 % der gesamten Kosten der Arzneimittelproduzenten auf die reinen Herstellungskosten. 27,1 % der Kosten entfallen auf das Marketing (Werbung, »Wissenschaftliche Information«, Vertrieb) (BPI, 1987/88, S.91). Dieser hohe Anteil von Marketingaufwendungen muß ebenfalls als Ausfluß mangelnden Preiswiderstandes auf der Nachfrageseite gewertet werden (vgl. dazu auch unten).

2. 1. 2. 2 Preisentwicklung

Vergleicht man den Preisindex für humanpharmazeutische Spezialitäten mit dem Lebenshaltungskostenindex oder dem Preisindex aller gewerblichen Produkte, so zeigt sich über den Gesamtzeitraum der vergangenen zehn Jah-

re im Durchschnitt eine in etwa ähnliche Entwicklung. Dies unterscheidet die Bundesrepublik Deutschland von anderen europäischen Ländern mit Preisreglementierung (z. B. Frankreich, Italien, Schweiz), in denen zwischen 1977 und 1984 der »Heilmittelpreisindex« deutlich hinter dem »Konsumentenindex« zurückblieb (SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.88 f.).

Zu beachten ist ferner, daß seit 1983 der Arzneimittelpreisindex regelmäßig über dem Lebenshaltungskostenindex lag. In den Jahren 1986/87 ist dies durch die Sonderentwicklung bei den Ölpreisen mitbedingt (BPI, 1987/88, S.94).

Auffallend ist, daß die Arzneimittelpreisentwicklung keineswegs parallel zur Entwicklung der Lebenshaltungskosten verlief. So liegt beispielsweise der Preisindex des Jahres 1982 mit plus 2,3 % bei den zu Lasten der GKV verordneten Arzneimitteln deutlich unter dem Index der Lebenshaltungskosten (plus 5,3 %). Im Jahre 1983 dagegen verlief die Entwicklung umgekehrt: Arzneimittelpreisindex (GKV): plus 5,8 %; Lebenshaltungskostenindex: plus 3,3 %. Diese asynchrone Entwicklung war Folge eines Preisstillhalteappells des BPI, der im Jahre 1982 zwar zeitweilige Zurückhaltung bei den Preiserhöhungen bewirkte, im Jahre 1983 jedoch durch einen entsprechenden »Nachschlag« von den Herstellern kompensiert wurde.

Ob der neuerliche Preisstillhalteappell vom 21. Oktober 1985, der über einen Zeitraum von (einschließlich der beschlossenen Verlängerungen) drei Jahren Geltung hatte, von längerfristiger Wirkung sein wird, bleibt abzuwarten.

Unabhängig davon kann aufgrund der Kostenentwicklung im Arzneimittelsektor das Fazit gezogen werden, daß beide Preisstillhalteappelle die Ausgabenentwicklung der GKV bei den Arzneimitteln nicht haben abbremsen können. Vielmehr wurde in beiden Fällen die Zurückhaltung bei der Preiserhöhung durch Mengenausweitung und strukturelle Entwicklungen kompensiert (WIdO [Hrsg.], 1986, S.19; REICHELT, 1987, S.111-113).

2. 1. 2. 3 Strukturkomponente

In den Jahren 1981 bis 1987 stieg der Umsatz mit zu Lasten der GKV verordneten Fertigarzneimitteln um insgesamt 38 % an. Im gleichen Zeitraum nahm jedoch die Zahl der Einzelverordnungen (verordnete Arzneimittelpackungen) um 9,2 % ab (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.2). Diese vordergründig widersprüchliche Entwicklung erklärt sich durch eine Zunahme des durchschnittlichen Wertes der einzelnen Arzneimittelverordnung um rund 52 %. Da der Preisanstieg bei den verordneten Arzneimitteln im gleichen Zeitraum nur 16,5 % betrug, hat sich der durchschnittliche Wert je Verordnung im wesentlichen durch andere Faktoren, nämlich durch Umschichtungen im verordneten Warenkorb (»Strukturkomponente«) erhöht. Mit kumuliert 31,5 % erklärt die Strukturkomponente über den gesamten Zeitraum rund zwei Drittel der Verteuerung der durchschnittlichen Arzneimittelverordnung.

2. 1. 2. 3. 1 *Verteuerung durch Auswahl teurerer Arzneimittel, teurerer Packungsgrößen, Darreichungsformen und Wirkstärken*

Die Wirkung der Strukturkomponente war in den Jahren 1981 bis 1987 keineswegs gleichförmig. Vielmehr spiegeln sich in ihr sehr unterschiedliche Einzelentwicklungen wider. Über den gesamten Zeitraum haben die Umschichtungen zu teureren Arzneimitteln im Verordnungsspektrum eine Umsatzwirkung von rund 12,8 % gehabt (»Intermedikamenteneffekt«), die Verteuerung durch Auswahl teurerer Packungsgrößen, Darreichungsformen und Wirkstärken bei identischen Arzneimitteln (»Intramedikamenteneffekt«) betrug 16,6 %. Während in den Jahren 1982 und 1983 der Intermedikamenteneffekt noch deutlich stärker ausgeprägt war als der Intramedikamenteneffekt, hat sich seit 1985 das Verhältnis umgekehrt. Diese Tatsache ist weitgehend durch die Entwicklung des Generika-Marktes bedingt (siehe unten).

Hinter dem Intermedikamenteneffekt verbirgt sich - gebrochen durch unterschiedliche Einzelentwicklungen - ein langfristiger Trend zur teuren Arzneimitteltherapie. So werden beispielsweise im Bereich der Bluthochdruckmittel seit vielen Jahren vermehrt Betarezeptorenblocker-Kombinationen und ACE-Hemmer anstelle der preisgünstigeren Reserpin-Kombinationen verordnet. Bei der Therapie der Magenerkrankungen werden zunehmend die teuren H₂-Antagonisten (Cimetidin, Ranitidin, Famotidin) verordnet, während andere Ulcustherapeutika in ihrer Verordnung zurückgehen oder stagnieren. Indikationsgebiete mit im Durchschnitt relativ teuren Arzneimitteln (z. B. durchblutungsfördernde Mittel) haben in den letzten Jahren ihren Marktanteil kontinuierlich ausgebaut. Die Ausgaben für diese Mittel stiegen von 763 Millionen DM im Jahre 1981 auf 1,358 Milliarden DM im Jahre 1987 und haben sich mithin fast verdoppelt (HELD/SCHWABE, 1988, S.197 ff.).

Der Trend zur Auswahl teurerer Arzneimittel bei der Verordnung ist dabei nicht durchgängig mit einem pharmakologischen oder therapeutischen Fortschritt verbunden. Vielmehr ist die Entwicklung sehr heterogen. Während einzelne Entwicklungen pharmakologisch-therapeutisch gut begründbar sind (beispielsweise die zunehmende Ersetzung der Herzglykoside durch die Diuretika bei der Therapie der Herzinsuffizienz, die Ersetzung der Reserpin-Kombinationen durch nebenwirkungsärmere Betarezeptorenblocker-Kombinationen und anderes mehr), vollziehen sich andere, die Arzneimitteltherapie verteuern Veränderungen im Verordnungsspektrum ohne erkennbaren Nutzen für die Patienten (z. B. zunehmende Verordnung der umstrittenen durchblutungsfördernden Mittel, zunehmende Verordnung von ACE-Hemmern bereits bei leichten Formen der Hypertonie, zunehmende Verordnung von H₂-Antagonisten ohne gesicherte Ulcusdiagnose und anderes mehr).

Die zunehmende Verordnung größerer Packungen, teurerer Darreichungsformen und Wirkstärken bei identischen Arzneimitteln stellt seit 1981 einen relativ stabilen Kostenfaktor bei den Arzneiverordnungen dar. Eine indikationsgruppenbezogene Analyse zeigt allerdings, daß der

»Packungsgrößeneffekt« vor allem dort sehr ausgeprägt ist, wo vorwiegend eine Dauertherapie betrieben wird (Bluthochdruckmittel, Koronarmittel, Betarezeptorenblocker/Kalziumantagonisten, Bronchospasmolytika, durchblutungsfördernde Mittel etc.) (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.402 ff.).

2. 1. 2. 3. 2 *Kostenschübe durch Innovation und Scheininnovation*

Eine Analyse der 1986 und 1987 neu zugelassenen Fertigarzneimittel zeigt, daß sich unter den 764 (1986) bzw. 241 (1987) lediglich 16 (1986) bzw. 22 (1987) mit neuen Wirkstoffen befanden. Diejenigen neu zugelassenen Fertigarzneimittel, die unter die 2.000 führenden des GKV-Arzneimittelindex gelangt sind, weisen in beiden Jahren unterdurchschnittliche Kosten je Verordnung auf. Dies dokumentiert den hohen Generika-Anteil unter den Neuzulassungen.

Von den Neuzulassungen mit neuen Wirkstoffen werden im Arzneiverordnungs-Report allerdings 19 der insgesamt 38 als »teuer« oder sogar »sehr teuer« bezeichnet. Diese Tatsache betrifft Arzneimittel mit neuartigen Wirkstoffen insgesamt, d. h. nicht nur solche, die einen echten therapeutischen Fortschritt beinhalten, sondern auch Analogpräparate mit marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Wirkstoffen und neue Arzneistoffe ohne erkennbaren therapeutischen Wert oder mit fragwürdigen Wirkprinzipien (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.6).

2. 1. 2. 3. 3 *Entwicklung des Generika-Marktes*

Wie bereits oben angedeutet, hat die Entwicklung der Generika-Verordnungen in den Jahren seit 1984 zu einer deutlichen Verringerung der Strukturkomponente (insbesondere des Intermedikamenteneffektes) geführt. So ist es auch zu erklären, daß in den Jahren 1985 bis 1987 die Einführung neuer Fertigarzneimittel kaum einen Kostenfaktor für die GKV darstellte (Struktureffekt durch neue Arzneimittel 1985: 54 Millionen DM; 1986: 20 Millionen DM; 1987: minus 10 Millionen DM) (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1986, S.9; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1987, S.14 f.; SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.15).

Mit dem Patentablauf für umsatzstarke Wirkstoffe (unter anderem Glibenclamid, Diclofenac, Nifedipin) seit 1983 hat der Generika-Anteil unter den Arzneiverordnungen erheblich zugenommen. Von 1981 bis 1987 stieg er nach der Zahl der verordneten Packungen von 6,1 % auf 17,2 % des gesamten Marktes, nach Umsatz von 6,2 % auf 13,2 %. Bei den wirkstoffgleichen Arzneimitteln (»Multiquellenpräparate«) haben die Zweitanmelder im Jahre 1987 bereits einen Umsatzanteil von 35,6 % und nach Verordnungen sogar 45,7 % des Marktes erreicht. Allerdings ist das Einsparpotential durch Verordnung von Generika noch keineswegs ausgeschöpft. Im Jahre 1987 hätten zusätzlich 1,6 Milliarden DM eingespart werden können, wenn anstelle der verordneten Originalpräparate Arzneimittel mit den Durchschnittskosten der Generika-Verordnungen verschrieben worden wären (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.9 f.).

2. 1. 3 Das Qualitätsproblem

2. 1. 3. 1 Qualitative Aspekte des Arzneimittelangebotes

Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes im Jahre 1978 brachte zwangsläufig eine Zweiteilung des Marktes mit sich. Einerseits existieren solche Arzneimittel, die den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes 1978 im Rahmen einer Neuzulassung unterlegen waren und insofern eine offizielle Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt nach Prüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erhalten haben. In dem Zeitraum vom 1.1.1978 bis 31.12.1986 hat das Bundesgesundheitsamt insgesamt 6.740 Arzneimittel zugelassen (BPI, 1987, S.29).

Andererseits wird das weitaus größere Präparate-Potential von solchen Arzneimitteln repräsentiert, die bereits vor dem Jahre 1978 - lediglich im Wege der Registrierung - im Markt eingeführt waren und für die unter dem Primat der Besitzstandswahrung eine »fiktive« Zulassung bis zum Ende des Jahres 1989 erteilt wurde. Bis dahin müssen diese sog. »Altpräparate« eine Nachzulassung nach dem AMG 1978 durchlaufen haben.

Daraus folgt, daß der weitaus größere Teil der heute auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland angebotenen Präparate bis zum heutigen Tage noch keiner Prüfung in bezug auf Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit unterworfen wurde. Diese Tatsache spiegelt sich auch im Verordnungsspektrum wider. Dort haben diese Arzneimittel ebenfalls einen großen Anteil.

Auch die Novellierung des Arzneimittelgesetzes 1978 hat nach Expertenmeinung an den qualitativen Defiziten des Arzneimittelangebotes nicht viel verändert. Die medizinisch-therapeutische Bewertung der Arzneimittel, die nach dem AMG 1978 zugelassen wurden, ergibt danach, daß nur ein geringer Teil einen signifikanten therapeutischen Gewinn, ein etwas größerer Teil der neu zugelassenen Arzneimittel eine Verbesserung eines bekannten therapeutischen Prinzips darstellen. Der weitaus überwiegende Teil der neu zugelassenen Arzneimittel beinhaltet nach Ansicht der Experten keinen bedeutsamen zusätzlichen Nutzen für die medikamentöse Therapie und die Patienten.

2. 1. 3. 1. 1 Dominanz der symptomatischen Arzneitherapie

Nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie ist die Vielzahl der auf dem Markt angebotenen Arzneimittel unter anderem auch Konsequenz der außerordentlichen Komplexität des menschlichen Organismus und seiner Krankheiten. Die Medizin unterscheidet mehr als 30.000 verschiedene Krankheitsbilder (MPS [Hrsg.], 1980, S.7). Nur für rund ein Drittel dieser Krankheitsbilder liegen überhaupt Arzneimittel als Ansatzpunkt zur Therapie vor. Auch in den Indikationen, in denen Arzneimittel präsent sind, wird damit in vielen Fällen lediglich eine symptomatische Therapie ermöglicht. Arzneimitteltherapie, die kausal die Ursachen der Krankheit bekämpft, ist vergleichsweise selten möglich.

Insbesondere ist ein Defizit bei der Behandlung chronisch-degenerativer Erkrankungen festzustellen. Bei chro-

nischen Erkrankungen überwiegen auf einzelne Krankheitssymptome gerichtete therapeutische Strategien, die häufig trotz hohen Einsatzes den Ablauf der Erkrankung wenig beeinflussen (z. B. rheumatische Erkrankungen).

2. 1. 3. 1. 2 Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit, risikobehaftete und unzweckmäßig zusammengesetzte Arzneimittel

Die bisherige Praxis der Neuzulassungen nach dem AMG 1978 zeigt, daß den Erfordernissen der Unbedenklichkeit und des therapeutischen Nutzens nicht in allen Fällen ausreichend Rechnung getragen werden kann. Einige durch das Bundesgesundheitsamt zugelassene Arzneimittel mußten daher wegen schädlicher Wirkungen wieder aus dem Handel gezogen werden (z. B. Coxigon, Amuno Gits, Edrul, Alival, Psyton).

In der besonderen Expertenkritik bezüglich ihrer Zusammensetzung und damit bezüglich ihres therapeutischen Nutzens stehen die sogenannten Kombinationsarzneimittel. Ca. 50 % des gesamten Arzneimittelkonsums in der Bundesrepublik Deutschland wird derzeit noch von diesen Kombinationspräparaten repräsentiert. Allerdings ist der Anteil der Monopräparate in den vergangenen Jahren langsam, aber kontinuierlich gestiegen. Fixe Kombinationen haben gegenüber den Monopräparaten nur in wenigen Fällen Vorteile. Dafür bietet das unter anderem von der amerikanischen Arzneimittelbehörde (FDA) angewandte Kriterienraster nach CROUT gute Anhaltspunkte (CROUT, 1974, S.50-54). Die sogenannten CROUTschen Kriterien fordern unter anderem für Arzneimittel mit mehreren Inhaltsstoffen, daß jeder einzelne Inhaltsstoff therapeutisch wirksam ist und daß die Dosierung jedes einzelnen Inhaltsstoffes wirksam und unbedenklich ist. Darüber hinaus muß die Kombination sicherstellen, daß die zugefügten Inhaltsstoffe die Wirksamkeit und/oder Unbedenklichkeit des Hauptinhaltsstoffes erhöhen bzw. die Möglichkeit des Mißbrauchs des Hauptinhaltsstoffes verringern oder die fixe Kombination der Inhaltsstoffe einen größeren therapeutischen Effekt hervorruft oder größere Unbedenklichkeit bietet als jeder einzelne Inhaltsstoff für sich.

Sofern ein Arzneimittel diese Kriterien nicht erfüllt, besagt dies zwar noch nichts über die Wirksamkeit einzelner Inhaltsstoffe oder der Kombination. Es bleibt allerdings festzuhalten, daß der Sinn des so zusammengesetzten Arzneimittels aus pharmakologischer Perspektive nicht nachvollziehbar ist. So weisen denn auch eine Reihe von Untersuchungen bezüglich der Kombinationsarzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland nach, daß ein Großteil dieser Präparate nicht sinnvoll zusammengesetzt ist.

Auch jenseits der Qualität der Kombinationsarzneimittel werden Fragen des qualitativen Aspektes des Arzneimittelangebotes berührt. Erinnert sei in diesem Zusammenhang lediglich an die Gruppe der durchblutungsfördernden Arzneimittel, die auch - als Monosubstanzen - in ihrer Wirksamkeit nach Expertenauffassung als umstritten gelten.

2. 1. 3. 1. 3 Weiterentwicklung des Arzneimittelangebotes

Insbesondere die Tatsache, daß ein großer Teil der zahlreichen Krankheitsbilder bisher noch nicht kausal therapierbar ist, macht deutlich, daß - trotz der bereits auffällig hohen Zahl an Arzneimitteln auf dem deutschen Arzneimittelmarkt - weitere, neue Arzneimittel unerlässlich sind, um eine optimale Arzneimitteltherapie zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang spielt die Frage des Patentschutzes von Arzneimitteln eine besondere Rolle. Der Patentschutz für Arzneimittel beträgt in der Bundesrepublik Deutschland derzeit 20 Jahre. Für Innovationen im engeren Sinne, die sowohl unter medizinisch-pharmakologischen wie auch unter ökonomischen Gesichtspunkten vom Markt verlangt werden, sind ausreichende Patentschutzfristen unabdingbar, nicht zuletzt um die Forschungsintensität der pharmazeutischen Industrie nicht unnötig zu beeinträchtigen. Nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie beträgt derzeit die ökonomische Nutzungszeit der Patente infolge langwieriger Prüfungen vor der Zulassung bzw. infolge des Zulassungsprozesses selbst durchschnittlich noch 7,7 Jahre (SUCHY, 1987). Die Forschungsintensität bzw. -kapazität der deutschen pharmazeutischen Industrie ist nicht nur unter medizinisch-therapeutischen, sondern auch unter den internationalen Wettbewerbsaspekten von Bedeutung. Von daher hängt die Weiterentwicklung des Arzneimittelangebotes in Richtung einer möglichst optimalen Arzneitherapie auch davon ab, inwieweit es gelingt, den forschenden pharmazeutischen Unternehmen eine ausreichende ökonomische Nutzungszeit der Patente zu gewährleisten.

2. 1. 3. 2 Qualitative Aspekte der Verordnungsstruktur

Die kritische Beleuchtung des qualitativen Angebotes der pharmazeutischen Industrie kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß es auf dem deutschen Arzneimittelmarkt zahlreiche, in der pharmakologischen Wissenschaft völlig unstrittige und insofern in bezug auf ihre Wirksamkeit bzw. ihren therapeutischen Nutzen anerkannte Arzneimittel gibt. Für den verordnenden Arzt stellt sich indes das Problem, aus der Vielzahl der angebotenen Arzneimittel dasjenige auszusuchen, das den Ansprüchen an die Wirksamkeit bzw. den Ansprüchen an den therapeutischen Nutzen in der besonderen Situation am ehesten entspricht.

2. 1. 3. 2. 1 Verordnung therapeutisch umstrittener Arzneimittel

Ein relativ hoher Anteil umstrittener Arzneimittel im Angebot der pharmazeutischen Industrie erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß sich solche Arzneimittel auch in der Verordnungsstruktur der Ärzte niederschlagen. Sofern dem Arzt die notwendigen Möglichkeiten fehlen, zwischen den verschiedenen Qualitätssortimenten des Arzneimittelmarktes eine Entscheidung zu treffen, werden sich auch im Rahmen der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl solcher Arzneimittel finden, die in der pharmakologischen Wissenschaft als umstritten gelten. Von den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der Größenordnung von

rund 20 Milliarden DM geben denn auch nach Ergebnissen des Arzneiverordnungs-Reports die gesetzlichen Krankenversicherungen ca. 5 Milliarden DM für derartige Arzneimittelgruppen aus (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.11 ff.). An oberster Stelle finden sich hierbei die durchblutungsfördernden Mittel, die einen Gesamtumsatz von 1,4 Milliarden DM repräsentieren. Der therapeutische Nutzen einer Dauertherapie mit diesen Präparaten bei funktionellen Durchblutungsstörungen ist gegenwärtig noch nicht nachgewiesen. Darüber hinaus lassen die hohen Verordnungszahlen vermuten, daß diese Präparate bei Schweregraden eingesetzt werden, die einer medikamentösen Therapie nachweislich nicht mehr zugänglich sind. Zu den ebenfalls therapeutisch umstrittenen Arzneimittelgruppen gehören in diesem Zusammenhang beispielsweise die externen Rheumamittel (Umsatz 1987: 416 Mio. DM), Expektorantien (Umsatz 1987: 623 Mio. DM) oder auch die Venenmittel (Umsatz 1987: 590 Mio. DM).

Im Rahmen der Überlegungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen wird in bezug auf die qualitative Dimension des Arzneimittelmarktes dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Aufgabe übertragen, solche Arzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, die als unwirtschaftlich zu bezeichnen sind. Da die Wirksamkeit eines Arzneimittels eine wesentliche Voraussetzung für seine Wirtschaftlichkeit ist, könnten theoretisch derartige Arzneimittelgruppen ein besonderes Gewicht bei der Arbeit des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erlangen.

2. 1. 3. 2. 2 Arzneitherapie ohne begründete Indikation

Eine zielgerichtete Arzneimitteltherapie verlangt eine klare Diagnose. Die Praxis zeigt jedoch, daß ein relativ hoher Anteil von mehr oder weniger unspezifischen psychosomatischen Symptomen in der allgemeinen Praxis anzutreffen sind, die sich einer klar abgrenzbaren Diagnose entziehen. Gleichwohl werden auch derart unspezifische Krankheitsbilder (vegetative Dystonie, Abgespanntheit etc.) einer medikamentösen Therapie zugeführt. Gerade für derart unspezifische Krankheitsbilder bietet die pharmazeutische Industrie eine Fülle von Kombinationsarzneimitteln an, die im Wege der »Schrotschuß-Therapie« Hilfe versprechen.

Gleichfalls ist festzustellen, daß häufig Arzneimittel verordnet werden, die zwar in ihrer Wirksamkeit durchaus unstrittig sind, bei der Indikation jedoch, in der sie eingesetzt werden, fehl am Platze sind. So ist beispielsweise bei den durchaus unstrittigen H₂-Antagonisten (Ulcustherapeutika) infolge ihrer besonderen Verordnungshäufigkeit des öfteren die Frage gestellt worden, ob diese gut wirksamen Arzneimittel über das therapeutisch Zweckmäßige hinaus verordnet wurden (SCHWABE/PAFFRATH [Hrsg.], 1988, S.125). Für die Herzglykoside ist in kontrollierten Untersuchungen nachgewiesen worden, daß sie in nahezu der Hälfte aller Fälle ohne ausreichende Indikation gegeben wurden (SCHOLZ, 1988, S.233). Die erhebliche Verordnungsmenge bei den oralen Antidiabetika deutet an, daß sie vielfach eine sowohl therapeutisch als auch ökonomisch

misch günstigere Diätkontrolle ersetzen. Die Vielzahl der Verordnungen von Pankreas-Enzym-Präparaten kann nicht mit deren eigentlicher Indikation, der Enzymsubstitution bei Pankreasinsuffizienz, begründet werden. Zu vermuten ist vielmehr auch hier, daß diese Arzneimittel vorzugsweise bei unspezifischen Magen-Darm-Erkrankungen eingesetzt werden, wo sie Placebo-Charakter haben (ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT, 1984, S.288).

Zu den vielfältigen Arzneimittelverordnungen ohne ausreichende Indikation zählen aber auch all jene Fälle, in denen gleichsam »großkalibrig« leichtere Erkrankungsformen bekämpft werden. Als »klassisch« gilt hier der vorschnelle Antibiotika-Einsatz vor allem bei Virusinfekten. Aber auch der vorzeitige Einsatz von stark wirksamen ACE-Hemmern in der Bluthochdrucktherapie kann hier beispielhaft erwähnt werden.

2.2 Ursachenanalyse

2.2.1 Marktzutrittsbedingungen

2.2.1.1 Die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz

Die vornehmlich unter den Aspekten der Arzneimittelsicherheit zu treffenden Entscheidungen des Bundesgesundheitsamtes in bezug auf die Zulassung von Arzneimitteln haben weitreichende Konsequenzen für alle Beteiligten: für den Patienten unter dem Aspekt des Verbraucherschutzes, für den pharmazeutischen Unternehmer im Rahmen seiner marktstrategischen Überlegungen, für den verordnenden Arzt im Rahmen seiner Therapieentscheidungen und letztlich auch für die gesetzliche Krankenversicherung in ihrer Funktion als Finanzier des Leistungsgeschehens auf dem Arzneimittelmarkt. Letztlich wird auch die Transparenz des Marktes durch die Entscheidungen des Bundesgesundheitsamtes tangiert.

Die auch in der Öffentlichkeit mit besonderem Interesse verfolgte Schaltfunktion des Bundesgesundheitsamtes hat von daher unmittelbare Auswirkungen auf die qualitativen und ökonomischen Dimensionen des Arzneimittelmarktes.

Trotz der im Grundsatz begrüßenswerten Weiterentwicklung durch das AMG 1978 ist die Kritik an dem Zulassungsverfahren des Bundesgesundheitsamtes nicht verstummt. Angesichts der Tatsache, daß auch in der Wirksamkeit zumindest umstrittenen Arzneimitteln der Marktzugang erteilt wird, ist wiederholt die Frage nach Anspruch und Realität des Arzneimittelgesetzes gestellt worden. Da die Frage der Wirksamkeit eine wesentliche Voraussetzung für eine wirtschaftliche Arzneitherapie darstellt, wird dieser Aspekt insbesondere von seiten der gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend problematisiert.

Gleichzeitig jedoch kritisiert insbesondere die pharmazeutische Industrie, daß die Sicherheitsanforderungen bezüglich der Kriterien Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit in Anwendung des AMG 1978 von seiten des Bundesgesundheitsamtes kontinuierlich - in Teilbereichen

über ein akzeptables Maß hinaus - erhöht wurden, was weitreichende Folgen für die Forschungsfähigkeit und -intensität der pharmazeutischen Industrie mit sich brächte (NORD, 1979, S.16 f.).

2.2.1.1.1 Wirksamkeitsnachweis

Der für die Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels in der kassenärztlichen Versorgung geforderte therapeutische Nutzen setzt die Wirksamkeit des Arzneimittels im Sinne der in Anspruch genommenen Indikation voraus. Der Begriff des therapeutischen Nutzens ist dem Arzneimittelgesetz fremd. Hier ist ausschließlich von der therapeutischen Wirksamkeit eines Arzneimittels die Rede, deren Nachweis im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu erbringen ist. Positive Aussagen über die therapeutische Wirksamkeit sind vom jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer vorzulegen.

Nach Auffassung von Experten zeigt eine Validierung der Zulassungspraxis durch das Bundesgesundheitsamt, daß ein zweifelsfreier Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit und damit des therapeutischen Nutzens nicht in jedem Fall vorliegt. Als Begründung wird unter anderem angeführt, daß es im Rahmen des Zulassungsverfahrens auch zulässig ist, anstelle der geforderten Ergebnisse der analytischen Prüfung, der pharmakologisch-toxikologischen Prüfung und der klinischen Prüfung »anderes wissenschaftliches Erkenntnismaterial« vorzulegen. Diese Beweiserleichterung gilt insbesondere für Arzneimittel, die als eine »neue Kombination bekannter Bestandteile« mit zu den wesentlichen strategischen Feldern pharmazeutischer Produktdifferenzierung in der Bundesrepublik Deutschland gehören (WESTPHAL, 1982, S.333 ff.).

Daneben wird kritisch auf den Umstand hingewiesen, daß nach dem Arzneimittelgesetz die Zulassung nicht deshalb versagt werden darf, »weil therapeutische Ergebnisse nur in einer beschränkten Zahl von Fällen erzielt worden sind«. Das Arzneimittelgesetz selbst formuliert den Anspruch, daß die therapeutische Wirksamkeit fehlt, wenn feststeht, daß sich mit dem Arzneimittel keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen. Diese Problematik wird in der Literatur auch als Beweislastumkehrung dargestellt. Weist der Hersteller therapeutische Ergebnisse in einer beschränkten Zahl von Fällen nach, so kann die Zulassungsbehörde nach dieser Interpretation den Marktzutritt nur dann verweigern, wenn sie ihrerseits den Nachweis der therapeutischen Unwirksamkeit des Medikamentes führt.

Es wird daraus abgeleitet, daß der vom Bundesgesundheitsamt geforderte Nachweis, daß sich mit dem Arzneimittel überhaupt keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen, schon aus methodischen Überlegungen heraus nicht geführt werden kann. So ergibt sich die Schlußfolgerung, daß in Konsequenz der so vorgenommenen Umkehrung der Beweislast faktisch eine Wirksamkeitsprüfung der Arzneimittel, deren Zulassung beantragt wird, kaum vorgenommen werden kann (WESTPHAL, 1982, S.343 f.). Diese Feststellung hat bereits Eingang in die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes gefunden (VitOrgan-Beschluß d. BVerwG vom 2. Juli 1979 [BVerwGE 58, S. 167 ff.]).

Allerdings wird gegen die Verwendung naturwissenschaftlicher Experimente bei der Arzneimittelbeurteilung eingewandt, daß die Reichweite der Kausalität im Bereich der Medizin begrenzt ist. Zwar wird darauf hingewiesen, daß medizinisches Handeln, insbesondere die Pharmakotherapie, auch Kausalitäten voraussetzt, an die die jeweiligen therapeutischen Maßnahmen anzuknüpfen haben. Im Bereich der Medizin könne dies jedoch nur eine relative Kausaltherapie sein. Es lassen sich nach dieser Auffassung weder alle Faktoren, die eine Krankheit hervorrufen, diagnostizieren, noch werden mechanistische Kausalitätsmodelle, insbesondere auch in der Pharmakotherapie, den Besonderheiten des Menschen ganz gerecht (FRIEDRICH/HEHN/ROSENBROCK, 1977, S.169f.). Diese Art der individualistischen Betrachtungsweise ärztlichen Handelns konkretisiert sich in der Auffassung, daß nicht anonyme Sachverständigenkommissionen über den therapeutischen Wert und damit über die Wirtschaftlichkeit eines Präparates zu urteilen im Stande sind, sondern ausschließlich der verordnende Arzt. Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, daß es nicht möglich sei, mit zuweilen sehr großem chemischen und physikalischen Aufwand gemessene Funktions- bzw. Parameterveränderungen eines Arzneimittels ohne weiteres mit seiner therapeutischen Dimension bzw. Bedeutsamkeit zu korrelieren. Die therapeutische Beurteilung falle insoweit ausschließlich in die Therapiefreiheit des verordnenden Arztes und damit in das Rahmengerüst seiner unter praktischen Gesichtspunkten gemachten Erfahrungen (FIEBIG, 1973, S.3131).

2. 2. 1. 1. 2 Die Bindungswirkung der Zulassungsentscheidung für die GKV

Die Zulassungsentscheidungen des Bundesgesundheitsamtes haben - zumindest faktisch - unmittelbare Konsequenzen auf den Arzneimittelbereich in der kassenärztlichen Versorgung. Bis auf einige Ausnahmen, die in den Arzneimittel-Richtlinien dokumentiert oder aus der Bagatellarzneimittel-Regelung ableitbar sind, bedeutet die arzneimittelrechtliche Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt faktisch auch eine Zulassung zum kassenärztlichen Verordnungsmarkt.

Während das Kassenarztrecht die kassenärztliche Versorgung - hier mit Arzneimitteln - gewährleisten soll, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig, notwendig und ausreichend sowie wirtschaftlich ist und insofern eine therapeutisch möglichst restriktive und wirtschaftlich möglichst effiziente Verschreibung von Arzneimitteln im Rahmen der kassenärztlichen Krankenversorgung verlangt, ist es das ausdrücklich erklärte Ziel des Arzneimittelgesetzes 1978, im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln, insbesondere für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel nach Maßgabe der entsprechenden Vorschriften zu sorgen.

Aus diesen grundsätzlichen Zieldefinitionen wird unter anderem abgeleitet, daß das Kassenarztrecht gewissermaßen positiv auf die Gewährleistung einer dem Zweck der kassenärztlichen Versorgung optimal entsprechenden effektiven und effizienten Verschreibung von Arzneimit-

teln zielt, während sich das Arzneimittelgesetz gewissermaßen negativ abwehrend auf die Gewährleistung der Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln richtet (HARTMANN-BESCHE, 1984, S.508).

Das Arzneimittelgesetz einerseits, die kassenärztlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung andererseits dienen nach dieser Auffassung jeweils verschiedenen Zwecken und machen demgemäß die Zulassung von Arzneimitteln zum Verkehr und die Verschreibungsfähigkeit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von jeweils verschiedenen Voraussetzungen abhängig, mit der Folge, daß die Verschreibungsfähigkeit von Arzneimitteln zwar die arzneimittelrechtliche Zulassung zum Verkehr voraussetzt und diese unberührt läßt, jedoch über die bloße Zulassung des Arzneimittels im Verkehr hinaus an weitere Voraussetzungen zu knüpfen ist. Die arzneimittelrechtliche Marktzulassung ist damit zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Erfordernisse des Kassenarztrechts.

Gleichwohl wird von anderer Seite eine unmittelbare Bindungswirkung der Zulassungsentscheidung des Bundesgesundheitsamtes für die kassenärztliche Arzneimittelversorgung bejaht. Auch danach wird grundsätzlich davon ausgegangen, daß die therapeutische Wirksamkeit als Voraussetzung der Arzneimittelzulassung rechtliche Relevanz für die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise im Kassenarztrecht hat. Eine vertiefte Analyse der Wirksamkeitsprüfung des Zulassungsverfahrens ergibt nach Ansicht der Befürworter der Bindungswirkung allerdings, daß diese Prüfung für die Wirtschaftlichkeitsbeurteilungen auf der Ebene des Kassenarztrechts in allen ihren Einzelaspekten ohne weiteres übernommen und damit akzeptiert werden kann (SCHWERDTFEGER, 1983, S.88).

2. 2. 1. 1. 3 »Altpräparate« und Nachzulassung

Wie bereits dargestellt wurde durch die AMG-Novelle am 1. Januar 1978 ein formelles Zulassungsverfahren für Arzneimittel einschließlich der Prüfung auf Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eingeführt. Da eine kurzfristige Überprüfung aller zu diesem Zeitpunkt bereits auf dem Markt befindlichen Präparate schon aus praktischen Gründen nicht möglich war, wurden gleichzeitig für diese sog. »Altpräparate« entsprechende Übergangsbestimmungen verabschiedet. Nach Artikel 3 § 7 AMG 1978 galten und gelten zunächst noch ca. 140.000 Humanarzneimittel als zugelassen. Da diese Zulassung jedoch lediglich fiktiver Natur ist, wurde gleichzeitig für diese Arzneimittel die Verpflichtung verankert, spätestens bis zum Jahre 1990 nach den gültigen gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Unbedenklichkeit überprüft worden zu sein. Die insgesamt 12jährige Übergangszeit wurde in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Verfahren der Aufbereitung aus-gefüllt.

Die Aufbereitung des »Altmarktes« nach dem Arzneimittelgesetz bedeutet, daß fachlich qualifiziert besetzte Kommissionen die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Arzneimittel nach Gruppen zusammenstellen und bewerten. Die auf dieser Grundlage vom Bundesgesundheitsamt veröffentlichten Aufbereitungsergebnisse sind

anschließend insoweit für die Entscheidung des Bundesgesundheitsamtes in der Zulassung wie auch in der Verlängerung der Zulassung der Altpräparate von Relevanz. Die Verlängerung der Zulassung der Altpräparate wird auch als Nachzulassungs-Verfahren bezeichnet. Die Ergebnisse der Aufbereitungsarbeiten werden in sogenannten Monographien zusammengefaßt.

Intention des Arzneimittelgesetzes war und ist es somit, an die Altpräparate die gleichen Anforderungen, insbesondere hinsichtlich Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität, zu stellen wie an neue Substanzen bzw. Arzneimittel.

Die Verlängerung der fiktiven Zulassung muß für alle Fertigarzneimittel, auch solche, für deren Wirkstoffe keine Aufbereitungsmonographien vorliegen, bis zum 31.12.1989 beantragt sein. Dabei ist die Beantragung der Verlängerung der Zulassung zunächst unabhängig von dem Stand der Aufbereitungsarbeiten. Dies ist insofern von Bedeutung, als es trotz intensiver Arbeiten in den berufenen Kommissionen bisher nur für einen begrenzten Teil des gesamten »Altmarktes« gelungen ist, die Aufbereitung durchzuführen und entsprechende Monographien vorzulegen. Für eine Vielzahl von Arzneimitteln, insbesondere auch Kombinationsarzneimitteln, konnte bis heute noch keine Beurteilungsgrundlage für die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im Rahmen der Nachzulassung erarbeitet werden. Es ist absehbar, daß die Erarbeitung der Aufbereitungsmonographien auch über das Datum des 31.12.1989 hinaus erfolgen muß. Der Übergang zur Nachzulassung kann insoweit nur parallel mit dem jeweiligen Stand der Aufbereitungsarbeiten einhergehen.

Der ursprünglich für Ende 1989/Anfang 1990 geplante Abschluß der Aufbereitungsarbeiten und die gewünschte Gewähr für alle Arzneimittel, nach den Erfordernissen des Arzneimittelgesetzes überprüft worden zu sein, ist auf eine bisher noch unbestimmte Zeit verschoben worden (HOLZ-SLOMCZYK, 1988, S.19-42).

Der größte Teil des auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt angebotenen Arzneimittelsortiments wird daher auch nach diesem Stichtag zunächst ohne weitere Einschränkung vermarktet werden können, was infolge der faktischen Bindungswirkung der Arzneimittelgesetzgebung für die kassenärztliche Arzneimittelversorgung auch unmittelbare Konsequenzen für die gesetzliche Krankenversicherung nach sich zieht.

2. 2. 1. 2 Rahmenbedingungen für Innovationen

Nicht nur die derzeit schleppende Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes, sondern die Zulassungsbedingungen insgesamt führen insbesondere nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie zu einem für die forschenden, innovativen Unternehmen ungünstigen Investitionsklima. Es wird darauf hingewiesen, daß auf die eigentliche Forschung, nämlich die Gewinnung von potentiellen neuen Arzneistoffen, lediglich knapp ein Drittel der gesamten Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen entfällt (BPI, 1988, S.53). Über die Hälfte der Kosten beansprucht nach Angaben des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie die Entwicklung eines Arzneistoffes

zum Arzneimittel einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Nachweise von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit (BPI, 1988, S.53). Dabei wird der Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes insofern eine bedeutende Rolle beigemessen, als die wissenschaftlichen Auflagen, die an die Zulassung eines Arzneimittels geknüpft werden, in der Vergangenheit kontinuierlich erhöht und nach dieser Auffassung zum Teil sogar überzogen worden sind. Es wird geschlußfolgert, daß diese Entwicklung allein durch vermehrte wissenschaftliche Erkenntnisse nicht begründet werden kann. Vielmehr sei sie Ausdruck eines weit überzogenen Sicherheits- und Perfektionierungsdenkens der Behörden, hier des Bundesgesundheitsamtes.

Als ein besonders gravierendes Beispiel für die Formulierung derartiger Ansprüche wird dabei auch auf die Verhältnisse in den USA, hier insbesondere auf die Zulassungspraxis der FDA, hingewiesen. Nach entsprechenden Aussagen sind die Auflagen für den Nachweis der Sicherheit eines neuen Medikamentes dort derart exzessiv gesteigert worden, daß vielfach von einer behördlichen Be- bzw. Verhinderung des Arzneimittelfortschritts gesprochen wird. Die derzeitigen Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland steuern, insbesondere nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie, in eine vergleichbare Entwicklung. Als Konsequenz einer derartigen Entwicklung wird die Gefahr gesehen, daß die zunehmenden reglementierenden Einflüsse die Zahl der Innovationen negativ beeinflussen kann.

2. 2. 2 Intransparenz des Marktes

2. 2. 2. 1 Pharmakologisch-therapeutische und preisliche Intransparenz

Die bereits oben dargestellte Vielfalt des Angebotes auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt führt in ihrer Konsequenz zu einer suboptimalen Transparenz über die auf dem Markt befindlichen Arzneimittel. Dies ist insoweit von besonderer Bedeutung, als die pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz des Arzneimittelmarktes zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung gehört.

Allein die Existenz von ca. 140.000 beim Bundesgesundheitsamt zugelassenen bzw. registrierten Arzneimitteln macht es für den verordnenden Arzt äußerst schwierig, sich einen ausreichenden Überblick zu verschaffen. Daneben ist zu berücksichtigen, daß nicht nur das bloße Wissen um die Existenz des vorhandenen Produktangebotes auf vielfältige Schwierigkeiten stößt, sondern darüber hinaus auch der qualitative und preisliche Vergleich des Angebotes, der letztlich eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente Arzneimittelversorgung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung darstellt.

Die Dimensionen der unzureichenden Transparenz wirken also nicht nur auf Parameter wie Produktname, Packungsgröße, Darreichungsform, Stärke etc., sondern beziehen auch qualitative Aspekte wie insbesondere die the-

rapeutische Wirksamkeit, unterschiedliche Bioverfügbarkeiten und letztlich auch preisliche Parameter ein.

Nur derjenige Arzt, der über einen vollständigen Überblick verfügt und unter diesen Konstellationen eine qualitative Entscheidung nach einem bewertenden Vergleich des Angebotes trifft, ist in der Lage, die für die kassenärztliche Versorgung geforderte effektive und effiziente Arzneimitteltherapie konsequent durchzuführen.

Durch die fehlende Transparenz müssen also zwangsläufig bedeutende Wirtschaftlichkeitspotentiale ungenutzt bleiben.

2. 2. 2. 2 *Pharmakologische Ausbildung der Ärzte*

Insbesondere in bezug auf die qualitativen und ökonomischen Dimensionen und Folgen der Arzneitherapie wird im allgemeinen die ärztliche Ausbildung im Bereich der Pharmakologie als verbesserungsbedürftig angesehen. Zwar wurde im Rahmen der Approbationsordnung für Ärzte im Jahre 1978 die Ausbildung im Bereich der Pharmakologie weiterentwickelt, gleichwohl wird dieser Zustand nach wie vor nicht als zufriedenstellend angesehen. Vor allem wird kritisiert, daß - neben der nach wie vor unzureichenden quantitativen Dimension im Gesamtgefüge des ärztlichen Studiums - die Pharmakotherapie stärker unter Hinweis auf mögliche und auch praxisrelevante Behandlungsalternativen in den jeweiligen klinischen Disziplinen dargestellt werden müßte.

Müssen bereits die institutionellen Voraussetzungen im Bereich der pharmakologischen Ausbildung der Ärzte als unzureichend gelten, bereitet der kontinuierliche Wissensfortschritt in der Pharmakotherapie zusätzliche Probleme und verlangt nach entsprechenden Lösungsmöglichkeiten. Daher ist die Weiter- bzw. Fortbildung der Ärzte im Bereich der Pharmakotherapie durch neutrale Institutionen unerlässlich.

Diese Aufgabe kommt heute den Kassenärztlichen Vereinigungen zu. In diesem Zusammenhang besteht allerdings der wesentliche Mangel darin, daß die gegenwärtig für die ärztliche Verordnungstätigkeit praxisnah aufbereiteten Informationen nahezu ausschließlich vom Arzneimittelhersteller selbst stammen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß - so nützlich das finanziell aufwendige Engagement der Pharmaindustrie im Bereich der Fortbildung auch ist - die massive Einflußnahme der Pharmaindustrie auf ärztliches Ordnungsverhalten über diesen Weg kritisch beleuchtet werden muß (SVR KA: JAHRESGUTACHTEN 1987, S.94).

2. 2. 2. 3 *Rolle der Transparenzmedien*

Durch zahlreiche Transparenzlisten, die das Arzneimittelangebot sowohl in qualitativer als auch in preislicher Hinsicht aufbereiten, soll dem Arzt Hilfestellung für eine möglichst effiziente bzw. wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gegeben werden. Sie könnten - angesichts der o. g. Voraussetzungen - im Markt bisher allenfalls indirekte Wirkungen auslösen. Eine wesentliche Aufgabe kommt hier der beim Bundesgesundheitsamt angesiedelten

Transparenzkommission zu. Sie hat die Aufgabe, eine pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz für Fertigarzneimittel herbeizuführen. Die Transparenzkommission soll Übersichten über alle wesentlichen apothekenpflichtigen Arzneimittel aufstellen. Dadurch soll eine zweckmäßige und kostenbewußte Therapieentscheidung erleichtert werden. Die Transparenzlisten sollen Arzneimittel nach Indikationen geordnet auflisten und insbesondere die wirksamen Bestandteile der Arzneimittel, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen, die Packungspreise sowie ihre Preise bezogen auf die therapeutische Dosierung ausweisen.

Bisher hat die Transparenzkommission zahlreiche Transparenzlisten veröffentlicht, die jedoch im Markt schon allein deshalb keine Wirkungen entfalten konnten, weil sie nicht bis zum verordnenden Arzt gelangt sind. Dies heißt konkret, daß eine Verteilung dieser Listen an die verordnenden Ärzte bislang nicht vorgenommen wurde. Sie wurden lediglich im Bundesanzeiger veröffentlicht.

2. 2. 3 *Rolle des Arzneimittels im Arzt-Patienten-Verhältnis*

Die große Bedeutung der Arzneimittel bei der Krankheitsbewältigung ist unumstritten. Nicht zuletzt die unbestreitbaren Erfolge der Arzneitherapie, etwa bei den Infektionskrankheiten und in anderen Gebieten der Medizin, haben - verbunden mit den Erfolgen der modernen Chirurgie - den heutigen medizinischen, naturwissenschaftlich orientierten Krankheitsbegriff entscheidend mitgeprägt. Die Arzneitherapie entspricht dem naturwissenschaftlichen Paradigma insofern besonders gut, als sie auch dort eine zielgerichtete Maßnahme nach der Vorstellung einer Ursache-Wirkung-Beziehung suggeriert, wo angesichts des zunehmenden Anteils mehr oder weniger unspezifischer psychosomatischer Syndrome in der allgemeinen Praxis (»vegetative Dystonie«) und nur symptomatisch therapierbarer chronisch-degenerativer Krankheitsformen die Grenzen der Therapiemöglichkeiten erreicht werden (WESTPHAL, 1985, S.274 ff.).

2. 2. 3. 1 *Das Arzneimittel als universell einsetzbares Therapeutikum*

Aus den geschilderten Zusammenhängen ergibt sich eine Doppelfunktion des Arzneimittels. Zum einen weist eine rationale Arzneimitteltherapie gegenüber anderen Therapieformen erhebliche Vorteile auf. Arzneimittel sind (nahezu) ohne Einschränkung verfügbar; sie sind im Vergleich zu anderen Therapieformen (vor allem stationäre Behandlung) erheblich preisgünstiger.

Zum anderen erweist sich das Arzneimittel als »universell einsetzbares Therapeutikum«, das in der Arzt-Patienten-Beziehung in mehrfacher Hinsicht den Ausweg aus einem strukturell bedingten Dilemma bietet. Dabei hat der Arzt ein erhebliches Eigeninteresse, auch in solchen Fällen mit Arzneimitteln zu therapieren, in denen die unspezifischen Krankheitsbilder im Grunde keine spezifische medikamentöse Therapie erlauben. Mit dem Griff zum Rezeptblock vermittelt der Arzt dem Patienten in jedem Fall den

Eindruck, er habe eine klare Diagnose gestellt und leitedementsprechend eine gezielte Maßnahme als Therapie ein. Insofern ist das Arzneimittel zu einer wichtigen Determinante des professionellen ärztlichen Handelns geworden. Darüber hinaus schafft das Arzneimittel als Therapiemöglichkeit eine Maximierung des Praxisdurchlaufs, weil seine Verordnung für Arzt und Patient gleichermaßen den akzeptierten Abschluß der Konsultation darstellt.

2. 2. 3. 2 Arzneimittelgläubigkeit bei Arzt und Patient

Dem Arzneimittel kommt im Rahmen der heutigen Arzt-Patienten-Beziehung eine zentrale Bedeutung als Materialisation der ärztlichen Therapie zu. Auf seiten der Patienten ist zwar in den vergangenen zwei Jahrzehnten durch eine Reihe sogenannter Arzneimittel-Skandale die Sensibilität gegenüber der Arzneimitteltherapie gestiegen, insgesamt trifft aber die Arzneimittelverschreibung als wichtigste therapeutische Maßnahme bei den meisten Patienten nach wie vor auf hohe Akzeptanz. Die allgemeine Arzneimittelgläubigkeit auf seiten der Patienten wird von den Ärzten zweifellos auch im Rahmen von Placebo- bzw. Pseudoplacebo-Therapien ausgenutzt. Dieser insbesondere auf unspezifische Krankheitsbilder zugeschnittenen Form der Arzneitherapie kommen viele Arzneimittelhersteller durch eine ausgedehnte »Indikationslyrik« für ihre Produkte entgegen. So wird in der »Roten Liste« beispielsweise das Arzneimittel Miroton seit gut einem Jahrzehnt mit folgender Indikationsbeschreibung aufgeführt: »Latente und chronische Herzleistungsschwäche, Altersherz, postinfektiöse und postgrippale Herz- und Kreislauf labilität; vegetativ-funktionelle Herzbeschwerden; Kreislaufregulationsstörungen, Wetterfühligkeit, zerebrale Durchblutungsstörungen; Orthostasesyndrom bei hypotonen Jugendlichen; Präventivbehandlung bei infarktgefährdeten Patienten.« (BPI [Hrsg.] ROTE LISTE 1988) Dieses Arzneimittel wurde im Jahre 1987 immerhin 1,3 Millionen Mal verordnet (SCHOLZ, 1988, S.225).

Vielfach besteht bei den Ärzten selbst zwar eine gewisse Skepsis beim Einsatz therapeutisch umstrittener Arzneimittel, allerdings geschieht der Einsatz häufig in der Vorstellung, daß die betreffenden Arzneimittel sicher nicht schaden, möglicherweise aber doch helfen können. Hinzu kommt auch auf seiten der Ärzte offenbar ein hohes Maß an Arzneimittelgläubigkeit. Dies äußert sich vor allem in der Verschreibung einer irrationalen Vielfalt von Arzneimitteln und einer hohen Fluktuation in Hinsicht auf neu eingeführte Arzneimittel. Aus Analysen des Dortmunder Modellversuchs ist bekannt geworden, daß die Allgemeinmediziner und Internisten im Durchschnitt zwischen 570 und 580 verschiedene Fertigarzneimittel aus insgesamt 58 unterschiedlichen Indikationsgruppen pro Quartal verordnen. Die Spitzenwerte lagen bei 1.116 Produkten je Arzt und Quartal (FRIEBEL, 1987, S.20). Auch aus früheren Untersuchungen ist bekannt, daß Ärzte in einzelnen Anwendungsgebieten vielfach über 30, teilweise sogar über 50 verschiedene Arzneimittel »in der Feder« haben (z. B. bei Schmerzmitteln und Antibiotika) (WESTPHAL, 1985, S.271). Berücksichtigt man zudem die häufig

diffuse und verschiedenartige Zusammensetzung der verordneten Arzneimittel, so sind die Möglichkeiten, im Rahmen einer allgemeinärztlichen oder internistischen Praxis ausreichende und nachvollziehbare Erkenntnisse zu sammeln, praktisch nicht vorhanden.

2. 2. 3. 3 Behandlungsbedürftigkeit und Arzneimittelbedürftigkeit

Aus den beschriebenen Zusammenhängen ergibt sich zwangsläufig, daß im Rahmen der gegenwärtigen kassenärztlichen Versorgung Behandlungsbedürftigkeit fast immer mit Arzneimittelbedürftigkeit gleichgesetzt wird. Bei rund 280 Millionen ambulanten Behandlungsfällen im Jahre 1985 (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, Übersicht B3) entfielen auf jeden Behandlungsfall im Durchschnitt 2,3 Arzneimittelverordnungen.

2. 2. 4 Unzureichende Steuerungselemente und Aktionsparameter

Wesentliche Gründe für die Ineffizienz und die z. T. mangelnde Rationalität der Arzneitherapie liegen in den unzureichenden Steuerungselementen des Marktes und den fehlenden Aktionsparametern auf der Nachfrageseite. Insgesamt ist der Markt gekennzeichnet durch einen unzureichenden Preiswettbewerb, durch die weitgehende Dominanz der marktstrategischen Parameter der Arzneimittelhersteller sowie durch mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten auf der Nachfrageseite.

2. 2. 4. 1 Die Rolle des Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt

Aufgrund der besonderen Struktur der Arzneimittelnachfrage im Rahmen der GKV muß die pharmazeutische Industrie mit nur wenig Preiswiderstand rechnen. Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient, mangelnde Einflußmöglichkeiten auf der Seite der gesetzlichen Krankenversicherung und Gleichgerichtetheit der Interessen bezüglich der Preisgestaltung auf seiten der Apothekerschaft haben die Rolle der Preise als Wettbewerbsparameter stark in den Hintergrund gedrängt. Die mangelhafte Transparenz des Marktes und die Heterogenität der Produktpalette haben darüber hinaus zumindest bei den Patienten, möglicherweise auch bei den Ärzten, mangels anderer Qualitätsmaßstäbe zu einer positiven Signalwirkung der Preise geführt.

Erst seit wenigen Jahren hat sich im Zusammenhang mit der Kostendämpfungsdiskussion im Gesundheitswesen sowie strukturellen Veränderungen des Arzneimittelmarktes (Patentauslauf für marktrelevante Arzneistoffe) zumindest bei den Multiquellenpräparaten eine ernstzunehmende preisliche Konkurrenz für die Originalprodukte etablieren können. Insgesamt hat jedoch auch dadurch die Rolle der Preise als Wettbewerbsparameter keine vorrangige Bedeutung erhalten. Dies zeigt sich auch daran, daß die Preise für die Originalprodukte nur in seltenen Fällen gesenkt wurden.

2. 2. 4. 2 Die Dominanz der Herstellerinformationen

Vor dem Hintergrund des nur nachrangigen Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt sind andere Wettbewerbsparameter zu typischen Charakteristika des Arzneimittelmarktes geworden. Dominante marktstrategische Bedeutung auf der Herstellerseite hat die Informationspolitik gewonnen.

2. 2. 4. 2. 1 Vertriebs- und Marketing-Politik

Aus der BPI-Mitgliederbefragung von 1986 geht hervor, daß den Arzneimittelherstellern gegenwärtig 27,1 % ihrer Kosten durch Werbung, Vertrieb und »Wissenschaftliche Information« entstehen (BPI, 1987/88, S.91). Das bedeutet, daß die pharmazeutische Industrie gegenwärtig rund fünf Milliarden DM jährlich in ihre Absatz- und Marketing-Politik investiert.

Zentrale Bedeutung kommt dabei dem Pharma-Außen dienst mit 10.000 (Schätzung des BPI) bis 16.000 (Schätzung des AOK-Bundesverbandes) Ärzteberatern zu. Empirische Untersuchungen belegen, daß die Ärzteberater der Herstellerfirmen für viele Ärzte die vorrangige Informationsquelle über Arzneimittel darstellen (WEST-PHAL, 1982, S.94 ff.).

Ein weiteres wichtiges absatzstrategisches Instrument stellen die Arzneimittelmuster dar, die bis zur Neuregelung der Musterabgabe im Februar 1987 im Gegenwert von schätzungsweise 2 Milliarden DM an die niedergelassenen Ärzte verteilt wurden (AOK-BUNDESVERBAND, 1984, S.68 ff.). Von den Ärzten können diese Arzneimittelmuster gezielt zur Senkung der in der Arzneikostenstatistik ausgewiesenen Arzneiverordnungen genutzt werden. Ihre absatzstrategische Bedeutung erhalten die Muster einerseits aus der direkten Beeinflussung der Ärzte, der weitergehenden Einstellung von Patienten auf bestimmte Medikamente sowie als Instrument zur Transportierung der Herstellerinformationen an die Ärzte (»Türöffnerfunktion«).

Eine weitere Milliarde DM setzt die pharmazeutische Industrie jährlich für die »Erinnerungswerbung« durch Anzeigen ein. Die Anzeigenwerbung verteilt sich etwa zur Hälfte auf die Werbung für Laien (ausschließlich für nicht-verschreibungspflichtige Präparate) und zur anderen Hälfte auf die Werbung für Fachkreise in den ärztlichen Fach- und Standeszeitschriften (AOK-BUNDESVERBAND, 1985, S.V).

Dem massiven Einsatz absatzstrategischer Instrumente auf seiten der pharmazeutischen Hersteller stehen auf der Nachfrageseite keine entsprechenden Einflußmöglichkeiten gegenüber. Versuche, über individuelle Arzneimittelinformationen an die Ärzte durch Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen Informationsdefizite zu beseitigen, zeigen zwar, daß eine zielgerichtete Beratung der Ärzte erfolgreich ist. Da der Einsatz derartiger Beratungsgespräche gegenwärtig aber lediglich in Modellversuchen oder oft nur als einmalige Aktion erfolgt, bleibt die Wirkung zumeist kurzfristig erhalten und wird durch das etablierte Informationssystem der Arzneimittelhersteller rasch kompensiert.

2. 2. 4. 2. 2 Die Rolle der Krankenhausmedikation

Die absatzstrategische Bedeutung der Krankenhausmedikation für den ambulanten Sektor ist weiter oben bereits angedeutet worden. Durch den gezielten Einsatz von Ärzteberatern auch im Krankenhaus, durch selektive Rabattpolitik gegenüber den Krankenhäusern sowie durch vielfältige Kooperationen im Bereich der klinischen Arzneimittelforschung wird die Krankenhausmedikation durch die Arzneimittelhersteller beeinflusst.

Aus regionalen Studien ist bekannt, daß die ausführlichen Arztbriefe, mit denen der weiterbehandelnde Arzt über die stationäre Behandlung informiert werden soll, in der Regel erst nach einigen Wochen bei dem weiterbehandelnden Arzt eintreffen. Die dem Patienten unmittelbar für die Weiterbehandlung mitgegebenen Kurzbriefe enthalten zumeist nur die für die Weiterbehandlung unmittelbar wichtigen Hinweise, insbesondere zur Fortführung der Arzneitherapie (BAYER/REICHEL/VIEFHUES, 1984, S.159 f.). Vermittelt über die Kurzbriefe wird insofern die weiterführende Medikation einzelner Patienten determiniert. Darüber hinaus kann den Krankenhausärzten in gewissen Grenzen auch eine - zumindest regionale - Meinungsbildnerrolle zukommen.

2. 2. 4. 3 Mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten auf der Nachfrageseite

2. 2. 4. 3. 1 Fehlende ökonomische Anreize bei Arzt und Patient

Aufgrund der Besonderheiten der Beziehungen zwischen den Leistungsanbietern und den gesetzlichen Krankenkassen im Bereich des Arzneimittelmarktes ist die Nachfrageseite weitgehend ausdifferenziert. Der Patient als Endverbraucher (»Konsument«) der Arzneimittel hat keinerlei Interesse an niedrigen Preisen der ihm verordneten Arzneimittel. Eher noch identifiziert er mangels anderer Bewertungsmaßstäbe hohe Preise der ihm verordneten Arzneimittel mit hoher Qualität.

Aber auch beim verordnenden Arzt ergeben sich nur sehr vermittelt ökonomische Anreize für eine preisbewußte Arzneitherapie. Mit Konsequenzen für sein persönliches Einkommen muß der Arzt erst dann rechnen, wenn er in ein Regreßverfahren gerät. Auch wenn gesichertes empirisches Material derzeit fehlt, kann davon ausgegangen werden, daß die realisierten Arzneimittelregresse gegen Ärzte sich im Promillebereich der Arzneimittelausgaben bewegen und praktisch keine Bedeutung haben. Ihre Bedeutung erwächst möglicherweise indirekt daraus, daß gerade den meisten Ärzten diese Tatsache unbekannt ist und die »Regreßangst« zumindest in geringem Ausmaß die fehlenden ökonomischen Anreize ersetzen kann.

Insgesamt ist die Situation aber durch die Tatsache charakterisiert, daß bei denjenigen, die über Art und Ausmaß der Arzneitherapie entscheiden (Ärzte und - in Einzelfällen - Patienten), ökonomische Anreize weitgehend fehlen, während die gesetzliche Krankenversicherung, über die der Arzneimittelkonsum letztlich finanziert wird, praktisch keinen Einfluß auf die Arzneitherapie hat.

2. 2. 4. 3. 2 Geringe Preiselastizität der Nachfrage

Insofern Arzneimittel nicht beliebig gegeneinander substituierbar sind, ergibt sich bereits theoretisch eine geringe Preiselastizität der Nachfrage. Diese Tatsache wird noch weiter verstärkt durch Probleme der Patienten-Compliance und unzureichender Informationen bezüglich der Bioverfügbarkeit bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln, was in Einzelfällen auch dort eine Substitution von Arzneimitteln verhindert, wo sie objektiv ohne Nachteile für die Patienten durchgeführt werden könnte. Aus diesem Grunde sind die Arzneimittelhersteller - sieht man von kartellrechtlichen Bestimmungen ab - relativ frei in der Gestaltung ihrer Preise. Auch der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland fehlt - im Gegensatz zu den meisten europäischen Nachbarländern - jede Möglichkeit der Preisverhandlung mit der pharmazeutischen Industrie, der Preisfestsetzung für bestimmte Arzneimittel(-gruppen) oder der Preiskontrolle über (preisorientierte) Positiv- oder Negativlisten. Insofern wird die mangelnde Preiselastizität der Nachfrage auch nicht durch administrative Steuerungselemente kompensiert.

2. 2. 4. 3. 3 Unzureichende Einflußmöglichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

2. 2. 4. 3. 3. 1 Fehlende Einflußnahme auf die Arzneimittelauswahl

Wie bereits oben dargestellt, kommt der gesetzlichen Krankenversicherung unter den gegebenen Strukturen der Arzneimittelversorgung derzeit allenfalls eine Ex-post-Kontrollfunktion zu. Die zentrale Entscheidung, welches Arzneimittel auf dem Markt angeboten wird, trifft der Arzneimittelhersteller. Die Entscheidung, welches Arzneimittel gekauft wird, trifft der Arzt.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat in diesem Kontext keine direkte Möglichkeit, auf die Qualität, Preise und letztlich auf die Auswahl der Arzneimittel Einfluß zu nehmen.

Insbesondere von seiten der gesetzlichen Krankenversicherung ist darauf hingewiesen worden, daß unter diesen Bedingungen ein Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage auf dem deutschen Arzneimittelmarkt nicht zustande kommen kann. Die geringen Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung sind nach dieser Auffassung mit der wirtschafts- und sozialpolitischen Verantwortung für einen 19-Milliarden-DM-Haushalt nicht vereinbar. Entsprechend wird gefordert, die Marktposition der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Demgegenüber wird von anderer Seite, insbesondere von seiten der pharmazeutischen Industrie, darauf hingewiesen, daß eine Stärkung der Marktposition der gesetzlichen Krankenversicherung unweigerlich zu einem Nachfrage-monopol führen müsse.

2. 2. 4. 3. 3. 2 Arzneimittel-Richtlinien/Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Arzneimittel-Richtlinien stellen ein relativ abstraktes Richtlinienwerk dar, mit dem zwar ein erster Schritt in

Richtung auf eine Operationalisierung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsprinzips angestrebt wird, enthalten jedoch - bis auf wenige Ausnahmen - ebenfalls nur relativ allgemeine Grundsätze für die kassenärztliche Verordnungsweise.

Ein wesentlicher Baustein im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien ist die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erstellte Preisvergleichsliste. Obwohl hier erste qualitative Einordnungen von Arzneimitteln in den jeweiligen Indikationsgebieten vorgenommen werden, ist mit dieser Einteilung der Arzneimittel eine Einschränkung der Therapiefreiheit nicht verbunden. Die Preisvergleichsliste hat weder Positiv- noch Negativlistencharakter. Alle in der Liste aufgeführten Arzneimittel sind in der kassenärztlichen Versorgung grundsätzlich ordnungsfähig.

So bestimmt die Preisvergleichsliste selbst, daß der Preisvergleich die individuelle Auswahl und Dosierung der Arzneimittel durch den verordnenden Arzt nach Maßgabe von Preis und therapeutischer Wirksamkeit, pharmazeutischer Qualität sowie - wo relevant - unterschiedlicher Bioverfügbarkeit nicht ersetzen kann. Der Arzt soll daher im Rahmen seiner eigenen Beobachtungen und des ihm zugänglichen Wissens zu einem eigenen Qualitätsurteil kommen. Er ist von daher auch frei in der Auswahl der in der Liste zusammengestellten Arzneimittel.

Zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen wurde bereits oben darauf hingewiesen, daß die Basis derartiger Prüfungen der Vergleich des Verordnungsvolumens des jeweiligen Arztes mit dem durchschnittlichen Verordnungsvolumen seiner Fachgruppe ist. Damit wird die Verordnungsweise des Durchschnitts aller Ärzte zum Maßstab erhoben und erhält somit zu Unrecht den Maßstab eines Standards, an dem die Frage der Wirtschaftlichkeit zu klären ist.

Der einzige, allerdings indirekte Durchgriff auf die Verordnungsweise für die gesetzliche Krankenversicherung ist der sogenannte Arzneimittelregreß. Es besteht jedoch zum Teil die Auffassung, daß dieser Regreß niemals eine Größenordnung erreichen kann, wie sie für Verhaltensänderungen aller Beteiligten offenbar erforderlich ist.

Weiter ist zu berücksichtigen, daß im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch andere therapeutische Maßnahmen, beispielsweise die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die Anzahl der Krankenhauseinweisungen oder die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mit in den Blick genommen werden. Daneben werden die eventuellen Praxis-Besonderheiten, beispielsweise die Struktur des zu behandelnden Klientels, berücksichtigt. Die Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts ist somit tendenziell in anderen Feldern kompensationsfähig.

Im übrigen spielt das einzelne Arzneimittel in seiner qualitativen Ausprägung eher eine untergeordnete Rolle im bisher praktizierten Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Schwerpunkte liegen eindeutig auf den Parametern Preis und Menge. Der Qualitätsaspekt der Arzneimitteltherapie wird ggf. lediglich als flankierendes Argument angeführt. Es bleibt festzuhalten, daß unter diesen Konstellationen Wirtschaftlichkeitsreserven bezüglich

der qualitativen Dimension der ärztlichen Verordnungsweise tendenziell unberücksichtigt bleiben.

2. 2. 4. 3. 3. 3 Wettbewerb zwischen den Krankenkassen

Der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung hat im Laufe der letzten Jahre erheblich an Bedeutung gewonnen. Letztlich geht es dabei darum, in Anwendung unterschiedlicher Aktions- bzw. Wettbewerbsparameter die allein schon aus unternehmenspolitischen Gründen bedingte Sicherung des Mitgliederbestandes mindestens zu gewährleisten, nach Möglichkeit noch auszuweiten.

Der Wettbewerb unter den verschiedenen Krankenkassenträgern hat dabei auch unmittelbare Konsequenzen auf die gesundheitspolitische Steuerung des Geschehens auf dem Arzneimittelmarkt. In der Konsequenz führt dies unter anderem dazu, daß - im Extremfall - die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, die aus dem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen sind, nicht in Zweifel gezogen wird. Auch werden die Kosten von therapeutisch umstrittenen Arzneimitteln in der Regel von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, weil der Wettbewerb um die Mitglieder oftmals im Vordergrund steht. Nur so wird beispielsweise erklärbar, daß sich unter den 2.000 meistverordneten Arzneimitteln auch solche befinden, die nach den Bestimmungen der Arzneimittel-Richtlinien prinzipiell aus der Erstattungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (FRICKE, S.196; 202).

Der Wettbewerb unter den Krankenkassen trägt unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen im übrigen mit dazu bei, daß sich zweifelhafte Methoden bzw. zweifelhafte Medikamente im Markt etablieren können. Es kann daher auch nicht ausgeschlossen werden, daß die Wettbewerbssituation unter den gesetzlichen Krankenkassen Bestandteil der Strategieplanung solcher Unternehmen ist, die diese Arzneimittel anbieten.

3. Zielvorstellungen

3. 1 Bedarfsgerechte Versorgung

Die Zielsetzung einer bedarfsgerechten Versorgung leitet sich aus § 368 RVO ab, wonach das Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung zu stellen. Eine wesentliche Ergänzung findet diese Zielformulierung in der Reichsversicherungsordnung durch § 368 p (Richtlinien des Bundesausschusses), nach der die Versorgung (einschließlich der Arzneimittelversorgung) »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« erfolgen soll.

Die in den grundlegenden gesetzlichen Regelungen postulierte Bedarfsgerechtigkeit, die sich im übrigen auch in anderen für das Gesundheitswesen relevanten gesetzlichen Bestimmungen wiederfindet (z. B. Krankenhausfi-

nanzierungsgesetz), stellt zwangsläufig eine zunächst leerformelhafte Umschreibung einer in dieser Allgemeinheit durchgängig akzeptierten und plausiblen Forderung dar. Zentrales Problem bleibt dabei, was als »bedarfsgerecht« angesehen werden kann. Insofern es einen operationalisierbaren »objektiven Bedarf« nicht gibt, bleibt die Konkretisierung der Bedarfsgerechtigkeit dem politischen Bargaining unter Einbeziehung der Rechtsprechung überlassen. Der »Bedarf« ist demnach das, was nach herrschender Auffassung als Bedarf akzeptiert wird.

Unabhängig von den erheblichen Beurteilungsspielräumen bei der Feststellung einer Bedarfsgerechtigkeit lassen sich für die Arzneimittelversorgung dennoch einige Eckpunkte definieren, an denen die bedarfsgerechte Versorgung unter- bzw. überschritten wird. Per definitionem ist die bedarfsgerechte Versorgung dort überschritten, wo die Arzneimitteltherapie ohne Effektivität erfolgt oder gar mit negativer Wirkung verbunden ist. Dies ist überall dort der Fall, wo die Arzneimitteltherapie nicht zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten beiträgt, dennoch aber mit Risiken für die behandelten Patienten und zum Teil mit toxischen Wirkungen verbunden ist. Daraus leitet sich umgekehrt ab, daß die Arzneimittelversorgung dort bedarfsgerecht sein muß, wo sie nicht nur effektiv, sondern im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten auch effizient erscheint. Als Gradmesser für die Bedarfsgerechtigkeit lassen sich im Einzelfall also Effektivität und Effizienz der Arzneitherapie heranziehen.

Aus diesen Gründen läßt sich jenseits der Probleme einer Begriffsdefinition sehr pragmatisch aus der beschriebenen Mängelanalyse heraus die Forderung nach einer Reduzierung des Arzneimittelkonsums und einer Erhöhung der pharmakologisch-therapeutischen und wirtschaftlichen Rationalität der Arzneitherapie ableiten.

3. 2 Qualitätssicherung

Die qualitative Dimension der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland wird einerseits davon bestimmt, welche Arzneimittel auf dem deutschen Markt von der pharmazeutischen Industrie angeboten werden, andererseits aber auch davon, ob unter Zugrundelegung dieses vorhandenen Angebotes die qualitativ optimalen Arzneimittel durch die ärztliche Verordnungsentscheidung zum Einsatz gelangen. Insofern muß einerseits gewährleistet sein, daß das Angebot an Arzneimitteln zunächst den allgemeinen Kriterien der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Sicherheit entspricht. In diesem Zusammenhang spielt unter den faktischen Bedingungen und Strukturen des Arzneimittelmarktes in der Bundesrepublik Deutschland die Tätigkeit des Bundesgesundheitsamtes eine besondere Rolle.

Daneben ist von Relevanz, daß die jeweils richtigen Arzneimittel zur richtigen Zeit in einer der jeweiligen Krankheit angepaßten Menge zur Verfügung gestellt werden. Für diesen Teil der Qualitätssicherung übernehmen die verordnenden Ärzte eine besondere Verantwortung.

3.3 Wirtschaftlich und therapeutisch rationale Arzneimitteltherapie

Die Forderung nach wirtschaftlich und therapeutisch rationaler Arzneitherapie ist implizit bereits in der Zielvorstellung einer bedarfsgerechten Versorgung enthalten. Aus der dargestellten Mängelanalyse heraus lassen sich die Forderungen nach einer Verbesserung der

- Nutzen/Risiko-Relation
- und der Kosten/Nutzen-Relation

ableiten. Dabei ist für den Arzneimittelbereich von zentraler Bedeutung, daß hierin nur in seltenen Fällen ein Zielkonflikt zu sehen ist. So läßt sich etwa zeigen, daß in vielen Indikationsgebieten eine im Vergleich zur gegenwärtigen Situation risikoärmere und therapeutisch rationale Arzneitherapie ohne Kostenerhöhung, z.T. sogar unter Kostensenkung, zu realisieren ist. Als »klassisches« Beispiel kann hier die Therapie mit Schmerz- und Rheumamitteln gelten. Eine Ersetzung der heute noch massenhaft eingesetzten, unzweckmäßig zusammengesetzten und z. T. sehr teuren Kombinationsarzneimittel durch sicher wirksame »einfache« Analgetika und Monopräparate in der Rheumatherapie würde die Arzneimitteltherapie hier nicht nur sicherer, sondern zugleich auch kostengünstiger gestalten.

3.4 Medizinischer Fortschritt

Unzweifelhaft ist das Arzneimittel heute ein unverzichtbarer Bestandteil im Rahmen der Behandlung von Krankheiten. Fortschritte in der Behandlung von Krankheiten werden daher auch, z. T. sogar dominant, von Weiterentwicklungen in der Arzneimittelforschung bestimmt. So konnte beispielsweise die Morbidität bei Erkrankungen wie Cholera, Typhus usw. gesenkt werden. Da aber nach wie vor viele andere Krankheiten auch mit Arzneimitteln keiner kausalen Behandlung zugeführt werden können, ist die Suche nach neuen, erfolgversprechenden Arzneimitteln ein unverzichtbarer Anspruch des von der Gesellschaft erwarteten medizinischen Fortschritts. Dabei besteht Einsicht darüber, daß allein Innovationen die Grundlage von Fortschritten in der Gesundheitsversorgung sein können. Daher liegt der gesellschaftliche Auftrag an die forschende pharmazeutische Industrie darin, Medikamente zu entwickeln, die - präziser und sicherer als bisher - den erwünschten Heilerfolg bringen.

3.5 Sicherung des Solidar-Gedankens

Die Sicherung des Solidaritätsprinzips gehört traditionell zu den tragenden Säulen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist bei der Bewertung von Reformoptionen insoweit von Bedeutung, als die Reformen dem Solidargedanken nicht - oder zumindest nicht mehr als unbedingt erforderlich - widersprechen dürfen. Vor diesem Hintergrund sind beispielsweise solche Selbstbeteiligungsmodelle, die einseitig zu Lasten der sozial Schwachen gehen würden, mit den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung kaum vereinbar. Insofern muß bei der

Setzung ökonomischer Anreize darauf geachtet werden, daß sie nicht in Richtung einer Entsolidarisierung wirken.

3.6 Sozialpolitischer Gleichheitsgrundsatz

Hilfe bei Krankheit und Bewahrung vor Not als Folge der Krankheit, darüber hinaus auch Erhaltung der Position in der Gesellschaft, sind tragende Grundelemente des sozialen Sicherungssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Nach dem Grundsatz der Gleichheit trifft dies für alle Versicherten bzw. Patienten schlechthin zu. Dies bedeutet, daß - neben der Gewährleistung des Zugangs zu den Institutionen der ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung bzw. zu der Krankenhausversorgung - für Jedermann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung die Sicherung der erforderlichen Arzneimittelversorgung herzustellen ist. Dabei hat jeder nach dem Gleichheitsgrundsatz Anspruch auf die medizinisch notwendige Therapie, unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit.

Dies schließt nicht aus, daß - jenseits des medizinisch Notwendigen - jeder seine eigene finanzielle Leistungsfähigkeit einsetzen kann. Derartige Prozesse finden dann allerdings außerhalb des Rahmens der gesetzlichen Krankenversicherung statt. Dies gilt bei Arzneimitteln beispielsweise für den Markt der Selbstmedikation.

4. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Abgeleitet aus der Mängelanalyse sieht die Kommission einhellig die vorrangige Notwendigkeit einer verstärkten Qualitätssicherung bei der Arzneimittelversorgung. Trotz unterschiedlicher ordnungspolitischer Grundpositionen sind sich die Mitglieder der Kommission einig, daß die faktische Bindungswirkung der Arzneimittelzulassung durch das Bundesgesundheitsamt für den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Institutionalisierung von Positivlisten aufgehoben werden muß.

1. Für einen Teil der Kommission erscheint eine Reform der Zulassungsbedingungen des Arzneimittelgesetzes erforderlich, wobei es insbesondere darum geht, neben der Feststellung der Unbedenklichkeit den positiven Wirksamkeitsnachweis stärker zu verankern. Ein anderer Teil der Kommission negiert die Notwendigkeit eines modifizierten Wirksamkeitsnachweises im Arzneimittelgesetz, weil solchen Arzneimitteln, für die im Rahmen des Zulassungsverfahrens Unbedenklichkeit festgestellt wurde, unabhängig von einem positiven Wirksamkeitsnachweis grundsätzlich die Verkehrsfähigkeit gesichert werden müsse.
2. Unabhängig von der Frage einer AMG-Reform sind sich die Mitglieder der Kommission einig, daß jenseits der staatlichen Zulassungsadministration eine Sicherung des therapeutischen Nutzens der Arzneimittel mit Hilfe von Positivlisten erfolgen muß.
3. Die vorliegenden Konzepte zur konkreten Ausgestaltung derartiger Positivlisten werden von den Kommissionsmitgliedern unterschiedlich bewertet. Während ein Teil der Kommission zentral definierten Positivli-

sten mit bundesweiter Geltung den Vorrang einräumt, sieht ein anderer Teil der Kommission die Lösung eher in Modellen mit dezentralem Charakter, wobei die Positivlisten entweder in die Definition des Leistungsangebotes einzelner Krankenkassen eingehen, oder im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung auf regionaler Ebene erarbeitet werden sollten.

Der Vorteil zentral definierter Positivlisten liegt vor allem in der Einheitlichkeit des Leistungsangebotes für alle Versicherten. Darüber hinaus können auf zentraler Ebene eher die notwendigen Informationen und Entscheidungsgrundlagen erarbeitet werden. Der Vorteil dezentraler Lösungen liegt in der Möglichkeit, regionale Besonderheiten der Therapiegewohnheiten zu berücksichtigen. Darüber hinaus sieht ein Teil der Kommission in dezentral strukturierten Positivlisten-Modellen die Etablierung marktwirtschaftlicher Wettbewerbselemente auf der Seite der gesetzlichen Krankenversicherung.

4. Die Institutionalisierung einer gesonderten Zulassung für den GKV-Markt über Positivlisten allein kann die Qualitätsprobleme der Arzneimittelversorgung nicht hinreichend lösen. Zwar kann mit Hilfe von Positivlisten nicht sicher wirksamen Arzneimitteln der Zugang zum GKV-Markt verwehrt werden. Die Kommission sieht allerdings ein weiteres Hauptproblem der gegenwärtigen Situation darin, daß auch sicher wirksame Arzneimittel bei falscher oder unzureichender Indikation eingesetzt werden. Flankierende Maßnahmen zur Beeinflussung des ärztlichen Ordnungsverhaltens und des Arzneimittelkonsums der Patienten müssen demnach hinzutreten.
5. Insbesondere die ärztliche Ausbildung im Bereich der Pharmakotherapie muß verbessert werden. Die derzeitigen Lehrinhalte (mit für die kassenärztliche Versorgung z. T. wenig relevanten Themen) sollte durch eine Schwerpunktverlagerung in Richtung Arzneitherapie umgestaltet werden.

Ferner müßte durch gezielte Maßnahmen versucht werden, bei den Ärzten die Pharmakotherapie als »permanentes Bildungsproblem« im Bewußtsein zu verankern. Für diesen Zweck müßte ein System entwickelt werden, das Arzneimittelinformationen unabhängig von den Produzenten zur Verfügung stellt und den Ärzten nahebringt. Eine Möglichkeit dazu wird in einem unabhängigen Arzneimittelinstitut gesehen. Auf seiten der Ärzteschaft könnten die Berufsordnungsregelungen genutzt werden, um eine permanente Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung zu etablieren.

6. Abgeleitet aus der Beschreibung des derzeitigen Ordnungsspektrums im Rahmen der Mängelanalyse sieht die Kommission auch kurzfristig einen deutlichen Beratungsbedarf der Ärzte in bezug auf eine rationale Arzneitherapie. Schwerpunktmäßig geht es auch dabei um die qualitativen Aspekte der Arzneitherapie.

Die zahlreichen globalen Informationen über das Ordnungsverhalten können derzeit vom einzelnen Arzt nur dann sinnvoll in konkretes und gewünschtes

alternatives Handeln umgesetzt werden, wenn der Bezug zur eigenen Situation hergestellt wird. Globalinformation ist insofern wichtig, aber sie genügt nicht, da der individuelle Beitrag darin verschwindet. Im übrigen ist aus verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnissen abzuleiten, daß die persönliche Beratung und Information des Arztes als zweifellos effizientestes Kommunikationsmittel am ehesten Erfolg zeigt.

Anhand dieser individuell zugeschnittenen Informationen ist es möglich, die vorgefundene Ordnungsstruktur nicht nur unter Kostenaspekten, sondern insbesondere auch unter den notwendigen Qualitätsaspekten zu beleuchten. Dabei können auch Hinweise auf Abhängigkeitsrisiken gegeben werden.

Die derzeitigen Modellversuche bzw. Einzelaktionen im Rahmen der individuellen Arzneimittelinformation sollten daher institutionalisiert werden und von den Selbstverwaltungen der Ärzte und Krankenkassen gemeinsam getragen werden.

7. Die bereits mehrfach beschriebene Ausstrahlung der Krankenhausmedikation auf den ambulanten Sektor wird gegenwärtig von der pharmazeutischen Industrie für die Promotion teurer Original- und Markenpräparate genutzt. Ebenso wäre allerdings denkbar, die Krankenhausmedikation für die Forcierung von Generikaprogrammen und für die Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie einzusetzen.

Im Rahmen der Weiterbildung (Facharztausbildung) im Krankenhaus sollte die Diskussion der Arzneitherapie auf Ärztekongressen verpflichtend gemacht werden. Die Institutionalisierung von Qualitätssicherungszirkeln im Krankenhaus und die Etablierung entsprechender Info-Systeme und Beratungsdienste sollte unterstützend hinzukommen.

8. Sowohl die gesetzlichen als auch die institutionellen Rahmenbedingungen bieten den pharmazeutischen Herstellern vielfältige Möglichkeiten, ihre Produkte bei Arzt und Patient zu bewerben. Die Kostenstruktur der pharmazeutischen Industrie läßt erkennen, daß von den gegebenen Möglichkeiten im großem Umfang Gebrauch gemacht wird.

Die intensive und einseitige Informationspolitik der Pharmaindustrie war und ist in der Lage, von der Empfindlichkeitsstörung bis zur Krankheit das Arzneimittel als Problemlöser zu profilieren. Die allgemein verbreitete Arzneimittelgläubigkeit und die dadurch intendierte Übermedikation wird daher durch die intensiven Werbeaktivitäten der pharmazeutischen Industrie bestimmt.

Ein Teil der Kommission befürwortet deshalb grundsätzlich eine Einschränkung der Werbeaktivitäten der Pharmaindustrie. Dabei geht es insbesondere darum, die Informationen über Pharmaberater der Industrie durch herstellerunabhängige Informationen zu ersetzen.

Kritisch gesehen wird von einem Teil der Kommission auch die - trotz Änderung des Arzneimittelgesetzes - nach wie vor bestehende Wettbewerbsfunktion der

Arzneimittelmuster. Da die Präsenz des Arzneimittels in der Arztpraxis entscheidend mit dazu beiträgt, Folgeverordnungen zu initiieren und insoweit das Problem der Übermedikation noch weiter zu verstärken, plädiert dieser Teil der Kommission für eine gänzliche Abschaffung der Arzneimittelmuster.

Angesichts der hohen Werbeaufwendungen der pharmazeutischen Industrie könnte eine Einschränkung der Werbeaktivitäten Preisspielräume freisetzen, die - sofern sie nicht anderweitig ausgefüllt werden - im Wege von Preisreduzierungen den gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. den Versicherten zugute kommen können.

9. Die Auswahl qualitativ hochwertiger und preisgünstiger Arzneimittel durch den Arzt kann generell gefördert werden durch eine Erhöhung der Markttransparenz. Die gegenwärtig dem Arzt von administrativer Seite zur Verfügung gestellten Transparenzmedien (Preisvergleichsliste, Transparenzliste) können in diesem Sinne allerdings nur begrenzte Wirkung entfalten. In bezug auf die weitere Forcierung der Generikaverordnungen sind hier beispielsweise handliche Kurzinformationen für den Arzt eine wichtige Ergänzung, wie sie die im Jahre 1987 erstmals von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft erarbeiteten Informationskarten zu einzelnen Indikationsgebieten darstellen.

Administrative oder informelle Informationsmedien für den Arzt können allerdings nur unterstützenden Charakter bei der Erhöhung der Markttransparenz haben. Von zentraler Bedeutung ist hier die Reduzierung des zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittelangebotes. Insofern muß die Etablierung qualitätsorientierter Positivlisten als wirksamste Maßnahme angesehen werden, die Markttransparenz zu erhöhen.

10. Die im Rahmen der Mängelanalyse dargestellten sozio-kulturellen Rahmenbedingungen des überhöhten Arzneimittelverbrauchs lassen sich auf dem Wege administrativer Reformmaßnahmen allein nicht beseitigen. Längerfristige Konzepte der Aufklärung und Information der Patienten mit dem Ziel einer Bewußtseinsänderung sind notwendig. Dies beinhaltet neben der Sensibilisierung für die Risiken der Arzneitherapie und der bewußtseinsmäßigen Abkoppelung der Behandlungsbedürftigkeit von der Arzneimittelbedürftigkeit auch eine generelle Forcierung primärpräventiver Maßnahmen und Verhaltensweisen.

Die Kommission schlägt vor, den Umgang mit Arzneimitteln und Fragen der Arzneimittelsicherheit, des Suchtpotentials u.s.w. bereits in der allgemeinen Schulbildung im Fach Gesundheitserziehung zu implementieren.

Die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Ärztekammern sollten im Rahmen ihrer allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit verstärkt auf einen sinnvollen Umgang mit Arzneimitteln hinwirken. Dabei sollte auch an den Einsatz moderner Massenkommunikationsmittel (z. B. Fernsehspots) gedacht werden.

11. Übereinstimmend sieht die Kommission in der bislang geltenden Selbstbeteiligungsregelung bei Arzneimitteln (2 DM pro verordnetem Arzneimittel) keine sinnvolle Steuerung des Arzneimittelverbrauchs oder der Arzneimittelauswahl. Ein Teil der Kommission hält aber grundsätzlich Selbstbeteiligungsmodelle für zielführend, die mit dezentral strukturierten Wahltarifen auf seiten der gesetzlichen Krankenversicherung gekoppelt werden müßten.

12. In Ergänzung oder in Kombination mit der Etablierung von Positivlisten könnten weitere zentral ansetzende Steuerungskonzepte zum Tragen kommen. Dabei ist insbesondere an das von den GKV-Spitzenverbänden entwickelte Modell über direkte Preisverhandlungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den einzelnen Arzneimittelherstellern zu denken. Bei Einbeziehung qualitativer Aspekte der Arzneitherapie, insbesondere der Berücksichtigung des therapeutischen Nutzens und des komparativen Vorteils neuer Arzneimittel gegenüber dem bestehenden Marktangebot, könnte dieses Modell partiell sogar eine Positivliste ersetzen.

Für einen Teil der Kommission sind derartige Preisverhandlungsmodelle allerdings nur dann akzeptabel, wenn sie auf beiden Seiten dezentral strukturiert werden. Dies bedeutet, daß letztlich einzelne Krankenkassen mit einzelnen Arzneimittelherstellern die Preise - möglicherweise auch regional - aushandeln. Für den anderen Teil der Kommission sind zur Sicherung des einheitlichen Leistungsangebotes und auch aus Gründen der Praktikabilität nur zentral geführte Preisverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite und einzelnen Arzneimittelherstellern auf der anderen Seite denkbar. Dabei können sich die Arzneimittelhersteller wiederum auch zu Interessengemeinschaften zusammenschließen.

13. Aus der Tatsache, daß der verordnende Arzt eine Schlüsselrolle für Art und Umfang der Arzneitherapie hat, ist verschiedentlich abgeleitet worden, ökonomische Anreizsysteme in der ärztlichen Honorierung zu etablieren, die auf eine wirtschaftliche Arzneiverordnung hin wirken.

Modelle einer globalen Budgetierung - etwa über den in § 368 f RVO installierten Arzneimittelhöchstbetrag - sieht die Kommission als wenig effizientes Steuerungsinstrument an. Der Anreiz zur wirtschaftlichen Verordnungsweise ist für den einzelnen Arzt hier nur sehr indirekt vermittelt. Die Erfahrungen mit der in der Bundesrepublik geltenden Einzelleistungsvergütung für die ambulante Tätigkeit der Ärzte zeigt, daß mit Globalbudgetierung die Leistungsmenge beim einzelnen Arzt unmittelbar nicht zu reduzieren ist. Bestenfalls sind durch eine Einbeziehung der Arzneimittelhöchstbeträge in die Gesamtvergütung langfristige Effekte auf die verordnete Arzneimittelmenge zu erwarten. Der kurzfristige Effekt würde allerdings darin bestehen, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel durch die Einbeziehung in die Gesamtvergütung planvoll zu begrenzen,

wobei das Risiko steigender Arzneimittelkosten bei der Ärzteschaft liegen würde.

14. Als wirksames und direkt wirkendes Steuerungskonzept sieht die Kommission eine arztindividuelle Budgetierung bzw. Bonus/Malus-Systeme an. Im Gegensatz zu Globalbudgetierungen ist von derartigen Regelungen auch kurzfristig eine Begrenzung der verordneten Arzneimittelmengen zu erwarten. Insofern setzen Vorschläge, ausgehend vom Status quo, arztindividuelle Arzneimittelhöchstbeträge festzulegen, konsequent an der Schlüsselrolle des Arztes für Art und Umfang der Arzneitherapie an. Es handelt sich gewissermaßen um eine »Selbstbeteiligung« für den Arzt.

Generell beinhalten alle diese Modelle eine Ankoppelung der ärztlichen Verordnungstätigkeit an das persönliche Einkommen des Arztes. Gegen diese Koppelung ist eingewendet worden, daß sie die Ärzte in eine Konfliktsituation dränge, mit der Gefahr, daß nicht in allen Fällen das Notwendige verordnet wird. Vor allem bestehe aber die Gefahr, daß den Ärzten, wenn sie im Einzelfall vom Medikamentenkonsum abraten oder ein kostengünstigeres Präparat anraten, egoistisches, einkommensorientiertes Verhalten unterstellt werden könne.

Die Kommission nimmt diese Einwände sehr ernst. Darüber hinaus ist zu betonen, daß derartige Regelungen einseitig an der Preis- und Mengenseite des Problems ansetzen. Qualitative Aspekte der Arzneitherapie bleiben hier tendenziell unberücksichtigt. Insofern kommen derartige Bonus/Malus-Systeme lediglich als flankierende Maßnahmen in Frage. Dies kann auch in der Form von HMO-Modellen gedacht werden.

15. Die Zulassung und Förderung von aut-simile-Verordnungen stellen ein probates Mittel dar, im Bereich wirkstoffgleicher Arzneimittel die Kosten zu reduzieren. Die Kommission plädiert dafür, die Apotheker stärker für die qualitätsbewußte Arzneimittelauswahl einzusetzen. Eine Änderung des Rezeptblattformulars, die dem Arzt durch Ankreuzen eines »aut-simile-Feldes« die Möglichkeit einräumt, dem Apotheker die konkrete Arzneimittelauswahl zu überlassen, stellt nach Auffassung der Kommission auch praktisch keine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit dar.
16. Die Ermöglichung der Arzneimittelsubstitution durch den Apotheker ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn sie mit einer Änderung der Apothekerhonorierung verbunden ist. Durch die gegenwärtige Ankoppelung der Handelsspanne an den Herstellerabgabepreis fehlt dem Apotheker z. Z. jeglicher ökonomischer Anreiz zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels. Ein Teil der Kommission sieht daher die adäquate Honorierung der Apotheker im Zusammenhang mit Substitutionsmodellen in vom Arzneimittelpreis abgekoppelten Fixzuschlägen, die durch eine gesonderte Substitutionshonorierung ergänzt werden könnten. Ein anderer Teil der Kommission plädiert dafür, die Arzneitaxe gänzlich abzuschaffen und die Apothekenaufschläge dem Wettbewerb zu überlassen.

17. Die im Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes vorgesehenen Arzneimittelfestbeträge werden von der Kommission nicht als optimales Steuerungskonzept angesehen. Zum einen wirkt dieses Konzept einseitig auf das »Preisproblem« des Arzneimittelmarktes. Qualitative Aspekte der Arzneitherapie bleiben weitgehend unberücksichtigt. Zum anderen sind selbst auf dieser Ebene lediglich kurz- und mittelfristige Entlastungseffekte für die gesetzliche Krankenversicherung zu erwarten.

Darüber hinaus hat die bisherige Diskussion um die Realisierungsmöglichkeiten der Festbeträge gezeigt, daß die Festlegung von Festbeträgen ein äußerst komplizierter Vorgang sein würde. U. U. ist selbst für einzelne Wirkstoffe eine Vielzahl unterschiedlicher Festbeträge festzusetzen. Dies führt u. U. zu einer Erhöhung der Intransparenz des Marktes.

Insgesamt hält die Kommission daher Reformansätze, die die qualitative Dimension von der Arzneitherapie in den Vordergrund stellen, für effektiver und effizienter.

18. Zur längerfristigen Sicherung der Qualität der Arzneimittelversorgung sieht ein Teil der Kommission eine Modifizierung des Patentschutzes für Arzneimittel als erforderlich an. In Folge des aufwendigen Prüf- bzw. Zulassungsverfahrens für neue Arzneimittel hat sich die ökonomische Nutzungsfrist des Patentschutzes nach Angaben des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie auf 7,7 Jahre verringert. Teile der Kommission plädieren deshalb dafür, daß die Verminderung der ökonomischen Nutzungsdauer der Patente durch eine Verlängerung der Patentlaufzeiten für Arzneimittel überwunden wird. Die Patentlaufzeit für Arzneimittel soll demnach erst mit der Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt beginnen. Auf diesem Wege sollen angemessene Patentlaufzeiten gesichert werden und eine mit anderen Märkten vergleichbare Situation herbeigeführt werden.
19. Ferner wird von einem Teil der Kommission die Auffassung vertreten, daß sich die Probleme des Gesundheitswesens nur mit konsequenter Deregulierung lösen lassen. Der Arzneimittelbereich unterliegt nach dieser Meinung - wie andere Bereiche des Gesundheitswesens auch - umfangreichen Regulierungen und Reglementierungen. In diesem Bereich ist eine grundlegende Reform unumgänglich, wenn das bestehende Fehlverhalten und die dadurch bewirkte umfangreiche Verschwendung vermieden werden sollen. Es ist zwar uneingeschränkt eine Belebung und Stärkung des Wettbewerbs des Gesundheitswesens im allgemeinen und im Arzneimittelbereich im besonderen gefordert, jedoch dürfen dabei nicht die forschenden Arzneimittelhersteller diskriminiert werden.

Eine Diskriminierung forschender Unternehmen durch beispielsweise eine einseitige Förderung des Nachahmerwettbewerbs birgt die Gefahr in sich, daß es zwar kurzfristig zu einer Intensivierung des Preiswettbewerbs kommt, langfristig aber die innovative Aktivität in der Bundesrepublik stark eingeschränkt

wird. Dadurch werden nicht nur die Nachahmer der Quelle ihrer Imitation beraubt, sondern es wird auch der pharmazeutische Fortschritt negativ beeinflusst. Oft wird in solchen Situationen dann versucht, dieses Defizit durch staatliche Förderungen auszugleichen. Hierbei ergibt sich nun wiederum die Gefahr, daß durch staatliche Interventionen die unternehmerische Freiheit immer mehr eingeschränkt wird und damit eine Interventionsspirale entsteht. Es werden deshalb deregulierende Maßnahmen im Arzneimittelbereich gefordert.

Bei einer Vertragsfreiheit zwischen Arzt, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen muß es dem Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren überlassen bleiben, herauszufinden, welche Formen der Vertragsgestaltung sich zwischen den einzelnen Beteiligten oder deren Vereinigungen herausbilden. Generell sollte der Arzt durch entsprechende individuelle Anreize für eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung belohnt und für eine Verschwendung bestraft werden.

Solche Regelungen stellen nur eine mögliche Maßnahme in bezug auf einen wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln dar. Es muß allerdings aus ordnungspolitischen Gründen entschieden abgelehnt werden, wenn versucht werden sollte, eine solche konkrete Regelung, wie beispielsweise ärztliche Arzneimittelbudgets, allgemein verbindlich für alle Kassen und alle Ärzte einzuführen.

Simultan müssen auch wirksame Selbstbehaltsregelungen bei der Arzneimittelnachfrage eingeführt werden. Daneben könnte auch eine Pauschalhonorierung für Arzneimittel durch einzelne Krankenkassen erfolgen. Dem einzelnen Arzt bliebe es dann überlassen, wie er diese Pauschale verwendet. Selbstverständlich muß auch die Möglichkeit bestehen, daß der Arzt hinsichtlich seines Verordnungsverhaltens in der Wahl der Arzneimittel frei ist, er also grundsätzlich jedes Arzneimittel verordnen kann.

Im Wettbewerb muß es der einzelnen Krankenkasse gestattet sein, unterschiedliche Formen sowie Art und Umfang der Erstattung von Arzneimitteln zu wählen. Darüber hinaus muß eine Auflockerung im Arzneimittelbereich vor allem durch die Aufhebung der Arzneitaxe, der Reduktion der Apothekenpflicht, der Lockerung des Aut-Simile-Verbots, der Aufhebung des Auseinzelungsverbots und der Abschaffung des Fremd- und Mehrbesitzverbots herbeigeführt werden. Nicht zuletzt muß auch die Möglichkeit bestehen, Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apothekern sowie Krankenkassen und Arzneimittelherstellern im Rahmen der bestehenden kartellrechtlichen Bestimmungen abzuschließen.

Fazit

Nach Auffassung der Kommission sind die Reformbemühungen bei der Arzneimittelversorgung auf die qualitativen Aspekte zu konzentrieren. Jenseits der staatlichen

Zulassungsadministration ist daher eine gesonderte Zulassung für den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren. Im Vordergrund stehen dabei die Realisierung von Positivlisten oder von Modellen direkter Preisverhandlungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und pharmazeutischer Industrie unter Einbeziehung qualitativer Aspekte der Therapie.

Instrumente, die ohne gesetzlichen Zwang, also durch Aufklärung und Beratung, auf einen rationalen Umgang mit Arzneimitteln auf seiten der Ärzteschaft und der Patienten hinwirken, sind als flankierende Maßnahmen unbedingt erforderlich.

Reformkonzepte, die vorrangig das »Preisproblem« des Arzneimittelmarktes zum Ansatzpunkt nehmen, erscheinen der Kommission lediglich als ergänzende Maßnahmen, nicht aber als eigenständige und alleinige Steuerungsinstrumente sinnvoll.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 3/I

- BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE: [1986] *pharma argumente*, Frankfurt/Main 1986
- BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE: [1987] *pharma daten 87*, Frankfurt/Main 1987
- BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE: [1987/88] *pharma jahresbericht 1987/88*, Frankfurt/Main 1988
- BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE: [1988] *pharma argumente*, Frankfurt/Main 1988
- BUNDESVERBAND DES PHARMAZEUTISCHEN GROSSHANDLS: [1987] *Phargo-Information*, Frankfurt/Main Mai 1987
- CROUT, J.R.: [1974] Critical appraisal of fixed drug combinations. I (S. 50 ff.) in: *Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control. Report on a Symposium Convened by the Regional Office for Europe of the World Health Organization*, Heidelberg, September 1973, Euro 7407, 1974
- FIEBIG, U. [1973] Arzneimittelsicherheit als politische Frage. in: *Deutsches Ärzteblatt* 70/1973, S. 3131
- FREIDSON, E. [1975] *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*, München/Berlin/Wien 1975
- FRICKE, U. [1987] *Dermatika*. in: SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: *Arzneiverordnungsreport '87*, Stuttgart 1987
- FRIEBEL, H. et al [1987] *Arzneimitteltransparenz und -beratung in Dortmund. 1. Mitteilung - Determinanten des ärztlichen Verordnungsverhaltens*. in: *Pharmazeutische Zeitung* 1/2 1987, S. 20
- FRIEDRICH, U., HEHN, A., ROSENBROCK, R. [1977] *Neunmal teurer als Gold*. Reinbek 1977
- GLAESKE, G. [1986] *Schmerzmittel-Verbrauch in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich*. in: *Pharmazeutische Zeitung* 1986, S. 2032 ff.
- GROSSNICKEL, H., KIRSCH, F.-J. [1988] *Arzneimittelkosten im Krankenhaus*. in: *Die Ortskrankenkasse* 1988, S. 435 ff.
- HARTMANN-BESCHE, W. [1984] *Arzneimittelversorgung. Hat sich die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft verabschiedet?* in: *Die Ortskrankenkasse* 1984, S. 508
- HARTMANN-BESCHE, W., REICHELT, H. [1984] *Bagatellarzneimittel*. in: *Die Ortskrankenkasse* 1984, S. 675 ff.
- HELD, K., SCHWABE, U. [1988] *Durchblutungsfördernde Mittel*. in: SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: *Arzneiverordnungsreport '88*, Stuttgart 1988, S. 197 ff.
- HOLZ-SLOMCZYK, M. [1988] in: *Strategien für die Nachzulassung. Dokumentation der BAH-Informations- und Diskussionsveranstaltung am 7. März 1988*, S. 19 ff, Hrsg.: *Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller*, Bonn
- HÜSGEN, U. [1987] *Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken*. in: *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) [Hrsg.]: Apotheken-Report 32*, Frankfurt/Main 1987
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG [1987] *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1987*. Köln o. J., Übersicht A8

- LOHSE, M.J., MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. [1988] Hypnotika und Sedativa. in: SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneimittelverordnungsreport '88, Stuttgart 1988, S. 213
- LOHSE, M.J., MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. [1988] Psychopharmaka. in: SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungsreport '88, Stuttgart 1988, S. 316
- MEDIZINISCH-PHARMAZEUTISCHE STUDIENGESELLSCHAFT (MPS) [Hrsg.] [1980] Sicherheit versus Innovation in der Arzneimittelforschung, Mainz 1980
- NORD, D. [1979] Innovationsstrategien in der Arzneimittelforschung. Frankfurt/Main 1979
- OBERENDER, P. [1984] Pharmazeutische Industrie. in: OBERENDER, P. [Hrsg.] Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland. Branchenstudien zur Deutschen Volkswirtschaft. München 1984, S. 243 ff.
- PAFFRATH, D. [1988] Arzneimittelverordnung nach Altersgruppen. in: SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungsreport '88, Stuttgart 1988, S. 382
- PETERSHEIM, A. [1985] Niederlassungsbeschränkungen in der Bundesrepublik. in: ABDA [Hrsg.] Apotheken-Report 27, Frankfurt/Main 1985, S. 29
- REICHELT, H. [1987] Arzneimittelpreise 1986. in: Die Ortskrankenkassen, 1987, S. 111 ff.
- REICHELT, H. [1988] Arzneiverbrauch nach Altersgruppen 1987. [Hrsg.] WIdO, Bonn, Juni 1988
- REICHELT, H. [1987] Die Wirkung der neuen Preisvergleichsliste im 1. Halbjahr 1987, Bonn 1987
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN [1987] Jahresgutachten 1987, Baden-Baden 1987
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN [1985] in: General-Anzeiger vom 23. Oktober 1985
- SCHÖNHOFER, P.S. [1985] Arzneitherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung [Hrsg.] WIdO, Bonn 1985
- SCHOLZ, H. [1988] Kardiaka. in: SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988, S. 233
- SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '85, Stuttgart 1985
- SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '86, Stuttgart 1986
- SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '87, Stuttgart 1987
- SCHWABE, U., PAFFRATH, D. [Hrsg.]: Arzneiverordnungs-Report '88, Stuttgart 1988
- SCHWERTDFEGER, G. [1983] Die Bindungswirkung der Arzneimittelzulassung, Baden-Baden 1983
- SITZIUS-ZEHNDER, H. [1988] Die wirtschaftliche Situation der Apotheken vor dem Hintergrund der Strukturreform. in: ABDA [Hrsg.]: Apotheken-Report 33, Frankfurt/Main 1988
- STACKELBERG, J.M. von [1984] Der Europäische Arzneimittelmarkt. [Hrsg.] WIdO, Bonn 1984
- STATISTISCHES BUNDESAMT [1987] Statistisches Jahrbuch 1987, Wiesbaden 1987
- SUCHY, H. [1987] Patentlaufzeit neuerer pharmazeutischer Wirkstoffe. in: BPI [Hrsg.]: pharma diaglog 96, Frankfurt/Main 1987
- WESTPHAL, E. [1982] Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse, Köln 1982
- WESTPHAL, E. [1985] Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. in: WIdO, von FERBER, Ch. REINHARDT, U.E., SCHAEFER, H., THIEMEYER, T. [Hrsg.]: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München 1985, S. 274 ff.
- WIdO [Hrsg.] [1984]: Arzneiverordnungen 1983 aus Daten des GKV-Arzneimittelindex, Bonn 1984
- WIdO [Hrsg.] [1983]: GKV-Arzneimittelindex 1982, Bonn 1983

II. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Das Verhältnis der Krankenkassen zu den übrigen Leistungserbringern*)

1. Ist-Analyse: Struktur und Verfassung der Märkte im Heil- und Hilfsmittelbereich

1. 1 Die Struktur der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stellt die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln den wohl heterogensten Teilbereich der gesundheitlichen Versorgung dar (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 125; SAEKEL, 1987, S. 141; LEFELMANN, 1981, S. 7).

Die jeweiligen Besonderheiten der Teilmärkte haben erhebliche Konsequenzen auf die zu diskutierenden Reformoptionen. Besonderheiten ergeben sich insbesondere hinsichtlich

- der völlig unterschiedlichen Struktur von Gütern und Dienstleistungen,
- der zum Teil nicht vergleichbaren Indikationsbereiche innerhalb des Heil- und Hilfsmittelangebotes, auch innerhalb seiner Teilmärkte,
- der Art der Nachfrage nach Leistungen, die in (fast) jedem einzelnen Fall eine »abgeleitete« Nachfrage per Verordnung durch einen Kassenarzt darstellt,

- der handlungsleitenden Anreize bei allen Beteiligten mit Konsequenzen für die Vorteilhaftigkeit alternativer Steuerungsinstrumente.

Die Notwendigkeit von Reformen in diesem Bereich kann allein schon wegen der ihm innewohnenden Heterogenität weniger mit den absoluten Ausgabenzuwächsen begründet werden als mit den ungeklärten Indikations-, Verordnungs- und Bedarfsstrukturen, welche sowohl medizinisch-qualitativ als auch ökonomisch die Beurteilung des Marktergebnisses erschweren und somit zu einem hohen Maß an Intransparenz für alle Verfahrensbeteiligten führen. Auch der Versuch der Implementierung von Steuerungsinstrumenten durch den Gesetzgeber erfolgt somit grundsätzlich unter »Unsicherheit« über die Vorteilhaftigkeit der Lösung.

Nach einer pragmatischen Definition läßt sich der Heil- und Hilfsmittelbereich in einer ersten Näherung grob unterteilen. Danach sind:

- Heilmittel alle sächlichen Mittel, die zur Behandlung einer Krankheit eingesetzt und überwiegend äußerlich angewendet werden, ohne ihrerseits Arzneimittel zu sein, sowie die Maßnahmen der nichtärztlichen Heilberufe im Bereich der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie und der Beschäftigungstherapie;

*) Das 3. Kapitel, Abschnitt II enthält in der vorliegenden endgültigen Fassung der Drucksache 11/3267 die im Text erwähnten Übersichten und Tabellen, die in die vorläufige Fassung der Drucksache 11/3267 vom 7. 11. 1988 aus drucktechnischen Gründen nicht aufgenommen werden konnten.

- Hilfsmittel alle Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, z.B. Rollstühle oder Hörgeräte, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern und eine körperliche Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Brillen und andere Sehhilfen sind Hilfsmittel eigener Art.

Diese erste Näherung wird dem Problem der Heterogenität der Teilmärkte noch in keiner Weise gerecht. Trotzdem wird traditionell über »den Heil- und Hilfsmittelbereich« diskutiert, die Ausgabenentwicklung in hoch aggregierter Form verfolgt und vertragspolitisch - bagatellisierend - von »sonstigen Leistungserbringern« gesprochen. Dies alles vor allem deshalb, weil dieser Teilbereich noch 1970 lediglich einen Anteil von 2,8 % an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aufwies und deshalb nicht nur für die Verantwortlichen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch für die Politik und die wissenschaftliche Analyse eine vernachlässigbare Größe war.

Quasi im »Windschatten« der großen Ausgabenblöcke (Krankenhaus, ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung) konnte sich dieser Bereich jedoch bereits 1987 einen Anteil von 6,5 % der Gesamtausgaben sichern und weist damit eine Wachstumsdynamik wie kein anderer Leistungsbereich im Gesundheitswesen auf. Auch diese gewichtige Verschiebung zwischen den Ausgabenblöcken innerhalb des Gesamtbudgets der GKV macht eine differenzierte Betrachtung der Heil- und Hilfsmittelversorgung notwendig.

Schon die ersten Definitionsversuche des Heil- und Hilfsmittelbereichs geben Aufschluß über die Gründe für das hohe Maß an Heterogenität: er umfaßt sowohl Dienstleistungen als auch Sachleistungen; darunter Dienstleistungen sowohl mit relativ unspezifischer Indikation, mit teilweise hohem Konsumwert der Therapie (Massagen, Wärmebehandlung, etc.), als auch Dienstleistungen mit spezieller und medizinisch dringlicher Indikationsstellung (z.B. Sprachtherapie bei Kindern und spezielle Formen krankengymnastischer Übungen).

Bei den Sachleistungen und Hilfsmitteln gibt es eine Vielzahl von Produkten mit hohem Grad an Konsumnähe (z.B. Sportbandagen, Brillengestelle etc.) sowie Produkte, die im Rahmen einer medizinischen Versorgung für die Lebensführung der Betroffenen höchst existenzielle Bedeutung haben (z.B. Rollstühle, Prothesen oder Produkte, die das Wohnumfeld behindertengerecht machen).

Für beide Bereiche, Heilmittel und Hilfsmittel, gilt, daß sich für die Verordner eine mehr oder weniger große Zahl von Substitutionsmöglichkeiten anbietet und die Produkte und Dienstleistungen in unterschiedlichem Maße disponibel sind. Damit wird das Versorgungsniveau insgesamt, sowohl medizinisch-qualitativ als auch ökonomisch, in hohem Maße vom Verordner bestimmt. Substitutionsfelder der Berufe im Heil- und Hilfsmittelbereich mit verschiedenen gebietsärztlichen Disziplinen im ambulant-ärztlichen Bereich zeigt *Übersicht 3-1*:

Auch innerhalb des Heil- und Hilfsmittelbereichs gibt es verschiedene Substitutionsfelder zwischen verschiedenen Anbietern, Therapieformen und Produkten. Dies weist auf eine weitere Besonderheit des Heil- und Hilfsmittelbereiches hin: Während im ambulant-ärztlichen und zahnärztlichen Bereich die Fallzahl bis zu einem bestimmten Punkt durch die Primär-Inanspruchnahme der Versicherten bestimmt wird, gilt für den Heil- und Hilfsmittelbereich, daß die Fallzahl und Struktur auch nach Art und Umfang und - wohl weniger strikt - die Menge der therapeutischen Leistungen nicht von den Vertragspartnern »sonstige Leistungserbringer«, sondern vom Verordner, also dem Kassenarzt, verantwortet werden muß.

Jede Leistung (außer einigen Reparaturen oder Brillenverordnungen durch Optiker) und damit (fast) jede Ausgabe der GKV erfolgt aufgrund einer ärztlichen Verordnung. Damit hat der Verordner sowohl medizinisch als auch in hohem Maße ökonomisch eine Schlüsselfunktion für die Struktur und Ausgabendynamik des Heil- und Hilfsmittelbereichs inne:

Medizinisch:

Er entscheidet über die jeweils zweckmäßige Therapie und Versorgungsform.

Ökonomisch:

Er weist durch seine Verordnung Anteile am GKV-Budget verschiedenen Teilbereichen zu - und zwar als potentieller Konkurrent um die Anteile am Gesamtbudget.

Deshalb kommt dem Ordnungsverhalten des Arztes bei zunehmender Konkurrenz zwischen den verordnenden Ärzten, bei zunehmender Angebotsdichte durch nichtärztliche Therapeuten und bei einem immer größer werdenden Angebot an Produkten des Hilfsmittelmarktes eine wachsende Steuerungsfunktion zu.

Für die Vertragsbeziehungen der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern im Heil- und Hilfsmittelbereich birgt diese Schlüsselfunktion des Kassenarztes das besondere Problem, daß die Verträge lediglich Verträge über die Preise der Dienstleistungen und Produkte sein können und nur ganz beschränkt Menge und Struktur des Angebots beeinflussen können.

Diese »offene Flanke« der Vertragsbeziehungen kann nur sehr beschränkt, und dann nur mit dem Vertragspartner auf Seiten der verordnenden Ärzte, etwa durch Richtlinien für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln durch den Bundesausschuß der Ärzte/Krankenkassen oder die Zulassung von Hilfsmitteln durch Aufnahme in den Hilfsmittelkatalog der Spitzenverbände der Krankenversicherung, flankiert werden. Das Instrument der Höchstbeträge für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln hat sich in der Vergangenheit als ebenso stumpf wie methodisch fragwürdig erwiesen; deshalb sind auch von mengenbegrenzenden Ansätzen dieser Art keine nachhaltigen Steuerungsimpulse zu erwarten. Sie werden trotz gesetzlicher Möglichkeiten durch das KVEG auch nicht weiter genutzt.

Übersicht 3-1: Substitutionsfelder der Heilmittelberufe mit den niedergelassenen Ärzten im Leistungsbereich

Freiberufliche Heilhilfsberufe	Betroffene Arztgruppe	Leistungsüberschneidungen mit Ärzten (nach BMA/E-GO Ziff.) ^a	Gesundheitsleistungen ohne ärztl. Verordnung	Substitutiver Wettbewerb ^b	Verdrängungswettbewerb ^b
Augenoptiker	Augenärzte (Allgemeinärzte)	Refraktionen (1200-1203) Anpassung und Abgabe von Kontaktlinsen (1210-1214)	Refraktionen Abgabe von Sehhilfen/Brillen	bei Refraktionen möglich	möglich
Hörgeräteakustiker	HNO-Ärzte	keine	Reparaturen, Herstellung von Otoplastiken, Abgabe v. Batterien	nicht möglich	möglich
Orthopädie-Schuhmacher	Orthopäden	Einlagenversorgung (nicht vorhanden/3320 ff.)	keine	nicht möglich	möglich
Krankengymnasten	Orthopäden, Physikalische Mediziner	Physikalische Therapie (505-519)	keine	nicht möglich	möglich
Masseure und medizinische Bademeister ^c	-	Massagen (520-527) Elektrobehandlung (548-557) Hydrotherapie (530-533) Wärmebehandlung (535-539)	keine	nicht möglich	möglich
Logopäden ^d	HNO-Ärzte	Anamnese, Sprachübungs-Stimmübungsbehandlung (1556, 1559, 1560)	keine	nicht möglich	möglich
Beschäftigungstherapeuten	Pädiater, Neurologen	Entwicklungstests (856) Frostig-Therapie (858) Bobath-Therapie (S 59 BMÄ '78)	keine	nicht möglich	möglich

a) R. Mudenbruch, BMA/E-GO, Stand Oktober 1983, Dachau 1983; b) Auswertung von Fragebogen; c) Rahmenverträge über die Durchführung von Behandlungen in Massageeinrichtungen, medizinischen Badebetrieben und krankengymnastischen Einrichtungen zwischen den entsprechenden Berufsverbänden und den Landesverbänden der RVO-Kassen; d) Rahmenvertrag über die Durchführung der logopädischen Behandlung vom 4. Dezember 1974 i.d.F. vom 28. Juni 1979 zwischen dem Zentralverband für Logopädie e.V. Landesgruppe Bayern und den Landesverbänden der RVO-Kassen.

Quelle: Neubauer, G.: Gesundheitsberufe vor den Toren der GKV, S.211

Aus diesen Ausführungen geht hervor, daß das den Prozeß der Produktion, Bereitstellung und Verteilung von Gesundheitsleistungen regelnde Instrument der Selbstverwaltung, das Vertragsprinzip, wegen der heterogenen Gemengelage im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung nur sehr beschränkt Wirkung hat und in jedem Teilbereich hinsichtlich seiner Steuerungseffizienz geprüft werden muß.

Insgesamt ist festzuhalten, daß dieses Steuerungsprinzip im Heil- und Hilfsmittelsektor eine Vielzahl von Implikationen mit sich bringt, deren sachliche Konsequenzen in den gegenwärtigen Marktstrukturen nicht hinreichend berücksichtigt werden können, weil es an den dafür notwendigen Instrumenten fehlt. Man könnte sagen, die Idee der Vertragssteuerung ist im Heil- und Hilfsmittelbereich nicht hinreichend und durchgängig ausgeformt.

Die Probleme für die Steuerung des Systems, sowohl hinsichtlich seiner Ausgabendynamik (Kostenexpansion) als auch hinsichtlich der bedarfsgerechten Struktur des Leistungsangebots (Überkapazitäten), sind deshalb fast zwangsläufig. Insbesondere - und dies ist ein gesundheitspolitisches Problem - stellt das gegenwärtige System aus sich selbst heraus keine transparenten und vergleichbaren Qualitätsmaßstäbe zur Verfügung.

Die Analyse von Strukturproblemen des Heil- und Hilfsmittelbereichs hat - wie die in anderen Teilbereichen - insbesondere unter zwei Gesichtspunkten zu erfolgen (SAEKEL, 1987, S. 141; REBSCHER, 1988, S.45):

- dem medizinisch-gesundheitspolitischen und
- dem ökonomisch-sozialpolitischen.

Dabei sollte die historisch beobachtbare Zuordnung der Verantwortlichkeiten für einen dieser Gesichtspunkte auf je eine Marktseite - die medizinisch-gesundheitspolitischen Fragen regelt die »sachkompetente« Seite der Leistungserbringer, die ökonomisch-sozialpolitischen Fragen die dazu »sachkompetente« Krankenversicherung - überwunden werden. Sie hat zu einer ganz erheblichen Disparität in der Verhandlungsführung und zu einem Verlust an Verhandlungsstärke der Krankenversicherung geführt.

Bei Vertragsverhandlungen geht es immer und überall sowohl um die Definition der qualitativen Standards von Produkten und/oder Dienstleistungen als auch um deren ökonomische Konsequenzen (Preise). Nur im Gesundheitswesen hat die Nachfrageorganisation Krankenversicherung in großen Teilen auf den Nachweis qualitativer Standards durch die Leistungserbringer verzichtet und sich auf den einfachen Grundkonsens zurückgezogen (der jedoch im Zeichen vermehrter Konkurrenz unter den Lei-

stungerbringern zunehmend zur Fiktion wird), daß jede ärztliche oder nichtärztliche Leistung und jede Verordnung *per se* quantitativ und qualitativ dem medizinischen Bedarf entspricht (VGL. REBSCHER, 1988, S. 44 ff.).

1.2 Das Verordnungsverhalten des Arztes

Das Verordnungsverhalten des Arztes ist sowohl vor dem Hintergrund seiner Ausbildung, seiner ersten praktischen Erfahrungen als Assistenzarzt in Krankenhäusern, des vorhandenen und ihm bekannten Angebots an nichtärztlich therapeutischen Leistungen und Hilfsmitteln sowie nicht zuletzt vor dem Hintergrund der ökonomischen Anreize zu sehen und zu beurteilen.

Gerade die Struktur der Ausbildung und der ersten therapeutischen Erfahrungen in Kliniken begründet die Vermutung, daß die flankierende Verordnung aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel oft ohne spezifisch medizinische Indikation erfolgt (SVR KA. JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 130).

Die klinisch-medizinische Behandlung ist nicht final organisiert, sondern finanziell und institutionell in ausdifferenzierte Behandlungssegmente aufgespalten, die bestenfalls hintereinander geschaltet sind, oft erst auf der Ebene der Primärversorgung einzeln in Gang gesetzt werden, jedenfalls kaum personell und informatorisch integriert ablaufen.

Sobald der Patient chirurgisch bzw. prothetisch versorgt und die Wundheilung zufriedenstellend fortgeschritten ist, steht der Patient zur Entlassung nach Hause oder in eine Rehabilitationseinrichtung an. Von deren Funktion im Behandlungsprozeß ist die Klinik entlastet. Der junge Kliniker lernt die psychologischen und sozialen Compliance-Probleme der Patienten nicht kennen und hat keine Erfahrungen mit den bei gezieltem Einsatz der Therapie erwartungsgemäßen Therapiefortschritten. Gegenüber der klinischen Rehabilitation durch medizintechnische Fachkräfte, die mit dem Arzt unmittelbar zusammenarbeiten und im Behandlungsfortschritt von ihm kurzfristig überwacht werden, ist die Interaktion des niedergelassenen Verordners mit dem nichtärztlichen Leistungserbringer gänzlich verschieden.

Sehr oft erfolgt in Kliniken die Verordnung von Massagen, Bädern und krankengymnastischen Übungen ohne nähere Begründung im Einzelfall und ohne Ergebniskontrolle als Routinevorgang. Der junge Assistent überträgt diese Handlungsmuster dann auch in die eigene Praxis. Da gerade die unspezifischen Leistungen aus dem Gesamtbereich der Heil- und Hilfsmittel nebenwirkungsfrei sind, im Gegenteil, das allgemeine Wohlbefinden steigern und deshalb vom Patienten durchaus gewünscht und als angenehm empfunden werden, werden diese Leistungen oft ohne nähere Indikation und Spezifikation »routinemäßig« verordnet.

Die latent vorhandene Erfüllungsbereitschaft niedergelassener Ärzte gegenüber Verordnungswünschen der Patienten, die durch eine wachsende Konkurrenzsituation weiter gefördert werden dürfte, wirkt mit diesem »Routineverhalten« zu einem expansiven Trend zusammen.

In vielen Fällen geht aus Sicht des Patienten, gerade bei längerer Behandlungsdauer durch nichtärztliche Therapeuten (Verordnungsserien), die therapeutische Kompetenzzuweisung und Erfolgsverantwortung vom veranlassenden Arzt auf den nichtärztlichen Leistungserbringer über. Der Patient wird in diesen Fällen geneigt sein, sich den Erwartungshorizont des Therapeuten über Behandlungsdauer und Therapiefortschritte zu eigen zu machen und die Verordnung weiterer Therapieserien beim Verordner anzufordern und dies notfalls durch Wechsel des Verordners durchsetzen.

Aus Sicht des Verordners, insbesondere wenn er nicht selbst oder mit eigenem Hilfspersonal entsprechende Leistungen erbringen kann, gehen Therapieverantwortung und Kompetenz zur Beurteilung des Therapiefortschritts und -erfolges ebenfalls weitgehend auf den beauftragten Therapeuten über. Die ärztliche Funktion reduziert sich auf eine »Notarfunktion« gegenüber der Krankenversicherung, d.h. die Überwachung des Therapieverlaufs und Therapieerfolges beschränkt sich auf die Bescheinigung formal korrekter Abwicklung. Für diese Überlegungen spricht auch die Feststellung des Sachverständigenrates, daß die »Notarfunktion« des Kassenarztes gegenüber den Kassen durch den zunehmenden Konkurrenzdruck der Ärzte untereinander geschwächt wird (SVR KA. JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 132). Je höher dabei der Konsumwert einer Therapie ist, um so mehr wird sich der Angebotsdruck einer wachsenden Zahl nichtärztlicher Therapeuten insgesamt expansiv auswirken.

Die große Zahl unspezifischer Verordnungen und die mangelnde Verordnungssicherheit der niedergelassenen Ärzte ist nicht nur ein ständiges Argument der Krankenversicherung, sondern wird auch von den nichtärztlichen Therapeuten und Heil- und Hilfsmittellieferanten immer dann betont, wenn nach Begründungen für die Mengenexpansion dieses Teilbereichs gefragt wird.

Die Zahl der unspezifischen Verordnungen, die weder einen differentialdiagnostischen Befund noch sonstige Merkmale für die Leistungserbringung durch nichtärztliche Therapeuten oder die Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln aufweisen, ist mangels eigener statistischer Aufbereitung nicht zu belegen, jedoch wird dieses Problem von keinem der Beteiligten ernsthaft bestritten.

Haben die niedergelassenen Ärzte im Bereich der physikalischen Therapie noch ein vergleichbar hohes Maß an Verordnungskompetenz, so löst sich diese bei Therapiekonzepten mit gezielter Indikation oder Hilfsmitteln mit speziellen Wirkprinzipien nahezu auf. Wenn der Arzt die verschiedenen alternativ nutzbaren Produkte des Marktes weder kennt noch medizinisch beurteilen kann und mangels eigener therapeutischer Erfahrung mit diesen Produkten auch keinen Vergleich anstellen kann, wird die Verordnungskompetenz zu einem formalen Privileg ohne inhaltliche Begründung.

Ein Grund für die unspezifische Ordnungsweise der Kassenärzte sind die im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der kassenärztlichen Vereinigung nur zögernd eingesetzten Möglichkeiten der Beschränkung der Verordnungen auch dafür qualifizierter Gebietsärzte.

Die Risiken für die Beteiligten bei einer engen Begrenzung liegen auf der Hand:

- niedergelassene Allgemeinärzte befürchten mit der Überweisung zur Verordnung ein »Abwandern« des Patienten,
- Kassen befürchten einen höheren Fallwert durch die Überweisung und die sich anschließende gebietsärztliche Diagnose und Therapie.

Die Risiken der gegenwärtigen Verordnungspraxis liegen jedoch ebenfalls offen:

Mit jeder unspezifischen Verordnung von Dienstleistungen und Produkten legt der Arzt die konkrete Definition der einzelnen Leistungen in die Hände des nichtärztlichen Therapeuten oder Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln und ermöglicht diesen Leistungserbringern damit, genau die Dienstleistungen und Produkte am Markt abzusetzen, die eine größtmögliche Rendite versprechen. Bei substituierbaren Hilfsmitteln kann dies dazu führen, daß nicht Produkte mit eindeutig geklärten Qualitätsnachweisen abgegeben werden, sondern Produkte, bei denen die Handelsspanne für den Lieferanten attraktiv ist. Bei den Heilmitteln nichtärztlicher Therapeuten kann dies zur Erbringung einer höher vergüteten Leistung ohne entsprechende Indikation führen.

In den Bereichen, in denen die einzelnen therapeutischen Leistungen substituierbar sind, z.B. im Bereich der physiotherapeutischen Leistungen, ist die Verordnung naturgemäß in hohem Maße disponibel. Hier kann der verordnende Arzt beispielsweise entscheiden, ob und in welchem Umfang er Leistungen selbst erbringt oder durch angestellte Therapeuten erbringen läßt, ob er zur weiteren Abklärung an Gebietsärzte überweist, ob er nichtärztliche Therapeuten beauftragt und wenn ja, ob er dafür Masseure, Masseure und medizinische Bademeister oder Krankengymnasten beauftragt, welche konkrete therapeutische Leistung er verordnet oder ob er durch eine Hilfsmittelverordnung den Behandlungsfall abschließt. Bei allen diesen Substitutionsmöglichkeiten handelt er unter einem hohen Maß an Unsicherheit bezüglich der spezifischen Vorteilhaftigkeit seiner Entscheidung und vor allem in Unkenntnis über die mit seiner Entscheidung veranlaßten Kosten.

Neben medizinisch-fachlichen Voraussetzungen in Ausbildung und berufspraktischen Weiterbildungsabschnitten hat das Bemühen um ein rationales Verordnungsverhalten auch die Kostenstrukturen der Verordnungsalternative zu umfassen. Die Krankenversicherung hat auf diesem Gebiet eine Art »Bringschuld« im Hinblick auf dafür geeignete und im Praxisalltag handhabbare Informationssysteme.

Die Verfassung der Märkte im Heil- und Hilfsmittelbereich, deren ausdifferenzierte und für den Verordner kaum transparente Struktur, insbesondere die ungeklärte Abgrenzung der einzelnen Marktsegmente, führt insgesamt zu einer erheblichen Unsicherheit für das Verordnungsverhalten des Arztes und damit zu Steuerungsproblemen mit ungeklärten Konsequenzen sowohl im medi-

zinisch-qualitativen wie auch im sozialpolitisch-ökonomischen Bereich.

Ein wirksamerer Ansatz der Qualitätssicherung als die Verfeinerung der sektoralen Budgetierung liegt im Ausbau der internen und externen Qualitätssicherung und -kontrolle des Ordnungsverhaltens. Die interne Qualitätskontrolle der Kassenärzte im Rahmen ihrer Selbstverwaltung ist auf dem Heil- und Hilfsmittelsektor bisher wenig ausgebaut.

Grundsätzlich wird einer internen Qualitätssicherung und -kontrolle im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung vor einer externen, etwa durch Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung oder durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Priorität zu geben sein. Wegen des Eingriffscharakters der Kontrollen in die freie Berufsausübung der Kassenärzte wie auch zur Erhöhung der Durchsetzungsfähigkeit der Selbstverwaltungsorgane gegen die eigenen Mitglieder bedarf es für die mit einer internen Qualitätskontrolle verbundene Möglichkeit der Erfassung personenbezogener Daten einer klaren gesetzlichen Grundlage. Schon allein aus Kapazitätsgründen wird der externen Qualitätskontrolle die Funktion einer zweiten Instanz zukommen, die eingreift, wenn Toleranzen überschritten sind oder interne Beratung und Kontrolle nicht greifen.

Zur Orientierung der Verordner und Behandler und als Beurteilungsmaßstab für die Revision bedarf es des ordnungspolitischen Instruments von Therapiestandards. Sie sind bereits beispielhaft auf dem Gebiet der Hörgeräteversorgung durch eine Begutachtungsanleitung bei Schwerhörigkeit und Hörgeräteversorgung auf dem Gebiet der Sprachtherapie durch die Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen in Teilgebieten geschaffen.

Die Steuerungsmöglichkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen - auch im Hinblick auf die Fallzahl- und Volumenentwicklung - wird davon abhängen, welche Konsequenzen an eine festgestellte unwirtschaftliche Verordnungsweise im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung oder sonstiger vertraglicher Regelungen geknüpft werden. Wirksamer als Honorarkürzungen bei Überschreitungen der Richtgrößen könnte es beispielsweise sein, wenn bei anhaltender Mißachtung definierter Therapiestandards und dadurch erfolgter unwirtschaftlicher Behandlungsweise Erbringung oder Veranlassung bestimmter Leistungskomplexe untersagt werden können, der betreffende Arzt also Patienten in solchen Fällen an konkurrierende Gebietsärzte zur Mitbehandlung überweisen muß.

1.3 Marktpartner und Marktbeziehungen im Heil- und Hilfsmittelbereich - Vertragsbeziehungen im Überblick

1.3.1 Marktpartner und berufskundliche Informationen

Der gebräuchliche, aber unpräzise Begriff »übrige Leistungserbringer« oder »sonstige Vertragspartner« muß

Übersicht 3-2: *Berufskunde im Heil- und Hilfsmittelbereich (Nichtärztliche Therapeuten)*

Berufsbezeichnung	Berufsbild	Erlaubnis der Berufsbezeichnung	Berufsorganisationen
1. Masseure Masseure und medizinische Bademeister	Unterstützung der ärztlichen Therapie durch physikalisch- therapeutische Maßnahmen häufig bei: - Erkrankungen des Bewegungs- apparates - Erkrankungen des rheuma- tischen Formenkreises - Herz-Kreislaufkrankungen - neurol. Erscheinungen ver- schiedener Krankheitsbereiche Schwerpunkte - Massage - Bewegungstherapie - mediz. Badewesen Ergänzung - Elektro-, Licht-, Wärme-, Kältetherapie	Verwaltungsbehörde (Regierungs- präsident, Senatsbehörde, Landkreise), in deren Bereich Prüfung abgelegt worden ist: zugelassen: 31.12.1984 20.809 davon: 4.517 Masseure 16.292 Masseure medizinische Bademeister	a) Verband Physikalische Therapie - Bundesvereini- gung für Masseure und med. Bademeister, Kranken- gymnasten e.V. (VPT) Ham- burg b) Verband Deutscher Bade- betriebe e.V. (VDB), Bonn je 10 Landesgruppen (-verbände) c) Berufsverband der ange- stellten und selbständig tä- tigen Masseure u. med. Bade- meister in d. Bundesrepublik Deutschland e.V., Bückeburg
2. Krankengymnasten	Bewegung zur Unterstützung des Heilungsprozesses oder zur Korrektur von Fehlentwicklungen - Bewegungsübungen, Massa- gen, Wärmeanwendungen - verschiedene Spezial- isierungen	zuständige Landesaufsichts- behörde (Regierungs- präsident, Gesundheitsamt) zugelassen: 31.12.1984: 12.492 Krankengymnasten davon 11.341 weiblich	a) Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralver- band der Krankengymnasten e.V. (ZVK); 10 Landesverb. b) Interessenverband freibe- rufflicher Krankengymnasten e.V. (IVK), Düsseldorf c) Berufsverband der selb- ständigen Kranken- gymnasten, Berlin
3. Logopäden und andere Sprachtherapeuten (neues Berufsbild mit noch unge- decktem Bedarf)	Logopäden befassen sich mit den diagnostischen, thera- peutischen und sozialen Aspekten aller Stimm- und Sprachstörungen und mit Hörstörungen, die sich auf Spracherwerb und Sprache auswirken.	- staatliche Prüfung vor dem Prüfungsausschuß der jeweiligen Schule (Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7.5.1980, BGBl. I S.529) Übergangregelung: Personen, die min. 5-10 Jahre in der Sprech- und Stimm- therapie tätig waren.	a) Zentralverband für Logopäden e.V. (ZVL), München
3. 1 Staatlich anerkannte Sprech- und Sprachtherapeuten	Sprech- und Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen	anerkannt Runderlaß Niedersächsisches Kultusministerium vom 30. Juli 1979	
3. 2 Atem-, Sprech- und Stimm- lehrer	je nach Vertiefung der Ausbildung	Privatschule, staatlich anerkannt; Niedersächs. Kultusministerium 27.2.1965	
3. 3 Sonderschullehrer, Diplompädagogen Schwerpunkt: Sprachbehinderten- pädagogik	je nach Vertiefung der Ausbildung	Staatsprüfung	
4. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten Ergotherapeuten	durch Anwendung fachspezifischer Methoden körperliche, geistige und psychische Störungen zu beheben, eine Heilung mit dem Ziel, die Eingliederung in Gesellschaft und Beruf zu erreichen	Anerkennung an staatlich anerkannten Schulen Berufsbezeichnung nach Landesrecht, zuständige Be- hörde (Regierungsprä- sident, Gesundheitsamt u.ä.)	Verband der Beschäf- tigungs- und Arbeits- therapeuten (Ergothera- peuten), Karlsbad- Ittersbach, 11 Gruppen (Bundesländer) 8 Fachkreise

Zusammengestellt nach: Rosenthal, F.: Die Vertragsbeziehungen der Krankenkassen, St. Augustin 1988, versch. Seiten.

Übersicht 3-3: *Berufskunde im Heil- und Hilfsmittelbereich (Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln)*

Berufsbezeichnung	Berufsbild	Erlaubnis der Berufsbezeichnung	Berufsorganisation
1. Augenoptiker	- Feststellung der Sehansforderung - Beratung über geeignete Sehhilfe - Anfertigung in eigener Werkstatt - individuelle Anpassung - Nachbetreuung - Auswahl, Bearbeitung und Anpassung von Kontaktlinsen	Nach Eintragung in die Handwerksrolle	Zentralverband der Augenoptiker (ZVO) als Bundesinnungsverband, Dachverband, in denen die regionalen Innungen zusammengeschlossen sind. Sitz: Düsseldorf
2. Hörgeräteakustiker	- Ermittlung und Beurteilung der erforderlichen akustischen Kenndaten des Gehörs - Auswahl und Anpassung von Hörgeräten - Wartung und Instandsetzung - Auswahl und Anpassung von Gehörschutzmitteln	Nach Eintragung in die Handwerksrolle	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker keine regionalen Innungen Sitz: Mainz
3. Orthopädie-Mechaniker und Bandagisten	- Entwurf, Herstellung und Anpassung von Körperersatzstücken, Bandagen, Orthesen zum Ausgleich von Körperfunktionen - Abgabe von technischen oder medizinischen Heil- und Hilfsmitteln - Instandhaltung der abgegebenen Produkte	Nach Eintragung in die Handwerksrolle	Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik Dachverband der 16 regionalen Innungen Sitz: Düsseldorf
4. Orthopädie-Schuhmacher	- Entwurf, Herstellung und Anpassung von Fußergänzungen, orthopädischen Schuhen, Fußbettungen und Einlagen - Instandhaltung der abgegebenen Produkte	Nach Eintragung in die Handwerksrolle	Bundesinnungsverband für Orthopädie-Schuhtechnik, Dachverband der Landesinnungen Sitz: Hannover

Zusammengestellt nach: Rosenthal, F.: Die Vertragsbeziehungen der Krankenkassen, St. Augustin 1988, versch. Seiten.

für die Analyse der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln präzisiert werden.

Mindestens ist zu unterscheiden zwischen den Beziehungen zu

- den *nichtärztlichen Therapeuten*, also
 - Masseure, Masseure und medizinische Bademeister,
 - Krankengymnasten,
 - Logopäden und andere Sprachtherapeuten,
 - Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten)

sowie

- den *Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln*, also
 - Augenoptiker,
 - Hörgeräte-Akustiker,
 - Orthopädie-Mechaniker und Bandagisten,
 - Orthopädie-Schuhmacher und
 - sonstige Lieferanten.

Zur Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung haben alle Leistungserbringer des Heil- und Hilfsmittelbereiches die »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung« bei ihrer Tätigkeit zu beachten.

Bei den nichtärztlichen Therapeuten handelt es sich um Dienstleistungsberufe, die im direkten Kontakt mit den Patienten solche Gesundheitsleistungen erbringen, bei denen direkt heilende, übende oder helfende Verfahren angewendet werden.

Bei den Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln handelt es sich vorwiegend um Handwerksberufe des Gesundheitswesens, die den Versicherten Heil- und Hilfsmittel als sächliche Mittel zwar auf ärztliche Verordnung, aber in grundsätzlich eigener Verantwortung zur Verfügung stellen. Hierzu zählen die eigentlich handwerklich tätigen Berufsgruppen wie auch die Fachhändler industriell hergestellter Waren.

Um einen Überblick über die im allgemeinen doch wenig beachteten Berufsgruppen dieses Teilbereiches der Gesundheitsversorgung zu gewinnen, sind in *Übersichten 3-2* und *3-3* unterschieden in »nichtärztliche Therapeuten« und »Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln« - einige wichtige berufskundliche Informationen wie Berufsbezeichnung, Berufsbild, Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung und die vorhandenen Berufsorganisationen zusammengestellt.

1.3.2 Sicherstellung der Leistungserbringung durch Verträge

Nach § 376 d RVO haben die Krankenkassen und ihre Verbände die Kompetenz, Verträge mit Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln zu schließen. Diese Verträge regeln sowohl die Modalitäten und Voraussetzungen der Erbringung von Leistungen als auch deren Vergütung.

Für die weiteren Überlegungen, gerade im Zusammenhang mit Steuerungsalternativen ist wichtig, daß der BGH bereits einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit sich bewerbenden Leistungserbringern abgelehnt hat. Eine Krankenkasse ist demnach nicht verpflichtet, mit je-

dem Leistungsanbieter einen Vertrag zu schließen (BGH, Urteil vom 1. Juni 1977, USK 7777).

Allerdings - und dies schränkt die Freiheiten in der Vertragsgestaltung bis zu einem gewissen Punkt wieder ein - stellen die Krankenkassen wettbewerbsrechtlich marktbeherrschende Unternehmen dar. Die Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind anzuwenden (BGH, Urteil vom 26. Oktober 1981, NJW 1982, S. 196).

Damit ist festgelegt, daß dann, wenn Vertragsbeziehungen bestehen, für alle Leistungsanbieter die gleichen Bedingungen für den Vertragsbeitritt bestehen müssen und niemand diskriminiert werden darf. Dies wirft für mögliche Steuerungsansätze die Frage nach objektiven Kriterien auf, z.B. bei der Zulassung von Leistungserbringern oder bei dem gesamten Komplex der Qualitätssicherung.

Nach § 376 RVO, ebenfalls durch das KVEG eingefügt, haben die Spitzenverbände im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer einheitliche Verzeichnisse über die von den Krankenkassen zu vergütenden Hilfsmittel zu erstellen.

Wenn solche Hilfsmittelverzeichnisse vorliegen (Bundesprothesenliste, Bundesschuhliste), sind diese den jeweiligen Verträgen zugrundezulegen. Bestehen solche Leistungsverzeichnisse nicht, sind die Vertragspartner frei bei der Definition der Leistungsinhalte, wobei die Generalklausel des »Notwendigen, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen« zu beachten bleibt.

Auch Leistungen außerhalb eines vertraglich oder per Verzeichnis definierten Leistungsrahmens bleiben verordnungsfähig, wobei dies zum Teil nach Prüfung der Krankenkassen (Vertrauensärztlicher Dienst) in vielen Fällen auf Grundlage von Kostenvoranschlägen einer oder mehrerer Anbieter (Ausschreibung) geschieht.

Bei der Vergütung der Leistungen sind beide Marktpartner gehalten, die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen (§ 376 d Abs.2 Satz 1 RVO). Die ökonomischen Konsequenzen aus dieser Rechtskonstruktion werden in *Abschnitt 4. 2* eingehend diskutiert. Die von den Vertragsparteien vereinbarten Preise sind Höchstpreise, die von den Krankenkassen vor Ort unter Berücksichtigung der regionalen oder örtlichen Besonderheiten sowie der Möglichkeiten der individuellen Vertragspolitik unterschritten werden können.

Hier ist anzumerken, daß durch diese gesetzliche Konstruktion ausdrücklich der Preiswettbewerb gefördert werden soll. Die konkrete Ausgestaltung dieser gesetzlichen Vorschriften ist jedoch einem Preiswettbewerb nicht förderlich, da eine Bundesempfehlung immer so etwas wie eine Leitlinie darstellt und sich die Verhandlungsführer regionaler Leistungsanbieter wohl kaum auf niedrigere Preise - als in dieser Leitlinie empfohlen - verständigen werden. Wenn überhaupt, so geht von einem solchen Verfahren nur marginal preissenkende Wirkung aus.

Deshalb wird dieses Instrument regional kaum genutzt. Auch wird vom möglichen Instrument der Ausschreibung kaum Gebrauch gemacht.

Einen durchaus ambivalenten Charakter haben die Einschränkungen von Werbemöglichkeiten auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel:

Richtig ist, daß auf dem Markt für Gesundheitsleistungen die Besonderheit gilt, daß der eigentliche Nachfrager von Gesundheitsleistungen, der Patient, durch das Umlageverfahren nur begrenzten Nutzen an einer preisgünstigen Versorgung hat. Werbemaßnahmen können deshalb in diesem Bereich leicht eine Anspruchshaltung wecken, die die finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen übersteigen. Gerade bei technischen Innovationen kann hier ein erheblicher Ersatzbedarf bei den »veralteten« Produkten initiiert werden.

Allerdings ist mit Blick auf das Ziel einer möglichst reibungslosen und raschen Eingliederung des wissenschaftlich-technischen Fortschritts in die Breitenversorgung zu bedenken, daß mit der Verordnung und Abnahme des Hilfsmittels oder der nichtärztlichen Therapie für den verordnenden Arzt seine Funktion erledigt ist; eine Verantwortlichkeit und ein daran gekoppeltes wirtschaftliches Interesse am Therapieerfolg besteht nicht. Ähnliches gilt für den Lieferanten.

Zur Sicherung einer möglichst effektiven Versorgung werden Aufklärungsmaßnahmen Dritter oder Werbemaßnahmen der Hersteller beim Patienten oder Therapeuten ansetzen. Besonders effektiv wegen der Multiplikatorfunktion primärer sozialer Netze sind zielgruppennahe Medien, die sich an Selbsthilfegruppen, Konsumentengruppen - wie Eltern von behinderten Kindern in sonderpädagogischen Schulen -, an Risikogruppen - z.B. Sporttreibende, Rheumatiker u.a. - wenden.

Da der »Therapieerfolg« die für den Therapeuten nicht zu überblickende Bewährung des Behinderten in Alltagssituationen ist, wird er im Therapiekontext nicht erfassbar und überprüfbar. Innovationsdruck entsteht daher in diesem Bereich vornehmlich von der Nachfrageseite. Die Trageeigenschaften, z.B. von Prothesen verschiedener Werkstoffe, können von den Lebensgewohnheiten und Situationen des Patienten her beurteilt werden; bei unterschiedlichen Anforderungen gibt es deshalb auch bei gleichem physiologischen Zustand nicht »die optimale Versorgung«.

Es ist schwierig abzugrenzen, wo die zulässige und sinnvolle Information der Patienten zu einer anspruchweckenden Werbung wird. Sicher ist, daß Anschreiben von Augenoptikern an ihre Kunden, der Drei-Jahres-Zeitraum für die Neuverordnung einer Brille sei abgelaufen - »ihre Brille hat Geburtstag« -, zu unzulässigen Werbemaßnahmen zu zählen ist. Inwieweit die Arbeit der Fördergemeinschaften »Gutes Sehen« und »Gutes Hören« Werbung in diesem Sinne darstellt oder noch Versicherten-Information ist, bleibt strittig.

Die Begrenzung von Werbemaßnahmen birgt aber auf der anderen Seite das grundsätzliche Problem, daß Anbieter besonders preiswerter oder besonders innovativer Artikel ihre besondere Preiswürdigkeit nicht so herausstellen können, daß es sich für sie lohnen könnte, auf diesem Markt zu investieren. Hier verhindern die eingeschränkten Werbemöglichkeiten eine Preiskonkurrenz

Übersicht 3-4: Vertragsbeziehungen (Nichtärztliche Therapeuten)

Berufsbezeichnung	Gegenstand der Verträge	Abgabebestimmungen	Vergütung der Leistung	Vertrags- und Preisvereinbarung	Besonderheiten
1. Masseur Masseur und med. Bade- meister	Erbringung und Vergütung von physikalisch-therapeutischen Leistungen	Die Leistungen sind entsprechend der ärztlichen Verordnung auszuführen	Nach Verträgen und den jeweils geltenden Preisvereinbarungen	Zum Teil mit einem Berufsverband zum Teil mit mehreren Berufsverbänden, z. Teil örtliche Regelungen. Ersatzkassen haben Bundesverträge mit allen Verbänden	Aus statistischen Auswertungen ergeben sich folgende Leistungen in %: Massagen 46 % Wärme u. Kälte-Therapie 27 % Elektro-Licht-Therapie 17 % Bewegungstherapie 4 % gesamt 94 %
2. Krankengymnasten	Erbringung und Vergütung von neurophysiologischen und physikalisch-therapeutischen Leistungen. Insbesondere auch Gruppentherapie	Die Leistungen sind entsprechend der ärztlichen Verordnung auszuführen	Nach Verträgen und den jeweils geltenden Preisvereinbarungen	Zum Teil mit einem Berufsverband, zum Teil mit mehreren Berufsverbänden, zum Teil örtliche Regelungen. Ersatzkassen haben Bundesverträge mit allen Verbänden	Aus statistischen Auswertungen ergeben sich folgende Leistungen in %: gymnastische Einzel- und Gruppenbehandl. mit Eisenanwendung neurophysiologische Einzel- u. Gruppenbeh. 38 % ärztl. verordneter Hausbesuch 24 % Massagen 8 % Elektro-Licht-Therapie 7 % Wärme- und Kältetherap. 5 % gesamt 86 % Unter Berücksichtigung der Preisvereinbarungen ergibt sich folgendes Bild: Einzelbehandlung 38 % Gruppenbehandl. neurophysiolog. Behandlung 1 % Eisenanwendung 35 % gesamt 7 % 81 %
3. Logopäden	Behandlung von von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen	Nach Verordnung durch qualifizierten Arzt	Nach den jeweiligen Höchstpreisvereinbarungen	Annähernd gleiche Vereinbarungen im Bundesgebiet	---
3.1 Staatlich anerkannt. Sprech- u. Sprachtherapeuten	Behandlung von von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen	Nach Verordnung durch qualifizierten Arzt	Nach den jeweiligen Höchstpreisvereinbarungen	Annähernd gleiche Vereinbarungen im Bundesgebiet	---
3.2 Atem-Sprech- u. Sprachlehrer	Behandlung von von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen	Nach Verordnung durch qualifizierten Arzt	Nach den jeweiligen Höchstpreisvereinbarungen	Annähernd gleiche Vereinbarungen im Bundesgebiet	---
3.3 Sonderschullehrer u. Diplompäd. mit Schwerpkt. Sprachbehindertenpädagogik	Behandlung von von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen	Nach Verordnung durch qualifizierten Arzt	Nach den jeweiligen Höchstpreisvereinbarungen	Annähernd gleiche Vereinbarungen im Bundesgebiet	---
4. Ergotherapeuten Beschäft. u. Arbeitstherap.	Versorgung mit beschäftigungstherapeutischer Leistung	Nach Verordnung durch Arzt und Bestimmung der Notwendigkeit	Nach den jeweils geltenden Preisvereinbarungen	Einzelverträge	---

Zusammengestellt nach: Rosenthal, F.: Die Vertragsbeziehungen der Krankenkassen. St. Augustin 1988, versch. Seiten.

Übersicht 3-5: *Vertragbeziehungen (Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln)*

Berufsbezeichnung	Gegenstand der Verträge	Abgabebestimmungen	Vergütung der Leistung	Vertrags- und Preisvereinbarung	Besonderheiten
1. Augenoptiker	Versorgung mit Sehhilfen und Kontaktlinsen. Durchführung der Augenglasbestimmung	Nach Verordnung durch Arzt oder Ausstellung eines Berechtigungsscheines durch Augenoptiker. Augenoptiker sind derzeit bundesweit berechtigt, Ersatzlieferungen von Kontaktlinsen auf Berechtigungsschein vorzunehmen	Nach jeweiligen Preisvereinbarungen und einheitlichen Positionsnummern	Gebietspreislisten zwischen Landesverbänden und KV der RVO-Kassen Bundesweite Verträge zwischen Bundesverband der Optiker und Ersatzkassen	Angaben in % Mineralische Zweistärkengläser 37 % Pos. 201-243 27 % Mineralische Einstärkengläser 19 % Aufschläge für Gläser 2,5 % Gläser m. farbwirk. 2 % Kunststoffgläser 1,5 % Augenbestimmung 1,5 % Aufarbeitung einer vorhan. Fassung 1,5 %
2. Hörgeräte-Akustiker	Lieferung von Hörgeräten und Zubehör	nach Verordnung durch Ohrenarzt gem. Vordruck Vereinbarung; Vor Abgabe des Hörgerätes muß Anpassbericht von KV genehmigt werden	Gruppenfestpreissystem seit 1977	Bundespreislisten zwischen Bundesinnung und Krankenversicherung	Es dürfen keine Zahlungen vom Versicherten gefordert werden Festpreissystem kein Festbetragsystem
3. Orthopädie-Mechaniker und Bandagisten	Versorgung mit medizinisch-technischen Waren Herstellung, Anpassung und Abgabe von Körperersatzstücken Bandagen und Orthesen	Nach Verordnung durch Arzt Beachtung der Begrenzung auf bestimmte Leistungen	Nach Höchstpreisvereinbarungen	Landespreislisten zwischen Landesinnungen und KV (Landesverband) Bei Rollstühlen besteht Bundesvertrag zw. Bundesinnung f. Orthopädie-Technik und Ersatzkassen bei RVO-Kassen, örtl. Regelungen für Rollstühle	Ein einheitliches Verzeichnis für Heil- und Hilfsmittel besteht derzeit noch nicht. Soll aber Grundlage für spätere Festbeträge werden. Ausgabenanteile: zu heterogene Struktur
4. Orthopädie-Schuhmacher	Versorgung Heil- und Hilfsmitteln, Anpassung u. Abgabe v. orthopädischen Schuhen gemäß Vereinbarungen	Nach Verordnung durch Arzt	Nach Höchstpreisvereinbarung auf Grundlage eines einheitlichen Leistungsverzeichnisses auf Landesebene	Landespreislisten zwischen den Landesinnungen und den Landesverbänden der Krankenversicherung	Arbeit an Bundesschuhliste soll durch Spitzenverbände der Krankenversicherung einheitl. erstellt werden. Ausgabenanteile Erst- und Nachlieferung von orthopädischen Schuhen f.d. Hausgebrauch 55 % orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen 25 % Einlagen 20 %

Zusammengestellt nach: Rosenthal, F.: Die Vertragsbeziehungen der Krankenkassen, St. Augustin 1988, versch. Seiten.

zwischen den Leistungserbringern, was für die Marktentwicklung insgesamt problematisch ist.

Die Vertragsbeziehungen zu den nichtärztlichen Therapeuten und zu den Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln sind äußerst heterogen und weisen in jeder der einzelnen Vertragsbeziehungen Besonderheiten sowohl hinsichtlich der Vertragsinhalte als auch der vertragsschließenden Parteien selbst auf. Zur Vereinfachung der Darstellung werden die verschiedenen Vertragsbeziehungen in der *Übersichten 3-4 und 3-5* gegenübergestellt.

Die Gruppierung erfolgt nach den Kriterien Berufsbezeichnung, Gegenstand der Verträge, Abgabebestimmungen, Vergütung der Leistung, Vertrags- und Preisvereinbarungen und Besonderheiten; diese erfassen auch vorliegende statistische Auswirkungen der Leistungsstruktur.

1.4 Marktergebnisse im Überblick

Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für Heil- und Hilfsmittel haben sich von 1970 bis 1987 mehr als verzehnfacht. Sie stiegen von 705 Mio. DM auf über 7,7 Mrd. DM. Kein Bereich des Gesundheitswesens weist diese Wachstumsraten auf, aber auch kein anderer Bereich ist so intransparent. Auch im Jahr 1987 stiegen die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel um 8,83 % und lagen damit weit über dem Orientierungsmaß »Grundlohnsumme«, das um 2,99 % anstieg.

Wie alle Ausgabenbereiche der GKV erlebte der Sektor Heil- und Hilfsmittel in der ersten Hälfte der 70er Jahre seine dynamischste Phase mit Wachstumsraten von mindestens 20 % und teilweise sogar über 30 %. Ab 1975

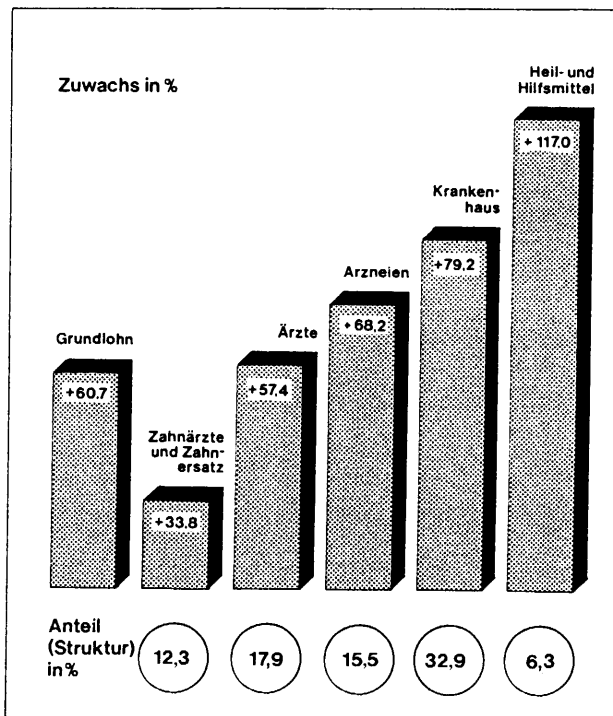
flachte das Wachstum auch als Folge des 1. Kostendämpfungsgesetzes ab. Aber »Konformität« mit der Grundlohnentwicklung wurde nicht erreicht.

Von 1977 bis 1984 lagen die Wachstumsraten für Heil- und Hilfsmittel im Schnitt um 3,1 % über dem Zuwachs der Grundlohnsumme. Diese Entwicklung führte dazu, daß der Anteil des Heil- und Hilfsmittelsektors an den gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 2,8 % (1970) auf 6,5 % (1987) mit wachsender Tendenz anstieg, während die Anteile für ärztliche Behandlung oder Arzneimittel im gleichen Zeitraum zurückgeführt werden konnten.

Insbesondere die Tatsache, daß in der saldierten Bilanz der Kostendämpfungsbeträge wichtiger Leistungsbereiche in den Jahren 1977 bis 1984 der »kleine« Heil- und Hilfsmittelbereich mit absolut 5,1 Mrd. DM fast ebenso stark zum Budgetdefizit der GKV beigetragen hat, wie der größte Ausgabenbereich, der Krankenhausbereich, mit 5,2 Mrd. DM.

Auch die Leistungsausgaben der GKV je Mitglied für wichtige Leistungsbereiche zeigen deutlich die enorme Ausgabendynamik des Heil- und Hilfsmittelbereichs. Auch hier hat dieser »kleine« Leistungsbereich die mit Abstand größten Ausgabenzuwächse.

Übersicht 3-6: Leistungsausgaben der GKV je Mitglied für ausgewählte Leistungsbereiche von 1976-1986



Quelle: Rebscher: Optionen für die medizinische Beratung..., 1988, S.46

Interessant an diesen Zahlen ist die Tatsache, daß die Addition der Anteile an Leistungsausgaben in den Leistungsbereichen mit hohen Substitutionsmöglichkeiten »ärztliche Behandlung«, »Arzneimittelverordnung« und »Heil- und Hilfsmittelverordnung« über einen großen Zeitraum relativ konstant geblieben ist und erhebliche

Umschichtungen zwischen diesen Leistungsbereichen erfolgt sind.

Tab.3-1: Anteile der Leistungsbereiche an den gesamten Leistungsausgaben der GKV 1975-1987 (in %)

Jahr	Ärztliche Behandlung	Arzneimittel	Heil-/Hilfsmittel	
1975	19,4	15,3	4,4	39,1
1980	17,9	14,6	5,7	38,2
1985	18,1	15,3	6,0	39,4
1986	17,9	15,5	6,3	39,8
1987	17,7	15,8	6,5	40,0

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten des BMA

Diese Zahlen zeigen, daß sich die ärztliche Behandlungsstrategie - und zwar zur Verordnung hin - geändert hat. Man kann vermuten, daß die zunehmende Konkurrenz unter Ärzten diesen Prozeß weiter fördern wird.

Parallel zur Ausgabenentwicklung in diesem Bereich erfolgte eine sprunghafte Zunahme der Anbieterzahlen, die den Kostenträgern erhebliche Sorge bereitet. Die Entwicklung von Zahl und Zuwachsrate der Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln dürfte nicht zuletzt durch die Einkommenserwartungen in diesen Bereichen induziert sein. Wie näher zu zeigen sein wird, entstehen zwischen der Zahl der Leistungserbringer und der Entwicklung der Ausgaben in diesen Bereichen erhebliche Rückkopplungseffekte.

Tab.3-2: Zahl und Zuwachsraten der Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln (Stand: 15.10.1987)

Anbieter	1977	1985	Zuwachsrate 1985/77 in v.H.
Orthopädietechniker	1.551	1.671	+ 7,7
Orthopädie-Schuhmacher	1.299	1.442	+ 11,0
Augenoptiker	4.201	5.702	+ 35,7
Hörgeräteakustiker	298	441	+ 48,0
Medizinische Bademeister	3.223	5.408	+ 67,8
Masseure	6.487	9.525	+ 46,8
Krankengymnasten	2.918	5.362	+ 83,8

1) in die Handwerksrolle eingetragene Betriebe; 2) einspartige Betriebe; 3) abrechnende Leistungserbringer.

Quelle: AOK Presseseminar 1987, S.55

2. Mängelanalyse: Steuerungsprobleme im Heil- und Hilfsmittelbereich

2.1 Allgemeine Mängelanalyse: Marktstrukturen

Trotz der Notwendigkeit der Präzisierung durch teilbereichsbezogene Betrachtung einzelner Marktsegmente sind einige grundsätzliche Steuerungsprobleme für fast alle Teilsektoren des Heil- und Hilfsmittelmarktes festzuhalten. Es gilt in vielen Teilbereichen, daß

- die Verordnung für den niedergelassenen Arzt mehr und mehr unter dem Aspekt zunehmender Anbieterkonkurrenz beurteilt werden muß,
- die Verordnungspräzision bei grundsätzlich vorhandener Intransparenz über Qualität und Preis der verordneten Heil- und Hilfsmittel gering ist,
- die Preisbildung für Heil- und Hilfsmittel in der Regel nicht am Markt, sondern in unterschiedlich strukturierten Verhandlungsprozessen erfolgt,
- auf örtlicher Ebene ein zumindest kleiner und damit leicht koordinierbarer (Kartellproblematik) Anbieterkreis existiert,
- eine Dominanz handwerklich-ständischer Verhaltensnormen mit ausgeprägter Gruppendisziplin vorherrscht, die tendenziell mit der Nähe zum Verbraucher steigt,
- die bisherige Regelung der weitgehend vollen Kostenübernahme durch die Krankenversicherung eine mangelnde Preiselastizität bedeutet,
- ein hoher Anteil der Ausgaben KVdR-ausgleichsfähige Ausgaben sind und damit auch die Krankenkassen nur beschränkt Interesse an der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall oder an einer regionalen Konfliktstrategie haben,
- viele der Produkte und Therapien auch für die private Lebensführung einen hohen »Konsumwert« haben,
- von den bisherigen Strukturen keinerlei Anreize für einen Preiswettbewerb zwischen den Anbietern ausgehen und
- die Sozialrechtsprechung zu einer extensiven Leistungsdefinition (Mengenkomponente, Qualitätsstandards) beigetragen hat.

Im folgenden soll eine Präzisierung der Marktstrukturen im Hinblick auf ausgewählte Kriterien erfolgen.

2. 1. 1 Verordnungsverhalten unter Konkurrenz

Es ist eine kaum noch bestrittene und empirisch mehr und mehr gefestigte Erkenntnis, daß sich das Angebot im Gesundheitswesen seine Nachfrage in weiten Teilen selbst schafft. Der Arzt bestimmt in großen Bereichen, wann, was, wieviel und für wen verordnet wird. Der Heil- und Hilfsmittelbereich ist dafür als ein typischer Teilbereich anzusehen.

Dem verordnenden Arzt kommt dabei eine nicht zu kritisierende Grundhaltung der Patienten entgegen, die auf eine qualitativ hochwertige Versorgung Wert legen. Die grundsätzliche Unkenntnis der Betroffenen über die qualitativen Standards erhöht die Verantwortlichkeit des verordnenden Arztes für die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit seiner Verordnung. Daß der Arzt dabei, gewollt oder ungewollt, handfeste Einkommenspolitik betreibt, wird in dieser Phase noch nicht gesehen, auch nicht betont, und stellt sich systembedingt quasi zufällig - als Nebeneffekt - ein.

Eine sehr differenzierte Analyse der ärztlichen Honorarentwicklung von 1980 bis 1986 zeigt eindrucksvoll, daß der Zuwachs an Ärzten nicht zu einem direkt proportionalen Anstieg der abgerechneten Fälle geführt, insbesondere keine erhöhte Nachfrage (Originalscheine) beim Versicherten ausgelöst hat. Gleichwohl ist der einzelne Arzt trotz zunehmender Zahl an Ärzten, Mitgliederrückgang und deutlich nachlassender Primäranspruchnahme von 1980 bis 1986 auf einen mehr als 10%igen Zuwachs seines Honorarvolumens gekommen, und zwar durch eine Ausweitung des gesamten Leistungsvolumens. Der Leistungsbedarf wurde demnach systemintern durch die Zunahme der Sekundärscheine und - noch stärker - durch die gestiegene Behandlungsintensität beeinflusst.

Tab.3 - 3: Ärztliche Honorarentwicklung 1980 bis 1986

	%		% (gewichtet)
Honorarvolumen je Punkt	+ 6,9	(1.069)	} + 34,2
Punkte je Fall	+ 16,9	(1.169)	
Fälle je Originalschein	+ 7,4	(1.074)	
Originalscheine je Anspruchsberechtigten	+ 3,9	(1.039)	} - 17,9
Anspruchsberechtigte je Mitglied	- 6,9	(0.931)	
Mitglieder je Arzt	- 15,1	(0.849)	
Ergibt Honorarvolumen je Arzt	+ 10,1	(1.101)	

Quelle: Eberle, G.: Honorarentwicklung 1980 bis 1986, DOK 1987, S.453

Mangels statistischer Nachweise ist die empirische Analyse des Verordnungsverhaltens niedergelassener Ärzte in bezug auf die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln nicht in dieser differenzierten Form möglich. Es besteht jedoch aller Anlaß, die Ausweitung der Intensität des Verordnungsverhaltens auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung zu unterstellen. Gerade durch Ausweitung der Verordnungen haben sich die relativen Anteile am Gesamtbudget zugunsten des Heil- und Hilfsmittelmarktes verschoben. Dies bestätigt, daß das Verordnungsverhalten im Heil- und Hilfsmittelbereich auch eine strategische Größe in der Wettbewerbsbeziehung der einzelnen Ärzte ist und sie wohl auch in der Erfüllungsbereitschaft von Patientenwünschen eine Marketing-Strategie sehen. Zusammen mit der in *Punkt 1. 2* näher beschriebenen Verordnungsunsicherheit hinsichtlich der medizinischen Indikation, der Qualität der verordneten Heil- und Hilfsmittel sowie der damit veranlaßten Kosten ergibt sich so eine fragwürdige Steuerungsleistung für den Heil- und Hilfsmittelbereich über die ärztliche Verordnung.

2. 1. 2 Zahl der Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich

Zahl und Zuwachsraten der Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln stellen ein zentrales Problem für die Krankenversicherung dar.

Die stark steigende Zahl der Anbieter führt notwendigerweise zu einer Intensivierung des Wettbewerbs in den Teilmärkten des Heil- und Hilfsmittelbereichs, schafft regional oft erst das Angebot, das dann von dem niedergelassenen Arzt nachgefragt werden kann, und führt, auch über »unterstützte« Patientenwünsche, zu einer Intensivierung des Ordnungsverhaltens der Ärzte. Ordnungsverhalten und Zahl der Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich sind in hohem Maße interdependent mit stark expansiver Wirkung.

Tab.3-4: Leistungserbringer und Leistungsausgaben im Heilmittelbereich 1985/83

	Leistungs- erbringer	Ausgaben
Med. Badebetriebe	+ 4,65 %	+ 21,97 %
Masseure	+ 8,79 %	+ 27,02 %
Krankengymnasten	+ 12,67 %	+ 45,32 %
sonst. Heilpersonen (Sprachtherapie)	+ 20,89 %	+ 26,42 %
Beschäft./Arbeitstherapeuten	+ 38,37 %	+ 123,00 %

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten des BMA

Es zeigt sich im Heilmittelbereich in statistischer Regelmäßigkeit, daß die Bereiche mit der größten Expansion der Zahl der Leistungserbringer auch die Bereiche mit den extremsten Wachstumsraten bei den Ausgaben darstellen. Die Gegenüberstellung der Zahl der Leistungserbringer und der Leistungsausgaben im Heilmittelbereich von 1985 gegenüber 1983 (Tabelle 3-4) zeigt diesen Zusammenhang deutlich auf und ist damit ein weiteres Indiz für die Gültigkeit der These der angebotsinduzierten Nachfrage auch im Heilmittelbereich.

Tab. 3-5: Steigerung der Ausgaben und Mengen-(Struktur)entwicklung im Heil- und Hilfsmittelbereich

Heil- und Hilfsmittel- bereich	Ge- Men- samt- ge/ aus- Struk- gaben tur		Ge- Men- samt- ge/ aus- Struk- gaben tur		Ge- Men- samt- /ge aus-Struk- gaben tur	
	Orthopäd. Heil- u. Hilfsmittel	6,1	5,1	9,1	6,3	5,7
Schhilf.	4,7	4,3	8,3	6,2	8,7	7,9
Hörhilfen	8,8	5,6	4,1	7,3	6,6	6,6
Bäder, Mas- sagen, Gym- nastik	7,1	6,3	13,3	10,3	8,3	8,0
Heil- und Hilfsmittel insgesamt	6,3	5,4	9,9	7,8	7,6	7,2

Quelle: AOK-BV, II 4 (1) St, Stand: 1. März 1987

Der angenommene statistische Zusammenhang gilt natürlich nur unter sonst gleichen Bedingungen im GKV-System. Die Geltung der Ceteris-paribus-Annahme wird im hier betrachteten Zeitraum durch einige sekundäre Effekte eingeschränkt. Zu nennen sind technisch induzierte Änderungen der Nachfragestruktur, z.B. die Absenkung der Barrieren, ein Hörgerät zu tragen, durch die Miniaturisierung und die verbesserte Tonqualität heutiger Hör-

hilfen, ferner die graduelle Erweiterung der medizinischen Behandlung, u.a. durch Ergotherapie an der Grenze der Behindertenpädagogik zur psychiatrischen Pflege und zur Behindertenpflege.

Vergleicht man die Steigerung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel mit der Mengenentwicklung in diesem Bereich, so zeigt sich, daß die Mengen- und Strukturentwicklung in extrem hohen Maße für die Entwicklung der Gesamtausgaben verantwortlich gemacht werden muß. Die Preiskomponente spielt eine nur untergeordnete Rolle.

Hier fließen natürliche Ursachen wie Versorgungsdefizite in bestimmten Bereichen, z.B. Hörhilfen, Sprachtherapie oder die Verlagerung zu moderneren Therapieformen, ein. Zum großen Teil dürfte die Mengen- und Strukturkomponente jedoch in der Zahl der Verordnungen, der Zahl der erbrachten Leistungen sowie versteckten Preis- anpassungen, z.B. durch Produktvariationen, begründet sein.

2. 1. 3 Optionen für Leistungserbringer bei vorhandener Intransparenz

Die Heterogenität des Gesamtbereichs der Heil- und Hilfsmittelversorgung findet ihre Entsprechung in einem hohen Maß an Intransparenz für alle Beteiligten innerhalb der Teilmärkte. Es fehlen in fast allen Teilmärkten systematische Informationsinstrumente, die diesen Mangel abbauen könnten.

Wegen der Heterogenität dieses Bereichs sind diese Instrumente für die Krankenversicherung auch nur schwierig zu leisten: Wenn schon der Gesamtbereich deutlich unter 10 % der Gesamtausgaben der Kassen ausmacht und eine tiefe Differenzierung in sehr heterogene Märkte aufweist, deren einzelne Anteile am Gesamtbudget bei maximal 1 bis 3 % liegen, so wäre für die systematische Aufarbeitung der Marktstrukturen und Marktergebnisse ein Personalaufwand notwendig, der weit über ähnlich angelegte Versuche in den großen Ausgabenblöcken, z.B. Arzneimittelbereich (Arzneimittelindex) oder Krankenhausbereich, hinausgehen würde. Dies ist eine mögliche Erklärung für die mangelnde Informationsgrundlage in diesem Bereich.

Es übersteigt die personellen Kapazitäten einzelner Kassen oder Kassenarten, die Marktsegmente systematisch zu analysieren und geeignete Informationsinstrumente zu erarbeiten. Diese Aufgabe kann inhaltlich und ökonomisch effektiv nur kassenübergreifend und zentral auf Bundesebene geleistet werden.

Allein die Zuwachsraten und die ungeklärten Leistungsstrukturen sprechen für eine verbesserte statistische Erfassung.

Das Schwerbehindertengesetz hatte bereits ab 1985 zweijährig eine Statistik der Rehabilitationsleistungen nach Art, Ort, Dauer und Verlauf der Maßnahmen sowie Art und Ursache der Behinderung unter Beteiligung aller Reha-Träger (außer nach Beamtenrecht) vorgesehen (§ 53 Abs. 2 und 3 SchwbG). Auf Einlassung der GKV hatte

der Gesetzgeber seinerzeit im nachhinein die Einbeziehung der sächlichen Heil- und Hilfsmittel sowie der ambulant erbrachten Reha-Leistungen nichtärztlicher Therapeuten suspendiert. Diese Erhebung sollte unter aktuelleren Vorzeichen neu diskutiert werden.

Für die Zukunft ist zu erwarten, daß die Trends der letzten Jahre anhalten. Das vom Land Berlin angekündigte Psychotherapeutengesetz, das eine Beteiligung nichtärztlicher Psychotherapeuten an der kassenärztlichen Versorgung eröffnen wird, der Ausbau komplementärer Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, die ohne derartige Hilfen in stationärer Versorgung verblieben, sowie die Einbeziehung altersspezifischer psychischer Störungen in die medizinische Behandlung und Rehabilitation umschreiben neue Märkte, die in die medizinische Versorgung hineinwachsen.

Um die Fehlallokation knapper Ressourcen auf konsumnahe Nachfrage zu vermeiden, ist im Hinblick auf diese Trends eine größere Transparenz und Verbesserung des Steuerungspotentials dringend erforderlich.

Von den Leistungserbringern ist nicht zu erwarten, daß sie ihrerseits Beiträge zur stärkeren Transparenz liefern, da die vorhandene Intransparenz einen strategischen Vorteil der Leistungserbringer in diesem Bereich darstellt.

Können schon, wie mehrmals betont, die verordnenden Ärzte die Heil- und Hilfsmittelalternativen hinsichtlich ihrer Qualität und medizinischer Indikation nicht hinreichend beurteilen, so stellt sich dieses Problem für die Verwaltungsangestellten der Krankenversicherung in noch größerem Maße. Die Krankenversicherung wird deshalb auf Dauer nicht umhinkommen, geeignete »Expertensysteme« in eigener Verantwortung zu organisieren, um im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung transparentere Strukturen für alle Beteiligten zu schaffen.

Einige naheliegende Instrumente zur Verbesserung der Markttransparenz für die Krankenversicherung sind erkannt und werden zum Teil auch durch den Entwurf zu einem Gesundheits-Reformgesetz umgesetzt:

- arztbezogene Erfassung der Verordnungen, Möglichkeit der versichertenbezogenen Erfassung;
- Wirtschaftlichkeitsprüfung;
- Leistungskonten;
- Hilfsmittelverzeichnis mit Preisangaben;
- Qualitätssicherung bei Marktzugang.

Die gegenwärtig vorhandene Intransparenz bedeutet jedenfalls für die Leistungserbringer Optionen, die ihr Handeln weitgehend leiten und bei denen zum großen Teil unklar bleibt, welcher medizinische Grund das Handeln bestimmt.

Für die verordnenden Ärzte ist eine solche Option z.B. die Möglichkeit, außerhalb der durch Wirtschaftlichkeitsprüfung erfaßten Leistungsbereiche Patientenansprüchen zu genügen und damit Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Oder die Möglichkeit, etwa vorhandene Unsicherheiten

hinsichtlich Diagnose und Therapie durch die Verordnung einer in der Regel nebenwirkungsfreien Leistung zu kaschieren und dem Patienten das Gefühl der »kompetenten« Behandlung seines Falles zu geben.

Für die Leistungserbringer im Heilmittelbereich ist eine solche Option z.B. die Möglichkeit der inhaltlichen Bestimmung und Strukturierung der Therapiepläne bei unpräziser Verordnung oder die relativ unproblematische Anforderung einer Ergänzung beim niedergelassenen Arzt.

Im Hilfsmittelbereich können Produktvariationen und -imitationen am Markt plaziert werden, deren medizinischer Nutzen nicht jeweils nachgewiesen zu werden braucht und deren Qualität auch kaum in Frage gestellt wird. Der oft in Werbeprospekten von Hilfsmitteln angegebene Indikationsbereich ist ein typisches Beispiel für solche Anbieteroptionen, denn er deckt zumeist so große Indikationsbereiche ab, die bei seriöser medizinisch-fachlicher Betrachtung in keiner Weise zu rechtfertigen sind.

Schließlich kann die vorhandene Intransparenz im Heil- und Hilfsmittelbereich durch interessierte Leistungserbringer dahingehend genutzt werden, daß einzelne Patienten veranlaßt werden, bestimmte Produkte nachzufragen oder sich verordnen zu lassen, die (noch) nicht verordnungsfähig sind. Deren Ablehnung durch die Krankenversicherung oder deren Gutachterdienste kehren den Begründungszwang um; die Krankenversicherung muß nun ihre Ablehnung begründen, was nie populär ist und damit Krankenkassen im Wettbewerb naturgemäß schwerfällt.

Intransparenz ist wohl die dauerhafteste Garantie für die Umsetzung von Anbieterinteressen am Markt. Der Abbau von Intransparenz wird deshalb inhaltlich von seiten der Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich kaum unterstützt werden. Im Gegenteil: »Unvergleichbarkeit« ist gleichsam als eine strategische Größe für die Leistungserbringer anzusehen. Die Vielzahl der Produktvariationen und das extrem unterschiedliche Preisniveau auch zwischen Produkten vergleichbarer Produktgruppen ist nur zum Teil medizinisch, zu einem großen Teil jedoch absatzpolitisch und damit ökonomisch bestimmt. (Vgl. Punkt 2. 2. 2. 3)

Wenn, wie noch näher zu diskutieren sein wird, in einer Festbetragslösung eine geeignetere Reformstrategie gesehen wird (Vgl. Punkt 4. 4. 1), so muß die Festbetragslösung diese strategische Option der Leistungserbringer berücksichtigen. D.h. Festbeträge müssen für Produktgruppen mit möglichst eindeutiger medizinischer Indikation festgesetzt werden. Sie dürfen nicht bloßen Produktvariationen und Spezifikationen folgen, weil damit nur neue »Unvergleichbarkeiten« geschaffen würden, die das Festbetragskonzept von vornherein aushebeln könnten.

Es gilt verstärkt, die Produkte auf ihren eigentlichen medizinischen Kern hin zu vergleichen und zu gruppieren. Das gegenwärtige Preisgefälle auch innerhalb vergleichbarer Produktgruppen könnte damit, zum Teil wenigstens, zugunsten des Verbrauchers umgeleitet werden. Bloße Produktvariationen und Imitationen ohne entsprechenden therapeutischen Fortschritt würden nicht im glei-

chen Maße zur Preiserholung führen können, sondern müßten sich der Konkurrenz in der Festbetragsgruppe stellen.

Insgesamt kommt den Leistungserbringern der jeweiligen Teilmärkte ihr hohes Maß an Homogenität in einem für die Krankenversicherung sehr heterogenen Umfeld zugute. Dies begründet einen strategischen Vorteil, der den Gesamtbereich so sperrig macht für steuernde Eingriffe. In den einzelnen Leistungsbereichen, z.B. in der Hörgeräte-Versorgung, bei den Sehhilfen und auch anderen sächlichen Heil- und Hilfsmitteln ist es schwierig, geeigneten Sachverstand aufzubieten, um die Transparenzbemühungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterstützen. Dies ist besonders in kleinen Gruppen mit sehr engen oligopolistischen Strukturen, wie z.B. der Gruppe der Hörgeräte-Akustiker, ausgeprägt. Hier wird die Krankenversicherung um den Aufbau eigenen medizinischen Sachverständs nicht umhinkommen.

2. 1. 4 Ungeklärte Qualitätssicherung

Sowenig differenzierte Kenntnisse die Krankenversicherung von der Struktur des Ordnungsverhaltens der Ärzte und von den tatsächlich erbrachten Dienstleistungen und abgegebenen Produkten im Hilfsmittelbereich hat, so ungeklärt ist die Frage der Qualitätsstandards in diesen Bereichen.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung enthalten die Rahmenverträge Vorgaben über Ausbildung und Abschluß der Bewerber, Mindestausstattung der Behandlungsräume, berufspraktische Erfahrungszeiten sowie das Vorhandensein ausgebildeten Sachverständs (Meisterpräsenz) bei der Erbringung von Dienstleistungen oder der Abgabe von Produkten. Auf eine inhaltliche Qualitätssicherung hinsichtlich Art und Inhalt der erbrachten Dienstleistungen selbst oder des qualitativen Standards bestimmter Produkte des Hilfsmittelbereiches wird weitgehend verzichtet. Eine systematische Qualitätskontrolle findet sowohl im Dienstleistungsbereich als auch im Hilfsmittelbereich nicht statt.

Im Heilmittelbereich ist völlig ungeklärt, welche spezifischen qualitativen Kriterien Leistungen zu erfüllen haben, die beispielsweise bei Masseuren, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Krankengymnasten oder in ärztlicher Praxis in gleichem Maße erbracht werden können. Daß diese Leistungen oft mit völlig unterschiedlichen Preisansätzen für die gleiche Leistungseinheit verbunden sind, ist vor dem Hintergrund der ungeklärten qualitativen Standards kaum nachvollziehbar. Hier scheint die historische Entwicklung der Verträge und die jeweils aktuelle Marktposition das Verhandlungsergebnis stärker zu leiten als medizinisch-inhaltliche Kriterien.

Im Hilfsmittelbereich sind die zum Teil extrem unterschiedlichen Preise auch innerhalb vergleichbarer Produktgruppen zwar regelmäßig mit Qualitätsunterschieden begründet, diese müssen jedoch in keiner Weise nachgewiesen werden. Neue Produkte können ohne nennenswerte Qualitätskontrolle im Markt plazierte werden. Gerade im Bereich der Hilfsmittel wird von seiten des Ver-

brauchers oft größeres Gewicht auf die optisch gefällige Form des Hilfsmittels gelegt (z.B. stabilisierende Schuhe von Sportartikel-Herstellern gegenüber angepaßten orthopädischen Stabilisierungselementen; Sportbandagen gegenüber orthopädisch sinnvollen Bandagen mit Stabilisierungselementen [Schienen etc.]).

Die hohe Nachfrage nach diesen Produkten wird auch durch den hohen Preis mitbestimmt. Bei Unkenntnis über die qualitativen Standards sehen sowohl Verordner als auch Verbraucher (Patienten) im hohen Preis einen Qualitätshinweis.

Die Überprüfung der Qualität obliegt dem verordnenden Arzt im Wege der Nachprüfung nach erfolgter Versorgung. Diese Nachprüfung findet in der Regel nicht statt und würde auch in den meisten Fällen den verordnenden Arzt überfordern. Oft hat er eine unspezifische Form der Verordnung ja gerade deshalb gewählt, weil er keine konkreten Erfahrungen und Kenntnisse mit dem Produkt hat und er dem Hilfsmittel-Lieferanten die Gelegenheit geben will, die Konkretisierung der Verordnung selbst vorzunehmen.

Insgesamt ist eine empirisch fundierte Aussage zur Qualität der Versorgung im Heil- und Hilfsmittelbereich beim gegenwärtigen Informationsstand nicht möglich. Dort, wo solche Untersuchungen ansatzweise unternommen wurden, so an der Universität Münster, wurde in noch nicht veröffentlichten Untersuchungen festgestellt, daß eine große Zahl von orthopädischen Hilfsmitteln aus verschiedenen Gründen von den Patienten nicht benutzt werden konnten. Dazu zählten unzweckmäßige Versorgungsformen, nicht paßgerechte und nicht funktionsfähige Produkte. An der Universität Münster hat man deshalb ein Beratungszentrum eingerichtet, um die Versorgung mit großen orthopädischen Hilfsmitteln auf eine rationalere Informationsgrundlage zu stellen. Diese sinnvollen einzelnen Versuche zur Verbesserung qualitativer Standards können jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Qualität der Gesamtversorgung relativ ungeklärt ist.

2. 1. 5 Weitergabe von Rationalisierungsfortschritten

Wettbewerblich organisierte Marktstrukturen etablieren einen hohen Rationalisierungsdruck auf die Hersteller. Nur die permanente Suche nach Rationalisierungsnischen garantiert langfristig das Überleben am Markt. Ein auch mit Blick auf den Hilfsmittelbereich gutes Beispiel für die Weitergabe von Rationalisierungsfortschritten stellt die EDV-Branche dar, in der die Hardware-Komponenten in den letzten Jahren einem extremen Preisverfall ausgesetzt waren und so die Rationalisierungsfortschritte an die Verbraucher weitergegeben wurden. Die in hohem Maße innovativen und daher nicht rationalisierbaren Software-Entwicklungen sind die eigentlich »teuren« Elemente einer EDV-Investition.

Da lediglich in wettbewerblich verfaßten Märkten die Rationalisierungsfortschritte offengelegt werden und daher auch am Markt »einklagbar« und »verhandelbar« sind, findet dieser Prozeß der frühzeitigen Weitergabe von Rationalisierungsfortschritten in nicht marktwirtschaftlich

verfaßten Systemen wie der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel nicht statt. Die Rationalisierungsreserven sind den Verhandlungsführern nicht bekannt und daher auch nicht verhandelbar.

Das Prinzip der Vertragspreise, deren Preisstruktur einmal verhandelt wurde, z.B. die Bundesprothesenliste oder verschiedene Landespreislisten, und dann nur noch über die jährlichen Zuwachsraten für alle Produkte dieser Liste aufgrund gesamtwirtschaftlicher Entwicklungen (Grundlohnsumme, Inflationsrate etc.) verhandelt wird, zementiert den einmal geschaffenen Status quo und führt dazu, daß die Rationalisierungsreserven, die sich Produkt für Produkt völlig unterschiedlich entwickeln, zu einer Verwerfung der Umsatzrenditen führen und die Rationalisierungsfortschritte einseitig den Herstellern zugute kommen.

Die Tabelle 3-6 zeigt die Entwicklung der Herstellerabgabepreise über die Jahre 1975, 1980, 1988 und stellt diesen die verhandelten Preise der Landespreisliste (LPL) für ein konkretes Produkt gegenüber. In der Tendenz wird deutlich, daß die Vertragspreise, denen in beiden Fällen erheblich genauere Herstellerabgabepreise nicht gefolgt sind, weiterhin auf hohem Niveau verharren werden.

Tab.3-6: Entwicklung von Herstellerabgabepreisen und Vertragspreisen gemäß Landespreislisten (zwei Beispiele)

	1975	1980	1988
1. Kniekappe KKI 2 Gr.9-10			
Herstellerabgabepreis an Fachhandel			
mit Naht	18,50	23,30	14,40
ohne Naht	-	15,30 (1984)	8,90
Preis für Krankenversicherung gem. LPL NRW			
Pos. Nr. 0502-1	23,85	30,25	32,40
2. Knöchelsocke KKL 2 Gr.9-10			
Herstellerabgabepreis an Fachhandel			
mit Naht	21,14	28,10	15,30
ohne Naht	18,90	16,40	8,50
Preis für Krankenversicherung gem. LPL NRW			
Pos. Nr. 0302-1	23,85	30,35	31,65

Diese Beispiele zeigen, daß innerhalb der Produktgruppen des Hilfsmittelmarktes eine systematische Evaluation im Hinblick auf Rationalisierungspotentiale notwendig ist.

Diese Beispiele zeigen auch, daß sich in den Bereichen, in denen mögliche Rationalisierungseffekte nicht an den Verbraucher weitergegeben werden (bei den intransparenten Marktstrukturen ist das in der Regel der Fall) sich die Umsatzrendite bei den Lieferanten oder bei orthopädischen Betrieben erheblich verändert, so daß hier eine indirekte Preispolitik versteckt werden kann, was die Beziehungen zu den Krankenkassen natürlich in ihren Kon-

sequenzen entschärft und zu einem guten Teil überflüssig macht.

Solange nicht für jedes einzelne Produkt die Substitutionsmöglichkeiten geklärt sind, solange keine Preistransparenz für vergleichbare Produkte besteht, solange die Kalkulationsgrundlagen dermaßen unscharf sind und solange im Heilmittelbereich die Indikationsgrenzen zwischen kostengünstigeren und teureren Behandlungsarten unscharf werden, solange werden über Preisverhandlungen keine nachhaltigen Steuerungseffekte im Heil- und Hilfsmittelbereich zu erzielen sein.

Ein Hinweis auf Rationalisierungsreserven könnte das Verhältnis zwischen den Herstellern und Lieferanten von Produkten des Hilfsmittelmarktes aufzeigen. Hier werden Rationalisierungsfortschritte oft in Form von Rabatten weitergegeben. Rabatte in einer Größenordnung bis zu 70 % sind im Hilfsmittelbereich gängig.

Diese Rabatte werden jedoch nicht an den Kostenträger und den Verbraucher weitergegeben, sondern der Händler bleibt bei den alten vereinbarten und je nach Vertragsabschluß erhöhten Abgabepreisen für die Krankenversicherung. Rationalisierungsfortschritte verbleiben also in der Regel auf der Anbieterseite und werden zwischen Herstellern und Lieferanten aufgeteilt. Eine Weitergabe an den Verbraucher erfolgt aus dem System selbst heraus nicht.

Die Beispiele der Bundesprothesenliste und der Landespreislisten für orthopädische Hilfsmittel zeigen, daß es wenig Sinn macht, über ganze Produktgruppen hinweg prozentuale Veränderungen der Preise zu verhandeln, weil damit schon nach wenigen Verhandlungsrunden der Preis kein Abbild der jeweiligen Knappheiten, sondern eine grobe Näherung an eine Mischkalkulation auf hochaggregiertem Niveau darstellt. Sie führen mittelfristig systematisch zu Verwerfungen in den Teilmärkten.

Verhandlungen sind dann ein sinnvolles Steuerungsinstrument, wenn durch sie verhaltensändernde Anreize definiert werden. Dies ist im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung nur ausnahmsweise möglich. Eine erfolversprechende Strategie für die Krankenversicherung liegt damit nicht in der Verfeinerung ihrer Vertragspolitik, sondern im Aufgreifen wettbewerblicher Instrumente auf Seiten der Leistungserbringer, wie sie gegenwärtig im politischen und wissenschaftlichen Raum diskutiert werden und mit dem Festbetragskonzept auch schon Eingang in konkrete Gesetzgebungsschritte gefunden haben. Die Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen solcher wettbewerblich orientierten Steuerungskonzepte werden im Punkt 4 eingehend behandelt.

2.1.6 Betriebswirtschaft: Produktivität der Hersteller und Lieferantenbetriebe

Die Produktivität der Betriebe im Heil- und Hilfsmittelbereich ist im allgemeinen nicht Gegenstand der Vertragsbeziehungen zwischen Leistungserbringern und Kas-

In den beiden großen Bereichen, der Versorgung mit Hörhilfen und der Versorgung mit Sehhilfen, hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KA: JAHRESGLÜCKTACHTEN 1988, S. 135 u. 138) eine erschreckend geringe Arbeitsproduktivität festgestellt:

- In den handwerklich organisierten Optiker-Betrieben liegt die Arbeitsproduktivität bei 2,7 Brillen je Beschäftigten und Tag,
- in den Betrieben der Hörgeräte-Akustiker liegt die Arbeitsproduktivität bei 0,7 Hörgeräten pro Arbeitstag und Betrieb.

Beide Produktivitätsraten lassen die Frage aufkommen, wie diese Betriebe betriebswirtschaftlich bestehen können. Das Beispiel der wettbewerblich agierenden Filialbetriebe des Optiker-Handwerks zeigt, daß die Arbeitsproduktivität dreimal so hoch, bei ca. 8 Brillen pro Beschäftigtem und Tag, liegen kann. Deren Preisniveau, das bei gleicher Qualität bei ca. der Hälfte des Branchendurchschnitts liegt, ist damit allein schon durch die Produktivität der Betriebe erklärt.

Mit höheren Qualitätsstandards ist diese unproduktive Betriebsstruktur jedenfalls nicht zu erklären, eher damit, daß die hohen Herstellerrabatte von 40 bis 70 % (im Schnitt 62 %) bei Hörgeräten trotz unproduktiver Vertriebsstruktur ein Überleben am Markt zu Lasten des Verbrauchers möglich machen.

Es bedarf auch hier einer systematischen Evaluation der Teilmärkte im Hinblick auf deren jeweilige Arbeitsproduktivität. Nur in Kenntnis dieser Daten können in den Verhandlungen und in den Steuerungskonzepten Anreize und Zwänge zur Förderung der Produktivität zugunsten des Verbandes etabliert werden.

Letztendlich bedarf es der politischen Entscheidung, ob über die gesetzliche Krankenversicherung, über die ein großer Teil der Nachfrage gerade dieser beiden Hilfsmittelbereiche finanziert wird, eine insgesamt unproduktive mittelständische Struktur künstlich aufrechterhalten werden soll und damit Zwangsbeiträge von Versicherten letztendlich sachfremd verwendet werden oder ob nicht durch geeignete Steuerungsanreize sich auch in diesen Bereichen produktivere Organisationsformen (Filialbetriebe) etablieren können.

2. 1. 7 Ungeklärte Vertragsbeziehungen

Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern gehören zum Kernbereich der Steuerungsaufgaben der Selbstverwaltung. So hat sich auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittel eine vielfältige Struktur unterschiedlicher Vertragsbeziehungen und Vertragsinhalte herausgebildet (4. 1. 3).

Historisch hat sich im Gesundheitswesen eine Verlagerung der Vertragskompetenzen von der einzelnen Kasse vor Ort auf die Landes- oder Bundesverbände der Kassen ergeben. Im Bereich der Heil- und Hilfsmittel wurde dieser Prozeß erst relativ spät und unvollständig nachvollzogen, so daß wir heute noch eine vielfältige Struktur örtlicher und regionaler Vertragsbeziehungen haben.

Diese politische Entwicklung hin zu größeren Vertragsbereichen wird auch im Entwurf zu einem Gesundheits-Reformgesetz in der Tendenz weitergeführt, und gerade für den Heil- und Hilfsmittelbereich wird eine kassenartenübergreifende Verhandlung per Arbeitsgemeinschaften, z. B. für die Umsetzung des Festbetragskonzeptes, vorgeschrieben. Diese Politik folgt der Philosophie, daß die Verhandlungsstärke der Krankenversicherung nur durch eine Aufrüstung, durch die Bildung von Gegenmacht und durch den Ausschluß von Wettbewerbselementen zwischen den Kassenarten gefördert werden kann.

Die Beurteilung dieser Politik aus ökonomischer Sicht ist durchaus ambivalent: Zum einen ist sicher richtig, daß die Krankenversicherung ihre Marktposition durch gleichgerichtetes Handeln verbessern kann, weil die Leistungserbringer keine Möglichkeit zur Preisdifferenzierung in den Vertragsabschlüssen haben und damit auch bestehende Wettbewerbsanreize verlorengehen.

Ein grundsätzliches Problem hochaggrierter und kassenartenübergreifender Vertragsbeziehungen ist jedoch der damit verbundene systematische Ausschluß von Vertragsalternativen und alternativer Steuerungsinstrumente, die gerade in intransparenten Märkten durch Analyse unterschiedlicher Anreize die zugrundeliegenden Präferenzen offenlegen würden und damit einen wichtigen Beitrag zur Transparenz darstellen könnten.

Die gegenwärtigen Vertragsbeziehungen umfassen lediglich die Preise der Produkte (sowie Bedingungen der Leistungserbringung), nicht jedoch die Menge der Leistungen. Sie bieten damit keine Gewähr für eine Stabilisierung der Ausgaben, wie mehrfach gezeigt werden konnte.

Für die Vertragsverhandlungen selbst liegen keine systematischen Marktstrukturanalysen vor. Die Verhandlungen folgen vielmehr dem relativ undifferenzierten Schema einer Zuschlagskalkulation, die sich an globalen Orientierungsgrößen (z. B. der Grundlohnsomme) orientiert. Die damit zusammenhängenden Probleme werden unter Punkt 4. 2. 1 ausführlich erörtert.

Die besondere Struktur der Märkte im Heil- und Hilfsmittelbereich läßt zudem die Aussage zu, daß eine örtliche Verhandlungsführung, zum Teil auch eine regionale Verhandlungsführung (Länderebene), tendenziell mit einem natürlichen Monopolisten in Verhandlungen treten muß. Dies sollte man bedenken, wenn man von ökonomischen Vorteilen der Regionalisierung ausgeht. Gerade in den zum Teil überversorgten oder gutversorgten Marktsegmenten des Heil- und Hilfsmittelbereichs müßte eine ökonomisch effiziente Vertragspolitik ein hohes Maß an Konfliktbereitschaft vor Ort oder in der Region etablieren, die bei der gegenwärtigen Struktur auf Seiten der Krankenversicherung nicht erwartet werden kann.

Der vielzitierte Wettbewerb der Krankenkassen spielt sich vor Ort ab, die Leistungsgewährung und das Verhältnis zum Vertragspartner ist vor Ort ein wichtiger Wettbewerbsparameter; deshalb werden in hohem Maß personalisierte Konfliktstrategien vor Ort kaum erfolgreich sein können.

Zwei »objektive« Gründe sprechen zudem gegen zu kleine Vertragseinheiten (Versorgungsbereiche):

- Rund 45 % der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel sind Ausgaben der Krankenversicherung der Rentner und damit KVdR-ausgleichsfähig.

Der Nutzen einer konfliktären Verhandlungsstrategie vor Ort strengerer Leistungsbestimmungen kommt also nicht primär dem Verhandlungsführer selbst und seiner Kasse zu, sondern wird gleichsam kollektiviert. Derselbe Zusammenhang gilt allerdings auch für den gesamtwirtschaftlichen Schaden großzügiger Vertragsverhandlungen und Leistungsgewährung; den Schaden trägt nicht nur die einzelne Kasse vor Ort, sondern die Solidargemeinschaft der Beitragszahler als Ganze.

- Gerade in den Bereichen der Heil- und Hilfsmittelversorgung, in denen örtlich verhandelt wird, die Verträge jedoch überregionale Wirkung haben - z.B. die Verträge mit örtlichen Kurverwaltungen - , zeigt sich, daß dabei oft das Phänomen des »Vertrages zu Lasten Dritter« wirkt. Dies bedeutet, daß man vom eigenen Vertragsabschluß ökonomisch nicht berührt ist (Mitglieder der Kasse vor Ort werden in der eigenen Ortschaft kaum ihre Kuren durchführen) und deshalb auch nicht mit der Konsequenz verhandelt, wie dies dann der Fall wäre, wenn Vertragskompetenz und Finanzverantwortung in einer Hand lägen. Hier kommt hinzu, daß ein günstiger Vertragsabschluß für die Leistungserbringer gleichzeitig günstig für die örtliche Infrastruktur und damit für das Grundlohnniveau der Region ist und somit der paradoxe Effekt auftritt, daß die Krankenkasse vor Ort von einer großzügigeren und im Gesamteffekt unwirtschaftlichen Vertragspolitik ökonomischen Nutzen in Form von höheren Beiträgen zieht.

Vor Empfehlungen hinsichtlich der geeigneten Ebene (örtlich, regional oder bundesweit) bedarf es eingehender Analysen der jeweiligen Anreizstrukturen für die Beteiligten sowie eingehender Marktanalysen, um hier nicht kontraproduktive Vertragsebenen gesetzlich festzuklopfen. Dies wird wegen der föderativen Struktur politisch schwierig durchzusetzen sein, wie die Diskussion im Krankenhausbereich deutlich zeigt, jedoch wäre schon viel damit geholfen, wenn auch die politischen Präferenzen offengelegt würden und damit begründet werden müßte, warum bestimmte Strukturen politisch verteidigt werden.

Insoweit ist es richtig, daß die historische Entwicklung weggeführt hat von den Verhandlungsebenen vor Ort. Die Dilemmasituation der Beteiligten vor Ort hat doch insgesamt zu kontraproduktiven Gesamteffekten geführt. Die Vertragsebene, die nun in der Regel der Landesverband der jeweiligen Kassenart bildet, der wiederum an Bundesempfehlungen oder Empfehlungen der Konzertierte Aktion gebunden ist, hat, gerade was ihre Steuerungsfunktion angeht, spürbare Vorteile.

Diese Verhandlungen schaffen sowohl mehr Transparenz als auch eine tendenzielle Stärkung der Verhandlungsposition der Krankenversicherung.

2. 1. 8 Preis- und Mengenpolitik: Gewinne erwachsen aus der Struktur

Die analytischen Instrumente, die in den großen Ausgabenblöcken der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden, um mehr Transparenz in das Abrechnungsgeschehen zu bringen, im ambulanten Bereich z. B. das »magische Erklärungsquadrat«, im Arzneimittelbereich der Arzneimittelindex und andere Transparenz- und Informationssysteme, haben im Heil- und Hilfsmittelbereich noch keine Entsprechung. Der GRG-Entwurf greift diese Mängel auf und begründet auch hier abrechnungstechnische Verbesserungen, die solch differenzierte Analysen möglich machen.

Zur Beurteilung der gegenwärtigen Marktergebnisse genügt die in ihrem Erklärungsgehalt triviale Formel, daß die Ausgaben das Produkt von Preis und Menge darstellen, in keiner Weise. Durch die isolierte Darstellung der beiden Ausgaben-Komponenten wird mehr vernebelt als geklärt.

Wenn die Beteiligten die Preisentwicklung für vertraglich abgesicherte Marktsegmente »im Griff« zu haben glauben und von daher keine großen Preissenkungsspielräume im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sehen, so ist diese Aussage im Hinblick auf das Wirkungsgefüge des gesamten Bereichs zumindest stark verkürzt.

Die Mengenentwicklung ist ja nicht nur vom ärztlichen Verordnungsverhalten abhängig, sondern im hohen Maße auch durch direkte oder indirekte Mengenstrategien der Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich gestaltbar. Neue Preissetzungsspielräume bei Produktimitationen und -variationen werden bisher ebensowenig erfaßt und systematisch ausgewertet wie die schon jetzt bestehenden Ungereimtheiten in den verschiedenen Preisfindungsprozessen in allen Teilbereichen. Somit ist die Vermutung begründet, daß innerhalb der Mengenkomponenten ein erheblicher Anteil »versteckte« Preisansparungen sind.

Ein gewichtiger Faktor bleibt auch dabei jedoch noch völlig unbeachtet, nämlich die durch Strukturanpassungen erreichten Veränderungen der jeweiligen Kalkulationsgrundlagen und der dadurch möglich gemachten Veränderung der Umsatzrendite (Stichwort: Rationalisierungswesen; *Punkt 2. 1. 5*). Hier kann in vielen Fällen bei Verzicht auf Preiserhöhungen die Umsatzrendite in wenigen Jahren erhöht werden.

Zusammenfassend kann der Bewertung SAEKELS nichts hinzugefügt werden:

„Wenn auch die allgemeine Kritik vieler Wirtschaftswissenschaftler an mangelnder Effizienz der gesetzlichen Krankenversicherung teilweise vordergründig und im Ausmaß überzogen ist, so hat diese Kritik auf dem Sektor der Heil- und Hilfsmittel doch ihre Gültigkeit“ (SAEKEL, 1987, S. 149).

2. 2 Spezielle Mängelanalyse: Teilmärkte und Marktsegmente

Eine detailliertere Analyse muß in die einzelnen Marktstrukturen der Teilmärkte im Heil- und Hilfsmittelbereich eindringen. Auch die grundsätzliche Unterscheidung in Heilmittel und Hilfsmittel bedarf der weitergehenden Präzisierung. Im folgenden werden Heilmittel in physiotherapeutischen Leistungen unterschieden.

Im Bereich der Hilfsmittel soll die Differenzierung nach Hörhilfen, Sehhilfen, orthopädischen Hilfsmittel und Hilfsmitteln besonderer Art erfolgen.

Tab.3-8: Umsatzniveau der Gesundheitshandwerke und aller Vertragspartner aus AOK-Ausgaben sowie Grundlohnniveau

Jahr	1979	1987
Orthopädietechnik	100	154,0
Orthopädieschuhtechnik	100	162,8
Schhilfen	100	134,6
Hörhilfen	100	179,4
Bäder, Massagen, Gymnastik	100	165,9
alle Vertragspartner	100	149,2
Grundlohn	100	134,7

Quelle: AOK-BV, II 4 (1) St. Stand 1. März 1988

Einen Überblick über die Entwicklung der Anteile der einzelnen Leistungsbereiche innerhalb der jeweiligen Gesamtausgaben des Heil- und Hilfsmittelbereichs vermittelt die *Tabelle 3-7*. Hierbei ist bemerkenswert, daß sich die Struktur der einzelnen Leistungsbereiche im Zeitablauf doch erheblich verändert hat. Dies wird u.a. durch verstärkte Nutzung neuerer Therapieformen (z.B. Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie) sowie Umschichtungen innerhalb des Hilfsmittelbereiches (Rückgang orthopädischer Einzelfertigung und Zuwachs technischer Produkte) bewirkt.

Interessant ist, daß alle Teilmärkte (bis auf Sehhilfen) weitaus schneller expandiert haben, als alle anderen Vertragspartner im Gesundheitswesen (*Tabelle 3-8*).

2. 2. 1 Heilmittel

2. 2. 1. 1 Physiotherapeutische Leistungen

Schon innerhalb dieses Teilmarktes muß man verschiedene Berufsgruppen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten ihres Indikationsbereiches zusammenfassen. Zu den Erbringern physiotherapeutischer Leistungen werden im folgenden Masseure, Masseure und medizinische Bademeister sowie Krankengymnasten gezählt. Diese Leistungen sind für den verordnenden Arzt in hohem Maße disponibel und untereinander in einem Kernbereich substituierbar. Z.B. werden in jeder der drei Berufsgruppen Massagen durchgeführt.

Zwischen den einzelnen Berufsgruppen gibt es einen erheblichen Bereich von Überschneidungen im Leistungsspektrum und in der Indikationsstellung. Es hat sich jedoch eine Art »Spezialisierung« der einzelnen Berufsgruppen dahingehend herausgebildet, daß die Masseure sowie Masseure und medizinische Bademeister zu ca. 46 % Massagen und zu 27 % wärme- und kältetherapeutische Leistungen durchführen, während die Krankengymnasten Massagen nur zu 7 %, Wärme- und Kältetherapie nur zu 4 % durchführen. Ihre Haupttätigkeit liegt in der gymnastischen Einzel- und Gruppenbehandlung mit 38 % Umsatzanteil. Überschneidungen ergeben sich zusätzlich zu den niedergelassenen Ärzten und zu den Krankenhäusern, die zum Teil auch diese Leistungen in eigener Regie anbieten. Bei den Ärzten konzentrieren sich die Leistungen jedoch vorwiegend auf die geräteintensiven und delegierbaren Leistungen (z.B. Elektrotherapie mit 30,8 %).

Die große Zahl der Substitutionsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen, sowie deren »Spezialisierung«, oder besser »Marktsegmentierung«, läßt sich in *Tabelle 3-9* verfolgen. In Ermangelung aktueller Frequenzstatistiken mußte dabei auf eine Untersuchung mit Stand 1979 zurückgegriffen werden. Da hier jedoch lediglich ein qualitativer Zusammenhang dargestellt werden soll, ist dies nicht problematisch.

Besonders auffällig sind die regionalen Preisunterschiede sowohl zwischen den einzelnen Landesverbänden als auch für die gleiche Leistung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (*Tabelle 3-10*).

Tab.3-7: Anteile der Leistungsarten an den Gesamtausgaben für Heil- und Hilfsmittel 1970-1986 in %

Jahr	insgesamt	Orthopäd. Heil- und Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen	Med. Badebetr. Masseure, Krankengymnasten	Verband-, Heil- u. Hilfsm., Arzneien v. Sonst.	Dialyse und Hilfsm. beson. Art
1970	100	28,5	34,6	-	31,4	5,5	-
1980	100	18,2	29,5	-	32,9	12,7	6,7
1982	100	18,0	23,3	5,4	28,9	4,7	19,7
1983	100	18,2	24,9	5,5	27,7	4,2	19,9
1984	100	17,9	23,3	5,7	29,0	4,6	19,5
1985	100	17,7	22,7	5,8	28,9	4,8	20,1
1986	100	17,5	22,4	5,5	29,6	4,9	20,8

Anmerkung: ab 1982 geänderter Kontenrahmen, Werte mit denen der Vorjahre nur bedingt kompatibel

Quelle: SVR KA, Jahresgutachten 1987, S.126

Tab.3-9: Abgabefrequenz der medizinisch-physikalischen Behandler: Masseur, medizinische Bademeister und Krankengymnasten

Kurzbezeichnung einiger ausgewählter häufigster Leistungspositionen	Landesverband A der OKK'n 2 Regierungsbezirke Oktober 1979			
	Masseur	Bademeister	KG	
Teilmassage	1,2	2,8	0,7	1,4
Großmassage	33,9	11,4	0,7	25,5
Ganzmassage	2,4	2,5	1,2	2,2
Bindegewebs- (u.a. Spezialmassage)	8,0	5,7	4,8	7,0
Bewegungsübungen	5,5	3,3	0,6	4,2
Heißluft, Lichtbogen	10,9	11,4	4,6	9,8
Heiße Rolle, Ganzheißluft	6,0	2,9	7,7	5,8
Reizstrombehandlung	1,1	1,3	1,0	1,1
KG-Ganzbehandlung, einschl. Massage	0,2	2,4	29,2	6,2
dto. auf neurologischer Grundlage	0,1	0,2	12,0	2,4
dto. einschließlich Bindegewebsmassage	-	0,2	2,8	0,6
dto. mit Eisenanwendung	0,1	-	2,1	0,4
KG-Teilbehandlung, einschl. Massage	0,1	-	2,6	0,6
Unterweisung zur Geburtsvorbereitung (bis 15 Pers.)	0,2	-	2,9	0,7
Orthopädisches Turnen ohne Massage	-	0,1	1,1	0,3
(KG)-Übungen im Bewegungsbad (Einzelbehandl.)	0,2	4,4	0,6	1,0
dto. bis zu 3 Personen	0,1	6,7	1,6	1,5
ärztl. verordnet. Hausbesuch	1,1	0,5	5,1	1,8
Med. Vollbad ohne Zusatz	0,2	1,8	-	0,4
Hydroelektrisches Bad (Stangerbad)	0,4	3,4	-	0,8
Wärmepackungen (mit Paraffinen/Peloiden)	22,8	24,3	5,3	19,7
Unterwasserdruckstrahlmassage (» 600 l)	3,8	9,2	0,6	4,1
Nachruhe/Ruhepackung				
Summe der Positionen > 1%	96,7	93,5	94,0	93,7
Anzahl der Positionen > 1%	11	15	15	15

Quelle: Lefelmann, G./Eicher, H.: Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel, Bonn 1981, S.27

Als Anlage 1 sind Übersichten über die regionalen Vertragspreise sowohl für den Bereich der Ortskrankenkassen als auch die bundesweit geltenden Preise für den Verband der Angestellten-Krankenkassen angefügt.

Die regional unterschiedlichen Preise deuten auf unterschiedliche Verhandlungsstrategien der Kasse sowie auf die Marktposition der Leistungserbringer hin.

Es fällt auf, daß in den einzelnen Berufsgruppen die Schwerpunkte ihrer jeweiligen Leistungsbereiche auch tendenziell besser vergütet werden, was für eine Strategie der Marktsegmentierung durch Preisdifferenzierung der einzelnen Leistungserbringergruppen spricht. So sind bei Masseuren die Massageleistungen höher vergütet als z. B. bei Krankengymnasten, Eisenanwendungen bei medizinischen Badebetrieben höher als bei Masseuren und noch höher als bei Krankengymnasten.

Tab.3-10: Regionale preisunterschiede bei ausgewählten Leistungen (Masseur und medizinische Bademeister, Krankengymnasten) Stand 1988

Beispiele	günstigster Vertragsabschluß	teuerster Vertragsabschluß
<u>Masseur</u>		
Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periostmassage	9,79	12,25
Stangerbad	13,70	20,20
Manuell Lymphdrainage	20,65	29,95
<u>Medizinische Badebetriebe</u>		
Vollbad	8,96	14,35
Naturmoor-Halbbad	17,70	29,10
<u>Krankengymnastik</u>		
Krankengymnastische Behandlung bei - Kinder bei zerebraler Dysfunktion - Gruppenbehandlung	6,24	11,50
Unterwasserdruckstrahlmassage	16,20	21,00

Quelle: Eigene Zusammenstellungen

Auffällig ist ebenfalls, daß tendenziell physiotherapeutische Leistungen durch niedergelassene Ärzte schlechter vergütet sind als die entsprechenden Leistungen in physiotherapeutischer Praxis. Diese Hinweise verstärken den Verdacht, daß über die Preissetzung Substitutionsgrenzen künstlich aufgebaut werden. Es spricht für die problematische Struktur dieser Art von Steuerung, daß die Nachfrage (Verordnung) dann regelmäßig nicht auf die preisgünstigste Form der Leistungserbringung zielt, sondern auf die teure.

Zusammen mit den im physiotherapeutischen Bereich oft unspezifischen ärztlichen Verordnungen entstehen Reaktionsmöglichkeiten der Leistungserbringer vielfältiger Art. Den Ärzten fehlt es häufig an einem kompetenten Umgang mit den Indikationen und dem differenzierten Maßnahmespektrum der physikalischen Therapie, um sie stadiengerecht und symptomorientiert einsetzen zu können.

Maßnahmen der physikalischen Therapie sind nur von Wert, wenn sie zeitlich begrenzt eingesetzt werden. Über Monate sind sie unter strenger ärztlicher Kontrolle einzusetzen, über Jahre hinweg nie gerechtfertigt (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 130). Indikationen für physikalische Therapie, also Krankheiten des Bewegungsapparates, des rheumatischen Formenkreises, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie eine Reihe neurologischer Erscheinungsformen verschiedener Krankheitsbilder, nehmen in den Morbiditätsstatistiken ständig zu. Eine Mengenerweiterung ist daher bis zu einem gewissen Grade morbiditätsbedingt.

Gleichwohl muß man auch den ökonomischen Anreizen und hier insbesondere den Preissteuerungseffekten nachgehen und die Bestimmungen für die Verordnung und die Leistungserbringung in den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien permanent unter Kostenwirksamkeitsgesichtspunkten prüfen. Insgesamt könnten bei richtig eingesetzten physiotherapeutischen Maßnahmen wahrscheinlich erhebliche Arzneimittelausgaben in den Bereichen Analgetika/Antirheumatika, Muskelrelaxanzien und Kortikoide, die insgesamt einen Arzneimittelaufwand von 1,73 Mill.

DM verursachen, eingespart werden (SVR KA. JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 128).

Tab.3-11: Zahl der abzurechnenden Leistungserbringer auf dem Heilmittel-Sektor

Leistungserbringer/ Jahr	Medizin. Badebe- triebe	Masseur	Krankengymna- nasten
1975	2.718	5.061	2.273
1980	4.384	7.685	3.891
1985	5.408	9.525	5.362
1987	5.682	10.469	6.308
Steigerung 1980/87 in %	29,6	36,2	62,1

1) Einschl. Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die physiotherapeutische Leistungen ambulant erbringen.

Quelle: Berechnungen nach Angaben des VdAK

Die starke Expansion der Leistungserbringer, insbesondere in den Jahren 1975-1980 und in abgeschwächter, aber gegenüber anderen Leistungsbereichen immer noch starker Expansion ab 1980, übt einen erheblichen Druck im Hinblick auf eine Niederlassung in eigener Praxis aus. Für die große Zahl ausgebildeter Bewerber steht keine entsprechende Anzahl von unselbständigen Beschäftigungsverhältnissen in Kliniken oder Praxen zur Verfügung.

In enger Koordination mit der Zahl der Leistungserbringer sind die Ausgabenzuwächse in diesen Bereichen zu beurteilen. Sicher ist, daß die modernen Therapieformen innerhalb der Gruppe der Krankengymnasten zu einer Leistungsverchiebung geführt haben.

Tab.3-12: Ausgabenentwicklung verschiedener Behandlungsguppen von 1984 bis 1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %

Leistungserbringer bringer/Jahr	Medizin. Badebe- triebe	Masseur	Krankengymna- nasten
1984	558,6	784,4	415,6
1985	573,3	818,3	488,8
1986	627,5	924,1	582,7
Veränderung in %			
1984/83	+ 18,9	+ 21,8	+ 23,8
1985/84	+ 2,6	+ 4,3	+ 17,6
1986/85	+ 9,5	+ 12,9	+ 19,2

Quelle: BMA: Arbeits- und Sozialstatistik

Es darf jedoch bei der Beurteilung der Ausgabendynamik die wechselseitige Abhängigkeit vom Angebot an Leistungen und der Nachfrage per Verordnung durch Ärzte nicht unterschätzt werden (Vgl. im einzelnen Punkt 2. 1. 1).

2. 2. 1. 2 Sprachtherapie

Die Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachbehandlungen stellt wegen des differenzierten Krankheitsbildes und der davon abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen hohe Anforderungen an den verordnenden Arzt.

Die Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachbehandlungen kann durch einen Kassen- oder Vertragsarzt

erfolgen, der mit dieser Verordnung auch die Verantwortung für die Durchführung der Behandlung übernimmt. Der Arzt sollte Träger der Teilgebietsbezeichnung »Phoniatrie-Pädaudiologie« sein oder über die Zusatzbezeichnung »Stimm- und Sprachstörungen« verfügen. Verordnungen anderer Ärzte, insbesondere HNO- und Kinderärzte, sollten nur im Ausnahmefall erfolgen. Gerade wegen der besonderen Schwierigkeiten ist die Verordnung durch geeignete Ärzte ein wichtiges Steuerungskriterium. Es sollte verstärkt überprüft werden.

Die Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen ist die Aufgabe von HNO-Ärzten mit der Teilgebietsbezeichnung »Phoniatrie/Pädaudiologie« sowie von staatlich anerkannten Logopäden. Ein Problem in diesem Bereich sind die verschiedenen Berufszugänge außerhalb des logopädischen Ausbildungsweges, welche die Frage nach den qualitativen Standards aufwirft. So entstehen etwa erhebliche Abgrenzungsprobleme hinsichtlich des »Leistungsrahmens« der einzelnen Therapeuten.

Mittlerweile liegt eine Begutachtungsanleitung für den Vertrauensärztlichen Dienst vor, in der die Anforderungen an die Ärzte bei Verordnung und Behandlung präzisiert werden. Ebenfalls werden die Abgrenzungen zwischen den in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallenden medizinischen Maßnahmen und anderen, insbesondere sprachbehinderten-pädagogischen Maßnahmen definiert.

Neben staatlich anerkannten Logopäden dürfen danach Sprech- und Sprachstörungen auch von den nach der niedersächsischen Ausbildungs- und Prüfungsordnung staatlich anerkannten Sprachtherapeuten behandelt werden. Diese sind überwiegend auf dem Gebiet der Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen tätig. Für diejenigen Stimmgestörten, bei denen eine medizinisch-therapeutische Indikation gegeben ist, Ärzte oder Logopäden aber nicht zur Verfügung stehen, kommen Atem-, Sprech- und Stimmlehrer als Therapeuten in Betracht. Für diejenigen Sprech- und Sprachbehinderten, bei denen eine medizinisch-therapeutische Indikation gegeben ist und Ärzte, Logopäden oder Sprachtherapeuten nicht zur Verfügung stehen, kommen auch Sonderschullehrer mit dem Hauptfach Sprachbehindertenpädagogik und Diplompädagogen mit dem Schwerpunktfach Sprachbehindertenpädagogik in Betracht.

Diese Differenzierung zeigt, wie problematisch die Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen in diesem Bereich sind. Für die Tätigkeit in niedergelassener Praxis ist diese »Konkurrenzsituation« auf Basis unterschiedlicher qualitativer Standards äußerst relevant. Gerade weil die verschiedenen Berufsbilder im Bereich einer sehr differenzierten medizinischen Therapie mit der Notwendigkeit von intensiven Behandler-/Patientenkontakten angesiedelt sind und kaum rationalisierbare technische Leistungen umfaßt, müssen ökonomische Mechanismen in hohem Maße »qualitätsleitend« sein.

Um die Effizienz der Versorgung zu erhöhen, sollte auch die Frage von Gruppensprachtherapien geprüft werden.

Hier könnten sowohl ökonomische als auch medizinisch-qualitative Reserven liegen.

Insgesamt gibt es für Logopäden und Therapeuten im Bereich der Sprachtherapie noch einen erheblichen Bedarf in freier Niederlassung.

Trotz erheblicher Steigerungsraten in der Zahl der Leistungserbringer gibt es nach Aussagen der Beteiligten, auch der Krankenkassen, noch einen erheblichen Bedarf in freier Niederlassung.

Tab.3-13: Zahl der abrechnenden Leistungserbringer auf dem Heilmittel-Sektor 1975-1987

Leistungserbringer/ Jahr	Logopäden	Stimm- u. Sprach- lehrer	Sonstige Sprach- therap.
1975	-	-	-
1980	297	282	427
1985	534	437	701
1987	731	388	751
Steigerung 1980/87 in %	146,1	37,5	75,8

1) einschl. Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die physiotherapeutische Leistungen ambulant erbringen; durch die Art der Erfassung (Stichtagsbetrachtungen der abrechnenden Betriebe) können sich Ungenauigkeiten ergeben.

Quelle: Berechnungen nach Angaben des VdAK

Die Tabelle 3-13 zeigt, daß vermehrt Logopäden, und damit die wohl qualifizierteste Berufsgruppe, auf den Markt dringt. Vom medizinisch-qualitativen Gesichtspunkt her ist diese Entwicklung zu begrüßen.

Die noch vorhandene Unterversorgung im Bereich der Sprachtherapie hat Konsequenzen für die Vorteilhaftigkeit verschiedener Steuerungsansätze.

Tab.3-14: Ausgabenentwicklung sonstiger Heilpersonen¹ 1984-1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %

1984	Veränd. 1984/83 in %	1985	Veränd. 1985/84 in %	1986	Veränd. 1986/85 in %
100,6	+ 14,1	111,5	+ 10,9	127,8	+ 14,6

1) insbesondere Logopäden, Stimm- und Sprachlehrer, sonstige Sprachtherapeuten

Quelle: BMA: Arbeits- und Sozialstatistik

Die Ausgabenentwicklung im Bereich der Sporttherapie ist auch im Vergleich zu den anderen Heilmitteln hoch. Eine Übersicht über regionale Preisvereinbarungen ist als Anlage 2 beigefügt.

2. 2. 1. 3 Beschäftigungstherapie

Die Leistungen der Beschäftigungstherapie (oder auch Ergotherapie) wurden durch das Rehabilitations-Angleichungsgesetz als Krankenpflege in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Inhalt der Leistungen von Ergotherapeuten ist die systematische Schulung und Stärkung von menschlichen Grundfunktionen, die durch Krankheit oder Unfall ge-

schädigt wurden. Ziel der Ergotherapie ist die schrittweise Wiedereingliederung des Betroffenen in den Gesellschafts- und Arbeitsprozeß.

Gab es 1980 lediglich 39 abrechnende Leistungserbringer, so stieg diese Zahl bis 1987 um 420 % auf 203 an.

Tab.3-15: Zahl der abrechnenden Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten 1975-1987¹

1975	1980	1985	1987	Steigerung 1980/87 in %
-	39	119	203	420,0

1) einschl. Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die physiotherapeutische Leistungen ambulant erbringen;

Quelle: Berechnungen nach Angaben des VdAK

Tab.3-16: Ausgabenentwicklungen bei den Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten von 1984-1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %

1984	Veränd. 1984/83 in %	1985	Veränd. 1985/84 in %	1986	Veränd. 1986/85 in %
3,2	+ 50,7	4,7	+ 45,8	6,3	+ 34,0

Quelle: BMA: Arbeits- und Sozialstatistik

Da es sich um eine neue Therapierichtung handelt, sind weder die enormen Zuwachsraten noch die Zunahme bei den Leistungsausgaben besonders auffällig.

Interessant dürfte die Entwicklung dann werden, wenn die im GRG geplanten, aber nicht kalkulierten, »Öffnungen« wirken.

So wird der Ausbau der komplementären psychiatrischen oder psychosozialen Versorgung, z.B. durch psychiatrische Institutionsambulanzen oder sozial-pädiatrische Zentren, zu einer Auslagerung bisher stationärer Ausgaben oder Ausgaben der Sozialhilfeträger in die ambulante Versorgung allgemein und speziell in den Bereich der Beschäftigungstherapie führen.

So ist eine zukünftige Ausgabenexpansion bereits jetzt absehbar.

Insgesamt besteht schon jetzt ein erheblicher »Bedarf« in freier Niederlassung. Da ist jedoch kritisch anzumerken, daß der Beschäftigungstherapie in niedergelassenen Praxen (im ambulanten Bereich) medizinisch ein nur begrenzter Stellenwert zukommt.

Einen interessanten Hinweis auf die Wechselwirkung zwischen Angebot und Nachfrage im Heil- und Hilfsmittelbereich geben die Entwicklungen im Bereich der Beschäftigungs- oder Ergotherapeuten.

Gab es 1976 lediglich 8 Ausbildungsstätten, so wurde nach dem ersten Rahmenvertrag mit den Ersatzkassen, der die Etablierung auf dem Markt der GKV sicherte, ein Sog auf neue Ausbildungskapazitäten ausgelöst, der zu Neugründung führte. Mittlerweile gibt es 37 Ausbildungsstätten im Bundesgebiet, die jährlich ca. 1.200 Absolventen (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 129) ausbilden.

2.2.2 Hilfsmittel

2.2.2.1 Hörhilfen

Vor dem Inkrafttreten des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes waren die vertraglichen Beziehungen zwischen den Marktbeteiligten (weitgehend) privatrechtlicher Natur. Die Versorgung mit Hörhilfen setzte zwar ebenso wie heute eine HNO-ärztliche Versorgung voraus, Versicherte und Hörgeräte-Akustiker schlossen aber einen Privatvertrag über die Hörgeräteanpassung ab. Der Versicherte erhielt von seiner Krankenkasse im nachhinein einen Zuschuß (2/3 - 3/4 der Kosten). Das Rehabilitations-Angleichungsgesetz änderte die Reichsversicherungsordnung mit Wirkung vom 1. Oktober 1974 dahingehend, daß die Hörmittelversorgung zu den Kassenleistungen zu rechnen ist, auf die der Versicherte einen Anspruch hat. Hörhilfen werden den Versicherten seither im Rahmen des Gebotes der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit als Sachleistungen gewährt.

Mit Hörhilfen soll eine krankheits- und altersbedingte Schwerhörigkeit kompensiert werden.

Mit Schaffung von Vertragspreislisten und deren Verhandlungen wuchs die Intransparenz des Marktes hinsichtlich Typenangebot und technischer Details und damit der Druck auf die Vertragspolitik der Krankenkassen, eine Systematisierung des Marktangebotes zu erreichen. 1985 wurden in der Vertragspreisliste noch 467 verschiedene Hörgeräte aufgelistet.

Ein Versuch, die Übersichtlichkeit des Typenangebotes zu erhöhen, stellte die jährliche »Benennungsliste« der Bundesverbände der Krankenversicherer dar. Die Gruppenbildung beruht auf einer Klassifizierung der Hörgeräte hinsichtlich der technischen Merkmale »Verstärkung«, Ausgangsleistung« und »obere Grenzfrequenz«.

Durch das bisherige Preisbildungssystem war die Ausgabenexpansion geradezu programmiert. Durch die Struktur der Vertragspreisbildung wurden keinerlei Anreize zum wirtschaftlichen Handeln gesetzt. Im Gegenteil: Die Hersteller empfahlen - juristisch zwar unwirksam, jedoch faktisch bindend - Preise, gewährten Rabatte zwischen 40 % und 70 % an die Händler, wodurch von diesen kein Preisdruck auf die Herstellerebene ausging, weil man mit höheren Preisen auch höhere Rabatte erzielte und ihrerseits gute Möglichkeiten hatte, teure Produkte am Markt abzusetzen. Aus dieser Struktur folgte, daß sowohl die Industrie als auch die Hörgeräte-Akustiker ein ungebremstes wirtschaftliches Eigeninteresse an möglichst teuren Geräten hatten (vgl. LUIG, 1986, S. 420). Das System der Preisbildung fördert zudem einen Konzentrationsprozeß im Hörgeräte-Akustiker-Handwerk. In der insgesamt steigenden Zahl der Betriebe verbirgt sich ein zunehmender Trend zur »Filialisierung«.

Die Entwicklung resultiert unter anderem daraus, daß einerseits die mit den Krankenkassen ausgehandelten Preise für die Hörgeräte Festpreiskarakter besitzen und deshalb Preiswettbewerb zwischen den Akustikern nicht stattfindet und andererseits die industriellen Anbieter den Hörgeräte-Akustikern Mengenrabatte einräumen, die mit

wachsenden Stückzahlen beträchtlich steigen. Dieser Preismechanismus ist folglich auch ordnungspolitisch höchst problematisch. Die vertraglich vereinbarten linearen Preiserhöhungen konnten zudem leicht überholt werden, weil für Neugeräte die Preissetzung (unverbindliche Preisempfehlung) möglich war.

Tab.3-17: Entwicklung der Betriebe der Hörgeräteakustiker und des Handwerks insgesamt 1978-1985

Jahr	Hörgeräteakustiker ¹		Handwerk insgesamt	
	Anzahl	Veränder. z.Vorjahr in %	Anzahl	Veränder. z.Vorjahr in %
1978	1.112	-	544.131	-
1979	1.144	+ 2,9	541.503	- 0,6
1980	1.176	+ 2,8	541.056	- 0,1
1981	1.172	- 0,5	540.132	- 0,2
1982	1.230	+ 5,0	536.984	- 0,6
1983	1.243	+ 1,1	536.892	0,0
1984	1.248	+ 0,4	538.211	+ 0,2
1985	1.290	+ 3,5	539.034	+ 0,2
1985/78	-	+ 16,0	-	- 1,0

1) Angaben der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker, da die Handwerksrollenstatistik nicht alle Betriebe erfaßt.

Quellen: Handwerksrollenstatistik (Betriebe einschl. Nebenbetriebe); Luig: Die Versorgung mit Hörgeräten, S.420

Tab.3-18: Entwicklung der Ausgaben, Stückzahlen und Durchschnittspreise für Hörhilfen von 1982 bis 1986

Jahr	Ausgaben	Stückzahl	Durchschnittspreise
	Mio. DM (%)	Tsd. Stk. (%)	DM (%)
1982	273,8	204,1	1.337
1983	(-)	(-)	(-)
	289,7	214,0	1.353
	(5,8)	(4,5)	(1,1)
1984	343,5	248,4	1.367
	(18,6)	(16,0)	(1,0)
1985	376,2	255,6	1.462
	(9,5)	(2,9)	(6,9)
1986	395,2	269,6	1.466
	(5,1)	(5,5)	(0,3)

In Klammern die prozentuale Veränderung zum Vorjahr;

Quellen: BMA; ZVEI; SVR KA, Rdz. 489

Diese Möglichkeit entwertete die Verhandlungsergebnisse der Krankenversicherung zunehmend:

„Zum einen führt es zu falschen Ergebnissen, wenn man die Höhe der zwischen Kassen und Akustikern vereinbarten Preiserhöhungen für die wirklichen Preiserhöhungen hält. Durch diese Feststellung wird auch das aus Sicht der Kassen günstige Verhandlungsergebnisse relativiert. Zum anderen haben die Anbieter die Möglichkeit, auf die jährlichen Preissteigerungsraten einzuwirken, obwohl sie an deren Zustandekommen organisatorisch gar nicht beteiligt sind“ (GECK/PETRY, 1981, S. 49).

Die Politik der Krankenversicherung, die diese Probleme sah, war daher ein permanenter Versuch, die immanente Dynamik des Marktes zu durchbrechen. 1987 konnte erstmals ein Gruppenfestpreissystem gebildet werden, das die vorhandenen Hörgeräte in neun Gruppen, die nach

technischen Merkmalen definiert sind, ordnet und jeweils feste verhandelte Preise für die einzelnen Gruppen vorsieht. Damit entfällt der bisherige Anreiz zur permanenten Produktvariation und Imitation zur Umgehung der Vertragspreisklausel (Struktureffekt). Der Markt wird für die Krankenversicherung transparenter und die preisbedingenden technischen Eigenschaften des Gerätes objektiver. Insoweit ist dies ein echter Fortschritt gegenüber dem Status quo (ENGELS, S. 257; KORBMAN, 1987, S. 347).

Nach diesem Vertrag wird die seit dem 1. Januar 1986 gültige Absenkung der Vertragspreise für Hörgeräte um 3 % bis zum 31. März 1988 verlängert. Gleichzeitig werden ab 01. Juli 1987 die Preise für Otoplastiken und Reparaturen um 2,95 % abgesenkt. Ab 1. April 1988 wird ein Gruppenpreissystem eingeführt:

- Das neue Preissystem gilt vom 1. April 1988 - 30. Juni 1989 für alle auf dem Markt befindlichen Hörhilfen. Nach einjähriger Laufzeit werden die Auswirkungen des Systems überprüft; die Vertragspartner können in dieser Phase einvernehmliche Änderungen vornehmen.
- Die auf dem Markt befindlichen Hörgeräte werden in neun technisch definierte Gruppen eingeteilt. Der Hörgeräte-Akustiker kann sodann - unabhängig davon, welches Gerät von welchem Hersteller er wählt - nur noch den jeweiligen Gruppenpreis abrechnen.
- Mehrkosten können gegenüber dem Versicherten nach § 182 b Satz 3 RVO nur dann geltend gemacht werden, wenn dieser eine aufwendigere Ausstattung wählt (z. B. automatische Störschallunterbrechung, Fernbedienung).
- Preiserhöhungen und Preisnachlässe der Produzenten gehen zu Lasten oder zugunsten der Akustiker.

Tab.3-19: Gruppenpreissystem für Hörgeräte

Gruppe	Vak (dB) DIN	PC oder TB	PC + TB	AGC + PC od.TB	AGC + PC +TB	Preis DM
		(1)	(2)	(3)	(4)	
1	< 46	X				1150
2	46 - 68	X				1175
3	< 46		X			1200
4	46 - 68		X			1225
5	< 46			X		1250
6	46 - 68			X		1275
7	< 46				X	1300
8	46 - 68				X	1325
9	> 68	X	X	X	X	1350

Erklärungen: Vak = akustische Verstärkung (nach DIN 45600/45601/45605); PC = Peak Clipping (Ausgangsschalldruckbegrenzung); TB = Tonblende; AGC = Automatic Gain Control (automatische Verstärkungsregelung).

Quelle: Korbmann, H.: Gute Chancen für Kostendämpfung bei Hörgeräten, in: Die Ersatzkasse, 9/87, S.347

Die Vorteile des Gruppenpreissystems werden vor allem darin gesehen, daß die bisherige intransparente Preisvielfalt für mehr als 400 verschiedene Hörgeräte beseitigt wird. Ebenso können Struktureinflüsse aufgrund von Produktmodifikationen durch die Industrie bzw. gewinnorientierte Hörgeräteauswahl durch den Hörgeräte-Akustiker weitgehend eingeschränkt werden. Für jede Gruppe wird ein Endpreis festgelegt, der - bis auf die Otoplastik und die Batterien - das gesamte Zubehör bzw. alle Ausstattungsvarianten des jeweiligen Hörgerätes umfaßt; somit wird eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten garantiert.

Zwei Probleme weist jedoch auch dieses Festpreissystem auf:

- Die Preise sind nach wie vor verhandelte Preise, in die der Status quo des bisherigen Preisniveaus eingeht, ohne zu hinterfragen, ob dieser Status quo angemessen ist. Ebenso bleibt das grundsätzliche Problem der Preisverhandlungen bestehen, so daß die Frage der Marktmacht und der Durchsetzungsfähigkeit in den Verhandlungen weiterhin ungeklärt bleibt.
- Es bleibt der empirischen Validierung dieses Konzeptes vorbehalten, zu klären, ob damit nicht ein Anreiz geschaffen wurde, in die jeweils höherwertige Gruppe hinein zu verordnen oder durch den Hörgeräte-Akustiker die jeweils höher bewertete Gerätegruppe als medizinischen Bedarf zu definieren.

Nach Maßgabe der HNO-ärztlichen Verordnung hat der lieferberechtigte Hörgeräte-Akustiker dem verordnenden Arzt geeignete Geräte vorzuschlagen und im Anpaßbericht die Hördaten des vorgeschlagenen Gerätes im Vergleich zu weiteren von ihm erprobten Hörgeräten anzugeben. Der HNO-Arzt bescheinigt auf der Verordnung, daß durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird und stellt die Verordnung mit dem Kostenvorschlag des Hörgeräte-Akustikers und dem Anpaßbericht der Krankenkasse zur Verfügung. Inwieweit die HNO-Ärzte diese Berichte durch eigene diagnostische Arbeit validieren, bleibt fraglich. Insofern ist auch durch diese Konstruktion ein Trend zu den höherwertigen Festpreisgruppen zu erwarten.

Ein methodisches Problem bei der empirischen Prüfung der Anreizwirkungen dieses Gruppenfestpreissystems stellt sich dadurch, daß gegenüber dem Status quo der Vergleich deshalb schwierig sein wird, weil man auf Basis der Preise von 1986 die Vielzahl der Hörgeräte erst gruppieren und mit Frequenzstatistiken, die es in dieser differenzierten Form nicht gibt, den einzelnen neuen Gruppen zuordnen müßte. Insoweit werden wohl die Konsequenzen der Anreizstrukturen dieses Festpreiskonzepts bis zu einem bestimmten Punkt unklar bleiben.

Es bleibt jedoch festzuhalten, daß dieses Festpreiskonzept nicht mit einem Festbetragskonzept, wie es den gesetzlichen Bestimmungen des Entwurfs zu einem Gesundheits-Reformgesetz zugrundeliegt, verwechselt werden darf.

Ein Festbetragskonzept will keine festen Preise definieren, die mit Herstellern per Vertrag verhandelt werden und über die Einvernehmen erzielt werden muß, sondern

es nennt lediglich Beträge, die die Krankenversicherung bei der Versorgung ihrer Versicherten erstattet. Dies ist eine systematisch völlig andere Ausgangsposition und hat auch völlig andere Konsequenzen im Hinblick auf die ökonomischen Anreize. Dies wird unter *Punkt 4. 4. 1* eingehend erläutert. Gerade für den Bereich der Hörhilfen böte das Festbetragskonzept einen interessanten Zugang, um mit wettbewerblichen Anreizen auf seiten der Leistungserbringer den Markt zugunsten des Verbrauchers zu ordnen.

Insgesamt ist die Marktstruktur in hohem Maße monopolisiert. Die Akustiker beziehen ihre Geräte von etwa einem Dutzend Firmen, die jedoch ihrerseits bei der Beschaffung wichtiger Bauteile (Mikrofone, Lautsprecher) auf einen amerikanischen Hersteller angewiesen sind, der auf diesem Markt eine Monopolstellung innehat (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 137). Im Vergleich zu anderen hochwertigen technischen Produkten ist diese Marktstruktur nicht verbraucherfreundlich, weil die technischen Innovationen durch den mangelnden Preiswettbewerb quasi automatisch preissteigernd wirken.

Für die Verordnung von Hörhilfen sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu beachten. Gegenwärtig wird an einer Richtlinie für die Verordnung von Hörgeräten gearbeitet, die in Zukunft wichtige Bedingungen der Verordnung und Leistungserbringung definieren wird. Die Spitzenverbände der Krankenversicherung haben für die Begutachtung durch den V&D bereits eine Begutachtungsanleitung bei Schwerhörigkeit und eine Hörgeräteverordnung verabschiedet, die auch für diese Hilfsmittel-Richtlinie wichtige Bedingungen für Verordnung, Leistungsdefinition und technische Kriterien enthält.

Mit der Festlegung von Indikationsgrenzen für die Verordnung von Hörgeräten oder die durchschnittliche Tragedauer von Hörgeräten können wichtige mengenbegrenzende Eckpunkte geschaffen oder aufgeweicht werden. Insoweit kommt diesen Instrumenten auch eine erhebliche ökonomische Bedeutung zu, so beispielsweise in der Frage, ob die Krankenversicherung eine Prüfung dahingehend vornimmt, ob das alte Gerät technisch noch einwandfrei und der Hörschädigung noch angemessen ist. Dies erfolgt in der Regel nicht. Die Kassen akzeptieren somit einen Automatismus, für den eine sachliche Begründung fehlt. Von den Hörgeräte-Akustikern wird dieser Umstand dahingehend genutzt, daß man eigene die Klientel häufig rechtzeitig anspricht und eine Anschlußversorgung empfiehlt.

Die Mengenentwicklung auf dem Markt für Hörhilfen ist sicher zu einem Teil »anbieterinduziert«, wengleich insgesamt der Versorgungsgrad mit Hörgeräten in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich noch gering ist. Mengenentwicklungen sind also auch in Zukunft »morbiditybedingt«; um so mehr sollte die Krankenversicherung Sperrungen gegen die medizinisch nicht indizierten Abgaben aufbauen.

Das sprunghafte Ansteigen der nur ausnahmsweise verordnungsfähigen Im-Ohr-Geräte von 2,5 % (1983) auf 13,5 % (1985) zeigt deutlich die Präferenzen des Verbrau-

chers nach größerem Komfort. Allerdings sind auch nach medizinischer Meinung die Indikationsbereiche für IO-Geräte sehr begrenzt.

Tab.3-20: Stückzahlenentwicklung bei Hörgeräten 1975-1985

Jahr	Stückzahl		Marktanteil der im-Ohr-Geräte in %	Durchschnittspreis ein. Hörgerätes in DM
	insgesamt	davon: Im-Ohr-Geräte		
1975	193.310	-	-	-
1976	195.089	-	-	-
1977	175.306	-	-	-
1978	185.123	-	-	-
1979	183.846	-	-	-
1980	197.486	-	-	-
1981	211.306	-	-	-
1982	204.806	-	-	1.337
1983	214.071	5.351	2,5	1.353
1984	248.427	22.900	9,2	1.367
1985	255.624	34.496	13,5	1.462

1) GKV-Ausgaben für Hörgeräte einschl. Ohrpaßstück und Energieversorgung dividiert durch Stückzahl.

Quelle: ZVEI und eigene Berechnung; Saekel: Strukturprobleme

Insgesamt dürften am Markt für Hörgeräte noch Rationalisierungspotentiale stecken, die durch das bisherige Preissystem nicht ausgereizt sind. Gerade vor dem Hintergrund einer Versorgungsstruktur, die tendenziell einen noch großen Bedarf aufzeigt, müssen geeignete Instrumente diese Rationalisierungsmöglichkeiten sowohl bei den Herstellern als auch im Vertriebssystem aufdecken. Dabei müssen auch die bisherigen Verträge und Lieferbedingungen auf wettbewerbshindernde und die gegenwärtige Struktur stützende Bedingungen hin untersucht werden (Meisterpräsenz Klausel etc.) (Vgl. dazu auch *Punkt 2. 1. 5*).

2. 2. 2 Sehhilfen

Der Markt für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) weist mehrere Besonderheiten auf, die ihn von anderen Heil- und Hilfsmittel-Märkten unterscheiden. Zum einen hat die Brille eine doppelte Funktion. Sie ist medizinisches Hilfsmittel zum Ausgleich einer mangelhaften Körperfunktion; sie ist zugleich aber auch modisches Hilfsmittel zur Darstellung der eigenen Persönlichkeit.

Ein weitere Besonderheit ist, daß der Versicherte ein größeres Maß an »Konsumentensouveränität« besitzt als in anderen Teilmärkten des Gesundheitswesens. Er hat konkrete Vorstellungen über Aussehen der Brille, Besonderheiten der Gläser (Tönung, Entspiegelung) und ist lediglich bei den technischen Details der Augenglas-Bestimmungen auf das »Expertenwissen« des Optikers angewiesen.

Eine interessante Besonderheit - und für die Steuerungsmöglichkeiten auf Hilfsmittelmärkten durchaus bedeutsam - ist die Tatsache, daß hier das viel diskutierte Festbetragsmodell bereits im Ansatz verwirklicht ist und so »Praxiserfahrungen« für ein alternatives Steuerungskonzept für andere Märkte vorliegen.

Obwohl in diesem Teilmarkt noch wettbewerbsbegrenzende Vertragspreise existieren, zeigt sich, daß das Festbetragsmodell bei Brillen nicht zu einer mangelhaften Qualität des »Kassengestells« geführt hat, sondern - im Gegenteil - neue Anbieter mit einer großen Zahl von Fassungen und Preisen innerhalb der Festbetragslösung auf den Markt drängen und so wenigstens potentiell Preisdruck auch unter den etablierten Anbietern auslösen. Dieser Preisdruck kann jedoch durch die vertraglich geregelten Liefer- und Abgabebestimmungen mit dem Optikerhandwerk noch nicht so durchschlagen, wie dies bei wettbewerblich organisierten Marktzugangsbedingungen möglich wäre.

Während bei der Herstellung der Gläser und der Herstellung der Brillengestelle rationelle industrielle Fertigungsverfahren mit außerordentlich niedrigen Preisen Platz gegriffen haben, herrschen auf der Einzelhandelsebene noch traditionell handwerkliche Strukturen vor, die im Ergnis zu einem relativ hohen Preisniveau führen.

Die Zahl der abgesetzten Brillen je Betrieb ist niedrig, die Personalausstattung hoch, obwohl sich ein immer größerer Teil der ursprünglich handwerklichen Funktionen der Optiker auf die Herstellerstufe verlagert hat und die Handelsfunktion heute das eigentliche Schwergewicht der Tätigkeit des Augenoptikers darstellt. Aber anderes als in vielen anderen, ursprünglich handwerklich orientierten Einzelhandelsbereichen (z. B. Fotoartikel, Elektro- und Elektronik-Artikel) haben sich bisher noch keine modernen Vertriebsformen durchsetzen können.

Tab.3 - 21: Entwicklung wichtiger Strukturdaten der Augenoptiker und des Handwerks insgesamt 1978-1985

Jahr	Betriebe			
	Anzahl ¹	Veränd. z. Vorjahr in %	Handwerk insgesamt	
			Anzahl	Veränd. z. Vorj. in %
1978	4.372	+ 4,1	544.531	-
1979	4.591	+ 5,0	541.503	- 0,6
1980	4.783	+ 4,2	541.056	- 0,1
1981	4.980	+ 4,1	540.132	- 0,2
1982	5.151	+ 3,4	536.984	- 0,6
1983	5.295	+ 2,8	536.892	0,0
1984	5.524	+ 4,3	538.211	+ 0,2
1985	5.702	+ 3,2	539.034	+ 0,2
1985/78	-	30,4	-	- 0,1

1) Die von der Handwerksrollenstatistik abweichenden Zahlen des Zentralverbandes der Augenoptiker weisen für den Zeitraum 1978/85 einen Anstieg der Betriebszahlen um 1,38 % aus.

Quelle: Handwerksrollenstatistik (Betriebe einschl. Nebenbetriebe); Stat. Bundesamt (Beschäftigte und Umsatz; ohne Nebenbetriebe, ohne MwSt).

Gerade in jüngster Zeit drängen Filialisten auf den Markt und unterbieten bei vergleichbarer Qualität der Produkte das Preisniveau um rund 50 %. Diese Filialbetriebe haben mittlerweile einen Marktanteil von rund 15 %, obwohl sich die Krankenversicherung noch aus ordnungspolitischen Gründen schwertut, den Markt für rationelle Vertriebsformen zu öffnen.

Der Konflikt: Soll aus ordnungs- und mittelstandspolitischen, aus qualitäts- oder arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten heraus die derzeitige Struktur erhalten werden, auch um den Preis einer relativ niedrigen Arbeitsproduktivität und eines relativ hohen Preisniveaus zu Lasten der Verbraucher und Beitragszahler, oder sollte sich auch auf diesem Markt ein Strukturwandel zu modernen rationellen Betriebsformen vollziehen?

Dabei ist das Verhältnis der Preise der Hersteller von Vorprodukten (Gläser und Gestelle) zu den Endpreisen für den Verbraucher besonders interessant. Die Abgabepreise der Hersteller bewegen sich allenfalls in einem üblichen Inflationstempo, der übliche Produktivitätsfortschritt und der zunehmende internationale Wettbewerbsdruck führen zu moderaten Preiserhöhungen.

Demgegenüber stiegen die Verkaufspreise der Optiker massiv. Hier zeigt sich, daß durch den »künstlichen Nullpunkt« oberhalb einer Festbetragsregelung gerade bei sehr konsumnahen Hilfsmitteln der Preiswiderstand des Konsumenten erst sehr spät einsetzt. Wenn dann das Vertragspreisniveau nicht aktueller Marktentwicklungen nachvollzieht, entsteht eine doppelte Dynamik, welche das hohe Preisniveau dauerhaft stabilisiert.

Die Begründung, daß zwei Drittel einer Leistung (HENNING, PREISBILDUNG 1981, S. 67), die erbracht wird, um eine Brille zu schaffen, nach Angabe des Zentralverbandes der Augenoptiker vom Optiker selbst stammen, dagegen die Herstellung der Gläser und der Fassung durch die Industrie, das Aufdampfen von Vergütungen der Oberfläche (Entspiegelung) zusammen nur ein Drittel der Leistungen ausmachen soll, muß verwundern. Diese Aussage kann wohl nur als Versuch gewertet werden, eine Begründung für die Tatsache zu finden, daß die Kosten für Fassung und Gläser nur knapp ein Drittel des Preises einer Brille ausmachen und der Optiker am Preis einer Brille einen Röhertag von gut zwei Drittel erwirtschaftet.

Die Aussage, daß erst durch das kunstvolle Zusammenfügen der »Viertelfertigfabrikate« das eigentliche Produkt entsteht, übersieht Wandelung des Berufsbildes des Augenoptikers vom Produzenten zum Händler und nimmt damit den Inhaltsverlust an seiner Tätigkeit nicht zur Kenntnis.

Der Erhalt vermeintlich »handwerklicher« Strukturen durch die Vertragspolitik und die Verhinderung von Preiswettbewerb und damit von Rationalisierungsdruck soll ein »standesgemäßes« Einkommen sichern. Die Lieferverträge mit der GKV sollen dabei helfen, die Entwicklung anderer Vertriebsformen zu bremsen oder zu verhindern, die - ähnlich wie in anderen Branchen - durch rationellere und größere Betriebe Preiswettbewerb und damit auch Existenzrisiken bedeuten würden.

Wenn man bedenkt, daß ca. 50 % der Bevölkerung Brillenträger sind, wobei 28 % ständig eine Brille tragen, und 1985 14 Millionen Brillenfassungen (Korrektionsfassungen) und 30 Millionen Gläser verkauft wurden, sieht man die Dimensionen, die von solchen Marktstrukturen nicht nur für die GKV, sondern darüber hinaus für die Wirtschaftsstruktur bedeutsam sind (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 133).

Tab.3-22: Entwicklung der Ausgaben für Sehhilfen von 1984-1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %

	1984	Veränd. in %	1985	Veränd. in %	1986	Veränd. in %	1987	Veränd. in %
Brillen	1.341,4	9,6	1.394,9	4,0	1.520,5	9,0		
Kontaktlinsen (insgesamt)	70,0	21,5	82,8	18,1	95,2	15,0		
davon geliefert durch Augenärzte	21,0	18,1	24,5	17,2	28,7	17,1		
Augenoptiker ¹	49,0	26,1	58,3	18,7	66,5	14,1		
insgesamt	1.411,4	10,2	1.477,7	4,7	1.615,7	9,3	1.748,5	8,2

1) davon entfallen rd. 40-50 % auf Pflegemittel.

Quelle: BMA: Arbeits- und Sozialstatistik; Zahlen für 1987: BMA: vorl. Rechnungsergebnisse 1-4 Quartal 1987

Der weitere Trend zur Zweit- und Mehrfachversorgung, der durch die Krankenversicherung kaum auf eine medizinische Indikation geprüft wird und auch so der Drei-Jahres-Ersatzrhythmus relativ leicht zu umgehen ist, stellt gegenwärtig kein mengenbegrenzendes Instrument dar. Dadurch, daß mittlerweile rund 30 % der Augenglas-Bestimmungen per Refraktionierung durch Optiker durchgeführt werden, was medizinisch-qualitativ kein Problem, ökonomisch bei den vorhandenen Marktstrukturen jedoch das Problem der Mengenexpansion darstellen dürfte, zeigt, wie sensibel dieser Markt auf seiten der Mengenflanke ist.

Die Mengenentwicklung wird durch die verstärkte Verordnung von Kontaktlinsen weiter gefördert, wobei zu beachten ist, daß der Durchschnittspreis für Kontaktlinsen vertraglich bei rund 400 DM liegt.

Die Ausgabenentwicklung auf dem Markt für Sehhilfen zeigt die Dominanz der Brillenabgabe. Sie ist weiterhin die »Normalverordnung«. Kontaktlinsen weisen zwar eine rund doppelt so hohe Wachstumsrate auf, bewegen sich absolut jedoch noch auf vergleichbar niedrigem Niveau.

Bei der Versorgung mit Kontaktlinsen hat eine Untersuchung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen ergeben, daß die vertraglich vereinbarten Pauschalpreise der gesetzlichen Krankenversicherung, 1985 rund 400 DM, am Markt eine kontraproduktive Wirkung entfalten. Sie wirken am Markt wie ein Mindestlimit, daß das hohe Preisniveau für Kontaktlinsen stützt. Als Beispiel wird aufgeführt, daß eine weiche »Ciba Soft«-Linse desselben Herstellers bei verschiedenen Optik-Geschäften für rund 200 DM das Paar, bei anderen für 550 DM, beim teuersten Anbieter für 650 DM und bei einem Filialisten für 98 DM das Paar zu erhalten ist. Bei anderen Kontaktlinsen tun sich ähnliche Preisspannen auf.

Diese enormen Preisspannungen zeigen, daß die gespaltene Preisbildung - Vertragspreise als Festbetragspreise und freie Preisbildung ab dem Festbetragsniveau - bei gleichzeitigen vertraglichen Bindungen des Wettbewerbsverhaltens und mangelnder Marktanalysen ein Hochpreissystem tendentiell stabilisiert. Für Festbetragslösungen in anderen Leistungsbereichen gilt es, daraus Konsequenzen zu ziehen. Einige solcher Konsequenzen könnten sein:

- Verzicht auf Vertragspreise,
- permanente Marktanalyse,

- Festbeträge in Kenntnis der Marktpreisrelationen sowie der Herstellerabgabepreise,
- keine vertraglichen Bindungen hinsichtlich Liefer- und Marktzutrittsmöglichkeiten sowie
- Qualitätssicherung bei Marktzutritt.

Die so nicht notwendigen Zuzahlungen bei Kontaktlinsen und bei Brillen, bei denen nach Aussage des Sachverständigenrates 75 % der Versicherten durchschnittlich je 150 DM bis 200 DM je Brille zuzahlen (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 133), ließen die Diskussion um die Angemessenheit der Versorgung mit Sehhilfen als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufkommen.

Bei dieser Frage sind gesundheitspolitische und ökonomische Argumente zu unterscheiden: Gesundheitspolitisch kann im Einzelfall sicher die Zuzahlung bei der Versorgung mit Sehhilfen eine soziale Härte darstellen. Für diese Fälle ist die Garantie einer Sachleistung notwendig und entspricht dem Gedanken der Solidarität. Ökonomisch stellt sich jedoch die Frage, ob nicht die vertraglichen Konditionen, Lieferbedingungen und Vertriebssysteme zu einem übersteigerten Preisniveau führen und den Verbraucher durch Beitragssatz und Zuzahlung insgesamt schlechter stellt, als wenn er auf die Preisbildung eines rationalen und effizienten Vertriebssystems angewiesen wäre, das ihm zum Preis der gegenwärtigen Zuzahlung eine komplette Versorgung garantiert.

Diese Frage muß letztendlich politisch entschieden werden. Der Sachverständigenrat kommt bei einer ökonomischen Würdigung dieser Frage (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 135) zu dem Ergebnis, die bei Herausnahme der Sehhilfen aus der Leistungspflicht entstehende Entlastung der GKV (1,5 Mrd. DM) würde nur zu einem Bruchteil - in vielen Fällen überhaupt nicht - zu einer Mehrbelastung der Versicherten führen. Die Ausgrenzung würde auf dem Markt für Sehhilfen unbehinderten Wettbewerb ermöglichen und dadurch die im Vertriebssystem steckenden Rationalisierungsreserven aktivieren. Sollte es zu einer Ausgrenzung kommen, so wären davon Kinder der Versicherten auszunehmen. Dies gebieten medizinische Gründe, aber auch die Erhaltung des Elements des Familienausgleichs.

2. 2. 2. 3 Orthopädische Hilfsmittel und Hilfsmittel besonderer Art

Ein in sich hochgradig differenzierter Teilmarkt ist der Bereich der Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln besonderer Art.

Bei den orthopädischen Hilfsmitteln dominiert die handwerkliche Erarbeitung von Hilfsmitteln, die fehlende Gliedmaßen ersetzen (Prothesen), die die körperliche Statik stabilisieren (Orthesen/Stützapparate), die Körperfunktionen wiederherstellen und/oder unterstützen sollen (z. B. orthopädische Schuhe, Bandagen, Einlagen). Traditionell war diese handwerkliche Arbeit in hohem Maße personalintensiv und die Versorgung höchst individuell. Insbesondere bei der Versorgung mit Stützapparaten ist die Anfertigung von Schienen, Gelenken, etc. nur individuell möglich und verlangt eine sorgfältige Anpassung mit oft langwierigen Kontakten zwischen Orthopädie-Handwerker und Patient.

Die Individualität der Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln wird oft als Argument dafür gebracht, Steuerungselemente, wie z. B. das Festbetragskonzept, für diesen Versorgungsbereich abzulehnen. Es bedarf der systematischen Evaluation, ob und in welchem Maße eine Einzelanfertigung fachlich ausschließlich handwerklich erfolgt oder auf genormte oder vorgefertigte Rohprodukte zurückgreifen kann. Es stellt sich auch die Frage, ob nicht auch individuelle Arbeits- und Anpaßleistungen bis zu einem bestimmten Punkt genormt werden können und damit »festbetragsfähig« werden. Aus dem industriellen Bereich sind jedenfalls solche Normungsprozesse, insbesondere bei der innerbetrieblichen Steuerung, bekannt.

Dabei wird es im sensiblen Bereich der gesundheitlichen Versorgung sicher Grenzen geben. Diese dürften jedoch weniger in der Notwendigkeit der individuellen Zurichtung, also beim Handwerk, als vielmehr in der individuellen Verträglichkeit, Paßgenauigkeit und Handhabbarkeit liegen.

Es bedarf auch der näheren Untersuchung, ob und in welchem Maße die Leistungspositionen der Bundesprothesen-Liste (die gegenwärtig in einer Arbeitsgruppe beim BMA überarbeitet wird) noch ein richtiges Abbild der Produktionsstrukturen in diesem Bereich darstellen oder ob nicht der Übergang zu modernen Materialien (Gießharze, spezielle, leicht verarbeitbare Kunststoffe etc.) auch in diesem Bereich Rationalisierungsreserven eröffnen, die bisher jedenfalls nicht zu Anpassungsprozessen in den Leistungsverzeichnissen geführt haben.

Hilfsmittel besonderer Art, vor allem Krankenfahrstühle, Gehwagen, Applikationshilfen und sonstige Hilfsmittel, werden über den Sanitätshandel durch Orthopädie-Techniker oder von den Herstellern direkt geliefert. Für sie bestehen überwiegend keine vertraglich fixierten Preisabsprachen, so daß hier der Hersteller eine freie Preisgestaltungsmöglichkeit hat.

Seit Übernahme von Hilfsmitteln und Hilfsmitteln besonderer Art in den Sachleistungskatalog der GKV (ebenfalls mit dem Reha-Angleichungsgesetz 1974) trägt die Versorgung mit Hilfsmitteln, die nach übereinstimmender

Meinung auf hohem technischen Niveau angesiedelt ist, zur umfassenden und qualitativ hochwertigen Versorgung bei. In den letzten Jahren hat sich eine Strukturverschiebung in den Betrieben der Orthopädie-Techniker dahingehend abgespielt, daß die Umsatzanteile der überwiegend handwerklichen Bereiche, also der Großorthopädie und der Kleinorthopädie, von rund 34 % auf 29 % (Großorthopädie) und von rund 38 % auf 35 % (Kleinorthopädie) abgenommen hat, während die Bereiche, in denen vorwiegend industriell gefertigte Produkte über den Sanitätshandel weitergegeben werden (Rollstühle, Alltagshilfen, Stoma-Artikel und sonstige Sanitätsartikel), in ihren Umsatzanteilen gestiegen sind.

Tab.3-23: Strukturverschiebungen der von Betrieben der Orthopädie-Techniker¹ abgenommenen Leistungen 1980-1985

	Umsatzanteile in %		Änderung d. Ausgaben in % 1980/85
	1980	1985	
Großorthopädie (z.B. Artikel der Bundesprothesenliste)	34,61	29,48	+ 9,77
Kleinorthopädie (z.B. Bandagen, Leibbinden)	38,54	35,51	+ 18,74
Reha-Mittel (z.B. Rollstühle, Alltagshilfen)	15,09	20,68	+ 76,61
Stoma-Artikel (Versorgung Krebskranker)	5,13	7,64	+ 91,93
Sonstiges (z.B. Sanitäts-Artikel, Handelsware, Krankenpflegeartikel)	6,60	6,49	+ 26,72
Gesamt	100	100	+ 28,87

1) einschl. der von Orthopädie-Technikern abgegebenen Hilfsmittel besonderer Art (insbesondere Rollstühle).

Quelle: Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik 1986 (repräsentative Erhebung bei 55 Orthopädietechnik-Betrieben); SVR KA, Rdz. 506

Dies deutet darauf hin, daß mehr und mehr industriell gefertigte Produkte die handwerklichen Einzelanfertigungen ersetzen.

Der Gesamtbereich weist eine Ausgabenentwicklung mit stark expansiver Tendenz auf. Hierbei ist auffällig, daß die Orthopädie-Fachärzte weitgehend auf die eigene Hilfsmittelversorgung verzichten und stattdessen per Verordnung entweder Orthopädie-Techniker oder Orthopädie-Schuhmacher beauftragen oder aber industriell gefertigte Hilfsmittel durch Sanitätshäuser abgeben lassen. Auch hierdurch wird die fast doppelt so hohe Steigerungsrate der Hilfsmittel besonderer Art erklärt.

Die Entwicklung der Betriebe der Orthopädie-Schuhmacher und Orthopädie-Schuhmacher ist insgesamt eher rückläufig, der Zuwachs der Orthopädie-Mechaniker entspricht dem Trend der Technisierung moderner Hilfsmittel und ist vergleichbar mit einem allgemeinen Trend im technischen Bereich. Auch diese Tendenz spricht für die Substitution der handwerklichen Tätigkeit durch eine

mehr technisch orientierte Tätigkeit, die sich vorwiegend auf industriell gefertigte Vorprodukte stützt.

Tab.3-24: Ausgabenentwicklung für orthopädische Hilfsmittel und Hilfsmittel besonderer Art von 1982-1986 in Mio. DM

Jahr	orthopädische Hilfsmittel				Hilfsmittel besond. Art
	insgesamt	Orthopädie-Techniker	orthopädie-Schuhmach.	Orthopädie-Fachärzten	
1982	907,0	659,1	218,4	29,5	140,3
	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
1983	950,7	692,6	234,5	23,6	166,3
	(5,6)	(5,1)	(7,3)	(-20,0)	(18,5)
1984	1.083,4	794,6	264,8	24,0	213,9
	(14,3)	(14,7)	(12,9)	(1,7)	(28,6)
1985	1.154,3	848,5	283,9	21,8	259,7
	(6,9)	(6,8)	(7,2)	(-9,0)	(21,4)
1986	1.266,4	934,2	312,5	19,7	309,2
	(+9,7)	(+10,1)	(+10,0)	(-9,6)	(19,1)

Quelle: BMA: Arbeits- und Sozialstatistik

Tab.3-25: Entwicklung der Betriebe der Orthopädie-Schuhmacher und -Mechaniker und des Handwerks insgesamt 1978-1985

Jahr	Orthopädie- ₂ Schuhmacher		Orthopädie- ₁ Mechaniker		Handwerk insgesamt	
	Anzahl	in % ³	Anzahl	in % ³	Anzahl	in % ³
1978	2.036	-	1.269	-	544.131	-
1979	2.034	- 0,1	1.275	+ 0,5	541.503	- 0,6
1980	2.006	- 1,4	1.296	+ 1,6	541.056	- 0,1
1981	1.988	- 0,9	1.301	+ 0,4	540.132	- 0,2
1982	1.988	0,0	1.294	- 0,5	536.984	- 0,6
1983	1.996	- 0,1	1.305	+ 0,9	536.892	0,0
1984	1.990	- 0,3	1.311	+ 0,5	538.211	+ 0,2
1985	1.997	+ 0,4	1.358	+ 3,6	539.034	+ 0,2
1985/78	-	- 1,9	-	+ 7,0	-	- 1,0

1) einschl. Bandagisten (= Orthopädie-Techniker); 2) Angaben der Bundesinnung für Orthopädie-Technik, da die Handwerksrollenstatistik nicht alle Betriebe erfaßt; 3) Veränderung zum Vorjahr

Quelle: Handwerksrollenstatistik (Betriebe einschl. Nebenbetriebe)

Im Gesamtbereich der orthopädischen Hilfsmittel ist eine erhebliche Technisierung der Ausstattung hin zu elektrisch und elektronisch gesteuerten Hilfsmitteln zu beobachten, was die Funktionsfähigkeit für den Patienten in hohem Maße verbessert und den Tragekomfort erhöht. Gerade diese Form des medizinisch-technischen Fortschritts trägt zu den Erfolgen der medizinischen Rehabilitation in großem Maße bei. Insgesamt erfordert die Verordnung im Bereich der orthopädischen Hilfsmittel eine hohe Kompetenz beim niedergelassenen Arzt. Gerade die Produkte, die fehlende Körperteile ersetzen oder fehlgerichtete Körperteile in ihrer Funktion unterstützen sollen, also höchst individuell auf den Körper des Betroffenen hin ausgerichtet werden müssen, verlangen vom Verordner eine eindeutige und präzise Verordnung wie eine Kontrolle nach der Versorgung des Patienten auf Passgenauigkeit, Funktionsfähigkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Hier dürfte noch ein erhebliches Potential für Verbesserungen liegen, wie verschiedene Untersuchungen (beispielsweise an der Universität Münster) zeigen. Es wurde festgestellt, daß ein großer Prozentsatz der verordneten Hilfsmittel aus der »Großorthopädie« nicht benutzt werden, weil sie entweder nicht passen, nicht funktionsfähig sind oder zu Nebenwirkungen (Schmerzen, Wundreiben etc.) geführt haben und auch nicht in einer nachgehenden Kontrolle verbessert wurden.

Für den Verordner ist die Übersicht über die am Markt gehandelten Produkte überaus schwierig. Er ist weitgehend auf die Information der Hersteller durch Werbeproschüren angewiesen. Seine eigenen Erfahrungen in der Therapie reichen in der Regel nicht aus, eine umfassende Kenntnis über mögliche Versorgungsformen zu erhalten.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt eine »kostenreibende und teilweise unsinnige Verwaltungspraxis« (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN, S. 138) fest und nennt als Beispiel die breite Anwendung des Stabilschuhes bei einer Außenbandruptur, vielfach auch unter falscher Indikationsstellung nach vorher durchgeführter Gipsbehandlung.

Dieses Beispiel ließe sich relativ beliebig ergänzen. Insgesamt sind die Versorgungsmöglichkeiten auch innerhalb bestehender Indikationsbereiche ziemlich ungeklärt. Markttransparenz ist weder beim Verordner, noch bei der Krankenkasse und wohl auch nicht bei den einzelnen Sanitätshäusern vorhanden. Dies bedeutet nicht nur erhebliche qualitative Abstriche für die Gesamtversorgung, sondern auch eine ungeklärte und fragwürdige ökonomische Situation für die Krankenversicherung.

Obwohl in den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien die Voraussetzungen für eine Verordnung geklärt sind und festgelegt ist, daß eine Verordnung Angaben über Anzahl und Bezeichnung, Art der Herstellung, Hinweise über die Zweckbestimmung, das Material oder Abmessungen etc., enthalten soll, um eine funktionsgerechte Anfertigung und Lieferung zu gewährleisten, bedeutet die Vielzahl der unterschiedlichen Hilfsmittel, Hersteller, Materialien, technische Eigenschaften, Produktnamen etc. ein Hindernis für eine rationale Verordnung.

Die Folge dieses intransparenten Geschehens sind sehr oft »Freibriefe« für Lieferanten, die eine unspezifische Verordnung damit in ihrem Sinne konkretisieren dürfen und müssen, wobei sie eine Vielfalt von Versorgungsmöglichkeiten gleicher Qualität, jedoch mit für sie selbst erheblich unterschiedlichen ökonomischen Auswirkungen zur Verfügung haben.

Das Beispiel der Verordnung einer »Patella-Bandage« bedeutet für den Lieferanten die Möglichkeit der Auswahl zwischen Produkten vergleichbarer Qualität, jedoch mit Preisspannen zwischen 38 DM und 248 DM.

Die Forderung nach Wirtschaftlichkeit steht in einem extremen Konflikt zu privatwirtschaftlichen Interessen. Niemand, weder der verordnende Arzt noch die leistungsgewährende Krankenkasse, überprüft gegenwärtig die Notwendigkeit und den Nutzen bei der Abgabe solcher Produkte. Der Arzt kennt bestenfalls den Namen, in seltenen

Fällen die Preise. Er verordnet eben oft nur unter der Bezeichnung der Produktgruppe, hier also »Patella-Bandage«, und überläßt dem Sanitätshaus die Spezifizierung. Den Krankenkassen fehlen ebenfalls Preisvergleichslisten, um auf eine wirtschaftliche Versorgung in ihrem Bereich zu dringen.

Tab.3-26: Patella-Bandagen

Patella-Bandagen	
Versorgung des Knies bei gleichen Indikationen: Chondropathia patellae, Verletzungen, Post-OP, degenerative Erkrankungen	
Produkt a	38,00 DM
Produkt b	58,10 DM
Produkt c	52,80 DM
Produkt d	84,00 DM
Produkt e	248,00 DM
Produkt f	109,00 DM
Produkt g	126,00 DM
Produkt h	216,67 DM

Tab.3-27: Rollstühle

Empfohlene Preise der Hersteller. Fachhandel erhält darauf ca. 30-40 % Rabatt (Stand 8/88)	
Produkt a	1.147,00 DM
Produkt b	1.247,00 DM
Produkt c	1.210,00 DM
Produkt d	1.468,00 DM
Produkt e	1.649,00 DM

Bei der Verordnung eines »Standardrollstuhles« gibt es ebenfalls erhebliche Preisspannen bei vergleichbaren Produkten. Die Beispiele ließen sich beliebig erweitern.

Das unterschiedliche Preisniveau innerhalb medizinisch vergleichbarer Produktgruppen ist jedoch nur eines der Preissteuerungsprobleme bei der Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln und Hilfsmitteln besonderer Art.

Auch in den Bereichen, in denen über die Bundesprothesen-Liste und die jeweiligen Landespreislisten Preisabsprachen zwischen den Leistungserbringern und der Krankenversicherung existieren, wachsen neue Preissteuerungsprobleme.

Auch hier weisen, wie in anderen Leistungsbereichen, die regionalen Preisabsprachen für identische Produkte Preisspannen auf, die nicht mit regionalen Besonderheiten der Lieferbedingungen, Mieten, Löhne etc. erklärt werden können. Hier scheinen regionale Marktstrukturen Verhandlungsergebnisse in hohem Maße zu bestimmen.

Ein Problem der administrierten Preise über verhandelte Listen ist auch die korrekte Abbildung der aktuellen Preisstruktur zwischen den verschiedenen Produkten, die in Listen erfaßt werden.

Die bisherigen Verhandlungspreise haben eine einmal verhandelte Preisstruktur (so z. B. die Bundesprothesen-Liste 1978) als gegeben hingenommen und nicht ständig aktualisiert. Stattdessen wird in den Preisverhandlungen nur über die Zuwächse für alle Produkte der Liste in gleichem Ausmaße verhandelt. Somit sind die Preisabschlüs-

Tab.3-28: Regionale Preisunterschiede in den jeweiligen Landespreislisten und max. Preisdifferenz in v.H. (Stand 1987)

	NRW	Saarland	Baden-Württemberg	Hessen	Niedersachs.	Stuttgart/Karlsruhe	Schleswig-Holstein/Hambg.	Bayern	Reinland Pfalz	max. Preisdifferenz in %
Bruchband oval einseitig	44,90	<u>39,06</u>	-	49,00	43,75	<u>52,30</u>	48,96	48,43	<u>52,30</u>	33,9
Einlagen Kork-Leder	88,60	93,17	88,20	87,05	<u>52,68</u>	88,20	82,50	74,55	<u>94,50</u>	79,4
Epicondylitis-Spange	<u>92,40</u>	-	79,90	79,04	-	-	81,57	<u>74,82</u>	79,70	23,5
Unterarmgehstützen (Paar)	83,90	79,75	-	-	64,04	-	<u>88,32</u>	<u>55,31</u>	58,15	59,7
Nachliegeschale	<u>451,80</u>	-	377,30	-	-	-	-	<u>301,03</u>	377,30	50,1
Kompressionsstrumpf KKI 2 - A-D Gr.11-12	56,05	<u>53,36</u>	-	57,40	54,44	55,60	<u>58,29</u>	54,74	55,60	9,4
Halskrawatte Cervicalstütze anat.	110,70	-	109,80	-	109,22	-	<u>117,22</u>	<u>108,29</u>	109,80	8,2
Leibbinde Bandana 3	54,85	<u>47,91</u>	-	70,05	58,88	62,11	-	68,96	<u>74,90</u>	56,4
Articular-Kniebandage mit Schnürung	<u>227,60</u>	-	-	-	-	-	-	-	<u>178,20</u>	27,4

(niedrigster Wert xx, höchster Wert xx, ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach en jeweiligen Landespreislisten

se, die in den letzten Jahren durchweg einen scheinbaren Erfolg für die Krankenversicherung brachten, nicht nur für die gesamte Ausgabenstruktur, sondern auch für die Umsatzrendite innerhalb von einzelnen Produktzweigen eine sekundäre Größe, wie das Beispiel eindrucksvoll zeigt.

Übersicht 3-8: Kalkulationsmethoden

1. Kalkulationsmethode		
Herstellerpreis	108,00 DM	
Mehrwertsteuer 14 %	15,20 DM	
zusammen	123,12 DM	
Aufschlag 48 %	59,09 DM	
zusammen	182,21 DM	
1/2 Std. Anpassung	24,00 DM	(zusätzlich möglich)
zusammen	206,21 DM	
Mehrwertsteuer 14 %	28,86 DM	
Endpreis	235,07 DM	
2. Kalkulationsmethode		
Herstellerabgabepreis	108,00 DM	
Mehrwertsteuer 14 %	15,12 DM	
zusammen	123,12 DM	
Aufschlag 100 %	123,12 DM	(wird noch häufig verwendet für Produkte bis zu 400-500 DM Herstellerabgabepreis)
zusammen	246,24 DM	
Verpackung/Porto	12,00 DM	
zusammen	258,24 DM	
Mehrwertsteuer 14 %	36,15 DM	
Endpreis	294,39 DM	
3. Kalkulationsmethode		
Eine »Wie-Position« aus der Bundesprothesen-Liste: »Wie-Position« Nr.3.05.01.01 Walkklederschuh am Stützapparat		
Endpreis, incl. 7 % MwSt	339,72 DM	
4. Kalkulationsmethode		
Da das Produkt selbst nicht in irgendwelchen Preislisten aufgeführt ist, kann man eine sog. »Wie-Position« aus Landespreislisten (hier NRW) verwenden. Hier »Wie-Position« Nr. 0451-2 Unterschenkel-Nachtschale mit gleicher Indikation wie Verordnung des Redressionsschuhes.		
Listenpreis	451,80 DM	
Enpreis, incl. 7 % MwSt	451,80 DM	
Enpreis auch denkbar: »Wie-Position« 0450-2 Nachtschiene mit Walkschuh		
Endpreis, incl. 7 % MwSt	712,85 DM	

Die Beteuerung der Verbände der Leistungserbringer, daß sich im zeitlichen Ablauf in diesen Listen durchaus falsche aktuelle Preisstrukturen ergeben könnten, diese sich jedoch insgesamt, über alle Produkte der Liste gesehen, ausgleichen und so doch eine angemessene Honorierung ergeben, vermag in keiner Weise zu überzeugen. Die jeweiligen Preise würden völlig fehlsteuernde Anreize set-

zen und damit nur zur weiteren Intransparenz von Marktsegmenten beitragen.

Es muß vielmehr vermutet werden, daß die moderaten Preisabschlüsse der letzten Jahre (im Durchschnitt ca. 1,9 %) unter der strategischen Option der im Einzelfall leicht steuerbaren Produktpreisbildung über Produktvariationen, über vertraglich mögliche Kalkulationsgrundlagen oder durch Nichtweitergabe tendenziell gesunkener Herstellerabgabepreise zu sehen sind.

Damit relativiert sich der »Verhandlungserfolg« der Krankenversicherung in gleichem Maße. Überspitzt könnte man sagen, der Verhandlungserfolg auf seiten der Vertragspreise wurde erkaufte durch die Stabilisierung der völlig intransparenten Mengen- und Strukturflanke des Marktes.

Ein drittes und geklärtes Preisbildungsproblem entsteht durch unterschiedliche Kalkulationsmöglichkeiten bei Produkten, die nur der Art nach, nicht aber als konkretes Produkt in Preislisten aufgenommen sind.

Am Beispiel der Verordnung eines Redressionsschuhes für Kleinkinder bei z. B. der Indiaktion Sichelfuß, Klumpfuß, Spitzfuß usw. sollen vier verschiedene Kalkulationsmethoden dargestellt werden. Diese vier Kalkulationsmethoden sind im gegenwärtigen Versorgungs- und Abrechnungssystem alle möglich, im Einzelfall auch völlig unauffällig, und würden - so darf man vermuten - ohne Rückfrage durch eine Krankenkasse finanziert.

Die erste Kalkulationsmethode folgt der üblichen Kalkulation für Produkte aus der Bundesprothesen-Liste mit dem vereinbarten Aufschlag von rund 48 % (vgl. *nebenstehende Übersicht*)

Es muß erstaunen, daß ein Produkt mit einem Herstellerabgabepreis von 108 DM der Krankenversicherung sowohl für 235 DM, als auch, bei extremer Ausnutzung der Marktintransparenz, für 712,85 DM in Rechnung gestellt werden kann.

Interessant ist, daß die beiden ersten und günstigsten Kalkulationsmethoden jeweils über einen Kostenvoranschlag, der von der Krankenkasse zu genehmigen ist, und die beiden teuersten Kalkulationsmethoden per Direktabrechnung ohne Kostenvoranschlag und damit ohne jede Prüfung durch die Krankenkassen abrechenbar sind, weil man sich auf vertraglich abgestimmte Positionen aus Listen berufen kann.

Die Unterstellung, daß Sanitätshäuser diese Kalkulationsmöglichkeiten grundsätzlich in extremer Form zu ihren Gunsten ausnutzen, ist sicher nicht empirisch zu belegen. Das sollte durch die Darstellung dieser Möglichkeiten auch nicht unterstellt werden. Es sollte jedoch deutlich werden, wie wenig Transparenz über die realen Ausgabenströme und ihren kalkulatorischen Hintergrund sowohl die Verordner als auch die Zahler der Leistungen tatsächlich haben.

Einen besonderen Verhandlungserfolg der Leistungserbringer zeigen nachfolgende Beispiele. Die Erfolgsstrategie: Marktsegmentierung durch Preisdifferenzierung.

In der Produktgruppe Cervicalstützen (Nackenkstützen zum Ruhigstellen der Halswirbelsäule) gab es bis 31.3.1988 in der Landespreisliste NRW die Pos.Nr. 0832-2 mit einem Preis von DM 110,70. Dieser Preis war orientiert am Herstellerabgabepreis (DM 53,40) des Markteinführungsproduktes des Alleinvertriebers.

Konkurrenzprodukte, die qualitativ durchaus gleichwertig auf den Markt drängten und im Herstellerabgabepreis sehr viel günstiger lagen (zwischen 9 DM und 42 DM), konnten über diese Position abgerechnet werden, was eine erhebliche Gewinnspanne für die Vertrieber dieser Konkurrenzprodukte bedeutete.

Übersicht 3-7: Marktsegmentierung durch Preisdifferenzierung

Anatomische Cervicalstützen Pos. Nr. 0832-2 NRW 0832-2 NRW Stand 8/88				
Hersteller	Herstellerpreis	empfohlener Abgabepreis	Preis lt. LPL	
A	53,40	s. LPL	110,70	Markteinführer 0832-2
B	19,00	s. LPL	95,70	Konkurrenzprodukt 0832-2
C	21,00	s. LPL	95,70	"
D	36,00	s. LPL	95,70	"
E	42,00	s. LPL	95,70	"
F	19,90	s. LPL	95,70	"
G	37,70	55,30 oder Preis lt. LPL	95,70	"

Quelle: Landespreisliste NRW 1987/1988

Die Neuverhandlungen der Landespreisliste ergaben nun, statt einer Senkung des Listenpreises eine neue Pos.Nr. 0833-2, mit der das Produkt des Markteinführers exklusiv bedient wird und vor Konkurrenzprodukten abgeschirmt wird.

Der Listenpreis der Konkurrenzprodukte (Pos.Nr. 0832-2) wurde auf DM 95,70 gesenkt.

Fazit: Die preisgünstigere Konkurrenz wurde ökonomisch diskriminiert. Dem ursprünglichen Monopolisten wurden über »Verhandlungen« wieder monopolistische Bereiche geschaffen.

Das zweite Beispiel ist im Hinblick auf Marktzugangsbeschränkungen noch problematischer:

Es handelt sich um die Versorgung mit Epicondilistenspangen. Sie dienen der Behandlung von Muskelansatzreizungen, dem sog. Tennisarm. Die Positions-Nr. 0850-1 der LPL NRW wurde (1988) so definiert, daß nur noch das Produkt des Markteinführers darüber abzurechnen ist und die qualitativ vergleichbaren Konkurrenzprodukte nicht mehr wie bisher über die LPL, sondern nur noch nach Kostenvoranschlag und Genehmigung durch die Kasse im Einzelfall abzugeben sind. Dieses Ergebnis verteuert tendenziell die Versorgung, ist ein Hindernis für

den Marktzugang und schützt den einmal verhandelten Preis vor Konkurrenz.

Wenn die Krankenversicherung ihre leistungssteuernde Funktion wahrnehmen will, muß sie sowohl bei der Beurteilung der Leistungspflicht, bei der Information über das Marktangebot, bei Vor- und Nachbegutachtung durch eigenen medizinischen Sachverstand und über die Genehmigung im Einzelfall als auch durch Verbesserung der Transparenz und Preisvergleichsmöglichkeiten aktiv werden. Insbesondere ist bei bestimmten Produktarten im Hilfsmittelbereich, z.B. bei Unterarmgehstützen, Rollstühlen und vielen anderen Produkten die Wiederverwendbarkeit zu prüfen und durch geeignete, auch gemeinsame, Verfahren (etwa Hilfsmittelpools) auf eine wirtschaftliche Verordnung hinzuwirken. Die Maßnahmen insgesamt werden jedoch allesamt begrenzt bleiben, solange nicht die wirtschaftliche Versorgung im Einzelfall wirklich überprüft wird.

3. Zielkonzeption: Versorgungssicherheit durch Heil- und Hilfsmittel

3.1 Koordinierungsfunktion

Eine an gesundheitspolitischen Zielen und Prioritäten orientierte Zielkonzeption für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln liegt nicht vor.

Um so schwieriger ist es, mögliche Reformoptionen auf ihre Vereinbarkeit mit den dem Gesamtsystem zugrundeliegenden gesundheitspolitischen Zielen zu messen und zu beurteilen.

Bisher verlassen sich alle Beteiligten, der Gesetzgeber und die Vertragspartner auf seiten der Leistungserbringer und der Krankenversicherung auf den allgemeinen Grundkonsens, daß der durch ärztliche Verordnung vermittelte Zugriff auf die Ressourcen des Heil- und Hilfsmittelbereichs qualitativ und quantitativ dem jeweiligen Bedarf entspricht und im Einzelfall medizinisch indiziert ist.

Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln stellt sich als eine Optimierungsaufgabe des Zusammenwirkens von jeweils mindestens fünf beteiligten Instanzen mit unterschiedlichen Kompetenzen und unterschiedlicher Zielbewertung dar.

Dazu gehören

- der verordnende Arzt, dessen Verordnung nach der Generalklausel der RVO sowohl zweckmäßig und ausreichend als auch wirtschaftlich sein soll,
- der Heil- und Hilfsmittel-Lieferant oder der nichtärztliche Therapeut, dessen Auswahl oder Dienstleistung die Verordnung sachgerecht präzisieren und eine für die jeweilige Indikation zweckmäßige Versorgung oder Therapie nach medizinischen Kriterien sicherstellen soll,
- die leistungsgewährende und -finanzierende Krankenkasse, die für eine wirtschaftliche Versorgung im In-

teresse der Versichertengemeinschaft Sorge tragen muß und dabei die qualitativen Standards des Versorgungsangebotes mit festzulegen hat,

- der Versicherte oder Patient, dessen Rolle bei Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln grundsätzlich gespalten ist: Als Versicherter hat er Interesse an einer möglichst wirtschaftlichen Versorgung und als Patient an der qualitativ bestmöglichen,
- die kassenärztliche Vereinigung, die gemeinsam mit der Krankenversicherung über Richtlinien der Inanspruchnahme der nichtärztlichen Therapeuten, deren Leistungsgebaren sowie den Zugriff auf den Hilfsmittelmarkt regelt.

Der Einsatz von alternativen Steuerungsinstrumenten in diesem heterogenen Teilbereich der Gesundheitsversorgung hat die Koordination grundsätzlich unterschiedlicher Pläne der Beteiligten zum Ziel. Der Koordinationsauftrag soll insbesondere sicherstellen, daß die Solidarität der Versichertengemeinschaft erhalten bleibt, die Qualität aus dem Verfahren der Versorgung heraus gesichert wird, Angebot und Nachfrage am medizinischen Bedarf orientiert werden und die Versorgung nach wirtschaftlichen Kriterien erfolgt.

3.2 Sicherung der Solidarität

Die Sicherung der Solidarität ist eine Grundfunktion des Versorgungssystems vom Typ GKV. Sie muß also auch in den jeweiligen Teilbereichen des Systems durch geeignete Steuerungsinstrumente erreichbar bleiben. Dies gilt hinsichtlich ihrer beiden Komponenten, sowohl des Bedarfsprinzips bei der Verteilung als auch des Leistungsfähigkeitsprinzips bei der Finanzierung.

Das Bedarfsprinzip bei der Verteilung verhindert, daß die Inanspruchnahme von Heil- und/oder Hilfsmitteln durch die Betroffenen grundsätzlich an ihrer Zahlungsfähigkeit orientiert werden kann. Allerdings ist dieses Prinzip durch den Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) aktuell gefährdet. Wenn - wie geplant - für Leistungsberichtigte mit unterschiedlichen Behinderungsursachen unterschiedliche Festbetrags- und/oder Selbstbeteiligungsregelungen bei Hilfsmitteln gelten sollen und dadurch Versicherte der GKV im Gegensatz zu Kriegsgeschädigten und Unfallverletzten schlechter versorgt oder stärker finanziell belastet werden, wird das Bedarfsprinzip verletzt. Die bereits erreichte Harmonisierung des Leistungsrechts der einzelnen Bereiche der sozialen Sicherung würde wieder rückgängig gemacht bzw. weiter erschwert, und die Hilfsmittelversorgung statt nach dem Grundsatz der Finalität wieder nach dem Grundsatz der Kausalität geregelt werden.

Das Leistungsfähigkeitsprinzip bei der Finanzierung gilt für die gesamte GKV und zielt auf die einkommensproportionale Form der Finanzierungsbeiträge.

Für die konkrete Versorgungssituation innerhalb des Heil- und Hilfsmittelbereichs ist das Bedarfsprinzip der Verteilung leitendes Ziel. Daß dabei teilweise Verordnungsblattgebühren erhoben werden, durchbricht noch

nicht den Grundsatz solidarischer Bedarfsdeckung. Diese Gebühren sollten jedoch hinsichtlich ihrer Steuerungseffizienz im Einzelfall kritisch geprüft werden.

Je größer die Konsumnähe eines Produktes oder einer Therapie, um so eher wird man sich auch bei Geltung des Solidaritätsprinzips monetären Anreizen zur sparsamen Inanspruchnahme nähern können. Unaufgebbar ist die solidarische Versorgung per Sachleistung jedoch bei medizinisch zwingend indizierten Versorgungsformen, bei denen die Vorteilhaftigkeit der konkreten Verordnung plausiblen medizinischen Kriterien entspricht und die nicht einfach durch andere Produkte oder Therapieformen substituiert werden können.

Mögliche Steuerungsalternativen im Heil- und Hilfsmittelbereich werden deshalb für einen Großteil der Verordnungen am Kriterium der Verfügbarkeit bedarfsgerechter Sachleistungen für die Betroffenen zu messen sein. Damit sind von vornherein undifferenzierte Selbstbeteiligungsmodelle unter dem Stichwort »Stärkung der Selbstverantwortung« als Steuerungsoption problematisch.

Diese grundsätzliche Orientierung am Ziel der Solidarität darf jedoch nicht die Möglichkeiten von Steuerungsinstrumenten hinsichtlich einer wirtschaftlicheren Leistungserbringung verengen; vielmehr stellt sich die Frage, ob nicht durch geeignete Steuerungsinstrumente wirtschaftlichere Versorgungsstrukturen geschaffen werden können, die durch Optimierung des Mitteleinsatzes einen Beitrag zur Stärkung der Solidarität leisten können.

So sind wettbewerbliche Anreize auf seiten der Leistungserbringer sowohl mit dem Ziel der Solidarität vereinbar als auch der ordnungspolitisch richtige Ansatz für die Steuerung freier Berufe.

Es geht also nicht in erster Linie um die Schaffung »marktanaloger Nachfragestrukturen«. Konkurrenz soll dem Verbraucher dienen; Instrumente, die diesen Mechanismus für die Versorgung innerhalb der GKV nutzen, sind deshalb grundsätzlich mit deren Zielen kompatibel.

3.3 Qualitätssicherung

Die Produkte und Dienstleistungen des Heil- und Hilfsmittelbereichs sind - wie die überwiegende Zahl der Gesundheitsleistungen, aber auch die sonstigen Dienstleistungen unseres Wirtschaftslebens - typische Such- und Erfahrungsgüter.

Auf die Erfahrung, daß auch bei Gütern dieser Art sich im Prozeß der Leistungserbringung und Leistungsverteilung quasi automatisch eine Qualitätssicherung etabliert, können wir im Bereich des Gesundheitswesens, also auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung, nicht per se vertrauen. Dazu kommt es zu selten zu wiederholten Verordnungen vergleichbarer Produkte, als daß hier eigene Erfahrungswerte beim Patienten möglich seien.

Es kommen deshalb Verfahren zur externen Qualitätssicherung durch Dritte, durch Organisationen der Leistungserbringer oder der Krankenversicherung große Bedeutung zu. Dabei hat die Krankenversicherung ein hohes Maß an Verantwortung gegenüber ihren Versicherten.

Sie hat zu gewährleisten, daß nämlich die Produkte und Dienstleistungen, die in entsprechende Leistungsverzeichnisse/-kataloge aufgenommen werden und deren Leistungsdarbietung vertraglich geregelt wird, einen hohen qualitativen Versorgungsstandard repräsentieren.

Gerade dann, wenn die Leistungserbringung von monetären Restriktionen freibleibt, und deshalb weder beim Verordner noch beim Empfänger der Leistungen Kostenwirksamkeitsüberlegungen eine größere Rolle spielen, muß der Financier der Leistungen vor der Leistungserbringung, also vor der Marktzulassung und vor der Einführung neuer Therapien, die Qualitätsstandards definieren.

Marktzugangsregelungen über Qualität erfüllen das Kriterium der Objektivität (keine Diskriminierung einzelner Marktteilnehmer) und sind deshalb ordnungspolitisch unbedenklich.

Dabei zeigt sich, daß qualitative Standards in Vertragsverhandlungen nur dann »waffengleich« verhandelbar sind, wenn sich auch die Nachfrageorganisation Krankenversicherung der medizinisch inhaltlichen Fragen der Qualitätssicherung annimmt und sich dabei nicht auf die grundsätzlich »interessengeleiteten« Argumente der Leistungserbringer verläßt.

Dies bedeutet, daß die Krankenversicherung Qualitätssicherungsfragen zu »ihrem Thema« machen muß und gemeinsam mit unabhängigen Experten aus der Medizin, aus dem Bereich der nichtärztlichen Therapeuten und aus dem Bereich der Hilfsmittelversorgung ihre Qualitätsforderungen und -ansprüche definieren muß. Diese Aufgabe wird um so besser zu erfüllen sein, wenn die Beratung interessenfrei erfolgt.

Die neue Konzeption des Medizinischen Dienstes ist der Versuch, interessenfreie Beratungs- und Begutachtungskapazität für diese qualitätssichernde Funktion der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubauen.

3.4 Bedarfsgerechte Versorgung

Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung umfaßt die Sicherstellung einer bedarfsorientierten Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen - sowohl die industrielle oder handwerkliche Produktion von Gütern als auch die Bereitstellung von Dienstleistungen im Rahmen von Therapieformen (Allokationsproblem) - und die Frage einer bedarfsgerechten Verteilung dieser Güter und Dienste auf die Betroffenen und die Modalitäten des Zugriffs für die Betroffenen selbst (Verteilungsproblem).

Beide Problembereiche dürfen nicht isoliert gesehen werden; sie sind interdependent. Gerade im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung ist die Ausgangsfrage ungeklärt, ob Produkte, Produktvariationen oder einzelne Dienstleistungen am Markt wegen eines vorhandenen medizinischen Bedarfs oder wegen interessanter Gewinnerwartungen plaziert werden. Die Bemerkung des Sachverständigenrates, daß die »starke Produktdifferenzierung nur teilweise medizinisch, vornehmlich jedoch absatzpolitisch bedingt (ist)« (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN, S. 125),

zeigt die latente Vermutung einer nicht bedarfsgerechten Allokation von Gütern und Diensten.

Wenn man die Indikationsgrenzen im Heilmittelbereich zum Maßstab nimmt, finden wir hier eine starke Überlappung von Indikationsbereichen bei gleichzeitiger Konzentration der tatsächlich erbrachten Leistungen auf einen gut segmentierten Ausschnitt aus den Indikationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Auch dies deutet darauf hin, daß hier nicht der medizinische Bedarf und die medizinische Vorteilhaftigkeit der Ausbildung, der Berufserfahrung und der typischen Leistungserbringung einer einzelnen Anbietergruppe für das Angebot entscheidend ist, sondern ökonomische Gründe handlungsleitend sind.

Ein zentrales Problem stellt die bedarfsgerechte Verordnung als wichtigstes Instrument der Verteilung von Gütern und Diensten dar. Das Ziel einer bedarfsgerechten Verteilung verlangt nach Präzisierung der Verordnung hinsichtlich der qualitativen Standards der medizinischen Indikation der konkreten Verordnung und nach Überprüfung des Versorgungserfolges. Dies alles muß in Kenntnis der ökonomischen Wirkungszusammenhänge erfolgen.

Mag die Ordnungsunsicherheit der niedergelassenen Ärzte bei differenzierten Versorgungsalternativen medizinisch qualitativ unbedenklich sein, hinsichtlich der Bedarfsnotwendigkeit ist die Präzisierung einer Verordnung durch den auch ökonomisch interessierten Hilfsmittelhersteller oder nichtärztlichen Therapeuten problematisch. Die empirische Aufarbeitung von Strukturdaten des Heil- und Hilfsmittelbereichs ist deshalb auch hinsichtlich der Bedarfsnotwendigkeit der einzelnen Versorgungsleistungen unbedingt erforderlich.

3.5 Wirtschaftliche Versorgung

Das Ziel der wirtschaftlichen Versorgung ist nicht mit Kostendämpfung gleichzusetzen. Wirtschaftlichkeit ist nur vor dem Hintergrund von Kosten-Wirksamkeits-Analysen zu definieren.

Wirtschaftlichkeit oder Effizienz in Versorgungssystemen stellt sich nicht zufällig ein, sondern sie muß durch geeignete Anreizinstrumente permanent eingeklagt werden. Der Markt ist dort, wo seine Funktionsbedingungen erfüllt sind, die wohl eleganteste Koordinationsform zur Abstimmung der wirtschaftlichen Einzelpläne, die quasi systemimmanent Effizienz einklagt.

Im Nicht-Markt-System müssen die Koordinationsinstrumente in den Teilbereichen geplant und politisch implementiert werden. Dies schafft besondere Probleme und Herausforderungen. Am Ziel einer wirtschaftlichen Versorgung kann jedoch kein Versorgungssystem langfristig vorbeigehen, ohne den Bestand des Systems selbst zu gefährden.

In der historisch gewachsenen Ausprägung des GKV-Systems und gerade auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung wirken jedoch auf alle Beteiligten Anreize, die die Verfolgung wirtschaftlicher Versorgungs-

formen individuell diskriminieren und die Verfolgung unwirtschaftlicher Versorgungsformen individuell honorieren. Alle Beteiligten sehen ihr Handeln in einer »Rationalitätenfalle« gefangen.

Diese These darf nicht verengt werden auf das in seinem Erklärungsgehalt naive »Freibier macht durstig«-Syndrom, sondern sie muß verstanden werden als die systematische Ableitung erwarteter Marktergebnisse vor dem Hintergrund der dem System innewohnenden individuellen Anreizstrukturen bei allen Beteiligten. Erst so eröffnet sich ein tragfähiger Zugang zu den strukturellen Ursachen der aktuellen Probleme.

- Warum sollte ein niedergelassener Arzt dem Wunsch eines Versicherten nach einer »konsumnahen« Verordnung aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel (z. B. Massagen mit Wärmebehandlung oder ein auch für sportliche Aktivitäten nutzbares Hilfsmittel) nicht entsprechen, wo doch eine Ablehnung aus bekannten Gründen nur negative Folgen für ihn hätte,
- warum sollte der Lieferant eines Hilfsmittels eine unpräzise Verordnung nicht dadurch präzisieren, daß er ein möglichst teures Hilfsmittel mit entsprechend hohen eigenen Gewinnanteilen abgibt,
- warum sollte der Lieferant von Hilfsmitteln seine Kalkulation an seinen betriebswirtschaftlichen Daten orientieren, wo doch die Vertragsbeziehungen ihm vielfältige Kalkulationsmöglichkeiten (z. B. »Wie-Positionen«) eröffnen, die seine Gewinne im Einzelfall erhöhen,
- und warum schließlich soll der Versicherte, der, in Unkenntnis über die Qualität der Leistungen und Produkte im Zweifel, im Preis den entscheidenden Qualitätshinweis sieht, preislich günstigere Produkte nachfragen, wo er doch die aufwendigsten ebenfalls ohne Zuzahlung bekommt?

Steuerungsinstrumente, die die wirtschaftliche Versorgung zum Ziel haben, müssen diese »Rationalitätenfallen« überwinden helfen, ohne dabei Abstriche an den qualitativen Standards der Versorgung und an der bedarfsnotwendigen Verteilung zu machen.

Die Forderung nach Wirtschaftlichkeit hat eine zutiefst ethische Dimension, nämlich die Dimension des »gerechten« Umgangs mit Pflichtbeiträgen der Versicherten. Neben den allgemeinen Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit ist hier besonders politisch zu entscheiden, inwieweit die gesetzliche Krankenversicherung auch dort in der Verantwortung steht, wo jenseits medizinischer Fragen, Fragen der regionalen Wirtschaftsstruktur, der Sicherung mittelständischer Handwerks- und Dienstleistungsbetriebe, also im strengen Sinne sachfremde und von anderen Institutionen zu regelnde Probleme, gelöst werden sollen.

Die Krankenversicherung ist zuallererst Anwalt einer wirtschaftlichen Ordnungsweise. Sie muß deshalb Steuerungsinstrumente entwickeln, prüfen und vergleichen und diese schließlich am Markt implementieren. Dazu sind vielfältige Informationen über Marktstruktur, Preisbildung und Produktqualität notwendig. Die dafür

notwendigen Voraussetzungen (Leistungsdaten) hat der Gesetzgeber eindeutig zu regeln.

3. 6 Innovationsfähigkeit

3. 6. 1 Nichtärztliche Therapien

Die Verordnung von Heilmitteln als Dienstleistungen erfolgt meist innerhalb eines Therapieplans und soll die therapeutischen Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes einschließlich der Pharmakotherapie um geeignete Therapieformen ergänzen und flankieren.

Heilmittelverordnungen sollten deshalb innerhalb des Gesamttherapieplans in ihrer Wirkung ständig überprüft und durch alternative therapeutische Schritte flankiert werden.

Eine Verordnung von Heilmitteln, gerade wenn sie Dienstleistungen von nichtärztlichen Therapeuten umfassen, ohne eine gezielte Einbindung in einen therapeutischen Plan des Verordners, sind medizinisch fragwürdig.

Es bedarf der medizinischen Prüfung, inwieweit die bei verschiedenen Leistungserbringern in Leistungslegenden angegebenen Indikationsbereiche sich in einen therapeutischen Ablauf sinnvoll einfügen.

Es muß weiterhin sichergestellt sein, daß medizinisch wirksame neue Therapieformen dann schnell verordnungsfähig sind, wenn sie einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung bieten. Ein Versorgungssystem muß deshalb Instrumentarien entwickeln, um neue Therapieformen zeitnah und unabhängig zu prüfen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen die dazu notwendige Unabhängigkeit aufweist. Die Zulassung nichtärztlicher Therapieformen und die Modalitäten ihrer Verordnungsfähigkeit von der Organisation der niedergelassenen Ärzte, also vom potentiellen Konkurrenten um ein grundsätzlich knappes Gesamtbudget, definieren zu lassen, dürfte ordnungspolitisch schwer zu begründen sein.

Bei speziellen Indikationen stellt sich zudem die Frage, ob dafür immer und in jedem Falle eine ärztliche Verordnung auslösend sein soll oder ob bei solchen Versorgungsformen nicht eine direkte Inanspruchnahme durch den Versicherten eröffnet werden kann.

Damit würde zwar das ökonomische Regulativ der Verordnung entfallen, es würden jedoch neue wettbewerbliche Strukturen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern frei, die bei geeigneten Steuerungsinstrumenten auch zugunsten des Nachfragers umgelenkt werden könnten.

Letztendlich ist hier die Frage nach der Definitionsmacht über die Definition medizinischer Standards gestellt, die politisch entschieden werden muß. Aus ökonomischer Sicht ist festzuhalten, daß die gegenwärtige Struktur grundsätzlich monopolistisch strukturiert ist mit allen Problemen für Innovationsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der so geregelten Teilmärkte.

3. 6. 2 Hilfsmittel

Bei den Hilfsmitteln gilt es für alle Bedarfslagen geeignete und medizinisch hochwertige Produkte zu wirtschaftlichen Preisen am Markt bereitzuhalten. Für den Einsatz von Steuerungsinstrumenten bedeutet dies konkret, daß durch sie Innovationen honoriert und Imitationen diskriminiert werden müssen.

Die gegenwärtige Struktur, die auch Produktvariationen und -imitationen dank einer intransparenten Gemengelage mit Anteilen am Budget bedient, wird dieser Forderung nicht gerecht. Die Umsatz- und Gewinnerwartung bei traditionellen Produkten und die doch alles in allem komfortablen Kalkulationsmöglichkeiten machen die wirklich innovative Forschung gerade in Marktsegmenten mit mengenmäßig nur geringen Absatzmöglichkeiten relativ uninteressant.

Steuerungsoptionen, die der vorgestellten Zielkonzeption folgen, müssen in hohem Maße die Innovationsfähigkeit der Teilmärkte im Heil- und Hilfsmittelbereich zum Ziel haben.

Nur permanente Innovationen überwinden vorhandene Versorgungsstrukturen und führen zu einem permanenten Wettbewerbsprozeß um die besseren Versorgungsalternativen. Wettbewerb entzerrt in diesem Sinne vorhandene Marktstrukturen; er »entmachtet« zugunsten der Verbraucher und Beitragszahler.

4. Reformoptionen: Teilbereichsbezogene Steuerungsansätze

Reformoptionen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung können vor dem Hintergrund der aufgezeigten Mängelanalyse und der skizzierten Zielkonzeption nur differenzierte und marktsegmentbezogene Steuerungsansätze sein.

Gleichwohl bleibt die Frage nach einem analytischen Ansatz für den Heil- und Hilfsmittelbereich relevant, weil nur dadurch die Steuerung von Teilmärkten mit den Steuerungsansätzen anderer Teilmärkte vergleichbar und an den Zielen einer Gesamtstrategie für die gesetzliche Krankenversicherung meßbar bleiben. Kurz: Teilbereichsbezogene Steuerungsansätze haben sich in den Kontext einer Ordnungspolitik für das Gesundheitswesen einzupassen. Dabei ist die Sicherung der Qualität ein zentrales Anliegen aller Steuerungsansätze.

Hinter der Fragestellung nach teilbereichsbezogenen Steuerungsansätzen steht die Frage nach der spezifischen Vorteilhaftigkeit ganz konkreter Konzepte. Eine wichtige Frage der Ordnungspolitik in diesem Bereich ist die Plausibilität der Abgrenzung zwischen den Teilmärkten oder Marktsegmenten im Hinblick auf konkrete Steuerungsalternativen.

Die Vergleichbarkeit der Heil- und Hilfsmittelversorgung in den verschiedenen Bereichen der sozialen Sicherung (Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe etc.) hinsichtlich Art und Umfang, Qualität sowie den Bedingungen der Inanspruchnahme sollte gewährleistet sein. Es muß sichergestellt sein, daß

insbesondere im Hilfsmittelbereich eine einheitliche und vergleichbare Inanspruchnahme möglich ist und nicht etwa durch unterschiedliche Festbetrags- und Selbstbeteiligungsregelungen in den einzelnen Sozialleistungsbereichen für die Leistungsberechtigten ein unterschiedliches Leistungsrecht gilt.

4. 1 Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte

Wenn es richtig ist, daß dem Ordnungsverhalten des Arztes die größte Bedeutung für Struktur und Entwicklung des Heil- und Hilfsmittelbereiches zukommt, und wenn es ebenfalls richtig ist, daß die für ein rationales Ordnungsverhalten notwendige Transparenz sowohl hinsichtlich Art und Umfang verordnungsfähiger Produkte als auch hinsichtlich deren Qualität, Preiswürdigkeit und therapeutischem Nutzen weitgehend fehlt, dann gewinnen Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte, die an diesem Mangel ansetzen, grundlegende Bedeutung. Dies gilt jenseits aller ökonomischen Steuerungsinstrumente, die doch weitgehend beim Produzenten und nicht beim Verordner ansetzen und die primär Bedingungen der Preisbildung und der Mengenstrategie beeinflussen sollen.

Qualitätssicherungskonzepte bilden eine Art »Grundsubstanz« des Versorgungssystems. Sie sind das Fundament für alle denkbaren Steuerungssysteme. Qualitätssicherung rangiert vor Preiskontrolle oder umgekehrt: Preissteuerung wird erst aufbauend auf einem geklärten Qualitätsniveau seriös.

Die Systeme der Qualitätssicherung sind bisher nur ansatzweise entwickelt. Hier bieten auch ausländische, insbesondere angelsächsische, Beispiele interessante Erfahrungen. Sie bedürfen verstärkt der systematischen Analyse sowie der modellhaften Erprobung.

Hierbei sollte die Krankenversicherung gemeinsam mit den Ärztekammern aktiv werden. Die Ärztekammern könnten damit ihrer Verantwortung für die Qualität der Versorgung stärker als bisher gerecht werden.

Im folgenden werden Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte, gruppiert nach aufsteigender Bindungswirkung von Informationskonzepten über Begutachtungs- und Beratungskonzepte bis hin zu Regulierungskonzepten, unterschieden.

4. 1. 1 Informationskonzepte

Informationsinstrumente im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung haben zielgruppenorientiert die Voraussetzung für rationales Handeln zu verbessern und die Beurteilung der Konsequenzen eigener Entscheidungen zu ermöglichen.

Zielgruppenorientiert heißt in diesem Fall

- dem Verordner hinreichend sichere Informationen über Art und Umfang verordnungsfähiger Mittel, Qualität und Wirksamkeit dieser Mittel sowie der Wirtschaftlichkeit ihres Einsatzes zu geben,

- der Krankenkasse die Beurteilung einer Verordnung so aufzubereiten, daß ihr Verwaltungshandeln auf eine nachvollziehbare und sachlich begründbare Grundlage gestellt wird.

Informationsinstrumente dieser Art haben das medizinische und ökonomische Umfeld einer Verordnung transparent zu machen. Sie sind eine Art »Bringschuld« der Krankenversicherung bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu wirtschaftlichen Konditionen.

Die Konzeption eines zielgruppenorientierten Informationssystems müßte eine Sortierung von substituierbaren Produkten in Produktgruppen nach abgegrenzten Indikationsbereichen vorsehen. Aussagen zu medizinisch-qualitativen Aspekten sowie zur Technik, zu funktionalen Besonderheiten und zu den Preisen müßten diese Über-sichten ergänzen.

Die vorhandenen Instrumente, die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen, der Heil- und Hilfsmittelkatalog der Spitzenverbände der Krankenversicherung sowie private Kataloge (Vgl. GERLACH, 1985) können diese Lücke bisher nicht füllen.

Der Heil- und Hilfsmittelkatalog der Spitzenverbände der Krankenversicherung stellt lediglich fest, welche Typen von Hilfsmitteln leistungsrechtlich über die GKV und damit als Sachleistung verordnungsfähig sind. Eine weitergehende Systematisierung hin zu einer vergleichenden Bewertung von Hilfsmitteln wird nicht vorgenommen. In-soweit ist der Informationsgehalt gerade im Hinblick auf eine Verhaltenssteuerung begrenzt.

Die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen geben allgemeine Hinweise zur Verordnungsfähigkeit und zu den Voraussetzungen einer Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln. Markttransparenz für die Beteiligten erwächst auch dadurch nicht. Es sind lediglich Regeln für den Marktzugang und für das Verhalten im Markt.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Jahre 1987 ein Projekt zur Systematisierung und vergleichenden Bewertung von Heil- und Hilfsmitteln beschlossen, das von der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung durchgeführt wird.

Im Rahmen dieses Projektes soll mit ärztlichem und medizinischem Sachverstand und unter Beteiligung von Beratungsteams aus dem Vertrauensärztlichen Dienst (Medizinischen Dienst) die gesamte Produktpalette indikationsbezogen systematisiert sowie medizinisch und technisch bewertet werden.

Für den Verordner würde eine solche Systematik im konkreten Verordnungsfall die jeweils indizierten Produkte im Vergleich auflisten, medizinisch-technisch bewerten und ihm die notwendigen Preisinformationen geben. Diese Informationen würden überdies die Verwaltungsentscheidung einer Krankenversicherung erheblich effizienter machen und als Impuls für aktives Handeln vor Ort wirken können.

Wichtig ist, daß ein so strukturiertes Informationskonzept nicht nur für den Verordner und die Leistungssachbearbeitung einer Krankenkasse relevant ist, sondern eine grundlegende Voraussetzung für weitergehende ökonomische Steuerungsansätze darstellt, die erst nach einer solchen »Grundlagenarbeit« sinnvoll implementiert werden können.

Ein Festbetragsmodell zum Beispiel ist im Heil-/ Hilfsmittelbereich nur dann möglich, wenn man ein hinreichend gesichertes Bild der festbetragsfähigen Produktgruppen, deren Wirksamkeit, ihrer Qualität und des zugrundeliegenden Preisniveaus hat. Erst die möglichst aktuelle Fortschreibung eines solchen Informationssystems ermöglicht eine das Festbetragskonzept gestaltende Marktbeobachtung.

Diese Ansätze zielen grundsätzlich in die richtige Richtung; sie sind zu unterstützen und voranzutreiben.

4. 1. 2 Begutachtungs- und Beratungskonzepte

Die rationale Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln setzt sich nicht nur Informationen über vergleichbare Produkte oder Produktqualitäten voraus, sondern erfordert ein hohes Maß an Erfahrung bezüglich der Anwendung, Nutzung, Handhabung und Verträglichkeit der Mittel bei dem und durch den Patienten.

Je differenzierter die vorhandenen Versorgungsalternativen sind, um so weniger Erfahrung wird der Verordner mit der Palette der möglichen Produkte haben können. Die Aussagen fast aller Autoren, die sich mit Fragen der Heil- und Hilfsmittelversorgung beschäftigen, so auch der Sachverständigenrat (SVR KA, JAHRESGUTACHTEN 1988, S. 140), sehen Möglichkeiten für eine größere Verordnungsrationalität in einer eingehenden, sozialmedizinisch und medizinisch-technisch sachverständigen Begutachtung besonders bei kostspieligen und technisch anspruchsvollen Verordnungen.

Eine Vielzahl gerade der Hilfsmittelverordnungen sind nur vor dem Hintergrund der Gesamtkonstitution des Patienten, vor dessen familiärer und sozialer Einbindung, seinem häuslichen Umfeld, insbesondere den baulichen Gegebenheiten, abschließend zu beurteilen. Bei der Durchführung einer so breit angelegten Recherche ist der behandelnde Arzt regelmäßig - allein schon rein zeitlich - überfordert.

Er bedarf der Unterstützung durch ein »therapeutisches Team«, das die Daten und Fakten im jeweiligen Einzelfall zusammenträgt und die Verordnung konkretisiert.

Die Vielzahl nicht benutzter und nicht benutzbarer Hilfsmittel könnte dadurch erheblich reduziert und die Versorgungsqualität gesteigert werden.

Die Krankenversicherung müßte, um dabei ihrer gesundheitspolitischen Steuerungsfunktion gerecht zu werden, die Konkretisierung der Verordnung durch geeignete Institutionen überprüfen, wobei dem bisherigen Vertrauensärztlichen Dienst (und zukünftigem Medizinischen Dienst) dann, wenn er personell und inhaltlich dafür vor-

bereitet werden kann, eine Schlüsselrolle als Begutachtungs- und Koordinationsinstanz zukommen wird.

Grundlegende Voraussetzung für eine zielgerichtete Begutachtung ist jedoch eine aussagefähige Verordnung durch den behandelnden Arzt mit Angaben über Diagnose, Befund und sonstigen verordnungsrelevanten Informationen. Wenigstens die formalen Voraussetzungen dafür könnten durch ein einheitliches Verordnungsblatt für Heil- und Hilfsmittelverordnungen geschaffen werden.

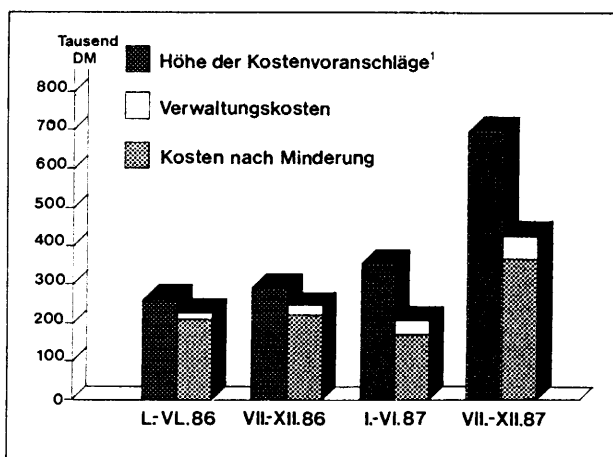
Die Bemühungen um die berufliche Qualifikation der verordnenden Ärzte und vor allem die noch fehlenden Möglichkeiten, sich subtile Kenntnisse über die Wirkungsmechanismen der verordnungsfähigen Produkte anzueignen, bedürfen jedoch gezielter Anstrengungen im Verbund der Ärzte, Hersteller und Lieferanten.

Aus den genannten, die Verordnung bestimmenden Einflußfaktoren wird deutlich, daß es sich nicht nur um medizinische Faktoren handelt, sondern auch Umwelt- und Arbeitsplatzfaktoren sowie psychologische Kriterien von Bedeutung sein können. Dem ist durch Zusammenführen von sachverständigen Beratern Rechnung zu tragen (therapeutische Teams).

Eine erhebliche Steigerung der Versorgungssicherheit könnte erreicht werden, wenn die Begutachtung sich nicht nur auf die Verordnung, sondern auch auf die Versorgung des Patienten beziehen würde. Denn gerade nach erfolgter Versorgung bedarf es häufig der Anleitung im Umgang und - in erheblichem Maße - der Beurteilung der Paßgenauigkeit, Verträglichkeit und Zweckmäßigkeit der Produkte in Alltagssituationen der Patienten. Es bedarf der ergänzenden Beurteilung, ob flankierende Hilfen notwendig sind.

Ein solches Konzept der Begutachtung von Verordnung und Versorgung ist eine qualitätssichernde Strategie, kein Kontrollinstrument für die Versicherten. Im Nebeneffekt würden allerdings unnötige, unzuweckmäßige oder unwirtschaftliche Verordnungen reduziert werden können, was die Effizienz der Versorgung insgesamt erhöhen wird.

Übersicht 3-9:



1) Die Steigerung der absoluten Höhe der Kosten im Zeitablauf ist durch Beitritt neuer Kassen zum Modellversuch begründet.
Quelle: Schilgen, L.: Schwerpunkte der orthopädischen Versorgung in Recht und Praxis, in: Der Versorgungsbeamte, Heft 8/1988, S.89

Ein Modellversuch bei der orthopädischen Versorgungsstelle Dortmund zeigte, daß die Krankenversicherung durch Begutachtung und Änderung der eingereichten Kostenvoranschläge ohne qualitative Benachteiligung für die Patienten bis zu 40% einsparen konnte. Das Gros der Einsparungen entfiel auf unzuweckmäßige oder nicht funktionsfähige Verordnungen.

Die Begutachtung einzelner Verordnungen muß einmünden in die Beratung der Krankenversicherung im Hinblick auf das Verordnungsverhalten der Ärzte und Angebotsstrategien der Hersteller und Vertreiber medizinischer Produkte. Dazu müssen verordnete Leistungen erfaßt, gespeichert und ausgewertet werden können. Nur so kann die Verhandlungsführung der Krankenversicherung langfristig ihre Politik im Sinne einer bedarfs- und zielorientierten Strategie formulieren.

4. 1. 3 Regulierungskonzepte

Regulierungsverfahren unter der Überschrift »Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte« setzen nicht am Problem der Überversorgung und/oder Bedarfsplanung an, sondern bei der Frage der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssicherung beim Marktzugang.

Bisher schon prüfen die Spitzenverbände der Krankenversicherung gemeinsam mit Ärzten aus dem VdD die Aufnahme neuer Produkte und Produktvariationen in den Hilfsmittelkatalog. Mit der Aufnahme ist die Verordnung dieser Produkte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Problematisch hierbei ist die Vielzahl von Produktvariationen. Sie können - bisher wenigstens - immer noch ohne allzu harten Qualitätsnachweis auf den GKV-Markt gelangen.

Reformbestrebungen der Bundesregierung sehen ein zweistufiges Zulassungsverfahren vor, wobei der Medizinische Dienst eine Qualitätsprüfung vor Aufnahme in ein Hilfsmittelverzeichnis vorzunehmen hat. Im Hilfsmittelverzeichnis sollen die Spitzenverbände gemeinsam die von der Leistungspflicht umfaßten Hilfsmittel aufführen und die dafür vorgesehenen Festbeträge oder vereinbarten Preise angeben. Ebenso müssen Qualitätsstandards für bestimmte Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht werden.

Solche Zulassungsverfahren mit ausschließlicher Qualitätsorientierung regulieren die Märkte für Hilfsmittel, ohne die Verfassungsbedenken einer Bedarfsplanung ihrerseits zu induzieren.

Die Definition und die Durchsetzung von Qualitätsstandards erhöhen grundsätzlich den Wirkungsgrad des Mitteleinsatzes. Auf diesem Gebiet sind im Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes zahlreiche Änderungen enthalten, die grundsätzlich positiv zu würdigen sind. Sie beziehen sich auf das Marktangebot, die Verordnung und Anpassung sowie die Überwachung des therapeutischen Nutzens von Heil- und Hilfsmitteln.

Bei Heilmitteln wird diese Philosophie beibehalten. Wie bisher bedürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und neue Heil- und Hilfsmittel der jeweiligen

Anerkennung durch den Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen. Neue Heilmittel dürfen ebenfalls nur verordnet werden, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt hat. Voraussetzung der Verordnung neuer Hilfsmittel ist die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis (bisher Hilfsmittelkatalog).

Es wird die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heil- und Hilfsmittel, durch vom Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen zu beschließende Richtlinien mit Auflagen an die Verordnung und die Abgabe verknüpft. Die Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollen Empfehlungen enthalten über die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methoden zu sichern, und über die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Die Richtlinien über die Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln sollen Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung enthalten. Die Qualitätssicherung kann in Empfehlungen zur Qualifikation der verordneten Ärzte, in Anforderungen an die erforderliche Diagnostik und ärztliche Verlaufskontrolle sowie den erforderlichen Aufzeichnungen zur Verordnung und Befunddokumentation bestehen.

Zur Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln sollen die Spitzenverbände der Krankenversicherung gemeinsam Qualitätsstandards entwickeln und im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichen. Die Beurteilungsmaßstäbe und Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Stichprobenbasis sind gleichfalls in Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen zu vereinbaren.

Sowohl bei der Vorbereitung der Richtlinien auf Bundesebene als auch bei der Anwendung der Kriterien zur Qualitätsbeurteilung werden die Krankenkassen ohne medizinischen Sachverstand nicht auskommen. Sie haben deshalb den Medizinischen Dienst zu Rate zu ziehen.

Die Wirkungsmöglichkeiten des Medizinischen Dienstes auf dem Feld der Qualitätssicherung sind im Zielkontext von Beitragssatzstabilität und der daraus abgeleiteten Strategie der »einnahmeorientierten Ausgabenpolitik« einerseits und den wachsenden Ansprüchen der Versicherten und zunehmenden technischen Möglichkeiten der Medizin andererseits von hoher Bedeutung.

Mit der Beratung von Qualitätsstandards stärkt der Medizinische Dienst die Verhandlungsführung der Krankenversicherung. Sie kann somit, medizinisch begründet, die Geschwindigkeit, mit der technische Innovation und neue Untersuchungs- und Heilmethoden in der ambulanten und stationären Versorgung Verbreitung finden und ausgabenwirksam werden, besser steuern.

Der Medizinische Dienst soll also auf seiten der Krankenversicherung an der Findung einer Friedensformel mitwirken, die den ständigen Zielkonflikt durch einen befriedeten Kompromiß überbrückt.

Übersicht 3-10: *Instrumente der Qualitätssicherung*

Folgende Instrumente der Qualitätssicherung sind nach dem Angriffspunkt der Steuerungswirkung und im Wirkungspotential zu unterscheiden	
Dienstleistungen nichtärztlicher Therapien	Sächliche Heil- und Hilfsmittel
1. Bildungsplanung: Bedarfsorientierte Veränderung der Ausbildungskapazitäten 2. Qualifikationsnachweis: - Anerkannter Ausbildungsabschluß in definierten Ausbildungsgängen - Nachweis von Berufspraxis bzw. einer Weiterbildung in definierten Tätigkeitsfeldern - Persönliche Voraussetzungen: Anerkennung von Preisvereinbarungen u. Verfahrensmodellen 3. Einsatzsteuerung, Supervision und Erfolgskontrolle der Tätigkeit nichtärztlicher Therapeuten durch dazu qualifizierte leistungsverordnende Ärzte bzw. medizinische Einrichtungen 4. Zulassung der erbrachten Heilmethoden durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen: - Begutachtung des therapeutischen Nutzens - Auflagen über die Qualifikation der verordnenden Ärzte, der zur Verordnung erforderlichen Diagnostik und Befunde - Standards der zu verordnenden Therapieeinheiten und ärztliche Überwachung - Ergebnisdokumentation 5. Wirtschaftlichkeitsprüfung	1. Allgemeine lebensmittelrechtliche und sicherheitstechnische Vorschriften 2. Nachweis der Wirksamkeit und Funktionstauglichkeit - Therapeutischer Nutzen des Wirkungsprinzips - Qualitätsstandard 3. Qualifikationsanforderungen an die Verordner - Einschränkung der Verordnungs- und Abrechnungsbefugnis auf Arztgruppen bestimmter Gebiete oder Teilgebiete 4. Auflagen an die Verordnung, Anpassung oder Überwachung - Nachweis qualifizierter Diagnostik und Befunderhebung - Präzise Vorgaben für den Leistungserbringer oder Lieferanten - Ärztliche Verlaufskontrolle und Abnahme, Befunddokumentation als Basis der Überprüfung wirtschaftlicher Verordnungsweise 5. Wirtschaftlichkeitsprüfung

4. 1. 4 Medizinischer Dienst: Medizinisch inhaltliche Kompetenz für die Verhandlungsführung der Krankenversicherung

Alle Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepte, die hier als Optionen für Reformen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung skizziert wurden, gehen von der Voraussetzung aus, daß die Krankenversicherung eine zunehmend aktive Rolle nicht nur in der Finanzierung, sondern vorwiegend im Bereich der Leistungsdarbietung übernimmt. Je mehr die Krankenversicherung sich ihrer gesundheitspolitischen Kompetenz und Verantwortung bewußt wird und die Leistungsstrukturen der Heil- und Hilfsmittelversorgung mitgestalten will und muß, desto wichtiger wird der Aufbau einer eigenständigen

gen und von Anbieterinteressenten unabhängigen medizinischen Kompetenz.

Dieser Sachverhalt hat dazu geführt, daß die Selbstverwaltungen von Kranken- und Rentenversicherung im Oktober 1985 einer »Empfehlungsvereinbarung zur Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes auf Grundlage des geltenden Rechts« abgeschlossen haben mit dem Ziel, den bisherigen Vertrauensärztlichen Dienst zu einem kompetenten sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienst weiterzuentwickeln.

Die Bundesregierung hat im Rahmen des Entwurfes zu einem Gesundheits-Reformgesetz diese Selbstverwaltungslösung inhaltlich im Rahmen des geplanten »Medizinischen Dienstes« aufgegriffen.

Mit der Weiterentwicklung zu einem »Medizinischen Dienst« sollen konkret die Ziele

- einer qualitativ hochwertigen, sozialmedizinisch begründeten und auf der Höhe der gebietsärztlichen Standards befindlichen Einzelfallbegutachtung,
- der Entwicklung qualitativer Kriterien für die Beurteilung und Bewertung von medizinischen Leistungen, Heilverfahren und Hilfsmitteln sowie
- die Herausbildung spezialisierten Sachverständes für die Beratung der Krankenversicherung vor und bei Vertragsverhandlungen in den Leistungsbereichen

verfolgt werden.

Das Bemühen um eine Ausweitung und Neugestaltung der medizinischen Beratungstätigkeit durch einen Medizinischen Dienst folgt der Logik, daß die Verhandlungsführer der Krankenversicherung bei den Vertragsverhandlungen regelmäßig dann überfordert sind, wenn medizinische Fragen in Verträgen geregelt werden sollen. Wenn Selbstverwaltung sich in der konkreten Ausprägung als Selbststeuerung durch Verhandlungen (Verträge) darstellt, entsteht ein erheblicher Bedarf an - von wirtschaftlichen Interessen unabhängiger - medizinischer Beratung hinsichtlich

- Art und Umfang der verordnungsfähigen Produkte (qualitativer Standard),
- Zahl und Qualifikation der Leistungserbringer,
- Beratung und Systematisierung in Fragen der Leistungsstruktur,
- Bewertung und Analyse des Leistungsvollzuges.

Die Mängelanalyse des Heil- und Hilfsmittelsektors insgesamt und die seiner Teilmärkte zeigt, daß medizinischer Sachverstand insbesondere bei

- der Definition des medizinischen Standards als Voraussetzung für weitergehende Steuerungsinstrumente, z.B. Festbetragslösungen,
- der Qualitätsbeurteilung neuer Produkte und Produktvarianten (Rollstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe usw.),
- den indikationsbezogenen Produktvergleichen,
- der medizinischen Bewertung neuer Therapieformen,

- der medizinischen Begründung von Verhandlungspositionen und
- der Analyse der Mengenstrategie von Lieferanten und Therapeuten

wertvolle Beiträge zur Stärkung der Position der Krankenversicherung leisten kann.

Der Medizinische Dienst gewinnt damit eine strategische Dimension im Rahmen von Reformoptionen zur Steuerung des Heil- und Hilfsmittelsektors. Es zeigt sich, daß die Verhandlungsstrategie und die Verhandlungskompetenz der Krankenversicherung in gleichem Maße verbessert werden können, wie sie auf einen Fundus von anbieterunabhängigem medizinischen Sachverstand zurückgreifen kann.

Daß ein so strukturierter medizinischer Dienst nur gemeinsam und kassenartenübergreifend organisiert werden muß, ergibt sich aus der Struktur des Problems und seines Einsatzes.

4.2 Administrierte Steuerung

4.2.1 Budgetierung

Die Zielrichtung der Kostendämpfungsgesetzgebung Anfang der 80er Jahre, die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, wird heute unter dem Begriff der grundlohnorientierten Globalsteuerung zwar unter einem neuen Namen, jedoch mit den alten methodischen und inhaltlichen Problemen neu diskutiert.

Konzeptionell sind diese Maßnahmen der grundsätzlichen Philosophie der Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetze zuzuordnen, nämlich der Zielsetzung, das erreichte medizinische Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten, den medizinischen Fortschritt zu ermöglichen und um den dafür erforderlichen Finanzbedarf mit der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in Übereinstimmung zu bringen.

Die Idee ist, ein beitragsatzneutrales Verfahren der Bestimmung von Verhandlungsspielräumen und damit Ansprüchen der Leistungserbringer an das Krankenversicherungsbudget zu entwickeln, und damit so etwas wie gesamtwirtschaftliche Orientierung zu ermöglichen.

Das grundsätzliche methodische Problem hier ist, daß die Grundlohnsumme eine rein finanzwirtschaftliche Größe ohne jede gesundheitspolitische Bedeutung ist. Sie ist damit zur medizinisch-inhaltlichen Steuerung von Teilbereichen des Gesundheitswesens denkbar ungeeignet. Kein Versorgungssystem kommt jedoch um die Klärung der Finanzierungsfrage herum; deshalb ist die »Orientierung« an gesamtwirtschaftlichen Daten grundsätzlich sinnvoll und notwendig. Allerdings sollte dies nicht mit einer inhaltlichen Steuerung und deren Problemen vermengt werden.

Durch die Orientierung an der Grundlohnsumme werden bei allen Marktbeteiligten Ansprüche an das verteilungsfähige Budget wach, die auch noch mit einem scheinbar objektiven und akzeptierten Orientierungsmaß begründet

werden. Da bei der Erfüllung dieser Ansprüche wenigstens kurzfristig die Beitragsstabilität gewahrt ist, entsteht ein geradezu harmonisches und stabiles Verteilungsverfahren auf einem inhaltlich höchst ungesicherten Status quo. Für die Leistungserbringer bedeutet dies die Garantie eines quasi öffentlich sanktionierten Honorarzuwachses, und auch für die Krankenversicherung entbindet dieses Verfahren ihre Verhandlungsergebnisse von einer inhaltlichen Begründung und macht sie so leicht vermittelbar.

Auf der Strecke bleibt methodisch und systematisch jedoch genau das, was in einem verhaltenssteuernden Verhandlungsprozeß eigentlich erreicht werden soll, nämlich, eine an gesundheitspolitischen Prioritäten orientierte Zuweisung finanzieller Ressourcen und eine morbiditäts- und bedarfsorientierte Steuerung der Teilbereiche.

Gleichwohl besitzt diese Philosophie für alle Beteiligten einen gewissen Charme: Die Verhandlungsführer der Leistungserbringer können ihrer Klientel regelmäßig zwar beschränkte, aber immerhin stabile Einkommenszuwächse garantieren, ohne in den verschiedenen Marktsegmenten im Begründungszwang für die Bedarfsnotwendigkeit ihrer jeweiligen Leistungen zu stehen. Die Krankenversicherung kann bei einem solchen Verfahren gut und vor allen Dingen beitragsneutral kalkulieren und die Beitragsstabilität als Verhandlungserfolg darstellen.

Daß dieses Verfahren die vorhandenen Strukturen lediglich konserviert, statt nach gesundheitspolitischen Prioritäten die Märkte innovativ zu entwickeln, ist dabei den Beteiligten klar. Die Alternative wäre allerdings ein erhebliches Konfliktpotential in den Verhandlungen und ein erheblicher Begründungszwang für die jeweiligen Verhandlungspositionen, die von allen Beteiligten weiterhin gescheut werden.

Für die Krankenversicherung kommt erschwerend hinzu, daß genügend aussagefähige Daten zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, zur Indikation, zur Leistungssubstitution, bisher jedenfalls, nicht vorliegen.

Die Budgetierung via Grundlohnorientierung stellt sich so als eine typische Krisenstrategie dar, die darauf setzt, daß der politische Problemdruck die Leistungserbringer aller Teilbereiche in ihren Forderungen diszipliniert. Interessant dabei ist, daß diese Strategie ohne politische »Drohkulisse« in Form von Ankündigungen gesetzlicher Interventionen nicht auskommt. Es zeigt sich auch, daß diese Strategie regelmäßig dort versagt, wo diese »Drohkulisse« durch die vorhandenen politischen Machtverhältnisse keinen Adressaten hat, so z.B. im Krankenhausbereich, wo der Bundesgesetzgeber weitgehend an politischen Interventionen durch die Länderkompetenz in diesem Bereich gehindert ist. Die Frage einer Budgetierung durch verfeinerte, teilbereichsbezogene Orientierungsdaten scheidet schon am Konsens über solche Daten, für die im übrigen ein entsprechend differenziertes und methodisch sauberes Gerüst zu ihrer Entwicklung und Validierung fehlt. So bleiben für die Empfehlungen der Konzertierte Aktion nur der Minimalkonsens der Grundlohnorientierung und damit inhaltlich der Konsens für die Beibehaltung der gegenwärtigen Leistungsstrukturen. Eine Orien-

tierung an bedarfsorientierten Prioritäten und damit eine gestaltende Gesundheitspolitik findet über den Weg der Grundlohnorientierung jedenfalls nicht statt.

Die Problematik einer grundlohnorientierten Strategie im Gesundheitswesen zeigt sich schon in ihrem Steuerungsgehalt zwischen den großen Ausgabeblöcken. Innerhalb der Teilbereiche und, noch schwerwiegender, innerhalb der Marktsegmente des Heil- und Hilfsmittelbereichs sind globale Orientierungsgrößen für Preisverhandlungen, was ihren gesundheitspolitischen Steuerungsgehalt angeht, ungeeignet.

Warum sollten die Preise für Massagen, für die am Markt eine Überversorgung allgemein angenommen wird, nach derselben Orientierungsgröße angehoben werden, wie für noch unterversorgte Gebiete, oder wie für die Sprachtherapie oder die Ergotherapie? Warum sollten im Hilfsmittelbereich industriell gefertigte Produkte (z.B. Bandagen) nach denselben Maßstäben beurteilt werden, wie individuell schwierig zu fertigende Körperersatzstücke, für die die Entwicklungen der Lohn- und Lohnnebenkosten ungleich stärker zu gewichten sind?

Die Lenkungsfunktion des Preises im Hinblick auf den gesundheitspolitischen Bedarf oder die Entwicklung der Morbidität geht bei dieser Art von »Orientierung« weitgehend verloren.

Da im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung für die Leistungserbringer eine Vielzahl von Umgehungsstrategien möglich ist, insbesondere weil die Grundlohnorientierung sich in den Verhandlungsprozessen fast ausschließlich auf die Preiskomponente konzentriert und die vielfältigen Strukturanpassungen und Produktvariationen, Mengenentwicklungen nicht einbindet, entsprechen die Marktergebnisse dieses Teilbereichs in der Regel nicht der Grundlohnempfehlung und vereinnahmen so ungeplant und ungesteuert immer größere Anteile am gesamten Budget.

4.2.2 Bedarfsplanung, Leistungsausgrenzung, Positivlisten

Instrumente zur Bedarfsplanung werfen im Heil- und Hilfsmittelbereich dieselben verfassungsrechtlichen Probleme auf wie in anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens.

Eine gut organisierte Bedarfsplanung könnte bei Heilmitteln mit Dienstleistungscharakter die »Mengenflanke« erheblich entschärfen, da hier vom vorhandenen Angebot ein latenter Druck auf die Menge ausgeht. Bei den Dienstleistungen nichtärztlicher Therapeuten überwiegen im allgemeinen die Bedenken gegenüber einem Konkurrenzverhalten der Anbieter, denn Fallzahl und Therapievolumen je Fall dürften sehr elastisch auf ökonomische Anreize für die Leistungserbringer reagieren und zwar um so elastischer, je höher der Konsumwert der Therapie ist. Dieser »Konsumwert« kann im sozialpsychologischen Bereich im Wert der Interaktion mit dem Therapeuten in der überschüssigen, d.h. nicht medizinisch notwendigen, positiven Wirkung auf das Wohlbefinden, die Beweglichkeit und die körperliche Leistungsfähigkeit liegen.

Bedarfsplanungsmaßnahmen haben jedoch sowohl qualitativ als auch ökonomisch gravierende Nachteile: Durch den Schutz der vorhandenen Anbieter am Markt wird qualitativ das Eindringen neuer Therapiekonzepte, neuer Techniken und neuer qualitativer Standards verhindert und ökonomisch die Marktposition der etablierten Anbieter »künstlich« gestärkt und Preiswettbewerb verhindert.

Was die Bedarfsplanung bei Leistungserbringern ist, das stellen die Instrumente »Leistungsausgrenzung« und »Positivlisten« für den Bereich sächlicher Heil- und Hilfsmittel dar: Die künstliche Verknappung des Angebots unter Bedarfsgesichtspunkten nach ökonomischen oder medizinischen Kriterien.

Folgt die Leistungsausgrenzung in aller Regel qualitativen Maßstäben (so schon heute durch Zulassung oder Nichtzulassung als Hilfsmittel), so wird sie unter dem Stichwort »Eigenverantwortung« nach dem ökonomischen Kriterium der »Bagatelle«, für die kein Versicherungsschutz nötig sei, auch ökonomisch erweitert.

Ein umgekehrter Begründungszwang wird mit Positivlisten etabliert. Diese Listen, die die verordnungsfähigen Hilfsmittel beinhalten, schließen den Markt zunächst einmal ab und binden die Neuzulassung von Hilfsmitteln an den Nachweis ihres therapeutischen Nutzens und an die Produktqualität.

Wichtig ist, daß von solchen Listen noch keinerlei Preis- oder Wettbewerbsdruck ausgeht. Im Gegenteil droht die Gefahr, daß sich die vorhandenen Leistungserbringer zu öffentlich geförderten Leistungskartellen fortentwickeln und die Konkurrenz durch die Marktzutrittsbarriere nachhaltig behindert ist. Solche Verfahren müssen deshalb durch geeignete ökonomische Steuerungsinstrumente (Vgl. Punkt 4. 4. 1 bis Punkt 4. 4. 3) flankiert werden und sollten sich allein auf das Kriterium der Produktqualität bei der Zulassung zum Hilfsmittelmarkt und das der Ausbildungs(Behandler-)qualität bei der Zulassung zum Dienstleistungsmarkt beschränken.

Wenn die Instrumente Bedarfsplanung und Positivlisten nach anderen als qualitativen Kriterien organisiert werden, besteht die latente Gefahr, daß der Status quo am Markt zementiert, die vorhandenen Leistungserbringer und Produkte auch noch geschützt und Innovationen verhindert werden.

4. 3 Steuerung durch Verträge: Verhandlungsmodelle

Unter Punkt 1. 3 wurden die Vertragsbeziehungen im Heil- und Hilfsmittelbereich ausführlich dargestellt. Die Marktergebnisse zeigen, daß sich über die vertraglichen Beziehungen, die vorwiegend die Preiskomponente zum Gegenstand haben, die Marktentwicklungen nur äußerst unvollkommen steuern lassen.

Auch wenn als Ergebnis der Verhandlungsprozesse die Preisentwicklung scheinbar im Rahmen der beitragsatzneutralen Spannen zu bleiben scheint, entwickeln sich die Gesamtausgaben vorwiegend durch strukturelle Anpassungsprozesse der Leistungserbringer, so durch Pro-

duktvariationen mit versteckten Preiserhöhungen, Neueinführung von Produkten mit neu kalkulierten Preisen, höherwertige Verordnungen durch niedergelassene Ärzte und die gestiegene Zahl der Verordnungen (der reinen Mengenkompente), weitgehend ungeplant.

Ungeplant sowohl in ihrer finanziellen Auswirkung für die gesetzliche Krankenversicherung als auch im Hinblick auf gesundheitspolitische Prioritäten innerhalb der Teilbereiche.

Das regional unterschiedliche Preisniveau sowohl bei Heilmitteln als auch bei Hilfsmitteln deutet auf regional unterschiedliche Verhandlungsstrategien der Leistungserbringer, auf unterschiedliche Verordnungshäufigkeit und Verordnungsqualität hin. Hier hat das Vertragssystem bisher zu keinerlei marktberichtigenden Informations- und Transparenzsystemen geführt.

Eine besondere Problematik im Heil- und Hilfsmittelbereich besteht darin, daß von echten Vertragsbeziehungen, die auch die Leistungsstruktur sowie die Qualifikation der Leistungserbringer ansatzweise regeln, nur bei den dienstleistungsorientierten Heilmitteln gesprochen werden kann. Bei den Hilfsmitteln fehlen in der Regel solche Vertragsebenen.

Die fast ausschließliche Fixierung auf die Preiskomponente innerhalb der Verhandlungen hat ihren Grund darin, daß die Gesamtausgaben von den Vertragspartnern auf seiten der Leistungserbringer überhaupt nicht verhandelbar sind, da fast jede einzelne Leistung im Heil- und Hilfsmittelbereich »im Auftrag«, nämlich durch die Verordnung eines niedergelassenen Arztes, erfolgt.

Der Leistungserbringer ist bei dieser Struktur nicht in der Lage, per Verhandlung seinen Gesamtumsatz zur Disposition zu stellen, da er sonst das Risiko einer steigenden Verordnungshäufigkeit niedergelassener Ärzte (und hier korreliert die Menge der erbrachten Heil- und Hilfsmittel in erheblichem Maße mit der Zahl der niedergelassenen Ärzte) alleine tragen müßte. Dies kann nicht Sinn und Zweck einer Vertragsbeziehung mit der Krankenversicherung sein.

Diese besondere Problematik hat dazu geführt, daß man in Analogie zu den Arzneimittelhöchstbeträgen auch Höchstbeträge für die Verordnung der Heil- und Hilfsmittel für den niedergelassenen Arzt vorgesehen hat. Diese Strategie ist grundsätzlich richtig, weil sie der Bedeutung des Ordnungsverhaltens niedergelassener Ärzte am nächsten kommt. Sie ist jedoch insoweit falsch instrumentiert, als sie die Höchstbeträge am kollektiven Ordnungsverhalten orientiert hat, was fehlsteuernde Anreize im individuell ökonomischen Verhalten geradezu provoziert. Die Orientierung an kollektiven Ergebnissen konstruiert eine »Rationalitätenfalle«, die kontraproduktive, individuelle Anreize zur Folge hat.

Eine zweckmäßige Form, den verordneten Arzt in eine Gesamtverantwortung für die Entwicklung der von ihm verordneten Heil- und Hilfsmittel zu bringen, könnte die individualisierte Form von Höchstbeträgen darstellen, nämlich das Ordnungsbudget für den Arzt im Sinne

eines Bonus-Malus-Konzeptes, wie es unter *Punkt 4. 4. 3* näher analysiert wird.

Die Vertragsbeziehungen im Heil- und Hilfsmittelbereich sind in ihrem Ergebnis nur unter den Bedingungen der vorhandenen Marktstrukturen zu beurteilen. Diese lassen eine Gesamtstrategie der Steuerung für Heil- und Hilfsmittel aus den genannten Gründen nicht zu, was dazu führt, daß die Vertragsergebnisse nicht wirkungsvoll verhaltenssteuernd sind und einer Ergänzung durch geeignete Anreizstrukturen bedürfen, die sowohl ökonomisch als auch medizinisch qualitativ die traditionellen Marktbeziehungen flankieren. Konzepte zur Ergänzung der Vertragsbeziehungen werden nachfolgend eingehend diskutiert.

4. 4 Steuerung durch wettbewerbliche Anreize auf seiten der Leistungserbringer - Bedingungen; Möglichkeiten und Grenzen

So problematisch die einfache Übertragung von Erkenntnissen der Wettbewerbstheorie auf die Verhältnisse im Gesundheitswesen ist, so unbestritten ist jedoch, daß wettbewerbliche Anreize gerade auf seiten der Leistungserbringer nur mangelhaft ausgeprägt sind. In der Tendenz werden dadurch Preiswettbewerb verhindert und damit der Verbraucher belastet, Rationalisierungsreserven, wenn überhaupt, nur zögernd weitergegeben und die Strategie der Leistungserbringer vorwiegend auf Produktvariationen gelenkt, deren Innovationsgehalt ungeklärt ist.

Die Folge dieser strategischen Möglichkeiten ist eben die viel zitierte Intransparenz des Marktes, die ihrerseits wiederum neue Strategien nahelegt und somit zu einer Gesamtstruktur führt, die in ihrem Ergebnis weder Qualitätssicherungs- noch Wirtschaftlichkeitsanforderungen standhält.

Wettbewerbs Elemente in einem so heterogenen Bereich wie dem Heil- und Hilfsmittelsektor müssen jedoch auch hier auf ihre Kompatibilität mit den jedem Teilbereich innewohnenden Strukturen geprüft werden. Dies scheint in der gegenwärtigen Diskussion nicht hinreichend geklärt. Hier werden bestimmte Konzepte und Instrumente als »Stein der Weisen« angeboten, ohne in einen präzisen Diskurs über die Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der alternativen Ansätze einzusteigen. Im folgenden soll versucht werden, drei konkrete Steuerungsalternativen, das »Festbetragskonzept«, das »Ausschreibungskonzept« und das »Bonus-Malus-Konzept«, im Hinblick auf ihre spezifischen Vorteile in den Teilsegmenten des Heil- und Hilfsmittelbereiches zu prüfen.

Mit der Beschränkung auf drei konkrete Instrumente soll keineswegs eine Festlegung erfolgen. Weitere Instrumente sind denkbar. Die hier vorgestellten folgen jedoch bestimmten »Philosophien« und sind daher für die poetische Diskussion besonders interessant. Die Untersuchung der Instrumente folgt der Einteilung »Idee«, »Bedingungen«, »Möglichkeiten« und »Grenzen«.

Keines dieser Konzepte kommt jedoch ohne die unter *Punkt 4. 1* dargestellten Qualitätssicherungs- und Wirt-

schaftlichkeitskonzepte aus. Sie bilden quasi die Grundlage für ergänzende und überwiegend auf Versorgungseffizienz gerichtete Steuerungskonzepte.

4. 4. 1 Festbetragskonzept

4. 4. 1. 1 Idee des Konzeptes

Das Festbetragskonzept verfolgt die Idee, trotz Beibehaltung des Prinzips der Sachleistung wettbewerbliche Anreize beim Anbieter zu schaffen, die einen erheblichen Preisdruck im System selbst organisieren. Wenn es für eine Indikation mehrere (auch qualitativ) vergleichbare Produkte gibt, kann ein Festbetrag, der garantiert, daß Produkte ohne jede Zuzahlung verordnet werden können, dazu führen, daß Hochpreisanbieter ihren Preis in Richtung Festbetrag senken müssen.

Dieses Konzept behält also das solidaritätsstiftende Sachleistungsprinzip bei und verhindert damit die problematische Differenzierung in Grund- und Zusatzleistungen. Es garantiert eine Versorgung ohne Selbstbeteiligung, denn die Zuzahlung setzt erst auf einer als ausreichend definierten Sachleistung nach individueller Entscheidung auf und führt tendenziell zu einem verschärften Wettbewerb der Anbieter am Markt zugunsten der Stellung des Patienten.

Die Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen für ein Festbetragskonzept im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung muß mit dem Bemühen um Qualitätssicherung zusammengesesehen werden. Ein Festbetragskonzept ist nur dann seriös als Steuerungskonzept im Heil- und Hilfsmittelbereich einzusetzen, wenn es gelingt, die Produktgruppen hinreichend sicher medizinisch-qualitativ zu definieren und abzugrenzen.

4. 4. 1. 2 Bedingungen

Es muß durch die Konstruktion des Festbetragskonzeptes selbst eindeutig sicher sein, daß dieses Instrument nicht zu einem reinen Festzuschußsystem abgeleitet, bei dem mehr oder weniger hohe Zuschüsse von seiten des Patienten zum »Normalfall« einer Verordnung werden. Es muß weiter klar sein, daß der Festbetrag auch kein Festpreis ist, bei dem die Krankenversicherung per Vertrag feste Preise für Produkte oder Produktgruppen aushandelt, sondern daß dies ein Verfahren bleibt, bei dem der Anbieter autonom Preise setzt, aber ein systemimmanenter Preisdruck und Innovationsanreiz sein Marktverhalten steuert.

Voraussetzungen für Festbeträge sind die medizinisch eindeutige Definition von Indikationsbereichen, darauf aufbauend die Definition von Produktgruppen innerhalb der Indikationsbereiche und schließlich die Zusammenführung der Produkte innerhalb von vergleichbaren Produktgruppen.

Eine solche Systematisierung (*Siehe auch Punkt 4. 1. 1*), die als inhaltlich qualitative Grundlage für ein Festbetragskonzept anzusehen ist, ist ein unabdingbares Informationsinstrument nicht nur für dieses Konzept, sondern darüber hinaus für jede rationale Verordnung im Heil- und Hilfsmittelbereich. Für ein Festbetragskonzept ist

weiter die Bewertung nach medizinisch-qualitativen und ökonomischen Kriterien innerhalb der Produktgruppen relevant, um so die schwierige Frage der Festlegung der Festbeträge selbst ausreichend qualitativ abzusichern. Auf welcher Höhe der Festbetrag im einzelnen festgelegt werden sollte, kann nicht generell beantwortet werden, weil hier verschiedene Besonderheiten der Produktgruppen beachtet werden müssen. In Produktgruppen, deren medizinische Qualitätsdefinition einfach ist, bei denen eine Vielzahl von Anbietern kaum zu unterscheidende Produktvariationen anbieten und bei denen die Verteilung der Produkte durch Vertriebssysteme auch regional unproblematisch ist, kann der Festbetrag natürlich gegen das untere Drittel der Preisskala tendieren, während bei Produktgruppen mit nicht scharf zu definierenden Indikationsgrenzen, Wirksamkeitsnachweisen, regional unterschiedlichen oder kartellähnlichen Angebotsstrukturen der Festbetrag aus Gründen des Patientenschutzes (um ein Festzuschußsystem zu vermeiden) eher höher angesiedelt werden muß. Hier sind auf jeden Fall dann, wenn systematische Produktverzeichnisse vorliegen, im einzelnen noch erhebliche Definitionsfragen zu klären, bevor ein Festbetragskonzept durchgängig praktikabel ist.

Festbeträge und die ihnen zugrundeliegenden Festbetragsgruppen müssen so administriert werden können, daß Produktvariationen oder echte Innovationen unmittelbaren Zugang zum Markt haben. Nur dadurch kann verhindert werden, daß neue Anbieterstrategien im Hinblick auf ein bestimmtes Arrangement des Festbetragskonzeptes möglich werden.

Festbeträge sind deshalb grundsätzlich nicht verhandlungsfähig. Sie etablieren hingegen eine hohe Verantwortung der Krankenversicherung gegenüber ihren Versicherten, um eine ausreichende Sachleistung ohne ungerechtfertigte Zuzahlungen zu garantieren. Regelungen, wonach bei der Festlegung von Festbeträgen den Verbänden der Leistungserbringer »Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben« und diese bei der Entscheidung »einzu beziehen« sind, hebeln die Idee einer Festbetragslösung zum Teil wieder aus.

Beteiligungsrechte der Leistungserbringer führen das Konzept tendenziell wieder in die Nähe eines ordnungs- und steuerungspolitisch problematischen Festpreiskonzeptes.

Festbeträge sind hingegen der Idee nach Sache des Nachfragers. Das bedeutet für die Krankenversicherung: Medizinisch-systematische Gruppenbildungen, permanente Marktanalysen und kurzfristige Anpassung der Festbeträge an geänderte Marktverhältnisse.

Verhandlungen oder Absprachen mit Herstellern sind diesem Steuerungsansatz fremd. Im Gegenteil: Die Reaktionen der Hersteller auf externe Marktgegebenheiten sind eine Zielkategorie des Konzeptes.

4. 4. 1. 3 Möglichkeiten

Die Möglichkeiten eines Festbetragskonzeptes wurden politisch und ökonomisch eingehend diskutiert. Gut instrumentiert stellt es sich als ein elegantes Verfahren dar, das Preisdruck auf die etablierten Anbieter am Markt ausübt,

neuen Anbietern die Märkte nicht verschließt und damit dauerhaft innovationsfähig bleibt. Durch die notwendigen Verfahren der Bildung von Produktgruppen und der notwendigen Bewertung im Hinblick auf Qualität und Preiswürdigkeit kann dieses Verfahren zudem in hohem Maße qualitätsfördernd wirken.

Dadurch, daß einerseits echte Innovationen mit wichtigen therapeutischen Vorteilen quasi konkurrenzfreie und für Festbeträge ungeeignete Marktnischen mit allen - auch preislichen - Vorteilen finden und besetzen können und andererseits bloße Imitationen lediglich den Preisdruck am Markt zugunsten des Nachfragers und des Verbrauchers verstärken, wirkt dieses Verfahren dort, wo die Bedingungen erfüllt werden können, ganz im Sinne der Zielkonzeption für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

Zwei Vorteile eines Festbetragskonzeptes, die in der gegenwärtigen politischen und ökonomischen Diskussion nicht hinreichend gewürdigt werden, gilt es hervorzuheben:

- Das Festbetragskonzept ist ein wesentlich effizienteres und eleganteres Steuerungsinstrument als die Alternative »Positivliste«: Positivlisten drohen, Märkte abzuschließen, vorhandene Anbieter und Angebotsstrukturen zu zementieren - mit allen qualitativen und ökonomischen Nachteilen; Festbeträge öffnen Märkte, fördern Innovationen - und verändern Strukturen mit allen ökonomischen und qualitativen Vorteilen.
- Wenn es in grundsätzlich festbetragsfähigen Produktgruppen durch die Verordnung des Arztes oder den Wunsch des Patienten zu Zuzahlungen kommt, hat diese Zuzahlung sozialpolitisch eine völlig andere Qualität als alle Formen von »Selbstbeteiligungsmodellen«, denn die medizinisch zu fordernde qualitative Versorgung ist ohne jede Zuzahlung garantiert.

4. 4. 1. 4 Grenzen

Bei allen Vorteilen dürfen die Grenzen eines Festbetragskonzeptes, gerade im Bereich Heil- und Hilfsmittelversorgung, nicht übersehen werden. Hier ist sehr genau zu prüfen, in welche Marktsegmente Festbeträge ihr Innovationspotential einbringen können und in welche nicht.

Festbeträge leben vom Vergleich. Wo kein Vergleich möglich ist, ist auch das Festbetragskonzept per se wirkungslos.

Bei rein individuellen, auf eine konkrete Bedarfssituation fixierten Einzelfertigungen bei Hilfsmitteln, insbesondere bei orthopädischen Hilfsmitteln, oder im Bereich der Heilmittel mit Dienstleistungscharakter bei zu kleinen Marktsegmenten mit regional zu geringer Anzahl »vergleichbarer« Anbieter muß ein Festbetragskonzept mangels Referenzgrößen scheitern. Dies sind Bereiche, in denen ein Festbetragskonzept nicht nur wirkungslos bleibt, sondern gesundheitspolitisch schädlich wäre.

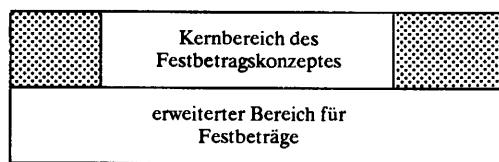
Bei Heilmitteln mit Dienstleistungscharakter ist zudem zu unterscheiden in Marktsegmente, die tendenziell als überversorgt bezeichnet werden können (z. B. Masseur), und Bereiche, bei denen der Bedarf das vorhandene Angebot global oder regional übersteigt (Unterversorgung).

Bei Unterversorgung beinhaltet eine Festbetragslösung die latente Gefahr, daß die Leistungserbringer in die strategisch günstige Position der autonomen Preissetzung gelangen und ihre Preisvorstellungen per Zuzahlung durch die auf diesen Anbieter angewiesenen Patienten auch realisieren können.

Eine erste grobe Näherung an ein zu findendes Abgrenzungskriterium für den Heil- und Hilfsmittelbereich stellt die Übersicht 3-12 dar:

Übersicht 3-12: *Wo sind Festbeträge sinnvoll?*

Hilfsmittel		Heilmittel	
Individuelle Fertigung	konfektionierte Fertigung	überversorgte Bereiche	unterversorgte Bereiche
Festbetrag kaum möglich	Festbeträge möglich	Festbeträge möglich	Festbeträge möglich, jedoch Gefahr massiver Zuzahlung
geeignetes Steuerungsinstrument: ■ Vertragspreise ■ Ausschreibung (ab...Verordnungswert)	geeignetes Steuerungsinstrument: ■ Festbeträge	geeignetes Steuerungsinstrument ■ Festbeträge	geeignetes Steuerungsinstrument ■ Bonus-Malus Systeme ■ Ausschreibung



Trotz Konzentration auf den »Kernbereich« des Festbetragskonzeptes, also konfektioniert gefertigte Hilfsmittel und Heilmittel in auch regional gut versorgten Bereichen, wird ein nicht zu unterschätzender großer Teil des Heil- und Hilfsmittelbereichs mit dem Instrument Festbetrag zu steuern sein.

Beinhaltet bereits der »Kernbereich« des Festbetragskonzeptes einen nicht unerheblichen Teil der Heil- und Hilfsmittel, wird es weiterhin Aufgabe der Krankenversicherung sein, zu prüfen, inwieweit auch Produktgruppen aus dem erweiterten Bereich über einen Festbetrag zu steuern sind.

Eine wichtige Aufgabe der Verhandlungsführung der Krankenversicherung wird deshalb die Klärung der Frage sein, welche Produkte denn tatsächlich nach dem Stand der aktuellen Produktionstechnik in Einzelfertigung und welche Produkte durch Entwicklungen auf dem Materialsektor und durch moderne Verfahren der Produktionstechnik (z. B. in Modulbauweisen) vorgefertigt werden und durchaus in festbetragsfähige Produktgruppen Eingang finden können.

Die Strategie der Hersteller wird naturgemäß eine unerschwer zu durchschauende Produktdifferenzierung und

der Nachweis der »Unvergleichbarkeit« sein. Auch hier ist die Krankenversicherung auf anbieterunabhängige medizinische und technische Bewertung der Produkte angewiesen, um diese Zukunftsaufgabe angemessen bewältigen zu können.

4. 4. 2 Ausschreibungskonzept

4. 4. 2. 1 Idee

Parallel zur Entwicklung in anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens werden auch im Heil- und Hilfsmittelbereich die Probleme im Zusammenhang mit vorhandenen »Überkapazitäten« sowohl personeller als auch sächlicher Art evident.

Konsens der Beurteilung dieses Problems gibt es - wenn auch völlig unterschiedlich motiviert - nur bei der Beschreibung des Tatbestandes. Bei konkreten Lösungsmöglichkeiten werden die gut austarierten Positionen der einzelnen Interessengruppen jedoch nachhaltig berührt und die Konzepte entsprechend kontrovers diskutiert. Die Verlockungen eines Interventionismus via Zulassungsbeschränkungen, imperativen Bedarfsplanungen und Ausgrenzungen von neuen Leistungsanbietern stehen nicht nur verfassungsrechtlichen Bedenken gegenüber. Sie sind auch ökonomisch höchst zweischneidig, weil hierbei tendenziell vorhandene Marktstrukturen fortgeschrieben werden, ohne systemimmanente Anreize für Innovation, Rationalisierung und Preiswettbewerb zu implementieren.

Idee eines Ausschreibungskonzeptes ist es, diese Probleme zu vermeiden und ein ökonomisches Instrument zu konstruieren, das einen permanent kontrollierten Preiswettbewerb in Gang setzt, der geeignet ist, Überkapazitäten nachhaltig abzubauen oder die Folgen von vorhandenen Überkapazitäten zu mildern. In der Sache selbst organisiert ein Ausschreibungskonzept einen Wettbewerb um Versorgungsaufträge, die mehr oder weniger eng definiert werden können (Vgl. NEUBAUER/UNTERHUBER, 1987, S. 107 ff.).

Ziel soll sein, in den jeweiligen Versorgungsbereichen ein bedarfsorientiertes und gleichzeitig wirtschaftliches Angebot zu erhalten.

Die Übertragung von Ausschreibungsmodellen auf konkrete Märkte der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf noch tiefergehender Analysen und konkreter Abgrenzungen der ausschreibungsfähigen Versorgungsaufträge.

Ohne solchen weitergehenden Analysen vorzugreifen, läßt sich jedoch als spezifischer Vorteil eines Ausschreibungskonzeptes festhalten, daß es damit gelingen könnte, ohne eine »willkürliche« Ausgrenzung von Angebotskapazitäten anhand von für alle Leistungserbringer objektiv nachvollziehbaren Kriterien den Zugang zum Markt grundsätzlich offenzuhalten und damit keinen Bestandschutz für im Markt befindliche Anbieter zu begründen und trotzdem das Problem der Überversorgung stark zu relativieren.

Jede Form von Überversorgung innerhalb eines Ausschreibungsmodells intensiviert tendenziell den Wettbe-

werb, der die Preise drückt und Innovationen anregt, und nicht zu Lasten Dritter, hier der Krankenversicherung, umgelenkt werden kann.

4. 4. 2. 2 Bedingungen

Die Krankenversicherung muß als »Käufer« die Leistungsstruktur des Versorgungsauftrages personell und/oder sachlich präzise definieren, so daß vergleichbare Angebote eingehen können. Dazu müssen - wie im übrigen auch beim Festbetragskonzept - relativ homogene Leistungseinheiten, die hinsichtlich ihrer Produkt- oder Dienstleistungseigenschaften vergleichbar sind und deshalb als »Bezugsbasis« verwendet werden können, definiert werden.

Die Ausschreibung von Versorgungsaufträgen muß so organisiert sein, daß auch in der Dynamik des Leistungsvollzuges ein permanenter Wettbewerbsdruck vorhanden bleibt. Die Ausschreibung ist deshalb zeitlich und/oder sachlich möglichst eng zu beschränken, um so den Dienstleistungs- oder Gütermarkt auch nach einmal erfolgter Ausschreibung weiterhin offenzuhalten.

In gewissem Konflikt zu dieser Voraussetzung steht allerdings die Bedingung, daß die Transaktionskosten des Ausschreibungsverfahrens im Verhältnis zum Verordnungswert gesehen werden müssen.

Das heißt konkret, in umsatzstarken, aber je Einzelverordnung nicht kostenintensiven Bereichen wird man breiter oder länger angelegte Ausschreibungsverfahren bevorzugen, während man bei kostenintensiven einzelnen Verordnungen (einzelne Produkte oder einzelne Langzeittherapien) in einem gut organisierten Ausschreibungsverfahren eine einzelne Ausschreibung durchaus prüfen sollte. Der Ausbau einer behindertengerechten Wohnung, die Verordnung eines kostenintensiven Elektrorollstuhles, absehbar länger dauernde sprachtherapeutische Heilverfahren und viele andere Verordnungen bieten sich dafür an.

Dies würde auch dazu führen, daß ein Anbieter, der bei einer Ausschreibung nicht zum Zuge kam, eine Vielzahl neuer Alternativen hätte, um am Markt zum Zuge zu kommen. Gerade die Möglichkeit, permanent in konkrete Versorgungsaufträge einzutreten, schafft einen erheblichen Wettbewerbsdruck auf alle Anbieter und fördert Dynamik und Innovation am Markt.

4. 4. 2. 3 Möglichkeiten

Ein richtig instrumentiertes Ausschreibungsverfahren würde das Problem zunehmender Überkapazitäten im personellen und sachlichen Bereich des Heil- und Hilfsmittelmarktes in den einer Ausschreibung zugänglichen Marktsegmenten relativ elegant und verfassungsrechtlich wohl unbedenklich lösen, da die Auswahl an objektiven und für alle Anbieter gleichen Kriterien orientiert ist. Es würde sich damit quasi immanent eine permanente und auf Produkte, Produktgruppen oder bestimmte Dienstleistungen bezogene qualitative und wirtschaftliche Bedarfsplanung ergeben, die das Problem der Auswahl durch die Entscheidung bestimmter Planungsorgane nicht kennt, sondern die Auswahl objektiven und bekannten Kriterien unterwirft.

Damit könnte erreicht werden, daß nicht ein Hersteller, ein Lieferant oder ein Erbringer von Dienstleistungen vom Markt ferngehalten würde, sondern er lediglich in einem Teilbereich seiner Tätigkeit, nämlich in einem konkreten Versorgungsauftrag, nicht zum Zuge kommt, jedoch weiterhin alle Chancen seiner Berufsausübung am GKV-Markt erhält. Damit wäre - und dies spricht für die Eleganz dieses Instrumentes - ein hoher Innovationsdruck im Hinblick auf Produkt und Dienstleistungsqualität und ein permanenter Preisdruck wahrscheinlich.

4. 4. 2. 4 Grenzen

Auch bei diesem Verfahren gibt es in der Struktur der Marktsegmente liegende Grenzen, welche die Vorteile stark relativieren und das Verfahren für bestimmte Teilbereiche nahezu ausschließen. Ein großes Problem, gerade in den Teilmärkten des Heil- und Hilfsmittelbereiches, wird die Möglichkeit des abgestimmten Verhaltens gut organisierter Anbieter sein.

Regional dürfte ein erhebliches Gefälle der vorhandenen Angebotskapazitäten die Möglichkeit eines flächendeckenden Ausschreibungsmodells stark relativieren.

So sind Ausschreibungen in nicht ausreichend versorgten Bereichen (z. B. nur ein Masseur, nur ein Hilfsmittellieferant oder eine orthopädische Werkstätte) Strukturen, welche die Möglichkeiten eines Ausschreibungsverfahrens stark begrenzen. Gleichwohl könnte auch dabei, etwa bei größeren orthopädischen Hilfsmitteln, die Suche nach wirtschaftlicheren Versorgungsmöglichkeiten auf der Ebene der Lieferanten verstärkt werden.

Eine immanente Grenze des Ausschreibungskonzeptes liegt in der Konfliktbereitschaft der partiell konkurrierenden Krankenversicherungsträger, denn ein Ausschreibungsmodell wird nur solange die beschriebenen Vorteile aufweisen, wie die Krankenversicherungsträger die dem Modell innewohnenden Bedingungen auch für sich selbst gelten lassen und Verordnungen nicht außerhalb von bestehenden Ausschreibungsverträgen finanzieren. Diese Einschränkung gilt im übrigen für alle Verfahren, die Wettbewerbsdruck bei den Leistungserbringern organisieren sollen.

4. 4. 3 Bonus-Malus-Konzept

4. 4. 3. 1 Idee

Hinter einem Bonus-Malus-Konzept für die Heil- und Hilfsmittelversorgung liegt die Idee, daß der verordnende Arzt eine medizinisch-qualitative und ökonomische Schlüsselfunktion einnimmt und auch kompetent genug ist, zwischen verschiedenen grundsätzlich substituierbaren Therapieformen die jeweils medizinisch indizierte herauszusuchen und zu verordnen. Da er diese Schlüsselposition schon im bisherigen Verfahren innehat und wahrnimmt - fast jedes Hilfsmittel und jedes Heilmittel wird durch eine ärztliche Verordnung abgegeben -, liegt es nahe, ihn auch ökonomisch für eine möglichst qualitative und wirtschaftliche Ordnungsweise zu interessieren und ihn in eine diesbezügliche Verantwortung einzubinden.

Dies kann dadurch erfolgen, daß er innerhalb eines näher zu bestimmenden Budgets seine Verordnungen im Heil- und Hilfsmittelbereich (dies gilt grundsätzlich auch für den Arzneimittelbereich, soll jedoch hier nicht näher ausgeführt werden) grundsätzlich selbst zu finanzieren hat. Unterschreitet er das geplante Verordnungsbudget, hat er einen Gewinn (Bonus); überschreitet er das geplante Budget, erfolgt dies zu Lasten seiner sonst realisierten Honorierung (Malus).

Es entsteht für ihn somit ein ökonomischer Anreiz, das geplante Budget zu unterschreiten und für die Krankenversicherung die Möglichkeit, die Budgets der Folgejahre an dem jeweils realisierten Verordnungsniveau zu orientieren und so steuernd zu wirken. Die Krankenversicherung würde in einem solchen Modell nicht mehr in Vertragsbeziehungen mit den sonstigen Vertragspartnern treten, sondern über die Budgets der niedergelassenen Ärzte diese Marktsegmente steuern.

4. 4. 3. 2 Bedingungen

Die erfolgreiche Umsetzung eines Bonus-Malus-Konzeptes setzt voraus, daß man eine hinreichend sichere Datenlage über das arztindividuell und -gruppenbezogene Verordnungsverhalten bezüglich der Heil- und Hilfsmittel besitzt. Diese müßte erst entsprechend aufbereitet werden, was eine kurzfristige Umsetzung erschwert. Das dem Konzept zugrundeliegende Budget müßte arztindividuell nach den Verordnungsstrukturen der Fachgruppe festgelegt werden, denn kollektive, etwa auf Gebietsarztgruppen festgelegte Budgets würden kontraproduktive Anreizstrukturen begründen. Arztindividuell heißt jedoch auch, das bisherige Verordnungsverhalten vor dem Hintergrund der jeweiligen Praxisstruktur zu sehen.

Es muß weiterhin hinreichend sicher geklärt werden, für welche Leistungen das zu bestimmende Verordnungsbudget gilt und für welche Leistungen alternative Steuerungsansätze, z. B. Festbeträge, Vertragspreise oder andere Verfahren, Geltung haben. Nur so ist die Verantwortung des Verordners für sein Budget sicher zu bestimmen. Wichtig ist in jedem Falle, daß es sich um Therapieformen und/oder Leistungen handeln muß, für die es medizinisch-qualitativ vergleichbare Alternativen gibt, um zu vermeiden, daß hier das ökonomische Eigeninteresse im Konflikt zur Qualität der Versorgung steht.

Das heißt, es müßte sich um Therapieformen und/oder Produkte handeln, bei denen die Leistungserbringung durch den niedergelassenen Arzt im Zweifel vorzugswürdig erscheint, denn die Leistungserbringung in eigener Praxis wird durch ein solches Honorierungsverfahren tendenziell gefördert. Deshalb muß sichergestellt sein, daß auch jede Verordnung innerhalb des substituierbaren Bereiches nachvollziehbar erfaßt wird, also auch solche Leistungen, die der Arzt durch angestellte Heil- /Hilfsberufe über die Gebührenordnung als Einzelleistung abrechnet.

4. 4. 3. 3 Möglichkeiten

Ein Bonus-Malus-Konzept ist eine interessante Variante von mehr wettbewerblich orientierten Steuerungsansätzen, die die Leistungserbringer in die stärkere Verant-

wortung für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung rückt.

Ein solches Verfahren ist vor allen Dingen in den Bereichen interessant - und eröffnet hier neue, klärende Perspektiven -, in denen nicht hinreichend sicher zu beurteilen ist, inwieweit die Verordnung auf einer streng medizinischen Indikation beruht oder ob andere Einflußfaktoren - Konkurrenzverhalten etc. - zur Verordnung führten. Es wäre ein Verfahren der immanenten Klärung des spezifischen Gewichts der eigentlichen ärztlichen Leistung im Verhältnis und in Abgrenzung zu den Leistungen von Heil- und Hilfsberufen, zu den Dienstleistungen oder zu bestimmten Hilfsmitteln.

Das Verfahren würde die medizinisch sinnvolle Abfolge von Therapieschritten fördern und ein Nebeneinander von sich zum Teil ergänzenden, im schlimmsten Fall ausschließenden Behandlungsstrategien vermeiden.

Ökonomisch würde ein erheblicher Anreiz beim niedergelassenen Arzt einsetzen. Dies würde in der Tendenz dazu führen, daß die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln auf ein medizinisch definiertes, notwendiges Maß beschränkt bliebe, weil jede medizinisch nicht indizierte Verordnung den Arzt ökonomisch schlechter stellen würde.

Die sich geradezu aufdrängende Kritik an diesem Verfahren, nämlich einen ökonomischen Anreiz zu konstruieren, der darauf hinzielt, Leistungen nicht zu gewähren, muß zumindest dahingehend relativiert werden, daß die zunehmende Konkurrenz unter Ärzten eine rein gewinnmaximierende Strategie unter die permanente Drohung des Abwanderns von Patienten stellt und bei dem sensiblen und kaum objektivierbaren Verhältnis von Arzt-/Patienten-Kontakten zu einer erheblichen Gefährdung der ärztlichen Praxis führen würde.

Außerdem hat die Krankenversicherung durch den Vergleich verschiedener Strategien im Quer- und Längsschnitt die Möglichkeit, per Verordnungsbudget die Anreizstrukturen so zu verändern, daß eine qualitative Versorgung garantiert bleibt.

4. 4. 3. 4 Grenzen

Die eben formulierte Kritik beschreibt natürlich auch eine der Grenzen eines solchen Steuerungskonzeptes, die vor allem in der Akzeptanz durch die Betroffenen liegen wird. Von interessierter Seite kann dieses Konzept leicht dadurch diskreditiert werden, daß man den latenten Verdacht, daß der Arzt sich auf Kosten des Patienten Anteile am Budget und damit ökonomische Vorteile sichern könnte, schürt.

Grenzen liegen insbesondere dort, wo die Substitutionsfähigkeit verschiedener Therapieformen und/oder Produkte nicht hinreichend sicher medizinisch abgeklärt werden kann oder wo diese per se nicht vorhanden ist. Solche »alternativlosen« Verordnungen in ein Verordnungsbudget zu nehmen, wäre nicht zweckmäßig und würde überdies größere Anteile am Budget für den Arzt festschreiben und seiner Disposition entziehen, die ihrerseits eine Voraussetzung für die Steuerungswirksamkeit dieses Modells darstellt.

Bei Akzeptanz der einschränkenden Bedingungen und der Grenzen des Konzeptes bleiben wohl nur sehr eingeschränkte und sorgfältig zu definierende Bereiche für ein Bonus-Malus-Modell übrig. Es würde sich jedoch lohnen, diese Konzepte weiter zu untersuchen und in Modellversuchen die ökonomische Wirkung, die Reaktion im Ordnungsverhalten und die qualitativen Aspekte eines solchen Modells näher zu testen.

4.5 Analytischer Ansatz: Abgrenzung der Märkte durch Definition von Substitutionsbereichen

Ein analytischer Ansatz für die Beurteilung alternativer Steuerungsansätze im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung hat die Frage aufzugreifen, nach welchen Kriterien bestimmte Steuerungskonzepte implementiert werden können.

Die Diskussion alternativer Steuerungskonzepte in den *Punkten 4. 4. 1 bis 4. 4. 3* hat gezeigt, daß diese Konzepte weder per se vorzugswürdig noch gänzlich abzulehnen sind, sondern jeweils bei verschiedenen strukturellen Bedingungen anders zu beurteilen sind. Durch ein Verfahren der schrittweisen Präzisierung und Konkretisierung von Steuerungsalternativen lassen sich die Kernbereiche, in denen verschiedene Steuerungsalternativen vorzugswürdig sind, wenigstens für einen großen Teil des Heil- und Hilfsmittelbereichs identifizieren.

Im folgenden soll versucht werden, ein gleichsam generelles Phänomen im Heil- und Hilfsmittelbereich aufzugreifen und zu prüfen, ob es sich als Abgrenzungskriterium für den Einsatz verschiedener Steuerungsinstrumente eignet. Der Schlüssel für diesen Ansatz liegt wiederum beim verordnenden Arzt, der seine Verordnung mehr oder weniger ausgeprägt durch andere Leistungen substituieren kann.

In der Möglichkeit der Substitution von Leistungen liegt also ein Kriterium für die Bestimmung geeigneter Steuerungsinstrumente. Die Möglichkeit der Substitution eröffnet für den verordnenden Arzt, den Herstellern von Hilfsmitteln, den Erbringern von Heilmitteln sowie dem Finanzierungsträger und dem einzelnen Patienten jeweils ganz spezifische, handlungsleitende Optionen, die eine kritische Rückfrage an das im System implementierte Steuerungsinstrument auslösen.

Im Heil- und Hilfsmittelbereich lassen sich, ohne Bewertung der jeweiligen Vor- und Nachteile, grundsätzlich Substitutionsmöglichkeiten einer Verordnung in folgenden Richtungen unterscheiden:

- Substitution durch eigene ärztliche Leistung (Beispiel: Massage durch freiberuflichen Masseur oder in ärztlicher Praxis),
- Substitution durch Überweisung zu geeignetem Gebietsarzt (bei Haltungsschäden Massagen, Krankengymnastik oder Überweisung zu Orthopäden),
- Substitution durch Arzneimittel (bei Venenerkrankung Kompressionsstrumpf [Hilfsmittel] und/oder durchblutungsfördernde Salbe [Arzneimittel]),

- Substitution von Heilmitteln durch alternative Heilmittel (z. B. Masseur oder Krankengymnast oder andere Formen der Physiotherapie),
- Substitution von Heilmitteln durch ein geeignetes Hilfsmittel (Krankengymnastik und/oder Bandagen etc.),
- Substitutionen von Hilfsmitteln durch vergleichbare Hilfsmittel.

Diese Möglichkeiten lassen sich weiter ausbreiten, was die Vielzahl von Substitutionsbeziehungen deutlich macht (Vgl. HOFFMANN, 1987, S. 239 ff.).

Die grundsätzlich möglichen Substitutionsbeziehungen müßten sachverständig auf den medizinisch-realistischen Kern möglicher Substitutionen reduziert werden. Es könnte dann eine Stufung von hochgradig substituierbaren Leistungen bis zu überhaupt nicht substituierbaren Leistungen gebildet werden. Eine solche Rangfolge mit aufsteigender Substituierbarkeit von Leistungen wäre ein geeigneter Ansatz für die Implementierung bestimmter Steuerungsalternativen.

Im nachfolgenden Schaubild wird ein erster grober und medizinisch nicht weiter abgesicherter Versuch unternommen, bestimmte Steuerungsalternativen am Kriterium der Substituierbarkeit zu prüfen. Es wird dabei in einer einfachen Dreiteilung nach leicht substituierbaren Bereichen (Substitutionsmöglichkeiten hoch), nach grundsätzlich substituierbaren Bereichen, wozu auch einfache Produktalternativen gehören (Substitutionsmöglichkeit vorhanden), bis zum Bereich, in denen keine oder geringe Substitutionsmöglichkeiten bestehen, unterschieden.

Die Zuordnung von Teilbereichen des Heil- und Hilfsmittelmarktes ist noch relativ grob und soll lediglich das Prinzip verdeutlichen. Ebenfalls ist die Liste der Substitutionsmöglichkeiten nur beispielhaft ausgeführt.

Bei vielen Heilmitteln - mehr soll durch die *Übersicht 3-13* noch nicht ausgesagt werden - eröffnet sich eine Vielzahl von Substitutionsmöglichkeiten im ärztlich-therapeutischen Bereich, in der Pharmakotherapie und/oder im Hilfsmittelbereich. Ein geeignetes Steuerungsinstrument, das dieser Substitutionsmöglichkeit und der Rolle des verordnenden Arztes in seiner Gesamtverantwortung für medizinisch hochwertige und wirtschaftliche Verordnungen Rechnung trägt, wäre etwa das unter *Punkt 4. 4. 3* beschriebene Bonus-Malus-System für den verordnenden Arzt. Hier könnte in so hochgradig substituierbaren Marktsegmenten das Ordnungsverhalten des Arztes mittels ökonomischer Anreize gesteuert werden, ohne daß dabei das Bemühen um eine jeweils qualitativ indizierte Verordnung in Frage gestellt werden müßte.

In großen Bereichen der Hilfsmittel, insbesondere solcher, die durch industrielle Serienfertigung oder in konfektionierter Form abgegeben werden oder aber größere vorgefertigte Anteile aufweisen, entstehen Substitutionsmöglichkeiten durch die Wahl eines anderen Produktes aus der für ein Indikationsgebiet abgegrenzten Produktgruppe.

Übersicht 3-13: *Substitutionsmöglichkeiten als Abgrenzungskriteriums für alternative Steuerungsansätze im Heil- und Hilfsmittelbereich*

Substitutionsmöglichkeiten	Teilbereiche	substituierbar durch	Steuerungsansatz
<u>hoch</u> (auch zu anderen Therapieformen)	Heilmittel (Bäder, Massagen, Krankengymnastik)	<ul style="list-style-type: none"> ■ ärztliche Leistungen ■ Pharmakotherapie ■ andere Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bonus-Malus System (für niedergel. Arzt) ■ Festbeträge ■ Ausschreibung von Versorgungsverträgen (ab 1.000 DM je Verordnung)
<u>vorhanden</u>	Hilfsmittel (industrielle Serienfertigung, größ. vorgefertig. Anteile)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hilfsmittel aus gleicher Produktgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Festbeträge ■ Ausschreibung v. Versorgungsverträgen (ab 1.000 DM je Verordnung)
<u>gering</u> (bisher nicht vorhanden)	Hilfsmittel mit individ. Einzelfertigung	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vertragspreise; Ausschreibung v. Vergebungsaufträgen ab 1.000 DM je Verordng.)

1) Der konkrete Betrag müßte nach eingehenden Marktanalysen festgelegt werden.

Um hier sinnvolle Steuerungsalternativen zu entwickeln, müssen entsprechende Informationsinstrumente, wie unter *Punkt 4. 1. 1* vorgestellt, entwickelt werden. Diese Substitutionsmöglichkeit zwischen einzelnen Produkten stellt den Vorteil eines Festbetragsmodells dar, das hier geradezu idealtypisch zu implementieren ist.

Für Bereiche ohne jegliche Substitutionsmöglichkeiten - das ist vor allem der Bereich der wirklich individuell gefertigten Großorthopädie (Körperersatzstücke etc.), aber auch spezieller Formen der Heilmittel (z. B. Sprachtherapie) - wird man auch das Steuerungssystem dieser »Alternativlosigkeit« anpassen müssen und weiterhin mit dem klassischen Vertragspreiskonzept oder aber mit dem Ausschreibungsmodell arbeiten.

Es wird aber bei näherer Betrachtung wahrscheinlich deutlich werden, daß auch in dem Bereich, in dem man gemeinhin von individueller Einzelfertigung spricht, sich weite Teile durch moderne Formen von Baukasten- und Modulsystemen als festbetragsfähig erweisen und dieses Steuerungsinstrument auch hier zur Wirkung kommen lassen.

So wäre es möglich, daß ein wesentlich engerer Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung als bisher mit Vertragspreis- oder Ausschreibungskonzepten gesteuert wird und dieser dadurch auch leichter administrierbar wäre. Die Verfolgung der aktuellen Marktentwicklung wäre durch die Beschränkung auf wenige Produkte oder Dienstleistungen für die Verhandlungsführung der Krankenversicherung entsprechend leichter. Alle Bereiche, die

grundsätzlich festbetragsfähig sind, könnten alternativ auch über das der »Einkäufertheorie« der Krankenversicherung folgende Ausschreibungsmodelle, wie unter *Punkt 4. 4. 2* vorgestellt, gesteuert werden.

Die hier beschriebenen Substitutionsmöglichkeiten bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln wären somit ein erster funktionaler Ansatz zur Bestimmung der Eignung alternativer Steuerungsinstrumente in Teilmärkten. Die Definition der Substitutionsbeziehungen wäre eine strategische Option der Krankenversicherung, die mit medizinisch-sachverständiger Beratung ein wesentliches Gestaltungs- und Steuerungsinstrument für den Heil- und Hilfsmittelbereich gewinnen würde.

4. 6 Ziel: Konkurrenz alternativer Steuerungsansätze

Die bisherige Ableitung von Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Steuerungsansätze sowie die Problematik eines in sich geschlossenen analytischen Konzeptes wirft die Frage auf, wie systemimmanent die Voraussetzungen dafür geschaffen werden können, im Vollzug des Leistungsgeschehens und in der Dynamik der Marktentwicklung das System selbst veränderbar, lernfähig und die Steuerungsansätze korrigierbar zu halten.

Gerade große, komplexe Systeme wie die gesetzliche Krankenversicherung, auch in ihren Teilmärkten, neigen durch den hohen Grad ihrer Normiertheit dazu, irreversible oder nur durch neue politische Entscheidungen reversible Verfahren zu etablieren. Im Rahmen einer Strukturreform bestünde jedoch die Möglichkeit, systemimmanente Lernfähigkeit zu implementieren und durch Einbindung alternativer Vertragsmöglichkeiten diese nicht nur theoretisch vergleichen zu müssen, sondern im praktischen Leistungsvollzug analysieren, bewerten und verändern zu können.

Eine interessante Perspektive eröffnet sich dadurch, daß bei schwierigen Bewertungs- und Abgrenzungsfragen der Einsatz alternativer Steuerungsinstrumente im Leistungsvollzug selbst, in Form eines wettbewerblich organisierten Entdeckungsverfahrens, nicht nur Preis- und Qualitätswettbewerb bei den Leistungserbringern, sondern auch einen Wettbewerb um die geeigneteren Steuerungsinstrumente entstehen läßt.

Die Analyse der dabei jeweils entstehenden Marktstruktur und ihrer Ergebnisse, die entstehenden Qualitätsmaßstäbe und die jeweils zu beobachtenden Strategien der Marktbeteiligten ließen die Vorteilhaftigkeit verschiedener Steuerungsanreize erstmals in der Realität vergleichbar werden. Dies würde das Gesamtsystem dergestalt optimieren, daß für die Problemlösungen ein permanenter Vergleichs- und Beurteilungsmaßstab angewendet wird, der einen hohen Legitimationsdruck für den jeweils gewählten Weg begründet.

Das System wäre so aus sich selbst heraus lernfähig. Die Effizienzvermutung marktwirtschaftlicher Organisationsformen, daß nämlich ein institutionalisiertes Entdeckungsverfahren nicht nur Produkte, sondern auch die Technik der Produktion, der Verteilung und der Quali-

tätssicherung optimieren soll, wäre so auch in einem grundsätzlich administrierten Bereich implementierbar.

Wenn ein Strukturreformgesetz diese Möglichkeit im Sinne wettbewerblicher Anreizprozesse nutzen und so innerhalb des Gesundheitswesens zur Stärkung der Solidarität durch wirtschaftlichere und qualitativ gesicherte Versorgungsstrukturen beitragen will, muß dafür den Vertragspartnern für diese ganze Palette alternativer Steuerungsansätze die Möglichkeit gegeben und ein Einigungszwang festgeschrieben werden.

Im Vergleich zum Status quo, und nur im Vergleich, ist die Beurteilung verschiedener Steuerungsinstrumente seriös, haben die als Reformoptionen diskutierten Ansätze durchaus Vorteile sowohl hinsichtlich einer stärkeren Betonung qualitativer Standards, als auch der stärkeren Betonung ökonomischer Effizienz.

Dann, wenn die Voraussetzungen und Grenzen der verschiedenen Steuerungsoptionen sehr genau beachtet werden, läßt sich durch ihre Kombination eine neue Ebene von Innovation und Kreativität im Gesamtbereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung etablieren, welche das Gesamtergebnis aus sich selbst heraus optimieren wird.

Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse im Überblick

Ist-Analyse

- 1) Der Sektor Heil- und Hilfsmittel stellt sich als extrem heterogen hinsichtlich der Struktur der Leistungserbringung, der Bereitstellung der Dienst- und Sachleistungen, der Steuerungsmöglichkeiten innerhalb von Marktsegmenten und seiner medizinischen Standards dar. Geeignete Steuerungsinstrumente für diesen Teilbereich der gesundheitlichen Versorgung müssen deshalb den Strukturen der jeweiligen Marktsegmente folgen.
- 2) Es fehlt weithin an einer medizinisch exakten Abgrenzung der spezifischen Indikation für die jeweiligen Marktsegmente. So entstehen für den verordnenden Arzt eine Vielzahl von Substitutionsbeziehungen, die für sein Ordnungsverhalten sowohl medizinisch-qualitative als auch ökonomische Optionen eröffnen.
- 3) Das Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte muß auch unter den Bedingungen zunehmender Konkurrenz unter ihnen gesehen werden. Die zunehmende Konkurrenz auch unter den nichtärztlichen Therapeuten und Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln führt zu wechselseitigen Rückkopplungen zwischen beiden Bereichen, die den expansiven Trend stabilisieren.
- 4) Für die Vielzahl unterschiedlichster Marktbeziehungen gibt es weniger eine inhaltlich-funktionale als eine historische Erklärung. Die jeweiligen Marktbeziehungen sind deshalb auf ihre gesundheitspolitische und -ökonomische Wirkung hin zu überprüfen.

Mängel-Analyse

- 1) Zwischen dem Ordnungsverhalten des Arztes und der Zahl der Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich bestehen wechselseitige Abhängigkeiten, die sich zu einer wachsenden Dynamik der Ausgaben zusammenfügen. Sowohl das Ordnungsverhalten als auch Form und Inhalt der Leistungserbringung im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung sind unter Wettbewerbsbedingungen grundsätzlich expansiv.
- 2) Die vorhandene Intransparenz der Märkte eröffnet für alle Leistungserbringer Optionen, die von der bisherigen Systematik der Vertragsbeziehungen nicht hinreichend erfaßt und gesteuert werden können. Insbesondere die im Heil- und Hilfsmittelbereich auffällige Ordnungsunsicherheit der niedergelassenen Ärzte, die ebenfalls durch die Intransparenz der Märkte weiter gefördert wird und sowohl qualitative als auch ökonomische Fragen aufwirft, eröffnet den Leistungserbringern die Möglichkeit, über die Konkretisierung der Ordnung, im Zweifel die für sie ökonomisch interessantere Dienstleistung oder das teurere Produkt abzugeben, ohne daß Verordner oder Kassen dieser Strategie begegnen könnten.
- 3) Qualitätssicherung im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung beschränkt sich in großem Maße auf die Einhaltung von Richtlinien und anderen formalen Zugangsvoraussetzungen zum Markt. Eine inhaltliche Qualitätssicherung im Einzelfall ist demgegenüber unterentwickelt. Die Gutachterdienste der Krankenversicherung sind gegenwärtig dafür weder vorbereitet noch werden sie zielgerichtet eingesetzt.
- 4) Ökonomisch fehlen für diesen Bereich die Voraussetzungen sowohl für zielgerichtete Vertragsverhandlungen wie für andere ökonomische Steuerungskonzepte. Es gibt keine systematisierten Marktanalysen, keine inhaltlichen Kriterien und keine Anreize für die Weitergabe von Rationalisierungsfortschritten, keine Produktivitätsanalysen des vorwiegend handwerklich-ständisch organisierten Bereichs sowie keine funktionale Zuordnung der Verhandlungsebenen innerhalb der Teilbereiche. Solange diese Voraussetzungen nicht geschaffen sind, bleibt die Diskussion von Steuerungsalternativen mangels empirischer Validisierung im theoretischen Bereich.
- 5) Das triviale Auseinanderdividieren von Preis- und Mengenkomponeute zur Bestimmung der Ausgabenstruktur vernebelt die tatsächlich interessanten Strukturverschiebungen im Vollzug der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Die Verhandlungserfolge der Krankenversicherung, die in den vergangenen Jahren recht bescheidene Preiszuwächse verhandeln konnte, relativieren sich bei dieser Betrachtung.
- 6) Im Bereich der physiotherapeutischen Leistungen zeigt sich ein hohes Maß an Substituierbarkeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie eine ausgeprägte Marktsegmentierung. Die Wechselwirkung zwischen der Zahl der Verordner (Konkurrenz der Ärzte) und der Zahl der Leistungserbringer (Kon-

kurrenz der nichtärztlichen Therapeuten) stabilisiert den expansiven Trend der Mengenentwicklung auf hohem Niveau.

- 7) Die sprachtherapeutische und beschäftigungstherapeutische Versorgung weist noch einen erheblichen Bedarf durch niedergelassene Therapeuten auf. Problematisch sind hierbei die Qualitätsstandards unterschiedlicher Ausbildungsgänge mit Zugang zum Markt sowie die medizinische Abgrenzung von Indikationsbereichen.
- 8) Bei den Hörhilfen ist durch die Umstellung auf ein Gruppenpreissystem die bisher auf Hochpreispolitik und permanente Produktvariation angelegte Marktstruktur zum Teil wenigstens geheilt. Es bedarf der systematischen Evaluation der Ergebnisse dieser Gruppenbildung. Die Gefahr, daß hier, anders als bei einem Festbetragskonzept, der Trend der Versorgung zur Hochpreisgruppe geht, ist evident.
- 9) Der Markt für Sehhilfen zeigt, daß ein Festbetragskonzept an bestimmte Bedingungen geknüpft werden muß, um die gewünschten Ziele zu erreichen. Die Vertragspreisbildung und die vertraglich geregelte Leistungsabgabe tendiert dazu, daß die ökonomischen Anreize eines Festbetragskonzeptes nicht durchschlagen und so die vorhandene, wenig produktive Leistungsstruktur in diesem Bereich gestützt wird.
- 10) In hohem Maße ungesteuert und intransparent ist die Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln und Hilfsmitteln besonderer Art. Es fehlen weithin systematische Marktanalysen, die Hinweise zur Qualität und Preisgünstigkeit von verschiedenen Produkten gleicher Indikationsgruppen aufzeigen. Der Preisbildungsmechanismus ist trotz der Bemühungen der Listenpreisbildung von Marktsegment zu Marktsegment verschieden und insgesamt ungesteuert. Wenn die Krankenversicherung ihre Leistungssteuerungsfunktion wahrnehmen will, müssen erhebliche Voraussetzungen auf dem Gebiet der Markttransparenz erst geschaffen werden.

Zielkonzeption

- 1) Eine Zielkonzeption für die Heil- und Hilfsmittelversorgung muß sicherstellen, daß die wirtschaftlichen Einzelpläne der Beteiligten im Hinblick auf Solidarität der Versichertengemeinschaft, Qualität der Produkte und Dienstleistungen, Bedarfsgerechtigkeit des Angebotes sowie Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch geeignete Instrumente koordiniert werden.
- 2) Die Krankenversicherung ist zuallererst Anwalt einer wirtschaftlichen Verordnungsweise. Sie muß deshalb die Teilmärkte analysieren und geeignete Steuerungsinstrumente entwickeln, prüfen und vergleichen und diese schließlich am Markt implementieren. Dabei kommt der Innovationsfähigkeit der Märkte im Hinblick auf zukünftige Bedarfs- und Qualitätserfordernisse eine große Bedeutung zu.
- 3) Wettbewerbliche Anreize auf seiten der Leistungserbringer sind mit dem Ziel der Solidarität vereinbar. Sie

fördern die Ziele Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit und sind ordnungspolitisch unproblematische Instrumente für die Steuerung freier Berufe. Die Strategie der Schaffung marktanaloger Angebotsstrukturen innerhalb der GKV ist deshalb grundsätzlich geeignet, eine am Grundsatz der Solidarität orientierte Zielkonzeption zu unterstützen.

Reformoptionen

- 1) Ausgangspunkt für alle Reformoptionen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung ist die stärkere Orientierung an Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitskonzepten. Dazu gehören Informationskonzepte, Begutachtungs- und Beratungskonzepte sowie nach qualitativen Kriterien steuernde Regulierungskonzepte. Bei diesen Ansätzen wird der Krankenversicherung eine zunehmend aktivere Rolle nicht nur bei der Finanzierung, sondern auch im Bereich der Leistungsdarbietung übertragen. Eigene medizinische Kompetenz der Krankenversicherung ist dafür unabdingbar; der Medizinische Dienst sollte dafür vorbereitet werden. Die Ärztekammern könnten durch Mitwirkung an solchen Konzepten ihre Verantwortung für Qualitätssicherung in der Medizin unterstreichen.
- 2) Die Instrumente administrierter Steuerung durch Budgetierung, Bedarfsplanung, Leistungsausgrenzung oder Positivlisten sowie die auf der bisherigen Marktstruktur aufsetzende Steuerung durch Verträge können die vorhandenen Mängel der Marktstrukturen nicht wirkungsvoll ausgleichen. Sie bedürfen der Flankierung durch geeignete Anreizstrukturen wettbewerblicher Art auf seiten der Leistungserbringer.
- 3) Wettbewerbliche Anreize auf seiten der Leistungserbringer, die grundsätzlich mit dem Zielkonzept der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln kompatibel sind und auch geeignet sind, systemimmanente Anreize zur wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung zu implementieren sind das »Festbetragskonzept«, das »Ausschreibungskonzept« und das »Bonus-Malus-Konzept«.
- 4) Jedes der wettbewerblichen Steuerungsinstrumente hat Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen, die in den jeweiligen Marktsegmenten konkret auf ihre spezifische Vorteilhaftigkeit geprüft werden können.
- 5) Das Festbetragskonzept stellt sich - gut instrumentiert - in seinem »Kernbereich« als ein elegantes Verfahren dar, das sowohl Preisdruck auf die etablierten Anbieter am Markt ausübt, neuen Anbietern die Märkte nicht verschließt und damit dauerhaft innovationsfähig bleibt. Der naheliegenden Strategie der Leistungserbringer gegen ein Festbetragskonzept, die Schaffung von »Unvergleichbarkeiten« durch Produktdifferenzierung, gilt es entgegenzuwirken.
- 6) Mit einem Ausschreibungskonzept kann ein ökonomisches Instrument implementiert werden, das einen permanenten, kontrollierten Preiswettbewerb in Gang setzt, der geeignet ist, Überkapazitäten nachhaltig abzubauen oder die Folgen von vorhandenen Überkapa-

zitäten zu mildern. Das Ziel eines Ausschreibungskonzeptes ist ein bedarfsorientiertes und gleichzeitig wirtschaftliches Angebot ohne die verfassungsrechtlich problematische »willkürliche« Ausgrenzung von Angebotskapazitäten.

- 7) In den Bereichen, die durch hohe Substitutionsmöglichkeiten für den verordnenden Arzt gekennzeichnet sind, bietet ein Bonus-Malus-Konzept die ökonomischen Anreize, für eine qualitative und wirtschaftliche Leistungserbringung. Vor allem in Bereichen, in denen nicht hinreichend geklärt ist, inwieweit die Verordnung auf einer streng medizinischen Indikation beruht oder von anderen Einflußfaktoren geleitet ist, hätte dieses Steuerungsinstrument Vorteile.
- 8) Die Suche nach einem analytischen Ansatz für die Beurteilung alternativer Steuerungsansätze im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung kann an den Substitutionsmöglichkeiten von Leistungen anknüpfen. Je größer die Substitutionsmöglichkeiten sind, um so eher wirken Steuerungsansätze beim Verordner (z. B. Bonus-Malus-System), je geringer die Substitutionsmöglichkeiten sind, desto eher wirken Ausschreibungs- oder Vertragspreiskonzepte. Substitutionsmöglichkeiten könnten ein erster funktioneller Ansatz zur Bestimmung der Eignung alternativer Steuerungsinstrumente in den Teilmärkten sein.
- 9) Durch die Möglichkeit der Konkurrenz alternativer Steuerungskonzepte können die systemimmanenten Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß im Vollzug des Leistungsgeschehens selbst das System veränderbar, lernfähig und die jeweiligen Steuerungsansätze korrigierbar bleiben. Die Neigung großer, komplexer Systeme zur Normiertheit und irreversiblen Verfahren würde durch ein permanentes Entdeckungsverfahren, das Innovation und Kreativität fördert, abgelöst.
- 10) Mit aller Deutlichkeit wird von einem Teil der Kommissionsmitglieder darauf hingewiesen, daß alternative, wettbewerbliche Steuerungskonzepte nicht flächendeckend und zentral vorgeschrieben werden dürfen, da auf diese Weise der Sinn und das Ziel dieser Steuerungskonzepte ausgehöhlt und ad absurdum geführt werden würden. Vielmehr sind allen Beteiligten des Gesundheitswesens (Leistungserbringern, Krankenkassen, Versicherten usw.) Optionen einzuräumen, so daß eine Selbststeuerung des Systems, ausgehend von der untersten Ebene (dezentral), möglich wird. So kann beispielsweise eine Krankenkasse das Ausschreibungskonzept für sinnvoll erachten und ein Festbetragssystem für angemessen halten, während eine andere Kasse mit Bonus-Malus-Systemen agiert. Jeder einzelne Versicherte und jeder einzelne Leistungserbringer wird durch seine Wahlentscheidung signalisiert, welches Angebot seinen individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen entspricht, so daß die Dezentralität der Entscheidungen automatisch zu einer optimalen Gesundheitsversorgung führt. Entscheidend muß letztlich sein, daß für den einzelnen Menschen eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sichergestellt wird.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 3/II

- EBERLE, G. [1987], Ärztliche Honorarentwicklung 1980-1986, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 451 ff.
- ENGELS, A. [1987], Neues Preissystem für Hörgeräte, in: Die Krankenversicherung, Heft 10, 1987, S. 257 ff.
- GECK, H.-M., PETRY, G. [1981], Marktstrukturen und Preisbildung bei Hörhilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Forschungsbericht, Nr. 68 Gesundheitsforschung, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981
- GERLACH, W. [1985], Therapien und technische Hilfen, Loseblattwerk, Ergänzungslieferungen, Karlsfeld 1985
- HENNING, J. [1981], Preisbildung, Produktivität und Wettbewerb auf dem Markt für Sehhilfen, Forschungsbericht Nr. 45 Gesundheitsforschung, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981
- HOFFMANN, H. [1987], Substitutionsprozesse zwischen dem ärztlichen Dienst und den paramedizinischen Diensten, in: Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 11, Männer, L., Sieben, G., [Hrsg.], Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen, Gerlingen 1987, S. 239-250
- KORBMAN, H. [1987], Gute Chancen für Kostendämpfung bei Hörgeräten, in: Die Ersatzkasse, Heft 9/1987, S. 346 ff.
- LEFELMANN, G. [1981], Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und ihre Einflußfaktoren, WIdO-Materialien, Band 11, Bonn 1981
- LUIG, R. [1986], Die Versorgung mit Hörgeräten, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 14, 1986, S. 417-420
- NEUBAUER, G., UNTERHUBER, H. [1987], Mehr Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausschreibung von Versorgungsaufträgen, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5, 1987, S. 107-114
- REBSCHER, H. [1988], Optionen für die medizinische Beratung der Krankenversicherung durch Vertrauensärzte im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 2/3, 1988, S. 44-53
- ROSENTHAL, F. [1988], Das Vertragsrecht der Krankenkassen, Fortbildung und Praxis, Band 49, St. Augustin 1988
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR KA) [1988], Medizinische und ökonomische Orientierung, Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1988, Baden-Baden 1988
- SAEKEL, R. [1987], Strukturprobleme des Heil- und Hilfsmittel-Sektors, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 5, 1987, S. 141-149
- SCHILGEN, L. [1988], Schwerpunkte der orthopädischen Versorgung in Recht und Praxis, in: Der Versorgungsbeamte, Heft 8, 1988, S. 86-90

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 3-1:	Anteile der Leistungsbereiche an den gesamten Leistungsausgaben der GKV 1975-1987 (in %)	285
Tab. 3-2:	Zahl und Zuwachsraten der Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln (Stand: 15.10.1987)	285
Tab. 3-3:	Ärztliche Honorarentwicklung 1980 bis 1986	286
Tab. 3-4:	Leistungserbringer und Leistungsausgaben im Heilmittelbereich 1985/83	287
Tab. 3-5:	Steigerung der Ausgaben und Mengen-(Struktur)entwicklung im Heil- und Hilfsmittelbereich	287
Tab. 3-6:	Entwicklung von Herstellerabgabepreisen und Vertragspreisen gemäß Landespreislisten (zwei Beispiele)	290
Tab. 3-7:	Anteile der Leistungsarten an den Gesamtausgaben für Heil- und Hilfsmittel 1970-1986 in %	293
Tab. 3-8:	Umsatzniveau der Gesundheitshandwerke und aller Vertragspartner aus AOK-Ausgaben sowie Grundlohnniveau	293
Tab. 3-9:	Abgabefrequenz der medizinisch-physikalischen Behandler: Masseure, medizinische Bademeister und Krankengymnasten	294
Tab. 3-10:	Regionale Preisunterschiede bei ausgewählten Leistungen (Masseur und medizinische Bademeister, Krankengymnasten) Stand 1988	294

Tab. 3-11:	Zahl der abzurechnenden Leistungserbringer auf dem Heilmittel-Sektor	295
Tab. 3-12:	Ausgabenentwicklung verschiedener Behandlergruppen von 1984 bis 1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %	295
Tab. 3-13:	Zahl der abrechnenden Leistungserbringer auf dem Heilmittel-Sektor 1975-1987	296
Tab. 3-14:	Ausgabenentwicklung sonstiger Heilpersonen 1984-1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %	296
Tab. 3-15:	Zahl der abrechnenden Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten 1975-1987	296
Tab. 3-16:	Ausgabenentwicklung bei Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten 1984-1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %	296
Tab. 3-17:	Entwicklung der Betriebe der Hörgeräteakustiker und des Handwerks insgesamt 1978-1985	297
Tab. 3-18:	Entwicklung der Ausgaben, Stückzahlen und Durchschnittspreise für Hörhilfen von 1982 bis 1986	297
Tab. 3-19:	Gruppenpreissystem für Hörgeräte	298
Tab. 3-20:	Stückzahlenentwicklung bei Hörgeräten 1975-1985 ...	299
Tab. 3-21:	Entwicklung wichtiger Strukturdaten der Augenoptiker und des Handwerks insgesamt 1978-1985	300
Tab. 3-22:	Entwicklung der Ausgaben für Sehhilfen von 1984-1986 in Mio. DM und Veränderung zum Vorjahr in %	301
Tab. 3-23:	Strukturverschiebungen der von Betrieben der Orthopädie-Techniker abgenommenen Leistungen 1980-1985	302
Tab. 3-24:	Ausgabenentwicklung für orthopädische Hilfsmittel und Heilmittel besonderer Art von 1982-1986 in Mio. DM	303
Tab. 3-25:	Entwicklung der Betriebe der Orthopädie-Schuhmacher und -Mechaniker und des Handwerks insgesamt 1978-1985	303

Tab. 3-26:	Patella-Bandagen	304
Tab. 3-27:	Rollstühle	304
Tab. 3-28:	Regionale Preisunterschiede in den jeweiligen Landespreislisten und max. Preisdifferenz in v.H. (Stand 1987) ...	304

Verzeichnis der Übersichten

Übers. 3-1:	Substitutionsfelder der Heilmittelberufe mit den niedergelassenen Ärzten im Leistungsbereich	277
Übers. 3-2:	Berufskunde im Heil- und Hilfsmittelbereich (Nichtärztliche Therapeuten)	280
Übers. 3-3:	Berufskunde im Heil- und Hilfsmittelbereich (Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln)	281
Übers. 3-4:	Vertragsbeziehungen (Nichtärztliche Therapeuten) ..	283
Übers. 3-5:	Vertragbeziehungen (Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln)	284
Übers. 3-6:	Leistungsausgaben der GKV je Mitglied für ausgewählte Leistungsbereiche von 1976-1986	285
Übers. 3-7:	Kalkulationsmethoden	305
Übers. 3-8:	Marktsegmentierung und Preisdifferenzierung	306
Übers. 3-9:	Begutachtung von Verordnungen	312
Übers. 3-10:	Instrumente der Qualitätssicherung	313
Übers. 3-11:	Wo sind Festbeträge sinnvoll?	319
Übers. 3-12:	Substitutionsmöglichkeiten als Abgrenzungskriterium für alternative Steuerungsansätze im Heil- und Hilfsmittelbereich	323

Anlage 1

Vertraglich vereinbarte Vergütungssätze im Bereich Masseure

Pos. Nr.	Leistung	RVO-Kassen													
		VdAK	BaWü	Bayern	Bremen	Berlin	Hamburg	Hessen	Nieders.	Nordrhein	Rheinl. Pfalz	saarland	Schles.-Holst.	Westf.-Lippe	DKG-HT
		1.188 DM	1.188 DM	1.188 DM	1.188 DM	1.488 DM	1.288 DM	1.188 DM	1.186 DM	1.287 DM	1.188 DM	1.188 DM	1.388 DM	1.186 DM	1.487 DM
2	Massage einzelne od. mehrerer Körperteile	12,56 -	12,30 (1,2)	11,30 (11)	10,45 (1)	9,86 (1)	7,10 (1)	10,25 (1)	10,00 (02)	11,10 (02)	11,50 (1001)	9,79 (1,1)	10,60 (02)	10,45 -	10,60 (9120)
4	Bindegewebs-Reflexzonen-, Segmet-, Pernos-massage	12,00 -	12,20 (1,3)	11,10 (13)	-	10,40 (2)	10,70 (3)	-	9,90 (04)	11,10 (04)	11,00 (1002)	9,79 (1,2)	10,60 (0,4)	10,30 -	10,60 (9123)
5	Colon-massage	7,80 -	-	-	-	-	7,45 (4)	-	6,70 (06,0)	-	11,00 (1003)	8,86 (1,3)	7,50 (06)	7,30 -	10,60 (9123)
6	Unterwasser-druckstrahlmas.	23,00 -	23,00 (V.16)	21,40 (20)	18,06 (6)	-	18,55 (6)	18,80 (2)	17,40 (06,0)	21,40 (10)	16,70 (1004)	18,03 (1,6)	19,20 (07a)	18,25 -	18,20 (9110)
7	Stangerbad	20,20 -	20,20 (V.17)	-	14,70 (29)	-	16,65 (18)	17,70 (18)	-	15,90 (60)	13,70 (1056)	14,94 (5,5)	-	17,15 -	15,70 (9020)
8	Bewegungs-übungen	7,50 -	7,40 (11,7)	4,30 (14)	7,10 (16)	6,30 (4)	5,65 (7)	-	4,20 (16)	4,80 (30)	6,50 (1030)	5,77 (2,1)	5,00 (09)	5,00 -	-
9	Wannen-wandung	6,36 -	-	4,00 (15)	6,30 (21)	-	6,70 (10)	5,96 (3)	5,60 (21)	-	-	-	6,60 (10)	6,45 -	7,30 (9071)
10	Heiße Rolle	10,45 -	7,80 (111,10)	7,80 (16)	-	6,05 (8)	7,36 (11)	-	-	9,00 (23)	-	5,56 (3,3)	7,05 (11)	8,00 -	8,10 (9072)
11a	Extensions-behandlung	5,30 -	5,50 (11,6a)	4,50 (18)	5,20 (12)	4,20 (5)	5,60 (12a)	4,25 (8)	3,90 (12)	4,10 (36)	3,15 (1031)	3,09 (2,5)	5,20 (12)	4,50 -	5,70 (9128)
11b	Extensionsbeh. mit größ. Apparat.	7,20 -	7,40 (11,66)	-	-	-	7,60 (12b)	-	-	6,00 (32)	7,65 (1032)	6,18 (2,6)	7,15 (13)	4,56 -	8,00 (9123)
12	Elektrobe-handlung	6,80 -	7,40 (IV.15)	6,30 (19)	6,00 (20)	-	6,70 (13)	4,25 (9)	-	-	5,30 (1023)	3,91 (4,1)	6,60 (14)	-	8,10 (9075)
13	Fango-packung	12,60 -	14,20 (111,13)	13,90 (17)	15,45 (24)	-	12,35 (14)	16,30 (4)	-	15,45 (22)	13,70 (10,22)	13,18 (3,2)	12,56 (15)	13,90 -	14,20 (9090)
14	Eisenan-wendung	10,80 -	11,70 (111,11)	5,80 (26)	9,15 (23)	6,06 (9)	11,65 (15)	-	8,70 (45)	6,50 (45)	11,60 (10,40)	8,76 (3,4)	10,90 (16)	6,96 -	12,10 (9067)
15	Chromaku-stik	15,15 -	15,10 (11,5)	14,80 (66)	12,30 (15)	-	15,06 (17)	14,80 (54)	-	15,45 (83)	11,35 (1033)	-	-	14,25 -	-
16	Manuelle Lymph-drainage groß	18,86 -	18,90 (1,4a)	15,90 (23)	20,30 (4)	21,40 (3a)	18,36 (16a)	19,25 (51)	16,20 (06,2)	17,70 (11a)	18,00 (1010)	14,73 (1,4)	17,36 (20A)	13,75 -	20,20 (9127)
16b	Manuelle Lymph-drainage ganz	28,40 -	28,30 (1,4c)	25,20 (24)	29,95 (5)	-	27,66 (16b)	-	24,30 (05,1)	23,70 (11b)	27,00 (1011)	21,94 (1,5)	26,10 (208)	20,65 -	-
16c	Kompressions-bandagierung	9,10 -	8,90 (1,4c)	8,50 (62)	9,65 (46)	8,30 (3c)	9,30 (16c)	9,10 (53)	-	7,50 (12)	-	-	-	8,15 -	-
18	Hausbesuch	8,86 -	9,40 (V.19)	9,40 (60)	10,15 (41)	8,80 (16)	8,65 (20)	-	-	8,80 (40)	8,40 (1061)	-	8,06 (18)	8,36 -	-

Vertraglich vereinbarte Vergütungssätze im Bereich medizinischer Masseure

Pos. Nr.	Leistung	RVO-Kassen													DKG HT
		VdAK	BaWü	Bayern	Bremen	Berlin	Hamburg	Hessen	Nieders.	Nordrhein.	Rheinl. Pfalz	saarland	Schles.-Holst.	Westf.-Lippe	
		1.1.88 DM	1.1.88 DM	1.1.88 DM	1.1.88 DM	1.2.88 DM	1.2.88 DM	1.1.88 DM	1.1.86 DM	1.2.87 DM	1.1.88 DM	1.1.88 DM	1.3.88 DM	1.1.88 DM	
01	Heilbad	7,06 -	7,30 (0.1)	- -	- -	- -	6,35 (01)	- -	- -	- -	8,50 (10.50)	6,61 (5.1)	7,05 (21)	- -	6,60 (9000)
02	Sitzbad mit Zusatz	10,40 -	7,70 (0.2)	- -	- -	- -	9,36 (02)	- -	8,20 (26)	- -	- -	- -	9,60 (22)	- -	- -
03	Vollbad	14,36 -	14,30 (0.3)	- -	13,90 (25)	- -	13,00 (03)	- -	12,20 (25)	- -	- -	8,96 (5.2)	13,55 (2.3)	- -	11,80 (9001)
04	Weitere Zusätze	3,75 -	- -	- -	- -	- -	3,30 (04)	- -	3,30 (32,0)	- -	2,30 (1068)	- -	3,65 (24)	- -	- -
05	Naturmoor-Halbbad	29,10 -	- -	- -	- -	- -	26,35 (06)	- -	22,10 (30)	17,70 (77)	22,36 (1051)	- -	28,16 (25)	- -	25,70 (9002)
06	Naturmoor-Vollbad	39,75 -	- -	- -	- -	- -	36,00 (06)	- -	27,60 (31)	26,70 (76)	30,55 (1052)	- -	38,30 (26)	- -	35,10 (9003)
10	Gashaltiges Bad	15,85 -	16,00 (1.01)	11,90 (43)	16,25 (27)	18,10 (12)	14,50 (10)	15,95 (16)	11,30 (27)	13,20 (72)	11,00 (1053)	9,68 (5.3)	15,10 (27)	- -	13,20 (9010)
11	Gashaltiges Bad mit Zusatz	19,60 -	20,10 (11)	17,90 (44,46)	- -	- -	17,30 (11)	- -	14,60 (28)	- -	12,86 (1054)	10,71 (5.4)	18,80 (28)	- -	16,80 (9011)
12	Kohlendioxid-Bad	18,15 -	15,40 (1.2)	- -	- -	- -	16,30 (12)	- -	- -	- -	- -	- -	17,30 (29)	- -	14,50 (9012)
20	Stangerbad	19,00 -	21,00 (2.0)	14,50 (46)	14,70 (29)	- -	17,15 (20)	17,70 (18)	14,60 (29)	15,90 (60)	13,70 (1056)	14,94 (5.5)	17,56 (30)	- -	15,70 (9020)
21	Vierzellenbad	11,85 -	11,00 (2.1)	9,20 (48)	- -	- -	10,70 (21)	9,05 (21)	- -	- -	- -	8,96 (5.7)	10,95 (31)	- -	9,40 (9021)
41	Bürsten-massagebad	17,36 -	13,50 (4.1)	- -	- -	- -	15,75 (41)	- -	- -	- -	- -	- -	16,95 (36)	- -	14,50 (9065)
50	Wärmeanwendung	6,36 -	7,60 (5.0)	4,00 (15)	6,30 (21)	- -	6,70 (50)	5,95 (27)	5,60 (21)	7,40 (20)	6,30 (1020)	5,56 (3.1)	6,60 (10)	- -	7,30 (9071)
51	Elektrobehandlung	6,80 -	7,60 (5.1)	6,30 (19)	6,00 (20)	- -	6,70 (51)	4,25 (9)	4,50 (20)	4,85 (25)	5,30 (1023)	3,91 (4.1)	6,60 (14)	- -	- -
60	Warmpackung	11,65 -	16,30 (7.01)	13,90 (17)	15,45 (24)	15,80 (40)	12,35 (60)	16,30 (28)	12,50 (24.0)	15,45 (22)	13,70 (1022)	13,18 (3.2)	12,55 (15)	- -	14,20 (9090)
61	Heublumensack	11,65 -	6,30 (7.03)	- -	- -	- -	7,00 (61)	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	7,10 (9091)
62	Kaltpackung	11,65 -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	5,70 (9092)
63	Trockenpackung	3,70 -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
65	Erstteilbad	10,50 -	- -	- -	- -	- -	10,60 (65)	- -	- -	- -	- -	- -	10,70 (37)	- -	10,60 (9068)
66	Eisenanwendung	11,56 -	14,70 (6.1)	5,80 (26)	9,15 (23)	- -	11,60 (66)	- -	8,70 (45)	6,50 (45)	11,60 (1040)	8,76 (3.4)	10,90 (16)	- -	12,10 (9067)
70	Einzelinhalation	7,10 -	7,20 (8.0)	- -	7,10 (37)	- -	7,00 (70)	- -	4,40 (37)	- -	6,30 (1036)	- -	7,25 (38)	- -	7,40 (9100)

Quelle: VdAK

Fortsetzung (medizinische Masseure)

71	Rauminhalation je Teilnehmer	3,36 -	3,50 (8.1)	- -	- -	- -	3,36 (71)	- -	2,20 (38)	- -	- -	- -	3,56 (39)	- -	3,80 (9101)
80	Unterwasser- druckstrahlmas.	20,00 -	24,00 (9.01)	21,40 (20)	18,06 (6)	23,00 (44)	19,10 (80)	18,80 (24)	17,40 (06.0)	21,40 (10)	16,70 (1004)	18,03 (1.6)	19,20 (07a)	- -	18,20 (9110)

Vertraglich vereinbarte Vergütungssätze im Bereich med. Badebetriebe

Pos. Leistung Nr.	RVO-Kassen														
	VdAK	BaWü	Bay- ern	Bre- men	Ber- lin	Ham- burg	Hes- sen	Nie- ders. rheinst.	Nord- rhein	Rheinl. Pfalz	Saar- land	Schles- Holst.	Westf.- Lippe	DKG- HT	
	1.1.88 DM	1.1.88 DM	1.1.88 DM	1.7.88 DM	1.2.88 DM	1.2.88 DM	1.1.88 DM	1.1.86 DM	1.2.87 DM	1.1.87 DM	1.1.88 DM	1.3.88 DM	- DM	1.4.87 DM	
90	Anschluß- massage	12,25 -	12,30 (12.1)	12,00 (22)	- -	- -	11,35 (90)	- -	- -	- -	- -	10,60 (19)	20,80 (41)	- -	- -
91	Bewegungs- übungen	7,60 -	5,10 (10.4)	4,30 (14)	7,10 (16)	- -	5,60 (94)	16,65 (26.22)	4,20 (16)	4,80 (30)	6,50 (10.30)	5,77 (2.1)	5,00 (09)	- -	- -
92	Bewegungsüb.im Bewegungsbad	20,95 -	19,00 (14.1)	16,00 (63)	15,00 (17)	- -	19,70 (96)	12,50 (26)	15,80 (17)	13,50 (36)	13,35 (1034)	10,51 (2.3)	14,06 (42)	- -	- -
93	Beweg.-übung. bis 5 Pers./je Pers.	14,10 -	13,50 (11.2)	10,60 (64)	11,90 (18)	- -	13,20 (96)	- -	10,30 (18)	- -	7,20 (10.35)	7,21 (2.4)	- -	- -	- -
94	Extensionsbe- handlung	5,55 -	5,60 (10.2)	4,50 (18)	5,20 (12)	- -	5,55 (97)	4,25 (8)	3,90 (12)	4,10 (31)	3,15 (1031)	3,09 (2.5)	5,20 (12)	- -	6,70 (9129)
95	Extensionsbehandl. mit größ. Apparaten	7,50 -	7,60 (10.3)	- -	- -	- -	7,60 (98)	- -	- -	6,00 (32)	7,65 (1032)	6,18 (2.6)	7,15 (13)	- -	8,00 (9129)
96	Kadmine	3,60 -	- -	- -	- -	- -	3,60 (100)	- -	- -	- -	2,60 (1060)	- -	3,56 (17)	- -	- -
97	Hausbesuch	8,45 -	- -	9,40 (60)	10,15 (41)	- -	8,60 (101)	8,00 (31)	8,70 (41)	8,80 (40)	8,40 (1061)	6,18 (61)	8,06 (18)	- -	- -
121	Mass. einzel. oder mehr. Körperteile	11,55 -	7,60 (12.2.1)	11,30 (11)	10,45 (1)	- -	7,05 (91)	10,25 (23)	10,00 (02)	11,10 (02)	- -	- -	10,60 (02)	- -	- -
123	BGH	11,56 -	11,10 (12.2.3)	11,10 (13)	- -	- -	10,70 (93)	10,25 (23)	- -	11,10 (04)	11,00 (1002)	9,79 (1.1)	10,60 (04)	- -	6,90 (9126)
124	Bürstenmassage	11,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
126	Chiro- gymnastik	11,56 -	- -	14,80 (65)	- -	- -	15,50 (103)	14,80 (52)	- -	15,45 (83)	11,35 (1033)	- -	15,15 (43)	- -	- -
127	Großbehandlung M.	18,65 -	19,00 (12.5a)	15,90 (23)	20,30 (4)	- -	18,30 (99a)	19,25 (60)	16,20 (05.2)	17,70 (11a)	18,00 (1010)	14,73 (1.4)	17,35 (20a)	- -	20,20 (9127)
128	Ganzbehandlung M.	28,40 -	28,40 (12.5b)	25,20 (24)	29,95 (5)	- -	27,50 (99b)	- -	24,30 (05.1)	23,70 (11b)	27,00 (1011)	21,94 (1.5)	26,10 (20b)	- -	- -
129	Kompressions- behandlung	9,10 -	8,50 (12.5c)	8,50 (62)	9,65 (46)	- -	9,30 (99c)	9,10 (51)	9,20 (46)	7,50 (12)	- -	- -	8,85 (44)	- -	- -

Vertraglich vereinbarte Vergütungssätze im Bereich Krankengymnastik

Pos. Leistung Nr.	RVO-Kassen														-DKG HT 1.4.87
	VdAK 1.1.88 DM	BaWü 1.1.88 DM	Bay- ern 1.1.88 DM	Bre- men 1.7.87 DM	Ber- lin 1.4.88 DM	Ham- burg 1.4.88 DM	Hes- sen 1.1.87 DM	Nie- ders. 1.1.87 DM	Nord- rhein 1.3.88 DM	Rheinl. Pfalz 1.7.87 DM	Saar- land 1.2.88 DM	Schles- Holst. 1.4.88 DM	Westf.- Lippe 1.7.86 DM	18.00 (9140)	
1a Krankengymnastik einschl. Massage	18,90 -	21,30 (1a)	16,86 (31)	17,10 (10)	17,00 (1)	18,75 (1a)	16,75 (36)	15,91 (60)	17,36 (1)	17,30 (1)	17,30 (1)	16,60 (51)	16,86 (84)	18,00 (9140)	
1b Krankengymnastik neurophys. Grundl.	23,70 -	21,30 (1b)	23,00 (32)	23,40 (11)	22,50 (2)	23,50 (1b)	- (62)	22,15 (62)	- (3)	23,06 (3)	22,15 (2)	22,70 (52)	20,50 (83)	- -	
1c Krankengymn.-Be- handl.-Kin.b. bei zerebraler Dysfunk.	31,85 -	- -	28,50 (38)	34,20 (12)	- (12)	31,56 (1e)	26,60 (61)	36,82 (63)	28,00 (3a)	11,60 (4)	27,30 (2a)	28,70 (52a)	25,20 (66)	27,20 (9142)	
1d Krankengymn.-Be- h.-Kin.b. zereb. Dysfunk. Gruppenb.	11,25 -	- -	10,10 (39)	9,90 (14)	- (14)	11,15 (1d)	- (1d)	6,24 (64)	10,40 (3b)	8,30 (2)	- (2)	11,50 (52b)	10,86 (84)	- -	
1e Manuelle Therapie	18,90 -	28,00 (2)	- -	19,00 (19)	- (19)	18,75 (1e)	24,00 (62)	21,00 (61)	28,00 (3c)	18,36 (5)	- (5)	- -	- -	- -	
7b Geburtsvor- bereitung	7,20 -	1,00 (1d)	9,00 (34)	9,00 (17)	- (17)	7,15 (2)	6,56 (43)	9,00 (68)	- (100)	9,00 (100)	9,00 (100)	9,00 -	- -	- -	
8 Krankengymn. Gruppenbehandl.	6,95 -	7,80 (4)	4,96 (36)	6,90 (3)	7,00 (3)	6,50 (3)	- (3)	- -	- -	- -	- -	5,97 (4)	7,80 (60)	- -	
10 Eisenanwendung	7,00 -	11,10 (12c)	5,65 (86)	8,65 (56)	6,05 (9)	6,95 (4)	- (4)	- -	- -	7,95 (15)	- (15)	- -	- -	- -	
12 Traktions- behandlung	5,80 -	5,20 (7a)	4,40 (78)	5,25 (41)	4,20 (5)	5,75 (5)	4,15 (45)	4,37 (70)	- (70)	5,25 (9)	- (9)	- -	- -	5,70 (9128)	
13 BOM	9,00 -	9,90 (10)	10,80 (73)	- (73)	10,40 (4)	8,90 (6)	- (6)	- -	- -	10,15 (11)	- (11)	- -	- -	- -	
17 Massage	8,75 -	- -	9,80 (71)	10,20 (30)	9,86 (6)	9,65 (7)	- (7)	- -	- -	9,50 (80)	- (80)	- -	- -	- -	
18 Wärmepackung mit Ruhe	12,40 -	14,65 (15.1a)	12,60 (77)	15,65 (53)	- (53)	12,50 (8)	- (8)	- -	- -	13,30 (14b)	- (14b)	- -	- -	- -	
19c Krankengymnast. im Wasser u. Ruhe	14,70 -	18,50 (14a)	15,60 (36)	14,80 (15)	- (15)	14,55 (9a)	12,25 (42)	16,02 (66)	15,75 (5)	15,06 (7)	- (7)	- -	- -	16,70 (9144)	
19b Krankengymnast. i. Wasser-Gruppenbeh.	9,90 -	10,30 (14b)	10,36 (37)	11,70 (16)	- (16)	9,80 (9b)	- (9b)	10,40 (66)	13,15 (5a)	9,60 (8)	8,45 (5)	- (5)	- -	11,80 (9545)	
20 Wasserteilbeh.	4,96	-	-4,90(10)-	-	-	-	-	-	-	-5,25(64)-	-	-	-	-	
21 Heiße Rolle und Ruhe	6,86 -	7,10 (12.5)	7,36 (76)	6,80 (11)	6,05 (8)	- (8)	- -	- -	- -	6,25 (14a)	- (14a)	- -	- -	-- -	
22 Unterwasserdruck- strahlmassage	16,75 -	21,00 (15.2)	19,25 (80)	- (80)	- (80)	16,60 (12)	18,45 (33)	- (33)	- -	16,20 (12)	- (12)	- -	- -	18,20 (9110)	
23 Wärmebe- handlung	5,70 -	6,20 (12a)	3,85 (75)	- (52)	6,00 (52)	5,65 (13)	5,80 (36)	- (36)	- -	6,10 (13)	- (13)	- -	- -	- -	
24 Sekund- behandlung	6,10	6,50 (13)	6,10 (79)	6,00 (50)	6,30 (7)	6,05 (14)	4,15 (44)	- (44)	- -	4,36 (10)	- (10)	- -	- -	- -	
26a Hausbesuch	9,50 -	8,20 (17a)	9,50 (90)	10,00 (70)	8,80 (18)	9,40 (15)	7,85 (40)	8,74 (80)	9,90 (6)	9,00 (17a)	7,73 (6)	- (6)	8,30 (41)	- -	
26b bei weiteren Kranken	5,00 -	4,10 (17b)	5,00 -	5,15 (72)	4,40 (19)	- (19)	4,95 -	5,41 (81)	- (81)	1,56 -	- -	- -	0,56 (42)	- -	

Anlage 2

Preisvereinbarungen mit Masseuren und medizinischen Badebetrieben (Ausgewählte Leistungspositionen)

Verband	Bay- ern	Ber- lin	Bre- men	Ham- burg	Hes- sen	Nied.- sach.	Rhein- land	Saar- land	Schles- Holst.	Rh.-Pf. Südwest	FR/TO	Westf. Lippe	Württ. Bad.	VdAK
Vertrags- laufzeit	1.1.88 -31.12. 1989	1.4.88 -31.12. 1989	1.1.88 -31.12. 1988	1.2.88 -31.12. 1988	1.1.88 -30.6. 1989	1.7.87 -31.12. 1988	örtl. Regel.	1.1.88 -31.12. 1988	1.2.86 -30.6. 1987	1.1.87 -31.12. 1988	1.1.88 -31.3. 1990	1.1.88 -31.12. 1989	1.1.88 -31.12. 1988	1.1.88 -31.12. 1988
Leistungs- positionen	Preis. b.31.12 1988		Bade- betr.		Preis. b. 31. 12.88				Preis. b. 31. 12.88					
Großmassage Behandl.-Dauer mind. 15 Min.	11,30	9,85	10,45	11,35- 11,40	10,25	10,00	10,95- 12,75	9,79	10,40	11,50	12,30	10,45	12,30	12,55
Unterwasserdruck- strahlmassage	21,40	23,00	18,05	18,55- 19,10	18,80	17,40	15,60- 21,75	18,03	17,85	16,70	23,00	18,25	23,00	23,00
Bewegungsübung a) Einzelbehandlung Dauer min. 15 Min. b) Gruppenbehandl. bis 3 Pers. Dauer min. 20 Minuten	4,30 - -	6,30 - -	15,00 11,90	19,10- 19,70 12,85- 13,20	4,65 12,50	4,20 -	4,40- 5,35 -	5,77 2,58	4,90 -	6,50 -	7,40 -	5,00 13,00	7,40 -	7,50 -
Lymphdrainage	15,90	21,40	20,30	27,50- 27,55	19,25	24,30	16,95- 26,85	14,73	17,05- 25,60	18,00- 27,00	18,90- 28,30	13,75	18,90- 28,30	18,85- 28,40
Warmpackungen und Bäder mit Peloiden (z.B. Fango, Schlick, Moor)	13,90	15,80	15,45	12,35	16,30	12,50	11,95 16,45	13,18	12,30	13,70	14,20	13,90	14,20	11,65
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerband Ratophoretisches Bad) Badedauer: min: 20 Min.	17,90	14,10	14,70	16,65- 17,25	17,70	14,60	15,60- 19,55	14,94	17,25	13,70	20,20	17,15	20,20	19,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,40	8,80	10,15	8,60- 8,65	8,00	6,70	8,35- 9,45	6,18	7,90	8,40	9,40	8,35	9,40	8,45
Heißluft- behandlung	4,00	6,30	6,30	6,70	5,95	5,60	6,55- 8,25	5,56	6,50	6,30	6,70	6,45	6,70	6,35
Nachruhe	3,40	-	-	3,60	-	2,90	-	-	3,50	2,60	3,60	-	3,60	3,60

Preisvereinbarungen mit den Krankengymnasten (ausgewählte Leistungspositionen)

Verband	Bay-ern	Ber-lin	Bre-men	Ham-burg	Hes-sen	Nied.-sach.	Rhein-land	Saar-land	Schles-Holst.	Rh.-Pf. Südwest	FR/TO	Westf. Lippe	Württ.-Bad.	VdAK
Vertragslaufzeit	1.1.88 -30.6. 1989	1.4.88 -30.9. 1989	1.7.87 -31.12. 1988	1.1.86 30.6. 1987 ²	1.1.87 30.6. 1988 ³	noch nicht abgs.	örtl. Regl.	1.2.88 31.12. 1988	1.2.86 -30.6. 1987	1.1.87 -31.12. 1988	noch offen	1.7.86 -31.3. 1988	noch nicht abgs.	1.1.88 -31.12. 1989
Krankengymnast. Behandl. einschl. der erfor. Massage; Behand.-dauer: min. 25 Min.	16,85	17,00	17,10	17,20	16,75	15,91	16,50- 22,10	17,30	16,30	17,30	-	16,85	18,50	18,90
Krankengymnast. Behandl. auf neurophysiolog. Grundlage	23,00	22,90	23,40	22,70	24,00	22,15	21,45- 25,85	22,15	22,30	23,05	-	20,50	25,10	23,70
Krankengymnast. Behandl. auf neurophys. Grundl. i. Kindesalter (Bobath, Vojta) als Einzelbehandl.	28,50	-	34,20	28,25	26,60	36,82	26,25- 31,85	27,30	28,15	-	-	25,20	25,10	31,85
Krankengymnastik mit Kälteanwendung einschl. Massage	16,85 + 5,65	23,05	-	28,50	22,00	24,75	22,65- 28,45	26,06	25,45	25,25	-	23,65	26,40	25,90
Manuelle Therapie	-	-	19,00	-	24,00	21,00	23,90- 26,10	-	-	18,35	-	-	28,00	18,90
Hausbesuche	9,50 ¹	8,80	10,00	8,55	-	8,84 ⁴	9,70- 12,50	7,73	7,90	9,00	-	8,35	8,20	9,50

1) Eines weiteren Kranken 5,00 DM

2) Bisher noch keine weiteren Preise vereinbart

3) Bei Steigerung über 7% frühestens zum 30. September 1988 kündbar

4) Ab 2. Patient 5,41 DM

Preisvereinbarungen mit Logopäden (ausgewählte Leistungspositionen)

Verband	Bay-ern	Ber-lin	Bre-men	Ham-burg	Hes-sen	Nied.-sach.	Rhein-land	Saar-land	Schles-Holst.	Rh.-Pf. Südwest	FR/TO	Westf. Lippe	Württ.-Bad.	VdAK
Vertragslaufzeit	1.1.88 -30.6. 1989	1.7.88 -31.12. 1989	-	1.4.86 31.12. 1987 ¹	1.1.88 -31.12. 1988	1.4.88 -31.12. 1988	örtl. Einz.- Abspr.	1.1.87 -30.6. 1988	1.1.88 -31.12. 1988	1.1.88 -31.12. 1988	1.1.88 -31.12. 1988	1.5.87 -31.12. 1988	1.1.88 -31.12. 1988	1.1.88 -31.12. 1988
Logopädische Untersuchung u. Beratung min. 30 Min.	26,90	-	-	26,30	27,10	33,55 ² 31,00	26,90	-	27,60	27,65	27,90	26,60	27,90	27,60
Logopädische Einzelbehandlung min. 30 Min.	26,90	32,80	s.Nie- ders.-	26,30	27,10	33,55 ² 31,00	26,90	24,25	27,60	27,65	27,90	26,60	27,90	27,60
min. 45 Min.	40,35	-	-	39,45	40,60	-	39,65	36,35	41,40	41,50	41,60	39,90	41,90	41,40
Logopädische Gruppenbehandlung min. 45 Min. bei 3 Teilnehmern	17,45	18,50 (max. 4 P.)	-	17,85	17,60	57,90 ² 53,50	19,70	12,10	18,70	18,75	17,50	17,30	17,50	18,70
Hausbesuch	1,40 o. 0,50 K. Geld	8,80	-	8,10	8,90	8,95 ² 8,30	9,60	6,20	10,00	9,00	8,60	8,50	8,60	10,00

1) Bisher noch keine neuen Preise vereinbart;

2) nebenberufliche Therapeuten

Quelle: AOK-BV, II (2) Sta. Stand 24. März 1988

Anlage 3

Entwicklung der GKV-Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel je Mitglied zwischen 1970 und 1986

Jahr	Heil- und Hilfsmittel				davon		
	insgesamt	orthopäd. Heil- und Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse/ Heil- und Hilfsmittel besond. Art ²	Leistungen v. med. Badebe- trieben, Masseu- ren, Krankengymn.	Verband-, Heil- u. Hilfsmittel u. Arzneien v. Sonstigen ²
1970	21,78	6,21	7,54	-	-	6,83	-
1971	28,29	8,55	9,02	-	-	8,98	-
1972	36,63	10,22	12,38	-	-	11,52	-
1973	49,12	12,12	19,72	-	-	14,17	-
1974	62,56	15,19	24,35	-	-	18,76	-
1975	77,09	18,96	29,28	-	-	22,73	-
1976	90,94	19,12	30,99	-	7,52	26,38	6,93
1977	98,70	19,82	31,84	-	9,82	30,18	7,05
1978	111,81	20,78	34,67	-	12,36	36,21	7,78
1979	125,02	22,66	37,47	-	15,30	40,79	8,80
1980	137,89	25,18	40,71	-	17,54	45,46	9,22
1981	147,68	26,25	43,88	-	20,32	47,05	10,18
1982 ³	140,85	25,32	32,89	7,65	27,78	40,66	6,56
1983	146,18	26,55	35,76	8,09	29,09	40,50	6,19
1984	168,38	30,08	39,19	9,54	32,91	48,83	7,82
1985	179,85	31,88	40,81	10,39	36,26	51,93	8,57
1986	198,10	34,74	44,33	10,84	39,96	58,55	9,69

1) Erst ab 1982 getrennt erfaßt. Bis dahin bei Sehhilfen verbucht.

2) Erst ab 1976 erfaßt.

3) Wegen der Änderung des Kontenrahmens ab 1982 sind die Werte vor 1982 nur eingeschränkt mit den Werten danach zu vergleichen.

Quelle: BMA, Arbeits- und Sozialstatistik

Anteil der Bereiche Heil- und Hilfsmittel an den gesamten Leistungsausgaben der gesetzl. Krankenversicherung in % 1970-1986

Jahr	Heil- und Hilfsmittel				davon		
	insgesamt	orthopäd. Heil- und Hilfsmittel	Sehhilfen	Hörhilfen ¹	Dialyse/ Heil- und Hilfsmittel besond. Art ²	Leistungen v. med. Badebe- trieben, Masseu- ren, Krankengymn. ⁵	Verband-, Heil- u. Hilfsmittel u. Arzneien v. Sonstigen ³
1970	2,8	0,8	1,0	-	-	0,9	-
1971	3,0	0,9	1,0	-	-	1,0	-
1972	3,4	1,0	1,2	-	-	1,1	-
1973	4,0	1,0	1,6	-	-	1,1	-
1974	4,3	1,0	1,7	-	-	1,3	-
1975	4,4	1,1	1,7	-	-	1,3	-
1976	4,8	1,0	1,6	-	0,4	0,4	0,4
1977	5,0	1,0	1,6	-	0,5	1,5	0,4
1978	5,4	1,0	1,7	-	0,6	1,7	0,4
1979	5,6	1,0	1,7	-	0,7	1,8	0,4
1980	5,7	1,0	1,7	-	0,7	1,9	0,4
1981	5,7	1,0	1,7	-	0,8	1,8	0,4
1982 ⁴	5,4	1,0	1,3	0,3	1,1	1,5	0,2
1983	5,5	1,0	1,4	0,3	1,1	1,5	0,2
1984	5,8	1,0	1,4	0,3	1,1	1,7	0,3
1985	6,0	1,1	1,4	0,3	1,2	1,7	0,3
1986	6,3	1,1	1,4	0,3	1,3	1,9	0,3

1) Erst ab 1982 getrennt erfaßt. Bis dahin bei Sehhilfen verbucht.

2) Aufwendungen für Anschaffung, Unterhalt und Betrieb von Sauerstoff- und Inhalationsgeräten. Fahrstühlen, Gehwagen ähnl. Art.

3) Kosten für Verband-, Heil- und Hilfsmittel und Arzneien, die die Krankenkassen aus eigenen Beständen abgeben; ferner bei ambulanter Behandlung die Kosten für Blutkonserven und für Blutspender.

4) Wegen der Änderung des Kontenrahmens ab 1982 sind die Werte vor 1982 nur eingeschränkt mit den Werten danach zu vergleichen.

5) Einschließlich sonstiger Heilpersonen wie Logopäden und Sprachtherapeuten.

Quelle: BMA, Arbeits- und Sozialstatistik

Kapitel 4

Prinzipien und Organisation einer solidarischen Krankenversicherung

Inhaltsverzeichnis

I. Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	338
1. Rechtliche und tatsächliche Ortung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	338
1. 1 Das Solidaritätsprinzip als tragendes Element des GKV-Rechts	338
1. 2 Überblick zur faktischen Tragweite des Solidaritätsprinzips in der GKV (Ist-Analyse)	338
2. Elemente des Solidaritätsprinzips in der Strukturreformdiskussion	339
2. 1 Vorbemerkung zur Problemauswahl	339
2. 2 Probleme einer solidarischen Einnahmestaltung und Beitragsaufbringung	340
2. 2. 1 <i>Einkommensbegriff in der GKV und Folgen für die Versicherungspflicht</i>	340
2. 2. 1. 1 Individuelles Arbeitsentgelt als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht	340
2. 2. 1. 2 Erwerbseinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht	340
2. 2. 1. 3 Familieneinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht	342
2. 2. 2 <i>Abweichungen von den jeweiligen Grundkonzepten</i>	343
2. 2. 2. 1 Alterskomponenten	343
2. 2. 2. 2 Familienkomponenten	344
2. 2. 2. 3 Weitere Formen der Abweichung	344
2. 2. 3 <i>Verteilungswirkungen alternativer Einnahmen- und Beitragsgestaltung: Ergebnisse empirisch gestützter Abschätzung</i>	344
2. 2. 3. 1 Modell »Individuelles Arbeitsentgelt«	345
2. 2. 3. 2 Modell »Erwerbseinkommen«	345
2. 2. 3. 3 Modell »Familieneinkommen«	345
2. 3 Probleme einer solidarischen Leistungsgestaltung	346
2. 3. 1 <i>Leistungsgewährung und Beitragshöhe in der GKV</i>	346
2. 3. 2 <i>Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang</i>	346
2. 3. 2. 1 Kostenerstattungsregelungen	346
2. 3. 2. 2 Wahltarife	348
2. 3. 2. 3 Selbstbeteiligung der Versicherten	350
2. 3. 2. 4 Festbetragsregelungen	350
2. 3. 2. 5 Festzuschußregelungen	350
2. 3. 2. 6 Bonus- und Malusregelungen	350
3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen	350
3. 1 Einnahmestaltung	351
3. 2 Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang	351

Literaturverzeichnis	351
II. Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung	352
1. Allgemeine Grundzüge und Probleme der Selbstverwaltung	352
1. 1 Die Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip	352
1. 2 Defizite in der Selbstverwaltung der GKV	354
2. Ebenen einer Reform der Selbstverwaltung der GKV	355
2. 1 Das Verhältnis der GKV zu den Leistungserbringern: die gemeinsame Selbstverwaltung	355
2. 2 Selbstverwaltung und Staat	356
2. 3 Beziehungen der Selbstverwaltung zu den Versicherten und den Arbeitgebern	356
2. 4 Interne Struktur der Selbstverwaltung	356
2. 5 Das Verhältnis von Krankenkassen zu ihren Verbänden	357
3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen	357
Literaturverzeichnis	357
III. Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht zu den Leistungserbringern	359
1. Rechtliche Ordnung	359
1. 1 Unterschiede im Mitgliedschaftsrecht	359
1. 1. 1 Grundsätzliche Abgrenzung der verschiedenen Personen- gruppen in der GKV	359
1. 1. 2 Zuständigkeit der Kassenarten für einzelne Versicherten- gruppen	361
1. 1. 3 Zurückweisung und Ausschluß von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten	366
1. 2 Unterschiede im Beitragsrecht	366
1. 2. 1 Erhebung und Bemessung der Beiträge	366
1. 2. 2 Aufbringung der Beitragslast	366
1. 2. 3 Entrichtung der Beiträge	366
1. 3 Unterschiede im Leistungsrecht	367
1. 3. 1 Leistungen an Pflicht- und freiwillig Versicherte im allgemeinen	367
1. 3. 2 Leistungen an freiwillig Versicherte im besonderen: Kostenerstattung und Zusatzkrankengeld	368
1. 4 Unterschiede im Vertragsrecht zu den Leistungserbringern	368
2. Schlußfolgerungen und Empfehlungen	369
Literaturverzeichnis	370
IV. Gliederung des Krankenversicherungssystems	370
1. Rechtliche und tatsächliche Ordnung	370
1. 1 Gliederungsvoraussetzungen und -kriterien	370
1. 2 Gliederungsergebnisse	371
2. Problemanalyse des gegliederten Systems	373
2. 1 Wahlmöglichkeiten für Versicherte zwischen einzelnen Kassenarten	373

2. 2 Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassenarten	374
2. 3 Kassenarten und Risikostrukturen	375
2. 3. 1 Finanzierungspotential der Kassen(arten)	376
2. 3. 2 Versichertenstruktur der Kassen(arten)	378
2. 3. 2. 1 Altersgliederung	378
2. 3. 2. 2 Geschlechtsverteilung	379
2. 3. 2. 3 Familienlastquote	380
2. 3. 3 Besondere Risikogruppen der Kassen(arten)	381
2. 3. 3. 1 Arbeitslose	381
2. 3. 3. 2 Sozialhilfeempfänger	383
2. 3. 3. 3 Behinderte, Rehabilitanden	384
2. 3. 3. 4 »Schwerstrisiken«	385
3. Grundsätzliche Lösungsstrategien	385
3. 1 Gliederung des Systems durch Zuweisung der Versicherten	386
3. 2 Gliederung des Systems durch Wahlfreiheit der Versicherten	386
3. 3 Probleme einer konkreten Ausgestaltung	387
3. 3. 1 Kassenarten und räumliche Organisationsstrukturen	387
3. 3. 1. 1 Regionalisierte Kassenstrukturen	387
3. 3. 1. 2 Zentralisierte Kassenstrukturen	387
3. 3. 2 Kassenarten und Risikoausgleich	387
3. 3. 2. 1 Ausgabenseitige Ausgleichsformen	388
3. 3. 2. 2 Einnahmeseitige Ausgleichsformen	388
3. 3. 2. 3 Staats-/Bundeszuschüsse	390
3. 3. 2. 4 Unvollkommener Ausgleich: Interessenquoten der Kassen	390
4. Zentral diskutierte Reformvorschläge	391
4. 1 »Solidarmodell«	391
4. 2 »Berufsgruppenmodell«	391
4. 3 »Wahlfreiheitsmodell«	391
5. Schlußfolgerungen und Empfehlungen	392
5. 1 Ausgangspunkte der Modelle	392
5. 2 Wahlfreiheitsmodell mit wettbewerblicher Orientierung (Reformoption I)	393
5. 2. 1 Wahlfreiheit ohne Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen	393
5. 2. 2 Wahlfreiheit mit zeitlich und inhaltlich begrenztem Risikoausgleich als Übergangslösung	394
5. 3 Wahlfreiheitsmodell mit sozialpolitischer Orientierung (Reformoption II)	394
Literaturverzeichnis	395
Verzeichnis der Tabellen	397
Verzeichnis der Schaubilder	397

I. Definition der Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips

1. Rechtliche und tatsächliche Ortung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

1.1 Das Solidaritätsprinzip als tragendes Element des GKV-Rechts

Das Solidaritätsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung postuliert hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten den Primat des Bedarfsprinzips vor dem Prinzip kaufkräftiger Nachfrage. Seine wesentlichen Elemente im geltenden System der gesetzlichen Krankenversicherung sind:

- Abhängig vom individuellen Arbeitseinkommen bis zur dynamisierten Beitragsbemessungs- bzw. Pflichtversicherungsgrenze proportional steigende Beiträge der Versicherten führen im Risikofall - mit Ausnahme der Barleistungen - zu einheitlichen Versicherungsleistungen.
- Individuelle oder gruppenspezifische Gesundheitsrisiken der Versicherten bleiben bei der Beitragsgestaltung außer Betracht. Dies gilt vor allem auf folgenden Ebenen:
 - a) zwischen gesunden und kranken Versicherten;
 - b) zwischen jungen und alten Versicherten;
 - c) zwischen männlichen und weiblichen Versicherten;
 - d) zwischen unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensweisen von Versicherten;
 - e) zwischen Versicherten mit und ohne Familienangehörige, insbesondere
 - zwischen Einverdieneren mit und ohne Kinder und Zweiverdieneren bzw. Ledigen und
 - zwischen Verheirateten mit Kindern und Verheirateten ohne Kind;
 - f) zwischen Erwerbstätigen und Rentenbeziehern bzw. deren Angehörigen.

1.2 Überblick zur faktischen Tragweite des Solidaritätsprinzips in der GKV (Ist-Analyse)

Hinsichtlich der Frage der einkommensproportionalen Erhebung von Beiträgen ist im Zusammenhang von erheblichem Interesse, in welchem Verhältnis sich die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung zum durchschnittlichen Arbeitsentgelt aller Versicherten im langfristigen Trend entwickelt hat.

Der *einkommensbezogene Solidarausgleich* in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht in Form der *Bei-*

tragsbemessungsgrenze einen *Fixpunkt*. Für höhere Einkommensbezieher zeigt das Ausmaß des Solidarbeitrags ceteris paribus regressiven Charakter (S. PFAFF/SCHNEIDER, 1980, S. 413 f., m.w. Nw.). Zudem findet das Element der Beitragserhebung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit als Wesensmerkmal aller Sozialversicherungszweige gerade in der gesetzlichen Krankenversicherung seine besondere Ausprägung dadurch, daß auf dem Äquivalenzprinzip beruhende Einkommensersatzleistungen - anders als in der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung - kaum eine Rolle spielen.

Tab. 4.1: Entwicklung von Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und Durchschnittseinkommen der Versicherten 1949-1986 (Jahr; in DM)

Jahr	Beitragsbemessungsgrenze	Durchschnittsentgelt der Versicherten ¹⁾	BBG i.v.H. der Entgelte
1949 (ab Juli)	4 500	2 838	155,8
1952 (ab Sept.)	6 000	3 852	158,6
1957 (ab Okt.)	7 920	5 043	157,0
1964	7 920	8 467	93,5
1965 (ab Sept.)	10 800	9 229	117,0
1970	14 440	13 343	108,2
1971 (Dynamis.)	17 100	14 931	114,5
1972	18 900	16 335	115,7
1975	25 200	21 808	115,6
1976	27 900	23 335	119,6
1977	30 600	24 945	122,7
1978	33 300	26 242	126,9
1979	36 000	27 685	130,0
1980	37 800	29 485	128,2
1981	39 600	30 900	128,2
1982	42 300	32 198	131,4
1983	45 000	33 293	135,2
1984	46 800	34 292	136,5
1985	48 600	35 286	137,7
1986	50 400	36 627	137,6
1987	51 300	-	-
1988	54 000	-	-

1) Rentenversicherte der Arbeiter- und Angestelltenversicherung

Quelle: Anlage 2 zu § 1255 RVO; eigene Berechnungen.

Bis Ende 1970 wurde die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Gesetzgeber nur sporadisch der allgemeinen Einkommensentwicklung angepaßt. Dies führte zu erheblichen Schwankungen der BBG im Vergleich zum Durchschnittseinkommen der Versicherten (s. Tabelle, oberer Teil, rechte Spalte). Mit dem 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz (2. KVÄndG) vom 21. Dezember 1970 (BGBl. I, S. 1770) erfolgte die Dynamisierung der BBG der gesetzlichen Krankenversicherung im festen Verhältnis (75 Prozent) zur jährlichen Veränderung der BBG in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) der Arbeiter und Angestellten (Art. 12. KVÄndG). Das 2. KVÄndG wurde vom Bundestag einstimmig verabschiedet. Die Regelung ist seither geltendes Recht.

Eine Übersicht zu Beitragsbemessungsgrenze und Durchschnittsentgelten der Versicherten dient als Anhaltspunkt

dafür, innerhalb welcher Einkommensgruppen sich der soziale Ausgleich gegenwärtig vornehmlich vollzieht (Vgl. Tabelle 4.1 oben).

Einen näheren Einblick über das zeitpunktbezogene Ausmaß der durch die Strukturelemente des Solidaritätsprinzips ausgelösten interpersonellen Umverteilungseffekte geben Zusammenstellungen zum gruppenspezifischen Beitrags- und Leistungsvolumen einzelner Versichertenpopulationen. Solche Querschnittsbetrachtungen lassen sich aufgrund der Datenlage insbesondere für den Kreis der GKV-versicherten Rentner und der mitversicherten Familienangehörigen relativ einfach ermitteln.

Tab.4.2: Entwicklung der Leistungen der GKV an Familienangehörige 1982-1986

Jahr	Leistungen an AKV-Mitglieder (Mrd. DM)	Leistungen an AKV-Familienangehörige (Mrd. DM)	Beitragsleistungen je AKV-Mitglied in der Familienhilfe (in DM)
1982	42,2	16,5	651
1983	40,8	18,3	723
1984	43,9	19,2	754
1985	45,7	19,7	775
1986	47,7	20,2	784

Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.), GKV 1983 bzw. 1986

Die Übersichten 4.2 und 4.3 zeigen auf, in welchem erheblichen - und tendenziell vor allem hinsichtlich der Rentner steigenden - Umfang über die Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung Generationen- und Familiensolidarität praktiziert wird.

Tab.4.3: Entwicklung der Nettoleistungen der GKV an Rentner*) 1977 - 1987 (Querschnittsdaten)

Jahr	Leistungsleistungen der GKV f. Rentner (Mrd.DM)	Beitragsleistungen von Rentnern/ GKV (Mrd.DM)	Nettoleistungen der GKV an Rentner (Mrd.DM)	Leistungsleistungen in v. H. der Beitragsleistungen
1977	22,1	14,3	7,8	154,5
1978	24,2	13,3	10,9	182,0
1979	26,4	13,6	12,8	194,1
1980	29,5	14,4	15,1	204,9
1981	32,6	15,2	17,4	214,5
1982	34,0	16,1	17,9	211,2
1983	36,8	16,6	20,2	221,7
1984	40,4	17,9	22,5	225,7
1985	43,3	18,3	25,0	236,6
1986	46,1	19,2	26,9	240,1
1987	48,6	20,1	28,5	241,3

*) inkl. Familienangehörige

Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.), GKV 1986; BMA, Statistik KV 45

Unter Einbeziehung der Ausgaben für die AKV-Mitglieder läßt sich anhand der Nettoleistungen an Rentner und mitversicherte Familienangehörige innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung aufzeigen, aus welchen Beitragssegmenten sich der Gesamtbeitrag der AKV-Mitglieder zusammensetzt (vgl. Tabelle 4.4).

Tab.4.4: Beitragssatz in der GKV nach Leistungsausgaben für Mitglieder, Familienangehörige und Rentner 1982-1986*)

Jahr	durchschnittl. Beitrags-satz	dav. Ausgaben für1)			Überschuß/ Defizit
		AKV-Mitgl.	AKV-Familien-angeh.	Rentner ²⁾	
1982	12,0	6,29	2,47	2,66 (0,00)	0,58
1983	11,8	5,87	2,64	2,90 (0,00)	0,39
1984	11,4	6,05	2,65	3,09 (2,70)	- 0,39
1985	11,8	6,08	2,62	3,33 (3,10)	- 0,23
1986	12,2	6,14	2,70	3,47 (3,46)	- 0,01

*) Andere Einnahmen-/Ausgabenströme vernachlässigt.

1) ohne KVdR-Eigenbeträge

2) inkl. Familienangehörige

Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.), GKV 1983 bzw. 1986; Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1986; BABI. 11/1987

Dadurch wird deutlich, daß innerhalb einer Periode lediglich etwas mehr als die Hälfte des gesamten Beitragssatzes der aktiv Versicherten zur Deckung ihrer eigenen Leistungsaufwendungen verwandt werden muß, während die weiteren annähernd 50 Prozent im Rahmen des Solidaritätsprinzips auf Alte und Angehörige umverteilt werden.

Die ausgewiesenen Querschnittsdaten müssen, wie in der Diskussion immer wieder betont worden ist (für alle: ANDEL, 1975, S. 43; CASSEL, 1987, S. 19), durch Längsschnittbetrachtungen ergänzt werden. Erst auf diese Weise kann das tatsächliche Umverteilungspotential der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschätzt werden, da der kurzfristig erhebliche Nettoeffekt der Umverteilung interpersonell durch:

- einander gegenläufige Faktoren (mit dem Alter steigende Einkommen etc.) teilweise eingeebnet wird,
- im Zeitablauf bei jedem Versicherten sich abwechselnde Perioden der »Belastung« und »Begünstigung« durch den sozialen Ausgleich langfristig erheblich schrumpft (s. schon SOZIALENQUETE, 1966, ZIFFERN 583 - 591, S. 204 - 208).

Die tatsächlichen Inzidenzwirkungen des Solidarausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung sind allerdings nach wie vor nicht befriedigend darstellbar.¹ Auch die Enquete-Kommission war angesichts ihres engen Zeithorizonts an dieser Stelle nicht in der Lage, Forschungsdefizite aufzuarbeiten.

2. Elemente des Solidaritätsprinzips in der Strukturreformdiskussion

2.1 Vorbemerkung zur Problemauswahl

Ist der grundsätzliche Erhalt des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung als bewußte Erweiterung und Durchbrechung des versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips unstrittig, so stellt sich gleichwohl die

1) Zusammenfassend zu bisherigen Analysen: SCHMÄHL u. a., 1986, S.100 ff.; WASEM, 1988, S.23 ff.

Frage, ob seine konkreten einnahme- und leistungsseitigen Gestaltungsformen noch der gesellschaftlichen Realität angemessen Rechnung tragen oder ob nicht mit dem Wandel der gesellschaftlichen und sozialen Verhältnisse in der Bundesrepublik - und mit Blick auf die antizipierte Entwicklung der nächsten Jahrzehnte - hier Änderungsbedarf besteht.

2. 2 Probleme einer solidarischen Einnahmgestaltung und Beitragsaufbringung

2. 2. 1 Einkommensbegriff in der GKV und Folgen für die Versicherungspflicht

Eine zukunftsorientierte Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung steht vor der schwierigen Aufgabe, Antworten auf die Frage aufzeigen zu müssen, wie sich das Prinzip der Solidarität hinsichtlich Einnahmgestaltung und Beitragsaufbringung in der Sozialversicherung konkret widerspiegeln soll. Als grundsätzlich gangbare Lösungswege zur Schaffung sinnvoller Beitragsbemessungsgrundlagen wurden drei Möglichkeiten diskutiert, deren Vor- und Nachteile vornehmlich aus der Sicht langfristiger Stabilität des Solidarsystems abzuschätzen sind. Als Alternativen stehen sich gegenüber:

Entweder

- eine Beitragsgestaltung nach der Höhe des *individuellen Arbeitsentgelts*,
- eine Beitragsgestaltung nach der Höhe des *individuellen Gesamteinkommens*, oder
- eine Beitragsgestaltung nach der Höhe des *Familienbruttoeinkommens als Haushaltseinkommen* (Einbeziehung weiterer Einkunftsarten mit gleichzeitiger Orientierung der Beitragsbemessung am gesamten Haushaltseinkommen unter Berücksichtigung der Familiengröße).

Mit der Präferenz für eine der drei Optionen verbindet sich gleichzeitig bereits eine zentrale gesellschafts- und ordnungspolitische Weichenstellung, inwieweit die gesetzliche Krankenversicherung gegenwärtig und in Zukunft im Kern weiterhin als *Arbeitnehmerversicherung* anzusehen ist oder ihrem Charakter nach eher eine *Volksversicherung* darstellen soll. Für einen in sich konsistenten strukturellen Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Frage des zugrundeliegenden Einkommensbegriffs somit gleichzeitig wesentliche Konsequenzen hinsichtlich anderer zentraler Gestaltungskriterien. Dies gilt vor allem für folgende Ebenen:

- die Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises (*siehe im folgenden*);
- die Gliederungskriterien des Krankenkassensystems (*siehe Teil IV*);
- die Zuweisungsregelungen und Wahlmöglichkeiten für Versicherte zu einzelnen Kassenarten (*siehe Teile III und IV*);
- die Organisation der Selbstverwaltung (*siehe Teil II*).

Mit der Konzeption des Einkommensbegriffs in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Grundlagen zukünftiger Beitragsbemessung lassen sich für alle genannten Ebenen verschiedene Gestaltungsvarianten antizipativ aussortieren, da ihre weitere Einbeziehung unplausibel und mit den Zielen einer Strukturreform inkompatible Ergebnisse zur Folge hätte. Diese Zusammenhänge werden im einzelnen bei der Beschreibung der drei Lösungsmodelle näher zu konkretisieren sein.

2. 2. 1. 1 Individuelles Arbeitsentgelt als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht

Die Entscheidung zugunsten einer primär lohnbezogenen Beitragsbemessungsgrundlage steht in untrennbarer Verzahnung mit der Definition der gesetzlichen Krankenversicherung als vornehmlicher *Arbeitnehmerversicherung*. Sie orientiert sich damit am klassischen Ausgangspunkt der Entstehung der gesetzlichen Krankenversicherung und stellt den *Schutz abhängiger Erwerbstätiger*, die solidarisch organisierte Vorsorge zur Reproduktion der Arbeitskraft, *in den Mittelpunkt sozialstaatlich organisierter Sicherung*. Somit werden an dieser Stelle grundlegende Änderungen gegenüber dem geltenden Recht auch im Rahmen einer Strukturreform nicht erforderlich.

Ein Festhalten am tradierten Entgeltbegriff des deutschen Sozialversicherungsrechts schließt freilich weder eine Versicherung anderer Personengruppen aus noch wird damit negiert, daß der technologische und arbeitsorganisatorische Fortschritt zu Überlegungen Anlaß geben könnte, die Orientierung des Arbeitgeberanteils am Sozialversicherungsbeitrag auf eine veränderte Grundlage zu stellen. Die mit einer solchen Umbasierung verbundenen volkswirtschaftlichen und verfassungsrechtlichen Fragen, die bisher vornehmlich für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung mit gegensätzlichen Resultaten diskutiert werden, bedürfen indes noch eingehender Klärung (s. MÜLLER, 1988, S. 124 f., m.w.Nw.), die aber der Enquete-Kommission angesichts ihres engen Zeithorizonts nicht möglich war.

Die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung beweist, daß sie ihren Charakter als Arbeitnehmerversicherung durch eine Öffnung für weitere, meist nicht erwerbstätige Bevölkerungskreise, wie sie in der Nachkriegszeit vor allem in den 70er Jahren² erfolgte, nicht einbüßen muß. Auch danach blieb die gesetzliche Krankenversicherung quantitativ vor allem die Krankenversicherung der abhängig Beschäftigten. Von ihren rund 23,4 Millionen erwerbstätigen Mitgliedern (= Mitglieder ohne Rentner und Erwerbslose) waren im Jahre 1985 annähernd 88 % (= 20,5 Millionen) als Arbeiter oder Angestellte tätig. Bei den erwerbslosen (2,1 Millionen) und rentenbeziehenden (10,6 Millionen) GKV-Mitgliedern handelt es sich ihrem ursprünglichen beruflichen Status nach in noch stärkerem Umfang um (ehemals) abhängig

²) Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter (SVBG) vom 7. Mai 1975, BGBl. I S.1061 Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten (KVSG) vom 24. Juni 1975, BGBl. I S.1536

Beschäftigte³ und bei den mitversicherten Familienangehörigen ebenfalls um Ehepartner und (vor allem) Kinder von Arbeitnehmern.

Wird auf diese Weise deutlich unterstrichen, daß die gesetzliche Krankenversicherung auch am Ende des 20. Jahrhunderts vor allem Arbeitnehmersicherung geblieben ist, sprechen für die Beibehaltung der lohnbezogenen Beitragsbasis darüber hinaus eine Reihe weiterer inhaltlich-systematischer Gründe:

- Arbeitentgelt als Grundlage für die Beitragsbemessung verbindet *Beitragsklarheit* mit *Zuverlässigkeit der Finanzierung* und erfüllt durch die weithin verlässliche Kalkulationsbasis eine zentrale Forderung an jedes Versicherungssystem. Dies gilt insbesondere deshalb, da
- Arbeitnehmerentgelte eine *eindeutige*, Manipulationsmöglichkeiten weithin ausschließende *Bemessungsgrundlage* darstellen und Zugriffsmöglichkeiten problemlos realisierbar sind;
- Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitragsanteile klar zuordenbar sind und dadurch - bis hin zur paritätischen Organisation der Selbstverwaltung - die *gemeinsame Verantwortung der Sozialparteien* für die weitere Sicherung und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nachdrücklich betont wird.
- Daneben gibt die eindeutig *individuelle Zurechenbarkeit der Beiträge* nach dem Arbeitentgelt, die den Aspekt der Eigenleistung des Versicherten klar herausstellt, dem Anspruch auf beitragsäquivalente Entgeltersatzleistungen im Risikofall (Krankengeld) besonderes verfassungsrechtliches Gewicht (Eigentumsgarantie; Art. 14 GG).⁴
- Nicht zuletzt bleibt das *Modell in der Systematik* der bundesdeutschen *Sozialversicherungssysteme*. Ein Auseinanderlaufen der Beitragsbemessungsgrundlagen in einzelnen Zweigen der Sozialversicherung würde faktisch wie systematisch auf kaum überwindbare Schwierigkeiten stoßen.

Andererseits kann nicht übersehen werden, daß ein Konzept lohnbezogener Beitragsbemessung im Rahmen einer Strukturreform insbesondere unter drei Aspekten Bedenken hervorruft.

- Zum einen erscheint fraglich, ob die mit dem Arbeitentgeltbegriff implizierte *Einengung des versicherungspflichtigen Personenkreises* auch für die Zukunft als problemadäquat anzusehen ist. Der weitgehende Ausschluß vornehmlich von Selbständigen und Beamten kann vor dem Hintergrund der Bemühungen um langfristige Stabilität des solidarischen Schutzsystems der gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend anachronistisch erscheinen.

3) Ermittelt nach BMA (Hrsg.), 1986, S.158 f.; AOK-BV (Hrsg.), 1987, S.3. S. a. BRUNCKHORST, 1987, Tab.11, S.87; Komm.-Drs.22

4) Vgl. grundlegend zu den Kriterien für die Eigentumsqualität sozialversicherungsrechtlicher Positionen: BVerfGE 53, 257 (290 ff.); speziell zur Eigentumsqualität von GKV-Leistungen: SCHLECKER, 1986, S.159, m. w. Nw.

-- Zum zweiten führt die lohnbezogene Beitragserhebung schon gegenwärtig in nicht wenigen Fällen zu dem sozialpolitisch unakzeptablen Ergebnis, daß durch *scheinbegründete Arbeitsverhältnisse* mit *Mindestbeiträgen umfassender Versicherungsschutz* erlangt werden kann. Solche Manipulationsmöglichkeiten können durch das Modell auch prinzipiell kaum verhindert werden.

-- Drittens provoziert die Konzeption bei weiterer Differenzierung und Flexibilisierung der Arbeitszeit in einem Ausmaß *völlig neuartige Umverteilungseffekte* - etwa zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten -, die den bisherigen Solidarausgleich um sozial- wie verteilungspolitisch ungewollte Elemente »erweitern«.

2. 2. 1. 2 Erwerbseinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht

Eine gegenüber der Arbeitentgeltkonzeption deutliche Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage wird erreicht, wenn weitere Einkunftsarten bei der Beitragserhebung einbezogen werden. In einem solchen Modell stellt nicht mehr das Arbeitentgelt der Versicherten allein die zentrale Grundlage der Beitragsbemessung dar, sondern das *Gesamteinkommen der Versicherten* (i.S. der Legaldefinition des § 16 SGB IV) wird als *Beitragsbasis* herangezogen. Neben den Einkünften aus unselbständiger Arbeit unterliegen somit im Prinzip alle weiteren steuerpflichtigen Einnahmen, insbesondere Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, der Beitragspflicht.

Zweites wesentliches Kriterium der Konzeption bildet die Neukonstruktion der *Versicherungspflicht*. Über den derzeit von der gesetzlichen Krankenversicherung erfaßten Versichertenkreis hinaus werden auch die Personengruppen in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, die bisher vom System (weitgehend) nicht erfaßt wurden. Grundsätzlich gehören nach dieser Konzeption *alle Erwerbstätigen* - also insbesondere auch Selbständige und Beamte -, Rentner und Pensionäre zukünftig dem Solidarverband der gesetzlichen Krankenversicherung an. Daneben bleibt die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen wie im heutigen Recht erhalten.

Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht ergänzen einander auf sinnvoller Weise. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht

- verhindert den gegenwärtig für bestimmte Personengruppen nach individuellem ökonomischen Kalkül möglichen Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung bzw. den Austritt aus ihr und
- führt zur Beteiligung *aller* Bevölkerungsgruppen an der solidarisch organisierten Absicherung des Krankheitsrisikos.

Dadurch und mit Hilfe der verbreiterten Beitragsbasis kann vor allem das Ziel verfolgt werden, zu *mehr Verteilungsgerechtigkeit* im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu gelangen. Bei entsprechend ausgestalte-

ten Detailregelungen kann erwartet werden, daß sich eine sozial adäquate und am Prinzip der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen orientierte Finanzierung sozialstaatlichen Krankenversicherungsschutzes sicherstellen läßt.

Insofern ist die Erweiterung der Beitragsbasis über Einkünfte aus unselbständiger Arbeit hinaus auch die logische Konsequenz einer umfassenden Versicherungspflicht. Allein auf diese Weise kann eine angemessene Einbeziehung der Einkünfte aller Versicherten angestrebt werden.

Gerade auf der Ebene der *Erfassung aller steuerpflichtigen Einkünfte* liegt aber gleichzeitig ein wesentliches *Hindernis für die praktische Handhabung* der Konzeption. Zwar kommt dem Begriff des Gesamteinkommens schon im heutigen GKV-Recht Bedeutung zu. So knüpfen daran insbesondere die Regelung zur Gewährung der Familienhilfe (§ 205 Abs. 1 RVO i.V.m. § 18 SGB IV; s. Pkt. 2.2.2.2) und die Definition der Versicherungsfreiheit wegen geringfügiger Beschäftigung (Versicherungspflicht setzt stets ein, wenn das Arbeitsentgelt ein Sechstel des Gesamteinkommens übersteigt: § 168 RVO i.V.m. § 8 Abs. 1 Nr. 1 b SGB IV) bereits heute an. Für das Erwerbseinkommenmodell ist aber offensichtlich, daß sich die Problematik einer möglichst lückenlosen Erfassung der Gesamteinkünfte potenziert, da im Gegensatz zum geltenden Recht (oder dem Arbeitsentgeltmodell) eine Lösung der dabei auftretenden Schwierigkeiten als unabdingbare Voraussetzung für die innere Stringenz der Konzeption anzusehen ist. Da sich insofern für das anschließend behandelte Familieneinkommenmodell vergleichbare Problemfelder ergeben, werden diese dort nochmals aufgegriffen.

Teilweise unterschiedlich sieht es freilich aus, wenn an die weitreichenden Konsequenzen der Entkopplung der tradierten Zuordnung von Versicherungspflicht und abhängiger Erwerbstätigkeit gedacht wird. Während angefangen von der Organisation der Beitragserhebung bis hin zur Gestaltung der Selbstverwaltung beim hier vorgestellten Konzept und dem Familieneinkommenmodell ähnliche Fragen beantwortet werden müssen, die im folgenden angesprochen sind, wirft die breite Ausdehnung der Versicherungspflicht im Erwerbseinkommenmodell zusätzlich *verfassungsrechtliche Probleme* auf.

Erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken bei Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht ergeben sich vor allem hinsichtlich

- der Einbeziehung der Beamten (Art. 33 Abs. 5 GG),
- des Vertrauensschutzes der (bisher) Privatversicherten (Art. 20 Abs. 1 GG),
- der Berufs- und Gewerbefreiheit der vom Markt für Vollversicherungsschutz nunmehr ausgeschlossenen PKV-Unternehmen (Art. 12 Abs. 1, 14 GG; zum Ganzen näher: LEISNER, 1974, S. 43 ff.).

Inwieweit hier Übergangsregelungen oder die Einführung einer Versicherungspflichtgrenze Lösungswege eröffnen können, bedürfte intensiver Klärung.

2. 2. 1. 3 Familieneinkommen als Grundlage für Beitragsbemessung und Versicherungspflicht

Eine weitere Alternative zu lohn- oder einkommensbezogenen Bemessungsgrundlagen stellt eine Konzeption dar, die die *Beitragsbemessung am Haushaltsgesamteinkommen* orientiert und dabei alle Einkünfte nach einem gleichmäßigen Schlüssel auf die Haushaltsmitglieder verteilt.

Auch wenn es der Enquete-Kommission nicht möglich war, alle mit der Einführung eines solchen Modells verbundenen Probleme abschließend zu diskutieren, zeigt sich, daß dadurch vor allem zweierlei erreicht werden kann: zum einen käme es über das eingeführte *Splittingverfahren* zu einer *selbständigen Pflichtversicherung aller Familienmitglieder*; zum anderen würden nicht mehr allein oder vornehmlich Arbeitsentgelte der *Beitragspflicht* unterliegen, sondern ebenso andere Einkommen - etwa Kapitalerträge, öffentliche Transfers u.a. - der versicherten Familien.⁵

Während mit dem Familiensplitting ein für die Sozialversicherung innovatives Strukturelement einen der wesentlichen Bausteine der Konzeption bildet, knüpft sie mit der erweiterten Beitragspflicht letztlich an bereits verschiedentlich vom geltenden Recht vorgenommene Beitragsregelungen an. Schon gegenwärtig erstreckt sich die Beitragspflicht für freiwillig Versicherte nicht allein auf das Arbeitsentgelt, sondern (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) auch auf »sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt« (§ 180 Abs. 4 S. 1 RVO).⁶ Das Modell erhebt die heutige Ausnahme zur allgemeinen Norm und harmonisiert damit die Beurteilung der Belastungsfähigkeit des Einzelnen im GKV-Recht mit den steuerrechtlichen Annahmen.

Hintergrund der Konzeption bildet eine - insbesondere im Gegensatz zum Arbeitsentgeltmodell - abweichende Bewertung wesentlicher sozial- und gesellschaftspolitischer Entwicklungslinien.

- Die Überlegung nach Umorientierung der Beitragsgrundlage kann damit begründet werden, daß sich das Bild der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer mehr als 100jährigen Geschichte sehr wohl von der ursprünglichen »Arbeitnehmersversicherung« wegentwickelt und hin zur »Volksversicherung« verändert habe.⁷ In einer Gesellschaft wie der Bundesrepublik darf die gesetzliche Krankenversicherung dementsprechend nicht mehr allein statusabhängig als solidarische Schutzgemeinschaft der Arbeitnehmerschaft wahrgenommen werden, sondern muß darüber hinaus im Grundsatz als Institution zur *Sicherung aller potentiell schutzbedürftigen Bevölkerungskreise* gelten. Ins Zentrum solidarischen Schutzes rückt bei dieser Sichtweise dann der jeweilige Familienhaushalt, der sich

5) Vgl. im Zusammenhang: Komm.-Drs. 13. WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE »KRANKENVERSICHERUNG«, Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1987, S.5, 21

6) Siehe auch die Regelung für rentenbeziehende Erwerbstätige nach § 180 Abs.6 RVO; vgl. unten Gliederungsabschnitt 2. 2. 1

7) Dazu im Kontext schon WANNAGAT, 1965, S.23 f.

langfristig gesehen alleine nicht ausreichend vor Krankheitsrisiken sichern kann.

- Bei einem Anteil der Einkommen aus Unternehmer-tätigkeit und Vermögen in Höhe von 32 % am Volks-einkommen stellt das *Arbeitsentgelt für viele Versicherte keineswegs mehr die einzig relevante Einkommens-quelle* dar. Das gegenwärtig beobachtbare Phänomen, durch (Schein-) Arbeitsverhältnisse auf Basis von ge-ringen Arbeitsentgelten einen vollen Krankenversiche-rungsschutz erlangen zu können, hängt eng mit dieser Entwicklung zusammen. Umfassende Beitragspflicht und Aufschlüsselung des gesamten Haushaltseinkom-mens auf die einzelnen Familienmitglieder könnte da-mit gegebene Manipulationsmöglichkeiten verhindern.
- Die selbständige Absicherung aller Familienmitglieder würde den *Kreis der Pflichtversicherten* in der gesetzli-chen Krankenversicherung gegenüber dem tradierten Recht *ceteris paribus sehr deutlich - um weit mehr als vier Fünftel - erhöhen*.⁸ Ohne dies gegenwärtig näher quantifizieren zu können, käme es durch die verbrei-terte Solidarbasis zwar im Einzelfall auch zu erhöhter Beitragsleistung der bereits heute Pflichtversicherten, indes könnte gleichzeitig gerade der *beklagten steigen-den Solidarabgabenbelastung* für die (meisten) Arbeit-nehmerhaushalte nachhaltig *begegnet* werden. Darüber hinaus stellt die Konzeption durch den problemlosen Einbau von Freibetragsregelungen ein differenziert nutzbares sozial- und familienpolitisches Steuerungs-instrument bereit.

Zentrale Einwände gegen ein solches Konzept ergeben sich daraus, daß vor seiner Realisierung erhebliche *tech-nisch-organisatorische* Schwierigkeiten gelöst werden müßten. Vornehmlich gilt dies für

- die Problematik der Abgrenzung der zu berücksichti-genden beitragspflichtigen Einkommensarten; die komplexen, gleichwohl keineswegs überzeugenden Lö-sungen, die etwa im Zusammenhang mit dem Hinter-bliebenenrenten- und Erziehungszeiten-Gesetz (HEZG)⁹ gefunden worden sind, belegen einen er-heblichen weiteren Klärungsbedarf;
- die bereits angesprochenen Fragen der Beitragsge-rechtigkeit, die aus der Problematik einer möglichst lückenlosen Erfassung der Haushaltseinkommen er-wachsen. Lösungsansätze könnten auf der Ebene einer Kopplung von Selbstauskunft des Versicherungspflich-tigen und Informationsverpflichtung der Finanzbehör-den liegen.

Darüber hinaus muß bedacht werden, daß aus dem Mo-dell sowohl für die *Strukturen des Krankenversicherungssystems wie allgemein sozial- und gesellschaftspolitisch weitreichende Konsequenzen* erwachsen. Speziell mit Blick auf die Kranken- und Sozialversicherung muß bedacht

8) Vgl. Beispiel in der NEUBAUER-Expertise. Komm.-Drs. 73. S.2; Modellrechnung im für die Enquete-Kommission erstellten Gutach-ten von BRENNECKE u.a., Komm.-Drs.104, Tab.26. S.47; unten Ab-schnitt 2. 2. 3. 3

9) BGBl. I (1985) S.1450. Zu den auf Hinterbliebenenrenten anzurechnenden Einkunftsarten vgl. § 18a SGB IV; eine Aufstellung der nicht einbezogenen Einkünfte u. a. bei PELIKAN. 1986. S.322

werden, daß bei Ablösung der Arbeitsentgeltkonzeption

- der Beitragsanteil der Arbeitgeber nach geltendem Recht jede sinnvolle Bemessungsbasis verliert,
- die einheitliche Beitragsgestaltung in allen Zweigen der Sozialversicherung durchbrochen wird,
- Rückwirkungen bis hin zur paritätischen Organisation der Selbstverwaltung unumgänglich werden,
- der Aufrechterhaltung branchen- und berufsspezifi-scher Krankenkassen die Begründung genommen ist,
- die Sicherheit der GKV-Finanzierung möglicherweise gefährdet wird, wenn die einzelnen Familienmitglieder zu Beitragsschuldnern werden, geringe (Familien-) Gesamteinkünfte aber die soziale Lage der Familie (etwa bei langandauernder Arbeitslosigkeit) nachhal-tig belasten.

Allgemein muß die Konzeption eine Antwort auf die Fra-gen finden,

- ob die eindeutige Ausrichtung an familiären Versor-gungsformen *dem gesellschaftlichen Wandel* (Frauen-emanzipation, zunehmende Anzahl und Akzeptanz eheähnlicher Lebensgemeinschaften) *langfristig gerecht wird* und
- wie verhindert werden kann, daß sich die erweiterte Bemessungsgrundlage *einseitig allein zu Lasten der überwiegenden Mehrheit der abhängig Beschäftigten* auswirkt, deren bisherige Beitragsleistungen auf Basis von Einkommen *unterhalb* der heutigen, lohnbezoge-nen Beitragsbemessungsgrenze berechnet sind.

Bedenklich erscheint insbesondere, daß eine Kontrolle analog dem direkten steuerlichen Zugriff auf die Arbeit-nehmerentgelte bei der Erfassung anderer abgabepflichti-ger Einkommen - etwa von Kapitaleinkünften - in ähnli-cher Weise schwer umfassend organisierbar sein dürfte. Die vielfach ohnehin außerhalb des Solidarverbundes der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Bezieher von Einkünften oberhalb des GKV-Bemessungslimits müßten auch weiterhin keine - zumindest keine äquivalent ermittelten - Beiträge zur Finanzierung des Solidaraus-gleichs leisten.

In der Folge käme es zu sozial- wie verteilungspolitisch äußerst problematischen Konsequenzen. Einzig die Ein-kommensposition eines Teils der ohnehin von steigenden Sozialabgaben zunehmend belasteten, gleichzeitig relativ gering verdienenden Arbeiter und Angestellten würde ne-gativ verschoben; eine finanzielle Beteiligung der Arbeit-geberseite würde dabei indes völlig entfallen.

2. 2. 2 Abweichungen von den jeweiligen Grundkonzepten

2. 2. 2. 1 Alterskomponenten

Für die Beitragshebung bei den rentenbeziehenden Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erge-ben sich für die drei aufgezeigten Lösungsoptionen im Grundsatz keine Unterschiede.

Eine Beitragsbemessung nach dem Arbeitsentgelt kann sachlogisch auch auf *Lohnersatzeinkommen* - mithin Renten und rentenähnliche Einkünfte - erstreckt werden, wie es ohnehin bereits im geltenden Recht seit 1983 geschieht.¹⁰ Bei Erwerbstätigen, die zusätzlich eine Rente der GRV beziehen, bedarf die Beitragsgestaltung indes näherer Festlegung. Zwingend erscheint hier eine Beitragserhebung auf Basis von Arbeitsentgelt und *Rentebetrag*. Auch an dieser Stelle durchbricht bereits das geltende Recht die eigene Systematik, indem bei der Grundlohnbestimmung rentenbeziehender, versicherungspflichtig Beschäftigter über die Renteneinkünfte hinaus zusätzlich *weitere Einkünfte* (Arbeitsentgelt und -einkommen, Versorgungsbezüge) erneut einer (zweiten) Beitragspflicht unterworfen werden (§ 180 Abs. 6 RVO). Insofern könnte auch in Zukunft hieran angeknüpft werden.

Eine Beitragsbemessung auf Basis eines umfassenden Einkommensbegriffs erfaßt Rentenleistungen bereits von seinen konzeptionellen Grundlagen her. Für das Erwerbseinkommen- wie das Familieneinkommenmodell ergeben sich bei Rentnern oder rentenbeziehenden Erwerbstätigen keinerlei Probleme, da in beiden Fällen eine vollständige Berücksichtigung der Einkünfte garantiert ist.

2. 2. 2 Familienkomponenten

Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen zählt spätestens seit der Weimarer Zeit zu den Wesensmerkmalen des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung,¹¹ sie kann heute als »ureigene Aufgabe« des sozialen Krankenversicherungssystems bezeichnet werden (KRAUSE, 1980, S. 145).

Auch an dieser Stelle durchbricht schon das heutige Recht seine grundsätzliche Lohnbezogenheit und stellt hinsichtlich der beitragslosen Versicherung von Ehepartnern und Kindern auf die Höhe des von ihnen erzielten *Gesamteinkommens* ab (1/6 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV; 1988: 513 DM), begrenzt mithin die Anrechnung von Einkünften keineswegs allein auf Lohn und Gehalt (§ 205 Abs. 1 RVO).

Mit dieser Regelung der Familienhilfe nähert sich das geltende Recht dem Familieneinkommenmodell weitgehend an. Wird dort, wie oben angesprochen, ein Freibetrag als besondere Familienkomponente eingeführt, verwischen sich die Unterschiede vollends.

Unabhängig davon stellt sich im Zusammenhang die grundsätzliche gesellschafts- und familienpolitische Frage, ob in der Bundesrepublik, in der sich das tradierte Leitbild der Hausfrauenehe in der gesellschaftlichen Realität zunehmend überlebt hat und von dem sich das Familienrecht vor bereits mehr als zehn Jahren verabschiedete,¹² die kostenfreie Ehepartnermitversicherung in bisherigem

Umfang fortgeführt werden soll. Je nach präferiertem Modell bedarf es der sozial- und gesellschaftspolitischen Begründung, warum die beitragsfreie Versicherung des Ehepartners, der keine (Klein-)Kinder zu versorgen hat, weiterhin aus Solidarmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu erfolgen hat.

2. 2. 3 Weitere Formen der Abweichung

Bei der solidarischen Absicherung besonderer Personengruppen, wie etwa der Behinderten und Jugendlichen in Hilfeeinrichtungen, stellt sich weniger die Frage der konkreten Beitragsorientierung, sondern hier bedarf es der *politischen Konsensbildung* darüber, wie eine *Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung* finanziert werden soll.

Wird eine sozialstaatliche Absicherung als Aufgabe der Allgemeinheit gesehen, impliziert dies eine Steuerfinanzierung. Den dabei gezahlten Beträgen müßten indes - anders als im geltenden Recht (§ 4 SVBG) - adäquate Beitragssätze zugrundeliegen. Gilt hingegen die abgegrenzte Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung als Adressat, erfolgt die Finanzierung aus Beitragszahlungen der Versichertenpopulation.

2. 2. 3 Verteilungswirkungen alternativer Einnahmen und Beitragsgestaltung: Ergebnisse empirisch gestützter Abschätzung

Um sich ein genaueres Bild der jeweiligen Verteilungswirkungen der drei zentral diskutierten Modellkonzeptionen für die zukünftige Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung machen zu können, hat die Enquete-Kommission zu diesem Fragenkomplex ein Gutachten¹³ anfertigen lassen.

Aufgabe der Untersuchung war eine empirisch fundierte Abschätzung der Folgen auf Versichertenkreis, Beitragsaufkommen und Beitragssätze von

- veränderten Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen unter prinzipieller Beibehaltung einer lohnbezogenen Beitragsbemessungsgrundlage (*Grundmodell I*),
- einer Beitragsgestaltung nach dem individuellen Gesamteinkommen (i.S. § 16 SGB IV) der GKV-Mitglieder und gleichzeitiger Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht (*Grundmodell II*),
- einer Gestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage nach dem Familienbruttoeinkommen (= Haushaltsgesamteinkommen) und dessen Verteilung auf alle Familienangehörigen, so daß sich daraus für alle Familienmitglieder Pflichtversicherungsverhältnisse ableiten (*Grundmodell III*).

10) Siehe Rentenanpassungsgesetz (RAG) 1982, BGBl. I S.1205

12) Durch die Brüning'sche Notverordnung (NotVO) vom 26. Juli 1930 (RGBI. I S.311) wurde die Familienkrankenpflege zur Kassenpflichtleistung ohne besonderen Zusatzbeitrag. Näher RICHTER, 1931, S.17, 159; PETERS, 1973, S.83 f.

12) Vgl. § 1356 BGB i.d.F. des Ersten Gesetzes zur Reform des Ehe- und Familienrechts (1. EheRG) vom 14. Juni 1976, BGBl. I S.1421

13) »Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung«, erstellt von Ralph BRENNECKE, Manfred BAUMANN und Pia ZOLLMANN; KOMM.-DRS. 104, 104 a; Die folgenden Hinweise auf Tabellen etc. beziehen sich jeweils auf diese Kommissions-Drucksache.

Für das Gutachten sind statistische Modellrechnungen erstellt worden, deren Grundlage eine aus den Wellen 1 (1984) und 2 (1985) des Sozio-ökonomischen Panels integrierte Datenbasis bildet. Beim Sozio-ökonomischen Panel handelt es sich um eine gemeinsam vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) und vom Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt und Mannheim getragene Erhebung (näher: KOMM.-DRS. 104, S.5).

Zu den im folgenden für verschiedene zentrale Aspekte komprimiert dargestellten Ergebnissen der Studie, deren Werte sich alle auf 1984 beziehen, sind einige einschränkende Anmerkungen hinsichtlich der Repräsentativität der Daten des Panels und zu einigen Hypothesen, die dem Gutachten zugrundeliegen, notwendig (KOMM.-DRS. 104, S.6 ff.).

1) Im allgemeinen scheint die Repräsentativität der Daten beim Vergleich mit offiziellen Statistiken gegeben. Indes müssen insbesondere zwei wesentliche Restriktionen beachtet werden, die vornehmlich für die Beurteilung der Modelle II und III von erheblicher Tragweite sind:

- *Bruttoeinkommen* aus selbständiger Arbeit sind im Panel deutlich *unterrepräsentiert* (20 % und mehr; Tab. 3, S. 9),
- *Einnahmen aus Vermögen*, insbesondere Miet- und Pachteinkommen, sind ebenfalls ganz erheblich *unterrepräsentiert* (rd. zwei Drittel; Tab. 4, S. 10).

2) Für alle Grundmodelle gelten die Annahmen,

- daß Arbeiter in allen Simulationen ihren zur Zeit der Umfrageerhebung geltenden Krankenversicherungsstatus behalten,
- daß *Angestellte*, freiwillig GKV-versicherte Beamte und Selbstständige bei Veränderung von Beitragsbemessungs- bzw. Versicherungspflichtgrenze möglicherweise die *gesetzliche Krankenversicherung verlassen*,
- daß diese *Kassenwechsel* entweder entsprechend der empirischen Verteilung der Zugangsgruppe der Wechsler oder - bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze - entsprechend *ökonomischem Abwägen* der Versicherten in die Simulationen einbezogen sind (S. 14 f.).

2. 2. 3. 1 Modell »Individuelles Arbeitsentgelt«

Unter Beachtung dieser Einschränkungen zeigt sich für **Grundmodell I** (Beitragsbemessungsgrundlage analog geltendem Recht = individuelles Arbeitsentgelt) bei Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, daß sich der Kreis der AKV-Versicherten lediglich um 0,7 Prozentpunkte erhöht (bei entsprechenden Verlusten für die private Krankenversicherung). Unter Beibehaltung der geltenden Beitragsbemessungsgrenze (75 % der BBG in der gesetzlichen Rentenversicherung) würde dies zu Mehreinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung von 2,3 % führen. Bei Angleichung der Beitragsbemessungsgrenze an das Niveau der GRV käme es durch die verstärkte Heranziehung höherer Entgelte zu einer *Steige-*

rung des gesamten Beitragsaufkommens von 7,3 % (Tab. 6 f., S. 18, 20; vgl. auch unten *Schaubild 4.2*).

Die Studie macht allerdings darauf aufmerksam, daß es sich bei diesen Werten zumindest kurz- und mittelfristig um Maximalquoten handeln dürfte, da weder das Abwanderungspotential unter den GKV-Versicherten bei Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze (und gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze) noch die Anzahl der PKV-Angestellten, die von einer übergangsweisen Befreiungsmöglichkeit Gebrauch machen würden, bekannt sind. Generell kann für das Grundmodell I festgestellt werden, daß eine isolierte An- oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze ohne gleichzeitige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung finanziell weithin unergiebig ist.

Entsprechend der materiellen Lage der Gruppe von Versicherten, die bei erhöhter oder aufgehobener Versicherungspflichtgrenze neu ins GKV-System käme, zeigt sich bei der Wirkungsanalyse auf die Haushalte, daß bei solchen Änderungen negative Folgen für das verfügbare Einkommen erst bei Entgelten oberhalb von 4 000 DM (mtl.) entstehen (Tab. 11, S. 25). Entsprechend der Variation des Beitragsbemessungslimits bleiben diese Belastungen insgesamt unbedeutend oder zeigen mit dem Einkommen steigende Relevanz. Der weit *überwiegende Teil aller Haushalte* (rd. 85 %) wäre von steigenden Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen *nicht betroffen*. Für etwa 7 % käme es allerdings zu vermehrten Beitragsbelastungen von über 20 % (Tab. 13, S. 28).

Freilich stehen solchen Belastungen auch potentielle *Beitragsensenkungen* gegenüber, die aufgrund des erhöhten Beitragsvolumens bei 0,6 bzw. 0,7 Prozentpunkten liegen könnten (Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze analog GRV-Beitragsbemessungsgrenze bzw. aufgehobene Versicherungspflichtgrenze; Tab. 14, S. 29). Dadurch käme es für mehr als 78 % der Haushalte zu Beitragsentlastungen, die indes in aller Regel 10 % nicht übersteigen (Tab. 15, S. 30).

2. 2. 3. 2 Modell »Erwerbseinkommen«

Entsprechend der im Vergleich zur Arbeitsentgeltkonzeption beim **Grundmodell II** (Beitragsbemessung nach individuellem Gesamteinkommen und Einführung einer allgemeinen GKV-Versicherungspflicht) wesentlich veränderten Modellvorgaben käme es bei Umsetzung dieses Szenarios zu einer deutlichen Ausweitung des Kreises der in der gesetzlichen Krankenversicherung Gesicherten. Werden Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze gegenüber dem heutigen Recht konstant gehalten, erhöht sich die Anzahl der *AKV-Versicherten* um etwa 5,5 %, die der GKV-Rentner um rund 6 %. Bei einer von der Modellanlage her naheliegenden gleichzeitigen *Aufhebung* auch der *Versicherungspflichtgrenze* erreichen die *Steigerungsraten* 11,5 % (etwa 5 Prozentpunkte) bzw. 6,5 %, wobei gleichzeitig konzeptionsgemäß die private Krankenversicherung ihre heutige (Voll-) Versichertenklientel ganz verlieren und auf das Geschäft mit Zusatzversicherungen verwiesen würde (Tab. 36, S. 62; vgl. unten *Schaubild 4.1*).

Schaubild 4.1: Prozentuale Anteile der Pflicht- und freiwillig Versicherten in der GKV an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

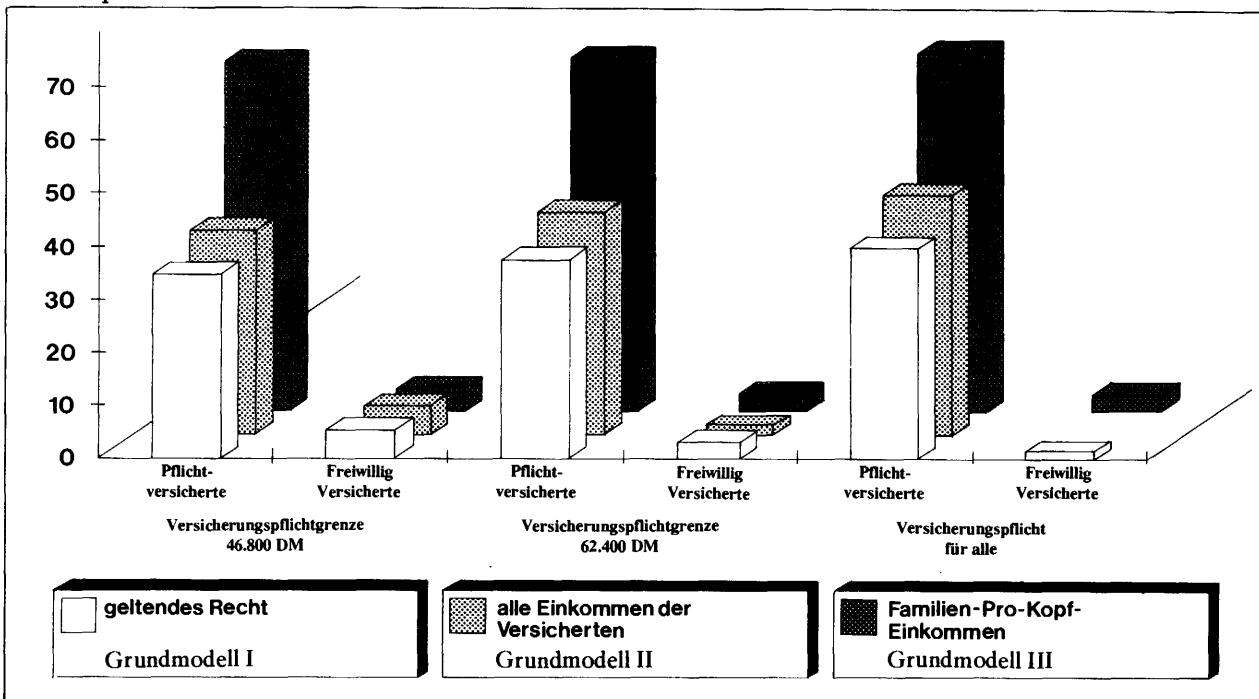
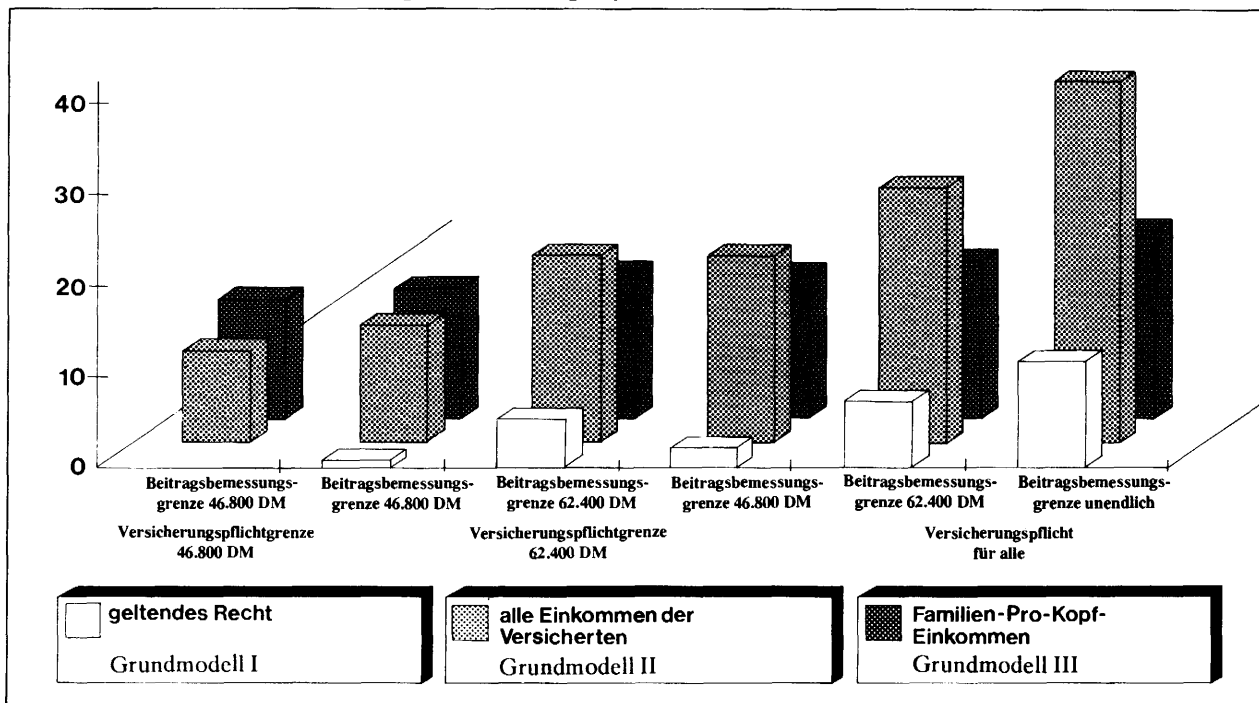


Schaubild 4.2: Wachstumsraten des gesamten Beitragsaufkommens der GKV in Prozent



Vornehmlich auf den Zuwachs des GKV-Versichertenkreises würden auch die Steigerungen beim Beitragsaufkommen zurückgehen. Ceteris paribus erhöht die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung das Beitragsvolumen um 10 %, wobei allein 6 % der Einbeziehung weiterer Personengruppen zuzurechnen wären. Entfällt die Versicherungspflichtgrenze und käme es gleichzeitig zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das heutige GRV-Niveau - ein Szenario, das man als »Maximalregelung« im Sinne des Modells bezeichnen kann - steigt dies

das Beitragsaufkommen um 28 % (Tab. 37, S. 64; vgl. Schaubild 4. 2). Dabei muß zusätzlich nochmals daran erinnert werden, daß selbst diese Veränderungen aufgrund der im Panel weit unterdurchschnittlich erfaßten Vermögenseinkünfte als Mindestveränderungen zu interpretieren sind.

Bedenklich erscheint, daß diese Steigerungssätze beim Beitragsaufkommen in allen berechneten Varianten zur Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze zu einer überdurchschnittlichen Belastung insbesondere der

Haushalte mit ohnehin niedrigem Nettoeinkommen (bis 1 000 DM mtl.) führen. Wird auf eine Versicherungspflichtgrenze ganz verzichtet und hebt man die Beitragsbemessungsgrenze gleichzeitig auf GRV-Ebene an, verändert sich das Bild insofern, daß sich in diesem Fall hinsichtlich der einzelnen Haushaltseinkommensgruppen ein u-förmiger Verlauf der Belastungen ergibt. Übersteigt das verfügbare Einkommen Monatswerte von 4 000 DM, kommt es auch hier zu einer deutlich höheren Belastung dieser Einkommensgruppen (Tab. 41, S. 69).

Insgesamt führt Grundmodell II bei isolierter Einführung von allgemeiner Versicherungspflicht zu Beitragsmehrbelastungen für mehr als zwei Drittel aller Haushalte (bei etwa der Hälfte maximal 10 %), während lediglich jeder 25. Haushalt entlastet würde. Wie erwartet steigt die Anzahl der Haushalte mit Einkommensnettoverlusten bei Anhebung der beiden Variablen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze weiter an (Tab. 43, S. 71).

Unter der Hypothese, daß sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der neu in die gesetzliche Krankenversicherung kommenden Personengruppen gegenüber dem bisherigen Bild nicht verändert, erlaubt das gestiegene Beitragsaufkommen gleichzeitig erhebliche *Beitragsatzreduzierungen*, die in der Variante ohne Versicherungspflichtgrenze und mit dem GRV-Recht angeglichenen Beitragsbemessungsgrenze *1,6 Beitragsatzpunkte* (etwa 14 %) erreichen (Tab. 44, S. 73). Für deutlich mehr als 50 % aller Haushalte könnten bei vollständiger Weitergabe des gewonnenen Finanzspielraums Beitragsentlastungseffekte erzielt werden, wobei ein knappes Drittel der Haushalte gleichwohl mit Mehrbelastungen zu rechnen hätte (Tab. 45, S. 74).

2. 2. 3. 3 Modell »Familieneinkommen«

Aufgrund der Strukturverzerrungen des Panels muß davon ausgegangen werden, daß auch in den Berechnungen zum **Grundmodell III** (Familienbruttoeinkommen als Beitragsbemessungsgrundlage bei individueller Pflichtversicherung aller Familienangehörigen) grundsätzlich sowohl die Beitragseinnahmen als auch die Belastungen der Haushalte unterschätzt dargestellt sind. Dies liegt an den erwähnten, erheblich zu niedrig ausgewiesenen Einkommen aus selbständiger Tätigkeit bzw. Vermögen.

Hinsichtlich des Kreises der GKV-Versicherten zeigt sich entsprechend der Modelldefinition ein *außerordentlicher Anstieg des Anteils der AKV-Mitglieder* um etwa vier Fünftel (von 41,5 % auf über 71 % der Bevölkerung) bzw. bei den Rentnern von gut 17 % auf etwa 20 % (Tab. 26, S. 47; s. *Schaubild 4.1*).

Entsprechend erhöht sich auch gegenüber dem geltenden Recht das Beitragsaufkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich um annähernd 14 %. Bei Anhebung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf das geltende Niveau in der GRV wird bei *Einnahmesteigerungen* von mehr als 16 % das im Rahmen der Konzeption zusätzlich aktivierbare Beitragsvolumen fast vollständig ausgeschöpft (Tab. 27, S.49; vgl. *Schaubild 4.2*).

Mit der Steigerung des Beitragsaufkommens werden grundsätzlich alle Haushalte durch höhere GKV-Abgaben belastet. Überdurchschnittlich stark betroffen sind dabei zum einen untere und obere Einkommensgruppen (Haushaltsnettoeinkommen bis 1 000 DM bzw. über 7 000 DM mtl.), zum anderen tendenziell die Haushalte mit Kindern (Tab. 30 - 32, S. 52 ff.). Aus diesem Grund wird im Gutachten auch für Niedrigverdiener die Einführung einer »Härteregelung« angeregt, da andernfalls das Modell Sozialhilfeabhängigkeit herbeiführen könnte (S. 53). Wird in die Konzeption eine - oben angesprochene - Freibetragsregelung (z.B. für Kinder) obligatorisch eingebaut, besteht die Problematik in dieser Form ohnehin nicht mehr.

Unabhängig davon würde einem solchen Resultat bereits dadurch erheblich an sozialer Schärfe genommen, wenn das neuerschlossene Beitragsvolumen durch Beitragssenkungen an die Versicherten »zurückfließen« würde. Allein durch die Einführung des Familien-Pro-Kopf-Einkommens als Beitragsbemessungsgrundlage könnte *ceteris paribus* der *Beitragsatz* in der gesetzlichen Krankenversicherung um *1,4 Prozentpunkte gesenkt* werden (Tab. 34, S. 56). Auf diese Weise käme es für 58 % der Haushalte zu Beitragsentlastungen von bis zu einem Fünftel, während - trotz Beitragsatzsenkung - gut 30 % aller Haushalte zusätzlich belastet würden (Tab. 35, S. 57).

Veränderungen an Versicherungspflicht- oder Beitragsbemessungsgrundlage führen hier zu keinen wesentlich veränderten Resultaten. Ohne genauer angeben zu können, welche Haushaltstypen im einzelnen positiv oder negativ betroffen sind, ist insgesamt der Entlastungseffekt stets höher als der Belastungseffekt (S. 57).

2. 3 Probleme einer solidarischen Leistungsgestaltung

2. 3. 1 Leistungsgewährung und Beitragshöhe in der GKV

Der Grundsatz gleicher Leistungsansprüche bei Einkommensproportionalität der Beiträge ist konstitutiv für das Solidaritätsprinzip innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. *Pkt. 1. 1*). Seine Wahrung auch und gerade im Rahmen einer Strukturreform muß deshalb als unverzichtbar gelten.

2. 3. 2 Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang

Auf dem Hintergrund der gerade genannten Prämisse gibt es vielfältigen Diskussionsbedarf.

Vornehmlich klärungsbedürftig erscheint,

- *inwieweit einzelne Gestaltungsformen der Leistungserbringung* durch das GKV-System, die hinsichtlich der Nachfrage nach Gesundheitsgütern teilweise als wirksame ökonomische Steuerungsinstrumente angesehen werden, mit dem *Solidaritätsprinzip* vereinbar erscheinen,
- ob Bedingungen hinreichend genau präzisierbar sind, die eine Kompatibilität herbeiführen, oder

- ob solche Konditionen generell oder im Einzelfall nicht benannt werden können.

2. 3. 2. 1 Kostenerstattungsregelungen

Eine durchgängige Berücksichtigung von Kostenerstattungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung führt zum Konflikt mit dem Solidaritätsprinzip insbesondere dann, wenn deren Einführung die materiellen Möglichkeiten von Versicherten (Patienten) falsch einschätzt. Andere, zur Fragestellung oft kolportierte Argumente von Befürwortern oder Gegnern der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die einmal ein durch Kostentransparenz änderbares Verhalten von Versicherten (Kostenbewußtsein, Inanspruchnahme etc.) oder zum anderen mangelnde tatsächliche Kontrollmöglichkeiten des Einzelnen anmahnen, erlangen im hier betrachteten Zusammenhang allenfalls untergeordnete Relevanz.¹⁴

Die Sozialenquete hat in ihrem Bericht Mitte der 60iger Jahre das Problem in der Form aufgegriffen, daß sie argumentiert, »bei der heutigen Einkommenslage« sei es den Versicherten durchaus zumutbar, die Kosten für Gesundheitsleistungen »vorzulegen«. Der Gesetzgeber wurde deshalb aufgefordert, den Übergang zum Kostenerstattungsprinzip zumindest in Erwägung zu ziehen (SOZIAL-ENQUETE, 1966, ZIFFER 637 F., S. 222 f.).

Auch wenn man eine Beurteilung der damals zugrundegelegten Wohlstandsprämisse im Lichte heutiger sozio-ökonomischer Gegebenheiten und Perspektiven für problematisch erachten sollte, kommt es indes auf diese Bewertung nicht entscheidend an. Wesentlich ist, daß 20 Jahre nach Vorlage des Sozialenqueteberichts allein angesichts des immensen medizinisch-technischen Fortschritts und der damit neu eröffneten Behandlungsmethoden eine weitgehende Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kostenerstattungsregelungen dem Solidaritätsprinzip zuwiderlaufen würde.

Kostenerstattungsregelungen für den zentralen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung können deshalb allenfalls ein *Wahlangebot an den Versicherten* darstellen, das zur Erweiterung seiner Dispositionsmöglichkeiten zeitweise oder langfristig neben dem obligatorischen Sachleistungsprinzip angeboten wird.

Näher zu prüfen wäre, inwieweit die von den Ersatzkassen für ihre freiwilligen Mitglieder fakultativ eröffnete - wenn auch rechtlich seit langem umstrittene -¹⁵ Regelung, zur Kostenerstattung überzugehen, Modellcharakter haben kann.

2. 3. 2. 2 Wahltarife

Das *Solidaritätsprinzip* in der gesetzlichen Krankenversicherung schließt die *allgemeine Einführung* von Wahltarif

14) Sie näher dazu die - allerdings nicht repräsentative - Untersuchung von SCHNEIDER/VETTERLE 1986. (Speziell zur Datenbasis: S.46 ff.).

15) Zum Problem näher: unten Teil III 1. 3. 2.

fen für einzelne Versicherte oder Versichertengruppen im Grundsatz aus. Die andernfalls provozierte Selektion »guter Risiken«, da diese allein potentielle Adressaten differenzierter Leistungsangebote sein könnten, würde das Solidaritätsprinzip in seinem Kernbestand aushöhlen. Die für einen funktionstüchtigen Solidarausgleich konstitutive Mischung »guter« und »schlechter« Risiken innerhalb der Versichertenpopulation wäre aufgehoben, ein sozialer Ausgleich innerhalb des Solidarverbundes ad absurdum geführt.

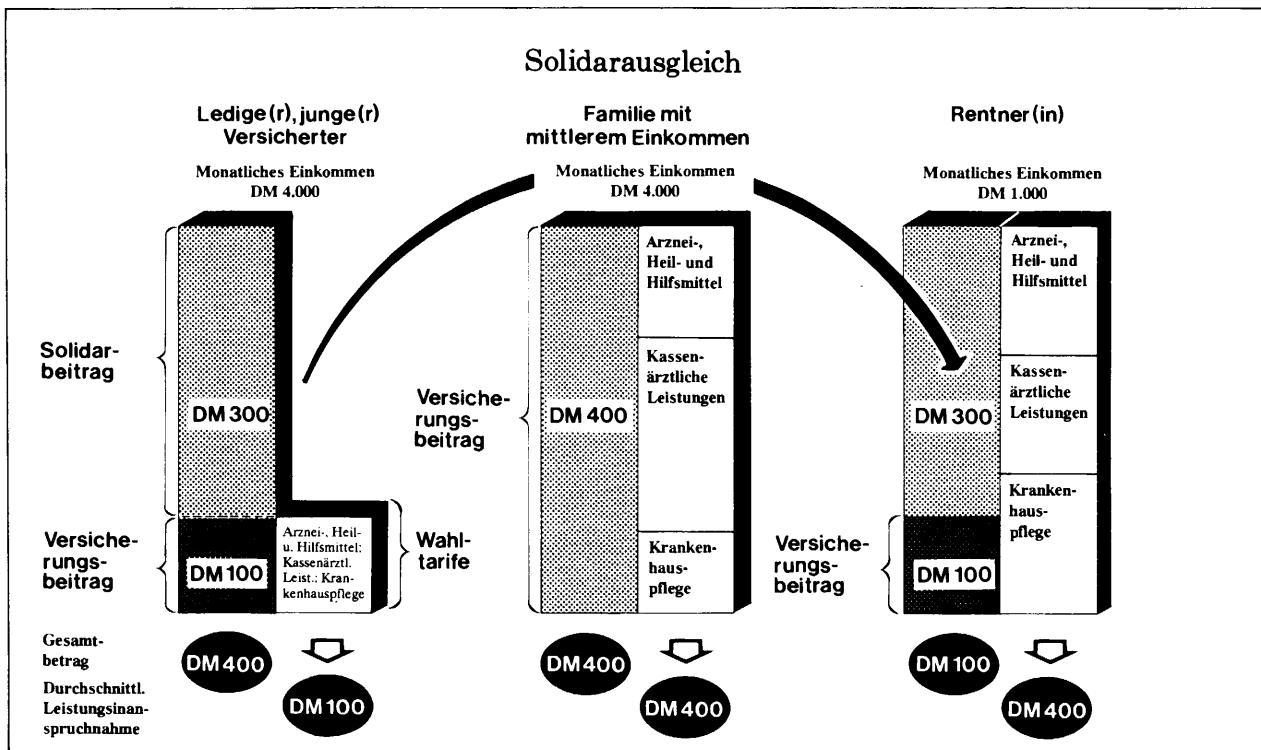
Überlegungen, wie innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung eine Einführung von Wahl- und Leistungstarifen für den einzelnen Versicherten gleichwohl realisierbar wäre, haben deshalb davon abzugehen, daß dies im vom Solidaritätsprinzip abgesteckten Rahmen geschehen muß. Reformpolitische Relevanz könnte eine solche Konzeption demnach alleine dann für sich beanspruchen, wenn es ihr gelingt, das Solidaritätsprinzip als Eckpfeiler einer sozialen Krankenversicherung zu erhalten, gleichzeitig aber die Dispositionsmöglichkeiten des einzelnen Pflichtversicherten sinnvoll erweitert.

In diesem Zusammenhang unterbreitete Vorschläge (s. etwa KOMM.-DRS. 13, S. 8 f., 40 ff., insb. S. 48) gehen deshalb auch davon aus, daß Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsumfang für das GKV-Mitglied nur in dem Maße bestehen können, wie sie den individuellen Beitrag zum Solidarausgleich nicht tangieren. Ausschließlich für den disponiblen Teil des Beitrags werden nach dem Globalrisiko einzelner Versichertenkohorten versicherungsmathematisch kalkulierte Sondertarife berechnet.

Erklärt ein Versicherter vorab, auf ein bestimmtes GKV-Leistungsbündel für einen begrenzten Zeitraum zu verzichten (z.B. Arzneimittel), erhält er eine Beitragssenkung in Höhe der dadurch durchschnittlich vermiedenen GKV-Ausgaben. Eine solche Abwahlmöglichkeit sollte allerdings nur für solche Leistungsarten bestehen, die sich auch bei näherer Betrachtung als für Wahltarife geeignet erweisen. Ungeeignet können zum einen Wahltarife sein, die Großrisiken (z.B. Krankenhausleistungen) betreffen und den Versicherten im Krankheitsfall in aller Regel finanziell unzumutbar belasten würden, zum anderen Wahltarife für Leistungsarten, deren zeitliche und qualitative Inanspruchnahme vom Versicherten weitgehend selber bestimmt werden kann (wie etwa beim Zahnersatz).¹⁶

Wie das *Schaubild 4. 3* ausweist, kann ein lediger, junger Versicherter maximal Wahltarife wählen, die eine Beitragssenkung von 100 DM monatlich beinhalten. Die

16) Im Auftrag der Enquete-Kommission von MÄNNER u. a. für verschiedene Haushalte durchgeführte Modellrechnungen (Komm.-Drs. 102: Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: empirische Überprüfung) haben ergeben, daß Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung prinzipiell mit dem Solidarausgleich vereinbar sein können (zur Kalkulation: Komm.-Drs.102, S.13 ff.). Dabei ist davon ausgegangen worden, daß aus den oben genannten Gründen Wahltarife nur für die Leistungsarten »kassenärztliche Versorgung« und »Arzneimittel« (= rd. 35 % des GKV-Ausgabenvolumens) sinnvoll sind (S.25, 47).

Schaubild 4.3: *Solidarausgleich und Wahltarife in der GKV*

Nach NEUBAUER-Expertise, Komm.-Drs. 74, S.3

weiteren 300 DM stehen als Solidarbeitrag nicht zur Disposition. Eine Familie mit mittlerem Einkommen könnte theoretisch maximal beitragsfrei sein, wenn sie auf alle GKV-Leistungen verzichten würde, doch darf sie nur bis maximal 10 % ihres Einkommens das Risiko selbst tragen. Für Rentenbezieher zeigt sich, daß durch Verzicht beispielsweise auf kassenärztliche Leistungen der Haushalt ganz beitragsfrei versichert sein würde. Theoretisch könnte der Rentnerhaushalt sogar eine Auszahlung des transferierten Solidarbeitrags erreichen, wenn er auf sämtliche Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung verzichtete. Dies ist jedoch durch die 10 % Belastungsgrenze für das eigene Einkommen ausgeschlossen.

Als Vorteile von Wahltarifen dieser Form können angesehen werden:

- Grundsätzlich kann die Ansicht vertreten werden, daß sich die Notwendigkeit weiterer Gestaltungsoptionen für die Kassen bereits aus einem Gesellschafts- und Menschenbild der weitgehenden Eigenverantwortung des Individuums erschließt.
- Das überkommene Krankenkassensystem würde gleichsam »von innen« heraus - über die »Abstimmung« der Versicherten zu den verschiedenen Leistungsangeboten der Kassen - reformiert, ohne das es weiterer legislativ durchzusetzender Regelungsmechanismen bedürfte.
- Dem Versicherten würden mehr Gestaltungsmöglichkeiten gegeben als gegenwärtig. Das Gefühl, für den Mißbrauch anderer bezahlen zu müssen, könnte abgebaut werden, da sich jeder - begrenzt durch den Solidarausgleich - herauswählen könnte.

- Der Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung würde transparent gemacht, die Krankenkassen gezwungen, stärker versichertenbezogen zu dokumentieren und zu handeln.
- Die Krankenkassen würden im weiteren gezwungen, auch auf der Beitragsseite in den Wettbewerb zu treten. Günstige Leistungsangebote, die eine hohe Beitragssenkung oder Beitragsrückgewähr ermöglichen, könnten im Wettbewerb um Versicherte eingesetzt werden.
- Wird der verstärkte Wettbewerb dadurch ergänzt, daß den Krankenkassen ermöglicht wird, mit ausgewählten Leistungserbringern Sonderverträge abzuschließen, könnten Kostenvorteile den Versicherten zugute kommen, welche sich freiwillig auf diese Leistungserbringer beschränken (Modell der bevorzugten Anbieter; Preferred Provider Organizations, PPO).

Gegen Wahltarife der bezeichneten Art kann vorgebracht werden:

- In einem solcher Art entfachten Wettbewerb zwischen den Kassen könnten diese letztlich aufgrund mangelnder Transparenz verzweigter Wahltarife den Versicherten Vertrags- und Leistungsbedingungen »aufschwätzen«.
- Im Wettbewerb der Kassen wird es zu »Kampftarifen« kommen, die mittelfristig zu *kassenspezifischer Risikoselektion* führen würden.
- Gerade die Stärkung der Prävention - als zentrale Aufgabe zukunftsorientierter Gesundheitspolitik - ist nicht wahltariffähig.

- Die Reduktion unabdingbarer Pflichtversicherung auf sogenannte Großrisiken (etwa Krankenhausbehandlung) würde weitreichende soziale Gefahren in sich bergen, da eine solche »major risk insurance« vornehmlich für einkommensschwache Bevölkerungsschichten attraktiv werden würde.
- **Im Resultat würde eine solche Entwicklung zum Ende der sozialen Krankenversicherung führen.**

2. 3. 2. 3 Selbstbeteiligung der Versicherten

Selbstbeteiligungsregelungen führen tendenziell zur Aufhebung des Solidaritätsprinzips, da sie anstelle des Bedarfsprinzips die Zahlungsfähigkeit des Versicherten (Patienten) setzen. Zum Wesen der sozialen Krankenversicherung gehört, daß der Zugang der Versicherten zu ausreichender und zweckmäßiger medizinischer Versorgung jederzeit garantiert wird. Ausgehend vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erscheinen deshalb Selbstbeteiligungstarife schon von daher allein für bestimmte Kannleistungen der Kassen (z.B. Kuren) diskutabel.

Sozialpolitisch kommt freilich entscheidend hinzu, daß eine Selbstbeteiligung allein dann möglich erscheint, wenn sie mit der gleichzeitigen Normierung von Härtefall- und weitreichenden Ausnahmeklauseln - für Versicherte mit niedrigem Einkommen, Versicherte mit hohem Krankheitsrisiko - verbunden wird. Müssen deshalb erhebliche Teile der GKV-Gemeinschaft prinzipiell von Selbstbeteiligungstarifen ausgeklammert bleiben, dürfte damit auch die mit ihrer Einführung erhoffte ökonomische Steuerungsfunktion weitgehend oder ganz entfallen.

2. 3. 2. 4 Festbetragsregelungen

Festbetragsregelungen können nur dann als mit dem Solidaritätsprinzip vereinbar angesehen werden, wenn es gelingt, vornehmlich zwei zentrale Problemfelder befriedigend zu lösen:

- Zum einen müssen Festbeträge ihrer Höhe nach innerhalb der Preisskala vergleichbarer Arznei-, Heil- und Hilfsmittel so angesetzt werden, daß hohe Eigenbeteiligungen (Zuzahlungen) der Versicherten ausgeschlossen sind,
- zum anderen müssen insbesondere bei orthopädischen Hilfsmitteln Regelungen zur Definition sinnvoller und ausreichend differenzierter Vergleichsstandards gefunden werden, die den jeweiligen individuellen Bedürfnissen der Versicherten entsprechen.

2. 3. 2. 5 Festzuschußregelungen

Für Festzuschüsse sind in aller Regel Selbstbeteiligungen der Versicherten konstitutiv, so daß auf das in diesem Zusammenhang Ausgeführte verwiesen wird (Pkt. 2.3.2.3).

2. 3. 2. 6 Bonus- und Malusregelungen

Bonusregelungen, die allein auf der zeitlich befristeten Nichtinanspruchnahme von Leistungen aufbauen, unter-

laufen das Solidaritätsprinzip, da sie Mitnahmeeffekte geradezu provozieren. Allenfalls dann, wenn sie in direkter Verbindung mit präventiver Aktivität des Versicherten stehen, scheint ihre Prüfung in Verbindung mit dem Solidaritätsprinzip sinnvoll.

Malusregelungen, die insbesondere das »Selbstverschulden« des Versicherten in den Mittelpunkt von Sanktionen rücken, können zumindest so lange dem Solidaritätsprinzip nicht genügen, wie die damit verbundenen Definitions- und Abgrenzungsprobleme nicht gelöst sind.

3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

In der Enquete-Kommission ist das *Solidaritätsprinzip als konstitutives Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung unstrittig*. Eine allgemein verstärkte Individualisierung der Krankheitsrisiken wird abgelehnt. *Strittig* bleibt jedoch die Frage, ob und ggf. in welchem Umfang das Solidaritätsprinzip in bestimmten Fällen Einschränkungen erfahren kann.

Im einzelnen gestalten sich die Optionen der Kommission wie folgt:

3. 1 Einnahmgestaltung

So einhellig der Grundsatz der solidarischen, auf Umverteilung beruhenden Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützt wird, so verschieden sind im weiteren die in der Kommission vertretenen Vorschläge zur *Gestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage*:

- Eine Option besteht in der Beibehaltung des Status quo: *das individuelle Arbeitsentgelt gilt als Grundlage der Beitragsbemessung (vgl. Abschnitt 2. 2. 1. 1)*. Der Vorteil dieser Beitragsgestaltung wird vornehmlich in deren *verlässlicher Kalkulations- und Finanzierungsbasis (Arbeitgeberanteil)* gesehen.
- Ein zweiter Vorschlag besteht darin, die Beitragsbemessungsgrundlage auf das *Gesamteinkommen* (§ 16 SGB IV) auszudehnen, wobei zu überlegen ist, wie und inwieweit Kapitaleinkünfte einzubeziehen sind. Prinzipiell orientieren sich die Beiträge am steuerpflichtigen Einkommen (vgl. Abschnitt 2. 2. 1. 2). Darin wird gegenüber dem Arbeitsentgelt als Bemessungsgrundlage eine *größere Verteilungsgerechtigkeit* gesehen.
- Ein weiteres, noch nicht ausdiskutiertes Konzept legt das *Familieneinkommen* zugrunde. Alle Einkünfte einer Familie werden gleichmäßig auf deren Mitglieder verteilt, für die dann ein auf diesen individuellen Beitrag bezogener Beitrag gezahlt wird (vgl. Abschnitt 2. 2. 1. 3). Jedes Familienmitglied hat dadurch einen eigenständigen Krankenversicherungsschutz. Der Vorteil dieses Modells wird vor allem in der *Individualisierung des Krankenversicherungsschutzes des einzelnen Familienmitgliedes* gesehen. Zusätzlich kann bei entsprechender Ausgestaltung der Beitragserhebung

(z.B. bei Einführung von Freibeträgen) ein *Entlastungseffekt für kinderreiche Familien* erzielt werden.

3.2 Gestaltungsoptionen beim Leistungsumfang

In der Frage einzelner Gestaltungsprinzipien bestehen in der Enquete-Kommission voneinander *abweichende Auffassungen* in folgenden Punkten:

- Die *Kostenerstattung* wird von Teilen der Kommission *grundsätzlich abgelehnt*, während andere Mitglieder der Kommission zwar das Sachleistungsprinzip als *grundsätzliches Gestaltungsmerkmal* der gesetzlichen *Krankenversicherung* anerkennen, jedoch *als Wahlleistung bzw. in ausgewählten Leistungsbereichen* die *Kostenerstattung befürworten*.
- Ebenfalls kontrovers wurden *Wahltarife* diskutiert. Während die erste Gruppe *grundsätzlich Wahltarife ablehnt*, will die andere Gruppe den Krankenkassen das *Recht* geben, ein *differenziertes Wahlleistungsangebot bereitzuhalten*. Bei letzterem Vorschlag wird allerdings von der Pflicht einer Kasse ausgegangen, auch den Volltarif anzubieten. Außerdem sollen Großrisiken entweder als Leistungsart (z.B. Krankenhausbehandlung) oder einkommensbezogen (z.B. maximal 10 % des Einkommens) definiert werden, die nicht abwählbar sind. Wahltarife in diesem Sinne werden bei Aufrechterhaltung des Solidarausgleichs für möglich gehalten (vgl. *Abschnitt 2.3.2.2*).

Übereinstimmend sieht eine breite Mehrheit in der Enquete-Kommission in der *Selbstbeteiligung* *grundsätzlich kein geeignetes Instrument* zur Steuerung der Leistungsausgaben gesehen. Das Dilemma der Selbstbeteiligung besteht darin, entweder sozial verträglich, aber *steuerungsunwirksam*, oder *steuerungswirksam*, aber sozial *unverträglich* zu sein.

Abweichend davon vertritt ein Teil der Enquete-Kommission die *Meinung*, daß sich Selbstbeteiligung durchaus als *Steuerungsinstrument* in der sozialen Krankenversicherung eignet.

Festbetragsregelungen sind nach übereinstimmender *Auffassung* der Kommission mit dem *Solidaritätsprinzip nur dann voll vereinbar*, wenn sie so gestaltet werden können, daß *zusätzliche Zahlungen* der Versicherten *nicht erforderlich* sind.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 4/1

Komm.-Drs. siehe Verzeichnis im Anhang des Berichts

- ANDEL, Norbert (1975), Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: Dreißig, Wilhelmine (Hrsg.) (1975), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Berlin, S. 39 ff.
- AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) (1987), Statistische Informationen der AOK, Reihe 1: Versicherte - Mikrozensus 1985 -, Bonn.
- BÄCKER, Gerhard/Reinhard BISPINCK/Klaus HOFEMANN/Gerhard NAEGELE (1980), Sozialpolitik, Köln.
- BAUMANN, Manfred (1986), Familienstruktur und Beitragsbelastungsunterschiede in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1986, S. 180 ff.

- BECKER, Irene (1985), Einkommensumverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine empirische Untersuchung, in: Schmähl, Winfried (Hrsg.) (1985), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 98 ff.
- BOGS, Walter (1955), Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform, Berlin.
- BRUNKHORST, Johann (1987), Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (o.J. 1984), Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1983, Bonn.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1986), Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1986, Bonn.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1987), Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1987, Bonn.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (o.J. 1987), Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1986, Bonn.
- CASSEL, Dieter (1987), Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn. Hrsg.: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung 149.
- DEPPE, Hans-Ulrich (1987), Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt.
- DÜTTMANN, Renate (1978), Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Kritische Analyse und Verbesserungsvorschläge, Baden-Baden.
- EICHNER, Harald (1986), Zwischen Privatisierung und Solidarität. Soziale Sicherung unter veränderten Bedingungen, Bonn.
- GITTER, Wolfgang (1981), Sozialrecht, München.
- HENKE, Klaus-Dirk (1985), Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schmähl, Winfried (Hrsg.) (1985), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 55 ff.
- ISENSEE, Josef (1973), Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge. Eine finanzverfassungsrechtliche Studie über den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- ISENSEE, Josef (1980), Rechtswissenschaftliche Untersuchung. Die Rolle des Beitrags bei der rechtlichen Einordnung und Gewährleistung der sozialen Sicherung, in: Zacher, Hans F. (Hrsg.) (1980), Die Rolle des Beitrags in der sozialen Sicherung, Berlin, S. 461 ff.
- KRAUSE, Peter (1980), Fremdlasten in der Sozialversicherung, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1980, S. 115 ff.
- KRAUSKOPF, Dieter/Günther SCHROEDER-PRINTZEN (1988), Soziale Krankenversicherung. Kommentar (2. Auflage, 14. Lieferung), München.
- KRUSE, Silke/Udo KRUSE (1988), Die Bedeutung des Solidarprinzips für die Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Die Sozialversicherung 1988, S. 5 ff.
- LAMPERT, Heinz (1983), Strukturfragen aus ordnungspolitischer Sicht: Gesundheitswesen und gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, in: WldO (Hrsg.) (1983), S. 65 ff.
- LEISNER, Walter (1974), Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Eine verfassungsrechtliche Untersuchung, Köln.
- MEIERJÜRGEN, Rüdiger/Klaus JACOBS (1988), Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze, in: Wirtschaftsdienst 1988, S. 256 ff.
- MÜLLER, Joachim (1988), Grenzen der Beitragsbelastung und alternative Abgabeformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Groser, Manfred/Axel Weber/Volker Leienbach/Lothar Feige (Hrsg.) (1988), Beiträge zur sozialen Ordnungspolitik, Baden-Baden, S. 113 ff.
- NELL-BREUNING, Oswald von (1955/56), Zur Sozialreform. Erwägungen zum Subsidiaritätsprinzip, in: Stimmen der Zeit, 157. Band (1955/56), S. 1 ff.
- NEUBAUER, Günter (1987), Ziele und Ansatzpunkte einer Strukturreform, in: Wirtschaftsdienst 1987, S. 128 ff.

- OLDIGES, Franz Josef (1987), Strukturreform im Gesundheitswesen. Grundsatzpositionen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 129 ff.
- PAQUET, Robert (1987), Umverteilung und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- PELIKAN, Wolfgang (1986), Rentenversicherung mit Versorgungsausgleich im Scheidungsfalle (6., völlig neubearbeitete Auflage), München.
- PETERS, Horst (1973), Die Geschichte der sozialen Versicherung (2. Auflage), Bonn-Bad Godesberg.
- PFAFF, Martin/Markus SCHNEIDER (1980), Ökonomische Untersuchung, Unterscheiden sich beitragsgedeckte und nicht beitragsgedeckte Systeme Sozialer Sicherung hinsichtlich ihrer ökonomischen Voraussetzungen und Wirkungen, insbesondere auch im Hinblick auf die Umverteilung?, in: Zacher, Hans F. (Hrsg.) (1980), Die Rolle des Beitrags in der sozialen Sicherung, Berlin, S. 391 ff.
- REINERS, Hartmut (1987), Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte, Bonn.
- RICHTER, Lutz (1931), Sozialversicherungsrecht, Berlin.
- RULAND, Franz (1985 a), Notwendigkeit und Grenzen einer Reform der Finanzierung der Sozialversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung 1985, S. 13 ff. (= ders., in: Bieback, Karl-Jürgen (Hrsg.) (1986), Die Sozialversicherung und ihre Finanzierung, Bestandsaufnahme und Perspektiven, Frankfurt/New York, S. 141 ff.).
- RULAND, Franz (1985 b), Sozialrecht, in: Münch. Ingo von (Hrsg.) (1985), Besonderes Verwaltungsrecht (7. Auflage), Berlin/New York, S. 329 ff.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1987), Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahrgutachten 1987, Baden-Baden.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1988), Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahrgutachten 1988, Baden-Baden.
- SCHEWE, Dieter/Karlhugo NORDHORN (1967), Übersicht über die soziale Sicherung in Deutschland (7. Auflage), Bonn. Hrsg.: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- SCHLENKER, Rolf-Ulrich (1986), Soziales Rückschrittsverbot und Grundgesetz. Aspekte verfassungsrechtlicher Einwirkung auf die Stabilität sozialer Rechtslagen, Berlin.
- SCHMÄHL, Winfried/Hartmut CONRADI/Klaus JACOBS/Rüdiger MEIERJÜRGEN/Aloys PRINZ (1986), Soziale Sicherung 1975 - 1985. Verteilungswirkungen sozialpolitischer Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt am Main/Bern/New York.
- SCHMIDT, Alfred/Erwin JAHN/ Bodo SCHARF (Hrsg.) (1987), Der solidarischen Grundsicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz, Bd. 1. Grundmängel, Grundanforderungen, Reformperspektiven, Köln.
- SCHNEIDER, Markus/Helmut VETTERLE (1986), Auswirkungen der Kostenerstattung auf Kostenkenntnis und kostensparendes Verhalten der Versicherten am Beispiel der privaten Krankenversicherung, Bonn. Hrsg.: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung 38.
- SOZIALENQUETE-KOMMISSION (o.J. 1966), Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquete-Kommission. Erstattet von: Walter Bogs/Hans Achinger/Helmut Meinhold/Ludwig Neundörfer/Wilfrid Schreiber, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (1987), Gemeinsame Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Bonn.
- THIEMEYER, Theo (1987), Über die große politische Bedeutung auch kleiner Reformen in der GKV und deren wirtschaftstheoretischen Sinn, in: Sozialer Fortschritt 1987, S. 147 ff.
- THIEMEYER, Theo (1988), Strukturreform und gesellschaftliche Grundentscheidungen, in: Wirtschaftsdienst 1988, S. 17 ff.
- WANNAGAT, Georg (1965), Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1, Tübingen.
- WASEM, Jürgen (1988), Äquivalenzprinzip und Leistungsfähigkeitsprinzip in der Sozialversicherung, in: Groser, Manfred u.a. (Hrsg.) (1988), Beiträge zur Sozialen Ordnungspolitik, Baden-Baden, S. 15 ff.
- WEBER, Axel (1986), Wettbewerb in der Sozialen Krankenversicherung zwischen Dogmatik, Verteilungspolitik und Effizienzsteigerung, in: Soziale Sicherheit 1986, S. 249 ff.
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WIdO) (Hrsg.) (1983), Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn.

II. Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung

1. Allgemeine Grundzüge und Probleme der Selbstverwaltung

1.1 Die Selbstverwaltung als Gestaltungsprinzip

Zu den Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung - wie überhaupt der Organisation der Sozialversicherungen - gehört das Selbstverwaltungsprinzip. Allgemein läßt sich dieses in modifizierter Form auch in anderen Bereichen der Administration (z.B. bei Rundfunk- und Fernsehanstalten, Hochschulen, Wirtschaftskammern) herrschende Prinzip wie folgt definieren: »Freiheitliche Selbstregelung und Selbstbesorgung öffentlicher Angelegenheiten durch den interessierten engeren Gesellschaftskreis und seiner sachkundigen Repräsentanten

lediglich unter staatlicher Aufsicht« (H. BOGS, 1976, S. 13). Es handelt sich um eine staatsmittelbare Autonomie, indem der Gesetzgeber den Handlungsrahmen und die Aufgaben festlegt, die die Organe der Selbstverwaltung eigenverantwortlich zu erfüllen haben.

Die Aufgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung in Selbstverwaltung übernimmt, erstrecken sich auf folgende Gebiete:

- Erlaß von Satzungen,
- Aufstellung des Haushalts und Abnahme der Jahresrechnung, Personalentscheidungen,
- Festlegen der Beitragssätze,
- Festlegen von Satzungsleistungen (»Kann-Leistungen«),

- Gestaltung der Beziehungen zu den Leistungserbringern (Vertragswesen), zumeist auf Verbandsebene,
- Kontrolle von Effektivität und Effizienz der angebotenen Sach- und Dienstleistungen, Herstellen von Kostentransparenz,
- Aufklärung und Beratung der Versicherten.

Es handelt sich mehrheitlich um *Verwaltungsaufgaben*, d.h. der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung bewegt sich vor allem auf der administrativen Ebene. Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen hat der Gesetzgeber in der RVO für alle Kassenarten mehr oder weniger einheitlich definiert (s. unten Teil III 1.3). Hier bestehen für die Selbstverwaltung nur relativ unbedeutende Möglichkeiten, eigene Initiativen zu entwickeln. Der Bereich der satzungsmäßigen Mehrleistungen betrifft Maßnahmen in der Prävention, der medizinischen Rehabilitation sowie Modifikationen bei Geldleistungen (z.B. Höhe des Sterbegeldes), die - bezogen auf den Gesamthaushalt einer Krankenkasse - nur einen geringen Teil ausmachen. Die Tüchtigkeit der Selbstverwaltung erweist sich in erster Linie in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern sowie in den Beziehungen zu den Mitgliedern bzw. Versicherten der jeweiligen Krankenkasse.

Das *Selbstverwaltungsprinzip* der gesetzlichen Krankenversicherung genießt eine *hohe Akzeptanz*. Keine der relevanten politischen Parteien, Verbände und gesellschaftlichen Gruppen stellt dieses ordnungspolitische Charakteristikum unseres sozialen Sicherungssystems in Frage. Im Gegenteil, die Forderung nach einer Stärkung der Selbstverwaltung gehört zur politischen Rhetorik fast jedweder in der Gesundheits- und Sozialpolitik engagierten Gruppierung.

Diese vordergründige Übereinstimmung kann indes nicht darüber hinwegtäuschen, daß über die inhaltliche Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips teilweise fundamentale Auffassungsunterschiede bestehen. Dies ergibt sich schon aus den divergierenden, partiell konträren Interessenlagen der beteiligten Gruppen. Die Versuche, den politischen Begriff der Selbstverwaltung für die verschiedensten gesundheits- und sozialpolitischen Konzeptionen zu vereinnahmen, zeigen allerdings, daß das Prinzip, einen Politikbereich wie auch immer losgelöst von der direkten staatlichen Administration zu steuern, politisch konsensfähig geworden ist. Dafür gibt es im wesentlichen zwei Gründe:

1. Die Selbstverwaltung ist *Ausdruck einer historischen Kontinuität des sozialen Sicherungssystems*. Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung hat kein völlig neues System der Krankenversicherung geschaffen, sondern auf bereits etablierten Arbeiter- und Handwerkerunterstützungskassen aufgebaut, die nach dem Prinzip einer solidarischen Selbsthilfeorganisation funktionierten. Diese demokratische Tradition war um so bedeutsamer, als das (staatliche) Sozialversicherungssystem zu einer Zeit entstand, als die parlamentarische Demokratie in Deutschland noch keinen Bestand hatte und insbesondere der Arbeiterschaft wesentliche politische Rechte vorenthalten wurden. Die Selbstver-

waltung der Sozialversicherungen stellte ein wenn auch bescheidenes Stück demokratischer Autonomie in einem autoritären Staat dar.

Nicht von ungefähr nahm daher die Weimarer Verfassung die Selbstverwaltung unter die sozialen Grundrechte auf (Art. 161 WRV). Der Zerschlagung der Selbstverwaltung in der Zeit des Nationalsozialismus folgte in der Gesetzgebung der Bundesrepublik eine modifizierte Rehabilitation dieses Prinzips, wobei der Gedanke der Parität der Tarifparteien eine tragende Rolle spielte. Das Selbstverwaltungsprinzip in der Sozialversicherung ist also seit jeher eng mit demokratischen Traditionen verknüpft.

2. Der wirtschaftliche und soziale Wandel stellt den *Sozialstaat vor neue Aufgaben*, die erhöhte Anforderungen an Entscheidungs- und Steuerungsfähigkeiten stellen, die ihrerseits demokratischer Legitimation bedürfen, um zu funktionieren. Für die gesetzliche Krankenversicherung gilt dies in besonderem Maße, da sie im Unterschied zu den anderen Zweigen des Sozialversicherungssystems nicht nur verteilungspolitische Funktionen wahrnimmt, sondern angesichts der Tatsache, daß sie 90 % der Bevölkerung umfaßt, für die Finanzierung und Steuerung eines Wirtschaftszweiges verantwortlich ist, der über 10 % des Bruttosozialprodukts beansprucht.

In diesem Zusammenhang kommt der Selbstverwaltung in zweierlei Hinsicht Bedeutung zu:

- Zum einen hat sich gegenüber den »Gründerjahren« der Sozialpolitik das Krankheitsspektrum und damit der Aufgabenbereich der Gesundheitspolitik verändert. Es dominieren die chronisch-degenerativen Krankheiten, deren Bekämpfung und Bewältigung ein erhebliches Maß an Mitwirkung der Betroffenen, eine Einbeziehung der Bevölkerung in eine präventive Gesundheitspolitik verlangen. Eine Aktivierung der Bürger ist unerlässlich zur Realisierung wirksamer Programme von Gesundheitsförderung und dem Abbau gesundheitsgefährdender Umgebungseinflüsse. Gesundheitsgerechte Lebensverhältnisse und -weisen können nicht von Amts wegen verfügt werden. Der Weiterentwicklung der Selbstverwaltung kommt deshalb im Verbund mit anderen Strategien der Versichertenaktivierung eine zunehmend wichtige Steuerungsfunktion in der Gesundheitspolitik zu.
- Zum zweiten haben sich Veränderungen im traditionellen Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Mit dem Vordringen von Sach- und Dienstleistungen werden Probleme der Bedarfsermittlung, der Steuerung und der Kontrolle von Effizienz und Effektivität des Medizinbetriebs immer dringlicher, die auf zentralstaatlicher Ebene kaum angemessen gelöst werden können. Angesichts der Vielschichtigkeit und regionalen wie sozialen Differenziertheit der Probleme bedarf es einer starken Handlungsautonomie der verantwortlichen Organisationen »vor Ort«.

Faßt man diese Überlegungen stichwortartig zusammen, dann lassen sich *drei Begründungen des Selbstverwaltungsprinzips* ermitteln:

- Es entspricht der *demokratischen Tradition* des Sozialversicherungssystems.
- Es erfüllt *Demokratisierungs- und Mitbestimmungsforderungen*, die den Sozialstaat demokratisch legitimieren.
- Es stellt ein Organisations- und Steuerungsprinzip dar, das *Zentralisierung und Dezentralisierung, Vereinheitlichung und funktionale Spezialisierung, staatliche Steuerung und Selbstgestaltung sozialer Systeme untereinander verbindet* und so die erforderlichen Anpassungen an veränderte Verhältnisse demokratisch legitimiert vollziehen kann.

1.2 Defizite in der Selbstverwaltung der GKV

Zwischen den im obigen Abschnitt skizzierten Aufgaben der Selbstverwaltung und deren Realisierung klafft eine erhebliche Lücke, die auf *funktionale Defizite in der Umsetzung* des Selbstverwaltungsprinzips, aber auch auf *fehlendes Interesse der Öffentlichkeit* an der Arbeit der Selbstverwaltungsorgane zurückzuführen ist.

Zwischen beiden Momenten scheint ein Zusammenhang zu bestehen. Der relativ geringe politische Einfluß der Selbstverwaltung macht sie zu einem uninteressanten Thema für die Informationsmedien. Das wiederum erweckt bei den Bürgern den Eindruck, die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Krankenversicherung seien nicht viel mehr als Veranstaltungen zur Absicherung von Funktionärsposten, wenn überhaupt die Existenz der Selbstverwaltung zur Kenntnis genommen wird.

Kennzeichnend für den geringen Stellenwert, den die Selbstverwaltung allen Bekenntnissen zu diesem ordnungspolitischen Prinzip zum Trotz hat, ist auch das vergleichsweise geringe Interesse der Wissenschaft an diesem Bereich. Die in den 70er Jahren begonnenen, sehr engagiert durchgeführten Analysen der Realität der Selbstverwaltung sind über Pilotstudien nicht hinausgekommen, was teilweise daran lag, daß die Lücke zwischen demokratietheoretischem Anspruch und dem realen Zustand der Selbstverwaltung eine als frustrierend empfundene Größe erreicht hatte.

Folgt man den vorhandenen Analysen und Bestandsaufnahmen der Selbstverwaltungsarbeit der vergangenen Jahre, dann ergeben sich folgende schwerpunktmäßige Defizite:

- Die Selbstverwaltung erscheint in der Öffentlichkeit als »*Einrichtung minderen Rechts*«, deren demokratische Legitimation aufgrund für den Bürger oft undurchsichtiger Wahlakte sehr brüchig ist. Die alle sechs Jahre durchgeführten »Sozialwahlen«, deren Existenz nach einer Infas-Umfrage nur 40 % der Bevölkerung bekannt ist (INFAS, 1976, S. 244), gelten als ebenso kostspielig wie undurchschaubar. Die WSI-Studie »Sozialpolitik und Selbstverwaltung« zitiert in diesem

Zusammenhang den Fachjournalisten H.-U. SPREE, der eine Wahlliste so kommentiert: »Ich weiß von keiner der elf Gruppen, was deren Leute in der (...) Vertreterversammlung zu tun gedenken. Und da soll ich auswählen und beweisen, daß Demokratie in der Verwaltung kein leeres Wort ist« (WSI, HRSG., 1977, S. 7). Bei den meisten RVO-Kassen ist es ohnehin kein Wunder, daß die Existenz der Sozialwahlen bei vielen Versicherten unbekannt ist, da sie faktisch nicht stattfinden. Hier gibt es das *Unikum der »Friedenswahlen«*: Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen einigen sich vorab jeweils auf die Bildung einer Liste, was eine Urwahl überflüssig macht (zur Verfassungsmäßigkeit: BSGE 36, 242 ff.).

- Letzteres wird als Ausgangspunkt einer weiteren Kritik genommen, die sich auf die Einflußnahme der Verbände auf die Selbstverwaltungsorgane bezieht. Nicht die Interessen der Versicherten seien *maßgebend* für die Arbeit von Vertreterversammlung und Vorstand einer Kasse, sondern die *Politik der Tarifparteien*.
- Dem steht der Umstand gegenüber, daß die Arbeit in den Selbstverwaltungsorganen unter den Funktionären der Tarifparteien kein sonderlich hohes Ansehen genießt. Wegen der mangelnden politischen Kompetenz der Selbstverwaltung wird die *Arbeit in deren Gremien* eher als *lästige Zusatzaufgabe* denn als Chance zur politischen Mitwirkung angesehen.
- Damit wird ein zentrales Defizit der Selbstverwaltung angesprochen: die *geringe politische Kompetenz*. Der nicht sehr große Handlungsspielraum, den die Exekutive der Selbstverwaltung ließe, so der Tenor der Kritik, werde noch zusätzlich durch den Gesetzgeber eingengt. Man nehme z.B. keine Rücksicht auf die mitunter zeitaufwendigen Meinungsbildungsprozesse in der Selbstverwaltung. Außerdem bestehe die Tendenz, die staatliche Aufsicht nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten aus der Sicht der staatlichen Administration zu praktizieren, wodurch die Selbstverwaltung zum verlängerten Arm des Staates degradiert werde.
- Die *Verhandlungsmacht* der gesetzlichen Krankenversicherung werde *durch ihre zersplitterte Gliederung*, aber auch durch gesetzliche Vorschriften (z.B. im Krankenhausbereich durch das duale Finanzierungssystem) empfindlich *geschwächt*.

Faßt man diese Defizite zusammen, dann bewegen sie sich auf folgenden, allgemeinen Ebenen:

- Die demokratische Legitimation der Selbstverwaltungsorgane ist außerordentlich brüchig (*Partizipationsdefizit*).
- Das öffentliche Interesse, aber auch das Engagement von Verbänden, die die Interessen der Krankenversicherungen vertreten sollen, ist wenig entwickelt (*Interessendefizit*).
- Eine zunehmende Verrechtlichung und Einflußnahme staatlicher Exekutive, sowie die zersplitterte Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung schwächen die Handlungskompetenz der Selbstverwaltung der Krankenkassen (*Machtdefizit*).

2. Ebenen einer Reform der Selbstverwaltung der GKV

In der aktuellen wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzung über eine Strukturreform im Gesundheitswesen wird das Organisationsmuster einer selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung kaum in Frage gestellt. Es geht nicht um die Frage »Selbstverwaltung: ja oder nein?«, die Differenzen ergeben sich vielmehr aus den *unterschiedlichen Vorstellungen zur ordnungspolitischen Ausgestaltung* des Selbstverwaltungsprinzips.

Es zeigt sich, daß aus einer zunächst scheinbar übereinstimmenden Kritik am realen Zustand der Selbstverwaltung sehr unterschiedliche Reformoptionen abgeleitet werden. Die oben grob skizzierten Defizite werden zwar als Phänomene kritisiert, jedoch erfolgt diese Kritik aus verschiedenen Blickwinkeln. Die Vorstellungen über Mängel und den daraus folgenden Schwerpunkten einer Reform der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung hängen direkt mit allgemeinen ordnungs- und gesundheitspolitischen Optionen zusammen. Dabei sind zwei Grundsatzfragen von entscheidender Bedeutung:

1. Soll die gesetzliche Krankenversicherung eine Arbeitnehmer- oder eine Volksversicherung sein?
2. Soll die gesetzliche Krankenversicherung als wettbewerblich orientiertes System organisiert werden oder als Körperschaftsmodell, in dem die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Verbänden der Leistungserbringer gemeinsam die Verantwortung für die medizinische Versorgung tragen?

Je nach Beantwortung dieser ordnungspolitischen »Gretchenfragen« fallen auch die Optionen für eine Reform der Selbstverwaltung unterschiedlich aus, die im folgenden diskutiert werden.

Dabei kann es an dieser Stelle nicht mehr darum gehen, die genannten Grundsatzfragen prinzipiell zu erörtern (vgl. hierzu im Bericht: 2. Kapitel, Teil IV). Vielmehr müssen die Auswirkungen der jeweiligen Strukturmerkmale einer gesetzlichen Krankenversicherung auf die Ausgestaltung des Selbstverwaltungsprinzips angesprochen werden. So hängt z.B. die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane davon ab, ob man der gesetzlichen Krankenversicherung den Status einer Volks- oder einer Arbeitnehmerversicherung gibt. Die Frage wiederum, ob die Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung wettbewerblich oder körperschaftlich-kooperativ gestaltet werden soll, bestimmt wesentlich den Charakter der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern.

Da das Selbstverwaltungsprinzip sich in einem sozialen und wirtschaftlichen Beziehungsgeflecht realisiert, müssen Reformen auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Dabei sind im wesentlichen folgende Beziehungen zu gestalten:

- GKV/Leistungserbringer (»gemeinsame« Selbstverwaltung des Gesundheitswesens),
- Selbstverwaltung und Staat,

- Beziehungen der Selbstverwaltung zu den Versicherten und den Arbeitgebern,
- Verhältnis der Selbstverwaltungsorgane zur Verwaltung der Krankenversicherung (interne Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung),
- Verhältnis der Krankenkassenverbände zu ihren Mitgliedskassen.

2.1 Das Verhältnis der GKV zu den Leistungserbringern: die gemeinsame Selbstverwaltung

Da die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern schwerpunktmäßig im 2. und 3. Kapitel des Berichts behandelt werden, wird an dieser Stelle darauf nicht mehr detailliert eingegangen, sondern es erfolgt allein eine kurze Beschreibung der Alternative »Wettbewerbs- oder Körperschaftsmodell«.

Das »Wettbewerbsmodell« sieht eine gemeinsame Aufgabenwahrnehmung der Krankenkassen nur insofern vor, als diese für die Aufrechterhaltung einer *funktionierenden, flächendeckenden medizinischen Grundversorgung* verantwortlich sind. Im übrigen aber laufen die Verhandlungen mit den Leistungserbringern *dezentral*, wobei man sich auf Verbandsebene z.B. über Entgeltverfahren einigen kann. Prinzipiell ist die Möglichkeit von Einzelverhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern gegeben. Ein Kontrahierungszwang, wie er mit dem gegebenen Kassenarzt- und Krankenhausrecht existiert, hat in einem solchen Modell keinen Platz.

Das »Wettbewerbsmodell« ist nur dann in sich schlüssig, wenn sich die Krankenkassen gegenüber den Versicherten mit einem jeweils besonderen Angebot bzw. Preis-Leistungsprofil ausweisen können. Letzteres ist ohne die Möglichkeit der *Auswahl der von der Kasse akzeptierten Ärzte, Krankenhäuser* usw. nicht zu realisieren.

Im Prinzip läuft das »Wettbewerbsmodell« darauf hinaus, daß eine gemeinsame Selbstverwaltung nur noch insofern besteht, als Krankenversicherungen und Leistungserbringer auf Landes- oder regionaler Ebene für die Aufrechterhaltung einer vom Gesetzgeber definierten Grundversorgung verantwortlich sind sowie bestimmte Rahmenverträge vereinbaren (z.B. bei Honorarverhandlungen). Darüber hinaus bestimmen die Verhandlungen von Kassen und Leistungserbringern bzw. deren verbandlichen Zusammenschlüssen, was eine jede Kasse ihren Versicherten an zusätzlichen Leistungen anbietet. Das Versorgungsniveau wird durch marktmäßige Beziehungen von im Wettbewerb miteinander stehenden Leistungserbringern und Krankenversicherungen bestimmt.

Das »Körperschaftsmodell« setzt dagegen auf eine *gemeinsame Planung* und Organisation der medizinischen Versorgung in *regional gegliederten Selbstverwaltungskörperschaften* der Leistungserbringer und der Krankenkassen. Diese Organe erlassen Versorgungsrichtlinien, handeln die Leistungsentgelte aus und sind verantwortliche Träger der medizinischen Versorgung. Die Krankenkassen treten als gemeinsamer Verband auf, ebenso die jeweiligen Leistungserbringer. Alles in allem ähnelt dieses Modell dem

bestehenden System der kassenärztlichen Versorgung, allerdings mit größeren faktischen Kompetenzen der Krankenkassen. Zentraler Steuerungsmechanismus könnte eine regionale »Gesundheitskonferenz« sein, die den Sicherstellungsauftrag umfassend wahrnimmt.

2.2 Selbstverwaltung und Staat

Allenthalben wird eine zu starke Verrechtlichung der gesetzlichen Krankenversicherung beklagt, die die Krankenkassen in die Rolle eines bloßen Erfüllungsgehilfen staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik gedrängt hätte. Sowohl das »Wettbewerbs-« als auch das »Körperschaftsmodell« möchten den Staat auf die *ordnungspolitische Funktion der Festlegung des Rahmens* reduzieren. Die Unterschiede ergeben sich aus einem divergierenden Verständnis von dem, was der Staat als Handlungsrahmen definieren sollte, wobei beide »Parteien« sich darin einig sind, daß der Staat - indem er die Aufsichtsfunktion wahrnimmt - über die Einhaltung der Rahmenbedingungen zu wachen hat.

Im »Wettbewerbsmodell« wird die Aufgabe des Staates darin gesehen, *Standards* einer ausreichenden und zweckmäßigen Vollversorgung zu definieren und deren Einhaltung zu überwachen. Den Kassen bleibt es überlassen, über diese Grundversorgung hinausgehende Leistungen anzubieten.

Das »Körperschaftsmodell« hingegen will ein möglichst einheitliches Versorgungsniveau für alle Versicherten in allen Regionen gewahrt wissen. Wahltarife oder unterschiedliche Versorgungsstufen, wie sie das »Wettbewerbsmodell« zuläßt, werden ausgeschlossen.

2.3 Beziehungen der Selbstverwaltung zu den Versicherten und den Arbeitgebern

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Beziehungen der Selbstverwaltungsorgane zu den Versicherten bzw. Mitgliedern sowohl vom Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Arbeitnehmer- oder Volksversicherung als auch von der Frage bestimmt, ob die gesetzliche Krankenversicherung wettbewerblich oder körperschaftlich organisiert sein soll.

Die in den RVO-Kassen bestehende paritätische Selbstverwaltung bezieht ihre Legitimation aus dem historischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer *Arbeitnehmerversicherung* (s. oben Teil I 2.2.1.1). Die Integration der Ersatzkassen in das GKV-System hätte konsequenterweise auch eine *durch Arbeitgeber und Versicherte paritätisch besetzte Selbstverwaltung* zur Folge haben müssen. Auf jeden Fall ist nicht einsichtig, weshalb die Unterschiede in der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane zwischen RVO- und Ersatzkassen trotz identischer Aufgabenstellung beibehalten wurden. Solange sich der Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmlich auf Arbeitnehmer beschränkt und hier ein Zuweisungsrecht dergestalt besteht, daß die

gesetzliche Krankenversicherung sich nach berufs-, betriebs- und branchenspezifischen Kriterien gliedert, hat die Dominanz von Arbeitgebern und Versicherten in den Selbstverwaltungsorganen ihre Berechtigung.

In dem Maße jedoch, wie sich die berufs- und wirtschaftszweigspezifischen Grenzen zwischen den Kassenarten verwischen und sich die gesetzliche Krankenversicherung von einer Arbeitnehmer- zu einer *Volksversicherung* entwickelt, verliert die Arbeitgeber-Versicherten-Parität an Legitimation. Ist man der Auffassung, daß die gesetzliche Krankenversicherung eine Volksversicherung ist oder sich so verstehen sollte (was Veränderungen im Mitgliedsrecht voraussetzt), dann kann die Konsequenz nur in einer alleinigen *Besetzung der Selbstverwaltungsorgane durch die Versichertenvertreter* bestehen.

Die bestehende Parität kann sich dann behaupten, wenn die gesetzliche Krankenversicherung ihr berufsständisches Mitgliedschaftsrecht nicht ändert. Auch können gesellschaftspolitische Konzepte der Mitbestimmung dazu führen, Versicherten und Arbeitgebern die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung zu überlassen. Dann freilich müßten auch die Ersatzkassen Arbeitgebervertreter in ihrer Selbstverwaltung haben. Ferner müßten die Verzerrungen in den Organen der Betriebskrankenkassen abgebaut werden, in denen oft ein Arbeitgebervertreter mehreren Arbeitnehmervertretern gegenüber sitzt, was ein Ungleichgewicht in der Entscheidungsfähigkeit mit sich bringt. Die Relationen in der Besetzung der Selbstverwaltungsorgane müßten einheitlich für alle Kassenarten gelten.

Eine gesetzliche Krankenversicherung als Volksversicherung, die praktisch die gesamte Bevölkerung umfaßt, bedarf einer anders legitimierten Selbstverwaltung als der bestehenden. Wie diese Legitimation aussieht, hängt von den Wahlmöglichkeiten und den erwähnten ordnungspolitischen Grundmustern der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Schon die Einführung einer völlig freien Kassenwahl bei generellem Kontrahierungszwang (s. Teil IV, insb. Pkt. 3.2 und 3.3) läßt die Frage aufkommen, ob Sozialwahlen nicht einen anderen Stellenwert haben. Die Versicherten können ihrer Unzufriedenheit dann auch ggf. durch eine »Abstimmung mit den Füßen« Ausdruck verleihen und ihre Kasse wechseln. Die Frage gewinnt an Bedeutung, wenn man das »Wettbewerbsmodell« als ordnungspolitische Lösung wählt. Dieses Modell versteht den Wettbewerb um die Versicherten als demokratische Legitimation. Ein solches Selbstverständnis kann dem »Körperschaftsmodell« nicht entwachsen. Dieses Modell ist auf politische Legitimation angewiesen, es bedarf gewählter Repräsentanten: einer aus Sozialwahlen hervorgegangenen Selbstverwaltung.

2.4 Interne Struktur der Selbstverwaltung

Die geltenden Bestimmungen sehen im wesentlichen folgende Hierarchie und Arbeitsteilung der Selbstverwaltungsorgane vor:

- Die in den Sozialwahlen (bzw. »Friedenswahlen«) gewählte Vertreterversammlung - sozusagen das Parlament der Versicherten - beschließt den Haushalt, verabschiedet Satzungen und wählt den Vorstand.
- Der Vorstand bestimmt die Richtlinien der Geschäftspolitik und nimmt Aufgaben der Personalhoheit wahr (Vorschlagsrecht bei der Ernennung des Geschäftsführers usw.). Er vertritt außerdem die Kasse gerichtlich und außergerichtlich nach außen.
- Der Geschäftsführer bestimmt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte.

In die *Kritik* ist dieses politische Leitungssystem aus mehreren Gründen geraten:

- Die *Vertreterversammlung* wird als mehr oder weniger überflüssige Veranstaltung bezeichnet, die zweimal im Jahr zusammentritt, um den ohnehin vom Vorstand bereits faktisch beschlossenen Haushalt zu verabschieden. Hier werden, so der Tenor der Kritik, *keine Entscheidungen gefällt*, geschweige denn beraten, sondern *nur bestätigt*. Auf derartige Akklamationsorgane könne man verzichten.
- Zwischen *Vorstand* und *Geschäftsführung* bestehe keine klare *Kompetenzabgrenzung* mit der Konsequenz, daß nach außen oft nicht erkennbar werde, wer die eigentlich verantwortliche Instanz sei.
- Die *langen Entscheidungswege* und *unklaren Zuständigkeiten* beeinträchtigten die Flexibilität und Handlungsfähigkeit vor allem der einzelnen Krankenkassen.

Stimmen, die den Status quo in der Hierarchie der Selbstverwaltungsorgane beibehalten wollen, sind selten. Zwar wird auf die demokratische Bedeutung der Vertreterversammlung hingewiesen, die als wichtiges Bindeglied zwischen Versicherten und Selbstverwaltung dienen könnte. Da diese Funktion jedoch faktisch nur unzureichend wahrgenommen wird, und es auch nicht an Hinweisen fehlt, diese erwünschte Versichertennähe könne auch ein Netz von Versichertenältesten herstellen, finden sich unter den Experten nur wenige, die an der Vertreterversammlung in der jetzigen Form festhalten wollen.

Zwar gibt es keine systematische Diskussion zu diesem Thema, aber in verschiedenen Analysen und auch politischen Programmvorschlügen wird folgende *Reorganisation der Selbstverwaltung* empfohlen:

- *Vertreterversammlung* und *Vorstand* in der jetzigen Form werden *zusammengelegt* und zahlenmäßig *reduziert*. Die Zusammensetzung ist entweder paritätisch (Arbeitnehmerversicherung) oder besteht aus einer angemessenen Vertretung der Versichertengruppen (Volksversicherung). Die Aufgaben dieses Gremiums liegen nach wie vor vor allem in der Verabschiedung des Haushaltes, der Abnahme der Jahresrechnung, der Festlegung der Beitragssätze und der Wahl des Vorstandes (Geschäftsführung). Hinzu kommen Kontrollfunktionen analog zu den Aufgaben des Aufsichtsrates in einer Aktiengesellschaft.
- Der von der *Vertreterversammlung* gewählte *Vorstand* bestimmt die allgemeine Geschäftspolitik der Kasse,

integriert also die bislang von Vorstand und Geschäftsführung unter teilweise unklarer Kompetenzabgrenzung wahrgenommenen Aufgaben.

- Die *Vorstandsmitglieder* nehmen ihre Aufgaben nicht mehr ehrenamtlich, sondern *hauptamtlich* wahr. Sie werden - ähnlich wie kommunale Spitzenbeamte - *auf Zeit gewählt*.

2.5 Das Verhältnis von Krankenkassen zu ihren Verbänden

Ein weiteres, vor allem von den einzelnen im Prinzip selbständigen Krankenkassen beklagtes Phänomen ist die *starke Position der Verbände*. Bei den RVO-Kassen betrifft dies in erster Linie die Landesverbände, bei denen die *wesentliche Verhandlungsmacht* qua Gesetz angesiedelt ist.

Diese starke Position der Verbände ist insofern vom Gesetzgeber gewollt, als dadurch das Defizit, das das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung mit sich bringt, gegenüber der zumeist stärker konzentrierten Verhandlungsmacht der Leistungserbringer - vor allem der Ärzte - tendenziell ausgeglichen werden kann. Andererseits hat dadurch ein *schleichender Entmündigungsprozeß* der Einzelkassen eingesetzt, unter dem vor allem kleinere Kassen leiden. Hinzu kommt, daß RVO- und Ersatzkassen unterschiedliche Voraussetzungen zur Bildung von Verbänden haben.

Während die RVO-Kassen gesetzlich verpflichtet sind, Landes- und Bundesverbände zu bilden, die die Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts besitzen, genießen die Ersatzkassen Vereinigungsfreiheit und ihre verbandlichen Zusammenschlüsse sind privatrechtliche Verbände in der Form eingetragener Vereine (s. auch Teil III 1.4).

Soll dies geändert werden, müssen Zusammensetzung, Kompetenzen und hierarchische Gliederung der *verbandlichen Selbstverwaltung einheitlich für alle Kassen* geregelt werden. Einer rechtlichen Vereinheitlichung der verbandlichen Selbstverwaltung kommt vor allem im »Körperschaftsmodell« mit der dort vorgesehenen starken Verhandlungsmacht der (regionalen) Kassenverbände große Bedeutung zu. Aber auch im »Wettbewerbsmodell«, das den Verbänden nur Kompetenzen in der Festlegung allgemeiner Rahmenbedingungen zubilligt, müssen die Aufgaben der Verbände sowie die Arbeitsteilung mit den einzelnen Mitgliedskassen für alle Kassen einheitlich geregelt werden, um gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen.

3. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Das Selbstverwaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung gehört als Ausdruck der demokratischen Partizipation und Einbindung der unmittelbar am Gesundheitswesen Beteiligten zu den unverzichtbaren Elementen des sozialen Krankenversicherungssystems in der

Bundesrepublik. Gerade deshalb ist eine intensive Diskussion über bestehende Strukturdefizite und Reformmöglichkeiten unerlässlich.

In der Enquete-Kommission besteht Einigkeit darüber, daß die vorgetragene Kritik an der überkommenen inneren Struktur der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (s. Abschnitt 2.4) weitverbreitete Phänomene aufgreift und wesentliche Defizite und Mängel benennt, die gegenwärtig die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung beeinträchtigen.

Die Kommission spricht sich deshalb einstimmig für eine *Straffung und Konzentration des tradierten Organsystems* der Selbstverwaltung aus. Sie befürwortet den *Zusammenschluß von Vertreterversammlung und Vorstand* zu einem - auch zahlenmäßig verkleinerten - »Parlament« (eingleisiges Organsystem), in das nur wählbar ist, wer auch gleichzeitig der jeweiligen Krankenkasse als Mitglied angehört. Ein passives Wahlrecht für Nichtmitglieder existiert nicht (mehr). Mit diesen Maßnahmen soll ein effektives Gremium geschaffen werden, das mit entsprechenden Kontrollkompetenzen auszustatten ist.

Sofern die gesetzliche Krankenversicherung auch zukünftig im Kern eine Arbeitnehmersicherung bleibt, muß gleichzeitig sichergestellt werden, daß *einheitlich für alle Kassenarten* dieses neue Gremium *paritätisch aus Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten* zusammengesetzt ist.

Abweichend davon sind von verschiedenen Mitgliedern der Enquete-Kommission drei weitere Optionen genannt worden:

- Kommt es bei Fortexistenz der gesetzlichen Krankenversicherung als vornehmlicher Arbeitnehmersicherung nicht zur durchgängigen Parität in den Selbstverwaltungsorganen aller Kassenarten, sollte eine Anpassung der Verhältnisse bei den Pflichtkassen an die Organzusammensetzung bei den Ersatzkassen (Besetzung ausschließlich aus Versichertenvertretern) erfolgen.
- Verändert die gesetzliche Krankenversicherung ihr Bild hin zu einer Volksversicherung, hat dies zur logischen Konsequenz, daß sich die Selbstverwaltungsorgane zukünftig allein aus Vertretern der Versicherten zusammensetzen können. Dabei müssen alle relevanten Versichertengruppen in den Gremien repräsentiert sein.
- Gleiche Organisationsstrukturen hinsichtlich der Zusammensetzung der Selbstverwaltung bei den verschiedenen Kassenarten sind sachlich nicht zu begründen und werden deshalb abgelehnt. Es wird vielmehr die Beibehaltung des Status quo empfohlen.

Der neustrukturierten Vertreterversammlung muß nach Auffassung der Enquete-Kommission insbesondere die Aufgabe zukommen, den *hauptamtlichen Vorstand* zu wählen, der die Geschäftsführung wahrzunehmen hat. Die *Wahl des geschäftsführenden Vorstandes* erfolgt *zeitlich befristet*, da die heutige Wahl der Kassengeschäftsführer auf Lebenszeit gerade die zu beobachtende Verselbstän-

digung der Geschäftsführung insbesondere gegenüber der Vertreterversammlung nachhaltig begünstigt hat.

Analog dem veränderten Aufbau der Selbstverwaltungsorgane der Einzelkassen bedarf es auch einer *Neugestaltung der inneren Selbstverwaltungsstrukturen auf Verbandsebene*. Es kann insbesondere keine *Wahl der Vertreterversammlung der Landes-(Bundes-)verbände* aus der Mitte der - nunmehr geschäftsführenden - Vorstände mehr geben, wie dies heute der Fall ist. Diese Aufgabe muß unmittelbar an die *Vertreterversammlung der jeweiligen Mitgliedskassen* übergehen.

Wahl und Zusammensetzung der *Organe der Kassenverbände* sind für alle Kassenarten *einheitlich* zu gestalten. Auch auf der verbandlichen Ebene müssen ungleiche Rechtsgrundlagen zwischen den Kassenarten beseitigt, Bildung und Aufgaben der Kassenverbände einheitlich geregelt werden.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 4/II

Komm.-Drs. siehe Verzeichnis im Anhang des Berichts.

- BOGS, Harald (1976), Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, in: *Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*, Bd. 1, Bonn, S. 5 ff.
- BRAUN, Bernhard/Hartmut REINERS (1984), Probleme und Perspektiven der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung - Ergebnisse eines Fachgesprächs, in: *Soziale Sicherheit* 1984, S. 321 ff.
- BRAUN, Bernhard/Hartmut REINERS/Ulrike TESKE (1983), Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung, in: *Soziale Sicherheit* 1983, S. 316 ff.
- BRAUN, Bernhard/Hartmut REINERS/Ulrike TESKE (1984), Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik, in: *Wie teuer ist uns Gesundheit? Argument Sonderband* 113, Berlin, S. 147 ff.
- BUNDESREGIERUNG (1975), Bericht zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, BT-Drs. 7/4244.
- BUNDESREGIERUNG (1982), Ergänzender Bericht zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, BT-Drs. 9/1264.
- ENGELHARDT, W. W. (1983), Solidarische Selbsthilfe und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in: *Soziale Sicherheit* 1983, S. 38 ff., 73 ff., 115 ff., 175 ff., 213 ff.
- FERBER, Christian von (1976), *Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance?*, in: *Soziale Selbstverwaltung*, Bd. 1, Bonn, S. 97 ff.
- FERBER, Christian von (1977), *Wird der sozialpolitische Handlungsspielraum der Sozialen Selbstverwaltung ausgeschöpft?*, in: Borsdorf/Hemmer/Leminsky/Markmann (Hrsg.) (1977), *Gewerkschaftliche Politik: Reform aus Solidarität*, Köln, S. 373 ff.
- INFAS (1976), *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Ihre Bedeutung für die Versicherten*, in: *Soziale Selbstverwaltung*, Bd. 1, Bonn, S. 201 ff.
- LAMPERT, Heinz (1984), *Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik*, in: Winterstein (Hrsg.) (1984), *Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II*, Berlin, S. 37 ff.
- LEOPOLD, Dieter (1980), *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung* (3. Auflage), Sankt Augustin.
- NEUBAUER, Günter (1986), *Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung*, in: Gäfgen (Hrsg.) (1986), *Ökonomie des Gesundheitswesens*, Berlin, S. 223 ff.
- NEUBAUER, Günter (1988), *Staat, Verwaltung und Verbände. Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung*, in: Gäfgen (Hrsg.) (1988), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden*, S. 91 ff.
- NEUBAUER, Günter/Herbert REBSCHER (1984), *Gemeinsame Selbstverwaltung - eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung* -, Spardorf.

- NOWAK, Meinolf/Klaus SCHAPER (1981), Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WSI-Mitteilungen 1981, S. 307 ff.
- REBSCHER, Herbert (1985), Selbstverwaltung als Ordnungsidee. Zur Renaissance einer Idee, in: Die Ersatzkasse 1985, S. 188 ff.
- SCHMIDT, Alfred (1985), Selbstverwaltung der Sozialversicherung - auf dem Weg zur sozialpolitischen Mitbestimmung, in: Soziale Sicherheit 1985, S. 65 ff.
- SCHUPETA, Eckhard (1985), Neu oder nicht neu? Veränderte Bestimmungen zum Vorschlagsrecht bei Sozialwahlen, in: Die Ersatzkasse 1985, S. 182 ff.
- STANDFEST, Erich (1977), Soziale Selbstverwaltung - Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik, in: v. Ferber/Kaufmann (Hrsg.) (1977), Soziologie und Sozialpolitik. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 19, S. 424 ff.
- TENNSTEDT, Florian (1977), Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2, Bonn.
- THIEMEYER, Theo (1984), Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Winterstein (Hrsg.) (1984), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Berlin, S. 63 ff.
- TROJAN, Alf (1985), Ansätze zur Mitbestimmung in Gesundheits- und Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen 1985, S. 621 ff.
- WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DES DGB (WSI) (Hrsg.) (1977), Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates, Köln.
- WURSTER, Willy (1985), Die Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Wandel, Macht und Ohnmacht, in: WSI-Mitteilungen 1985, S. 614 ff.

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

1. Rechtliche Ordnung

1. 1 Unterschiede im Mitgliedschaftsrecht

Eine Analyse der Unterschiede im gegenwärtigen Mitgliedschaftsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf der Systematisierung. Dabei bietet sich für die Untersuchung eine zweistufige Betrachtungsweise an:

- zum einen soll vom Kreis der potentiell Versicherten ausgegangen und allgemein danach gefragt werden, *welche Personengruppen als Mitglieder in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden und in welcher Form dies geschieht;*
- zum anderen muß gezielter untersucht werden, ob und *in welcher Form* das GKV-Recht einzelnen *Versicherungsgruppen* unterschiedlichen *Zugang zu den verschiedenen Kassenarten* eröffnet.

Um die hier vornehmlich interessierende Problematik unterschiedlicher Mitgliedschaftsrechte bei den einzelnen Kassenarten verständlich betrachten zu können, ist es zunächst erforderlich, grundsätzlich auf die rechtlichen Bestimmungen über die versicherten Personenkreise kurz einzugehen.

1. 1. 1 Grundsätzliche Abgrenzung der verschiedenen Personengruppen in der GKV

Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist zunächst zu unterscheiden zwischen Pflichtversicherten, versicherungsfreien (kraft Gesetzes oder auf Antrag) und versicherungsberechtigten Personengruppen.

Zum Kreis der *pflichtversicherten Personen* in der gesetzlichen Krankenversicherung gehören:

- Arbeiter (§ 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO),

- Angestellte bis zu einem Jahresarbeitsverdienst in Höhe von 75 % der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV; 1988: 4 500 DM) (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO),
- Lehrlinge (§§ 165 a Nr. 2, 165 b Abs. 2 RVO),
- Arbeitslose, sofern sie Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) sind (§ 155 Abs. 1 AFG),
- Personen in Jugendhilfeeinrichtungen (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 a Bst. a RVO),
- Behinderte (§§ 165 Abs. 1 Nr. 2 a Bst. b RVO, 1 f. SVBG),
- Rentner (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO),
- Rehabilitanden (§ 165 Abs. 1 Nr. 4 RVO),
- Studenten und Praktikanten (§ 165 Abs. 1 Nr. 5 und 6 RVO),
- Landwirte (näher: § 2 KVLG),¹
- Künstler und Publizisten (§ 1 KSVG),²
- Hausgewerbetreibende und bestimmte Gruppen von Selbständigen, sofern ihr Jahreseinkommen nicht 75 % der BBG in der GRV übersteigt (§ 166 RVO).

Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes besteht insbesondere für:

- geringfügig Beschäftigte (§ 168 RVO i.V.m. § 8 SGB IV; d.h. Beschäftigung weniger als 15 Stunden wöchentlich und regelmäßiges Arbeitsentgelt maximal ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße; 1988: 440 DM),

1) Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) vom 10. August 1972; BGBl. I S.1433

2) Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) vom 27. Juli 1981; BGBl. I S.705

Schaubild 4.4: Kassenartenzuständigkeit bei Versicherungspflichtigen

Kassenart Pflicht- versicher- ter Perso- nenkreis	Ortskranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- Kasse	Knappschaft	Landwirt- schaftliche Kranken- kassen	Ersatzkassen
	RVO-Kassen						
Arbeiter u. Angestellte unter der Jahresar- beitsver- dienstgrenze	gem. § 165 Abs.1 Nr.1 und 2 RVO. sofern nicht Mit- glied einer ande- ren Kasse	gem. § 245 Abs.3 RVO	gem. § 250 Abs.2 RVO	gem. § 477 RVO	gem. § 15 RKG	nur soweit es sich um mitarbeit. Fami- lienangehörige handelt, gem. §§ 2 Abs.1 Nr.3, 3 Abs.1 Nr.1 KVLG	Arbeiter- bzw. Angestellten- ersatzkassen mit Befreiungs- möglichkeit gem. § 517 RVO
Angestellte über der Jah- resarbeits- verdienstgr.	---	---	---	gem. § 165 Abs.3, § 477 RVO	gem. § 16 RKG i.V.m. Satzung	---	---
Bezieher von Vorruhe- standsgeld	Versicherung wird entsprechend den entgeltlich beschäftigten Arbeitnehmern (siehe oben) von der Kasse durchgeführt, bei der der Bezieher von Vorruhestandsgeld zuletzt Mitglied war.						
Bezieher von AFG- Leistungen	gem. § 159 AFG wird die Versicherung von der Kasse durchgeführt, die zuletzt vor Bezug der AFG-Leistungen zuständig war						
	darüber hinaus bei Ausübung des Veto- rechts des Versiche- rten gegen die Mit- gliedschaft in einer anderen Kasse						während des Leistungsbezugs kein Beitritts- recht
Personen in Einrich- tungen der Jugendhilfe	gem. § 257e Abs.1 S.1 und 2 RVO als zuletzt zuständige Kasse bzw. Familienhilfekasse; gem. § 257e Abs.2 RVO zuständig aufgrund familienrechtlicher Beziehung			wie RVO- Kassen (§ 476 Abs. 3 RVO)	wie RVO- Kassen (§ 20 RKG)	---	wie RVO-Kassen (§ 514 Abs.2 RVO)
	darüber hinaus Auf- fangzuständigkeit gem. § 257e Abs.3 RVO						darüber hinaus für alle Beitrittsrecht gem. § 257e Abs.4 RVO, ungeachtet der Art der Tätigkeit
Behinderte in Berufsbil- dungswerken	Wie Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe						
Behinderte gem. §§ 1,2 SVBG	gem. § 257c Abs.1 RVO als zuletzt zu- ständige Kasse bzw. aufgrund der Wahl des Versicherten; gem. § 257c Abs.2 RVO zuständig auf- grund familienrecht- licher Bindung	gem. § 257c Abs.1 RVO als zuletzt zuständige Kasse; gem. § 257 c Abs.2 RVO zuständig aufgrund familien- rechtlicher Bindung		wie IKK/ BKK (§ 476 Abs.3 RVO)	wie IKK/ BKK (§ 20 RKG)	gem. § 3 Abs.1 Nr.4 KVLG bleibt für die gem. § 2 Abs.1 Nr.1-3 KVLG Versiche- rten die Mitglied- schaft bestehen	wie IKK/BKK (§ 514 Abs.2 RVO)
	darüber hinaus Auf- fangzuständigkeit gem. § 257c Abs.3 RVO						darüber hinaus für alle Beitritts- recht gem. § 257c Abs.4 RVO
Rentner	gem. § 257a Abs.1 S.1 RVO als zuletzt zuständige Kasse; gem. § 257a Abs.1 S.3 RVO als Familienkasse; gem. § 257 a Abs.2 bzw. Abs.3 RVO aufgrund der Wahl des Versicherten Versicherten			wie RVO- Kassen (§ 476 Abs.3 RVO)	gem. § 19 RKG für Knapp- schafts- rentner	gem. § 3 Abs.1 Nr.2 KVLG für Rentner, die gleichzeitig we- gen aktiver Tätigkeit gem. § 2 Abs.1 Nr.1-3 KVLG versichert sind bzw. für GAL-Rentner	wie RVO-Kassen (§ 514 Abs.2 RVO)

Schaubild 4.4: Fortsetzung des Schaubildes

Rentner	darüber hinaus Auffangzuständigkeit gem. § 257a Abs.4 RVO						darüber hinaus Beitrittsrecht für alle Rentner, die während ihrer Erwerbstätigkeit zum potentiellen Mitgliederkreis gehörten (§ 257a Abs.4a RVO)
Rehabilitanden	gem. § 257b Abs.1 RVO als zuletzt zuständige Kasse; gem. § 257b Abs.2 RVO zuständig aufgrund familienrechtlicher Bindung			wie RVO-Kassen (§476 Abs.3 RVO)	gem. § 17 RKG als zuletzt zuständige Kasse bzw. für Familienmitzustän.Kasse	gem. § 3 Abs.1 Nr.3 KVLG bei gleichzeitiger Versicherung gem. § 2 Abs.1 Nr.1-3 KVLG	wie RVO-Kassen (§ 514 Abs.2 RVO)
	darüber hinaus Auffangzuständigkeit gem. § 257b Abs.3 RVO						
Studenten und Praktikanten	gem. § 257d Abs.1 bzw.§ 257d Abs.2 Nr.1 RVO					gem.§ 3 Abs.1 Nr.5 KVLG bei gleichzeitiger Versicherung gem. § 2 Abs.1 KVLG	
	Wahlrecht gem. § 257 d Abs. 2 Nr. 2 RVO als zuletzt zuständige Kasse der Familienhilfe			wie RVO-Kassen (§476 Abs. 3 RVO)	Wahlrecht wie RVO-Kas. gem. § 18 RKG	Wahlrecht wie bei RVO-Kassen gem. § 49a KVLG	wie RVO-Kassen (§ 514 Abs.2 RVO)
Landwirte etc.	---	---	---	---	---	soweit nicht Vorrang gem.§ 3 KVLG	---
Künstler und Publizisten	gem. § 234 RVO	---	---	---	---	---	Beitrittsrecht gem. Art.2 § 4 Abs.4a AufbauVO
Hausgewerbetreibende	gem.§ 470 RVO		--	---	---	---	Beitrittsrecht
sonstige Selbständige	gem. § 234 RVO	---	---	---	---	---	Beitrittsrecht

- Angestellte, deren Jahresarbeitsentgelt die BBG übersteigt (§ 165 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 5 RVO),
- Beamte, DO-Angestellte, Richter und Personen mit versorgungsrechtlich vergleichbarer Stellung (§ 169 RVO),
- Beamtenanwärter, (Berufs-) Soldaten und einige andere Personengruppen (§ 172 RVO).

Versicherungsfreiheit auf Antrag besteht vor allem für PKV-versicherte Rentner sowie Angestellte und Selbständige, die ansonsten wegen Erhöhung der Jahresarbeitsverdienstgrenze versicherungspflichtig würden (§§ 173 a f. RVO).

Hinsichtlich der *Versicherungsberechtigung* von Personen ist zu unterscheiden zwischen der freiwilligen Versicherung und der freiwilligen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei können sich alle Personen

- freiwillig *weiterversichern*, sofern sie zuvor *pflichtversichert* waren und dabei eine entsprechende Vorversicherungszeit erfüllt haben (§ 313 RVO),

- freiwillig *versichern*, sofern sie zu den in §§ 176 - 176 c RVO Genannten gehören. Dazu zählen insbesondere Beamte und Selbständige, wenn ihr Gesamteinkommen die Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht übersteigt, Angestellte, die bereits bei Aufnahme der Beschäftigung ein Einkommen oberhalb der BBG beziehen, ehemals Familienhilfeberechtigte und Schwerbehinderte (i.S. § 1 SchwbG).

1. 1. 2 Zuständigkeit der Kassenarten für einzelne Versichertengruppen

Hinsichtlich der konkreten Zuständigkeit der verschiedenen Kassenarten für die einzelnen Gruppen der Pflichtversicherten gibt *Schaubild 4.4* näheren Aufschluß.

Die Übersicht weist insbesondere aus, daß nach gegenwärtigem Recht den *Ortskrankenkassen* eine *subsidiär-generelle Zuständigkeit* zufällt. Durch sie werden alle in keine andere Krankenkasse gehörenden *Versicherungspflichtigen* abgesichert (§ 234 RVO). Arbeiter und versicherungspflichtige Angestellte sind, soweit eine Betriebs-

Schaubild 4.5: *Kassenarten und Zuweisungs-/Ausschlußmöglichkeiten von Personen*

Kassenart	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- Kasse	Knapp- schaft	Landwirt- schaftl. Kranken- kassen	Ersatzkassen
	RVO-Kassen						
Zurückwei- sung pflicht- versicherter Personen	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nur wegen bestehender Altschulden oder anderer Versicherung mit gleichen Leistungen (§ 505 Abs.2 RVO)
Zurückwei- sung versiche- rungsbe- rechtigten Personen	Altersgrenze für die in § 176 Abs.1 Nr.1-3, § 176c RVO genannten Personen möglich (§ 176 Abs.3 RVO)			wie RVO- Kassen (§ 476 Abs.3 RVO)	wie RVO- Kassen (§ 15 RKG)	nicht relevant	Altersgrenze nur für die in § 176c RVO genannten Personen (§ 514 Abs.1 RVO); für die in § 176 RVO genann- ten Personen besteht jedoch kein Aufnahmewang
Ausschluß versicherungs- pflichtiger Personen	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	nach Satzung, jedoch nicht wegen Alters oder Gesundheitszustandes (§ 511 Abs.1 RVO); bei Verzug § 511 Abs.2 RVO
Ausschluß ver- sicherungsberechtigter Personen	nur Erlöschen der Mitglied- schaft kraft Gesetzes gem. § 314 RVO			wie RVO- Kasse (§ 476 Abs.3 RVO)	wie RVO- Kasse (§ 20 RKG)	wie RVO- Kasse (§ 48 Abs.1 Nr.8 KVLG)	nach Satzung, jedoch Einschränkung des § 511 RVO

oder Innungskrankenkasse besteht, dort Mitglieder. Arbeitnehmer auf Seefahrzeugen werden der Seekrankenkasse zugewiesen, solche in knappschaftlichen Betrieben sind Mitglieder der Bundesknappschaft. Dabei unterliegen in Seekasse und Bundesknappschaft als sogenannten besonderen Pflichtkassen alle Angestellten unabhängig von ihrem Einkommen einer uneingeschränkten Versicherungspflicht.

Sofern Versicherungspflichtige sowohl in dem Bezirk wohnen als auch zum jeweiligen Mitgliederkreis der Ersatzkasse gehören, für den diese zugelassen ist, steht ihnen ein *Recht auf Befreiung von der Pflichtkassenmitgliedschaft* zu und sie können *Mitglied der Ersatzkasse* werden (§ 517 RVO). Wesentlich ist dabei die strikte Trennung in Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen: Ersatzkassen für Arbeiter dürfen nur Arbeiter, solche für Angestellte ausschließlich Angestellte aufnehmen (§ 4 Abs. 1 der 12. AufbauVO³). Dabei sind Arbeiterersatzkassen nur für bestimmte Wirtschaftsbereiche und meist räumlich begrenzt zugelassen, während verschiedene Ersatzkassen für Angestellte sowohl bundesweit tätig sind als auch satzungsmäßig ihren Mitgliederkreis auf alle Angestelltenberufe erstrecken (vgl. zu den Satzungsbestimmungen im einzelnen STOLT/VESPER, 1973, S. 121 F.⁴). Angestellte können deshalb zwischen ihrer Pflichtkasse und der Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse wählen, Arbeiter indes nur in Ausnahmefällen (*s. auch unten Teil IV 1.1*).

Diese grundsätzliche Zuordnungssystematik differenziert sich bei verschiedenen Pflichtversichertengruppen. Zum

einen gibt § 159 AFG für Arbeitslose (i.S. § 155 AFG) der Versicherungskontinuität insofern Vorrang, als danach Arbeitslosen während des Leistungsbezugs generell *kein Beitrittsrecht zu einer Ersatzkasse* eröffnet ist. Will der versicherte Arbeitslose nicht mehr Mitglied seiner letzten Krankenkasse bleiben oder bestand vor Beginn der Arbeitslosigkeit keine GKV-Mitgliedschaft, erfolgt eine Versicherung bei der örtlich zuständigen Ortskrankenkasse (§ 159 AFG).

Zum anderen haben Behinderte und Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe - nicht aber Rehabilitanden - unabhängig vom nach der Kassensatzung abgesteckten Mitgliederkreis ein *generelles Wahlrecht zu einer beliebigen Ersatzkasse*. Dies gilt auch für Rentner stets dann, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit zum potentiellen Mitgliederkreis der Ersatzkasse gehörten (§§ 257 a - c, e RVO). Sofern das Zutrittsrecht nicht in Anspruch genommen wird und sich auch darüber hinaus rechtlich keine andere Kassenzuständigkeit ergibt, besteht für diese Personengruppen wie bei den Arbeitslosen eine Auffangzuständigkeit der Ortskrankenkassen.

Grundnorm für *freiwillig Versicherte* bildet § 238 RVO. Danach besteht ein *Wahlrecht* zwischen der zuständigen Ortskrankenkasse und der Krankenkasse, der der freiwillig Versicherte bei Versicherungspflicht angehören würde. Dies kann somit eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ebenso wie eine Ersatzkasse (über § 514 Abs. 2 RVO) sein. Weiterversicherte (i.S. § 313 RVO) können in ihrer bisherigen Krankenkasse als Mitglied verbleiben. Dabei ist allerdings die Fortsetzungsberechtigung nur für Mitglieder der Pflichtkassen gesetzlich zwingend vorgeschrieben, während die Ersatzkassen-Versicherten auf die Satzungsbestimmungen der Einzelkasse verwiesen sind

3) 12. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 24. Dezember 1935, RGBI. I S.1537

4) Zu den Literaturangaben vgl. das entsprechende Verzeichnis zu Teil IV

Schaubild 4.6: *Kassenarten und Beitragsgestaltung bei Versicherungspflichtigen*

Kassenart Kreis der Pflicht- versicherten	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- Kasse	Knappschaft	Landwirtschaftliche Kranken- kassen	Ersatzkassen
	RVO-Kassen						
Arbeitnehmer, soweit pflichtver- sichert	§§ 385, 180 RVO, wie Hunderstel des Grundlohns. Be- messungsgrund- lage ist Arbeits- entgelt	wie AOK	wie AOK	Satzung bestimmt Beitrags- satz. BG ist Ar- beitsent- gelt (§ 488 Abs. 2 § 490 RVO)	Beiträge in Bruchteilen des Arbeitslohnes, des Gehalts od. Grundlohns od. in e. festen Satz (§ 119 RKG) Abstuf.d Beitr. n. Bergbauzwei- gen möglich (§ 121 RKG)	50-75% des Bei- trages für land- wirtschaftliche Unternehmer (§ 66 Abs.1 KVLG)	§ 514 Abs.3, § 385 Abs.1 RVO, in Hunderstel des Grundlohns
Bezieher von Vorruhe- standsgeld	ermäßigter bei- Beitragsatz § 494 RVO	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK (§ 20 RKG)	ermäßigter Bei- tragssatz (§ 66 Abs.3 KVLG)	ermäßigter Bei- tragssatz § 514 Abs.2, § 494 RVO
Bezieher von AFG-Leistun- gen	Für Beitragsberechnung ist der Beitragssatz für Versicherte maßgeblich, die bei Arbeitsunfähigkeit sechs Wochen Lohnfortzahlung haben, § 157 Abs.2 AFG, d.h. wie versicherungspflichtige Arbeitnehmer					Beitragsatz der örtl. AOK f. ver- sicherungspflich. Arbeitnehmer (157 Abs.2 AFG)	wie AOK etc. § 157 Abs.2 AFG
Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	ermäßigter Beitragsatz gem. § 494 RVO	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK (§ 20 RKG)	nicht relevant	ermäßigter Bei- tragssatz § 514 Abs.2, § 494 RVO
Behinderte in Berufsbil- dungswerken	Wie Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe						
Behinderte gem. §§ 1,2 SVBG	mindestens 20% des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung wird als Entgelt zugrundegelegt (§ 4 SVBG); ansonsten wie Arbeitnehmer (§ 3 SVBG)					---	wie AOK etc.
Rentner	11,8% der Rente (§ 385 Abs.2 RVO)	wie AOK	wie AOK	11,8 % d. Rente § 488 Abs.3 § 385 Abs.2 RVO)	wie AOK (§ 20 RKG)	11,8 % der Rente (§ 67a KVLG)	11,8 % der Rente § 514 Abs.2, § 385 Abs.2 RVO)
Rehabili- tanden	Bemessung nach dem Entgelt, das der Berechnung des Verletztengeldes oder Übergangsgeldes zugrunde liegt (§ 385 Abs.3a RVO)				wie AOK (§ 20 RKG)	---	wie AOK (§ 515a Abs.2, § 385 Abs.3a RVO)
Studenten und Praktikanten	7/10 des durchschnittlichen Beitragssatzes der Krankenkassen und Ersatzkassen (§ 381a RVO)				wie AOK (§ 20 RKG)	wie AOK (§ 49a Abs.2 KVLG)	wie AOK (§ 514 Abs.2, § 381a RVO)
Landwirte etc.	---	---	---	---	---	§§ 65 ff. KVLG	---
Künstler und Publizisten	Beitragsatz der zuständ. Kranken- kasse (§ 393 Abs.2 RVO)	---	---	---	---	---	Beitragsatz nach Satzung der Ersatzk.; wenn höher als AOK- Beitrag: § 515b RVO
Hausgewerbe- treibende	§ 472 Abs.2 § 385 Abs.1 in v.H. des Grundlohns	---	---	---	---	---	Beitrag n. Satzung der Ersatzkassen
sonstige Selbständige	§ 585 Abs.1 RVO	---	---	---	---	---	Satzung der Ersatzkasse

Schaubild 4.7: Kassenarten und Aufbringung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen

Kassenart Kreis der Pflicht- versicherten	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- Kasse	Knappschaft	Landwirtschaft- liche Kranken- kassen	Ersatzkassen
	RVO-Kassen						
Arbeitnehmer	Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte (§ 381 Abs.1 RVO)	wie AOK	wie AOK	wie AOK (§ 488 Abs.1 RVO)	wie AOK (§ 117 RKG)	landwirtschaftl. Unternehmer (§ 64 Abs.2 KVLG)	Arbeitnehmer, Ausgleich gem. § 520 RVO
Vorruheständler	Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK	landwirtschaftliche Unternehmer	Arbeitnehmer, Ausgleich über § 520 RVO
Bezieher von AFG-Leistungen	Bundesanstalt für Arbeit (§ 157 Abs.1 AFG)	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK
Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe u. Behinderte gem. § 165 Abs.1 Nr.2a RVO	Arbeitgeber (§ 381 Abs.1 RVO)	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK (§ 117 RKG)	---	selbst, Ausgleich gem. § 520 RVO
Behinderte gem. §§ 1,2 SVBG	Behinderter und Träger der Einrichtung je zur Hälfte (§ 3 SVBG)	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK	---	Behinderter, Ausgleich gem. § 520 RVO
Rentner	Rentner (§§ 381 Abs.2, 393a Abs.1 RVO)	wie AOK	wie AOK	wie AOK (§§ 488 Abs.2, 381 Abs.2 RVO)	wie AOK (§§ 117, 120 RKG)	Rentner (§ 67a KVLG, § 63 Abs.3, § 64 Abs.1 KVLG)	wie AOK (§ 514 Abs.2, § 381 Abs.2, § 393a Abs.1 RVO)
Rehabilitanden	Rehabilitations-träger (§ 381a Abs.3a RVO)	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK (§ 117 RKG)	Rehabilitations-träger (§ 64 Abs.3 KVLG)	Rehabilitations-träger (§ 515a RVO)
Studenten und Praktikanten	Student/ Praktikant (§ 381a RVO)	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK (§ 117 RKG)	wie AOK (§ 49a KVLG, § 381a RVO)	wie AOK (§ 514 Abs.2, § 381a RVO)
Landwirtschaftl. Unternehmer	---	---	---	---	---	landwirt. Unternehmer (§ 64 Abs.1 KVLG)	---
Künstler und Publizisten	Künstlersozialkasse (§ 381b RVO)	---	---	---	---	---	Künstlersozialkasse (§ 515b RVO)
Hausgewerbetreibende	Hausgewerbetreibende u. Arbeitgeber je zur Hälfte (§ 472 Abs.1, § 381 Abs.1 RVO)	---	---	---	---	---	Hausgewerbetreibende, Ausgleich gem. § 520 RVO
Selbstständige	Selbständiger (§ 475 b u. d RVO)	---	---	---	---	---	Selbständiger

Schaubild 4.8: *Kassenarten und Beitragsentrichtung bei Versicherungspflichtigen*

Kassenarten Kreis der Pflicht- versicherten	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- Kasse	Knappschaft	Landwirt- schaftliche Kranken- kassen	Ersatz- kassen
	RVO-Kassen						
Arbeitnehmer	Arbeitgeber § 393 Abs.1 RVO	wie AOK	wie AOK	Satzung, § 490 RVO	Arbeitgeber § 114 Abs.1 RKG	landwirtschaftl. Unternehmer § 64 KVLG	selbst, abweichende Vereinbarungen möglich, § 520 RVO
Vorruheständler	Arbeitgeber § 393 RVO	wie AOK	wie AOK	Satzung § 490 RVO	Arbeitgeber § 114 Abs.1b RKG	landwirtschaftl. Unternehmer	selbst, abweichende Vereinbarungen möglich § 520 RVO
Bezieher von AFG- Leistungen	Bundesanstalt für Arbeit § 157 Abs.1 AFG	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK	wie AOK
Personen in Einrichtungen d. Jugendhilfe u. Behinderte gem. § 165 Abs.1 Nr.d RVO	Träger der Einrichtung § 393 Abs.1 RVO	wie AOK	wie AOK	Träger der Ein- richtung	Arbeitgeber § 114 Abs.1 RKG	---	selbst, abweichende Vereinbarungen möglich, § 520 RVO
Behinderte gem. §§ 1,2 SVBG	Träger der Einrichtung § 393 RVO, § 3 SVBG	wie AOK	wie AOK	Träger der Ein- richtung	Arbeitgeber § 114 Abs.1 RKG	---	selbst, abweichende Vereinbarungen möglich, § 520 RVO
Rentner	Einzug durch Rentenversiche- rungsträger § 393a RVO	wie AOK	wie AOK	wie AOK, § 488 Abs.3, § 393a RVO	wie AOK, § 120 RKG, §§ 393a ff. RVO	Einzug durch, Rentenversiche- rungsträger § 67 b Abs.1 KVLG	wie AOK, § 514 Abs.2, § 393a RVO
Rehabili- tanden	Rehabili- tationsträger § 393 Abs.1 RVO	wie AOK	wie AOK	Rehabili- tations- träger	Rehabili- tationsträger § 114 Abs.1a RKG	Rehabili- tationsträger § 64 Abs.3 KVLG	Rehabilitations- träger, § 515a Abs.2 RVO
Studen- ten	selbst im vor- aus, § 393d Abs.1 RVO	wie AOK	wie AOK	selbst	wie AOK, § 117 RKG, § 393 d Abs.1 RVO	wie AOK, § 49a Abs.2 KVLG, § 393d Abs.1 RVO	wie AOK, § 514 Abs.2 § 393 d Abs.1 RVO
Prakti- kanten	selbst monat- lich § 393d Abs.2 RVO	wie AOK	wie AOK	selbst	wie AOK, § 117 RKG, § 393 d Abs.2 RVO	wie AOK, § 49a Abs.2 KVLG, § 393d Abs.2 RVO	wie AOK, § 514 § 393 d Abs.2 RVO
Künstler und Publi- zisten	Künstlerso- zialkasse § 393 Abs.1 RVO	---	---	---	---	---	Künstlersozial- kasse, § 515b Abs. 2 RVO
Landwirt- schaftliche Unternehmer	---	---	---	---	---	landwirtschaftl. Unternehmer, § 64 Abs.1 KVLG	---
Hausgewer- betreibende	Arbeitgeber § 472, § 393 Abs.1 RVO	---	---	---	---	---	selbst, abweichende Vereinbarungen möglich, § 520 RVO
Selb- ständige	selbst, §§ 475b, 475 d Abs.1 RVO	---	---	---	---	---	selbst

(§ 4 Abs. 2 der 12. AufbauVO; Ausnahme: Rentner und Rehabilitanden, § 514 Abs. 4 RVO).

1. 1. 3 Zurückweisung und Ausschluß von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten

Schaubild 4.5 zeigt auf, daß für alle Kassenarten Zurückweisung oder Ausschluß von Versicherungspflichtigen - sofern diese gesetzlich zugewiesen oder Zugangsrecht haben - ausgeschlossen sind. Auch die Ersatzkassen unterliegen grundsätzlich sowohl dem Kontrahierungszwang (§ 505 Abs. 1 RVO) wie dem Ausschlußverbot. Lediglich bei bestehenden Altschulden bzw. Beitragsrückständen von mindestens drei Monaten aus einer früheren Mitgliedschaft oder wenn der potentiell Versicherte bereits über PKV-Vollversicherungsschutz verfügt, gilt anderes (§§ 511 Abs. 2 Satz 1, 515 Abs. 2 RVO).

Bei versicherungsberechtigten Beamten, Selbständigen, mithelfenden Familienangehörigen und Schwerbehinderten können die Satzungen der Krankenkassen hingegen die Beitrittsberechtigung von einer bestimmten Altersgrenze abhängig machen (§ 176 Abs. 3 RVO). Zudem endet die Mitgliedschaft dieser Personengruppen zu einer RVO-Kasse zwingend bei erheblichem Beitragsrückstand (§ 314 RVO); die Ersatzkassen können hierzu satzungrechtliche Regelungen treffen.

1. 2 Unterschiede im Beitragsrecht

Mögliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten im Beitragsrecht sind im Hinblick auf drei Problembereiche zu betrachten. Zu unterscheiden sind dabei insbesondere die Ebenen

- der Erhebung und Bemessung der Beiträge,
- der Aufbringung der Beitragslast und
- der Entrichtung der Beiträge.

1. 2. 1 Erhebung und Bemessung der Beiträge

Für die verschiedenen Gruppen von *Versicherungspflichtigen* ergeben sich bei den einzelnen Kassenarten *weder hinsichtlich* der Erhebung der Beiträge (beispielsweise für Arbeitnehmer in Hundertsteln vom Grundlohn) noch in der Frage der *Beitragsbemessung* (für Arbeitnehmer das auf die Beitragsbemessungsgrenze limitierte Arbeitsentgelt) *wesentliche Abweichungen*.

Rechtliche Einzelheiten vermittelt das *Schaubild 4.6*.

Bei *freiwilligen Mitgliedern* können die Ersatzkassen die Beiträge satzungsmäßig festlegen. Sie sind dabei indes zumindest insofern den RVO-Kassen gleichgestellt, als für Versicherte mit Entgelten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze mindestens der Betrag dieser Grenze erhoben werden muß (§ 514 Abs. 3 Satz 2 RVO).

1. 2. 2 Aufbringung der Beitragslast

Die zu leistenden Beiträge für *Pflichtversicherte* werden bei allen RVO-Kassen *je zur Hälfte von den Versicherten und ihren Arbeitgebern* getragen (§ 381 Abs. 1 Satz 1 RVO; vgl. *Schaubild 4. 7*). Eine Ausnahme besteht lediglich bei Niedrigverdienern, deren Monatsentgelt maximal ein Zehntel der in der GRV geltenden Beitragsbemessungsgrenze erreicht (1988: 600 DM), Versicherten in Jugendhilfeeinrichtungen und Behinderten in Berufsbildungswerken. In diesen Fällen hat der Arbeitgeber die gesamte Beitragslast alleine zu übernehmen (§ 381 Abs. 1 Satz 2 RVO).

Unterschiede zwischen RVO- und Ersatzkassen ergeben sich insbesondere aus dem Sachverhalt, daß bei *Ersatzkassenmitgliedern* der Arbeitgeber seinen *Beitragsanteil nicht am Ersatzkassen-Gesamtbeitrag zu orientieren* hat, sondern an der Höhe des Beitragsanteils, den er zu leisten hätte, wenn das Ersatzkassenmitglied bei der ansonsten zuständigen Pflichtkasse versichert wäre (§ 520 Abs. 1 RVO). Angesichts der deutlichen Unterschiede in den Beitragsätzen zwischen einzelnen Kassen und Kassenarten führt dies zu Arbeitgeber- (bzw. Arbeitnehmer-) anteilen an der jeweiligen Beitragssumme, die - gemessen am Gesamtbeitrag der einzelnen Ersatzkassen - erheblich oberhalb oder unterhalb der für Pflichtkassenversicherte geltenden 50-Prozent-Regelung angesiedelt sein können. Entsprechend den regionalen Beitragssatzdifferenzen ergeben sich somit für den Versicherten aus einer Ersatzkassenmitgliedschaft materielle Vor- oder Nachteile. Nur im Ausnahmefall gleich hoher Beitragssätze bei Pflicht- und Ersatzkasse tritt ein solcher Effekt nicht auf (vgl. *auch den folgenden Abschnitt zur Beitragsentrichtung*).

Bei *Versicherungsberechtigten* gilt über alle Kassenarten hinweg, daß sie ihre Beiträge allein zu tragen haben (§ 381 Abs. 3 RVO), wobei freiwillig versicherte Angestellte unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuß in Höhe der Hälfte ihres Gesamtbeitrages erhalten (§ 405 Abs. 1 RVO).

1. 2. 3 Entrichtung der Beiträge

Die Unterschiedlichkeiten hinsichtlich der Beitragsaufbringung zwischen RVO- und Ersatzkassen hängen eng mit den gleichfalls abweichend geregelten Vorschriften zur Beitragsentrichtung zusammen. Im Gegensatz zum *pflichtversicherten Mitglied* einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse, dessen *Beiträge unmittelbar vom Arbeitgeber abgeführt* werden, der dadurch gegenüber der Krankenkasse zum Schuldner des Gesamtbeitrages wird (§ 393 Abs. 1 RVO), ist der *Ersatzkassenversicherte grundsätzlich selbst Beitragsschuldner* der Kasse. Die Ersatzkasse hat im Prinzip keinen Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber und kann deshalb auch nicht die Auszahlung des Arbeitgeberanteils direkt an sie verlangen. Konsequenterweise steht deshalb auch im Grundsatz dem Versicherten selbst der Anspruch auf Auszahlung des Arbeitgeberanteils zu, der »eigentlich« an die Pflichtkasse abzuführen wäre (§ 520 RVO).

Schaubild 4.9: Kassenarten und GKV-Regelleistungen an Versicherungspflichtige

Kassenart Regelleistungen für Versicherungspflichtige	RVO-Kassen	See-Kasse	Knappschaft	Landwirtschaftliche Krankenkassen	Ersatzkassen
Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten	§§ 181 ff. RVO	§§ 181 ff. RVO	§ 20 RKG, §§ 181 ff. RVO	§§ 8 ff. KVLG, wie RVO-Kassen	§ 507 Abs.1 und 4 RVO, §§ 181 ff. RVO, wie RVO-Kassen
Krankenhilfe: - Krankenpflege	§§ 182 ff. RVO	§§ 182 ff. RVO	§ 20 RKG §§ 182 ff. RVO	§§ 12 ff. KVLG, wie RVO-Kassen, jedoch ohne Haushaltshilfe	§ 507 Abs.1 und 4 RVO, §§ 182 ff. RVO, wie RVO-Kassen
- Krankengeld	§§ 182 ff. RVO	§§ 182 ff. RVO	§ 20 RKG, §§ 182 ff. RVO	§§ 12 ff. KVLG wie RVO-Kassen	§ 507 Abs.1, § 508 S.2 RVO, § 507 Abs.3 RVO, wie RVO Kassen
Mutterschaftshilfe	§§ 195 ff. RVO	§§ 195 ff. RVO	§ 20 RKG, §§ 195 ff. RVO	§§ 22 ff. KVLG wie RVO-Kassen	§§ 507 Abs.1, 507a, 195 ff. RVO, wie RVO-Kassen
Sonstige Hilfen	§§ 200e ff. RVO	§§ 200e ff. RVO	§ 20 RKG, §§ 200e ff. RVO	§§ 31 a ff. KVLG wie RVO-Kassen	§ 507 Abs.1 und 3 RVO §§ 200e ff. RVO, wie RVO-Kassen
Sterbegeld	§§ 201 ff. RVO	§§ 201 ff. RVO	§ 20 RKG, §§ 201 ff. RVO	§ 37 KVLG, Höhe anders als bei RVO-Kassen	§ 507 Abs.1 RVO, wie RVO-Kassen
Familienhilfe	§§ 205 ff. RVO	§§ 205 ff. RVO	§ 20 RKG, §§ 205 ff. RVO	§§ 32 f. KVLG, wie RVO-Kassen	§ 507 Abs.1 und 4, § 205 RVO wie RVO-Kassen
Seemannsheim	---	§ 481 RVO	---	---	---
Betriebshilfe	---	---	---	§ 34 Abs.1 KVLG	---

Allerdings bildet § 520 RVO dispositives Recht, von dem, wie *Schaubild 4.8* erkennen läßt, durch Vereinbarung - etwa in dem Sinne, daß der Arbeitgeber doch den Beitrag unmittelbar an die Ersatzkasse abführt - abgewichen werden kann.

Auch hinsichtlich der *freiwillig Versicherten* bestehen im geltenden Recht zwischen den verschiedenen Kassenarten gravierende Unterschiede. Zwar haben, wie beschrieben, GKV-Versicherte mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze ihre Krankenversicherungsbeiträge regelmäßig selbst zu entrichten, jedoch bleiben die *RVO-Kassen* unabhängig von der tatsächlichen Kassenzugehörigkeit des Versicherten in jedem Fall *Einzugsstelle* für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Demgegenüber steht den Ersatzkassen dieses Recht allein für ihre versicherungspflichtigen Mitglieder zu (vgl. §§ 1399 Abs. 2 RVO, 121 Abs. 2 Satz 2 AVG, 176 Abs. 2 AFG).

1.3 Unterschiede im Leistungsrecht

1.3.1 Leistungen an Pflicht- und freiwillig Versicherte im allgemeinen

Im Grundsatz garantiert das geltende Krankenversicherungsrecht den Versicherten über alle Kassenarten hinweg den gleichen Leistungsumfang. Im Hinblick auf das Verhältnis RVO-Kassen/Ersatzkassen verdeutlichen die

Regelungen, daß für *Versicherungspflichtige* die von den Krankenkassen zu erbringenden Regelleistungen ebenso wie die - ausschließlich in engen Grenzen statthaften - Mehrleistungen (*s. unten Teil IV 2. 2*) keine rechtlich zwingenden kassenspezifischen Differenzierungen aufweisen können (§§ 179, 507 f. RVO). Auch für Pflichtversicherte der Ersatzkassen gilt danach das *Sachleistungsprinzip*.⁵

Konkret unterliegen die Ersatzkassen zwar bei der Leistungsgewährung (im Rahmen des § 179 RVO) hinsichtlich Zeitdauer und Höhe keiner Beschränkung (§ 508 Satz 1 RVO). Indes gilt dies nur in sehr engen Grenzen:

- einmal generell allein für die satzungsmäßig festgelegten Mehrleistungen, da die Regelleistungen an Versicherungspflichtige - als Mindestleistungen der Ersatzkasse - nach Art, Beginn und Dauer den Leistungen der RVO-Kassen entsprechen müssen (§ 507 Abs. 1, 4 RVO);
- zum zweiten nur im Rahmen der für alle Kassenarten einheitlich abgesteckten Möglichkeiten, Mehrleistungen zu erbringen (§ 508 Satz 1 i.V.m. § 179 Abs. 3 RVO);
- drittens hinsichtlich dieser Mehrleistungen nicht für die Höhe des Sterbegeldes für verstorbene Mitglieder (§ 508 Satz 3 RVO).

5) Vgl. zur Geltung des Sachleistungsprinzips für versicherungspflichtige Ersatzkassenmitglieder insb. BSGE 42, 117 (118 ff.)

Das *Schaubild 4.9* gibt näheren Aufschluß über die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für die Leistungsgewährung an Versicherungspflichtige bei den einzelnen Kas- senarten.

Deutlicher konturiert sind leistungsrechtliche Unterschiede zwischen RVO-Kassen auf der einen und Ersatzkassen auf der anderen Seite beim Blick auf die *freiwillig Versicherten*. Während Versicherungsberechtigte der Pflichtkassen grundsätzlich die gleiche rechtliche Stellung wie Versicherungspflichtige erlangen (zu erweiterten Möglichkeiten von Leistungsbeschränkung und Leistungsausschluß vgl. §§ 215, 310 Abs. 2, 313 Abs. 2 RVO), gelten für freiwillig Versicherte der Ersatzkassen grundsätzlich die Bestimmungen der Satzung (§ 4 Abs. 2 der 12. AufbauVO).

Allerdings ist diese aus der Entstehungsgeschichte der Ersatzkassen interpretierbare Sonderbefugnis mittlerweile durch verschiedene rechtliche Vorgaben dem für die anderen GKV-Kassenarten geltenden Recht erheblich angeglichen worden. Seit Anfang der 70er Jahre⁶ sind wesentliche Vorschriften des Leistungskatalogs der RVO für *alle Mitglieder* der Ersatzkassen verbindlich festgeschrieben (§§ 507 Abs. 4, 507 a RVO); zudem muß das Leistungsspektrum auch für freiwillig Versicherte dem in § 179 RVO angesprochenen Rahmen entsprechen (§ 508 RVO).

1. 3. 2 Leistungen an freiwillig Versicherte im besonderen: Kostenerstattung und Zusatzkrankengeld

Eine besondere Problematik stellt die Frage nach der Inanspruchnahme von Kostenerstattungsregelungen anstelle der Sachleistungsgewährung durch freiwillig Versicherte dar.

Insbesondere im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung üben die *Ersatzkassen* seit jeher unter Hinweis auf ihr Satzungsrecht (§ 4 Abs. 2 der 12. AufbauVO) die Praxis, für ihre *freiwillig versicherten Mitglieder* anstelle des Sachleistungsprinzips *Kostenerstattung* zu gewähren. Schlossen die Ersatzkassen-Arztverträge lange Zeit die vertragsärztliche Behandlung mit Krankenschein für Versicherte, deren Einkommen die GRV-Pflichtversicherungsgrenze für Angestellte überstieg, aus⁷, sah der nach Wegfall dieser Grenze 1971 geänderte Ersatzkassen-Arztvertrag vor, daß freiwillige Ersatzkassenmitglieder vertragsärztliche Behandlung *entweder* in Form der Sachleistung *oder* der Kostenerstattung beanspruchen könnten. Indes versagte die Aufsichtsbehörde entsprechenden Satzungsänderungen einiger Ersatzkassen die Genehmigung. Begründet wird diese Ansicht insbesondere mit § 508 i.V.m. § 179 RVO, der es nicht erlaube, die für die gesetzliche Krankenversicherung atypische Leistungsart der Kostenerstattung zu gewähren. Zudem kann auf den erst Anfang 1970 eingefügten Abs.4 des § 507 RVO verwiesen werden, der für *alle Mitglieder* der Ersatzkassen auch die

Verpflichtung begründet, sich zur ärztlichen Behandlung eines Krankenscheines zu bedienen.

An der Praxis der Ersatzkassen, für freiwillig Versicherte Kostenerstattung zu gewähren, änderte sich gleichwohl nichts. In einer im Herbst 1971 getroffenen Vereinbarung zwischen Vertretern des BMA und der Ersatzkassen wurde diesen das Recht eingeräumt, »in gleichem Umfang wie bisher für einen begrenzten Kreis von freiwillig Versicherten Kostenerstattung vornehmen« zu können.⁸ Eine abschließende rechtliche Klärung erfolgte indes nicht.

Die Auseinandersetzung erhielt dadurch (zumindest vorläufig) eine Wende, da das Bundessozialgericht (BSG) 1981 *allen Kassenarten* das Recht eingeräumt hat, für die Gruppe der freiwillig versicherten Angestellten durch Aufnahme entsprechender Satzungsbestimmungen (nach § 321 Nr. 2 RVO) Kostenerstattung einzuführen.⁹ Die hierzu abweichende Auffassung eines anderen Senats des BSG¹⁰ hält die Frage derzeit rechtlich bis zur Entscheidung des Großen Senats weiter offen. Die Praxis der Aufsichtsbehörden, entsprechende Satzungsänderungen der Kassen zu genehmigen, ist bundesweit gegensätzlich.

Ein zweites leistungsrechtliches Sonderproblem im Verhältnis RVO-/Ersatzkassen ist die ebenfalls allein von den Ersatzkassen lang geübte Praxis, für freiwillig Versicherte mit Entgelten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (gegen einen Zusatzbeitrag) ein erhöhtes Krankengeld zu zahlen. Auch dieses Vorgehen der Ersatzkassen ist seit langem im Streit (S. KOMM.-DRS. 21, S.9; 45a, S.52 f.; STOLT/VESPER, 1973, S. 72 f.).

1. 4 Unterschiede im Vertragsrecht zu den Leistungserbringern

Grundsätzlich gelten die Regelungen zum Kassenarztrecht (§§ 368 ff. RVO) nach wie vor nicht für die Mitglieder von Ersatzkassen. Die Verträge zwischen Ersatzkassen einerseits und den sogenannten Vertragsärzten andererseits waren - soweit nicht durch das Leistungsrecht bestimmte Vertragsregelungen vorgegeben wurden - lange Zeit allein das Ergebnis freier Verhandlungen. Indes hat es hier seit Mitte der 70er Jahre¹¹ zunehmend Angleichungen zwischen den verschiedenen Kassenarten gegeben.

Was an gesetzlichen Grundlagen für die Vertragsbeziehungen zwischen den RVO-Kassen und den Leistungsanbietern normiert ist, muß sich seither im wesentlichen auch in den Vertragsbeziehungen der Ersatzkassen mit den Vertragsärzten wiederfinden. § 525 c RVO orientiert heute die Vertragsbeziehungen der Ersatzkassen zu den

6) Krankenversicherungsänderungsgesetz (KVÄG) vom 27. Juli 1969; BGBl. I S.950

7) In ständiger Rechtsprechung vom BSG bestätigt; s. zuletzt BSGE 25, 195 (v. a. 200 f.)

8) Kommunique der Besprechung u. a. in: Die Ersatzkasse 1971, S.398; s. zum Ganzen ebenda, S.397 f.; STOLT/VESPER, 1973, S.92 ff.; KRAUSKOPF/SCHRÖDER-PRINTZEN, 1988, S.702 f.; CASSEL, 1987, S.99 f.

9) BSG v. 9. September 1981 - 3 RK 58/79 -, u. a. in: USK 81170

10) BSG v. 2. November 1987 - 1/8 RR 34/83 -.

11) Vor allem durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVVWG) vom 28. Dezember 1976; BGBl. I S.3871

Schaubild 4.10: *Kassenarten und vertragliche Beziehungen zu den Leistungserbringern*

Kassenart Leistungserbringer	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- Kasse	Knapp- schaft	Landwirt- schafft. Kranken- kassen	Ersatzkassen
	RVO-Kassen						
Ärzte und Zahnärzte	Auf Bundesebene: - Bundesmantelverträge (§§ 368q Abs.3, 368 h Abs.1 RVO) - Rehabilitationsvereinbarungen (§ 368s RVO) - Richtlinien zur kassenärztlichen Versorgung (§ 368p Abs.1 u. 2 RVO) auf Landesebene: - Gesamtverträge (§§ 368g Abs.2, 368h Abs.1 RVO) - Richtlinien zur kassenärztlichen Versorgung (§ 368q Abs.2 RVO) inhaltliche Vorprägung durch Gesetz			Vertragsbeziehungen entbehrlich (§ 483 RVO)	wie RVO-Kasse, lediglich organisatorische Abweich. (§§ 204, 204a RVO)	wie RVO-Kasse, lediglich organisatorische Abweichungen (§ 74 KVLG)	ähnlich RVO-Kasse, keine gesetzliche Schlichtungsregelung, organisatorische Abweichungen (§ 525c RVO)
Kranken- häuser	Generelle Regelungen: - Sicherstellungsverträge (§§ 372 Abs.1 u. 2, 374 Abs.1 RVO) - Verträge über vorstationäre Diagnostik etc. (§ 372 Abs.4 RVO) - Rahmenempfehlungen (§ 372 Abs.7 RVO) Einbeziehung einzelner Krankenhäuser (§ 371 Abs.1 und 2 RVO) Inhaltliche Vorsprägung durch Gesetz			Vertragsbeziehungen entbehrlich (§ 483 RVO)	wie RVO-Kasse lediglich organisatorische Abweich. (§§ 204, 204a RKG)	wie RVO-Kasse, lediglich organisatorische Abweichungen (§§ 76 Abs.1, 74 Abs.2 u.3 KVLG)	wie RVO-Kasse, lediglich organisatorische Abweichungen (§ 525c RVO)
Apotheker	Verträge auf Landesebene üblich; kaum gesetzlich geregelt (§§ 375,376 RVO)			Vertragsbeziehungen entbehrlich (§ 483 RVO)	wie RVO- (§ 204 Abs.1 RKG)	wie RVO-Kasse (§ 76 Abs.2 KVLG)	wie RVO-Kasse (§ 525c Abs.4 RVO)
Hebammen	Verträge entbehrlich, da gesetzlicher Gebührenanspruch (§ 376a RVO)			Vertragsbeziehungen entbehrlich (§ 483 RVO)	wie RVO- (§ 20 RKG)	wie RVO-Kasse (§ 76 Abs.3 KVLG)	wie RVO-Kasse (§ 525c Abs.4 RVO)
Haushalts- hilfe	Vertragsbeziehungen möglich, kaum inhaltliche Vorprägung durch Gesetz (§ 376b RVO)			Vertragsbeziehungen entbehrlich (§ 483 RVO)	wie RVO- (§ 204 Abs.2 RKG)	wie RVO-Kasse (§ 77 KVLG)	wie RVO-Kasse (§ 525c Abs.4 RVO)
Heil- u. Hilfs- mittel- lieferanten	Verträge Leistungen und Preise (§ 376d RVO); Leistungsverzeichnisse (§ 376c RVO); kaum inhaltliche Vorprägung d. Gesetz			Vertragsbeziehungen entbehrlich (§ 483 RVO)	wie RVO- (§ 204 Abs.3 RKG) led. organisat. Abweich.	wie RVO-Kasse (§ 76 Abs.4 KVLG)	wie RVO-Kasse (§ 525c Abs.4 RVO)
Kranken- transport- unternehmen	keine gesetzliche Regelung, Verträge sind üblich RVO)			Vertragsbeziehungen entbehrlich (§ 483 RVO)	wie RVO-Kasse	wie RVO-Kasse	wie RVO-Kasse

Leistungsanbietern an die für die Pflichtkassen geltenden Vorgaben. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Vergütungsregelungen mit Ärzten/Zahnärzten (Ersatzkassen-Gebührenordnung; E-GO bzw. E-GOZ) und in der ärztlichen Bedarfsplanung als auch bei den Beziehungen zu den Krankenhäusern.

Rechtliche Unterschiede bestehen insoweit, als keine gesetzliche Regelung über die Durchführung eines Schiedsverfahrens für den Fall der (teilweisen) Nichteinigung mit der Leistungsanbieterseite besteht und die den Bundes- oder Landesverbänden der RVO-Kassen (als Körperschaften des öffentlichen Rechts, § 414 Abs. 4 RVO) zugewiesenen Aufgaben einheitlich von den Ersatzkassen-

verbänden (die in der Rechtsform eingetragener Vereine operieren, § 525 a RVO) wahrgenommen werden (§ 525 c Abs. 2 RVO).

Zu den vertraglichen Beziehungen der einzelnen Kassenarten mit den verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gibt das *Schaubild 4.10* nähere Auskunft.

2. **Schlußfolgerungen und Empfehlungen**

Die Mitglieder der Enquete-Kommission sind einhellig der Meinung, daß für den Fortbestand der beschriebenen *rechtlichen Unterschiede* - sowohl hinsichtlich der ver-

schiedenen Gruppen von Versicherten als auch zwischen den einzelnen Kassenarten - keine sachliche Begründung gefunden werden kann. Weder im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht noch im Vertragsrecht zwischen Kassen und Leistungserbringern lassen sich bei näherer Betrachtung Argumente anführen, die ein Festhalten rechtfertigen könnten. Für die erfolgreiche Umsetzung der von der Kommission befürworteten Neuordnung des Gliederungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung über ein Modell der Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten (bei Kontrahierungszwang) bildet die Beseitigung der tradierten Rechtsungleichheiten eine unabdingbare Voraussetzung (s. *Schlußfolgerungen und Empfehlungen zu Teil IV, Pkt. 5.1*).

Die Mitglieder der Kommission befürworten deshalb einstimmig im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht die *Schaffung gleicher Rechtsgrundlagen für alle Kassenarten*. Dies gilt darüber hinaus auch für die oben ausgesparte Frage unterschiedlicher Dienstrechtssysteme bei verschiedenen Kassenarten (DO-Angestellte, BKK-Beschäftigte usw.). Auch hier empfiehlt die Kommission die dienstrechtliche Gleichstellung der bei den Kassen Beschäftigten.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 4/III

Siehe die Angaben im Anschluß an Teil IV

IV. Gliederung des Krankenversicherungssystems

1. Rechtliche und tatsächliche Ortung

1.1 Gliederungsvoraussetzungen und -kriterien

Rund 90 % der Bevölkerung in der Bundesrepublik - etwa 55 Millionen Menschen - gehören entweder direkt als Mitglieder oder vermittelt über die Mitversicherung als Familienangehörige dem System der gesetzlichen Krankenversicherung an. Sie verteilen sich auf acht verschiedene Kassenarten mit regionaler, berufsständischer oder branchenspezifischer Ausrichtung in insgesamt 1165 Krankenkassen (Stand: Mai 1988) als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei zählen einzelne Krankenkassen weniger als 1000 Mitglieder, andere wiederum mehrere Millionen. Eigen ist ihnen allen ihre Autonomie als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit eigener Finanzhoheit.

Im einzelnen gliedert sich das System der gesetzlichen Krankenversicherung gegenwärtig in:

- 269 Ortskrankenkassen,¹
- 706 Betriebskrankenkassen,
- 154 Innungskrankenkassen,
- 19 landwirtschaftliche Krankenkassen,
- 7 Ersatzkassen für Angestellte,
- 8 Ersatzkassen für Arbeiter,
- 1 Seekrankenkasse,
- 1 Bundesknappschaft.

Wie schon die Sozialenquete vor gut 20 Jahren in ihrem Bericht feststellte, kann diese organisatorische Vielfalt des Krankenversicherungswesens in der Bundesrepublik kaum rational begründet werden (SOZIALENQUETE, 1966,

ZIFFER 266, S. 101), sondern bildet das Ergebnis historisch gewachsener Strukturen, die bereits durch den historischen Gesetzgeber im Kaiserreich (Krankenversicherungsgesetz 1883, Reichsversicherungsordnung 1911²) angelegt und seither im Grundsatz durch allen gesellschaftlichen, ökonomischen und staatlichen Wandel der letzten 100 Jahre erhalten geblieben sind.

Entscheidend für die Existenz des gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in seiner gegenwärtigen Form ist dabei in weitem Umfang nicht die individuelle Entscheidung der Versicherten zugunsten einer der zahlreichen Krankenkassen, sondern ein *rechtliches Zuweisungssystem*, das von seinen Intentionen her die strikte Bindung der Mitglieder an eine gesetzliche Krankenkasse zum Prinzip erhebt und Wahlrechte zwischen Kassen(arten) für die Versicherten (und deren Familienangehörige) nur in sehr beschränktem Umfang zuläßt. Der allgemeine Versicherungszwang wird somit durch einen Kassen(arten)zwang ergänzt. Dabei unterliegen Arbeiter (wie bereits in *Teil III unter 1.1.1* dargestellt) ausnahmslos der Versicherungspflicht, während Angestellte immer dann, wenn sie Arbeitsentgelte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielen, das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen können.

Für die Zuordnung der Pflichtversicherten³ gilt im wesentlichen folgendes⁴:

2) Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15. Juni 1883, RGBl. S.73; Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, RGBl. S.509

3) Zu Einzelheiten vgl. Schaubild 4. 4 in Teil III

4) Ausgeklammert bleiben im weiteren Seekasse, Bundesknappschaft und landwirtschaftliche Kassen, da sie als Versicherungen eng umrissener Personengruppen und aufgrund teilweise völlig anders strukturierter Finanzierungsgrundlagen Systeme mit Sonderregelungen darstellen.

1) Seit Juli 1988 268 Ortskrankenkassen durch Fusion der AOK'n Ludwigsburg und Bietigheim.

Tabelle 4.5: Entwicklung der Mitgliederverteilung der GKV nach Kassenarten 1938 - 1988 (i.v.H.)

Jahr	Kassenart						Mitglieder insgesamt (in 1000)
	AOK	IKK	BKK	EK.-Ang.	EK.-Arb.	Andere ¹⁾	
1938	58,2	2,9	17,6	9,8		11,4	23.222
1950	68,5	2,0	11,4	8,7	0,4	9,0	20.200
1960	57,0	3,6	13,3	18,2	0,9	7,2	27.060
1970	52,2	4,9	13,6	23,1	1,1	5,3	30.605
1975	48,2	4,7	12,7	27,1	1,1	6,2	33.492
1980	46,7	5,2	12,1	29,1	1,2	5,4	35.340
1982	45,8	5,2	11,9	30,5	1,3	5,3	35.820
1983	45,4	5,3	11,7	31,1	1,4	5,2	35.806
1984	45,0	5,3	11,6	31,5	1,4	5,1	35.993
1985	44,8	5,3	11,6	31,9	1,5	5,0	36.209
1986 ²⁾	44,4	5,2	11,6	32,3	1,5	4,9	36.450
1987 ²⁾	44,1	5,2	11,6	32,7	1,6	4,9	36.544
1988 ³⁾	43,8	5,2	11,5	33,1	1,6	4,8	36.865

1) Seekasse, Knappschaft, Landwirtschaftliche Kassen; 2) Juli; 3) Februar

Quelle: Ermittelt nach Schewe/Nordhorn, 1967, S. 83; Smigielski, 1982, S. 235; BABI, 11/1987 u. 6/1988.

- Die Ortskrankenkassen versichern grundsätzlich alle vom System erfaßten Personen - es sei denn, es besteht gesetzlich eine andere Kassenzuständigkeit. Existiert
- eine Betriebskrankenkasse im Betrieb des Versicherungspflichtigen, tritt diese an die Stelle der Ortskrankenkasse,
- eine Innungskrankenkasse für den Betrieb des Mitglieds einer Innung, sind dort Beschäftigte der Innungskrankenkasse zugeordnet.
- Daneben bestehen die *Ersatzkassen* für Arbeiter und Angestellte, die über keine *gesetzlich* zugewiesene Klientel verfügen.⁵ Die Ersatzkassen eröffnen nur bestimmten Gruppen von Versicherten ein Zutrittsrecht. Voraussetzung ist, daß das potentielle Mitglied zum zugelassenen Mitgliederkreis der gewählten Ersatzkasse gehört⁶.

Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, daß diese Kassen generell den Berufsstatus zum Ausgangspunkt des Mitgliedschaftsrechts machen. Während die meisten Angestelltenersatzkassen keine satzungsmäßige Begrenzung auf festgelegte Angestelltentätigkeiten oder Angestelltenberufe kennen, begrenzen die Arbeiterersatzkassen ihre personelle Zuständigkeit auf bestimmte Berufssparten (und sind zudem meist nur regional tätig). Besteht ein Beitrittsrecht und möchte der Versicherte zu einer Ersatzkasse übertreten, kann er sich von seiner Pflichtkassenmitgliedschaft (bei der für ihn zuständigen Ortskrankenkasse, der Betriebs- oder Innungskrankenkasse) befreien lassen (§ 517 RVO; näher: BOGS W., 1971, S.109 f., 165 f.; GITTER, 1986, S. 222 f.; SIEBECK, 1982, S. 300 f.; STOLT/VESPER, 1973, S. 68 f.).

5) Eine Ausnahme besteht über den Grundsatz der Kontinuität der Mitgliedschaft: nach § 514 Abs.2 i.V.m. §§ 257 a-e RVO sind den Ersatzkassen die dort bezeichneten Personenkreise dann als Pflichtmitglieder zugewiesen, wenn diese bereits in der Vergangenheit Mitglied einer Ersatzkasse waren; vgl. Schaubild 4.4

6) Vgl. § 505 Abs.1 RVO i.V.m. § 4 Abs.1 der 12. AufbauVO; STOLT/VESPER, 1973, S.60 ff.

Aufgrund dieses rechtlichen Gliederungsschemas zeigte die Mitgliederverteilung innerhalb der Krankenkassenlandschaft in Deutschland lange Zeit hinweg ein eindeutiges Bild. Die RVO-Kassen (Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen) hielten einen Marktanteil von etwa drei Vierteln aller Versicherten (bei Vernachlässigung der Sonderkassen etwa 90 %), während auf die Ersatzkassen lediglich ein relativ kleiner Rest entfiel.

Abgesehen von einem kontinuierlichen Konzentrationsprozeß bei den dezentral tätigen Kassenarten bildete diese strikte Bindung der Versicherten an eine Kassenart ein adäquates Mittel, weithin *homogene Versichertenstrukturen mit ausgewogener Risikomischung* zu garantieren. Ausweichmöglichkeiten für die vom System erfaßten Personengruppen wurden auf einen überschaubaren Versichertenkreis eingeeengt, ohne daß dadurch Risikostrukturen und Finanzierung des Gesamtsystems wesentlich beeinflußt wurden. Der für die gesetzliche Krankenversicherung konstitutive Solidarausgleich, dessen Funktionsfähigkeit sich im gegliederten System nur innerhalb der jeweiligen Kassengrenzen beweisen kann, konnte sich weithin reibungslos vollziehen.

1.2 Gliederungsergebnisse

Die sozioökonomische Entwicklung der Bundesrepublik hat die Berufsstrukturen kräftig umgewälzt (s. ARBEIT-UND SOZIALSTATISTIK, HAUPTERGEBNISSE 1987, S. 23; SOZIALBERICHT 1986, BT-DRS. 10/5810, S. 97; PREISER/WEBER, 1988, TABELLE 3, S. 39). Zusammen mit der gesetzlichen Ausdehnung von Pflichtversichertenkreis und dynamisierter Pflichtversicherungsgrenze führte dies im Zeitablauf zu einer zunehmenden Verschiebung der Mitgliederverteilung zwischen den einzelnen Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei nahm der Marktanteil der Ortskrankenkassen kontinuierlich ab, während auf der anderen Seite insbesondere die Ersatzkassen für Angestellte erheblichen Mitgliederzuwachs verzeichneten (s. Tabelle 4.5).

Die Intention des historischen Gesetzgebers, durch starre Zuweisung gesunde Risikostrukturen für die einzelnen Kassenarten zu garantieren, ist durch den sozialen Wandel faktisch immer mehr in Frage gestellt worden. Zwar gilt nach wie vor, daß

- die Gründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen Bestand und Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährden darf (§§ 248 Abs. 1 Nr. 1, 251 Abs. 1 Nr. 1 RVO),
- Ersatzkassen Personen nur aufnehmen dürfen, wenn diese die jeweiligen Mitgliedschaftsvoraussetzungen auch erfüllen,

doch führt insbesondere der säkulare Trend zur »Angestelltingesellschaft« zunehmend zu Widersprüchen im tradierten Gliederungssystem. Bildete der Verzicht auf Wettbewerb um Versicherte gerade ein Grundelement für die Stabilität des gegliederten Systems, besteht mittlerweile ein individuelles Wahlrecht zwischen Kassen (arten) für gut die Hälfte aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. CASSEL, 1984, S. 31; ders., 1987, Übersicht 5, S. 27; SMIGIELSKI, 1982, S. 236; PREISER/WEBER, 1988, S. 39; BRUNKHORST, 1987 b, S. 253 f.; GEISSLER, 1983, S. 315).

Tendenziell hat der sozialstrukturelle Wandel bei tradierten Gliederungskriterien zur Herausbildung einer Zweiklassen-Schichtung bei den Kassenarten geführt: Arbeiter bilden vor allem die Klientel der Ortskrankenkassen (mehr als zwei Drittel) - daneben auch der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen -, Angestellte sind meist über die Ersatzkassen versichert (drei von fünf) (s. Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, in AOK-BV, Hrsg., 1987, S. 3; ders., Hrsg., 1988, S. 22 u.ö.; PAQUET, 1987, Tabelle 13, S. 118).

Entscheidend für die finanzielle und wettbewerbliche Position einer Krankenkasse ist dabei, ob mit dieser Entwicklung auch eine zunehmend schiefe Verteilung von Risikopotentialen bei den einzelnen Krankenkassenarten einhergeht und inwieweit ihnen gegebenenfalls Parameter zur Verfügung stehen (bzw. im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung verfügbar sein können), hier gegensteuernd einzugreifen. Offensichtlich ist jedenfalls, daß ein massives Abwandern von Versichertengruppen, die als »gutes Risiko« - überdurchschnittliche finanzielle Leistungsfähigkeit, geringe Morbidität - gelten können, die davon betroffene Kassenart oder Einzelkasse in zunehmende finanzielle und wettbewerbliche Schwierigkeiten bringen muß (*dazu näher unter Abschnitt 2.1.2*).

Neben ihren Auswirkungen auf Risikoverteilung und Wettbewerbsposition von Kassen und Kassenarten bilden die *Beitragssatzunterschiede* zwischen den Kassen ein weiteres wesentliches Merkmal des gegliederten Systems. Dabei bewegen sich gegenwärtig die Beitragssatzdifferenzen im Extrem zwischen Werten von 7,5 Prozentpunkten (bei einer Betriebskrankenkasse) am unteren und 16 Prozentpunkten (bei einer Ortskrankenkasse) am oberen Ende der Skala - also in einer Breite von deutlich mehr als 100 % (Stand: Mai 1988).

Tabelle 4.6: *Verteilung der Beitragssätze auf Kassenarten und GKV-Pflichtmitglieder 1988**

A. Kassenverteilung:

Beitragssatz (in v. H. des Grundlohns)	Kassen insgesamt	davon:				
		AOK	IKK	BKK	EK- Ang.	EK- Arb.
7 - 7,9	1			1		
8 - 8,9	12			12		
9 - 9,9	99		1	98		
10 - 10,9	247	2	6	236	1	2
11 - 11,9	241	18	28	191	2	2
12 - 12,9	248	53	51	139	4	
13 - 13,9	177	96	54	24		2
14 - 14,9	108	91	11	4		2
15 - 15,9	12	8	3	1		
16 - 16,9	1	1				

B. Mitgliederverteilung:

Beitragssatz (in v. H. des Grundlohns)	Mitglieder (in Tausend)	An allen Mitgliedern (in v. H.)
7 - 7,9	0,2	0,001
8 - 8,9	5,6	0,028
9 - 9,9	302,7	1,480
10 - 10,9	928,7	4,540
11 - 11,9	2.415,7	11,809
12 - 12,9	9.487,6	46,378
13 - 13,9	3.958,3	19,349
14 - 14,9	2.973,5	14,535
15 - 15,9	370,3	1,810
16 - 16,9	14,3	0,070

*) Mai; Quelle: BMA-Statistik

Werden Höchst- und Niedrigstwerte als eher untypische »Ausreißer« angesehen und aus der Betrachtung eliminiert, zeigt sich, daß 90 % der Kassen mit 96,6 % der Mitglieder Beitragssätze zwischen 10 und knapp 15 Prozentpunkten erheben - mithin Beitragsunterschiede von 50 % aufweisen - und sich bei einem guten Drittel der Kassen - mit allerdings rund zwei Dritteln aller Mitglieder - der Beitragssatz zwischen 12 und knapp 14 Prozentpunkten massiert, was Schwankungen von bis zu etwa 20 % entspricht (*vgl. insgesamt Tabelle 4.6*).

Die autonomiebetonte und (teilweise) dezentrale Organisationsstruktur des gegliederten Systems bringt es im weiteren mit sich, daß nicht allein zwischen den verschiedenen Kassenarten, sondern auch *kassenartenintern* erhebliche Beitragsspannen zu beobachten sind. Dabei streuen bundesweit (Anfang 1988⁷) die

- Ortskrankenkassen zwischen 10,8 und 16,0 Prozentpunkten (= 48 % Differenz),
- Innungskrankenkassen zwischen 9,8 und 15,6 Prozentpunkten (= 59 % Differenz),
- Betriebskrankenkassen zwischen 7,5 und 15,0 Prozentpunkten (= 100 % Differenz),
- Angestellteneratzkassen zwischen 10,8 und 12,9 Prozentpunkten (= 19 % Differenz),

7) Quelle: AOK-Bundesverband; BABI. 4/1988. S.106

- Arbeiterersatzkassen zwischen 10,2 und 14,6 Prozentpunkten (= 43 % Differenz).

Für die einzelnen Versicherungsmitglieder ist von besonderem Interesse, welche ungleiche Beitragsbelastung sie als Folge des heutigen Gliederungssystems vor Ort treffen kann.

Tabelle 4.7: *Allgemeiner Beitragssatz*) der Kassen(arten) am 1. Januar 1988; Region Hamburg*

Kassen(art)	Beitragssatz (in v. H.)	Beitragssatz- unterschiede:
AOK	15,5	9,5 - 15,5 = 60 % Differenz
IKK	13,4	
BKK:		
- Mittelwert	12,6	
- Maximalwert	13,9	
- Minimalwert	9,5	
Ang.-EK:		
- Mittelwert	12,7	
- Maximalwert	12,9	
- Minimalwert	11,0	
Arb.-EK:		
- Mittelwert	12,0	
- Maximalwert	14,6	
- Minimalwert	10,6	

*) Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mind. 6 Wochen (§ 385 Abs. 1 S. 1 RVO)

Quelle: Auskunft der jeweiligen Kassen(verbände) für die Enquete-Kommission

Tabelle 4.8: *Allgemeiner Beitragssatz*) der Kassen(arten) am 1. Januar 1988; Region Württemberg-Baden¹⁾*

Kassen(art)	Beitragssatz (in v.H.)	Beitragssatz- unterschiede:
AOK:		8,6 - 14,3 = 65 % Differenz
- Mittelwert	12,4	
- Maximalwert	14,2	
- Minimalwert	10,9	
IKK:		
- Mittelwert	11,8	
- Maximalwert	13,8	
- Minimalwert	10,6	
BKK:		
- Mittelwert	11,0	
- Maximalwert	14,3	
- Minimalwert	8,6	
Ang.-EK:		
- Mittelwert	12,7	
- Maximalwert	12,9	
- Minimalwert	11,0	
Arb.-EK:		
- Mittelwert	12,0	

*) Pflichtversicherte mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mind. 6 Wochen (§ 385 Abs. 1 S. 1 RVO)

1) Grenzen des AOK-LV

Quelle: Auskunft der jew. Kassen(verbände) für die Enquete-Kommission; AOK-BV, Statistische Informationen, Reihe 2.8, Beitragssätze der BKK'n und IKK'n im AOK-Bezirk

Dabei zeigen verschiedene Analysen, daß auch regionenbezogen weite Beitragsschwankungen zwischen den Kassen (kassenartenübergreifend, möglicherweise auch kassenartenintern) die Regel sind. Dies führt zu erheblichen finanziellen Mehr- oder Minderbelastungen für die betroffenen Versicherten (und ihre Arbeitgeber). Die Beitragssatzdifferenzen in derselben Region liegen teilweise bei rund 50 % (s. KOMM.-DRS. 46, Anlage; für Bremen: GEISS-

LER, 1980, S. 18; für den Raum Steinfurt: GONTO/STUPPARDT, 1981, S. 305; für Duisburg: LEDENIK, 1988, S. 51 f.). In den von der Enquete-Kommission gesondert betrachteten Regionen Hamburg und Baden-Württemberg ergibt sich dabei das auf den folgenden Tabellen 4.7 und 4.8 wiedergegebene Bild.

2. Problemanalyse des gegliederten Systems

2.1 Wahlmöglichkeiten für Versicherte zwischen einzelnen Kassenarten

Für den einzelnen Versicherten sind - wie ausgeführt - die Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Kassen und Kassenarten im heutigen System der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmlich über seinen beruflichen Status determiniert. Die rechtliche Ausgestaltung des gegliederten Systems mit Zuweisung und Option knüpft an die Berufsstellung des Versicherten als wesentlichem Abgrenzungskriterium an (»strukturbildender Mechanismus«; HUPPERTZ u.a., 1981, S. 33). *Cum grano salis* erweitern sich Wahl- und Wechselmöglichkeiten des Einzelnen in dem Maße, wie ihm ein sozialer Aufstieg gelingt.

- Für *Arbeiter* bestehen - mit Ausnahme der geringen Chance, zur Berufsgruppenklientel der Arbeiterersatzkassen zu gehören - keine individuellen Wahlmöglichkeiten. Dies gilt auch bei Existenz oder Gründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen, da Arbeiter in diesem Falle dort zwangsweise die Mitgliedschaft erwerben.

- Für *Angestellte* stellen sich die Optionsmöglichkeiten deutlich breiter dar. Alle Angestellten haben aufgrund der Zugangsregelungen verschiedener Angestelltenerersatzkassen und deren bundesweiter Ausbreitung Wahlchancen zwischen der für sie zuständigen RVO-Kasse und (in der Regel mehreren) Ersatzkassen.

- Für *Angestellte* mit einem *Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze* (in Höhe von 75 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung; 1988 = 4 500 DM monatlich) erweitert sich das Angebot zusätzlich um die private Krankenversicherung. Ob die Wahlmöglichkeiten innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt werden oder Krankenversicherungsschutz außerhalb gesucht wird, bleibt ausschließlich individuellem Ermessen anheimgestellt.

- Grundsätzlich gilt ähnliches auch für *Beamte und Selbständige* (außerhalb der Landwirtschaft). Gehörten sie in der Vergangenheit einmal der gesetzlichen Krankenversicherung an, können sie frei entscheiden, ob sie Mitglied »ihrer« gesetzlichen Pflichtkasse oder einer der zur Auswahl stehenden Ersatzkassen bleiben wollen bzw. zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen wechseln oder auf solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos ganz verzichten (vgl. die Übersichten bei LAMPERT, 1987, S. 56; HENKE, 1985, S. 71).

Wenn heute bereits rund die Hälfte aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung individuelle Kas-

senwahlmöglichkeiten besitzen, wird dieser Anteil zukünftig weiter zunehmen. Eine früher kaum erwähnenswerte Minderheit von Versicherten wandelt sich aufgrund der sozioökonomischen Entwicklung zu einer deutlichen Mehrheit.

Doch während in anderen Bereichen des Sozialversicherungsrechts (etwa dem Rentenrecht) bereits seit den 50iger Jahren, im Arbeitsrecht (vor allem durch das Lohnfortzahlungsgesetz) seit den späten 60iger Jahren und zunehmend auch in tarifvertraglichen Regelungen (Tarifabschluß 1987 in der chemischen Industrie) die rechtliche Angleichung der Stellung von Arbeitern und Angestellten weite Fortschritte gemacht hat, *benachteiligt das Krankenversicherungsrecht weiterhin Arbeiter gegenüber Angestellten und allen anderen (potentiellen) Versichertengruppen*. Eine solche Ungleichbehandlung von Versicherten, deren Belastung mit Beitragszahlungen andererseits nach einheitlichen (an der Höhe des Bruttoarbeitsentgelts orientierten) Kriterien bemessen ist, entbehrt der sachbezogenen Rechtfertigung. In einer Zeit, in der innerhalb der Arbeitswelt die Unterscheidung von typischen Angestellten- oder Arbeitertätigkeiten immer schwieriger wird und die Gesamtentwicklung zunehmend auf einen einheitlichen Arbeitnehmerbegriff hinausläuft, lassen sich für die Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten dauerhaft keine mit der Verfassung (Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG)) vereinbare Gründe mehr finden.

Die rechtliche Problematik der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten erhält dadurch ein eigenes sozialpolitisches Gewicht, daß die Zunahme des Kreises der Wahlberechtigten und die rege Wahrnehmung von Optionsmöglichkeiten, wie sie sich in der Entwicklung der Mitgliederzahlen bei den einzelnen Kassenarten widerspiegelt (s. *Tabelle 4.5*), innerhalb der gesamten Versicherungsgemeinschaft *Risiko-selektionen erlaubt*. Die Wahl eines anderen Versicherungsträgers durch den - rational handelnden - Versicherten erfolgt dann, wenn der Wechsel individuelle Vorteile verspricht. In den einstmals als Basissystem geschaffenen Ortskrankenkassen verbleiben vornehmlich diejenigen Versicherten zurück, denen ein Übertritt wenig sinnvoll erscheint, oder - und das ist die quantitativ weitaus stärkere Gruppe - die weiterhin Zwangszugewiesenen.

Tendenziell sind damit aber zunehmend schiefe Risikoverteilungen zwischen den einzelnen Kassenarten möglich. Deren potentieller Umfang vergrößert sich weiter, da auch die Wahrnehmung kollektiver Optionen (durch Gründung oder Erweiterung von Betriebs- und Innungskassen) ökonomisch vor allem dann Sinn macht, wenn dies dem Zusammenschluß »guter Risiken« (»Rosinenpicken«) dient. Perspektivisch wird dadurch zunehmend ein systemimmanenter Erosionsprozeß zuungunsten der Ortskrankenkassen gefördert.

2.2 Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassenarten

Einen entscheidenden Faktor für die Kassenwahl von Versicherten bildet zweifellos der von der Krankenversi-

cherung erhobene Beitragssatz. Während geringe Beitragssatzunterschiede keinen wesentlichen Einfluß auf das Verhalten der Versicherten ausüben dürften, tritt eine ansonsten zumindest mitentscheidende Bedeutung vor allem kassenartenspezifischer Prestige- und Imagevorteile bei sich weitenden Preisdifferenzen zunehmend in den Hintergrund. Nach den der Enquete-Kommission aus dem Krankenkassenbereich übermittelten Beobachtungen beginnt der entsprechende Schwellenwert für die Versicherten bereits bei Beitragssatzdifferenzen von etwa einem halben Prozentpunkt⁸. Oberhalb dieser Marge tritt die Dominanz der Preisgestaltung gegenüber anderen Einflußfaktoren (Kassenprestige, Service- und Leistungsangebot) deutlich zutage. Im Wettbewerb der Kassen(arten) um Angestellte und freiwillig Versicherte kann somit der Stellenwert des jeweiligen Beitragssatzes der Kasse kaum hoch genug eingeschätzt werden. Beitragssatzunterschiede zwischen einzelnen Kassen und Kassenarten bilden indes grundsätzlich ein konstitutives Element des gegliederten Systems überhaupt. Die oben benannten Differenzen von Kasse zu Kasse sind von daher weder neuartig noch ungewöhnlich (s. BSGE 58, 134 (139); GEISSLER, 1980, S. 17).

Trotzdem gilt es, die Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen näher zu beleuchten. Mittlerweile erreichen die regionalen *Differenzen zwischen den Beitragssätzen* einzelner Kassen ihrer absoluten Höhe nach in der Geschichte der sozialen Krankenversicherung *nie zuvor angenommene Beträge*, so daß die finanzielle Mehrbelastung eines Versicherten - innerhalb der gleichen Region - (auch bei Vernachlässigung potentiell verschärfender Wirkungen des § 520 RVO; dazu *oben Teil III. unter 1.2.2*) durchaus einige 1 000 DM jährlich erreichen kann (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag). Der Beitrag für einen Durchschnittsverdiener (3 000 DM brutto monatlich) schwankt in der Region Hamburg zwischen 3 456 DM (bei einer Betriebskrankenkasse), 4 572 DM bei den Ersatzkassen (Mittelwert) und - im Extrem - 5 580 DM (bei der Ortskrankenkasse) jährlich. Bei einem Versicherten, dessen Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze liegt, weiten sich diese Differenzen auf bis zu annähernd 3 200 DM.

Bei der Frage nach der sozialen Adäquanz und rechtlichen Zulässigkeit solcher Beitragssatzdifferenzen auch in der Zukunft sind folgende Entwicklungen von zentraler Bedeutung:

- Der *Leistungskatalog* der Krankenkassen ist durch den Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr *vereinheitlicht* worden (sog. Regelleistungen nach § 179 RVO). Weit über 90 % aller von den Krankenkassen erbrachten Leistungen sind verbindlich für alle versicherten Mitglieder festgeschrieben.
- Folge der breiten Verpflichtung auf Regelleistungen ist, daß sich das Leistungsangebot der Krankenkassen nur in Randbereichen voneinander unterscheidet. Auf

⁸) Auskunft des Sachverständigen BERG in einer Anhörung der Arbeitsgruppe IV, Arbeitsgruppenprotokoll IV/3, S.7; siehe auch: PAQUET, 1987, S.261

den Katalog der sog. Mehr- und Ermessensleistungen⁹ entfallen mittlerweile nicht einmal 10 % der von den Kassen erbrachten Gesamtleistungen (SMIGIELSKI, 1982, S. 238; GEISLER, 1980, S. 19, 41; DÜTTMANN, 1978, S. 50; BORCHERT, 1982, S. 243).

- Das normativ vorgegebene Leistungsspektrum führt, verbunden mit den Prinzipien der Kassenorganisation, dazu, daß ein Teil der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einem »Diktat des Beitragssatzes« unterworfen ist, ein (zunehmend) größerer Teil indes nicht. Wer keine Wahlmöglichkeiten im gegliederten System besitzt - also insbesondere die Arbeiter in den Ortskrankenkassen -, wird gezwungen, Beitragssätze zu akzeptieren, denen sich andererseits alle wahlberechtigten Versicherten entziehen können (und - wie die Entwicklung gezeigt hat - bisher in weitem Umfang auch entzogen haben).
- Der Beitragsabstand zwischen den Ortskrankenkassen, deren Versichertenstruktur (vornehmlich) aus Zwangszugewiesenen besteht, und den anderen Krankenkassenarten, deren Mitgliederkreis sich aus freiwillig Beigetretene zusammensetzt, hat sich in den letzten Jahren deutlich geweitet.

Anfang 1988 betrug der Abstand bundesweit zwischen

- Ortskrankenkassen und den Angestelltenersatzkassen 0,77 Prozentpunkte, während die Beitragssätze vor 15 Jahren (1973) bei den Ortskrankenkassen noch um 0,7 Prozentpunkte günstiger lagen,
- Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen (mit Mitgliedern, die ihr Kollektivwahlrecht wahrgenommen haben) 2,05 Prozentpunkte, während dieser Abstand 1973 nur 0,76 Prozentpunkte betrug,
- Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen (mit kollektiv Wahlberechtigten) 0,68 Prozentpunkte nach 0,48 Prozentpunkten vor 15 Jahren¹⁰.

Wie bereits gezeigt wurde, driften die Beitragssätze in einzelnen Regionen der Bundesrepublik noch viel weiter auseinander, so daß vor Ort die Ungleichheit zwischen rechtlich und ökonomisch diskriminierten Versicherten und solchen mit Wahlfreiheiten bei vergleichbarem Leistungsniveau noch erheblich zunimmt.

Zusammenfassend lassen sich aus den genannten Prozessen zwei zentrale Schlußfolgerungen ziehen:

9) Satzungsmäßige Mehrleistungen beschränken sich auf die Gewährung von:

- Zuschüssen zu den Kosten zahntechnischer Behandlung, § 182 c Abs.1 RVO
- Hauspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung, § 185 Abs.1 S.2 RVO
- Zuschüssen zu vorbeugenden Kuren, § 187 Abs. 1 Nr.1 RVO
- Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, § 187 Abs. 1 Nr.2 RVO
- verbesserter Fahrtkostenübernahme, § 194 Abs.1 S.2 RVO
- erhöhtem Sterbegeld, § 204 RVO
- Krankenhilfe für »sonstige Angehörige«, § 205 Abs.3 RVO

Ermessensleistungen beziehen sich insbesondere auf den Wegfall von Selbstbeteiligungen in Härtefällen, §§ 182a S.3, 182c Abs.3 RVO.

10) Quelle: BMA-Statistik, Vordruck KM 1

- Der Grundsatz der Einkommensproportionalität der Beiträge als zentrales Element des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung wird tendenziell ausgehöhlt, wenn trotz gleichem Leistungspektrum der Kassen und gleichem individuellen Arbeitsentgelt (= Grundlohn) der Versicherten teilweise erheblich voneinander abweichende Beitragssätze entrichtet werden müssen.
- Im Unterschied zu früheren Jahrzehnten finden differierende Beitragssätze heute im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung keinen tragfähigen Ansatzpunkt mehr. Bei gleichem Leistungskatalog über alle Kassen und Kassenarten hinweg resultieren Beitragssatzdifferenzen zwischen den Einzelkassen grundsätzlich nur noch aus Unterschieden in der jeweiligen Finanzkraft auf der einen und dem jeweiligen Finanzbedarf auf der anderen Seite.

Angesichts der ausgewiesenen Zahlen zur Beitragsdrift zwischen den Kassen und Kassenarten mit entweder gesetzlich zugewiesener Klientel oder »Wahlversicherten« liegt deshalb die Vermutung nahe, daß die unterschiedlichen Zugangsregelungen im gegliederten System mittlerweile Risikoselektionen zugunsten der »Wahlkassen« in einem solchen Umfang erlauben, daß dadurch die für einen funktionsfähigen Solidarausgleich innerhalb der Krankenkassen unabdingbare Voraussetzung einer relativ ausgewogenen Risikomischung insbesondere für die Ortskrankenkassen zunehmend verlorengeht.

Ist dies tatsächlich der Fall, lassen sich die Widersprüche des gegenwärtigen Gliederungssystems dahingehend zuspitzen, daß es rechtlich benachteiligte Versichertengruppen auch sozial durch die zwangsweise Auferlegung höchster Beitragssätze diskriminiert - ein unter Gleichheitswie Sozialstaatsaspekten (Art. 3 Abs. 1, 20 Abs. 1 GG) gleichermaßen inakzeptables Ergebnis.

2.3 Kassenarten und Risikostrukturen

Um mehr Aufschluß über die Ursachen der heutigen Beitragssatzunterschiede im gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewinnen, ist es notwendig, die für die finanzielle Situation und Beitragssatzgestaltung einer Kasse zentralen Faktoren Finanzkraft und Finanzbedarf weiter in ihre Segmente zu zerlegen. Zu analysieren ist, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die tradierten Organisationsstrukturen Beitragssatzunterschiede zuungunsten einzelner Kassen und Kassenarten provozieren.

Zu diesem Zweck erweist sich die Kategorisierung der für den konkreten Beitragssatz einer Kasse wesentlichen Elemente als sehr hilfreich, wie sie in Anlehnung an Versuche in früheren Untersuchungen (DÜTTMANN, 1978, S.48 f.; HUPPERTZ u.a., 1981, v.a. S. 461) 1985 auch vom Bundessozialgericht¹¹ übernommen worden ist.

Das Bundessozialgericht hat in dieser Entscheidung letztlich offengelassen, in welchem Umfang Beitragssatzunter-

11) BSGE 58, 134 ff. vom 22. Mai 1985 - 12 RK 15/83 -.

schiede auftreten müssen, um als verfassungsrechtlich nicht mehr tolerabel gelten zu können; im konkreten Fall hat es das Erreichen oder Überschreiten einer solchen Grenze verneint¹². Wesentlich für den hier betrachteten Zusammenhang ist die Feststellung des Gerichts, daß die Beantwortung der Frage, ob Unterschiede in den Beitragssätzen »zu ungerechtfertigten Benachteiligungen oder Begünstigungen der von ihnen Betroffenen« führen, vor allem davon abhängt, ob sie auf Ursachen zurückzuführen seien,

- a) »zu deren Ausgleich die soziale Krankenversicherung gerade geschaffen« worden sei, wie namentlich der Risikoausgleich
- zwischen leistungsstärkeren und leistungsschwächeren Mitgliedern (Grundlohnunterschiede),
 - zwischen unterschiedlichen Quoten mitversicherter Angehöriger (Familienlastquote),
 - zwischen älteren und jüngeren Versicherten,
 - zwischen den Geschlechtern;
- b) die von medizinischer Überversorgung in der Region und entsprechender Inanspruchnahme durch die Versicherten ausgingen;
- c) die Folge unwirtschaftlichen Verhaltens der Einzelkassen seien, wie vor allem
- überdurchschnittliche Verwaltungskosten,
 - zu großzügige Leistungsgewährung,
 - ungenügende Wirtschaftlichkeitskontrollen¹³.

Damit hat das Gericht drei Kategorien von Faktoren benannt, die relativ einfach danach abzugrenzen sind, ob ihre *Wirkungen* auf den Beitragssatz *von den Kassen* weitgehend autonom *gesteuert* werden können oder ob hier Größen einfließen, auf deren Zusammensetzung die einzelnen Kassen nur geringen oder keinen Einfluß ausüben können. Bei den letztgenannten Elementen liegt auf der Hand, daß sie der Eigenentscheidung der Kasse unterliegen. Die unter a) genannten Faktoren stellen den Kassen vorgegebene Größen dar, während die aufgeworfene Frage überdurchschnittlich regionaler Versorgung von der jeweiligen Krankenkasse nur partiell beeinflussbar ist.

Da konstatiert werden kann, daß die kasseninternen Determinanten des Beitragssatzes - wie die oben angesprochenen Satzungs- und Ermessensleistungen, aber auch die Höhe der Verwaltungskosten¹⁴ - zwar teilweise deutliche (nicht zuletzt institutionalisierte, § 362 Abs. 1 RVO) Unterschiede zwischen einzelnen Kassenarten aufweisen¹⁵,

12) siehe BSGE 58, 134 (144 f., 150). - Die dagegen erhobene Verfassungsbeschwerde liegt dem BVerfG (1 BVR 1236/85 u. a.) zur Entscheidung vor.

13) Zum Ganzen: BSGE 58, 134 (145-148)

14) Diese betragen über alle Kassen hinweg 1986 im Durchschnitt 4,6 % der Gesamtaufwendungen = rd. 0,6 Beitragssatzpunkte; vgl. CHRISTMANN, 1988, S.18; auch GEISSLER, 1980, S.25; BORCHERT, 1982, S.243; BRUNKHORST, 1987 b, S.120

15) Nach § 362 Abs.1 RVO trägt der Arbeitgeber den personellen Aufwand der BKK, so daß dort die Verwaltungskosten lediglich 0,7 % aller Aufwendungen (= 0,08 Beitragssatzpunkte) erreichen; CHRISTMANN, 1988, S.18; GEISSLER, 1980, S.25; HUPPERTZ u. a., 1981, S.80 ff

andererseits aber im Vergleich keine herausragenden Positionen bei der Beitragssatzkalkulation bilden, bleiben als *weit überwiegende Einflußgrößen* die anfangs genannten, *den Sozialcharakter der gesetzlichen Krankenversicherung begründenden Faktoren*. Finanzierungspotential und jeweilige Versichertenzusammensetzung der Kassen und Kassenarten sind freilich wesentlich durch die tradierten Organisationsstrukturen des GKV-Systems vorprogrammiert. Insofern ergibt sich ein zwingender innerer Zusammenhang von Gliederungskonzeption der gesetzlichen Krankenversicherung und Beitragssatzdifferenzen im System.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Versuche unternommen worden, das konkrete Ausmaß der als grundsätzlich relevant erfaßten Einflußgrößen zu ermitteln. Die Bewertung der Ergebnisse ist dabei teilweise widersprüchlich, was oft bereits an einer ungenügenden Differenzierung zwischen den jeweils betrachteten Ebenen - insbesondere hinsichtlich der personellen und räumlichen Abgrenzung -, vielfach aber auch am Mangel gesicherten Datenmaterials liegt. Auch der Enquete-Kommission war es angesichts des engen zeitlichen Rahmens für ihre Arbeit nicht möglich, hier vorhandene Lücken in ausreichendem Maße zu schließen.

2.3.1 Finanzierungspotential der Kassen(arten)

Im durchschnittlichen Grundlohn der Mitglieder einer Krankenkasse spiegelt sich deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wider. Aus der Summe der Grundlöhne als der beitragspflichtigen Arbeitsentgelte der Mitglieder (§ 180 RVO) läßt sich durch Multiplikation mit dem Beitragssatz das Einnahmenvolumen der einzelnen Krankenkasse ablesen. *Einnahmeseitig* bildet somit die *jeweilige Höhe des Grundlohniveaus die entscheidende Größe* für die Finanzsituation einer Kasse. Ceteris paribus schwankt der Beitragssatz einer Kasse in Anlehnung an die vom eigenen Mitgliederkreis realisierten Grundlöhne: ein niedriges Grundlohnniveau verursacht hohe Beitragssätze und *vice versa*.

Die Zwei-Klassen-Schichtung bei den Kassenarten führt u.a. aufgrund der weiterhin bestehenden Unterschiede bei den Durchschnittsverdiensten von Arbeitern und Angestellten (Bruttojahresentgelte 1985: Arbeiter 38 279 DM, Angestellte 48 611 DM) zu deutlich differierenden Grundlohnsummen bei den einzelnen Kassenarten (vgl. *Tabelle 4.9*). Der »strukturbildende Mechanismus« zeigt offenbar insofern deutlich seine Wirkung, als die Kassenarten mit selektierten Mitgliederkreisen teilweise deutlich höhere Grundlohnsummen realisieren können als die Ortskrankenkassen¹⁶. Die Innungskrankenkassen bilden in diesem Zusammenhang eine Ausnahme, da sie in einem weit überproportionalen Umfang Auszubildende versichern und deshalb altersmäßig eine entsprechend junge

16) Auch bei Begrenzung der Entgelthöhe auf Einkommensanteile bis zur Beitragsbemessungsgrenze erreichen Angestellte nach einer Untersuchung der Ortskrankenkassen für ihren Bereich ein »Grundlohnpotential«, das 8,6 % über dem von Arbeitern liegt; BERG, 1988, S.150, 154

Tabelle 4.9: Grundlohnsummen der AKV-Mitglieder 1970 - 1987 - in DM -

a)

Jahr	Gesamt-GKV	OKK	IKK	BKK	EK.-Ang.	EK.-Arb.
1970	10.749	10.439	9.980	11.147	10.559	11.467
1975	17.942	17.319	16.381	20.154	18.106	19.645
1978	21.965	20.892	19.071	24.946	22.679	24.136
1980	24.580	23.482	21.374	28.135	25.162	27.135
1985	30.152	28.537	25.467	35.678	30.746	33.171
1986	31.094	29.392	26.234	37.059	31.634	34.390
1987	31.770	30.039	26.935	37.916	32.274	35.133

b)

Jahr	Index GKV = 100					
1970	10	97,1	92,9	103,7	98,2	106,7
1975	100	96,5	91,3	112,3	100,9	109,5
1978	100	95,1	86,8	113,6	103,3	109,9
1980	100	95,5	87,0	114,5	102,4	110,4
1985	100	94,6	84,5	118,3	102,0	110,0
1986	100	94,5	84,4	119,2	101,7	110,6
1987	100	94,6	84,8	119,4	101,6	110,6

Quelle: verschiedene BMA- und AOK-Statistiken; s. auch Komm.-Drs. 46, Anl. 5.

Mitgliederstruktur, die relativ geringe Grundlöhne realisiert, besitzen (vgl. unter *Tabelle 4.10*; PREISER/WEBER, 1988, Tabelle 20, S. 45; SIEBECK, 1982, S. 479).

Monokausale Abhängigkeiten zwischen Grundlohniveau und Beitragssatz scheinen in der Kassenwirklichkeit *bundesweit* ohnehin nur *äußerst selten* zu existieren. In verschiedenen finanzstatistischen Untersuchungen der letzten Jahre sind die Zusammenhänge unabhängig voneinander immer wieder als weitaus komplexer und komplizierter dokumentiert worden. Korrelationsanalysen mit bundesweitem Bezugsrahmen und unter Einbeziehung aller Kassenarten kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß isoliert betrachtet keine hohe Signifikanz zwischen beiden benannten Größen besteht (s. zusammenfassend BUTTLER u.a., 1982, S. 74; BRUNKHORST, 1987 b, S. 76 f.).

Aufschlußreicher wird das Bild dann, wenn ein *örtlich begrenzter Bezugsrahmen* gewählt wird, der insbesondere regionale Schwankungen im Einkommensniveau offenlegt. Bei konstantem Ausgabenniveau verlangt das regionale Einkommensgefälle - etwa zwischen Ballungsräumen mit hoher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und ländlich strukturierten Gebieten - eine entsprechende Beitragssatzgestaltung der Einzelkassen. Ein solcher Zusammenhang ist für einzelne Bundesländer verschiedentlich ermittelt worden (s. BUTTLER u.a., 1982, S. 76, für die Pflichtkassenarten; HUPPERTZ u.a., 1981, Tabelle 50, S. 104, kassenartenübergreifend).

Für die Frage nach den Wirkungen der tradierten Gliederungsprinzipien auf das regionale Grundlohn- (und Beitragssatz-) Niveau einzelner Kassen und Kassenarten sind Auswertungen zum Verhältnis von regionaler Grundlohnhöhe und Mitgliederverteilung zwischen den verschiedenen Kassenarten von besonderem Interesse. Da

ein hohes regionales Grundlohniveau mit einem überdurchschnittlichen Potential an wahlberechtigten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden ist, liegt die Vermutung nahe, daß gerade in diesen Regionen intensiven Kassenwettbewerbs die Zwangskasse AOK sowohl mitgliedermäßig relativ unterrepräsentiert ist als auch meist unterdurchschnittliche Grundlohnsummen realisieren dürfte.

In der Tat deuten dazu erstellte Untersuchungen in diese Richtung (BERG, 1987, 1988). Gerade dort, wo die Bruttoarbeitsentgelte deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (1984 33 169 DM) angesiedelt sind (unter 30 000 DM), erreichen die Ortskrankenkassen Marktanteile von im Mittel 56,7 %. Bei höheren Entgelten fällt dieser Wert ab und liegt für Regionen mit mehr als 35 000 DM Arbeitsentgelt bei lediglich 37,7 % (1984; s. BERG, 1987, S. 79; ders., 1988, S. 152 f.).

Bei der Berechnung des prozentualen Anteils des Grundlohns der Ortskrankenkassen in einer Region am regionalisierten, auf die heutige GKV-Pflichtversicherungsgrenze limitierten Durchschnittsentgelts der sozialversicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten (sog. Ausschöpfungsquote der Ortskrankenkassen am Grundlohnpotential) sind ähnliche Tendenzen nachgewiesen worden. Mit steigendem Grundlohnpotential in einer Region sinkt die Ausschöpfungsquote der Zuweisungskasse AOK ($r = -0,71$) - möglicherweise entscheidend bestimmt durch die kollektiven Optionen zugunsten einer Betriebskrankenkasse (vgl. die Beispiele bei BERG, 1987, S. 7) -; umgekehrt zeigen strukturschwache Regionen etwa in Niedersachsen oder im Bayerischen Wald weit überproportionale Ausschöpfungsquoten (BERG, 1987, S. 8; ders., 1988, S. 153).

In Kombination mit den ermittelten Marktanteilen der Ortskrankenkassen läßt sich aus dem zugänglichen Datenmaterial erkennen, daß das gegliederte System gerade in Gebieten mit hohen Angestelltenanteilen unter den Beschäftigten (Dienstleistungsregionen) und dementsprechend überdurchschnittlichen Arbeitseinkommen Risikoselektion in ansonsten nicht beobachtbarem Umfang provoziert. Da unterstellt werden kann, daß Dienstleistungsregionen wirtschaftsstrukturell eine Vorreiterrolle für die zukünftige Entwicklung in weiten Teilen der Bundesrepublik einnehmen, verdienen solche Tendenzen verstärkt Aufmerksamkeit.

Für den Ballungsraum Hamburg, für den die Enquete-Kommission sich ein genaueres Bild zu verschaffen versucht hat, zeigt sich, daß dort - bei einem mit mehr als 60 % weit überproportionalen Angestelltenanteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten - die Ersatzkassen 47 % aller GKV-Mitglieder organisieren. Die Betriebskrankenkassen halten einen (traditionell hohen) Anteil von 16,5 %, während der Mitgliederanteil der Ortskrankenkasse lediglich 29 % erreicht¹⁷.

Während von den Arbeitern gut die Hälfte Mitglied der Ortskrankenkasse ist, versichert die AOK Hamburg lediglich etwas mehr als 5 % aller Angestellten. Bei dem außerordentlich hohen Grundlohnpotential in der Hansestadt (1984 mehr als 34 000 DM) erreicht die Ortskrankenkasse innerhalb ihrer Kassenart ansehnliche Werte, die den Bundesdurchschnitt leicht übersteigen (1984 29 106 DM, 1986 30 098 DM). Andererseits realisieren insbesondere

- die Betriebskrankenkassen 1986 37 588 DM (= + 25 %) und
- die Ersatzkassen für Angestellte - im Bundesdurchschnitt - 31 634 DM (s. Tabelle 4.9) und innerhalb Hamburgs aufgrund des lokalen Einkommensniveaus vermutlich weitaus mehr¹⁸.

Soweit es sich hier um verallgemeinerbare Tendenzen handelt, wird erkennbar, daß im gegliederten System die »Zwangsversicherung« Ortskrankenkasse in prosperierenden Regionen nur noch schwer Grundlöhne realisieren kann, die über solchen in wirtschaftlich schwachen Gebieten der Bundesrepublik liegen. Es muß davon ausgegangen werden, daß eine solche in den Gliederungsstrukturen des GKV-Systems angelegte Entwicklung zu einer extrem schiefen Risikomischung nicht ohne erhebliche Auswirkungen auf regionale Beitragssatzdifferenzen zwischen Kassen und Kassenarten bleiben kann.

2.3.2 Versichertenstruktur der Kassen(arten)

Neben der Einnahmenseite beeinflussen die überkommenen Organisationsstrukturen der gesetzlichen Kranken-

¹⁷ Bezogen auf die sozialversicherungspflichtig Erwerbstätigen fällt die Quote der AOK Hamburg auf 23 % - Ermittelt nach Angaben der Kassen (verbände) für die Enquete-Kommission.

¹⁸ Nach übereinstimmender Auskunft verschiedener Ersatzkassen gegenüber der Enquete-Kommission werden von diesen weiterhin keine Regionaldaten zur Grundlohnentwicklung ermittelt.

versicherung auch ausgabenseitig die bei Kassen und Kassenarten für die unterschiedlichen Beitragssätze relevanten Faktoren. Auch sie finden in der personellen Zusammensetzung der kassenartenspezifischen Versichertenpopulationen ihren Ausgangspunkt. Eine einnahmenseitig durch unterschiedliches Grundlohniveau geprägte, unbefriedigende Finanzierungsbasis einer Kasse kann auf diese Weise

- partiell kompensiert werden,
- weitgehend unbeeinflusst bleiben,
- weiter verschlechtert werden.

Prägend für die Versicherten- und Risikostruktur einer Kasse sind dabei insbesondere

- die Altersgliederung der Mitglieder,
- die geschlechtsspezifische Verteilung bei den Versicherten,
- der Anteil der (beitragsfrei mitversicherten) Familienangehörigen.

Es ist unmittelbar einsichtig, daß alters- und geschlechtsbedingte Morbiditätsunterschiede der Versicherten die individuelle Inanspruchnahme des Medizinsystems nachhaltig beeinflussen und dementsprechend den *Finanzbedarf* einer Kasse wesentlich steuern. Ein relativ hohes Durchschnittsalter der Versicherten bei deutlichem Frauenüberschuß¹⁹ verbunden mit einer überproportionalen Familienlastquote bildet dabei das Musterbeispiel einer ungünstigen Risikostruktur. Dabei können für die weitere Betrachtung Differenzen beim Rentnerquotienten der Kassenarten vernachlässigt werden, da diese Verwerfungen - abgesehen von unterschiedlich hohen Verwaltungskosten - über den 1977 eingeführten Ausgleich der gesamten Leistungsaufwendungen zwischen Kassen und Kassenarten im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR; § 393 b RVO) völlig eingeebnet werden (ausgabenorientierter Finanzausgleich; s. Anm. 28).

Unabhängig davon ist die benannte, völlig einseitige Zuordnung negativer Risikofaktoren bei einer Kasse wenig wahrscheinlich. Die Kassenwirklichkeit stellt sich auch hier komplizierter dar.

2.3.2.1 Altersgliederung

Hinsichtlich der unterschiedlichen Altersschichtung der Mitglieder bei den Kassenarten zeigt sich bundesweit das in *Tabelle 4.10* ausgewiesene Bild (für die exemplarisch herausgegriffene Region Baden-Württemberg vgl. *Tabelle 4.11*).

Auf die signifikant günstige Altersstruktur der Innungskrankenkassen mit mehr als der Hälfte aller AKV-Mitglieder im Alter unter 30 Jahren (Vergleich: Ortskrankenkassen 35,5 %; Angestellteneratzkassen: 37,5 %), was auf die hohe Ausbildungsquote im Handwerk zurückzuführen ist, wurde bereits im Zusammenhang mit der Grundlohnproblematik hingewiesen. Eine *einnahmenseitig ungünstige Risikostruktur* wird somit *ausgabenseitig*

¹⁹ Zur unterschiedlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Alter und Geschlecht: SACHVERSTÄNDIGENRAT, 1987, S.51 ff.; PAQUET u. a., 1988, S.34 ff., 57 und öfter; VERBAND DER PKV (Hrsg.), 1988, S.101 ff.

Tabelle 4.10: Altersstruktur der AKV*)-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987) - bundesweit -

Kassenart	Alter (i.v.H.)							
	bis 20 Jahre	20 - 29 Jahre	30 - 39 Jahre	40 - 45 Jahre	45 - 49 Jahre	50 - 59 Jahre	60 - 64 Jahre	65 Jahre und älter
OKK	7,3	28,2	20,4	8,8	12,1	19,2	2,7	1,3
IKK	16,7	33,7	16,1	7,1	9,7	13,9	1,9	0,8
BKK	6,1	24,1	20,1	9,8	13,8	23,1	2,5	0,5
Ang.-EK	6,9	30,6	23,1	9,5	11,4	14,2	2,7	1,5
Arb.-EK	7,6	32,3	21,6	8,8	11,2	16,1	2,0	0,2

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner

Quelle: Ermittelt nach BABl. 7 - 8/1988, S. 187

Tabelle 4.11: Altersstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten 1986/87 - Region Baden-Württemberg -

Kassenart	Alter (i.v.H.)					
	bis 20 Jahre	20 - 29 Jahre	30 - 39 Jahre	40 - 49 Jahre	50 - 59 Jahre	60 Jahre und älter
OKK ¹⁾³⁾	4,10	19,30	14,19	15,78	15,78	30,85
IKK ¹⁾	15,78	28,80	14,27	15,84	13,21	11,90
BKK ²⁾	4,19	17,88	15,46	16,50	17,21	28,76
Ang.-EK: - DAK ²⁾ - TK ⁴⁾	6,84	25,45	17,81	16,73	12,41	20,77
	-	-	-	-	-	-

1) 1. Oktober 1986; 2) 1. Oktober 1987; 3) LV Württemberg-Baden; 4) Nach TK-Angaben keine Regionaldaten vorhanden

Quelle: Ermittelt nach Kassenangaben auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

durch vergleichsweise geringe Morbiditätsraten mit entsprechend niedriger Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern durch die Mitglieder (zumindest teilweise) kompensiert. Ein wesentliches Indiz in diese Richtung bilden die traditionell weit unterdurchschnittlichen Leistungsaufwendungen für Mitglieder der Innungskrankenkassen (1986 rund 15 % unter dem GKV-Mittel²⁰⁾.

Wenn auf der anderen Seite die Betriebskrankenkassen das höchste Grundlohniveau unter den Kassenarten realisieren und gleichzeitig eine überproportionale Besetzung der morbiditätsgefährdeten Altersgruppen ab 45 Jahren aufweisen - was wiederum mit traditionell überdurchschnittlichen Leistungsausgaben der Betriebskrankenkassen (1986 rund 9 % über dem GKV-Mittel²⁰⁾ korreliert -, relativiert dies die günstige Finanzsituation der Betriebskrankenkassen auf der Einnahmenseite.

2. 3. 2. 2 Geschlechtsverteilung

Die genannten Zusammenhänge zwischen Grundlohnhöhe und Alter der Versicherten sind für sich betrachtet wenig spektakulär, da sich mit steigendem Lebensalter ohnehin häufig das Einkommensniveau erhöht²¹⁾. Buntscheckiger wird das Mosaik wechselseitiger Verflechtungen und Abhängigkeiten, wenn zusätzlich die Verteilung von weiblichen und männlichen Versicherten über alle Kassenarten hinweg berücksichtigt wird (s. Tabellen 4.12 - 4.14).

Tabelle 4.12: Geschlechtsstruktur der AKV*)-Mitglieder nach Kassenarten (1. Januar 1988) - bundesweit -

Kassenart	Männer und Frauen insgesamt (in 1000)	Frauenanteil (in v.H.)	Männeranteil (in v.H.)
Alle Kassen	26.106	40,33	59,67
OKK	10.722	34,91	65,09
IKK	1.570	25,86	74,14
BKK	2.807	26,75	73,25
Ang.-EK	9.764	55,86	44,14
Arb.-EK	494	19,64	80,36

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner

Quelle: Ermittelt nach BABl. 6/1988, S. 86

Tabelle 4.13: Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten 1986/87 - Region Baden-Württemberg

Kassenart	Männer und Frauen insgesamt	Frauenanteil (in v.H.)	Männeranteil (in v.H.)
OKK ¹⁾³⁾	1 844 985	45,74	54,26
IKK ¹⁾	374 390	27,72	72,28
BKK ²⁾	428 735	35,58	64,42
Ang.-EK ¹⁾ :	1 691 919	56,11	43,88
- DAK ²⁾ :	730 923	63,43	36,57
- TK ⁴⁾ :	.	.	.
Arb.-EK ¹⁾ :	93 784	22,30	77,69

1) 1. Oktober 1986

2) 1. Oktober 1987

3) LV Württemberg-Baden

4) Nach TK-Angaben keine Regionaldaten vorhanden

Quelle: Ermittelt nach Kassenangaben auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

20) Berechnet nach PREISER/WEBER, 1988, Tab.13, S.43

21) Die positive Korrelation (r = 0,53) belegen HUPPERTZ u. a., 1981, S.115

Tabelle 4.14: *Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987) - Region Hamburg*

Kassenart	Männer und Frauen insgesamt	Frauenanteil (in v.H.)	Männeranteil (in v.H.)
alle Kassen	1 249 231	49,3	50,7
OKK	354 177	44,2	55,8
IKK	61 087	40,6	59,4
BKK	201 528	44,7	55,3
Ang.-EK	580 941	57,1	42,9
Arb.-EK	33 766	25,7	74,3

Quelle: Ermittelt nach BABI. 7 - 8/1988, S. 191

Deutlich zeigen die Tabellen, daß die Angestelltene ersatzkassen den weitaus größten Frauenanteil unter den AKV-Mitgliedern bei allen Kassenarten versichern. Auf dem Hintergrund der nach wie vor signifikanten Einkommensdefizite erwerbstätiger Frauen in der Bundesrepublik mit rund einem Drittel abgesenkten Durchschnittsverdiensten gegenüber ihren männlichen Kollegen (BMJFFG, Hrsg., 1986, S. 25), und die Verlässlichkeit vorliegender Untersuchungen zum erhöhten Versicherungsrisiko von Frauen unterstellt (BECKER, 1985, S. 104 f.; SACHVERSTÄNDIGENRAT, 1987, S. 54 f.; VERBAND DER PKV, Hrsg., 1988, S. 101 f.), deuten die ausgewiesenen Daten auf eine Risikoverzerrung zum Nachteil der Angestelltene ersatzkassen hin.

In einer detaillierten Unterteilung, die die Geschlechtsstrukturen nach Altersgruppen auffächert, zeigt sich, daß die Angestelltene ersatzkassen insbesondere im Verhältnis zu den Orts- und Betriebskrankenkassen vor allem in der Altersklasse der Frauen bis 30 Jahre überdurchschnittliche Anteile erreichen (47 % gegenüber 37 % bei Orts- bzw. 35 % bei Betriebskrankenkassen²²).

Damit gewinnt die Ansicht Plausibilität, daß es sich bei den weiblichen Mitgliedern der Ersatzkassen vielfach um unverheiratete und/oder kinderlose Frauen handelt, bei denen eine entsprechend niedrige Belastung durch Familienhilfeleistungen (§ 205 RVO) kompensierend wirken dürfte (HUPPERTZ u.a., 1981, S. 40. 464; BRUNKHORST, 1987 b, S.95 f.). Nach Schätzungen liegt die »kritische Risikogrenze«, die solche gegenläufigen Effekte überkompensiert, bei Frauengrundlöhnen, die um mehr als ein Drittel abgesenkt sind (BERG, 1988, S. 154). Damit bewegt sie sich im Bereich der tatsächlich existierenden Entgeltdiskriminierung.

2. 3. 2. 3 Familienlastquote

Bei Analyse der unterschiedlichen Belastung der Kassenarten durch mitversicherte Familienangehörige läßt sich bestätigen, daß die zwischen den Kassenarten deutlich schwankende Familienlastquote (= Zahl der Familienangehörigen im Verhältnis zur Mitgliederzahl einer Kasse) nicht vornehmlich die Angestelltene ersatzkassen, sondern den Finanzbedarf der Betriebskrankenkassen beeinflußt (s. Tabelle 4.15).

22) Stand 1. Oktober 1986; Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.), o. J. (1987)

Tabelle 4.15: *Familienlastquote nach Kassenarten 1986 - AKV*)-Mitglieder -*

Kassenart	AKV-Mitglieder insgesamt	bei: AKV-Pflichtmitgliedern	bei: freiwilligen Mitgliedern
Alle Kassenarten	64,6	56,5	103,9
OKK	62,1	60,0	82,3
IKK	64,8	60,8	100,6
BKK	81,3	88,5	117,9
Ang.-EK	56,5	34,7	110,1
Arb.-EK	77,0	69,5	123,1

*) GKV-Mitglieder ohne Rentner

Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.), GKV 1986, S. T 5 - T 14.

Allerdings gilt dies vor allem so lange, wie nicht nach Pflicht- und freiwillig Versicherten unterschieden wird. In einem solchen Vergleich zeigt sich eine auffallende Häufung von Familienangehörigen bei den *freiwillig* Versicherten der Angestelltene ersatzkassen, während der Anteil der Familienhilfeberechtigten bei den *Pflicht*versicherten der Angestelltene ersatzkassen - wie die bisherigen Überlegungen nahelegen - tatsächlich signifikant unterdurchschnittliche Werte aufweist²³.

Da die in der gesetzlichen Krankenversicherung gegenwärtig nicht Versicherungspflichtigen die freie Wahl zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite oder der Bevorzugung von Schutz durch die private Krankenversicherung auf der anderen Seite eröffnet ist, erhärten diese Zusammenhänge die Vermutung, daß nicht versicherungspflichtige Personen gerade dann in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, wenn mehrere Familienangehörige (nicht erwerbstätiger Ehepartner, Kinder) ebenfalls Krankenversicherungsschutz benötigen (BRUNKHORST, 1987 b, S. 96; BAUMANN, 1986, S. 182). Das ökonomische Kalkül der potentiellen Versicherungsnehmer führt somit für alle Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der freiwillig Versicherten tendenziell zu einer Verstärkung der Familienlastquote (Ledige sind wesentlich häufiger PKV-versichert als Familien; steigende Kinderzahl führt zu unterdurchschnittlichen Werten; vgl. BAUMANN, 1986, Tab. 4 und 5, S. 184). Nur den Kassen und Kassenarten mit überdurchschnittlichem Finanzierungspotential insgesamt oder bei den freiwillig Versicherten ist es dabei möglich, diesen Effekt zumindest teilweise zu kompensieren.

Allgemein bestehen zwischen den *risikostrukturbildenden Elementen* der einzelnen Versichertenpopulationen bei Kassen und Kassenarten vielfältige Interdependenzen, die in ihren Wirkungen auf Finanzkraft und Beitragssatzgestaltung *teils kompensatorische, teils kumulierende Effekte* aufweisen. Übereinstimmend für alle Kassen läßt sich lediglich feststellen, daß es sich um Quantitäten handelt, auf deren Zusammensetzung die einzelne Kasse prinzipiell kaum Einfluß ausüben kann, da die konkreten Versichertenstrukturen in erster Linie unmittelbar auf den Zuweisungsregelungen des überkommenen Gliederungssystems für Pflichtversicherte gründen.

23) Die Sonderauswertung der Daten des Mikrozensus 1982 bei BAUMANN, 1986, Tab.2, S.182, bestätigt die Diskrepanzen

Genauere empirische Untersuchungen zur Risikoverteilung bei einzelnen Kassenarten - wozu insbesondere auch regionale, das unterschiedliche medizinische Leistungsangebot berücksichtigende Kassenvergleiche gehören müssen -, sind für die weitere Spezifizierung gegebener (oder vermeintlicher) Beitragssatzrelevanz der benannten Faktoren unbedingt erforderlich. Hier ist unstreitig *Forschungsbedarf* mit dem Ziel *angezeigt*, Plausibilitätsüberlegungen bisheriger Einzeluntersuchungen durch eine grundsätzliche Analyse qualitativ aufzubereiten.

2. 3. 3 Besondere Risikogruppen der Kassen(arten)

Grundsätzlich ist die Kalkulation individueller Versichertenrisiken mit den Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung als einem *sozialen Sicherungssystem* unvereinbar. Dies gilt selbstverständlich für dem Solidaritätsprinzip zuwiderlaufende Beitrags- und/oder Leistungs-differenzierungen nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Familienstand der Mitglieder ebenso (vgl. *oben Teil I, v.a. Pkt. 1.1*) wie für beitragsmäßige Folgerungen aus den einnahmen- oder ausgabenseitigen Gegenüberstellungen von Überschüssen und Defiziten bei abgegrenzten Versichertenpopulationen. Die individuelle Risikoanordnung bildet ein Wesenselement privatversicherungsrechtlicher Prämienkalkulation und unterscheidet sich diametral vom die Sozialversicherung prägenden Grundsatz des sozialen Ausgleichs (BVerfGE 11. 105 (117) u.ö.; BOGS W., 1955, S. 25), der gerade individuelle oder gruppenspezifische Sonderrisiken unbeachtet läßt (vgl. BVerfGE, 58, 81 (114); SOZIALEQUETE, 1966, ZIFF. 248, S. 95; RULAND, 1985 a, S. 23).

Eine genauere Untersuchung zum Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben bei verschiedenen Mitgliedergruppen der gesetzlichen Krankenversicherung kann somit nur den Sinn haben, *Transparenz* in die Mitgliederstrukturen einzelner Kassen und Kassenarten zu bringen, und die Frage besser beantwortbar zu machen, ob und inwieweit die Gliederungsprinzipien der überkommenen Kassenorganisation zur Massierung »schlechter Risiken« bei einzelnen Kassenarten führen.

Dabei krankt der seit langem geführte Streit zwischen den Kassen über Ausmaß und Konsequenzen einer möglichen Massierung bestimmter, als besondere Risikogruppen definierter Versichertenkreise auf einzelne Kassenarten zum einen vielfach an unzureichenden Datengrundlagen; zum anderen besteht in der Diskussion keineswegs abschließend Einigkeit darüber, ob teilweise angeführte Versichertenkreise letztlich überhaupt als potentielle Risikogruppen anzusehen sind.

Diese Auseinandersetzung könnte erheblich versachlicht werden, wenn Konsens darüber bestünde, daß eine Risikogruppenselektion dann als tatsächlich willkürlich und nicht stichhaltig anzusehen ist, wenn zwei Annahmen verifizierbar sind:

- Eine *erhebliche Ungleichverteilung* der angegebenen Risikogruppen auf einzelne Kassenarten (oder Kassen) existiert *nicht*,

- *Beitragsniveau wie Leistungsanspruchnahmeverhalten* der Risikogruppenmitglieder zeigen kein von anderen AKV-Mitgliedern wesentlich *abweichendes Bild*.

Im Zentrum der Diskussion um Risikogruppen werden immer wieder sechs Personenkreise genannt:

- Arbeitslose (im Sinne § 155 AFG),
- freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger (§ 13 BSHG in Verbindung mit § 313 RVO),
- Behinderte (im Sinne § 165 Abs. 1 Nr. 2 a RVO bzw. §§ 1 f. SVBG²⁴),
- Rehabilitanden (§ 165 Abs. 1 Nr. 4 RVO),
- beitragsberechtigter Schwerbehinderter (§ 176 c RVO),
- Schwerstrisiken (etwa Bluter, AIDS-Kranke, Dialysepatienten und ähnlich schwerwiegende Krankheitsfälle).

Im weiteren werden teilweise die Bezieher von Vorruhestandsgeld (§ 165 Abs. 2 Nr. 2 RVO) und die Gruppe der gering verdienenden Pflicht- und freiwilligen Mitglieder einer Krankenkasse (Grenze meist bei Einkommen bis 1 000 DM monatlich) genannt.

Zu Quantität und Verteilung dieser Versichertenkreise auf einzelne Kassenarten weisen die amtlichen Statistiken für die Teilgruppen der arbeitslosen Mitglieder, Behinderten und Rehabilitanden differenziertes Zahlenmaterial aus. Ausgabenorientierte Finanzübersichten sind allerdings nicht vorhanden.

2. 3. 3. 1 Arbeitslose

Für die mit Abstand größte der genannten Risikogruppen - die Arbeitslosen - zeigen sich *erhebliche Differenzen hinsichtlich der Verteilung* auf einzelne Kassenarten. Unverändert über die letzten Jahre hinweg konzentrieren sich über 60 % aller Arbeitslosen in den Ortskrankenkassen (s. *Tabelle 4.16*).

Tabelle 4.16: *Verteilung der Arbeitslosen auf einzelne Kassenarten 1985 - 1988 (bundesweit)*

Arbeitslose Versicherte (i.S.d. § 155 AFG)						
Jahr	insgesamt	davon: Kassenart (in v.H.)				
	(in Mio.)	AOK	IKK	BKK	Ek-Ang.	Ek-Arb.
1985 ¹⁾	1,583	62,0	7,3	4,5	23,8	1,5
1986 ¹⁾	1,559	61,3	6,7	4,6	25,1	1,4
1987 ²⁾	1,477	60,5	5,9	5,1	25,9	1,5
1988 ³⁾	1,850	62,5	5,8	5,0	24,1	1,6

1) Jahresdurchschnitt; 2) Juli; 3) Februar
 Quelle: Ermittelt nach BMA (Hrsg.), Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1986 und 1987; BABI. 11/1987 und 6/1988.

Der Erwerbslosenanteil an den AKV-Mitgliedern erreichte bei den Ortskrankenkassen Anfang 1988 10,8 % und lag damit - wie in den Jahren zuvor auch - gut doppelt

24) Behinderte in Berufsbildungswerken, Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe.

so hoch wie bei den Angestelltenersatzkassen und dreimal so hoch wie bei den Betriebskrankenkassen (vgl. Tabelle 4.17). Die weite Spanne regionaler Differenzen innerhalb des Bundesgebietes verdeutlichen die ausgewiesenen Werte für Hamburg und Baden-Württemberg in der Tabelle 4.18.

Tabelle 4.17: Anteil der Arbeitslosen an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1985 - 1988 (bundesweit)

Kassenart	Arbeitslose (§ 155 AFG) i.v.H. der AKV-Mitglieder			
	1985 ¹⁾	1986 ¹⁾	1987 ²⁾	1988 ³⁾
OKK	9,2	8,9	8,4	10,8
IKK	7,3	6,7	5,6	6,9
BKK	2,6	2,5	2,7	3,3
Ang.-EK	4,0	4,1	4,0	4,6
Arb.-EK	5,3	4,8	4,6	6,1

1) Jahresdurchschnitt; 2) Juli; 3) Februar
Quelle: Ermittelt anhand Nw. Tabelle 4.16

Tabelle 4.18: Anteil der Arbeitslosen an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1987*) Raum Hamburg/Baden-Württemberg

Kassenart	Hamburg	Baden-Württemberg
AOK	14,3	4,8 ³⁾
IKK	7,2	2,8
BKK	2,0	1,8
Ang.-EK:		
- DAK ¹⁾	5,0 ²⁾	2,9 ²⁾
- TK		

*) Jahresdurchschnitt

1) 1. Oktober 1987

2) Nach Auskunft der TK besitzt diese keine regionalisierte Arbeitslosenstatistik.

3) LV Württemberg-Baden

Quelle: Ermittelt nach Kassenangaben auf Ersuchen der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«

Angesichts der berufsspezifischen Schwerpunktbildung der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik - zwei Drittel (vielfach wenig qualifizierte) Arbeiter, ein Drittel Angestellte (STATISTISCHES BUNDESAMT, Hrsg., 1987, S. 95; CYFFKA, 1988, Tabelle 2, S. 401) - verwundern die Werte nicht. In ihnen spiegelt sich die unterschiedliche Klientelzusammensetzung der Kassenarten im gegliederten System wider.

Hinzu tritt rechtlich eine für Arbeitslose den Ortskrankenkassen vom Gesetzgeber zugewiesene subsidiäre Auffangfunktion. Immer dann, wenn keine andere Krankenkasse zuständig ist (oder der Versicherte ein hier bestehendes Wahlrecht zur Ortskrankenkasse ausübt), wird der Versicherte Mitglied der für seinen Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse (§ 159 Abs. 1 - 3 AFG; s. oben Teil III 1.1.2).

Ist mithin die angesprochene Ungleichverteilung der Arbeitslosen als Kriterium, das überhaupt eine besondere Risikoeigenschaft begründen kann, unbestritten, gilt es,

beim weiteren Versuch einer Einordnung von Arbeitslosen als Risikogruppe folgendes zu beachten:

1. *Krankenversicherungsbeiträge* für Leistungsempfänger der Bundesanstalt für Arbeit (= Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld; § 155 Abs. 1 AFG) werden im Grundsatz nach dem zuvor erzielten Arbeitsentgelt berechnet (§ 157 Abs. 3 AFG);
2. *Zuschläge* und Sonderzahlungen (Überstundenentgelt, 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld etc.) bleiben außer Ansatz (§ 112 Abs. 2 AFG);
3. Für Langzeitarbeitslose gilt,
 - daß in den Fällen, in denen vom Erwerbslosen »nicht mehr das für die Bemessung der Arbeitslosenhilfe zuletzt maßgebende Arbeitsentgelt« erzielt werden kann, eine »Herabmessung« der Arbeitslosenhilfe durchgeführt wird (§ 136 Abs. 2 Satz 2 AFG); dabei kommen vor allem während des Bezuges der Arbeitslosenhilfe auftretende »Einschränkungen der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit« in Betracht (HENNING u.a., 1988, Anmerkung 4 a zu § 136, S. 228 b),
 - daß nach drei Jahren eine *Neufestsetzung* des der Arbeitslosenhilfe zugrundeliegenden Entgelts erfolgt. Dabei gibt den Maßstab für die Berechnung die Beurteilung ab, welche Beschäftigung als vom Erwerbslosen aktuell noch ausübbar angesehen wird - was regelmäßig eine Minderung der Entgeltgrundlagen zur Folge hat (§ 136 Abs. 2 b AFG²⁵).

Bei einem vornehmlich seit Anfang der 80er Jahre stetig wachsenden Anteil von Langzeitarbeitslosen (= Personen, die länger als ein Jahr arbeitssuchend gemeldet sind) unter den Erwerbslosen insgesamt (WIESE, 1986, S. 131; MAYER, 1988, S. 106 f.²⁶) zeigen diese AFG-Regelungen für die Finanzkraft einzelner Krankenkassen zunehmend Relevanz. Da zudem die Struktur der Erwerbslosen hinsichtlich ihrer Berufsausbildung nach wie vor wesentlich von Männern und Frauen ohne qualifizierten Berufsabschluß (rd. 50 %) und gesundheitlich beeinträchtigten Personen (rd. 20 %) geprägt wird (MAYER, 1988, S. 103; STATISTISCHES BUNDESAMT, Hrsg., 1987, S. 95), bleibt der *Arbeitslosengrundlohn* offensichtlich aufgrund des Zusammenspiels rechtlicher und soziostruktureller Faktoren im Bundesdurchschnitt bezogen auf alle Kassenarten gut 8 Prozentpunkte und im Maximum um bis zu 12 Prozentpunkte (1986) hinter dem Grundlohn der Allgemeinversicherten zurück (BAUER/PICK, 1988, Tabelle 4, S. 147; PREISER/WEBER, 1988, Tabelle 11, S. 42).

Freilich sind dies nicht unbedingt gravierende Minderbeiträge, die a priori eine Charakterisierung von Arbeitslosen als besondere Risikogruppe rechtfertigen können. Zudem beträgt nach den vorliegenden Untersuchungen

25) Zur Begründung s. HENNING u. a., 1988, Anm. 4 b zu § 136, S. 228 b f.

26) 1981 betrug der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen 16,2 %, 1986 36,4 %, wobei mehr als die Hälfte von ihnen zwei Jahre und länger erwerbslos war; CHEVALLERIE, 1987, S.418 (Abgrenzung nach Arbeitsamtsstatistik).

bei den von der Arbeitslosigkeit überproportional betroffenen Ortskrankenkassen das einnahmenseitige Minus lediglich 3,5 Prozentpunkte (Höchstwert bei den Angestelltenersatzkassen 12,2 Prozentpunkte).

Das Bild ändert sich möglicherweise, wenn *ausgabenseitige Aspekte* in die Analyse einbezogen werden. Während Arbeitslosigkeit für den Einzelnen kurzfristig durchaus positive (Gesundheits-) Effekte haben kann (BRINCKMANN/SPITZNAGEL, 1988, S. 194), zeigt die sozial-epidemiologische Forschung bei langfristig Arbeitslosen eine eindeutige Tendenz zu nachhaltig negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen insbesondere im psychosomatischen Bereich (LAND, 1987, S. 62; HÄFNER, 1987, S. 1430; BRINCKMANN/SPITZNAGEL, 1988, S. 195²⁷).

Näherer Einblick darüber, wie sich die gesundheitlichen Folgen von Dauerarbeitslosigkeit bei Mitgliedern tatsächlich auf den Finanzbedarf einer Kasse auswirken (können), scheidet, wie erläutert, am gängig unzulänglichen Statistikeninventar und läßt sich dementsprechend ausschließlich über Sonderauswertungen annäherungsweise erschließen. Auch eine direkte Befragung verschiedener Krankenkassen und Krankenkassenverbände durch die Enquete-Kommission hat insofern lediglich ein (erwartet) unbefriedigendes Resultat erbracht.

Mehr Transparenz in die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bei arbeitslosen Mitgliedern erlaubt eine Studie der Arbeitsgemeinschaft der Ortskrankenkassen des Rhein-Ruhr-Raumes, die den Anspruch erhebt, die Pro-Kopf-Einnahmen und -Ausgaben für verschiedene der oben benannten Versichertengruppen - insbesondere der Arbeitslosen, Behinderten und freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger - innerhalb einer bestimmten Periode (1986) exakt zuordnen zu können (ARBEITSGEMEINSCHAFT DER AOK'N DES RHEIN-RUHR-RAUMES, 1988; MEYDAM, 1988 b).

Unabhängig von der teilweise massiven Kritik und Gegenkritik an den Datengrundlagen und ihrer Auswertung durch diese Studie (s. STUPPARDT, 1987; MEYDAM, 1988 a; BAUER/PICK, 1988²⁸) sind ihre Ergebnisse in der Tendenz von keiner Seite grundsätzlich in Abrede gestellt worden. Sie wiesen aus, daß auf die arbeitslosen Mitglieder der AOK Duisburg 19,4 % der gesamten Beitragseinnahmen und aufgrund relativ hoher Leistungsanspruchnahme

27) Vgl. auch Ausführungen der Sachverständigen SCHULTE-MIMBERG, SVENSSON und FOX vor der Enquete-Kommission, Kommissionsprotokolle 8, S.68, 70; 21, S.16 f., 43, 75 f.

28) Soweit sich die Einwände dagegen erheben, daß die Studie der AOK'n des Rhein-Ruhr-Raumes den KVdR-Anteil generell auf der Einnahmenseite in Abzug bringt, geben die KVdR-Finanzierungsregelungen Aufschluß. Nach § 393 b I RVO sind die nicht durch die Rentenversicherer (direkt oder indirekt) gedeckten KVdR-Leistungsaufwendungen gemeinsam von den Krankenkassen zu tragen. Der Finanzierungsanteil wird danach - unabhängig von individueller Kassenzugehörigkeit - mit den Beiträgen aller Mitglieder (ohne Rentner und Studenten) in dem Prozentsatz zur Grundlohnsumme aufgebracht, der die aktuell entstandene Finanzierungslücke schließt (1986 3,25 Beitragssatzprozente). Auch in den Beiträgen für Arbeitslose ist der entsprechende KVdR-Einheitsbeitragsanteil voll enthalten.

Ohne KVdR-Mitfinanzierung könnte der individuelle Beitragssatz exakt um die dadurch bedingte Beitragsquote niedriger fixiert werden - ohne Auswirkung auf die für die AKV zur Verfügung stehende Finanzmasse.

24,7 % der Gesamtausgaben (AKV) entfallen (= 120,4 Prozentpunkte der Einnahmen). Angesichts von 22,5 % arbeitslosen AKV-Mitgliedern 1986 (Anfang 1988 25,1 %; CYFFKA, 1988, Tabelle 6, S. 402) führte dies zu erheblichen, von den anderen Mitgliedern der Kasse zu finanzierenden Einnahmedefiziten. Die Kumulation von überproportionaler Arbeitslosenquote unter den Mitgliedern - lokal im Verhältnis zu anderen Kassenarten, aber auch überregional kassenartenintern - und defizitärer Finanzsituation führt im Sinne des obigen Analyseschemas zur Definition der Arbeitslosen im Gebiet der AOK Duisburg als besonderer Risikogruppe.

Gerade diese Sondersituation Duisburgs mit einem extrem niedrigen Anteil der Ortskrankenkasse an allen AKV-Mitgliedern der Region (16,6 %) und weit überdurchschnittlichen Mitgliederanteilen bei den Betriebskrankenkassen (mehr als 30 %; CYFFKA, 1988, TABELLE 7, S. 402; BERG, 1987, Tabelle 1, S. 6; LEDENIK, 1988, S. 52), verdeutlicht, daß zur Herstellung von *mehr Transparenz* in der Frage des Ausmaßes von Risiko-selektionen die *Aufbereitung regionenbezogener Daten für alle Kassenarten* eine unabdingbare Voraussetzung bildet. Allein über einen regionen- und gruppenspezifischen Kassenartenvergleich könnte abgeklärt werden

- wie die im Duisburger Raum auffallend hohen Ausgaben für Krankenhauspflege bei der zuständigen Ortskrankenkasse (50 % über dem Bundesdurchschnitt) angemessen einzuordnen sind,
- ob allgemein eine vermutete Kausalität zwischen hoher Langzeitarbeitslosenquote einer Kasse in der Region und überdurchschnittlichen Leistungsaufwendungen (für Krankenhauspflege etc.) besteht,
- ob grundsätzlich und in welchem Umfang sich Einnahmen- und Ausgabenprofile von Arbeitslosen bei verschiedenen Kassen voneinander abheben.

2. 3. 3. 2 Sozialhilfeempfänger

Noch undeutlicher ist die Datenlage hinsichtlich der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger, die entsprechend der bestehenden versicherungsstatistischen Differenzierung der Mitgliederstrukturen lediglich als Teilgruppe des Kreises der freiwillig Versicherten *ohne Krankengeldanspruch* ausgewiesen werden. In welchem Umfang Sozialhilfeempfänger über § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hinaus, der die Gewährung von Krankenhilfe unmittelbar durch den Sozialhilfeträger selbst vorsieht, von ihrem Recht auf freiwilligen Verbleib in ihrer bisherigen Krankenkasse Gebrauch machen, läßt sich über Routinedaten nicht ermitteln. Darüber hinaus sagt die rechtlich für alle Kassenarten identische Situation über das faktische Gewicht der Sozialhilfeempfänger bei einzelnen Kassen und Kassenarten ohnehin nichts aus.

Plausibilitätsüberlegungen, die dafür sprechen, daß bei Kassen mit hohen Langzeitarbeitslosenquoten auch relativ häufig Sozialhilfeempfänger anzutreffen sind, werden von den Ergebnissen des Mikrozensus 1986 gestützt. Da-

nach bezieht in der Personengruppe, die bereits drei Jahre oder länger ohne Arbeit ist, ein weit überdurchschnittlicher Teil Sozialhilfe in der Form laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (MAYER, 1988, S. 109 f.).

Die wenigen namentlich für verschiedene Ortskrankenkassen vorliegenden Auswertungen zum Umfang der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger unter den Mitgliedern bestätigen ebenfalls einen solchen Zusammenhang. Danach korrelieren hohe regionale Arbeitslosenziffern deutlich mit der Anzahl des Sozialhilfebezugs von Versicherten. Der Vergleich der Regionen Hamburg und Württemberg-Baden ergibt, daß 1987 in der Hansestadt etwa 2 % der AKV-Versicherten in der Ortskrankenkasse freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger waren, im Südwesten der Republik lediglich 0,5 %. Zudem legen aus etwa 50 Ortskrankenkassen zusammengetragene Ergebnisse die Schlußfolgerung nahe, daß auch die Verteilung der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger auf die Kassenarten völlig einseitig zuungunsten der Ortskrankenkassen erfolgt (AOK-BV, Hrsg., 1988, S. 66 f.). Die im einzelnen freilich nicht repräsentativen Resultate zeigen in einer Auswertung für die Hälfte der niedersächsischen AOK'n (30 Kassen) eine Konzentration von 75 % aller freiwillig versicherten Sozialhilfebezieher bei den Ortskrankenkassen an.

Soweit als Bemessungsgrundlage für die Beitragszahlung der Sozialhilfeträger die Höhe der von diesen geleisteten Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) dient (OESTREICHER u.a., 1987, Anm. 6 zu § 13), ist dies ein deutlicher Hinweis darauf, daß Sozialhilfeempfänger für eine Kasse beitragsmäßig zumindest als wenig »interessant« einzustufen sind. Soweit Leistungsprofile vorliegen, wird diese Einschätzung bestätigt. Unterdurchschnittliche Beitragseinnahmen korrelieren danach in aller Regel mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben²⁹, was auch für den Kreis der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger eine Charakterisierung als »Risikogruppe« nahelegt.

Bei insgesamt relativ ausgewogener Risikomischung einer Kasse sollte die Versicherung von Sozialhilfeempfängern indes nur ein untergeordnetes Problem darstellen. Erst dann, wenn regional allgemein ungünstige Risikostrukturen die Finanzsituation einer Kasse ohnehin erheblich beeinträchtigen, erreicht auch die Absicherung von Sozialhilfeempfängern quantitativ bedeutend eher ein finanziell beachtliches Ausmaß.

Die erhebliche Streubreite der ausgewiesenen Beitragsbemessungsgrundlagen bei der Einbeziehung freiwillig versicherter Sozialhilfeempfänger in den Krankenversicherungsschutz bei den einzelnen Kassen weist zudem darauf hin, daß es im Einzelfall auch eine Managementfrage der jeweiligen Kasse darstellt, ob eine Absprache mit dem Sozialhilfeträger gelingt, die zu einer deutlich höheren Beitragseinstufung der Sozialhilfeempfänger führt, als dies bei HLU-Basis der Fall wäre.

Somit besteht auch hier *weiterer Aufklärungsbedarf* darüber,

29) Nach den Ergebnissen der AOK-Rhein-Ruhr-Studie, 1988, liegt die Diskrepanz zwischen 170 % und 300 %; s. auch Komm.-Drs. 28, Anl.1

- welche Größenordnung die Beitragseinstufung freiwillig versicherter Sozialhilfeempfänger tatsächlich erreicht und welche Ursachen dabei regionale Unterschiede haben,
- inwieweit die ausgewiesene, völlig schiefe Verteilung von Sozialhilfeempfängern auf die Kassen und Kassenarten für das gesamte Bundesgebiet repräsentativ ist und wo regionale Schwerpunkte bestehen,
- ob die Leistungsausgaben tatsächlich vom durchschnittlichen Ausgabenprofil in der AKV erheblich abweichen.

2. 3. 3 Behinderte, Rehabilitanden

Es ist allgemein unbestritten, daß Behinderte in Werkstätten und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe regelmäßig kein »gutes Risiko« für die versichernde Kasse darstellen. Obwohl ein rechtlich bindender Mechanismus nicht existiert, belegt *Tabelle 4.19* eine extrem schiefe Verteilung dieses Versichertenkreises auf die Kassenarten.

Tabelle 4.19: *Verteilung der Behinderten und Rehabilitanden auf einzelne Kassenarten 1988**

	Behinderte ¹⁾	Rehabilitanden
insgesamt: davon (i.v.H.):	110.981	39.024
AOK	68,65	70,13
IKK	4,05	12,63
BKK	9,27	2,71
Ang.-EK	14,21	11,60
Arb.-EK	0,72	2,29

*) Februar

1) Versicherte nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 a RVO

Quelle: Ermittelt nach BABI. 6/1988

Nach § 4 SVBG ist für die in Behindertenwerkstätten Beschäftigten ein Mindestbetrag als maßgebliche Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag festgelegt. Diese Mindestbasis beträgt ein Fünftel des zwei Jahre zuvor von allen Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung erzielten Durchschnittsverdienstes. Für 1988 ergibt dies Beitragszahlungen auf Grundlage eines monatlichen Arbeitsentgelts von 610,45 DM. Wie die (wenigen) vorliegenden Nachweise über Beitragseinnahmen für Behinderte bei einzelnen Krankenkassen ausweisen, bewegen sich die tatsächlichen Einnahmeströme auch nur unwesentlich über diesen Mindestsatz hinaus. Die Beitragsbasis bleibt in jedem Fall weit unter 1 000 DM und erreicht damit kaum ein Drittel der durchschnittlichen Grundlohnsumme (KOMM.-DRS. 95, S. 4: ARBEITSGEMEINSCHAFT DER AOK'N DES RHEINRUHR-RAUMES³⁰). Daß den Kassen mit diesen Summen keine ausgabendeckende Versicherung von Behinderten möglich ist, liegt auf der Hand.

30) Für Rehabilitanden liegen keine Einnahmen-/Ausgabenanalysen vor.

Die Bedeutung der Gruppe der Behinderten für die Frage nach erheblich voneinander abgehobener Risikoverteilung zwischen den Kassenarten relativiert sich freilich ganz erheblich durch ihre im Vergleich zur Gesamtheit aller Versicherten sehr geringe Anzahl. Ähnliches gilt - wie *Tabelle 4.20* ausweist - auch für den Kreis der pflichtversicherten Rehabilitanden (§ 165 Abs. 1 Nr. 4 RVO) und - soweit sie nicht als (er werbstätige oder arbeitslose) Arbeitnehmer bereits GKV-pflichtversichert sind - für die Gruppe der freiwillig versicherten Schwerbehinderten (§ 176 c RVO).

Tabelle 4.20: Anteil der Behinderten und Rehabilitanden an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1988* (i.v.H.)

Kassenart	Behinderte ¹⁾	Rehabilitanden
AOK	0,71	0,26
IKK	0,29	0,31
BKK	0,37	0,04
Ang.-EK	0,16	0,05
Arb.-EK	0,16	0,18

*) Februar

1) Versicherte nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 a RVO

Quelle: Ermittelt nach BABI. 6/1988

Obwohl der Anteil der Behinderten und Rehabilitanden bei den Ortskrankenkassen teilweise ein vielfaches der Werte anderer Kassenarten erreicht, stellen die genannten Versichertengruppen auch bei den Ortskrankenkassen nur geringe Prozentanteile³¹⁾. Als »isolierte« Risikogruppe leicht überzogen herausstellbar, beeinflussen Behinderte und Rehabilitanden das kassenspezifische Finanzierungspotential somit vornehmlich dann negativ, wenn sie zur weiteren Kumulation von »schlechten Risiken« beitragen. Ungeachtet dessen ist aufklärungsbedürftig, welche Mechanismen dazu führen, daß auch hier - trotz rechtlich weithin gegebener Wahlfreiheit - eine einseitige Verteilung erfolgt.

2. 3. 3. 4 »Schwerstrisiken«

Im Hinblick auf die sogenannten »Schwerstrisiken« (Bluter, Dialysepatienten, AIDS-Kranke), für deren Behandlung jährlich möglicherweise Leistungen von mehreren 10 000 DM erbracht werden müssen, stellt sich die Frage nach ihrer Verteilung auf einzelne Kassen weniger im Zusammenhang mit den Prinzipien des gegliederten Systems.

Die finanziellen Belastungen berühren unabhängig davon jede Einzelkasse besonders dann, wenn sie verstärkt »Schwerstrisiken« unter ihren Mitgliedern sichert. Erst in diesem Fall werden besonders aufwendige Leistungsfälle auch zum Problem der Gliederungsvielfalt, da ihre Häufung die finanzielle Solidität der Einzelkasse erschüttern kann. Negative Folgen können die Kassenarten indes be-

31) Die nach § 176 c RVO versicherten Schwerbehinderten gehen wie die versicherten SH-Empfänger statistisch in die Gesamtheit aller freiwillig Versicherten ein. Soweit der Enquete-Kommission von Kassen (verbänden) zum Anteil an den AKV-Versicherten Zahlen übermittelt wurden, bewegen sich diese im Promillebereich.

reits nach geltendem Recht dadurch verhindern, daß sie landesweit die Möglichkeit freiwilliger kasseninterner Finanzausgleiche nach § 414 b Abs. 2 RVO nutzen (FRÖHLINGS-DORF, 1980; HUPPERTZ u.a., 1981, S. 320 ff.). Geschieht dies, verlagern sich die Kosten des medizinischen Fortschritts entsprechend auf breitere Schultern.

3. Grundsätzliche Lösungsstrategien

Trotz gegenteiliger Erläuterungen in zahlreichen Stellungnahmen von Verbandsvertretern der verschiedenen Kassen und Kassenarten - die auch gegenüber der Enquete-Kommission wiederholt worden sind -, das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung habe sich in seiner derzeitigen Form grundsätzlich bewährt, zeigt die Problemanalyse deutlich, daß im Rahmen einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung erheblicher Handlungsbedarf hinsichtlich einer Neuordnung der Gliederungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Die Konstruktion des tradierten Systems und die Intentionen des historischen Gesetzgebers stehen in zunehmendem Maße in erheblichem Widerspruch sowohl zur sozioökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik als auch zu den Ansprüchen an eine zukunftsorientierte Organisation des Krankenversicherungssystems selbst. Insbesondere sind Antworten zu finden auf Fragen nach:

- der Zwei-Klassen-Schichtung der Versicherten mit unterschiedlichen Rechten im System: Arbeiter mit Zwangskassenzugehörigkeit auf der einen Seite, Angestellte mit Kassenwahl auf der anderen;
- dem Abbau der in einem vielschichtigen Zusammenwirken von Grundlohnunterschieden und schiefen Risikostrukturen bei Kassen und Kassenarten entstehenden Beitragsatzunterschiede;
- Marktanteilsverschiebungen zwischen den Kassenarten, die zu Lasten der Zwangskasse AOK verlaufen und deren Wettbewerbsfähigkeit negativ beeinflussen.

Grundsätzlich kann auf diese Entwicklungstendenzen mit drei gegensätzlichen Strategien geantwortet werden:

- das gegliederte System wird durch eine (regional organisierte) *Einheitsversicherung* ersetzt;
- es kommt zur Neukonstruktion eines Zuweisungssystems, das die heutigen Strukturdefekte durch *generellen Verzicht auf Wahlmöglichkeiten* und Wettbewerb zu beseitigen sucht;
- es wird eine *grundsätzliche Öffnung der verschiedenen Kassen* und Kassenarten für alle Versicherten und die gleichzeitige Implementation von mehr (und unverzerrtem) Wettbewerb in das System vorgenommen.

Da das gegliederte System erhalten bleiben soll, werden im folgenden nur die letzten beiden Möglichkeiten näher diskutiert.

Verfassungsrechtliche Schranken sind dabei weder hier noch dort zu erkennen. Eine institutionelle Garantie des tradierten Krankenversicherungssystems und seiner tra-

genden Organisationsstrukturen kann dem Grundgesetz nicht entnommen werden (BVerfGE 39,302 (314); SOZIALENGESETZ, 1966, Ziffer 123 f., S. 57; ISENSEE, 1973, S. 26 f.)

Weder dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) noch den ausdrücklich auf die Sozialversicherung bezugnehmenden kompetenz- und organisationsrechtlichen Normen der Verfassung (Art. 74 Nr. 12, 87 Abs. 2 GG) läßt sich ein Bestandsschutz für das gegliederte System und dessen überkommene Prinzipien ableiten (GITTER, 1969, S. 23; SOELL, 1980, S.44 f.; RULAND, 1985 a. S.24; GITTER/OBERENDER, 1987, S. 61 f.). Im Gegenteil steht dem Gesetzgeber in dieser Frage verfassungsrechtlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu, den das Bundesverfassungsgericht Mitte der 70er Jahre exemplarisch dahingehend umrissen hat, daß der Gesetzgeber auch alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenfassen und »in einem Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbarer Körperschaft« organisieren könne (BVerfGE 39, 302 (315)).

3. 1 Gliederung des Systems durch Zuweisung der Versicherten

Sollen die heutigen Defizite des tradierten Gliederungssystems beseitigt werden, besteht eine Möglichkeit darin, eine Modellkonzeption zu realisieren, die die schleichende Aushöhlung des vom historischen Gesetzgeber geschaffenen Zuweisungssystems umkehrt. Die Aufgabe der rechtlichen Gleichstellung der Versicherten und Risikoanpassung bei Kassen und Kassenarten ist dann in der Weise durchzuführen, daß die ursprünglichen Intentionen des Sozialgesetzgebers, durch Zwang und Zuweisung Solidarität und ausgewogene Risikomischung autonomer Einzelkassen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu garantieren, in einen dem Stand der sozialen und ökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik entsprechenden Rahmen eingepaßt werden.

Zentrale Elemente einer solchen Lösungskonzeption sind:

- *Wanderungen von Versicherten* innerhalb des Systems werden grundsätzlich durch entsprechend normative Gestaltung des Mitgliedschaftsrechts *unterbunden*.
- Jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung findet seinen Platz im System durch *Kassenzuweisung*. Individuelle oder kollektive Kassenmitgliedschaft wird ausschließlich per Gesetz begründet; fakultative Mitgliedschaftsmöglichkeiten auf vertraglicher Grundlage existieren nicht.
- Errichtung und Auflösung von Krankenkassen werden an *strenge administrative Vorgaben* geknüpft.
- Das Leistungsrecht wird im Grundsatz für alle Kassen vereinheitlicht; Satzungs- und Mehrleistungen sind allenfalls mitgliederorientiert möglich.
- Die gesetzliche Abgrenzung der Versichertenkreise muß entweder so zugeschnitten sein, daß eine »gesunde« *Risikomischung* weitgehend *garantiert* wird und Verwerfungen zuungunsten einzelner Kassen

weitgehend ausgeschlossen sind, oder die bewußte Bildung unterschiedlicher Mitglieder- und Risikostrukturen in den verschiedenen Kassen(arten) muß durch finanziell kompensierende Maßnahmen ausgeglichen werden.

Eine solche Konzeption führt modellhaft

- sowohl zur *rechtlichen Gleichstellung aller Versicherten* im System
- als auch zur *Verhinderung* ungerechtfertigter materieller *Sonderbelastungen* einzelner Versichertengruppen.

3. 2 Gliederung des Systems durch Wahlfreiheit der Versicherten

Prinzipiell ist die Lösung der heutigen Gliederungsprobleme - neben dem Weg strikter Mitgliederzuweisung - auch über die völlige Abschaffung von Kassenzwang und lediglich eingeschränkten Wahlmöglichkeiten für Versicherte möglich. Der heute nur partiell im System der gesetzlichen Krankenversicherung existierende Wettbewerb wird nach diesem Modell grundlegendes Element bei der Mitgliederrekrutierung aller Kassen und Kassenarten.

Arbeiter und Angestellte werden wie alle anderen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung rechtlich dadurch gleichgestellt, daß ihnen über ein liberalisiertes Mitgliedschaftsrecht prinzipiell *alle Kassen und Kassenarten als Vertragspartner offenstehen*. Ermöglicht werden soll ein freies Fließen »guter« und »schlechter« Risiken zwischen allen Kassenarten. Eine potentiell unterschiedliche materielle Belastung durch Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen fußt auf der Entscheidung jedes einzelnen Versicherten und stellt dementsprechend für das Gesamtsystem kein Problem mehr dar.

Um Wahlfreiheit konzeptionell gewährleisten zu können, sind im Rahmen der sozialen Krankenversicherung zwei Voraussetzungen unabdingbar:

- Es muß ein allgemeiner *Kontrahierungszwang* für die Kassen bestehen. Der Versicherungspflichtige, der Aufnahme wünscht, muß völlig unabhängig von der Erfüllung regionaler und berufsspezifischer Vorgaben von jeder Kasse versichert werden.
- Es müssen *gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen* für die Kassen gelten. Gleiche Bedingungen im Wettbewerb um Mitglieder beinhaltet dabei insbesondere, allen Marktbeteiligten gleiche Wettbewerbsparameter zur Verfügung zu stellen.

Auch diese Konzeption führt modellhaft zur rechtlichen Gleichstellung aller Versicherten. Unterschiedliche Beitragssätze zwischen Kassenarten sind unabhängig von ihrer Spannweite unbedenklich, da Kassenzugehörigkeit als Resultat freier Wahl des Versicherten konsequenterweise auch die Entscheidung zugunsten höherer Beitragssätze einschließt.

3.3 Probleme einer konkreten Ausgestaltung

Die dauerhafte Funktionsfähigkeit der beiden zentralen Lösungsvarianten kann durch den Einbau weiterer regulativer Vorgaben gesteigert, möglicherweise aber auch durch einander gegenläufige Effekte einzelner Maßnahmen konterkariert werden. Dies soll im folgenden summarisch dargestellt werden.

3.3.1 Kassenarten und räumliche Organisationsstrukturen

Eine zukunftsorientierte Gliederung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung nach Zuweisungs- oder Wahlfreiheitsmodell muß sich auch danach ausrichten, welche räumlichen Organisationsstrukturen grundsätzlich eine möglichst optimale Erfüllung von Aufgaben und Funktion der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versicherten erwarten lassen. Wird dabei das heutige Neben- und Gegeneinander *zentraler* und *dezentraler Strukturen* als wenig funktional empfunden, muß zusätzlich danach gefragt werden, ob sich die mit den beiden zentralen Reformkonzeptionen verfolgten Zielsetzungen sinnvollerweise mit regionalen oder zentralen Kassenstrukturen realisieren lassen. Auch wenn prinzipiell weiterhin ein *Nebeneinander* zentraler und dezentraler Organisationsformen denkbar erscheint, werden im folgenden allein diese beiden Grundmuster analytisch diskutiert.

3.3.1.1 Regionalisierte Kassenstrukturen

Der Vorschlag einer durchgängigen Regionalisierung des Krankenkassensystems (mit entsprechenden Änderungen der Organisationsstrukturen auf der Leistungsanbieterseite) fußt wesentlich auf dem Gedanken, daß Einnahmen- wie Ausgaben-niveau einer Krankenkasse vornehmlich über regional bestimmte Einflußgrößen determiniert werden. Erwerbs- und Einkommensstruktur, Risikoverteilung bei den Versicherten, Qualität und Quantität der Leistungsangebote des Medizinsystems sind in Ballungsräumen regelmäßig deutlich anders konturiert als etwa in ländlichen Räumen der Bundesrepublik. Hängt das Beitragsniveau einer Kasse wesentlich von regionalen Faktoren ab, erweist sich eine regionalisierte Beitragssatzkalkulation als folgerichtig.

Unabhängig von der im einzelnen präformierten Modellvariante käme es bei einem - zumindest beitragsatzmäßigen - »Herunterbrechen« (CASSEL) auch der Ersatzkassen auf die Regionalebene (»Ortsersatzkassen«) *ceteris paribus* zu einer erheblichen *Angleichung der Beitragssätze* zwischen den Kassenarten *vor Ort*.

Versicherte in derselben Region würden entweder

- einer Regionalkasse zugeordnet, die aufgrund ihrer Ortsnähe die regionalen Probleme der Gesundheitsversorgung aufgreifen und - bei gestärkter Selbstverwaltung - die Interessen der ihr zugeordneten Versichertengruppen gegenüber den Leistungserbringern effektiv vertreten könnte, oder

- sich einer der lokal konkurrierenden Krankenkassen anschließen, denen als zentraler Wettbewerbsparameter die Beitragshöhe zur Verfügung steht. Gerade daß der Wettbewerb um Mitglieder von den Krankenkassen stets auf der Regionalebene gewonnen (oder verloren) würde, spricht für eine hohe Affinität von Wahlmodell und Regionalisierung (CASSEL 1987, S. 74).

Interregional könnten sich hinsichtlich der Beitragssätze leicht gegenteilige Tendenzen durchsetzen. Beitragsunterschiede zwischen einzelnen regionalen Räumen, wie sie derzeit innerhalb der dezentral organisierten Kassenarten erreicht werden (*s. oben Tabellen 4.6 - 8*), sind dann wahrscheinlich, wenn regional strukturelle Beitragssatzdeterminanten (Erwerbsstruktur, Einkommensgefüge) ungeschminkt in die Finanzrechnung der jeweiligen Gebietskasse eingehen. Damit würden möglicherweise schnell *bundesweit Grenzen in den Beitragsniveauunterschieden* erreicht und *überschritten*, die gerade wesentlich Anlaß zur derzeitigen Reformdiskussion liefern.

Erneut stellte sich die Frage nach der Rechtfertigung unterschiedlicher Beitragsbelastungen der Versicherten, die auch unter dem Aspekt des grundgesetzlichen Auftrags zur Schaffung einheitlicher Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik (Art. 72 Abs. 2 Nr. 3, 106 Abs. 3 Satz 4 Nr. 2 GG) beantwortet werden müßte. Andererseits würde die interregionale Nivellierung von Beitragssätzen möglicherweise zur unerwünschten Subventionierung besser versorgter Regionen durch relativ schlechter versorgte Gebiete führen.

In jedem Fall machen die Konsequenzen deutlich, daß die unbefriedigenden Ergebnisse der heutigen Gliederungsprinzipien des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung allein über Zuweisung oder Wahlfreiheit *und* Regionalisierung aller Kassenarten nur teilweise entschärft werden können. Zur Lösung bedarf es des Zusammenspiels mit weiteren strukturbildenden Faktoren.

3.3.1.2 Zentralisierte Kassenstrukturen

Die Fusion aller gegenwärtig regional tätigen Krankenkassen zu bundesweit operierenden Körperschaften des öffentlichen Rechts (Bundesortskrankenkasse, Bundesbetriebskrankenkasse) stellt die grundsätzliche Alternative zur Regionalisierung dar. Unter der Annahme, daß der die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung stets begleitende Konzentrationsprozeß dezentral tätiger Kassen (SIEBECK, 1982, S. 304 f.) sich auch zukünftig fortsetzt, würde eine solche Maßnahme lediglich eine ohnehin im Fluß befindliche Entwicklung konsequent vorwegnehmen.

Bundesweit tätige Kassen hätten den Vorteil, daß sie regionale Unterschiede in der Wirtschaftskraft - mit ihren direkten Auswirkungen auf das Grundlohn-niveau - und die verschiedene Finanzbelastung aufgrund lokal differierender Leistungserbringerzahlen intern durch eine überregionale Mischkalkulation ausgleichen können. Kassenartenintern käme es zu einer erheblichen *Angleichung der Beitragssätze* in der Bundesrepublik.

Die außerordentliche Streubreite bei den Beitragssätzen innerhalb einer Kassenart, wie sie oben ausgewiesen ist (s. *Abschnitt 1.2*), würde sich bei Konzentration des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung auf wenige Zentralkassen folgerichtig auf etwa 2 Prozentpunkte drücken lassen (s. *Tabelle 4.21*). Finanziell betrachtet besteht deshalb auch zwischen einer *Zentralisation* des Kassenwesens in der Bundesrepublik und einem bundesweit obligatorischen *kassenarteninternen* Finanzausgleich kein Unterschied.

Tabelle 4.21: *Durchschnittliche Beitragssätze für Pflichtmitglieder (1. Januar 1988)*

Kassenart	Beitragssatz*)	Index (Alle Kassen = 100)
Alle Kassen	12,89	100,0
OKK	13,47	104,5
IKK	12,79	99,2
BKK	11,42	88,6
Ang.-EK	12,70	98,5
Arb.-EK	11,97	92,9

*) in % des Grundlohnes

Quelle: Ermittelt nach BABl. 4/1988

Während sich eine solche über die Kassenzentralisation (oder kassenarteninterne Ausgleichs) erreichte Minderung der Beitragssatzspannen zwischen den Kassenarten mit einem Zuweisungssystem gut verträgt, stößt sich eine bundesweite Kassenfusion indes mit dem Argument des vornehmlich in der Region ausgetragenen Wettbewerbs um Mitglieder.

Ohnehin muß bedacht werden, daß die dargestellte, erhebliche Beitragssatzangleichung bei den Bundeskassen lediglich eine Momentaufnahme darstellt, die sich unter den Bedingungen von uneingeschränktem Kassenwettbewerb schnell verändern dürfte. Da zum einen die bisher regional tätigen Kassenarten gerade in den Gebieten, in denen sie derzeit auf dem Hintergrund relativ günstiger Beitragssätze wettbewerbsfähig sind, ihre Beiträge dem Bundesdurchschnitt anpassen müßten, würde sich ihre Wettbewerbsposition dort kurzfristig (teilweise erheblich) verschlechtern. In der Folge wären - bei Orientierung der Versicherten an den Beitragssätzen - *starke Mitgliederwanderungen weg von den bisherigen Regionalkassen* wahrscheinlich, was die Beitragsdrift zwischen den Kassenarten wieder ansteigen lassen würde.

Zum anderen wären die Beitragssenkungen der neuen Bundeskassen in Regionen mit bisher überdurchschnittlichem Beitragsniveau kaum geeignet, die Wettbewerbsfähigkeit dort wieder in ausreichendem Maße herzustellen. Im Gegenteil steht eher zu vermuten, daß auch in diesen Regionen die mobilen - mutmaßlich jüngeren - Mitglieder in erheblichem Umfang zu Kassen mit bundesweit attraktiverem Beitragssatz abwandern würden³², was einen kaum aufhaltbaren »Kellertreppeneffekt« (BERG) zuungunsten der früheren Regionalkassen - insbesondere der

32) Zu den (erheblichen) Quantitäten des Wanderungspotentials bei völliger Kassenwahlfreiheit insgesamt vgl. BAUMANN/ZOLLMANN, 1988

Ortskrankenkassen - in Gang setzen würde. Für ein solches Szenario kann am Ende beider Entwicklungslinien über die sukzessive Eliminierung der im Wettbewerb chancenlosen Kassen mit extrem schlechten Risikostrukturen der *Weg in die zentrale Einheitsversicherung nicht ausgeschlossen* werden (BEHREND, 1987, S. 515, m.w.Nw.).

Einen wesentlichen Ursprung hätte die auf diese Weise antizipierte Entwicklung in den unterschiedlichen Startchancen der verschiedenen Kassenarten zu Beginn freier Wechselmöglichkeiten für die Versicherten. Die Kassen und Kassenarten mit historisch bedingt schlechter Markteintrittssituation würden möglicherweise vornehmlich deshalb vom Markt verdrängt und nicht aufgrund mangelnder Leistungsfähigkeit im Wettbewerb.

Will man der möglichen Gefahr eines solchen reformpolitischen »Crash-Programms« (CASSEL) entgehen, sind flankierende Maßnahmen notwendig, die insbesondere die ungleichen Startbedingungen - schiefe Versicherten- und Risikoverteilung - der verschiedenen Kassenarten innerhalb eines Wahlfreiheitskonzepts betreffen.

3.3.2 Kassenarten und Risikoausgleich

Der Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen und Beitragssätze, die von Kassen und Kassenarten in ein Wahlfreiheits-(oder Zuweisungs-)Modell eingebracht werden, kann finanztechnisch über mehrere Mechanismen angestrebt werden:

- über bei der *Ausgabenstruktur* der Kassen und Kassenarten ansetzende Ausgleichsformen, die - *strukturelle Verwerfungen* des tradierten Gliederungssystems aufgreifend - nicht kassenartenintern, sondern *kassenartenübergreifend organisiert* sein müssen;
- über bei der unterschiedlichen *Einnahmensituation* der Kassen und Kassenarten ansetzende Ausgleichsformen, die ebenfalls kassenartenübergreifend erfolgen müssen;
- durch *Staats-(Bundes-)zuschüsse* für besonders betroffene Kassen(arten) und deren Versicherte.

3.3.2.1 Ausgabenseitige Ausgleichsformen

Als einen bundesweit und gesetzlich zwingend vorgeschriebenen Risikoausgleich, der kassenartenübergreifend ansetzt, kennt bereits das geltende Recht den Ausgleich der zwischen den Kassenarten deutlich voneinander abweichenden Belastungen durch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR; s. *oben Abschnitt 2.3.2*).

Seine Mechanismen bewirken³³, daß der im Verhältnis zu den Angestelltenersatzkassen mehr als doppelt so hohe Rentneranteil der Ortskrankenkassen für diese grundsätzlich ohne finanzielle Konsequenzen bleibt: die dadurch entstehenden, weit überproportionalen Leistungsausgaben werden im Rahmen des KVdR bundesweit kassenartenübergreifend vollständig ausgeglichen. Bei der

33) Vgl. Fußnote 28

Krankenversicherung der Rentner besteht somit - trotz Kassenvielfalt - de facto eine *Einheitsversicherung* im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ist dies derzeit bereits für rund 40 % der Leistungsausgaben der Krankenkassen der Fall, wird sich dieser Anteil aufgrund der zukünftigen demographischen Entwicklung in der Bundesrepublik (HERMANN, 1987, S. 389 f.) und der enormen Ausgabendynamik der KVdR mittel- und langfristig außerordentlich erhöhen (auf 60 bis 70 % nach der Jahrhundertwende; BAUER/STEFFENS, 1987, S. 170).

Sofern man weitere Personengruppen in einen Ausgabenvergleich einbezieht (etwa die unterschiedliche Belastungsdichte bei der Familienhilfe, die Ausgaben für Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger usw.), würde dies den Trend zur finanziellen Einheitskasse weiter ausbauen - ein wettbewerbstheoretisch für ein Wahlfreiheitsmodell völlig widersinniges Ergebnis. Es würden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht die effizienteren Kassen am Markt durchsetzen, sondern behaupten könnten sich insbesondere Kassen, die über eine maximale Leistungsgestaltung Mitglieder werben. Da die Kosten von der Gesamt-GKV getragen würden, ginge es im Wettbewerb nicht mehr um die Früchte wirtschaftlichen Kassenverhaltens, sondern ausschließlich um Mitgliederaquisition.

Im Prinzip gelten diese Bedenken natürlich auch für ein Zuweisungsmodell. Auch hier könnten durch Ausgabenungleiche »moral hazard«-Strategien, Ressourcenverschwendung und Unwirtschaftlichkeit der Kassen weithin Platz greifen.

3. 3. 2. 2 Einnahmenseitige Ausgleichsformen

Bedeutend funktionaler in ein Wahlfreiheitsmodell einpassen ließen sich einnahmenorientierte Belastungsausgleichsformen zwischen den Kassenarten. Da der »strukturbildende Mechanismus« der tradierten Gliederungsprinzipien des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung die wesentliche Ursache für das unterschiedliche Grundlohnniveau zwischen den Kassen und Kassenarten bildet und eine Beeinflussung über Kassenhandeln ausgeschlossen ist, hätte ein *Ausgleich der kassenspezifischen Grundlohnpotentiale* die teilweise Einebnung ansonsten normbedingter ungleicher Startbedingungen zur Folge.

Finanztechnisch wäre die Berechnung eines einheitlichen Grundlohns für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nötig. Entsprechend dem ermittelten durchschnittlichen Grundlohn der GKV-Mitglieder (vgl. oben Tabelle 4.9) ergeben sich bei den einzelnen Kassen und Kassenarten mehr oder minder deutliche Abweichungen vom Mittelwert, die entsprechend den positiven oder negativen Salden zwischen den Kassen zum Ausgleich gebracht werden.

Das Ergebnis wäre eine *einnahmenseitige Risikostandardisierung* über alle Kassen hinweg. Welche Auswirkungen auf die Beitragssätze der Kassenarten damit unter sonst gleichen Bedingungen verbunden wären, läßt sich anhand einer Modellrechnung verdeutlichen (Tabelle 4.22).

Die Übersicht läßt nach Standardisierung der Grundlohnsommen eine Angleichung der Beitragssätze erkennen.

Die Abstände zwischen den untersuchten Kassenarten reduzieren sich von rund 2 Prozentpunkten auf weniger als 1,4 Prozentpunkte, unter Einbeziehung der dargestellten Einzelkassen von mehr als 2,5 Prozentpunkten auf etwa 1,5 Prozentpunkte³⁴.

Tabelle 4.22: *Beitragssätze der Kassen(arten) vor und nach kassenartenübergreifendem Grundlohnenausgleich (1. Juni 1987)*

Kassen(art)	Allgemeiner Beitragssatz (i.v.H.)	
	derzeitiges Recht	nach Grundlohn- ausgleich
AOK	13,14	12,62
IKK	12,64	11,23
BKK	11,16	12,58
Ang.-EK:	12,36	12,52
- DAK	12,90*	12,45
- TK	10,60	12,83
Arb.-EK	11,65	12,51
Beitragssatz- unterschiede (ohne Einzelkassen)	1,98	1,39

*) ab. 1. August 1987
Quelle: AOK-BV, 1988, S. 99

Allerdings verdeutlicht die Tabelle gleichzeitig, daß bei den Beitragssätzen von der *Fortexistenz erheblicher Differenzen* ausgegangen werden muß. Dies kann angesichts der dargestellten Zusammenhänge und Auswirkungen der kassenspezifischen Versichertenpopulationen nicht verwundern³⁵.

Will eine Risikostandardisierung nicht neue ungerechtfertigte Risikoverteilungen in ein Wahlfreiheitskonzept einbringen, könnte sie dementsprechend nicht auf die *Einbeziehung weiterer*, vom tradierten Gliederungssystem provozierte *Verzerrungen* verzichten. Insbesondere müßte ein Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen durch die Familienhilfe (Modellrechnung bei AOK-BV, Hrsg., 1988, S. 109), aber auch die differierende Alters- und Geschlechtsstruktur der Kassen und Kassenarten wettbewerbsneutral gestaltet werden.

Auch hier hätte über *Zu- und Abschläge vom jeweiligen »GKV-Eckprofil«* (der ermittelten Durchschnittsstruktur innerhalb der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht, Familienlast) eine Standardisierung der Risiken stattzufinden (SACHVERSTÄNDIGENRAT, 1988, ZIFFERN 214, S. 76; LEBER, 1987, S. 268 f.; s.a. HOFMANN, 1988, S. 13). Für den Wettbewerb im Rahmen regionalisierter Kassenstrukturen (oder dezentraler Beitragskalkulation) scheint ein sol-

34) Ein regionaler, auf Duisburg beschränkter Grundlohnenausgleich senkt nach den Berechnungen bei LEDENIK, 1988, S.68, die Beitragsspanne zwischen den Kassen von 6,2 auf 5,6 Prozentpunkte (= 11 %).

35) Die Untersuchung von HUPPERTZ u.a., 1981, S.363 ff., weist sogar eine Ausweitung der Beitragsdifferenzen zwischen den Kassen bei vollständigem Grundlohnenausgleich aus.

cher Risikoausgleich ebenfalls durchführbar (BRUNKHORST, 1988, S. 236 f.).

Käme es zur Einführung von Wahlfreiheit ohne Ausgleich der verzerrten Risikostrukturen des tradierten Systems, würden Kassen und Kassenarten in einzelnen Regionen der Bundesrepublik über Wanderungsbewegungen ihrer mobilen Mitgliedersegmente (mittelfristig) im Wettbewerb chancenlos sein und vom Markt verdrängt werden. Hier sind ähnliche Verdrängungsprozesse erwartbar, wie sie bereits für zentralisierte Kassenstrukturen oder als Ergebnis bundesweiter kassenarteninterner Belastungsausgleiche skizziert worden sind.

Insofern haftet einem einnahmenorientierten Risikoausgleich ein starker *statisch-konservativer* Zug an. Die Strukturen der überkommenen Kassenorganisation werden nicht a priori zur Disposition gestellt - und mit hoher Wahrscheinlichkeit zerschlagen -, sondern als gegeben akzeptiert und als erhaltenswert angesehen. Der das gegliederte System erfassende Strukturbruch und die Turbulenzen für die soziale Krankenversicherung insgesamt wären ungleich größer, wenn auf solche Ausgleiche im Rahmen eines Wahlfreiheitsmodells verzichtet würde.

Darüber hinaus wäre möglicherweise gleichzeitig auch die *Funktionsfähigkeit des Solidaritätsprinzips* in der gesetzlichen Krankenversicherung in Frage gestellt. Insbesondere ergeben sich hier ohne Risikoausgleiche deshalb Schwierigkeiten, da

- jederzeit Kassenwechsel möglich sind. Das Bemühen der Kassen, »schlechte Risiken« trotz Kontrahierungszwangs möglichst vom Beitritt fernzuhalten, erscheint unter Wettbewerbsaspekten rational. Steht die Leistungsseite im Sozialstaat als Wettbewerbsparameter allenfalls in Grenzen zur Verfügung, kann in erster Linie über den effektiven Einsatz von Risikofiltern die Marktposition nachhaltig gestärkt werden.
- durch die im Aquisitionsgeschäft oder bei der Versichertenberatung vielfältigen Möglichkeiten der Errichtung indirekter Aufnahmebarrieren die Gefahr besteht, daß trotz Kontrahierungszwang die Aufnahme von »unattraktiven« Versichertengruppen (chronisch Kranke, sozial Benachteiligte, Langzeitarbeitslose etc.) erschwert oder der Versuch unternommen wird, sie in andere Krankenkassen zu schieben. Eine solche Entwicklung müßte durch geeignete gesetzliche Maßnahmen (Errichtung von Beschwerdestellen, erweiterte Befugnisse der Versicherungsaufsicht) verhindert werden.

Bedacht werden sollte andererseits, daß jeder Risikoausgleich letztlich darauf verweist, daß die *Strukturen des GKV-Systems nicht voll funktionsfähig* sind. Die Dynamik der sozial-ökonomischen Entwicklung sorgt dafür, daß kein Ausgleichsmechanismus dauerhaft stabilisierend wirken kann. Zeichnen hingegen Wahlfreiheit und Kassenwettbewerb für die Risikoverteilung verantwortlich, ist jeder Ausgleich spätestens nach einer Übergangszeit ebenso systematisch unlogisch wie unnötig.

Ein Zuweisungsmodell steht dagegen auf Dauer vor der Aufgabe, die Risikomischung bei den Kassen anhand der

Entwicklungstendenzen sozialer und ökonomischer Variablen zu überprüfen.

3. 3. 2. 3 Staats-/Bundeszuschüsse

Staatszuschüsse stellen in der Sozialversicherung seit jeher ein gewichtiges Finanzierungselement dar und dienen insbesondere in der gesetzlichen Rentenversicherung traditionell (auch) dem sozialen Ausgleich. Da zudem der *Gesetzgeber unmittelbar Verantwortung für die Verwerfungen im gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung* trägt, liegt die Überlegung nahe, eine Risiko-standardisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung über öffentliche Mittel zu erleichtern. Unabhängig vom präferierten Grundmuster zukünftiger Kassenorganisation ist ein (teilweiser) Ausgleich deutlicher Risikoverzerrungen zuungunsten einzelner Kassen und Kassenarten über staatliche Hilfen denkbar.

Systematisch begründbar wären solche Subventionsleistungen insbesondere

- für solche Versichertenkreise, deren Absicherung der Staat der gesetzlichen Krankenversicherung bewußt übertragen hat, obwohl sie »schlechte Risiken« darstellen und ihre soziale Sicherung keine genuine Aufgabe allein der in der gesetzlichen Krankenversicherung Gesicherten ist,
- für (überdurchschnittliche) Familienhilfebelastungen einzelner Kassen, da deren Ausgleich den Aufgaben des staatlichen Familienlastenausgleichs zugeordnet werden kann (HUPPERTZ u.a., 1981, S. 348 f., 458; HUPPERTZ/JASCHKE, 1982, S. 265; THIEMEYER, KOMMISSIONSPROTOKOLL 11, S. 71; BRUNKHORST, 1987 b, S. 226 f.).

Daneben kann im Rahmen eines Wettbewerbsmodells argumentiert werden, daß der Staat zwar mit gezielten Strukturhilfen für traditionell benachteiligte Kassen in der Übergangphase einen unverzerrten Wettbewerb fördern sollte, nicht aber die nivellierenden Wirkungen einer Risikostandardisierung über alle Kassen hinweg auch insgesamt »gesunde« Risikostrukturen einbeziehen darf.

Unabhängig von der angesichts der Lage der öffentlichen Haushalte zweifelhaft scheinenden Durchsetzbarkeit eines erheblichen Einsatzes staatlicher Finanzmittel im Rahmen der Reformbemühungen zur Kassenorganisation muß darüber hinaus auch die Wünschbarkeit einer solchen Entwicklung stark angezweifelt werden.

Jede quantitativ erhebliche Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch öffentliche Mittel führt zwangsläufig zu einer (schleichenden) Abhängigkeit von fiskalischen Vorgaben und unterspült eine eigengesetzliche Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung auch für die Zukunft.

3. 3. 2. 4 Unvollkommener Ausgleich: Interessenquoten der Kassen

Besonders die negativen Wirkungen ausgabenorientierter Finanzausgleiche auf wirtschaftliches Handeln der Kassen im Wettbewerb um Versicherte haben zu Überlegungen geführt, daß einem solchen Verhalten möglicherweise

über die Einführung von »Interessenquoten« der einzelnen Kassen entgegengesteuert werden könnte. Danach würden bestimmte überdurchschnittliche Ausgaben einzelner Kassen nicht vollständig über eine Risikostandardisierung eliminiert, sondern nur bis zu einem bestimmten Prozentsatz finanziell ausgeglichen. Der verbleibende Rest müßte als Eigenanteil von der jeweiligen Kasse selbst getragen werden.

Theoretisch kann eine solche Interessenquote in jedes beliebige Ausgleichsverfahren eingebaut werden. Die dabei der Kasse zugeordnete Eigenquote wird in einem Wettbewerbsmodell um so höher sein, je geringer die Vorteile angesehen werden, die von Ausgleichsverfahren für einen funktionsfähigen Wettbewerb ausgehen, und um so niedriger, je höher die Gefahren eines Aushöhlens des Solidaritätsprinzips erachtet werden.

Wenn es stimmt, daß Interessenquoten »Rationalitätsdruck« (THIEMEYER) erzeugen und unwirtschaftlichem Verhalten der Einzelkassen dadurch möglicherweise effektiv entgegengesteuert werden kann, sind Interessenquoten auch in einem Zuweisungsmodell von erheblichem Interesse.

4. Zentral diskutierte Reformvorschläge

Die Vielzahl der Vorschläge zur Organisationsreform läßt sich - trotz aller Unterschiede im Detail - anhand der beiden zentralen Lösungsvarianten Zuweisungsmodell oder Wahlfreiheitsmodell systematisieren³⁶. Dies gilt nicht zuletzt auch für die drei in der Diskussion meist im Vordergrund stehenden Reformüberlegungen, die insbesondere von den unmittelbar betroffenen Verbänden und Versichertenorganisationen präferiert werden:

- das »Solidarmodell«,
- das »Berufsgruppenmodell«,
- das »Wahlfreiheitsmodell«

Trotz im weiteren auseinanderlaufender Konzeptionen befürworten sowohl die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung als auch die Sozialpartner prinzipiell den *Erhalt des gegliederten Systems* auch für die weitere Zukunft. Niemand stellt grundsätzlich in Zweifel, daß das gegliederte Krankenversicherungssystem erhaltenswert ist (GKV-SPITZENVERBÄNDE. 1987. S. 6; KOMM.-DRS. 17. S. 11 f.; 38, S. 6).

Hinsichtlich der aufgezeigten Alternative Zuweisung - Wahlfreiheit besteht bei den Verbänden weitgehend Konsens darüber, daß eine allgemeine Kassenwahlfreiheit für die Versicherten abzulehnen sei, da ein solches Vorgehen, wie wiederholt hervorgehoben wird, die gegenwärtige Struktur des Gliederungssystems sprengen müßte (KOMM.-DRS. 20, S. 13 f.; 17. S. 17; KOMMISSIONSPROTOKOLL 12, S. 101, 112; 6, S. 151, 172). Die tradierte Mitgliederzuordnung mit unterschiedlichen Möglichkeiten insbesondere für Arbeiter und Angestellte wird als Problem akzeptiert, bleibt aber in der Bearbeitung uneinheitlich.

36) Einen Überblick bieten NEUBAUER u. a., 1988. insb. Teile 1.3. 1.9 u. 1.11.

Eine grundsätzliche Ausnahme vom Konsens bildet der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB), der die Einführung völliger Wahlfreiheit unterstützt und dies mit der Forderung nach Herstellung ausgewogener Risikostrukturen zwischen den Kassenarten verbindet.

4.1 »Solidarmodell«

Das Solidarmodell, das vom AOK-Bundesverband und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) propagiert wird (KOMM.-DRS. 20, S. 11 f. u. ö.; 38, S. 8 u. ö.), gehört in die Gruppe der *Zuweisungsmodelle*. Die Konzeption sieht zwar gleiche Mitgliedschaftsrechte für alle Versicherten vor, verknüpft diese aber mit relativ strengen Zuweisungsregelungen.

Eine *Gleichstellung von versicherten Arbeitern und Angestellten* wird erreicht durch:

- die *Zuweisung aller derzeit Versicherungspflichtigen* bis zur geltenden Höhe der Beitragsbemessungsgrenze, die mit der Versicherungspflichtgrenze gekoppelt bleibt (1988: 4 500 DM monatlich), zu den heutigen Primärkassen (RVO-Kassen),
- ein *freies Wahlrecht* zu allen Kassen - einschließlich der allgemein zu öffnenden Angestelltene ersatzkassen - für *alle* Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit Entgelten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BDA: »Kombination von Freiheit und Bindung«).

Beginnend bei den Berufsanfängern erwartet man von einem solchen Modell die Herstellung weitgehend ausgewogener Versichertenpopulationen bei den einzelnen Kassenarten, so daß weitergehende Risikoausgleiche hinfällig werden. Die Stellung der Angestelltene ersatzkassen sieht man auf ihre »ursprüngliche Hilfsfunktion« zurückgeführt (KOMM.-DRS. 35, S. 27).

4.2 »Berufsgruppenmodell«

Auch die Konzeption der Ersatzkassenverbände und der Deutschen Angestelltengewerkschaft (DAG), das hier als »Berufsgruppenmodell« bezeichnet wird, gehört in den Kreis der *Zuweisungsmodelle*.

Die Ersatzkassenverbände und die DAG stehen der Herstellung prinzipiell gleicher Mitgliedschaftsrechte für alle Versicherten ablehnend gegenüber, da dies das gegenwärtige Gliederungssystem beseitigen würde (KOMM.-DRS. 17, S. 15). Der »essentielle Unterschied« zwischen Pflicht- und Ersatzkassen werde andernfalls eingeebnet, die bestehenden, sich an unterschiedlichen sozialen Lebenslagen und Bedürfnissen orientierenden, relativ homogenen Versichertengemeinschaften zerstört (KOMM.-DRS. 17, S. 19; 33, S. 9).

Unter grundsätzlicher *Beibehaltung des tradierten berufsständischen Mitgliedschaftsrechts* bei den Ersatzkassen sollte *jedem Versicherten die Wahl zwischen mehreren Trägern* der sozialen Krankenversicherung offenstehen. Um dies zu erreichen wird vorgeschlagen,

- allen Angestelltenersatzkassen Möglichkeiten einzuräumen, sich für weitere Angestelltegruppen zu öffnen,
- den Arbeiterersatzkassen eine Anpassung ihrer überalterten Personenkreisregelungen an die heutigen Bedingungen zu ermöglichen.

Durch die Öffnung der bestehenden und die Gründung neuer (Arbeiter-)Ersatzkassen würden für Angestellte und Arbeiter die Wahlmöglichkeiten innerhalb »ihrer« jeweiligen Kassenart erweitert bzw. neu geschaffen.

4.3 »Wahlfreiheitsmodell«

Für die Option Wahlfreiheit spricht sich von den hier betrachteten Organisationen - wie erwähnt - namentlich der DGB aus. Gleichzeitig wird die angestrebte Wahlfreiheit der Krankenkasse für die Versicherten in engem Zusammenhang mit der Einführung von Belastungsausgleichen gesehen (KOMM.-DRS. 39, S. 10).

Das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung sei nur dann glaubwürdig und könne Bestand haben, wenn durch einen übergreifenden Ausgleichsmechanismus die Funktionsfähigkeit des Solidarausgleichs gesichert werde. Da letztlich der Gesetzgeber für die heutigen Risikoverzerrungen verantwortlich zeichne, müsse er über Strukturausgleiche die Basis für die problemfreie Einführung gleicher Wahlmöglichkeiten für alle Versicherten legen (KOMMISSIONSPROTOKOLL 12, S. 27 f.).

5. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Die Diskussionen in der Enquete-Kommission haben in der Frage der Neugliederung der gesetzlichen Krankenversicherung zu keinem einheitlichen, von allen Mitgliedern der Kommission gleichermaßen akzeptierten Konzept geführt, wenngleich in (noch zu benennenden) Einzelaspekten durchaus Konsens erzielt werden konnte. Um den Diskussionsprozeß und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Optionen nachvollziehbar zu machen, sind einige einleitende Bemerkungen erforderlich. Im Anschluß daran erfolgt eine Skizze der diskutierten Alternativen.

5.1 Ausgangspunkte der Modelle

In *Abschnitt 3* sind folgende Konzepte zur Behebung der durch die gegenwärtigen Gliederungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung entstandenen Wettbewerbsverzerrungen und sozialen Benachteiligungen genannt worden:

- Zuweisungssystem mit generellem Verzicht auf Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb,
- Zusammenschluß der einzelnen Kassenarten zu regional gegliederten Einheitskrankenversicherungen,
- wettbewerbliches Nebeneinander von verschiedenen Kassenarten, die für alle (Pflicht-) Versicherten bei Kontrahierungszwang geöffnet werden.

Das *Zuweisungssystem* findet in der Enquete-Kommission *keine Befürworter*. Zwar wird gesehen, daß dieses System keine generelle Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten enthält und damit *ein* Defizit des gegenwärtigen Systems behebt. Jedoch kann nach einhelliger Ansicht der Kommission in dieser Form der Gleichstellung kein Fortschritt gesehen werden; vielmehr handelt es sich um eine Verallgemeinerung von Nachteilen. Nunmehr würden nämlich auch Angestellte einer Kasse zugewiesen, die ihre eigene Risikostruktur und Finanzkraft (und damit Beitragssatzhöhe) nicht beeinflussen können. Bestimmte Angestellte und Arbeiter würden gleichermaßen *gezwungen*, in einer Krankenkasse zu bleiben, die einen erheblich höheren Beitragssatz hat als die für andere Arbeitnehmer zuständigen Krankenkassen.

Die *regionale Einheitsversicherung* wird von *Teilen der Enquete-Kommission grundsätzlich favorisiert*, ohne daß diese Option zum Dogma erhoben wird. Nach ihrer Auffassung sprechen vor allem folgende Gründe für eine solche Organisationsform:

- Ein gegliedertes und damit wettbewerbliches System ist prinzipiell nur sinnvoll, wenn die Kassenarten die Möglichkeit haben, unterschiedliche Leistungen anzubieten. Ein Wettbewerb, der sich nur auf der Ebene der Leistungsdarbietung (z.B. freundliche Mitarbeiter, ansprechend gestaltete Verwaltungsräume) bewegt, macht volkswirtschaftlich keinen Sinn. Ein *Wettbewerb auf der Ebene der Leistungsarten* hingegen ist mit den *Prinzipien der sozialen Krankenversicherung nicht vereinbar*, da er die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zumindest teilweise von der individuellen Zahlungsfähigkeit und nicht vom medizinischen Bedarf abhängig macht.
- Jedes wettbewerblich orientierte System führt zu einem unter sozialen Gesichtspunkten *äußerst fragwürdigen Wettbewerb um »gute« Risiken*. Jede Kasse muß um eine möglichst günstige Risikostruktur bemüht sein, um im Wettbewerb bestehen zu können, und wird - auch bei allgemeinem Kontrahierungszwang - Mittel und Wege finden, Versicherte mit niedrigem Einkommen und/oder hohem Krankheitsrisiko »abzuwimmeln«.
- Für eine regionale Gliederung der Einheitskassen sprechen im wesentlichen *gesundheitpolitische Gründe*. Da regional gegliederten Versorgungseinrichtungen und *regionalen Verhandlungs- bzw. Planungssystemen der Vorzug* gegeben wird, macht es nur Sinn, auch die Krankenkassen zu regionalisieren.

Bei diesen Gründen, die für eine regionale Einheitsversicherung sprechen, wird jedoch gesehen, daß ein gegliedertes System - wenngleich ein anderes als das heutige - eine unverändert hohe Akzeptanz hat. Solange sich auch nicht im entferntesten eine Chance abzeichnet, eine Einheitsversicherung politisch durchzusetzen, bleiben entsprechende Programme politische Rhetorik. Daher wird auf eine Ausdifferenzierung dieses Konzepts im folgenden verzichtet.

Hinzu kommt, daß die Anhänger des Einheitsversicherungskonzepts zweierlei nicht verkennen:

- Die Einheitsversicherung bietet nicht nur Vorteile. Aus der Sicht der Versicherten ist das Wissen darum, nicht auf *eine* Kasse angewiesen zu sein, sondern bei Unzufriedenheit die Versicherung wechseln zu können, positiv zu bewerten.
- Es lassen sich Wahlfreiheitsmodelle denken, die die Gefahren der Risikoselektion zwar nicht völlig eliminieren, jedoch eingrenzen können.

Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen ist deshalb das *Konzept der freien Wahl der Krankenversicherung für alle Versicherten* - natürlich - bei Kontrahierungszwang:

Jede Kasse ist gezwungen, jeden Versicherten aufzunehmen, der dies wünscht. Darüber hinaus sind in folgenden Punkten für alle Kassen gleiche Rechtsgrundlagen zu schaffen:

- im Mitgliedschaftsrecht,
- im Beitragsrecht,
- im Leistungsrecht,
- im Vertragsrecht.

Die Optionen der Enquete-Kommission unterscheiden sich voneinander dadurch, daß die Mitglieder, die grundsätzlich die regionale Einheitsversicherung favorisieren, *sozialpolitische* Überlegungen bei der Ausgestaltung des Systems in den Vordergrund stellen, während die anderen Mitglieder der Kommission im *Wettbewerb* ein zentrales Gestaltungsmoment sehen.

5.2 Wahlfreiheitsmodell mit wettbewerblicher Orientierung (Reformation I)

Eine demokratisch organisierte Gesellschaft räumt ihren Bürgern dort *Freiheitsspielräume* ein, wo der einzelne, *ohne Gefährdung der Gemeinschaft*, seine Interessen wahrnehmen kann. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird nur einer begrenzten Gruppe, den Angestellten, ein Freiheitsspielraum in bezug auf die Kassenwahl eingeräumt. Allgemeininteressen sprechen nicht dagegen, dieses Recht allen Pflichtversicherten zu gewähren. Vielmehr ist es ein *Gebot der Gleichbehandlung aller Versicherten*, allen die freie Kassenwahl zu ermöglichen.

Bei einer Zuweisung aller Versicherten an bestimmte Versicherungsträger würde zwar, wie erwähnt, eine Gleichbehandlung der Versicherten herbeigeführt, ihnen jedoch ein Freiheitsspielraum ohne überzeugenden Grund genommen.

Eine freie Kassenwahl gibt jedem einzelnen Versicherten die Möglichkeit, die seinen Interessen am meisten entsprechende Krankenkasse zu wählen und damit seine Präferenzen auszudrücken. Gleichzeitig wird durch Wahl und möglichen Wechsel der jeweiligen Krankenkasse signalisiert, inwieweit sie - in der Einschätzung der Versicherten - deren Interessen wahrnimmt (Abstimmung mit den Füßen). Somit erfüllt die Wahlfreiheit auch eine *stets gegenwärtige Steuerungs- und Kontrollfunktion*. Für die Krankenkassen bedeutet dies, daß sie sich ständig im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen um ihre Mit-

glieder bemühen müssen. Wahlfreiheit ist somit eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für eine wettbewerbsorientierte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung.

Einer Wahlfreiheit der Versicherten kommt damit in bezug auf unsere Gesellschaftsordnung ein Eigenwert und in bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung ein instrumentaler Wert zu. Beide Werte zusammen machen *das Wahlfreiheitsmodell zu der am besten geeigneten Zielvorstellung für eine Strukturreform*.

5.2.1 Wahlfreiheit ohne Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen

Bei den bestehenden Beitragssatzunterschieden zwischen den einzelnen Krankenkassenarten und Krankenkassen ist davon auszugehen, daß eine Reihe von Krankenkassen mit relativ hohen Beiträgen durch Abwanderung ihrer Mitglieder nicht länger existenzfähig sind. Die Geschwindigkeit, mit der eine solche Abwanderung eintritt, läßt sich nicht genau vorhersagen, weil

- die entsprechenden Informationen nicht sofort bekannt sein werden,
- der Beitragssatz nicht notwendigerweise das alleinige Kriterium der Abwanderungsentscheidung darstellt und schließlich
- ein gewisses Beharrungsvermögen der Versicherten vermutet werden darf.

Längerfristig dürfte aber die gekennzeichnete Entwicklung eintreten.

Die *Folgen* einer solchen Entwicklung sind in erster Linie *aus der Sicht der Versicherten zu beurteilen*, da Krankenkassen per se keinen Bestandsschutz genießen. Für die Versicherten ergeben sich aber keine negativen Folgen daraus, sofern *alle Kassen* einem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot gegenüber *allen Versicherten* unterliegen und die Einhaltung dieser Prinzipien durch die Aufsichtsbehörde gewährleistet ist.

Als positive Konsequenz für die *Versicherten* ist hervorzuheben, daß sie nun *Krankenkassen mit günstigen Beitragssätzen wählen können* und nicht länger die durch ihre Kasse erhobenen höheren Beitragssätze akzeptieren müssen. Nehmen Versicherte - trotz freier Kassenwahl - weiterhin höhere Beitragssätze in Kauf, so werden sie ihre Gründe haben, die zu respektieren sind. *Beitragssatzunterschiede verlieren* damit ihre *sozialpolitische Bedenklichkeit*. Allerdings ist nicht gänzlich auszuschließen, daß durch den wettbewerblichen Selektionsprozeß in bestimmten Regionen Versicherte weniger Wahlmöglichkeiten haben als Versicherte in anderen Regionen. Im Extremfall verbleibt eine Kasse, die freilich immer mit der potentiellen Konkurrenz der übrigen Krankenkassen rechnen muß.

Wie bereits angemerkt, genießen weder die Krankenkassenarten noch die einzelnen Krankenkassen Bestandsschutz. Gleichwohl können die Interessen der Beschäftigten in existenzbedrohten Kassen an der Beibehaltung ihrer Arbeitsplätze nicht außer Acht gelassen werden.

Will man den beschäftigungspolitischen Bedenken der Auswirkungen der Wahlfreiheit auf einzelne Kassen Rechnung tragen, sind Übergangsregelungen zu finden, die Freisetzungen in größerem Umfang vermeiden.

5.2.2 Wahlfreiheit mit zeitlich und inhaltlich begrenztem Risikoausgleich als Übergangslösung

Für eine Übergangslösung sprechen in erster Linie beschäftigungspolitische Gründe, doch werden häufig auch wettbewerbspolitische Gründe genannt.

Die gegenwärtig gesetzlich vorgeschriebenen Zuweisungen von Versicherten auf bestimmte Kassen verursachen weitgehend die schon dargestellten Beitragssatzunterschiede. Diese würden bei Einführung der Wahlfreiheit einzelne Kassen benachteiligen und ihnen die Chancen nehmen, zu gleichen Startbedingungen am Wettbewerb teilzunehmen. Will man dies verhindern, müssen für einen Übergangszeitraum durch einen finanziellen Risikoausgleich die Beitragssatzunterschiede abgebaut werden. Freilich darf nicht verkannt werden, daß durch jegliche Art von Risikostrukturausgleich neue wettbewerbspolitische Verzerrungen begründet werden. Im Extremfall wird durch einen totalen Risikostrukturausgleich jeglicher Wettbewerb aus dem System eliminiert. Von daher wird eine wettbewerbspolitische Begründung eines Risikostrukturausgleichs für höchst problematisch gehalten. Was bleibt sind beschäftigungspolitische Gründe, denen möglichst wettbewerbsneutral Rechnung getragen werden sollte. Zu klären sind dabei Inhalt, Dauer und Umfang eines derartigen risikoorientierten Finanzausgleiches.

Was den *Inhalt* angeht, so wird ein nur einnahmeorientierter, nach dem *Grundlohn bemessener Risikoausgleich* vorgeschlagen. Die Einbeziehung weiterer Risikofaktoren wird aus mehreren Gründen abgelehnt. Zum einen spricht die noch ungesicherte Datenlage gegen eine Ausdehnung, zum anderen ist das Zusammenspiel der verschiedenen ausgabenorientierten Risikofaktoren von Kassenart zu Kassenart unterschiedlich, schließlich ist die Ausgabenseite generell einer Gestaltung durch die Kassen leichter zugänglich.

Was die *Dauer* angeht, wird ein *Übergangszeitraum von zehn Jahren* vorgeschlagen. Innerhalb dieses Zeitraums sollte jedoch eine *stetige prozentuale Reduzierung* der Risikoausgleichszahlungen erfolgen. Auf diese Weise werden die anfangs benachteiligten Kassen gezwungen, sich schrittweise mehr und mehr dem Wettbewerb zu stellen.

Was den *Umfang* des Risikostrukturausgleiches angeht, so stehen *zwei Alternativen* im Vordergrund: Zum einen ein *bundesweiter, kassenarteninterner Risikoausgleich*, zum anderen ein *regionaler, kassenartenübergreifender Ausgleich*. Für beide Alternativen gibt es gute Gründe. In jedem Fall ist aber zu bedenken, daß der Ausgleich befristet und mit abnehmender Intensität getätigt wird, so daß die zahlenden Kassen nicht über Gebühr beansprucht werden dürften. Unbeschadet dessen sollte den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt werden, den freiwilligen kassenarteninternen Risikoausgleich auf Bundesebene zu forcieren.

5.3 Wahlfreiheitsmodell mit sozialpolitischer Orientierung (Reformoption II)

Wie beim »Wettbewerbsmodell« wird von einem *Nebeneinander verschiedener selbständiger Krankenkassen* ausgegangen, die jeden Versicherungsberechtigten, der dies wünscht, aufzunehmen haben (Kontrahierungszwang). Alle Krankenkassen bieten die gleichen, vom Gesetzgeber definierten Leistungen an, d.h. ein *Wettbewerb auf der Leistungsseite findet nicht statt*. Es gilt der sozialpolitische Grundsatz, daß allen Versicherten das gleiche Leistungsangebot zur Verfügung steht.

Um im weiteren Chancengleichheit herzustellen, herrschen *gleiche Finanzierungsbedingungen*: Die Beiträge werden von allen Kassenarten entweder regional oder auf Basis bundesweiter Berechnungen erhoben.

Aus den gegenwärtigen Ungleichgewichten im GKV-System ergeben sich für die einzelnen Kassenarten ungleiche Möglichkeiten, bei Einführung der Wahlfreiheit im Wettbewerb der Kassen mithalten zu können. Es müssen zunächst *gleiche Startchancen* hergestellt werden, indem vor allem ein *Risikoausgleich* (auf regionaler Ebene oder bundesweit) erfolgt, der sich an den in *Abschnitt 2.3* genannten Risikofaktoren orientiert. Dabei kommt vor allem dem *Grundlohn* und teilweise auch dem *Familienlastquotenausgleich* große Bedeutung zu.

Die Frage ist, inwieweit ein solcher Risikoausgleich nur zur Herstellung gleicher Startchancen eingeführt werden soll und deshalb mit einer zeitlichen Begrenzung versehen wird (»Sunset-Regelung«). Die in *Abschnitt 5.1* dargestellte Auffassung, Wettbewerb enthalte per se die Tendenz zur Risikoselektion und damit zur Entsolidarisierung, führt zu der Konsequenz einer zwangsweisen, dauerhaften Einführung des Risikoausgleiches. Eine »Sunset-Regelung«, nach der die Kassen irgendwann in den freien Wettbewerb ohne Risikoausgleich »entlassen« werden, ist demnach nicht praktikabel.

Bei einem auf Dauer angelegten Risikoausgleich ergibt sich freilich das Problem, daß sich der Umfang der Risiken im Laufe der Zeit wandelt, mithin ständige Änderungen im Ausgleich der Risikotatbestände erforderlich sind. Dies gilt zwar weniger für den Grundlohn, der auf der Basis eines regionalen Durchschnittseinkommens vorgenommen wird. Hier kann es nur darum gehen, diesen fiktiven Grundlohn jährlich der allgemeinen Einkommensentwicklung anzupassen.

Anders sieht es aber bei Risikofaktoren aus, in die auch ausgabenbezogene Entwicklungen (Behandlungskosten, Inanspruchnahme) einfließen. Um der Gefahr zu begegnen, - wie beim KVdR-Ausgleich - Wirtschaftlichkeitsanreize abzubauen, kann es sinnvoll sein, bestimmte Bandbreiten zu definieren, innerhalb derer sich die Beitragssätze der Kassen einer Region bewegen dürfen (z.B. 1 Prozentpunkt). Wird diese Marge von einer Kasse dauerhaft überschritten, wird ein Prüfungsverfahren in Gang gesetzt, um zu ermitteln, ob diese Entwicklung mit einer Verschlechterung der Risikostruktur (z.B. erhöhte Zahl mitversicherter Familienangehöriger) oder mit unwirtschaftlichem Verhalten der Krankenkasse zusammen-

hängt. Ist ersteres der Fall, muß der Risikoausgleich verändert werden. In extremen Fällen ist an eine Auflösung der Kasse und eine Verteilung von deren Mitgliedern auf die verbleibenden Kassen zu denken.

Die Aufdeckung unwirtschaftlichen Verhaltens müßte Konsequenzen im Management der Kasse zur Folge haben. Derartige Prüfungen müßten von der Versicherungsaufsicht - selbstverständlich unter Beteiligung der betroffenen Krankenkasse bzw. regionalen Kassenverbände - durchgeführt werden.

Literaturverzeichnis zu Kapitel 4/IV

Komm.-Drs. siehe Verzeichnis im Anhang des Berichts.

- AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) (1987), Statistische Informationen der AOK, Reihe 1: Versicherte - Mikrozensus 1985 -, Bonn.
- AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) (1988), Statistik intern 2, Aktuelle Analysen des AOK-BV. Materialien zur Strukturreform-Diskussion, Februar 1988, Bonn.
- AOK-BUNDESVERBAND (Hrsg.) (o.J.), Statistische Informationen, Reihe 2.8, Beitragssätze der Betriebs- und Innungskrankenkassen im AOK-Bezirk.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER AOK'N DES RHEIN-RUHR-RAUMES (o.J. <1988>), Zur Notwendigkeit eines erweiterten Risikostruktur-Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, o.O.
- BÄCKER, Gerhard/Reinhard BISPINCK/Klaus HOFEMANN/Gerhard NAEGELE (1980), Sozialpolitik, Köln.
- BAUER, Guntram/Jürgen STEFFENS (1987), Perspektiven der Rentnerkrankenversicherung. Ein Dollpunkt in der Konsolidierung der GKV, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 169 ff.
- BAUER, Guntram/Peter PICK (1988), Besondere Risikogruppen in der GKV, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S. 145 ff.
- BAUMANN, Manfred (1986), Familienstruktur und Beitragsbelastungsunterschiede in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1986, S. 180 ff.
- BAUMANN, Manfred/Pia ZOLLMANN (1987), Kassenwechsel im gegliederten System der Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1987, S. 73 ff.
- BAUMANN, Manfred/Pia ZOLLMANN (1988), Konsequenzen einer Ausweitung der Wahlfreiheit in der Krankenversicherung: empirisch gestützte Abschätzung des Wanderungspotentials, in: Sozialer Fortschritt 1988, S. 2 ff.
- BECKER, Irene (1985), Einkommensumverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine empirische Untersuchung, in: Schmähl, Winfried (Hrsg.) (1985), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 98 ff.
- BEHREND, Behrend (1987), Gegliederte Krankenversicherung am Ende? Prolegomena für eine Revitalisierung, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 513 ff.
- BEHREND, Behrend/Johann BRUNKHORST (1987), Fremdlasten und Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung aus finanzverfassungsrechtlicher Sicht, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1987, S. 226 ff.
- BERG, Heinz (1987), Grundlohnpotentiale (unveröffentl. Manuskript 10/1987), Bonn.
- BERG, Heinz (1988), Grundlohnpotentiale. Hintergrundmaterial zur Grundlohnsituation innerhalb der AOK-Gemeinschaft, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S. 150 ff.
- BOGS, Walter (1955), Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform, Berlin.
- BOGS, Walter (1971), Die Abgrenzung des Mitgliederkreises der Ersatzkassen, in: Die Ersatzkasse 1971, S. 109 ff., 165 ff.
- BORCHERT, Günter (1982), Risikostrukturen und Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 1982, S. 243 ff.
- BRINKMANN, Christian/Eugen SPITZNAGEL (1988), Gesamtfiskalische und individuelle Belastungen durch Arbeitslosigkeit, in: Arbeit und Sozialpolitik 1988, S. 190 ff.
- BRUNKHORST, Johann (1987 a), Beitragssatzunterschiede in der GKV und Leistungsfähigkeit der AOK, in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 16 ff.
- BRUNKHORST, Johann (1987 b), Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- BRUNKHORST, Johann (1988), Risikoausgleich und regionale Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik 1988, S. 234 ff.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (o.J. <1984>), Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1983, Bonn.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1986), Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1986, Bonn.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1987), Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1987, Bonn.
- BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (o.J. <1987>), Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1986, Bonn.
- BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.) (1986), Frauen in der Bundesrepublik Deutschland (3. Auflage), Bonn.
- BUTTLER, Günter/Dietrich von LESZCZYNSKI/Achim SEFFEN (1982), Zur Differenzierung der Beitragssätze und Problematik von Finanzausgleichen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine quantitative und qualitative Analyse, Köln.
- CASSEL, Dieter (1984), Möglichkeiten und Grenzen, in: Bundesarbeitsblatt 12/1984, S. 31 ff.
- CASSEL, Dieter (1987), Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn. Hrsg.: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung 149.
- CHEVALLERIE, Oskar de la (1987), Zur Entwicklung der Langzeitarbeitslosigkeit, in: DIW-Wochenbericht 30/1987, S. 415 ff.
- CHRISTMANN, Alfred (1988), Intensivierung der Aufsicht, in: Bundesarbeitsblatt 9/1988, S. 16 ff.
- CYFFKA, Johann (1988), Zur Belastung von Krankenkassen durch die Folgen der Arbeitslosigkeit, in: Die Ortskrankenkasse 1988, S. 400 ff.
- DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR POLITISCHE WISSENSCHAFT - ARBEITSKREIS »GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK« (Hrsg.) (1982), Staatlicher Eingriff und Selbstregulierungspotentiale im Gesundheitswesen, Tagung Ulm 2. - 4. Juni 1982, Einführungsreferate, Tagungsbericht, Hamburg.
- DÜTTMANN, Renate (1978), Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Kritische Analyse und Verbesserungsvorschläge, Baden-Baden.
- FRÖHLINGSDORF, Karl Heinz (1980), Solidarregelungen der Innungskrankenkassen, in: Soziale Sicherheit 1980, S. 299 ff.
- GEISSLER, Ulrich (1980), Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die grundsätzlichen Möglichkeiten ihrer Verringerung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.) (1980), Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, S. 11 ff.
- GEISSLER, Ulrich (1983), Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung? Expertengespräch mit Ulrich Geißler, in: Henke, Klaus-Dirk/Uwe Reinhardt (Hrsg.) (1983), Steuerung im Gesundheitswesen. Gerlingen, S. 311 ff.
- GITTER, Wolfgang (1969), Zweckwidrige Vielfalt und Widersprüche im Recht der Sozialversicherung, Wiesbaden.
- GITTER, Wolfgang (1981), Sozialrecht, München.
- GITTER, Wolfgang (1986), Der Mitgliederkreis der Ersatzkassen und die Neuordnung der Berufe, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1986, S. 221 ff.
- GITTER, Wolfgang/Peter OBERENDER (1987), Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV, Baden-Baden.

- GONTO, Anni/Rolf STUPPARDT (1981). Beitragssatzniveau im Raum Steinfurt: Ein regionalspezifisches Strukturproblem. in: Die Betriebskrankenkasse 1981, S. 304 ff.
- HÄFNER, H. (1987). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1987, S. 1428 ff.
- HENKE, Klaus-Dirk (1985). Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. in: Schmähl, Winfried (Hrsg.) (1985), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung. Tübingen. S. 55 ff.
- HENNING, Werner/Horst KÜHL/Ernst HEUER (1988). Arbeitsförderungsgesetz. Kommentar (52. Ergänzung). Frankfurt am Main.
- HERMANN, Christopher (1987). Die Rentenversicherung als politisches Potential - Rentenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland und unter den Bedingungen steigender Altenquotienten. in: Deutsche Rentenversicherung 1987, S. 372 ff.
- HOFMANN, Jürgen (1988). Von der Wahlfreiheit zum Solidarausgleich. in: Sozialer Fortschritt 1988, S. 11 ff.
- HUPPERTZ, Paul-Helmut/Heinz JASCHKE/Manfred KOPS (1981). Beitragssatzdifferenzen und adäquate Finanzausgleichsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn. Hrsg.: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung 52.
- HUPPERTZ, Paul-Helmut/Heinz JASCHKE (1982). Bundesweiter kassenartenübergreifender Finanzausgleich in der GKV - eine Attacke gegen das gegliederte System?. in: Sozialer Fortschritt 1982, S. 263 ff.
- HUPPERTZ, Paul-Helmut/Heinz JASCHKE (1983). Zur Rechtfertigung eines ergänzenden Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft 1983, S. 105 ff.
- ISENSEE, Josef (1973). Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge. Eine finanzverfassungsrechtliche Studie über den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin.
- KOPS, Manfred/Klaus MACKSCHEIDT (1985). Der Einsatz des Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung und seine Auswirkungen auf regionale Beitragssatzunterschiede. in: Informationen zur Raumentwicklung 1985, Raumordnung und Gesundheitspolitik, S. 309 ff.
- KOPS, Manfred/Heinz JASCHKE (1987). Ein Kausalmodell zur Erklärung der Beitragssatzunterschiede zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen. in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft 1987, S. 85 ff.
- KRAUSE, Peter (1987). Rechtsgutachten zur Vereinbarkeit der gesetzlichen Bestimmungen über die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen, insofern diese unterschiedliche Beitragsbelastungen der Versicherten nicht verhindern. Frankfurt.
- KRAUSE, Peter (1988). Strukturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung - Finanzierungs-, Leistungs- und Gliederungsprobleme. in: Verhandlungen des Deutschen Sozialrechtsverbandes (1988). Die Strukturreform der Krankenversicherung. Bundestagung Wiesbaden 1. und 2. Oktober 1987. Wiesbaden, S. 32 ff.
- KRAUSKOPF, Dieter/Günther SCHROEDER-PRINTZEN (1988). Soziale Krankenversicherung. Kommentar (2. Auflage, 14. Lieferung). München.
- LAMPERT, Heinz (1983). Strukturfragen aus ordnungspolitischer Sicht: Gesundheitswesen und gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland. in: WIdO (Hrsg.) (1983), S. 65 ff.
- LAMPERT, Heinz (1987). Wettbewerbsintensivierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Solidarausgleich. in: Sozialer Fortschritt 1987, S. 54 ff.
- LAND, Franz-J. (1987). Sozialmedizinische Aspekte von ökonomischer Krise und Massenarbeitslosigkeit. in: Sozialer Fortschritt 1987, S. 62 ff.
- LEBER, Wulf (1987). Finanzausgleich als Voraussetzung für funktionsfähigen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. in: Arbeit und Sozialpolitik 1987, S. 266 ff.
- LEDENK, Ulrike (1988). Möglichkeiten und Grenzen des kassenartenübergreifenden regionalen Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (unveröffentlicht. Diplomarbeit). Duisburg.
- LESZCZYNSKI, Dietrich von (1982). Zur Beitragssatzdifferenzierung und Problematik von Finanzausgleich in der GKV. Neues Gutachten spricht sich für maßvolles Belastungsausgleichs-Modell innerhalb der einzelnen Kassenarten aus. in: Sozialer Fortschritt 1982, S. 135 ff.
- MAYER, Hans-Ludwig (1988). Struktur und Entwicklung der Erwerbslosigkeit 1986. Ergebnisse des Mikrozensus und der EG-Arbeitskräftestichprobe. in: Wirtschaft und Statistik 1988, S. 101 ff.
- MEIERJÜRGEN, Rüdiger/Klaus JACOBS (1988). Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze. in: Wirtschaftsdienst 1988, S. 256 ff.
- MEYDAM, Jan (1988 a). Die Beitragssätze als Instrumente einer Hochpreispolitik? Gegendarstellung zu einem Beitrag in der Zeitschrift »Die Betriebskrankenkasse«. Dezember 1987, S. 373 - 376. in: Die Ortskrankenkasse 1988, S. 148 ff.
- MEYDAM, Jan (1988 b). Risikostrukturausgleich im System sozialer Pflichtversicherung. in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1988, S. 135 ff.
- NEUBAUER, Günter (1987). Ziele und Ansatzpunkte einer Strukturreform. in: Wirtschaftsdienst 1987, S. 128 ff.
- NEUBAUER, Günter/Josef KRUMBACHER/H. UNTERHUBER (1988). Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung - Vorschläge und Kommentare im Überblick -. Bonn.
- NIPPERDEY, Hans Carl/Franz-Jürgen SÄCKER (1969). Zur verfassungsrechtlichen Problematik von Finanzausgleich und Gemeinlast in der Sozialversicherung. Berlin.
- OESTREICHER, Ernst/Kurt SCHELTER/Eduard KUNZ (1987). Bundessozialhilfegesetz mit Recht der Kriegsopferfürsorge (21. Ergänzungslieferung). München.
- OLDIGES, Franz Josef (1981). Ist das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung noch zeitgerecht?. in: Gitter, Wolfgang/Werner Thieme/ Hans F. Zacher (Hrsg.) (1981), Im Dienste des Sozialrechts. Georg Wannagat zum 65. Geburtstag, Köln/Berlin/Bonn/München, S. 315 ff.
- OLDIGES, Franz Josef (1987). Strukturreform im Gesundheitswesen. Grundsatzpositionen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung. in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 129 ff.
- PAQUET, Robert (1983). Umverteilungswirkungen und dezentrale Handlungsmöglichkeiten in der gegliederten Krankenversicherung. in: Sozialer Fortschritt 1983, S. 15 ff.
- PAQUET, Robert (1987). Umverteilung und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin.
- PAQUET, Robert (1988). Wahlfreiheit und Organisationsstruktur in der GKV. in: Sozialer Fortschritt 1988, S. 8 ff.
- PAQUET, Robert/Peter RESCHKE/ Wilhelm F. SCHRÄDER (1988). Leistungs- und Kostenprofile in der GKV. Vergleichende Darstellung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Alter und Geschlecht bei vier Krankenkassen, Berlin.
- PREISER, Klaus/Axel WEBER (1988). Beitragssatzunterschiede in der GKV - Ursachen und Konsequenzen. in: Arbeit und Sozialpolitik 1988, S. 38 ff.
- REINERS, Hartmut (1987 a). Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte, Bonn.
- REINERS, Hartmut (1987 b). Wettbewerb in der GKV. Anmerkungen zu einer ordnungspolitischen Diskussion. in: Die Ortskrankenkasse 1987, S. 640 ff.
- RULAND, Franz (1985 a). Notwendigkeit und Grenzen einer Reform der Finanzierung der Sozialversicherung. in: Deutsche Rentenversicherung 1985, S. 13 ff. (= ders., in: Bieback, Karl-Jürgen (Hrsg.) (1986), Die Sozialversicherung und ihre Finanzierung. Bestandsaufnahme und Perspektiven, Frankfurt/New York, S. 141 ff.).
- RULAND, Franz (1985 b). Sozialrecht. in: Münch, Ingo von (Hrsg.) (1985), Besonderes Verwaltungsrecht (7. Auflage), Berlin/New York, S. 329 ff.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1987). Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahrgutachten 1987, Baden-Baden.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1988). Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahrgutachten 1988, Baden-Baden.
- SCHEWE, Dieter/Karlhugo NORDHORN (1967). Übersicht über die soziale Sicherung in Deutschland (7. Auflage). Bonn. Hrsg.: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- SIEBECK, Theo (1982). Gliederung und Koordination in der gesetzlichen Krankenversicherung. in: Die Ortskrankenkasse 1982, S. 297 ff., 333 ff., 401 ff., 477 ff., 520 ff., 587 ff.
- SMIGIELSKI, Edwin (1982). Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. in: Sozialer Fortschritt 1982, S. 234 ff.

- SOELL, Hermann (1980), Die Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Möglichkeit ihrer Verringerung aus verfassungsrechtlicher Sicht. in: WiDO (Hrsg.), 1980, Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, S. 43 ff.
- SOZIALENQUETE-KOMMISSION (o.J. <1966>), Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission. Erstattet von: Walter Bogs/Hans Achinger/Helmut Meinhold/Ludwig Neundörfer/Wilfrid Schreiber. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (1987), Gemeinsame Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Bonn.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (1987), Datenreport 1987. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. In Zusammenarbeit mit dem Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt und Mannheim, Bonn.
- STOLT, Erich/Ernst Albert VESPER (Mitarbeit) (1973), Die Ersatzkassen der Krankenversicherung. Geschichte, Gestalt, Recht (7. Auflage), Bonn-Bad Godesberg.
- STUPPARDT, Rolf (1987), Die Beitragssätze als Instrumente einer Hochpreispolitik?, in: Die Betriebskrankenkasse 1987, S. 373 ff.
- THIEMEYER, Theo (1986), Gesundheitsleistungen - Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände?, in: Sozialer Fortschritt 1986, S. 97 ff.
- THIEMEYER, Theo (1987), Über die große politische Bedeutung auch kleiner Reformen in der GKV und deren wirtschaftstheoretischen Sinn, in: Sozialer Fortschritt 1987, S. 147 ff.
- VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (1988), Die private Krankenversicherung im Jahre 1987, Rechenschaftsbericht, Köln.
- WANNAGAT, Georg (1965), Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts. Bd. 1, Tübingen.
- WEBER, Axel (1986), Wettbewerb in der Sozialen Krankenversicherung zwischen Dogmatik, Verteilungspolitik und Effizienzsteigerung, in: Soziale Sicherheit 1986, S. 249 ff.
- WIESE, Marion (1986), Die Entwicklung der Arbeitslosenstruktur - gelten noch die alten Muster?, in: Sozialer Fortschritt 1986, S. 130 ff.
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ORTSKRANKENKASSEN (WiDO) (Hrsg.) (1983), Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn.

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 4.1:	Entwicklung von Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und Durchschnittseinkommen der Versicherten 1949 - 1986 (Jahr; in DM)	338
Tab. 4.2:	Entwicklung der Leistungen der GKV an Familienangehörige 1982 - 1986	339
Tab. 4.3:	Entwicklung der Nettoleistungen der GKV an Rentner 1977 - 1987 (Querschnittsdaten)	339
Tab. 4.4:	Beitragssatz in der GKV nach Leistungsausgaben für Mitglieder, Familienangehörige und Rentner 1982 - 1986	339
Tab. 4.5:	Entwicklung der Mitgliederverteilung der GKV nach Kassenarten 1938 - 1988 (i.v.H.)	371
Tab. 4.6:	Verteilung der Beitragssätze auf Kassenarten und GKV-Pflichtmitglieder 1988	372
	A: Kassenverteilung	372
	B: Mitgliederverteilung	372
Tab. 4.7:	Allgemeiner Beitragssatz der Kassen(arten) am 1. Januar 1988 - Region Hamburg	373
Tab. 4.8:	Allgemeiner Beitragssatz der Kassen(arten) am 1. Januar 1988 - Region Württemberg-Baden	374
Tab. 4.9:	Grundlohnsommen der AKV-Mitglieder 1970 - 1987 - in DM -	377
Tab. 4.10:	Altersstruktur der AKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987) - bundesweit -	378
Tab. 4.11:	Altersstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten 1986/87 - Region Baden-Württemberg -	379
Tab. 4.12:	Geschlechtsstruktur der AKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Januar 1988) - bundesweit -	379
Tab. 4.13:	Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten 1986/87 - Region Baden-Württemberg -	379
Tab. 4.14:	Geschlechtsstruktur der GKV-Mitglieder nach Kassenarten (1. Oktober 1987) - Region Hamburg -	380
Tab. 4.15:	Familienlastquote nach Kassenarten 1986 - AKV-Mitglieder -	380
Tab. 4.16:	Verteilung der Arbeitslosen auf einzelne Kassenarten 1985 - 1988 (bundesweit)	381
Tab. 4.17:	Anteil der Arbeitslosen an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1985 - 1988 (bundesweit)	382
Tab. 4.18:	Anteil der Arbeitslosen an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1987 - Raum Hamburg/ Baden-Württemberg -	382
Tab. 4.19:	Verteilung der Behinderten und Rehabilitanden auf einzelne Kassenarten 1988	384
Tab. 4.20:	Anteil der Behinderten und Rehabilitanden an allen AKV-Mitgliedern bei verschiedenen Kassenarten 1988 (i.v.H.)	385
Tab. 4.21:	Durchschnittliche Beitragssätze für Pflichtmitglieder (1. Januar 1988)	388
Tab. 4.22:	Beitragssätze der Kassen(arten) vor und nach kassenartenübergreifendem Grundlohnenausgleich (1. Juni 1987)	389

Verzeichnis der Schaubilder

Schaub. 4.1:	Prozentuale Anteile der Pflicht- und freiwillig Versicherten in der GKV an der Bevölkerung der Bundesrepublik	346
Schaub. 4.2:	Wachstumsraten des gesamten Beitragsaufkommens der GKV in Prozent	346
Schaub. 4.3:	Solidarausgleich und Wahltarife in der GKV	349
Schaub. 4.4:	Kassenartenzuständigkeit bei Versicherungspflichtigen	360/61
Schaub. 4.5:	Kassenarten und Zurückweisungs-/Ausschlußmöglichkeiten von Personen	362
Schaub. 4.6:	Kassenarten und Beitragsgestaltung bei Versicherungspflichtigen	363
Schaub. 4.7:	Kassenarten und Aufbringung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen	364
Schaub. 4.8:	Kassenarten und Beitragsentrichtung bei Versicherungspflichtigen	365
Schaub. 4.9:	Funktionäre; schließlich existiert Kassenarten und GKV-Registungen an Versicherungspflichtige	367
Schaub. 4.10:	Kassenarten und vertragliche Beziehungen zu den Leistungserbringern	369

Anhang**Verzeichnis der Kommissions-Drucksachen**

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
1	Thesen zu Strukturproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung	Prof. Dr. Neubauer 02. 09. 1987
2	Mängelanalyse des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland - Thesenpapier -	Prof. Dr. Oberender 02. 09. 1987
3	Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen und Strukturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung	Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners 03. 09. 1987
4	Standpunkte der betrieblichen Krankenversicherung zu Strukturproblemen im Gesundheitswesen	Bundesverband der Betriebskrankenkassen 25.08.1987
5	Rechtlicher Rahmen für eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung	Prof. Dr. Gitter 10.09.1987
6	Vorschlag der Fraktion der SPD für einen Arbeitsplan der Enquete-Kommission	Fraktion der SPD 10.09.1987
7 (neu)	Überlegungen für einen Arbeitsplan der Enquete-Kommission	Dr. Rosenbrock 08.09.1987
8	Arbeitsschwerpunkte der Enquete-Kommission	Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners 01.10.1987
9	Vorschlag des Vorsitzenden für einen Arbeitsplan der Enquete-Kommission	Klaus Kirschner, MdB 07.10.1987
10	Strukturreform der GKV als gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe	Dr. Rosenbrock 04.09.1987
11	Einschätzung der Strukturprobleme der GKV hinsichtlich des stationären Versorgungsbereiches	Prof. Dr. Genzel 8./9.10.1987
12	Vorschläge Dritter zur Strukturreform im Gesundheitswesen - Stellungnahmen von Verbänden und Organisationen -	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 01.10.1987
13	Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung	Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ 09.10.1987
14	Stellungnahme zur Strukturreform der GKV	Deutscher Bäderverband 09.10.1987
15	Stellungnahme zur Strukturreform der GKV	Reichsbund der Kriegsoffer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen 09.10.1987
16	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesverband der Betriebskrankenkassen 20.10.1987
17	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. 21.10.1987

18	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesverband der Innungskrankenkassen 21.10.1987
19	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	AOK-Bundesverband 22.10.1987
20	AOK-Vorstellungen zur Strukturreform der GKV	AOK-Bundesverband 22.10.1987
21	Stellungnahme zur Anhörung zur Strukturreform der GKV	Verband der privaten Krankenversicherung 23.10.1987
22	Statistische Informationen über Versicherte in der GKV	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 21.10.1987
23	Gruppenspezifische Morbiditäten im Handwerk (Modell einer Auswertung einer Erhebung der IKK Mettmann)	Bundesverband der Innungskrankenkassen 26.10.1987
24	Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht	Kommission „Krankenhausfinanzierung“ der Robert-Bosch-Stiftung 27.10.1987
25	„Ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem den Volkskrankheiten gewachsen?“	Prof. Dr. Christian von Ferber 05.11.1987
26	Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf Krankheitsbilder und -häufigkeit	Dr. J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg 05.11.1987
27	Veränderung des Krankheitspanoramas und Trends zur Prävention und Versorgung	Prof. Dr. F.-W. Schwartz 10.11.1987
28	Statistische Informationen zur Belastung von Ortskrankenkassen durch besondere Sozialgruppen	Bundesverband der Ortskrankenkassen 02.11.1987
29	Prävention als Aufgabe der GKV	Prof. Dr. M. Arnold 11.11.1987
30	Prävention als Aufgabe der GKV	Prof. Dr. F.-W. Schwartz 11.11.1987
31	Schichten-/gruppenspezifische Morbiditäten und Mortalitäten	Prof. Dr. R. Müller 12.11.1987
33	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft 20.11.1987
34	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesärztekammer 18.11.1987
35	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 20.11.1987
36	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Kassenärztliche Bundesvereinigung 20.11.1987
37	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 19.11.1987

38	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 23.11.1987
39	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Deutscher Gewerkschaftsbund 20.11.1987
40	Die „Dortmunder Entschließung“	Techniker-Krankenkasse 24.11.1987
41	Stellungnahme zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Kassenärztliche Bundesvereinigung in Abstimmung m.d. Bundesärztekammer 18.11.1987
42	Statement zur Anhörung „Aufgaben und Gliederung des Krankenversicherungssystems“	Bundesärztekammer 27.11.1987
43	Stellungnahme zu Fragen der Sicherung des Solidaritätsprinzips	Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen 01.12.1987
44	Zur Entwicklung in der GKV und zur Gesundheitspolitik	Reichsbund der Kriegsopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V. 01.12.1987
45	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Verband d. Angestellten-Krankenkassen e.V. 10.12.1987
45a	Argumentationshilfen der Ersatzkassen zu Themenkreisen der Strukturreform im Gesundheitswesen	Verband d. Angestellten-Krankenkassen e.V. 01.12.1987
46	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	AOK-Bundesverband 01.12.1987
47	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesverband der Betriebskrankenkassen 02.12.1987
48	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands 03.12.1987
49	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Deutscher Gewerkschaftsbund 30.11.1987
50	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesverband der Innungskrankenkassen 03.12.1987
51	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Familienbund der Deutschen Katholiken 03.12.1987
52	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft 03.12.1987
53	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 10./11.12.1987
54	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer 03.12.1987

55	Definition des Solidaritätsprinzips	Prof. Dr. Beske 01.12.1987
56	Reformkonzept der Koalition zur Strukturreform der GKV	CDU/CSU und FDP 04.12.1987
57	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Deutscher Beamtenbund 10.12.1987
58	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Kommissionssekretariat (Arbeitsunterlage) 09.12.1987
59	Vorentwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG)	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 18.12.1987
60	Stellungnahme zur Absicherung des Pflegefallrisikos (GRG)	Familienbund der Deutschen Katholiken 05.01.1988
61	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 20.01.1988
62	Bedingungen zur Sicherung des Solidaritätsprinzips	Verband der Alleinstehenden Mütter und Väter 29.01.1988
63	Entstehung, Aufgaben und Ziele der Krankenhauspflege	Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege 18.12.1987
64	Standpunkte für eine Strukturreform der GKV	Verband Deutscher Zahn- techniker 01.02.1988
65	Stellungnahme: Gesundheitsberichterstattung	Prof. Dr. von Ferber 24.02.1988
66	Stellungnahme: Gesundheitsberichterstattung	Dipl.-Vw. E. Schach 27.02.1988
67	Presseartikel: Im Dienste einer Wohlstandsgesellschaft	Prof. Dr. Beske 22.02.1988
68	Stellungnahme: Gesundheitsziele der WHO - „Gesundheit 2000“ - im deutschen Gesundheitswesen - utopisch oder notwendig?	Prof. Dr. Schwartz 04.03.1988
69	Medizinische Orientierungsdaten - eine Herausforderung an das Gesundheitswesen	Prof. Dr. Schwartz 04.03.1988
70	Stellungnahme: Gesundheitsberichterstattung	Prof. Dr. von Ferber 01.03.1988
71	The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980's	M. Whitehead (Hrsg.)
72	Wiss. Kontroverse zw. Dr. Rosenbrock und Prof. Oberender zur Frage „Mehr Markt im Gesundheitswesen“, insbesondere in der Arzneimittelversorgung	Dr. Rosenbrock und Prof. Dr. Oberender 25.04.1988
73	Überlegungen zu einer Neubestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV	Prof. Dr. Neubauer 10.05.1988
74	Überlegungen zur Vereinbarkeit von „Wahlтарifen“ mit dem Solidar- ausgleich in der GKV	Prof. Dr. Neubauer 10.05.1988

75	Angebot für ein Gutachten „Chronische Krankheiten des Kreislaufsystems und zugehörige Risikofaktoren“	Vorstand der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DPH) Prof. Dr. Hoffmeister 11.05.1988
76	Krankenhäuser 1987 Statistischer Spiegel	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen 03.05.1988
77	Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich	BMA Forschungsbericht 160 (Gesundheitsforschung) 08.06.1988
78	Reisebericht Schweiz/Frankreich	Kommissionssekretariat Frau Dr. Tophofen 08.06.1988
79	Aufgaben einer sozialen Krankenversicherung in der Arzneimittelversorgung	Dr. Gerd Glaeske 31. Mai 1988
80	Was ist Allgemeinmedizin - ein Arbeitspapier	Dr. H.-H. Abholz 23.06.1988
81	Möglichkeiten der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors	Prof. Dr. Arnold 23.06.1988
82	Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Zwischenbericht der Projektgruppe "Prioritäre Gesundheitsziele"	Zentralinstitut für die kas- senärztliche Versorgung 08.06.1988
83	Adäquate stationäre Versorgung von Alters- und Langzeitkranken	BMA Forschungsbericht 157 (Gesundheitsforschung) 23.06.1988
84	Mehr Wirtschaftlichkeit in der GKV durch Ausschreibung von Versorgungsanträgen	Prof. Dr. Neubauer 27.06.1988
85	Antrag „Reform des Gesundheitswesens“	Fraktion der SPD (BT-Drs. 11/2500) 16.06.1988
86	Übersetzung der Stellungnahme von Prof. Jarman: „Gesundheitsberichterstattung in Großbritannien“	Bundessprachenamt
87	Übersetzung der Stellungnahme von Dr. Svensson: „Gesundheitsberichterstattung in Schweden“	Bundessprachenamt
88	Übersetzung der Stellungnahme von Prof. Fox: „Gesundheitsberichterstattung in Großbritannien“	Bundessprachenamt
89	Aufgaben einer sozialen Krankenversicherung in der Arzneimittelversorgung	Prof. Dr. Wille 30.06.1988
90	Thesenpapier: „Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“	AOK-Bundesverband 07.07.1988
91	Stellungnahme zu den Analysen und Vorschlägen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik 04.07.1988
92	Stellungnahme zu den Analysen und Vorschlägen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	Verband Physikalische Therapie 05.07.1988
93	Aufgaben der GKV in der Arzneimittelversorgung	G. Brenner/Dr. Karl Kimbel 12.07.1988
94	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	AOK-Landesverband Württemberg-Baden 12.07.1988

95	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Innungskrankenkassen Hamburg 05.07.1988
96	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Innungskrankenkassen Baden-Württemberg
97	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Deutsche Angestellten Krankenkasse 27.06.1988
98	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg 15.07.1988
99	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	AOK-Krankenkasse Hamburg
100	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Techniker-Krankenkasse 15.07.1988
101	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Landesverband der Betriebskrankenkassen Hamburg 22.97.1988
102	Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich	Prof. Dr. Männer Juli 1988
103	Einführung von Wahltarifen und Auswirkungen auf den Solidarausgleich	Prof. Dr. F. Breyer Juni 1988
104	Verteilungswirkungen veränderter Beitragsbemessungsgrundlagen und Versicherungspflichtgrenzen	Prof. Dr. Brennecke Juli 1988
105	Analyse der Krankenkassenstrukturen in ausgewählten Regionen	Wiss. Institut der Ortskrankenkassen, Dr. Paffrath 05.08.1988
106	Ambulante Versorgung als Aufgaben der GKV	Dr. Huber 08.08.1988
107	Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen einer Strukturreform	Dr. Rosenbrock August 1988
108	Sozialepidemiologische Berichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik	Borgers/Laaser August 1988
109	Sonderauswertung von Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie	Mitarbeiter der DHP-Studie - Prof. Dr. Hoffmeister u.a. August 1988
110	Aufgaben der GKV auf dem Gebiet der Prävention	Dr. Rosenbrock 16.02.1988
111	Aufgaben der GKV im Bereich der stationären Versorgung	Prof. Dr. Genzel 28.04.1988
112	Prävention als Aufgabe der GKV	Prof. Dr. Beske 26.05.1988
113	Statement vor dem BT-Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zum Thema „Krankheitsverhütung/Prävention“	Dr. Rosenbrock Juni 1988
114	Reform der Rehabilitation und der sozialen Sicherung bei Invalidität	Eugen Glombig 07.07.1988
115	Einführung von Kostenerstattungsregelungen in der GKV	AOK-Bundesverband 23.06.1988

116	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems	Dr. Rosenbrock August 1988
117	Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung	H. Kühn Februar 1988
118	Erfahrungen der Ersatzkassen mit der Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit für freiwillig Versicherte	E. Schupeta 19.05.1988
119	Probleme der Krankenkassenorganisation	G. Bauer 05.05.1988
120	Probleme der Krankenkassenorganisation	Dr. Berg 05.05.1988
121	Probleme der Krankenkassenorganisation	Prof. Dr. Cassel 05.05.1988
122	Probleme der Krankenkassenorganisation	Dr. Paquet 05.05.1988
123 123 (neu)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Prävention	Bericht der Arbeitsgruppe I, 08.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 19.10.1988
124 124 (neu)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation	Bericht der Arbeitsgruppe I, 08.09.1988/Überarbeitung des Berichts, Oktober 1988
125	Sicherung des Solidaritätsprinzips	Bericht der Arbeitsgruppe IV 13.09.1988
126	Gliederung des Krankenversicherungssystems	Bericht der Arbeitsgruppe IV 12.09.1988
127	Orientierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems	Bericht der Arbeitsgruppe II 22.09.1988
128 128 (neu)	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems im Bereich der Krankenversorgung	Bericht der Arbeitsgruppe I, 22.09.1988/Überarbeitung des Berichts, Oktober 1988
129	Ökonomie der Gesundheitserziehung	Prof. Dr. Oberender Oktober 1988
130 130 (neu)	Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung	Bericht der Arbeitsgruppe IV, 23.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 14.10.1988
131	Rechtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten	Bericht der Arbeitsgruppe IV 27.09.1988
132	Probleme einer Organisationsreform der sozialen Krankenversicherung	Kommissionssekretariat, Übersicht zu den Berichtsteilen der Arbeitsgruppe IV 23.09.1988
133	Der Mitgliederkreis der Ersatzkassen	Eugen Glombig in: Die Ersatzkasse August 1988
134 134 (neu)	Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	Bericht der Arbeitsgruppe III, 26.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 20.10.1988
135 135 (neu)	Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens	Bericht der Arbeitsgruppe III, 26.09.1988/Überarbeitung des Berichts, Oktober 1988

136 136 (neu)	Die ambulante ärztliche Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe III, 28.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 28.10.1988
137 137 (neu)	Die stationäre Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe III, 28.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 20.10.1988
138 138 (neu)	Die ambulante zahnärztliche Versorgung	Bericht der Arbeitsgruppe III, 28.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 20.10.1988
139 139 (neu)	Der Arzneimittelsektor	Bericht der Arbeitsgruppe III, 20.09.1988/Überarbeitung des Berichts, 28.10.1988
140	Standpunkte und Forderungen zur Strukturreform der zahnärztlichen Versorgung	Kassenzahnärztliche Bundes- vereinigung 08.06.1988
141	Wirtschaft, Ethik und das amerikanische Gesundheitswesen	Prof. E. Reinhardt, Ph. Übersetzung September 1988
142	Aufgaben eines Krankenversicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit	Kommissionssekretariat 20.10.1988
143	Vorläufiges Inhaltsverzeichnis für den Berichtsentwurf	Kommissionssekretariat 13.10.1988
144	Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	Kommissionssekretariat 20.10.1988
145	Ergänzungsantrag zum Bericht der Arbeitsgruppe I (Prävention)	Proff. Dr. Genzel, Dr. Gitter, Dr. Neubauer, Dr. Oberender 07.10.1988
146	Arzneimittel - ein Lutscher für Kinder? Bemerkungen zur Kritik von Rosenbrock	Prof. Dr. Oberender 22.09.1988
147	Ergänzungsantrag zur Komm.-Drs. 128	Prof. Dr. Oberender 17.10.1988
148	Stellungnahme zu ausgewählten Punkten des Berichts der Arbeitsgruppe III	Prof. Dr. Beske 19.10.1988
149	Ergänzungsanträge zu Komm.-Drs. 134 und 139	Prof. Dr. Oberender 24.10.1988
150	Ergänzungsanträge zu Komm.-Drs. 126, 128 und 137	Prof. Dr. Neubauer 24.10.1988

