

Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik

Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung

– *Sondermemorandum* –

– *Langfassung* –

1. Gesundheitspolitik als Wahlkampfthema
2. Gesundheitssektor als Wachstumsfaktor
3. Das Märchen von der Kostenexplosion
4. Wirtschaftlichkeitsreserven
5. Budgetierung, Rationalisierung und Rationierung
6. Steigende Beitragssätze
7. Das Kernproblem der aktuellen Gesundheitspolitik
8. Privatisierung und Marktorientierung
9. Leistungsbeschränkung
10. Krankenhausprivatisierung
11. Kassenwettbewerb
12. Finanzierung
13. Beschäftigte im Gesundheitswesen
14. Fazit
Literatur

1. Gesundheitspolitik als Wahlkampfthema

Die Gesundheitspolitik gehört schon seit Jahrzehnten zu den wichtigsten Themen der Politik überhaupt und ist im Vorfeld des Bundestagswahlkampfes 2002 von mehreren großen Organisationen, darunter ver.di, IG Metall, DGB und ATTAC, aber auch von den Parteien zum Gegenstand von Kampagnen bzw. zum wichtigen Streitgegenstand im Wahlkampf gemacht worden. Schon bei der Bundestagswahl 1998 war die Empörung über die gravierenden unsozialen Einschnitte in die gesetzliche Krankenversicherung, die die alte schwarz-gelbe Koalition mit ihrem Gesundheitsminister Seehofer gegen Ende der Legislaturperiode durchgesetzt hatte, einer der wichtigsten Gründe, die letztlich zum Regierungswechsel geführt haben.

Die rot-grüne Regierung war in der Gesundheitspolitik zunächst mit beachtenswerten und mutigen Schritten gestartet, u.a. indem sie die Seehoferschen Reformen in weiten Teilen zurücknahm, z.T. noch vor deren Inkrafttreten und indem sie - anders als die Vorgängerregierung - nicht allein auf „mehr Geld ins System“ setzte, sondern sich anschickte, Anreize sowohl für die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven als auch zur Qualitätssicherung zu setzen. Sie ist damit aber auf halber Wegstrecke gescheitert: Zum einen am Widerstand der betroffenen Leistungserbringer, also der ÄrztInnen, Krankenhäuser und Arzneimittelhersteller, und zum anderen an fehlenden Mehrheiten im Bundesrat.

Im Ergebnis hatte die Regierungskoalition nur ein abgespecktes Reformpaket durchsetzen können, das nur noch Regelungen enthielt, die nicht der Zustimmung des Bundesrates, d.h. der Länder, bedurften. Gescheitert waren vor allem das Globalbudget, die monistische Fi-

finanzierung der Krankenhausinvestitionen und damit de facto die Übertragung der Krankenhausplanung auf die Krankenkassen sowie die Regelungen zur Verbesserung der Datentransparenz. Dagegen konnten die ersten Schritte v.a. in Richtung

- Stärkung der hausärztlichen Versorgung
- Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung - ggf. auch gegen den Willen der kassenärztlichen Vereinigung
- Einführung einer Positivliste
- Verbesserung der Qualitätssicherung

wie geplant erreicht werden.

Konsequent umgesetzt wurde bisher keiner dieser Reformschritte. Vielmehr entzündete sich der politische Streit vor allem an der schon von Seehofer erst eingeführten, dann gekippten und von der rot-grünen Koalition wiederbelebten Budgetregelung für Arzneimittel. Der Druck von Ärzteschaft und Pharmaindustrie, denen es gelang, bei den PatientInnen und Versicherten den - unzutreffenden - Eindruck einer drohenden Rationierung notwendiger Arzneimittel zu erzeugen, führte letztlich zum Rücktritt der Ministerin Fischer und zur „Lächel“-Strategie der neuen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die durch Hinhalten, Rückzüge und gesundheitspolitischen Minimalismus das Gesundheitswesen bis zur Bundestagswahl 2002 konfliktfrei zu halten versuchte. Aber der nach außen demonstrierte Burgfrieden ist brüchig. Die strukturellen Probleme dieses Sektors haben die Politik rasch wieder eingeholt: Trotz deutlicher Beitragssatzsteigerungen Ende 2001 verzeichnen die Kassen im 1. Quartal 2002 bedrohliche Defizite, so dass die Gesundheitspolitik erneut zu einem der wichtigsten Stolpersteine für die Wiederwahl einer Bundesregierung zu werden droht.

Im Rückblick war die letzte Legislaturperiode trotz oder wegen an sich guter Absichten, die den Grundpositionen der *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* durchaus nahe kamen, ein gesundheitspolitisches Fiasko: Eine Serie von uneingelösten Versprechen, halbherzig konzipierten, oft nicht umgesetzten Reformvorhaben, Stückwerkreformen zur Ausbesserung der allergrößten Schäden, die das gesundheitspolitische Herumwerkeln der amtierenden Regierungskoalition und ihrer VorgängerInnen an einer der wichtigsten Säulen der sozialen Sicherung hinterlassen hat. Weder konnten ein weiterer Anstieg der Beitragssätze verhindert werden, noch sind die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachhaltig gelöst. Wesentliche, seit Jahren einhellig geforderte Strukturreformen etwa bei der Qualitätssicherung, der Integrationsversorgung, der Krankenhausfinanzierung oder beim Krankenkassenwettbewerb sind nicht einmal annähernd verwirklicht.

So stehen die Wähler vor der Wahl zwischen Pest und Cholera. Die bislang vorliegenden programmatischen gesundheitspolitischen Äußerungen aus dem Regierungslager lassen nichts Gutes erwarten. Es wird weiter eher marginale Reförmchen auf dem Weg einer „Modernisierung“ des Gesundheitswesens geben. Aus den strukturellen Defiziten und aus dem Versagen einer immer weiter gehenden Marktorientierung wurde nichts gelernt. Die z.T. verkrusteten (Markt-)Machtstrukturen bleiben erhalten. Setzt man auf die derzeitige Opposition, so findet sich die PatientIn plötzlich „im Mittelpunkt eines wettbewerblichen Gesundheitssystems“ (CDU-Eckpunkte) wieder, im Wunderland der Marktwirtschaft, in dem sie aus der Fülle vielfältiger Gesundheits- und Versicherungsprodukte, ganz souve-

räne und informierte KonsumentIn, das für sie nützlichste oder angenehmste aussuchen kann und sich dann wundert, dass sie draufzahlt.

2. Gesundheitssektor als Wachstumsfaktor

Die gesamte aktuelle Gesundheitspolitik wird im Wesentlichen durch die Doppelrolle des Gesundheitswesens als Wachstums- und Kostenfaktor geprägt. Das Gesundheitswesen ist einer der größten volkswirtschaftlichen Produktions- und Konsumsektoren mit herausragenden Wachstums-, Beschäftigungs- und Exportchancen. Es ist damit ein bedeutender Standortfaktor, auch, weil ein funktionsfähiges System gesicherter gesundheitlicher Versorgung als Produktionsvoraussetzung mindestens den gleichen Stellenwert hat wie die Verkehrs-, Energie-, Telekommunikations- und Bildungsinfrastruktur.

Der Anteil der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen an den Erwerbstätigen insgesamt ist von rd. 3,9 % (1,03 Millionen) im Jahre 1970 auf 7,4 % (2,1 Millionen) im Jahre 1999 gestiegen. Zählt man die Beschäftigten anderer Branchen hinzu, die indirekt für das Gesundheitswesen tätig sind, arbeiten im Gesundheitssektor ca. 4,5 Millionen Menschen (Bundesministerium für Gesundheit 2001a). Der Anteil des Gesundheitssektors am Bruttoinlandsprodukt liegt mit knapp zehn Prozent (260 Mrd. € Umsatz) deutlich über dem z.B. der Kraftfahrzeugindustrie. Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist zudem ausgesprochen stetig, so dass dieser Sektor zur Stabilität der Wirtschaft beiträgt.

Ein großer Teil der Gesundheitsmärkte ist nur von lokaler oder regionaler Bedeutung. Aber auch hier werden die Grenzen, zumindest im europäischen Raum durchlässiger - nicht zuletzt infolge der Politik der EU-Behörden und der europäischen Rechtsprechung. Die Europäische Kommission drängt auf eine Vereinheitlichung der Sozialsysteme und europaweite Marktöffnung auch für Krankenversicherungsdienstleistungen. Zunehmende Globalisierung und Europäisierung sind vor allem im Bereich telemedizinischer diagnostischer Leistungen, der Rehabilitationsmaßnahmen und der Versicherungen zu erwarten. Großbritannien und Norwegen „importieren“ Krankenhausleistungen aus Deutschland, indem sie, um Wartelisten zu verkürzen, PatientInnen in Deutschland versorgen lassen. Die Märkte für Arzneimittel und Medizinprodukte sind ohnehin weitgehend, die für medizinisches Personal zunehmend globalisiert. In beiden Branchen geht mehr als die Hälfte des Umsatzes in den Export (www.vfa.de).

3. Das Märchen von der Kostenexplosion

Die medizinische Versorgung ist aber nicht nur ein Wachstums-, sondern auch ein bedeutender Kostenfaktor für die Wirtschaft, d.h. für die ArbeitgeberInnen, die annähernd hälftig an der Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge beteiligt sind. Die behauptete Kostenexplosion der Vergangenheit oder wenigstens die für die Zukunft angeblich unvermeidlichen dramatischen Kostensteigerungen werden für steigende Lohnnebenkosten und damit für zunehmende Arbeitslosigkeit und für die Wachstumsschwäche der deutschen Wirtschaft mit verantwortlich gemacht. Die in den Lohnnebenkosten enthaltenen Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung seien zu hoch. Hierdurch würde die Deutschland-AG in ihrer Wettbewerbsfähigkeit bedroht, es käme zu Wachstumsausfällen, Kapitalflucht und somit letztlich zu Arbeitsplatzverlusten.

Hierzu ist Folgendes zu konstatieren: Erstens ist der pauschale Vorwurf von zu hohen Lohnnebenkosten in Deutschland falsch. Von 1972 bis 1997 lag der langfristige Anstieg in Westdeutschland bei 8,8 Prozentpunkten. Seit Beginn der 1980er Jahre kam es nur noch zu einer Erhöhung um 1,5 Prozentpunkte. Auch in Ostdeutschland betrug der Anstieg der gesamten Lohnnebenkosten zwischen 1992 und 1997 mal gerade 1,8 Prozentpunkte (vgl. Bontrup 1998a). Zweitens ist der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber an den gesamten Gesundheitsausgaben im früheren Bundesgebiet seit 1970 von 23,7 % auf 14,8 % im Jahr 1996 zurückgegangen, während der Anteil der solidarisch finanzierten GKV im selben Zeitraum von 35,5 % auf 49,4 % gestiegen ist.

Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern

(Anteile an den gesamten Gesundheitsausgaben in %, früheres Bundesgebiet, ab 1990 Deutschland)

<i>Leistungsträger</i>	1970	1980	1990	1995	1996
Öffentliche Haushalte	14,2	13,5	13,3	12,1	11,7
Gesetzliche Krankenversicherung	35,5	45,9	46,1	48,0	49,4
Rentenversicherung	9,4	6,2	6,6	7,0	6,6
Gesetzliche Unfallversicherung	3,6	3,1	2,9	3,2	3,1
Private Krankenversicherung	5,2	4,6	5,7	5,7	5,6
Arbeitgeber	23,7	19,7	17,6	15,9	14,8
Private Haushalte	8,5	7,0	7,8	8,1	8,7
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Statistisches Bundesamt 1999, S. 390

Es ist im Übrigen auch gar nicht die Ausgabenentwicklung, welche die permanenten Finanzierungsprobleme der Krankenversorgung verursacht. Seit etwa 1980 ist in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben bzw. der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt - wie übrigens in den meisten OECD-Staaten auch - nahezu konstant geblieben. (Der sprunghafte Anstieg von 1990 auf 1992 ist einigungsbedingt). Die vielbeschworene Kostenexplosion hat es nie gegeben.

Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP im internationalen Vergleich (in %)

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Deutschland	8,8	9,3	8,7	9,4	9,9	10,0	10,0	10,4	10,5	10,4
Dänemark	8,7	8,2	8,2	8,2	8,2	8,4	8,2	8,0	8,0	7,7
Frankreich	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	9,9	9,7	9,9
Großbritannien	5,6	5,9	6,0	6,5	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,7
Italien	7,0	7,1	8,1	8,4	8,5	8,6	8,4	7,7	7,8	7,6
Niederlande	7,9	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	8,8	8,8	8,6	8,5
Schweden	9,4	9,0	8,8	8,7	8,8	8,9	8,7	8,5	8,6	8,6
USA	9,1	10,6	12,6	13,4	13,9	14,1	14,1	14,1	14,0	14,0
Japan	6,4	6,7	6,0	6,0	6,4	6,6	7,0	7,2	7,2	7,3
Neuseeland	6,0	5,3	7,0	7,5	7,6	7,3	7,3	7,3	7,3	7,6

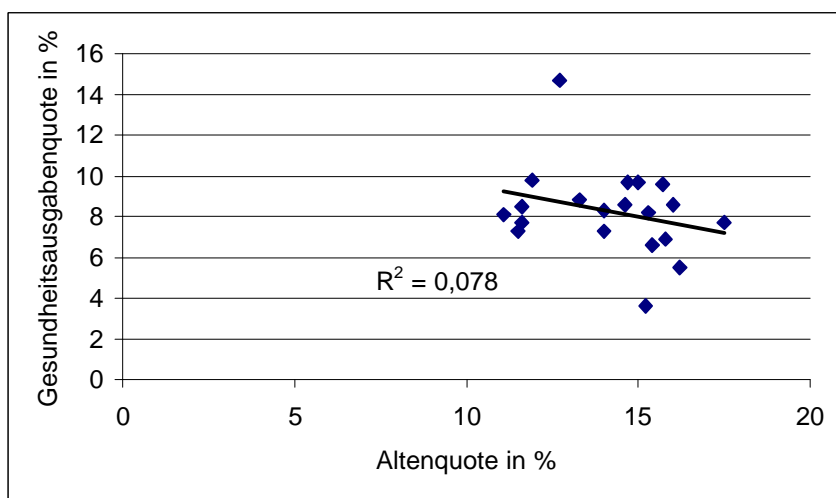
Bundesministerium für Gesundheit 1999, S. 430

Es sind auch künftig keine dramatischen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu erwarten, wie manche absichtsvoll dramatisierenden Prognosen Glauben machen wollen. Alle Argumente, die hierfür ins Feld geführt werden, lassen sich widerlegen bzw. relativieren.

Der demographische Effekt, d.h. die drohende Überalterung der Bevölkerung wird die Kosten nur unwesentlich steigern. Zwar ist schon wegen der steigenden Lebenserwartung und der sinkenden Geburtenraten („double aging“) auf absehbare Zeit mit einem wachsenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung zu rechnen. Auch liegen in der Querschnittsbetrachtung die Kosten der Krankheitsbehandlung bei älteren Personen höher. Daraus folgt jedoch nicht automatisch ein dramatischer Anstieg der Gesundheitsausgaben,

- da medizinischer Fortschritt, höherer Lebensstandard und weniger belastende Arbeitsbedingungen nicht nur die Ursachen für eine höhere Lebenserwartung sind, sondern auch dafür, dass Krankheiten später einsetzen,
- da der weitaus größte Teil der Kosten für medizinische Behandlung statistisch ohnehin in den letzten Lebensjahren anfällt (Intensivmedizin, Transplantationen etc.) unabhängig davon, in welchem Lebensalter der Tod eintritt,
- da die Krankheitskosten hochbetagter Menschen auch heute niedriger als bei den „jungen Alten“ sind.

Zusammenhang zwischen Altersstruktur einer Bevölkerung und den Gesundheitsausgaben, OECD-Länder 1994



OECD Health Data 1996, Labor Force Statistics 1974-1994, ref. n. Kühn 2001

Bereits 1996 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR/KAiG) die demographiebedingten Kostensteigerungen auf lediglich 0,8 bis 1 % jährlich geschätzt, also in einer Größenordnung, die selbst bei pessimistischen Schätzungen unter denen des allgemeinen Wirtschaftswachstums liegen.

Der Vergleich von Altenquoten (Anteil der über 65-jährigen) und Gesundheitsausgabenquote (Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt) in zwanzig OECD-Staaten ergibt ebenfalls keinen Beleg für eine von der Altersstruktur abhängige Kostensteigerung, das Gegenteil ist eher der Fall.

Auch die angebliche Anspruchsinflation der Versicherten kann nicht als Begründung für künftig zu erwartende Kostenexplosionen herhalten. Die Vorstellung, die PatientInnen würden die Inanspruchnahme versicherungsfinanzierter medizinischer Leistungen infolge einer Null-Kosten-Mentalität über das notwendige Maß ausdehnen, ist für die meisten Versorgungsbereiche absurd, wenn man bedenkt, dass diese Leistungen in aller Regel neben den monetären auch immaterielle Kosten in Form von physischen und psychischen Belastungen verursachen.

Der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Kostenentwicklung ist uneindeutig. Kostensteigernd wirken vor allem

- Marktmacht, die zu überhöhten Preisen führt,
- parallele Nutzung älterer und neuerer diagnostischer Verfahren statt Substitution,
- Chronifizierung zuvor letaler Erkrankungen durch neue Behandlungsmethoden,
- Überkapazitäten bei modernen Großgeräten allein aus Wettbewerbsgründen,
- Fehlen von Bedarfs- und Effizienzprüfungen bei der Einführung neuer medizinischer Technologien,
- mangelnde Anreize für einen rationellen Einsatz der verfügbaren Technologien.

Nicht die Einführung neuer Techniken und Verfahren an sich führt zu Kostensteigerungen, sondern ihr „ungeprüfter, nicht-standardisierter und zumeist auch individuell nicht hinreichend reflektierter Einsatz zusätzlich zu herkömmlichen Technologien.“ (Schwarz, Busse 1994 b: 10 f.). Allerdings sind diese kostensteigernden Faktoren kein Naturgesetz, sondern könnten durch geeignete Anreize und Versorgungsstrukturen (Disease Management, Kapazitätsplanung) begrenzt werden.

Langfristige Hochrechnungen bis zu den Jahren 2040 und 2050, die in jüngster Zeit in großer Zahl auf den Markt geworfen werden und in denen dramatische Kostensteigerungen prognostiziert werden, dienen einzig und allein der ideologischen Vorbereitung der Bevölkerung auf immer weiter gehende Einschnitte in das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen.

Einmal abgesehen von der Fundiertheit solcher säkularen Prognosen, die eher etwas mit „Kaffeersatzlesen“ zu tun haben als mit seriös wissenschaftlich abgesicherten sozial-ökonomischen Zukunftserkenntnissen, sollte man die Ergebnisse solcher Untersuchungen immer vom jeweiligen ideologisch gefärbten Interesse der Verfasser aus betrachten und entsprechend interpretieren. Die mit solchen fragwürdigen Prognosen verbundenen Prämissen werden hier in der Regel jeweils so gesetzt, dass das gewünschte Ergebnis auch herauskommt. Bereits die Änderung nur einer der vielfältigen unabhängigen Variablen (z.B. der Produktivitätsentwicklung) führt zu völlig anderen Ergebnissen. Auch arbeiten fast alle Modelle mit Analysemethoden, die die Vergangenheit im Zukunftsergebnis mitschleppt. So erstaunt es nicht, dass die Spannbreite der prognostizierten GKV-Beitragssätze bis zum Jahr 2040 von 15 % bis 30 % reicht (Ulrich 2000). Nimmt man beispielsweise die Untersuchung der Prognos AG für die Jahre bis 2040 (15,4 %) und bis 2050 (15,9 %), so kommt es hier noch zu erträglich steigenden Beitragssätzen für die GKV (vgl. Eckerle 1998), während das den Arbeitgeberverbänden nahe stehende Institut der deutschen Wirtschaft, Köln (IW) - selbst in einer „unteren Prognosevariante“ - bis zum Jahr 2050 dramatische Eskalationen der Beitragssätze bis zu knapp 21 % vorhersagt (vgl. Hof 2001).

4. Wirtschaftlichkeitsreserven

Von einer drohenden Kostenexplosion kann also keine Rede sein, von einem überhöhten Kostenniveau aber schon. Nach wie vor leistet sich Deutschland ein - gemessen am Versorgungsniveau - zu teures Gesundheitssystem, wie mehrere internationale Vergleichsstudien belegt haben (WHO 2000, OECD 2001, Böcker/Butzlaff/Esche 2000, Europäisches Parlament 1998). Die Versorgung ist infolge gravierender Steuerungsmängel nicht effizient, so dass Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen, deren Umfang auf mindestens 20 Mrd. € allein für die GKV geschätzt wird. Ein erheblicher Teil der diagnostischen und therapeutischen Verfahren könnte durch wirtschaftlichere ersetzt werden oder ist schlichtweg überflüssig.

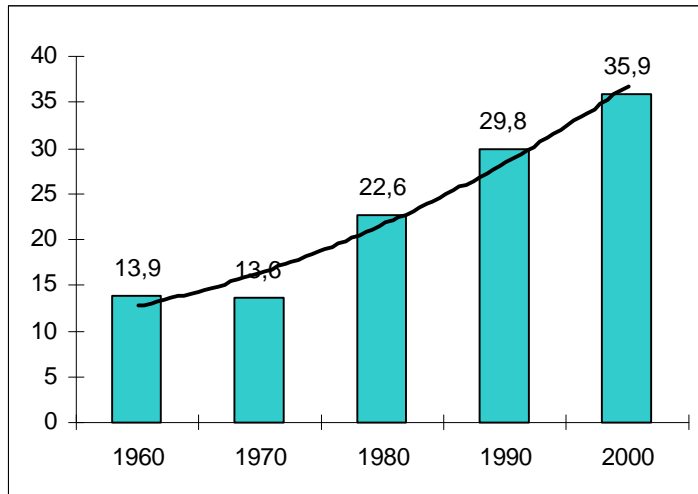
Wirtschaftlichkeitsreserven, die in Über-, Fehl- und (wegen drohender Folgeschäden) Unterversorgung begründet sind, hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem letzten Gutachten (SVR/KAiG 2001) vor allem bei PatientInnen mit chronischen Krankheiten und bei der Arzneimittelversorgung in erschreckendem Maße aufgezeigt. Dabei bestehen Über- und Unterversorgung, offene Bedarfe und ungleicher Zugang zu medizinischen Maßnahmen nicht selten parallel.

Mangelnde Wirtschaftlichkeit zeigt sich hauptsächlich in den folgenden Umständen (Hagen/Paetow/Schumacher 2000):

- Unzureichende Integration der verschiedenen Versorgungssektoren, vor allem der ambulanten und der stationären Versorgung. Trotz mehrerer Versuche, die Kommunikation und Abstimmung zwischen den Sektoren per gesetzlicher Vorschrift zu verbessern, vor allem, um Doppeldiagnostik, Parallelbehandlung, unzureichende Anschlussbehandlungen etc. zu vermeiden, ist die integrative Versorgung v.a. am eifersüchtigen Verteidigen der eigenen Reviere, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen, gescheitert, die Honorarverluste für ihre jeweilige eigene Klientel befürchten. Auch der bislang letzte Versuch, hier einen Schritt weiter zu kommen, die Einführung von Disease Management Programmen (s.u. Kassenwettbewerb), droht an der Einflussnahme der Kassenärztlichen Vereinigung und an der unglücklichen Verquickung mit dem Finanzausgleich zwischen den Kassen zu scheitern.
- Falschabrechnungen und betrügerische Praktiken: Beispiele hierfür tauchen in regelmäßigen Abständen in der Tagespresse auf. Dabei fallen in der Summe offenkundig kriminelle Abrechnungsbetrügereien wohl weniger ins Gewicht als die zahllosen Fälle „grenzwertiger“, „kreativer“ Ausnutzung der Gestaltungsspielräume bei der Abrechnung („kleiner Betrug“) (Schönhofer 2002).
- Überkapazitäten und falsche z.B. räumliche Verteilung der Kapazitäten: Zwar muss der Gesundheitssektor hinreichend Kapazitäten vorhalten, um auch für den Fall eines temporär besonders hohen Bedarfs gerüstet zu sein (Optionsgutcharakter von Gesundheitsleistungen). Allerdings verstärken übermäßige Kapazitäten die so genannte angebotsinduzierte Nachfrage, d.h. die Neigung der ÄrztInnen, die letztlich über das Ausmaß der Nutzung ihrer Kapazitäten selbst entscheiden können, diese aus Einkommensgründen auch dann auszulasten, wenn es medizinisch im Einzelfall gar nicht erforderlich ist. Zu hohe Kapazitäten verursachen ferner unnötige Vorhaltekosten. In welchem Ausmaß Überkapazitäten bestehen, ist heftig umstritten, nicht zuletzt aus beschäftigungspolitischen Gründen. Gleichwohl ergibt der Vergleich z.B. der Apotheken- und Arztdichte sowie der Krankenhauskapazitäten zwischen verschiedenen Staaten, aber

auch zwischen den einzelnen Bundesländern in Deutschland deutliche Hinweise auf Überkapazitäten in fast allen Leistungsbereichen, wenn auch mit erheblichen regionalen und sektoralen Unterschieden. Allein zwischen 1992 und 1997 ist die Anzahl der Vertragsärzte um über 20 % gestiegen.

Anzahl der ÄrztInnen pro 10.000 Einwohner in Deutschland



Der Spiegel 27/2001, 26

- Schätzungsweise gibt es in Deutschland ca. 40.000 Krankenhausbetten zuviel, obwohl bereits in der Vergangenheit zahlreiche Betten abgebaut und die Verweilzeiten allmählich auf das im vergleichbaren Ausland übliche Maß abgesenkt wurden. Allerdings ist umstritten, ob im Krankenhauswesen immer noch Überkapazitäten bestehen. Dagegen sprechen vor allem die starke Arbeitsbelastung des Krankenhauspersonals und die steigenden Fallzahlen in der stationären Versorgung - mit erheblichen Unterschieden zwischen den Ballungsgebieten und der Fläche.
- Überflüssige therapeutische oder kurative Leistungen: Der Bundesvorstand der Innungskrankenkassen etwa hält 10 % aller medizinischen Leistungen für überflüssig, wobei zugleich zugewandungsorientierte Medizin vielfach zu kurz kommt. Nach Schätzungen beläuft sich das Volumen unnötig erbrachter Leistungen auf ca. 12,8 Mrd. €.
- „Bis zu 70 % aller Erkrankungen lassen sich durch gezielte Vorbeugung verhindern“ (SVR/KAiG 2001).

Die Deckung sinnvoller zusätzlicher Bedarfe der Bevölkerung muss nicht zu höheren Gesundheitsausgaben führen, so lange noch in erheblichem Maß unausgeschöpfte Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen. Aber auch unabwiesbare höhere Ausgaben müssen kein volkswirtschaftliches Problem darstellen: Da der Gesundheitssektor überdurchschnittlich personalintensiv ist, würde jeder Euro, der für Gesundheitsgüter statt für andere Waren ausgegeben wird, die Beschäftigung eher steigern, wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits 1996 in einer Modellrechnung gezeigt hat (SVR/KAiG 1996: 242).

5. Budgetierung, Rationalisierung und Rationierung

Die Budgetierung von Ausgaben kann einen sinnvollen Rationalisierungsdruck erhöhen, ist aber letztlich ein problematisches Instrument, da

- die pauschalierende Fortschreibung von Budgets, wie sie aus der derzeitigen Politik der Beitragssatzstabilität folgt, nicht für eine bedarfsgerechte Fortschreibung der Ausgaben geeignet ist,
- die zur Zeit üblichen sektoralen Budgets einer längst überfälligen stärkeren Integration der einzelnen Versorgungsbereiche, insbesondere der ambulanten und der stationären Versorgung, im Wege stehen,
- sie den Leistungsanbietern Gelegenheit geben, die PatientInnen für ihre eigenen Einkommensinteressen zu instrumentalisieren, indem sie ihnen gegenüber behaupten, als Folge der Budgetierung müssten medizinisch an sich notwendige Leistungen rationiert, Therapien in das nächste Jahr verschoben oder PatientInnen an FachkollegInnen oder gar unnötigerweise in die Krankenhäuser überwiesen werden.

Ob und wieweit solche Drohungen tatsächlich wahrgemacht worden sind, oder ob den PatientInnen nur solche Leistungen „vorenthalten“ wurden, die ohnehin wirkungslos oder zweifelhaft sind, ist nicht sicher nachgewiesen. Aber PatientInnen fühlen sich unzureichend behandelt und suchen die Schuld bei den Krankenkassen, bei der Politik, in jedem Fall aber bei den Budgetregelungen. Sie werden medienwirksam in Geiselhaft genommen und für den Kampf der Ärzteschaft gegen Budgets instrumentalisiert. Im Ergebnis zerstört die Kombination von Ausgabendeckelung, Kapazitätsexpansion und Honoraransprüchen unter Wettbewerbsbedingungen viel von dem, was es an ärztlicher Ethik, professionellen Qualitätsstandards und auch ökonomischer Vernunft gegeben haben mag. Letztlich bedarf es auch hier auf der Basis gesellschaftlich legitimierter Ziel- und Prioritätensetzungsprozesse einer bedarfsgerechten Kapazitätsplanung, verbesserter Verfahren für eine nicht der Marktnachfrage, sondern fachlichen Standards verpflichteten Qualitätssicherung und einer vernünftigen Honorarentwicklung.

Die Budgetierung von Arzneimittelausgaben ist mittlerweile dem Druck von Ärzten, Pharmaindustrie und PatientInnen zum Opfer gefallen, mit der Folge dramatischer Kostensteigerungen, die auch durch die Ende 2001 eingeführten Maßnahmen des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes nicht nachhaltig gedämpft werden konnten. Schätzungsweise hat allein der Arzneimittelsektor mit ca. 1,3 bis 1,5 Mrd. € zum Defizit der GKV in 2001 beigetragen.

Mit der Arzneimittelbudget-Regelung war das Volumen der Arzneimittelausgaben begrenzt worden, wobei für eine eventuelle Überschreitung des Budgets die Ärzteschaft mit ihrem Honorarvolumen teilweise zu haften hatte. Die Regelung war anfangs außerordentlich erfolgreich. Das Arzneimittelbudget wurde sogar deutlich unterschritten, ohne dass irgendwelche medizinischen Nachteile erkennbar wurden. Der Druck der Pharmaindustrie, der Wettbewerb der Ärzte untereinander und die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Budgetregelung auch aus grundsätzlichen Überlegungen zu Fall bringen wollten, führten nach und nach erst zur Ausschöpfung und dann zur Überschreitung des Budgets.

Im Ergebnis mussten nicht die Ärzte für ihre undisziplinierte Ordnungsweise haften, sondern die Regelung selbst wurde kurzerhand gekippt. Dies ist nur eines von vielen Bei-

spielen dafür, dass im Gesundheitswesen gesetzliche Vorschriften oft nur als freundliche Vorschläge betrachtet werden, die je nach Lust und Laune umgesetzt werden - oder auch nicht.

Als Ersatz wurde nun von der Ministerin, nachdem ein ganzer Schwarm an Kostendämpfungsvorschlägen für den Arzneimittelsektor durch die Medien gejagt worden war, ein zusammengestoppeltes Notfall-Maßnahmenpaket vorgelegt, das Arzneimittel-Ausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG):

1. Apotheken sollen, sofern vom Arzt nicht ausdrücklich untersagt, unter wirkstoffidentischen Arzneimitteln jeweils das kostengünstigste auswählen.
2. Anpassung des Apothekenrabatts: Der Pauschalrabatt, den Apotheken den Krankenkassen per Gesetz gewähren müssen, wird von 5 vH auf 6 vH erhöht.
3. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen darf künftig Arzneimittel nach therapeutischem Nutzen und Wirtschaftlichkeit bewerten.
4. Krankenhäuser sollen in den Entlassungsberichten auch preisgünstige Arzneimittel für die ambulante Anschlusstherapie vorschlagen.

Eine weitere ursprünglich geplante Maßnahme, eine Absenkung der Hersteller-Abgabepreise im Nicht-Festbetragssegment um 4 % für zwei Jahre, wurde in einer für deutsche Verhältnisse ungewöhnlich offenen Form der Ministerin von der Industrie buchstäblich abgekauft. Die Pharmaindustrie bot an, einen „Solidarbeitrag“ in Höhe von 150 Mio. € an die Krankenkassen abzuführen, falls die Regelung nicht realisiert würde und bekam den Zuschlag bei 200 Mio. €. Zwar liegt dieser Betrag auch für die gut verdienende Pharmaindustrie ein wenig über der „Peanuts“-Schwelle, er ist gleichwohl aber „gut angelegt“: Da die deutschen Inlandspreise in manchen Nachbarländern Referenzgrößen für die dortigen Preisregulierungen sind, wären auch Erlöse im Ausland verloren gegangen. Zudem ist die Abschlagszahlung ein einmaliger Akt, während eine Preisabsenkung über Sockeleffekte die Erlöse auch der kommenden Jahre beeinträchtigt hätte.

Die verbliebenen Sparregelungen werden wenig Biss zeigen. Zwar würde die Verpflichtung der Apotheken, künftig das jeweils preiswerteste Markenpräparat auszuwählen, zusätzliche Einspareffekte v.a. bei der Logistik bewirken, die über die Anhebung des Apothekenrabatts an die Krankenkassen weitergereicht werden könnten. Es ist aber fraglich, in welchem Umfang die Regelung wirklich umgesetzt wird.

- Die Ärzteschaft polemisiert schon heute dagegen, weil sie eine Kompetenzverlagerung zugunsten der Apotheker befürchtet. Möglicherweise wird ein Teil der Ärzteschaft daher von ihrem Recht Gebrauch machen, die Auswahlrechte der Apotheker auszuschließen. Die angeblich drohende Verunsicherung der PatientInnen und die befürchtete Versorgung mit Arzneimitteln wechselnder Marken sind jedoch völlig aus der Luft gegriffen.
- Für die Apotheker bestehen keine finanziellen Anreize, das jeweils billigste Präparat abzugeben. Zum einen steigt ihr eigenes Einkommen mit der Höhe der Preise der verkauften Medikamente, zum anderen werden sie nur ungern ihren Kundenstamm mit einer Billigversorgung verärgern wollen.
- Die Pharmaindustrie hat bereits begonnen, ihre Marketingkonzepte auf die Beeinflussung der Apotheker umzustellen und mit ihrer Preispolitik die Regelung zu unterlaufen.

Die weiteren Regelungen des Arzneimittelparapaketts, Wirtschaftlichkeitsbewertungen für Arzneimittel durch den zuständigen Bundesausschuss und wirtschaftlichere Medikationsvorschläge in den Entlassungsberichten der Krankenhäuser, haben nur Empfehlungscharakter und werden sich kaum gegen das Pharma-Marketing durchsetzen.

An die Kernprobleme der Arzneimittelversorgung traut sich die Gesundheitsministerin nicht einmal ansatzweise heran. Der Pharmasektor ist nach wie vor massiv durch Marktmacht geprägt. Es gibt in Deutschland, anders als in den meisten europäischen Staaten, keine wirksame Preiskontrolle. Die Festbetragsregelung, die sich als eine erstaunlich wirksame Preisbremse erwiesen hat, kann immer mehr durch Scheininnovationen umgangen werden. Es gibt kaum einen Sektor des Gesundheitswesens, in dem Über-, Unter- und Fehlversorgung so verbreitet sind wie auf dem Arzneimittelmarkt. Aber der Politik ist nicht einmal die Umsetzung der schon 2000 gesetzlich vorgeschriebenen Positivlistenregelung geglückt, die es in fast allen europäischen Nachbarstaaten gibt und dort einen beachtlichen Beitrag zur Qualitätssicherung erbringen.

Was fehlt ist,

- die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln durch die Kassen auch von Wirtschaftlichkeits-, Preis- und Bedarfskriterien abhängig zu machen,
- die Umsetzung der Positivlistenregelung und
- eine verpflichtende qualitätsorientierte Hersteller-unabhängige pharmakologische Weiterbildung der Ärzte.

Alles in allem gehören das Arzneimittel- und das Honorarbudget zu den sinnvollen Regelungen, solange Wirtschaftlichkeitsspielräume bestehen und sofern sie angemessen fortgeschrieben werden. Eine maßvolle Durchsetzung auch der Regresse (wo erforderlich) könnte dazu beitragen, dass die Ärzte ein wenig mehr Widerstand gegen die Einflüsterungen der Pharmaindustrie leisten und damit auch den Interessen der PatientInnen und der Versicherten dienen.

6. Steigende Beitragssätze

Während es also einerseits keine Explosion der Gesundheitskosten zu beklagen gibt, die übrigens immer auch Gewinnsteigerungen der privaten Leistungsanbieter enthalten, sind andererseits die Beitragssätze in der GKV während der gesamten Nachkriegszeit nahezu kontinuierlich gestiegen.

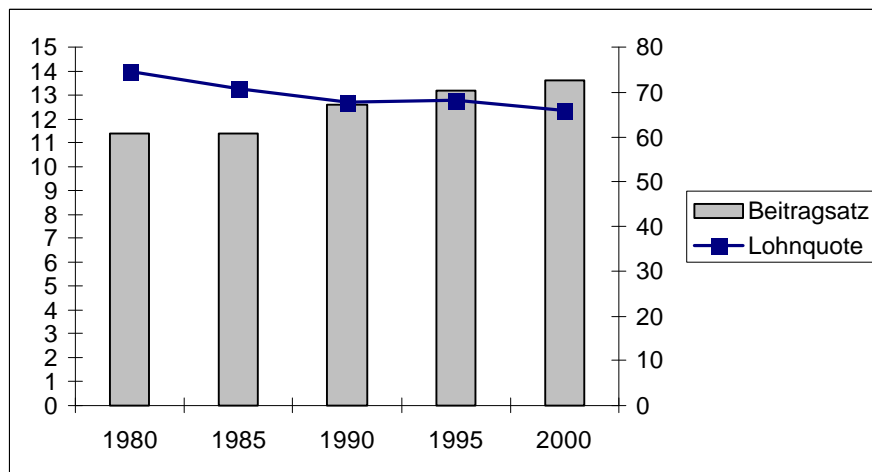
Dies ist wesentlich darauf zurückzuführen, dass die Finanzierungsbasis in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts mehr und mehr schrumpfte. Bereits 1982 haben wir dazu konstatiert: „Die Entschärfung des Finanzierungsproblems auf der Einnahmenseite ist grundsätzlich nur im wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Zusammenhang denkbar, da die Grundlohnsumme als Finanzierungsbasis von den makroökonomischen Verteilungskonstellationen abhängig ist“ (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik 1982). Dabei setzt sich bekanntlich die Finanzierungsbasis der GKV aus den beitragspflichtigen Löhnen/Gehältern und Sozialeinkommen zusammen. Sinken diese und damit die Lohnquote, ausgedrückt durch die Bruttolohn- und -gehaltssumme am Volkseinkommen (Wertschöpfung), dann müssen in Folge die Beitragssätze in der GKV auch bei einem konstanten Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt bzw. am Volkseinkommen steigen.

Umgekehrt kommt es selbst bei moderaten Steigerungen auf der Ausgabenseite zu einem Erhöhungsdruck auf die Beitragssätze, wenn die Beschäftigung sinkt und die Arbeitslosigkeit steigt und/oder der Einkommensanstieg der Arbeits- und Sozialentgelte nur gering ausfällt. Die Lohn- und Gehaltssumme verringert sich außerdem tendenziell immer dann, wenn die Zahl der Selbständigen gegenüber der Zahl der abhängig Beschäftigten steigt. Dabei senkt zusätzlich eine zunehmende Scheinselbständigkeit die Lohnsumme und schwächt damit die Einnahmenseite der GKV weiter - zumindest immer dann, wenn die Scheinselbständigen nicht freiwillig Versicherte in der GKV bleiben.

Die beste Therapie zur Konstanthaltung oder sogar Senkung der Beitragssätze in der GKV wäre demnach eine Erhöhung der Lohnquote mindestens auf das alte Niveau zu Beginn der 1980er Jahre. Dies impliziert allerdings eine grundlegende Umkehr des Arbeitsmarktrends in Richtung Vollbeschäftigung und zusätzlich die konsequente Ausnutzung des verteilungsneutralen Spielraums (Produktivitätserhöhung plus Inflationsrate) mit einer entsprechenden Umverteilungsgröße in den Tarifverhandlungen. Hierdurch wäre die beste zukünftige Finanzierungsbasis sozialer und gesundheitlicher Daseinsfürsorge geschaffen und damit die Grundlage für behauptete Krisen im Gesundheitssektor beseitigt.

Nicht ohne Grund fordert daher auch in diesem Kontext die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* über zwei Jahrzehnte immer wieder eine entsprechend nachhaltige kompensatorische Wirtschaftspolitik ein, die schwerpunktmäßig auf ökologisch orientierte Beschäftigung und sozial gerechte Verteilung der arbeitsteilig geschaffenen gesellschaftlichen Werte setzt.

Anteil des Bruttoeinkommens aus unselbständiger Arbeit am BIP (bis 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Gesamtdeutschland)



Bundesministerium für Gesundheit, auf Basis Mikrozensus;
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Im Ergebnis ist also die Finanzierungsbasis für die GKV geschrumpft, so dass trotz zunehmender Zuzahlungen und einiger Anpassungen des Beitragsbemessungsverfahrens die Beitragssätze steigen mussten (Kühn 1995, Braun/Kühn/Reiners 1998 32f.). Daher würde umgekehrt eine Erweiterung der Finanzierungsbasis die Beitragssätze in der GKV deutlich senken, z.B. schon durch einen mäßigen Rückgang der Arbeitslosigkeit, eine etwas aggressivere Lohnpolitik der Gewerkschaften, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder eine Einbeziehung weiterer Erwerbstätigen Gruppen vor allem von solchen mit eher

niedrigerem Gesundheitsrisiko bzw. höheren Einkommen wie Beamte und Selbständige (s.u.).

7. Das Kernproblem der aktuellen Gesundheitspolitik

Die doppelte Rolle des Gesundheitswesens als Wachstums- und als Kostenfaktor definiert das eigentliche Dilemma konservativer Gesundheitspolitik: Eine Entlastung der Lohnnebenkosten durch die Dämpfung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung würde immer zugleich die Wachstums- und Gewinnerzielungschancen der privaten Leistungsanbieter dem personal- und innovationsintensiven Gesundheitssektor beeinträchtigen - eine Quadratur des Kreises. Lösbar scheint dieses Dilemma aus konservativer Sicht nur durch eine Umfinanzierung der GKV-Ausgaben zu Lasten der Versicherten und der PatientInnen zu sein.

Ein Großteil der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen dreht sich um nichts anderes: Aufteilung des GKV-Leistungsspektrums in Grund- und Wahlleistungen, Selbstbeteiligungen und Kostenerstattungsverfahren oder die Einbeziehung von Miet- und Zinseinkommen bei der Beitragsbemessung sollen letztlich keinem anderen Ziel dienen als der Entlastung der ArbeitgeberInnen von ihrem Anteil an den Krankenversicherungskosten.

Vor dieser im Kern auf eine Verteilungspolitik von unten nach oben gerichteten Tradition der Gesundheitsreform-Debatten sind die großen strukturellen Defizite des deutschen Gesundheitswesens und das Ziel, medizinisch und ökonomisch effiziente Versorgungsstrukturen und Anreizsystem zu installieren, fast völlig außer Acht geraten. Nach wie vor fehlen in Deutschland weitgehend

- Ansätze zu einer Integration der verschiedenen Versorgungssektoren (ambulante, stationäre Versorgung, Pflege, Hilfsmittelversorgung etc.),
- ein konsequenter Ausbau von Prävention und Rehabilitation statt Konzentration auf kurative Medizin und Pflege,
- eine Orientierung medizinischer Leistungen an evidenzgesicherten Leitlinien,
- eine flächendeckende professionelle Qualitätssicherung in allen Teilbereichen des Versorgungssystems,
- das Aufbrechen monopolistischer Machtstrukturen und der Dominanz von Rendite- und Einkommensorientierung vor allem in der Pharmaindustrie aber auch in vielen Zweigen der ärztlichen Versorgung (dazu gehört die Priorisierung der medizinischen, v.a. der pharmazeutischen Forschung an den Universitäten, d.h. unter gesellschaftlicher Verantwortung),
- ein Ausbau von Informations-, Kontroll- und Mitentscheidungsrechten von PatientInnen - ohne diesen dabei auf die Rolle des Verbrauchers zu reduzieren - und eine stärkere aktive Einbindung v.a. chronischer PatientInnen in das Versorgungsgeschehen.

Die einzige tiefgreifende Strukturreform der letzten Jahre, die Verschärfung des Kassenwettbewerbes, hat mehr Probleme als Lösungen geschaffen (s.u.).

8. Privatisierung und Marktorientierung

Die Patentrezepte neoliberaler Ideologen laufen letztlich auf eine weitgehend wettbewerbliche, marktimmante Gestaltung des Gesundheitswesens hinaus und nehmen dabei die schleichende Erosion des Solidaritätsprinzips in Kauf, derzufolge die Finanzierung der Krankheitskosten nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und der Zugang zu medizinischen Leistungen nach Bedarf zu erfolgen hat. Marktorientierung bedeutet insbesondere:

- den Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge,
- die zunehmende Privatisierung des Gesundheitsrisikos,
- die Übernahme privatwirtschaftlicher, d.h. marktwirtschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Entscheidungs- und Steuerungsmodelle auf allen Ebenen des Versorgungssystems.

Zwar sind die extremsten Forderungen aus dem konservativen Lager, wie z.B. die Reduktion des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein (lebensnotwendiges) Minimum, eine kapitalgedeckte Finanzierung der Krankheitskosten und eine Deregulierung des Krankenkassenwettbewerbs und der Arzneimittelmärkte, derzeit ohne Chance. Elemente zunehmender Privatisierung und Marktorientierung prägen jedoch nicht nur in den gesundheitspolitischen Programmen fast aller im Bundestag vertretenen Parteien, sondern finden sich bereits jetzt auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Dazu gehören so unterschiedliche Veränderungen des Krankenversicherungsrechts wie die zunehmenden Selbstbeteiligungen, die Beschränkungen des GKV-Leistungskataloges (s.u.), die Entlastung der Arbeitgeber von der GKV-Finanzierung (s.u.), die Forcierung des Krankenkassenwettbewerbes (s.u.), die Privatisierung von Krankenhäusern, Schritte in Richtung auf risikoäquivalente Prämien statt solidarischer Beiträge und die Einführung eines Preissystems (Fallpauschalen) in die Krankenhausfinanzierung.

Dabei führen die „Selbstheilungskräfte“ des Marktes weder theoretisch noch empirisch am Gesundheitsmarkt zu allokatoren effizienten Ergebnissen (Deppe 2000, Hajen/Paetow/Schumacher 2000). Der Grund liegt in den massiven sogenannten Marktfehlern, also strukturellen Gegebenheiten, die - auch nach Auffassung der Mainstream-Ökonomie - ein effizientes Funktionieren von Marktprozessen ausschließen oder stark einschränken. Als wichtigste Marktfehler der meisten Gesundheits„märkte“ gelten Informationsdefizite und Marktmacht.

Informationsdefizite sind geradezu typisch für Gesundheits„märkte“, insbesondere in der Form von Informationsasymmetrien zu Lasten der PatientInnen: Diese können - anders als die Leistungsanbieter - in der Regel Notwendigkeit und Qualität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nicht angemessen beurteilen. Die unzureichende Urteilsfähigkeit z.B. gegenüber Arzneimittelqualitäten kann auch nur bedingt durch das Einschalten einer ExpertIn, der ÄrztIn, ausgeglichen werden, weil wiederum deren Expertise der PatientIn unbekannt ist. Gesundheitsgüter sind Vertrauensgüter, die dem Anbieter im Zweifel erlauben, die eigenen Einkommensinteressen gegen die der PatientInnen durchzusetzen, die sich ihnen anvertrauen. Opportunistisches Verhalten, von den Anbietern initiierte (unnötige) Leistungsausweitung und mangelnde Qualitätskontrolle sind die Folgen. Die Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit der PatientInnen kann überdies durch das Leiden entscheidend getrübt sein.

Allein diese Informationsdefizite schwächen die Position der PatientIn in einem Maße, das die Vorstellung, sie könne als souveräner Konsument auf dem Markt uneingeschränkt eigenverantwortlich handeln, ad absurdum führt. Überlässt man den PatientInnen dennoch diese Rolle, so werden sie, mangels fachlicher Kenntnisse, im Zweifel den Preis eines Medikamentes als Qualitätssignal nehmen und von zwei Alternativen stets die teurere wählen oder nach teureren aber unwirksamen Strohhalmen greifen. „Märkte sind nicht effizient, wenn Information unvollständig ist, also eigentlich immer. Die unsichtbare Hand des Marktes ist vor allem deswegen unsichtbar, weil es sie nicht gibt“, so selbst der Mainstream-Ökonom Joseph Stiglitz (2002) (Nobelpreisträger Ökonomie 2001). Die öffentlich verfügbaren Informationsangebote helfen nur bedingt weiter. Internetinformationen sind weitgehend unseriös oder Werbeinformationen von Arzneimittelherstellern und anderen Anbietern, Selbsthilfegruppen und PatientInnenvereinigungen sind oftmals ebenfalls Industrie dominiert und die Call-Center der Krankenkassen laufen Gefahr, für deren Spar- und Mitgliederwerbepolitik instrumentalisiert zu werden.

Hinzu kommt, dass die PatientInnen nicht selten mit monopolistischen Strukturen, entweder bei den Anbietern selbst oder bei deren Verbänden konfrontiert sind. Ferner ist die Nachfrageseite weiter dadurch geschwächt, dass die drei Funktionen, deren Zusammenwirken erst einen „funktionsfähigen“ Marktteilnehmer ergibt, die Entscheidungsfunktion, die Funktion des Konsumenten und die des Finanziers, im Gesundheitswesen auf Arzt, Patient und Krankenkasse aufgespalten sind. Daher ist die Entscheidung über die Inanspruchnahme weitgehend unabhängig von den Kostenfolgen, und eine Kontrolle des Preis-Leistungs-Verhältnisses durch Markt und Wettbewerb bleibt aus.

Diese Marktfehler treffen insbesondere die Schwächsten unter den Versicherten. Nach wie vor konzentrieren sich die Gesundheitsausgaben massiv auf die Schwer- und Schwerstkranken, auf die Alten und auf die einkommenschwächsten Schichten der Bevölkerung.

9. Leistungsbeschränkung

Allen Bekenntnissen zum Solidaritätsprinzip in der GKV zum Trotz: Nach der Wahl wird die Frage der Neudefinition des GKV-Leistungskataloges und damit die der Trennung von Wahl- und Pflichtleistungen erneut auf der Tagesordnung stehen. Das ganze wird verbrämt mit Begriffen aus dem marktradikalen Vokabular wie "Förderung der Selbstbestimmung der Patienten", "Subsidiarität", "Stärkung der Eigenverantwortung", "Entlastung der Solidargemeinschaft" durch Reduktion der solidarisch zu finanzierenden Gesundheitsleistungen auf das "wirklich Notwendige": Formulierungen, die schon aus der Diskussion um die Sozialhilfe, die nur den "wirklich Bedürftigen" zukommen dürfe, sattsam bekannt sind.

Im Kern geht es dabei um zwei Ebenen: Erstens um die Ausgrenzung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV und zweitens um die freiwillige Versicherbarkeit ausgegrenzter Leistungsangebote entweder durch gesetzliche oder durch private Krankenkassen. Dabei wird ein doppeltes Ziel verfolgt:

- Erstens soll die Gesundheitsversorgung teilprivatisiert, d.h. nicht mehr solidarisch und paritätisch durch die Versichertengemeinschaft und ArbeitgeberInnen finanziert werden, sondern über individuelle Zusatzversicherungen, Eigenleistungen und Patientenzahlungen, an deren Finanzierung die ArbeitgeberInnen nicht beteiligt sind.

- Zweitens soll privatwirtschaftlichen, d.h. gewinnorientierten Versicherungen ein Zusatzmarkt für die Versicherung von Wahlleistungen eröffnet werden.

Die Versicherten verlieren objektiv doppelt, indem ihnen einerseits der Schutz der Versicherungsgemeinschaft teilweise entzogen wird und sie insofern nicht mehr nach ihrer Leistungsfähigkeit, sondern nach ihrem persönlichen Risiko zur Finanzierung herangezogen werden, und indem sie andererseits gezwungen sind, stärker selbst als „Vertragspartner“ von ÄrztInnen etc. ihre Interessen durchzusetzen. Schmachhaft gemacht werden soll ihnen die Differenzierung in Wahl- und Pflichtleistungen vor allem mit der Aussicht, sie würden an Konsumentensouveränität und an Freiheit gewinnen, sie könnten sich individuell einen maßgeschneiderten Versicherungsschutz zusammenstellen, es könnte so die Finanzierbarkeit der solidarischen Versicherung gesichert werden und sie würden selbst auch noch Beiträge einsparen.

All diese Argumente sind Augenwischerei: Die Finanzierung der gesellschaftlichen Gesundheitskosten ist ein Null-Summen-Spiel. In dem Maße, in dem die GKV und damit die ArbeitgeberInnen entlastet werden, steigen die Ausgaben für die Versicherten und insbesondere für die PatientInnen. Am Ausgabenvolumen ändert sich dadurch nichts. Und auch der Gewinn an Wahlfreiheit ist eine Schimäre. Untersuchungen zeigen, dass die weitaus meisten Versicherten vor allem an einem Rundum-Schutz interessiert sind. Außerdem sind sie auch gar nicht in der Lage, ihr persönliches Krankheitsrisiko in der Zukunft richtig einzuschätzen und dementsprechend rational bestimmte Versicherungsleistungen hinzu- bzw. abzuwählen.

Ferner sind Leistungsbegrenzungen auch jetzt schon gang und gäbe. Die wachsenden PatientInnen-Selbstbeteiligungen sind eine Form schleichender und verdeckter Leistungsausgrenzung. In den letzten zwanzig Jahren sind u.a. Krankengeldzahlungen, Kuren, Zahnersatzleistungen, Zuschüsse für Brillengläser, Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen, Sterbegeld, Akupunktur und weitere Leistungen fortgefallen oder eingeschränkt worden. Ohnehin untersagt das Gesetz der GKV und allen Beteiligten (Leistungserbringern, PatientInnen und Kassen) schon jetzt, Leistungen zu erbringen, zu verlangen oder zu bezahlen, die das Maß des Notwendigen überschreiten. Unnötige Leistungen sind zwar - nicht zuletzt wegen des Einkommensinteresses der Anbieter medizinischer Leistungen - allgegenwärtig und sollten wirksam zurückgedrängt werden. Eine Beschneidung des Leistungskatalogs der GKV ist dafür jedoch weder notwendig noch hilfreich. Vielmehr ist zu befürchten, dass künftig nicht mehr das zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Gesundheit medizinisch Notwendige, sondern nur noch die existentiellen Risiken durch GKV-Leistungen abgedeckt werden.

Wellness-Medizin, kosmetische Operationen, unwirtschaftliche Extras usw. sind ohnehin als Kassenleistungen ausgeschlossen, die Abgrenzungen sind jedoch fließend. Längst bieten die ÄrztInnen solche Behandlungen unter der Überschrift IGEL (Individuelle Gesundheitsleistungen) als willkommenes privatfinanziertes Zubrot an und haben daher ein Interesse daran, dass der - honorargedeckelte - Pflichtkatalog der Kassen nicht ausufert.

Weitere Einschnitte in den bestehenden Leistungskatalog würden dazu führen, dass Kranke auch von notwendigen Leistungen ausgeschlossen werden. Entsprechend dünn fallen aktuell die konkreten Vorschläge für solche Leistungskürzungen aus. Meist stehen nur Leistungen auf der Streichliste, deren Fortfall zwar im Einzelfall die PatientInnen stark

belasten, die Kassenetats aber nur marginal entlasten würden (Fahrtkosten für Dialyse-PatientInnen, Brillenkosten, Mutterschaftsgeld, Sterbekosten).

Die eigentliche Gefahr besteht nicht darin, dass einzelne Therapien etc. gestrichen werden, sondern darin, dass neue bessere und aufwändigere nicht in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Schreibt man den Leistungskatalog auf den heutigen Stand fest, schließt man die Versicherten vom medizinischen Fortschritt aus. Noch werden neue Leistungen wie Soziotherapie, Schlafapnoe-Behandlung, Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen etc. zusätzlich in den Leistungskatalog aufgenommen.

Daher ist zu fordern, dass auch künftig die Gesundheitsversorgung innerhalb der GKV alle geeigneten Leistungen umfassen muss. Privatisierungen in Form von Leistungsausschlüssen und Selbstbeteiligungen dürfen nicht weiter ausgebaut werden, sondern sind zurückzuführen. Insbesondere darf es keine Aufspaltung des Leistungskataloges in Pflicht- und Wahlleistungen geben. Fachlich ist der Leistungskatalog an der Evidence Based Medicine (EBM, Therapien, die sich auf die beste international verfügbare empirische Evidenz stützen) zu orientieren. Der medizinisch-technische Fortschritt ist einzubeziehen.

Dabei kommt es entscheidend darauf an, welche Institutionen über die Fortschreibung des Leistungskataloges der GKV befinden. Der bisher dafür zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist dafür wenig geeignet: Die beteiligten Krankenkassen haben wegen des Kostendrucks, die beteiligten Ärzteverbände wegen der Aussicht, nicht in den Kassenkatalog aufgenommene Leistungen privat als Zusatzgeschäft anbieten zu können, gleichgerichtete Interessen an einer eher restriktiven Fortentwicklung des Leistungskataloges.

Überhaupt ist die Kontrollkompetenz und die demokratische Legitimation der staatsfernen sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung grundsätzlich überfordert. Gerade in dem Maße wie den Krankenkassen ein stärkerer Einfluss auf Leistungsgeschehen und -strukturen (Disease Management (s.u.), selektive Verträge, Fortfall des Kontrahierungszwanges etc.) zuwächst, müssen Kontroll- und Einflussrechte anderer AkteurInnen gestärkt werden, darunter

- Verbraucherorganisationen,
- staatsnahe, demokratisch legitimierte Gremien (z.B. auch Regionalkonferenzen),
- neutrale Institute nach dem Vorbild des britischen NICE (Lauterbach/Glaeske/Rürup/Wasem 2002).

Die Letztentscheidung über die Aufnahme neuer Therapien und über die Kapazitätsentwicklung ist Regionalkonferenzen zu übertragen, auf denen neben dem medizinischen Sachverstand auch PatientInnen und Betroffene vertreten sein müssen.

10. Krankenhausprivatisierung

Mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen, d.h. von festen Preisen für bestimmte standardisierte Leistungskomplexe (sogenannte Diagnosis Related Groups - DRG), z.B. für Blinddarmoperationen, werden marktwirtschaftliche Steuerungsverfahren in das Krankenhauswesen eingeführt. Die Krankenhauslandschaft wird sich drastisch verändern in Richtung Profitorientierung und Dominanz der Ökonomie gegenüber der Medizin. Es wird nur noch die pauschalierte Leistung unabhängig von den Krankenhaus spezi-

fisch entstandenen Kosten bezahlt. Somit werden Anreize zur übermäßigen Verweildauerverkürzung und zu unkoordiniertem Kapazitäts- und Personalabbau in Krankenhäusern gegeben. Außerdem werden Vorhalteleistungen und Ausbildungskosten nicht mehr umfassend finanziert.

Durch die Fallpauschalen-Regelung wird der Bedarf an ambulanten Leistungen in Zukunft zunehmen. Wenn der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch zu begrüßen ist, weil er den PatientInnen in seiner vertrauten Umgebung lässt, fehlt aber der Aufbau einer leistungsfähigen ambulanten Pflege und einer integrativen Versorgung. Die Qualität ambulanter Pflege leidet aber nicht zuletzt an Unterfinanzierung und untertariflicher Vergütung der dort Beschäftigten. Die gesetzlichen Möglichkeiten einer integrativen Versorgung sind unzureichend.

Hinzu kommt, dass Krankenhäuser zunehmend privatisiert, d.h. von den Kommunen aus fiskalischen Gründen an privatwirtschaftliche Investoren verkauft werden, die v.a. wegen untertarifvertraglicher Bezahlung der dort Beschäftigten und der Spezialisierung auf besonders lukrative Indikationsbereiche Krankenhausleistungen wesentlich billiger anbieten können. So passen sich auch die Eigentumsverhältnisse zunehmend an die angestrebte Marktverfassung des Krankenhauswesens an und die Steuerungsfunktion öffentlicher Unternehmen befindet sich weiter auf dem Rückzug.

Der Staat zieht sich aus der Krankenhausplanung und damit aus der Daseinsvorsorge zurück. Der staatliche Versorgungsauftrag wird ausgehöhlt, indem Krankenhausplanung nur noch als Rahmenplanung stattfindet. Wenn dann noch der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen wegfiel und diese ihre Krankenhausleistungen frei einkaufen können, wäre dem Wettbewerb um die billigste Erbringung von Krankenhausleistungen auf Kosten der Qualität Tür und Tor geöffnet. Die Länder würden ein weiteres wichtiges Instrument zur Gestaltung der Gesundheitsvorsorge endgültig aus der Hand geben.

Aufgrund der gesetzlich festgelegten Steigerungsraten für die Krankenhausbudgets unter dem Primat der Beitragssatzstabilität wird es zu Leistungsabbau und Rationierungen von Leistungen kommen. Die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement sind nicht ausgereift. Der im Gesetzentwurf zur Einführung der DRG verwandte Qualitätsbegriff ist völlig unzureichend. Es gibt derzeit keine klaren und verständlichen Kriterien für die Definition der Struktur- und Ergebnisqualität. Behandlungsleitlinien sind in Deutschland weit hinter dem internationalen Stand. Qualität soll zwischen Kassen und Krankenhäusern ausgehandelt werden. Notwendig wäre aber ein unabhängiges Institut, welches die Qualität überprüft und die Einhaltung von Qualitätsstandards auch durchsetzen kann.

Besonders wird die Strukturqualität leiden: Die Personalausstattung ist nicht festgelegt und die Refinanzierung der Personalkosten nicht gesichert. Dies wird zu Lohndumping und vermehrter Beschäftigung von nicht voll ausgebildeten Kräften führen. Personalmehrbedarf zur Erfüllung arbeitszeitrechtlicher Schutzbestimmungen wird nur im Ansatz berücksichtigt. So sollen diejenigen Krankenhäuser, die bisher arbeitszeitrechtliche Regelungen nicht eingehalten haben und nun Maßnahmen zu deren Einhaltung treffen, eine Budgeterhöhung von 0,2 vH bekommen. Dies entspricht einem Volumen von 100 Mio. €. Notwendig wäre aber eine Finanzspritze von ca. 400 Mio. €.

Die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* wendet sich daher entschieden gegen eine Privatisierung von Krankenhäusern und eine Ausdünnung der Präsenz in der Fläche. Zwar sind auch im Krankenhausbereich Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und hierfür

wirksame Instrumente zu entwickeln. Die Fallpauschalenregelung scheint im Ergebnis jedoch mehr schädliche Nebenwirkungen als gewünschte positive Folgen auszulösen.

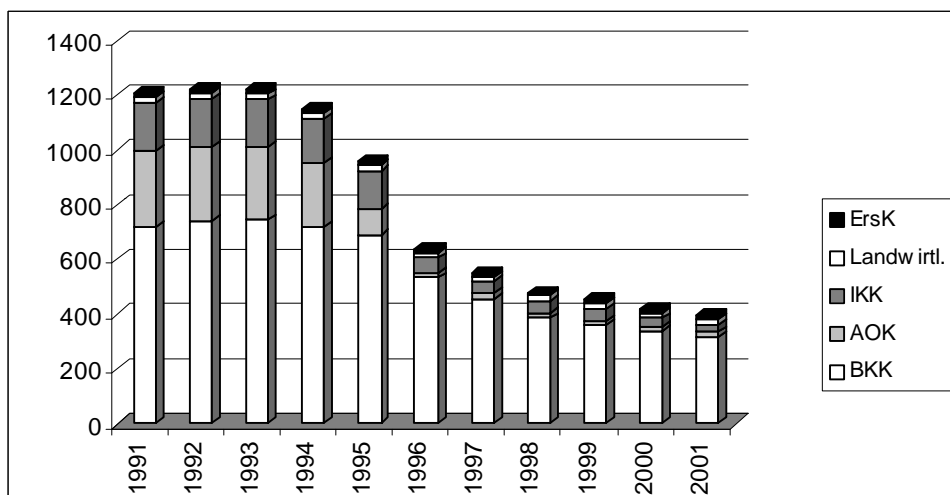
Die Verantwortung für die Kapazitätsentwicklung muss weiterhin in öffentlicher Verantwortung verbleiben. Während einerseits grundsätzlich der ambulanten Versorgung sinnvoller Weise der Vorzug vor der stationären zu geben ist, müssen andererseits Krankenhäuser mit ihrem hohen Maß an spezialisierter Fachkompetenz und hervorragenden Geräteausstattung stärker in die ambulante, vor allem in die fachärztliche Versorgung einbezogen werden - etwa nach dem Vorbild der Polikliniken, wie es in zahlreichen Industrieländern ganz selbstverständlich der Fall ist. Kaum ein anderes Land erlaubt sich parallele fachärztliche Strukturen bei niedergelassenen ÄrztInnen und in den Kliniken.

11. Kassenwettbewerb

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 sind die Kassenwahlrechte der gesetzlich Versicherten wesentlich erweitert worden, so dass die Versicherten zwischen allen regional zuständigen Orts-, und Ersatzkrankenkassen und zwischen allen „geöffneten“ Betriebs- und Innungskrankenkassen wählen können, wobei für die Kassen Kontrahierungszwang besteht.

An den Folgen dieser Marktöffnung lässt sich die ganze Misere eines wettbewerbsorientierten Gesundheitswesens ablesen. Schon im Vorfeld der Marktöffnung setzte eine gewaltige Fusionswelle ein, an deren Ende weniger als ein Drittel der Kassen übrig blieb.

Krankenkassen, Anzahl nach Kassenarten, Deutschland



Bundesministerium für Gesundheit 2001b, Tab. 9.3

Krankenkassen im Wettbewerb neigen immer dazu, sich stärker um das Interesse der vielen zahlenden, meist jüngeren und gesünderen Versicherten mit niedrigen Beiträgen und allerlei Wohlfühl-Angeboten zu kümmern als um das der wenigen kostenträchtigen, meist älteren PatientInnen. Das Beispiel der amerikanischen Health Maintenance Organizations zeigt, dass dies zu einer Ökonomisierung der Krankenversorgung und zu medizinisch bedenklichen Leistungskürzungen führen kann. Es treibt die Kassen zudem dazu, Risiko-selektion zu betreiben, d.h. die „guten Risiken“ - junge, gesunde und gutverdienende Menschen aus Berufen mit weniger gesundheitlichen Risiken - zu werben und die „schlechten

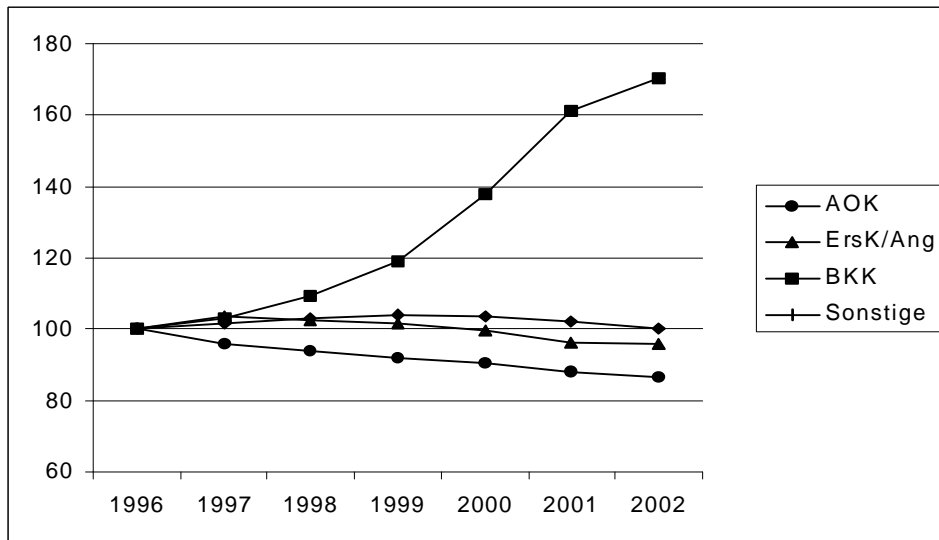
Risiken“ - Ältere, Einkommensschwache, Menschen mit gefahrträchtigen Berufen - aus ihrem Versichertenstamm fernzuhalten oder gar zu verdrängen.

Um diese Gefahren wenigstens etwas einzudämmen, wurde dem 1993 erweiterten Kassenwahlrecht für Versicherte der Risikostrukturausgleich (RSA) an die Seite gestellt, der mit Hilfe von Ausgleichzahlungen zwischen den Kassen dafür sorgen sollte, dass Unterschiede in der Struktur der guten und schlechten Risiken im Versichertenstamm einer Krankenkasse nicht voll auf Beitragssatzunterschiede durchschlagen. Andernfalls wären Kassen mit schlechterer Versichertenstruktur im Wettbewerb hoffnungslos unterlegen gewesen. Aber letztlich konnten mit dem RSA die Probleme nicht gelöst werden:

- Es werden nur einige - leicht messbare - Risikofaktoren, wie z.B. Alter, Einkommen, Geschlecht, Anteil mitversicherter Familienangehöriger erfasst, Unterschiede in der Morbidität jedoch nicht. Auch der Anteil der Härtefälle gehört grundsätzlich zu den Risikofaktoren, die die einzelne Kasse kaum selbst durch Effizienzsteigerung beeinflussen kann. Wenn aber der RSA Unterschiede in der Risikostruktur nicht perfekt ausgleicht - was u.a. aufgrund fehlender Daten auch gar nicht erreichbar ist - bleiben Anreize zur gesundheitspolitisch fatalen Risikoselektion (s.o.) bestehen.
- Der RSA führt zu finanziellen Umverteilungen in einem nicht unerheblichen Volumen von 11 Mrd. € - weitgehend zugunsten der Ortskrankenkassen. Dies wird von den Nettozahlerkassen immer weniger hingenommen, um so weniger, als die Beitragssätze mancher Zahlerkassen die der Empfängergruppen zu übersteigen drohen. Dies hat in der Tat bereits einzelne Kassen in finanzielle Turbulenzen gestürzt. Die Logik des RSA lässt dies grundsätzlich zu: Wenn nach Ausgleich aller Nach- und Vorteile der Risikostruktur Empfängergruppen besser dastehen als Zahlergruppen, so kann das auf ein weniger wirtschaftliches Verhalten der Zahlergruppen hindeuten. Tatsächlich haben manche Zahlergruppen mit den Ärzteverbänden in der Vergangenheit höhere Vergütungssätze vereinbart als die Empfängergruppen.

Das weitaus wichtigste Kriterium, an dem sich Versicherte bei einem Kassenwechsel orientieren, sind die Beitragssätze der Kassen, die - je nach Kassenart - derzeit zwischen 11 % und 15 % streuen. Ein Wechsel in eine billigere Kasse kann dem Versicherten - und den ArbeitgeberInnen (!) - über 500 € an jährlicher Ersparnis bringen. Das Problem dabei ist, dass die Beitragssatzunterschiede fast ausschließlich von der Risikostruktur, also davon abhängen, wie viele Gesunde und wie viele kostenträchtige Kranke jeweils unter den Versicherten sind. Da es überdies vor allem Gesunde sind, die die Kassen wechseln, spreizen die Beitragssatzunterschiede immer weiter auf und der Kassenwechsel beschleunigt sich. Am Ende dieses Teufelskreises steht eine Kassenlandschaft, in der es preiswerte Kassen für die Gesunden und teure für die Kranken gibt - eine deutliche Schwächung des Solidarprinzips in der Krankenversorgung.

Mitgliederentwicklung der Krankenkassen(-arten) (1996=100)



Bundesministerium für Gesundheit 2001b, Tab. 9.5, Telefonauskünfte, eigene Berechnungen

Dabei kann dahin gestellt bleiben, ob dieser Prozess durch aktive Risikoselektion seitens der billigeren Krankenkassen erfolgt, d.h. durch Anwerben und Halten „guter Risiken“ oder ob die gesunden, jungen, gutverdienenden und flexiblen Versicherten von sich aus eher bereit sind, als bewusste Verbraucher das günstigste Angebot zu wählen. Sowohl für aktive als auch für passive Risikoselektion „Gesund“ gibt es gute Belege.

Ein solcher Beleg ist die unterschiedliche Betroffenheit der Kassen durch Kostensteigerungen: Während etwa die Arzneimittelausgaben pro Versichertem im Durchschnitt um 10 % stiegen, blieben sie bei den billigen Betriebskrankenkassen (BKK) etwa konstant, wuchsen dagegen bei den großen Ersatzkassen um nahezu 20 %. Absolut stiegen die Arzneimittelkosten zwar auch für die Betriebskrankenkassen. Da aber im großen Stil gesunde Versicherte zu ihnen abwanderten, die keine Arzneimittel brauchen, bleiben die Ausgaben pro Kopf in etwa konstant. Die Ersatzkassen verloren im Gegensatz dazu gesunde Versicherte. Unter den verbleibenden Versicherten steigt folglich der Anteil derer, die Arzneimittel benötigen, und so steigen auch die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel.

Die günstigere Kostenentwicklung bei den Betriebskrankenkassen ist also nicht auf ein effizienteres Versorgungsmanagement zurückzuführen, sondern auf Kassenwechsel und Risikoselektion.

Als erster Schritt zur Lösung dieser Probleme wurde nach einigen eher marginalen Änderungen wie der Flexibilisierung des Kündigungsverfahrens Ende 2001 der Risikostrukturausgleich (RSA) um drei Komponenten erweitert:

– *Risikopool*: Die Kosten für PatientInnen, für die in einem Jahr mehr als 20.000 € auszugeben ist, werden künftig teilweise zwischen den Kassen umverteilt: Ein an sich richtiger Kostenausgleich, der allerdings nur wenige sehr teure Fälle umfasst und daher wenig zur Lösung des Problems beiträgt.

– *Morbiditätsausgleich*: Die Berücksichtigung des Anteils an Kranken unter den Versicherten beim Finanzausgleich: Dies ist eigentlich eine Maßnahme, die zielgenau Risikoselektion verhindern könnte. Sie kann aber vor allem wegen der fehlenden Datenbasis frühestens 2007 greifen. Bis dahin könnte aber die Kassenlandschaft bereits irreparabel zum

Nachteil verändert worden sein. Außerdem ist nicht gesagt, ob diese Regelungen die nächsten Reformphasen im Gesundheitswesen überstehen. Schließlich gibt es noch kein probates Mittel dagegen, dass die Kassen ihre PatientInnen künstlich „krank rechnen“ um über die Gebühr vom Finanztransfer zu profitieren.

– *Disease Management (DM)*: Kassen, die so genannte Disease-Management-Programme einführen, also Programme einer koordinierten, strukturierten und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Betreuung vor allem chronisch kranker PatientInnen, sollen besondere Finanzmittel aus dem Risikostrukturausgleich zugewiesen bekommen, und zwar in dem Maß, wie die betroffenen PatientInnen sich in solche Programme einschreiben lassen.

Diese Berücksichtigung von DM-Programmen im Risikostrukturausgleich weist grundsätzlich in die richtige Richtung, weil sie tendenziell den Wettbewerb um gute Versorgungsformen fördert. Aber es bleiben offene Fragen. DM-Programme können zwar durchaus sowohl zu einer Qualitätsverbesserung für chronisch Kranke führen als auch Kosten sparen helfen. Allerdings besteht dabei zugleich die Gefahr, dass PatientInnen aus Kostengründen unterversorgt werden. Gerade die Krankenkassen, denen wichtige Kompetenzen bei der Steuerung des Versorgungsgeschehens zugewiesen wurden und die selbst unter erheblichem Wettbewerbs- und Kostendruck stehen, könnten versucht sein, Disease Management als Sparprogramm zu missbrauchen. Auf der anderen Seite besteht die Chance, auf diese Weise das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich seit jeher gegen sinnvolle Konzepte einer besser integrierten Versorgung gestemmt haben, wenigstens teilweise aufzubrechen, was wiederum - wie sich gezeigt hat - den Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die Einführung von DM-Programmen hervorruft. Ohne die ÄrztInnen wird es aber nicht zu den Einschreibungen in DM-Programme kommen, an denen die Kassen so interessiert sind. Damit hat die Ärzteschaft ein Faustpfand in der Hand, das sie unter anderen in die Lage versetzt, einen allzu informativen Datenfluss, auf deren Grundlage die Kassen auch die Qualität der ärztlichen Tätigkeit überprüfen können, zu verhindern (Paetow 2002).

Letztlich hängt der Erfolg des DM von der konkreten Ausgestaltung der Behandlungsleitlinien und von den Zugangsvoraussetzungen für beteiligte ÄrztInnen und PatientInnen ab. Je ehrgeiziger diese sind, desto günstiger könnte das Kosten-Nutzen-Verhältnis für die einzelne PatientIn sein, desto schwieriger ist es aber, PatientInnen und ÄrztInnen zur Teilnahme zu bewegen. Auch hängt davon ab, wie viele PatientInnen bei den einzelnen Kassen bzw. Kassenarten sich tatsächlich in ein Programm einschreiben und in welchem Maße diese von den Sonderzuweisungen aus dem Finanzausgleich profitieren.

Die Entwicklung angemessener Leitlinien ist nicht unproblematisch, weil sie längst - wenigstens teilweise - fest in der Hand der Medizinindustrie liegt (Kühn 1993: 6ff). Was wann bei wem (medikamentös) behandlungsbedürftig ist, folgt eher betriebswirtschaftlichen Kriterien privater Gewinnmaximierer als denen medizinischer Determinanten von Lebensqualität.

Alles in allem eröffnet die DMP-Regelung viele Fronten mit vielen Gegnern zugleich, so dass ihr Scheitern wahrscheinlich ist. Selbst wenn es zu einer einvernehmlichen Umsetzung kommen sollte, ist der medizinische und ökonomische Erfolg fraglich.

Völlig untergegangen - schon im Vorfeld dieser RSA-Reform - sind Maßnahmen, die eine sofortige Entlastung von Risikoselektion und Wettbewerbsverzerrung hätten bringen können, wie z.B. der von den Ersatzkassen geforderte Mindestbeitragssatz und andere Rege-

lungen, die als Ersatz hierfür vorgeschlagen wurden, wie z.B. die Abschöpfung ungerechtfertigter RSA-Zuweisungen. Die Vorschläge scheiterten am Widerstand der Bundesländer, aber auch der Bündnisgrünen, der Unionsparteien und der Verbraucherschützer. So kann es sein, dass die Kassenlandschaft bereits unwiderruflich erodiert und das Solidaritätsprinzip schon nachhaltig demontiert ist, wenn die beschlossenen Reformmaßnahmen zu greifen beginnen. Und es drängt sich der Verdacht auf, dass gerade dies von der Politik beabsichtigt ist.

Im Ergebnis zeigt sich das Konzept der Wettbewerbsöffnung des Krankenkassen„marktes“ als gescheitert und wohl nicht mehr reparierbar. Mit gescheitert ist damit der Versuch, Solidaritätsprinzip und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu versöhnen oder wenigstens kompatibel zu machen. An eine Rückkehr zum ständisch organisierten „gegliederten Kassensystem“ mit kaum durchlässiger Mitgliederzuweisung ist aber auch nicht zu denken. Da drängt sich der Gedanke an die Einführung einer Einheitsversicherung für alle Versicherungspflichtigen oder auch für alle ArbeitnehmerInnen auf. Länder mit nicht-wettbewerblichen Versicherungs- bzw. Finanzierungssystemen stehen im internationalen Vergleich nicht schlechter da als wettbewerbsorientierte. Dänemark mit seinem steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitssystem weist beispielsweise Morbiditätsdaten auf, die sich im Vergleich von OECD-Staaten sehen lassen können (vgl. Böcken u.a.: 23ff.), hat dabei sinkende Ausgaben zu verzeichnen und genießt hohe Zufriedenheitswerte bei den Bürgern (Albrecht 1999). Selbst das vielgescholtene Gesundheitssystem in Großbritannien erbringt - bei wesentlich niedrigeren Kosten - eine Versorgungsleistung, die ebenfalls mit der anderer entwickelter Industriestaaten vergleichbar und damit deutlich besser als ihr Ruf ist (ebenda).

Allerdings ist eine Einheitskasse - in welcher Form auch immer - derzeit politisch nicht durchsetzbar. Daher kommt es entscheidend auf eine konsequente Fortführung der RSA-Reform an, wobei die Umsetzung des Morbiditätsausgleichs und die Schaffung eines zusätzlichen rasch wirkenden, aber nur temporär geltenden Ausgleichsinstruments im Vordergrund stehen. Ein solches Instrument könnte der von Ersatzkassen und ver.di vorgeschlagene Solidarausgleich sein, eine teilweise Abschöpfung von RSA-Zuweisungen bei denjenigen Kassen, bei denen diese Zuweisungen deutlich über den tatsächlichen Leistungsausgaben liegen.

12. Finanzierung

Am deutlichsten tritt die Absicht, eine Entlastung der ArbeitgeberInnen von der Beteiligung an den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten von PatientInnen und Versicherten zu erreichen, bei der Diskussion um die Reform der GKV-Finanzierung zutage. Dabei ist die paritätische Beteiligung der ArbeitgeberInnen an den Krankheitskosten nicht allein ein Gebot der Solidarität und Gerechtigkeit. Vielmehr ist die Arbeitswelt selbst eine, wenn nicht die wesentliche Determinante gesundheitlicher Belastungen. Insofern ist es nur konsequent, das Interesse der ArbeitgeberInnen an einer Minderung der Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz über eine Beteiligung an den Kosten der Krankenversorgung wach zu halten.

Daher erteilt die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* auch der Forderung eines Einfrierens des Arbeitgeberanteils an der heute hälftigen Finanzierung der Beitragssätze in der GKV eine klare Absage. Auch die öffentlichen Haushalte haben sich als Ausgabenträ-

ger immer mehr zurückgenommen. So lag ihr Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben 1970 noch bei 14,2 % und im Jahr 1997 nur noch bei 10,5 %. Dafür haben aber die privaten Haushalte in Form von Selbstmedikationen und privaten Zuzahlungen bei den Ausgaben für Gesundheit ihren Anteil von 8,5 % auf 9,6 % zwischen 1970 und 1997 erhöht (Statistisches Bundesamt 1999: 973).

Ferner hat Kühn erst kürzlich anhand einer empirischen Berechnung bezogen auf das Verarbeitende Gewerbe gezeigt, dass die aktuelle Beitragsbelastung der Unternehmen durch die GKV im Jahr exakt bei 1,004 % liegt. „Eine zehnpromzentige Erhöhung des Beitragssatzes, z.B. von 13,5 auf 14,85 Prozent (1,35 Prozentpunkte sind deutlich mehr als die Hälfte der Beitragssatzsteigerung von 1980 bis 2000) würde bei voller Überwälzung auf den Preis ein Produkt, das 1.000 € kostet, um 1 Promille auf 1.001€ verteuern“ (Kühn 2001: 6). Nur marginale Produktivitätssteigerungen führen bereits zu einer Überkompensation dieses Kostendrucks. Von einer Wettbewerbsgefährdung der deutschen Wirtschaft kann dabei ernsthaft wohl keine Rede sein.

Die Finanzierungsprobleme geben letztlich keine Rechtfertigung für die Forderung nach Leistungskürzungen, Einführung und Differenzierung von Grund- und Wahlleistungsmodellen oder erhöhten Zuzahlungen der PatientInnen. Vielmehr gibt es mehrere Alternativen. Da wären zunächst einmal auf der Ausgabenseite, um die Kosten kontinuierlich zu senken, die knappen Ressourcen effizienter einzusetzen. Dies impliziert eine Eliminierung von Unwirtschaftlichkeiten im Gesundheitssystem bzw. eine Ausschöpfung der bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven (s.o.) aber auch eine nachhaltige Reduzierung der durch Marktmacht realisierten funktionslosen Gewinne der vielfältigen Leistungsanbieter. Dies gilt insbesondere in der Pharmaindustrie und im Pharmagroßhandel, nicht zuletzt aber auch für ÄrztInnen und ZahnärztInnen. Hier liegen die Umsatz- und Kapitalrenditen weit über jenen der Gesamtwirtschaft (vgl. Bontrup 1999b). Außerdem ist auf der Ausgabenseite eine beträchtliche Mehrbelastung durch krankenversicherungsfremde Leistungen entstanden, die zu „Verschiebebahnhöfen“ zu Lasten der GKV geführt haben.

„Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV seit 2000, Belastungen pro Jahr

<i>Grund</i>	<i>Mrd. DM</i>
Neuregelung Erwerbs-/Berufsunfähigkeits-Rente	1,25
Minderung Krankenversicherungs-Beiträge für Arbeitslosenhilfempfänger	1,20
Krankengeld aus Einmalzahlungen	0,60
Neuregelung Rehabilitationsrecht	0,50
Neuregelung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner für freiwillig Versicherte	0,50
Minderung Beiträge KVdR wegen Reform der Rentenversicherung	0,30
Minderung Krankenversicherungs-Beiträge für Sozialhilfeempfänger	0,26
<i>Summe</i>	<i>4,61</i>
Krankengeld-Nachzahlung (nur 2001)	0,60

So werden z.B. aus Mitteln der GKV familienpolitische und andere Aufgaben bezahlt, die nicht im engeren Sinne zur Gesundheitsversorgung zählen, sondern allgemeine Staatsaufgaben sind. Würden nur diese Maßnahmen auf der Ausgabenseite politisch umgesetzt und es läge im Hinblick auf die Einnahmenseite Vollbeschäftigung bei einer gleichzeitig zumindest realisierten „verteilungsneutralen Tarifpolitik“ vor, so wäre es in Zukunft völlig überflüssig „mehr Geld ins System“ über die Einnahmenseite zu pumpen. Da aber

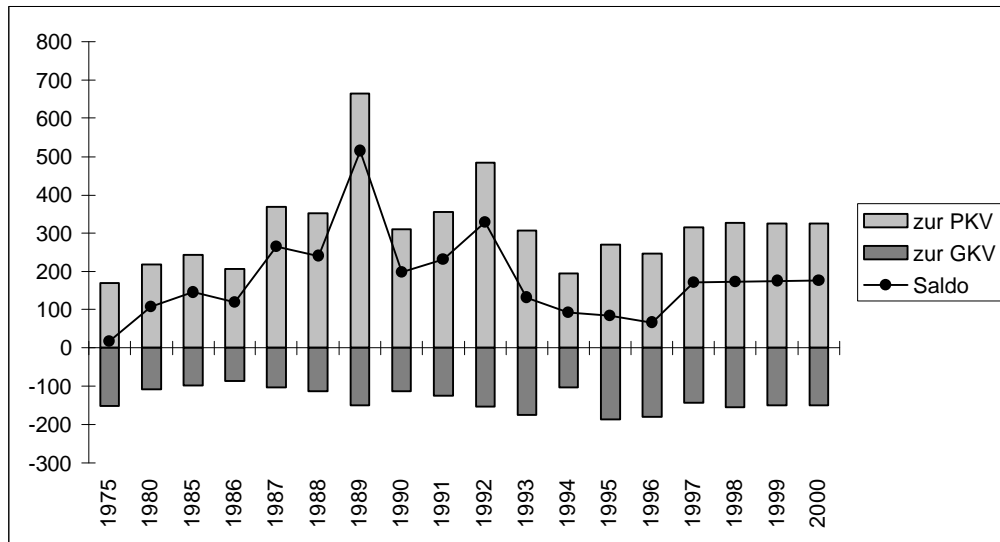
- politisch nicht mit einer kurz- bis mittelfristig veränderten Arbeitsmarkt- und Tarifsituation gerechnet werden kann (die aktuelle Arbeitsmarktentwicklung und die gerade vollzogenen Tarifabschlüsse haben dies einmal mehr gezeigt),
- der demographische Wandel, die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts und die Deckung sinnvoller zusätzlicher Bedarfe - nicht zuletzt im Bereich der Prävention die Ausgaben steigen lassen könnte,

sind außerdem verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten auf der Einnahmenseite zur zukunftsicheren Finanzierung der GKV denkbar. Selbst eine aufkommensneutrale Veränderung der Einnahmenstruktur ist nicht zuletzt auch aus Gerechtigkeitsgründen bei der Finanzierung erforderlich. Dabei sind die folgenden Veränderungen der Finanzierungsstruktur zu diskutieren:

- Eine *Ausweitung steuerfinanzierter Bundeszuschüsse* könnte dadurch gerechtfertigt sein, dass aus Mitteln der GKV Leistungen bezahlt werden, die eigentlich anderen allgemeinen Politikbereichen zuzurechnen sind (z.B. beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen als Teil der Familienpolitik). Mit einer Steuerfinanzierung ist allerdings vorsichtig umzugehen, nicht zuletzt, weil damit eine Schwächung der paritätischen Finanzierung der GKV verbunden ist und weil die Verteilungswirkungen unklar sind.
- *Eine Ausdehnung der Versicherungspflicht*. Diese Maßnahme führt tendenziell zu einer „Volksversicherung“, da sie den heutigen engen Kreis der abhängig Beschäftigten bei der solidarischen Finanzierung der GKV ausweitet. Dazu gehört die Einbeziehung von Selbständigen und Beamten aber auch die der nur geringfügig Beschäftigten in die Versicherungspflicht. Bezogen auf Selbständige und Beamte könnte hier durch eine Anhebung der *Versicherungspflichtgrenze*, auch als so genannte „Friedensgrenze“ zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung bezeichnet, eine wesentlich breitere Finanzierungsbasis geschaffen werden. Gerade durch ein Abwandern von der GKV in die private Krankenversicherung (PKV) wurde die solidarische Finanzierung der überwiegend in der GKV auftretenden „schlechten Risiken“ nachhaltig immer mehr geschwächt. So ist die Zahl der vollversicherten Personen in der PKV 1975 in Höhe von 4,176 Millionen Mitglieder auf 7,522 Millionen Mitglieder im Jahr 2000 gestiegen. Dies entspricht einer Steigerungsrate um 80,1 %. Die Zahl der Zusatzversicherten stieg im selben Zeitraum sogar um 102,7 % von rund 3,6 Millionen auf 7,5 Millionen Mitglieder. Insgesamt waren Ende 2000 rund 15 Millionen Personen in der PKV voll- und Zusatzversichert (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung 2001). Pro Jahr wechseln etwa 320.000 Versicherte in die PKV, in der Regel gute Beitragszahler, und es kehren 150.000 meist „schlechte Risiken“ in die GKV zurück. Nach Berechnungen des Verband der Angestellten-Ersatzkassen (VdAK) werden der GKV jährlich Finanzmittel in Höhe von 2 Mrd. € entzogen. Die niedrigeren Tarife der Privaten erklären sich aus deren günstiger Risikostruktur, nicht aber etwa aus einem effizienten Versor-

gungsmanagement. Pro Versicherungsfall liegen die Kosten sogar höher als in der GKV.

Personenwechsel zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung (in 1000)



Verband der Angestellten-Ersatzkassen 2002a, Tabelle 9.11

- Neben einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze könnte die PKV auch in den *Risikostrukturausgleich (RSA)* der GKV einbezogen werden. Hierdurch wird der kontraproduktive Wettbewerb der privaten und der gesetzlichen Krankenkassen um „gute Risiken“ und eine damit verbundene *Versichertenselektion* weitgehend ausgeschaltet. Außerdem würden damit die PKV und die dort versicherten Menschen „einen angemessenen solidarischen Beitrag zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens leisten“ (Pfaff 1995), dem sie sich heute durch ein „Rosinenpicken“ entziehen.
- Weiter wäre eine *Anhebung der dynamischen Beitragsbemessungsgrenze*¹ denkbar. Diese liegt derzeit bei 75 % der Bemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (2002 bei 3.375 €). Das heutige System limitiert dabei bis zu dieser Grenze die Einkommensproportionalität der Beitragszahlungen. „Für darüber hinausgehende Einkommensanteile begrenzt sie aber die absolute Belastung des Einzelnen. Insofern ist die Beitragsbemessungsgrenze ein Residual des Äquivalenzprinzips in der GKV. Bei entsprechend hohen Einkommen kommt es sogar zu regressiven Verteilungswirkungen durch die Beitragsbemessungsgrenze, d.h. der effektive Beitragssatz sinkt mit steigendem Einkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze“ (WiDO 2001: 43). Daher ist es im Sinne einer Einlösung des Solidaritätsgedankens und des gesellschaftlichen Gerechtigkeitsgebots angebracht, die Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV auf die Höhe der Bemessungsgrundlage in der Rentenversicherung anzuheben.

¹ Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze können, müssen aber nicht der GKV angehören. Ihr Beitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der Beitragsbemessungsgrenze. Da ihr tatsächliches Einkommen höher liegt, liegt ihr tatsächlicher Beitragssatz unter dem allgemeinen.

- *Einbeziehung weiterer Einkommensarten.* Mit steigendem Volkseinkommen pro Kopf ist die Sparfähigkeit breiter Bevölkerungsschichten gestiegen. Bei gleichzeitig hoher Einkommens- und Vermögenskonzentration haben sich so immer höhere Nicht-Arbeitseinkommen in Form von Zins-, Miet- und Pachteinkommen herausgebildet. Diese Einkommensarten gehen aber heute nicht in die Finanzierung der GKV ein, obwohl es eine Reihe von Argumenten gibt, die Finanzierung für Gesundheitsleistungen nicht mehr allein auf abhängiger Arbeit zu basieren. So nennt Wille eine
 - stärkere Orientierung an der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit,
 - eine Abschwächung der konjunkturellen Abhängigkeit der GKV-Einnahmen unter der Annahme, dass Nicht-Arbeitseinkommen stetiger fließen,
 - eine tendenzielle Abschwächung der intergenerativen Umverteilung unter dem Hinweis auf höhere Zinseinkommen älterer Menschen
 - eine Erweiterung in Richtung Risikoäquivalenz, die aber dann zumutbar ist, wenn Personen mit niedrigen Arbeitseinkommen z.B. wegen hoher Kapitalerträge, nur bedingt des sozialen Schutzes durch die GKV bedürfen (Wille 1998: 23).

Denkbar ist hierbei, dass die Nicht-Arbeitsentgelte analog zur jeweiligen hälftigen Heranziehung der ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen bei den Arbeitsentgelten berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten Kleinsparer von der Finanzierung durch festzulegende Freigrenzen befreit werden.

- Außer der Einbeziehung zusätzlicher Einkommensarten gibt es eine lange Diskussion um die Berücksichtigung einer *Wertschöpfungsabgabe* zur Finanzierung der GKV. Dabei geht es allerdings nicht wie häufig mit den Begriffen „Maschinensteuer“ oder „Maschinenbeitrag“ falsch suggeriert wird, um eine einseitige Belastung des Faktors Kapital, sondern vielmehr darum, Unternehmen als Ganzes gemäß ihrer jeweiligen ökonomischen Leistungsfähigkeit – und zwar unabhängig von deren Quellen – an der GKV-Finanzierung zu beteiligen. Vor dem nachhaltig empirisch zu beobachtenden Rückgang der unternehmerischen Personalintensitäten (Anteil Personalaufwand an der Gesamtleistung eines Unternehmens) würde hierdurch die Finanzierung der GKV auf eine breitere Basis gestellt bzw. erweitert. Dabei kann es aber nicht um eine so genannte substitutive Lösung gehen, bei der der bisherige lohnsummenbezogene Arbeitgeberbeitrag aufkommensneutral nur mit einer Umverteilung im Unternehmenssektor wirkt, sondern um eine additive Lösung. Diese könnte so umgesetzt werden, dass der Wertschöpfungsbeitrag zusätzlich zum bisherigen lohnbezogenen Arbeitgeberbeitrag erhoben wird. Damit würden gleichzeitig im Unternehmenssektor mehr personalintensive Betriebe entlastet und in der Regel kapitalintensive Großunternehmen relativ mehr belastet. Gegen die Einführung einer solchen additiven Wertschöpfungsabgabe werden aber insbesondere von den Arbeitgeberverbänden u.a. eine Verteuerung des Kapitaleinsatzes, eine Diskriminierung von Investitionen, eine Verminderung der Produktivität sowie eine Verschlechterung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit vorgetragen. Dem stehen folgende Argumente gegenüber: eine größere Belastungsgerechtigkeit auf der Arbeitgeberseite und eine entsprechende Orientierung an der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens, die Abgabentlastung des Produktionsfaktors Arbeit sowie die Stabilisierung der Einnahmehasis der GKV. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) hat die finanziellen Auswirkungen einer Wertschöpfungsabgabe berechnet. Demnach ergäbe sich als zusätzliche Einnahme in der GKV eine Summe von rd. 8,3

Mrd. €. Dieser Betrag hätte auf Basis des Jahres 1999 einem Volumen von 0,92 Beitragsatzpunkten entsprochen (WIdO 2001: 162).

Im Ergebnis spricht sich die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* kurzfristig für eine Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung und langfristig für die Ergänzung der GKV-Finanzierung durch eine Wertschöpfungsabgabe aus.

13. Beschäftigte im Gesundheitswesen

Die Arbeit in Berufen des Gesundheitswesens stellt hohe Anforderungen sowohl an die Qualifikation als auch an die psychische und physische Belastbarkeit. Unregelmäßige Schichten, undokumentierte und unbezahlte Überstunden, Nachtarbeit, lange (illegale!) Bereitschaftsdienste, Arbeitshetze, hoher Stress, ein besonderes Maß an Verantwortung und die Erwartung, gleichzeitig leidenden Menschen ein Mindestmaß an Zuwendung zu geben und auf deren Ängste, Schmerzen, Depressionen, Einsamkeitsgefühle einzugehen, prägen den Alltag der meisten im Gesundheitswesen beschäftigten Personen. Nicht umsonst gehören Krankenschwester und -pfleger zu den Berufen mit den höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten. Nach wie vor gibt es in Krankenhäusern und in Arztpraxen starre hierarchische Autoritätsstrukturen, die die Arbeitszufriedenheit weiter senken (Leonhardt 2002).

Diese Machtstrukturen, eine an die Grenzen der Belastbarkeit gehende Arbeitsdichte sowie besonders hohe karitativ geprägte Ansprüche an die eigene Arbeit erschweren es den Beschäftigten, sich zu organisieren und für ihre Interessen einzutreten. Nicht zuletzt wegen des geringen gewerkschaftlichen Organisationsgrades trifft jede Sparpolitik im Gesundheitswesen - je nach Arbeitsmarktlage - zuerst die Beschäftigten in den unteren Hierarchie-rängen in Krankenhäusern und Arztpraxen.

Die Folgen sind

- Substitution qualifizierter Fachpflegekräfte durch nichtexaminierendes angelerntes Personal,
- Implementierung eines Niedriglohnsektors,
- niedrige Bezahlung, deren Anstieg hinter dem der Löhne und Gehälter in der gesamten Wirtschaft zurückbleibt,
- Ausdünnung des Personalbestandes und steigende Arbeitsverdichtung sowie
- Ausgründungen und Zerschlagung integraler Betriebsstrukturen.

Selbst die Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Regelungen wie die Umsetzung der bindenden Entscheidungen des EuGH zur Anrechnung von Bereitschaftsdiensten auf die Arbeitszeit ist bislang nicht erfolgt.

So ist es nicht verwunderlich, dass insbesondere die Pflegeberufe ein erhebliches Maß an Fluktuation zeigen. Der Altersdurchschnitt z.B. in der ambulanten Pflege ist niedrig, weil angelegerte und ausgebildete Pflegekräfte bereits nach wenigen Jahren den Beruf wieder verlassen und durch neue, frisch angelegerte ersetzt werden, wodurch die Qualität und die für die zu pflegenden Personen wichtige Kontinuität deutlich leiden.

Daher ist zum einen die tarifvertragliche und gesetzliche Absicherung sowohl der Vergütung als auch angemessener Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen unerlässlich. Gerade weil der zweifelhafte wirtschaftliche Erfolg privatisierter Krankenhäuser und Pflegeheime auch auf Sub-Standard-Arbeitsverhältnissen beruht und weil der ökonomische Druck, der infolge der Fallpauschalenregelung künftig auf den Krankenhäusern lasten wird, zunehmend handlungsleitend wird, sind gesetzliche Regelungen der Mindestpersonalausstattung und anderer Arbeitsbedingungen zu fordern.

Auch müssen die Qualifikationsanforderungen und die Ausbildungsbedingungen v.a. für das nicht-ärztliche Personal deutlich verbessert werden, um eine Überforderung des Personals einerseits und eine Qualitätsverschlechterung für die PatientInnen andererseits zu verhindern bzw. wieder zurückzuführen.

Ebenfalls relevant für die Beschäftigten im Gesundheitswesen ist die Entwicklung der Gesundheitsausgaben bzw. deren Struktur. Verfolgt man das Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren, um legitimer Weise v.a. die pflichtversicherten ArbeitnehmerInnen in der gesamten Wirtschaft vor den Kostenfolgen von falschen Strukturen, Überkapazitäten, angebotsdeterminierter Nachfrage etc. zu schützen, bedeutet das zugleich eine Gefahr für die Arbeitsplätze der in bestimmten Sektoren Beschäftigten. Die Perpetuierung ineffizienter Strukturen kann aber nicht die Lösung des Problems sein. Erforderlich sind vielmehr - wie in anderen Sektoren mit raschem Strukturwandel auch

- Maßnahmen zur sozialverträglichen Gestaltung der Umstrukturierung von Arbeitsplätzen,
- geeignete Weiterbildungs- und Umschulungsangebote,
- die Schaffung neuer Arbeitsplätze für sinnvolle neue Versorgungsbedarfe und
- die Realisierung arbeitsrechtlich vorgeschriebener Personalausstattungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Allein die Umsetzung des o.a. EuGH-Urteils zu den Bereitschaftsdiensten würde schätzungsweise 25.000-30.000 Stellen erfordern. Es ist dies ein herausragendes Beispiel für die Möglichkeit einer höchst wirksamen Arbeitszeitverkürzung, die überdies, wie Berechnungen ergeben, relativ wenig an zusätzlichen Personalmitteln erfordert.

Wegen der anhaltend guten Wachstumsaussichten ist jedoch die Gefahr von Nettoverlusten an Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor derzeit eher gering.

14. Fazit

Die Sicherung einer umfassenden, solidarisch und paritätisch finanzierten Krankenversicherung ist die wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe für die Zeit nach der Wahl. Die Erfüllung dieser Aufgabe ist gefährdet, weil die Politik den widerstreitenden Interessen der Lobbies von Pharmaindustrie, Krankenhausinvestoren, Ärzteschaft und Krankenkassen kaum etwas anderes entgegen zu setzen weiß, als immer neue Schritte der Privatisierung, Markt- und Gewinnorientierung des Gesundheitswesens, mit der sich die Politik zugunsten der „anonymen“ Marktkräfte aus der Verantwortung zu ziehen versucht und dabei nicht nur das für entwickelte Gesellschaften unverzichtbare Solidaritätsprinzip aus der Hand zu geben beginnt, sondern zugleich auch ganz unmittelbare Standortvorteile preisgibt, die mit

sozialer Sicherheit und mit einem intakten und expandierenden Gesundheitswesen verbunden sind.

Aber „trotz dieser Brüche, Widersprüche und Gefährdungen funktioniert das GKV-Modell bis heute zumindest noch so, dass eine Reparatur unter günstigen politischen Rahmenbedingungen und bei politischem Willen dazu immer noch vorstellbar erscheint“ (Rosenbrock 2002: 28). Die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* hält dafür die folgenden Ziele bzw. Maßnahmen für unverzichtbar:

Leistungskatalog der GKV

- Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit, die nicht nur das medizinisch, sondern auch das sozialtherapeutisch usw. Notwendige erfasst,
- Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere durch gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeits- und Lebenswelt (Verhältnisprävention) vor Kuration vor Rehabilitation vor Pflege,
- einheitlicher Leistungskatalog, Fortschreibung unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts,
- keine Trennung in Grund- und Wahlleistungen.

Finanzierung

- Solidarische Finanzierung der GKV unter paritätischer Beteiligung der Arbeitgeber sichern,
- Rückführung der PatientInnenzuzahlungen,
- Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung,
- langfristig: Ergänzung der GKV-Finanzierungsbasis um eine Wertschöpfungsabgabe der Unternehmen.

Effizienz, Effektivität und Qualität

- konsequente Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- Leitlinien für medizinische Leistungen, die auf dem besten erreichbaren Stand gesicherter Erkenntnisse und Belege beruhen (Evidence Based Medicine),
- Fortentwicklung qualitätsgesicherter, integrierter und strukturierter Versorgungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme),
- Qualitätssicherung auf allen Ebenen der Krankenversorgung durch verbindliche Weiterqualifikation des medizinischen Personals und Einsatz unabhängiger Qualitätssicherungsinstitute,
- Realisierung einer Liste effektiver und wirtschaftlicher Arzneimittel (Positivliste) und Wiedereinführung mengenbegrenzender Maßnahmen,
- Umgestaltung der Festbetragsregelung, um sie gegen wettbewerbsrechtliche Angriffe zu schützen,
- Umsetzung von Modellen integrierter Versorgung,
- Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante v.a. fachärztliche Versorgung.

Markt und Wettbewerb

- Bekämpfung von Marktmacht statt Verschärfung des Wettbewerbs,
- Rückführung der Monopolposition der Kassen(-zahn-)ärztlichen Vereinigungen und anderer Anbieterverbände durch vorsichtige Zulassung differenzierter Verträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern,
- Reform der Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs zur Vermeidung von Risiko-selektion, konsequente Umsetzung der Morbiditätsorientierung und Einführung auch kurzfristig wirkender Instrumente.
- Langfristig ist zu prüfen, ob nicht eine Einheitsversicherung die bessere Lösung wäre.
- Stopp der Privatisierung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen,
- stärkere Berücksichtigung regionaler und lokaler Besonderheiten in der Kostenstruktur bei der Bemessung von Fallpauschalen für stationäre Leistungen,
- keine Aufweichung des Sachleistungsprinzips durch Einführung von direkten Geldbeziehungen (Kostenerstattung) zwischen Arzt und Patient,
- Rahmen- und Kapazitätsplanung durch demokratisch legitimierte Entscheidungsorgane statt durch „anonyme“ Marktkräfte und Gewinninteressen.

Arbeitsplatz Gesundheitswesen

- Ausbau der Arbeitsplätze analog des steigenden Bedarfs an Gesundheitsleistungen,
- Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, vor allem des Arbeits- und Gesundheitsschutzes,
- Absicherung tariflicher Entlohnung.

Literatur

- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (1982), Memorandum 1982. Quantitatives Wachstum statt Gewinnförderung - Alternativen der Wirtschaftspolitik, Köln
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2002), Memorandum 2002. Blauer Brief für falsche Wirtschaftspolitik - Kurswechsel für Arbeit und Gerechtigkeit, Köln
- Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherchen, Gütersloh
- Bontrup, H.-J. (1998a), Zur Diskussion zu hoher Lohnnebenkosten, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, Heft 12/1998
- Bontrup, H.-J. (1999b,) Zu den Irrtümern am Gesundheitsmarkt, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4
- Bormann, C., Schroeder, E. (1994), Soziale Ungleichheit im Krankenstand dargestellt am Beispiel des Indikators „Tage mit gesundheitlicher Beeinträchtigung“, in: Mielck 1994, 209-226.
- Braun, B. Kühn, H. Reiners, H. (1998), Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt a. M.
- Bundesministerium für Gesundheit (1999), Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1999, Baden-Baden
- Bundesministerium für Gesundheit (2001a), Daten zur Finanzentwicklung des Gesetzlichen Krankenversicherung, www.bmgesundheit.de/presse/2001/2001/pm13/finanzentwicklung.xls
- Bundesministerium für Gesundheit (2001b), Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2001
- CDU-Eckpunkte: Eckpunkte für eine Gesundheitsreform. „Patient im Mittelpunkt eines wettbewerblichen Gesundheitssystems“
- Deppe, H.-U (2000), Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt/M.
- Eckerle, K. (1998), Auswirkungen veränderter ökonomischer Rahmenbedingungen auf die Gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland, in: Verband Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bd. 9, Frankfurt/M.
- Europäisches Parlament (Bearbeiter: Jakubowski, E., Busse, R.) (1998), Das Gesundheitswesen in der EU. Eine vergleichende Untersuchung. SACO 101/DE
- Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H. (2000), Gesundheitsökonomie. Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele, Stuttgart, Berlin, Köln
- Hof, B. (2001), Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, PKV-Dokumentation 24, Köln
- IGES, Cassel, D., Wasem (2001), Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit
- Jacobs, K., Häussler, B. (2002), Disease Management im künftigen Kassenwettbewerb, in: G+G Wissenschaft 1/2002, 24-31
- Kühn, H. (1993), Arzt-Konsument-Verhältnis: Der gesunde Patient, in: Arzt-Konsumenten-Verhältnisse, Jahrbuch für Kritische Medizin 21, 6-20
- Kühn, H. (1997), Managed Care. Medizin zwischen Kommerzieller Bürokratie und Integrierter Versorgung am Beispiel USA, in: Gesundheit Bürokratie Managed Care, Jahrbuch für Kritische Medizin 27, S. 7-52
- Kühn, H. (2001), Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung, Berlin

- Lauterbach, K.W., Wille, E. (2001), Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des VdAK, AEV, AOK-Bundesverbandes und des IKK-Bundesverbandes
- Lauterbach/Glaeske/Rürup/Wasem (2002), Weichenstellung für die Zukunft - Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Veröffentlichung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Sozial am 5.12.2001
- Leonhardt, M. (2002), Arbeitsplatz Gesundheitswesen, in: Paetow, H., Fiedler, M., Leonhardt, M., NN, Hamburg (erscheint demnächst)
- Mielck, A., Hrsg. (1994), Krankheit und soziale Ungleichheit, Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland, Opladen
- OECD (2001), OECD-Health-Data
- Paetow, H. (2001a), Neue Anforderungen an das Gesundheitsmarketing, in: Zerres, M., Zerres, Ch. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing, München, Mering, 1-17
- Paetow, H. (2001b), Ökonomisierung der Gesundheit - die Rolle der Gesundheitsökonomie, in: Argumente 4/2001, 33-43
- Paetow, H. (2002), Die Zukunft des Kassenwettbewerbs, in: Paetow, H., Fiedler, M., Leonhardt, M, NN, Hamburg (erscheint demnächst)
- Pfaff, M. (1995), Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10
- Rebscher, H. (2001), Disease Management und Risikostrukturausgleich, in: die Ersatzkasse 11/2001, 420-421
- Reiners, H. (2002), Ökonomisches Dogma und Gesundheitspolitik, in: Deppe, H.-U., Burkhardt, W. (Hrsg.) Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg, S. 36-56
- Rittenbruch, K. (1995), Makroökonomie, 9. Aufl., München, Wien
- Rosenbrock, R. (1994), Die gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg: Modernisierung oder Entsorgung solidarische Gesundheitspolitik, in: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, Jahrbuch für Kritische Medizin 23, 189-205.
- Rosenbrock, R. (2002), Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktgesellschaft überleben? in: Deppe, H.-U., Burkhardt, W. (Hrsg.) Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg, 25-35
- Schönhofer, P. (2002), Missbrauch, Betrug und Verschwendung. Der Wildwuchs im Gesundheitswesen spottet jeder Kontrolle, in: Deppe, H.-U., Burkhardt, W. (Hrsg.) Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg, 116-122
- Schwartz F. W., Busse R. (1994), Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen, in: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, Jahrbuch für Kritische Medizin 23, 149-170.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998), Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999), Statistisches Jahrbuch 1999 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden
- Stiglitz, J. (2002), Interview über Globalisierungsfragen, in: Financial Times Deutschland vom 13.5.2002, 20
- SVR/KAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1996), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über- Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden

SVR/KAiG (1996), Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1996, Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band 1, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden

SVR/KAiG (2001), Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation; Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege; Band III: Über- Unter- und Fehlversorgung, Berlin (download: <http://www.svr-gesundheit.de/>)

Ulrich, V. (2000), Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben. Was sind die treibenden Faktoren? Discussion Paper, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

VdAK (2002a). Verband der Angestellten-Ersatzkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V., Basisdaten 2002

VdAK (2002b), Verband der Angestellten-Ersatzkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V., Forderungen der Ersatzkassen zur Strukturreform im Gesundheitswesen

Verband der privaten Krankenversicherung (2001), Zahlenbericht 2000/2001, Köln

WHO (World Health Organization) (2000): World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva

WIdO (2001), Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn

Wille, E. (1998), Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2