

**Konzertierte Aktion  
im Gesundheitswesen:**

# Konventionelle und unkonventionelle Denkanstöße

Das jetzt vorgelegte erste Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat zu drei großen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung Empfehlungen und Reformalternativen aufgezeigt: zur Arzneimittelversorgung, zum Krankenhaus und zur zahnärztlichen Versorgung. Der ambulante Sektor wurde nur punktuell angesprochen, nicht zuletzt wegen des Todes des Ratsmitglieds Professor Dr. med. Paul Lüth. Auch wegen der „Komplexität der ambulanten Versorgung“ (einschließlich des Bereichs der Heil- und Hilfsmittel, der Pflegeversorgung und der Psychiatrie) soll es in einem Jahr hier dezidiert zur Sache gehen.

**D**as Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion birgt eine Menge Zündstoff und eine Fülle von Diskussionsanregungen. Die Konzertierte Aktion wird davon „zehren“. Der vielbeschworenen Strukturreform im Gesundheitswesen wird das Gutachten (mittelbar) Rückenwind geben können.

Viele der Analysen, Diagnosen, Empfehlungen und Wertungen der Sachverständigen sind allerdings weder originell noch neu. Dennoch ragen sie aus der Masse der bisher vorgelegten Vorschläge und der von einzelnen Parteien angeregten Gutachten hervor, weil die Sachverständigen, wie sie selbst versichern, stets kraft ihrer Unabhängigkeit jede ressortpartikularistische Betrachtung hintanstellten und sich einer „sektorübergreifenden Betrachtung“ befleißigten, die den Detailanalysen vorangestellt werden.

Die sieben Sachverständigen bewegen sich nicht im „luftleeren Raum“, sondern im Kontext mit den geltenden politischen, gesetzlichen, gesellschaftlichen, sozialen und finanziellen Rahmenbedingungen – unter Beachtung des bewährten gegliederten Systems der ge-

sundheitlichen Sicherung. Insoweit ist es keineswegs überraschend, daß die Gutachter nicht für eine „Revolution“, eine „Reform an Haupt und Gliedern“, plädieren, sondern vielmehr einer evolutionären Weiterentwicklung des Systems – allerdings unter Beachtung von klaren, aufeinander abgestimmten, in sich konsistenten Reformvorstellungen – den Vorzug geben.

## „Unbequeme Wahrheiten“

Sehen sich die Gutachter zwar teilweise durch die im (politischen) Errichtungserlaß enthaltene Zielfixierung und durch die Festlegung der Konzertierten Aktion in ihrem Aktionsradius begrenzt, so bemühen sie sich dennoch, die Ziele der gesundheitlichen Versorgung nach einem idealistischen „magischen Viereck“ auszurichten: nach der Bedarfsgerechtigkeit, der Einkommensunabhängigkeit, der hohen Qualität und der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung. Gemäß dem engeren gesetzlichen Auftrag der Konzertierten Aktion (§ 405 a RVO) hat der Sachverständigenrat seine Vorschläge und Analysen un-

ter eine zweifache Zielsetzung gestellt, und zwar eine den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigende bedarfsgerechte Versorgung und eine ausgewogene Verteilung der Belastung. Die Vorschläge sollen das schwierige Unterfangen der Konzertierten Aktion erleichtern, medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten sowie Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu entwickeln und miteinander abzustimmen.

„Unbequeme Wahrheiten dürfen kein Hindernis sein, die von den Sachverständigen aufgezeigten Konsequenzen zu ziehen“, kommentierte Bundesarbeitsminister Norbert Blüm die Arbeit des Rates bei der Entgegennahme des Gutachtens. Aufgrund der jetzt vorgelegten Orientierungsdaten sei es künftig möglich, die gebotenen Folgerungen für die weitere Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ziehen und medizinisch begründete Prioritäten innerhalb der vielfältigen Leistungsbereiche zu setzen, meinte der Minister.

In einer ersten Stellungnahme hat die Ärzteschaft (sowohl die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung als alle großen ärztlichen Verbände und die Gemeinschaft der Fachärztlichen Berufsverbände) zugesichert, das Gutachten sorgfältig zu analysieren und mit den Sachverständigen in einen Dialog mit dem Ziel einzutreten, „vorhandene Lücken und Mängel zu beseitigen, um eine exakte wissenschaftlichen Kriterien standhaltende Analyse zu schaffen“. Dies sei die Voraussetzung für eine positive Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bei gleichzeitiger Sicherung der Finanzierbarkeit, heißt es in einer gemeinsamen Presseerklärung der Spitzenorganisationen.

Bei der Komplexität und der Interdependenz aller Bereiche des Ge-

sundheitssicherungssysteme kann es nicht ausbleiben, daß in dem Gutachten alle Beteiligten (auch die Politiker!) „ihr Fett abbekommen“. Im einzelnen wird noch zu untersuchen sein, inwieweit die Empfehlungen der Sachverständigen auch hinreichend empirisch abgesichert, durch Sachverstand fundiert und politisch realisierbar sind. Aus einer Schiefelage von Teilen des Gutachtens allerdings auf den Wert der Gesamtanalyse zu schließen, wäre ebenso ungerechtfertigt wie den Gutachtern zu unterstellen, sie hätten einer blutleeren Expertokratie oder einer einseitig interessenbezogenen Analyse gefrönt.

## **Datenfundus ausschöpfen!**

Unüberhörbar ist das Klagen der Sachverständigen über die „völlig unzureichende Datenbasis“ für aussagekräftige Bewertungen in allen Details. Die Statistik-Lücken sehen sie in einer unzureichenden Morbiditäts-, Mortalitäts-, Kapazitäten- und Nutzungsstatistik. Insbesondere die Krebsstatistik, aber auch andere epidemiologische Statistiken (etwa Prävention) seien unterentwickelt und korrespondierten nicht mit dem hochstehenden bundesdeutschen Gesundheitswesen (wiewohl die Versicherungsträger und Leistungserbringer über einen noch nicht ausgeschöpften Datenfundus „herrschen“). Zumindest tendenziell, soweit ist dem Rat zuzustimmen, kann eine regelmäßige institutionalisierte „Gesundheitsberichterstattung“ aus dem Dilemma herausführen. Dazu sollen – so die Gutachter – in Form von „Gesundheitsindikatoren“ und „Modellrechnungen“ der Einsatz und die Effizienz des Mittelverbrauchs ständig überprüft werden. In den Datenfundus sollten nach Meinung des Rates folgende Faktoren eingespeist werden: demographische Verschiebungen; Versichertenstrukturen, Gesundheitsstand (Morbidität, Mortalität, Arbeitsunfähigkeit u. a.); Kapazitätsentwicklungen; Angebot von Gesundheitseinrichtungen, Inanspruchnahme, Leistungen und Nut-

zungen und – vor allem die finanzielle Situation und der Versicherungsschutz der Bevölkerung. Aufgrund dieser Daten ließen sich der politische Handlungsbedarf, die Rationalisierungsreserven, Einsparpotentiale und Strukturverwerfungen erkennen und gezielt angehen.

So wichtig es ist, die überfälligen, vom Gesetz bereits seit 1977 geforderten medizinischen Orientierungsdaten neben ökonomischen Daten in die Beurteilung einzubeziehen, so sind diese ebenso wenig wie der Gesundheitszustand der Bevölkerung „in einem Satz zu definieren“, stellt der Sachverständigenrat fest. Namentlich die Vorsitzende des Sachverständigenrates, Dr. med. Rosemarie Scheurlen (früher saarländische Sozial- und Gesundheitsministerin), hat sich für eine „Gesundheitsberichterstattung aus einer Hand“ ausgesprochen: Die Interdependenzen der einzelnen Sektoren sollen erkannt, Strukturverwerfungen und sektorale Verschiebungen gewichtet und der Handlungsbedarf mittelfristig abgesteckt werden. Ein regelmäßiges verbessertes Bericht- und Informationssystem im Gesundheitswesen darf sich allerdings nicht nur auf die buchhalterische Erfassung dessen beschränken, was gerade greifbar und in der herkömmlichen Statistik ablesbar ist. Notwendig ist – und dies wird im Gutachten nur fragmentarisch angedeutet – daß neben einer konsequenten Input-Betrachtung eine Output-Analyse tritt, die den gesamtwirtschaftlichen und ressortbezogenen Ressourcenverbrauch zum Leistungsvolumen, zur Leistungsqualität und zur Effizienz in Beziehung setzt.

Jedweder perfektionistischen, bloß instrumentell wirkenden Gesundheitsberichterstattung sind – die Sachverständigen werden das gewiß erkennen – enge Grenzen gesetzt. Denn vielfach werden die medizinischen wie die ökonomischen Orientierungsdaten kurz- und mittelfristig durch politische Ziele und andere „unabänderliche“ Sachverhalte überlagert. Bei dem seit Beginn der Kostendämpfungsgesetzgebung (1977) weit verbreiteten Budgetierungsdenken besteht sogar die Gefahr, daß die Gesundheitsberichter-

stattung zu einer sektoralen, politisch motivierten Budgetierung erweitert und bis auf die Regionalebene durchexerziert wird. Ansinnen aus Kreisen der Opposition, aber auch von den Krankenkassenspitzenverbänden, geben zumindest Anlaß zu solchen Befürchtungen, nämlich daß mit Hilfe der Budgetierung die Berichterstattung zur politischen Orientierung der gesundheitlichen Versorgung bis hin zur festen beitragsstabilen Zuteilung von Gesundheitsbudgets erweitert wird. Es wäre allerdings schon viel gewonnen, wenn mit einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung eine konzeptionell klar ausgerichtete Gesundheitspolitik in Gang gebracht würde.

Die Aussagen der Gutachter werden zuweilen bestimmt durch die monolithische Meinung, das Diktat der „Leistungsanbieter“ und das sich stets Nachfrage schaffende Leistungsangebot würden Politik und Krankenkassen unterordnen. Um aus diesem „Teufelskreis“ zu entkommen, wird Probates neben längst Ad-acta-Gelegtem empfohlen, so exemplarisch in den Empfehlungen zum Arzneimittelbereich oder zum stationären Sektor:

## **Ausgaben senken, Qualität erhalten**

Der Sachverständigenrat vertritt die Auffassung, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel um 20 bis 25 Prozent (3,4 bis 4,3 Milliarden DM!) gesenkt werden könnten, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung dadurch zu beeinträchtigen. In erster Linie sieht er das Einsparpotential in Streichungen bei den Werbeaufwendungen der Hersteller. So wird die Tätigkeit der „Pharmaberater“ nicht der wissenschaftlichen Information, sondern vielmehr der Werbung zugeordnet. Entsprechende Aufwendungen der Hersteller sollten daher nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geltend gemacht werden können. Realisiert werden soll dieser Vorschlag durch eine Erhöhung des Apothekenrabatts, den die Apotheken den

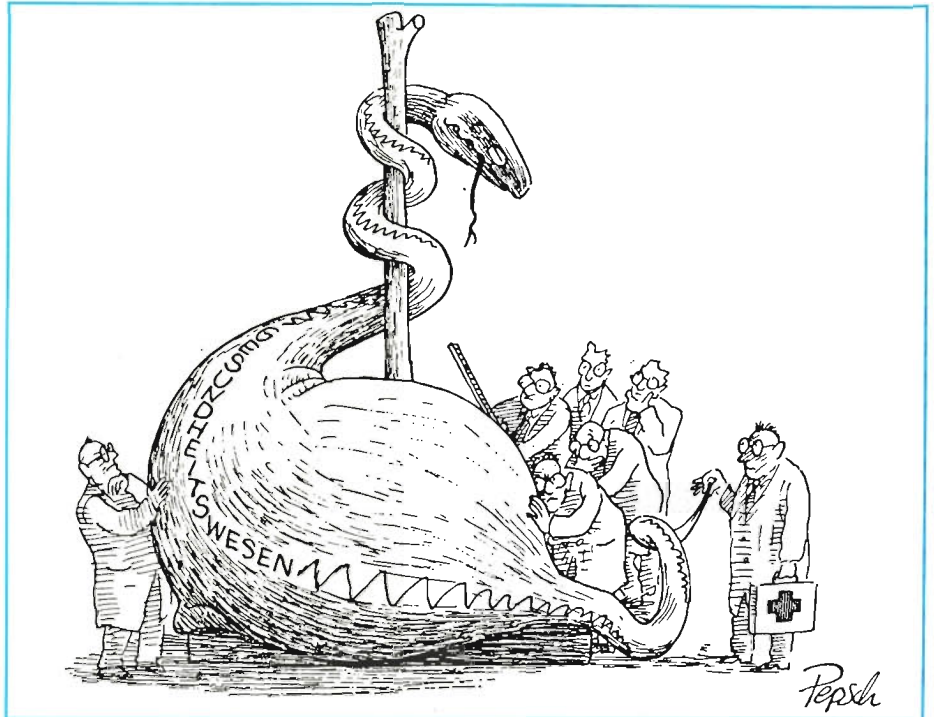
Krankenkassen gewähren (derzeit fünf Prozent). Einsparungen sollten nach den Vorschlägen des Rates auf mehrere Weisen erzielt werden: Die Apotheker und die Krankenkassen sollten die den Krankenkassen zu gewährenden Abschläge in Verhandlungen selbst festlegen. Im Falle des Scheiterns von solchen Verhandlungen soll das Bundesarbeitsministerium zu einer entsprechenden Rechtsverordnung ermächtigt werden. Die Arzneimittelpreisverordnung für Apotheken soll umgestellt werden mit dem Ziel, von den derzeit *prozentualen Zuschlägen* abzugehen und *Festzuschläge* einzuführen.

Die Information der Ärzte soll, so schlägt das Gutachten vor, verbessert werden durch intensivierete Aus- und Weiterbildung in der Pharmakotherapie, obligatorische Fortbildung durch neutrale Institutionen, verbesserte Transparenz des Arzneimittelmarktes und Kosten-Wirksamkeits-Analysen in den ausgabenträchtigen Indikationsgebieten.

## Kollektivhaftung der Kassenärzte?

Der Rat schlägt ferner vor, die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten regelmäßig Arzneimittelseminare veranstalten, die von den Kassenärzten im Dreijahresturnus besucht werden müßten. Kernstück der Empfehlungen: Künftig sollten nach Meinung des Rates *Arzneimittelhöchstbeträge* mit der Maßgabe festgelegt werden, daß Einsparungen durch Erhöhung der kassenärztlichen Gesamtvergütung und umgekehrt Überschreitungen durch Kürzungen der kassenärztlichen Gesamtvergütung ausgeglichen werden.

Bei diesem Punkt gerät der Sachverständigenrat selbst in die Fänge seiner Grundanliegen und Axiome, die demographische Entwicklung und das Inanspruchnahmeverhalten stets zu beachten. Bereits in den vergangenen zehn Jahren war die Entwicklung der Krankenversicherung der Rentner ausschlaggebend für den überproportionalen



**Aufgebläht**

Pepsch Gottscheber in „Kölner Stadt-Anzeiger“

Ausgabenzuwachs der Krankenkassen – bei relativ gebremster Zunahme der Grundlöhne. Schon allein aufgrund dieser Entwicklung (die sich in Zukunft verstärkt fortsetzen dürfte) ist die vorgeschlagene Lösung medizinisch nicht tolerabel. Eine dem Vorschlag innewohnende Kollektivhaftung der Gesamtärzteschaft läge zudem außerhalb der bisher geltenden Rechtsauffassung. Nicht umsonst hat der Bundesrat wegen Rechtsbedenken die Verschärfung eines Arzneimittelhöchstbetrages im Zuge des (ersten) Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (von 1977) fallengelassen.

Auch praktische Hindernisse stehen einem solchen Unterfangen entgegen: Die Koppelung des Arzneimittelhöchstbetrages mit einer Belastung des Arzthonorars, ebenso aber auch die „Belohnung“ bei nachgewiesener sparsamer Verordnung könnten Dauerkonflikte zwischen Arzt und Patient heraufbeschwören. Müßte der Kassenarzt ständig auf eine Bonus-Malus-Regelung schießen, wäre es denkbar, daß der Patient ihn bald nicht mehr als Sachwalter seiner gesundheitlichen Interessen sähe, sondern mehr als den „Bewahrer seines ungeschmä-

lerten Honoraranspruchs“. Im übrigen könnte eine solche Regelung zu einer Beseitigung der bisherigen Individualhaftung des Arztes für seine wirtschaftliche Verordnung führen.

Ebenso abwegig sind parallele Empfehlungen der Sachverständigen für den Krankenhaussektor. Danach sollen sich die Kassen, Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte über ein regionales und altersabhängiges Pflegesatzvolumen einigen, dessen Unter- oder Überschreiten finanziell positive oder negative Folgen für die Betroffenen haben würde. Auch hier werden wiederum Ursachen und Haftung nach dem Ursacherprinzip vermengt. Tatsache ist, daß das Pflegesatzvolumen entscheidend durch die Verweildauer im Krankenhaus geprägt wird, mithin sich weitgehend der Einflußnahme der Kassenärzte entzieht. Warum sollen dann also die niedergelassenen Ärzte, deren Beitrag zur Kostendämpfung unbestreitbar ist und die eine umfassende Beteiligung der Krankenhäuser und Klinikärzte an der ambulanten Versorgung akzeptieren, eine zusätzliche Ausfallbürgschaft für die Kosten- und Finanzierungsprobleme im kostenträchtigen Bereich des Gesundheitswesens übernehmen? Dr. Harald Clade