

regulieren. Oder, um einen drastischer formulierenden Diskussionsredner zu zitieren: Die Allgemeinärzte sollen in Konkurs gehen, weil sie zuviel sind; die Spezialisten sollen ausgehungert werden, weil sie keine Überweisungen kriegen. Ein anderer riet schließlich den Sachverständigen, ihr Gutachten zurückzuziehen, zu überarbeiten und nach fünf Jahren nochmals vorzulegen.

### **Für die Sachverständigen war es „kein Heimspiel“**

Die beiden Mitglieder des Sachverständigenrates hatten gewiß mit Kritik und nicht unbedingt mit einem freundlichen Empfang gerechnet (Henke: „es ist kein Heimspiel“); auf eine derart massive Zurückweisung ihrer Vorschläge waren sie indes nicht gefaßt gewesen. Henke warb in seinem Schlußwort um Verständnis für die Ökonomen. Er gestand zu, daß Ökonomen und Ärzte unterschiedlich denken müßten; er erinnerte ferner daran, daß die Beitragssatzstabilität eine politische, keine ökonomische Vorgabe sei. Als Ökonom habe er Vorbehalte gegen dieses Prinzip, und er habe das auch deutlich gesagt. Professor Henke appellierte aber auch an die Verständnisbereitschaft der Ärzte. Sie müssen doch akzeptieren, daß es auch andere Ziele als die Medizin gibt, rief er schon fast ungeduldig aus, in der Realität gibt es doch schon seit Jahrhunderten das Problem der Knappheit. Deshalb gibt es die Ökonomie!

Professor Losse, auf das Modell der primärärztlichen Versorgung eingehend, appellierte nachdrücklich an die Delegierten: Ehe Sie das Projekt völlig ablehnen, lassen wir doch ein regional eng begrenztes Modell durchführen!

In Berlin standen sich Ablehnung und Appell gegenüber. Die Diskussion wird freilich weitergehen müssen und vielleicht einmal in einen Dialog einmünden. Jedenfalls waren vom KBV-Vorstand vermittelnde Worte in diesem Sinne zu hören – und sei es nur ob jener schon apostrophierten Erkenntnis, daß „die Ökonomen uns nicht mehr aus den Fängen lassen“. NJ

# **Beitragssatzstabilität darf kein Dogma sein**

## **Alternative Versorgungs- und Vergütungssysteme aus der Sicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion**

Die Fortsetzung und Vertiefung des Dialogs mit dem Sachverständigenrat für die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ ist gewiß sinnvoll und nützlich, auch wenn es, wie bei der Berliner Arbeitstagung der Vertreterversammlung der KBV, nicht leicht fällt, die ökonomischen Argumente des Rates zu „verinnerlichen“ und im Sinne der Sachverständigen zu akzeptieren. Dem Finanzwissenschaftler Professor Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke, Universität Hannover, fiel die schwierige Rolle zu, quasi in einem „Auswärtsspiel“ für die Essentials des Sachverständigenrates und die Vorzüge eines vom Rat empfohlenen alternativen Versorgungs- und Vergütungssystems zu werben. Verständlicherweise hatten die von der Bonner Regierungskoalition und den Krankenkassen unvermindert verfochtenen Ziele einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“, das politische Postulat der Beitragssatzstabilität und einer überwiegend finanz- und wirtschaftspolitisch motivierten Begrenzung der Lohnnebenkosten beim Finanzwissenschaftler Henke mehr Akzeptanz gefunden als bei den Mandatsträgern innerhalb der VV der KBV.

### **Die Schwerpunkte im Gutachten 1989 der Sachverständigen**

Im jüngsten Jahresgutachten des Sachverständigenrates gab es fünf Schwerpunkte:

- ▷ Verbesserung der Qualität der ärztlichen Versorgung;
- ▷ Reform der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung;
- ▷ Überprüfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität;

▷ Entwurf eines alternativen Versorgungs-, Vergütungs- und Finanzierungssystems und

▷ Möglichkeiten einer Neugliederung und einer Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung.

Professor Henke sezierte den Problemkomplex „Beitragssatzstabilität“ und die Konzeption einer gestuften primärärztlich-gebietsärztlichen Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Das Für und Wider der Beibehaltung der Beitragssatzstabilität klingt aus der Sicht des Sachverständigenrates nur teilweise ausgewogen. Unter dem Strich überwiegen die Pro-Argumente. Professor Henke konstatierte:

### **Befristete Notlösung**

① Die Beitragssatzstabilität könne aus politischer und ökonomischer Sicht als „befristetes Übergangsinstrument“ toleriert werden. Die Beitragssatzstabilität sei eine „Antwort auf die Beliebigkeit, Vielfalt und Entwicklungsdynamik der Medizin“. Insoweit sei der politisch vorgegebene und im Sozialgesetzbuch festgeschriebene Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch ein Instrument, um die erheblichen Zielkonflikte zwischen der Knappheit der Ressourcen und den (unbegrenzten und ausufernden) Zielen der Medizin einigermaßen sozialverträglich zu lösen.

Da die volkswirtschaftlichen Ressourcen nicht unbegrenzt seien, müßten die Mittel stets an die Stellen des dringendsten Bedarfs gelenkt werden, und es müsse geprüft werden, ob sie dort zu einem „positiven

Grenzertrag“ führen, das heißt: die Gesundheit fördern, Krankheiten lindern und beheben.

② Wegen der in vielen Bereichen geradezu beliebig erscheinenden Vielfalt der Diagnostik und Therapie lasse sich aus medizinischer Sicht, so das Gutachten, das objektiv Notwendige nicht genau definieren. Dadurch, daß unterschiedliche Vergütungs- und Honorierungsformen (Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich, pauschale Pflegesätze im stationären Sektor) angewandt werden, würden die Aufgaben im Gesundheitswesen in unerwünschter Weise aufgebläht mit den bekannten Ergebnissen: Fehlallokation, Fehlsteuerungen, sektorale und regionale Überkapazitäten, aber auch Unterversorgungen in anderen Bereichen, Qualitätsmängel und zu hohe „Opportunitätskosten“.

③ Aus ökonomischer Sicht wird die Beitragssatzstabilität oftmals auch damit salviert, daß sie angeblich zu einer wünschenswerten Einkommensverwendung führe. Durch eine Anlehnung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnsummenentwicklung (allein bei konstantem Beitragssatz und dynamisierter Bemessungsgrenze wächst das Kassenbudget jährlich um vier bis sechs Milliarden DM) sei es durchaus denkbar, „den gegenwärtigen Gesundheitszustand und die gegebene Versorgungsqualität mit weniger Mitteln“ als zur Zeit zu erreichen. So die Diktion des Sachverständigenrates, interpretiert durch Professor Henke.

④ Da das individuelle Handeln und subjektive Nutzenschätzungen im medizinischen Bereich oftmals der gesamtwirtschaftlich und medizinisch indizierten Mittelverwendung widersprechen und gemeinwohlorientierte Ziele konterkarieren, seien eine *Globalsteuerung* mit Hilfe der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik der Krankenkassen und eine Beibehaltung des Stabilitätspostulats ein pragmatischer Schritt, um die unbestreitbaren Zielkonflikte möglichst zu begrenzen.

⑤ Der Sachverständigenrat unterstellt, daß durch die gesetzliche Vorschrift, die Beitragssätze stabil zu halten, ein Suchprozeß nach mehr

Wirtschaftlichkeit eingeleitet werde. Zugleich würden Innovationskräfte zum Vorteil des Gesamtsystems freigesetzt. Ein solcher Such- und Wettbewerbsprozeß sei vor allem dann wünschenswert, so Henke, wenn Einsparungen auf der Ausgaben- und damit der Beitragsseite der Versicherten realisiert werden können, ohne die Qualität der Versorgung zu schmälern.

⑥ Auf schwachen Füßen steht allerdings das Argument, die gebremsten oder konstanten Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) könnten als „Allzweckwaffe“ zur Konsolidierung des Staatshaushaltes und zur Senkung der Lohnnebenkosten der Betriebe eingesetzt werden.

Die Rechnung Henkes: Die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber liegen heute (seit 1980) bei lediglich einem Fünftel der Lohnnebenkosten. Der Anteil der Arbeitgeberbeiträge zur *Krankenversicherung* ist entsprechend geringer. Je nach Rechnung beträgt der Anteil dieser Arbeitgeberbeiträge nur zwischen sechs und sieben Prozent der Lohnnebenkosten.

Das Problem in absoluten Zahlen: Auf 100 DM Lohndirektkosten entfallen zur Zeit 83,40 DM Lohnnebenkosten. Würde der Beitragssatz zur Krankenversicherung um einen Prozentpunkt gesenkt (wie es das Blümsche „Gesundheits-Reformgesetz“ beabsichtigt), könnten 40 Pfennig (!) aus dem Lohnnebenkostenblock herausgespart werden – mithin keine Manövriermasse, um die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft auf dem Weltmarkt zu stärken und allein mit Hilfe gebremster GKV-Beitragssätze die Wirtschaft wieder in Schwung zu bringen.

### **Was spricht gegen das Postulat konstanter Beitragssätze?**

① Die Lohnnebenkosten sind insgesamt nicht nur ein wichtiger Kostenfaktor, sondern sie schaffen auch Nachfrage über die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für

Geld- und Sachleistungen. Diese Ausgaben schlagen sich als Bestandteil der volkswirtschaftlichen Gesamtnachfrage nieder – entsprechend ihrer Multiplikationswirkungen. Die „Gesundheitswirtschaft“ als fortschrittdynamische, lohnkostenintensive Dienstleistungsbranche ist unter volkswirtschaftlichen Aspekten als Wachstums- und Beschäftigungsfaktor nicht zu vernachlässigen.

② Die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen kann aus ökonomischer Sicht nicht überzeugen, da es rein zufällig wäre, wenn die Entwicklungen der Ausgaben/Einnahmen dem Bedarf an Gesundheitsgütern und -leistungen entsprächen. Für den Arzt ist allein der Gesundheitszustand des Menschen und die Wiederherstellung der Lebensqualität agens und Referenzprinzip des ärztlichen Tuns, seiner „ärztlichen Kunst“. Deshalb ist es auch plausibel, daß, falls alle Wirtschaftlichkeits- und Rationalisierungsreserven ausgeschöpft sind, der medizinische Fortschritt eben nicht immer in der Grundlohnsummenentwicklung „inbegriffen“ ist. In der Regel übersteigt deshalb die Wachstumskurve der Ausgaben im Gesundheits- und Krankenhauswesen andere volkswirtschaftliche Parameter, wie etwa das Wirtschaftswachstum und die Entwicklung der Lohnsumme.

③ Eine konstante „Gesundheitsquote“ und stabile Beitragssätze würden auch zu gesundheitspolitisch negativen Effekten insoweit führen, als herkömmliche, aber keineswegs überprüfte und kaum sanktionierbare Verteilungsmuster und Versorgungsstrukturen festgeschrieben werden. Prinzipiell erschweren globale Ausgaben- und Kostenbegrenzungen notwendige Strukturveränderungen. Sie führen zu einer unerwünschten und zunehmenden Budgetierung aller Sektoren. Dies gelte insbesondere dann, so Henkes Diagnose, wenn die im Zuge der Beitragssatzstabilität anfallenden Mehreinnahmen von den Leistungserbringern als *Mindesteinnahmen* interpretiert werden und sich daraus eine weitere Quotierung der Einnahmen/Ausgaben ergibt. ▷

④ Unter ökonomischer Sicht ist es nicht möglich, einen psychologischen „breaking point“ für die Höchstbeitragsbelastung aus Beiträgen und Steuern zu markieren. Dies hängt von der Konvention und von den individuellen ebenso wie von parlamentarisch sanktionierten Nutzenschätzungen der Bevölkerung ab. Ebenso wäre es willkürlich und wissenschaftlich nicht vertretbar, eine „optimale Gesundheitsquote“ zu dekretieren. Dies hängt entscheidend von den Opportunitätskosten, von alternativen Verwendungsmöglichkeiten und der Umsetzung des „Grenznutzenausgleichs“ in anderen volkswirtschaftlichen Sektoren ab.

⑤ Wird die Norm der Beitragsatzstabilität auf das Ausgabenbudget der gesetzlichen Krankenversicherung (z. Zt. 127 Mrd. DM p. a.) reduziert, dann würden automatisch alternative und ergänzende Verwendungsmöglichkeiten im Gesamtversicherungssystem vernachlässigt (Aus-

### Vorschlag der Sachverständigen: Modelle erproben

Als ein durchgreifendes Strukturreformmodell empfahl Henke das vom Sachverständigenrat im jüngsten Jahresgutachten entworfene Modell einer gestuften primär-/gebietsärztlichen Versorgung (mit alternativem Versorgungs- und Vergütungssystem). Durch geänderte Rahmenbedingungen sollen die Zuständigkeiten und Aufgaben der sektoral gegliederten, „versäulten“ Gesundheitssicherung neu geordnet werden. Im Mittelpunkt dieser Modellkonzeption steht die *primärärztliche Versorgung*.

Als Primärärzte werden Allgemeinmediziner, allgemeinmedizinisch kompetente Gynäkologen, Internisten und Pädiater bezeichnet. Auch Krankenhausärzte mit entsprechender Qualifikation sollten von den Patienten als Primärärzte frei gewählt werden können. Dagegen solle die spezialärztliche Behandlung *nur auf Anforderung* und *Überweisung* durch einen Primärarzt erfolgen (mit bestimmten Ausnah-

gaben im privaten und öffentlichen Bereich, private Krankenversicherung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen des Arbeitgebers). Insoweit ist eine lediglich auf die Kassenfinanzen begrenzte Beitragsatzstabilität ein „trägerisches Mittel einer auf Kostendämpfung angelegten Gesundheitspolitik“.

⑥ Deshalb ist aus der Sicht des Sachverständigenrates und des Gesundheitsökonomen Henke das Postulat der absoluten Beitragsatzstabilität nur befristet einsetzbar. Langfristig sollten alternative Anreiz- und Vergütungssysteme, eine Organisationsreform der Kassenstrukturen und eine durchgreifende Reform der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung zum Zuge kommen. Insoweit wirken die im „Gesundheits-Reformgesetz“ installierten Instrumente nur palliativ; sie können nur solange toleriert werden, wie eine umfassendere Strukturreform noch nicht in Angriff genommen wird.

men, etwa bei der Brillenverordnung). Der Sachverständigenrat prophezeit fünf Vorteile:

▷ Einer Übermedikalisierung und einer überzogenen Technisierung der Medizin kann dadurch tendenziell entgegengewirkt werden.

▷ Bei der hohen Prävalenz geringfügiger Gesundheitsstörungen kann der Versuch einer überzogenen abklärenden Diagnostik oft verhindert werden.

▷ Mit Hilfe einer Prädominanz der Primärversorgung gegenüber der gebietsärztlichen Versorgung und der medizinischen Versorgung der Schwerstkranken im Akutkrankenhaus würde der Informationsverlust innerhalb des medizinischen Gesamtsystems weitgehend vermieden. „Idealtypisch“ müsse eine langfristige Betreuung durch den selbstgewählten Primärarzt erfolgen, der auch über familienanamnestische Kenntnisse und die Lebensbiographie der Patienten verfügt.

▷ Dieses System setzt allerdings eine hohe Qualität der Primärärzte mit einer qualifizierten Weiterbildung voraus.

▷ Die von Spezialisten (Gebietsärzten, Krankenhaus) erhobe-

nen Befunde sollen zu einem medizinischen Gesamtbild integriert werden.

▷ Um einer „unerwünschten“ Mengenausweitung entgegenzuwirken, schlägt der Sachverständigenrat ein „System Differenzierter Pauschalen (SDP)“ vor, ein Mixtum aus Einzelleistungs- und Pauschalvergütung also. Als Differenzierungskriterien werden vorgeschlagen:

▷ die Patientenstruktur (Alter, Geschlecht, Krankheitsarten);

▷ die ärztliche Kompetenz (nachgewiesene Weiter- und Fortbildung); und

▷ die apparative Ausstattung der Praxis (ohne Rücksicht auf die Patientenstruktur).

Insgesamt verspricht sich der Sachverständigenrat einen verstärkten ärztlichen Leistungswettbewerb und eine gleichmäßigere regionale Primärarztverteilung. Insoweit könne die staatliche Bedarfsplanung im Primärarzbereich entfallen. Damit die Kosten nicht „aus dem Ruder“ laufen, müsse die Gesamtvergütung für Primärärzte wie bisher plafondierte bleiben. Die Gebietsärzte, die nur auf Überweisung tätig werden, können sich entweder in Einzelpraxen, gebietsärztlichen Versorgungszentren (fachübergreifende Gemeinschaftspraxen à la USA oder Niederlande) oder in spezialisierten Krankenhausabteilungen konzentrieren. Einen wesentlichen Vorteil dieser Lösung sieht der Rat darin, daß die Trennung von ambulant und stationär tätigen Gebietsärzten aufgehoben wird; dies trage zu einer Effizienzsteigerung bei.

Für die Vergütung von Gebietsärzten schlägt der Rat eine Kombination von „zeitorientierter Einzelleistungsvergütung und von ambulanten Fallpauschalen“ vor.

Auch bei der Berliner Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde deutlich, daß die Vorschläge des Rates mehr zur System-Revolution denn zur Evolution tendieren. Deshalb rieten die Professores Henke und Losse uni sono: Erst einmal behutsam die Konzeptionen im Rahmen von Modellversuchen testen! HC