

Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): gesundheitspolitische Implikationen

Rosenbrock, Rolf

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rosenbrock, R. (1995). Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): gesundheitspolitische Implikationen. In H. Sahner, & S. Schwendtner (Hrsg.), *27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie - Gesellschaften im Umbruch: Sektionen und Arbeitsgruppen* (S. 240-244). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-137430>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Schaeffer, D./Moers, M. (1994), Überleitungspflege - Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, in: *Z. f. Gesundheitswiss.* 2: 7-25.

Siegrist, J. (1978), *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*. Stuttgart.

Slesina, W. (1990), Gesundheitszirkel - Ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen. S. 315 - 328. In: U. Brandenburg/H. Kollmeier/K. Kuhn/B. Marschall/P. Oehlke (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb*. Bremerhaven.

Dr. Holger Pfaff, TU Berlin, Institut für Soziologie, Dovestraße 1, D-10587 Berlin

4. Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Gesundheitspolitische Implikationen

Rolf Rosenbrock

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der GKV geht von einem derzeit noch nicht in Frage gestellten Programmkonsens über ihre Aufgabe aus: Sie soll durch Verträge, Finanzierung und Strukturbeeinflussung die Anbieter gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Güter und Dienstleistungen so steuern, daß bevölkerungswelt die sozial und ökonomisch undiskriminierte Versorgung mit den medizinisch und gesundheitlich als notwendig und zweckmäßig erachteten Versorgungsleistungen zu möglichst geringen Kosten in einer für alle - also auch die leidenden und weniger gebildeten - Versicherten problemlos auffindbaren und handhabbaren Form auf Dauer sichergestellt ist.

Die Auseinandersetzung dreht sich, soweit sie konzeptionell geführt wird, um die intelligente Mischung der Regulierungstypen Markt (Konkurrenz), Staat (Budget), Verbändeaushandlung (Expertise) und direkte Partizipation (Empowerment). In der gegenwärtigen Phase ("Dritte Stufe der Gesundheitsreform") scheint sich ein breiter Konsens darüber abzuzeichnen, daß zur Behebung von Struktur- und Funktionsdefiziten v.a. eine Verstärkung der Konkurrenz zwischen den Kassen zielführend wäre. Auf Basis bisheriger Erfahrungen mit Kassenkonkurrenz sowie Forschungsbefunden zur Wirkung analoger Regulierungen v.a. in den USA ist hingegen absehbar, daß damit kein wichtiges Problem zu lösen ist, hingegen zentrale Vorteile der gegenwärtigen Regulierung substantiell beschädigt werden.

Der Umwandlung der Kassen von parafiskalischen Agenturen für die Finanzierung und Steuerung von Leistungen in konkurrierende Marktsubjekte werden v.a. vier positive, im folgenden zu diskutierende Wirkungen zugeschrieben:

1. Modernisierung/Kundenorientierung

Konkurrenz soll die Arroganz und Unbeweglichkeit von Monopolbürokratien durch Service- und Kundenorientierung ersetzen. Durch Risikostrukturausgleich mit den Parametern Alter, Geschlecht, Einkommen und Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen soll die sozialpolitisch unerwünschte Risikoselektion durch die Kassen ("Rosinenpicken") verhindert und der Wettbewerb v.a. auf die Felder Versichertenservice sowie Qualitätssicherung und Preise der Versorgung

gelenkt werden. Schon heute ist dagegen feststellbar, daß die Konkurrenz um "gute Risiken" nun auf der Ebene der individuellen Versicherten geführt wird: Planungen sehen unterschiedliche Werbeprämien z.B. für junge und gesunde Versicherte, von Behinderten schlecht erreichbare Geschäftsstellen und unterschiedliche Grade von Freundlichkeit im Service vor. Die Vorstellung eines "solidarischen Wettbewerbs" verkennt dagegen die Kraft und die Nachhaltigkeit der aus ökonomischer Konkurrenz resultierenden Kräfte. Das Ziel größerer Kundenorientierung und besseren Verbraucherschutzes für die Versicherten wäre hingegen unter Nutzung v.a. skandinavischer Erfahrungen mit Dezentralisierung und Organisationsentwicklung auch bei Monopolbürokratie (Sozial- und Arbeitsverwaltung) ohne vergleichbar zerstörerische unerwünschte Wirkungen erreichbar. Was sich, vielleicht kontraindiential, aber bei bestimmungsgemäßem Wirken der politisch gesetzten Anreizstrukturen abzeichnet, ist eine selektiv für "gute Risiken" verbesserte Kundenorientierung und Service-Qualität. Die zumindest formelle und materielle Gleichheit beim Zugang zu Krankenversicherung und Krankenversorgung, die einst die Basis bot, über eine bessere Betreuung und Versorgung von behinderten, multimorbiden und Unterschichtpatienten zumindest ernsthaft nachzudenken, wird unter der Flagge der Modernisierung bereits heute unterminiert. Und auch dies ist nicht etwa umsonst zu haben: Die GKV gibt heute knapp 5 % für Verwaltung, Werbung und Marketing aus, im wettbewerbsgesteuerten US-Krankenversicherungssystem liegen die entsprechenden Kosten weit über 15 %.

2. Prävention/freiwillige Leistungen

Die Aufnahme von Aufgaben und Leistungen der Prävention in die von den Kassen zu gewährenden bzw. selbst zu erbringenden Leistungen nach § 20 des SGB V von 1989 wurde als großer Schritt in Richtung auf eine moderne, den Notwendigkeiten des veränderten Morbiditätsspektrums entsprechende Innovation, als wichtiger Schritt in Richtung auf Public Health Versorgung gefeiert. Kritisiert wurde von vornherein, daß die Kassen über keine hinreichende Instrumentierung zur Erfüllung dieser Aufgaben verfügen, und daß sich der Staat durch Delegation des Themas "Prävention" an die dazu nicht ausgerüsteten Kassen durch symbolische Politik in erster Linie selbst entlasten wolle. Das hat sich auch bewahrheitet: sämtliche vorliegenden Evaluationen zeigen, daß kassentragene Prävention bis auf wenige Ausnahmen den Weg der größten Wirksamkeit und des geringsten Widerstandes, nicht aber den der Suche nach den größten präventiven Potentialen und ihrer effizienten Realisierung geht. Einer Vermehrung positiver Ansätze (derzeit v.a. in der Arbeitswelt) stehen v.a. drei Gründe entgegen:

1. Prävention und Gesundheitsförderung haben ihre gesundheitlich größte Wirkung bei jenen Versicherten (untere Sozialschichten, Arme, Alte, Multimorbide), auf die sich - auch nach korrekt vollzogenem Risikostrukturausgleich - das ökonomische Interesse der Kassen gerade nicht richten kann.
2. Moderne, gesundheitswissenschaftlich angeleitete Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung richten sich nicht primär an Individuen, sondern an Gruppen bzw. Populationen, die durch gemeinsame Merkmale der Lebenslage, der Lebensweise, der Beschäftigung, des Milieus oder des Wohnens am gleichen Ort definiert sind. Die Kassenmitgliedschaft ist kein solches Merkmal.

3. Zwischen Interventionen, die für profilierende Selbstdarstellung und Werbung verwertbar und deshalb im Wettbewerb um attraktive Versicherte wirksam sind, und Interventionen, denen gesundheitswissenschaftlich im Sinne der Befähigung, der Erhöhung des Grades der Selbstbestimmung eine hohe Wirksamkeit zugeschrieben werden kann, besteht nur ein geringer Überlappungsbereich: Der fröhliche Lauftreff oder die erlebnisorientierte Rückenschule für Mittelschichtangehörige verkauft sich z.B. leichter und besser, als die zähe Bemühung um eine zivilisierte Ernährung auch auf Baustellen oder in Kleinbetrieben.

3. Höhere Rationalität/günstigere Preise und Tarife

Es war nie ganz einzusehen, wieso die Aufspaltung der bis Ende 1995 förmlich zu "einheitlichem und gemeinsamem" Handeln und Verhandeln verpflichteten Kassen eine Zunahme ihrer Nachfragemacht implizieren sollte. Diese Hoffnung konnte allenfalls indirekt mit dem durch Konkurrenz zu steigenden wirtschaftlichen Eigeninteresse jeder einzelnen Kasse begründet werden, aus dem sich insgesamt ein größerer Druck auf die Anbieterseite ergeben könnte. Solche Aktivitäten könnten sich gesundheitlich und ökonomisch lohnen: Seit vielen Jahren bestehen kaum Zweifel daran, daß ein wesentlicher Teil der Kostendynamik der Krankenversorgung durch die Anwendung allgemein anerkannter Kriterien der medizinischen Wirksamkeit nach den Regeln der klinischen Epidemiologie bei der Zulassung neuer bzw. der Überprüfung früher zugelassener medizinischer Leistungen ohne Schaden für die Qualität der Krankenversorgung und ohne Rationierung gebrochen werden könnte. Tatsächlich hat seit Inkrafttreten des GSG im Jahre 1993 der dafür zuständige Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen einer Reihe von Leistungen sowohl der Diagnose als auch der Therapie die Zulassung als Kassenleistung versagt, weil ausreichende Belege für die Wirksamkeit fehlten bzw. weil unerwünschte Wirkungen überwogen. Freilich war diese grundsätzlich zielführende Entwicklung keineswegs der Konkurrenz, sondern im Gegenteil staatlicher Regulierung durch strikte Budgetvorgaben zu verdanken. Unter diesem Regime gibt es für die ärztliche Seite ein Nullsummenspiel, in welchem jede neue zugelassene Leistung einen Abzug für alle anderen Leistungen bedeutet. Was sich dagegen unter dem Regime der Kassenkonkurrenz entwickeln wird, läßt sich an aktuellen Entwicklungen ablesen: einzelne Kassen und Kassenverbände bieten erwiesenen ineffiziente Screening-Programme an, bezahlen populäre Leistungen aus "alternativen" Therapierichtungen etc. Nun ist es sicher kein vernünftiges Dogma, daß die Leistungen der GKV mit denen der Schulmedizin deckungsgleich sein sollen. Sicher aber scheint, daß dem Eindringen von ungeprüften oder erwiesenen ineffektiven bzw. ineffizienten Diagnosen, Techniken und Therapien strukturell Vorschub geleistet wird, wenn zwischen den Kassen Konkurrenz herrscht und die Verlängerung des Leistungskataloges ein zugelassener Parameter der Konkurrenz ist. Auch die Aufspaltung der versicherten Leistungen in Basispakete und Zusatzleistungen führt gesundheits- und sozialpolitisch in die Irre: dies wäre erstens auch formell die Einführung einer Zwei-Klassenmedizin. Und zweitens zeigen Erfahrungen aus dem Ausland, zuletzt wieder aus den Niederlanden, daß eine solche Aufspaltung immer zu Verletzungen medizinischer Standards führt.

4. Neue Versorgungsformen

Die institutionell zementierte Zerklüftung und Fragmentierung des Versorgungssystems, seine zusätzlich durch Anreize befestigte Technik- und Medizinerorientierung, sein dadurch begründetes Verharren im epidemiologisch überholten Paradigma der Akutversorgung sind seit Jahrzehnten Gegenstand wissenschaftlicher Kritik und politischer Änderungsversuche - bislang mit wenig Erfolg. Hier soll nun die Kassenkonkurrenz überholte Strukturen aufbrechen, Suchprozesse auslösen und neue Versorgungsformen erproben. Die Stichworte hierzu lauten "kombinierte Budgets", "Hausarztmodell", "indikationsbezogene Bonus-Systeme", "Ärzte-Pools" etc.

Wenn nun die Kassen bzw. Kassenarten jede für sich und in Konkurrenz zueinander diesen Problemkomplex angehen, entzieht sich der gesundheitspolitisch notwendige und zugleich sozialpolitisch heikle und störanfällige Prozeß der Erprobung und Einführung neuer und unterschiedlicher Versorgungsmodelle der gesundheitspolitisch rationalen Steuerung, werden absehbar die unerwünschten Wirkungen überwiegen:

1. Die Leistungsanbieter würden die Kassen in den aus früheren gesundheitspolitischen Phasen hinlänglich bekannten Aufschaukelungswettbewerb um Leistungsumfang und Preise hinein-zwingen.
2. Für die Versicherten ginge der hohe Wert einer für sie einfachen, stabilen und überschaubaren Regulierung des Zugangs und der Leistungen verloren.
3. Bei den Leistungsanbietern, die ja dann unterschiedliche Leistungspakete zu unterschiedlichen Preisen für unterschiedliche Versichertengruppen anbieten und abrechnen müßten, würde sich der Aufwand für Abrechnung und Kontrolle vervielfachen (in den USA heute bereits zum Teil über 30 % der Praxisaufwendungen).
4. Wenn ökonomische Anreize und Werbeargumente in der Krankenversicherung so gesetzt werden, daß es für mehr Geld mehr medizinische Versorgungsleistungen gibt, werden die meisten, die es sich leisten können, in die oberen Tarife streben. Mangels fundierter Konsumentensouveränität wirken hier inverse Preis- und Mengensignale besonders stark. Das führt, im Verein mit der gesellschaftlich dominanten Tendenz der Desolidarisierung, zwangsläufig zu ungleicher Versorgung. Überdies wird durch solche Tarifgestaltung die in der Sache oftmals falsche, deshalb gesundheitspolitisch schädliche und in der Konsequenz auch kostentreibende Vorstellung genährt, als sei Gesundheit erstens überhaupt und zweitens im Gesundheitssystem zu kaufen.

Leider kein besonders konstruktives Fazit:

1. Mit der Einführung der Kassenkonkurrenz haben sich die Bedingungen der Möglichkeit gesundheitspolitisch sinnvoller Strukturreformen in der gesundheitlichen Versorgung nicht verbessert, sondern substantiell verschlechtert.
2. Diese Veränderung des Regulierungs-Mix hat ihre Schubkraft nicht aus gesundheitswissenschaftlichen oder sozialpolitischen Überlegungen gewonnen, sondern ist Produkt der dominanten Ideologie vom Segen der Deregulierung und der Weisheit des Marktes.

3. Sozialwissenschaftlicher Expertise kommt in dieser Situation v.a. die Aufgabe zu, auf die Ungeeignetheit von Mitteln bei gegebenen Zwecken sowie auf bestehende Regulierungsalternativen hinzuweisen und diese weiterzuentwickeln.

Literatur

- Deutscher Bundestag (1990), Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der GKV", BT-Drucksache 11/6380, Bonn.
- Rosenbrock, Rolf (1994), Die Gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg: Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik. In: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, Jahrbuch für Kritische Medizin 23, Hamburg.

PD Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin, FG Gesundheit, Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin

5. Möglichkeiten und Probleme der Ausweitung extramuraler Versorgungsstrukturen in der Gerontopsychiatrie

Peter Netz, Günther Steinkamp und Burkhard Werner

1. Einleitung

Nachdem bereits 1975 die Psychiatrieenquête die Einrichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums für psychisch kranke Ältere empfahl, wurde 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission nochmals ausdrücklich die Notwendigkeit eines solchen Angebotes betont. Das Gerontopsychiatrische Zentrum (GZ) besteht aus einer Tagesklinik, einer aufsuchenden Ambulanz und einer Beratungsstelle. Seit 1991 gibt es in Gütersloh ein Gerontopsychiatrisches Zentrum mit einer Altentagesklinik und einer Ambulanz, jedoch ohne die geforderte und notwendige Altenberatungsstelle. Ein wichtiges Ziel dieser Einrichtung ist die Verlagerung der Behandlung aus vollstationären in teilstationäre und ambulante Behandlungseinheiten.

2. Kurze Beschreibung des Projektes

In einem Forschungsprojekt des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health an der Universität Bielefeld wird nach den Auswirkungen gefragt, die die Einrichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums für die Versorgungsstruktur einer Region hat. Zwei Regionen wurden miteinander verglichen: die Region Bielefeld ohne ein GZ (von Bodelschwingsche Anstalten Bethel) und die Region Gütersloh mit einem GZ (Westfälische Klinik). Über den Zeitraum eines Jahres wurden in beiden Kliniken die soziodemographischen und medizinischen Daten sämtlicher Behandlungsfälle des vollstationären, teilstationären und ambulanten Bereiches von den behandelnden Ärzten mit einem Basisdokumentationsbogen erfaßt. In beiden Kliniken gab es 1106 Behandlungsfälle, die Zahl der behandelten Patienten war mit 859 natürlich niedriger.

Des weiteren standen die Auswirkungen des GZ auf die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen im Vordergrund. Dazu wurden aus den voll- und teilstationären sowie den ambulanten