



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN
GESUNDHEITS- UND
PFLEGEWISSENSCHAFTEN



Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen. Ein Buch mit sieben Siegeln



von Klaus-Dirk Henke

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS
REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER

2. JAHRGANG
ISSN 1610-7268

10

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 20. Dezember 2003

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·

German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 27 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medicin.uni-halle.de/journal/>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

Health policy debate in Germany has focused for years on the unresolved problems that result from the strict divisions between the sectors of the health care system and the intransparent and elaborate reimbursement and finance regulations. This article analyses recent health sector reforms in Germany and their effects from an economic perspective. It turns out that many reforms of the past have been ineffective. Subsequently it is argued that especially measures like competition and integrated care for the elderly have to be considered for future reforms in order to create a sustainable health care system.

Schlagworte

- Finanzierung Gesundheitswesen
 - Finanzierung Health Care
 - Steuerung des Gesundheitswesens
 - Governance of Health Care
 - Integrierte Versorgung
 - Integrated Health Care
 - Qualitätsmanagement
 - Quality Management
 - GKV-Modernisierungsgesetz
 - GKV-Modernisation Law
-
-

Über den Autor

Prof. Henke, Jahrgang 1942, ist seit 1995 ordentlicher Professor für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität. Als stellvertretender Direktor ist er am Europäischen Zentrum für Staatswissenschaften und Staatspraxis tätig. Von 1985–1998 war er Mitglied (1993–1998 Vorsitzender) des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.

Aktualisierte Fassung des Beitrags aus: Wirtschaftsdienst Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 83. Jahrgang, Heft 2, Februar 2003, S. 80-85

Neben einer noch immer zu starken Fragmentierung der Leistungssektoren im Gesundheitswesen stehen die wenig transparenten und stark zersplitterten Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen seit Jahren im Vordergrund der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung. Von der behaupteten und wissenschaftlich untermauerten Über-, Unter- und Fehlversorgung der deutschen Bevölkerung und der damit verbundenen unzureichenden Qualitätssicherung können wir tagtäglich in fast allen Zeitungen lesen. Selbst verschuldete Krankheiten treten noch hinzu und über alles wölbt sich der blaue Himmel einer integrierten und vernetzten Versorgungsstruktur für jedermann.

Der unverminderte Reformdruck hält an, vor allem dann, wenn die europaweite demographische Herausforderung, der medizinische Fortschritt, die Zunahme chronischer Erkrankungen, die Lohnnebenkosten, die steigenden Ansprüche einer Bevölkerung, die gesund altern möchte, und die chronisch defizitäre Haushaltslage der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen ebenfalls in die Betrachtung einbezogen werden.

Oft wird allerdings vergessen, dass die Deutschen auf einem hohen Versorgungsniveau klagen. Bei einem europaweiten – geschweige denn weltweiten – Vergleich tritt die umfassende Absicherung für die gesamte Bevölkerung unabhängig von Status, Einkommen und Wohnort noch immer in den Vordergrund. Nirgends ist das Leistungsspektrum so breit und für jedermann zugänglich und die Selbstbeteiligung so gering wie bei uns.

1 Funktionale und institutionelle Betrachtung

Angesichts dieser Ausgangslage wird im Folgenden die Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen, also das Herzstück jeder größeren Reform, in den Vordergrund gestellt. Zu diesem Zweck soll übersichtlich mit den Abbildungen 1 und 2 die funktionale und institutionelle Darstellung unseres Gesundheitswesens am Anfang stehen. Nur so werden Finanzierungsgegenstand, Ziele der Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung zunächst bei globaler Betrachtung deutlich.

Aus der Abbildung 1 wird in der Vierebenenbetrachtung auf der zweiten Ebene ersichtlich, dass

1. Prävention und Gesundheitsförderung,
2. kurative Behandlung für akut, chronisch und gesunde Menschen einschließlich
3. Arzneimittelversorgung,
4. Heilleistungen,
5. Hilfsmittel,
6. Rehabilitation,
7. Pflege,
8. psychosoziale Versorgung,

9. zahnmedizinische Behandlung und

10. Lohnfortzahlung

zu den Aufgabenbereichen zählen, in denen versucht wird, Menschen im Krankheitsfall zu helfen und zu heilen, Schmerzen zu lindern und Krankheiten vorzubeugen. Beim Hinausschieben eines vermeidbaren Todes und bei der Wiederherstellung einer altersgemäßen Funktionstüchtigkeit gilt es, die menschliche Würde zu wahren und Freiheit im Krankheitsfall und beim Sterben zu sichern.

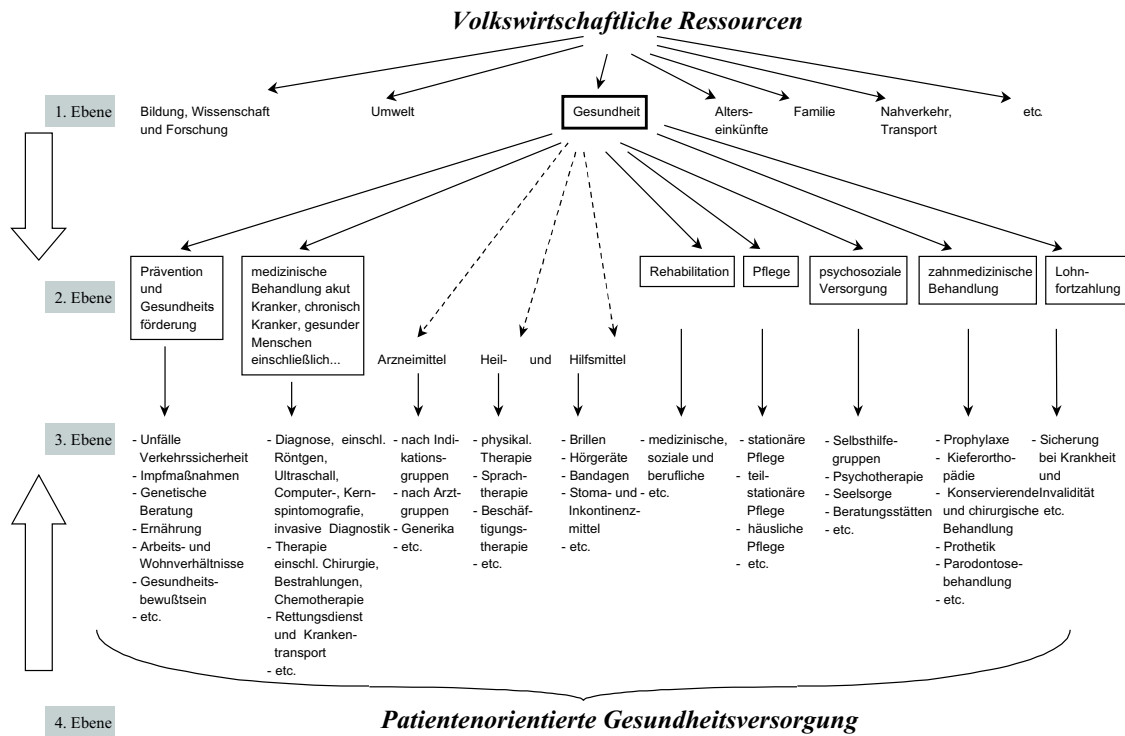


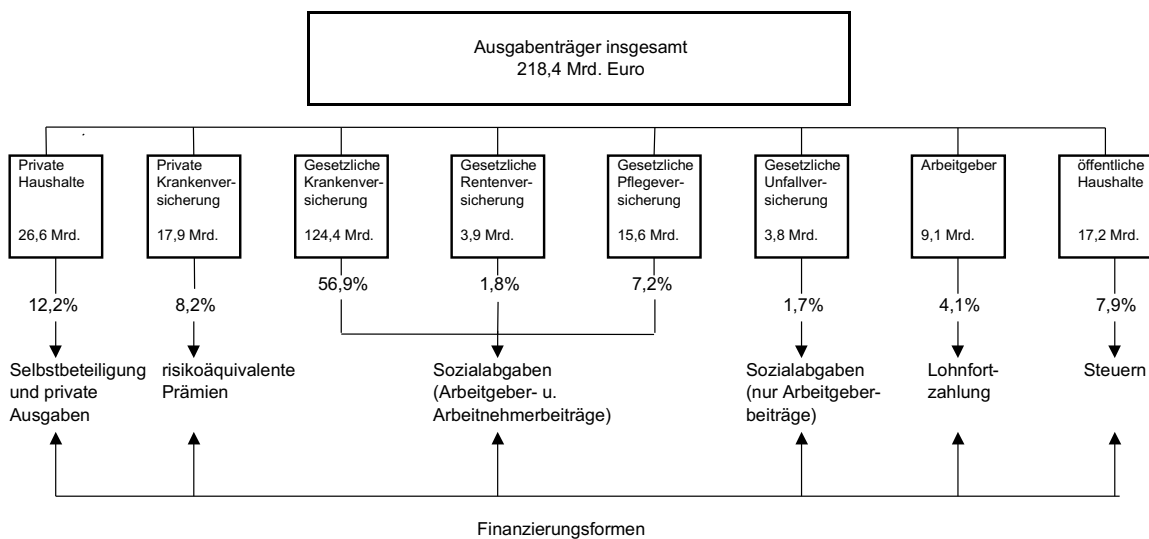
Abbildung 1: Vierebenenbetrachtung der Allokation volkswirtschaftlicher Ressourcen

In diesem Kontext wird eine bedarfsgerechte und kostengünstige, abgestufte und flexible, sektorübergreifende und patientenkonzentrierte Versorgung erwartet. Zuständig sind bei globaler Betrachtung die Ausgabenträger, deren Ausgaben in der Summe die vom Statistischen Bundesamt erfassten nationalen Gesundheitsausgaben ausmachen. Bei dieser Sichtweise wird deutlich, dass in der gesundheitspolitischen Diskussion viel zu wenig differenziert wird, wenn in aller Regel die Gesetzliche Krankenversicherung im Vordergrund steht. Auch wenn ihr Anteil über 50% der Ausgaben beträgt, muss man erkennen, dass im Grunde alle anderen Bereiche ebenfalls zur Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung zählen. Zumindest die Krankenversicherun-

gen, Pflegeversicherungen, Unfallversicherungen und die Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) lassen sich oft nur schwer trennen. Die reformbedürftige Lohnfortzahlung, die zunächst bei den Arbeitgebern liegt, wird meist ausgeklammert, während die privaten Haushalte mit ihrer Selbstbeteiligung und die Krankenhausinvestitionen der öffentlichen Haushalte in die Betrachtung einbezogen werden müssen.

2 Kopfpauschalen in der GKV?

Die Darstellung der Ausgabenträger in Abbildung 2 verdeutlicht das Finanzierungsspektrum. Dieses breite Spektrum würde sich massiv ändern, wenn man dem Finanzierungssystem in der Schweiz folgt, wo in der GKV Kopfbeiträge an die Stelle der Sozialversicherungsbeiträge treten. Allerdings ist mit den Kopfpauschalen allein nicht sichergestellt, dass es zu keinen Ausgabensteigerungen mehr kommt. Die Schweiz ist dafür ein Beispiel, jedoch sind die Sozialversicherungsbeiträge von den Löhnen abgekoppelt.



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von: Statistisches Bundesamt Gesundheit, Ausgaben 1992-2000, Wiesbaden 2002, S. 40-48.

Abbildung 2: Ausgabenträger und Finanzierungsformen im Gesundheitswesen, 2002

Mit der Verwirklichung dieses Vorschlages würden Beiträge nicht mehr auf der Grundlage von Löhnen und Gehältern erhoben, sondern zunächst einmal arbeitsplatzneutral

und geschlechtsunabhängig für jeden erwachsenen Versicherten.¹ Kinder würden befreit und Personen, die mit der Kopfpauschale bzw. Kopfprämie mehr als z.B. 15% ihres Einkommens aufzubringen hätten, bekämen Unterstützung aus öffentlichen Mitteln. Das entspräche in etwa der heutigen Regelung von Sozialhilfeempfängern und Arbeitslosen, die keine eigenen Beiträge zahlen. Verbunden mit einer Kapitaldeckung könnte man durch diese Reform im doppelten Sinne der demographischen Herausforderung begegnen. Die ältere Bevölkerung wird stärker belastet und – je nach Ausgestaltung – würde zusätzlich von den Jüngeren oder der gesamten GKV- und PKV-Bevölkerung Kapital gebildet. Als Vision nähert sich diese Art der Finanzierung oder Mittelaufbringung dem Modell einer Mindestversicherungspflicht für alle mit individuellen Wahl- und Wechselmöglichkeiten, wie es von verschiedenen Seiten vorgeschlagen wird.²

Bezahlung (Mittelverwendung) der Gesundheitsleistungen

- im Krankenhaus
- im Pflegeheim
- in der Rehabilitationseinrichtung
- durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste
- beim niedergelassenen Arzt
- beim Zahnarzt
- in der Apotheke (Rezeptpflichtige Arzneimittel, over-the-counter market)
- durch Heilmittel (physikalische -, Beschäftigungs-, Sprachtherapie)
- durch Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte etc.)
- bei der Unfallrettung
- beim Krankentransport und
- durch Medizinprodukte

Übersicht 1: Gesundheitsleistungen im Kontext integrierter und vernetzter Strukturen

Im Rahmen dieses visionären Modellvorschlages würden die Arbeitgeberbeiträge an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Dieses würde zu einer Neuausrichtung der sozialen Selbstverwaltung führen, denn an ihre Stelle träten die Versicherungsunternehmen

¹Für weitere Reformoptionen, die derzeit in der gesundheitsökonomischen Diskussion kursieren, siehe Henke, K.-D., Borchardt, K., Schreyögg, J., Farhauer, O., Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Kapitaldeckung, Diskussionspapier des Berliner Zentrums Public Health Nr. 2002–05, Berlin 2002.

²Siehe hierzu Henke, K.-D., Johannßen, W., Neubauer, G., Rumm, U., Wasem, J., Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland – Zukunft braucht Visionen, Vereinte Krankenversicherung der Allianz, München 2002 und Grabka, M., Andersen, H.H., Henke, K.-D., Borchardt, K., Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionspapiere des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, Nr. 275, Berlin 2002.

mit ihren Betriebsräten. Der wünschenswerte Wettbewerb würde auf der Seite der Leistungserbringung, also in der Mittelverwendung erfolgen. Damit verlagert sich die Betrachtung von der globalen Seite der Mittelaufbringung und Finanzierung zur Bezahlung der erbrachten Gesundheitsleistungen. Sollte die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages politisch nicht möglich sein, ließe sich die Vergütung innerhalb von Netzbudgets bei einem dann floatenden Arbeitnehmerbeitrag auch einfrieren.

Aus der Übersicht 1 ist zu entnehmen, dass die Diskussion der sog. »äußeren Finanzierung« bzw. Mittelaufbringung über Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Prämien, Selbstbeteiligung und Konsumausgaben getrennt werden kann von der »inneren Finanzierung« oder Vergütung bzw. Bezahlung von individuell erbrachten Gesundheitsleistungen.³

Bei der Erbringung und Vergütung der in Übersicht 1 aufgeführten Gesundheitsleistungen tritt in der Praxis die integrierte oder vernetzte Versorgung der Patienten und Versicherten in den Vordergrund.⁴ Es wird sofort deutlich, dass hier der Teufel im Detail liegt. Selbst Fachleute sind kaum in der Lage, die Finanzierung der zahlreichen Gesundheitsleistungen auch nur in Ansätzen zu erklären. Die Vergütung und Bezahlung der einzelnen Leistungen und vor allem die unterschiedlichen Kanäle ihre »äußere« Finanzierung bleibt häufig im Verborgenen. Einleuchtend ist, dass alle diese Gesundheitsleistungen im Rahmen einer Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung gebraucht werden. Die gewünschten Versorgungsnetze müssen einerseits finanziert und andererseits müssen innerhalb der zu bildenden Versorgungsnetze die individuell erbrachten Gesundheitsleistungen vergütet werden. Und hierfür gibt es vielfältige Formen.

Budgets werden im Kontext eines Versorgungsmanagements bzw. vernetzter Strukturen erforderlich, und eine Entscheidung über klassische und innovative Vergütungsverfahren steht Leistung für Leistung an. Dabei lässt sich die retrospektive (nachträglich) Kostenerstattung von einer prospektiven (im voraus) Vergütung unterscheiden.

In Übersicht 2 werden verschiedene Formen einer Budgetierung aufgelistet, wobei es im einzelnen um den Einkauf von Gesundheits(vor)leistungen geht.

³Siehe hierzu im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitswesen in Deutschland, Kosten und Zukunftsbranche, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Baden-Baden 1997, S. 255ff.

⁴Siehe hierzu im einzelnen Mühlbacher, A., Integrierte Versorgung, Management und Organisation, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2002; Mühlbacher, A., Troschke, v., J., Henke, K.-D., Die Integrierte Versorgung: Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung, Z. Allg. Med., 592–598, 2000.

Kauf von Gesundheits(vor)leistungen

- a) durch sektorspezifische Budgets?
- b) durch sektorübergreifende Budgets?
- c) durch kassen(arten)spezifischen Einkauf von Gesundheitsleistungen?
- d) durch kassen(arten)übergreifenden Einkauf ("gemeinsam und einheitlich") von Gesundheitsleistungen?
- e) Einkauf durch regionale Universal- und Einheitskassen?
- f) Einkauf durch kommunale regionale öffentliche Haushalte?
- g) durch Einkaufsgenossenschaften?
- h) durch private Organisationen?
- i) im Rahmen der Honorarverteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung?

Übersicht 2: Kauf von Gesundheits(vor)leistungen

2.1 Liberales Vertragsrecht

Gemeinsame und einheitliche Regelungen sind im Rahmen eines weiter zu liberalisierenden Vertragsrechts mehr und mehr durch selektive Verträge und mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern sowie unter den Krankenversicherungen zu ersetzen. Im Rahmen des Wettbewerbs innerhalb der Leistungserbringung sind aus idealtypischer Sicht, allerdings noch nicht im Rahmen des gegebenen Rechtsrahmens, u. a. folgende Vorgehensweisen zu diskutieren:

- Unterschiedliche Freiheiten in der Wahl von (angestellten) Ärzten und Krankenhäusern (der Versicherungen),
- Höhe des Selbstbehalts, Bonus- und Malusregelungen und
- neue Versorgungsformen in der Prävention und prädiktiven Medizin.

Die weiter oben vorgeschlagenen Kopfpauschalen als neue Form der zunächst arbeitsmarktneutralen Mittelaufbringung variieren dann entsprechend der individuellen Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten derzeit zwischen 180 bis 220 EURO. Eine zusätzlich zum Bundesausschuss zu bildende Versicherungsaufsicht würde in diesem Reformvorschlag garantieren, dass die Aufgaben einer Krankenversicherung in einem solidarischen Wettbewerb wahrgenommen werden. Der Familienlastenausgleich und die Einkommensumverteilung kann innerhalb oder besser außerhalb der Systeme über das Steuer- und Transfersystem erfolgen.⁵

⁵Siehe im einzelnen Henke, K.-D., Grabka, M. M., Borchardt, K., Kapitalbildung auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 10. Jg., 2002, S. 196–210.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass es zweckmäßig ist, die Vergütungs- und Leistungsverantwortlichkeit in der Krankenversorgung nicht voneinander zu trennen sondern in einen Verantwortungsbereich zu überstellen. Wer noch einen Schritt weiter gehen will, bezieht die äußere Finanzierung mit ein und nähert sich dann einem System der integrierten Versorgung, das die Mittelaufbringung und Mittelverwendung in eine Hand bringt und dann im Rahmen der prospektiven Vergütung (Fallpauschale, Fallkomplexpauschale, indikations- oder umfassende Kopfpauschale) für eine Versorgung aus einem Guss sorgt. Diese vernünftig erscheinenden Strukturen einer Rundumversorgung für Patienten und Versicherte werden in Deutschland derzeit durch ein zu rigides Sozialrecht und ein kollektive Vertragsrecht erschwert. Die dringend erforderliche weitere Liberalisierung des Vertragsrechts muss nicht nur die GKV mit ihren unterschiedlichen Regelungen in der ambulanten und stationären Versorgung reformieren, sondern auch zu den erforderlichen Anpassungen in der Pflegeversicherung und in der Rehabilitation führen.

3 Reform unter Einbeziehung der Auswirkungen von DRG's

Erschwert werden Reformen dadurch, dass gleichzeitig die stationäre Versorgung einer massiven Veränderung durch die Einführung von Fallpauschalen unterliegt. Die Einführung von Fallpauschalen für Behandlungsfälle im Krankenhaus ruft Veränderungen noch unbekanntes Ausmaßes in der Ambulant-ärztlichen-, einschließlich der Arzneimittelversorgung hervor.

Nimmt man den Gedanken einer Zusammenführung von Leistungs- und Finanzierungsverantwortung wieder auf, wäre es sicherlich vorteilhaft, Versicherungsunternehmen hätten eigene Krankenhäuser, eine eigene ambulante Versorgung und Rehabilitation sowie alle Leistungen, die im Umfeld einer Rundumversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Hierfür müsste es dann wieder eine Krankenversicherung geben, die diese Absicherung von Krankheitsrisiken in einer Hand und aus einem Guss anbietet. Doch solche Strukturen können nur durch mehr Öffnung des Wettbewerbs entstehen und das vielleicht eher auf einer regionalen Basis als national. Dieser Gedanke entspricht dem Managed Care bzw. einer klassischen HMO. Die finanzielle Verantwortung bzw. ähnliche Anreize lassen sich auch bei bestehender Trennung der Versicherungsleistungen und der Versorgungsleistungen bewerkstelligen. Versicherungsunternehmen bekommen einheitliche Kopfpauschalen und geben diese in Einzelverträgen weiter an die Leistungserbringer. Dabei werden prospektive Vergütungsformen verwandt, die ohne eine Vereinheitlichung der Organisationstypen, die finanzielle Verantwortung übertragen.

Welche Aufgabe für den Wettbewerb und weniger durch Planung und Verwaltung zu lösen sein wird, zeigt abschließend die Abbildung 3, in der angesichts der absehbaren demographischen Entwicklung die Versorgung älterer Patienten im Vordergrund stehen soll.

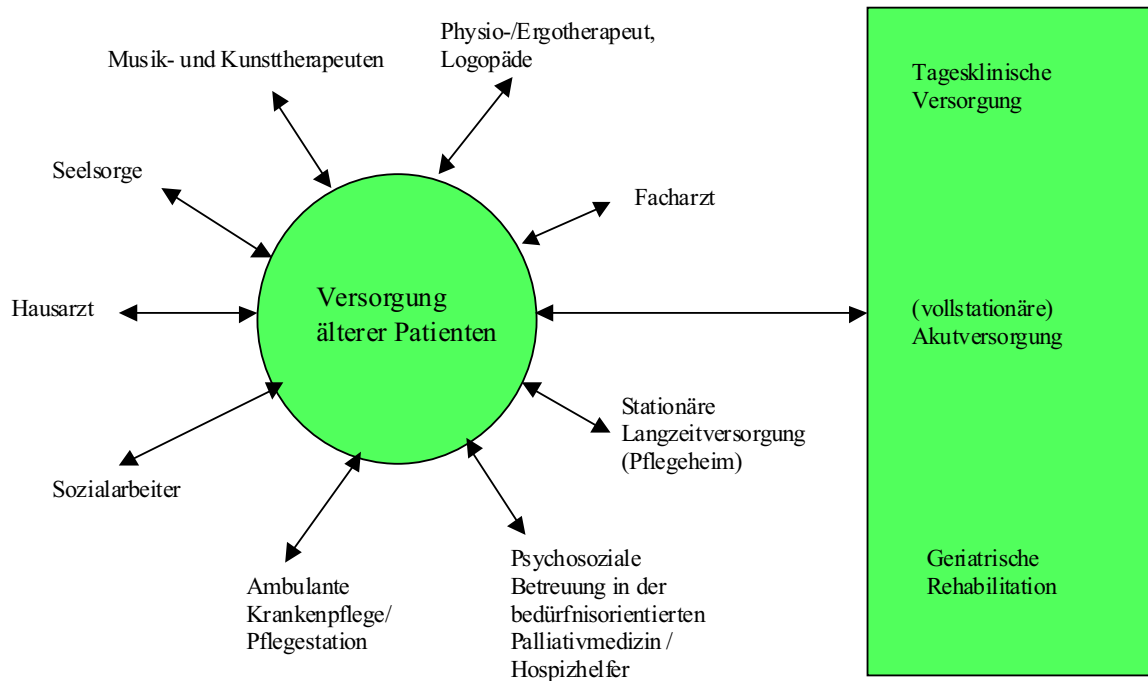


Abbildung 3: Wünschenswerte Vernetzung der Akteure bei der Versorgung älterer Menschen

In der Abbildung ist zu erkennen, wie Behandlungskonzepte und Ziele einer geriatrischen Versorgung erstellt werden können. Ohne therapeutische Teams und Beratungsstellen für ältere Mitbürger ist eine wünschenswerte vollstationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung und Rehabilitation nicht vorstellbar. Auch wenn viele Patienten an Fragen der Finanzierung und Vergütung nicht interessiert sein werden oder nicht mehr sein können, sind die bestehenden funktionalen und institutionellen Gegebenheiten dringend reformbedürftig in Richtung der genannten Vorschläge einer vernetzten und ergebnisorientierten Gesundheitsversorgung im Alter. Die derzeit bestehende innere und äußere Finanzierung der erforderlichen Leistungen gleicht einem Flickenteppich. Nach einer wünschenswerten Vernetzung der Systeme im Interesse der Versorgung älterer Menschen sollte die Krankenversorgung und gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung insgesamt kostengünstiger und bedarfsgerechter erfolgen. Dazu ist an Stelle des »Patchworks« von Finanzierung und Vergütung mehr Homogenität und Transparenz erforderlich. Dieser Anspruch ist nur durch mehr Wettbewerb der Ideen und Systeme als durch politiknahe und sich ständig ausweitende Planung einer personalintensiven Dienstleistungs- und damit Wachstumsbranche zu erreichen.⁶

⁶Siehe hierzu im einzelnen Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5130, 19.1.2001, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, S. 148-162.

4 Politikfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit von Reformvorschlägen

Kehrt man zurück zur Ausgangslage und dem unverminderten Reformdruck im Gesundheitswesen, so zeigt sich, dass die neuen Ansätze und Reformvorschläge zunächst einmal politikfähig und dann als nächstes durchsetzungsfähig gemacht werden müssen.

In die Nähe einer Politikfähigkeit werden die Vorschläge der Rürup-Kommission und anderer Sachverständigen erst kommen, wenn angesichts der Vielzahl an vorliegenden und durchdachten Vorschläge nur wenig neuartige, aber dafür konzeptionell saubere Instrumente in die Diskussion gebracht werden.⁷ Allein die regierungsamtliche Kommission bringt die Vorschläge dank der Medien näher an die Politiker aller Parteien und macht sie damit politikfähig.

Da es sich beim Gesundheitswesen und seinen Reformen um einen besonders sensiblen Bereich handelt, wird es ohne große Koalition nicht gehen. Fraglich ist, ob ein zweites Lahnstein überhaupt erwünscht ist. Die Politikfähigkeit erfordert einen Konsens unter den großen Parteien. Sollte der hergestellt werden können, nähern sich die Vorschläge der Durchsetzungsfähigkeit von Reformen, die dann wiederum den Gesetzen einer parlamentarischen Demokratie gehorchen. Und dazu zählen die jeweils nächsten Wahlen. Somit entscheiden die Interessen der Politiker und ihrer Parteien zusammen mit den Medien und anderen treibenden Kräften im Gesundheitswesen (Verbände, Ministerialbürokratie, Pharmaindustrie, Medizinproduktehersteller, u. a.) über Art und Umfang der Reform.

In der Auseinandersetzung zwischen unterschiedlichen fachlichen Rationalitäten (Epidemiologen, Mediziner, Juristen, Ökonomen, Politikwissenschaftlern etc.) und den politischen Rationalitäten unterschiedlicher Parteien (PDS, FDP, Grüne, CDU und SPD) fällt dann die endgültige Entscheidung unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des europäischen Gemeinschaftsrechts, das in diesem Beitrag ausgeklammert blieb.⁸

⁷Siehe hierzu auch das Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung – Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 1995.

⁸Siehe hierzu im einzelnen Henke, K.-D., Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europäische Herausforderung, erscheint in Kirchhof, P., Hrsg., Inwieweit lassen sich Gemeinwohlaufgaben durch Wettbewerb verwirklichen?, in Druck