



Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer beim Zahnarzt, 1992, Foto: ullstein bild

Zwanzig Jahre Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

sv:dok

Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger



III. Symposium der sv:dok

**Veranstaltung am 22. Oktober 2012
im BKK-Landesverband NORDWEST**

Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger

Trägerschaft

AOK-Bundesverband
AOK NORDWEST
AOK Rheinland/Hamburg
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Berufsgenossenschaft Holz und Metall
Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft
Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
BKK Arbeitsgemeinschaft Ostwestfalen-Lippe
BKK Grillo-Werke AG
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

1. Auflage Mai 2013
Satz und Gestaltung: Sven Benecke, Bochum
© Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger
Hunscheidtstr. 18, 44789 Bochum
Tel: 0234/316-366
info@sv-dok.de
www.sv-dok.de

Inhalt

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 „Jahrhundertreform“ und der Kompromiss von Lahnstein	4
Manfred Puppel Vorstand des BKK Landesverbandes NORDWEST	
Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik	12
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger / Dip.-Pol. Kai Mosebach Universität Bielefeld / Universität Frankfurt am Main	
Von der Kostendämpfung zu Strukturreformen Der Weg zum Gesundheitsstrukturgesetz	38
Hartmut Reiners Publizist	
Wettbewerb aus der Perspektive eines Krankenversicherungsträgers	48
Martin Litsch Vorsitzender des Vorstandes der AOK NORDWEST	
Die Entwicklung des Vertragswettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung	54
Dr. Robert Paquet Journalist und Berater Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft	
Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe als Kennzeichen eines modernen Gesundheitswesens	58
Christoph Kranich Verbraucherzentrale Hamburg	
Gesundheitspolitik und wettbewerbliche Steuerung auf europäischer Ebene	70
Prof. Dr. Anja Hartmann Ruhr-Universität Bochum	
Podiumsdiskussion: Zwanzig Jahre Wettbewerb in der GKV – Rückblick und Perspektiven aus der Sicht damaliger Akteure	74
Rudolf Dreßler Botschafter a.D. Parl. Staatssekretär a.D. Franz Knieps Vorstand des BKK Dachverbandes Leiter der Abteilung gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung im Bundesministerium für Gesundheit a.D. K.-Dieter Voss Vorstand des BKK Bundesverbandes a.D. Vorstand des GKV-Spitzenverbandes a.D. Dr. Manfred Zipperer Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit a.D.	



Manfred Puppel
Vorstand des BKK Landesverbandes NORDWEST

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1992: „Jahrhundertreform“ und der Kompromiss von Lahnstein

III. Symposium der sv:dok
22.10.2012



Zwanzig Jahre Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Das GSG 1992: „Jahrhundertreform“ und der Kompromiss von Lahnstein

Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST

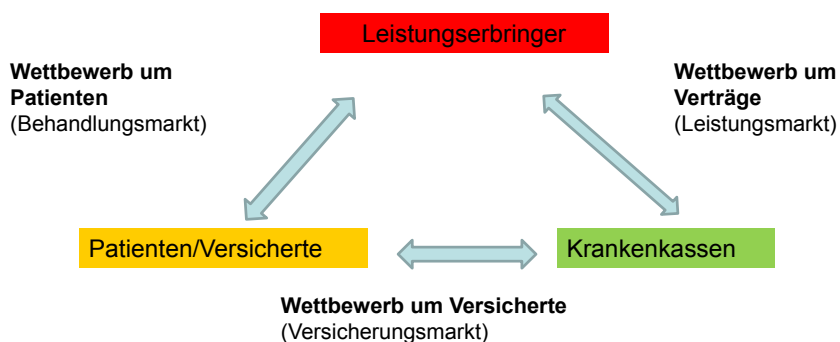


1

III. Symposium der sv:dok
22.10.2012



Ansatzpunkte für Wettbewerb



Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST



2



Wettbewerb um Patienten (Behandlungsmarkt)

- IGeL
- Wahlleistungen im Krankenhaus
- Zweiter Gesundheitsmarkt

*Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST*



3



Wettbewerb um Verträge (Leistungsmarkt)

- Integrierte Versorgungsverträge (geprägt von Finanzdruck der GKV)
- Arzneimittel-Rabattverträge
- Umsetzbarkeit in den Praxen

*Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST*



4



Wettbewerb um Versicherte (Versicherungsmarkt)

- Verbesserter Service
- Wahltarife
- Zusatzleistungen

Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST



5



Versicherungsmarkt: Preis

2009: Einheitlicher Beitragssatz

Manfred Puppel
Eine Reform namens Schröpfkur

Krankenkassen
„Einheitsbeitrag drückt
Wirtschaftswachstum“



Gesundheitsfonds
CSU droht offen mit Blockade

Große Koalition
Einigkeit bei der neuen Gesundheitsreform

Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST



6



Versicherungsmarkt: Preis

- **Kassenindividueller Zusatzbeitrag**
 - als fester Eurobetrag (Preissignal)
 - Finanzierungsinstrument (wenn Zuweisungen aus dem Fonds nicht ausreichen)
 - Förderung des Wettbewerbs in der GKV und Stärkung des Kostenbewusstseins beim Versicherten



Versicherungsmarkt -Preiswettbewerb

- 2010: 13 Kassen
 - 2011: 13 Kassen
 - 2012: 6 Kassen
- } Zusatzbeitrag
- Versichertenverluste bei diesen Kassen
 - Kassenschließungen

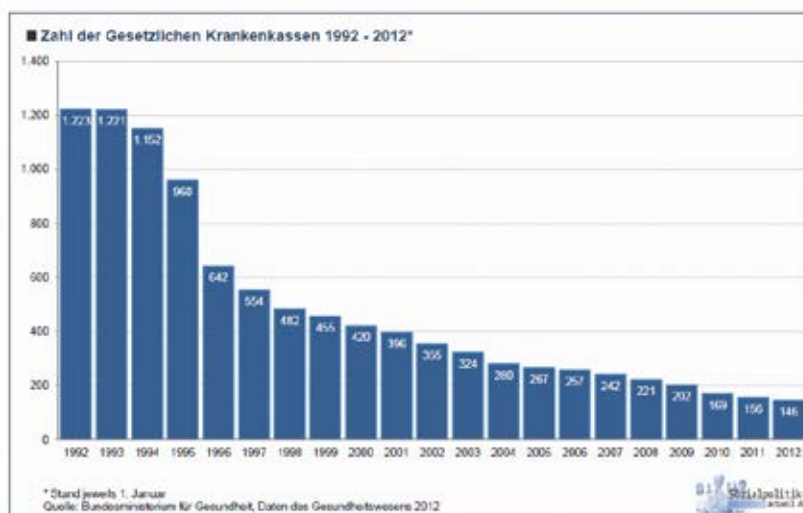


Zwischenfazit

Wettbewerb in der GKV wird dominiert vom Zusatzbeitrag

Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST

9



Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST

10





Krankenkassen = Unternehmen !

- Stärkung der finanziellen Eigenverantwortung der KK
- Neuausrichtung der Ausgleichssystematik
 - sektorenübergreifende Versorgungsverträge mit ganzheitlicher Patientenbetreuung
 - betriebliche Präventionsprogramme
 - Akzeptanz der Selbstverwaltungsautonomie

Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST



11



Die positiven Ziele von 1992 sind noch aktuell

Aber :

- Realität: permanente politische Eingriffe in den Wettbewerb; durch Finanzdruck über Lohnnebenkosten (Maastrichtkriterien, Wettbewerbsfähigkeit)

Besser:

- Rahmenbedingungen entwickeln für eine solidarische Wettbewerbsordnung
- Entscheidung bezügl. zukunftsorientierter Finanzautonomie
- Versorgungsziele inkl. Verantwortlichkeiten definieren
- gemeinsames Verständnis zur Eigenverantwortung der Versicherten entwickeln
- einheitliche Aufsicht

Manfred Puppel, Vorstand,
BKK- Landesverband NORDWEST



12





Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Universität Bielefeld

Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik¹

Thomas Gerlinger/Kai Mosebach

In Deutschland und anderen reichen Ländern befinden sich die Gesundheitssysteme seit geraumer Zeit im Umbruch. Ein wesentliches Kennzeichen dieser Transformation besteht in dem Bedeutungszuwachs finanzieller Anreize bei der Steuerung der gesundheitlichen Versorgung. Staatliche Gesundheitspolitik macht damit die ökonomischen Handlungskalküle der Akteure zum Ansatzpunkt der politischen Steuerung des Gesundheitssystems (Gerlinger 2002; Kühn 2008). Diese Tendenz bezeichnen wir im Folgenden als Ökonomisierung.² Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Versicherte und Patienten sollen sich an ihren Gewinn- und Kostenkalkülen orientieren (Kühn 2004). Von diesen finanziellen Anreizen versprechen sich die politischen Entscheidungsträger – bei einer gleichzeitigen Begrenzung der öffentlichen Mittel (Budgetierung) einerseits und einer zunehmenden administrativen Kontrolle des Leistungsgeschehens andererseits – einen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und eine größere Effizienz in der gesundheitlichen Versorgung (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Allerdings gehen die Effekte finanzieller Anreize weit über diese Aspekte hinaus. Sie können eine Vielzahl von Wirkungen hervorrufen, die unter dem Gesichtspunkt einer hochwertigen und umfassenden medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung unerwünscht sind und von den Akteuren, die sich für den Einsatz dieser Steuerungsinstrumente entschieden haben, möglicherweise auch gar nicht beabsichtigt sind.

Im Folgenden werden die institutionellen und organisatorischen Manifestationen dieses gesundheitspolitischen Hegemonialprojektes anhand des derzeitigen Regulierungsregimes der Finanzierung, Versorgung und Steuerung des deutschen Gesundheitswesens, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), analysiert. Zunächst gehen wir auf unterschiedliche Stufen der Ökonomisierung ein. Sodann wird skizziert, um welche finanziellen Steuerungsinstrumente es sich handelt, wenn von Ökonomisierung die Rede ist, an wen sie sich richten und welche Verhaltenserwartungen ihnen zugrunde liegen. Anschließend werden die Reaktionen wichtiger Akteure im Gesund-

1 Wiederabdruck des gleichnamigen Aufsatzes aus: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai u.a. (Hg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg 2009, S. 10-42.

2 Dabei begreifen wir diese Ökonomisierung als ein hegemoniales Projekt: Es handelt sich also nicht einfach um einen Katalog technokratischer Steuerungsinstrumente, vielmehr wird dieser Wandel von Steuerung eingebettet und gerahmt von diskursiven Strategien, mit denen – vor allem medial vermittelt – kongruente Deutungsmuster über den Problembestand und die Problemlösungen etabliert und verbreitet werden, von der Neujustierung, Formierung und Integration von Akteursinteressen, die in die Bildung neuer Bündnisse münden, sowie von der Schaffung neuer und der Neuausrichtung bestehender Institutionen, welche die Implementierung von Politikprogrammen ermöglichen sollen (Hirsch 1995: 56ff.; Foucault 2001; Lemke 2007: 47ff.; Saar 2007: 23ff.; Jessop 2009: 1ff.).

heitswesen – Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Versicherte und Patienten – dargelegt. Schließlich gehen wir der Frage nach, in welcher Weise sich die Ökonomisierung auf die gesundheitliche Versorgung auswirkt.

Stufen der Ökonomisierung: Verlustminimierung und Gewinnmaximierung als weltliche Intrusionen

Hilfreich für die Analyse der Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist ein Modell von Schimank/Volkmann (2008), das unterschiedliche Stufen bzw. Grade der Ökonomisierung der Gesellschaft unterscheidet. In theoretischer Hinsicht knüpfen sie vor allem an differenzierungstheoretische Überlegungen Bourdieus an. Bourdieu sieht soziale Felder charakterisiert durch ein Spannungsverhältnis zwischen einem autonomen und einem weltlichen Pol. Als autonomen Pol begreift er die jeweilige feldspezifische Logik, an der sich die Akteure orientieren, z. B. an der Fähigkeit, effektiv Krankheiten zu behandeln im Gesundheitswesen oder am Schönen in der Kunst, und nach der dort symbolisches Kapital verteilt und erworben wird. Der weltliche Pol ist charakterisiert durch die ökonomische Logik. Bourdieu sieht in modernen Gesellschaften starke Tendenzen eines Übergreifens ökonomischer Handlungslogiken auf die spezifischen Leitkriterien der jeweiligen sozialen Felder („Intrusion“) – also einen Trend zu einer Stärkung des weltlichen Pols zu Lasten des autonomen Pols.³ Einzelne Bereiche der Leistungsproduktion im jeweiligen System lassen sich also danach unterscheiden, wie nah sie am autonomen oder am weltlichen Pol angesiedelt sind.

Schimank/Volkmann (2008) unterscheiden in ihrem Modell fünf Stufen der Ökonomisierung. Auf der ersten Stufe sind weder Verlustminimierung noch Gewinnmaximierung für die Funktionsweise des Systems von Bedeutung. Was unter medizinischen Gesichtspunkten notwendig ist, wird gemacht; die dafür erforderlichen Ressourcen werden bereitgestellt. Auf der zweiten Stufe findet die Finanzierung von Leistungen erstmals insoweit Berücksichtigung, als die Akteure angehalten werden, bei der Erbringung von – und der Nachfrage nach – Leistungen die Kosten mit der Maßgabe zu beachten, Verluste zu minimieren. Dabei handelt es sich eher um eine milde Form der Ökonomisierung. Kostenbewusstsein ist auf dieser Stufe noch lediglich eine „Soll-Erwartung“. Stufe 3 ist dadurch gekennzeichnet, dass die Vermeidung wirtschaftlicher Verluste eine nunmehr verbindliche Verhaltenserwartung für die Akteure im Gesundheitswesen wird („Muss-Erwartung“). Dinge, die aus medizinischer Sicht notwendig sind, unterbleiben aus finanziellen Gründen. Damit werden die Kriterien der teilsystemischen Leistungsproduktion – hier des Gesund-

3 Darin unterscheidet er sich von Luhmann, dem zufolge ein spezifischer binärer Code die Autonomie eines gesellschaftlichen Teilsystems konstituiert (z. B. Luhmann 1984). Dabei ist dieses Teilsystem zwar strukturell mit anderen Teilsystemen gekoppelt – so bedarf die Krankenversorgung stets ökonomischer Ressourcen (Wirtschaftssystem) oder wissenschaftlich gesicherten Wissens (Wissenschaftssystem), um ihre Leistungen zu produzieren –, allerdings nimmt es seine soziale Umwelt ausschließlich nach Maßgabe der systemspezifischen Codierung wahr und differenziert sich gemäß dieser Codierung aus.

heitswesens – erstmals relativiert. Kostenbewusstsein wird nun zu einer verbindlichen Verhaltenserwartung für die Akteure. Auf der vierten Stufe tritt neben die Verlustvermeidung die Erwirtschaftung von Gewinn als zweites Ziel der Leistungserbringung. Auf der fünften Stufe geht es den Leistungserbringern nur noch darum, so viel Gewinn wie möglich zu erzielen, und zwar unabhängig von den Besonderheiten des Teilsystems. Eine teilsystemische Autonomie – hier des Gesundheitssystems – ist hier verschwunden, es ist zu einer „feindlichen Übernahme“ gekommen.

Mit diesem Modell lässt sich zum einen die Reichweite der Ökonomisierung in einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens erfassen, zum anderen treten Ungleichzeitigkeiten zwischen diesen Sektoren und übergreifende Entwicklungstrends im Gesundheitswesen zu Tage. Wendet man es auf die Entwicklung des Gesundheitswesens an, so wird deutlich, dass ökonomische Aspekte im Gesundheitswesen, betrachtet man etwa dessen Entwicklung seit Gründung der Bundesrepublik, stets von Bedeutung waren. So spielte etwa in der ambulanten Versorgung das Gewinnsteigerungsziel lange Zeit eine größere Rolle als in weiten Teilen der stationären Versorgung, denn die ambulante Versorgung wurde (und wird) von niedergelassenen Ärzten getragen, die als Selbständige gleichsam Unternehmer sind und deren persönliche Lebensverhältnisse durch die Höhe des Praxisgewinns unmittelbar beeinflusst werden, während im stationären Sektor bei den zahlenmäßig dominierenden öffentlichen und frei-gemeinnützigen Krankenhäusern in der Regel allenfalls eine Verlustvermeidungsstrategie im Vordergrund stand. Dass in Prosperitätsperioden – zu Zeiten voller öffentlicher Kassen und rasch steigender Krankenkassenbeiträge – bisweilen nicht einmal dies der Fall war, zugleich aber stets auch private Krankenhäuser existierten, für die als Wirtschaftsunternehmen die Gewinnmaximierung stets erstes und wichtigstes Ziel ihres Handelns ist, zeigt, wie vielschichtig und unübersichtlich Ökonomisierungsverhältnisse im Gesundheitswesen sind. Ungeachtet dessen hat die Ökonomisierung des Akteurshandelns in allen Bereichen des Gesundheitswesens in den zurückliegenden Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Aber nicht allein darin liegt ein Unterschied gegenüber den vorangegangenen Jahrzehnten bundesdeutscher Gesundheitspolitik. Von noch größerer Bedeutung ist der Umstand, dass die finanziellen Anreize, die seit geraumer Zeit im deutschen Gesundheitswesen Anwendung finden, auf eine Begrenzung der Leistungen zielen. Davon soll nun die Rede sein.

Gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel: Neue Steuerungsinstrumente und Verhaltenserwartungen

Stand die Gesundheitspolitik bekanntlich bereits seit Mitte der 1970er Jahre primär unter den Vorzeichen der Kostendämpfung, änderten sich in der ersten Hälfte der 1990er Jahre die Instrumente, die zur Verfolgung dieses Ziels eingesetzt wurden. Seither vollzieht sich eine umfassende Transformation des Gesundheitssystems, in deren Zentrum die Einführung von Steuerungsinstrumenten steht, die für die beteiligten Individualakteure (Kassen, Vertragsärzte,

Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) finanzielle Anreize zur Kostendämpfung schaffen sollen. Im Laufe dieses Transformationsprozesses wurde auf inkrementellem Wege das Set insbesondere finanzieller Steuerungsinstrumente beständig erweitert (Gerlinger 2002; Rosenbrock/Gerlinger 2006). Seitdem bewegt sich Gesundheitspolitik auf dem damit eingeschlagenen Entwicklungspfad fort. Das normative Leitbild des Transformationsprozesses ist der ökonomisch-rational handelnde Akteur, der sich an seinen eigenen finanziellen Interessen orientiert und die Erbringung, Bewilligung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf das Maß des Notwendigen beschränkt.

Dieser Wandel wurde eingeleitet durch das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Es kamen solche Instrumente zum Einsatz, die für die GKV entweder neu waren oder so stark an Gewicht gewannen, dass sie die Handlungsanreize für die beteiligten Akteure nachhaltig veränderten:

- Die Einführung der freien Kassenwahl für nahezu alle Versicherten in Verbindung mit einem Risikostrukturausgleich (RSA) verschärfte die Konkurrenz der Krankenkassen erheblich.
- Die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung medizinischer Leistungen verlagerte das Finanzierungsrisiko auf die Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte). Gleichzeitig wurden für einzelne Leistungssektoren (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Arznei-Heil- und Hilfsmittelversorgung etc.) Budgets, also Ausgabenobergrenzen, eingeführt, die sich an den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen orientieren.
- Die Privatisierung von Krankheitskosten ging deutlich über die bisherige Praxis hinaus. Sie äußerte sich in einer kräftigen Anhebung und in einer Erweiterung von Zuzahlungen, die vor allem mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992), dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997) und dem GKV-Modernisierungsgesetz (2003) erfolgten, aber auch in einer risikoäquivalenten Differenzierung von Versicherungskonditionen (Wahlarife), für die vor allem das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) neue Möglichkeiten schuf.
- Die Handlungsfreiheiten der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern wurden erheblich erweitert, insbesondere ihre Möglichkeiten, Verträge mit einzelnen oder mit Gruppen von Leistungserbringern abzuschließen. Dies betraf vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als regionale Monopolvertretungen der Vertragsärzteschaft. Auf diese Weise sollten die Krankenkassen, bisher weitgehend auf die Funktion des Kostenträgers beschränkt, in die Lage versetzt werden, gegenüber den Leistungsanbietern Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen durchzusetzen.

Wichtigster Eckpfeiler der Transformation ist die Anwendung von Wettbewerbskonzepten auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Sie beruht auf der Einschätzung, dass Leistungserbringer und Krankenkassen als Finan-

finanzierungsträger sich aus eigener Veranlassung nicht oder nicht hinreichend stark am Ziel einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung orientieren (z. B. Wille 1999; Cassel et al. 2006). Die damit gesetzten Anreize sollen sie dazu veranlassen, genau dies zu tun. In einen geeigneten ordnungspolitischen Rahmen eingebettet, sollen sie die Kompatibilität des gesundheitspolitischen Regulierungssystems mit sozialstaatlichen Zielen gewährleisten und eine bessere und effizientere Versorgung hervorbringen (Rothgang/Preuss 2008). In Deutschland ist in der ersten Hälfte der 1990er Jahre dafür der Begriff des „solidarischen Wettbewerbs“ geprägt worden (z. B. Rebscher 1993; Arbeitsgemeinschaft 1994 und 1996). Wettbewerb in der GKV war zunächst auf die Krankenkassen beschränkt – und ist es auch überwiegend heute noch. Erst nach und nach wurden auch Leistungsanbieter in den Wettbewerb einbezogen, vor allem über die Aufhebung oder Relativierung von bisherigen kollektivvertraglichen Kontrahierungszwängen für die Krankenkassen als Finanzierungsträger („Anbieterkonkurrenz“ – Gerlinger/Stegmüller 1995). Diese Entwicklung hat mittlerweile zu einem Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen geführt. Daneben wurden auch Versicherte und Patienten über die Erweiterung von Zuzahlungen und die Einführung von Wahlтарifen zu Adressaten finanzieller Steuerungsbemühungen („Nachfrageprivatisierung“ – Gerlinger/Stegmüller 1995). Die nachfrage- und angebotsbezogenen Wettbewerbskonzepte haben sich mit einer stärker staatlich-administrativen Budgetierungs- und Planungsstrategie zu dem hegemonialen Projekt der wettbewerbsbasierten Kostendämpfung verbunden, die das deutsche Gesundheitswesen umfassend und tiefgehend ökonomisiert.

Im Rückblick auf den ordnungspolitischen Wandel seit der ersten Hälfte der 90er Jahre lässt sich – trotz aller Konflikte um einzelne Reformprojekte – ein hohes Maß an Kontinuität feststellen. Die parteipolitische Zusammensetzung der Bundesregierung spielte für die Ausrichtung der Gesundheitsreformen, von einigen Nuancen abgesehen, kaum eine Rolle, ja, weite Teile dieses Wandels wurden sogar in einer „großen Sachkoalition“ von CDU/CSU und SPD auf den Weg gebracht.

Der skizzierte Wandel ging einher mit einer Kritik am historisch gewachsenen Steuerungssystem der GKV und den von ihm geschaffenen Handlungsanreizen, die aus der Perspektive ökonomischen-rationalen Handelns kontraproduktive Wirkungen entfalteten. Demzufolge genossen die Krankenkassen durch das System der weitgehend starren Mitgliederzuweisung de facto einen Bestandsschutz; ihre Konkurrenz um Mitglieder beschränkte sich vor dem Inkrafttreten der freien Kassenwahl auf das Segment der Pflichtversicherten mit Wahlfreiheit, also vor allem der Angestellten, und der freiwillig in der GKV Versicherten. Zwar waren die Finanzierungsträger auch unter diesen Bedingungen bemüht, Beitragssatzanhebungen zu vermeiden, gleichwohl blieben absehbare Erhöhungen in ihren negativen Auswirkungen auf die Kasse begrenzt und überschaubar. Auf Seiten der Leistungserbringer waren es die geltenden Vergütungsformen, insbesondere das Selbstkostendeckungsprinzip und die Vergütung nach einem tagesgleichen vollpauschalierten Pflegesatz

in der stationären Versorgung sowie die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor, von denen starke Anreize zu einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung ausgingen. Zeitweise sehr starke Zuwachsraten bei den medizinischen Leistungen, eine im internationalen Vergleich hohe Zahl von ambulanten Arztkonsultationen sowie eine sehr lange Verweildauer in der stationären Versorgung dienen als Indikatoren für die Wirksamkeit derartiger Anreize. Schließlich fehlte den Versicherten bzw. den Patienten, gemäß den hegemonialen Interpretationsmustern in Politik und Wissenschaft, jeder Anreiz, die Inanspruchnahme von Leistungen zu begrenzen, wenn diese unentgeltlich angeboten werden. Eher sei das Gegenteil der Fall: Da der Versicherte sich nicht für oder gegen eine Versicherung entscheiden und nicht einmal die Höhe seines Versicherungsbeitrages individuell beeinflussen könne, habe er ein Interesse, die ihm entstandenen Kosten durch eine extensive Leistungsanspruchnahme wieder „hereinzuholen“. Eine fehlende direkte Kostenbeteiligung schaffe für die Versicherten also einen Anreiz, ihren individuellen Nutzen auf Kosten der Gesellschaft zu erhöhen. Darin bestehe der „moral hazard“ dieser Konstellation. Der skizzierte Mechanismus führe in eine Rationalitätensfalle (Herder-Dorneich 1994): Was aus Sicht des einzelnen Versicherten rational sei, bringe für die Gesellschaft insgesamt eine unvermeidbare Kostenexpansion mit sich.

Darüber hinaus zielt die Kritik auf die im deutschen Gesundheitswesen traditionell ausgeprägte korporatistische Regulierung. Die Kollektivverträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer als ein Kernelement des Korporatismus führten – so die verbreitete Überzeugung – dazu, dass politische Steuerung im Gesundheitswesen durch private Interessen überformt würde, bipartistisch-korporatistische Entscheidungsgremien Vereinbarungen zu Lasten nicht anwesender Dritter fällten und die mit parastaatlichen Steuerungskompetenzen ausgestatteten Akteure dazu neigten, an einmal geschaffenen Strukturen festzuhalten und so ihre Interessen zu verteidigen. Der Korporatismus sei in der Tendenz also innovationsfeindlich und führe im Ergebnis zu einer beklagenswerten Ineffizienz im Gesundheitswesen.

Für die beteiligten Akteure sind mit dem skizzierten Paradigmenwechsel weit reichende Folgen verbunden. Die Krankenkassen verloren mit der freien Kassenwahl ihre bisher de facto gegebene Bestandsgarantie. Der Beitragssatz war bis Ende 2008 – bei einem nahezu einheitlichen Leistungskatalog – der entscheidende Wettbewerbsparameter in der Konkurrenz um Mitglieder. Daher war jede Beitragssatzanhebung seither mit dem drohenden Verlust von Marktanteilen verbunden. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes zum 1.1.2009 ist diese Funktion auf den Zusatzbeitrag übergegangen, den die Krankenkassen vermeiden oder so niedrig wie möglich halten wollen. Für die Leistungserbringer stellt die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets eine durchgreifende Veränderung der finanziellen Leistungsanreize dar. Pauschalentgelte sind prospektiv vereinbarte Vergütungssätze für einen bestimmten Behandlungsfall. Bei einer Pauschalvergütung können Leistungserbringer – bezogen auf den einzelnen Behand-

lungsfall – ihre Einkommen nicht mehr auf dem Wege der Mengenexpansion, sondern nur noch auf dem der Leistungsminimierung erhöhen, denn deren Höhe ergibt sich nun aus der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten. Budgets definieren eine Ausgabenobergrenze (je Arzt bzw. je Krankenhaus oder auch für die jeweiligen Sektoren insgesamt) für die von den Kassen finanzierte Leistungsmenge. Sie begrenzen deren Möglichkeit, über eine Erhöhung der Leistungsmenge oder der Behandlungsfallzahlen die Einnahmen zu erhöhen. Damit schaffen diese Vergütungsformen den Anreiz, die Leistungen je Patient zu reduzieren bzw. nicht über die definierten Grenzen ansteigen zu lassen. Leistungsbezogene Pauschalen und Budgets stellen aus Sicht der Finanzierungsträger eine zentrale Voraussetzung für ein Wettbewerbssystem dar, weil – anders als bei retrospektiven Vergütungsformen – die Kosten der Versorgung damit besser kalkulierbar werden. Versorgungsverträge mit Leistungserbringern auf der Basis einer – zudem noch ungedeckelten – Einzelleistungsvergütung sind im Rahmen einer Wettbewerbsordnung aus der Perspektive der Krankenkassen schlechterdings nicht vorstellbar. Patienten müssen sich in wachsendem Maße an den Kosten ihrer Behandlung direkt beteiligen; Versicherte sehen sich der Anforderung gegenüber, sich auf einem zunehmend differenzierten Versicherungsmarkt als souveräne Nachfrager zu bewegen und nach den für sie günstigsten Angeboten zu suchen.

Die Erwartung, dass alle Akteure ihr gesundheitsbezogenes Handeln an den finanziellen Anreizen ausrichten, stützt sich darauf, dass die Nachteile eines anreizwidrigen Handelns gravierend sein können. In der Tat sind die finanziellen Handlungsanreize, welche die genannten Instrumente für die beteiligten Akteure setzen, außerordentlich stark. Den Krankenkassen drohen mit der Abwanderung von Patienten ein Einnahmerückgang, organisatorische Verwerfungen (z. B. Entlassung von Personal, Schließung von Geschäftsstellen), ein Autonomieverlust (Zwang zur Fusion) und möglicherweise sogar die Insolvenz. Für die Leistungserbringer bedeutet dieses Anreizsystem, dass ihr Versorgungshandeln durch die Aussicht auf höhere Gewinne oder auf die Vermeidung von Verlusten gelenkt wird. Mit der Kassenoption auf Selektivverträge verlieren die Leistungserbringer die Garantie auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages.⁴ Diejenigen, die im Wettbewerb nicht mithalten können, müssen mit gravierenden wirtschaftlichen Nachteilen rechnen: mit einer Kündigung oder Nichtverlängerung von Versorgungsverträgen, entspre-

4 Selektivverträge sind mittlerweile in einer Reihe von Versorgungsbereichen möglich: bei Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V), in der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), in der integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V), bei Disease Management Programmen (§ 137f SGB V) und in der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (hausärztliche und fachärztliche Versorgung) (§ 73 c SGB V). Darüber hinaus wurde ein Einzelvertragssystem in der Hilfsmittelversorgung (§ 127 SGB V) und über die Möglichkeit zum Abschluss von Rabattverträgen in der Arzneimittelsversorgung (§ 130a SGB V) eingeführt. Zwar erfassen diese besonderen Versorgungsformen gegenwärtig nur einen kleinen Teil des gesamten Leistungsgeschehens, allerdings haben sie seit Beginn dieses Jahrzehnts doch erheblich an Bedeutung gewonnen und es zeichnet sich eine Fortsetzung dieses Trends ab (Greß/Stegmüller 2008).

chenden Einkommensverlusten und mit der Gefährdung einer großen Zahl von Arbeitsplätzen. Für die Entscheidungsträger in den jeweiligen Institutionen – ob es sich nun um Krankenhäuser oder um Krankenkassen handelt – ist mit dem Erfolg oder Misserfolg ihrer Institution auch die individuelle Reputation verbunden. Die Patienten werden also mit Akteuren umgeben, die bei der Krankenversorgung ein außerordentlich starkes finanzielles Eigeninteresse verfolgen.

Dieses Anreizsystem – so die Erwartung – setzt bei Krankenkassen und Leistungserbringern Energien frei, die Versorgungs- und Versicherungsangebote beständig zu verbessern. Es genügt nicht (mehr), bloß gute Lösungen anzubieten, vielmehr misst sich der Erfolg auf dem Krankenversicherungs- und -versorgungsmarkt daran, ob ein Akteur bessere Lösungen als die Konkurrenten bereitstellen kann. Im Ergebnis führe dies zu einer Rationalisierung von Versorgungsprozessen und einer Effizienzsteigerung bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität („Qualitätswettbewerb“).⁵ So gesehen ist der Wettbewerb ein Mechanismus zur beständigen Verbesserung von Problemlösungen, die auf anderen Wegen nicht oder nicht so rasch entwickelt werden könnten – eben, um es mit Hayek zu sagen, ein „Entdeckungsverfahren“ (Hayek 1969). Wettbewerb und finanzielle Anreize führten also zu einer optimierten Ressourcenallokation in der gesundheitlichen Versorgung und zu einer Steigerung gesellschaftlicher Wohlfahrt. Die Patienten, so das Versprechen, werden die Gewinner dieses Steuerungssystems sein.

Mit diesen an den ökonomisch-rationalen Akteur gerichteten Verhaltenserwartungen wird die Zielgenauigkeit finanzieller Anreize zur Kernvoraussetzung und zum Schlüsselproblem eines auf die Verbesserung der Versorgungsqualität gerichteten Steuerungssystems. Dass finanzielle Anreize dazu anregen können, die Effizienz der Krankenversorgung zu erhöhen, ist zunächst eine durchaus plausible Annahme. So haben Krankenhäuser in vielen Fällen organisatorische Abläufe rationalisiert und Krankenkassen mit der Vertragsärzteschaft restriktivere Vergütungsverträge als in der Vergangenheit abgeschlossen, ohne dass dies – soweit erkennbar – negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität nach sich gezogen hätte.⁶ Leistungserbringer können auch versuchen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern, möglicherweise um dafür – in Abhängigkeit von den Präferenzen der Patienten – höhere Preise zu erzielen. Insofern wird man feststellen können, dass es Konstellationen gibt, in denen Gewinnorientierung und Qualitätsverbesserung synchronisiert werden können. Allerdings stellen die Steigerung von Gewinn und die Verbes-

5 Anfangs wurden neben Qualitätsverbesserungen auch Ausgaben- und Preissenkungen in der medizinischen Versorgung in Aussicht gestellt, allerdings fallen diesbezügliche Prognosen seit Beginn dieses Jahrzehnts im Lichte der seither gemachten Erfahrungen doch deutlich zurückhaltender aus.

6 Allerdings müssen betriebswirtschaftliche Rationalisierung und Verbesserung der Versorgungsqualität keinesfalls zusammenfallen. Es besteht vielmehr Anlass zu der Vermutung, dass die Rationalisierung von Versorgungsprozessen z. B. in Krankenhäusern mit Blick auf die persönliche Zuwendung gegenüber dem Patienten oftmals zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität geführt hat (z. B. Buhr/Klinke 2006a und 2006b).

serung der Versorgungsqualität grundsätzlich differente Ziele dar und beinhalten differente Handlungslogiken. Die Verbesserung von Qualität muss nicht die zwingende Reaktionsweise sein. Es sind vielmehr auch Ausweichreaktionen möglich, und zwar sowohl bei der Krankenversicherung als auch bei der Krankenversorgung. So lassen sich wirtschaftliche Interessen auch verfolgen, indem die Versorgungsqualität gesenkt, das Einhalten von Qualitätsstandards vorgetäuscht oder Qualitätsmängel verschwiegen werden. Es existieren also immer auch Möglichkeiten zu einer Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation: Die Steigerung von Gewinn und die Verbesserung von Wettbewerbspositionen können also zum eigentlichen Ziel des Akteurshandelns werden.

Reaktionen von Akteuren des Gesundheitswesens auf ökonomische Anreize

Krankenkassen

Beim Krankenkassenwettbewerb zählt die Risikoselektion, also die Umwerbung gesunder Personen mit hohem Einkommen, stets zu den größten Steuerungsproblemen (Greß 2006). Die Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA) im Jahre 1994 sollte eine solche Risikoselektion abschwächen, wenn nicht gar verhindern. Beim RSA handelt es sich um ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen, das die Finanzierungsrisiken, die sich aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaften der Kassen ergeben, ausgleichen soll. Berücksichtigt wurden dabei zunächst nur sogenannte indirekte Krankheitsindikatoren (beispielsweise Alter und Geschlecht), nicht aber die Krankheiten (Morbidität) ihrer Versicherten selbst. Da das teuerste Quintil der Versicherten etwa 80 Prozent der Leistungsausgaben verursacht (z. B. Winkelhake/Miegel/Thormeier 2002), entstand ein starker Anreiz, den Anteil dieser „schlechten Risiken“ an der Versichertengemeinschaft möglichst gering zu halten. Chronisch Kranke – sofern ihr erhöhter Behandlungsbedarf nicht durch entsprechende Mittelzuweisungen aus dem RSA gedeckt wird – sind ungern gesehen, denn ihre Behandlung bzw. Versicherung ist vergleichsweise teuer und daher ein Nachteil im Wettbewerb. Daher haben die Krankenkassen in der Vergangenheit eher durch eine Selektion guter Risiken als durch eine Verbesserung von Versorgungsstrukturen und -effizienz versucht, sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen (z. B. Lauterbach/Wille 2001). Derartige Strategien sind trotz des gesetzlich vorgeschriebenen Kontrahierungszwangs möglich und werden auch praktiziert (z. B. Höppner et al. 2005). Dazu zählen z. B. selektiv platzierte Werbung bis hin zur selektiven Aufforderung zum Kassenwechsel, spezielle Angebote für gute Risiken, das Bereiten von Unannehmlichkeiten für unerwünschte Versicherte, nach Krankheitsrisiko differenzierte Unterschiede in der Servicequalität (z. B. gezielte Öffnungen und Schließungen von Geschäftsstellen), möglicherweise auch der Abschluss von Versorgungsverträgen, die unter Qualitätsgesichtspunkten fragwürdig sind. Derartige Strategien der Risikoselektion sind auch in anderen Gesundheitssystemen anzutreffen, die

auf den Wettbewerb von Finanzierungsträgern setzen (siehe z. B. Greß 2006; Woolhandler/Himmelstein 2007; Wille/Ulrich/Schneider 2007).

Die fortbestehende Risikoselektion hatte zur Folge, dass der RSA – im Sinne einer Re-Regulierung – in mehreren Schritten reformiert wurde. In diesem Zusammenhang sah eine Gesetzesänderung 2002 z. B. vor, dass bei der Finanzmittelzuweisung an die Krankenkassen die Einschreibung von chronisch Kranken in strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme) berücksichtigt wird. Allerdings konnten diese und andere Reformen den grundsätzlichen Anreiz zur Risikoselektion nicht wirklich beheben. Den jüngsten Schritt in dieser Kette von Re-Regulierungsmaßnahmen sah das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vor. Nun ist erstmals die direkte Berücksichtigung von Erkrankungen bei der Finanzmittelzuweisung an die Kassen vorgesehen. Dieser „morbidityorientierte Risikostrukturausgleich“ („Morbi-RSA“) tritt gemeinsam mit dem Gesundheitsfonds in Kraft. Das Bundesversicherungsamt hat mittlerweile 80 Krankheiten festgelegt, für deren Behandlung die Krankenkassen pro Kopf mindestens 50 Prozent mehr als im Durchschnitt für ihre Versicherten aufwenden. Diese Krankheiten sollen besonders schwerwiegend sein, chronisch verlaufen und besonders hohe Aufwendungen erfordern. Krankenkassen, die viele Personen mit derartigen Krankheiten versichern, erhalten also einen entsprechend höheren Betrag aus dem Fonds. Diese Regelung sieht jedoch nur eine partielle Berücksichtigung der Morbidität vor; die Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten ist rein sachlich ebenso wenig zu begründen wie die Nichtberücksichtigung von Krankheiten, deren Kosten den Durchschnitt um weniger als 50 Prozent überschreiten. Aufgrund dieser gesetzlich vorgesehenen Beschränkungen wird auch der künftige Morbi-RSA nur einen Teil der Finanzierungsrisiken ausgleichen können. Die Finanzsituation der Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil chronisch Kranker wird sich also gegenüber den Konkurrenten etwas verbessern, aber sie werden dennoch weiterhin strukturell benachteiligt. Anreize zur Risikoselektion werden also für alle Krankenkassen fortbestehen (Jahn/Staudt/Wasem 2008). Allerdings sind die getroffenen Maßnahmen immerhin insofern ein Schritt in die richtige Richtung, als sie mit Blick auf die berücksichtigten Krankheiten das Interesse der Krankenkassen an einer negativen Risikoselektion verringern.

Die Einführung des Morbi-RSA liefert zugleich ein gutes Beispiel dafür, dass ökonomische Anreize unerwünschte Reaktionen hervorrufen und einen beachtlichen Kontrollaufwand erfordern können, um derartige Reaktionen zu unterbinden bzw. mit Sanktionen zu belegen. Krankenkassen erhalten mit der Einführung des Morbi-RSA für jeden Versicherten, der an einer der erwähnten 80 Krankheiten leidet, eine erhöhte Finanzmittelzuweisung aus dem RSA. Vor diesem Hintergrund richtete eine Reihe von Krankenkassen Schreiben an Vertragsärzte, in denen sie diese darum baten, ihre Diagnosestellungen zu überprüfen, und angekündigten, den Ärzten im Erfolgsfall dafür eine Prämie zu zahlen. Möglicherweise lassen sich bereits durch geringfügige Veränderungen Patienten einer Krankheit zuordnen, für die ein Zuschlag aus dem Fonds

gezahlt wird. Es ist wohl nicht abwegig, darin den Aufruf zu einer Manipulation der Diagnosestellung zu sehen, auch wenn die betreffenden Kassen dies heftig bestritten. Jedenfalls sah sich der Gesetzgeber 2009 dazu veranlasst, mit einer Gesetzesänderung die Aufsichtskompetenzen des Bundesversicherungsamts über die Krankenkassen zu erweitern, um auffällige Veränderungen aufzuspüren und derartige Praktiken zu unterbinden.

Leistungsanbieter

Kostendämpfungsmaßnahmen in der deutschen Gesundheitspolitik setzen – wie erwähnt – nicht nur an der Nachfrageseite, sondern auch an der Angebotsseite an. In diesem Zusammenhang wurden seit der ersten Hälfte der 1990er Jahre zunehmend solche Vergütungsformen im Gesundheitswesen eingeführt, die bei den Ärzten und Krankenhäusern finanzielle Anreize zur Leistungsbegrenzung, wenn nicht Leistungsminimierung setzen. Die wichtigsten Instrumente sind Budgets und Pauschalen. Die Einführung derartiger Instrumente beruht auf der Erfahrung, dass Ärzte ohne feste Ausgabengrenzen dazu neigen, Diagnostik und Therapie unbegründet auszuweiten. Insofern gibt es zu ihnen wohl keine Alternative. Allerdings besteht das grundsätzliche Problem dieser Vergütungsformen darin, dass ihr Volumen nicht an einem zu ermittelnden gesundheitlichen Versorgungsbedarf, sondern an der Beitragsatzstabilität, also einer volkswirtschaftlichen Bestimmungsgröße ausgerichtet ist. Außerdem wirken sie gleichsam als „Heckenschnitt“ und sind nicht mit adäquaten Instrumenten der Feinsteuerung kombiniert. Daher können sie – selbst wenn das Gesamtvolumen für eine notwendige Versorgung ausreichen mag – auch nicht gewährleisten, dass zielgenau die überflüssigen Leistungen erschlossen werden. Ebenso wenig wie Patienten mit hohen Zuzahlungen verzichten auch Ärzte, deren monetäres Interesse auf eine Mengenbegrenzung gerichtet ist, nicht nur auf solche Leistungen, die mit guten Gründen als überflüssig gelten können. Die prospektiven Vergütungsformen begünstigen daher u. a. eine medizinisch nicht indizierte Verschiebung von Behandlungen, eine Weiterleitung von Patienten an andere Institutionen des Versorgungssystems und das Unterlassen von Leistungen. Es ist vor allem die Verknüpfung von ärztlichem Definitionsmonopol und Informationsasymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung, die es den Ärzten erleichtert, derartige Leistungsverweigerungen durchzusetzen, denn unter diesen Bedingungen ist die Vorenthaltung von Leistungen vergleichsweise leicht zu begründen, ja bisweilen als solche gar nicht zu erkennen.

Vertragsärzte

Für die Vertragsärzteschaft haben sich die Vergütungsprinzipien geändert. Seit 2009 wird eine an der Morbidität orientierte Gesamtvergütung bezahlt. Diese ist zwar nicht mehr budgetiert, denn mit steigender Morbidität und steigendem Behandlungsbedarf erhöht sich auch die Vergütung, welche die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlen haben. Dennoch sind recht strikte Mengenbegrenzungsregeln in das Vergütungssystem

eingebaut, die vor allem dem einzelnen Arzt einen Anreiz zur Leistungsausweitung nehmen. Für die einzelnen Ärzte gilt ein Regelleistungsvolumen, das arztgruppenbezogen berechnet wird, also die Spezifika des Krankheits- und Leistungsgeschehens in den einzelnen Arztgruppen berücksichtigt. Dieses Regelleistungsvolumen ist mit Abstaffelungen verbunden: Wird das Regelleistungsvolumen erreicht, so werden darüber hinausgehende Leistungen nur noch mit einem geringeren Honorar vergütet. Das Morbiditätsrisiko geht also nur zum Teil auf die Krankenkassen über. Ist das Regelleistungsvolumen ausgeschöpft, greifen beim einzelnen Arzt damit ähnliche, wenngleich nicht ganz so starke Versorgungsanreize wie bei einer strikten Budgetierung. Auf diese Weise soll dem Arzt der Anreiz zu einer medizinisch nicht begründeten Mengenausweitung genommen werden. Wie das neue Vergütungssystem auf das Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung wirkt, lässt sich angesichts fehlender Erfahrungen noch nicht sagen.

Finanzielle Anreize zur Leistungsbegrenzung existieren nicht nur in Bezug auf die vom Arzt selbst erbrachten, sondern auch auf die von ihm veranlassten Leistungen. Insbesondere gilt dies für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Auch hier galten zwischen 1993 und 2002 Budgets, die mittlerweile einer etwas weichen, aber immer noch eindeutig auf Mengenbegrenzung zielenden Regelung gewichen sind, den Richtgrößenregelungen. Richtgrößen sind arztgruppenspezifische Durchschnittswerte für die Leistungen, die der Arzt jährlich je Patient verordnen kann. Die Richtgrößen werden für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Ärzten herangezogen. Wenn die Verordnungen eines Arztes die für ihn geltenden Richtgrößen um mehr als 25 Prozent überschreiten, muss er die Mehrausgaben erstatten, sofern er nicht nachweisen kann, dass sie durch Praxisbesonderheiten (z. B. ein überdurchschnittlich alter oder kranker Patientenstamm) hervorgerufen worden sind. Werden die Richtgrößen unterschritten, können die Krankenkassen über die KVen den sparsam verschreibenden Vertragsärzten sogar einen Bonus zahlen (§§ 84 Abs. 7a, 106 Abs. 5a SGB V).

Mit Blick auf die vorangegangenen Budgetierungen gibt es einige deutliche Hinweise darauf, dass der Einsatz dieser Instrumente zu Rationierungen, also bewussten, medizinisch nicht begründeten Leistungsverweigerungen im Versorgungsalltag führt. So gaben bei einer Befragung von Versicherten einer großen Ersatzkasse 27,4 Prozent der Befragten an, dass ihnen im vorausgegangenen Quartal in der ambulanten Behandlung eine Leistung vorenthalten worden sei. Bei mehr als der Hälfte von ihnen geschah dies unter ausdrücklichem Hinweis auf vorhandene Budgetgrenzen. Durch Kombination mit den Krankendaten kam der Autor zu dem Schluss, dass bei zehn Prozent dieser Vorgänge sicher davon auszugehen ist, dass die vorenthaltenen Leistungen medizinisch notwendig waren, vermutlich liegt der Anteil noch bedeutend höher (Braun 2000). Auch andere Untersuchungen stützen diese Befunde (siehe hierzu: Gerlinger 2007). Laut einer Infratest-Erhebung machten 35 Prozent der Befragten Erfahrungen mit Leistungsverweigerungen oder -einschränkungen (Continental 2006: 32f.); dem Allensbacher Institut für Demoskopie zu-

folge musste rund ein Viertel der Gesamtbevölkerung bereits erleben, dass ihnen wegen überschrittener Budgets ein Medikament oder eine Behandlung verweigert wurde (Köcher 2002). Die Verweigerung von Leistungen ist vor allem bei Arzneimittelverordnungen zu beobachten, aber auch bei von Ärzten selbst durchgeführten Behandlungen (z. B. Braun 2004).

Die Beschränkungen der ärztlichen Vergütung in der GKV wirken sich aber noch auf andere Weise auf die gesundheitliche Versorgung aus. So machen Vertragsärzte angesichts der Enttäuschung von Einkommenserwartungen immer stärker von der Möglichkeit Gebrauch, ihren GKV-Patienten auch solche Leistungen anzubieten, die nicht von den Krankenkassen erstattet werden („individuelle Gesundheitsleistungen“ – IGeL). Diese Leistungen werden von den Kassen nicht erstattet, entweder weil ihr Nutzen nicht nachgewiesen ist, ihr Schaden größer ist als der zu erwartende Nutzen oder über ihre Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog noch nicht entschieden worden ist (Abholz 1998). Im Gegensatz zu den Behauptungen vieler Ärztinnen und Ärzte haben diese Leistungen in der Regel also keinen oder einen nur zweifelhaften medizinischen Nutzen und sind mitunter sogar schädlich (Windeler 2006). Individuelle Gesundheitsleistungen werden jenseits der Budgets bzw. Regelleistungsvolumina und nach den Regeln der privatärztlichen Gebührenordnung, also zu höheren Sätzen als in der GKV, abgerechnet. Das Volumen der angebotenen und erbrachten individuellen Gesundheitsleistungen sind seit ihrer Einführung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahr 1998 in ihrem Volumen deutlich gewachsen und stellen für einen wachsenden Teil der niedergelassenen Vertragsärzte eine zusätzliche Einkommensquelle dar. Besonders beliebt sind IGeL-Leistungen interessanterweise bei den niedergelassenen Fachärzten, welche übermäßig stark vom Rückgang ihrer Fallzahlen nach der Einführung der sog. Praxisgebühr betroffen worden waren (Reiners/Schnee 2007: 137ff; Zok 2008: 339ff)⁷. IGeL-Leistungen werden deutlich öfters von höheren Einkommensklassen in Anspruch genommen (Zok/Schuldzinski 2005: 41ff; Zok 2008: 334ff). Bei diesen Handlungsweisen zur Generierung zusätzlicher Einnahmen machen sich Ärzte nicht selten die Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung zunutze, denn die Patientinnen und Patienten sind in der Regel „doppelt unwissend“: Als medizinische Laien können sie zum einen den Nutzen der angebotenen individuellen Gesundheitsleistungen selbst nicht beurteilen und zum anderen können sie nicht erkennen, wenn ihnen – trotz medizinischer Indikation – womöglich GKV-Leistungen vorenthalten werden.

Darüber hinaus berührt auch das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung die medizinische Versorgung von GKV-Patienten. Dies betrifft zunächst den Umfang der Leistungsgewährung. Dieser ist in der privaten Krankenversicherung zumeist großzügiger als in der gesetzlichen

7 Hierbei ist jedoch (noch) unklar, ob es sich um einen kausalen Zusammenhang handelt. Aufgrund der angebotsinduzierten Nachfragefunktion im Gesundheitswesen, nach der der Arzt die unspezifischen Bedürfnisse des Patienten in eine konkrete Sach- und/oder Dienstleistungsnachfrage verwandelt, ist ein solcher Zusammenhang jedoch nicht unwahrscheinlich.

Krankenversicherung. Formelle Leistungsausschlüsse, aber auch informelle Leistungsverweigerungen infolge von Budgets und Pauschalvergütungen haben die Unterschiede zwischen GKV und PKV in den letzten Jahren größer werden lassen. Jedoch muss dies nicht in jedem Fall gleichbedeutend sein mit einer qualitativ schlechteren Versorgung von GKV-Patienten. Denn in der großzügigeren Leistungsgewährung für privat Krankenversicherte mögen sich auch solche Interventionen verbergen, für die keine medizinische Notwendigkeit vorliegt – zumal Ärztinnen und Ärzte aufgrund der in der PKV ungedeckelten Einzelleistungsvergütung ein großes Interesse an einer Mengenexpansion haben. Zudem ist mit Blick auf die GKV-Versicherten festzuhalten, dass das Krankenversicherungsrecht einen Anspruch auf die Versorgung mit allen medizinischen Leistungen gewährt, die nach dem Stand der medizinischen Kenntnisse für die Behandlung der jeweiligen Krankheit notwendig sind (§§ 1, 2 Abs. 1, 12 Abs. 1, 70 u. 72 SGB V). Begründete Zweifel, ob der Anspruch von GKV-Patienten auf alles medizinisch Notwendige auch im Versorgungsalltag eingelöst wird, gründen auf folgenden Beobachtungen:

- Zum einen lässt sich in Zweifel ziehen, ob der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der als wichtigstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen für die Bewertung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen und damit für die Definition des GKV-Leistungskatalogs zuständig ist, tatsächlich immer nur solche Leistungen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen ausschließt, die medizinisch nicht notwendig sind. Denn die Beschlüsse des GBA richten sich nicht allein nach dem medizinischen Wissen, das zudem in vielen Fällen so eindeutig nicht ist; vielmehr fließen in diese Entscheidungen häufig einschlägige Interessen der beteiligten Leistungsanbieter und Kostenträger sowie die existierenden Budgetzwänge ein (Urban 2001). Entscheidungen des GBA zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen zu Lasten der GKV sind also immer auch Ergebnis von Aushandlungsprozessen.
- Zum anderen werfen die erwähnten finanziellen Leistungsanreize für die Leistungsanbieter die Frage auf, ob nicht in manchen Fällen den Patientinnen und Patienten in der GKV auch Notwendiges vorenthalten wird, selbst wenn sie auf solche Leistungen einen Rechtsanspruch haben (s. o.).

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung berührt nicht nur den Leistungsumfang für die jeweiligen Versichertengruppen, sondern auch die Frage der Wohnortnähe medizinischer Versorgungseinrichtungen. Hierbei sind insbesondere die Entwicklungen in der ambulanten medizinischen Versorgung von Bedeutung, denn auf diesem Wege erfolgt in den meisten Fällen die Erstversorgung von Patientinnen und Patienten. Bedeutsam für das Versorgungsangebot sind vor allem die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung zwischen PKV und GKV. In der ambulanten privatärztlichen Versorgung werden die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten mit festen Euro-Beträgen vergütet, die zudem mit einem Multiplikationsfaktor versehen werden können; in der vertragsärztlichen Versorgung unterliegt die ärztliche Vergü-

tung hingegen restriktiven Budgets und Mengenbegrenzungsregelungen. Im Ergebnis liegen die Vergütungen für identische Leistungen in der privatärztlichen Versorgung erheblich über den Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dementsprechend groß ist die Bedeutung von Privatpatienten für die Honorareinnahmen niedergelassener Ärzte. Im Jahr 2003 belief sich der durchschnittliche Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit an den gesamten Einnahmen niedergelassener Ärzte auf 22,2 Prozent (Statistisches Bundesamt 2006: 15), obwohl Privatversicherte nur gut 10 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Bei einzelnen Facharztgruppen war der entsprechende Anteil noch deutlich höher: Hautärzte erzielten aus privatärztlicher Tätigkeit 37,3 Prozent ihrer Einnahmen, Frauenärzte 34,3 Prozent und Orthopäden 33,8 Prozent (ebda.: 16ff.). Dabei ist der durchschnittliche Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit seit den siebziger Jahren erheblich gestiegen: 1979 hatte er sich lediglich auf 13,1 Prozent belaufen (Gerlinger/Deppe 1994: 41).

Ärzte reagieren auf diese Vergütungsanreize auf zweierlei Weise. Zum einen bevorzugen sie Privatpatienten bei der Vergabe von Behandlungsterminen. So ergab eine 2006 vom WidO durchgeführte repräsentative Befragung von GKV- und PKV-Versicherten, dass jeder vierte GKV-Patient (25,3 Prozent) trotz akuter Beschwerden zwei Wochen oder länger auf einen Arzttermin warten musste, unter den PKV-Patienten waren es nur 7,8 Prozent (Zok 2007: 4). 45,1 Prozent der Privatpatienten bekamen innerhalb eines Tages einen Termin, bei den Kassenpatienten traf dies nur auf 31,9 Prozent zu (ebda.). Dabei bewertete rund ein Drittel der gesetzlich versicherten Patienten die Wartezeit auf den letzten Arzttermin als zu lang (ebda.: 6). Darüber hinaus müssen Kassenpatienten auch in der Arztpraxis selbst deutliche längere Wartezeiten in Kauf nehmen als Privatpatienten (siehe auch: Lungen et al. 2008).

Zum anderen ist eine verstärkte Neigung von Ärzten festzustellen, sich in Versorgungsgebieten mit einem hohen Anteil von Privatpatienten niederzulassen. Dies führt zu einer Konzentration von Ärzten in städtischen Ballungsgebieten und zu einer Vernachlässigung ländlicher Räume, da der Anteil von Privatpatienten in den Städten höher ist als auf dem Land. So ergab die erwähnte WidO-Untersuchung denn auch, dass die Wartezeiten auf einen Arzttermin in städtischen Ballungszentren deutlich kürzer sind und von diesen kürzeren Wartezeiten wiederum Privatpatienten besonders profitieren. Traditionell ist die Arztdichte im ländlichen Raum ohnehin niedriger. Seit geraumer Zeit aber wachsen die Diskrepanzen zwischen Stadt und Land, und mittlerweile macht sich in einigen Regionen Ostdeutschlands bereits ein Ärztemangel, gerade in der hausärztlichen Versorgung, bemerkbar (z. B. Segert/Zierke 2005). Innerhalb der Ballungszentren selbst existiert ebenfalls ein starkes Gefälle in der Arztdichte zwischen wohlhabenden und ärmeren Stadtteilen (Gerlinger 2007).⁸

8 Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass sich angesichts der Vergütungsbeschränkungen unter den Vertragsärzten wie in der Ärzteschaft insgesamt der Ruf nach einer Privatisierung von Behandlungskosten trotz der kräftigen Honorarerhöhungen der vergangenen Jahre deutlich verstärkt hat (z. B. Handelsblatt vom 20.05.2009, S. 9).

Der Ausbau finanzieller Anreize setzt also bei den Vertragsärzten einen vielschichtigen Trend zur Kommerzialisierung des medizinischen Leistungsgeschehens frei: Bei der Frage, welche Leistungen erbracht oder vorenthalten werden, spielen finanzielle gegenüber medizinischen Nutzenerwägungen eine wachsende Rolle.

Krankenhäuser

Die Strategie der wettbewerbsbasierten Kostendämpfung hat auch in der stationären Versorgung deutliche Spuren hinterlassen. Zwei Maßnahmenbündel sind hier von besonderer Bedeutung. Erstens wurden mit dem Inkrafttreten des GSG 1993 die Ausgaben – sowohl für den Krankenhaussektor insgesamt als auch für das einzelne Krankenhaus – budgetiert. Die gesamten Krankenhausaufgaben sind seitdem im Grundsatz an die Einnahmeentwicklung der Krankenkassen gekoppelt (Simon 2008a). Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses wird das individuelle Krankenhausbudget mit einer Gemeinschaft von Kostenträgern (gesetzliche Krankenkassen, private Versicherungsunternehmen und einige) ausgehandelt. Zweitens wurde in zwei großen Schritten das System der Krankenhausvergütung auf eine völlig neue Grundlage gestellt. Ebenfalls mit dem GSG wurde 1993 die bisherige Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze auf ein Mischsystem aus leistungsbezogenen Pauschalvergütungen (Fallpauschalen, Sonderentgelte) einerseits und Pflegesätzen (Abteilungspflegesatz, Basispflegesatz) andererseits umgestellt. Einen noch viel weiter gehenden Reformschritt sah schließlich das GKV-Reformgesetz 2000 vor: Damit entschied sich der Gesetzgeber für die Einführung eines auf Diagnosen beruhenden Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups – DRGs), das im Fallpauschalengesetz 2002 im Detail beschrieben und beschlossen wurde (Simon 2002). Das neue System wurde in den nachfolgenden Jahren schrittweise implementiert, um die Anpassung krankenhausspezifischer Kostenstrukturen an landesweite Durchschnittswerte abzumildern, und soll 2010 in vollem Umfang in Kraft treten. Dann soll eine bestimmte Leistung (z. B. eine Blinddarmentfernung) durch einen landesweit einheitlichen Preis vergütet werden. Auf der Bundesebene wird zwischen den Verbänden der Leistungserbringer (Krankenhäuser) und den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungsunternehmen) der DRG-Fallpauschalenkatalog definiert und fortlaufend angepasst, der auf der Basis von empirisch ermittelten Durchschnittskosten die sogenannten Bewertungsrelationen zwischen den einzelnen Fallpauschalen bestimmt. 2009 gab es 1.192 Fallpauschalen. Auf der Ebene der Bundesländer handeln die Verbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung einerseits und die Landeskrankenhausesgesellschaften andererseits einen landesweiten Basisfallwert aus, aus dem sich der Preis für die Leistung ergibt. Krankenhäuser, deren Selbstkosten unter den Pauschalvergütungen liegen, erwirtschaften Überschüsse; diejenigen, deren Kosten die Höhe der Pauschalvergütungen überschreiten, erwirtschaften Verluste. Es werden also wirtschaftliche Anreize geschaffen, nicht kostendeckend erbrachte Leistungen einzustellen bzw. Kosten unter den erstatteten Preis zu senken und solche Leistungen auszuweiten, die

besonders kostengünstig erbracht werden können. Dieser Mechanismus soll zu einem Rückgang der Verweildauer, zu einer Reduzierung der Bettenzahl, zur Erschließung von Rationalisierungsreserven durch soziale und organisatorische Innovationen sowie zu einer Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Leistungen führen. Auf diese Weise – so die Erwartung – trägt das neue Vergütungssystem dazu bei, sowohl die Krankenhausaussgaben zu senken und damit den GKV-Beitragssatz zu stabilisieren als auch eine bedarfsgerechte und effiziente Verteilung von Ressourcen herbeizuführen (Simon 2007: 44).

Die Folgen der wettbewerbsbasierten Kostendämpfung im Krankenhaussektor sind komplex und widersprüchlich. Einerseits ist der verstärkte ökonomische Druck für viele Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen Anlass, ihre internen Strukturen zu durchleuchten und im Ergebnis Rationalisierungsmaßnahmen zu ergreifen – darunter sicherlich auch solche, die unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität unbedenklich sind. Andererseits führt der Bedeutungszuwachs ökonomischer Kennziffern in der unmittelbaren Arzt-Patienten-Beziehung dazu, dass Ärzte und Pflegepersonal das medizinisch Notwendige zunehmend als Kostenfaktor reinterpretieren, ökonomische Erwägungen in der Krankenversorgung an Bedeutung gewinnen und damit berufsethische Prinzipien in Frage gestellt werden (Buhr/Klinke 2006a und 2006b; Braun 2008). Auch lässt sich vor diesem Hintergrund die Tendenz beobachten, multimorbide Patienten entsprechend nachlässig zu behandeln (Braun 2008). Jedoch sind die mit der DRG-Einführung aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten möglichen Folgen fallpauschalierter Vergütungsformen wie z. B. zu frühe Entlassungen, Codierungsbetrug oder Wiedereinweisungen bisher nicht nachweisbar (Braun 2008). Dies kann vermutlich vor allem auf das hochkomplexe Regulierungssystem zurückgeführt werden, welches das DRG-System vor solchen Fehlanreizen schützen soll (Simon 2008b).

Dennoch ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass das neue Vergütungssystem und der mit ihm heraufbeschworene Wettbewerb im Krankenhaussektor problematische Ökonomisierungseffekte nach sich ziehen. Denn es existiert ein offenkundiges Spannungsverhältnis zwischen dem DRG-System und der Existenz einer staatlichen Krankenhausplanung, die bisher eine wohnortnahe Versorgung sichert: Wenn es in der Logik eines umfassenden Fallpauschalensystems nach dem Vorbild der DRGs liegt, dass unrentable Krankenhäuser und Abteilungen schließen müssen, so wirft dies die Frage nach der zukünftigen Rolle der staatlichen Krankenhausplanung bei der Definition des Bettenbedarfs auf. Da die DRG-Einführung der Zustimmung des Bundesrats bedurfte, konnten die Länder bei der Verabschiedung der Reform im Jahr 2000 ihren entscheidenden Einfluss auf die Krankenhausplanung auch unter dem neuen Entgeltsystem sichern (Sell 2001). Die staatlichen Steuerungskompetenzen stellen somit zurzeit noch ein übergeordnetes Sicherungssystem gegen eine im Kern stark am Preismechanismus ausgerichtete Kapazitätssteuerung dar. Insofern ist es bisher beim Primat der Krankenhausplanung gegenüber der Krankenhausfinanzierung geblieben. Allerdings ist fraglich, wie

weit dies auch zukünftig noch der Fall sein wird. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass die bisherige Krankenhausplanung der Länder durch die Einführung des DRG-Systems unter Anpassungsdruck gerät. Die Krankenkassen erheben weiterhin mit großem Nachdruck die Forderung nach einer Abschaffung des geltenden Kontrahierungszwangs mit den Plankrankenhäusern und der Einführung von Selektivverträgen (Leber/Malzahn 2008). Außerdem ist eine starke Tendenz sichtbar, die Krankenhausplanung auf eine bloße Rahmenplanung zu beschränken, die Standortentscheidungen letztlich auf die Ebene des individuellen Krankenhauses bzw. eines Krankenhauskonzerns zu verlagern (Mosebach 2009a). Auch daraus erwächst eine Gefahr für eine wohnortnahe, flächendeckende Krankenhausversorgung.

Darüber hinaus lassen sich – ähnlich wie in der vertragsärztlichen Versorgung – auch in der stationären Versorgung nicht-intendierte Kommerzialisierungsprozesse feststellen. Das DRG-System einerseits und die strikte Budgetierung andererseits führen dazu, dass Krankenhäuser sich vermehrt auf die Erschließung neuer Einkommensquellen konzentrieren. Die Einrichtung von (zumeist ausgegliederten oder auch ursprünglich privaten) Luxuskliniken, die Ausweitung privater Zusatzleistungen und die Privatisierung von Krankenhäusern bzw. von Funktionsteilen sind Indizien, dass der finanzielle Ertrag im Vergleich zur bedarfsgerechten Versorgung an Bedeutung gewinnt, auch wenn die quantitative Bedeutung dieser Prozesse zurzeit noch nicht präzise bestimmt werden kann (Mosebach 2009a). Schließlich dringen Kapitalgesellschaften zunehmend in die stationäre Krankenversorgung ein. Da deren Renditen auf dem Kapitalmarkt konkurrenzfähig sein müssen, verstärkt der Bedeutungszuwachs dieser Gesellschaften den Trend zu einer Ökonomisierung des Krankenhaussektors.

Versicherte und Patienten

Die Erhöhung von Zuzahlungen und explizite Leistungsausgliederungen sind auch in der deutschen Gesundheitspolitik ein zentrales Instrument zur Kostendämpfung und haben insbesondere seit den 1990er Jahren zu einem erheblichen Anstieg des privaten Anteils an den Krankenbehandlungskosten geführt. Im Jahr 1991 belief sich das Zuzahlungsvolumen für GKV-Leistungen auf umgerechnet 3,3 Mrd. Euro – dies entsprach 4,4 Prozent der GKV-Leistungsausgaben (Pfaff/Busch/Rindsfüßer 1994); 2002, ein gutes Jahrzehnt später, waren es mit nunmehr 9,8 Mrd. Euro bereits 7,3 Prozent der Leistungsausgaben. Mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das die kräftige Anhebung bestehender und die Einführung neuer Zuzahlungen vorsah, dürfte sich diese Summe noch einmal deutlich erhöht haben (Pfaff et al. 2003). In der Gesamtsumme der Zuzahlungen sind noch nicht die ausgegliederten sowie der vermutlich beachtliche Umfang von informell verweigerten Leistungen eingerechnet, die Versicherte in vollem Umfang privat finanzieren müssen.

Aus der Diskussion über die Steuerungswirkung von Zuzahlungen ist bekannt, dass sie erst dann eine Reduzierung der Leistungsanspruchnahme erzeugen, wenn sie auch finanziell deutlich spürbar sind (z. B. Rice 2004). Da die Spürbarkeit von Kosten mit sinkendem Einkommen steigt, treffen Zuzahlungen in erster Linie finanziell schwache Bevölkerungsgruppen (Holst 2004). Die beabsichtigte Steuerungswirkung steht also im Widerspruch zur Sozialverträglichkeit dieses Instruments. Dieser Effekt wird noch durch den Umstand verstärkt, dass das Krankheitsrisiko und damit der Behandlungsbedarf bei Angehörigen unterer Sozialschichten deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegen. Sozial Benachteiligte werden auf diese Weise gleichsam doppelt bestraft. Die das Solidarprinzip kennzeichnenden Umverteilungsmechanismen erfahren eine deutliche Schwächung. Dieser Mechanismus lässt sich auch recht gut am Beispiel der Praxisgebühr von 10 Euro je Quartal zeigen, die zum 1.1.2004 eingeführt wurde. Aussagekräftige Daten über die Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme durch die Versicherten sind zwei repräsentativen Befragungen zu entnehmen: dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung, der zweimal jährlich Daten bei 12.000 Versicherten und 2.000 Ärzten erhebt, und dem GKV-Monitor des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO), mit dem 3.000 GKV-Versicherte zu speziellen Themen befragt werden. Dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung zufolge ist der Anteil derjenigen, die einen Arztbesuch aufgrund der Praxisgebühr vermeiden, in den untersten Einkommensgruppen (bis 999 €) und in den obersten Einkommensgruppen (3.000 € und mehr) am höchsten. Personen mit schlechtem Gesundheitszustand haben die Zahl ihrer Arztbesuche zwischen dem Frühjahr 2003 und dem Frühjahr 2005 am stärksten reduziert, nämlich von durchschnittlich 23 auf 16 Besuche, also beinahe um ein Drittel (Gebhardt 2005). Die nach Sozialschicht unterschiedlichen Wirkungen der Praxisgebühr sind offenkundig nicht nur ein kurzfristiger Effekt. So gaben im Herbst 2006 nur 14 Prozent der Oberschicht an, Arztbesuche aufgrund der Praxisgebühr aufgeschoben, vermieden oder zusätzlich gemacht zu haben, hingegen immerhin 22 Prozent der Unterschicht (Reiners/Schnee 2007: 150). Von den Personen mit einem Einkommen von 5.000 Euro und mehr haben 21 Prozent wegen der Praxisgebühr Arztbesuche aufgeschoben und 11 Prozent sie sogar vermieden, bei denjenigen mit einem Einkommen unter 500 Euro waren es 37 bzw. 26 Prozent (Reiners/Schnee 2007: 149). Immerhin 10 Prozent derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichneten, haben wegen der Praxisgebühr Arztbesuche aufgeschoben, vermieden oder zusätzlich gemacht (Reiners/Schnee 2007: 148). Auch der GKV-Monitor des WidO zeigte ähnliche Effekte (Zok 2005). Zwar zeigte sich in einer Wiederholungsbefragung partiell ein gewisser Rückgang des sozialen Gradienten, jedoch blieben deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von den Einkommensverhältnissen bei der Inanspruchnahme bestehen.

Der Verzicht auf einen Arztbesuch mag in vielen Fällen keine negativen Folgen auf die Gesundheit haben, kann aber auch zur Verschleppung bzw. Chronifizierung von Krankheiten führen. Gerade bei den Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand ist die Gefahr groß, dass sie auch dann auf einen

Arztbesuch verzichten, wenn dieser medizinisch geboten ist. Dies zeigt die bis heute umfangreichste empirische Untersuchung über die Auswirkungen einer direkten Kostenbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten von Versicherten, das RAND Health Insurance-Experiment (Newhouse 1993). Daraus geht im Übrigen auch hervor, dass die Patienten, deren Leistungsanspruchnahme aufgrund steigender Zuzahlungen zurückgeht, nicht nur auf unwirksame, sondern gleichermaßen auf wirksame Leistungen verzichten.

Gesetzliche Sozial- und Überforderungsklauseln in der GKV begrenzen zwar in gewissem Maße die Höhe der individuellen Zuzahlungen. So beläuft sich der Höchstbetrag für Zuzahlungen auf zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (§ 62 SGB V). Chronisch Kranke zahlen lediglich bis zu einem Prozent zu, wenn sie vor ihrer Erkrankung an angebotenen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben und sich therapiegerecht verhalten. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen, sieht man einmal vom Zahnersatz ab, vollständig befreit. Allerdings wurde mit dem GMG zum 1.1.2004 die zuvor geltende vollständige Zuzahlungsbefreiung für sozial Benachteiligte aufgehoben, also für solche Personen, die eine bestimmte Bruttoeinkommensgrenze unterschreiten oder die Empfänger bestimmter staatlicher Fürsorgeleistungen waren. Zuzahlungen in Höhe von bis zu zwei Prozent stellen optisch zwar eine niedrige Schwelle dar, jedoch liegt der betreffende Anteil am frei verfügbaren Einkommen erheblich höher, erst recht dann, wenn dieses gering ausfällt. Zudem hat der Versicherte das Erreichen der Belastungsgrenze gegenüber seiner Krankenkasse durch das Einreichen der Zahlungsbelege nachzuweisen und die Zuzahlungsbefreiung zu beantragen. Auch dies stellt für viele Betroffene eine nicht zu unterschätzende Hürde dar.

Des Weiteren wird die Privatisierung von Krankheitsrisiken noch durch die Verbreitung so genannter „Wahltarife“ mit Selbstbehalt bzw. Beitragsrückerstattung verstärkt. Bei Selbstbehaltstarifen erklären sich Versicherte bereit, bis zu einem bestimmten Betrag die in einem Kalenderjahr entstehenden Behandlungskosten vollständig selbst zu tragen. Als Gegenleistung erhalten sie eine Prämie von ihrer Krankenversicherung, zumeist in Form einer Reduzierung ihres Krankenversicherungsbeitrags. Bei Beitragsrückerstattungsmodellen wird den Versicherten ein Teil ihres Krankenversicherungsbeitrags erstattet, wenn sie im vorangegangenen Jahr keine Leistungen in Anspruch genommen haben oder die Inanspruchnahme ein bestimmtes Maß nicht überschritten hat. Die Krankenkassen können seit dem 1.4.2007 derartige Modelle allen Versicherten anbieten; zuvor war ihnen dies nur für freiwillig Versicherte gestattet, denen man auf diese Weise einen Anreiz zum Verbleib in der GKV geben wollte.

Die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Selbstbehaltstarifen und Beitragsrückerstattungsmodellen für alle GKV-Versicherten stellen einen tief greifenden Einschnitt in das Solidarprinzip dar. Mit ihnen halten Prinzipien der privaten Krankenversicherung Einzug in die GKV. Sie sind insbesondere für junge und gesunde Versicherte finanziell interessant, die davon ausgehen können, dass ihr Beitragsnachlass höher ausfällt als der tatsächlich zu zahlende

Selbstbehalt. Zwar liegen zur Nutzung dieser Wahltarife durch GKV-Versicherte noch keine validen Daten vor, aber Erfahrungen aus anderen Gesundheitssystemen, die derartige Instrumente verwenden, zeigen, dass in der Tat ganz überwiegend „gute Risiken“ von ihnen Gebrauch machen (z. B. Rosenbrock/Gerlinger 2006: 313ff.). Auf diese Weise werden dem Solidarsystem Mittel entzogen, die durch die Gemeinschaft aller Versicherten einer Krankenkasse aufgebracht werden müssen. Zwar berühren diese Modelle nicht unmittelbar die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen; sehr wohl aber werden Personen mit erhöhtem Behandlungsbedarf – und damit vor allem finanziell Schwache – durch sie stärker belastet, weil sie eben die Mindereinnahmen im Rahmen der Solidargemeinschaft gegenfinanzieren müssen, ohne individuell von den Wahlmodellen zu profitieren. Die solidarische Umverteilung von Lasten zwischen gesunden und kranken Versicherten im GKV-System wird durch diese tarifliche Gestaltungsoption eingeschränkt und die Entsolidarisierung unter den GKV-Versicherten vorangetrieben.

Problematische Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfung

Die wettbewerbsbasierte Kostendämpfung als hegemoniale Strategie zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens entfaltet aus der Perspektive einer solidarischen Krankenversorgung hochproblematische Wirkungen. Die mit der ordnungspolitischen Transformation einhergehende „Institutionalisierung der Ökonomisierung“ (Kühn 2008) begünstigt eine Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation in der gesundheitlichen Versorgung. Das Mittel – der wirtschaftliche Anreiz – droht sich gegenüber dem Zweck – der Steigerung von Effizienz und Qualität – zu verselbständigen und dürfte eine Erosion des Solidarprinzips nach sich ziehen. Das Konzept finanzieller Anreize geht vom individuellen ökonomischen Nutzenkalkül und egoistisch-rationalen Handeln der Beteiligten aus. Eine solche Rationalität steht in offenkundigem Gegensatz zum Prinzip der Solidarität, das ja gerade das gemeinschaftliche Eintreten im Krankheitsfall beschreibt, unabhängig davon, ob sich damit individuelle Vorteile erzielen lassen. Auf Seiten der Krankenkassen, in der Vergangenheit in der Regel als Sachwalter des Solidargedankens in der GKV hervorgetreten, richten sich Problemwahrnehmung und Handlungsstrategien zunehmend an den organisatorischen Partialinteressen aus. Die Leistungsanbieter verstärken ihre Neigung zu einer Kommerzialisierung von Gesundheitsleistungen. Parallel dazu wächst bei Versicherten und Patienten mit der Verbreitung von Zuzahlungen und Wahltarifen die Gefahr, dass die Versicherten die GKV immer weniger als eine Solidargemeinschaft wahrnehmen, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie auf Grund der Risikoprivatisierung immer weniger als solche erfahren wird. Die forcierte Privatisierung auf der Nachfrageseite fördert somit eine Einstellung, die die Erlangung individueller finanzieller Vorteile in den Vordergrund rückt. Gleichzeitig geben die Logik dieser Anreizsysteme und bisherige Erfahrungen mit dem Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung Anlass zu der Befürchtung, dass sie die Erwartungen an eine hochwertige und effiziente Versorgung überwiegend nicht erfüllt haben und

mit einer Reihe von unerwünschten, kontraproduktiven Wirkungen verbunden sind. Darüber hinaus lassen sich auf der Grundlage des normativen Leitbilds des ökonomisch-rational handelnden Akteurs zentrale Herausforderungen für die GKV – wie z. B. die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung oder die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen – nicht adäquat bearbeiten.

Literatur

Abholz, Heinz-Harald (1998): Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin, in: Kochen, Michael M. (Hrsg.): Allgemein- und Familienmedizin, Stuttgart, S. 15–31

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, o.O.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Gesundheitspolitische Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gesundheitsreform. http://www.g-k-v.com/gkv/fileadmin/user_upload/Positionen/SpiK_Position_2006.pdf (Abruf: 6.3.2008).

Braun, Bernard (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? St. Augustin.

Braun, Bernard (2004): Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 122-136.

Braun, Bernard (2008): Krankenhaus unter DRG-Bedingungen: Zwischen Ökonomisierung, Unwirtschaftlichkeit, Veränderungsresistenz und Desorganisation, in: Böckmann, Roman (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 117-139.

Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006a): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health, SP I 2006-311), Berlin.

Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006b): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern (Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitspapier Nr. 6/2006). Bremen.

Cassel, Dieter/Ebsen, Ingwer/Greif, Stefan/Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine/Wasem, Jürgen (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, o. O. (Ts.).

Continentale (2006): Gesundheitsreform – die Meinung der Bevölkerung. Eine repräsentative Infratest-Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund.

Foucault, Michel (2001); Die Ordnung des Diskurses, Frankfurt a. M.

Gebhardt, Birte (2005): Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie/Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 11-31.

Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204), Berlin.

- Gerlinger, Thomas (2007):** Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Medizinische Soziologie, Diskussionspapier 2007-2), Frankfurt a. M.
- Gerlinger, Thomas/Deppe, Hans-Ulrich (1994):** Zur Einkommensentwicklung bei niedergelassenen Ärzten, Frankfurt a. M.
- Gerlinger, Thomas/Klaus Stegmüller (1995):** „Ideenwettbewerb“ um Wettbewerbsideen. Die Diskussion um die „dritte Stufe“ der Gesundheitsreform, in: Schmitthenner, Horst (Hrsg.), Der „schlanke“ Staat. Zukunft des Sozialstaats – Sozialstaat der Zukunft, Hamburg, S. 152-179.
- Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf (2007):** Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik. Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Medizinische Soziologie, Diskussionspapier 2007-1), Frankfurt a. M.
- Greß, Stefan (2006):** Regulated Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison, in: International Social Security Review, vol. 59, S. 27-47.
- Greß, Stefan/Stegmüller, Klaus (2008). Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung, in:** Amelung, Volker E./Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart, S. 91-102.
- Hayek, Friedrich August von (1969):** Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, in: Ders., Freiburger Studien, Tübingen, S. 249-265.
- Herder-Dorneich, Philipp (1994):** Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.
- Hirsch, Joachim (1995):** Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus, Berlin/Amsterdam: ID-Archiv.
- Holst, Jens (2004):** Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen (Institut für Medizinische Soziologie im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Arbeitspapier Nr. 24/2004), Frankfurt a. M.
- Höppner, Karin/Greß, Stefan/Rothgang, Heinz/Wasem, Jürgen/Braun, Bernard/Buitkamp, Martin (2005):** Grenzen und Dysfunktionalitäten des Kassenwettbewerbs in der GKV: Theorie und Empirie der Risikoselektion in Deutschland (Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitspapier Nr. 4/2005), Bremen.
- Jahn, Rebecca/Staudt, Susanne/Wasem, Jürgen (2008):** Verbesserung des Risikostrukturausgleichs als Instrument zur Sicherung der Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb, in: Bökmann, Roman (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Wiesbaden, S. 43-61.
- Jessop, Bob (2009):** State Power. A Strategic-Relational Approach, Cambridge/Malden.
- Kühn, Hagen (2004):** Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner, Gine/Gerlinger, Thomas/Stegmüller, Klaus (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: VSA, S. 25-41.
- Kühn, Hagen (2008):** Ökonomisierung im Krankenhaus, in: Gerhardt, Moritz/Kolb, Stephan u.a. (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Kongressdokumentation Nürnberg 20.-22. Oktober 2006, Frankfurt a.M., S. 285-328.
- Lauterbach, Karl W./Wille, Eberhard (2001):** Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht, Köln, Mannheim.
- Leber, Wulf-Dietrich/Malzahn, Jürgen/Wolff, Johannes (2008):** Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für die Krankenhäuser ab dem Jahr 2009, in: Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007: Krankenhausvergütung Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart, New York, S. 81-119.

- Lemke, Thomas (2007):** Eine unverdauliche Mahlzeit? Staatlichkeit, Wissen und die Analytik der Regierung, in: Krasmann, Susanne/Volkmer, Michael (Hrsg.): Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernementalität“ in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge, Bielefeld: transcript, S. 47-73.
- Luhmann, Niklas (1984):** Soziale Systeme, Frankfurt a. M.
- Lüngen, Markus/Stollenwerk, Björn/Messner, Philipp/Lauterbach, Karl W./Gerber, Andreas (2008):** Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany, in: International Journal for Equity in Health, Vol. 7, Issue 1; URL: <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/1> (11.08.2009).
- Mosebach, Kai (2009a):** German Hospitals under New Public Management and Managed Care: Commercialized and Commodified?, in: Böckmann Roman/Gerlinger, Thomas (Eds.), Health Policy (German Policy Studies, Special Issue).
- Newhouse, Joseph P. (1993):** Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Cambridge, MA.
- Pfaff, Anita B./ Langer, Bernhard/ Mamberer, Florian/Freund, Florian/Kern, Axel Olaf/Pfaff, Martin (2003):** Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. Universität Augsburg, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Beitrag Nr. 253, Augsburg.
- Pfaff, Anita B./Busch, Susanne/Rindsfüßer, Christian (1994):** Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt a.M./New York.
- Rebscher, Herbert (1993):** Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik, 47. Jg., H. 5/6, S. 39-43.
- Reiners, Hartmut/Schnee, Melanie (2007):** Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung?, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh, S. 133-154.
- Rice, Thomas (2004):** Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas:** Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (2. Aufl.), Bern 2006.
- Rothgang, Heinz/Preuss, Meike (2008):** Ökonomisierung der Sozialpolitik? Neue Begründungsmuster sozialstaatlicher Tätigkeit in der Gesundheits- und Familienpolitik, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hrsg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 31-48.
- Saar, Martin (2007):** Macht, Staat, Subjektivität. Foucaults Geschichte der Gouvernementalität im Werkkontext, in: Krasmann, Susanne/Volkmer, Michael (Hrsg.): Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernementalität“ in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge, Bielefeld: transcript, S. 23-45.
- Schimank, Uwe/Volkmann, Ute (2008):** Ökonomisierung der Gesellschaft, in: Maurer, Andrea (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 382-393.
- Segert, Astrid/Zierke, Irene (2005):** Regionale Ungleichheiten aus der Perspektive nachhaltiger Regionalentwicklung. Das Beispiel ländlicher Räume in Deutschland, Potsdam.
- Sell, Stefan (2001):** Gesundheitspolitik im Spannungsfeld von Bundesländern und Krankenkassen, in: Eckart, Karl/Jenkis, Helmut (Hrsg.): Föderalismus in Deutschland. Berlin, S. 255-277.
- Simon, M. (2007):** Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin Nr. 44: Geld als Steuerungsmittel im Gesundheitswesen, Hamburg, S. 41-63.

- Simon, Michael (2002):** Das neue DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zum Konzept einer ‚Steuerung über den Preis‘, in: Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg, S.145-158.
- Simon, Michael (2008a):** Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme. Studie für die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di., Hannover: URL: http://presse.verdi.de/download-center/pressemappe/data/simon_studie_kritik_der_budgetdeckelung.pdf (11.11.08).
- Simon, Michael (2008b):** Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern et al.
- Statistisches Bundesamt (2006):** Fachserie 2, Reihe 1.6.1: Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, Wiesbaden.
- Urban, Hans-Jürgen (2001):** Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206), Berlin.
- Wille, Eberhard (Hrsg.) (1999):** Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden.
- Wille, Eberhard/Ulrich, Volker/Schneider, Udo (Hrsg.) (2007):** Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, Baden-Baden.
- Windeler, Jürgen (2006):** Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin, in: G+G Wissenschaft – Beilage zur Zeitschrift Gesundheit und Gesellschaft, 6. Jhrg., H. 2, S. 17-27.
- Winkelhake, Olaf/Miegel, Ulrich/Thormeier, Klaus, 2002:** Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, in: Sozialer Fortschritt, 51. Jg., H. 3, S. 58-61.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David, 2007:** Competition in a publicly funded health-care system, in: British Medical Journal, vol. 335, S. 1126-1129.
- Zok, Klaus (2005):** Reaktionen auf das GMG: Wie verhalten sich die Versicherten? Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung, in: WidO-Monitor, 2. Jg., H. 2, S. 1-7.
- Zok, Klaus (2007a):** Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten, in: WidO-Monitor, 4. Jg., H. 1, S. 1-7.
- Zok, Klaus (2008):** Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis, in: Gerhardt, Moritz/Kolb, Stephan u.a. (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Kongressdokumentation Nürnberg 20.-22. Oktober 2006, Frankfurt a. M., S. 329-352.
- Zok, Klaus/Schuldzinski, Wolfgang (2005):** Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Herausgegeben von Verbraucherzentrale NRW und Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen, Bonn.



Hartmut Reiners
Publizist

Von der Kostendämpfung zu Strukturreformen: Der Weg zum Gesundheitsstrukturgesetz

Das Ende 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) war fraglos ein Meilenstein in der Geschichte der GKV-Reformen. Es schaffte das berufsständische Gliederungsprinzip mit Pflicht- und Wahlkassen ab und führte die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten ein. Damit hielt der Wettbewerb als ordnungspolitisches Prinzip Einzug in das GKV-System, wobei dieser Paradigmenwechsel eher ein unvermeidliches Folgeprodukt der freien Kassenwahl als erklärtes politisches Ziel war. Dazu gleich mehr. Darüber hinaus stellte das GSG die Weichen für weitergehende Strukturreformen in der ambulanten und stationären Versorgung, die aber erst zehn Jahre später wirklich angepackt werden sollten.

Dem GSG waren seit Ende der 1970er Jahre mehrere Gesetze zur Begrenzung der Krankenkassenausgaben vorausgegangen. Von 1970 bis 1975 war der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 6,0 auf 8,2 %, derjenige der GKV-Ausgaben von 3,5 auf 5,7 % gestiegen. Heiner Geißler, damals Sozialminister von Rheinland-Pfalz, beschrieb dieses Wachstum mit der noch heute durch die Medien geisternden Floskel von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“. Für diese sprunghafte Entwicklung gab es auch sachliche Gründe, wie z. B. die Befriedigung des enormen Investitionsbedarfs zur Sanierung der maroden Krankenhäuser. Aber es war ein in Teilen unkontrolliertes Wachstum, das so nicht weitergehen konnte. 1975 kreierte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Alfred Schmidt, das Paradigma der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“. Demnach sollten die Krankenkassenausgaben nicht stärker steigen als die Grundlöhne (Bezugsgröße für Sozialversicherungsbeiträge).

Das wurde zum Leitstern einer Reihe von Gesetzen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, auch „K-Gesetze“ genannt, deren wichtigstes das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 war. Sie beschränkten sich auf Ausgabenbegrenzungen, Leistungskürzungen und Umschichtungen im Sozialbudget:

- Budgetierung und Plafondierung der GKV-Ausgaben
- Höhere Selbstbeteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten (u. a. Rezeptblattgebühr, Zahnersatz, Kuren)
- Ausgrenzung von Leistungen (u. a. Negativliste für Arzneimittel)
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen und verbesserte Leistungstransparenz in Arztpraxen
- Erweiterung der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten (z. B. Weihnachtsgeld)

- Veränderungen von Finanzströmen innerhalb der GKV (Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner, kassenartinterner Finanzausgleich)

Diese Politik folgte zwei Prinzipien: Nach dem „Rasenmäherprinzip“ wurden Ausgaben gleichmäßig gekürzt, eingefroren oder in ihren Wachstumsraten beschränkt, nach dem „Verschiebeparkplatzprinzip“ wurden Ausgaben von einem Kostenträger zum anderen verlagert.

Anfang der 1980er Jahre war klar, dass die kurzatmige Politik der K-Gesetze ausgereizt war. Die ab Herbst 1982 regierende christlich-soziale Koalition setzte eine Strukturreform der GKV auf ihre politische Agenda, nahm sich bei deren Umsetzung aber Zeit. Erst im Frühjahr 1985 trat der zuständige Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm mit einem „10-Punkte-Programm“ an die Öffentlichkeit und kündigte vollmundig ein „Jahrhundertgesetz“ an, das Strukturen und Leistungen der GKV gründlich durchforsten werde. Er gab die Parole aus „Überflüssiges streichen, um Notwendiges zu finanzieren“. Es dauerte noch weitere zwei Jahre, bis der erste Arbeitsentwurf eines „Gesundheits-Reformgesetzes“ (GRG) vorlag. Er sah u. a. eine grundlegende Neuordnung des Arzneimittelmarktes vor, um aus den dadurch erzielten Einsparungen einen neuen Leistungsbereich der GKV für Schwerstpflegebedürftige aufzubauen.

Der dafür erforderliche Finanzbedarf wurde auf 6,5 Mrd. DM geschätzt. Das entsprach in etwa dem vom Arzneimittelindex des WIdO ermittelten Volumen überflüssiger Arzneimittelausgaben. Daher war es nicht unrealistisch, diese Summe durch eine Ausweitung der Negativliste von nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln sowie die Einführung eines Festbetragssystems für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zu erwirtschaften. Diese Idee konnte Blüm aber nur in Teilen umsetzen. Die erste von seinen Beamten erarbeitete Negativliste wurde von der Pharma-Lobby schon beim ersten Angriff zerfleddert. Übrig blieb ein Torso mit einem Einsparvolumen von 380 Mio. DM. Aber Blüm setzte sich mit der Einführung einer dreistufigen Festbetragsregelung für Arzneimittel durch. Sie sollte sich langfristig als Erfolg erweisen, zeigte aber kurzfristig kaum Wirtschaftlichkeitseffekte, schon weil die Implementierung dieses Konzeptes einige Zeit brauchte.

Um dennoch die Kosten für die neuen Pflegeleistungen beitragsneutral decken zu können, besann sich Blüm auf das Instrumentarium der K-Gesetze, indem er die Versicherten mit erneuten Leistungskürzungen und Anhebungen von Zuzahlungen zur Kasse bat. Insgesamt 6 Mrd. DM wollte er durch folgende Maßnahmen einsammeln:

- Ausweitung der Negativliste für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- Streichung des Sterbegeldes
- Kürzungen der Übernahme von Fahrtkosten und der Zuschüsse für Kuren und Sehhilfen

- Erhöhung der Zuzahlungen für Zahnersatzleistungen
- „Struktureffekte“ durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten und Bettenabbau in Krankenhäusern

Während diese Belastungen der Patienten seriös zu berechnen waren, basierten die Schätzungen der Einsparungen bei den Leistungserbringern auf mutigen Annahmen. So sollten laut Gesetzbegründung die verschärften Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der kassenärztlichen Versorgung 2,1 Mrd. DM einbringen, Bettenabbau und Verweildauerkürzungen in den Krankenhäusern weitere 1,6 Mrd. DM. Rudolf Dreßler (SPD) bezeichnete diese „Struktureffekte“ im Bundestag als „Luftbuchungen“. Diese Einschätzung sollte sich bestätigen. Entsprechende Einsparungen tendierten in den nachfolgenden Jahren gegen Null.

Das GRG war mit Ausnahme der Einführung der Festbeträge und der Pflegeleistungen eine Fortsetzung der Politik der K-Gesetze. Von der Ankündigung eines „Jahrhundertgesetzes“ war allenfalls die Überführung des die GKV betreffenden Abschnittes der Reichsversicherungsordnung (RVO) in das Sozialgesetzbuch V übrig geblieben. Zudem war es ein Lehrstück über den Einfluss der Lobby auf die Gesetzgebung, das reichlich Stoff für Politikwissenschaftler bot. Norbert Blüm fasste seine Erfahrungen in dem heute noch gerne zitierten Bonmot zusammen, Gesundheitspolitik sei „Schwimmgymnastik im Haifischbecken“. Sein für das Gesetz zuständiger Abteilungsleiter Karl Jung wählte auf einer Pressekonferenz im Dezember 1988 ein anderes Bild aus dem maritimen Bereich: „Das Gesundheits-Reformgesetz ist wie eine leckgeschlagene Yacht, die mit zerfetzten Segeln den Hafen erreicht hat.“

Das GRG hatte bei den Krankenkassenausgaben nur die Wirkung eines Strohfiebers. Von 1989 bis 1991 sank der durchschnittliche Beitragssatz von 12,9 auf 12,2 %, um 1992 auf 13,1 % zu steigen. Zudem wurde ein zentrales Problem im GRG nicht angegangen bzw. in einer Entschließung des Bundestages auf ein nachfolgendes Reformgesetz verschoben: die enormen Beitragssatzunterschiede im GKV-System. Ende der 1980er Jahre hatten die GKV-Beiträge eine Spannbreite von 8 bis 16,8 %.

Verteilung der Beitragssätze auf Kassen und Mitglieder (Juni 1989)

Beitragssatz in % des Grundlohns (GKV insg. 12,91)	Kassen (insg. 1131)	Mitglieder in 1000 (GKV: 20.441,1)	Anteil an GKV- Mitgliedern in %
8 - 8,9	7	3,0	0,02
9 - 9,9	8	277,8	1,36
10 - 10,9	235	720,4	3,52
11 - 11,9	255	2621,4	12,82
12 - 12,9	256	9454,1	46,25
13 - 13,9	187	4146,8	20,29
14 - 14,9	105	2843,2	13,91
15 - 15,9	11	360,5	1,76
16 - 16,8	2	13,9	0,07

Quelle: Endbericht der Enquete-Kommission Strukturreform der GKV (1990), eigene Zusammenstellung

Vor allem die AOKn hatten als Basiskassen große Probleme. Sie stellten allein 100 der insgesamt 118 Kassen mit einem Beitragssatz von über 14 % und verloren viele Mitglieder unter den Angestellten, die versicherungstechnisch zu den besseren Risiken zählten. Das führte zu einem „Kellertreppeneffekt“, weil sich die Risikostruktur der AOKn stetig verschlechterte mit der Folge eines weiteren Abwanderns guter Risiken. Die Ursache für diese Verwerfungen im GKV-System lag im berufsständischen Gliederungsprinzip, das im 19. Jahrhundert stehengeblieben war. Arbeiter waren hohen Beitragssätzen in ihren Pflichtkassen (AOK, BKK, IKK, Knappschaft) ausgeliefert, weil sie bis auf wenige Ausnahmen (Arbeiter-Ersatzkassen) keine Möglichkeit hatten, eine andere Kasse zu wählen. Das Bundessozialgericht hatte schon eine gegen diese Diskriminierung gerichtete Klage der AOK Steinfurt an das Bundesverfassungsgericht weitergereicht. Es gab kaum Zweifel daran, dass die Verfassungsrichter diese Benachteiligung großer Teile der Arbeitnehmer als grundgesetzwidrig bewerten würden.

In der politischen Auseinandersetzung spielte die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten eine sehr viel größere Rolle als die vor allem von Ökonomen gestellte Forderung, dem GKV-System eine wettbewerbliche Struktur zu geben. Knackpunkt war in jedem Fall die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten, die automatisch einen freien Wettbewerb der Kassen um Mitglieder bedeutete. Dagegen liefen vor allem die Ersatzkassen Sturm, weil er Sonderrechte ihrer Mitglieder und damit ihre Wettbewerbsvorteile beseitigt hätte. Sie hätten sogar einen Finanzkraftausgleich unter allen Kassen in Kauf genommen, wenn damit die freie Kassenwahl hätte verhindert werden können.

Wohl um diese Wählerklientel nicht zu verprellen, trauten sich die Regierungsparteien nicht zu einen solchen Schritt zur Gleichstellung aller GKV-Mitglieder. Die SPD hingegen beschloss auf einem Parteitag in Münster Ende August

1988 ein sozialpolitisches Programm, das die freie Kassenwahl für alle GKV-Mitglieder vorsah, mit Ausnahme der Sondersysteme im Bergbau und in der Landwirtschaft. Außerdem sollte es zur Planierung der finanziellen Verwerfungen einen bundesweiten Finanzausgleich innerhalb der Kassenarten geben, eine allerdings auch parteiintern umstrittene Maßnahme. Sie hätte über kurz oder lang zu vier miteinander konkurrierenden bundesweiten Kassenverbänden geführt und damit zu einer deutlichen Beeinträchtigung des Einflusses der Länder auf das Gesundheitswesen. Das führte zu Auseinandersetzungen zwischen Landes- und Bundespolitikern der SPD. Vorerst wurde dieser Streit jedoch auf Eis gelegt, weil man durch die deutsche Einigung vor ganz anderen Problemen stand. Er flammte erst 1991 wieder auf, als sich die Widersprüche im GKV-System weiter zuspitzten und das AOK-System in seiner Funktion als Basiskasse existenziell bedroht war.

Nach den Bundestagswahlen 1991 bildete die christlich-liberale Koalition aus der GKV-Abteilung des BMA und der gesundheitspolitischen Abteilung des BMJFFG das Bundesgesundheitsministerium. Ministerin wurde die CSU-Politikerin Gerda Hasselfeldt, die erst einmal den Dingen ihren Lauf ließ. Das stieß angesichts der wachsenden Probleme im GKV-System auch in ihrer eigenen Fraktion auf Unverständnis. Ohne sich mit der Ministerin abzustimmen, ging im April 1992 deren gesundheitspolitische Sprecher Paul Hofacker mit einem eigenen Papier („Vorschläge für eine marktwirtschaftliche Steuerung der GKV“) an die Öffentlichkeit. Dieser Alleingang war ein Affront gegen Frau Hasselfeldt, die kurz darauf zurücktrat, wobei aber die Enttarnung ihres engsten Mitarbeiters als Agent des polnischen Geheimdienstes der wesentliche Grund war.

Ihr Nachfolger Horst Seehofer machte sich sofort nach Amtsantritt an die Arbeit und ging im Mai 1992 mit den Gesundheitspolitikern der Koalitionsparteien und leitenden Beamten des BMG in eine Klausur. Ihr Ergebnis waren die im Juni 1992 veröffentlichten „Eckpunkte zur Sicherung und Strukturverbesserung in der Krankenversicherung“. Insgesamt sollten 8,2 Mrd. DM bei den Leistungserbringern und 3,2 Mrd. DM bei den Versicherten eingespart werden. Dieses Maßnahmenpaket stand in der Tradition der K-Gesetze. Von wirklichen Strukturreformen war kaum etwas zu erkennen. Hinzu kam, dass es in Teilen Zuständigkeiten der Länder betraf und deshalb der Zustimmung des Bundesrates bedurfte. Dort hatte die Union ihre Mehrheit mittlerweile verloren.

Vor diesem Hintergrund fanden erste inoffizielle Sondierungsgespräche, sogenannte „Nicht-Gespräche“, zwischen Horst Seehofer und dem stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden Rudolf Dreßler statt. Sie ergaben, dass man sich unter bestimmten Voraussetzungen auf ein gemeinsames Reformpaket einigen könnte. Daraufhin legte das BMG Mitte Juli 1992 den Referentenentwurf eines aus zwei Gesetzen bestehenden Pakets vor. In ein „SGB V-Änderungsgesetz“ wurden im Bundesrat nicht zustimmungspflichtige Maßnahmen gepackt, wie z. B. erhöhte Selbstbeteiligungen für Versicherte. Hinzu

kam der Entwurf eines Reformen im Vertragsrecht und die Budgetierung von Ausgaben enthaltenden „Gesundheitsstrukturgesetzes“, das der Zustimmung des Bundesrates bedurfte.

Zeitgleich entwickelten die SPD-regierten Länder eigene Vorstellungen einer Strukturreform des GKV-Systems mit freier Kassenwahl und einem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (RSA). Es zeichnete sich auch ein Konsens unter den Landesregierungen in dieser Frage ab, unabhängig von deren parteipolitischer Zusammensetzung. Anfang Juli 1992 verabschiedete die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder einstimmig eine Entschließung, in der u. a. ein regional abgestufter kassenartenübergreifender RSA gefordert wurde. Dieser sollte zunächst auf Landesebene und, soweit die Beitragssätze in einer Region dennoch stark vom Bundesdurchschnitt abwichen, auch auf Bundesebene durchgeführt werden.

Die für die GKV zuständigen Landesminister der SPD sowie die Gesundheitsexperten der SPD-Bundestagsfraktion trafen sich Anfang August 1992 zu einer Klausurtagung in Düsseldorf. Sie führte zu einem Positionspapier, mit dem man in die Gespräche mit der CDU/CSU über ein „Gesundheitsstrukturgesetz“ gehen wollte. Kernpunkt war die Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl für alle Versicherten und einem regional abgestuften, einnahmeorientierten kassenartenübergreifenden RSA. Außerdem enthielten die in Düsseldorf vereinbarten Eckpunkte noch andere Maßnahmen, wie z. B. die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel, pauschalierte Leistungskomplexvergütungen für Kassenärzte und die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips für Krankenhauspflegesätze zugunsten von Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Diese Eckpunkte wurden in Form einer Entschließung am 11. September 1992 gemeinsam mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung im Bundestag zur Debatte gestellt. In dieser Bundestagssitzung wurde auch offiziell, was hinter den Kulissen bereits geklärt und von den Parteispitzen abgesegnet worden war. Gesundheitsminister Seehofer machte der SPD und den Ländern das Angebot zur Zusammenarbeit an einem Gesundheitsstrukturgesetz, das umgehend angenommen wurde. Man traf sich vom 1. bis 4. Oktober 1992 zu der mittlerweile legendären Klausurtagung in Lahnstein. Dort wurden zunächst die Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer angehört, was jedoch eher ein Ritual war. Die Erfahrungen mit dem von der Lobby kleingehackten GRG wollten die verantwortlichen Politiker von Union und SPD nicht noch einmal machen. Ein Erfolgsgeheimnis des GSG war das weitgehende Ausschalten der Interessenverbände durch geschlossenes und schnelles Handeln der Politik.

Gleich zu Beginn der politischen Gespräche machte der Sprecher der SPD-Seite, Rudolf Dreßler, klar, dass man sich die Zeit für weitere Gespräche sparen könne, wenn die Union nicht bereit sei, sich auf die Kernforderung der SPD einzulassen: freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten und

Einführung eines kassenartenübergreifenden RSA. Horst Seehofer bat um eine kurze Auszeit, um sich per Telefon das Plazet seines Chefs Helmut Kohl einzuholen. Er bekam grünes Licht, was einen seiner Mitarbeiter zu der Bemerkung veranlasste: „Herr Minister, es weht ein Hauch von Sozialgeschichte durch den Raum.“ Man einigte sich auf folgende Eckpunkte:

- Freie Kassenwahl und kassenartenübergreifender RSA, getrennt nach alten und neuen Ländern
- Positivliste für Arzneimittel und Gründung eines Arzneimittelinstituts
- Leistungskomplexhonorare für Kassenärzte, Förderung der Hausärzte
- Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Vergütung der Krankenhäuser, schrittweiser Übergang zu Fallpauschalen
- Ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
- Zulassungsbegrenzung für Kassenärzte, Altersgrenze von 68 Jahren
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten nach dem Zufallsprinzip
- Auf drei Jahre befristete strikte grundlohnorientierte Budgetierung in allen Leistungsbereichen
- An Packungsgrößen orientierte Zuzahlungen bei Arzneimitteln

Beamte des BMG und der Länder machten daraus in einer einwöchigen Arbeitsklausur Mitte Oktober den Entwurf eines „Gesundheitsstrukturgesetzes“. Er wurde als Fraktionsentwurf der beteiligten Parteien ins Gesetzgebungsverfahren geleitet. Am 9. Dezember 1992 erfolgte die abschließende Lesung des Gesetzes im Bundestag. Der Bundesrat segnete es am 18. Dezember ab, so dass es am 1. Januar 1993 in Kraft treten konnte.

Die Protagonisten des GSG, Horst Seehofer und Rudolf Dreßler, hatten die feste Absicht, dieser Reform ein weiteres „Dreßhofer-Gesetz“, wie Journalisten das GSG auch nannten, folgen zu lassen. Einige Projekte mussten im GSG ausgeklammert oder konnten nur in ersten Schritten angepackt werden, wie z. B. Reformen der Krankenhausfinanzierung oder der kassenärztlichen Versorgung. Es blieb noch viel zu tun. Doch zu einem von SPD und Union gemeinsam getragenen GSG II kam es nicht mehr. Nach den Bundestagswahlen 1994 hatte sich die FDP im Koalitionsvertrag ausbedungen, dass es ein erneutes „Lahnstein“ nur mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung geben würde. Für sie und ihre Klientel war die effektive Zusammenarbeit von Union und SPD offenbar eine traumatische Erfahrung.

Die FDP mit ihrem damaligen gesundheitspolitischen Sprecher Jürgen Möllemann sperrte sich fortan gegen jede Kooperation mit der SPD. Stattdessen wurden feste Vereinbarungen wie die Einführung der Positivliste für Arzneimittel von der schwarz-gelben Bundesregierung einseitig aufgekündigt. Kennzeichnend für den Stimmungswandel war das Geschenk, das der BMG-Staatssekretär Baldur Wagner dem Geschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie Vogel zum 60. Geburtstag machte: eine Plastiktüte mit der geschredderten Positivliste. Das war dann auch für die SPD das endgültige Signal, nicht mehr auf eine Zusammenarbeit mit der Union zu setzen. Die weiteren 1990er Jahre waren für die Gesundheitspolitik weitgehend verlorene Zeit. Die christlich-liberale Koalition beschränkt sich auf diverse kleinere SGB V-Änderungsgesetze und zwei zusammenhängende GKV-Neuordnungsgesetze, die zwar ein paar Lockerungen im Vertragsarztrecht boten (u. a. Strukturverträge zur Integrationsversorgung), aber in der Praxis ohne wirkliche Folgen blieben. Es sollten noch mehr als 10 Jahre ins Land gehen, bis sich SPD und Union wieder auf eine gemeinsame Strukturreform in der GKV einigen konnten, die diesen Namen verdiente: Das GKV-Modernisierungsgesetz von 2003. Das GSG von 1992 hat zweierlei gezeigt: Zum einen können wirkliche Strukturreformen im Gesundheitswesen nur im Konsens der beiden großen Volksparteien durchgesetzt werden. Zum zweiten gehört dazu eine Konstellation von handelnden Personen, die in ihrem jeweiligen Lager durchsetzungsfähig sind und – sehr wichtig – einander vertrauen.





Martin Litsch
Vorsitzender des Vorstandes der AOK NORDWEST

Wettbewerb aus der Perspektive eines Krankenversicherungsträgers

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
Sie erlauben mir die Anmerkung, dass es sicher kein Zufall ist, dass das Thema „Zwanzig Jahre Wettbewerb in der GKV“ von einer Einrichtung veranstaltet wird, die sich mit Geschichte befasst. Wenn ich mich hier umschaue, sind die Referenten ein Teil dieser Geschichte. Ich selbst war damals im WIdO und vergleichsweise weit von Politik entfernt. Gleichwohl habe ich heute in meiner Funktion als Vorstand einer großen Versorgerkasse jeden Tag mit den Folgen von Lahnstein zu tun. Ich erlaube mir deshalb in diesem Kreis einige Anmerkungen aus der Sicht eines Krankenversicherungsträgers, die durchaus unausgewogen sind und nicht immer auf den ersten Blick die Meinung der AOK-Gremien erkennen lassen.

Herr Dr. von Miquel spricht im Einladungsflyer vom Mythos von Lahnstein. Ich möchte das erweitern und gerne vom „Mythos Wettbewerb“ sprechen. Laut Wikipedia ist ein Mythos in seiner ursprünglichen Bedeutung eine Erzählung, mit der Menschen und Kulturen ihr Welt- und Selbstverständnis zum Ausdruck bringen. Mythen erheben einen Anspruch auf Geltung für die von ihnen behauptete Wahrheit. Der Mythos steht damit im Gegensatz zum Logos, der durch verstandesgemäße Beweise versucht, die Wahrheit seiner Behauptungen zu begründen. Ich glaube, dass wir gut daran tun, den Mythos Wettbewerb zu enttarnen.

Ich selbst will mich am Anfang bekennen. Ich bin Wettbewerbsfreund. Aber Wettbewerb ist kein Selbstzweck und ich behaupte, wir haben in der solidarischen Krankenversicherung gelernt, dass die Wettbewerbsmechanismen hier nicht gut funktionieren. Wettbewerb soll eine optimale Allokation der Mittel sicherstellen, mit einem Minimum an Beiträgen soll ein Optimum an Versorgung gesichert werden.

Das funktioniert schon mal nicht. Teurer wurde es eindeutig, dass es besser wurde, ist mit Studien nicht belegt.

Warum aber funktioniert es nicht?

Damit Wettbewerb in diesem Sinne funktioniert, sind Rahmenbedingungen zu setzen und zu beachten. Die Wichtigste ist, dass die Versichertenstruktur einer Krankenkasse nicht über den wirtschaftlichen Erfolg einer Krankenkasse entscheiden darf. Das würde in einem Wettbewerbssystem durchaus möglich sein, widerspricht aber der sozialen Funktion der GKV. Selektion von Gesunden und gut verdienenden Mitgliedern soll, ich sage darf, es nicht geben. Die Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) hat dazu wichtige, wenn auch keine perfekten Bedingungen geschaffen. Altersunterschiede, Morbiditäten und Einkommensunterschiede werden heute im morbiditätsorientierten RSA deutlich besser ausgeglichen als bereits im RSA – wobei es auch hier weiteren Optimierungsbedarf gibt.

Weitere Rahmenbedingungen jedoch stehen einem erfolgreichen Wettbewerbsmodell diametral entgegen:

1. Gesunde haben in der Regel vor allem ein Interesse an niedrigen Beiträgen, die Kranken dagegen haben eine hohe Zahlungsbereitschaft und wollen dafür eine optimale Versorgung.

Daher wählten junge und gesunde Mitglieder gerne „billige Kassen“ und Ältere und Erkrankte lieber große Versorgerkassen, die Stabilität versprachen. Bis 2008 gab es Beitragssätze, die das dem Grunde nach zeigten. IKKs und einige BKKs, die sogenannten virtuellen Betriebskrankenkassen, hatten ein Geschäftsmodell entwickelt, das auf die Gewinnung gesunder und gut verdienender Versicherter aufbaute. Solange der RSA keinen vollständigen Grundlohnausgleich sicherstellte, war das auch ein erfolgreiches Modell. Diese Kassen konnten seinerzeit hohe Versichertengewinne erzielen, der Marktanteil des BKK- Systems stieg von 10 auf 20 Prozent an. Aber: Damit war keine Verbesserung der Versorgung verbunden. Im Gegenteil kann man sogar ableiten, dass viele gesunde und gutverdienende Versicherte bei Kassen mit niedrigen Beiträgen dem Gesamtsystem weniger Beitragsgelder für die notwendige Versorgung zur Verfügung stellten. Und diese Kassen haben zwar viele Verträge zur integrierten Versorgung, sog. IV-Verträge, vereinbart. Zu berücksichtigen war aber, dass diese in erster Linie die Funktion hatten, als attraktive Argumente für die gesunde und zahlungskräftige Zielgruppe am Markt zu wirken. Eine echte Verbesserung der Versorgung war mit diesen Verträgen gar nicht beabsichtigt. Deshalb kam niemand auf die Idee, z. B. die Behandlung von Palliativpatienten in diesem Umfeld vertraglich zu regeln. Ein anderer Aspekt spielt eine wichtige Rolle: Eine Kasse, die bundesweit einige zehntausend oder hunderttausend Mitglieder versichert, kann kaum gestaltende Verträge vereinbaren, sie sind für die Vertragspartner schlicht flächendeckend nicht ausreichend wahrnehmbar. Möglich sind letztlich immer nur Zusatzangebote, die für die Leistungserbringer mit Zusatzeinnahmen verbunden sind. Es sind Mitnahmeeffekte. Eine Optimierung der Allokation der Mittel im Sinne der Versorgung ist damit nicht verbunden. Wettbewerb? Fehlanzeige!

2. Die Anbieterstrukturen (z. B. die Anzahl von Krankenhäusern und Betten) sind von den Marktteilnehmern zu gestalten. Wenn keine Krankenhausleistungen gebraucht werden (oder eine geringere Menge), dann müssen sie eigentlich auch nicht weiter bezahlt werden. Leider haben wir da die Rechnung ohne den politischen Wirt gemacht. Wenn Opel keine Astras mehr verkauft, dann werden sowohl der Autobauer als auch seine Zulieferer schlechten Zeiten entgegengehen. Im Gesundheitssystem ist das anders. Kassen als Marktteilnehmer können sich ihre Leistungserbringerstrukturen nicht selbst aussuchen, sie sind schon da. Auch ein Überangebot an Krankenhausleistungen verschwindet nicht einfach durch eine geringe Auslastung. Stattdessen reden wir über asymmetrische Honorarverteilung, bundeseinheitliche Landesbasisfallwerte und – wo es nicht reicht – um Sicherstellungszuschläge und dergleichen. Das führt zu Fehlallokationen. Wettbewerb? Fehlanzeige!

3. Die Kassen brauchen Gestaltungsmöglichkeiten bei der Preisbildung. Diese haben sie nur scheinbar. Gerade der letzte Honorarstreit der Ärzte ist ein anschauliches Beispiel dafür. Preise werden in Berlin zentral festgesetzt und wirken so bundeseinheitlich auf die Regionen mit sehr unterschiedlichen Strukturen. Franz Knieps, du entschuldigst, aber das ist auch eine Folge des Zentralisierungsschubes in der Ära Ulla Schmidt, Stichworte: erweiterter Bewertungsausschuss, GKV Spitzenverband.
Die Folge: unzufriedene Leistungserbringer, weil Einkommenserwartungen geschürt werden. Und ein Aufschaukeln der regionalen Preisstrukturen.

Die Folgen dieser Rahmenbedingungen sind, dass ein Wettbewerb nicht funktioniert und zwar ganz gleich, welchen Wettbewerbsaspekt man sich anschaut:

Der Markt um die Versicherten funktioniert noch am besten. Kassen strengen sich an, attraktiv zu sein. Leider bezieht sich das aber nicht auf Versorgungsangebote. Ein Versicherter wechselt zumindest in der Regel nicht die Kasse, weil die Kasse einen tollen Versorgungsvertrag zur Palliativversorgung hat. Wenn ich meine Kasse wähle, denke ich nicht an den Tod oder an chronische Erkrankungen. In der Regel denke ich an Beiträge bzw. Prämien und ich denke an konsumorientierte Leistungen. Auch bei der AOK gibt es das Wohlfühlprogramm mit qualitätsgesicherten Kursen. Natürlich ist das auch Marketing. Und das ist auch notwendig, weil wir um die Versichertengunst im Wettbewerb stehen. Der Vertragswettbewerb funktioniert aber leider nicht.

Der Wettbewerb der Behandler funktioniert ebenfalls nicht. Ein Patient entscheidet nur in seltenen Fällen rational, welchen Leistungserbringer er wählt. Er folgt seinem Gefühl, seinen Angehörigen und Freunden, dem regionalen Angebot. Die AOK versucht mit großer Energie, Transparenz herzustellen, eine Voraussetzung für Entscheidungen. Wir haben verschiedene Angebote, wie Arztbewertungen, Krankenhausnavigatoren, Hinweise für Pflegedürftige sowie die elektronische Patientenquittung, aber Patientenströme lenken wir bis jetzt nicht. Und so geht es nicht nur uns.

Und am wenigsten funktioniert der Wettbewerb im Leistungs- oder Versorgungsmarkt. Was die GKV bisher zwischen Kassen und Leistungserbringern an selektiv-vertraglichen Leistungen anzubieten hat, ist ernüchternd. Es sind eher Versuche, einzelne Leistungserbringergruppen zu „umgarnen“, als echte Versorgungsbekenntnisse. Die Phase der IV-Verträge war von großer Euphorie geprägt und ist nach dem Auslaufen der Förderung nahezu vollständig zusammengebrochen. Neue Verträge, die sich rechnen, sind eine seltene Ausnahme und tangieren nur wenige Versicherte.

Den einzigen wirklich bemerkenswerten Leistungswettbewerb finden wir im Arzneimittelmarkt bei den Rabattverträgen. Diese haben sich inzwischen etabliert und das trägt Früchte. Aber es beträgt nur etwa ein halbes Prozent des gesamten Kuchens (1 Milliarde von 185 Milliarden).

Vor zwei Wochen hat Herr Wille seine Vorstellungen in einer AOK-Konferenz erläutert, wie er den IV-Vertragsmarkt wieder ankurbeln will: mit Krediten der KfW-Bank. Ich glaube nicht daran, dass die AOK NORDWEST ein Projekt auf diesem Weg finanziert. Schließlich sind es Gelder der Versicherten, mit denen wir sensibel umzugehen haben. Denn: Was ist mit der Haftung, wenn der Vertrag nicht funktioniert?

Zwischenfazit

Es ist gut, dass es nicht nur einige wenige Kassen gibt. Nur dann ist sichergestellt, dass die Kassen tatsächlich kundenorientiert und nicht als „Behörde“ handeln. Der Morbi-RSA stellt dies sehr weitgehend sicher. Alle anderen Wettbewerbsfelder dagegen sind Schimären, Trugbilder des Zeitgeistes ohne Nutzen für eine solidarische Krankenversicherung.

Und wie könnte es weitergehen?

Ich glaube, wir stehen vor einer entscheidenden Weichenstellung mit zwei möglichen Szenarien:

Es ist möglich, dass die Wettbewerbsoptimisten „Oberwasser“ behalten und weiter gewinnen. Ganz unmittelbar droht die gerade beschlossene Ausweitung des Kartellrechts auf die Krankenkassen. Durch die Anwendung des Kartellrechts wird unsere soziale Funktion von den Sozialgerichten in die Wettbewerbskammern verlagert. Wir verlieren damit die Autonomie, unsere Krankenversicherung im Sinne des SGB weiterzuentwickeln, weil wesentliche Rahmenbedingungen dann auf europäischer Ebene festgelegt werden. Kassen, auch im Wettbewerb stehende, verlieren ihre soziale Funktion, eine kassenübergreifende Zusammenarbeit wie sie heute an vielen Stellen Routine ist und deren verpflichtende Grundlagen politisch vorgegeben wurden, wird damit rechtlich unmöglich werden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass damit eine Privatisierung unseres Systems fortschreitet. Vermutlich schleichend, aber dennoch unaufhaltsam. Die Leistungsanbieter finden das vermutlich gar nicht so schlecht, denn mit Krankheit lässt sich viel Geld verdienen. Ein niederschwelliger Zugang zu hochwertigen Leistungen wird aber dann vom Geldbeutel des Versicherten abhängen. Ob das dem sozialen Frieden dient, darf bezweifelt werden.

4. Es ist aber auch möglich, dass die Kollektivvertragsfraktion wieder ordnungspolitisch an Bedeutung gewinnt. Es gibt mit Ausnahme der Arzneimittelrabattverträge kaum Beispiele in relevanter Dimension, die über selektivvertragliche Regelungen zu besseren Versorgungsangeboten führen. Die wenigen volumenmäßig relevanten Selektivverträge sind die Verträge zur Hausärztlichen Versorgung. Bis heute existiert kein belastbarer Beweis, dass damit etwas besser geworden ist. Dagegen hat sich der Kollektivvertrag in vielen – auch dramatischen – Wirtschaftskrisen behauptet, die Versorgung war nie gefährdet, eine Weiterentwicklung hat immer stattgefunden.

Ein Beispiel: Eine uneingeschränkte und hochwertige Palliativversorgung ist ethisch völlig unumstritten. Wir haben in Westfalen-Lippe einen hervorragenden kassenartenübergreifenden Palliativvertrag, in dem die vorhandenen Strukturen (Hausärzte, Schmerzmediziner, Pfleger) gemeinsam genutzt werden. Eine sinnvolle Antwort auf ein Versorgungsbedürfnis ohne neue zusätzliche Strukturen. Wir haben eine hohe Arztdichte, weltweit. Da ist es töricht, neue Anbieterstrukturen zu schaffen. Deswegen ist die spezialärztliche Versorgung nach § 116b zwar ein großes Betätigungsfeld, aber es schafft neue Anbieterstrukturen in einem Bereich, in dem wir bereits doppelt besetzt sind. So etwas ist selektivvertraglich nicht sinnvoll lösbar.

Meine Vorschläge für ein kollektivvertraglich organisiertes solidarisches Gesundheitssystem mit wettbewerblichen Elementen:

1. Rechnerisch richtige Ausgangsbedingungen für Kassenwettbewerb ohne Selektionsanreize schaffen. Das heißt auch, den Morbi-RSA-Methodenfehler zu beheben.
2. Kein Kartellrecht in der sozialen Versicherung.
3. Abschaffen der bundeseinheitlichen Preisvorgaben. Das ist zwar angenehm für die Regionen (verantwortungsfrei), berücksichtigt jedoch nicht unterschiedliche regionale Strukturen und führt zu massiven Fehlallokationen von Geldern und Leistungsangeboten.
4. Wiedereinführung eines kassenindividuellen Beitragssatzes. Im Sinne des Verbrauchers und Versicherten bringt eine Tariffinflationierung wie z. B. im Bereich der Handyverträge oder der PKV keinen Versorgungsgewinn. Basisstarife, Wahlstarife, Zusatzstarife, Bonustarife, etc. Man gewinnt damit keine Patientensouveränität, sondern verliert das Vertrauen in die Versorgung und in die soziale Balance.
5. Und ganz wichtig: Der umfassende Leistungskatalog der GKV muss erhalten bleiben.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.



Dr. Robert Paquet
Journalist und Berater Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft

Die Entwicklung des Vertragswettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung¹

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Bereitstellung der medizinischen Versorgung seit etwa 50 Jahren grundsätzlich in Kollektivverträgen geregelt. Jeder Versicherte hat unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit Zugang zu allen Ärzten, die im Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur GKV-Versorgung zugelassen sind. Unter ihnen hat er die freie Arztwahl. Analog gilt für die Krankenhäuser, dass er bei Bedarf alle versorgungsrelevanten Einrichtungen in Anspruch nehmen kann. In beiden Fällen werden die Leistungen als Sachleistung erbracht, d. h. der Versicherte muss nicht in finanzielle Vorleistung treten (mit nachfolgender Kostenerstattung durch seine Kasse), sondern die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt direkt durch die Krankenkassen. Eine Differenzierung in der Versorgung nach Kassenzugehörigkeit der Versicherten fand bis vor kurzem nur in wenigen Ausnahmefällen statt, wenn beispielsweise einzelne Krankenkassen mit bestimmten (auch z. B. regional begrenzten) Ärztegruppen oder einzelnen Leistungserbringern Verträge über besondere Vorsorgeleistungen oder zusätzliche Qualitätsaspekte der Behandlung geschlossen hatten. Es ging dabei regelmäßig um ein „Mehr“, ein add-on gegenüber der Regelversorgung, die durch solche Verträge im Grunde unberührt blieb.

Mit den Selektivverträgen neuen Typs existiert seit rund zehn Jahren eine potenziell bahnbrechende Entwicklungsmöglichkeit. Durch Selektivverträge einzelner Kassen mit niedergelassenen Ärzten (und zum Teil unter Beteiligung von Krankenhäusern) kann die Regelversorgung des Kollektivvertrages nunmehr partiell oder sogar vollständig ersetzt werden. Ein Beispiel für die Konstruktion dieser Vertragsformen sind die Arzneimittel-Rabattverträge, bei denen die Versicherten einer Kasse im Bereich der wirkungsgleichen Arzneimittel (Generika) in der Apotheke nur noch die Präparate erhalten, für die ihre jeweilige Kasse einen speziellen Vertrag mit dem Hersteller abgeschlossen hat. Dabei sind die Auswirkungen in diesem Bereich vergleichsweise unproblematisch, da es hier bisher (fast) ausschließlich um Preisdifferenzierung für an sich gleiche bzw. gleichwertige Medikamente geht. Komplizierter wird die Sache, wenn man die Möglichkeiten der Selektivverträge im Bereich der ambulanten ärztlichen (und erst recht der stationären) Behandlung ins Auge fasst.

Die aktuelle politische Kontroverse dreht sich um die Grundsatzfrage, welchen Stellenwert die Selektivverträge haben sollen: Ob sie nur einen ergänzenden, zusätzlichen und der Erprobung neuer Verfahrensweisen oder Versorgungsformen dienenden Charakter haben sollen, oder ob sie tatsächlich auf breiter Front die Regelversorgung ersetzen, d. h. „substitutiv“ wirken sollen.

1 Überarbeitete Einleitung aus der Studie des Autors: Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, hrsg. von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2011.

Diese Frage wird zur Zeit am Beispiel der Hausarztverträge vehement ausgefochten. Dabei wird die Diskussion dadurch verkompliziert, dass gerade diese Verträge im Gesetz zwar formal als Selektivverträge, d. h. den Kollektivvertrag sprengend angelegt sind, aber gleichzeitig ihr Abschluss mit einem Monopolisten vorgeschrieben wird. Das führt dazu, dass erstens die Debatte um den Sinn des Vertragswettbewerbs mit der Frage nach dem Stellenwert eines (mehr oder weniger verpflichtenden) Primärarztsystems einhergeht und zweitens mit einer Diskussion über das Wettbewerbs- und Kartellrecht und andere Grundsatzfragen der Wettbewerbsordnung verbunden wird.

Hinzu kommt, dass in die Kontroverse um die Selektivverträge regelmäßig zwei weitere Probleme hineinwirken:

- Das Thema der „hausarztzentrierten Versorgung“ (wie der technische Begriff im SGB V heißt) wird meist verknüpft mit dem Problem eines tatsächlichen oder vermeintlichen Ärztemangels vor allem in der ambulanten (haus-)ärztlichen Versorgung (und damit faktisch verbunden mit dem gesamten Fragenkomplex der vertragsärztlichen Bedarfsplanung bzw. des sogenannten Sicherstellungsauftrags).
- Die Frage des „Wettbewerbs“ zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor der Leistungserbringung ist ebenfalls seit vielen Jahren ein neuralgischer Punkt des Gesundheitswesens. Sie ist wiederum mit dem Thema der Integrationsbemühungen, d. h. um sektor-übergreifende Versorgungsmodelle im Rahmen sogenannter Integrationsverträge, einem anderen Typus von substitutiven Selektivverträgen, verbunden. Beide Seiten, die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte, kämpfen um Anteile an der ambulanten Versorgung.

Die alte Bundesregierung hatte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ein klares Bekenntnis zum Vorrang von Selektivverträgen abgelegt. Die neue Bundesregierung hat das nun (halbherzig) revidiert und verhält sich widersprüchlich. So hat sie den Kassenärztlichen Vereinigungen zwar das Überleben garantiert, aber den Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73b SGB V beibehalten. Auch die übrigen Ausstiegsmöglichkeiten aus den klassischen Kollektivverträgen wurden zunächst nicht angetastet. Das wirft verschiedene Probleme auf, die zum Teil die Kernfunktionen der KVen in Frage stellen. Das betrifft z. B. Fragen der Honorarverteilung ebenso wie die Aufgabe der Qualitätssicherung. Vor allem aber ist der Sicherstellungsauftrag in Frage gestellt, der durch die aktuelle Diskussion über die Gefahren regionaler Unterversorgung mit Haus-, aber auch Fachärzten, wieder in den Mittelpunkt des Interesses (auch vieler Landesregierungen) gerückt ist.

Alle diese Fragen berühren zwangsläufig die Funktion und Rolle bzw. Machtposition der betroffenen Akteure im Gesundheitswesen. Es geht um Interessen und um viel Geld. Grob gesagt, werden durch die ernsthafte Ausweitung von Selektivverträgen die Sachwalter des Kollektivvertragssystems, d. h. die

Kassenärztlichen Vereinigungen und auch die Krankenhausgesellschaften, geschwächt. Jeweils bestimmte Leistungserbringer (z. B. bestimmte Ärztegruppen und einzelne Krankenhaus-Betreiber) rechnen sich umgekehrt positive Chancen aus. Einzelne (vor allem größere) Krankenkassen sehen in echten Selektivverträgen die Möglichkeit, für ihre Versicherten eine qualitativ verbesserte und wirtschaftlichere Versorgung zu organisieren. Wo diese Tendenzen ihre Grenzen haben (bzw. haben müssen) und weiterhin eine allgemeingültige Basisversorgung sichergestellt werden muss, ist jeweils (sektorspezifisch) zu diskutieren.

Bei einer solchen Ausweitung des Wettbewerbs wird es auf allen Seiten Gewinner und Verlierer geben. Dabei sollen die Patienten zwar möglichst immer auf der Gewinnerseite sein. Trotzdem besteht regelmäßig im Gesundheitswesen (und auf allen seinen Ebenen) die Gefahr, dass Risikoselektion stattfindet. Entsprechende Tendenzen gibt es jedoch nicht nur bei Selektivverträgen, sondern auch beim Kollektivvertrag und in staatlichen Gesundheitssystemen. Solche Tendenzen müssen jeweils mit spezifischen Maßnahmen in Schach gehalten werden. Diese Fragen und die Probleme des Gegeneinanders, aber auch des Miteinanders von Kollektiv- und Selektivverträgen, vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung („Doppelstandard“), werden die gesundheitspolitische Debatte noch auf Jahre hinaus bestimmen.

Es liegt auf der Hand, dass eine wettbewerbliche Entwicklung des Gesundheitswesens im Zusammenhang mit einer Produktivitätssteigerung in Zukunft höhere Ansprüche an die Qualifikation und Kooperationsfähigkeit der Beschäftigten stellen wird. Insbesondere die Entwicklung von sektor- und professionsübergreifender Teamfähigkeit ist gefordert. Der damit zusammenhängende Qualifikations- und Weiterbildungsbedarf wird erheblich sein. So hält der Autor an der Aussage fest: Wenn der Wettbewerb der Krankenkassen einen Sinn haben soll, dann sollte es auch einen substitutiven Vertragswettbewerb geben. Das führt zwangsläufig zu entsprechenden Zumutungen an die Leistungserbringer und Versicherten. Die gesellschaftliche Entwicklung bringt jedoch unwiderruflich immer weitere Differenzierungen hervor, was das Leben komfortabler und reicher macht, aber auch komplizierter. Dem kann sich auf Dauer auch das Gesundheitswesen nicht entziehen. Daher wird es auf mittlere und lange Sicht unterschiedliche Strukturen und Vertragsmodelle in der Versorgung geben. Unter Gerechtigkeitsaspekten wird es demzufolge für „effizientere“ Versorgungsformen auch differenzierte Wahltarife geben müssen. Denn es wäre nicht akzeptabel, dass sich diejenigen Versicherten, die beispielsweise auf das Recht der freien Arztwahl verzichten und sich „steuern“ lassen, von den entsprechenden Effizienzgewinnen ausgeschlossen werden.



Christoph Kranich
Verbraucherzentrale Hamburg

Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe als Kennzeichen eines modernen Gesundheitswesens

Statt vom Gesundheitswesen oder Gesundheitssystem wird immer häufiger von der Gesundheitswirtschaft gesprochen. Das Dogma vom Wettbewerb erobert auch den Umgang mit unserem „wichtigsten Gut“ – als ob Gesundheit und Krankheit das Gleiche wären wie Autos, Fernreisen oder Haarschnitte. Das ist ein Irrweg. Wir dürfen vom Gesundheitswesen nicht nur die ökonomische Seite sehen und gelten lassen. Es ist nämlich in seinem Kern das allerletzte Auffangbecken für die Schäden unserer ökonomisierten, kapitalisierten Welt. Als krank und ausgestoßen landet in diesem System, wer im alltäglichen Kampf um Karriere, Ansehen und Macht nicht mithalten kann.

Genau genommen erfüllen auch weitere soziale Sicherungssysteme diese Funktion: nämlich alle, deren Leistung nicht an unmittelbare vorherige Gegenleistungen gebunden sind. Neben dem Gesundheitssystem sind das vor allem Grundsicherung im Alter, Sozialhilfe, Jugendhilfe, Behindertenhilfe und in eingeschränktem Sinne auch das „Arbeitslosengeld II“, das die frühere Arbeitslosenhilfe abgelöst hat. Sie alle fragen nicht, wie viel jemand zuvor eingezahlt hat, wie leistungsfähig er oder sie ist oder war, sondern sie leisten, wenn jemand sie braucht, wenn er oder sie im Sinne der jeweiligen Definitionen „bedürftig“ ist. Das Gesundheitswesen unterscheidet sich jedoch von diesen anderen gesellschaftlichen Subsystemen durch mehrere Merkmale:

- Jeder Mensch benötigt die Leistungen des Gesundheitssystems im Verlauf seines Lebens mehrmals. Schon die Geburt findet in aller Regel in einem Krankenhaus statt, Kinderkrankheiten werden von Ärzten begleitet, und bis zum ebenfalls meist in Krankenhäusern oder Hospizen stattfindenden Sterben bieten uns etliche Krankheiten und Unfälle Gelegenheit, Kontakt mit dem Gesundheitssystem zu suchen. Unter den genannten sozialen Sicherungssystemen ist das Gesundheitswesen das einzige, das prinzipiell und wiederholt für alle Bürger bedeutsam und sogar lebenswichtig ist, nicht nur für bestimmte, abgrenzbare Bevölkerungsgruppen.
- Wer das Gesundheitssystem aufsucht, ist in seinen sonst gewohnten menschlichen Fähigkeiten eingeschränkt. Krankheit schwächt an Körper und Seele, Schmerzen vernebeln die Sinne, chronische Krankheiten knicken Biografien, zerstören Berufspläne und oft auch Familien.
- Die Gründe, das Gesundheitssystem zu brauchen, sind in aller Regel nicht aktiv selbst verursacht. Selbst bei Krankheiten, die stark mit bestimmtem Verhalten in Verbindung stehen (Lungenkrebs bei Rauchern, Übergewicht, ja sogar Sportverletzungen ...), ist es meist nicht möglich, eindeutig festzustellen, wie hoch der Anteil des Verhaltens an der Entstehung einer Krankheit oder Verletzung ist. Krankheit wird überwiegend als unbeeinflussbares Schicksal erlebt.

Ein solches gesellschaftliches Subsystem vorwiegend unter ökonomischen Aspekten zu betrachten, wird leicht zynisch. Man vergisst dann die Notlagen, in denen sich die Nutzer befinden, und ignoriert die besonderen Kennzeichen dieses Systems.

Andererseits kann kein Staat der Welt Ärzte, Krankenhäuser und Medikamente als Wohltaten für alle ausschütten, ohne darauf zu achten, dass sie auch dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Denn das Gesundheitssystem neigt genau wegen seiner dargestellten Besonderheiten, der solidarischen Umverteilung von den Leistungsfähigen hin zu denen, die die Leistungen brauchen, zu Verschwendung und „Fehlallokation von Ressourcen“, zu gleichzeitiger Unter- und Überversorgung. Privatversicherte werden übertherapiert, gesetzlich Versicherten werden Leistungen verweigert; Korruptionsabteilungen von Krankenkassen decken Skandale mit gefälschten Rezepten und Kumpaneien zwischen betrügerischen Ärzten und Apotheken auf. Das sind nur markante Beispiele für Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen, über die mit Recht geklagt wird. Allerdings ist die weitere Angleichung des Systems an die allgemeinen Marktmechanismen kein Mittel dagegen. Denn dann würden wir zugleich auch die besonderen Alleinstellungsmerkmale des Gesundheitswesens aufkündigen.

1. Der Patient ist kein Kunde

Auf der individuellen Ebene ist das Besondere am Gesundheitswesen, dass Patienten, wenn sie zum Arzt gehen, keine Kunden sind. Ein Kunde zeichnet sich dadurch aus, dass er erstens ein Produkt oder eine Dienstleistung auswählt bzw. bestellt und zweitens auch bezahlt. Diese beiden Funktionen begründen seine Souveränität, deshalb ist der Kunde König – weil er die Macht hat zu bestellen und das Geld, um zu bezahlen. Ganz anders der Patient. Er bestellt keine Leistung, sondern bittet den Arzt, ihm eine zu verordnen; und er bezahlt nicht, sondern er hofft, dass seine Krankenversicherung die Leistung erstattet. Das macht den Patienten zum Bittsteller, zum Abhängigen.

Man könnte einwenden (und tut das auch): Dann gebt ihm doch die Souveränität zurück. Lasst ihn selbst bestellen und selbst bezahlen. Doch das ist ein Irrweg, wie man häufig bei privat Krankenversicherten sehen kann. Sie müssen nämlich selbst ganz genau kontrollieren, ob ihr Versicherungsschutz die Leistungen, die sie von Institutionen des Gesundheitswesens bekommen, abdeckt. Und je kränker sie sind, desto weniger können sie das leisten. Dazu ein Beispiel aus der Beratungspraxis:

Fallbeispiel 1: Private Krankenversicherungen eignen sich nur für Gesunde

Frau H. war schwer herzkrank. Laut Katheteruntersuchung waren drei Herzkranzgefäße zu 95 Prozent verstopft, und Frau H. wurde eröffnet, das sei lebensbedrohlich, und dringend zu einer Operation beim Spezialisten Prof.

K. geraten, der Koryphäe für so komplizierte Eingriffe. Frau H. ist privat versichert und beihilfeberechtigt. Sie war aber vorher noch nie im Krankenhaus und kannte daher nicht den Umfang ihres privaten Versicherungsschutzes. Sie unterschrieb ein Formular, eine wahlärztliche Vereinbarung, in der als Chefarzt Prof. K. eingetragen war. Dieser operierte sie später auch und alles verlief sehr gut, allerdings heilte die OP-Wunde nicht so schnell und der Krankenhausaufenthalt wurde länger. Es kamen hohe Rechnungen, die Frau H. wie gewohnt bei der Krankenversicherung und der Beihilfe einreichte. Erst jetzt erfuhr sie, dass sie gar nicht für wahlärztliche Leistungen versichert war, und kam deshalb in unsere Beratung bei der Verbraucherzentrale in Hamburg. Sie fühlte sich vom Krankenhaus schlecht beraten.

Wir mussten Frau H. leider mitteilen, dass die von ihr unterschriebene wahlärztliche Vereinbarung rechtsgültig ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs muss jeder privat versicherte Patient vor einer Operation selber den Umfang seiner Versicherungspflicht klären, das ist nicht Aufgabe des Krankenhauses. Und wir mussten Frau H. auch mitteilen, dass nicht nur Prof. K., sondern auch alle anderen beteiligten Ärzte – z. B. Laborarzt, Anästhesist – extra Rechnungen stellen dürfen. Frau H. war geschockt. Immerhin wird es ihr ein Trost sein, dass die komplizierte Operation so gut verlaufen ist. Aber ihr Portemonnaie ist erstmal leer und sie um eine Lektion reicher.

Doch nicht nur die subjektive Überforderung Einzelner spricht gegen den Versuch, die Kundensouveränität mit ihren Funktionen und Aufgaben – Bestellen, Bezahlen, Kontrollieren – wieder stärker auf die Patienten übertragen zu wollen. Ein weiteres Argument ist die objektive Notwendigkeit der Umverteilung, die sich in keinem Lebensbereich so deutlich und umfassend zeigt wie im Gesundheitswesen. Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit der Menschen sind hier sehr ungleich verteilt, sogar gegenläufig: Bis ein Mensch anfängt, Geld zu verdienen und Krankenkassenbeiträge zu bezahlen, hat er schon viele Leistungen gebraucht, von der Geburt über die Kinderkrankheiten bis zum Arm oder Beinbruch beim Kirschenklauen als Jugendlicher. Dann, wenn die produktive Phase beginnt, brauchen die meisten Menschen besonders wenige Leistungen, sie sind jung und gesund. Erst wenn das Alter naht, wenn die Kräfte nachlassen und die Produktivität schwindet, kommen die Krankheiten – und als Rentner, wenn wir die meisten Leistungen in Anspruch nehmen müssen, zahlen wir wieder kaum noch Krankenkassenbeiträge ein.

Wir brauchen also das System der solidarischen Umverteilung – und ein Bewusstsein dafür. Wir sollten wissen und immer daran denken, dass der hohe Beitrag, den wir monatlich unseren Krankenkassen bezahlen, erstens Nachzahlung für die Kindheit und Jugend, zweitens Vorauszahlung fürs Alter und insbesondere die teuersten letzten Jahre, und drittens eine Schenkung für diejenigen ist, die ihr Leben lang nicht in Krankenkassen einzahlen können, sondern nur Leistungen brauchen: zum Beispiel Menschen mit schweren Behinderungen, denen man in dunklen Zeiten deutscher Geschichte das Lebens-

recht absprach (und damit viel Geld sparte, ökonomisch gesehen also eine sehr sinnvolle Regelung).

Trotzdem gibt es im Gesundheitswesen auch Bereiche, in denen Patienten wie anderswo auch Kunden sind. Wer in der Apotheke ein Mittel gegen Kopfschmerzen kauft oder eine Reiseapotheke zusammenstellen lässt, muss das, wie im Supermarkt, selbst entscheiden und selbst bezahlen. Das Gesundheitswesen ist also vor allem in seinem Kern solidarisch organisiert, bei den medizinischen und pflegerischen Leistungen, die von den Kostenträgern als „notwendig“ definiert werden.

Das kann zu schwierigen Konstellationen führen. Zum Beispiel beim Arzt, von dem der Patient eine Heilung oder Linderung seiner Krankheit erwartet, natürlich auf Kosten seiner Krankenkasse. Dieser Arzt empfiehlt ihm dann aber ganz nebenbei noch eine Leistung, die er für sinnvoll und vielleicht sogar notwendig hält, die aber die Krankenkasse nicht bezahlt. Eine sogenannte „IGeL“, eine Individuelle Gesundheitsleistung. Dieser Mensch hat zu seinem Arzt also gleichzeitig eine Patientenbeziehung (mit der Erwartung des Patienten, der Arzt solle ihm eine Leistung gegen seine Krankheit verordnen und die Krankenkasse solle sie erstatten) und eine Kundenbeziehung (mit der Erwartung des Arztes, der Patient solle sich ganz frei für etwas entscheiden – und es auch selbst bezahlen). Das ist für Viele nicht nur ungewohnt, sondern sogar eine Überforderung. Erst recht, wenn Ärzte das „IgeL“ professionalisieren, um damit die knappen Krankenkassen-Budgets aufzubessern. Wenn Ärzte anfangen, nach wirtschaftlichen Kriterien zu entscheiden oder auch nur Maßnahmen zu empfehlen, anstatt nach dem beim Patienten objektivierbar festgestellten und kommunizierten medizinischen Bedarf, ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient dahin. Auch dazu ein Beispiel aus der Beratungspraxis:

Fallbeispiel 2: Von der Geschäftstüchtigkeit mancher Ärzte

Frau N. berichtet über ihren letzten Arztbesuch in einer orthopädischen Praxis: Sie hatte sich dorthin gewandt wegen Schmerzen im Knie. Festgestellt wurde eine leichte Arthrose. Der Arzt empfahl ihr eine Operation, alternativ eine Spritzenbehandlung mit Hyaluronsäure. Frau N. wollte sich eine Operation ersparen, deshalb entschied sie sich für die Spritzen. Sie wurde darauf hingewiesen, dass die Krankenkasse diese nicht bezahlt. Auf ihre Frage, ob sie die Spritzen in der Apotheke kaufen sollte, meinte der Arzt, er habe sie vorrätig. Er kassierte für fünf Spritzen 310 Euro. Bei der letzten Behandlung fragte Frau N. den Orthopäden nach seiner Meinung über Teufelskrallen, einem pflanzlichen Medikament. Statt einer Antwort sagte er gleich, er habe etwas Besseres, und empfahl ihr ein Nahrungsergänzungsmittel, das sie gleich in der Praxis kaufen konnte. Obwohl sie eigentlich erst einmal einen Versuch mit einer Packung machen wollte, hatte sie bei Verlassen der Praxis dann doch drei Packungen in der Tasche.

Frau N. fühlte sich jetzt doch irgendwie überrumpelt und schaute deshalb am nächsten Tag mal bei ihrer Apotheke vorbei. Dort erfuhr sie, dass sie das Nahrungsergänzungsmittel auch dort hätte bekommen können (wenn auch unter einem anderen Namen) und natürlich auch eine Einzelpackung. Bei dieser Gelegenheit stellte sich auch heraus, dass die fünf Spritzen, die sie selbst bezahlt hatte, in der Apotheke fast 100 Euro weniger gekostet hätten.

Frau N. ist jetzt wirklich wütend und enttäuscht von dem Arzt und fragt nach unserer Meinung. Wir können ihr bestätigen, dass der Arzt hier gegen seine beruflichen Pflichten verstoßen hat. Nach der Berufsordnung ist es Ärzten untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung ärztlicher Tätigkeit Waren oder sonstige Gegenstände zu verkaufen. Damit soll sichergestellt werden, dass sich der Heilauftrag des Arztes nicht mit sonstigen wirtschaftlichen Interessen vermischt – gerade um Enttäuschungen wie bei Frau N., die das Arzt-Patientenverhältnis nachhaltig belasten, zu vermeiden.

Neben diesem Blick auf das Spannungsverhältnis von Krankenbehandlung und Ökonomie aus der Sicht des individuellen Patienten möchte ich dasselbe nun auch auf der gesellschaftlichen Ebene beschreiben.

2. Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit

Die drei bekannten Begriffe der französischen Revolution haben Eingang gefunden in die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948. Dort heißt es in Artikel 1: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.“ (<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>). Heute nennen wir das Dritte vielleicht lieber Geschwisterlichkeit.

Vielen ist schon aufgefallen, dass diese Begriffe in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen, sich gegenseitig begrenzen oder sogar ausschließen. Wie soll ich mich frei entfalten können, wenn ich dabei gleich sein soll wie alle anderen – und auch noch brüderlich oder schwesterlich an meinen Nächsten denken soll? Eine Lösung dieses Dilemmas ist, die drei Begriffe verschiedenen gesellschaftlichen Subsystemen zuzuordnen:

- Wissenschaft, Kunst und Religion müssen frei sein, sonst können sie sich nicht entfalten. Staat und Wirtschaft haben nur für den Rahmen zu sorgen, innerhalb dessen sich Wahrheitssuche, Kreativität und Spiritualität entfalten können.
- Vor dem Gesetz sind alle Menschen gleich, oder sollen es jedenfalls sein. Der Staat hat dafür zu sorgen, dass ihr Lebensrecht unangetastet bleibt und sie ihre Grundbedürfnisse erfüllen können.

- Und das Wirtschaftssystem soll allen Menschen die materielle Existenz ermöglichen, und zwar möglichst effektiv und effizient. Brüderlich oder geschwisterlich ist das Wirtschaftsleben dadurch, dass alle, die daran teilnehmen, prinzipiell für andere arbeiten. (Selbstversorger sind nicht wirtschaftlich tätig.) Dieser Umstand wird allerdings dadurch verschleiert, dass gemäß herrschender Ideologie jeder letztlich nur an seinen eigenen Vorteil denken soll, und die meisten das auch tun.

In der UN-Deklaration fällt auf, dass Freiheit und Gleichheit als angeboren bezeichnet werden, die Brüderlichkeit dagegen als Aufforderung formuliert ist: Wir seien mit Vernunft und Gewissen bereits begabt, aber sollen uns im Geiste der Geschwisterlichkeit begegnen. Das könnte darauf hinweisen, dass dieser dritte Begriff eine ganz besondere Herausforderung enthält, dass er uns weniger selbstverständlich von selbst gelingt und wir uns da ein bisschen anstrengen müssen. Im Gesundheitswesen ist die Geschwisterlichkeit traditionell auch als Haltung noch vorhanden, vorwiegend vielleicht in den konfessionellen und traditionellen Institutionen oder in den wieder modern gewordenen Hospizen. Sie wird aber immer schwieriger zu leben, weil die Ökonomie einen wirtschaftlichen Nutzenbeweis verlangt, der bei Handlungen aus Nächstenliebe häufig nicht so einfach zu führen ist.

3. Nächstenliebe ist Solidarität und ist Geschwisterlichkeit

In unserem Gesundheitswesen ist die Nächstenliebe „eingebaut“. Das Prinzip, dass die Leistungen eines gesellschaftlichen Subsystems nicht durch Arbeit erworben, sondern ausschließlich nach Bedürftigkeit verteilt werden, ist eine Art eingebaute Nächstenliebe. Oder Solidarität. Oder Geschwisterlichkeit. (Man kann sogar so weit gehen, das Unwort Kommunismus zu benutzen. In einem Internet-Lexikon für Kinder fand ich folgenden Satz: „In einer kommunistischen Gemeinschaft soll jeder nach seinen Fähigkeiten arbeiten und nach seinen Bedürfnissen vom Vorhandenen nehmen.“)

Diese Nächstenliebe, Solidarität oder Geschwisterlichkeit ist das Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, die seit den Sozialreformen des Reichskanzlers Bismarck vor 130 Jahren in Deutschland flächendeckend etabliert ist und mit der Versicherungspflicht, die seit 2007 gilt, ihre letzte Verfeinerung erfahren hat. Wer gesund ist, zahlt seiner Krankenkasse einen festgelegten Prozentsatz seines Einkommens, und wer krank wird, bekommt das, was die Ärzte für notwendig halten – sofern es die Krankenkasse bewilligt und der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien als erstattungsfähig definiert hat.

Aber da sind wir schon einen Schritt weiter, nämlich bei der Frage, warum diese eingebaute Nächstenliebe so schwierig ist und häufig so schlecht funktioniert. Sie funktioniert deshalb so schlecht und ist gerade heute in großer Gefahr, weil sie immer wieder aus dem Bewusstsein entschwindet. Eben weil sie eingebaut ist und man sich gar nicht mehr täglich um sie aktiv bemühen

muss. Der Einbau ist einer der größten Feinde der Nächstenliebe – obwohl genau dieser Einbau das wichtigste Charakteristikum des deutschen Gesundheitssystems und auch eines Teils der sozialen Sicherheit ist. Denn durch diesen Einbau, diese Immanenz, muss der Patient um die Krankenkassenleistungen nicht betteln. Sie stehen ihr oder ihm einfach zu, wenn sie gebraucht werden.

Das ist aber genau das Problem. Wenn sich die Bürger, Versicherten und Patienten das Besondere dieser Systeme nicht bewusst machen, sondern mit ihnen genauso umgehen wie mit fast allem anderen in der Welt – nämlich egoistisch, nur an ihrem eigenen Vorteil orientiert –, dann verstoßen sie ständig gegen ihre Gesetzmäßigkeiten und ruinieren sie damit langsam. Das tun nicht nur einzelne Menschen in ihrer alltäglichen Ignoranz, sondern dazu tragen Teile des Systems selbst immer wieder bei. Wenn zum Beispiel eine Krankenkasse im Wettbewerb mit hunderten ihrer Konkurrenten öffentlich behauptet: „Ohne den unseligen Risikostrukturausgleich läge unser Beitragssatz bei nur vier Prozent“ – sinngemäß so geschehen vor Jahren bei einer mittelgroßen Betriebskrankenkasse –, dann appelliert sie an den nur allzu verständlichen Sparinstinkt der Deutschen, die in gesunden Tagen möglichst wenig bezahlen wollen, aber wenn sie krank werden, möglichst die besten Leistungen erhalten möchten. Eben weil das Prinzip, nach dem Krankenkassen funktionieren, nicht mehr im Bewusstsein ist, ja die Meisten es überhaupt gar nicht mehr kennen. Wer lernt schon in der Schule den Unterschied zwischen dem Wirtschaftsleben und den Sozialsystemen? Selbst die Akteure des Gesundheitssystems vergessen diesen Unterschied immer mehr, wenn sie nur noch von der „Gesundheitswirtschaft“ sprechen.

Noch etwas fällt bei diesen Betrachtungen auf: die Spaltung unserer Krankenversicherung in Gesetzliche und Private. Zwei Teile, die völlig unterschiedlich funktionieren – und dadurch das Bewusstsein für Solidarität, Geschwisterlichkeit und eingebaute Nächstenliebe zerstören. Wenn ich zu den 90 Prozent gesetzlich Versicherten gehöre, warum soll dann gerade ich mit anderen solidarisch sein, wo es so viele Reiche und Gutverdienende gibt, die sich eigentlich die Nächstenliebe besonders leisten könnten, sich aber aus dieser Solidarität heraushalten dürfen? Und wenn ich privat versichert bin, warum soll ich dann mit den armen Schluckern in sozialen Brennpunkten solidarisch sein, die ihr Geld nach verbreiteter Meinung vieler Zeitgenossen ohnehin nur für Alkohol, Zigaretten und fettes Essen ausgeben? Diese Bewusstseinslage macht Solidarität ziemlich schwer. Wenn nicht gar unmöglich.

4. Ausweg statt Irrweg

Wie müsste ein Gesundheitssystem aussehen, das sich auf die eingebaute Nächstenliebe, Solidarität und Brüder- oder Geschwisterlichkeit wieder besinnt und mit ihr ernst macht? Es müsste auf alle Fälle ein für alle Bürger einheitliches, gemeinsames Versicherungssystem geben, in dem jeder zahlt, so viel er oder sie kann, und nimmt, so viel er oder sie braucht. Natürlich mit

öffentlicher Kontrolle – nicht unbedingt staatlicher Aufsicht. Die Selbstverwaltung unseres Gesundheitssystems hat viele Vorteile. Andere Systeme sind viel anfälliger – staatliche gegenüber Launen der Politiker, privatisierte gegenüber Rendite-Erwartungen der Aktionäre. Unser deutsches System „nach Bismarck“ ist da ein ganz guter Mittelweg. Allerdings müsste der Rahmen des Staates das Bewusstsein für die eingebaute Nächstenliebe stärker fördern. Denn Selbstverwaltung heißt häufig auch Blockade, wenn gleich starke Akteure gegeneinander um ihre organisationsegoistischen Positionen kämpfen und kein vernünftiger Schiedsrichter entscheiden kann. Öffentliche Kontrolle hieße, die Selbstverwaltung der Institutionen des Gesundheitssystems, die bisher eher einer internen Stierkampf-Arena gleicht, zu einer Veranstaltung zu machen, die demokratisch kontrolliert, beobachtet und beeinflusst werden kann. Nicht nur von den Kämpfenden, sondern auch von denen, die bisher bestenfalls zuschauen dürfen.

Von den kämpfenden Akteuren ist zu fordern, dass sie sich auf den besonderen Charakter unseres Gesundheitssystems besinnen und ihre organisationsegoistischen Kämpfe umwandeln in produktiven Wettstreit um die besten Ideen. Und die Patienten und Versicherten müssen lernen, nicht nur Zuschauer zu sein. Sie vor allem müssen die anderen immer wieder daran erinnern, wer im Mittelpunkt des Ganzen steht: der Patient, die Patientin. Und die und der Versicherte, soweit sie noch nicht oder gerade nicht Patienten sind, denn sie sind nur versichert, weil sie es eines Tages werden könnten.

Ein solches Gesundheitssystem sollte aber auch sehr viel transparenter und einfacher sein als unser heutiges. Patienten verstehen so häufig nicht, was mit ihnen geschieht. Das liegt einerseits an der dargestellten Besonderheit, dass mit den Kostenträgern und der solidarischen Umverteilung der Mittel alles viel komplizierter wird und werden muss als in anderen Systemen. Dazu kommt, dass es jede neue Reform noch verwirrender macht. Nicht einmal für Experten ist das Gesundheitssystem noch durchschaubar. Da gibt es schon die verschiedenen Sektoren, den ambulanten und den stationären, die nach ganz verschiedenen Gesichtspunkten organisiert sind. Im einen, dem ambulanten, wird alles bezahlt, was ausdrücklich erlaubt ist; im anderen, dem stationären, wird alles bezahlt, was nicht ausdrücklich verboten wurde. Im einen werden Einzelleistungen bezahlt, im anderen Pauschalen. Anstatt nun diese beiden Systeme zu vereinheitlichen, erfinden die Politiker ständig neue dritte und vierte, die das Ganze weiter komplizieren. Zum Beispiel die „Integrierte Versorgung“. Sie ist nicht eine Synthese, nicht eine Integration zweier Sektoren, sondern ein dritter, quer darüber liegender, neuer Sektor mit wieder neuen Funktionsgesetzmäßigkeiten.

Sicher ist das Gesundheitssystem nicht so zu vereinfachen, dass es – wie das Steuersystem, von dem ein früherer Politiker träumte – auf einen Bierdeckel passt. Aber es sollte doch von denen, die es nutzen, verstanden werden können. Patienten haben da zurzeit überhaupt keine Chance. Das wurde gut sichtbar, als vor Kurzem die erste Krankenkasse in der Geschichte der

Bundesrepublik pleite machte, die City BKK. Sie hatte besonders viele alte und kranke Mitglieder, deshalb kam sie in finanzielle Schwierigkeiten. Genau diese Menschen hatten es nun auch besonders schwer, zu verstehen, dass die Pleite ihrer Krankenkasse keine Katastrophe für sie darstellte, da der Kontrahierungszwang in der GKV jede andere Krankenkasse verpflichtete, sie aufzunehmen. Da jedoch etliche andere Kassen mit sehr unlauteren und illegalen Mitteln versuchten, die Alten und Kranken abzuweisen, dachten viele, sie stünden jetzt ohne Krankenversicherung auf der Straße. Wie kann es aber sein, dass in einem so auf Solidarität und gegenseitigen Ausgleich aufgebauten System auch nur der Eindruck entstehen kann, dass Alte und Kranke, nur weil sie mehr Geld kosten als sie einbringen, an ihren Krankheiten unbehandelt sterben sollen?

Das ist keine Polemik. Ein Hamburger Herz- und Lungenkranker, der auf dauernde Zufuhr von Sauerstoff angewiesen war, erhielt von der City BKK die Auskunft, man hole zum Schließungstermin das Sauerstoffgerät ab. Als er sich daraufhin rechtzeitig bei einer anderen Krankenkasse einschreiben wollte, wurde er abgewiesen – und musste schlussfolgern, man wolle ihn wohl nirgends haben und er dürfe jetzt bald den Erstickungstod sterben. So hat er es jedenfalls aufgefasst. Das darf in einem solidarischen System nicht passieren! Natürlich müssen auch die Kosten eines solidarischen Gesundheitssystems in finanzierbaren Grenzen gehalten werden. Das ist gewiss keine einfache Aufgabe. Sie erfordert eine breite gesellschaftliche Diskussion darüber, was wir von der Medizin und dem Gesundheitssystem erwarten. Wollen wir teure und aufwendige High-Tech-Medizin bis zum letzten Atemzug – oder aber eine menschliche Medizin, die in jedem Stadium des Lebens genau das tut, was die höchste Lebensqualität verspricht, auch wenn das Leben dann vielleicht ein paar Tage kürzer dauert? Vielleicht brauchen alte Menschen mehr Pfarrer und Psychologen als Mediziner? Vielleicht gilt das auch für Junge?

Wir müssen auch die Gier derer begrenzen, die das Gesundheitssystem nur als Gesundheitswirtschaft verstehen und damit ihre Profite machen wollen. Wie können wir es zulassen, dass Ärzte sich nur dort niederlassen, wo lukrative Privatpatienten wohnen, und in manchen ländlichen Gebieten oder städtischen Slums keine Kinderärzte, keine Internisten, ja keine Hausärzte mehr zu finden sind? Natürlich ist der Hinweis richtig, das sei ein Problem der ärztlichen Selbstverwaltung. Aber das ist auch schon der Schlüssel zur Veränderung: Wenn die ärztliche Selbstverwaltung mehr an die Versorgung ihres Berufsstands denkt als an die der Patienten, muss sie abgeschafft werden – oder umgewandelt in eine Selbstverwaltung aller gesellschaftlichen Kräfte, die an diesem System ein vitales Interesse haben. Das sind neben den Ärzten – und anderen Heilberufen, die viel zu wenig an der Gestaltung dieses Systems beteiligt sind – vor allem die Patienten, die es bisher so gut wie gar nicht mitgestalten. Und da die Gruppe der Patienten kaum eingegrenzt werden kann, wird das dann zu einem allgemeinen demokratischen Problem. Wer soll die Stimme der Patienten repräsentieren?

Patientenvertreter sind bereits an der Gestaltung des Gesundheitssystems beteiligt. Die rotgrüne Bundesregierung hat mit der Gesundheitsreform 2004 die Patientenbeteiligung eingeführt – an „Fragen, die die Versorgung betreffen“, theoretisch also allen Fragen des Gesundheitssystems. Allerdings haben die Patienten nur beratende Stimme. Grund dafür ist, dass sie nicht demokratisch legitimiert seien, im Gegensatz zu den anderen Akteuren im System der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Das ist auf der einen Seite richtig: Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen wählen Delegierte oder Verwaltungsräte, die dann wie ein Parlament im Rahmen der jeweiligen Satzungen die relevanten Entscheidungen treffen. Das haben Patienten nicht. Keine Patientenkommission kann Patientenvertreter wählen. Deshalb hat der Bundestag deren Mitwirkung auf ein Beratungsrecht beschränkt und die Bundesregierung angewiesen, durch Rechtsverordnung festzulegen, welche Organisationen die Interessen der Patienten und chronisch Kranken vertreten sollen. Darin sind jedoch auch Kriterien definiert, die vertretungsberechtigte Patientenorganisationen erfüllen müssen, und damit ist ein guter Ersatz für die demokratische Legitimation geschaffen worden. Denn die ist prinzipiell unmöglich: Patienten sind keine homogene Gruppe (jeder ist es mehrfach im Leben, aber die meisten jetzt gerade nicht); sie beziehen aus dem Status Patient keinerlei Gewinn, sondern möchten ihn schnellstens wieder loswerden; und sie können, wenn sie gerade einmal Patienten sind, ganz besonders schlecht in demokratischen Gremien mitwirken, weil sie dann mehr auf sich, ihren Körper und ihre Seele konzentriert sind und sein müssen ...

Vielleicht gehört neben dem Ausbau dieser vorhandenen, wegweisenden Ansätze aber auch noch viel mehr dazu, einem wirklich solidarischen, von Geschwisterlichkeit und Nächstenliebe getragenen Gesundheitssystem zum Durchbruch zu verhelfen. Ich denke an die Überwindung des Alleinstellungsmerkmals des Gesundheitswesens als Auffangbecken für die Schäden der Leistungsgesellschaft. Und zwar nicht, indem es ebenfalls der kapitalistischen Logik von Rendite und Gewinn unterworfen wird, wie es mit der Privatisierung von Krankenhäusern und bald auch Krankenkassen (Arztpraxen ohnehin) geschieht, sondern auf dem umgekehrten Weg: Indem der Rest der Gesellschaft, der immerzu Menschen ausspuckt, die dort unerwünscht oder unbrauchbar sind, ebenfalls mehr von den Gedanken der Solidarität durchdrungen wird. Denn eigentlich eignet sich dieses Prinzip nicht nur ganz besonders für das Gesundheitswesen, sondern für die gesamte Wirtschaft. Wie schon erwähnt: Keiner wirtschaftet nur für sich allein, jeder ist auf die Produkte anderer angewiesen. In einer globalisierten Welt benutzen und verbrauchen wir täglich sogar zahlreiche Dinge, die auf der anderen Seite der Erde hergestellt wurden (Computer, Plastikspielzeug oder Sojaöl sind nur drei Beispiele von vielen), – und umgekehrt, dort werden unsere „Made-in-Germany“-Erzeugnisse geschätzt, sei es der Mercedes als Statussymbol oder das solidarische Krankenversicherungssystem, für das wir in der ganzen Welt Anerkennung finden (nur bei uns zuhause nicht mehr).

Solidarität, Geschwisterlichkeit, Nächstenliebe – das sind Prinzipien, die wir am Gesundheitssystem ganz besonders gut lernen und üben können, die aber für die gesamte Wirtschaft einer immer bevölkerteren Welt von immer größerer Bedeutung werden könnten. Wenn Naturkatastrophen durch Klimawandel zunehmen, wenn Atomkraftwerke durch Tsunamis kernschmelzen – dann sind die Gesundheitssysteme der Welt bald nicht mehr in der Lage, die Folgen aufzufangen. Es wäre nötig, schon vorher solidarisch zu sein. Nicht nur Deutsche mit Deutschen, sondern weltweit. Und das nicht nur im Gesundheitswesen!



Prof. Dr. Anja Hartmann
Ruhr-Universität Bochum

Gesundheitspolitik und wettbewerbliche Steuerung auf europäischer Ebene

RUB

Prof. Dr. Anja Hartmann
Juniorprofessur für Gesundheit und Sozialstruktur
Fakultät für Sozialwissenschaft

Gesundheitspolitik und wettbewerbliche Steuerung auf europäischer Ebene

Gliederung

- I. Wechselwirkungen zwischen wirtschaftlicher Integration und Sozialpolitik
- II. Mechanismen der Einflussnahme auf die nationale Gesundheitspolitik
- III. Hinnehmen, blockieren oder antreiben? Ökonomisierung des Gesundheitswesens durch die EU

Zwanzig Jahre Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

III. Symposium der sv:dok, 22.10.2012, Essen

RUB

Prof. Dr. Anja Hartmann
Juniorprofessur für Gesundheit und Sozialstruktur
Fakultät für Sozialwissenschaft

Gesundheitspolitik und wettbewerbliche Steuerung auf europäischer Ebene
Zwanzig Jahre Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
III. Symposium der sv:dok, 22.10.2012, Essen

I. Wechselwirkungen zwischen wirtschaftlicher Integration und Sozialpolitik

Konstitutionelle Asymmetrie

Sozialpolitisches Defizit in der EU durch ‚politics for the market‘

Halbsouveräne Wohlfahrtsstaaten

Erosion der Souveränität und Autonomie der Mitgliedsstaaten durch Anpassung an den Binnenmarkt



Schleichende Europäisierung der Gesundheitspolitik

Nationale Gesundheitspolitik wird durch EU Richtung Ökonomisierung beeinflusst

II. Mechanismen der Einflussnahme auf die nationale Gesundheitspolitik

„Aktive“ Gesundheitspolitik der EU

1. Positive Integration

= Aktive gesundheitspolitische Maßnahmen auf EU-Ebene zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung

z.B. Präventionsprogramme zu Ernährung, Bewegung; Arbeitsschutz

2. Koordination und Kooperation

= Koordinierung der Mitgliedsstaaten bei Maßnahmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit

z.B. Europäisches Zentrum für Prävention und Bekämpfung von Seuchen

II. Mechanismen der Einflussnahme auf die nationale Gesundheitspolitik

Anpassung an EU-Regelungen ohne expliziten gesundheitspolitischen Bezug

3. Kontextsteuerung

= Regelungen im wirtschafts- und finanzpolitischen Umfeld des Gesundheitswesens erzeugen Anpassungsdruck

z.B. Einbezug der GKV-Ausgaben in die Berechnung des Haushaltsdefizits

4. (nicht-intendierte) negative Koordination

= allgemeine Beseitigung von Handels- und Wettbewerbsbeschränkungen. Gesundheitspolitischer Bezug wird häufig hergestellt durch Rechtsprechung des EuGH.

z.B. Urteile zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität

II. Mechanismen der Einflussnahme auf die nationale Gesundheitspolitik

Anpassung an EU-Regelungen mit explizitem gesundheitspolitischem Bezug

5. (intendierte) negative Koordination

= Beseitigung von Handels- und Wettbewerbsbeschränkungen in den nationalen Gesundheitssystemen

z.B. Patientenrichtlinie

6. Policy Learning

= Zwischenstaatliche Lern- und Nachahmungsprozesse aufgrund von gemeinsam definierten Zielen und Indikatoren

z.B. Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitssystem (OMK)

III. Hinnehmen, blockieren oder antreiben? Wettbewerb im Gesundheitswesen durch die EU

Die EU befürwortet Wohlfahrtsstaatlichkeit und Solidarität als *Ziel*, aber erzwingt Marktoffenheit und Wettbewerbssteuerung als *Modus* der Umsetzung.

-> Folge ist Schwächung der Souveränität der Nationalstaaten und Schwächung solidarischer Steuerungsmodi.

Aber: Wechselwirkung zwischen EU und GKV ist kein einseitiger Anpassungsprozess

- Definitionen von solidarischen ‚Freiräumen‘ in der GKV durch den EuGH
- Einführung von Markt- und Wettbewerbselementen durch eigene Gesundheitsreformen
- EU als Aushandlungsebene für die Durchsetzung nationaler gesundheitspolitischer Interessen

Beispiel:
Einstufung von Krankenkassen
als Unternehmen oder soziale
Organisationen



v.l.n.r.:

Dr. Manfred Zipperer

1996 bis 1998 Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung
im Bundesministerium für Gesundheit

K.-Dieter Voss

1996 bis 2007 Vorstand des BKK Bundesverbandes
2007 bis 2010 Vorstand des GKV-Spitzenverbandes

Dr. Marc von Miquel

Historiker, Leiter der sv:dok

Franz Knieps

Vorstand des BKK Dachverbandes

2003 bis 2009 Leiter der Abteilung gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung im Bundesministerium für Gesundheit

Rudolf Dreßler

1980 bis 2000 MdB (SPD), 1982 Parl. Staatssekretär BMAS
2000 bis 2005 Deutscher Botschafter in Israel

Podiumsdiskussion: Zwanzig Jahre Wettbewerb in der GKV, 22.10.2012 in Essen – Rückblick und Perspektiven aus der Sicht damaliger Akteure

Marc von Miquel

Meine Damen und Herren, ich heiße Sie herzlich willkommen zu unserer Podiumsdiskussion. Sie ist in zwei Themenblöcke untergliedert:

In ihrem ersten Teil wird sie einen Rückblick auf das Gesundheitsstrukturgesetz werfen, auf seine Entstehung und Folgen. In ihrem zweiten Teil werden die Teilnehmer ihre Perspektiven für die Gesundheitspolitik vorstellen und dabei die Themenstellung unserer Tagung aufgreifen, also das spannungsreiche Verhältnis von marktwirtschaftlicher Steuerung einerseits und öffentlich-rechtlicher Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung andererseits. Ehe ich die Teilnehmer persönlich vorstelle, möchte ich an den Anfang so etwas wie ein Generationenprofil stellen. Denn mit Ausnahme von Franz Knieps, der 1956 geboren ist, gehören Dr. Manfred Zipperer, Dieter Voß und Rudolf Dreßler einer Jahrgangsgruppe an, die Ende der dreißiger, Anfang der vierziger Jahre geboren ist. Sie haben ihre ersten Leitungsfunktionen übernommen in den siebziger Jahren, also in einer Zeit, die eine doppelte Botschaft enthielt. Die Siebziger markierten die größte Expansionsphase unseres Sozialsystems und zugleich waren sie die Epoche der Erdölkrisen, also das Ende des ungebrochenen industriellen Wachstums. Mit dieser Erfahrung stehen Sie, wenn man so will, für die mittlere Generation der alten Bundesrepublik und mit ihrem beruflichen Wirken in der Zeit der deutschen Einheit prägten Sie zugleich die Anfänge der Berliner Republik. Und damit sind wir beim Gesundheitsstrukturgesetz angelangt, das ohne die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen des Einigungsprozesses nicht denkbar gewesen wäre.

Nun möchte ich den ersten der vier Protagonisten unserer Podiumsdiskussion kurz vorstellen: Anfangen möchte ich mit Rudolf Dreßler, der mit dem Bohren dicker Bretter in der Sozialpolitik vertraut ist wie kaum ein zweiter. Er ist ausgebildeter Schriftsetzer und hatte innerhalb der SPD zahlreiche Funktionen. So war er von 1984 bis 2000 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen und gehörte viele Jahre dem Parteivorstand und dem Präsidium der SPD an. Von 1980 bis 2000 war er als Wuppertaler direkt gewähltes Mitglied des Bundestags. In dieser Zeit war er von 1987 bis 1991 Vorsitzender des Arbeitskreises Sozialpolitik, seit 1987 stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion. Herr Dreßler hat die Gesundheitspolitik allgemein und das Gesundheitsstrukturgesetz im Besonderen maßgeblich geprägt. Von 2000 bis zum Ruhestand 2005 war er deutscher Botschafter in Israel und ist weiterhin ein gefragter Experte für eine arbeitnehmerorientierte Sozialpolitik.

Als nächsten Gesprächspartner möchte ich Herrn Klaus-Dieter Voß vorstellen. Herr Voß ist hier in der Kronprinzenstraße gleichsam zu Hause. So hat er nach seinem Berufseinstieg bei der AOK in Essen seit 1972 zahlreiche Leitungsfunktionen innerhalb des BKK Bundesverbandes übernommen. Berufliche Bildung, Versicherungsrecht, Vertragsrecht, Prävention und Innere Verwaltung – er war in all diesen Bereichen leitend tätig. 1990 bis 1991 folgte sein erster Wechsel nach Berlin, damals als Berater des DDR-Ministers für Gesundheit und für die Berliner Außenstelle des Bundesgesundheitsministeriums. Von 1992 bis 2007 war er stellvertretender Geschäftsführer bzw. Vorstand des BKK Bundesverbands. Als 2007 der GKV-Spitzenverband gegründet wurde, war er im Vorstand für die Bereiche Pflege, Rehabilitation, Prävention und Zentrale Dienste zuständig. Nach dem vereinbarten Wechsel im GKV-Spitzenverband leitet er das bekannte Bildungszentrum Erkner und ist auch sonst vielfach aktiv.

Gleichsam ein weiteres Urgestein im Gesundheitswesen ist Dr. Manfred Zipperer. Er startete seine Karriere 1968 im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 1969/70 war er für die Europäische Kommission in Brüssel tätig. 1991 wechselte er zum Bundesministerium für Gesundheit, wo er von 1996 bis 1998 als Ministerialdirektor die Abteilung für gesetzliche Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung leitete. Von 1999 bis 2004 war er Vorsitzender des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen, seit 2005 Vorsitzender des Aufsichtsrates des Zentrums für Telematik und Telemedizin in Bochum. Er ist Mitglied der European Health Telematics Association EHTEL und zahlreicher Beiräte von Organisationen im Gesundheitswesen. Seit Juli 2011 ist er unparteiischer Vorsitzender der Gemeinsamen Schiedsstelle nach § 130 b SGB V.

Ebenfalls Jurist ist Franz Knieps, der vielleicht gar nicht so weit entfernt ist von dieser mittleren und pragmatischen Generation der Bundesrepublik. Denn sein politisches Vorbild war der weithin bekannte Karl Jung, Vorgänger von Herrn Zipperer als Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium. Ihn hatte er erlebt, als er 1987/1988 vom AOK-Bundesverband ins Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung abgeordnet wurde. Anschließend war Herr Knieps eine maßgebliche Figur innerhalb des AOK-Bundesverbandes, dessen Stabsbereich Politik er leitete. 1990 erfolgte, wiederum parallel zu Herrn Voß, die Abordnung als politischer Berater ins DDR-Ministerium für Arbeit und Soziales. Er war von 1998 bis 2003 Geschäftsführer Politik des AOK-Bundesverbandes und von 2003 bis 2009 einer der Nachfolger von Herrn Zipperer als Abteilungsleiter „Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Dort war er die rechte Hand von Ministerin Ulla Schmidt bei allen GKV-Reformen in dieser Zeit. Seit dem Ausscheiden aus dem BMG ist er vielfältig als Berater für Gesundheitssystemfragen tätig, so für die WHO und die Europäische Union.

Damit ist die Vorstellungsrunde abgeschlossen und wir wollen uns noch einmal der Zeit des Gesundheitsstrukturgesetzes widmen. Meine Frage an Herrn

Dreßler lautet: Bitte schildern Sie uns als damals maßgeblicher Akteur des Gesundheitsstrukturgesetzes der SPD, was aus Ihrer Sicht die besondere Dynamik der Verhandlungen ausmachte. Gab es Situationen, als angestrebte Kompromisse zu scheitern drohten? Und was charakterisierte die legendäre Klausurtagung in Lahnstein?

Rudolf Dreßler

Wie es manchmal so ist im politischen Leben, können große Dinge ohne eine Kette von Kleinigkeiten nicht erreicht werden. Im Rückblick kann man auch bei der Gesundheitsgesetzgebung sehen, wie wichtig der Überblick über die vielen Kleinigkeiten ist und wie wichtig die Zielsetzung. Die Gesundheitspolitik Anfang 1992 hat jedem, der damit zu tun hatte, klargemacht, dass gegen den geballten Widerstand der unzähligen Protagonisten im Gesundheitsbereich nur eine Gesetzgebung der SPD gemeinsam mit der CDU Erfolg haben kann. Und nun kam es auf die Figuren an, die zum damaligen Zeitpunkt für die Gesundheitspolitik der Parteien verantwortlich waren. Waren sie willens und im konkreten Fall auch fähig, es zu versuchen? Die Gesetzesvorbereitung begann mit einem Gespräch zwischen Seehofer und mir zu der Frage, ob wir glaubten, es schaffen zu können – in der festen Überzeugung, alleine geht es nicht. Die Gefahr, dass das Gesundheitswesen ins Trudeln gerät, war nicht sehr gering. Wir haben gesagt, wenn wir es machen, müssen wir die FDP ins Boot holen und den Bund hinzuziehen, und zwar beide Seiten, A-Länder und B-Länder. Unter A-Ländern versteht man die SPD-geführten Länder, unter B-Ländern die CDU-geführten Länder. Dann habe ich zu Seehofer gesagt: „Das Kernproblem für mich sind nicht die A- und B-Länder, die müssen wir einbinden, und zwar so, dass sie sich wirklich eingebunden fühlen. Das Problem für mich ist die FDP, und ich biete dir an, dass ich den Versuch mache, die FDP mit ins Boot zu holen.“

Der Hintergrund war mein gutes Verhältnis zu Otto Graf Lambsdorff und zu Dieter-Julius Cronenberg, dem ehemaligen sozialpolitischen Sprecher der FDP, der aber aus parteiinternen Querelen heraus seine Mandate niedergelegt hatte. Seinen Nachfolger kannte ich auch gut, traute ihm aber die Durchsetzung in der FDP gegen geballte Widerstände nicht so zu wie Cronenberg. Mit diesen FDP-Persönlichkeiten versuchte ich, den Deal für das Gesundheitsstrukturgesetz auszumachen. Ich habe dann mit Graf Lambsdorff einen Termin vereinbart und wir haben uns in Ruhe unterhalten. Dann habe ich Graf Lambsdorff angeboten, dass sich die FDP beteiligt unter Einbeziehung von Dieter-Julius Cronenberg, der die Funktion nicht mehr hatte, was aber die Zustimmung seines Nachfolgers Dieter Thomae bedeuten musste. Ich versprach Graf Lambsdorff, dass nichts, was FDP-Interessen tangierte, ohne einen maßgeblichen FDP-Vertreter am Tisch geschehen würde, solange ich die Leitung bei der SPD hätte, und das würde ich auch gegenüber Seehofer klarstellen.

Graf Lambsdorff hat mir vertraut. Aber: Zu dem verabredeten Termin in Lahnstein war der FDP-Bundesparteitag in Bremen einberufen. Graf Lambsdorff

brauchte beide, Thomae und Cronenberg, auf dem Parteitag. Ich habe darum gebeten, dass beide mit einem Flugzeug nach Lahnstein kommen. Ich habe versprochen, dass in Lahnstein nichts diskutiert wird, was FDP-Interessen berührt, solange die beiden nicht da sind.

Das habe ich mit Seehofer auch umgesetzt. Cronenberg und Thomae kamen am ersten Verhandlungstag spät abends an und es ist genauso gelaufen, wie wir das besprochen hatten. Es gab für mich ganz wichtige Parameter. Man kann die reduzieren auf Vertrauen und Verlässlichkeit auch über Parteigrenzen hinaus. Wenn das nicht funktioniert in einer solchen Lage, können Sie so eine Aufgabe nicht stemmen. Die Absprachen haben gehalten von Alois Glück, CSU, im Bundesrat bis zu Rolf Krumsiek, dem damaligen Justizminister in Nordrhein-Westfalen, der vorübergehend das Sozialministerium übernommen hatte. Und da war der Zufall wieder, denn Krumsiek war vorher Oberstadtdirektor in meiner Heimatstadt Wuppertal gewesen. Das heißt, diese Zufälle des Lebens, dass man Leute genau und gut kannte, und dass man sich traute, haben dann zu diesem Ergebnis geführt. Das war ein einmaliger Vorgang. Die Wiederholung 2003 ist nicht gelungen, die maßgebenden Leute konnten das nicht, vertrauten sich nicht.

Wir haben nichts geschenkt bekommen, aber wir haben dieses Stück Verlässlichkeit und Vertrauen dokumentiert mit dem Erfolg, dass Lahnstein pasierte. Und wer sich die politischen Inhalte vergegenwärtigt, der soll mir mal erzählen, dass so was nachher noch mal möglich gewesen wäre. Das waren Raketen, die da gestartet sind, ich will nur das Thema Fusion nennen, über die Sie als Krankenkassen auch heute noch diskutieren. Als wir begannen, hatten wir in Deutschland über 1200 Krankenkassen. Als Frau Schmidt in ihrer Funktion als Gesundheitsministerin die Republik damit langweilte, dass wir zu viele Krankenkassen hätten, da hatten wir noch 370. Die Aufgabe von Hunderten von Krankenkassen zuvor hat in Deutschland niemanden interessiert. Aber als wir nur noch 370 hatten, da hat sich die Politik plötzlich für das Thema interessiert. Da habe ich mein Privileg genossen, Politik nicht mehr verstehen zu müssen.

Marc von Miquel

Vielen Dank, Herr Dreßler, für die Schilderung der personellen Konstellationen, die so bislang noch nicht bekannt waren. Meine nächste Frage geht nun an Herrn Knieps. In den Verhandlungen zum Gesundheitsstrukturgesetz erfuhren die Lobbyverbände eine erstaunliche Niederlage, insbesondere die der Ärzte und Zahnärzte. Für das AOK-System trifft dies augenscheinlich nicht zu. Mich interessiert, wie der AOK-Bundesverband und Sie persönlich im damaligen Gesetzgebungsverfahren agiert haben? Welche Rolle spielten hier neben den Abstimmungen mit den SPD-Gesundheitspolitikern die Kontakte zu den Ministerien auf Landes- und Bundesebene? Und waren die Probleme der neuen Wettbewerbssteuerung und des Risikostrukturausgleichs bereits absehbar?



Franz Knieps

Die AOK ist eine regionale Krankenversicherung; den engsten Kontakt hatten und haben die AOKs daher nicht etwa zur Bundesebene, sondern zu den Landesregierungen. So heißt es manchmal ironisch: In einigen Ländern gehört die AOK der Landesregierung, in einigen ist es umgekehrt. Den meisten Einfluss auf die Gesetzgebung und auf die politische Willensbildung hat die AOK überwiegend über die Landesregierung, unabhängig von der jeweiligen politischen Couleur, ausgeübt. Die AOKs saßen mit am Tisch und wir haben dort zumindest in der Startphase sehr kontrovers diskutiert. Von daher konnte die AOK mit dem Ergebnis sehr zufrieden sein. Die AOK war bis zum Kompromiss von Lahnstein eher eine Zuweisungskasse, der bestimmte Versicherte nicht etwa kraft freiwilliger Entscheidung, sondern kraft gesetzlicher Zuweisung angehörten. Dass die AOK infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes eine Wahlkasse wurde, ist nicht in der kompletten AOK auf Begeisterung gestoßen. Die damals in Auftrag gegebenen Prognosen ergaben, dass wir bis zu 50 Prozent unserer Mitglieder verlieren würden. Gerade wenn man mit dem Wissen von heute darauf zurückblickt, glaube ich, dass die AOK ihre heutige Existenz dieser Grundentscheidung der Kassenwahlfreiheit zu verdanken hat. Denn ihr Verhältnis zu den Versicherten hat sich fundamental gewandelt und der Druck auf die AOK, sich intern zu modernisieren, neue Angebote zu entwickeln – ich sage nur das Stichwort „AOK, die Gesundheitskasse“ – war ungeheuer groß in dieser Zeit. Später hat es ihr sogar einen Vorsprung verschafft gegenüber denjenigen, die sich erst mit Verzögerung angepasst haben und dachten, unter den neuen Rahmenbedingungen ginge alles weiter wie bisher. Von daher hat sich die Entscheidung von Lahnstein zu einem ganz wichtigen Punkt für die strategische Ausrichtung und das organisatorische Überleben der AOK entwickelt.

Marc von Miquel

Besten Dank, Herr Knieps. Von der AOK möchte ich nun zum BKK-System und damit zu Herrn Voß hinüberleiten. Die Kassenwahlfreiheit und die Öffnung der Betriebskrankenkassen seit 1996 haben dazu geführt, dass vor allem BKKs mit niedrigen Beitragssätzen Erfolg hatten, junge Versicherte mit „guten Risiken“ zu gewinnen. Welche Position, Herr Voß, vertrat der BKK Bundesverband mit seiner sehr heterogenen Kassenlandschaft zu dieser Entwicklung und zum Risikostrukturausgleich?

K.-Dieter Voß

Der Risikostrukturausgleich (RSA) war und ist bis heute im BKK-System umstritten, obwohl ich inzwischen glaube – auch in Anbetracht der Zahlen – dass wir dem RSA die verträgliche Beitragssatzentwicklung der letzten Jahre verdanken. Andernfalls hätten wir extreme Beitragssatzunterschiede bekommen, die sozialpolitisch nicht mehr vertretbar wären und auch vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand gehabt hätten. Damals war die billigste Kasse, ich sage nicht die preiswerteste, eine Betriebskrankenkasse, aber

auch die teuerste war eine Betriebskrankenkasse. Dieses ganze Spektrum war im BKK-System vorhanden. Die Beitragssätze der Ortskrankenkassen lagen im gehobenen Mittelfeld. Vor diesem Hintergrund hatten wir erhebliche Bedenken gegen die Einführung des RSA mit seinen zwangsläufigen Nivellierungstendenzen und ich fühlte mich gar nicht wohl, als ich damals, kurzfristig eingewechselt, mit bei den Verhandlungen in Lahnstein dabei war. Dann ist es dort durch Aufgabe des Widerstandes der Ersatzkassen, die gemeinsam mit uns die Front gegen den RSA gebildet hatten, zu einem Heimspiel für diejenigen geworden, die den Risikostrukturausgleich wollten. Die Interessenlage einiger Betriebskrankenkassen gegenüber dem RSA hat sich inzwischen gewandelt. Es gibt natürlich Kassen, die sich stärker belastet fühlen und andere, die diesen Ausgleich benötigen, um als Kasse weiterhin vernünftige Gesundheitsversorgung leisten zu können. Was den Wettbewerb und die Wahlrechte angeht, da waren wir entspannter, für Wettbewerb sind wir immer eingetreten, und fanden die Überlegungen gut. Wir waren erleichtert, dass die hin und wieder diskutierte Zwangsöffnung der Betriebs- und Innungskrankenkassen nicht kam, sondern dass es der Selbstverwaltung überlassen wurde, selbst zu entscheiden, ob man sich öffnet, zu welchem Zeitpunkt und wie man sich darauf vorbereiten kann.

Wir als Verband haben immer großen Wert darauf gelegt, die Öffnung als eine Option konstruktiv-kritisch zu prüfen. Wenn man diesen Schritt geht, muss man ihn in organisatorischer Hinsicht gut vorbereiten, um nicht Opfer einer falschen Organisationsentwicklung zu werden, möglicherweise durch größere Mitglieder-Bewegungen, aber auch im Hinblick auf die Finanzlage der Kassen. Wir mussten trotz dieser Appelle feststellen, dass einige Kassen die Signale nicht oder nur unzureichend wahrgenommen haben. Sie haben sich geöffnet mit einem günstigen Beitragssatz und sich gefreut, dass viele Mitglieder kamen. Einige Kassen haben in kurzer Zeit ihren Mitgliederbestand vervielfachen können. 2004 hatte diese Entwicklung ihren Höhepunkt. Aber wir mussten beim BKK Bundesverband und bei den BKK Landesverbänden rasch feststellen, dass einige Kassen darauf nicht gut vorbereitet waren. Sie sind organisatorisch fast kollabiert. Und – was manchmal weniger für die Versicherten als für uns als Haftungsträger schmerzlich war – weil sie ihre Finanzpolitik nicht nachjustiert haben. Denn mit jedem Mitglied muss man natürlich auch an die RSA-Wirkungen denken und die Verpflichtungen an den RSA mit einkalkulieren. Das ist von einigen nicht hinreichend gemacht worden, gerade auch von den Kassen, die ohne ausreichende Berücksichtigung der dynamischen Mitgliederentwicklung mit Veränderung der Mitgliederstruktur einen zu günstigen Beitrag erhoben haben. Dies hatte verheerende Folgen. Wenn mit einem niedrigen Beitrag immense Mitgliederzuwächse erreicht werden, entsteht durch nicht kalkulierte RSA-Verpflichtungen ein Defizit, das später kaum mehr aus eigener Kraft ausgleichsfähig ist. Die Wechselbereitschaft der Versicherten hin zu anderen Beitragssätzen war gerade bei der Zielgruppe der jungen und gesunden Versicherten hoch. Wenn diese Kassen unter der Not der RSA-Verpflichtungen ihren Beitragssatz, wenn auch nur geringfügig, angepasst haben, dann haben dieselben Mitglieder mit großem Schaden



diese Kassen wieder verlassen. Denn sie spürten kein Bindungsbewusstsein an diese Kasse. Das war dann nicht ihre Kasse, das war das Freikaufen aus einer Verpflichtung, Krankenversicherungsschutz zu haben. Wir hatten alle Mühen, gemeinsam mit Landesverbänden und Kassen und gegen erhebliche Widerstände ein Finanzcontrolling zu entwickeln. Für einige Kassen kamen diese Dinge etwas zu spät. Jetzt haben wir auch für das System der Krankenversicherung eine gewisse Stabilität erreicht und die meisten Betriebskrankenkassen haben damit ihren Frieden gemacht.

Marc von Miquel

Vielen Dank, Herr Voß, für diesen Einblick in die dramatische Umbruchszeit der BKKs. Wenn ich mich nun an Herrn Zipperer wende, dann richtet sich mein Interesse wieder auf die Gesundheitspolitik, der für die Zeit nach der Bundestagswahl 1994 meist ein „Reformstau“ nachgesagt wird. Der schwarz-gelben Bundesregierung stand die Opposition der rot-grünen Ländermehrheit gegenüber. Welche politischen Vorhaben in Ihrer Zeit als Abteilungsleiter im BMG, etwa im Leistungsrecht und bei den Versorgungsstrukturen, bewerten Sie im Nachhinein als zukunftsweisend? Welche Dinge würden Sie aus heutiger Sicht anders gestalten und wie bewerten Sie das berühmte Vorhaben, eine Positivliste für Arzneimittel einzuführen?

Manfred Zipperer

Stichwort Positivliste, das ist ein wunderschönes Beispiel, wie heiß die Dinge damals umkämpft waren. Dreimal ist die Positivliste ins Gesetz gekommen und dreimal ist sie blockiert worden. Heute redet kein Mensch mehr über die Positivliste, weil es inzwischen andere Instrumente gibt. Das aber nur als Beispiel dafür, wie schnell sich Dinge in der Gesundheitspolitik verändern können.

Es ist schon vor dem Gesundheitsstrukturgesetz in der Politik die Auffassung vertreten worden: Nach diesem Gesetz machen wir die dritte Stufe der Gesundheitsreform. Es sind auch zwei Gesetze von der damaligen Bundesregierung aufs Gleis geschoben worden, nämlich ein Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und ein Krankenhausneuordnungsgesetz. Beide Gesetze waren zustimmungsbedürftig und beide Gesetze sind im Bundesrat gescheitert. Die Regierung hat, um zu retten was zu retten ist, das erste und zweite Neuordnungsgesetz geschaffen, was am 1.7.1997 in Kraft getreten ist. Danach ist es noch zu einem Gesetz gekommen, das die finanzielle Situation zwischen Ost und West, die sehr unterschiedlich war, ausgeglichen hat, weil die Westkassen sieben Milliarden Überschuss hatten und der Osten hatte zwei Milliarden Fehlbetrag. Interessant und zukunftsweisend war ein Gedanke, der Druck auf die Finanzverantwortlichen der Kassen ausüben sollte, nämlich die Koppelung von Beitragssatzanhebungen mit Zuzahlungserhöhungen. Wenn eine Kasse den Beitragssatz angehoben hat, dann mussten auch die Zuzahlungen erhöht werden. Außerdem bestand ein außerordentliches Kündigungsrecht der Versicherten bei Beitragssatzerhöhungen und bei

Änderungen der Satzung. Das hat einen enormen Druck auf die Krankenkassen ausgeübt. Was ich dabei auch zukunftsweisend fand, war der Umstand, dass wir die Versorgung mit dem Erbringen von Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege, Kuren und Rehabilitation, die vorher sehr autoritär von den Krankenkassen her gestaltet war, nun partnerschaftlich ausgestaltet haben. Das ist etwas, das sich heute noch in den Leistungsbeziehungen auswirkt. Außerdem sind die Selbstverwaltung gestärkt und die Grundlage für Festzuschüsse beim Zahnersatz gelegt worden. Dies hat dazu geführt, dass sich das vergiftete Klima zwischen den Krankenkassen und den Zahnärzten aufgelöst hat. Es gibt im Hinblick auf die Zahnärzteschaft, der viel entgegengekommen wurde, keine großen Probleme mehr.

Was ich heute anders gestalten würde, wären die Zuzahlungen. Man hat diese damals aus fiskalischen Gründen einfach angehoben, doch es gibt auch andere Instrumente. Wir sehen an der Diskussion über die Praxisgebühr, was richtig und was falsch läuft. Von daher muss man sich intensiv Gedanken machen, wie Zuzahlungen – die ich keinesfalls ablehne – gestaltet werden sollen. Was ich in dem Gesetzentwurf damals nicht sinnvoll gefunden habe, war das Thema Beitragsrückerstattung und Selbstbehalt. Ich meine, das sind Verstöße gegen das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, das sollte man der privaten Krankenversicherung überlassen. Ich gebe zu, das sollte die gesetzliche Krankenversicherung konkurrenzfähig machen, aber im Grunde genommen ist die Kalkulation solcher Instrumente so schwierig, dass ich mich nicht daran wagen würde.

Was ich sinnvoll fand, aber heute anders machen würde, war die Erleichterung der Kostenerstattung. Ich bin kein Anhänger der Kostenerstattung, aber wenn die Krankenkasse es als Angebot für Versicherte machen will, die es haben wollen – und das ist ein ganz winziger Teil der Versicherten – warum soll ich es verbieten oder erschweren? Gleichwohl meine ich, dass die Versicherten von der Möglichkeit der Kostenerstattung im Inland kaum Gebrauch machen werden. Es wird immer Leute geben, die es gerne wollen, aber trotz aller Reklame, die die Ärzte machen, wird es keine Bedeutung erlangen.

Marc von Miquel

Vielen Dank, Herr Zipperer, auch dafür, dass Sie bereits aktuelle Problemstellungen der Gesundheitspolitik aufgegriffen haben. Damit sind wir nun beim zweiten Teil unserer Podiumsdiskussion, in dem es um die politischen Perspektiven geht. Herr Dreßler: Als Sozialpolitiker treten Sie dafür ein, die marktwirtschaftliche Ordnung so zu regulieren, dass sie sozialen und demokratischen Kriterien entspricht, auch im Bereich des Gesundheitswesens. Viele Aspekte der gesellschaftlichen Entwicklung der vergangenen zehn Jahre waren einer gesunden Gesellschaft abträglich, so die wachsende Armut, zunehmende soziale Ungleichheit und steigenden Arbeitsbelastungen. Diese neuen Gesundheitsrisiken haben Folgen für Prävention und Krankenversorgung. Wel-

che Aufgaben sehen Sie für die Krankenkassen und die Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern, hier zu handeln?

Rudolf Dreßler

Ich vermisse, dass die Politik die solidarische Krankenversicherung parteiübergreifend als Qualitätsmerkmal allererster Ordnung vertritt, obwohl die Bevölkerung das als eine Selbstverständlichkeit betrachtet. Ich bin vielleicht der Politiker gewesen, der am meisten in den Vereinigten Staaten in Krankenhäusern war, nicht als Patient, sondern als Lernender. Man könnte es auch anders sagen: Damit mir immer gegenwärtig war, wie man es nicht machen darf. Das hat den Vorteil gehabt, dass ich im Bundestag auf jede Attacke der mit uns in Konkurrenz stehenden Parteien amerikanische Gegebenheiten zum Besten geben konnte, die nicht widerlegbar waren und die niemand als noch erträglich definieren konnte. So sind viele Dinge, die in der Gesundheitspolitik auch unter Wettbewerbsgesichtspunkten definiert werden, nicht angebracht. Es wird in Deutschland nach wie vor geröntgt, operiert und geschluckt, dass die Schwarte kracht. Man könnte sagen, wir vergiften uns mit dieser Medizin, und das hat nur einen einzigen Grund, dass bei denjenigen, die es machen, die Kasse stimmt.

Die These, Politik könne das nicht lindern – ich sage nicht verhindern, die vertrete ich nicht. Politik kann das. Aber sie hat nicht die Kraft, dies parteiübergreifend zu tun. Wenn Sie sich vergegenwärtigen, dass die wissenschaftlichen Untersuchungen, die wir kennen, sagen, dass fast jedes zweite Einschieben in das berühmte MRT unnötig ist, dann verstecken sich dahinter zum Schluss Milliarden. Es gibt mittlerweile O-Töne von Medizinern in Fernsehsendungen, die dieses eindeutig zugeben und hinzufügen, dass sie ohne diese Verfahren ihre eigene Praxis nicht aufrechterhalten könnten. Es gibt keinen Politiker, der den Mumm hat, ihnen zu sagen: Dann wird deine Klitsche geschlossen. Das habe ich damals auch den Krankenkassen gesagt, als es um die freie Wahl ging. Es gab einen Vorgang, dass eine Betriebskrankenkasse aus Hamburg mit einem Vorstandsvorsitzenden, der ein guter Freund von mir war, nach Bonn reiste, um mich zu überzeugen, dass wir von diesem Tun Abstand nehmen sollten, weil sein Job von der Kassenschließung abhing. Er sagte, er komme aus Hamburg, um mir das Problem näherzubringen. Ich sagte zu ihm, dass einzige, was ich für ihn tun kann, ist, auf eigene Kosten nach Hamburg zu kommen und das Schild am Dach auszuwechseln. Das hätte ich auch gemacht. Heute sagen die gleichen Leute, das war das Beste, was ihnen passieren konnte.

Das sind die Dinge, von denen ich sagen muss: Da hat die Politik heute wenig Mut, und dann aber auch wenig Verantwortungsbewusstsein, parteiübergreifend Dinge anzugehen, damit die Lobbyisten zurückgedrängt werden. Lahnstein war dafür ein Musterbeispiel. Da konnte kommen, wer wollte. Sie hatten keine Chance, weil wir es wollten.

Marc von Miquel

Besten Dank, Herr Dreßler, für diese anschaulichen Beispiele, welche Fehlentwicklungen wir in der Gesundheitspolitik haben. Wie bewerten Sie, Herr Knieps, die Einschätzungen von Herrn Dreßler? Und, angenommen die Bundestagswahl im September 2013 wird zur Bildung einer Großen Koalition führen: Welche gesundheitspolitischen Entscheidungen würden Sie auf die politische Agenda setzen wollen?

Franz Knieps

Ich hoffe erst einmal, dass diese Annahme nicht eintritt. Denn es ist sicherlich von Vorteil bei einer grundlegenden Umgestaltung wie in Lahnstein, einen größtmöglichen Konsens zu erzielen. Aber es hat auch den Nachteil, dass man mutigere Reformschritte weniger stark durchsetzen kann. Ich stimme Rudolf Dreßler absolut zu, der persönliche Mut, für die Konsequenzen von Entscheidungen einzustehen, hat abgenommen und die Fähigkeit, es allen recht machen zu wollen, ist niemandem gegeben. Gleichwohl hört man das aus vielen Äußerungen in der Politik. Zu Wettbewerb habe ich ein ganz funktionales Verhältnis, das ist für mich ein Instrument, genau wie die Selbstverwaltung ein Steuerungsinstrument ist und notfalls auch die direkte gesetzliche Vorgabe, etwas zu machen, wenn weder der Wettbewerb noch die Selbstverwaltung das vom Gesetzgeber gewünschte Ergebnis erzielen können. Gerade bei Qualitätsverbesserungen müssen wir häufig sehr stringente Anreize setzen bis hin zur gesetzlichen Vorgabe, sonst dominieren andere Dinge.

Ich stimme Rudolf Dreßler auch in der Analyse zu. Primär wird im deutschen System zu viel gemacht oder das Falsche gemacht. Wir haben also keine stringenten Anreizsysteme sowohl der Ökonomie als der Kontrolle, um unnötige Leistungen im System zu verhindern. Deswegen ist das deutsche Gesundheitswesen in Europa auch eines der teuersten Systeme. Die dahinterliegenden Ideen der Selbsthilfe und der Solidarität sind nicht mehr selbstverständlich in einer sich wandelnden Gesellschaft. Ob das nun vom europäischen Einfluss her kommt oder ob das angloamerikanische Wirtschaftsmodell stärker auf Deutschland einwirkt, will ich gar nicht bewerten. Vor dem Hintergrund einer funktionalen Betrachtung muss man schlicht und einfach die Frage analysieren, zu was Wettbewerb denn geführt hat. Wo sind positive Veränderungen durch die Konkurrenz von Krankenkassen auszumachen, wo haben sich negative Dinge entwickelt, die von der Politik nachgesteuert werden müssen?

Das gleiche gilt auch beim Wettbewerb der Leistungserbringer. Das Referenzmodell kann aber nicht die Rückkehr zum früheren Status quo sein, sondern muss in der Tat ein Entwicklungsbild von einem künftigen Gesundheitssystem sein, für das wir einen breiteren politischen Konsens brauchen. Dieses Gesamtbild stellt nicht die Summe aller Einzelinteressen dar. Denn die Einzelinteressen zielen in aller Regel darauf, den Gewinn zu maximieren, den institutionellen Einfluss zu erhöhen, Vorteile zulasten anderer in diesem System zu erwirtschaften. Wenn ich mir Gedanken mache, wie es künftig aussehen

muss, dann muss es erst einmal einen Konsens darüber geben, wie ein solidarisches Gesundheitswesen zumindest in den Grundprinzipien aussehen soll. Dann muss ich eine sehr kleinteilige Diskussion führen, die ist ab und zu nervend und nicht immer gut politisch vermittelbar, aber es muss diese Mühen der Ebene geben. Wenn wir auf die Genese des GKV-Modernisierungsgesetzes von 2003 zurückschauen, so ist das Vorgehen von Ulla Schmidt genauso, wie Rudolf Dreßler das geschildert hat. Ein erstes Gespräch zwischen Ulla Schmidt und Horst Seehofer und auch der Versuch, die FDP einzubinden. Nur gab es niemanden mehr in der oberen Reihe der FDP, der die Vorteile eines solchen Konsenses hätte einschätzen können. Ich weiß nicht, ob es damals noch Wolfgang Gerhardt war oder schon Guido Westerwelle, beide hatten jedenfalls überhaupt keinen Draht zur Sozialpolitik und entschieden dann auch gegen den Wind der Gesundheitspolitiker. Herr Thomae war damals 2003 noch der gesundheitspolitische Sprecher der FDP und hatte für ein Verbleiben in der Runde votiert, Herr Westerwelle hatte entschieden: Nein, wir scheiden aus.

Bei der Entscheidung in Lahnstein sind nicht nur die großen Linien gezogen worden, sondern eine Vielzahl Hunderter kleiner Änderungsbefehle, die aber häufig eine große Wirkung erzielt haben. Deswegen plädiere ich sehr dafür, genau zu sehen, wohin man will, und dann auch in Ruhe etwas erarbeiten zu können. Als ich Herrn Zipperer kennenlernte, damals als abgeordneter Referent im Ministerium, da haben wir jahrelang an den Einzelheiten gefeilt. Heute ist es so, dass es nachts eine Runde im Kanzleramt gibt, wo über die wichtigsten Punkte entschieden wird, und am liebsten hätten die Entscheidungsträger, dass die Beamten morgens um 10 Uhr bereits das Ergebnis in Form von Änderungsanträgen vorliegen hätten. So geht mittlerweile die Gesetzgebung. Ich habe das mal etwas böse Gesetzgebung auf dem Flur genannt. Gesetzgebung bedarf präziser Vorarbeiten, bedarf einer Folgenabschätzung und bedarf auch der Diskussion mit den Beteiligten, damit klar ist, welche Wirkungen erzeugt werden.

Ich will nicht die Situation bejammern, sondern nur deutlich machen, dass die Bedingungen für sorgfältige Gesetzgebung überdacht werden müssen. Deshalb warne ich die nächste Bundesregierung, wie auch immer sie sich zusammensetzt, davor zu glauben, man könne einen Schnellschuss machen. Es bedarf monate-, jahrelanger Diskussionen, um die Einzelheiten regeln zu können.

Marc von Miquel

Vielen Dank, Herr Knieps, für Ihr Plädoyer, mehr Aufwand und Zeit in die Gesetzgebung zu investieren. Nun möchte ich mich an Herrn Voß richten mit der Frage nach der Prävention und Gesundheitsförderung, die in der deutschen Gesundheitspolitik keine starke Stellung einnehmen. Sie waren als Vorstand des GKV-Spitzenverbands unter anderem für den Bereich Prävention zustän-

dig. Welche Chancen sehen Sie, um hierzulande die Primärprävention zu stärken und welche Rolle soll dabei die gesetzliche Krankenversicherung spielen?

K.-Dieter Voß

Zunächst ist festzustellen, dass die Prävention ein Stiefkind der Gesundheitspolitik darstellt. Seit 1971 hatte die gesetzliche Krankenversicherung die Aufgabe, die Prävention zu verbessern. Da ist auch einiges geschehen, besonders seit Lahnstein, ausgelöst auch durch den Wettbewerb. Aber es gab auch eine ungünstige Entwicklung. Denn der damalige Minister Seehofer hat wegen vermeintlicher oder tatsächlicher Exzesse der Kassen, wie der berühmte Bauchtanz auf Krankenschein, die Primärprävention nach SGB V auf null gesetzt und die betriebliche Gesundheitsförderung nur in Restelementen erhalten. Das machte aber auch deutlich, welchen Stellenwert die Politik der Prävention beimisst. Die Prävention kann nicht alleinige Aufgabe der Krankenversicherung sein. Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der viele Akteure gefordert sind. Natürlich müssen hierzu auch die Kassen einen entscheidenden Beitrag leisten. Nach Wiedereinführung der Prävention tun sie das jetzt auch qualitätsgestützt. Die Maßnahmen sind in der Regel evidenzbasiert, erprobt und werden auch evaluiert, wenn es neue Programme sind. Da gibt es dann auch gemeinsame Handlungsempfehlungen der GKV, um hier einen gewissen Wildwuchs wie in den neunziger Jahren zu vermeiden. Die Krankenkassen geben heute etwa 3 Euro pro Versicherten für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsversorgung aus, das sind bei 70 Millionen Versicherten 210 Millionen Euro. Gemessen am Gesamtbudget der Versicherung ist das wenig.

Welche Form der Prävention die richtige ist, ist eine andere Frage. Hier ist zu beachten, dass die Kassen sich früher überwiegend in der Verhaltensprävention engagiert haben. Sie haben Maßnahmen mit appellatorischem Charakter angeboten, zum Teil haben sie lediglich Marketing als Prävention übersetzt. Ich bin der Ansicht, dass die Aufgaben der Prävention systematischer angegangen werden sollen und dabei der gesetzgeberische Auftrag stärker berücksichtigt wird. Die Frage, wie mithilfe der Prävention soziale Ungleichheit vermieden oder jedenfalls gemildert werden kann, ist schwierig zu beantworten. Klar ist allerdings, dass die Kassen nicht nur verhaltensorientierte Programme auflegen sollten, sondern in die Verhältnisse hineingehen sollten, Setting-Programme erstellen und die Zielgruppen dort abholen, wo sie sind: in der Kita, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Seniorenheim. Ja, auch im Alter kann es noch sinnvolle Prävention geben. Für diese Ziele gilt es, dass die Krankenversicherung gemeinsam handelt. Denn Setting-Programme eignen sich für einen Wettbewerb nur schwerlich, schließlich gehen Kinder verschiedener Kassenarten auf dieselbe Schule und die Kassenzugehörigkeit der Beschäftigten in den Betrieben ist inzwischen weitgehend gemischt.

Der Gesetzgeber hat in den letzten zehn Jahren schon zweimal versucht, die Prävention durch ein eigenes Gesetz anzugehen. Die Gesetzesvorhaben haben wir von Seiten der Krankenversicherungen aus guten Gründen nicht befürwor-

tet. Da wäre eine Präventionsbürokratie auf mehreren Ebenen entstanden, es wären dadurch Gelder versickert, die den Versicherten zugute kommen sollen. Jetzt las ich, dass die gegenwärtige Regierung Eckpunkte vorbereitet hat für eine Neuauflage der Prävention, die noch nicht öffentlich sind. Vor allem sehe ich auch einige Gefahren damit verbunden, denn zu erwarten ist eine verstärkte medizinische Prävention, bei der die Rolle des Arztes gestärkt wird. In Teilen mag das sinnvoll sein, aber Ärzte sind nicht per se geborene und hierfür ausgebildete Präventionsakteure. Da wird dann möglicherweise viel Geld als Zusatzhonorare ausgegeben. Für Ergebnisse, die auch den Betroffenen zugute kommen, braucht man in der Prävention anstelle der Medizin auch andere Maßnahmen und weitere Akteure.

Marc von Miquel

Schönen Dank, Herr Voß, für Ihren Ausblick auf notwendige Präventionsstrategien. Abschließend möchte ich nun Herrn Zipperer zu den Vertragsbeziehungen mit den Arzneimittelherstellern befragen. Seit vergangenem Jahr sind Sie Vorsitzender der Schiedsstelle der pharmazeutischen Hersteller und des GKV-Spitzenverbandes für Rabattverhandlungen. Solche Schiedsstellen in den Leistungsbereichen sind ebenso wie der Gemeinsame Bundesausschuss ein Indikator dafür, dass der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung in hohem Maße durch die Vertragspartner reguliert wird. Wie ist Ihre Erfahrung mit diesen Strukturen und für welche Änderungen appellieren Sie?

Manfred Zipperer

Die Regelung der Beziehungen zwischen der GKV und dem Arzneimittelsektor ist ein Lieblingsthema zahlreicher Kostendämpfungsgesetze seit 1977. Aus heutiger Sicht kann man sagen, dass nur die Festbeträge und die Rabattverträge nachhaltige Wirkungen gezeigt haben. Alles andere waren aus meiner Sicht Stückwerk, Flickwerk oder Reaktionen auf Fehlentwicklungen. Meist wurde nach dem add-on-Verfahren gehandelt, wurden Regelungen eingeführt, die zum Teil gegensätzliche Wirkungen hatten oder sogar von den Beteiligten nicht umgesetzt wurden. Eine Evaluierung dieses Regelungswustes fand nicht statt, damit tut sich unser Gesundheitswesen überhaupt schwer.

Angesichts dieser von kurzfristigen Interessen geprägten Gesundheitspolitik, die den patientenrelevanten Nutzen von Arzneimitteln weitgehend ausklammerte, war das Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes – AMNOG – 2011 eine Weichenstellung, wie ich sie vielleicht mit dem GSG von 1993 oder der Einführung der Fallpauschalen ab 2000 vergleichen möchte. Die Gesundheitspolitik hat mit diesem Gesetz einen Paradigmenwechsel eingeleitet, der alle Beteiligten gezwungen hat, sich neu zu positionieren. Die Preise auf dem Arzneimittelmarkt, zuerst die Innovationen, ab 2013 der Bestandsmarkt, werden nicht mehr vom Hersteller diktiert, sondern auf der Grundlage des vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgestellten Zusatznutzens des Arzneimittels mit den Krankenkassen in der Gestalt des

GKV-Spitzenverbandes ausgehandelt. Im Zentrum der Bemühungen der Arzneimittelhersteller steht nicht mehr der einzelne Arzt, sondern die Gesamtheit der Kassen. Vorschläge, die Preise zwischen dem Hersteller und einzelnen Kassen auszuhandeln, hat der Gesetzgeber nicht übernommen. Er hat sogar festgelegt, dass die ausgehandelten Preise auch für die private Krankenversicherung und die Beihilfeträger maßgeblich sind. Ich hätte es nicht für möglich gehalten, dass die schwarz-gelbe Koalition, noch dazu mit einem von der FDP gestellten Gesundheitsminister, eine solche Veränderung vornimmt.

Das Aushandeln der Rabatte für Arzneimittel ist für die Beteiligten, GKV-Spitzenverband und pharmazeutische Unternehmer, eine völlig neue Konstellation, die mit den Verhandlungen der Festbeträge nicht vergleichbar ist. Sie verschafft der GKV insgesamt und dem GKV-Spitzenverband im Besonderen bei der Gestaltung der Arzneimittelpreise eine vorher nicht gekannte Machtposition. Ich bin allerdings angenehm überrascht, dass die für alle Beteiligten ungewohnte Verhandlungsposition mit einem hohen Streitpotential bisher gleichwohl nur in wenigen Fällen dazu geführt hat, die Schiedsstelle anzurufen. Offenbar hat man sich in den meisten Fällen arrangiert; es ist also nicht zu einer Preisfindungspolitik mit der Brechstange gekommen. Abzuwarten bleibt, ob es bei der Behandlung des Bestandsmarktes bei dieser positiven Einschätzung bleibt. Insgesamt halte ich den AMNOG-Ansatz für eine geglückte Lösung, mit der Deutschland mit anderen westlichen Ländern bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln endlich gleichzieht. Ich sehe deshalb keinen Ansatz für grundlegende Änderungen an diesem Konzept.

Marc von Miquel

Vielen Dank, Herr Zipperer. Vermutlich ist Ihr Appell für eine ruhige Hand bei der Regulierung des Arzneimittelmarktes ein Rezept, das für die Gesundheitspolitik insgesamt gelten kann: also systemische Probleme strukturell anzugehen und an den Ergebnissen trotz konträrer Verbändeinteressen festzuhalten. Was unser Podiumsgespräch auch gezeigt hat, ist der Umstand, dass es vor 20 Jahren, im Vorfeld von „Lahnstein“, nicht an Wissen mangelte, wie eine demokratisch gerechte, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung erzielt werden kann. Im Vordergrund stand damals die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten. Neu war allerdings, dass diese Frage der sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen verschränkt wurde mit den Prinzipien des Marktliberalismus. Damit wurde der Korporatismus alter Schule im Gesundheitswesen langsam verabschiedet. Was folgte, war die Ausweitung von Wettbewerb, Marktsteuerung und Einzelinteressen der Akteure. Und all dies vollzog sich in einem Umfeld, das soziale Ungleichheit zu einem wachsenden Problem werden ließ, gerade auch in Hinsicht auf Gesundheitsfragen. So ist die Bilanz von „20 Jahren Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ auf unserer Veranstaltung insbesondere an der Frage zu messen, inwiefern die jüngeren Gesundheitsreformen dazu beigetragen haben, den Versicherten eine gute Versorgung und gleiche Gesundheitschancen zu ermöglichen. Dass die Einschätzungen hier besonders kritisch ausfielen, überrascht nicht und

zeigt, dass eine demokratisch orientierte Gesundheitspolitik vor erheblichen Herausforderungen steht.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Teilnehmern der Podiumsdiskussion herzlich bedanken für das spannende Gespräch und bei den Zuhörerinnen und Zuhörern für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Diskussionsbeiträge am heutigen Tag.

