

Steuerungsaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Bestandsaufnahme

HARTMUT REINERS

Hartmut Reiners ist Ökonom, Publizist und war Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg; Reiners lebt in Berlin

In den letzten 25 Jahren wurden im GKV-System wichtige Strukturreformen in Gang gesetzt. Dazu gehören eine Wettbewerbsordnung mit einem Ausgleich der Morbiditätsrisiken, die Orientierung der Leistungsqualität am Grundsatz der evidenzbasierten Medizin und die Neuordnung des Arzneimittelmarktes. Hier sind zwar noch nicht alle Fragen abschließend geklärt, aber es geht eher um Detailprobleme als um grundlegende Strukturveränderungen. Diese lassen nach wie vor bei der Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung sowie im Aufbau kooperativer Versorgungssysteme auf sich warten.

Vor 30 Jahren begann ein bis heute noch nicht abgeschlossener Prozess der Modernisierung der GKV auf verschiedene Ebenen:

- Organisation und Finanzierung der Krankenkassen,
- Leistungen für Versicherte,
- Entgeltsysteme für Ärzte, Krankenhäuser und im Arzneimittelmarkt sowie
- Struktur der medizinischen Versorgung.

Bislang wurden einige grundlegende Reformen auf den Weg gebracht, andere Projekte nur in Ansätzen angepackt oder mangels politischer Mehrheiten auf die lange Bank geschoben.¹

1. Organisation und Finanzierung der GKV

Spätestens seit der in den 1960er Jahren erfolgten arbeitsrechtlichen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten war die seit 1883 geltende Trennung der GKV in Pflichtkassen für Arbeiter und Wahlkassen für Angestellte und ausgewählte Berufe

ein Anachronismus. Im legendären Kompromiss von Lahnstein einigten sich im September 1992 die christlich-liberale Koalition, die SPD-Bundestagsfraktion und die Landesregierungen auf die Einführung der freien Kassenwahl für alle GKV-Mitglieder ab 1996, mit Ausnahme der Landwirte. Betriebs- und Innungskrankenkassen konnten sich für Versicherte außerhalb ihrer traditionellen Klientel öffnen, später wurde dies auch der Knappschaft ermöglicht.

Das Motiv für diese Reform war vor allem die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten, die zwangsläufig zu einer wettbewerblichen Gliederung der GKV führte. Damit betrat man ordnungspolitisches Neuland mit drei Fragen:

- Wie kann man einen Kassenwettbewerb über Risikoselektion vermeiden?
- Welche Funktion hat die lohnbezogene und paritätische Beitragsfinanzierung?

¹ Die folgenden Ausführungen beziehen sich, sofern nicht anders erwähnt, auf Knieps/Reiners 2015.

- Wie verträgt sich das Solidaritätsprinzip mit dem dualen System von privater und gesetzlicher Krankenversicherung?

1.1. Risikostrukturausgleich

Der Wettbewerb ist nicht das sich selbst optimierende Steuerungsinstrument, als das ihn „Wirtschaftstheologen“ (Rüstow 1950/2001: 28 ff.) gerne darstellen. Ohne einen strikten ordnungspolitischen Rahmen hat er suizidale Tendenzen. Das gilt insbesondere für Krankenversicherungssysteme mit freier Kassenwahl, die ohne eine entsprechende Regulierung die Risikoselektion fördern (Van de Ven/Ellis 2000). Deshalb wurde ab 1994 in der GKV ein bundesweiter kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der mit einem Finanzkraftausgleich zu einheitlichen Beitragseinnahmen pro Versicherten führte und in einem Beitragsbedarfsausgleich die Morbiditätsrisiken anhand der Kriterien Alter und Geschlecht ausgleichen sollte.

Bereits wenige Jahre nach seiner Einführung zeigte sich, dass die gewählten Parameter des Beitragsbedarfsausgleichs (Alter und Geschlecht) die Morbiditätsrisiken nicht angemessen erfassten und viel Spielraum für Risikoselektion boten. Die im Herbst 1998 ins Amt gekommene Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Bündnis90 – Die Grünen) vergab ein Gutachten über Verbesserungen des Morbiditätsausgleichs im RSA (Jacobs/Reschke et al. 2002), dessen Vorschläge im Juni 2001 in einen Gesetzentwurf zur RSA-Reform einfließen. Nach zähen Auseinandersetzungen zwischen dem Bund und den Ländern wurde im November 2001 ein Gesetz verabschiedet, das einen RSA mit direktem Morbiditätsbezug (M-RSA) spätestens ab 2007 vorsah. Bis dahin sollte ein gemeinsamer Risikopool Fälle mit Behandlungskosten von mehr als 20.450 Euro tragen. Außerdem wurden strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) eingeführt, die im RSA zu berücksichtigen waren.

Wirklich umgesetzt wurde der M-RSA erst mit der Einführung des Gesundheitsfonds als zentraler Transferstelle des GKV-Systems im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom März 2007. Dieser vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltete Fonds speist sich aus dem gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V) sowie Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt.

Die Krankenkassen erhalten aus diesem Budget für jede versicherte Person einen Betrag, der aus einer Grundpauschale sowie einem alters- und risikoadjustierten Zuschlag besteht. Kommt eine Kasse mit diesen Zuweisungen nicht aus, muss sie einen Zusatzbeitrag erheben. Die Krankenkassen verloren damit endgültig die Finanzautonomie, die allerdings schon durch den alten RSA auf nur etwa 8 Prozent der Beitragseinnahmen beschränkt war. Insofern waren die Klagen von Kassenfunktionären, der Gesundheitsfonds raube ihnen die Finanzautonomie, Ausdruck eines „Phantomschmerzes“ (Knieps 2007).

Weder der Gesundheitsfonds noch der M-RSA werden heute grundlegend in Frage gestellt. Zwar geistern immer noch Berichte von einem „bürokratischen Monster“ durch die Medien, zuletzt groß aufgemacht im „Handelsblatt“ vom 12. März 2015. Aber diese Phrase findet in der Politik keine wirkliche Resonanz, weil der Gesundheitsfonds und der M-RSA an sich effizient funktionieren.² Allerdings gibt es zwei Streitpunkte zu seiner Ausgestaltung (Näheres im Beitrag von Jürgen Wasem in diesem Heft):

- Die Begrenzung des M-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten hat keine sachliche Begründung. Sie war ein politisches Zugeständnis an Politiker der Union, die den Umfang des M-RSA eingrenzen wollten.
- Der M-RSA basiert auf bundesdurchschnittlichen Kostenprofilen. Krankenkassen, deren Versicherte in Regionen mit einem überdurchschnittlichen Versorgungsniveau und entsprechend hohen Kosten leben, haben dadurch Nachteile gegenüber bundesweit operierenden Kassen. Die GKV ist aus guten Gründen eine bundesweite Solidargemeinschaft, was eine umfassende Regionalisierung des RSA ausschließt. Diskussionswürdig ist nur eine standardisierte Berücksichtigung regionaler Faktoren wie etwa im RSA-Modell der Niederlande.

1.2 Paritätische Finanzierung und Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitrag verdankt seine Existenz zum einen der Behauptung, dass eine Senkung der Sozialversicherungsabgaben der Arbeitgeber das wirtschaftliche Wachstum ankurbelt und Arbeitsplätze

schaft. Dieses wirtschaftspolitische Dogma hat zwar keine empirischen Belege, was aber an seiner Zählebigkeit nichts ändern konnte (Reiners 2011: 43 ff.). Seine zweite Wurzel sind Bestrebungen, die Finanzierung der GKV von lohnbezogenen Beitragssätzen auf Kopfpauschalen mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich umzustellen. Das Konzept erwies sich zwar für die CDU im Wahlkampf 2005 als Rohrkrepiere, aber sie wollte es nicht völlig aufgeben und setzte in den Koalitionsverhandlungen mit der SPD einen festen Zusatzbeitrag von bis zu 8 Euro durch. Die 2013 erfolgte Neuaufnahme der Koalition von Union und SPD wandelte den festen Zusatzbeitrag in einen prozentualen um und senkte den allgemeinen Beitragssatz von 15,5 auf 14,6 Prozent, der hälftig von den Versicherten und Arbeitgebern getragen wird. Eine paritätische Finanzierung wird damit jedoch nur scheinbar hergestellt, da alle beitragsrelevante Ausgabensteigerungen über den Zusatzbeitrag einseitig zu Lasten der Versicherten gehen. Nur zwei Krankenkassen erheben gegenwärtig keinen Zusatzbeitrag, der bei den anderen zwischen 0,3 und 1,3 Beitragssatzpunkten liegt.

Der Zusatzbeitrag hat die von seinen Protagonisten behaupteten positiven Effekte auf den Kassenwettbewerb nicht bewirkt. Im Gegenteil, er hat sich als Hemmschuh für einen auf die Verbesserung der Versorgung abzielenden Vertragswettbewerb erwiesen. Der Gesundheits-Sachverständigenrat stellte in einem Sondergutachten 2012 fest, dass die meisten Krankenkassen Investitionen in neue Versorgungsformen scheuen, weil deren Kosten womöglich über einen Zusatzbeitrag finanziert werden müssen (SVR-G 2012: Ziffern 487 ff.). Rein ökonomisch besteht zwischen einem kostendeckenden Beitragssatz und der Kombination aus allgemeinem und Zusatzbeitrag kein Unterschied. Der Zusatzbeitrag hat aber den Nachteil, dass er gesondert erhoben wird und so bei den Versicherten eine größere Aufmerksamkeit erregt als eine allgemeine Beitragssatzerhöhung. Er fokussiert damit den Kassenwettbewerb auf den Beitragssatz und nicht auf die Versorgungsqualität.

2 Ulla Schmidt hat die Kritik am Gesundheitsfonds mal mit der Anmerkung erledigt: „Dieses bürokratische Monster besteht aus einem Referat im Bundesversicherungsamt mit 21 Mitarbeitern.“

1.3 Integrierte Krankenversicherung

Das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist ein Alleinstellungsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens, seit man es in den Niederlanden 2006 zugunsten einer einheitlichen Krankenversicherung für alle Bürger abgeschafft hat. Ökonomisch macht die private Vollversicherung ebenso wenig Sinn wie das Beihilfesystem für Beamte (Jacobs 2013, Reiners 2014). Seit drei Jahren liegt ein realistisches Szenario vor für den Übergang von der dualen zur integrierten Krankenversicherung vor (Bertelsmann Stiftung/Verbraucherzentrale Bundesverband 2012), aber eine politische Mehrheit ist für dieses Projekt nach wie vor nicht in Sicht. Das ist umso irritierender, als vor allem den Ländern das Beihilfesystem wachsende finanzielle Probleme bereitet. Die „Baby-Boomer“-Jahrgänge 1955 bis 1965 gehen demnächst nach und nach in den Ruhestand. Bei Pensionären erhöht sich der Anteil der Beihilfe an den Behandlungskosten von 50 auf 70 Prozent. Vor allem in der ärztlichen und der Arzneimittelversorgung sind die Beihilfeausgaben bereits jetzt deutlich höher als in der GKV (Haun/Jacobs 2014). Auch für die Assekuranzwirtschaft wird das Geschäft mit der Krankenversicherung immer unattraktiver, weil sie über keine effektiven Instrumente zur Leistungssteuerung verfügt und die Erträge aus den Altersrückstellungen stark rückläufig sind. Die Debatte über den Sinn der dualen Krankenversicherung wird mit Sicherheit über kurz oder lang wieder einsetzen, weil dieses System ökonomisch einfach unsinnig ist.

2. Leistungen der GKV

In der GKV gilt das Bedarfsprinzip, d.h. die Inanspruchnahme ihrer Leistungen ist unabhängig von der Zahlungsbereitschaft der Versicherten. Daraus erwachse, so die in Lehrbüchern der Gesundheitsökonomie breiten Platz einnehmende Moral-Hazard-Theorie, eine systematische Überinanspruchnahme von Leistungen, der man nur mit Zuzahlungen der Patienten begegnen könne. Die Diskussion über eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen in den 1970er und 1980er Jahren wurde von dieser These dominiert, obwohl es für sie bereits damals keine belastbaren empirischen Belege gab (Geißler 1980). Es gibt nicht eine Studie, die zeigen kann, dass generelle Selbstbeteiligungsregelun-

gen eine wirtschaftlichere Ressourcensteuerung bewirken (Holst 2008). Das kann nur dann funktionieren, wenn den Patienten die Wahl zwischen im Prinzip gleichwertigen Leistungen mit und ohne Zuzahlungen gelassen wird, wie z. B. bei den Festbeträgen für Arzneimittel (Reichelt 1994). Ansonsten sind Zuzahlungen nur ein Finanzierungsinstrument zu Lasten der Kranken.

Die 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Praxisgebühr ist ein anschauliches Beispiel für das Scheitern dieses Steuerungsansatzes. Personen mit nur gelegentlichen Arztkontakten änderten ihr Inanspruchnahmeverhalten nicht, während chronisch Kranke, die auf regelmäßige (Fach-) Arztbesuche angewiesen sind, zusätzlich belastet wurden (Reiners/Schnee 2007). Außerdem stand der mit der Praxisgebühr verbundene Verwaltungsaufwand in keinem tragbaren Verhältnis zu den Kosteneinsparungen. Deshalb wurde die Praxisgebühr 2012 abgeschafft.

Es musste mit Daniel Bahr wohl erst ein FDP-Politiker Gesundheitsminister werden, damit es zu diesem Schritt kam.

Zuzahlungen der Patienten sind grundsätzlich ein Holzweg in der Steuerung des Gesundheitswesens, weil dieser Wirtschaftszweig wesentlich von den Anbietern medizinischer Leistungen gesteuert wird. Das ergibt sich zwangsläufig aus der dominanten Stellung der Ärztinnen und Ärzte. Sie haben das gesellschaftliche Mandat zur Definition und Behandlung von Krankheiten und bestimmen damit zugleich maßgeblich die Verwendung wirtschaftlicher Ressourcen. Von dieser ökonomischen Verantwortung wollen viele Ärzte zwar nichts wissen, aber sie lässt sich nicht leugnen.

Die Qualität und Wirksamkeit der von der GKV gewährten Leistungen „haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ (§ 2 Abs. 1 SGB V). Aber wer entscheidet auf welcher Basis darüber, was der Stand der medizinischen Wissenschaft ist? Diese für die Ressourcenverteilung wesentliche Frage hatte bis vor zehn Jahren im GKV-System einen nachgeordneten Stellenwert. Zwar wurde im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen darüber verhandelt, welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmetho-

den in der ambulanten Versorgung von den Krankenkassen vergütet werden, aber eine systematische Bewertung der Qualität medizinischer Leistungen und der Effektivität von Innovationen gab es nicht. Die brachte erst das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom November 2003, das aus dem Bundesausschuss den um die Krankenhäuser erweiterten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) machte, diesen mit Kompetenzen zur Bewertung medizinischer Leistungen ausstattete und ihm dafür das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Seite stellte.

Die im G-BA gefällten Entscheidungen haben nachhaltigen Einfluss auf die Leistungsqualität und die Ressourcenverwendung im Gesundheitswesen.

Das GMG führte den Grundsatz der evidenzbasierten Medizin in das GKV-System ein und war damit ein gesundheitspolitischer Meilenstein. Der G-BA wurde zum „kleinen Gesetzgeber“. Die dort auf Basis gesetzlicher Vorgaben gefällten Entscheidungen haben nachhaltigen Einfluss auf die Leistungsqualität und die Ressourcenverwendung im Gesundheitswesen. Sie sind nicht unumstritten und werden auch schon mal vor Gericht beklagt. Aber die Funktion dieser Institution hat eine hohe steuerungspolitische Legitimation, weil sie die Frage, welche Leistungen die Krankenkassen vergüten sollen und welche nicht, auf die fachliche Ebene bringt und aus der Tagespolitik heraushält. Das ist eine nicht zu unterschätzende Errungenschaft.

3. Entgeltsysteme

Die Gestaltung von Entgeltsystemen ist die wohl undankbarste, weil mit garantierter Ärger verbundene Steuerungsaufgabe im Gesundheitswesen. Egal welche Vergütungsformen festgelegt werden, es gibt immer Gewinner und Verlierer. Erstere freuen sich eher im Stillen, schon um keine Neidgefühle zu wecken, während Letztere den Ruin der medizinischen Versorgung heraufbeschwören. Auch wenn wesentliche Aspekte der Honorarverteilung in der Verantwortung der

gemeinsamen Selbstverwaltung liegen, die Schuld für unerwünschte Entwicklungen wird immer der Politik angelastet. Schon deshalb meiden Gesundheitspolitiker so gut es eben geht dieses interessenverminte Gelände. Hinzu kommt, dass es das perfekte Vergütungssystem nicht gibt. Einzelleistungssysteme haben Anreize zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung, Pauschalvergütungen können zur Risikoselektion führen.

3.1 Vergütungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Seit über 100 Jahren steht die vertragsärztliche Vergütung in einem Spannungsverhältnis von Budgetgrenzen und Leistungsmengen. Im Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 einigten sich die Verbände der Krankenkassen und Ärzte auf eine von den Kassen zu zahlende Gesamtvergütung, die sich aus Kopfpauschalen pro Kassenmitglied ergab. Die Verteilung dieses Budgets auf die zugelassenen Kassenärzte war Sache der regionalen Ärzteverbände. Dieses System wurde 1932 per Notverordnung des Reichspräsidenten zur gesetzlichen Norm und 1955 durch das Gesetz über das Kassenarztrecht erneuert. Die Pflichtkassen hatten mit dem Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ) ein anderes Vergütungssystem als die Ersatzkassen, deren Ersatzkassen-Gebührendordnung (EGO) ähnlich aufgebaut war wie die Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) für Privatpatienten.

Das GRG führte 1989 für die gesamte GKV den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein, aber es blieb bei dem heute noch geltenden zweistufigen System von Gesamtvergütung und Honorarverteilungsmaßstab. Hinzu kommen extrabudgetäre Vergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen. Allerdings wurde der EBM in zwei Stufen reformiert:

- Das GMG führte ab 2005 nach Fachrichtungen getrennte Richtgrößenvolumina ein und trennte die Budgets für Haus- und Fachärzte. Auch sollte besonderer Versorgungsbedarf bestimmter Versichertengruppe berücksichtigt werden.
- Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) brachte ab 2009 bei der Festlegung der Gesamtvergütung eine generelle Morbiditätsorientierung und feste Euro-Preise bei der Honorarverteilung.

Das EBM-System ist in sich eigentlich nicht mehr reformierbar. Sogar der frühere KBV-Chef Köhler widersprach nicht, als ihn ein Journalist fragte, ob dieses Vergütungssystem nicht „irre“ sei (Berliner Zeitung, 4.9.2010). Es kann nicht darum gehen, es weiter zu verfeinern. Das würde voraussichtlich ein eh schon kompliziertes System noch intransparenter machen. Es gibt momentan auch keine wirklich diskussionswürdigen Vorschläge zur erneuten Reform des EBM. Das vom IGES-Institut im Auftrag der Techniker Krankenkassen entwickelte Modell einer reinen Einzelleistungsvergütung (Neumann et al. 2014) würde auch nicht ansatzweise irgendwelche Qualitätsverbesserungen in der Versorgung bringen, sondern nur eine unsinnige Leistungsausweitung. Auch die von Gesundheitsökonomien diskutierten Konzepte zu einer qualitätsorientierten Vergütung („Pay for Performance – P4P“) bieten keine praktikablen Ansätze für eine Reform der ärztlichen Vergütung, wie ein im Auftrag des Bundesgesundheitsministerium angefertigtes Gutachten zeigt (Veith/Hertle et al. 2009).

Eine grundlegende Reform des ärztlichen Vergütungssystems macht nur Sinn, wenn sie im Zusammenhang mit den großen Reformbaustellen der Integration der Krankenversicherung und der medizinischen Versorgungseinrichtungen steht:

- Privatpatienten zahlen für die gleichen ärztlichen Leistungen im Durchschnitt mehr als das Doppelte der EBM-Vergütungen (Walendzik 2013). 2011 entfielen nach Angaben der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes nur 69 Prozent des Umsatzes der Arztpraxen auf Kassenpatienten. Bei Orthopäden und Chirurgen liegt diese Quote sogar bei 52,7 bzw. 53,8 Prozent. Allgemeinmediziner und Kinderärzte erzielen mit 138 bzw. 140 Tausend Euro einen deutlich geringeren Reinertrag als Internisten (184.000 Euro) oder Radiologen (303.000 Euro). Mit dem Leistungsprinzip hat das nichts zu tun.
- Das EBM-System erschwert mit seiner tayloristischen Zerlegung von Behandlungen in einzelne Verrichtungen integrierte, auf Behandlungsfälle ausgerichtete Versorgungsformen. Der um die Deutsche Krankenhausgesellschaft ergänzte Bewertungsausschuss macht diese Erfahrung bei der

Vereinbarung von Vergütungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V).

3.2 Vergütungen in der stationären Versorgung

Die Krankenhausfinanzierung wurde in zwei Stufen auf den heutigen Stand gebracht:

- Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 führte die duale Finanzierung ein, in der die Investitionskosten von den Ländern und die laufenden Betriebskosten von den Krankenversicherungen über die Pflegesätze getragen werden.
- Für die tagesgleichen Pflegesätze galt zunächst das Selbstkostendeckungsprinzip, das 1993 mit dem GSG zugunsten prospektiver abteilungsbezogener Pflegesätze abgeschafft wurde. Das GKV-Reformgesetz 2000 löste die Pflegesätze durch diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) ab, die in den 2000er Jahren nach und nach eingeführt wurden. Auch die psychiatrische Versorgung wird seit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz von 2012 mit pauschalierenden Entgelten (PEPP) vergütet.

Bestandsaufnahmen zu den Folgen der DRG-Einführung (Fürstenberg et al. 2011, Reifferscheid et al. 2013) haben ergeben, dass das deutsche DRG-System zwar keinen grundsätzlichen Reformbedarf, aber teilweise unerwünschte Nebeneffekte hat. So ist die Zahl der Fälle gestiegen, was nur zum Teil auf die demografische Entwicklung zurückzuführen ist. Auch ist der Schweregrad der Fälle gestiegen, was nicht nur damit zu tun hat, dass mehr Behandlungen als früher ambulant durchgeführt werden. Diese Tendenzen kann man, wie auch das Fallsplitting bei Multimorbidität und das Upcoding, mit gezieltem Controlling in den Griff bekommen. Kernproblem ist ein eigentlich erwünschter Effekt der DRGs. Sie haben zu einer Zentralisierung und Spezialisierung der Krankenhauslandschaft geführt, ohne dass dieser Prozess mit einem Umbau der kleineren Krankenhäuser in ländlichen Regionen zu regionalen Versorgungszentren mit stationärer Grundversorgung und ambulanter fachärztlichen Einrichtungen flankiert wurde. Das zur Verabschiedung anstehende GKV-Versorgungsstärkungsgesetz versucht, dieses Problem mit einem Inves-

titionsfonds in den Griff zu bekommen, wobei man bezweifeln darf, dass die dafür vorgesehenen Mittel und Wege ausreichen.

3.3 Arzneimittelmarkt

Das zentrale Thema von Reformen des Arzneimittelmarktes ist seit 25 Jahren die Frage, wie man die Marktmacht der Pharmaindustrie über administrierte Preise und Regelungen für den Marktzugang kontrollieren kann. Es ist keine Übertreibung, diese Reformen als Erfolgsgeschichte zu beschreiben:

- Die 1989 eingeführten Festbeträge für Arzneimittel mit gleichen bzw. therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen decken mittlerweile 80 Prozent der Verordnungen bzw. 40 Prozent der GKV-Arzneimittelausgaben ab. Laut Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes vom 19.06.2014 bringen sie Einsparungen von 6,9 Mrd. Euro im Jahr.
- Auch die vom Gesetzgeber eröffneten bzw. erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss von Rabattverträgen mit Herstellern (§§ 129-130a SGB V) haben zu erheblichen Einsparungen geführt (Hermann 2013).
- Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22. Dezember 2010 brach endgültig das Preisfestsetzungsmonopol der Pharmaindustrie. Es führt eine frühe Nutzenbewertung von neu eingeführten Arzneimitteln und darauf aufbauende Preisverhandlungen zwischen den Herstellern ein.

Gegenwärtig gibt es in der Arzneimittelversorgung keinen grundsätzlichen Reformbedarf, vielmehr müssen die Wirkungen der vorhandenen Instrumente überprüft und ggf. angepasst werden. So stellt sich die Frage, welche Strategien die Akteure bei der Nutzenbewertung und den Preisverhandlungen einsetzen. Es sollte z. B. geprüft werden, ob die Festbeträge in bestimmten Segmenten nicht mit ruinösen Preiskämpfen verbunden sind, an denen niemandem gelegen sein kann. In der Arzneimittelversorgung fehlt es an Konfliktlösungsstrukturen, wie sie sich in der ambulanten und stationären Versorgung etabliert haben. Die Orientierung an Grundsätzen des allgemeinen Vergabe-, Wettbewerbs- und Kartellrechts ist in einem solidarischen GKV-System ebenso problematisch wie die Orientierung an kurzfristigen Spar- und Renditezielen.

4. Versorgungsstrukturen

Die strikte institutionelle Trennung in ambulante und stationäre Versorgung mit unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung gehört zu den Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens. Dem stehen medizinische und demografische Entwicklungen gegenüber, die mehr Kooperation und Integration zwischen den Versorgungseinrichtungen und Gesundheitsberufen erfordern. Daraus ergibt sich eine seit 20 Jahren geführte Debatte über eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung, der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie der staatlichen Rechtsaufsicht, die bislang nur zu bruchstückhaften Ergebnissen geführt hat.

4.1 Bisherige Reformschritte

Der bislang wichtigste Schritt zur Umstrukturierung der Versorgung erfolgte mit dem im November 2003 verabschiedeten GMG, das den Kassen Selektivverträge mit Leistungserbringern zu neuen Versorgungsformen ohne Einbindung der KV ermöglichte. Kernstücke dieser Reform waren die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) und die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), die in die ambulante

Mit der Förderung von Selektivverträgen wurde ein Paradigmenwechsel in der Wettbewerbsordnung der GKV eingeleitet.

medizinische Versorgung integriert wurden und auch von Krankenhausträgern gegründet werden konnten. Dieser Reformansatz wurde im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 weiter ausgebaut, indem neue Betriebsformen in der ambulanten Versorgung ermöglicht und die hausarztzentrierte Versorgung zum Pflichtangebot aller Kassen gemacht wurden. Mit der Förderung von Selektivverträgen wurde ein Paradigmenwechsel in der Wettbewerbsordnung der GKV eingeleitet, der Umstrukturierungen in der Planung und Sicherstellung der Versorgung erfordert.

Man kann nicht Selektivverträgen den Vorrang geben, ohne damit einen Eckpfeiler des Kassenarztsystems zu unterminieren: die Verantwortung der KVen für die Sicherstellung der Versorgung.

Das Grundgesetz gibt den Ländern die politische Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, zu der die Gewährleistung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung fraglos gehört. Daraus folgt nicht, dass die Sicherstellung der gesamten medizinischen Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit der Länder liegen muss. Das ist im deutschen Gesundheitswesen mit seiner Aufgabenteilung zwischen Regierungsbehörden und gemeinsamer Selbstverwaltung keine tragfähige Reformoption. Es geht vielmehr darum, die Beziehungen zwischen den politischen Instanzen und den Selbstverwaltungsorganen neu zu ordnen. Betroffen sind zwei verschiedene Ebenen, die Bedarfsplanung bzw. Sicherstellung der Versorgung sowie die Rechtsaufsicht über die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften.

4.2 Reformebene Bedarfsplanung und Sicherstellung

In der Bedarfsplanung sollte die allgemeine politische Letztverantwortung bei den Ländern liegen, entsprechend ihrer verfassungsmäßigen Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge. Ihre Institutionen (Landtage, Landesregierungen) sollten die Vorgaben für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern in den jeweiligen Regionen der Länder festlegen. Die Entscheidung darüber, wo welche Arztpraxen oder Krankenhäuser ihren Standort haben, sollte vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern überlassen bleiben.

Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist in diesem System weiterhin Aufgabe der Länder, jedoch mit einem erheblichen Unterschied zum geltenden Recht. Sie entscheiden nicht mehr konkret über die zugelassenen Plankrankenhäuser, sondern stellen sicher, dass den Bürgern in den Regionen des Landes eine der jeweiligen Alters- und Morbiditätsstruktur entsprechende Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Welche Krankenhäuser mit welchen Abteilungen dafür in Frage kommen, bleibt den Verträgen mit den Krankenkassen überlassen.

4.3 Reformebene Rechtsaufsicht

Ein solches integriertes Sicherstellungssystem kann nur funktionieren, wenn die Landesbehörden im Rahmen der Rechtsaufsicht konkrete Durchgriffsrechte auf die gesamte Versorgung für den Fall haben, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung und die rechtlich festgelegten Kriterien für eine angemessene Versorgung nicht erfüllt werden. Gegenwärtig haben die Landesaufsichtsbehörden nur die Zuständigkeit für die regionalen Krankenkassen, für die KVen und die Regionalkassen, vor allem die AOKen. Die wachsende Dominanz der bundesweiten Krankenkassen führt dazu, dass das BVA immer mehr Zuständigkeiten für die regionalen Versorgungsstrukturen erhält, die es gar nicht angemessen und ortsnahe wahrnehmen kann.

Bereits vor 10 Jahren hat der damalige BVA-Präsident Daubenbüchel in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe angeregt, die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen dem Bund zu übertragen, während sich die Länder um das weitgehend auf der regionalen Ebene abspielende Geschäft der Versorgungsverträge kümmern sollten. Damit werde man der Verantwortung der Länder für die Sicherstellung der Versorgung am besten gerecht. Dagegen wird eingewendet, man könne Fragen des Haushalts und der Beitragsgestaltung nicht von den Verträgen trennen, die eine Kasse mit Leistungserbringern geschlossen hat. Aber dieses Problem lässt sich durch entsprechend intensivierete Abstimmungen zwischen BVA und Landesbehörden lösen. Damit sollen die mit einer solchen neuen Arbeitsteilung zwischen dem Bund und den Ländern verbundenen rechtlichen und prozessualen Probleme gar nicht klein geredet werden. Aber sie sind lösbar, wenn man nicht die Bedenken, sondern die damit verbundenen Chancen in den Vordergrund stellt.

5. Fazit

Die GKV-Reformen der vergangenen 25 Jahre haben zu grundlegenden Veränderungen geführt, aber auch offene Fragen hinterlassen. Dazu gehören vor allem die Überwindung des dualen Krankenversicherungssystems sowie der Aufbau einer integrierten, die Schranken zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen überwindenden Versorgungsstruktur. In beiden Fällen mangelt es an politischen

Mehrheiten, sie sich erst ergeben können, wenn sich nicht nur zwischen den großen Parteien ein politischer Konsens abzeichnet, sondern auch zwischen Bund und Ländern. Eine solcher Kompromiss ist zwar nicht unmöglich, wie Lahnstein 1992 gezeigt hat, aber er scheint in den genannten Fragen zur Zeit in weiter Ferne zu sein. Vorerst kommt es darauf an,

machbare Projekte voranzutreiben und den Akteuren im Gesundheitswesen den Rücken zu stärken, die etwas auf der praktischen Ebene vorantreiben wollen. Dazu gehört vor allem der Ausbau von Möglichkeiten des Abschlusses von Selektivverträgen zu innovativen Versorgungsformen, insbesondere auf der regionalen Ebene. ■

Literatur

Bertelsmann Stiftung/Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.) (2012): Gerecht, nachhaltig, effizient. Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung. http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_37846_2.pdf

Fürstenberg, T., Laschat, M. et al. (2011): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG- Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006-2008). Berlin: IGES

Geißler, U. (1980): Erfahrungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Tagungsbericht). Stuttgart: Gustav Thieme, 51-55

Haun, D./Jacobs, K. (2014): Beihilfe ohne Perspektive? Zur Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte. In: G+G-Wissenschaft 14 (1), 23-30

Hermann, C. (2013): Rabattverträge als Mittel einer effizienten Arzneimitteltherapie. In: Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.): Strategien für mehr Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Peter Lang, 127-144

Holst, J. (2008): Kostenbeteiligung für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz. Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde. Berlin: WZB Discussion Papers SP I 2008-305. <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/08-305.pdf>

Jacobs, K., Reschke P. et al. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

Jacobs, K. (2013): Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität. Jacobs, J. / Schulze, S. (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart

Knieps, F. (2007): Der Gesundheitsfonds aus der Sicht der Politik. In: Göppfart, D. et al. (Hrsg.) (2007): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard, 9-26

Knieps, F./Reiners, H. (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Hans Huber

Neumann, K., Gierling, P. et al. (2014): Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor – Prüfung der Machbarkeit. Berlin:

IGES. http://www.iges.de/leistungen/gesundheit/finanzierung_gesetzgebung/arzthonorare/e15133/infoboxContent15138/Langfassung_IGES_Gutachten_Aerztliche_Verguetung_Juni2014_ger.pdf

Reichelt, H. (1994): Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung am Arzneimittelmarkt. Stuttgart-Jena-New York: Gustav Fischer

Reifferscheid, A., Thomas, D. und Wasem, J. (2013): Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Auswirkungen und empirische Evidenz. In: Klauber J., Geraedts, M. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013. Stuttgart: Schattauer, 3-18

Reiners, H./Schnee, M.: Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung? Böcken, J. et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh 2007: Bertelsmann Stiftung, 133-154

Reiners, H. (2011): Mythen der Gesundheitspolitik, 2. Auflage. Bern: Huber

Reiners, H. (2014): Jobkiller Bürgerversicherung? Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte. G+G-Wissenschaft 14 (1), 7-15

Rüstow, A. (1950/2001): Das Versagen des Wirtschaftsliberalismus. Neuauflage hrsg. von F. P. und G. Maier-Rigaud. Marburg: Metropolis

SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012. Bundestagsdrucksache 17/10323

Van de Ven, W./Ellis R. (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Culyer A. und Newhouse, J. (Ed.): Handbook of Health Economics IA. Amsterdam: Elsevier, 755-845

Veith, C., Hertle, S. et al. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zur Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine zukünftige Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des BMG. https://bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_03/120817_PM_58_Anlage_Gutachten_BQS_01.pdf

Walendzik, A. (2013): Neuordnung der ambulanten ärztlichen Vergütung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 67 (2-3), 36-41