

Bert Rürup · Martin Albrecht

Das deutsche Gesundheitswesen nach den Reformen von 2007

Es ist eine Frage der Betrachtungsweise: Das Jahr 2007¹ wird als ein Jahr grundlegender Reformen des Gesundheitswesens in die Sozialgeschichte Deutschlands eingehen. Dennoch bleiben die zentralen Probleme weiterhin ungelöst. Beides ist gegenwärtig häufig zu hören – und es besteht nur scheinbar ein Widerspruch. Definiert man den Begriff »Reform« als größere, planvolle und politisch legitimierte Neubeziehungsweise Umgestaltung bestehender Verhältnisse und Systeme mit dem Ziel ihrer Verbesserung, so verdeutlichen die Aussagen schlicht das große Reformpotenzial im Gesundheitswesen.

Ein Jahr grundlegender Reformen

Ein erster grundlegender Reformschritt wurde bereits am 1. Januar 2007 vollzogen. An diesem Tag trat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft. Mit ihm wird die Liberalisierung des Bereichs der ambulanten medizinischen Versorgung konsequent fortgesetzt. Bereits durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) wurde im Jahr 2004 mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine Organisationsform zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, für die eine Reihe von organisationsrechtlichen Einschränkungen aufgehoben wurde. Hierzu zählten das Verbot der Anstellung von Ärzten in der ambulanten Versorgung sowie die nur beschränkte Zulässigkeit von Teilzeitmodellen. Mit dem VÄndG wurden diese Verbote größtenteils generell, das heißt für alle in Gemeinschafts- und Einzelpraxen tätigen Ärzte, aufgehoben. Dies bedeutet zum Beispiel, dass nun ein Arzt gleichzeitig als Vertragsarzt in der ambulanten Behandlung und

als angestellter Krankenhausarzt tätig sein kann. Dies trägt zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bei, denn Krankenhäuser erhalten so die Möglichkeit, ihre (Personal-)Ressourcen zusätzlich in der ambulanten Versorgung einzusetzen. Im Zusammenhang mit der erweiterten Anstellungsmöglichkeit können nun Zweigpraxen betrieben werden, und zwar auch über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) hinweg. Darüber hinaus wurde mit dem VÄndG die Anschubfinanzierung für Angebote der Integrierten Versorgung (IV) um zwei Jahre verlängert.

Am 1. April 2007 folgte dann mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) der zweite Reformschritt. Er ist wesentlich umfassender als der erste und er bestimmt(e) auch maßgeblich die gesundheitspolitischen Schlagzeilen, da ihm eine sehr intensive und kontroverse Debatte und ein nicht weniger aufgeregtes Gesetzgebungsverfahren vorausgingen. Das GKV-WSG enthält vielfältige Neuregelungen in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens. Sie beziehen sich auf die Finanzierung des Krankenversicherungssystems, auf das Verhältnis zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), auf das Organisationsrecht, auf die Versicherungspflicht und schließlich auf zahlreiche Aspekte im Bereich der Leistungen beziehungsweise Ausgaben:

- Ab dem Jahr 2009 wird die Mittelaufbringung und die Mittelzuweisung in der GKV über einen Gesundheitsfonds abgewickelt. Für die Mittelaufbringung wird ein GKV-einheitlicher Beitragssatz festgelegt. Neben den Beiträgen der Versicherten beziehungsweise den Beitragszuschüssen der Arbeitgeber fließt in den Fonds auch ein Steuerzuschuss des Bundes, der sich von gegenwärtig 2,5 Milliarden Euro ab dem Jahr 2009 um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einem jährlichen Gesamtbetrag von 14 Milliarden Euro im Jahr 2016 erhöhen wird. Die Mittelverteilung erfolgt über pauschale Zuweisungen je Versicherten an die Krankenkassen. Unterschiedliche Versichertenstrukturen der Krankenkassen werden in Form von ergänzenden Zu- und Abschlägen je nach Alter, Geschlecht und Krankheiten der Versicherten berücksichtigt. Ein neuer, an der Erkrankungsrate (Morbidity) orientierter Risikostrukturausgleich wird somit Bestandteil des Zuweisungsverfahrens.

- Die Rahmenbedingungen für den Wechsel von Versicherten zwischen GKV und PKV verändern sich: Für abhängig beschäftigte GKV-Mitglieder gilt nun eine dreijährige Wartefrist, die PKV-Unternehmen werden auf das Angebot eines Basistarifs verpflichtet und gesetzliche Krankenkassen können mit Wahlтарifen weitergehend als bisher in Konkurrenz zur PKV treten.
- Das GKV-WSG enthält eine grundlegende Neuordnung der Selbstverwaltung. Wesentliche Funktionen, wie Vergütungsvereinbarungen oder die Bedarfsplanung, werden zukünftig nicht mehr von den bisherigen kassenartenspezifischen Spitzenverbänden, sondern von einem neu gegründeten Dachverband (»Spitzenverband Bund«) für alle Kassenarten wahrgenommen. Auch die Strukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss werden verändert. Mit dem GKV-WSG schafft man die Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Fusionen.
- Es wird eine Pflicht zur Versicherung für alle Bürger in der GKV beziehungsweise – ab dem Jahr 2009 – auch in der PKV eingeführt. Nicht versicherte Personen, die der PKV zuzuordnen sind, haben bereits heute ein Recht auf Aufnahme in den Standardtarif.
- Der Leistungsanspruch in der GKV wurde insgesamt ausgeweitet: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere zur geriatrischen, medizinische Vorsorgemaßnahmen und Rehabilitation für Mütter und Väter (»Mutter/Vater-Kind-Kuren«) sowie empfohlene Impfungen sind nun Pflichtleistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht.
- Der Spielraum für einen Vertragswettbewerb hat sich merklich erweitert. Neben Verträgen zur Integrierten Versorgung können Krankenkassen mit Leistungserbringern nun auch selektiv Verträge im Bereich der hausärztlichen und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung schließen. Gegenüber den Versicherten können sich Krankenkassen über das Angebot von Wahlтарifen für spezielle Versorgungsformen, Selbstbehalte, Kostenerstattung oder bestimmte Zusatzleistungen profilieren. Im Hilfsmittelbereich sollen Verträge mit Leistungserbringern zukünftig vor allem auf der Grundlage vorheriger Ausschreibungen der Krankenkassen abgeschlossen werden. Auch für die Versorgung mit Heilmitteln können die Krankenkassen individuelle Verträge mit Leistungserbringern abschließen. Die seit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) zum 1. Mai 2006 möglichen

Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen werden durch das GKV-WSG gefördert, indem Apotheken nun zur Abgabe rabattierter Arzneimittel verpflichtet sind. Im Zusammenhang mit den erweiterten Möglichkeiten zum Vertragswettbewerb werden mit dem GKV-WSG für alle Verträge von Krankenkassen, zu deren Abschluss sie nicht gesetzlich verpflichtet sind, Gültigkeit und Anwendung der einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen festgelegt.

- Krankenhäuser können in der ambulanten Versorgung von Menschen mit schweren oder seltenen Krankheiten und spezialisiertem Versorgungsbedarf tätig werden.
- Auch die ärztliche Vergütung wird durch das GKV-WSG neu geregelt. Erstmals ab dem Jahr 2009 wird sich die Veränderung der Gesamtvergütung der Ärzte an einem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf orientieren. Vorgesehen ist weiterhin die Umstellung der Leistungsvergütung auf eine regionale Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen.
- Weitere ausgabenrelevante Neuregelungen des GKV-WSG sind die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln (und die noch umzusetzende Vorschrift einer ärztlichen Zweitmeinung bei speziellen hochinnovativen Medikamenten) sowie die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen als Voraussetzung für die Gewährung von Zuzahlungsermäßigungen.

Es ist schwierig bis unmöglich, für diese Vielzahl von Neuregelungen ein übergeordnetes Gesamtkonzept zu identifizieren, das etwa eine problembezogene Priorisierung oder Gewichtung aus Sicht des Gesetzgebers ermöglicht. In der öffentlichen Kommunikation des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) über das GKV-WSG liegt der Schwerpunkt auf der neuen, nun umfassenden Krankenversicherungspflicht (»neue Gesundheitsversicherung«), infolge derer es in Deutschland keine Personen ohne Krankenversicherungsschutz mehr geben soll. Rein quantitativ blieben die Auswirkungen dieses Kernelements der Gesundheitsreform jedoch in den ersten Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes merklich hinter den Erwartungen zurück. Von der geschätzten Gesamtzahl unversicherter Personen beantragte nur ein geringer Teil die Mitgliedschaft beziehungsweise den Wiedereintritt in die GKV oder die PKV.

Darüber hinaus hob das BMG unter den Reformelementen die Leistungsverbesserungen, die Stärkung der Vorsorge sowie die erweiterten Wahlfreiheiten der Versicherten heraus. In der öffentlichen Wahrnehmung dominierten vor allem die Reform der Selbstverwaltung sowie die Honorierung der ärztlichen Leistungen. Die stärksten Wirkungen des GKV-WSG ergaben sich bislang in der Arzneimittelversorgung: Rabattvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern sorgten hier für spürbare Ausgabensenkungen und Marktanteilverschiebungen unter den Generikaherstellern.

Zentrale Aspekte der mehrere Jahre währenden gesundheitspolitischen Diskussion im Vorfeld der jüngsten Gesundheitsreformen spielen derzeit hingegen fast keine Rolle mehr. Hierzu zählen die Sicherung einer nachhaltigen, auch unter den Bedingungen einer alternden Bevölkerung stabilen, also demografiefesten, und generationengerechten Finanzierung sowie die Senkung der Lohnzusatzkosten.

Zentrale Aspekte der mehrere Jahre währenden gesundheitspolitischen Diskussion im Vorfeld der jüngsten Gesundheitsreformen spielen derzeit fast keine Rolle mehr.

Zur Genese der Reformen: Ausgangspunkte und selbst gesteckte Ziele

Die Arbeit der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme markiert den Beginn der gesundheitspolitischen Diskussion, die letztlich in die jüngsten Gesundheitsreformen mündete. Die Kommission wurde Ende des Jahres 2002 von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eingerichtet. Der Auftrag des Gremiums bestand darin, Vorschläge für die langfristige Finanzierung der sozialstaatlichen Sicherungsziele unter Gewährleistung der Generationengerechtigkeit zu erarbeiten und Wege zur Senkung der Lohnnebenkosten aufzuzeigen.² Neben der gesetzlichen Rentenversicherung und der Pflegeversicherung lag ein Schwerpunkt der Kommissionsarbeit auf der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die Finanzierung der GKV im Hinblick auf die durch die Bevölkerungsentwicklung und den medizinisch-techni-

schen Fortschritt bewirkte Ausgabendynamik langfristig gesichert werden kann.

Als der Bericht der Kommission im August 2003 veröffentlicht wurde, war das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bereits auf den Weg gebracht. Mit dem GMG wurde zwar ein Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in der GKV eingeführt, der von einer Milliarde Euro (2004) in der Folge auf 4,2 Milliarden Euro (2006) erhöht wurde; das System der Beitragsfinanzierung blieb jedoch unverändert.³ Daher bildete der Kommissionsbericht den Ausgangspunkt und Anstoß für die Diskussion über eine grundlegende Finanzierungsreform, die sich unmittelbar an die im Vorfeld des GMG geführte Debatte anschloss.

Für den Krankenversicherungsbereich diskutierte das Gremium mit der »Bürgerversicherung« einerseits und den »Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich« andererseits zwei alternative Finanzierungskonzeptionen (»Y-Modell«) und verband damit die Aufforderung, die Entscheidung zwischen beiden auf gesellschaftspolitischer Ebene zu treffen.

Mit den Vorschlägen der Kommission standen also zunächst die Finanzierungsprobleme der GKV eindeutig im Vordergrund der gesundheitspolitischen Diskussion. Bald aber wurden diesbezügliche Reformkonzepte flankiert durch die Forderung, parallel zu Änderungen der Finanzierungsbasis – oder sogar als Vorleistung hierfür – vorhandene Ineffizienzen der Versorgungsstrukturen zu beseitigen.

Mit dem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 wurde für den Bereich Krankenversicherung der »Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung« Priorität eingeräumt.⁴ Einigkeit bestand über die Notwendigkeit eines Konzepts, »das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert« und eine »wettbewerbliche und freiheitliche Ausrichtung des Gesundheitswesens« gewährleistet.

Einigkeit bestand über die Notwendigkeit eines Konzepts, »das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert« und eine »wettbewerbliche und freiheitliche Ausrichtung des Gesundheitswesens« gewährleistet. Im Arbeitsmarkt-Kapitel wurde zudem das Ziel festgelegt, die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 Prozent zu senken und hier-

Einigkeit bestand über die Notwendigkeit eines Konzepts, »das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert« und eine »wettbewerbliche und freiheitliche Ausrichtung des Gesundheitswesens« gewährleistet.

für die Beiträge zur GKV »mindestens stabil zu halten und möglichst zu senken«.⁵

Die Reformdebatte hatte sich allerdings gegen Ende des Jahres 2005 politisch und fachlich in einer verkürzten Diskussion zwischen »Bürgerversicherung«, »Kopfpauschale« und »Bürgerprämie« erschöpft. Auch der Koalitionsvertrag erwähnt, dass sich die diesbezüglich unterschiedlichen Konzepte der Parteien »nicht ohne Weiteres miteinander vereinbaren lassen«.⁶ Dabei war zu diesem Zeitpunkt der Widerstreit der Reformkonzepte aus wissenschaftlicher Sicht zum Teil gelöst: Weitgehende Einigkeit bestand über die Frage des Versicherungskreises, sodass sich die offenen Fragen letztlich auf die Prinzipien der Beitragsbemessung konzentrierten.

Politisch gesehen befand man sich dennoch in einer Sackgasse, aus der erst die Fondsidee herausführte. Sie basiert auf einem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen vom Oktober 2005.⁷ Demnach war als Kompromiss zwischen »Bürgerversicherung« und »Gesundheitsprämie« vorgesehen, die Mittelaufbringung zunächst weiterhin einkommensbezogen zu gestalten, die Mittelzuweisung an die Krankenkassen jedoch am Prämienkonzept zu orientieren.⁸

Zu diesem Zweck sollte zwischen Beitragszahler und Krankenkassen eine zentrale Inkassostelle, ein Fonds, positioniert werden, die jedem Versicherten einen Krankenversicherungs-Einkaufsgutschein

Eine vom individuellen Einkommen unabhängige Mittelzuweisung an die Versicherten führt dazu, dass Versicherte mit geringen Einkommen deutlich stärker als bisher von unterdurchschnittlichen Beiträgen profitieren – zumal wenn Arbeitnehmer die Beitragsersparnis auch nicht mehr mit ihrem Arbeitgeber teilen.

ausstellt, dessen Wert der durchschnittlichen Pro-Kopf-Einzahlung in den Fonds entspricht. Eine Krankenkasse wäre dann im Wettbewerb darum bemüht, dass möglichst viele Gutscheine bei ihr eingelöst würden, weil ihre Beiträge unter dem einheitlichen (pau-

schalen) Gutscheinbetrag liegen und/oder weil sie zusätzliche Leistungen anbietet. Die vom individuellen Einkommen unabhängige Mittelzuweisung an die Versicherten würde dazu führen, dass Versicherte mit geringen Einkommen deutlich stärker als bisher von unterdurchschnittlichen Beiträgen profitierten – zumal Arbeitnehmer

die Beitragsersparnis auch nicht mehr mit ihrem Arbeitgeber zu teilen hätten. Für die Krankenkassen würde es entsprechend attraktiver, Spartarife anzubieten, anstatt wie bisher einseitig auf Leistungsausweitungen zu setzen.

Erst im April 2006 wurde dieser Kompromissvorschlag von der Bundesregierung aufgegriffen – und avancierte, wenn auch in abgewandelter Form, schnell zur Blaupause für die Gesundheitsreform. Die Fondsmittel werden im Unterschied zum Ursprungskonzept den Krankenkassen zugewiesen, die Grundidee blieb jedoch erhalten: Die Krankenkassen konkurrieren miteinander, indem sie sich zu einem »Durchschnittspreis« (einheitlicher Beitragssatz) positionieren. Wettbewerbsvorteile erlangen sie, wenn sie Überschüsse aus den Fondszuweisungen erzielen und diese in Form von Prämien an ihre Versicherten ausschütten, Wettbewerbsnachteile, wenn sie zur Deckung ihrer Ausgaben einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Auch das Leistungsangebot kann – begrenzt – über- oder unterdurchschnittlich gestaltet werden. Wirkungsanalytisch weicht die mit dem GKV-WSG beschlossene Lösung vom Ursprungskonzept dahingehend ab, dass die Zusatzbeiträge nicht nur pauschal, sondern auch einkommensabhängig erhoben werden können und dass sie in ihrer maximalen Höhe durch eine Überforderungsklausel begrenzt werden.

Mit der Fondslösung wurde die politische Starre überwunden. Aus wissenschaftlicher Sicht jedoch waren die von der Politik letztlich verworfenen Reformmodelle nicht nur durch mehr konzeptionelle Klarheit und Stringenz gekennzeichnet, etwa hinsichtlich der Aspekte Versichertenkreis und Beitragsgestaltung; sie gaben auch deutlich weiter gehende Antworten auf die

Der Fondsvorschlag war – schon infolge seiner Kurzfristigkeit – in vielerlei Hinsicht eine Black Box und genau darin bestand sein politischer Wert.

Fragen, wie die Finanzierung des Gesundheitswesens längerfristig stabilisiert und die Abgabenbelastung des Faktors Arbeit verringert werden kann. Da diese Reformmodelle teilweise sehr detailliert mit quantitativen Schätzungen zu ihren Finanzierungs- und Verteilungseffekten unterlegt waren, machten sie sich jedoch auch angreifbar. Der Fondsvorschlag war hingegen – schon infolge seiner Kurzfristigkeit – in vielerlei Hinsicht eine *Black Box* und genau darin bestand schließlich sein politischer Wert. Mit dem Fonds lassen sich einige nur schwer

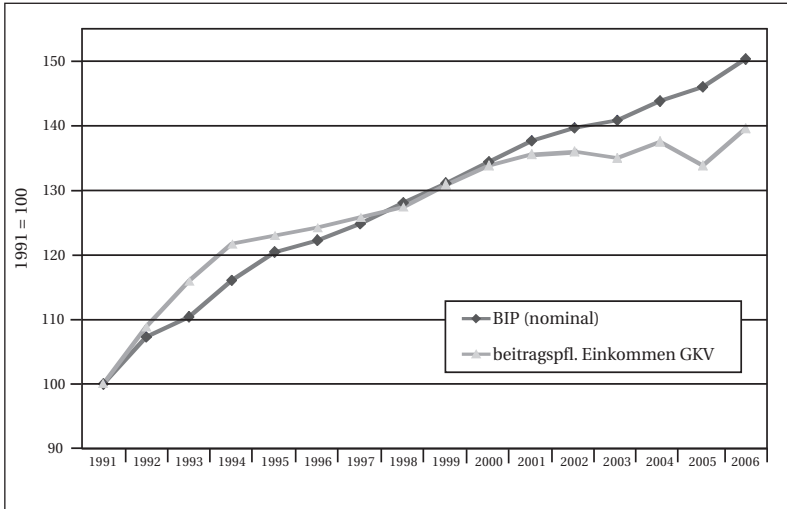


Abb. 7: Einnamenschwäche der GKV (BIP = Bruttoinlandsprodukt), Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

umkehrbare konzeptionelle Festlegungen vermeiden beziehungsweise zeitlich aufschieben.

Die Probleme, die den Ausgangspunkt des jüngsten Reformprozesses bildeten, bleiben nach wie vor virulent. Die strukturelle Einnamenschwäche der GKV besteht weiterhin fort: Zwischen den Jahren 1991 und 2006 lag der Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV um fast elf Prozentpunkte unter dem Zuwachs des Bruttoinlandsprodukts, wie die Grafik auf dieser Seite zeigt. Seit dem Jahr 1998 verlief die Entwicklung der Einnahmen unterproportional zur gesamtwirtschaftlichen Leistung, und zwar in einem kontinuierlich zunehmendem Ausmaß. Nur für das Jahr 2006 verringerte sich der Abstand geringfügig.

Ebenso hat die Abgabenbelastung der Arbeitseinkommen durch GKV-Beiträge nicht nur absolut, sondern auch relativ zugenommen. Von 1991 bis 2006 lag der Zuwachs der GKV-Beiträge um 25,5 Prozentpunkte über dem der Arbeitnehmerentgelte. Dies zeigt die Abbildung auf Seite 131. Seit dem Jahr 2002 hat sich der Abstand der Zuwachsraten kontinuierlich zulasten der Arbeitnehmerentgelte vergrößert.

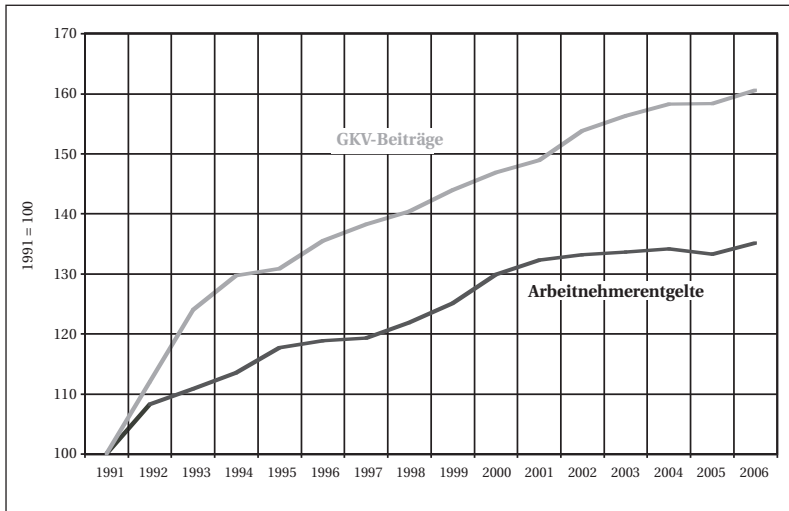


Abb. 8: Entwicklung des GKV-bedingten »Abgabenkeils«, Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Stärken die Reformen von 2007 den Wettbewerb?

In der Kritik am GKV-WSG ist es fast schon zum Allgemeinplatz geworden, dass wie in orwellischer Bedeutungsverdrehung das Gesetz nicht zu einer Wettbewerbsstärkung, sondern tatsächlich zur Pervertierung und Beseitigung von Wettbewerb zugunsten eines staatlich gelenkten Gesundheitssystems mit Einheitsversicherung führe. Dieser Vorwurf ist nicht haltbar. Das Gesetz umfasst eine Fülle sehr unterschiedlicher Maßnahmen, aus denen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine klare Gesamtwirkung herauslesen lässt, der man zudem noch unterstellen könnte, sie folge der Regie eines genialen Masterplans mit dem Titel »Verstaatlichung«.

Zutreffend ist vielmehr, dass die Reform infolge ihrer vielen Facetten zu einer wachsenden Verunsicherung der Akteure im Gesundheitswesen beigetragen hat. Mit dem GKV-WSG wurde politisch zwar viel bewegt, konzeptionell aber viel verschleiert beziehungsweise offengelassen. Es wird darüber spekuliert, dass die nächste Bundestagswahl darüber entscheiden könnte, ob sich der geplante Gesundheitsfonds zu einer Einheitskasse entwickeln wird oder ob er längerfristig den Weg zu einer weitgehenden Privatisierung der Gesundheitsversor-

gung mit einer steuerfinanzierten »Auffangkasse« für sozial Schwache ebnet. Eine Ursache für diese Unsicherheit ist die politische Konstellation der großen Koalition, in der grundlegende Entscheidungen zur Frage des Verhältnisses von GKV und PKV sowie zur Frage der Finanzierungsgrundlagen vertagt wurden. Entsprechend wurde mit dem Gesundheitsfonds ein Konstrukt gewählt, das in der Finanzierungsfrage zukünftige Gestaltungsoptionen offenhält. Die Eigenständigkeit der PKV blieb vom Grundsatz her erhalten, die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes wird aber durch den Basistarif in der PKV und die Wahltarife in der GKV aufgeweicht.

Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Reformelemente lässt sich gegenwärtig nur schwer prognostizieren. Zwischen den zahlreichen Änderungen etwa bei der Ärztevergütung, der Kassenfinanzierung, dem Risikostrukturausgleich, den Selektivverträgen, im Arzneimittelbereich und in der Selbstverwaltung bestehen vielfältige gegenseitige Abhängigkeiten. Hinzu kommt das zeitlich gestaffelte Inkrafttreten der unterschiedlichen Maßnahmen, so zum Beispiel im Hinblick auf die Morbiditätsorientierung bei Vergütung und im Risikostrukturausgleich.

Folglich lässt das jüngste Gesetzeswerk unterschiedliche Interpretationen zu. Der recht oberflächlichen Lesart des GKV-WSG als Schritt zur Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens kann man eine wettbewerbliche Deutung entgegensetzen – zumindest einige wichtige Reformaspekte sprechen dafür, dass das Gesetz ein entsprechendes Potenzial zur Wettbewerbsstärkung enthält.

Der recht oberflächlichen Lesart des GKV-WSG als Schritt zur Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens kann man eine wettbewerbliche Deutung entgegensetzen.

Wettbewerbsstärkung durch finanzierungsbezogene Neuregelungen?

Der Gesetzgeber erwartet insbesondere vom Gesundheitsfonds und dem einheitlichen Beitragssatz eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbs. Schließlich wären Kassen bestrebt, mit den in ihrer Höhe standardisierten Zuweisungen des Fonds so gut zu wirtschaften, dass sie keinen Zusatzbeitrag erheben müssen beziehungsweise sogar

Überschüsse an ihre Versicherten auszahlen können. Auf diese Weise würden die kassenindividuellen Zusatzbeiträge zum wesentlichen Parameter im Kassenwettbewerb, selbst oder gerade dann, wenn sie faktisch nicht existieren.

Man befürchtet nun, dass ein solches Wettbewerbsverhalten zu einer »Aldisierung« der Kassenpolitik führt, also zu einer einseitigen oder ausschließlichen Ausrichtung an der Kostenminimierung zulasten der Versorgungsqualität. Derartige Ängste sind in dem Maße begründbar, wie ein Grundelement der ursprünglichen Fondsidee beziehungsweise der Pauschalbeitragsmodelle zur Geltung kommt: Insoweit nämlich Zusatzbeiträge beziehungsweise die Ausschüttung von Überschüssen günstiger Kassen pauschal, das heißt unabhängig vom individuellen Einkommen der Versicherten,⁹ und ohne paritätische Teilung mit Arbeitgebern gezahlt werden, haben Geringverdiener im Vergleich zu heute einen deutlich größeren Anreiz, zu einer günstigen Krankenkasse zu wechseln. Die Struktur der Kassenwechsel wird sich unter diesen Umständen deutlich verändern beziehungsweise geradezu umkehren. Dies könnte dazu führen, dass Krankenkassen ihr Marketing zukünftig bevorzugt auf Personen mit geringeren Einkommen beziehungsweise »Schnäppchenjäger« ausrichten, um Marktanteile zu gewinnen, also auf Versichertengruppen, die im Wettbewerb bislang gemieden wurden.

Geringverdiener haben in Zukunft einen deutlich größeren Anreiz, zu einer günstigen Krankenkasse zu wechseln.

Derartige Tendenzen einer Konzentration auf »Billigtarife« wird es geben, sie werden vermutlich nach der Umstellung auf den Fonds auch den Kassenwettbewerb zeitweise prägen. Es wird sich dabei jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach nicht um eine Einbahnstraße handeln. Ein reiner Preiswettbewerb bei weitgehender Homogenität des Güterangebots ist für Unternehmen stets die härteste Form der Konkurrenz und auf vielen Märkten kann man beobachten, wie Anbieter bemüht sind, durch Produktdifferenzierung (Qualitätswettbewerb, Markenbildung) diesen Druck zu vermindern. Ähnliches muss auch grund-

Die These der »Aldisierung« unterschätzt die Eignung der Versorgungsqualität als Wettbewerbsfaktor.

sätzlich für den Krankenversicherungsmarkt unterstellt werden. So unterschätzt die These der »Aldisierung« die Eignung der Versorgungsqualität als Wettbewerbsfaktor. Eine qualitativ gute medizinische Versorgung erfährt hierzulande eine sehr hohe Wertschätzung. Modellgestützte Untersuchungen zeigen, dass die GKV-Versicherten deutliche Nutzenverluste empfinden, wenn ihre Wahlfreiheiten in der Gesundheitsversorgung eingeengt oder der Zugang zu Innovationen erschwert werden.¹⁰ Es ist daher plausibel anzunehmen, dass Krankenkassen auch über bessere Versorgungskonzepte und erweiterte Behandlungsmöglichkeiten miteinander konkurrieren, für die entsprechende Zusatzbeiträge erhoben werden.

Für eine zukünftig wachsende Bedeutung der Zusatzbeiträge spricht ein weiterer Grund. Trotz zentralem Gesundheitsfonds und einheitlichem Beitragssatz kann sich der Gesetzgeber schrittweise aus einer Position zurückziehen, in der ihm zuvorderst die Verantwortung für Beitragssteigerungen zugewiesen wird – und das, obwohl er zukünftig einen wesentlich größeren Anteil des Beitragssatzes einer Kasse unmittelbar festlegt. Denn der Gesetzgeber kann die Krankenkassen bei höherem Finanzierungsdruck auf das Ventil des Zusatzbeitrags verweisen. Damit werden Beitragssteigerungen zunehmend zu einer kassenindividuellen Angelegenheit.

Als erste »Stellschraube« hierfür dient ihm die gesetzliche Möglichkeit, das Deckungsvolumen des Fonds von 100 Prozent der GKV-Ausgaben, wie im Einführungsjahr vorgesehen, auf 95 Prozent zu senken, wie es das Gesetz einräumt. Bezogen auf das Jahr 2006 würde dies bedeuten, dass die Krankenkassen Einnahmen in Höhe von rund 7,4 Milliarden Euro über ihre Zusatzbeiträge generieren müssten, um weiterhin alle ihre Ausgaben zu decken; dies entspricht etwa GKV-weit rund 0,75 Beitragssatzpunkten.

Eine weitere »Stellschraube«, mit der sich der Gesetzgeber aus seiner Zuständigkeit für die Beitragsentwicklung stückweise zurückziehen kann, ist der GKV-Leistungskatalog beziehungsweise die Aufteilung von Gesundheitsleistungen in GKV-Pflichtleistungen und kassenindividuelle Satzungsleistungen. Ein zukünftiges Szenario, in dem ein Gemeinsamer Bundesausschuss auf der Grundlage strenger Anforderungen der Evidenzbasierten Medizin sehr restriktiv mit der Aufnahme innovativer Behandlungsmethoden und Arzneimittel in die GKV-Erstattungspflicht verfährt, erscheint durchaus plausibel. Unter derartigen Rahmenbedingungen würde sich das große Wertschöp-

fungspotenzial von Gesundheitsleistungen geradezu zwangsläufig verstärkt im Leistungssegment entfalten, das über kassenindividuelle Zusatzbeiträge zu finanzieren ist.

Das GKV-WSG schafft hierfür bereits eine wesentliche Voraussetzung. Die Krankenkassen können nämlich die neuen Wahltarife dazu nutzen, Zusatzleistungen anzubieten, die in Umfang und/oder Qualität über die Regelversorgung hinausgehen. Konkret im Gesetz vorgesehen sind Kostenerstattungstarife und Zusatztarife für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen. Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten damit neue Wettbewerbsparameter, die bislang nur den privaten Krankenversicherungen zur Verfügung standen. Längerfristig ist zu erwarten, dass die-

ser Art von Wahlтарifen, die zur Finanzierung von Zusatzleistungen angeboten werden, weit mehr Bedeutung im Krankenversicherungswettbewerb

Die Krankenkassen können die neuen Wahltarife dazu nutzen, Zusatzleistungen anzubieten, die in Umfang und/oder Qualität über die Regelversorgung hinausgehen.

zukommt als den gegenwärtig im Vordergrund stehenden Wahlтарifen, mit denen Selbstbehalte oder Prämien bei Nichtinanspruchnahme vereinbart werden. Letztere führen darüber hinaus tendenziell zu einer Risikoentmischung und sind daher nur schwer mit den Solidarprinzipien der GKV vereinbar.¹¹ Die Erweiterung von Wahlmöglichkeiten und die Tarifvielfalt zur Finanzierung von Zusatzleistungen lassen sich überdies gesundheitspolitisch dazu instrumentalisieren, notwendige Rationierungen im (staatlicherseits) finanziell gedeckelten GKV-Leistungssegment zu kaschieren.

Allerdings enthält das GKV-WSG eine Regelung, welche die Wettbewerbsfunktion der Zusatzbeiträge und damit eine dynamische Entwicklung des über sie finanzierten Leistungssegments beeinträchtigt. Der Zusatzbeitrag darf für das einzelne Mitglied ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens beziehungsweise acht Euro monatlich nicht überschreiten.¹² Diese Regelung ist in hohem Maße dysfunktional und würde zu gravierenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen führen. Schließlich ist der Zusatzbeitrag umso höher, je mehr Versicherte einer einzelnen Krankenkasse von der Überforderungsregel Gebrauch machen. Die Höhe des Zusatzbeitrags hängt also von der Einkommensstruktur der Versicherten einer einzelnen Kasse

ab. Damit besteht die Gefahr, dass es zu einem Wettbewerb um Versicherte mit hohen Einkommen und nicht zu dem gewünschten Leistungswettbewerb kommt, denn die aus der Ein-Prozent-Überforderungsgrenze resultierenden Beitragsausfälle sollen zulasten der jeweiligen Krankenkasse gehen.

Als Konsequenz könnten die Zusatzbeiträge nicht die ihnen ursprünglich zugedachte Wettbewerbsfunktion erfüllen. Die Einkommensstruktur der Versicherten einer Krankenkasse würde maßgeblichen Einfluss auf die Höhe ihres Zusatzbeitrags gewinnen. Dies

Die Erfolge im Wettbewerb der Krankenkassen sollten sich danach richten, wie wirtschaftlich eine Kasse ihre Beitragsmittel für die Gesundheitserhaltung beziehungsweise Krankheitsbehandlung ihrer Versicherten einsetzt.

widerspricht dem Wettbewerbs- und Effizienzziel der Reform, weil es sich bei der Einkommensstruktur in der Krankenversicherung um ein im Wesentlichen versicherungsfremdes Element handelt. Die Erfolge im

Wettbewerb der Krankenkassen sollten sich stattdessen danach richten, wie wirtschaftlich eine Kasse ihre Beitragsmittel für die Gesundheitserhaltung beziehungsweise Krankheitsbehandlung ihrer Versicherten einsetzt – nicht aber danach, wie erfolgreich sie darin ist, Personen mit hohen Einkommen als Mitglieder zu gewinnen.

Die gegenwärtig vorgesehene Lösung ist hieran gemessen nicht wettbewerbskonform. Je mehr Überforderungsfälle die Einnahmen einer Krankenkasse schmälern, desto höher muss sie ihren Zusatzbeitrag ansetzen und desto mehr zusätzliche Überforderungsfälle entstehen. Dieser dysfunktionale Selbstverstärkungseffekt kann im Extremfall dazu führen, dass Kassen mit einem hohen Anteil an Geringverdienern aus dem Markt ausscheiden, unabhängig davon, ob sie effizient wirtschaften. Der Grund für diese Wettbewerbsverzerrungen resultiert nicht aus der Höhe der Überforderungsgrenze, sondern aus der Tatsache, dass der mit der Überforderungsregel verbundene soziale Ausgleich innerhalb einer Krankenkasse durchgeführt wird. Wenn es für die Wettbewerbsposition der einzelnen Krankenkasse unerheblich sein soll, wie viele ihrer Versicherten durch den Zusatzbeitrag finanziell »überfordert« werden, muss der soziale Ausgleich außerhalb der Krankenkasse beziehungsweise kassenübergreifend durchgeführt werden.

Eine weitere Voraussetzung dafür, dass der Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 seine ihm zugeordnete Funktion als Vehikel für den Krankenkassenwettbewerb erfüllen kann, ist ein neuer, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. Im GKV-WSG wurde festgelegt, den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen ab der Einführung des Gesundheitsfonds in der Form durchzuführen, dass die Fondszuweisungen an die Krankenkassen nach Alter, Geschlecht und nach Morbiditätsrisiko differenziert werden. Für die Ausrichtung der Fondszuweisungen an den Morbiditätsrisiken muss bis zum Start des Fonds aber noch ein System der Morbiditätsklassifizierung der Versicherten entwickelt werden. Der Gesetzgeber hat hierfür – unter dem Zwang zum Kompromiss – Vorgaben gemacht, die bei der Arbeit an einer Umsetzung noch für einiges Kopfzerbrechen sorgen dürften. Er greift dabei die Grundproblematik eines Risikostrukturausgleichs auf, nämlich Anreize zur Risikoselektion zu verringern, ohne dass der Ausgleich von Risikostrukturunterschieden zu einem Vollkostenausgleich mutiert und dadurch Effizienzanreize in der Leistungserbringung beseitigt werden. Die Lösung dieses Zielkonflikts wird jedoch völlig unsachgemäß erschwert, indem man dem Morbiditäts-Klassifikationssystem 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zugrunde legt.

Wettbewerbsstärkung durch leistungsbezogene Neuregelungen?

Elemente zur »Wettbewerbsstärkung« enthält die jüngste Reform auch für die Anbieter von Gesundheitsleistungen. Entscheidend sind hier die Maßnahmen zur Förderung des Einzelvertragssegments. Neben einer Verlängerung der Anschubfinanzierung für Verträge zur Integrierten Versorgung bis 2008 sind die Krankenkassen nun zum Angebot von hausarztzentrierter Versorgung über separate Verträge mit den Leistungserbringern verpflichtet. Darüber hinaus erhalten sie die Möglichkeit zu Selektivverträgen für besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Versorgungsinhalte der mit den Leistungserbringern zu schließenden Verträge werden

Ziel des Gesetzgebers ist, dass sich neue Versorgungsformen in einem dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem entwickeln.

explizit aus der bisherigen Einbettung in Kollektivverträge herausgelöst. Das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird damit gelockert, für die Krankenkassen entstehen größere Gestaltungsspielräume. Ziel des Gesetzgebers ist, dass sich neue Versorgungsformen in einem dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem entwickeln.

Den Ärzten wurden mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz weitreichende Möglichkeiten eröffnet, sich mit neuen Organisationsformen im Vertragswettbewerb zu profilieren und sich an der Entwicklung neuer Versorgungsformen aktiv und gestaltend zu beteiligen. So hat sich jüngst die Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren innerhalb eines Jahres fast verdoppelt und über 60 Prozent von ihnen befindet sich in Trägerschaft von niedergelassenen Ärzten.¹³ Mittlerweile gibt es auch erste Versuche von Krankenkassen, sich an der Konzeption von Medizinischen Versorgungszentren zu beteiligen.¹⁴

Vielfach überwiegen derzeit die Befürchtungen, dass ein wachsendes Einzelvertragssegment zu einem »Flickenteppich« der Versorgung, zu Intransparenz und zu hohen Transaktionskosten führen könnte. Diese Befürchtungen sind nicht unbegründet. Dabei handelt es sich gewissermaßen um die Kosten eines dezentralen, wettbewerblichen Suchprozesses nach optimalen Versorgungsformen, von dem heute keiner sagen kann, welche Ergebnisse er hervorbringen wird. Vorstellbar ist aber vieles, zum Beispiel auch, dass hierdurch letztlich der Kollektivvertrag gestärkt wird.

Aus dem Nebeneinander von Kollektivvertragssystem und Einzelverträgen können Probleme erwachsen. Die Anwendbarkeit und damit Legitimität kollektivvertraglicher Kontrollmechanismen könnte ausgehöhlt werden, wenn die ambulante ärztliche Versorgung zunehmend im Rahmen selektivvertraglicher Vereinbarungen organisiert wird. Im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung, wo die »Wettbewerbsstärkung« in Gestalt der Rabattverträge derzeit am sichtbarsten ist, bestehen bereits Zweifel, ob sich die kollektivvertraglich geregelte Richtgrößenprüfung oder die erst mit dem Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz eingeführte Bonus-Malus-Regelung aufrechterhalten lassen.¹⁵

Die entscheidende Hürde für die Nutzung von Einzelverträgen ist die Entwicklung von Verfahren zur Budgetbereinigung, die gewährleisten, dass es zu keiner Doppelfinanzierung von Leistungen nach Kollektivvertrag und nach Selektivvertrag kommt, und die gleichzeitig

Effizienzanreize für alternative Versorgungsformen aufrechterhalten. Diese Hürde muss schnell überwunden werden, um der gesetzlichen Pflicht der Kassen zum Angebot hausarztzentrierter Versorgung über separate Verträge zu genügen.

Voraussetzung für die Funktionalität des Vertragswettbewerbs sind darüber hinaus klare Wettbewerbsregeln, die sicherstellen, dass Marktmacht nicht missbraucht wird. Die wirksame Durchsetzung wettbewerbspolitischer und kartellrechtlicher Prinzipien auch im Gesundheitsbereich ist dafür erforderlich. Sie ist im GKV-WSG zumindest »angedacht«, hier wäre aber mehr Nachdruck in Form einer erweiterten Zuständigkeit der Kartellaufsicht wünschenswert. Darüber hinaus verhindert ein intensiver Krankenversicherungswettbewerb die wohlfahrtsmindernde Nutzung von monopolistischer Marktmacht.

Voraussetzung für die Funktionalität des Vertragswettbewerbs sind klare Wettbewerbsregeln, die sicherstellen, dass Marktmacht nicht missbraucht wird.

Die seit Langem geforderte¹⁶ substanzielle Wettbewerbsstärkung im Arzneimittelvertrieb durch die Apotheken wird auch mit dem GKV-WSG nicht erreicht. Nach wie vor gelten wettbewerbshemmende Standesregeln, wonach der Betrieb von Apotheken grundsätzlich nur approbierten Apothekern möglich ist und der Mehrbesitz von Apotheken immer noch stark eingeschränkt bleibt. Allerdings könnten die Wettbewerbschranken in diesem Bereich bald auf europäischer Ebene beseitigt werden. Entsprechende Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs stehen in absehbarer Zeit an.

Stärkung des Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?

Mit dem GKV-WSG wird eine Annäherung zwischen GKV und PKV erreicht, indem beiden Krankenversicherungssystemen Gestaltungsprinzipien des jeweils anderen »eingepflanzt« werden.

So werden private Krankenversicherer dazu verpflichtet, ab dem 1. Januar 2009 einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten. Dieser Tarif muss sich am Leistungsumfang der GKV orientieren. Im Gegensatz zu den PKV-spezifischen Versicherungsprinzipien gelten Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung. Für den Ba-

sistarif dürfen die PKV-Unternehmen nur Prämien erheben, die den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten. Würde durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, ist der Beitrag zu halbieren. Darüber hinaus werden zwei weitere Elemente in der PKV eingeführt, die ihr bislang wesensfremd waren: die Portabilität der Alterungsrückstellungen und ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich.

Die PKV erwartet aus der Einführung des Basistarifs substantielle Belastungen, weil davon ausgegangen wird, dass die Beiträge in diesem Tarif nicht kostendeckend sein werden, insbesondere infolge der gesetzlichen Verpflichtung zur Beitragsreduktion bei Bedürftigkeit. Die Deckungslücken im Basistarif müssen (bis auf die gegebenenfalls gezahlten staatlichen Zuschüsse) von dem Kollektiv der übrigen PKV-Versicherten getragen werden. Dadurch käme es bei diesen zu Prämien erhöhungen, die wiederum den Basistarif für weitere PKV-Versicherte attraktiv machten.¹⁷ Befürchtet wird nun, dass der Zugang in den Basistarif vor diesem Hintergrund eine starke Eigendynamik entwickelt, die für die Branche letztlich existenzgefährdend sei.

Allerdings ist der Zustrom an Versicherten in den Basistarif nicht hinreichend exakt prognostizierbar. Die Auswirkungen des Basistarifs auf die Wettbewerbssituation zwischen PKV und GKV hängen zudem von zahlreichen weiteren Faktoren ab, für die wiederum ebenfalls

Die Auswirkungen des Basistarifs auf die Wettbewerbssituation zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung hängen von zahlreichen Faktoren ab, für die keine ausreichenden Erfahrungswerte vorliegen.

keine ausreichenden Erfahrungswerte vorliegen. Zu diesen Unsicherheiten zählt, welchen Einfluss die Abweichungen des Leistungsniveaus im Basistarif gegenüber den herkömmlichen PKV-Tarifen haben wird. Gerade Leistungs-

verbesserungen gegenüber der GKV sowie die individualvertraglich abgesicherte »Leistungsgarantie« sind für viele Personen, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, ein wesentliches Motiv für die Entscheidung, sich in der PKV zu versichern. Vor diesem Hintergrund lässt sich nachvollziehen, warum die bereits heute bestehenden Möglichkeiten, den hohen Beitragsbelastungen von PKV-Versicherten im Alter durch die Wahl des Standardtarifs zu senken, nur sehr begrenzt genutzt werden.

Mit den Wahlтарifen eröffnen sich der GKV auf der anderen Seite Gestaltungsoptionen gegenüber den Versicherungsnehmern, die bislang weitgehend nur der PKV zur Verfügung standen. Vor allem im Hinblick auf die Versicherten, die zwischen einer GKV- und einer PKV-Mitgliedschaft wählen können, kann die GKV ihre Attraktivität steigern, indem sie ihnen – wie die PKV – ermöglicht, ihren Versicherungsschutz stärker ihren individuellen Risikopräferenzen und ihrer individuellen Zahlungsbereitschaft anzupassen. Dies kann in Form einer Verringerung des Solidarbeitrags geschehen (Prämienzahlungen bei Wahl eines Selbstbehalts oder bei Nichtinanspruchnahme) oder in Form von individuell vereinbarten Zusatzleistungen (Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen beziehungsweise im Rahmen von Kostenerstattungstarifen). Insbesondere mit den Tarifen für Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V können die gesetzlichen Krankenkassen zukünftig dem Wettbewerbsvorteil der PKV, der ihr aus der höheren Arztvergütung erwächst, begegnen, zumal diese Tarife ausdrücklich auch für mitversicherte Angehörige gewählt werden können.

Mit den Wahlтарifen haben die gesetzlichen Krankenkassen ein prinzipiell wirkungsvolles Instrument erhalten, »gute« Risiken mittels stärker individualisierbarer Versicherungsangebote von einer Abwanderung in die PKV abzuhalten und dauerhaft an sich zu binden. In diese Richtung wirkt auch die mit den Wahlтарifen verbundene Mindestbindungsfrist von drei Jahren. Allerdings sind Wahlтарife mit dem

Mit den Wahlтарifen haben die gesetzlichen Krankenkassen ein prinzipiell wirkungsvolles Instrument erhalten, »gute« Risiken mittels stärker individualisierbarer Versicherungsangebote von einer Abwanderung in die private Krankenversicherung abzuhalten und dauerhaft an sich zu binden.

für jede Sozialversicherung typischen Prinzip der risikounabhängigen Beiträge und mit den Solidarprinzipien der GKV nicht vereinbar, insofern durch sie die Beitragsleistungen von »guten« Risiken (jung, gesund, hohes Einkommen) verringert werden, wie es für die Tarife mit Selbstbehalt oder Prämien bei Nichtinanspruchnahme zu erwarten ist. In diesen Fällen drohen eine Risikoentmischung und ein Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes, von dem vor allem Versicherte überproportional betroffen wären, die aufgrund von »teureren« Erkrankungen nicht von Selbsthalten oder gar Prämien für den Ver-

zucht auf Leistungsanspruchnahme profitieren. Durch eine Regelung im GKV-WSG soll eine Quersubventionierung von solchen, für »gute« Risiken günstigen Wahlтарifen durch die übrigen Versicherten, die den Tarif nicht gewählt haben, zwar ausgeschlossen werden. Doch auch in der PKV soll durch die Kalkulationsverordnung eine systematische Quersubventionierung zwischen Tarifen unterbunden werden, ohne dass dies zu spürbaren Einschränkungen im Angebot von Selbstbehaltstarifen und Beitragsrückerstattungen führt.

Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV wird durch das GKV-WSG also ohne Zweifel intensiviert. Ordnungspolitisch ist aber die Art und Weise, wie diese Intensivierung erreicht wird, mit großer Skepsis zu betrachten, denn von Rahmenbedingungen, unter denen gesetzliche und private Krankenversicherungen »mit gleich langen Spießen« auf einem unsegmentierten Markt miteinander konkurrieren, ist man immer noch weit entfernt.

Auch die Erwartungen an die Gesundheitsreform, dass sie den Wettbewerb innerhalb der PKV stärkt, wurden weitgehend enttäuscht. Mit dem GKV-WSG wird die Portabilität der Alterungsrückstellungen bei einem Anbieterwechsel nur für Versicherte eingeführt, die ab dem Jahr 2009 PKV-Mitglied sein werden. Für alle anderen PKV-Versicherten gilt die Übertragbarkeit der Rückstellungen zu einem anderen Versicherer nur einmalig in den ersten sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs. Außerdem bleibt die Übertragbarkeit auf einen den Basistarifleistungen entsprechenden Umfang der Alterungsrückstellungen begrenzt, sodass Anbieterwechsel im Fall der üblichen PKV-Tarife für die Versicherten in der Regel mit finanziellen Einbußen verbunden sein werden. Alle weiteren Möglichkeiten der Anrechnung von Alterungsrückstellungen, die das GKV-WSG vorsieht, bleiben auf die Fälle begrenzt, in denen PKV-Versicherte in andere Tarife desselben Versicherers wechseln. Demnach wird es weiterhin keinen umfassenden Bestandswettbewerb innerhalb der PKV geben.

Nach der Reform ist vor der Reform: Was zu tun bleibt

Auch wenn eine optimistische Auslegung der jüngsten Gesundheitsreform mit Blick auf ihr Ziel der Wettbewerbsstärkung möglich ist, so bleiben zahlreiche Probleme des Gesundheitssystems weiterhin ungelöst. Hierzu zählt an vorderer Stelle die Sektoralisierung. Die Grenze

zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird zwar durch die jüngsten Reformen durchlässiger; dazu trägt die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung von Menschen mit schweren oder seltenen Krankheiten und spezialisiertem Versorgungsbedarf bei – sowie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, wonach ambulante und stationäre Tätigkeiten nun grundsätzlich durch denselben Arzt durchgeführt werden können. Dennoch bleibt es dabei, dass Arztpraxen einerseits und Krankenhäuser andererseits nach voneinander völlig getrennten Systemen finanziert und vergütet werden.

Auch wenn eine optimistische Auslegung der jüngsten Gesundheitsreform mit Blick auf ihr Ziel der Wettbewerbsstärkung möglich ist, so bleiben zahlreiche Probleme des Gesundheitssystems weiterhin ungelöst.

Letztlich muss es Ziel der Gesundheitspolitik sein, zu sektorübergreifend einheitlichen Finanzierungs- und Vergütungsgrundsätzen zu gelangen. Ob die Behandlung eines Patienten in der Arztpraxis, in einem Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus ambulant, teilstationär oder stationär erfolgt, sollte in erster Linie davon abhängen, wo das optimale Kosten-Qualitäts-Verhältnis mit der höchsten Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. Wenn Krankenhäuser hierbei aufgrund ihrer erweiterten Möglichkeiten der Querfinanzierung Wettbewerbsvorteile erlangen, so ist dies wettbewerbskonform, solange diese Vorteile nicht durch Steuerfinanzierung erlangt werden. Die derzeitige duale Finanzierung von Krankenhäusern führt in dieser Hinsicht zu Wettbewerbsverzerrungen. Eine stärker monistische, also prinzipiell aus Beitragsmitteln gespeiste Krankenhausfinanzierung ist daher Voraussetzung für eine Überwindung der Sektoralisierung.

Letztlich muss es Ziel der Gesundheitspolitik sein, zu sektorübergreifend einheitlichen Finanzierungs- und Vergütungsgrundsätzen zu gelangen.

Als weiterer Schritt ist eine Abkehr von getrennten Budgets notwendig. Separate Budgets führen dazu, dass sofort die Forderung nach entsprechender Budgeterweiterung gestellt wird, wenn eine Leistung von einem Bereich in den anderen übergeht. Da aber kein Sektor gern Budgetmittel abgeben will, erfolgt keine systemoptimale, sondern eine sektorooptimale Leistungsabgabe. Eine Übertragung von Mitteln in

einen anderen Leistungssektor kann gar nicht oder nur gegen erheblichen Widerstand der jeweiligen Leistungserbringergruppen erreicht werden. Solange das Geld sektorübergreifenden Leistungen nicht folgt, ist kein Sektor interessiert, Leistungen zu übernehmen. Folgt allerdings das Geld der Leistung, wird kein Sektor Leistungen abgeben wollen. Damit behindern sektorale Budgets eine systemoptimale Integration der Behandlungsprozesse.¹⁸

Erforderlich sind also globale, sektorübergreifende Budgets. Dies allein reicht aber nicht aus. Anpassungsbedarf besteht gleichzeitig

Erforderlich sind globale, sektorübergreifende Budgets. Anpassungsbedarf besteht gleichzeitig bei den sektoralen Vergütungssystemen.

bei den sektoralen Vergütungssystemen. Vor allem die vertragsärztliche Vergütung und die Krankenhausvergütung unterscheiden sich erheblich nach Art und Höhe. Die

Unterschiede der Vergütungssysteme provozieren Formen der integrierten Versorgung mit dem Ziel, Vergütungsdifferenzen auszunutzen. So kann zum Beispiel eine Krankenhausapotheke Medikamente kostengünstiger abgeben, weil sie keine Investitionskosten hat, keine Mehrwertsteuer zahlen muss und Medikamente direkt von der Industrie bezieht. Können niedergelassene Ärzte Patienten über Krankenhausapotheken versorgen lassen, erzielen sie Einsparungen, ohne notwendigerweise wirtschaftlicher zu sein. Daher ist eine Harmonisierung der unterschiedlichen Vergütungssysteme erforderlich.

Einheitlich sollte dabei gelten, dass sich die Höhe der Vergütung am Morbiditätsgrad orientiert, der dem Behandlungsfall zugrunde liegt, denn nur so kann eine versicherungsökonomisch und sozialpolitisch unerwünschte Risikoselektion durch die Leistungserbringer vermieden werden. Der Morbiditätsbezug ist im Krankenhausbereich durch das Vergütungssystem der Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt worden. Das GKV-WSG sieht nun auch arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen für die fachärztliche Versorgung vor, allerdings erst ab dem Jahr 2011.

Die Integration von Versorgungsformen über sektorale Grenzen hinweg wird stets sowohl mit dem Ziel einer Verbesserung der Versorgungsqualität in Verbindung gebracht als auch mit dem Ziel, durch erhöhte Versorgungseffizienz Ressourcen zu sparen. Man muss realistischerweise davon ausgehen, dass das zweite Ziel nicht immer mit

Einsparungen und Minderausgaben gleichzusetzen ist, weil im Zuge der zunehmenden Spezialisierung und Arbeitsteilung zusätzlicher Koordinations- und Managementaufwand anfällt. Diese zusätzlichen Integrationsleistungen verursachen für sich genommen immer auch zusätzlichen Aufwand. Solange dieser durch ein Mehr an Versorgungsqualität aufgewogen werden kann, steht dies im Einklang mit dem Effizienzziel.

Angesichts der genannten Herausforderungen durch den Integrationsbedarf, durch die Alterung der Bevölkerung stellt sich die Frage nach der Stabilität der Finanzierungsgrundlagen in der Kranken- und Pflegeversicherung.

Die langfristige Perspektive des Finanzierungssystems bleibt auch mit dem GKV-WSG weiter offen. Der Gesundheitsfonds bildet letztlich eine Projektionsfläche. Er ist die notwendige infrastrukturelle Voraussetzung, um

Der Gesundheitsfonds bildet letztlich eine Projektionsfläche. Er ist die notwendige infrastrukturelle Voraussetzung, um die eigentlichen gesundheitspolitischen Finanzierungsvorstellungen bei Vorliegen der erforderlichen politischen Mehrheiten durchzusetzen.

die eigentlichen gesundheitspolitischen Finanzierungsvorstellungen bei Vorliegen der erforderlichen politischen Mehrheiten durchzusetzen.

Mit Blick auf das Jahr 2009 werden die Regierungsparteien bestrebt sein, den einheitlichen Beitragssatz niedrig zu halten, hohe Zusatzbeiträge dennoch zu verhindern und gleichzeitig das GKV-Leistungsniveau qualitativ hochzuhalten. Entlastend wirken hierbei die sukzessiv steigenden steuerfinanzierten Bundeszuschüsse an die GKV, die mit der jüngsten Reform beschlossen wurden. Eine Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen, also der den Kassen von der Politik übertragenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die zudem die Finanzierungsgrundlagen demografieresistenter macht, ist ohne Zweifel ordnungspolitisch geboten.

Entgegen dem Reformziel, ein stabiles Finanzfundament für die GKV zu schaffen, ist gegenwärtig aber noch ungeklärt, wie der Bundeszuschuss finanziert werden soll. Möglichen positiven Beschäftigungseffekten geringerer Kassenbeiträge stehen immer negative Effekte der expliziten Steuer, der entsprechend gekürzten Staatsausgaben oder der Staatsverschuldung gegenüber. Nur der Saldo bestimmt die ge-

samtwirtschaftlichen Wirkungen einer solchen Umfinanzierung. Untersuchungen zu den gesamtwirtschaftlichen Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung haben gezeigt: Der ideale Mix wäre eine Mischung aus Einkommensteuer und Mehrwertsteuer.

In einem nächsten Schritt sind nun die gesamtgesellschaftlichen Leistungen genauer zu spezifizieren, um zu verhindern, dass von den Steuerzahlern Versicherungsleistungen finanziert werden. Ansonsten

Untersuchungen zu den gesamtwirtschaftlichen Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung haben gezeigt: Der ideale Mix wäre eine Mischung aus Einkommensteuer und Mehrwertsteuer.

besteht die Gefahr, dass der Grundsatz der Beitragsfinanzierung in der GKV ausgehöhlt wird. Bedauerlicherweise hat die Bundesregierung eine solche Spezifizierung, zum Beispiel im Hinblick auf familienpolitische Leis-

tungen wie die Beitragsfinanzierung für Kinder, bislang nicht geleistet. In diesem Zusammenhang sollte erneut erwogen werden, auf das Kernelement der Pauschalbeitragsmodelle zurückzugreifen, nämlich die letztlich versicherungsfremde, gesundheitsunabhängige Einkommensumverteilung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in das Steuer-Transfer-System zu verlagern. Ein solcher Schritt ermöglicht es, die unter Beschäftigungs- und Wachstumsaspekten nachteilige lohnzentrierte Beitragsbemessung zu beenden und stattdessen die Beiträge an den kassenindividuellen Durchschnittskosten zu orientieren.

Eine weniger beschäftigungs- und wachstumshemmende Finanzierung sowie die weitere Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven bleiben damit weiterhin die zentralen Anforderungen, um die Demografiefestigkeit des Krankenversicherungssystems zu sichern und einen die Lebensqualität der Patienten sowie die Lebenserwartung verlängernden medizinisch-technischen Fortschritt zu ermöglichen.

- 1 Der Abschluss des Manuskripts erfolgte am 11.10.2007.
- 2 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, 2003, S. 23.
- 3 Weitere finanzierungsrelevante Neuregelungen standen sämtlich im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Erhöhung von Zuzahlungen, Einführung einer Praxisgebühr, Ausgrenzung von Leistungen).

- 4 CDU/CSU/SPD: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 11. November 2005, S. 102.
- 5 Ebd., S. 28.
- 6 Ebd., S. 102.
- 7 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat 2005; Richter, W. F.: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. In: Wirtschaftsdienst, 11/2005, S. 693–697.
- 8 Die ursprüngliche Fondsidee sah in einer zweiten Reformstufe vor, die lohnbezogene Beitragserhebung zum Gesundheitswesen mit dem Einkommensteuertarif zu verschmelzen. Damit würde – gemäß »Bürgerversicherung« – die Finanzierungsbasis im Gesundheitswesen um weitere Einkommensarten verbreitert und gleichzeitig – gemäß Pauschalbeitragsmodellen – die Beitragsentwicklung vom Arbeitsmarkt entkoppelt. Zudem könnten dann langfristig gesetzliche und private Krankenversicherungen auf einem gemeinsamen Markt mit gleichen Beitragsprinzipien miteinander konkurrieren (vgl. Richter 2005, S. 695 f.).
- 9 Der Zusatzbeitrag kann auch als prozentualer Anteil des beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten erhoben werden.
- 10 Nolting, H. D., u. a.: Nutzen, Kosten, Präferenzen. Wissen, was der Bürger will! 4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens, Neuss 2006.
- 11 Das Angebot von Tarifen mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung lässt sich in der GKV allenfalls dann legitimieren, wenn hierdurch der vollständige Verlust »guter« Risiken durch Abwanderung in die PKV verhindert würde. Allerdings beruht eine solche Legitimierung auf dem – ordnungspolitisch fragwürdigen – Spezifikum des segmentierten Krankenversicherungsmarktes in Deutschland, es handelt sich also um ein Kurieren an Symptomen; die Beseitigung der Segmentierung wäre hingegen die beste Lösung.
- 12 Überforderungsregelung gemäß § 242 SGB V in der ab 1. Januar 2009 gültigen Fassung.
- 13 Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat sich die Anzahl der MVZ zwischen Juni 2006 und Juni 2007 von 491 auf 809 erhöht; vgl. KBV-Pressemitteilung vom 3.8.2007.
- 14 Vgl. Financial Times Deutschland vom 2.8.2007, S. 26.
- 15 Vgl. Ärzte-Zeitung vom 2.8.2007, S. 6.
- 16 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (Hrsg.): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003, Wiesbaden, S. 279 f.
- 17 Die mögliche Attraktivität des Basistarifs beruht vor allem darauf, dass er neben die bestehenden Tarife treten wird, er kann also mit Zusatzversicherungen desselben oder eines anderen PKV-Unternehmens kombiniert werden. Viele PKV-Versicherte könnten nun nach der Reform bestrebt sein, unter Mitnahme ihrer Rücklagen in den Basisversicherungsschutz zu wechseln, für den nur ein gedeckelter Beitrag fällig wird, und Zusatzleistungen separat abzusichern. Lohnend wäre dies vor allem für PKV-Versicherte mit gegenwärtig vergleichsweise hohen Prämien (aufgrund des Alters oder aufgrund von Risikozuschlägen): Sie könnten durch das beschriebene Vorgehen ihre Prämienbelastung senken, ohne dass sich ihr Leistungsanspruch wesentlich verringert.
- 18 Vgl. Schröder W./Zich, K.: Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung. In: Klauber, J., u. a. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005, Stuttgart 2006, S. 55–66.