

Die Reform der Reformen

Zur ordnungspolitischen Neujustierung des Gesundheitssektors

Von Werner Schneider und Norbert Schmacke

Alle vier bis fünf Jahre gibt es eine größere oder kleinere Gesundheitsreform.¹ Die sich jetzt abzeichnende, im Konsens aller Parteien entstehende Reform ist dabei ohne Beispiel: Keine der bisherigen Krankenversicherungsreformen der Nachkriegsgeschichte enthält derart einseitige und umfängliche Lastenverschiebungen. Und bislang einmalig ist die ordnungspolitische Neujustierung, die bewährte Gestaltungselemente der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aushöhlt, zur Entsolidarisierung der Versicherten führt und ihr Vertrauen in die GKV nachhaltig beeinträchtigt.

Die beschlossenen Maßnahmen² lassen sich thematisch zusammenfassen in: 1. *finanzielle Umschichtungen*: Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungserhöhungen, steuerfinanzierte Bundeszuschüsse, Umfinanzierungen beim Zahnersatz und Krankengeld sowie Erhöhung von Rentnerbeiträgen; 2. *Elemente der privaten Krankenversicherung* (so genannte Entscheidungsoptionen für Patienten): Kostenerstattung, Wahltarife, Bonusregelungen, Kostentransparenz; 3. *qualitätsorientierte Maßnahmen im Versorgungsbereich*: medizinische Versorgungszentren, Qualitätsinstitut, integrierte Versorgung, Hausarztssystem, Qualitätswettbewerb, Prävention, 4. *Veränderungen bei Preisen und Vergütungen*: Arzneimittelfestbeträge, Herstellerrabatt, Liberalisierungen beim Arzneimittelvertrieb, Neustrukturierung der Ärztevergütung (einschließlich Bonussysteme).

Die Konsensrunde beziffert das Finanzvolumen der Reform von 9,9 Mrd. Euro in 2004 bis 23,1 Mrd. Euro in 2007. Es soll finanziert werden durch:

- Zuzahlungserhöhungen (heute 3,2 Mrd. Euro künftig 6,5 Mrd. Euro);
- Leistungsausgrenzung in Höhe von 2,5 Mrd. Euro (insbesondere frei verkäufliche Arzneimittel, Fahrtkosten, Sterbegeld, Entbindungsgeld, Sterilisation, Brillen, künstliche Befruchtung);
- Bundeszuschüsse, die über Erhöhung der Tabaksteuer finanziert werden (1 bis 4,2 Mrd. Euro);
- Erhöhung der Rentnerbeiträge vom halben auf den vollen Beitragssatz bei sonstigen Versorgungsbezügen (1,6 Mrd. Euro);

1 Die „größeren“: Kostendämpfungsgesetz von 1977, Gesundheits-Reformgesetz von 1988, Gesundheitsstrukturgesetz von 1992.

2 Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform vom 22. Juli 2003.

- Privatfinanzierung des Zahnersatzes ab 2005 (3,5 Mrd. Euro);
- Abschaffung der paritätischen Finanzierung beim Krankengeld ab 2007 (5 Mrd. Euro) und
- „Struktureffekte“ in Höhe von 1,5 bis 3 Mrd. Euro (Weiterentwicklung der Arzneimittelfestbeträge – bis dahin Erhöhung des Pharma-Herstellerrabatts –, Begrenzung der Kassenverwaltungskosten und Nutzenbewertung von Arzneimitteln).

Ob die vorgesehenen Maßnahmen das nötige Finanzvolumen aufbringen, bleibt abzuwarten. Insbesondere bei den nicht näher quantifizierten „Struktureffekten“ sind Zweifel an der realisierbaren Höhe angebracht. Soweit sie kurzfristige Kassenaktivitäten in Gang setzen, werden sie teilweise Mehrausgaben verursachen. Das gilt vor allem für die Einführung einer Gesundheitskarte, des Qualitätsinstituts und der erwarteten Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsmanagements (Datenstrukturen und -transparenz), die in den ersten Jahren Aufbau- und Umsetzungsinvestitionen notwendig machen. Etliche Maßnahmen werden dauerhaft zu Mehrausgaben, vor allem bei den Verwaltungskosten der Kassen, führen. Damit bleibt das Ziel einer gleichzeitigen Budgetierung der Kassenverwaltungskosten Illusion: Dies gilt vor allem für die Ausdehnung der Kostenerstattung, die Umsetzung eines künftig PKV-wettbewerbsgerechten Zahnersatztarifs, die Einführung von Vertragswettbewerb und Verbesserung der Versorgungsqualität (integrierte Versorgung). Zu den Absurditäten dieser Reform gehört, dass Politik wider besseres Wissen die gesetzlichen Kassen der Verschwendungssucht bezichtigt, selbst aber mit aufwendigen PKV/GKV-Finanzierungscocktails (etwa beim Zahnersatz und der Kostenerstattung) bürokratische Strukturen fördert. Bislang machen die Verwaltungskosten in der GKV noch einen denkbar geringen Anteil von rund 5 % der Beiträge aus – in der PKV ist dieser Anteil mehr als doppelt so groß.

Dem Reformvolumen sind zudem erhebliche finanzielle Altlasten und neue Finanzrisiken gegenzurechnen, die auf die GKV kurz- und mittelfristig durch bereits eingetretene Finanzentwicklungen und politisch vorgesehene Maßnahmen jenseits dieser Gesundheitsreform zukommen werden: 2003 wird in der GKV, die bereits heute Schulden von insgesamt 2 Mrd. Euro (0,2 Beitragssatzpunkte) verbucht, mit einem erneuten Defizit von 2 bis 3 Mrd. Euro zu rechnen sein. Ursachen hierfür sind die extreme konjunkturbedingte Schwäche der Einnahmegrundlage (Löhne, Gehälter) der GKV und die nur mäßig abgeschwächte Ausgabendynamik. Rechnet man noch die gesetzlich vorgeschriebene Auffüllung des Rücklagensolls der Kassen hinzu, wird das Jahr 2004 mit einer Altlast von voraussichtlich insgesamt 0,7 bis 0,8 Beitragssatzpunkten beginnen. Setzt sich diese Einnahmen- und Ausgabenentwicklung unter Status-quo-ante-Bedingungen auch in 2004 fort, müssten wahrscheinlich weitere 0,2 Beitragssatzpunkte hinzuaddiert werden, die zur Bewältigung der Finanzierungslücken in den von der Reform nicht erfassten Bereichen entstehen können. Alte und neue Defizitentwicklungen summieren sich damit auf bis zu 1 Beitragssatzpunkt (rund 10 Mrd. Euro). Mindestens 0,7 Mrd. Euro dürften die in den nächsten vier bis fünf Jahren notwendigen Verbesserungen

der Arbeitszeitorganisation für ärztliches und pflegerisches Personal in den Krankenhäusern kosten, die durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs notwendig werden. Mit 1,5 Mrd. Euro wird die GKV durch die politisch beschlossene Verlagerung der medizinischen Behandlungspflege von der Pflege- auf die Krankenversicherung ab spätestens 2007 belastet. Mit bis zu 4 Mrd. Euro GKV-Mehrbelastung ist ab 2007 durch die Ablösung der bisherigen ärztlichen Gesamtvergütungen durch so genannte Regelleistungsvolumina zu rechnen: Durch diese Änderung wird das bislang von den Ärzten getragene Morbiditätsrisiko (Mengenausweitung führte dabei nicht automatisch zu entsprechenden Erhöhungen der Gesamtvergütungen) auf die GKV verlagert. Mit dem Zugeständnis der Politik, feste Punktwerte für ärztliche Leistungen festzuschreiben, wird es die Ärzteschaft relativ leicht haben, künftig mit dem Hinweis auf eine immer kränker werdende Bevölkerung wieder in eine schwer kontrollierbare Mengenausweitung zu gehen. Und schließlich: Weitere 0,6 Mrd. Euro dürfte die mit der Agenda 2010 beschlossene Kürzung der Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes an Beitragsmindereinnahmen (2007/2008) ausmachen.

Zumindest mittelfristig werden diese Alt- und Neulasten der GKV das bis 2007 vorgesehene Reformvolumen wieder aufzehren. Ohne Reform wäre für 2004 ein haushalterisch seriöser Beitragssatz von 15,1 bis 15,3 % im GKV-Durchschnitt erforderlich. Wenn nachhaltige Strukturveränderungen verpasst, verzögert oder verhindert werden, wird die Dynamik auf der Ausgaben- und Einnahmenseite der Kassen unverändert bleiben. Reine Konsolidierung schafft zwar vorübergehende Finanzspielräume – die 15,1 bis 15,3 % aber werden in wenigen Jahren wieder erreicht sein. Die anfängliche Zurückhaltung der Krankenkassen gegenüber den politischen Forderungen nach schneller und massiver Beitragssatzsenkung war somit durchaus finanzpolitisch begründet.

Von dem vorgesehenen Reformvolumen von 23,1 Mrd. Euro werden die Versicherten künftig rund 20 Mrd. Euro außerhalb oder innerhalb der GKV alleine zu finanzieren haben. Dies ist die verteilungspolitische Quintessenz der Privatisierungsaktion, die von der Politik euphemistisch als „sozial ausgewogen“ bezeichnet wird.³ Besonders nachhaltig sind Kranke und chronisch Kranke betroffen. Wegen der drastischen Erhöhung der Zuzahlung werden sie künftig regelmäßig die vorgesehene Obergrenze der Zuzahlungsbelastung von 2 % (Chroniker 1 %) ihres Einkommens tragen – zusätzlich zu dem „normalen“ Kassenbeitrag, dessen andere Schrumpfhälfte (noch) der Arbeitgeber trägt. Hinzu kommen mindestens 0,9 Prozentpunkte für Zahnersatz und Krankengeld, rund 0,7 Beitragssatzpunkte auf sonstige Versorgungsbezüge bei Rentnern und 0,3 Prozentpunkte für ausgrenzte, also nunmehr privat zu finanzierende Leistungen, wie beispielsweise Sterbegeld, außerhalb der paritätischen Finanzierung.

3 „Der Arbeitnehmer wird ja auch entlastet. Die ganze Operation führt bis 2006 zu einer Beitragssatzsenkung von heute 14,3 auf 13 %“, Horst Seehofer, Ich bin ein Überzeugungstäter, Interview in: „Der Spiegel“, 27.7.2003, S. 26 f.

Ärzte und Zahnärzte dagegen werden mit erheblichen Honorarzuwächsen rechnen können, weil die bisherigen eingebauten Honorar-Bremsmechanismen beim Zahnersatz ab 2005 und bei den Honoraren ab 2007 abgeschafft werden. Die Einführung von Festzuschüssen beim Zahnersatz folgt einer alten Forderung der Zahnärzte, für deren Erfüllung der Präsident der Bundesärztekammer sich erfreut bedankte: „Das ist ein wirklich überragend großer Fortschritt. [...] Alles was dazu beiträgt, etwa den Tragekomfort zu erhöhen oder die Ästhetik der Zähne zu steigern, kann er [der Patient, d. Verf.] selber finanzieren, ohne den Grundzuschuss zu verlieren.“⁴ Im Klartext: Festzuschüsse erleichtern den Zahnärzten lukrative Zahnersatzgestaltungen – zu Lasten der Patienten, versteht sich. Die Einführung der „Regelleistungsvolumina“⁵ öffnet Tür und Tor für weitere Beitragssatzsteigerungen.

Arzneimittelhersteller haben zwar für eine Übergangszeit bis zur Bildung neuer Arzneimittel-Festbeträge einen höheren Herstellerrabatt zu zahlen, der zu Umsatzbelastungen von maximal 0,8 Mrd. Euro führen wird. Diese werden jedoch zu Unrecht als originärer Konsolidierungsbeitrag der Pharmaindustrie bezeichnet. Die Weiterentwicklung der Arzneimittelfestbeträge wäre bereits vor Jahren umgesetzt worden, wenn sie 1996 nicht der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer auf Drängen der Pharmaindustrie aus dem Gesetz gestrichen hätte. Diese Streichung beförderte die Umsätze der Pharmaindustrie, die seit 1996 von 14 auf 23 Mrd. Euro (2002) anwuchsen und in diesem Jahr durchaus 25 Mrd. Euro erreichen können.⁶ Die Aufhebung der Arzneimittelbudgets durch Ulla Schmidt im Jahre 2001 hat diesen Umsatzschub weiter verstärkt; allein die hierdurch entstandene Ausgabensteigerung kam beim Beitragszahler mit Beitragserhöhung von 0,3 % an. Angesichts dieser Umsatzzuwächse der letzten Jahre ist ein halbwegs angemessener Konsolidierungsbeitrag der Pharmaindustrie nicht sichtbar. Im Gegenteil: Einen gewichtigen Lobby-Erfolg kann die Pharmaindustrie sogar noch mit der Streichung der Arzneimittel-Positivliste und der Verwässerung der im Entwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes noch vorgesehenen Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln verbuchen.

In der Verteilungsbilanz kommt die Arbeitgeberseite am besten weg: Ihr Finanzierungsanteil an den Gesundheitskosten wird – folgt man dem offiziellen Finanztableau – von heute 7,7 auf künftig 6,1 % Beitragsanteil verringert. Das entspricht rund 16 Mrd. Euro.

Die einseitigen Lastenverschiebungen zu Gunsten der Leistungsanbieter und Arbeitgeber geschehen im Umfeld bereits vollzogener oder angekündigter milliardenschwerer Kürzungen von öffentlichen und sozialen Leistungen durch Kommunen, Länder und den Bund (z.B. Agenda 2010). Damit setzt sich wieder einmal eine politische Sichtweise durch, die den Sozialstaat auf betriebswirtschaftliche Kostenfaktoren reduziert und eklatante Gerechtig-

4 Vgl. Jürgen Weitkamp, Interview in: „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (FAZ), 30.7.2003, S. 13.

5 Punktwerte zur Bewertung der einzelnen ärztlichen Leistungen werden bei Mengenausweitung nicht mehr entsprechend gekürzt, sondern bleiben konstant; Erhöhungen der Abrechnungspositionen (die dann fortwährend einer erhöhten Morbidität zugeschrieben werden können) wirken somit honorarsteigernd.

6 VFA-Firmen: Verband forschender Arzneimittelhersteller.

keitsdefizite in Kauf nimmt. Vor allem aber gefährdet diese Reform die bislang hohe Akzeptanz des Krankenversicherungssystems in der Bevölkerung: In repräsentativen Studien wird deutlich, dass der GKV-Solidarausgleich – zwischen Einkommensstärkeren und Einkommensschwächeren, Gesunden und Kranken, Jüngeren und Älteren – von ca. 80 % der befragten Bevölkerung als „vollkommen gerecht“ oder „überwiegend gerecht“ angesehen wird (Bertelsmann Stiftung 2002)⁷.

Ordnungspolitischer Paradigmenwechsel

Nach den Eckpunkten ist beim Zahnersatz beabsichtigt, dass „eine obligatorische Absicherung [...] in einem fairen Wettbewerb sowohl von der GKV als auch von der PKV angeboten“ werden soll. Dieser auch von Bert Rürup verfolgte Ansatz der Förderung eines „Systemwettbewerbs“ von PKV und GKV⁸ unterschlägt eine überzeugende Begründung, warum ein Wettbewerb von Sicherungssystemen mit unterschiedlichen Finanzierungsgrundsätzen und unterschiedlich gewachsenen Versichertenstrukturen etwas Sinnvolles zu Stande bringen soll. Im Gegenteil: Sämtliche Erfahrungen der letzten Jahrzehnte deuten darauf hin, dass sich die PKV mehr als Abschreckungsmodell, nicht aber als Vorbild eignet. Innerhalb der PKV findet Wettbewerb wegen der bei Kassenwechsel nicht transferierbaren Alterungsrückstellungen bekanntlich überhaupt nicht statt, was eine der Ursachen für die erheblichen PKV-Prämiensteigerungen ist. Zwischen PKV und GKV konzentriert sich der Wettbewerb bislang auf den Zugang jener Arbeitnehmer, die bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze von 3450 Euro monatlich nicht versicherungspflichtig sind. Allerdings stellt dieser System-Wettbewerb bisher nicht die Lösung, sondern das Problem der GKV dar. Wenn ein System risikoäquivalent und das andere solidarisch finanziert wird, gehen die guten Risiken in die PKV und die schlechten in die GKV. Ein fairer System-Wettbewerb ist zwischen diesen unterschiedlichen Systemen weder möglich noch sinnvoll.

Die Ursachen der Probleme der Ausgabensteuerung in der GKV sind seit langem bekannt: Soweit Anbieter von Gesundheitsleistungen den medizinischen Bedarf und damit die abrechenbaren Leistungsstrukturen und -mengen jenseits wirksamer Mechanismen zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteuerung selbst bestimmen können, folgt die medizinische Versorgung nicht rationalen Gesundheitszielen, sondern betriebswirtschaftlichen Anbieterinteressen. Das gilt in erster Linie für den Arzneimittelsektor, in dem nach Analysen unabhängiger Experten⁹ Einsparpotentiale in Höhe von 4 Mrd. Euro ohne Qualitätsverlust für die medizinische Versorgung realisierbar wären. Deshalb sind Festbeträge für Arzneimittel, Positivliste, Kosten-Nutzen-Bewertungen und wirksame Wirtschaftlichkeitsprüfungen unabdingbare Voraussetzungen

⁷ Vgl. ausführlich in: Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, S. 55 ff.

⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2002/03, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, November 2002, Textziffer 483 f.

⁹ Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath (Hg.), Arzneiverordnungsreport 2002, Berlin 2002.

für eine qualitätsorientierte Lenkung der Arzneimittelversorgung. Ein wirksamer Qualitätswettbewerb der Leistungsanbieter muss hinzukommen.

Die an der Nachfrage der Patienten ansetzenden Maßnahmen der Reform dagegen sind unwirksam und kostentreibend: Kostenerstattung ist verwaltungsaufwendig und kann – angesichts fehlender Sach- und Fachkenntnis der Patienten – keine Einsparimpulse geben. Für Zuzahlungen gilt das Gleiche, weil sie durch sozialpolitisch unverzichtbare Härtefallregelungen wieder weitgehend außer Kraft gesetzt werden müssen. Da nur 10 % der Versicherten mehr als 90 % der Krankenhausausgaben und über 60 % der Arzneimittelausgaben verursachen, wird diese Grenze bei den relevanten kranken und chronisch kranken Versicherten im Regelfall bereits im ersten Halbjahr erreicht sein. Selbst das Bundesgesundheitsministerium geht in seinem Finanztableau davon aus, dass von dem durch die Reform betroffenen Zuzahlungspotential in Höhe von 12,4 Mrd. Euro wegen der Härtegrenzen nur etwa rund die Hälfte realisiert werden kann.

Eine verbesserte Steuerung auf der Anbieterseite ist somit unverzichtbar. Maßnahmen auf der Einnahmenseite müssen hinzukommen. In den letzten zehn Jahren stieg der GKV-Beitragssatz um einen Prozentpunkt. Eine der Hauptursachen hierfür war neben der Arzneikostenexplosion die konjunkturbedingt schwache Einnahmenentwicklung der GKV. Hinzu kommt, dass die Zuordnung der sozialen Risiken (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit) und ihre Abgrenzung gegenüber den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (beispielsweise der Familienpolitik) durch ordnungspolitische Fehlentscheidungen seit Jahren gestört wird. Diese Risikoverschiebungen zwischen den Systemen der sozialen Sicherung (Stichwort: Verschiebebahnhof) gingen regelmäßig zu Lasten der GKV. Allein die wiederholten gesetzlichen Absenkungen der Beiträge für Arbeitslose und für Entgeltbestandteile, die im Rahmen der Rentenreform für steuer- und abgabenbegünstigte betriebliche Altersversorgungen angelegt werden, verursachten für die GKV eine Beitragssatzerhöhung von rechnerisch 0,6 bis 0,7 Beitragssatzpunkten. Durch diese sollten Bund sowie Renten- und Arbeitslosenversicherung entlastet werden. Im Westen kamen rund 0,4 Beitragssatzpunkte GKV-Einnahmenausfälle durch die – gesellschaftspolitisch erwünschte – Rechtsangleichung zwischen West und Ost hinzu, insbesondere durch den Risikostrukturausgleich. Der Beitragssatz der GKV läge ohne diese Risikoverschiebungen heute noch auf dem Niveau von 1994.

Der Versuch, die auf die gesetzliche Krankenversicherung abgewälzten familienpolitischen Lasten durch die Erhöhung der Tabaksteuer zu reparieren, geht zwar in die richtige Richtung. Die Chance zur nachhaltigen Stabilisierung der Finanzgrundlagen durch Rücknahme der Verschiebebahnhöfe der letzten Jahre blieb jedoch bislang ungenutzt. Ein zentraler Ansatzpunkt für die Stabilisierung der GKV liegt nicht in der Ausweitung des Wettbewerbs zwischen Privaten und Gesetzlichen, sondern in seiner Abschaffung. Mit einer schrittweisen Erhöhung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze sowie der Einbeziehung von Selbständigen und Beamten in die GKV (so genannte Bürgerversicherung) würden die Finanzierungsgrundlagen der

GKV nachhaltig gestärkt. Weil damit längerfristig die Zukunft der bisherigen PKV in Gefahr gerät, ist es nicht weiter verwunderlich, dass dieser Vorschlag mit Falschmeldungen diskreditiert¹⁰ wird: Dass eine Bürgerversicherung „vor allem die Leistungsträger aus den mittleren Einkommensschichten empfindlich treffen würde“¹¹, ist schlicht eine Verdrehung der sozialen Realitäten: Über 70 % der Bevölkerung überschreiten nicht die heutige Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze – eben dieser Bevölkerungsanteil würde durch die Einführung einer Bürgerversicherung spürbar entlastet. Belastet würden demgegenüber nicht „mittlere Einkommensschichten“, sondern ausschließlich bislang privilegierte Höherverdienende.

Der GKV – so wird weiter behauptet – drohe mit diesem Weg nur ein „finanzielles Nullsummenspiel“, weil die neuen Versichertengruppen ja nicht nur Beiträge zahlten, sondern auch Leistungsansprüche realisierten. Unter heutigen Finanzierungsbedingungen käme es wegen der regelmäßig hohen Einkommen der Neuversicherten im Durchschnitt faktisch zu erheblichen Zuwächsen an „Deckungsbeiträgen“ – und damit zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Finanzgrundlagen: Die Rürup-Kommission kommt deshalb zum bemerkenswerten Ergebnis, dass der Beitragssatz durch die stufenweise Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Rentenversicherungsniveau von 14,4 auf 13,1 % und durch die schrittweise Ausweitung des Versichertenkreises zusätzlich um 0,7 Prozentpunkte gesenkt werden könnte.¹²

Wettbewerb um gute Qualität: Wie groß sind die Spielräume?

Ansätze einer echten Strukturreform finden sich auch. Ulla Schmidts „Hoffnungsträger“, die sie in die Eckpunkte hinübergerettet hat, heißen integrierte Versorgung, Hausarztmodell, Gesundheitszentren und eine Ärzteschaft, die bessere Qualitätsstandards einhält. In der Tat sieht es aus, als könnte hier der Wettbewerb Bewegung in die Sache bringen: Medizinische Versorgungszentren, die „Versorgung aus einer Hand“ anbieten, lassen sich nun mit freiberuflichen oder angestellten Beschäftigten – auch unter Managementverantwortung von Krankenkassen – gründen. Die bislang Not leidende integrierte Versorgung wird klarer geregelt und finanziell gesondert ausgestattet; Einzelverträge mit Leistungserbringern werden ermöglicht. Die Kassen müssen flächendeckend hausarztzentrierte Versorgungsformen anbieten. Ärzte werden zur Fortbildung verpflichtet und müssen andernfalls gestufte Sanktionen hinnehmen. Niedergelassene Praxen werden zu internem Qualitätsmanagement verpflichtet, Krankenhäuser in unterversorgten Bereichen für die ambulante Versorgung geöffnet. Das Qualitätszentrum wird als Teil der Selbstverwaltung, jedoch mit begrenzten Kompetenzen, etwa bei der Arzneimittelbewertung, errichtet. Bundesausschüsse und Koordinierungsausschuss sollen effizienter werden.

¹⁰ Vgl. Andreas Storm, Der Irrweg der Bürgerversicherung, in: FAZ, 30.7.2003, S. 12.

¹¹ Vgl. ebd.

¹² Vgl. Christhart Bork, Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Wiesbaden 2003, S. 36.

Was auch immer die teilweise wachsweiß formulierten Eckpunkte versprechen: Entscheidend ist, ob es den gesetzlichen Krankenkassen als Treuhändern der Versichertenbeiträge durch klare und unausweichliche gesetzliche Regelungen möglich gemacht wird, tatsächliche qualitätsorientierte Alternativen zum Status quo mit dem Heben von Wirtschaftlichkeitsreserven zu verbinden. Und das hängt primär davon ab, ob Verbesserungen in der Versorgung auch in Zukunft nur durch „Mehr Geld“ möglich sind, oder ob es einen echten Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit gibt.

Die Bewertung der Eckpunkte stimmt angesichts der bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung gut gemeinter Qualitätsregelungen ausgesprochen skeptisch. Jüngere Kontroversen zwischen Kassen und Ärzten um die Richtlinien zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (zuletzt: massive extrabudgetäre Honorarmittel für die Qualitätssicherung der Darmspiegelung als Vorsorgeuntersuchung) haben wieder einmal gezeigt, dass die Ärzteschaft Qualitätssicherung grundsätzlich nur als zusätzliche Einnahmequelle begreift. Dieses pekuniär verformte Qualitätsverständnis wurde auch bei den Kassen-Ärzte-Auseinandersetzungen um die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Program/DMP) erkennbar: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) denunzierten diese ersten Versuche qualitätsgesicherter Versorgung sogleich als Billigmedizin, obwohl Ärzte und Krankenkassen sich im Koordinierungsausschuss auf die wissenschaftliche Fundierung der DMPs zu Diabetes mellitus und Brustkrebs geeinigt hatten.

Zweifellos muss das herkömmliche sektoral zergliederte Versorgungsmodell überwunden werden. Schafft der Gesetzgeber aber endlich eine wirklich praktikable Möglichkeit, das Geld für neue Versorgungsmodelle aus den klassischen Budgets herauszurechnen – ohne zugleich Wirtschaftlichkeitspotentiale neuer Versorgungsformen zu verschütten? Gelingt es jedoch nicht, durch integrierte Versorgung Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander zu versöhnen, bleibt dieser Weg eine kostenträchtige Sehnsuchtsformel. Hierzu ein Beispiel: Die Sicherung der Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms, das mit nächtlicher Maskenbeatmung in der häuslichen Umgebung behandelt werden kann, erfordert eine kluge Differentialdiagnostik vor allem durch professionelles Befragen der Patienten mit unterschiedlichen Schlafstörungen. Nur für einen kleineren Teil dieser Patienten ist eine komplizierte technische Analyse der Schlafarchitektur durch ein Team von Fachleuten notwendig. In den letzten zehn Jahren hat sich im stationären Bereich eine qualifizierte Infrastruktur von Schlaflaboren entwickelt. Die Logik unseres Systems dürfte dazu führen, dass im vertragsärztlichen Bereich ab 2004 eine Doppelstruktur von ambulanten Schlaflaboren aufgebaut wird, obwohl der Bedarf bereits gesättigt ist. Diese unseligen Entwicklungen verkaufen sich unter dem Schlagwort „ambulant vor stationär“, und viele Menschen glauben vermutlich, dadurch würden teure Krankenhauskosten abgebaut. Integrierte Versorgung mit Vertragswettbewerb müsste stattdessen zeigen, wie gute Qualität für die Kranken (Indikator: Abnahme der Tagesmüdigkeit, weniger Unfälle, weniger Bluthochdruck etc.) kostengünstig „produziert“ werden kann.

Warum man dafür bewährte stationäre Strukturen erst einmal zerstören muss, ist schlechterdings nicht zu verstehen.

Vertrags- und damit Qualitätswettbewerb soll künftig im so genannten Drei-Säulen-Modell beflügelt werden: 1. Säule: Status quo, 2. Säule: besondere Verträge wie DMP, 3. Säule: neu definierte integrierte Versorgung mit einem Finanzvolumen von 1 % der bisherigen sektoralen Vergütung. Immerhin: Denkbar sind bei guter handwerklicher Arbeit des Gesetzgebers, dass endlich verschiedene Modelle integrierter Versorgung in der Praxis vergleichend erprobt und dadurch Phantasie für die Versorgung von morgen freigesetzt wird. Verschiedene Modelle könnten miteinander um beste Qualität konkurrieren: regionale Gesundheitszentren in Weiterentwicklung des DDR-Poliklinik-Konzeptes (Modell A), Arztnetze mit Budgetverantwortung für eine Region inklusive stationärer Versorgung (Modell B) sowie Krankenhäuser als Focus für ein Gesamtkonzept mit angestellten und frei beruflichen Ärzten in der ambulanten Versorgung einer Region (Modell C). Das sich anschließende Modell D hieße dann: verhandlungsbereitere KVen, die sich in der Not sähen, endlich den Wandel von der Honorarverteilung zum Serviceunternehmen zu vollziehen.

Eine Schlüsselrolle kommt sicher der Neufassung der Bundesausschüsse und der Integration des neuen Instituts für Qualität in der Medizin zu. Je nach gesetzlicher Ausgestaltung kann damit eine Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung zum Nutzen der Patienten und Versicherten oder ein erneutes Desaster einhergehen: Wenn es einzelnen Vertragsparteien wieder ermöglicht wird, eine Modernisierung dieser zentralen Einrichtungen zur Innovationsbewertung in der Medizin durch endlose Geschäftsordnungs- und Finanzierungsdebatten zu verhindern, wird der Gesetzgeber doch auf die staatsnähere GMG-Lösung zurückkommen müssen.

In Sachen Prävention – hofiertes Kind aller Gesundheitspolitiker – wäre die Vision einer nationalen Präventionsstrategie im Bereich der chronischen Volkskrankheiten überfällig. Bibliotheken der Gesundheitswissenschaften sind mit Analysen gefüllt, nach denen der entscheidende Hebel – insbesondere angesichts des sozialen Gefälles der Gesundheitschancen – die Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse ist – eine Erkenntnis, auf die Rudolf Virchow in seinen Parlamentsreden bereits vor 150 Jahren hingewiesen hat. Leider wird Prävention nach wie vor auf das Problem der Kassenleistungen reduziert und wohl auch in Zukunft nahezu ausschließlich von Kassen alimentiert werden. Notwendig sind vor allem Versorgungs- und Präventionskonzepte, die auf die älteren Menschen zugeschnitten sind. Damit kann nicht nur ihre Lebensqualität verbessert werden. Auch die vermeintlich entstehende „demographische Bedrohung“, die in Status-quo-Szenarien gerne mit der Ankündigung von Beitragsexplosionen belegt wird, kann über wirksame Prävention deutlich abgemildert werden. Wer aber die demographischen Herausforderungen als naturgegebenes Phänomen zwangsläufiger medizinischer Behandlungsnotwendigkeiten missversteht, überlässt die zunehmende Zahl alter Menschen leichtfertig dem „Wachstumsmarkt Gesundheit“ mit seinen immanenten Tendenzen der Geräteauslastungs- und Gebührenoptimierung –

nach Abschaffung der Finanzierungsparität auch noch mit gebrochenen Schutzwällen ...

Selbst gesteckte Ziele dieser Reform sind eine erhebliche Entlastung der Lohnnebenkosten und die Verbesserung von Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen. Die Lohnnebenkosten werden – zumindest vorübergehend – deutlich entlastet. Der Preis hierfür ist eine historisch einmalige Beschneidung des verfügbaren Einkommens der Privathaushalte. Dies geschieht vor allem in unteren Einkommenssegmenten mit hohen Konsumquoten. Da die wirtschaftlichen Wachstumsprobleme vor allem durch die Schwäche des privaten Verbrauchs begründet sind, wird eine positive Wirkung am Arbeitsmarkt nicht eintreten. Das haben bereits die Konsolidierungsstrategien von Helmut Schmidt 1982/1983 und der Kohl-Regierung 1998 gezeigt: Für die Krankenversicherten brachten diese bereits damals vor allem Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen – wenn auch in weit geringerem Ausmaß. In keiner der vorangegangenen Krisen- und Rezessionsphasen aber haben derartige Konsolidierungsstrategien den Anstieg der Arbeitslosigkeit verhindern können.¹³

Es bleibt die ernüchternde Bilanz: Die Beschlüsse führen zur Entsolidarisierung und zu einem Prozess schleichender Annäherung von GKV und PKV. Sie sind wohl kaum noch umkehrbar. Wer die GKV zum Experimentierfeld von Wettbewerbsideologen macht, gefährdet leichtfertig wichtige Grundprinzipien der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Welche Fortschritte demgegenüber aus den vereinbarten Reformen zur Qualitätsverbesserung erwartet werden können, hängt von Unwägbarkeiten des Gesetzgebungsverfahrens und der nachfolgenden Umsetzung ab: Im jetzt eingeschlagenen Schmusekurs gegenüber Industrie und Ärzteschaft jedenfalls sind sie nicht zu haben.

13 Vgl. Heiner Flassbeck, Wie Deutschland wirtschaftlich ruiniert wurde, in: „Blätter“, 8/2003, S. 955 f.

www.blaetter.de

Die Insel im Internet.

