

# Die Gesundheitspolitik nach dem GKV-WSG

## – Zur Dialektik von politischer Verantwortung und Wettbewerb

*Die beiden letzten GKV-Reformen (GMG und GKV-WSG) haben den ordnungspolitischen Rahmen des GKV-Wettbewerbs neu gestaltet (Gemeinsamer Bundesausschuss, Gesundheitsfonds). Zugleich das System der Gesamtvergütung in der kassenärztlichen Versorgung durch Selektivverträge geschwächt, ohne dass eine tragfähige Alternative zum Sicherstellungsauftrag der KV entwickelt wurde. Die Gesundheitspolitik wird in den nächsten Jahren wesentlich von der Frage geprägt sein, wer die Verantwortung für eine flächendeckende Sicherstellung der medizinischen Versorgung trägt. Insbesondere die Rolle der Länder muss hier neu definiert werden.*

### ■ Hartmut Reiners

Dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 wird Etikettenschwindel vorgeworfen, weil es den Kassenwettbewerb bremse und nicht stärke. Der allgemeine Beitragssatz führe in die Einheitsversicherung, während der Spielraum der Kassen bei Verträgen mit Leistungserbringern kaum erweitert worden sei. Hinter dieser Kritik stehen Wissenslücken über die Funktionsweise des Gesundheitsfonds, ideologisch bedingte Denksperren, aber auch – insbesondere unter Wissenschaftlern – unrealistische Vorstellungen über die praktischen Möglichkeiten, die 125 Jahre alte korporatistische GKV mit Reformen aus „einem Guss“ auf einen klaren ordnungspolitischen Kurs in Richtung Wettbewerb zu trimmen.

Das GKV-WSG steht in der Folge eines politischen Inkrementalismus, der häppchenweise das alte ständische GKV-System umzukrempeln versucht. Das war und ist kein geradliniger Weg, sondern ein mit politischen Kompromissen und auch Umwegen verbundener Prozess. Diese „piece meal policy“ begann mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992, das dem berufsständischen Gliederungsprinzip der GKV den Garaus machte und mit der freien Kassenwahl wettbewerbliche Elemente in das Gesundheitswesen implementierte. Dieser alle nachfolgenden GKV-Reformen prägende Paradigmenwechsel machte aus der bilateralen Beziehung von politischer Exekutive und

*Hartmut Reiners, Diplom-Volkswirt, Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Gesundheitsministerium Brandenburg*

Selbstverwaltung eine um den Wettbewerb ergänzte ordnungspolitische Dreiecksbeziehung. Inwieweit sich deren internes Kräfteverhältnis durch die mit dem GKV-WSG beschlossenen Stützung des Gesundheitsfonds aus dem Bundeshaushalt ändern kann, soll hier nicht zur Debatte stehen. Auf jeden Fall erhöht sich damit das Risiko, dass die Tagespolitik mehr Einfluss auf das Gesundheitswesen nimmt (Greß und Wasem 2007). Ich beschränke mich auf die Analyse folgender miteinander verknüpften Ebenen der Gesundheitspolitik:

- Wettbewerbsordnung und Festlegung allgemeiner Qualitätsstandards im GKV-System sowie
- Kassenwettbewerb und die flächendeckende Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2003 und das GKV-WSG haben für die erste Ebene wesentliche Reformen in Gang gesetzt, aus der sich für die zweite Steuerungsebene der Sicherstellung ein nach den Bundestagswahlen im Herbst 2009 anzupackender Reformbedarf ergibt.

### **Wettbewerb in einer solidarischen GKV: Wie kann das funktionieren?**

Wettbewerb benötigt im Gesundheitswesen einen strikten ordnungspolitischen Rahmen, wenn er die Grundlagen der sozialen Krankenversicherung bewahren und

nicht durch Risikoselektion zerstören soll. Robert Evans, Alan Maynard, Alexander Preker und Uwe Reinhardt, international renommierte Gesundheitsökonominnen, haben diesen Sachverhalt auf den Punkt gebracht (1994: 359): „Competition and markets should be means to an end, but not ends in themselves. If they are treated as ends, the objectives of efficiency, equity and cost containment will NOT be achieved.“<sup>1</sup> Der Wettbewerb im Gesundheitswesen hat dem Ziel zu dienen, eine effektive und effiziente medizinische Versorgung für alle Bürger zu gewährleisten. Dafür müssen im deutschen GKV-System zwei wesentliche Voraussetzungen erfüllt sein:

- Für alle Kassen gelten die gleichen Qualitätsstandards für die laut Gesetz von ihnen zu erbringenden Leistungen.
- Der Kassenwettbewerb muss die Risikoselektion verhindern und den Kassen Anreize geben, sich vor allem um die Versorgungsqualität zu kümmern.

Sowohl das Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 als auch das GKV-WSG haben sich in diesem Sinn verdient gemacht. Das GMG hat die Qualitätssicherung nach internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin institutionalisiert, während das GKV-WSG mit dem Gesundheitsfonds die Grundlagen für einen an der Versorgungsqualität orientierten Kassenwettbewerb gelegt hat. Beide Gesetze sind Belege für die in der Gesundheitspolitik allmählich Platz greifende Erkenntnis, dass die praktische Vernunft nicht in großen Reformwürfen liegt, sondern in der Implantierung von „Reformviren“, die ihre Wirkungen erst im Lauf der Zeit entfalten (Reiners 2009: 219 ff.). Dafür müssen auch Kompromisse in Kauf genommen, die als Antidotum die Wirkung der Reformviren auch schon mal behindern können. Das gehört zwar zur Professionalität in der Gesundheitspolitik, wird in den Medien aber eher als Unfähigkeit der Politiker zu klaren Problemlösungen dargestellt, die doch so einfach zu realisieren seien.<sup>2</sup>

## Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als „kleiner Gesetzgeber“

In deutschen Gesundheitswesen gibt der Gesetzgeber den ordnungspolitischen und rechtlichen Rahmen vor, den das GKV-System in gemeinsamer Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern eigenständig ausfüllt. Die Durchführung dieser Aufgabe überwachen Regierungsbehörden, die jedoch nicht die Fach-, sondern nur die Rechtsaufsicht haben. Sie erteilen keine Weisungen, sondern prüfen lediglich, ob sich die Krankenkassen und ihre Vertragspartner im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben agieren. Diese Arbeitsteilung von unmittelbarer und mittelbarer Staatsverwaltung gilt insbesondere für die Festlegung und Qualitätssicherung der von den Krankenkassen zu bezahlenden Leistungen. Im SGB V wird nur deren allgemeiner Rahmen mit der Maßgabe festgelegt, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das Maß des Notwendigen

nicht überschreiten [dürfen]“ (§ 12 Abs. 1 SGB V). Mit der Konkretisierung dieses allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beauftragt, in dem die Krankenkassen über ihren Spitzenverband auf der einen, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft der Leistungserbringer paritätisch vertreten sind. Patientenvertreter haben ein Mitspracherecht, haben jedoch bei Entscheidungen kein Stimmrecht. Der GBA wird intern auch der „kleine Gesetzgeber“ genannt, weil er auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse festlegt, ob eine bestimmte medizinische Leistung als wirkliche Innovation zu gelten hat und dementsprechend von den Kassen bezahlt werden muss. Er ist Träger eines für alle Kassen und deren Vertragspartner geltenden Systems der Qualitätssicherung und Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Leistungen, das zu den unabdingbaren Bedingungen für einen Kassenwettbewerb gehört. Er gestaltet zudem nach den Vorgaben des Gesetzgebers die Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung und regelt die Zulassungsvoraussetzungen für Vertragsärztinnen und -ärzte.

Als Bundesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen gab es diese Institution bereits seit dem „Gesetz über das Kassenarztrecht“ von 1955, allerdings nur für die ambulante Versorgung und mit erheblich geringeren Kompetenzen, insbesondere bezüglich der Kosten-Nutzen-Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Das GMG hat die Krankenhäuser in den GBA eingebunden und gab diesem eine hauptamtliche Geschäftsführung. Der wichtigste Fortschritt des GMG aber besteht in der Institutionalisierung der Qualitätssicherung auf Basis einer evidenzbasierten Medizin, die auch wirtschaftliche Kriterien mit einschließt (Schmacke 2005). Sichtbarer Ausdruck dieser gegen den geballten Widerstand insbesondere der Pharmaindustrie, aber auch von Teilen der Ärzteschaft durchgesetzten Reform ist die Einrichtung wissenschaftlicher Institute zur Unterstützung der Arbeit des GBA:

- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beschäftigt sich mit Fragen der evidenzbasierten Medizin und entwickelt Methoden zur qualitativen und wirtschaftlichen Bewertung von Arzneimitteltherapien.
- Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) erarbeiten leistungsorientierte Vergütungssysteme in der stationären bzw. ambulanten Versorgung.

Auch wenn sich die Arbeit des GBA noch etwas einrütteln muss, so sind damit doch wesentliche Voraussetzungen für eine funktionierende Qualitätssicherung auf Basis des Grundsatzes einer evidenzbasierten Medizin geschaffen worden. Mittlerweile hat sich der GBA mit seinen wissenschaftlichen Instituten unter Fachleuten auch international einen sehr guten Ruf erworben. Damit hat Deutschland nicht nur internationales Niveau in der Qualitätssicherung gefunden. Mit wachsendem Interesse wird zudem in anderen europäischen Ländern verfolgt, wie

das Prinzip der Selbstverwaltung im GBA funktioniert. Der ist insofern ein Original, als seine Aufgaben andernorts, sogar in angeblich so viel liberaleren Gesundheitssystemen wie denen in der Schweiz oder der Niederlande, von Regierungsbehörden wahrgenommen werden. Dort wird das deutsche Modell von Fachleuten aufmerksam beobachtet, weil die Einbindung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Entscheidungen darüber, was medizinisch erforderlich und Stand des Wissens ist, für deren Legitimation und Akzeptanz immer wichtiger wird.

## Der Gesundheitsfonds und der Kassenwettbewerb

Über kaum eine andere Reform im Gesundheitswesen ist so viel Unsinn verbreitet worden wie über den Gesundheitsfonds und seinen morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (M-RSA). Letzterer gehört zu den unverzichtbaren Grundlagen eines Kassenwettbewerbs. Das hat nicht nur das Bundesverfassungsgericht in einem wegweisenden Urteil von 2005 festgestellt; es ist mittlerweile auch internationaler Konsens unter Gesundheitsökonomern (van de Veen und Ellis 2000). Sogar der Wirtschafts-Sachverständigenrat hat sich mittlerweile zu der Auffassung durchgerungen, dass der M-RSA ein notwendiges Instrument zur Steuerung des Kassenwettbewerbs ist (SVR-W 2008). Den Bürgern wird hingegen in den Medien der Eindruck vermittelt, er sei eine „morbid umverteilungsmaschine“ (SZ vom 20.5.2007) und mache aus dem Gesundheitswesen ein „Tollhaus“ („Spiegel“ Nr. 19/2009). Dabei beruft man sich auf fragwürdige Zeugen und hält es offenbar nicht für nötig, ausgewiesene RSA-Experten zu befragen bzw. zu Wort kommen zu lassen. Wenn Kassenvorstände wie Norbert Klusen (TK), deren Unternehmen durch dieses Instrument ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile einbüßen, den M-RSA als Kostentreiber darstellen, ist das zwar sachlich falsch, aber menschlich vor dem Hintergrund der relativen Einnahmeverluste seiner Kasse verständlich. Ärgerlich wird es, wenn sich ein Wissenschaftler wie Gerd Glaeske, der dem Beirat des Bundesversicherungsamtes zur Gestaltung des M-RSA vorsaß, sich im „Spiegel“ (Nr. 19/2009) dazu versteigt, dieses Instrument als eine „Pathologisierung der GKV“ zu charakterisieren. Der in den Medien irrtümlich als Gesundheitsökonom bezeichnete Pharmazeut Glaeske belegt damit nur seine Unkenntnis der ökonomischen Grundlagen und Mechanismen des M-RSA.<sup>3</sup>

Wenn Krankenkassen für einen chronisch kranken Versicherten mehr Geld aus dem Fonds erhalten als für einen relativ gesunden, dann ist das nicht, wie der „Spiegel“ mit Berufung auf Glaeske behauptet, ein Anreiz, die Versicherten kränker zu machen als sie sind, sondern eine Kompensation der damit verbundenen Ausgaben. Schließlich muss Daimler für die S-Klasse schon wegen der deutlich höheren Produktionskosten auch mehr Geld verlangen als für einen Smart. Glaeske und der „Spiegel“ unterstellen, dass die Krankenkassen und die Ärzte ein gemeinsames Interesse daran haben, durch bewusst falsch gestellte Diagnosen die Versicherten kränker zu machen als

sie sind, um so möglichst hohe Beträge aus dem Gesundheitsfonds abzuzocken. Zum einen wäre das Betrug und damit ein Fall für den Staatsanwalt. Zum zweiten enthält der M-RSA einen prospektiven Mechanismus, der eine solche kriminelle Energie zu einer riskanten Spekulation macht. Die Zuweisungen aus dem Fonds basieren auf den Risikostrukturen der einzelnen Kassen aus der zwei Jahre zurückliegenden Periode. Deshalb konnte der M-RSA auch nicht schon mit dem GKV-WSG 2007 eingeführt werden, sondern erst 2009. Entsprechende Manipulationsversuche wären Wetten darauf, dass die Morbiditätsstrukturen des Versichertenkollektivs der betreffenden Kasse sich innerhalb von 2 Jahren so verändern, dass sich eine positive Differenz zwischen den 2 Jahre zuvor erschwandelten Fondszuweisungen und den dann tatsächlich anfallenden Behandlungskosten ergibt. Geht diese Rechnung nicht auf, macht die Kasse zwangsläufig Defizite und muss den gefürchteten Zusatzbeitrag erheben. Das wäre auch ohne ihre strafrechtliche Dimension keine seriöse Unternehmenspolitik, die bei Nicht-Funktionieren die Existenz der Kasse aufs Spiel setzt.

Das Missverständnis, dem Glaeske und der BVA-Beirat aufsitzen, ist allerdings im Gesetz angelegt. Auf Drängen der Union wurde der M-RSA auf maximal 80 Krankheiten beschränkt. Diese in jeder Hinsicht willkürliche Limitierung beruht auf dem Irrtum, der M-RSA sei ein Ausgabenausgleich, in dem man die Zahl der „ausgleichsfähigen“ Krankheiten und der betroffenen Versicherten auf besonders kostenträchtige Fälle begrenzen muss. Tatsächlich aber ist er ein Benchmarksystem, in dem verschiedene Kosten- bzw. Risikotypen vergleichbar gemacht werden (Jacobs 2009). Seine Kalkulationen basieren auf in den USA entwickelten Methoden der privaten Versicherungswirtschaft zur Messung von Krankheitsrisiken, die auf die gesamte GKV bzw. den Gesundheitsfonds angewandt werden. Der M-RSA lässt den Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds einen Betrag zukommen, der den GKV-Durchschnitt der Versorgungskosten seiner Versicherten, je nach deren Krankheitsstruktur, abdeckt und einen positiven Deckungsbeitrag ermöglicht, der sich aus der Differenz zwischen den Fondszuweisungen und den tatsächlichen Ausgaben einer Kasse ergeben kann. Das soll den Kassen einen Anreiz geben, mit ihren Kosten unter dem Kassendurchschnitt zu bleiben. Das kann nur sachgerecht funktionieren, wenn nicht ausgewählte Krankheiten berücksichtigt werden, sondern das gesamte Krankheitsrisiko eines Versichertenkollektivs. Beschränkt sich der M-RSA auf bestimmte Krankheiten, benachteiligt das Kassen, die viele Personen mit Erkrankungen versichern, die nicht in diesem Katalog enthalten sind.

Die prinzipiell schon fragwürdige Begrenzung des M-RSA auf 80 Krankheitsarten hätte durch die Umsetzung der Empfehlungen BVA-Beirates noch problematischere Folgen gehabt. Der sprach sich dafür aus, nur solche Krankheitsarten in den M-RSA aufzunehmen, „die entweder quasi schicksalhaft auftreten oder einer Prävention oder Vermeidung zumindest beim einzelnen Versicherten nicht (mehr) zugänglich sind.“ (Wissenschaftlicher Beirat 2007: 64). So hätten die Krankenkassen einen Anreiz zur Verhütung

entsprechender Krankheiten. Den Kassen wird damit ein ökonomisches Interesse an der Prävention unterstellt, das sie weder haben, noch sinnvoll einlösen können. Gerade wenn nur „schwere“ Fälle in den M-RSA aufgenommen würden, hätten die Krankenkassen kein wirtschaftliches Interesse mehr an Disease-Management-Programmen, in denen chronisch Kranke bereits im Frühstadium ihres Leidens betreut werden. Für sie würde sich sogar eine Verschlimmerung der Krankheit lohnen, weil dann die Behandlungskosten vom RSA abgedeckt würden. Wenn der M-RSA überhaupt die von Glaeske beschworene „Pathologisierung“ der GKV bewirken kann, dann gerade mit dem von ihm favorisierten System der Beschränkung auf „schicksalhafte“ Erkrankungen. Die Kassen können wegen der freien Kassenwahl kein wirtschaftliches Interesse an der Verhütung von Krankheiten haben. Entsprechende Maßnahmen haben eine langfristige Wirkung, d. h. Präventionsprogramme können sich, wenn überhaupt, erst nach Jahren oder Jahrzehnten in Form verringerter Behandlungsausgaben auszahlen. Die einzelne Kasse kann aber nicht wissen, ob die damit betreuten Versicherten dann noch in ihrer Kasse sind und ihre gesundheitsfördernden Maßnahmen daher nicht auch der Konkurrenz zugute kommen. Also kümmert sie sich um Gesundheitsförderungsprogramme allenfalls in Form von Wellnessangeboten als Marketinginstrumenten.

### **Selektivverträge und Sicherstellung der medizinischen Versorgung: Wer hat den Hut auf?**

Mit dem Gesundheitsfonds und dem GBA hat der Kas senwettbewerb einen sachgerechten und ausbaufähigen ordnungspolitischen Rahmen erhalten, der auf absehbare Zeit keiner grundlegenden Reform bedarf. Risikoselektion wird nicht mehr belohnt, und die von den Kassen angebotenen Leistungen müssen den vom GBA festgelegten Qualitätsstandards entsprechen. Allerdings geht die Vorstellung etlicher Ökonomen, auf dieser Basis könne man die Kassen in den freien Vertragswettbewerb entlassen und sie von allen im SGB V immer noch vorhandenen Zwängen zum gemeinsamen und einheitlichen Handeln befreien (Cassel et al. 2008), an der Versorgungsrealität vorbei. Die Implementierung wettbewerblicher Elemente in das Vertragssystem der GKV hat Erblasten des korporatistischen GKV-Systems zu bewältigen, die sich nicht mit einem politischen Kraftakt aus der Welt schaffen lassen.

Die einzelnen Versorgungsbereichen bieten dafür unterschiedliche Voraussetzungen. In der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln hat der Gesetzgeber den einzelnen Kassen bereits weitgehende Vertragsfreiheiten eingeräumt. Mittlerweile gibt es Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern oder Anbietern von Hilfsmitteln, mit denen ein beträchtliches Einsparpotenzial realisiert werden kann, auch wenn noch nicht alle Hindernisse aus dem Weg geräumt und bestimmte Rechtsfragen noch geklärt werden müssen (Coca et al. 2008, Dietz 2008, Kötter und Maßing 2008). Anders sieht es in der ärztlichen Versorgung aus. Ein selektives Vertragssystem ist mit der Einschränkung

der freien Arztwahl verbunden, weil es für die einzelnen Kassen nur dann wirtschaftlich attraktiv ist, wenn sie Exklusivverträge mit bestimmten Ärzten oder Krankenhäusern anbieten können. Arztpraxen hätten dann nicht mehr Schilder mit der Aufschrift „Alle Kassen“, sondern mit Auflistungen der Kassen, deren Versicherte willkommen sind. Das wäre ein Bruch mit dem für die Akzeptanz der GKV in der Bevölkerung sehr wichtigen Prinzip der freien Arztwahl, was per se schon auf Widerstand stoßen dürfte. Wenn damit jedoch Verträge verbunden sind, die den Versicherten eine bestimmte Versorgungsqualität garantieren und z. B. die Wartezeiten für einen Facharzttermin auf einen kurzen Zeitraum begrenzen, könnte sich ein solches Vertragssystem schon das nötige Vertrauen bei den Patienten erwerben. Das belegen erfolgreiche Projekte von Kassen, die entsprechende Abkommen mit Arztgruppen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) geschlossen haben.

Ein solches System von kassengebundenen Versorgungsnetzen kann jedoch grundsätzlich nur in Großstädten funktionieren, weil allein dort Wettbewerb unter Versorgungseinrichtungen entstehen kann und Exklusivverträge mit Kassen für Arztnetze bzw. integrierte Versorgungssysteme wirtschaftlich attraktiv sind. Das sieht in Kleinstädten und auf dem Land ganz anders aus. Dort sind die Bürger froh, wenn sie nicht nur einen Hausarzt haben, sondern auch Spezialisten in erreichbarer Nähe finden können. Wettbewerb kann es schon mangels Vertragspartnern nicht geben. Dementsprechend ist hier für die Sicherstellung der Versorgung der Grundsatz unverzichtbar, dass die Kassen gemeinsam und einheitlich handeln und Verträge abschließen müssen. Das wiederum ist in einem wettbewerblichen GKV-System leichter gesagt als getan. Es liegt auf der Hand, dass Kassen, die in bestimmten Regionen nur wenige Versicherte haben, ein geringeres Interesse an gemeinsamer Verantwortung haben als dort stärker vertretene Kassen. Im Unterschied zur Bundesebene, wo das GKV-WSG mit dem Spitzenverband der GKV eine Institution geschaffen hat, die für gemeinsame Aufgaben aller Kassen zuständig ist, ist ein solcher Apparat auf der für die konkreten Versorgungsfragen entscheidenden Landesebene nicht vorhanden. Dort gibt es nach wie vor nur Arbeitsgemeinschaften der Kassenverbände. Deren Aus handlungsprozesse sind ausgesprochen mühselige Angelegenheiten und erschweren die Entscheidungsfindung über Probleme der Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf Landesebene erheblich. Angesichts der drängenden Probleme insbesondere in dünn besiedelten Regionen wird man nicht umhinkommen, diese Ungereimtheit – Spitzenverband auf Bundesebene, Kassen-AG auf Landesebene – zu beseitigen und auch in den Ländern einen Spitzenverband als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter Aufsicht der Landesregierungen einzurichten. Aber mit diesem Schritt wäre nur eines von vielen Problemen gelöst. Die dringend erforderliche Neujustierung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen insgesamt lässt sich nur über einen langwierigen Prozess realisieren, der Irrwege nicht ausschließt.



## Der § 73 b SGBV als ordnungspolitische Sackgasse

Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 ins SGB V aufgenommene und mit dem GKV-Organisations-Weiterentwicklungsgesetz (GKVOrgWG) von 2008 ergänzte § 73 b, der die hausärztliche Versorgung neu regelt, ist so ein Fall. Insbesondere dessen Absatz 4 ist äußerst problematisch. Er besagt, dass die Krankenkassen mit Gemeinschaften außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung Hausarztverträge zu schließen haben, die in dem KV-Bezirk mehr als die Hälfte der Allgemeinärzte zu ihren Mitgliedern zählen. Diese Vorschrift hatte Bayerns damaliger Ministerpräsident Beckstein 2008 ins GKVOrgWG gedrückt, das ohne seine Zustimmung keine Mehrheit im Bundesrat gefunden hätte. Er wollte damit die in Bayern besonders gut organisierten Hausärzte im Wahlkampf fördern. Gebracht hat ihm das bekanntlich nichts. Aber dem GKV-System wurde eine ordnungspolitische Zeitbombe implantiert, ohne für deren Zündung einen Evakuierungsplan zu haben. Mit dem § 73 b Abs. 4 SGB V wird nämlich einer privaten Organisation zu einer Monopolstellung verholfen, die sonst nur die KV als eine öffentlich-rechtliche Körperschaft hat.

Zum Zeitpunkt der Gesetzgebung hatten viele Politiker in Berlin wohl noch gedacht, das sei eine rein bayerische Angelegenheit, weil der Hausärzteverband 2008 nur dort einen dem Gesetz entsprechenden Organisationsgrad hatte. Der § 73 b hat aber dem Hausärzteverband zu großem Zulauf verholfen mit dem Ergebnis, dass er in so gut wie allen KV-Bezirken die Klausel im Absatz 4 erfüllt. Dadurch sind die Kassen in der gesamten Republik zu Verträgen mit dem Hausärzteverband gezwungen, eine ökonomisch wie rechtlich fragwürdige Angelegenheit, um es zurückhaltend auszudrücken. Es wird zudem ein ordnungspolitischer Eckpfeiler des GKV-Systems unterminiert, der Sicherstellungsauftrag der KV für die ambulante Versorgung. Damit steht die Frage auf der gesundheitspolitischen Agenda, wer angesichts eines kaum noch handhabbaren Nebeneinanders von Kollektiv- und Selektivverträgen sowie Bundes- und Landeszuständigkeiten für die Qualität und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung letztlich verantwortlich ist.

## Sicherstellung der Versorgung und die Rolle der Länder

Grundsätzlich ist die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung Aufgabe der Länder im Rahmen ihres Verfassungsauftrages der allgemeinen Daseinsvorsorge. Daraus leitet sich die Verantwortung der Länder für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und die Bedarfsplanung in der stationären Versorgung ab. In der ambulanten Versorgung hingegen liegt die entsprechende Zuständigkeit bei den damit vom Gesetzgeber beliebigen Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen. Die Bedarfsplanung erfolgt auf Basis der vom GBA erlassenen Richtlinien zur Relation von Arztgruppen und Bevölkerungszahl in einer Planungsre-

gion (zumeist Landkreis bzw. kreisfreie Stadt). Mit der von den Kassen gezahlten Gesamtvergütung geht die Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit entlastender Wirkung auf die KVen über. Diese Aufgabenteilung zwischen direkter und mittelbarer Staatsverwaltung funktioniert zunehmend weniger, da sie auf einer überholten Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung beruht. Immer mehr Leistungen, die früher stationär erbracht wurden, werden ambulant, teilstationär oder in Tageskliniken durchgeführt. Zudem erfordert die Behandlung einer wachsenden Zahl von Kranken (z. B. in der Onkologie) einen integrierten Behandlungsablauf. In dünn besiedelten Regionen geraten die kleinen Krankenhäuser der Grundversorgung und die Facharztpraxen in wirtschaftliche Schwierigkeiten, weil die Zahl der Patienten für eine sowohl kostendeckende als auch qualitativ angemessene Versorgung nicht mehr ausreicht. Eine möglichst patientennahe Versorgung kann hier nur über integrierte Versorgungsformen sichergestellt werden. Außerdem schwindet der Einfluss der Länder auf die medizinische Versorgung über den von ihnen selbst bewusst mitgetragenen Trend zur monistischen Finanzierung, die ihnen den „goldenen Zügel“ der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser aus der Hand nimmt. Indirekt verlieren sie zudem Einfluss auf die Gestaltung der Versorgung durch den Konzentrationsprozess der Krankenkassen, durch den immer mehr Kassen aus ihrem Aufsichtsbereich in den des BVA wechseln.<sup>4</sup>

Durch diese Entwicklungen geraten die Länder in eine prekäre Lage. Sie haben die im Grundgesetz festgelegte Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, zu der auch das Gesundheitswesen gehört, können aber diesen Verfassungsauftrag mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten zunehmend weniger erfüllen. Damit droht ein Vakuum in der Verantwortung der Politik für die medizinische Versorgung. Es bedarf daher einer ordnungspolitischen Neuordnung des Verhältnisses von Ländern als der unmittelbaren zu den Organen der Selbstverwaltung im GKV-System als der mittelbaren Staatsverwaltung, sowie zwischen den Zuständigkeiten im Bund und den Ländern. Das ist jedoch leichter gesagt als getan. Damit sind mehrere ebenso komplizierte wie ungeklärte Fragen verbunden:

- Welche verfassungsrechtlichen Hindernisse stehen einer Neuordnung der gesundheitspolitischen Verantwortung der Länder und des Bundes entgegen? Lassen sie sich ohne Grundgesetzänderungen umgehen?
- Wie soll die Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern in der Aufsicht genau aussehen? Lässt sich diese Aufgabe so organisieren, dass die Länder für die Sicherstellung und die Qualität der Versorgung zuständig sind, während der Bund die Haushalte der Kassen kontrolliert?
- Welche Funktion sollen die KVen noch haben, wenn die Vergütungen und Leistungen zwischen Kassen und Arztgruppen in Selektivverträgen vereinbart werden? Sind sie dann nicht im Prinzip überflüssig, und könnten Aufgaben in der Qualitätssicherung dann nicht von den Ärztekammern wahrgenommen werden?

- Sollen die Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts bleiben oder wie in den Niederlanden einen privatrechtlichen Status erhalten?
- Wenn das Land den Sicherstellungsauftrag mit übernimmt, welche Folgen hat das in finanzieller Hinsicht? Sollen dann auch weiterhin Steuermittel für die Infrastruktur der medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen? Wer sorgt für Investitionen in wirtschaftlich und sozial problematischen Regionen?
- Wie sollen Kommunen und Kreise eingebunden werden? Welche Verantwortung sollen sie übernehmen?

Dieser sicher nicht vollständige Fragenkatalog macht deutlich, dass die heimliche Vorstellung vieler Politiker, sie könnten durch die Delegation öffentlicher Aufgaben an nicht-staatliche Träger Verantwortung abwälzen, eine Illusion ist. Jede Deregulierung hat stets nur eine neue Form der Regulierung zur Folge. Das gilt für das Gesundheitswesen in besonderer Weise. Es entsteht das Paradoxon, dass die Privatisierung von Risiken und die Partikularisierung von Verantwortung durch Wettbewerb eher zu mehr staatlicher Verantwortung führt, wenn man dem Anspruch einer Zivilgesellschaft genügen will, allen Bürgern eine angemessene medizinische Versorgung zur Verfügung zu stellen. Die Neuordnung des Zusammenspiels und der Aufgabenteilung von staatlicher Exekutive und den Institutionen des Gesundheitswesens gehören daher nach der Bundestagswahl 2009 ganz oben auf die gesundheitspolitische Agenda. Es wird zwar kaum darum gehen können, kurzfristig komplette Lösungen anbieten zu können. Dafür ist der allgemeine Diskurs zu diesem Topos noch nicht weit genug entwickelt. Aber die Auseinandersetzung über die ordnungspolitischen Konsequenzen der seit 1992 erfolgten Reformen im GKV-System sollte zumindest beginnen. Die Länder sollten eigentlich ein hohes Eigeninteresse haben, die Initiative in dieser Debatte zu übernehmen. Aber das setzt voraus, dass parteipolitische Zielsetzungen vorerst ausgeklammert werden und sich die Profilverwundungen von Politikern in Grenzen halten. Eine fromme Hoffnung?

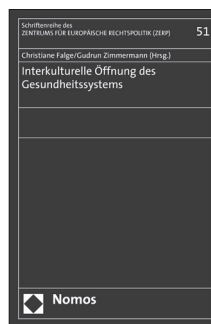
## Literatur:

- Bundesverfassungsgericht (2005): Beschluss vom 18. Juli 2005: 2 BvF 2/01 [www.bverfg.de](http://www.bverfg.de) > Entscheidungen > 2005
- Cassel, D. et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: WlDO
- Coca, V. et al. (2008): Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes. Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2008. Heidelberg: Springer Medizin, 144-198
- Dietz, U. (200): Kurze Geschichte der Arzneimittel Rabattverträge und Maßnahmen über die weitere Entwicklung. Gesundheits- und Sozialpolitik 62 (4), 41-47
- Evans, R. et al. (1994): Health Care Reform – Comment. Health Economics 3, 359 f.
- Göpfahrt, D. (2009): Auswahl und Anpassung eines Versichertenklassifikationsmodells für den Risikostrukturausgleich. Göpfahrt, D., Greß, S. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. Sankt Augustin (Asgard), 101-131
- Greß, S. und Wasem, J. (2007): Weg von der Beitrags- hin zur Steuerfinanzierung? Konsequenzen einer Strukturreform aus ökonomischer Sicht. Felix, D. (Hrsg.): Die Finanzierung der Sozialversicherung. Berlin: LIT

- Kötter, C. und Maßing, E. (2008): Wettbewerb im Hilfsmittelmarkt – Ausschreibungen abschreiben? Gesundheits- und Sozialpolitik 62 (4), 48-52
- Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Hans Huber
- SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2008): Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/09. Berlin (Bundestagsdrucksache 10/10985 vom 16.11.2008), TZ 662-686
- Schmacke, N. (2005): Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und die Folgen für die Qualität der medizinischen Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik 59 (11-12), 11-17
- Van de Veen, W. und Ellis, R. (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. Culyer, A. und Newhouse, J. (Hrsg.): Handbook of Health Economics 1A. Amsterdam: Elsevier, 755-845
- Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Krankenversicherung > Risikostrukturausgleich > Wissenschaftlicher Beirat

## Fußnoten:

- 1 „Wettbewerb und Märkte sollten Mittel zum Zweck sein und kein Selbstzweck. Werden sie als Zweck behandelt, werden die Ziele Wirtschaftlichkeit, Chancengleichheit und Kostendämpfung NICHT erreicht.“
- 2 Der Kolumnist Jörg Thadaeus hat es auf den Punkt gebracht: „Manche Beziehungen der Medienmenschen zur Restwelt sind eindeutig geklärt: Gegenüber Politikern fühlt sich der Berichterstatte überlegen. Er leiertartelt sich zusammen, wie toll die Welt sein könnte, wenn nicht karrieristische Hottentotten regierten, sondern der Kommentarschreiber höchstselbst. Es ist wohl nur ein Gerücht, aber vorstellbar, dass das Spiegel-Hauptstadtbüro ein sofort regierungsfähiges Schattenkabinett aus weltweisen Redakteuren vorhält.“ (Berliner Zeitung, 26.05.2006)
- 3 Dem mittlerweile zurückgetretenen BVA-Beirat gehörte nicht ein einziger ausgewiesener RSA-Experte an. Dementsprechend unbrauchbar waren auch seine Vorschläge, die das BVA aus guten Gründen nicht bei der Auswahl der 80 im M-RSA zu berücksichtigenden Krankheitsbilder nur teilweise berücksichtigt hat (Göpfahrt 2009).
- 4 Sobald sich die Mitglieder einer Kasse über mehr als drei Länder erstrecken, übernimmt das BVA deren Rechtsaufsicht.



## Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems

Herausgegeben von  
Christiane Falge und  
Gudrun Zimmermann  
2009, 192 S., brosch., 48,- €,  
ISBN 978-3-8329-4079-9  
(Schriftenreihe des Zentrums für  
Europäische Rechtspolitik an der  
Universität Bremen (ZERP), Bd. 51)

In dem neuen Sammelband geben Gesundheitsexperten, Migrationsforscher und Ethnologen Einblick in die interkulturelle Öffnung unseres Gesundheitssystems.



## Nomos

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder  
versandkostenfrei unter ► [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)