

GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Vergibt der Gesetzgeber eine Chance?

Helmut Platzer

Dr. Helmut Platzer ist
Vorsitzender des Vorstands
der AOK Bayern –
Die Gesundheitskasse

Beim geplanten Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hätte der Gesetzgeber wieder einmal die Chance, im Rahmen eines wichtigen Reformvorhabens deutlich zu machen, dass es bestimmte unverrückbare Wesensmerkmale und Prämissen der Gesundheitspolitik gibt, die unabhängig von politischen Ausrichtungen allgemein anerkannt werden. Er droht, diese Chance zu vergeben, wenn er es unterlässt, im Rahmen eines erkennbaren »Umgestaltens der Produktionsbedingungen« insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich deutlich zu machen, dass bei weiteren Reformschritten im Gesundheitswesen mit Selbstverständlichkeit diese wesentlichen Prinzipien von großer Systemrelevanz beachtet und gewahrt werden.

Grundsätzliche ordnungspolitische Fragen

Das Vorhaben eines Versorgungsstrukturgesetzes wirft grundsätzliche ordnungspolitische Fragen auf.

Dem Gesetzgeber schwebt für das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (GKV-VStG) ein Maßnahmenpaket vor, das nicht mehr und nicht weniger gewährleisten soll, als dass das deutsche Gesundheitswesen auch zukünftig allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung bieten kann.

Diese Zielprojektion setzt eine Prämisse voraus, die durchaus kritisch gewürdigt werden muss, nämlich dass eben diese Versorgungsqualität und -quantität akut gefährdet wäre und damit in anderen Versorgungssektoren überkompensatorisch hohe Ausgaben hervorgerufen würden. Letzteres wurde aktuell von Bundesgesundheitsminister Bahr - unter allerdings heftig bestrittenem Hinweis auf die Situation im Land Brandenburg - apodiktisch dargestellt.

Darauf richten sich die beabsichtigten Regelungsinhalte, ergänzt beispielsweise um Anliegen wie einen schnelleren Zu-

gang zu Innovationen, Stärkung wettbewerblicher Instrumente oder die Arbeit an der besseren Verzahnung der Versorgungssektoren, Verbesserungen in der ambulanten Rehabilitation oder Weiterentwicklung des Entlassmanagements aus dem stationären Sektor.

Fragwürdige Reformideen für die ärztliche Honorierung

Selbstverständlich bilden auch Reformideen für die ärztliche Honorierung einen wesentlichen Teil der beabsichtigten Normierung. So ist u.a. beabsichtigt, geltende Obergrenzen für extrabudgetäre Leistungen entfallen zu lassen oder neue Einzelleistungs- und Zuschlagstatbestände zu schaffen.

Bei den »Landärzten« kommt davon allenfalls ein sehr geringer Teil an, so dass der Eindruck entstehen muss, sie liefern lediglich das Alibi für allgemeine Einkommenssteigerungen der gesamten niedergelassenen Ärzteschaft, die auf keine erkennbare zusätzliche Versorgungsleistung zurückgeht.

Dass darüber hinaus die Verteilungsmacht ausschließlich in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen

soll, wird nicht eben zur Befriedung der Situation innerhalb einer pauschal fordernden Ärzteschaft beitragen. Dies zeigen viele »historische« Beispiele sehr eindrucksvoll; sehr unterschiedliche Mehrheitsverhältnisse in den KVen der Länder werden ein Übriges tun.

Ebenso fragwürdig in ordnungspolitischer Hinsicht ist der Rückzug des lange und nachdrücklich betriebenen Modells der Morbiditätsorientierung der ärztlichen Vergütung. Zum einen wegen der überfälligen Herstellung einer zwangsläufigen Verbindung zu den verfügbaren Mitteln aus der Krankenversicherung, zum anderen wegen der offensichtlichen Fehlanreizwirkung von Honorarstrukturen, die auf den Versorgungsbedarf der einzelnen Patienten keine Rücksicht nimmt.

Die These von der drohenden Unterversorgung

Die dabei zu Grunde gelegte These von der gefährdeten Versorgung nimmt eine breite, einerseits standespolitisch geprägte, andererseits aber auch im allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs weit verbreitete politische Diskussion auf, in der unterstellt wird, es gäbe bereits Unterversorgungsbrennpunkte im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, es drohe eine Verschärfung dieser Unterversorgung und es handele sich dabei um Entwicklungen, die politischem Gegensteuern zugänglich wären.

Dies bedürfte einer intensiveren Diskussion des unterstellten Sachverhaltes, für die hier allerdings nicht der Raum ist. Hierzu deshalb nur einige Thesen und Feststellungen:

- Die Zahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland befindet sich derzeit auf einem Allzeithoch.
- Seit Einführung der Zulassungssteuerung im Jahre 1993 ist sie über 28 Prozent gewachsen.
- Die Honorarzahlforderungen für die ambulante ärztliche Versorgung haben sich laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung seit 2000 um über 44 Prozent erhöht.
- Laut Bundesamt für Statistik lag der Reinertrag einer Hausarztpraxis nach Abzug der Praxiskosten und vor Steuern bereits 2007 im bundesweiten Mittel bei über 150.000 Euro, der durchschnittliche Reinertrag einer Facharztpraxis über alle Facharztgrup-

pen hinweg lag bei über 255.000 Euro. Laut GKV-Spitzenverband sind die ärztlichen Honorare für Vertragsärzte seitdem um rund 15 Prozent angestiegen.

- In großstädtischen Bereichen kann hinsichtlich des Versorgungsgrades bei Facharztgruppen massive Überversorgung festgestellt werden (z.B. Anästhesisten in München Stadt mit 285%).
- Die Versorgungsdichte in ländlichen Gebieten korrespondiert häufig mit einer allgemeinen Abwanderungstendenz.
- Das Problem der Wandlung des Berufsbildes niedergelassener Ärzte ist bislang völlig ausgeblendet worden. Allein die Evaluierung der herrschenden Meinung an diesen Daten zeigt deren Fragwürdigkeit.

Unkalkulierbare finanzielle Auswirkungen

Nach Beratung des Entwurfes im Kabinett wusste der zuständige Bundesgesundheitsminister stolz zu berichten, es habe dort keine kritische Wortmeldung gegeben, was umso bemerkenswerter ist, als seitens des Bundesfinanzministeriums im Vorfeld eine völlig neue Dimension in die Ressortabstimmungen im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens eingeführt worden war. Kern einer äußerst harschen Kritik war die Feststellung gewesen, es handele sich um einen Gesetzentwurf, der gegen die Grundsätze des Koalitionsvertrages verstoße, in dem sich alle Beteiligten eine strikte Sparverpflichtung auferlegt hätten. Die finanziellen Auswirkungen seien im übrigen derzeit unkalkulierbar.

Der dazu zwangsläufig zu suchende Kompromiss besteht nunmehr offensichtlich in einer Revisionsklausel, nach der bis April 2014 zu evaluieren ist, wie sich die Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung darstellen. Ob diesen Bedenken des Finanzministeriums tatsächlich ausreichend Rechnung trägt, darf bezweifelt werden.

Die einschlägige Passage lautet nunmehr: »Das Ergebnis der Evaluierungen wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahre 2015 mindernd be-

rücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben«. Im Klartext kann dies nur so verstanden werden, dass der Vorwurf des finanziellen Abenteuers aufrecht erhalten wird, allerdings sei dies hinzunehmen, wenn der Bund dafür an anderer Stelle entlastet wird, nämlich bei den Aufwendungen für den Sozialausgleich im Zusammenhang mit Härtefällen bei der Gewährung von Zusatzbeiträgen.

Dieser Handel kann allerdings nichts an den Zweifeln ändern, die hinsichtlich der Seriosität der Schätzungen des BMG zu den finanziellen Auswirkungen des Gesetzes laut wurden und nach wie vor bestehen.

Massive Mehrausgaben der GKV

Unabhängig davon, ob und ggf. in welchem Ausmaß die Versorgung tatsäch-

Die entscheidende Rolle für die Beurteilung des gesetzgeberischen Vorhabens spielt die Konzeption der Refinanzierung des zusätzlichen Aufwands in der GKV.

lich als gefährdet anzusehen ist, und ob es dadurch tatsächlich zu einem Fortschritt in der Absicherung der Versorgung kommt, werden jedenfalls durch das Gesetz massive Mehrausgaben der GKV induziert. Steigerungen könnten bereits ab 2012 Platz greifen, ab 2013 aber jedenfalls einen Umfang von etwa 2 Mrd. Euro erreichen. Das neue Rekordniveau der Aufwendungen für die stationäre und ambulante Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser läge damit um runde 18 Mrd. Euro über dem Niveau von 2007, also vor Beginn der Vergütungswelle, die seither politisch ausgelöst wurde. Kompensatorische Wirkungen auf der Ausgabenseite sind demgegenüber nicht ersichtlich, so dass Hoffnungen darauf jedenfalls kein Kalkül der Politik sein sollte, will man sich dem Vorwurf entziehen, ungedeckte Wechsel auf die Zukunft auszustellen. Dass diesbezügliche Erwartungen nicht ernsthaft bestehen, ist auch aus der Einführung der oben bereits geschilderten Revisionsklausel zweifelsfrei zu entnehmen.

Bei dieser Sachlage spielt letztlich die entscheidende Rolle für die Beurteilung des gesetzgeberischen Vorhabens die Konzeption der Refinanzierung des zusätzlichen Aufwandes in der GKV.

Unverrückbare Wesensmerkmale und Prämissen der Gesundheitspolitik

Der Gesetzgeber hätte wieder einmal die Chance, im Rahmen eines wichtigen Reformvorhabens deutlich zu machen, dass es bestimmte unverrückbare Wesensmerkmale und Prämissen der Gesundheitspolitik gibt, die unabhängig von politischen Ausrichtungen allgemein anerkannt werden. Er droht, diese Chance zu vergeben, wenn er es unterlässt, im Rahmen eines erkennbaren »Umgestaltens der Produktionsbedingungen« insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich deutlich zu machen, dass bei weiteren Reformschritten im Gesundheitswesen mit Selbstverständlichkeit diese wesentlichen Prinzipien von großer Systemrelevanz beachtet und gewahrt werden.

Dazu gehört seit jeher vor allem die rationale Allokation der vorhandenen begrenzten Mittel ebenso wie die Verpflichtung auf Gerechtigkeitsziele. Das heißt, die Steuerung der für die Versorgung einzusetzenden Mittel dorthin, wo sie objektiv - also orientiert am Versorgungsbedarf, am dringendsten gebraucht werden - gleichermaßen wie der Verzicht auf eine den Gerechtigkeitsanforderungen in einem beitragsgestützten Umlagesystem zuwiderlaufende Begünstigungs- und Belastungswirkung. Die Belastung des Beitragszahlers als Maßstab für Gerechtigkeitsüberlegungen wird auch nicht dadurch widerlegt, dass auch die Verpflichtung zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen Gerechtigkeitsaspekte abbildet. Wichtige Hinweise dafür bietet auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum RSA aus dem Jahre 2005.

Fehlende sachgerechte Refinanzierungsregeln

Am deutlichsten zeigt sich dies beim völligen Verzicht auf sachgerechte Refinanzierungsregeln für die exorbitanten Ausgabensteigerungen, die im ambulanten Bereich zu erwarten sind. In der heutigen Finanzierungssystematik der GKV hat

dies ja nicht zur Folge, dass eine allgemeine Erhöhung der Finanzierungsverpflichtungen für alle Beteiligten am System entsteht, sondern generiert eine in mehrfacher Hinsicht ungleich verteilte Zusatzbelastung der Versicherten, z.B. auch unter Inkaufnahme einer nach Kassen, Kassenart und Region sehr unterschiedlichen Lastenverteilung, die praktisch unbeeinflussbar und durch nichts gerechtfertigt ist.

Wer beispielsweise mehr Regionalität bei der Bedarfsplanung und Bedarfssteuerung im niedergelassenen Bereich einführt und die Förderung regionalpolitisch erwünschter Effekte als gesundheitspolitisches Ziel verfolgt, kann nicht darauf verzichten, dies außer bei den versorgungspolitischen Regelungen auch im Finanzierungsregelwerk abzubilden. Die wichtige Frage, ob es bundes- wie landesweit eine klare Bestandsaufnahme regionalpolitischer Problemstellungen gibt, kann hier nicht beantwortet werden. Tatsache ist allerdings, dass dabei die Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle zu spielen hat. Leicht dürfte dies allerdings nicht fallen, da in den letzten Jahren unabhängig von der parteipolitischen Ausrichtung der Bundesregierungen geradezu eine Zentralisierungsorgie stattgefunden hat, die im GKV-WSG einen Höhepunkt erreichte. Mit der Verlagerung von Steuerungsmöglichkeiten weg von den Regionen bei gleichzeitigem Verbleib der Ergebnisverantwortung (zumindest im Wesentlichen), wurden regionale Verwerfungen ja geradezu angegraben und keinesfalls geglättet.

Nach dem vorliegenden Entwurf bleibt dieser Ansatz schon deshalb unberücksichtigt, weil man sich im BMG generell strikt weigert, die finanziellen Voraussetzungen für derartige Honorarsteigerungen in den Blick zu nehmen, was ja bereits den Bundesfinanzminister auf den Plan gerufen hat – siehe oben.

Refinanzierung über Regional-komponente im Morbi-RSA

Um der Kritik auch den Abhilfeschlag folgen zu lassen:

Es gäbe zwei systematisch bruchlos begründbare Varianten, die am Ende zu einer sachgerechten Verknüpfung von

Einnahmen- und Ausgabenwirkungen führen würden.

Entweder man setzt auf die Refinanzierung innerhalb des geschlossenen Finanzierungsregelkreises der GKV. Dafür bietet sich eine Regionalisierungskomponente innerhalb des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs an, die auch ohne diesen inzwischen sehr konkreten Anlass schon immer wieder die Diskussion um die Weiterentwicklung des RSA bereichert hat. Erinnerung sei nur an den »Krieg der Gutachter« vor Einführung des GKV-WSG.

Kurz zusammengefasst geht es dabei um die Abbildung der unterschiedlichen

Wenn das Gesetz in wesentlichen Teilen ein WSG-Reparaturgesetz sein soll, dann jedenfalls auch in puncto Finanzierung.

Finanzkraft der Versicherten in den Regionen und der unterschiedlichen Versorgungsdichte und -qualität im Rahmen der Steuerung der Finanzströme innerhalb der GKV. Auch wenn vieles dafür spricht, keine komplette Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Verteilung im RSA vorzusehen – sind doch Unterschiede z.B. in der Versorgungsstruktur und -dichte nicht nur den Unterschieden in der Morbidität der jeweiligen Bevölkerung geschuldet –, so trifft doch die derzeitige Situation der absoluten Gleichmacherei auf insbesondere auch relevante verfassungsrechtliche Bedenken. Um es auf einen kurzen Nenner zu bringen, wenn schon das neue Gesetz in wesentlichen Teilen ein WSG-Reparaturgesetz sein soll, dann jedenfalls auch in puncto Finanzierung.

Nutzung der fondsseitigen Liquiditätsreserve

Wer dies in Kenntnis des vielbenutzten Froschvergleiches und der zu erwartenden heftigen Widerstände (nicht »benachteiligter« aber »weniger bevorzugter« Länder) politisch vermeiden will, hätte immer noch die Chance, auf die derzeit überbordenden Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds zurückzugreifen. Dies könnte eine Zwischenlösung darstellen, bei der man sich nach wie vor im geschlos-

senen Beitragskreislauf bewegt, ohne Grundfragen der Finanzierungssystematik anzugreifen. Es ist eine schwer erklärbare und auch objektiv kaum verständliche Nebenwirkung der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009, dass die ohne jeden Zweifel unverzichtbare Liquiditätsreserve der GKV im wesentlichen nicht bei den Kassen sondern im Julius-turm des Bundesversicherungsamtes quasi als Fondsderivat geparkt ist.

Lauteten im ersten Quartal des Jahres die Vorhersagen für den Umfang der fondsseitigen Liquiditätsreserve zum Ende des Jahres 2011 noch auf bis zu 7 Mrd. Euro, muss nunmehr nach allen verfügbaren Indikatoren angenommen werden, dass eher 9 Mrd. Euro erreicht werden könnten. Demgegenüber beläuft sich die gesetzliche Vorgabe für die Mindestreserve auf nur etwas mehr als 3 Mrd. Euro. Gleichzeitig bewirtschaften die einzelnen Kassen mit einer erheblich geringeren Liquidität, die noch dazu höchst ungleich über die Träger im GKV-System verteilt ist, volumenstarke Haushalte, bei deren Vollzug es zwangsläufig schon wegen unterschiedlicher Fälligkeiten für Eingänge von Mitteln aus dem Fonds und Ausgaben für Verpflichtungen gegenüber den Leistungserbringern zu beträchtlichen Schwankungen in den Kontoständen kommen muss, die ausgeglichen werden müssen. Dies ist im übrigen seit jeher der Grund dafür, dass auch in einem umlagegestützten System Mindestreserven gehalten werden müssen. Da eine Querverbindung zur Fondsreserve natürlicherweise fehlt, kann die dortige Reserve mit Fug und Recht als sinnfrei angesehen werden. Dies wäre

an sich schon schwer hinzunehmen, hinzu kommt aber noch, dass derartige scheinbare Rücklagenberge seit jeher politische Begehrlichkeiten geweckt haben, denen bislang noch keine Regierung widerstehen konnte; die erst jüngst zu verfolgende Diskussion über angebliche Spielräume für Senkungen des allgemeinen Beitragssatzes spricht dazu Bände.

Die weitergehendere, nachhaltige und sachgerechtere Lösung führt über eine Regionalisierung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Landarztförderung als regionale Strukturpolitik?

Eine regelkonforme Alternative dazu könnte darin gesehen werden, die Maßnahme der so genannten Landarztförderung trotz einer gesundheitspolitischen Titulierung als Materie der regionalen Strukturpolitik zu qualifizieren. Damit wäre mit einer klassischen versicherungsfremden Leistung die Privilegierung nach Art. 120 GG gegenüber Art. 104 a GG gegeben. Dies hat zur Folge, dass eine Finanzierung aus Bundesmitteln vorgesehen werden könnte – Ausfluss des Konnexitätsprinzips oder auf einen kurzen Nenner gebracht: »Wer anschafft, zahlt auch!«

Zusammenfassend bleibt festzuhalten:

Eine Refinanzierungslösung muss zwangsläufig Bestandteil eines Regel-

werks werden, das beträchtliche Gelder verteilt, für die derzeit keine Finanzierungsquelle aus dem Gesundheitsfonds ersichtlich ist. Prioritär ist dabei an Lösungsoptionen zu denken, die innerhalb des Finanzierungskreislaufes der GKV verbleiben. Die weitergehende, nachhaltige und sachgerechtere Lösung führt über eine Regionalisierung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Soweit dafür keine politische Mehrheit zu finden ist, bietet sich die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als beitragsgespeistes Reservoir an, wobei hinzunehmen wäre, dass dadurch per se noch keine Berücksichtigung der regionalspezifischen Umverteilungswirkungen des beabsichtigten Gesetzes gegeben wäre.

Wird akzeptiert, dass die angestrebten Maßnahmen im Bereich der so genannten Landarztförderung primär nicht gesundheitspolitisch, sondern regionalpolitisch motiviert sind, so müsste diesem Aspekt ohnedies zunächst durch Besteuerung von Steuermitteln als Ausgleich für klassische versicherungsfremde Leistungen Rechnung getragen werden. Der Ordnungsrahmen hierfür ergibt sich aus den finanzverfassungsrechtlichen Rahmenregelungen des Grundgesetzes.

Geht man als vom Gesundheitswesen geprägter Beobachter das Wagnis einer politischen Bewertung des Vorhabens der Bundesregierung ein, so imponiert primär das hohe Risiko, neuerlich den Vorwurf reiner Klientelpolitik auf sich zu ziehen. Dies besitzt umso mehr Sprengwirkung als klarer als bei anderen Themenkreisen deutlich wird, wer letzten Endes die Rechnung zu zahlen hat, die am Ende an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen weiterer Zusatzbeitrageinführungen gerichtet werden könnte.