

---

# Solidarität und Eigennutz im Wettbewerb

Wolfgang Wodarg

## *Einleitende Bemerkung*

Im System der über 250 konkurrierenden gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gibt es keine Instanz, die für die Einrichtung effizienter Versorgungsstrukturen verantwortlich wäre. Nur durch eine solche Strukturverantwortung könnte sichergestellt werden, dass Leistungen und Verordnungen notwendig sind und wirtschaftlich erbracht werden. Die bisherigen gesetzlich verordneten Kostendämpfungsmechanismen wurden im elastischen System qua Mengenausweitung immer schnell wieder unterlaufen. Immer noch gibt es Über-, Unter- und Fehlversorgung, und die im System vorhandenen Effizienzreserven werden wenig genutzt. Dass eine Gesundheitsreform, die an den Strukturen ansetzt, notwendig ist, zeigen einige Zahlen aus dem Jahr 2004, die darauf hindeuten, dass jeder vierte Euro im Gesundheitssystem – das sind 35 Mrd. Euro insgesamt – unnötig ausgegeben wird.<sup>1</sup>

Die Kosten steigen deshalb dramatisch, weil immer mehr Eingriffe vorgenommen werden und immer neue Leistungen additiv hinzukommen. Gleichzeitig sind die Einnahmen bedingt durch die hohe Arbeitslosigkeit kontinuierlich zurückgegangen. Im Hintergrund droht zudem ein besorgniserregendes Szenario: auf die Folgen des demografischen Wandels sind die Strukturen unseres Sozialversicherungssystems nicht eingestellt. Das als Fortschrittsfalle beschrie-

bene Problem, wonach die moderne Medizin systemisch an ihren eigenen Erfolgen krankt, ist in Deutschland nicht ansatzweise gelöst. Die gegenwärtige Reform verordnet einen verschärften Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der den in den letzten beiden Jahrzehnten eingeschlagenen, wenig überzeugenden Reformpfad fortsetzt. Die Wirkungen dieses Wettbewerbs sollen im vorliegenden Beitrag beschrieben und bewertet werden.

*Welche allokativen Wirkungen hat der Wettbewerb in der GKV?*

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992) vollzog der Gesetzgeber die Umstellung von einem Modell, das weitgehend auf der Zuweisung von Versicherten zur GKV beruhte, zu einem System der allgemeinen Kassenwahlfreiheit und schuf damit die Voraussetzung für einen Wettbewerb innerhalb der GKV. Die Kassenwahlfreiheit mit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot, ein demografischer Risikostrukturausgleich (RSA) – bei dem lediglich Alter und Geschlecht als indirekte Morbiditätsindikatoren berücksichtigt werden – sowie eine dazugehörige solidarische Wettbewerbsordnung prägten seither die Entwicklung der GKV-Strukturen in Deutschland.

Das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 hat weitere Wettbewerbs-Elemente ins System eingeführt. Zu nennen ist vor allem die Möglichkeit der Kassen, Direktverträge mit einzelnen Medizinern bzw. Praxisnetzwerken abzuschließen. Die Vertragsgestaltung ist aber auch hinsichtlich der Versicherten flexibilisiert worden. Durch die Professionalisierung des Kassenmanagements und eine verfeinerte Ausgabenanalytik gewannen die Kassen Instrumente, ihre Wettbewerbsposition zu optimieren, wobei das Morbiditätsspektrum der Versicherten,

weil es extrem ausgaben- und damit beitragsrelevant ist, immer mehr in den Vordergrund rückte.<sup>2</sup> Durch Strukturverträge und Verträge nach §§ 140a ff. SGB V versuchen die Krankenkassen, ihre Attraktivität im Wettbewerb zu steigern und ihre Ausgaben zu minimieren. Eine gemeinsame Strukturverantwortung der Krankenkassen für eine wirtschaftliche ambulante Versorgung in der Fläche trat dabei immer mehr in den Hintergrund.

Durch Bonusregelungen und Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen für freiwillig Versicherte und die Option zur Vermittlung von Zusatzversicherungen erhielten die Krankenkassen weitere Instrumente, um ihre Attraktivität im Wettbewerb gegenüber den Versicherungsnehmern zu steigern. Dabei stellt sich zunehmend heraus, dass mobile Versicherungsnehmer zu den Kassen wechseln, die vor allem durch niedrige Morbidität für niedrigere Beiträge sorgen konnten.

Die Jagd nach „guten Risiken“ im Wettbewerb<sup>3</sup> wurde deutlich spürbar durch Neugründungen von Betriebskrankenkassen,<sup>4</sup> aber auch durch ein gezieltes Marketing zur Steigerung der Attraktivität des Wettbewerbers für Gesunde und durch administrative Regelungen, die implizit Hindernisse für solche Versicherten bedeuten, die mit einem hohen Ausgabenrisiko belastet sind.<sup>5</sup> Diesen Selektionsmechanismen begegnete der Gesetzgeber mit der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme DMP), die für bestimmte chronische Erkrankungen eine leitliniengestützte Medizin und eine von allen Kassen gemeinsam getragene Finanzierung vorsehen.

Die Schaffung eines morbiditätsorientierten Risikostukturausgleichs wurde 2004 zwar beschlossen, aber die praktische Einführung auf das Jahr 2007 vertagt. Mit der gegenwärtigen Gesundheitsreform, dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG), soll eine neuerliche Verschiebung die-

ses für einen fairen Wettbewerb wesentlichen Strukturelements auf das Jahr 2009 beschlossen werden.

Das WSG umfasst vier Reformansätze (Strukturreform, Organisationsreform, Finanzreform und Reform der privaten Krankenversicherung) und setzt sich die anspruchsvolle Zielvorgabe, effizientere Strukturen und neue Leistungen ohne Leistungskürzungen zu realisieren. Die wichtigsten neuen Pflichtleistungen sind Eltern-Kind-Kuren, Leistungen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und der palliativmedizinischen Versorgung. Die Reform enthält außerdem eine Stärkung der Prävention und der Chronikerprogramme, die von allen Kassen nach einheitlichen Standards angeboten werden sollen, mehr Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten für Versicherte, eine Regelung für die zukünftige Einbringung von Steuermitteln, der allerdings zunächst der Wegfall von Steuermitteln aus der Tabaksteuer vorausgeht, Bestimmungen für die Einführung eines Gesundheitsfonds zum Jahr 2009 und die zeitgleiche Einführung eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs, die Möglichkeit für Kassen, einen Zusatzbeitrag zu erheben, eine solidarische Komponente für Unternehmen der PKV (Standardtarif für Versicherungslose, die vorher in der PKV versichert waren; günstiger Basistarif ohne Risikoprüfung ab 2009) sowie eine Versicherungspflicht für alle.

Die finanziellen Mittel für die Gesundheitsversorgung in der GKV werden sich künftig aus drei Quellen speisen: 1) aus Beiträgen, die als einheitliche Grundpauschale je erwachsenen Versicherten nach einem gesetzlich fixierten Einheitsbeitragssatz erhoben werden (Beibehaltung der heutigen Relation zwischen Arbeitgeber- und Mitgliederanteil), plus zusätzlich einem alters- bzw. risikoorientierten Zuschlag, 2) durch einen Zusatzbeitrag („kleine Kopfpauschale“), der von den Kassen bei ihren Mitgliedern pauschal oder prozentual erhoben werden kann, um „Fehl-

beträge“ auszugleichen (maximal 1 % der Einnahmen zum Lebensunterhalt) und 3) durch eine ergänzende Steuerfinanzierung, die ab 2009 nach aktuellem Verhandlungsstand 4 und 2010 5,5 Mrd. Euro betragen soll.

Effizienzgewinne erhofft sich die Koalition vor allem durch die Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, die eine Zusatzprämie erheben müssen, wenn sie mit den pro Kopf jedes Versicherten überwiesenen einheitlichen Beiträgen nicht auskommen.

In der Vergangenheit wurde die Effizienzsteigerung des Krankenkassenmanagements durch einen Anstieg des dafür erforderlichen administrativen Aufwands erkaufte. Die Vertragslandschaft der nunmehr 253 Kassen erfordert zusätzlich einen spiegelbildlichen Aufwand bei Kassenärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern. Das selektive Kontrahieren, d. h. die auswählende Vertragsschließung und -gestaltung, kommt dabei vor allem denen zugute, die im unübersichtlicher werdenden Geschäft den Überblick behalten. Die relativ trägen Möglichkeiten des Gesetzgebers, nachträgliche Korrekturen anzubringen, um den solidarischen Charakter der GKV zu schützen, begegnen einer stärker werdenden Monopolbildung auf der Anbieterseite (Krankenhauskonzerne, Pharmamonopole, Ärzte-GmbHs) und den Privilegien derer, die als Erste das komplexe Vertragsgeschehen geschickt für sich zu nutzen wussten. Hierzu gehören zu meist nicht jene, die multimorbide, zu alt, dement oder schwer chronisch krank sind. Zwar steht auch ihnen prinzipiell jede Krankenkasse offen, doch die meisten Kassen hüten sich, besondere Versorgungsstrukturen zu schaffen, mit denen sie attraktiv für ausgabenträchtige chronisch Kranke werden könnten. Die hierdurch bedingten Fehlallokationen und impliziten Priorisierungsprozesse sollen durch zwei Beispiele illustriert werden:

1. Obwohl es unstrittig ist, dass ambulante Palliative-Care-Strukturen für Sterbenskranke bedarfsgerecht und kostengünstig auch in Deutschland möglich wären,<sup>6</sup> gibt es von den Krankenkassen bisher keine Anstrengungen, diese für die Regelversorgung flächendeckend einzuführen. Dies wird sich auch nicht allein dadurch ändern, dass diese Leistungen mit der aktuellen Reform in den Katalog der Pflichtleistungen aufgenommen werden. Die Tatsache, dass die letzten sechs Monate des Lebens die teuersten sind, gehört zum Basiswissen jedes Gesundheitsmanagers. Angesichts der Kassenwahlfreiheit und des Kontrahierungszwanges würde sich eine Kasse im Wettbewerb selbst finanziell schädigen, wenn sie den Bedürfnissen Sterbenskranker in besonderer Weise entgegenkäme. Gleiches gilt für andere kostenträchtige Krankheitsbilder.

2. Die subtilen Mechanismen der Ausgabenvermeidung durch Möglichkeiten der Leistungsgestaltung bzw. Leistungsgewährung können auch am Beispiel der Rheumakranken illustriert werden. Hier gab es einzelne Kassen, die das von den Selbsthilfeorganisationen der Rheumakranken organisierte wöchentliche Funktionstraining nicht finanziell unterstützten oder durch hohe administrative Hürden erschwerten. Dieses erscheint auf den ersten Blick unverständlich, da ein kostengünstiges Gruppentraining (ca. 300 Euro pro Patient und Jahr) wahrscheinlich erhebliche Einsparungen bei der Schmerzmittelverordnung und einen Mobilitätswachstum für die Rheumakranken bringt. Verständlich wird das Verhalten der Kassen erst dann, wenn man berücksichtigt, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Patienten die Versichertengemeinschaft gleichzeitig mit hohen medikamentösen Kosten belastet, die sich bei Anwendung moderner, patentgeschützter Anti-Rheumatika in der Höhe von 20.000 bis 30.000 Euro pro Patient und Jahr bewegen können. Hinter der Ablehnung

der Kostenübernahme des Funktionstrainings könnte die Überlegung der Kassen stehen, dass sich dies unter Rheumakranken herumspricht und dass diese dann jene Kassen aufsuchen, bei denen sie die Kosten für das Funktionstraining nicht selbst zu tragen haben. Die Kasse wäre dann auch von den hohen Kosten der medikamentösen Behandlung entlastet.

Die Wirksamkeit und Effizienz der DMP sind derzeit nicht abschließend zu beurteilen, da sie bislang nur einen geringen Teil der Versorgungslandschaft abdecken. Palliativmedizin, neurologisch-psychiatrisch-psychosomatische Krankheitsbilder ebenso wie degenerative und rheumatische Erkrankungen des Bewegungsapparates werden von den Wettbewerbern bisher stiefmütterlich behandelt. Statt patientenorientierter ambulanter Konzepte und bedarfsgerechter Strukturen dominieren konkurrierende Marktstrategien. Die hohen Arzneimittelkosten sind hierfür ein deutlicher Hinweis. Im Vergleich zu ambulant tätigen Vertragsärzten sind die Krankenhausträger bei den Verhandlungen mit den Kassen im Vorteil. Bei ihnen sind alle Kassen gleichzeitig am Tisch, sodass auch im Bereich des selektiven Kontrahierens der teure stationäre Sektor immer mehr Einfluss auf die Versorgungslandschaft nehmen kann.

Das selektive Kontrahieren verleiht den Krankenkassen nach europäischem Recht einen Unternehmenscharakter, der sie im Streitfall dem europäischen Binnenmarktrecht unterwerfen könnte. Davor wurde schon 2001 gewarnt.<sup>7</sup> Die aktuelle Reform hat hier neuerliche Schlagzeilen gebracht. Hieran wird besonders deutlich, dass der Gemeinwohlcharakter der GKV insgesamt durch die Forcierung des Wettbewerbs infrage gestellt wird – eine Gefahr, die den staatlich koordinierten Systemen wie in Skandinavien in erheblich geringerem Maße droht.

*Explizite und implizite Priorisierung bzw. Posteriorisierung*

Auch wenn die Priorisierung bislang kaum zu einem großen gesundheitspolitischen Thema geworden ist, belegen zahlreiche Beispiele aus der Praxis unseres Gesundheitssystems, dass eine Priorisierung bzw. – häufiger und deutlicher – eine Posteriorisierung von gesundheitlichen Leistungen stattfindet. Es können explizit benannte und geregelte Vorzugentscheidungen von solchen unterschieden werden, die implizit durch die Rahmenbedingungen des Systems begünstigt werden und sich auf der Mikroebene der konkreten Arzt-Patient-Beziehung realisieren. Aus beiden Gruppen sollen im Folgenden einige Beispiele erörtert werden. Dabei wird deutlich, dass ganz unterschiedliche Elemente der gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung bevorzugt oder zurückgestellt werden können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, früher Koordinierungsausschuss), gibt Empfehlungen zu Chronikerprogrammen an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Diese Empfehlungen beinhalten die Identifikation von Versichertengruppen mit chronischen Krankheiten, für die zur Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Versorgungsqualität DMP entwickelt werden sollen. Die Priorisierung der Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheitsarten in diesen Programmen orientiert sich an den folgenden Kriterien: Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten, Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien, sektorenübergreifender Behandlungsbedarf, Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und hoher finanzieller Aufwand der Behandlung (§ 137 Abs. 1 SGB V).

Im Februar 2002 hat der Koordinierungsausschuss dem Ministerium vier Krankheiten für eine Zulassung als DMP empfohlen: Diabetes mellitus (Typ I und Typ II),



Brustkrebs, chronische obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) und Asthma sowie koronare Herzkrankheiten (KHK). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen ursprünglich acht Krankheitsarten identifiziert, deren Behandlung zu unkoordiniert verlaufe, und daraufhin die Einführung von DMP empfohlen. Benannt worden waren Rückenleiden, Diabetes, Hypertonie, koronare Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Asthma und Brustkrebs.<sup>8</sup> Eingeführt wurden 2002 zunächst die DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs, 2003 folgte das DMP für koronare Herzkrankheit.<sup>9</sup> Bisher zeigt nur das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eine breite Akzeptanz bei allen Beteiligten.

Der Auswahl bestimmter chronischer Erkrankungen für DMP liegt eine Priorisierung dieser Krankheitsarten im Vergleich zu anderen zugrunde. Es scheint, dass derzeit die Behandlung von Personen mit Diabetes mellitus, Brustkrebs und koronaren Herzkrankheiten in DMP im Vergleich zu solchen mit Rückenleiden als vorrangig angesehen wird. Zugleich kommt es im gesundheitspolitischen Prozess der Einführung der DMP zu einer zeitlichen Bevorzugung. Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus oder Brustkrebs hatten früher die Gelegenheit, sich in DMP einzuschreiben, als Personen mit koronaren Herzkrankheiten.

Die (horizontale) Priorisierung von Krankheitsarten findet sich auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, die nicht direkt, aber möglicherweise mittelbar Auswirkungen auf die Ressourcenallokation haben. Das Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland<sup>10</sup> benennt in seinem vom BMG herausgegebenen Bericht folgende prioritären Gesundheitsziele: „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken,

Erkrankte früh erkennen und behandeln“ und „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“. <sup>11</sup> Damit werden Krankheiten ausgezeichnet, die gut fünf Prozent aller Erwachsenen bzw. ein Prozent aller Frauen betreffen.

Auch im Zuge der Qualitätssicherung durch medizinische Leitlinien kommt es zu einer Priorisierung von Gesundheits- oder Versorgungsproblemen. 1999 hatten die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen ein inzwischen vonseiten der GKV aufgegebenes Leitlinien-Clearingverfahren zur kritischen Bewertung von existierenden Leitlinien eingerichtet. „Die Ziele des Leitlinien-Clearingverfahrens sind die Analyse, Bewertung und Darlegung der Qualität von Leitlinien im Gesundheitswesen. [...] Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Gesundheitsversorgung und des nicht unerheblichen Kosten- und Zeitaufwandes, mit dem die Erstellung von Leitlinien und die evaluative Qualitätssicherung z. B. in Form des Leitlinien-Clearingverfahrens verbunden ist, kommt der Wahl des Ansatzes der Themenpriorisierung eine große Bedeutung zu. Die bisherige Auswahl der Themen orientierte sich an einem pragmatischen Ansatz zur diagnostischen Identifizierung von Problemen in der Krankenversorgung.“ <sup>12</sup> Zur Prioritätensetzung hatte die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung eigens einen Priorisierungsausschuss eingerichtet. Als Orientierungspunkte für die Themenpriorisierung dienten die folgenden Kriterien (wobei die Reihenfolge keine Rangfolge zum Ausdruck bringt): Prävalenz/Inzidenz des Gesundheitsproblems, hoher Kostenaufwand im Zusammenhang mit dem Gesundheitsproblem, Unterschiede in der Versorgung in der Praxis (Praxisvarianz), relevante und vermeidbare Qualitätsunterschiede in der medizinischen Versorgung, individuelle Krankheitslast, Hinweise auf Über-, Unter- oder Fehlversorgung, Priorität des Gesundheitsproblems aus Sicht der Bevöl-

kerung, Potenzial einer Leitlinie zur Verbesserung der Lebensqualität, Potenzial einer Leitlinie zur Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes, Potenzial einer Leitlinie zur Verbesserung der Versorgungsqualität, ethische und soziale Aspekte.<sup>13</sup>

Mit dem GMG wurden Altersgrenzen für die Finanzierung von In-Vitro-Fertilisationen (IVF) durch die GKV eingeführt. Laut § 27a Abs. 3 SGB V bzw. mit Artikel 1 Abs. 14 GMG haben Frauen, die das 40. Lebensjahr, und Männer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, keinen Anspruch auf die IVF als GKV-Leistung. Gleiches gilt für Versicherte, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Eine Bevorzugung aufgrund des Alters findet sich auch in § 34 SGB V. Versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen erhalten nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel als Kassenleistung.

Im SGB V wird geregelt, welche Arznei-, Heil- und Hilfsmittel von der Versorgung ausgeschlossen sind. Gemäß § 34 Abs. 1 SGB V sind dies beispielsweise nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Der Ausschluss dieser pharmakologischen Leistungen richtet sich nach dem Kriterium der relativen Unbedenklichkeit der Medikamente. Das bedeutet, dass die Kosten für wirksame, aber nebenwirkungsarme Arzneimittel nicht von der GKV übernommen werden. Parallel zu dieser Regelung sind Ausnahmen festgelegt worden, die eine Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente zulasten der GKV zulassen. Differenzierendes Hauptkriterium ist die Anerkennung eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels als Standardtherapie bei einer schwerwiegenden Erkrankung.

Des Weiteren werden in § 34 Abs. 1 SGB V verschreibungspflichtige Arzneimittel für Erwachsene im Hinblick auf ausgewählte Anwendungsgebiete von der Erstattung durch die GKV ausgeschlossen. Arzneimittel zur Anwen-

dung bei Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika (ausgenommen bei Pilzkrankungen), Abführmittel und Medikamente gegen Reisekrankheiten sind nicht erstattungsfähig. Gleiches gilt für Arzneimittel, bei denen es vorrangig um die Erhöhung der Lebensqualität geht (sogenannte Lifestyle-Produkte). Eine solche Funktion haben laut Gesetzgeber Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung bzw. Appetitzügelung, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses.

Gemäß § 34 Abs. 4 SGB V kann das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auch Heil- und Hilfsmittel von der Finanzierung durch die GKV ausschließen, wenn die Kosten für diese Leistungen gering sind. Das GMG hat weitere Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen. Nicht mehr finanziert werden in der Regel Fahrtkosten bei ambulanten Behandlungen, Sehhilfen/Brillen, Sterilisationen zur persönlichen Lebensplanung, Sterbegeld und Entbindungsgeld. Zudem werden nur noch drei IVF-Versuche zu jeweils 50 Prozent der Kosten von der GKV bezahlt. Der vierte Versuch wird nicht mehr von der Solidargemeinschaft mitgetragen (§ 27a SGB V sowie Artikel 1 Abs. 14 GMG).

Auch gesundheitspolitische Einzelentscheidungen können zu einer Priorisierung bestimmter Leistungen führen. In der 14. Legislaturperiode wurde ein Programm zur Förderung der Früherkennung von Brustkrebs beschlossen, obwohl die Evidenzbasis solcher Programme international heftig umstritten ist. Die GKV rechnet mit jährlichen Kosten von mehr als 400 Mio. Euro. Die Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) wird von der GKV nur dann bezahlt, wenn ein Knochenbruch ohne ursächliches Trauma vorliegt. Als Maßnahme zur Früherkennung der Osteoporose wurde sie vom G-BA nicht in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Diese Art der Leistungsein- oder

-ausschlüsse wird immer dann angewandt, wenn eine Methode zu verschiedenen Zwecken bzw. bei verschiedenen Personengruppen eingesetzt werden kann. Eine Auswahl von unterschiedlichen Problem-Leistungs-Paaren geht im Kern auf eine Priorisierungsentscheidung zurück.

DMP wurden und werden eingerichtet, um die Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern. Potenzielle Patientinnen und Patienten für DMP entscheiden sich freiwillig für oder gegen die Behandlung innerhalb eines strukturierten Behandlungsprogramms. Die Krankenkassen erhalten jedoch für jeden in ein DMP eingeschriebenen Patienten einen Bonus im RSA. Diese Koppelung der DMP an den RSA ist ein Anreiz für die Krankenkassen, durch das Angebot von DMP nicht nur um die sogenannten guten Risiken, sondern auch um chronisch kranke Versicherte mit geringen Kostenrisiken zu konkurrieren. Zugleich birgt die Verknüpfung der DMP an den RSA aber die Gefahr, dass diese Versorgungsform im Vergleich zu den herkömmlichen Behandlungsalternativen vorrangig angestrebt wird. „Damit sind Fehlsteuerungen möglich, indem chronisch Kranke in die Programme eingeschrieben werden, die nicht zur Zielgruppe gehören.“<sup>14</sup>

Im Jahr 2005 ist ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) in Kraft getreten. Er zielt auf „die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlichen Leistungen, die Sicherung einer qualifizierten und zugleich kostengünstigen Erbringung von Leistungen, [und] die Beseitigung von Anreizen zur Erbringung nicht wirksamer oder nicht wirtschaftlicher Leistungen“.<sup>15</sup> Aus dieser Zielsetzung geht hervor, dass der vorige EBM auch Anreize zur Erbringung nicht wirksamer oder nicht wirtschaftlicher Leistungen bot. Der EBM will für Leistungserbringer Anreize schaffen, als wichtig angesehene (und lukrativer gemachte) Leistungen vermehrt zu erbringen. Die Priorisierung bzw. Posteriorisierung von

Leistungen geht einem solchen Anreizsystem voraus. In diesem Sinn wird der EBM 2000plus von Fachgesellschaften kritisiert. Die Posteriorisierung schmerztherapeutischer Leistungen im EBM 2000plus führe, so z. B. der Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V., zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung Schmerzkranker in Deutschland: „Die Leistungen von Schmerztherapeuten sind im neuen Katalog zu niedrig bewertet oder fehlen völlig und sind darüber hinaus auf zwei Quartale begrenzt.“<sup>16</sup> Ähnlich ist von der Enquete-Kommission in Hinblick auf palliativ behandlungsbedürftige Kranke argumentiert worden.<sup>17</sup>

Das WSG wird die beschriebene Entwicklung des fehlgeleiteten Wettbewerbs zwischen den Kassen um Gesunde und Gutverdienende weiter vertiefen: Der Zusatzbeitrag ist kein objektiver Parameter für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit einer Kasse. Er wird die Risikoselektion verschärfen und zu Leistungseinschränkungen bei den Versorgerkassen führen (AOKs). Ein Wettbewerb um gute Versorgung findet demgegenüber nicht statt. Ein zusätzlicher Effekt wird sein, dass chronisch Kranke wegen des Zusatzbeitrages in billigere Kassen wechseln, die bisher aber vor allem deshalb billiger waren, weil sie es erfolgreich vermieden haben, sich für chronisch Kranke zu engagieren.

Trotz Überforderungsklausel (Zusatzbeitrag maximal 1 %) werden Kassen, bei denen überdurchschnittlich viele Mitglieder ein niedriges Einkommen beziehen, ihre „Besserverdienenden“ stärker belasten als andere Kassen. Hierdurch wird die „Risikoentmischung“ beschleunigt, denn wer kann, wechselt. Die Geringverdiener profitieren faktisch nicht vom Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen, denn sie zahlen in vielen Kassen ihren „Höchstbeitrag“ und relativ höhere Beiträge als die Besserverdiener. Ein Schutz vor sozialer Überforderung ist damit eine schöne Illusion.

Ein gerecht austarierter Krankenlastenausgleich (morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich) könnte die beschriebene Schieflage abmildern, aber ein rechter Wille hierzu ist bei der CDU/CSU-Fraktion nicht gegeben. Gegenwärtig gleicht der RSA die Finanzkraft der Kassen zu 92 % aus. Der Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstruktur wird zum einen nach Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit vorgenommen, zum anderen durch einen Risikopool für besonders teure Leistungsfälle. Im Ergebnis folgen die Gutschriften nicht dem Leistungsbedarf. Ca. 75 % aller Versicherten nehmen nur 3 % der Leistungsausgaben in Anspruch. Der RSA weist den „Gesunden“ jedoch fast 60 % der Finanzmittel zu.

Künftig soll ein Einnahmeausgleich im Fonds zu 100 % erfolgen. Vorgesehen sind Zuschläge für Alter, Geschlecht, Erwerbsunfähigkeit, Krankheiten und DMP-Managementkosten. Morbiditätszuschläge sollen aber nur für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten ermittelt werden und sind an die Voraussetzung geknüpft, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 % übersteigen. Der Zeitplan sieht vor, dass bis Ende 2007 die erforderlichen Daten erhoben werden, bis Mitte 2008 der Vorschlag der Gutachter für den neuen RSA vorliegt und bis Herbst 2008 die Umsetzung durch das Bundesversicherungsamt vorbereitet wird. Der Zeitpunkt der Einführung soll nach dem gegenwärtigen Plan zeitgleich mit dem Fondsstart am 1.1.2009 sein.

Da vorher zwei Jahre Wettbewerb ohne „Morbi-RSA“ stattfindet, werden viele Versorgerkassen schon vorher reagieren müssen und die Beiträge anheben. Kommen später dann noch Zusatzbeiträge hinzu, muss eine AOK möglicherweise 20–30 Euro zusätzlich einfordern, während eine „Rosinenpicker-Kasse“ monatlich 30 Euro erstatten könn-

te. Der solchermaßen verschärfte Wettbewerb zwischen Eigennutz und Solidarität wird die Großmut vieler jetzt noch freiwillig in der GKV Versicherter vermutlich überfordern und zu einer starken Abwanderung aus den Kassen führen, die aufgrund ihrer vielen chronisch kranken Mitglieder dringend auf Solidarität angewiesen sind.

### *Schlussfolgerungen und Handlungsbedarf*

Explizite und ethisch rückgebundene Priorisierungskriterien werden in der Ressourcenallokation der GKV bisher nicht systematisch zugrunde gelegt. Zunehmend spielen ökonomische Abwägungen und die rechtlich gebotene Berücksichtigung der finanziellen Stabilität der GKV eine prominente Rolle.

Angesichts der sichtbar gewordenen Heterogenität wären zunächst demokratische und transparente Diskussionsverfahren zu entwickeln, die eine Grundlage für gerechte Priorisierungen darstellen. Hilfreich wäre es, operationalisierbare Kriterien zu bestimmen, die – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kontexte – auf möglichst vielen Entscheidungsebenen wirksam werden können. Fernziel wären jeweils konsentierbare Rangordnungen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten bzw. Versorgungsbereichen, so wird ersichtlich, dass deutlich mehr Mittel für ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen ausgegeben werden als für präventive Maßnahmen. Von den insgesamt 225,9 Mrd. Euro, die in Deutschland im Jahr 2001 für Gesundheitsleistungen ausgegeben wurden, entfielen 4,5 % auf den Bereich der Prävention.<sup>18</sup> An der gesundheitspolitischen Diskussion um das Präventionsgesetz ist abzulesen, dass der Bereich der Prävention in der bisherigen Sozialgesetz-



gebung bisher offensichtlich als nachrangig eingestuft wurde. Im Gegensatz dazu hat das „Forum Gesundheitsziele Deutschland“ die Prävention als vorrangiges Ziel für die Akteure im Gesundheitswesen formuliert.<sup>19</sup>

Eine wissenschaftliche Analyse der Vermeidungsstrategien im Wettbewerb stehender Kassen und Leistungserbringer und der durch diese bedingten Fehlallokationen erscheint unbedingt erforderlich. Dieses sollte sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich geschehen. Dabei sollte eine quantitative Abschätzung positiver Wettbewerbswirkungen den adversen Wirkungen in Bezug auf Verwaltungsaufwand und Fehlallokationen gegenübergestellt werden.

Angesichts einer offen bleibenden Verantwortung für eine bedarfsgerechte Gesamtversorgung sollte dringend geprüft werden, wie eine institutionalisierte Verantwortung zu schaffen wäre, welche die für eine Region notwendigen Gesundheits- und Pflegeleistungen vertraglich so sichern kann, dass Leistungen möglichst ambulant erbracht werden und dass bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen für Versicherte aller Kassen gleichermaßen zur Verfügung stehen.

Eine solche Reform erfordert einen breiten gesellschaftlichen Konsens. Es müssen Eckpunkte für eine Neuordnung der GKV-Struktur erarbeitet werden, die nachhaltig sind und eine an klaren Zielvorgaben orientierte Selbststeuerung des GKV-Systems ermöglichen. Die Ziele Effizienz, Solidarität und bedarfsgerechte Versorgung in Einklang zu bringen, ist meines Erachtens nur möglich, wenn die von den Kassen erhobenen Beiträge in Landesgesundheitsfonds gesammelt und besondere regionale Belastungen durch einen speziellen GKV-Länderfinanzausgleich kompensiert werden.

Die Nachfragemacht der Kassen muss gegenüber den Leistungsanbietern gebündelt und gestärkt werden. Dazu wäre es erforderlich, die Länder als Versorgungsregionen

zu definieren und alle in einer Region aktiven Kassen zu Landesarbeitsgemeinschaften zusammenzuschließen. Die sechzehn Arbeitsgemeinschaften könnten die Kakophonie der 250 konkurrierenden Kassen von heute ersetzen. Jede Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) bündelt die Kraft aller in der Region aktiven Kassen und übernimmt so die Budget- und Strukturverantwortung. Versicherte und Arbeitgeber zahlen in einen Landesgesundheitsfonds ein, der das Gesamtbudget aller Kassen darstellt. Die Geschäftsführung der LAG schließt mit Kliniken, Ärzteverbänden und anderen Leistungserbringern bedarfsgerechte Verträge ab und ist für Struktur und Qualitätssicherung verantwortlich. Im LAG-Aufsichtsrat kontrollieren die einzelnen Kassen die Geschäftsführung und vertreten die Interessen ihrer Versicherten – so kann sich die IKK zum Beispiel für die Handwerker, die BKK für Industrieangestellte oder die AOK für Rentner und chronisch Kranke stark machen, ohne für ihr Engagement finanziell abgestraft zu werden.

Ein Risikostrukturausgleich wird überflüssig, zwischen den Bundesländern bestehende Unterschiede können durch einen Länderfinanzausgleich neutralisiert werden, der auch Steuerzuschüsse aufnehmen sollte. Die Krankenkassen als Vertreter ihrer Versicherten erhalten die Verwaltungskosten entsprechend ihrer Mitgliederzahl aus dem Fonds.

Gesundheitspflege ist eine gesellschaftliche Kernaufgabe, die ein liberalisierter Versicherungsmarkt nicht leisten kann. Die Solidargemeinschaft kann jedoch den Wettbewerb der Anbieter nutzen, um notwendige Leistungen in guter Qualität günstiger einzukaufen. Wettbewerb ist also wichtig, er muss aber richtig eingerichtet werden. Wird er unter den Leistungsanbietern geschaffen, so kommt dies allen Versicherten zugute. Wettbewerb unter den Krankenkassen aber schwächt die Solidarität der Versicherten und stärkt nur die Position der Leistungsanbieter und der privaten Versicherungen. Denn stehen jetzt die 250 Kassen

dem Monopol einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenhauskette oder internationalen Pharma-Multis gegenüber, so führt ihr Wettbewerb zu einer Schwächung der gemeinsamen Nachfragemacht der Versicherten – und damit zu tendenziell steigenden Preisen.

In Schweden dagegen kauft das staatliche Gesundheitswesen Arzneimittel und andere Leistungen als staatlicher Monopolist mit zähneknirschender Duldung des EU-Wettbewerbskommissars sehr günstig ein – und so wird dort nur 9 % des Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitswesen aufgewandt, während wir 12 % brauchen! In Deutschland gilt das GKV-System in Beraterkreisen als einer der „vielversprechendsten zu deregulierenden Märkte“ – und es sind langfristige Strategien, die unseren Sozialstaat verkaufen. Mit der aktuellen Gesundheitsreform haben wir keine überzeugende Antwort auf die Frage gegeben, ob wir die Solidarität zwischen den Menschen stärken wollen oder den egoistischen Eigennutz jedes Einzelnen.

Die Aktion für eine Solidarkasse in der Schweiz zeigt, dass auch im Land des Kassenwettbewerbs und der Kopfprämie immer mehr Unzufriedenheit aufkommt und eine Bündelung der Versicherten-Interessen von vielen eingefordert wird. Vielleicht entstehen aus der derzeitigen Krise in Deutschland ungeahnte Chancen?

### *Anmerkungen*

<sup>1</sup> Jährlich landen 4000 Tonnen Arzneimittel ungebraucht auf dem Müll; jede dritte der 120 Millionen Röntgenaufnahmen im Jahr ist überflüssig; 200.000 falsche Tumorbefunde und ca. 100.000 unnötige operative Eingriffe bei Brustkrebspatientinnen; 4,1 Mrd. Euro Einsparvolumen bei Arzneimittelausgaben wären allein durch ein anderes Ordnungsverhalten der Ärzte möglich. (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2005, 13.

<sup>2</sup> Vgl. GEK Gesundheitsreport. Schwäbisch Gmünd 2003.

<sup>3</sup> Paetow, H.: Ökonomisierung der Gesundheit – die Rolle der Gesundheitsökonomie. In: Argumente 4 (2001), 39.

<sup>4</sup> Cassel, D. / Jacobs, K. / Reschke, P. et al.: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Gesundheit. Berlin 2001, 16.

<sup>5</sup> Vgl. dazu auch ebd., 8: „Bei vielen Kassen besteht die Befürchtung, durch gezieltes Versorgungsmanagement teure Patienten anzulocken, die zu einem Beitragssatznachteil führen, weil sie im RSA nicht angemessen berücksichtigt werden. Weit lohnender erscheint dagegen, insbesondere wechselbereite gesunde Versicherte als Mitglieder zu gewinnen und schlechte Risiken fernzuhalten („Risikoselektion“). Die hierzu vorliegenden empirischen Untersuchungsergebnisse bestätigen die Vermutung, dass der derzeit praktizierte RSA wettbewerbsrelevante Beitragssatzverzerrungen nicht verhindert und einzelne Kassen davon durchaus in ihrer Mitgliederentwicklung profitieren.“

<sup>6</sup> *Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit* (Bundestagsdrucksache 15/5858, 22.6.2005).

<sup>7</sup> Ebsen, I.: Selektives Kontrahieren in der GKV unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten. In: Wille, E. / Albring, M. (Hrsg.): Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem durch neue Versorgungsstrukturen, Frankfurt a. M. 2004, 57–79.

<sup>8</sup> *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Über-, Unter- und Fehlversorgung* (Band III) (Bundestagsdrucksache 14/6871, 31.8.2001), 76.

<sup>9</sup> Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (4. RSA-ÄndV) vom 27. Juni 2002, Bundesgesetzblatt, 2002, Teil I, Nr. 42, 2286 – in Kraft getreten am 1. Juli 2002. Siebente Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (7. RSA-ÄndV) vom 28. April 2003, Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, Nr. 16, 553 – in Kraft getreten am 1. Mai 2003.

<sup>10</sup> Das „Forum Gesundheitsziele Deutschland“ ist ein gemeinsames Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.; [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (22.6.2005).

<sup>11</sup> Bundesgesundheitsministerium, Forum Gesundheitsziele 2003, 31ff.; [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (6.6.2007).

<sup>12</sup> *Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin: Priorisierung von Gesundheits- und Versorgungsproblemen als Themen des Leitlinien-Clearingverfahrens* (2001), 6, S. 18; [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de).

<sup>13</sup> Ebd., 8, S. 19.

<sup>14</sup> *Neumann, V. / Nicklas-Faust, J. / Werner, M. H.: Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen. Gutachten* (2005), 263.

<sup>15</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung, [www.ebm2000plus.de/27\\_324.html](http://www.ebm2000plus.de/27_324.html) (6.6.2007).

<sup>16</sup> Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. 2004, [dw-online.de/pages/de/news92918](http://dw-online.de/pages/de/news92918) (22.6.2005).

<sup>17</sup> Enquete-Kommission Ethik und Recht 2005 (Anm. 6).

<sup>18</sup> Statistisches Bundesamt Deutschland: Datenreport 2004 Gesundheit, 202f.

<sup>19</sup> Das Forum sieht neben der Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs folgende Handlungsziele: Tabakkonsum reduzieren, gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken (Bundesgesundheitsministerium 2003, 91ff).