

Reimers, Lutz

Article — Published Version

## Die Gesundheitsreform 2006 aus wirtschaftspolitischer Sicht

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Reimers, Lutz (2006) : Die Gesundheitsreform 2006 aus wirtschaftspolitischer Sicht, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 86, Iss. 9, pp. 588-594, <https://doi.org/10.1007/s10273-006-0560-6>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/42689>

### Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

### Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Lutz Reimers

# Die Gesundheitsreform 2006 aus wirtschaftspolitischer Sicht

*Die „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ werden weiterhin von Wissenschaft, Politik und betroffenen Verbänden heftig kritisiert. Welche Reformen sind im Einzelnen geplant und wie sind die Reformvorschläge aus wirtschaftspolitischer Sicht zu beurteilen?*

An der aktuellen Gesundheitsreform wird von vielen Seiten Kritik geübt. Trotz vielfältiger Unzulänglichkeiten lohnt ein genauerer Blick auf die von der Großen Koalition beschlossenen so genannten Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006. Der vorliegende Beitrag untersucht die wichtigsten anvisierten Änderungen in den Bereichen Finanzierung der Gesundheitsvorsorge, Vergütung medizinischer Leistungen sowie Strukturreformen und bewertet sie aus wirtschaftspolitischer Sicht.

In ihrem Koalitionsvertrag vom 11. November betonten CDU, CSU und SPD, dass sie zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ der Krankenversicherung im Laufe des Jahres 2006 ein Konzept entwickeln wollen, das „dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert“. Daneben führten die Regierungsparteien aus, dass „der Bereich der Gesundheitsversorgung durch die Schaffung flexiblerer Rahmenbedingungen konsequent wettbewerbsorientiert ausgerichtet“ werden solle. Der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeschlagene Weg „struktureller Änderungen“ mit den Zielen „Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit“, „Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten“ usw. solle „konsequent weitergegangen werden“. „Zur wettbewerbsorientierten und freiheitlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens“ sollten „Krankenkassen und Leistungserbringer stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können (...)“. Auch wollten die Parteien sicherstellen, dass „die Sozialversicherungsbeiträge dauerhaft unter 40% gesenkt werden“.

Am 4. Juli legten die Spitzen der Regierungskoalition die „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ vor, die am 12. Juli vom Kabinett verabschiedet wurden.<sup>1</sup> Sie dienen nun als Grundlage für den Gesetzentwurf, der vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) ausgearbeitet wird. Zum 1. Januar 2008 soll die Gesundheitsreform voraussichtlich in Kraft treten.<sup>2</sup> Der 54-seitige Text wurde von einer etwa 20-köpfigen Gruppe, bestehend aus der Gesundheitsministerin, dem Staatssekretär, Ministerialbeamten aus dem BMG und dem Bundeskanzleramt, Bundestagsabgeordneten sowie Landesministern der SPD und der CDU, erstellt. Strittige Punkte wurden abschließend von der Bundeskanzlerin sowie den Partei- und Fraktionsvorsitzenden entschieden. Die Vorschläge wurden bereits von vielen Seiten (Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte, Medien, Wissenschaftler, etc.) kritisiert.<sup>3</sup> Nachfolgend wird der Versuch einer Gesamteinschätzung aus wirtschaftspolitischer Sicht vorgenommen, indem die wichtigsten geplanten Änderungen erläutert und diskutiert werden.

## Das Modell des Gesundheitsfonds

Die Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds steht im Mittelpunkt der Finanzierungsreformvorschläge. Ausgehend von einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen soll die Gesetzliche Krankenversicherung laut Eckpunkten neben zukünftig einheitlichen und nur durch Gesetz veränderbaren Arbeitnehmer-

<sup>1</sup> Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, [http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte\\_gesundheitsreform\\_2006.pdf?param=reform2006](http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf?param=reform2006) (20.8.2006).

<sup>2</sup> Der Gesundheitsfonds soll zum 1. Juli 2008 eingeführt werden.

<sup>3</sup> Vgl. etwa die Stellungnahme des Gesundheitsökonomischen Ausschuss im Verein für Socialpolitik vom 11.7.2006; M. Penske: Der Gesundheitsfonds löst keines der Finanzierungsprobleme der GKV, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 86. Jg. (2006), Nr. 8, S. 510-514; T. Drabinski: Zentralstaatliche Finanzierung des Gesundheitswesens, in: Ärztepost, Nr. 2/2006, S. 9-11; oder auch die zahlreichen Stellungnahmen der Verbände.

*Lutz Reimers, 28. lic. oec., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an der TU Berlin.*

und Arbeitgeberbeiträgen durch eine stärkere Steuerfinanzierung sowie durch allfällige Zusatzbeiträge finanziert werden.<sup>4</sup>

Der Gesundheitsfonds sieht vor, dass Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zwischen den Kassen vereinheitlicht werden, wobei die Beitragslast der heutigen Relation entsprechend verteilt werden soll. Die Beiträge sollen künftig durch Gesetz und nicht mehr durch die Krankenkassen festgelegt werden. Um die kurzfristigen Finanzierungsprobleme in der GKV zu lösen und bis zum Start des Gesundheitsfonds die Kassen schuldenfrei zu stellen, sollen die Beiträge zum Beginn des kommenden Jahres um einen halben Prozentpunkt angehoben werden. Zudem wird der Beitragseinzug von den Kassen auf regional organisierte Einzugsstellen verlagert, so dass sich der Verwaltungsaufwand für die Arbeitgeber reduzieren wird, da sie den Beitrag nicht mehr an unterschiedliche Kassen überweisen müssen. Die Einzugsstellen würden – wie auch die Krankenkassen bisher – den Beitragseinzug für alle Sozialversicherungsträger übernehmen. Angesichts der Komplexität des gegenwärtigen Systems des Beitragseinzugs und der mit seiner Verlagerung zusammenhängenden Auswirkungen auf die Beschäftigung bei den Gesetzlichen Krankenkassen sind die dazu in den Eckpunkten gemachten Ausführungen sehr knapp.

Die ergänzende Steuerfinanzierung als weitere Finanzierungsquelle hat in der öffentlichen Diskussion besonders viel Raum eingenommen. Geplant ist, im Jahr 2008 einen Steuerzuschuss von 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von 3 Mrd. Euro für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern zu leisten. Der Zuschuss soll in den Folgejahren weiter aufgestockt werden. Angesichts der Tatsache, dass der Bundeszuschuss aus der Tabaksteuer an die GKV für die versicherungsfremden Leistungen im Jahr 2006 noch 4,2 Mrd. Euro beträgt und im Jahr 2007 dann auf 1,5 Mrd. Euro sinken wird, stellt der anvisierte Steuerzuschuss für 2008 jedoch keine ausgeweitete Steuerfinanzierung, sondern eine bloße Fortschreibung des Zuschusses aus 2007 dar. Die Gesundheitsausgaben für Kinder werden in 2004 auf etwa 13,4 Mrd. Euro in der GKV

sowie auf 1,28 Mrd. Euro in der PKV geschätzt.<sup>5</sup> Unterstellt man eine weitere Ausweitung der Steuerfinanzierung von 1,5 Mrd. Euro pro Jahr sowie konstante Gesundheitsausgaben bei den Kindern, würde es mithin etwa bis zum Jahr 2016 dauern, ehe der Kinderlastenausgleich in der GKV komplett steuerfinanziert wäre. Das in den Eckpunkten genannte Argument, durch die ergänzende Steuerfinanzierung „die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis“ zu stellen, wird durch die geplante Steuerfinanzierung somit lediglich für die Gesundheitsausgaben der Kinder erreicht und würde hier erst in etwa acht Jahren seine volle Wirkung entfalten.<sup>6</sup> Zu kritisieren ist ferner, dass vollkommen offen bleibt, aus welchen Ressourcen eine derart ausgeweitete Steuerfinanzierung gedeckt werden soll. Es werden sowohl zusätzliche Steuererhöhungen als auch Kürzungen im Leistungskatalog der GKV oder in anderen sozialen Sicherungssystemen ausgeschlossen. Damit verbleiben lediglich die Möglichkeiten, eine ausgabeseitige Konsolidierung außerhalb der sozialen Sicherung vorzunehmen, durch Strukturreformen Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen oder medizinische Leistungen implizit zu rationieren.

Die Krankenkassen erhalten durch den Fonds für ihre Versicherten zukünftig eine Überweisung, die sich aus einer identischen Grundpauschale und einem alters- und risikoadjustierten (etwa nach den Kriterien Krankheit, Geschlecht) Zuschlag zusammensetzt. Der Risikostrukturausgleich verlagert sich damit in den Gesundheitsfonds. Die Notwendigkeit eines einnahmeseitigen Risikostrukturausgleichs entfällt, so dass es keine Unterscheidung von Zahler- und Empfängerkassen mehr gibt.

Reichen die Fondsmittel für eine Krankenkasse nicht aus, kann sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Das Inkasso dieses Betrags kann sie entweder selbst übernehmen oder den Fonds damit beauftragen (ein effizientes Inkasso setzt aber auch Wettbewerbsdruck voraus, so dass der Fonds damit nicht beauftragt werden sollte). Umgekehrt können wirtschaftlich erfolgreiche Kassen Überschüsse an ihre Mitglieder ausschütten. Für einen eventuellen Zusatzbetrag sollen zwei Einschränkungen gelten: Erstens, er soll einen Prozent des Haushalts-einkommens nicht überschreiten dürfen. Zweitens müssen die Fondsmittel mindestens zu 95% zu der

<sup>4</sup> Der Stellungnahme des Beirats („Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell“) ging ein Gutachten voraus, in dem die Forderung nach einkommensunabhängigen Prämien in der Krankenversicherung aufgestellt wurde; vgl. Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats, Berlin, 2004, S. 23 f. Siehe im Zusammenhang mit der Stellungnahme W. Richter: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 85. Jg. (2005), Nr. 11, S. 1-5.

<sup>5</sup> Quelle: Bundesversicherungsamt.

<sup>6</sup> Vgl. zu den Beschäftigungswirkungen des Gesundheitsfonds M. Penske, a.a.O., S. 510 f.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben der GKV beitrugen.<sup>7</sup>

### Vorteile und Probleme

Grundsätzlich sind mit dem Gesundheitsfonds zwei wesentliche Vorteile verbunden: Aus einer politökonomischen Sicht ist der Gesundheitsfonds ein Kompromiss zwischen den festgefahrenen Konzepten der Gesundheitsprämie der CDU/CSU und der Bürgerversicherung der SPD. Er ermöglicht einen graduellen Systemwandel mit relativ geringen Transaktionskosten unter Berücksichtigung historischer Pfadabhängigkeiten.<sup>8</sup> Ein eventueller Übergang zu einer reinen Prämienfinanzierung oder auch zu einem stärker steuerfinanzierten System mit Ausweitung des Versichertenkreises bleibt möglich.

Der zweite Vorteil gegenüber dem Status quo kann in der Einführung des Zusatzbetrags in der Finanzierung der GKV gesehen werden. Der – um Risikoselektion bereinigte – Wettbewerb der Krankenkassen nimmt tendenziell zu. Die Höhe des Zusatzbetrages bzw. der Ausschüttung wird zum entscheidenden Wettbewerbsparameter für die Versicherten, da die Kostenunterschiede als absolute Beträge sichtbar werden, als wenn prozentuale Beitragssätze erhoben werden. Zudem trägt der Versicherte über den Zusatzbetrag künftig allein die finanziellen Auswirkungen seiner Krankenkassenwahl und muss sie nicht mehr mit seinem Arbeitgeber teilen. Dadurch werden die Anreize, zu einer günstigen Krankenkasse zu wechseln, weiter gestärkt.

Die Möglichkeit, den Zusatzbetrag auch als prozentualen Anteil des Lohneinkommens zu bemessen, wird vermutlich nicht von den Kassen in Anspruch genommen werden, da sie Gutverdiener verlieren würden, die dadurch höher belastet würden. Der Wettbewerb der Kassen untereinander wird überwiegend ein Preiswettbewerb sein. Für einen wirksamen Versorgungs- und Qualitätswettbewerb hätten die Möglichkeiten, in größerem Ausmaß von der Regelversorgung abzuweichen zu können (z.B. durch eine Ausweitung der Integrierten Versorgung oder eine Ausweitung der Wahltarife) verstärkt werden müssen. Zu begrüßen ist in diesem Zu-

sammenhang allerdings die geplante Einführung von fakultativen Selbstbehalten in begrenzter Höhe.

Die Impulse für den Wettbewerb durch den Gesundheitsfonds werden allerdings durch die Deckelung der Prämie auf 5% der Gesundheitsausgaben bzw. 1% des Haushaltseinkommens stark geschwächt. Beide Regeln sollten ausgeweitet oder besser ganz gestrichen werden. Als Vergleich: In den Niederlanden beträgt der Anteil des – über Beiträge gespeisten – Fonds 50% der Gesundheitsausgaben,<sup>9</sup> so dass die von der Prämie ausgehenden Wettbewerbseffekte erheblich größer sind. Wenn die Effizienzunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen im Status quo mehr als 5% der Gesundheitsausgaben betragen, müssen auch künftig alle Arbeitnehmer und -geber die Ineffizienzen einiger Kassen mitfinanzieren. Außerdem droht durch die Begrenzung sogar weniger Wettbewerb als im derzeitigen System, so dass die Rolle des Zusatzbetrags als Wettbewerbsparameter zunichte gemacht wird.

Der über den Beitrag bestimmte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird anders als heute gesetzlich begrenzt. Der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen, der derzeit noch über die Differenzierung der Beitragssätze stattfindet, würde bei zukünftig einheitlichen und gesetzlich vorgegebenen Beitragssätzen auf 5% der Gesundheitsausgaben der GKV beschränkt. Des Weiteren sollte hier nicht versucht werden, eventuell unerwünschte Verteilungswirkungen einer Prämie über deren Begrenzung zu verhindern. Stattdessen sollte sich die Höhe der Prämie aus dem Wettbewerb der Kassen frei ergeben können und die Umverteilung außerhalb des Krankenversicherungssystems über Steuern und Sozialtransfers organisiert werden. Zudem führt die Begrenzung mittelfristig zu höheren Beitragssätzen: Wenn die Gesundheitsausgaben bei unverändertem Leistungskatalog und konstantem Steuerzuschuss wegen der demographischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins weiter ansteigen, bleibt sobald die 5%-Grenze erreicht ist, nur eine Erhöhung der Beitragssätze übrig. Steigende Beitragssätze in der GKV führen auch zu höheren Ausgaben der anderen Sozialversicherungszweige (vor allem in der Rentenversicherung und bei der Bundesagentur für Arbeit).

<sup>7</sup> Der Arbeitsentwurf des Gesetzes des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sieht nach Presseberichten vor, dass die Mittel des Fonds die Ausgaben der Kassen voll zu decken hätten, und dass die Ausschüttungen bis 2009 auf monatliche maximal 10 Euro beschränkt seien.

<sup>8</sup> Vgl. dazu auch Richter, der das Fondsmodell nur als eine erste Reformstufe sieht. In einem zweiten Schritt soll der Fonds aufgelöst werden und die Ausgaben durch eine höhere Einkommensteuerfinanzierung und höhere Pauschalprämien finanziert werden. W. Richter, a.a.O., S. 2 f.

<sup>9</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Health Insurance in the Netherlands – The new health insurance system from 2006, Den Haag 2005, S. 29.

### Private Krankenversicherung

Eine direkte Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) an der Finanzierung des Gesundheitsfonds ist nicht vorgesehen. Indirekt werden die privat Versicherten hingegen sukzessive über die Steuerfinanzierung der Gesundheitskosten beteiligt, die sie aufgrund der höheren Einkommen zumindest im Rahmen der direkten Steuern relativ stärker als die gesetzlich Versicherten belastet. Eine Chance, das bestehende Verhältnis zwischen der GKV und der PKV aufzubrechen, wurde durch die Entscheidung vertan, die PKV nicht an der durch den Fonds finanzierten Grundversorgung teilnehmen zu lassen.

Die individuellen Altersrückstellungen sollen sowohl innerhalb der PKV als auch beim Wechsel zwischen PKV und GKV portabel gemacht werden. Zusammen mit der Forderung, Kontrahierungszwang beim Wechsel in einen vergleichbaren Tarif eines anderen privaten Versicherungsunternehmens einzuführen, dürfte dies den Wettbewerb unter den privaten Krankenversicherungen erhöhen. Details zur Frage der Übertragbarkeit der Altersrückstellungen des Altbestands und bei einem Wechsel zwischen den Systemen werden allerdings nicht genannt. Eine Belastung ergibt sich für die PKV daraus, dass sie gezwungen wird, ehemaligen PKV-Versicherten ohne Versicherungsschutz und freiwillig gesetzlich Versicherten das Recht auf Abschluss eines PKV-Basistarifs einzuräumen. Der Wechsel der freiwillig Versicherten wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass in drei aufeinander folgenden Jahren die Versicherungspflichtgrenze überschritten werden muss, um in die PKV wechseln zu können. Der Basistarif umfasst den Leistungsumfang der GKV, Kontrahierungszwang ohne individuelle Risikoprüfung und -zuschlag sowie Altersrückstellungen. Schließlich ist vorgesehen, die unterschiedlichen Gebührenordnungen für die ärztliche Vergütung in GKV und PKV (Einheitlicher Bewertungsmaßstab und Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte) in einem Verzeichnis zu vereinheitlichen, wobei höhere Vergütungssätze in der PKV (so genannte Steigerungssätze) weiterhin möglich sein sollen.

### Krankenhausfinanzierung

Fragen der Krankenhausfinanzierung werden in den Eckpunkten nur knapp behandelt. Neben einer pauschalen Kürzung der Krankenhausbudgets um 1% wird nur auf das Ende der Konvergenzphase im Jahr 2008 und auf die mit der Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) zusammenhängenden Entwicklungen (verkürzte Verweildauern, Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich, Konsolidierung und veränderte Trägerstruktu-

ren) hingewiesen. 2007 sollen auf einer Gesundheitsministerkonferenz „Anpassungen des Ordnungsrahmens“ an diese Entwicklungen erarbeitet werden. Das Ziel, von der dualen zur monistischen Krankenhausfinanzierung umzustellen, wird ausdrücklich erwähnt. Die Investitionskosten sollen dann nicht mehr durch steuerfinanzierte Mittel der Bundesländer (Einzel- und Pauschalförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) bzw. des Bundes (Hochschulbauförderung) finanziert werden, sondern durch die GKV übernommen werden.

Angesichts der Entwicklung der KHG-Fördermittel von ca. 3,7 Mrd. Euro im Jahr 1994 (was etwa 6,9% der Ausgaben für Krankenhäuser insgesamt ausmachte) auf ca. 2,8 Mrd. Euro im Jahr 2003 (4,4% der Ausgaben für Krankenhäuser),<sup>10</sup> und dem damit einhergehenden Investitionsstau im stationären Sektor, der Finanzlage der öffentlichen Haushalte und auch der problembehafteten europarechtlichen Zulässigkeit der staatlichen Investitionsmittel, ist die monistische Krankenhausfinanzierung positiv zu bewerten. Die Finanzierung von Betriebs- und Investitionsausgaben in einer Hand würde es ermöglichen, Investitionsentscheidungen auf der Basis von Kosten-Nutzen-Erwägungen zu treffen und helfen, die im bestehenden System auftretenden politisch motivierten Investitionsentscheide durch die Äquivalenz von Zahler und Nutzer zu vermeiden.<sup>11</sup> Die Eckpunkte bleiben in diesem Punkt aber sehr vage: Es fehlen etwa Hinweise darauf, wie die Investitionskosten in die Diagnosis Related Groups integriert werden könnten und welche Konsequenzen die monistische Krankenhausfinanzierung für die Krankenhausbedarfsplanung der Bundesländer und für deren Sicherstellungsauftrag hätte.

### Ambulante ärztliche Vergütung

Im Bereich der ambulanten Vergütung sind einige Neuerungen vorgesehen, während andere Aspekte die Ziele der Reform der ambulanten Vergütung aus dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 (GMG) (§ 85a-d SGB V) wieder aufgreifen. Damit verbunden ist zunächst das Vorhaben, das geltende System der Bewertung medizinischer Leistungen mittels Punkten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und floatenden Punktwerten durch eine Gebührenordnung mit festen Euro-Beträgen und Mengensteuerung zu ersetzen. Daneben sollen laut den Eckpunkten:

<sup>10</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft, Statistisches Bundesamt (2005).

<sup>11</sup> Vgl. zu den durch die duale Krankenhausfinanzierung entstehenden Fehlanreizen z.B. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten, Baden-Baden 1987, S. 102.



- die zahlreichen Einzelleistungen zu einer überschaubaren Zahl von Pauschalvergütungen zusammengefasst werden, die mit wenigen Einzelleistungsvergütungen kombiniert werden können,
- die Gebührenordnungen zwischen GKV und PKV vereinheitlicht werden (siehe oben),
- Honorarzuschläge für besondere Qualität eingeführt werden sowie
- Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize abgebaut werden (z.B. Bedarfsplanung durch finanzielle Anreize statt Zulassungssperren).

Im bestehenden Vergütungssystem ist die Gesamtvergütung durch die Anbindung an die Grundlohnsumme gedeckelt, so dass der Punktwert je nach erbrachter Leistungsmenge der Ärzte variiert. Schon das GKV-Modernisierungsgesetz hatte vorgesehen, ab dem 1. Januar 2007 die bisherigen Honorarbudgets durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung abzulösen. Das für die ambulante ärztliche Vergütung zur Verfügung stehende Finanzvolumen soll danach durch Orientierung an der Morbidität der Bevölkerung bemessen werden, d.h. bei einem Anstieg der Morbidität würde entsprechend mehr Honorar zur Verfügung stehen. Aus der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten ergeben sich laut GKV-Modernisierungsgesetz dann so genannte arztgruppen- und arztbezogene Regelleistungsvolumina. Durch einen derartigen Systemwechsel, der durch die Eckpunkte erneut aufgegriffen wird, würde das Morbiditätsrisiko von den Ärzten auf die Krankenkassen übergehen.<sup>12</sup> Um angebotsinduzierte Nachfrage zu vermeiden, dürfte die Ermittlung des voraussichtlichen Behandlungsbedarfs jedoch nicht den Ärzten übertragen werden.

### Leistungskatalog der GKV

In den Eckpunkten werden zwei Aspekte im Zusammenhang mit dem Leistungskatalog aufgeführt. Zur Frage der Aufnahme in den Leistungskatalog ist vorgesehen, dass das mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Juni 2004 neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (§ 139a SGB V) seine bestehende Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung ausbauen soll. Diese soll als Grundlage für die Festsetzung der Erstattungshöhe dieser Arzneimittel dienen. Der Einbezug der Kosten in die Bewertungen des IQWiG ist zu begrüßen, da erst durch den

Vergleich von Kosten und Nutzen Aussagen bezüglich der effizienten Mittelverwendung bei Arzneimitteln gemacht werden können. Die Integration der Kosten hätte jedoch auch auf die weiteren Arbeitsfelder des Instituts, auf denen es Bewertungen vornimmt, ausgedehnt werden können (z.B. auf die Bewertung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren, von evidenzbasierten Leitlinien oder von Disease Management Programmen).

Zweitens beeinflussen die Eckpunkte den Umfang des Leistungskatalogs der GKV. Entgegen der politischen Forderung, die Beitragssätze zu senken bzw. stabil zu halten, wird der Katalog jedoch weiter ausgeweitet. So sollen künftig die geriatrische Rehabilitation und die Palliativversorgung neu aufgenommen werden. Zudem werden von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts empfohlene Impfungen sowie Mutter/Vater-Kind-Kuren in Regel- und Pflichtleistungen überführt. Beschränkungen der Leistungen werden lediglich bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (z.B. nach Schönheits-OPs, Piercings, Tätowierungen) vorgesehen. Für die Verordnung kostenintensiver bzw. spezieller Medikamente, Diagnostika und Hilfsmittel muss der Arzt eine Zweitmeinung einholen. Zuzahlungen und Überforderungsregelungen bleiben prinzipiell unverändert. Eine leichte Einschränkung erfolgt bei der Überforderungsregel von einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen bei chronisch Kranken: Für diejenigen, die bei ihrer Therapie nicht hinreichend mitwirken, soll sie künftig auf die allgemeine Belastungsgrenze von 2% der Bruttoeinnahmen angehoben werden.

### Kassenwettbewerb

Die Eckpunkte sehen eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen vor, indem Kassenfusionen erleichtert werden und weitere bisher geschlossene Krankenkassen für alle gesetzlich zu Versicherten geöffnet werden sollen. So werden Bundesknappschaft und Seekrankenkasse geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt (allerdings gelten bestehende Ausnahmeregelungen für geschlossene Betriebskrankenkassen weiter). Fusionen von Krankenkassen sollen künftig auch kassenartenübergreifend möglich sein. Bisher ist bei länderübergreifenden Fusionen von Ortskrankenkassen ein Staatsvertrag zwischen den beteiligten Bundesländern zu schließen. Dieses Erfordernis soll künftig entfallen, so dass nur noch die Zustimmung der Aufsichtsbehörde erforderlich wäre.

<sup>12</sup> Vgl. dazu J. Wase m: Zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung, in: BKK (Hrsg.): Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung, Sonderausgabe 2006, S. 20-22.

In Zusammenhang mit Kassenfusionen wird auf die Bedeutung des Wettbewerbsrechts hingewiesen. Hier ist vor allem an die Fusionskontrolle (§ 36 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, GWB) und die Regeln gegen den Missbrauch einer marktherrschenden Stellung (§ 19 GWB) sowie an das europäische Wettbewerbsrecht zu denken. Es bleibt jedoch ungeklärt, inwiefern Gesetzliche Krankenkassen „Unternehmen“ im Sinne des Wettbewerbsrechts sind. Zudem ist für die Fusionskontrolle das Zusammenspiel zwischen Aufsichtsbehörden der GKV und Wettbewerbsbehörden zu klären, wobei eine klare Trennung zwischen der wettbewerbsrechtlichen Beurteilung durch das Kartellamt und der sozialrechtlichen Genehmigung erforderlich ist. Die weit reichenden in den Eckpunkten aufgeführten Inhalte der sozialrechtlichen Fusionsbeurteilung (z.B. Regelungen für die Handhabung bestehender Verbindlichkeiten, Haftungsfragen, Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur, etc.) stellen zum Teil erhebliche Eingriffe in die Unternehmenspolitik der Kassen dar oder sind nicht erforderlich, wenn sie transparente Bestandteile der Verhandlungen zwischen den Kassen sind.

### Verbandsstrukturen

Die sieben Dachverbände der gesetzlichen Krankenkassen sollen bis zum 31.12.2007 einen gemeinsamen Spitzenverband auf Bundes- und auf den Landesebenen gründen. Seine Aufgaben wären vor allem die Vertretung in der gemeinsamen Selbstverwaltung, die Vertragskompetenz für Kollektivverträge (nicht bei Einzelverträgen wie Integrierte Versorgung, Rabattverträgen, Hausarztverträgen, etc.). Die Haftung der Kassen soll an die neuen Verbandsstrukturen angepasst werden, die Kassen müssen bis zum Stichtag schuldenfrei sein und sie sollen eine Rechnungslegung nach dem Handelsgesetzbuch (HGB) einführen. Die Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss sollen künftig hauptamtlich besetzt werden.

Auf den ersten Blick erscheint die Vorgabe eines gemeinsamen Dachverbands positiv: Die Verbändevielfalt im Gesundheitswesen – und damit auch das Rent-seeking von Lobbyisten wird reduziert.<sup>13</sup> Andererseits ist zu fragen, ob eine staatliche Vorgabe der Verbändestruktur sinnvoll ist. Die Verbändezahl sollte sich besser als Ergebnis des Wettbewerbs ergeben. Außerdem führt der Dachverband zu einer „noch kol-

lektiveren Regelversorgung“ als im gegenwärtigen System, da der Dachverband die Kollektivverträge abschließt. Und schließlich bleibt offen, wie sich die angestrebte Anwendung wettbewerbsrechtlicher Regelungen (z.B. das generelle Kartellverbot des GWB) mit der Bildung eines einheitlichen Verbands, der Kollektivverträge abschließt (mit einheitlichen Preisen und einheitlichen Leistungen), verträgt. Die Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit hauptamtlichen Mitarbeitern bringt das Risiko der Annäherung dieses Organs der Selbstverwaltung an eine bürokratische staatliche Institution mit sich.

### Versorgungswettbewerb

Einzelverträge als Abweichungen von der kollektivvertraglichen Regelversorgung sind Grundvoraussetzung für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz neu gefasste Integrierte Versorgung (§140a-d SGB V) zählt dabei zu den zentralen Möglichkeiten.<sup>14</sup> Daneben existieren andere Möglichkeiten wie etwa Modellvorhaben (§§ 63 ff.), hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b)<sup>15</sup> und Medizinische Versorgungszentren (§ 95). Die Eckpunkte sehen vor, dass die Integrierte Versorgung fortgeführt und weiterentwickelt wird. Konkret ist geplant:

- Die Anschubfinanzierung in Höhe von 1% der an die Krankenkassen von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Gesamtvergütung sowie 1% von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für teil- und vollstationäre Leistungen (maximal ca. 700 Mio. Euro) bis zum Inkrafttreten des neuen ärztlichen Vergütungssystems fortzuführen,
- die Integrierte Versorgung um nichtärztliche Heilberufe zu erweitern und auch Leistungen der Pflegeversicherung einzubeziehen,
- eine Öffnung der Krankenhäuser für bestimmte ambulante Leistungen (hochspezialisierte Leistungen gemäß §116b SGB V) im Rahmen der Integrierten Versorgung,
- Sonderregelungen für die Arzneimittel einzuführen, wonach in der Integrierten Versorgung von Vorgaben der Arzneimittelpreisverordnung abgewichen werden kann,

<sup>13</sup> Vgl. zur Korporativen Koordination im Gesundheitswesen auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten, Bonn 2005, S. 45 ff.

<sup>14</sup> Vgl. zur Integrierten Versorgung K.-D. Henke: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Nr. 6/2005, S. 102 ff.

<sup>15</sup> Laut Eckpunkten müssen zukünftig alle Kassen Hausarzttarife anbieten.

- die Krankenkassen zu verpflichten, gegenüber der Registrierungsstelle für die Integrierte Versorgung den Inhalt ihrer Projekte offenzulegen.

Die genannten Erweiterungen der Integrierten Versorgung (nichtärztliche Heilberufe, Pflegeversicherung, ambulante Leistungen in Krankenhäusern, bei Arzneimitteln) sind grundsätzlich sinnvoll. Um die Versorgungsrelevanz der Verträge zu erhöhen (durch flächendeckende Verträge für ausgewählte Krankheiten oder regionale Vollversorgungsverträge), ist jedoch die Form der Finanzierung der Integrierten Versorgung zu hinterfragen. Die Frage, welches Ausmaß an Integrierter Versorgung wünschenswert ist, sollte autonom in den Verhandlungen zwischen Kassen und Anbietern verhandelt werden und nicht durch die Deckelung der Anschubfinanzierung vorbestimmt sein. Zudem bleibt die Notwendigkeit von Einzelverträgen auch nach Beendigung der budgetierten Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung sinnvoll, so dass eine Änderung der Finanzierung der Integrierten Versorgung ohnehin geboten ist.

### Zusammenfassung und Gesamteinschätzung

Die „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“, die unter Zeitdruck entstanden sind, sehen sich breiter Kritik ausgesetzt. Bei einer genaueren Untersuchung ihrer Inhalte zeigt sich, dass die Reform Ansätze enthält, die in die richtige Richtung weisen und eine Vielzahl relevanter Themen ansprechen. Auf der anderen Seite sind viele Elemente aus einer ordnungspolitischen Sicht heraus zu bemängeln.<sup>16</sup> Daneben fehlen an vielen Stellen notwendige Details und elementare Fragen bleiben offen. Auch herrscht eine Diskrepanz zwischen der zum Teil „blumigen“ und wettbewerbsorientierten Rhetorik und den tatsächlich geplanten Maßnahmen.<sup>17</sup>

Im Einzelnen ist für den Bereich der Finanzierung festzustellen, dass eine wirkliche Abkopplung der Ge-

sundheitskosten von den Lohnzusatzkosten nicht erfolgt. Der Gesundheitsfonds ist aus politökonomischer Sicht sinnvoll, weil er die Optionen Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung miteinander verbindet und offen hält. Die mit ihm verbundene Einführung des Zusatzbetrags könnte sich zum entscheidenden Wettbewerbsparameter zwischen den Krankenkassen entwickeln. Allerdings werden die Impulse für den Wettbewerb durch die Deckelung der Prämie auf 5% der Gesundheitsausgaben bzw. 1% des Haushaltseinkommens stark geschwächt und unter Umständen sogar umgekehrt. Im Bereich der PKV ist die Einführung der Portabilität der Altersrückstellungen positiv zu werten. Allerdings wurde versäumt, das Verhältnis zwischen GKV und PKV zu einem Wettbewerbsverhältnis zu verändern und die bestehende Segmentierung zu überwinden. In der Krankenhausfinanzierung zeichnet sich die monistische Krankenhausfinanzierung ab, ohne dass allerdings Konsequenzen für Diagnosis Related Groups, Krankenhausbedarfsplanung oder Sicherstellungsauftrag aufgezeigt werden.

Bei der Vergütung medizinischer Leistungen gilt für die ambulante ärztliche Vergütung, dass von einer morbiditätsorientierten Vergütung Ausgabesteigerungen zu erwarten sind, die durch eine eventuelle angebotsinduzierte Nachfrage noch verstärkt würden. Der Leistungskatalog der GKV bleibt nahezu unverändert bzw. wurde sogar leicht erweitert, woraus sich wiederum steigende Beitragssätze ergeben dürften. Die Rolle von Zuzahlungs- und Überforderungsregeln wird nicht verstärkt.

Die Möglichkeit für kassenartenübergreifende Fusionen sowie die Öffnung bisher geschlossener Kassen sind positive Strukturreformen, die den Wettbewerb in der GKV verstärken dürften. Allerdings bleiben Fragen zur Anwendung des Wettbewerbsrechts und des Zusammenspiels von sozialrechtlichen Aufsichts- und Wettbewerbsbehörden ungeklärt. Die Verbandsstrukturen in der GKV sollten sich als Ergebnis des Wettbewerbs ergeben und nicht staatlich vorgeschrieben werden. Beim für die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven zentralen Thema des Versorgungswettbewerbs sind die Ergebnisse der Eckpunkte mager: Die Möglichkeiten zu Einzelverträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung, mit denen von der einheitlichen und gemeinsamen Regelversorgung abgewichen werden kann, werden kaum ausgebaut. Dazu ist die geltende Finanzierung der Integrierten Versorgung zu reformieren.

<sup>16</sup> Darunter fallen auch die direkten staatlichen Eingriffe wie die pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets in Höhe von einem Prozent (etwa 500 Mio. Euro jährlich) sowie die Vorgabe für die Apotheken, mindestens 500 Mio. Euro in Preisverhandlungen mit den Krankenkassen einzusparen.

<sup>17</sup> So wird z.B. zu den institutionellen Reformen geschrieben: „Die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens müssen so reformiert werden, dass sie ihre Aufgaben und Funktionen in einem zunehmend wettbewerbslich geprägten Ordnungsrahmen erfüllen können.“ Zu einzelvertraglichen Möglichkeiten liest man: „Die Möglichkeiten der Krankenkassen werden erweitert, Vereinbarungen mit Ärzten zu treffen, die von den einheitlich und gemeinsam beschlossenen Kollektivvereinbarungen abweichen oder darüber hinausgehen können.“ Die konkret vorgesehenen Maßnahmen bleiben allerdings weit hinter diesen Formulierungen zurück.