

## **Prof. Dr. Eberhard Wille**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(73)  
vom 23.06.03**

**15. Wahlperiode**

### **Anmerkung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Modernisierung des Gesundheitssystems“**

#### **1. Neuordnung der Finanzierung unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit**

Obgleich der vorliegende Gesetzentwurf (Stand 02.06.2003) mit

- der Stärkung der Patientensouveränität und der Patientenrechte,
- der Steigerung der Qualität der Patientenversorgung,
- der Verbesserung von Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Leistungserstellung sowie
- der Erhöhung der Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

ein wesentlich breiteres Zielspektrum anvisiert, bildeten fiskalische Probleme der GKV den entscheidenden Anlass der Gesetzesinitiative. Steigende Beitragssätze in der GKV erhöhen die Lohnnebenkosten der Arbeitgeber und vermindern das verfügbare Einkommen von Arbeitnehmern und Rentnern. Vor dem Hintergrund, dass ohne fiskalisch wirksame Reformmaßnahmen weitere Beitragssatzsteigerungen drohen, geht es in diesem Gesetzentwurf zunächst um die Sicherung der Finanzierung im Sinne einer nachhaltigen Senkung der Beitragssätze und damit um eine Entlastung des Faktors Arbeit, von der „beschäftigungswirksame Impulse“ (S. 158) ausgehen.

Zur finanziellen Stabilisierung der GKV veranschlagt der Gesetzentwurf ein jährliches Entlastungsvolumen von ca. 8,5 Mrd. €, das sich wie folgt zusammensetzt:

- Leistungsbegrenzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, ca. 1,0 Mrd. €
- Veränderung von Zuzahlungen, ca. 1,9 Mrd. €
- Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen, Sterilisation, künstlicher Befruchtung und Entbindungsgeld, ca. 0,7 Mrd. €

- Streichung des Sterbegeldes, ca. 0,4 Mrd. €
- höhere Beiträge von Rentnern auf Versorgungs-  
bezüge und Arbeitseinkommen sowie ca. 1,6 Mrd. €
- Steuerungs- und Struktureffekte. rd. 3,0 Mrd. €

Entgegen dem Entwurf vom 12.05.2003, der noch eine Steuerfinanzierung krankensicherungs-fremder Leistungen in Höhe von 4,5 Mrd. € vorsah, erhält die GKV nun „die derzeit noch nicht quantifizierbaren Mehreinnahmen aus den in den Jahren 2004 bis 2005 erfolgenden Erhöhungen der Tabaksteuer“ (S. 4). Der jetzige Gesetzentwurf stellt hier der GKV für die Jahre 2004, 2005 und 2006 zunächst Abschlagszahlungen in Höhe von nur 1 Mrd. €, 1,5 Mrd. € und 2 Mrd. € zur Verfügung. Dies bedeutet, dass das geplante Entlastungsvolumen im Jahre 2004 jetzt nicht mehr, wie ursprünglich intendiert, bei 13 Mrd. €, sondern nur noch bei 9,5 Mrd. € liegt. Hinzu tritt die aufkommensneutrale Aufhebung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes mit einer Entlastung der Arbeitgeber bzw. einer Belastung der Arbeitnehmer in Höhe von ca. 3,5 Mrd. €.

Die veranschlagte Entlastung der GKV in Höhe von jährlich 3 Mrd. €, die aus Steuerungs- und Struktureffekten der geplanten Maßnahmen resultieren soll, entspringt - zumindest für die nächsten Jahre - mehr fiskalischem Wunschdenken als einer nüchternen Einschätzung der realen Gegebenheiten. Strukturelle Reformen führen selbst bei erfolgreicher Umsetzung erst mit teilweise erheblichen Verzögerungen zu Ressourceneinsparungen und/oder Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes, d.h. der Lebenserwartung und/oder der Lebensqualität. Insoweit sie vornehmlich die gesundheitlichen Outcomes verbessern, was unter normativen Aspekten keineswegs einen geringeren Wert als Kosteneinsparungen besitzt, vermögen sie zunächst kaum einen Finanzierungsbeitrag zu leisten. Berücksichtigt man diese Aspekte, reduziert sich das jährliche Entlastungsvolumen auf eine realistische Größenordnung von 7 bis 7,5 Mrd. €. Unter der Annahme, dass der durchschnittliche Beitragssatz der GKV infolge der andauernden Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis Ende 2003 etwa 14,8 % beträgt und die Krankenkassen zur Entschuldung und Auffüllung ihrer Rücklagen zusätzlich noch ca. 6 Mrd. € benötigen, liegt der „ungeschönte Beitragssatz“ auch nach dieser Reform immer noch bei 14,6 % und damit weit entfernt von 13,0 %. Die Bundesregierung scheint jedoch den Schuldenabbau und die Auffüllung der Rücklagen, wie auch in der Begründung erwähnt (S. 317), für weniger wichtig zu erachten, denn sie schreibt in § 220 des Gesetzentwurfes den Krankenkassen vor, die durch die Steuerfinanzierung der krankensicherungs-fremden Leistungen „bewirkten Einsparungen in vollem Umfange und die übrigen durch das Gesetz bewirkten Ein-

sparungen mindestens zur Hälfte für Beitragssatzsenkungen“ zu verwenden.

Die mangelnde fiskalische Nachhaltigkeit der geplanten Reformen geht u. a. auf die unzureichende Umfinanzierung der Krankenversicherungsfremden Leistungen und die unterbliebene Reform der Beitragsgestaltung zurück. Bei gegebener Beitragsgestaltung hält das relativ schwache, d.h. zur Steigerung des Bruttoinlandsproduktes unterproportionale, Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied noch auf absehbare Zeit an. Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis geht nicht nur auf konjunkturelle, sondern auch auf folgende eher strukturelle Faktoren zurück:

- der Druck auf die Arbeitsentgelte, insbesondere in den unteren Lohngruppen, infolge der Globalisierung,
- veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z.B. unstete Beschäftigung, nicht-versicherungspflichtige Dienst- und Werkverträge),
- die Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge,
- eine weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion sowie
- eine längere Lebens- und damit Verrentungszeit.

Die Bundesregierung beansprucht nicht, „mit einer allumfassenden, einmaligen Reform alle Probleme der Zukunft lösen zu können“ (S. 158) und betont zurecht den Prozesscharakter der Gesundheitspolitik. Die begrenzte fiskalische Reichweite des Gesetzentwurfes dürfte freilich schon bald den nächsten Reformschritt erzwingen.

## **2. Verbesserung von Effizienz und Effektivität durch Intensivierung des Wettbewerbs**

Mit der Freigabe der Krankenkassenwahl für die überwiegende Mehrheit der Versicherten in der GKV schuf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) den Ausgangspunkt für eine Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen. Dabei zielte das GSG auch darauf ab, dass der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte auf das Verhältnis zwischen diesen und den Leistungserbringern übergreift und auf diese Weise die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung verbessert. In dieser Hinsicht blieben die realen Prozesse bisher in bescheidenen Ansätzen stecken. Der Wettbewerb stellt, um Missverständnissen vorzubeugen, auch im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck dar, sondern dient instrumental vornehmlich folgenden allokativen und distributiven Zielen bzw. Funktionen:

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Präferenzen der Versicherten,
- Erfüllung der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten,
- effektive Zielerreichung durch Erhöhung der gesundheitlichen Outcomes,
- effiziente Leistungserstellung durch kostengünstige Produktion,
- Auslösung von dezentralen Suchprozessen für Produkt- und Prozessinnovationen,
- leistungsgerechte Vergütung der Produktionsfaktoren sowie
- Vorbeugung gegen monopolistischen Machtmissbrauch durch Krankenkassen und/oder Leistungserbringer.

Dem Ziel einer Intensivierung des Wettbewerbs dienen vornehmlich die folgenden Reformvorhaben:

- die Möglichkeit kassenartenübergreifender Vereinigung von Krankenkassen,
- die Anpassung des Sozialrechts an die im EG-Vertrag normierten Grundsätze des freien Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit,
- die Flexibilisierung des Vertragsrechtes im Bereich der ambulanten und belegärztlichen fachärztlichen Versorgung,
- die Abschwächung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen mit den im Krankenhausplan eines Landes zugelassenen Krankenhäusern,
- die Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung,
- die Öffnung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie
- die Liberalisierung des Arzneimittelmarchtes und der Arzneimitteldistribution, u.a. durch die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und die Zulassung des Versandhandels.

Daneben können noch von folgenden Reformelementen wettbewerbsfördernde Impulse ausgehen:

- dem Ausbau von Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patienten,
- einer Verbesserung der Transparenz, z.B. durch Einführung einer Patientenquittung und einer elektronischen Gesundheitskarte,
- der Änderung von Umfang und Struktur der Zuzahlungen sowie
- der Modifikation der Vergütungssysteme.

Die meisten dieser Vorhaben zur Intensivierung des Wettbewerbs auf der Stufe der Leistungserbringer entsprechen langjährigen Forderungen von Gesundheitsökonomen und auch Empfehlungen des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Problematisch erscheint allerdings die Privilegie-

zung des Hausarztsystems im Wettbewerb mit anderen Versorgungsalternativen. Zunächst verpflichtet der Gesetz-entwurf die Krankenkassen, ein Hausarztsystem anzubieten. Sodann muss ein Patient, der ohne Überweisung einen Facharzt (ausgenommen: Frauen- oder Augenarzt sowie Psychotherapeuten) aufsucht, eine Praxisgebühr von 15 € pro Quartal zahlen, die keine Berücksichtigung im Rahmen der Überforderungsklausel findet. Ferner entrichten Patienten, die am Hausarztsystem, an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f-g SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach § 140aff. SGB V teilnehmen, geringere Zuzahlungen zu Arznei- und Verband-mitteln. Schließlich sehen sich nur neu niedergelassene Fach-ärzte verpflichtet, Einzelverträge mit den Krankenkassen abzuschließen, während alle Hausärzte ebenso wie Frauen- und Augenärzte im kollektivvertraglichen System verbleiben. Sofern das Hausarztsystem belegbare medizinische und/oder ökonomische Vorzüge gegenüber allfälligen alternativen Versorgungsformen aufweist, bedarf es zu seiner Durchsetzung im Wettbewerb keiner subventionsähnlichen Unterstützung, sondern nur einer adäquaten Wettbewerbsordnung.

Da die Krankenkassen oder ihre Verbände nach § 106 b des Gesetzentwurfs Einzelverträge mit Fachärzten schließen, fällt ihnen auch die Sicherstellung in diesen fachärztlichen Versorgungsbereichen zu. Die Verpflichtung zu Einzelverträgen mit den Krankenkassen gilt allerdings nur für die neu sich niedergelassenen Fachärzte, während die bereits zugelassenen hier ein Optionsrecht erhalten. Sofern sie dies nicht wahrnehmen, bleibt die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung auf absehbare Zeit weiterhin weitergehend im Kollektivvertragssystem. Unabhängig davon, ob die meisten Krankenkassen und/oder ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag überhaupt mit vertretbarem Aufwand wahrnehmen können, erfordert gerade die Umstellung der Vergütung im Krankenhausbereich auf diagnoseabhängige Fallpauschalen und die damit einhergehende Spezialisierung eine flächendeckende ambulante spezialärztliche Versorgung.

Um einen qualitäts- und effizienzsteigernden Wettbewerb im Rahmen der ambulanten Versorgung zu verwirklichen, bedarf es allerdings nicht zwangsläufig einer Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) oder einer Begrenzung ihres Wirkungsbereichs. Die Krankenkassen können auch innerhalb eines kollektiven Rahmens mit Leistungsanbietern Einzelverträge abschließen, die z.B. andere Versorgungsformen, höhere Qualitätsstandards und auch abweichende Vergütungsformen vorsehen. Sofern die Krankenkassen zur Erfüllung bestimmter Aufgaben unter den Leitungserbringern auswählen, handelt es sich um einen kartellrechtlich relevanten Vorgang und es greifen das deutsche und das europäische Kartellrecht. Dies bedeutet, dass z.B. eine Orts-krankenkasse sich keineswegs nach Belieben bestimmte Leistungsanbieter aussuchen darf, sondern allen (Ver-

trag-) Ärzten und (Plan-)Krankenhäusern die gleiche Chance zur Teilnahme gewähren muss. Für die größeren Kassen besteht insofern in jedem Falle die Verpflichtung, nach transparenten und gerichtlich überprüfbare Kriterien auszuschreiben, was dann auch über die KVen geschehen kann. Allerdings sollten auch die Nicht-Vertragsärzte - und analog Nicht-Plankrankenhäuser - bei Erfüllung der Auswahlkriterien die Chance zum Vertragsabschluss erhalten. Ausbeutungsversuche der Leistungserbringer durch inakzeptable Angebote stehen zum einen die Freiwilligkeit bzw. Vertragsfreiheit und bei marktbeherrschenden Krankenkassen die Vorschriften des Kartellrechts entgegen. Eine marktbeherrschende Krankenkasse darf mit den Leistungserbringern auch keine Ausschlussverträge vereinbaren, kann ihre Nachfragemacht bzw. Kapazitätsauslastung in Grenzen aber bei Vergütungsvereinbarungen geltend machen. Den Leistungserbringern steht es frei, die angebotenen Einzelverträge zu vereinbaren oder ausschließlich im „kollektiven Rahmen“ zu bleiben. Mit zunehmender quantitativer Bedeutung der Einzelvertragsverhältnisse geht ihr völliger Verzicht für die Leistungserbringer allerdings mit ökonomischen Einbußen einher. Die Einzelverträge können insofern auch in einem kollektiven Rahmen bei den Angebotskapazitäten eine qualitative Steuerungsfunktion ausüben.

### **3. Vorhaben zur Erhöhung der Versorgungsqualität**

Maßnahmen zur Erhöhung der Versorgungsqualität sollten neben medizinischen Leistungskriterien auch die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen und darüber hinaus auch entsprechende Anreize bei den Leistungserbringern setzen. In dieser Hinsicht beinhaltet der Gesetzentwurf zur Erhöhung der Versorgungsqualität vor allem folgende Neuerungen:

- Entsendung von Beauftragten für die Belange der Patienten oder Patientenvertreter in entscheidungsbefugte Gremien,
- Gründung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin,
- Umstellung der Vergütung bei ambulanten Leistungen auf Vergütungspauschalen für hausärztliche und auf Fallpauschalen sowie Komplexgebühren für fachärztliche Tätigkeit; im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung Einführung eines preisunabhängigen Festzuschlags für Apotheken sowie
- verbesserte Bedingungen für die integrierte Versorgung.

Von diesen Reformelementen verdienen die Einbindung von Patientenorganisationen in allokativ relevante Entscheidungen, eine pauschaliertere Vergütungsregelung, die medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen entgegenwirkt, und die Vereinfachung der Bedingungen für die integrierte Versorgung weitgehend Zustimmung. Die integrierte Versorgung litt vor allem an dem überfrachteten Regelwerk des § 140a ff. und

hier insbesondere an dem im Entwurf zurecht suspendierten Hindernis der Beitragssatzstabilität. Diese behinderte die notwendigen Investitionen, die sich kaum in demselben Jahr amortisieren können. Unklar bleibt in diesem Kontext allerdings immer noch das Verhältnis zwischen der integrierten Versorgung nach § 140a ff. und den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f-g, denn letztere erfordern ebenfalls zumeist eine „integrierte“ Versorgung.

Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin besitzt als fachlich unabhängige Anstalt des öffentlichen Rechts u.a. die Aufgabe, Empfehlungen an die Bundesausschüsse und den Ausschuss Krankenhaus, z.B. über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, abzugeben. § 139c des Entwurfs verpflichtet die Ausschüsse, eine von diesen Empfehlungen abweichende Entscheidung zu begründen. Damit erscheinen Konflikte zwischen der korporativen Koordination der Ausschüsse und den zentralen Vorgaben eines juristisch unabhängigen Instituts vorprogrammiert. Zur Abgabe von Empfehlungen über vorläufige Festbeträge bei sog. Analogpräparaten hätte ein unabhängiges pharmalogisch-medizinisches Institut, das den Ausschüssen zuarbeitet, völlig ausgereicht. Die Gründung eines basisfernen Zentrums für Qualität impliziert letztlich ein mangelndes Vertrauen in subsidiäre bzw. dezentrale Lösungen dieser Probleme. Der Gesetzentwurf enthält insgesamt, insbesondere bei der ärztlichen Selbstverwaltung, mehrere Abweichungen vom Subsidiaritätsprinzip, die dem gesteckten Ziel eines „Abbaus von Überreglementierung“ (S.2) zuwiderlaufen.