

Thomas Gerlinger

Gesundheitspolitik unter SPD und Bündnis 90/ Die Grünen – eine Zwischenbilanz zu Beginn der 2. Legislaturperiode

Im deutschen Gesundheitswesen lassen sich zahlreiche Defizite konstatieren, die der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG 2000/2001) zu dem Befund bündelt, dass im OECD-Länder-Vergleich hierzulande mittelmäßige Ergebnisse bei hohen Ausgaben zu verzeichnen sind. Diese Defizite sind nicht neu. Da auch nach 16 Jahren konservativ-liberaler Koalition viele Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ungelöst geblieben waren, verknüpften sich mit dem rot-grünen Regierungsantritt vielerorts große Erwartungen an eine Überwindung bisheriger Reformblockaden. Das Ende der ersten Legislaturperiode unter Rot-Grün ist Anlass, eine gesundheitspolitische Zwischenbilanz zu ziehen.

1. Die Ausgangssituation: Gesundheitspolitischer Wandel unter der CDU/CSU-FDP-Koalition

Als SPD und Bündnis 90/Die Grünen 1998 die Regierungsverantwortung übernahmen, wirkten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum einen bisherige Politikblockaden fort, hatten sich zum anderen aber auch eine Reihe von zum Teil weitreichenden Veränderungen vollzogen. Unter diesen Veränderungen, die durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeleitet und mit der sogenannten »dritten Stufe« der Gesundheitsreform fortgesetzt worden waren (Gerlinger 2002), sind folgende besonders hervorzuheben:

- die Einführung der freien Kassenwahl und die mit ihr einschneidend verschärfte Wettbewerbssituation der Krankenkassen;
- die Einführung von Pauschalen sowie von – individuellen und sektoralen – Ausgabenobergrenzen bei der Vergütung medizinischer Leistungen, die das Morbiditätsrisiko stärker von den Krankenkassen auf niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser verlagerten;
- ein starker, vor allem mit der »dritten Stufe« der Gesundheitsreform in den Jahren 1996 und 1997 vollzogener Schub in Richtung auf eine Privatisierung von Krankenbehandlungskosten, mit dem Kernelemente

der privaten Krankenversicherung in die GKV eingeführt wurden und der weit über die bisherige Praxis der – sukzessiven und insgesamt eher moderaten – Anhebung von Zuzahlungen hinausging.

Parallel dazu hatte der Gesetzgeber die Handlungsfreiheiten der Krankenkassen in der Vertragspolitik gestärkt und insbesondere ihre Möglichkeiten erweitert, Verträge mit einzelnen Gruppen von Ärzten – und nicht mehr ausschließlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als regionaler ärztlicher Monopolvertretung – abzuschließen bzw. Verträge mit einzelnen Krankenhäusern zu kündigen. Auf diese Weise sollten die Finanzierungsträger in die Lage versetzt werden, Verbesserungen von Wirtschaftlichkeit und Qualität gegenüber den Leistungsanbietern durchzusetzen.

Gemeinsam war den genannten Steuerungsbemühungen, dass sie für die Individualakteure einen Anreiz schaffen sollten, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen bei der Erbringung, Vergütung und Inanspruchnahme von GKV-Leistungen am Ziel der Ausgaben- und Mengengrenzung zu orientieren. Auf diese Weise sollte eine Kohärenz zwischen dem gesundheitspolitischen Globalziel der Kostendämpfung – genauer: der Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge zur GKV – und den individuellen Handlungsrationalitäten von Leistungserbringern, Finanzierungsträgern und Versicherten hergestellt werden. Dass CDU/CSU und FDP auch den Patienten in dieses System finanzieller Anreize einbezogen, war Ausdruck der Überzeugung, dass ein umfassender Leistungsanspruch der Versicherten ohne deren direkte Kostenbeteiligung nicht länger finanzierbar und aus ordnungspolitischen Gründen im Übrigen auch nicht wünschenswert sei.

2. *Rot-grüne Gesundheitspolitik: Gesundheitspolitisches Leitbild und legislative Maßnahmen*

Die skizzierten Veränderungen gingen allerdings keineswegs auf das Konto der konservativ-liberalen Regierungskoalition allein. Die mit dem GSG vorgenommenen gesundheitspolitischen Weichenstellungen – die Organisationsreform der GKV und die Einführung von Pauschalvergütungen in der stationären Versorgung – waren 1992 in großer Koalition von CDU/CSU und SPD unter Marginalisierung der FDP auf den Weg gebracht worden (z.B. Reiners 1993). Hingegen war der Privatisierungsschub bei den Krankenbehandlungskosten, also die Einbeziehung des Patienten in das System individueller finanzieller Anreize im Zuge der »dritten Stufe« der Gesundheitsreform, zwischen Regierung und Opposition heftig umstritten und bot der SPD und den Grünen im Wahlkampf

die willkommene Gelegenheit, die konservativ-liberale Politik der sozialen Kälte zu bezichtigen und sich als soziale Alternative zu präsentieren. Unmittelbar nach dem Regierungsantritt nahmen sie mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz (BGBl. I: 3853) den Großteil dieser Maßnahmen – aber auch nicht alle – wieder zurück, so dass die Kostenprivatisierung keine nachhaltige Wirkung im Versorgungsalltag entfalten konnte. Parallel dazu griff die rot-grüne Gesundheitspolitik wieder auf die 1993 in Kraft getretenen und später von der konservativ-liberalen Koalition teilweise aufgehobenen Budgets zurück. Sie waren funktionales Äquivalent für die zurückgenommenen Privatisierungselemente und sollten für den Übergangszeitraum bis zum erhofften Wirksamwerden von Strukturreformen die Stabilität der Beitragssätze garantieren.

Rot-Grün folgte einem anderen gesundheitspolitischen Leitbild als die konservativ-liberale Vorgängerregierung: Im Zentrum stand nunmehr das Ziel, mit Hilfe von Reformen der Versorgungsstrukturen und Vertragsbeziehungen Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen, die es gestatten sollten, die Beitragssatzstabilität und das Festhalten an einem einheitlichen, alles medizinisch Notwendige umfassenden GKV-Leistungskatalog miteinander zu verknüpfen. Das im Dezember 1999 verabschiedete und nach einem langwierigen, bisweilen chaotischen Gesetzgebungsverfahren am 1.1.2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-GRG 2000 – BGBl. I: 2626) sollte nach dem Willen der Koalitionsparteien zu jenem weitreichenden Reformwerk werden, mit dessen Hilfe man dieses Ziel zu erreichen hoffte.

2.1 Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Beim GKV-GRG 2000 handelt es sich um ein umfangreiches Regelwerk mit Hunderten von Einzelbestimmungen. Welche Grundlinien lassen sich in dem kaum überschaubaren Paragraphenwust erkennen?

Wie bei CDU/CSU und FDP genießt auch bei Rot-Grün das *Ziel der Beitragssatzstabilität* in der GKV eine hohe Priorität. Dabei fasste das GKV-GRG 2000 diesen Grundsatz sogar noch schärfer, als dies in den gesundheitspolitischen Reformen der Ära Kohl geschehen war. Nunmehr waren Vergütungsvereinbarungen so zu gestalten, »dass Beitragssatzerhöhungen *ausgeschlossen* werden (...)« (§ 71 Abs. 1 SGB V – Hervorh. T.G.). Parallel dazu wurden die *sektoralen Budgets* fortgeschrieben. Der ursprüngliche Plan zur Einführung einer Ausgabenobergrenze für die gesamten GKV-Ausgaben (Globalbudget) scheiterte im Gesetzgebungsprozess am Widerstand der konservativ-liberal geführten Bundesländer. Damit war insofern eine durchaus schwerwiegende Beeinträchtigung

des rot-grünen Reformkonzepts verbunden, als das Globalbudget gegenüber sektoralen Ausgabenobergrenzen eine größere Flexibilität des Leistungsgeschehens hätte ermöglichen sollen und damit eine wichtige Voraussetzung für die Etablierung integrierter Versorgungsstrukturen gewesen wäre.

Des Weiteren ließ das GKV-GRG 2000 die Eckpunkte der 1992 vereinbarten Organisationsreform – die freie Kassenwahl der Versicherten, den damit institutionalisierten *Kassenwettbewerb* und den kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) – unverändert. Erst als die Fehlsteuerungen des Wettbewerbsmodells zu massiven Verwerfungen im GKV-System führten, nahmen die Regierungsparteien Änderungen im Hinblick auf das Kassenwahlrecht und den RSA vor (s.u.), allerdings ohne den mit der Organisationsreform seinerzeit eingeschlagenen Weg grundsätzlich in Frage zu stellen.

Ebenso wurde unter Rot-Grün auch die *Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungsanbieter* fortgesetzt. Dafür steht die Wiedereinführung der Praxisbudgets in der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere aber die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) bei der Vergütung von Krankenhausleistungen, die man mit guten Gründen als Kernstück des GKV-GRG 2000 bezeichnen kann. Zum 1.1.2004 sollen nunmehr sämtliche Leistungen des Krankenhauses – mit Ausnahme psychiatrischer Leistungen – auf der Grundlage von Pauschalen vergütet werden; bisher hatte der pauschalierte Anteil nur etwa 25 % der Krankenhauskosten erfasst. Mit der DRG-Einführung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, einen Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer zu schaffen, die Ressourcenallokation in der stationären Versorgung am tatsächlichen Behandlungsaufwand auszurichten und auf diese Weise Wirtschaftlichkeitsreserven in der medizinischen Versorgung zu erschließen (hierzu z.B. Simon 2002, Neubauer 2002).

Daneben sieht das GKV-GRG 2000 eine Reihe von Bestimmungen vor, die die *Etablierung innovativer Versorgungsformen* ermöglichen bzw. erleichtern sollen. Auch diese Maßnahmen zielen darauf, die Effizienz der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Im Zentrum steht dabei das Ziel, die hausärztliche Versorgung und den Aufbau integrierter Versorgungsformen zu stärken. Zu diesem Zweck bediente sich das GKV-GRG 2000 einer Kombination unterschiedlicher Interventionsinstrumente. Zum einen wurden die Handlungsmöglichkeiten der Kassen erweitert. Nunmehr können Verträge zur sektorübergreifenden Versorgung (§ 140a-h SGB V) ohne Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit einzelnen Leistungsanbietern bzw. Gruppen von Leistungsanbietern

geschlossen werden. Dies gilt auch für Modellvorhaben (§ 64 SGB V), bei denen die KVen zuvor nur unter bestimmten Bedingungen umgangen werden konnten. Zum anderen wurden neue Anreize für Ärzte und Patienten geschaffen, z.T. auch neue Pflichten formuliert, um die hausärztliche Versorgung zu stärken. Dazu zählt die den Krankenkassen eingeräumte Möglichkeit, Versicherten, die sich im Krankheitsfall zur Erstinanspruchnahme ihres Hausarzt verpflichten, einen Bonus zu gewähren, dessen Höhe sich nach den erzielten Einsparungen richten soll (§ 65a SGB V). Darüber hinaus verfügte der Gesetzgeber eine Trennung von hausärztlichem und gebietsärztlichem Honorartopf (§ 85 Abs. 4 SGB V), um die Hausärzte von der vor allem facharztinduzierten Punktwertdegression in der ambulanten Versorgung abzukoppeln und auf diese Weise ihre Einkommen im Vergleich zu denen der Gebietsärzte zu erhöhen. Schließlich sind die Gebietsärzte nun verpflichtet, dem von den Patienten gewählten Hausarzt auf deren Einwilligung hin über die erfolgte Behandlung zu berichten (§ 73 Abs. 1b SGB V). Der wohl bedeutendste Anreiz zur Etablierung neuer Versorgungsformen ist allerdings die erst im Zusammenhang mit der RSA-Reform auf den Weg gebrachte Einführung von Disease-Management-Programmen (DMPs) (s.u.).

Die skizzierten Maßnahmen zur Reform von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen wurden begleitet von verstärkten Bemühungen, die Versorgungsqualität durch einschlägige gesetzliche Vorgaben zu verbessern. Dazu zählten vor allem die nunmehr konkretisierten Pflichten der Leistungsanbieter zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements (§§ 135ff. SGB V). Dies betraf insbesondere die stationäre Versorgung. Mit dem »Ausschuss Krankenhaus« (§ 137c SGB V) wurde nun auch in diesem Bereich ein Gremium geschaffen, dessen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung jenen vergleichbar sind, die der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die ambulante Versorgung wahrnimmt. Der »Ausschuss Krankenhaus« soll Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Krankenhaus zu Lasten der Krankenkassen angewandt werden (sollen), daraufhin überprüfen, »ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind« (§ 137c Abs. 1 SGB V). Das im April 2002 in Kraft getretene Fallpauschalengesetz (BGBl. I: 1412), das die Modalitäten der DRG-Einführung regelt, erweiterte im Vergleich zum GKV-GRG 2000 noch einmal die Anforderungen an die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. So haben Finanzierungsträger und Leistungserbringer nun bundesweit geltende Mindestanforderungen für die Struktur- und Ergebnisqualität von Leistungen zugelassener

Krankenhäuser festzulegen und in diesem Zusammenhang u.a. bestimmte Mindestmengen (z.B. Operationszahlen pro Jahr) je Krankenhaus oder Arzt für solche Leistungen zu vereinbaren, bei denen ein Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität besteht (§ 137 Abs. 1 SGB V). Die Krankenhäuser werden verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, der u.a. Angaben über den Stand der Qualitätssicherung, über Art und Anzahl der erbrachten Leistungen sowie über die Umsetzung der Mindestmengenregelungen enthalten muss (§ 137 Abs. 1 SGB V). Gleichzeitig werden die Prüfrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ausgeweitet (§ 17c Abs. 2 KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Von erheblicher Bedeutung ist darüber hinaus die mit dem GKV-GRG 2000 erfolgte Einrichtung des »Koordinierungsausschusses« (§ 137e SGB V). Er soll für krankheitsbezogene, sektorübergreifende Aspekte der Krankenbehandlung Regelungen treffen bzw. Empfehlungen abgeben, insbesondere »auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien« verbindliche Kriterien für eine »zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten je Jahr beschließen« (§ 137e Abs. 3 SGB V). Darin wird das Bestreben deutlich, das medizinische Leistungsgeschehen künftig an den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin auszurichten. Auch die erneut ins Sozialgesetzbuch aufgenommene Einführung einer Positivliste der verordnungsfähigen Arzneimittel (§ 33a SGB V) zielt auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Hervorzuheben ist ferner die Wiederaufwertung von *Primärprävention und Gesundheitsförderung* als Aufgabenfeld der Krankenkassen (§ 20 SGB V). Nachdem ihnen 1996 entsprechende Handlungsmöglichkeiten weitgehend entzogen worden waren, können sie nun wieder Leistungen zur primären Prävention anbieten (§ 20 Abs. 1 SGB V) und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführen (§ 20 Abs. 2 SGB V). Dass ihre Aktivitäten sich darauf richten sollen, nicht nur den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern, sondern insbesondere auch einen Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten (§ 20 Abs. 1 SGB V), ist eine sehr weitreichende und innovative Bestimmung, die in der Geschichte des deutschen Krankenversicherungsrecht ihresgleichen sucht. Die Krankenkassen haben einheitlich und gemeinsam prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu beschließen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik der Maßnahmen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Allerdings ist das den Kassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung eingeräumte Ausgabenvolumen mit 2,56 €

pro Versicherten und Jahr denkbar knapp bemessen. Dieser Betrag macht weit weniger als die Hälfte der Summe aus, die bereits Mitte der 90er Jahre für diesen Bereich ausgegeben worden war (Lenhardt 1997: 12ff.; Priester 1999: 138). Zudem verzichtete der Gesetzgeber auf die Wiederaufnahme eines Rechtsanspruchs der Versicherten auf Leistungen zur Gesundheitsförderung (hierzu: Priester 1999).

Das GKV-GRG 2000 setzte schließlich den Trend zu einer sukzessiven *Stärkung der Krankenkassen* gegenüber den Leistungserbringern fort. Sie kommt vor allem in der Erweiterung ihrer vertragspolitischen Handlungsmöglichkeiten bei der Vereinbarung von Modellvorhaben (§ 64 SGB V) und integrierten Versorgungsformen (§ 140b SGB V) zum Ausdruck. Aber auch unter einer Reihe weiterer Aspekte wurde der Einfluss der Krankenkassen ausgeweitet – etwa wenn die KVen sich nun mit ihnen im Bewertungsausschuss über die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung auf die Vertragsärzte, insbesondere zur Festlegung der Größe des hausärztlichen und des fachärztlichen Honorartopfes, zu einigen haben (§ 85 Abs. 4a SGB V), während sie zuvor de facto autonom darüber entscheiden konnten. Die Finanzierungsträger sollen so stärker auf die Bedingungen der Leistungserbringung Einfluss nehmen (vom »payer« zum »player«) und sich dabei vor allem gegenüber den KVen, die in der Vergangenheit Innovationen häufig blockiert haben, durchsetzen können. Offenkundig weist auch Rot-Grün den Kassen eine Schlüsselrolle bei der Exekution der staatlicherseits vorgegebenen Ausgabenbegrenzungsziele und bei der Modernisierung der Versorgungsstrukturen zu.

Allerdings blieb der Kompetenzzuwachs der Kassen auch deutlich hinter den von diesen erhobenen Forderungen zurück. In der ambulanten Versorgung ist dies zum einen darauf zurückzuführen, dass politische Entscheidungsträger gemeinhin den Einfluss der Ärzte auf die öffentliche Meinung fürchten und daher eine weitergehende Machtumverteilung zu Lasten der Vertragsärzteschaft scheuen; in der stationären Versorgung verfügen die Bundesländer über verfassungsrechtlich geschützte Kompetenzen auf dem Gebiet der Krankenhausplanung, von denen Abstriche zu machen sie nicht bereit sind.

Die skizzierten Bemühungen um erweiterte Optionen und neue Anreize für die Schaffung neuer Versorgungsformen sowie die Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssicherung sind nicht einfach nur eine Reaktion auf die erwähnten Befunde über die seit langem bekannten Versorgungsmängel im deutschen Gesundheitswesen. Vielmehr gewinnen sie eine spezifische Bedeutung im Kontext der skizzierten gesundheitspolitischen Handlungsstrategie. Zum einen waren es in erster Linie diese Maßnahmen, mit deren Hilfe Rot-Grün die Effizienz im Versorgungssystem

steigern wollte. Dabei schwang stets die Hoffnung mit, auf diesem Wege nicht nur eine bessere Versorgung gewährleisten, sondern auch Ausgaben reduzieren zu können. Zum anderen handelt es sich bei einem Teil dieser Maßnahmen aber auch um eine Reaktion auf die wahrgenommenen oder aufgrund bisheriger Erfahrungen antizipierten Fehlsteuerungen, die von Budgets, von Pauschalvergütungen und vom Kassenwettbewerb ausgehen. Die verbindliche Formulierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung soll im rot-grünen Modernisierungskonzept den von den finanziellen Steuerungsinstrumenten ausgehenden Anreizen zu einer Minderung der Versorgungsqualität – also der Kosteneinsparung durch vorzeitige Entlassungen oder Verlegungen von Patienten, durch die Selektion einfacher Behandlungsfälle, durch das Unterlassen von Leistungen etc. – entgegenwirken. Besonders deutlich wird diese Funktion von Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Einführung von DRGs (z.B. Freytag 2001; Längen/Lauterbach 2002). Ihre formalrechtliche Aufwertung lässt sich vor diesem Hintergrund auch als ein Pendant der skizzierten Ökonomisierung von Gesundheitspolitik begreifen – womit freilich noch nichts über ihre Wirksamkeit im Versorgungsalltag ausgesagt ist.

2.2 *Zwischen Schadensbegrenzung und politischer Gestaltung: Reform des Risikostrukturausgleichs und Arzneimittelpolitik*

Nach der Verabschiedung des GKV-GRG 2000 war klar, dass bis zur Bundestagswahl nicht mehr mit größeren Gesetzesvorhaben zu rechnen sein würde. Dennoch bedeutete dies keineswegs das Ende gesetzgeberischer Aktivitäten in der Gesundheitspolitik. Vielmehr zeichneten sich – hervorgerufen vor allem durch das Festhalten an der geschaffenen Wettbewerbsordnung und durch die Praxis der Budgetierung – eine Reihe von Steuerungsproblemen ab, die den Gesetzgeber zu neuerlichen Interventionen veranlassten. Sie betrafen vor allem zwei Bereiche: den Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen einerseits, die Arzneimittelversorgung andererseits. Die Kumulation dieser Probleme führte dazu, dass es in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode eher um die nachträgliche Korrektur sichtbar gewordener Fehlentwicklungen als um positive Gestaltungsleistungen ging. Im Vordergrund stand nunmehr das Ziel der Regierungsparteien, das Thema Gesundheitspolitik aus dem Wahlkampf herauszuhalten. Bei der Korrektur von Fehlentwicklungen war Rot-Grün allerdings auch darum bemüht, auf eine verbesserte Versorgungsqualität zielende Instrumente in die verabschiedeten Maßnahmenpakete einzuziehen – sowohl bei der Reform des RSA als auch bei der Begrenzung der Arzneimittelausgaben. Diese neue Phase gesundheitspolitischer

Aktivitäten fällt zeitlich in etwa mit dem Ministerwechsel von Fischer zu Schmidt zusammen, hat mit ihm recht eigentlich aber nur wenig zu tun.

Wettbewerb und Risikostrukturausgleich

Recht bald nach der Einführung der freien Kassenwahl war deutlich geworden, dass die Implementation der mit dem GSG beschlossenen Reform der GKV-Organisation zu neuen Verwerfungen in der Kassenlandschaft führte, die schließlich die Funktionsweise des gesamten GKV-Systems und dessen Legitimation in Frage zu stellen drohten. Das Umwerben günstiger Risiken führte zu einer »Risikoentmischung«, in deren Folge die Beitragssätze wieder zunehmend auseinander klafften (Lauterbach/Wille 2001; Jacobs et al. 2001). Ohne staatliche Eingriffe drohte ein Teufelskreis aus immer neuen Beitragssatzanhebungen und Mitgliederabwanderungen. Zu den bedenklichen Auswirkungen dieses Anreizsystems zählte auch, dass die Kassen sich angesichts der erheblichen Wettbewerbsvorteile, die eine erfolgreiche Risikoselektion versprach, nicht in der erhofften Intensität um die Schaffung effizienterer Versorgungsformen bemühten. Vor diesem Hintergrund war eine Reform des RSA unausweichlich geworden.

Das 2001 schließlich verabschiedete Maßnahmenpaket (BGBl. I: 3465) verfolgt das Ziel, die Morbidität der Versicherten stärker zu berücksichtigen, so die Anreize zur Risikoselektion zu vermindern und gleichzeitig das Interesse der Kassen an einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker zu erhöhen. Bei Versicherten, deren Behandlungskosten höher als 20 450 € pro Jahr (ohne ambulante Behandlung) sind, werden die diesen Schwellenwert überschreitenden Ausgaben seit dem 1.1.2002 teilweise von der Solidargemeinschaft der Kassen und nicht mehr allein von der versichernden Krankenkasse getragen; außerdem erhalten die Kassen aus dem Finanzausgleich zusätzliche Mittel, wenn sie ihre chronisch kranken Versicherten im Rahmen von DMPs versorgen, die zunächst für Diabetes und Brustkrebs aufgelegt werden; schließlich soll ab 2007 der Risikostrukturausgleich vollständig am Morbiditätsstatus der Versicherten ausgerichtet werden.

Grundsätzlich erscheint die RSA-Reform als ein sinnvoller Schritt, weil sie einen Versuch darstellt, das Interesse der Krankenkassen und die finanziellen Ressourcen der GKV auf eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker zu lenken. Treten die erhofften Wirkungen ein, so dürften sich auch die sozialpolitisch unverträglichen Beitragssatzspannen zwischen den Krankenkassen wieder verringern. Allerdings sollten die Effekte der Reform auch nicht überschätzt werden. Zum einen werden die finanziellen Umverteilungseffekte geringer ausfallen als erwartet, vor allem weil

sich die DMPs nur auf einen Teil der chronisch Kranken erstrecken und zudem nur ein Teil der betreffenden Versicherten davon zu überzeugen sein wird, sich im Rahmen derartiger Programme behandeln zu lassen. Zum anderen wird der Anreiz zur Risikoselektion auch unter dem reformierten RSA keineswegs beseitigt werden, denn trotz Risikopools und DMPs wird eine Kasse auch künftig von einer günstigen Risikozusammensetzung profitieren. Deshalb wird auch weiterhin mit beträchtlichen, auf die unterschiedliche Risikozusammensetzung zurückzuführenden Beitragssatzunterschieden zwischen den Kassen zu rechnen sein.

Zudem birgt die RSA-Reform eine Vielzahl von Unwägbarkeiten, die sich vor allem aus der Verknüpfung von DMPs und RSA ergeben. Problematisch daran ist, dass das Verhalten und nicht mehr wie bisher nur objektiv zuschreibbare Eigenschaften der Versicherten (Einkommen, Alter, Geschlecht, Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten, Bezug einer Erwerbsminderungsrente) Eingang in den Finanzausgleich finden. Dies eröffnet den Krankenkassen eine Vielzahl von Manipulationsmöglichkeiten. Die Verknüpfung von RSA und DMP schafft für die Krankenkassen zunächst einmal den Anreiz, eine möglichst hohe Zahl von Versicherten zu bewegen, sich in derartige Programme einzuschreiben; sie schafft hingegen nicht unbedingt einen Anreiz, qualitativ hochwertige Programme aufzulegen und für die Compliance der eingeschriebenen Patienten Sorge zu tragen – zumal unklar ist, wie eine mangelhafte Compliance definiert, erfasst und beim Finanzausgleich berücksichtigt wird. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird auch abzuwarten sein, ob die DMPs tatsächlich zu einer verbesserten Ergebnisqualität bei der medizinischen Versorgung chronisch Kranker führen werden. Des Weiteren ist auch keineswegs davon auszugehen, dass es den einzelnen Kassen in gleichem Ausmaß gelingt, ihre chronisch kranken Versicherten dazu zu bewegen, sich im Rahmen derartiger Programme behandeln zu lassen. Die schichtenspezifische Ungleichverteilung von Handlungsressourcen lässt eher die Vermutung plausibel erscheinen, dass die Kassen mit dem höchsten Anteil chronisch Kranker und einem hohen Anteil einkommensschwacher Versicherter dabei auf größere Schwierigkeiten stoßen werden als ihre Konkurrenten. Je stärker sich ein solcher Effekt bemerkbar macht, desto geringer dürfte die DMP-induzierte Verringerung der Beitragssatzspannen zwischen den Kassen ausfallen. Schließlich bleibt offen, ob und inwiefern Kassen informelle Mechanismen der Diskriminierung gegenüber jenen chronisch kranken Versicherten entwickeln, die nicht bereit sind, sich in ein solches Behandlungsprogramm einzuschreiben. Bei all diesen Unwägbarkeiten zeichnet sich allerdings schon jetzt eines recht deutlich ab: dass sich die im Zusammenhang mit der

DMP-Einführung gehegten Hoffnungen auf umfangreichere Einsparungen zumindest kurzfristig nicht erfüllen dürften, sondern eher zunächst mit einem Ausgabenanstieg zu rechnen ist.

Arzneimittelversorgung und Arzneimittelbudgets

Das wohl am stärksten in der Öffentlichkeit wahrgenommene Steuerungsproblem betraf die Arzneimittelversorgung und hier wiederum die Budgetierung der Arzneimittelausgaben. In zahlreichen KVen hatte sich im Verlauf des Jahres 2000 eine Überschreitung der Budgets abgezeichnet, was nach der Gesetzeslage eine entsprechende Reduzierung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zur Folge gehabt hätte (»Kollektivregress«). Diese Regelung stieß nun auf den lauten Protest der Vertragsärzte, und auch in der Bevölkerung regte sich Unmut, weil Patienten des Öfteren die Erfahrung machten, dass Ärzte ihnen Medikamente vorenthielten, Verordnungen in das kommende Quartal zu verlegen versuchten oder ihnen nicht selten auch Medikamente auf Privatrezept verordneten (z.B. Köcher 2002).

Getragen von dem politischen Ziel, bis zur Bundestagswahl »Ruhe in den Wartezimmern« zu schaffen, hob die Regierungskoalition rückwirkend zum 1.1.2001 die Arzneimittelbudgets und die Androhung des Kollektivregresses mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (BGBl. I: 3773) auf. Statt dessen soll die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen nunmehr auf Bundes- und auf regionaler Ebene eine Obergrenze für die Arzneimittelausgaben vereinbaren und sich gleichzeitig auf die Definition von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen verständigen (§ 84 Abs. 1 u. 2 SGB V). Dazu zählen z.B. die Umstellung der Versorgung, wo möglich, auf preisgünstige Generika und der Verzicht auf die Verordnung teurer Arzneimittelinnovationen, wenn ihr therapeutischer Zusatznutzen nicht nachgewiesen oder nur gering ist. Daneben findet – wie zuvor auch – das Instrument der arztindividuellen Richtgrößen für die Arzneimittelversorgung Anwendung, die von der gemeinsamen Selbstverwaltung zu vereinbaren sind (§ 84 Abs. 6 SGB V). Bei einer Überschreitung dieser Grenze um mehr als 15 % sollen die betreffenden Ärzte beraten und für sie gegebenenfalls Kontrollen verfügt werden, bei einer Überschreitung um mehr als 25 % sollen sie finanziell zur Verantwortung gezogen werden (§ 106 Abs. 5a SGB V). Regressmaßnahmen greifen aber erst dann, wenn die Überschreitungen nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden können. Insgesamt waren dies im Vergleich zu den bisherigen Budgets »weichere« Bestimmungen, die keine wirksame Handhabe gegen weitere Ausgabensteigerungen boten. Da die Arzneimittelausgaben in der Folge stark anstiegen – sie lagen in

2001 um 11 % über dem Vorjahresniveau –, sah sich die Bundesregierung zu weiteren Maßnahmen veranlasst, die 2002 mit dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (BGBl. I: 684) auf den Weg gebracht wurden. Aber auch die nun getroffenen Regelungen – die Einführung der Aut-Idem-Regelung, die Absenkung der Festbeträge für nicht patentgeschützte Arzneimittel, die Erhöhung des den Kassen als Großabnehmern von den Apothekern einzuräumenden Rabatts auf die Arzneimittelpreise und erweiterte Empfehlungsrechte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung – konnten den Ausgabenanstieg nicht wirkungsvoll begrenzen. Dies lag u.a. daran, dass im Gesetzgebungsprozess eine Reihe von ursprünglich vorgesehenen Bestimmungen unter dem Druck der Interessenvertreter von Ärzteschaft und Pharmaindustrie stark aufgeweicht und damit neue Schlupflöcher für die Leistungsanbieter geschaffen wurden.¹ Überdies zeigte sich bei der Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen durch die gemeinsame Selbstverwaltung, dass die Vertragsärzte ihr Ordnungsverhalten überwiegend nicht an den vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen ausrichteten.

3. *Implementation und Praxiswirksamkeit von Reformvorhaben*

3.1 *Die Implementation von Innovationen – eine kursorische Bestandsaufnahme*

Die Bemühungen zur Etablierung neuer Versorgungsformen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität haben sich bisher kaum in der Praxis niedergeschlagen. Dies gilt insbesondere für die Schaffung *sektorenübergreifender Versorgungsformen* auf der Grundlage von § 140a-h SGB V. Die potentiellen Integrationsakteure haben drei Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Bestimmung so gut wie gar nicht von den neuen Handlungsspielräumen in der Vertragspolitik Gebrauch gemacht (vgl. zu den wenigen Ausnahmen: Korenke 2001). Angesichts dessen hat sich die anfängliche Euphorie im Hinblick auf die von § 140a-h SGB V ausgehenden Impulse schnell wieder gelegt.

Ernüchterung ist auch im Hinblick auf die mit der Möglichkeit zum Abschluss von Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) und Strukturverträgen (§ 73a SGB V) verbundene Innovationsdynamik eingetreten. Diese Bestimmungen sollten vor allem die Erprobung von Praxisnetzen, darunter auch Hausarztnetzen, und von indikationsbezogenen Versorgungsmodellen ermöglichen. Zwar sind seit dem Inkrafttreten dieser Regelungen eine Reihe von zumeist dem Managed-Care-Konzept verpflichteten Versorgungsformen auf den Weg gebracht worden. Allerdings haben

sich gerade die in die Etablierung von *Praxisnetzen* gesetzten Hoffnungen auf eine Qualitätsverbesserung bei ausgabenneutraler oder sogar kostengünstiger Finanzierung bisher überwiegend nicht erfüllt (hierzu und zum Folgenden z.B.: Rüschemann/Roth/Krauss 2000: 234ff., 246ff.; Bausch/Stock 2000; Häussler/Bohm 2000; Tophoven 2000, 2002; Richard 2001). Zwar lassen sich vereinzelt positive Effekte feststellen – vor allem eine Verbesserung der Präsenzzeiten in der ambulanten Versorgung, gelegentlich auch eine erhöhte Zufriedenheit von Ärzten und Patienten. Aber eine Veränderung von Versorgungsverläufen hat sich in vielen Fällen ebenso wenig eingestellt wie eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Und wenn dies doch der Fall ist, lässt sich angesichts der unzureichenden Datenlage oftmals kaum beurteilen, ob die Fortschritte auf die Behandlung durch Netzärzte oder auf andere Bestimmungsfaktoren zurückzuführen sind. Nicht selten geraten Praxisnetze nicht richtig ins Laufen oder werden wieder eingestellt, darunter mit dem BKK-/TK-Praxisnetz in Berlin auch das bundesweit prestigeträchtigste. Auch Einsparungen lassen sich in vielen Fällen nicht nachweisen oder fallen nur gering aus, zumindest in der Anfangsphase verursachen Praxisnetze üblicherweise sogar weit höhere Kosten als die Regelversorgung. Überdies sind insbesondere Praxisnetze in ihrer konzeptionellen Reichweite ohnehin begrenzt, weil sie von den Ausgabenbegrenzungszielen der Kassen überformt und daher häufig als ein Bündnis gegen das Krankenhaus konzipiert sind: Sie beschränken sich in ihrer großen Mehrheit auf eine Kooperation im ambulanten Bereich und verfolgen das Ziel, die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren, streben also eine sektorenübergreifende Versorgung gerade *nicht* an (z.B. Tophoven 2002). Insgesamt haben sich Praxisnetze bisher nicht als die Inseln erwiesen, von denen die Modernisierung des gesamten Versorgungssystems ausgeht.

Die Bilanz *indikationsbezogener Versorgungsformen* v.a. zur Versorgung chronisch Kranker fällt im Vergleich zu der von Praxisnetzen widersprüchlicher aus. In vielen Fällen entsprechen sie weit eher dem Konzept einer sektorübergreifenden Versorgung als die erwähnten Praxisnetze, auch wenn die Vermeidung von stationären Einweisungen ebenfalls ein starkes Motiv für die Schaffung derartiger Versorgungsformen ist. Inwieweit sie gegenüber der Normalversorgung zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse beitragen, lässt sich wegen der mangelhaften Datenqualität zumeist nicht mit Sicherheit feststellen. Vorliegende Befunde gehen gelegentlich von nachgewiesenen Qualitätsverbesserungen aus (z.B. Worms/Sicker 2000; aber als Gegenbeispiel: Beuser 2001: 168ff.). Nicht zuletzt konnten Ärzte und Krankenkassen bei der Konzipierung

von DMPs auf die beim Aufbau von Modellprojekten zur Diabetikerversorgung gemachten Erfahrungen zurückgreifen. Allerdings ist die Zahl indikationsbezogener Versorgungsmodelle insgesamt sehr gering und wird bisher nur ein sehr kleiner Teil der chronisch Kranken auf diesem Wege versorgt (zu den Gründen s.u.).

Auch auf dem Gebiet der *Prävention und Gesundheitsförderung* nach § 20 SGB V haben sich bisher nur geringe Fortschritte eingestellt. Dies kommt nicht zuletzt darin zum Ausdruck, dass die in diesem Zusammenhang aufgewendeten Ausgaben der Krankenkassen mit 0,91 € pro Jahr und Versicherten in 2001 ganz erheblich hinter dem mit 2,56 € ohnehin schon knapp bemessenen, gesetzlich zugestandenen Volumen zurückbleiben (Altgeld 2002). Aber Implementationsprobleme ergeben sich nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht. Nach den bisherigen Erfahrungen darf – trotz vereinzelter positiver Ansätze (Wanek/Heinrich/Chavet 2002) – bezweifelt werden, ob die Kassen sich dem gesetzlichen Auftrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in dem trotz aller Handlungsrestriktionen grundsätzlich möglichen Ausmaß zuwenden werden.

3.2 Innovationshemmnisse

Fragt man danach, inwieweit die Bemühungen um eine Modernisierung von Präventions- und Krankenversorgungspolitik praxiswirksam geworden sind, fällt die Bilanz also enttäuschend aus. Worin liegen die Ursachen für die offenkundigen Implementationsprobleme? Zwar wird man den Akteuren zubilligen müssen, dass die Durchsetzung von Innovationen in Prävention und Krankenversorgung aufgrund der erforderlichen individuellen und kollektiven Lernprozesse und der dabei unvermeidbaren Irrtümer Zeit braucht (Engelhardt/Herrmann 1999; Wanek/Heinrich/Chavet 2002). Allerdings ist der schleppende Fortschritt damit allein nicht zu erklären. Auch der häufig verwendete – und in vielerlei Hinsicht auch zutreffende – Hinweis auf die Macht der Verbände im Gesundheitswesen (z.B. Bandelow 1997: 74ff.) ist keine hinreichende Erklärung für die konstatierten Implementationsprobleme. Vielmehr ist auf eine Reihe von Innovationshemmnissen hinzuweisen, die in dem eingesetzten gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumentarium systematisch angelegt sind.

Von überragender Bedeutung sind die durch die Wettbewerbsordnung geschaffenen Interessen der Kassen. Der Zuschnitt der GKV-Wettbewerbsordnung schafft für die Kassen einen Anreiz, ihre Konkurrenz in erster Linie auf dem Wege der Selektion »guter Risiken« auszutragen.

Bedenkt man, dass in der GKV 1998 und 1999 die teuersten 10% der Versicherten, bezogen auf Krankenhausbehandlung, Krankengeld und Arzneimittel, etwa 80% der Leistungsausgaben verursachen (Winkelhake et al. 2002), so wird deutlich, welchen finanziellen Vorteil eine Krankenkasse daraus ziehen kann, wenn es ihr gelingt, den Anteil dieser Gruppe an ihrem Versichertenkreis möglichst gering zu halten. Auf diesem Wege können viel wirksamere Kostenvorteile gegenüber den Konkurrenten erzielt werden als etwa über die Schaffung effizienterer Versorgungsstrukturen. Aber Kassen halten sich mit deren Entwicklung nicht nur zurück, weil andere Strategien wirkungsvoller sind, sondern auch weil aus *gesamtgesellschaftlicher* Perspektive wünschenswerte Innovationen sich für die *einzelne* Kasse als Nachteil im Wettbewerb erweisen können. So können die Krankenkassen kein Interesse daran haben, innovative Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke aufzubauen – erst recht dann, wenn sie kostenintensiv sind – und für sie zu werben, denn sie würden Gefahr laufen, damit die teuren Patienten anderer Krankenkassen anzulocken. Kassenfunktionäre selbst räumen eine derartige Interessenlage ein, so etwa der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Ahrens: »Ein spezielles Behandlungsprogramm etwa für Diabetiker anzubieten, wäre betriebswirtschaftliches Harakiri. Eine Kasse, die damit werben würde, bekäme einen riesigen Zulauf von teuren Patienten« (Tagesspiegel v. 12.3.2001; ähnlich auch: Oldiges 1999: 220). Zugleich beklagt der Sachverständigenrat, dass in Modellprojekten gewonnene Erkenntnisse über die Verbesserung der Versorgung »oftmals nicht, verzögert oder partiell transparent gemacht [werden], um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern und Kostenträgern zu sichern« (SVRKAiG 2000/2001, Bd. 3: Ziff. 128).

Der Kassenwettbewerb etabliert also offenkundig ein Anreizsystem, dass die Entwicklung und Diffusion innovativer Versorgungsmodelle eher behindert als fördert. Aber nicht nur in der Krankenversorgungspolitik, auch in der Präventionspolitik wirkt dieses Anreizsystem als Innovationshindernis. So können die Kassen kaum ein Interesse an der Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift haben, Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere am Ziel der Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede zu orientieren (§ 20 SGB V), denn sozial Schwache sind für sie gerade wegen ihrer größeren Krankheitshäufigkeit alles andere als eine attraktive Zielgruppe (Rosenbrock 2001). Insofern existiert auch hier ein Zielkonflikt zwischen den Wettbewerbsinteressen der Kassen und einer sozialkompensatorischen Präventionspolitik (Wanek/Heinrich/Chavet 2002: 164). Unter diesen Bedingungen dürfte sich die Tendenz durchsetzen, Präventionsmaßnahmen vor allem an den

»guten Risiken« auszurichten und sich zu diesem Zweck auf die in diesem Zusammenhang weit werbewirksameren verhaltensorientierten Beratungen und Kurse zu beschränken (Rosenbrock 2001). Jenseits der Bindung bzw. Anziehung günstiger Risiken ist der auf die Kassen wirkende Anreiz für Prävention unter den Bedingungen des Wettbewerbs generell schwach. Die Durchführung von Präventionsmaßnahmen erfordert Investitionen, von denen höchst unsicher ist, ob sie sich jemals amortisieren werden: Denn ob ein Ausbau der Prävention im Lebensverlauf per Saldo Behandlungskosten sparen hilft, ist durchaus unsicher, und selbst wenn dies der Fall sein sollte, kann die heute in Präventionsmaßnahmen investierende Kasse nicht sicher sein, ob die dieses Angebot nutzenden Versicherten nicht morgen den Versicherungsträger wechseln und die unterstellten Einsparungen dann der Konkurrenz zugute kommen. In der Präventionspolitik jedenfalls ist mit einer Modellierung von Krankenkassen als egoistisch-rational kalkulierende Wirtschaftssubjekte wohl kein Staat zu machen.

Die von der GKV-Wettbewerbsordnung ausgehenden Handlungsanreize sind allerdings nicht die einzigen Innovationshindernisse. Daneben wirken noch weitere problemfeldspezifische Faktoren, die die angestrebten Modernisierungsprozesse behindern. Sie seien am Beispiel der sektorenübergreifenden Versorgung und der Erprobung neuer Versorgungsmodelle erläutert.

Beispiel 1: Sektorenübergreifende Versorgung

Die Hindernisse bei der Implementation dieser Versorgungsinnovation sind vielfältig und liegen auf unterschiedlichen Ebenen:

1. Das Interesse der beteiligten Akteure an der Schaffung integrierter Versorgungsformen ist relativ gering, wenn überhaupt vorhanden. Dies ist in erster Linie auf die geltenden Budgetierungsregelungen zurückzuführen. In der ambulanten und in der stationären Versorgung unterliegt die Vergütung von Leistungen sektoralen Ausgabenobergrenzen, die zusätzlich von Individualbudgets für Vertragsärzte und Krankenhäuser flankiert werden. Der *einzelne Vertragsarzt* hat unter den geltenden Regelleistungsvolumina, die sein individuelles Budget definieren, nur sehr geringe Möglichkeiten, die Zahl seiner Behandlungsfälle und damit die ihm für die Behandlung seiner Patienten maximal zu vergütende Gesamtpunktzahl zu erhöhen. Hinzu kommt, dass aus Sicht der Leistungserbringer bereits die gegenwärtige Vergütung sehr knapp bemessen ist. Unter diesen Budgetbedingungen und bei dem erklärten Ziel von Politik und Kassen, mit Hilfe der integrierten Versorgung Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, kann die Beteiligung an derartigen Projekten

auf Leistungserbringer kaum große Attraktivität ausüben. Weil die Gesamtvergütung für ambulante Behandlung budgetiert ist, würde die mit der Integration von Versorgungsverläufen beabsichtigte Verlagerung von Leistungen in die ambulante Versorgung für die *Vertragsärzteschaft insgesamt* ohnehin nicht zu einer Erhöhung des Gesamthonorars, sondern – über die Punktwertdegression – vielmehr zu einer verringerten Vergütung für die einzelne Leistung führen. Ein Mehr an Leistungen würde also nicht durch ein Mehr an Geld belohnt werden, so dass im Rahmen der existierenden Budgetierungs- und Vergütungsregelungen sowohl kollektiv als auch individuell kaum ein finanzieller Anreiz zum Abschluss von Integrationsverträgen besteht. Ebenso ist auch das unmittelbare finanzielle Interesse der *Krankenkassen* am Aufbau eines integrierten Versorgungssystems unter diesen Bedingungen gering, denn die sektoralen Ausgabenvolumina sind – weitgehend unabhängig vom Leistungsgeschehen – im Wesentlichen vorab festgelegt. Außerdem sind Budgets eine recht bequeme, sichere und wirksame Form der Ausgabenbegrenzung.

2. Darüber hinaus wird die Entwicklung und Vereinbarung von sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten von anderen Problemen in den Hintergrund gedrängt. Aus Sicht der *Krankenhäuser* hängt ihr wirtschaftliches Überleben in erster Linie davon ab, wie es ihnen gelingt, sich auf die Reform der Krankenhausvergütung einzustellen. Alle anderen Aspekte, darunter eben auch die der Versorgungsintegration, rücken unter diesen Bedingungen einstweilen in den Hintergrund. Für die *Krankenkassen* richtet sich das Interesse bis auf weiteres auf die mit der Reform des Risikostrukturausgleichs beschlossene Einführung von DMPs. Weil die erwarteten finanziellen Umverteilungswirkungen ihre Wettbewerbsposition stark beeinflussen können, wird es von allen Kassen als Gebot der Stunde angesehen, hier mit geeigneten Programmen rechtzeitig am Start zu sein. Eine parallele Konzipierung und Implementation von Projekten zur integrierten Versorgung nach § 140a-h SGB V hätte die organisationsinternen Problembewältigungskapazitäten sowohl von Krankenhäusern als auch von Krankenkassen überfordert.

3. Als bedeutendes Hindernis erweist sich das Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung, denn die Übernahme von sektorenübergreifender Budgetverantwortung durch Leistungserbringer bzw. Gruppen von Leistungserbringern verlangt eine – an der Morbidität orientierte – Pauschalierung und Vereinheitlichung der Entgeltsysteme. Die Einzel Leistungsvergütung in der ambulanten Versorgung stellt für alle anderen Gruppen, die im Rahmen von integrierten Versorgungsformen mit niedergelassenen Ärzten zukünftig kooperieren könnten, ein unkalkulierbares wirtschaftliches Risiko dar.

4. Hinzu kommt als erhebliches Innovationshemmnis das mit § 140 a-h SGB V in der ambulanten Versorgung geschaffene Nebeneinander kollektivvertraglich geregelter Versorgungsstrukturen (also der traditionellen Regelversorgung mit den KVen als obligatorischen Vertragspartnern) und individualvertraglich geregelter Versorgungsstrukturen (also der im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung auf der Basis von Einzelverträgen von Vertragsärzten erbrachten ambulanten Leistungen). Daraus erwächst – zumindest bei einer sektoralen Budgetierung – für diejenigen Kassen, die Verträge zur sektorenübergreifenden Versorgung abschließen wollen, die Notwendigkeit, sich mit den KVen über die Bereinigung der budgetierten Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung zu einigen. Dies hat für den Abschluss einschlägiger Versorgungsverträge zur Konsequenz, dass die KVen beim Abschluss solcher Vereinbarungen nun wieder »im Boot« sind. Sie werden gleichsam durch die Hintertür wieder zum obligatorischen Vertragspartner – und dies, obwohl der Gesetzgeber die Möglichkeit zur Umgehung der KVen und der mit ihrem Vertragsmonopol verknüpften Blockademacht als wesentliche Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen zur sektorenübergreifenden Versorgung angesehen hatte.

Beispiel 2: Praxisnetze und indikationsbezogene Versorgungsmodelle

Etwas anders sind die Gründe für das weitgehende Scheitern von Praxisnetzen gelagert. Bei der Suche nach den Ursachen für die überwiegend enttäuschenden Zwischenbilanzen rücken neben den skizzierten wettbewerblichen Anreizen die Organisationsmerkmale von Praxisnetzen und der institutionelle Ordnungsrahmen der GKV in den Mittelpunkt. Praxisnetze verfolgen das Ziel, etablierte Behandlungsroutinen und -verläufe in der medizinischen Versorgung, die sich in der ärztlichen Ausbildung und Sozialisation eingeschliffen haben oder durch finanzielle Anreize oder institutionelle Rahmenbedingungen gestützt werden, zu verändern. Ihrer organisatorischen Gestalt nach handelt es sich bei Praxisnetzen um einen lockeren, horizontalen Zusammenschluss selbständiger Unternehmer. Die bisher etablierten Managementstrukturen erweisen sich für eine wirksame Steuerung des Leistungsgeschehens als unzureichend (z.B. Rüschemann/Roth/Krauss 2000; Richard 2001; Tophoven/Lieschke 2003), und zwar in zweierlei Hinsicht:

- In aller Regel mangelt es dem Management an Professionalität, d.h. vor allem an informationellen und personellen Ressourcen, um interne Transparenz über das Leistungsgeschehen herstellen, mögliche Schwachstellen im Versorgungsprozess identifizieren und die Ärzte zu einer Anwendung von Behandlungsleitlinien anzuhalten.

- Es fehlt dem Netzmanagement an wirksamen Entscheidungsbefugnissen im Hinblick auf die Leistungssteuerung und, darin eingeschlossen, an Sanktionsmöglichkeiten gegenüber solchen Netzakteuren, die sich nicht an die getroffenen Prozess- und Zielvereinbarungen halten.

Das Fehlen von Sanktionsmöglichkeiten – und von geeigneten Anreizmechanismen – betrifft aber nicht nur die Leistungserbringung von Ärzten, sondern auch das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten. Denn in einer ganzen Reihe von Netzen erweist es sich als ein Problem, dass ein relevanter Anteil der Patienten netzexterne Leistungsanbieter aufsucht (z.B. Bausch/Stock 2000). Gerade die von den Netzinitiatoren vielfach angestrebte Budgetverantwortung für die Versorgung eines Patientenkollektivs bleibt so lange ein unkalkulierbares Risiko, wie weder das Verhalten von Ärzten noch von Patienten durch ein professionelles Management wirksam gesteuert wird (Tophoven 2000). Insgesamt zeigt sich, dass der Steuerungsbedarf von Praxisnetzen stark unterschätzt worden ist.

Vor diesem Hintergrund wundert es nicht, dass wichtige Innovationsprojekte in der Versorgungs- und Präventionspolitik sich schnell im Gestrüpp der Wettbewerbsanreize sowie der geltenden Budgetierungs- und Vergütungsregelungen verfangen. Deutlich wird, dass die Konzipierung, Implementation und Diffusion integrierter Versorgungsmodelle und sozialkompensatorischer Präventionskonzepte komplexe Voraussetzungen hat und es mit der bloßen Erweiterung von gesetzlich eingeräumten Kompetenzen zur Vertragsgestaltung nicht getan ist. Der wichtigste Grund für die konstatierten Implementationsprobleme liegt darin, dass zentrale Steuerungsinstrumente in Widerspruch zu einzelnen Steuerungszielen geraten: Vor allem die sektorale Budgetierung und der Zuschnitt der geschaffenen GKV-Wettbewerbsordnung bringen eine Reihe von Handlungszwängen und Anreizen hervor, deren Zusammenwirken die Durchsetzung von wünschenswerten Innovationen eher behindert als fördert. Bei diesen Widersprüchen handelt es sich nicht einfach nur um »handwerkliche« Fehler politischer Entscheidungsträger, die man zu den kaum vermeidbaren Begleiterscheinungen komplexer Steuerungsversuche rechnen mag. Vielmehr stehen die Implementationsprobleme vor allem im Zusammenhang mit der skizzierten Grundentscheidung für ein stark am ökonomischen Wettbewerb ausgerichtetes Gesundheitssystem und sind insofern auch kein Problem rot-grüner Gesundheitspolitik allein. Hinzu kommt das auch aus anderen Politikfeldern bekannte Problem, dass im Verlauf von Gesetzgebungsprozessen eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure mit jeweils eigenen Interessen und Probleminterpretationen

Einfluss auf politische Handlungsprogramme nehmen. Die dabei üblichen Kompromisse können zu einer Inkonsistenz des Steuerungsinstrumentariums führen bzw. eine solche Inkonsistenz verstärken (z.B. für die Krankenhauspolitik: Simon 2000). Auf den hier erörterten Problemfeldern wird dies insbesondere im Hinblick auf die sektoralen Budgets deutlich, war deren Beibehaltung doch im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses durch den Bundesrat de facto erzwungen worden.

3.3 *Mit Budgets und Pauschalen auf dem Weg in die implizite Rationierung?*

Unter Versorgungsgesichtspunkten ist aber nicht nur die Schaffung von innovativen Versorgungsmodellen von Interesse, sondern auch die Frage nach den Auswirkungen von Budgets und Pauschalen als den zentralen quantitativen Steuerungsinstrumenten für die Leistungserbringung. Budgets und Pauschalen sind eine Reaktion auf die Erfahrung, dass Ärzte ohne Instrumente einer administrativen Ausgabenbegrenzung dazu neigen, Diagnostik und Therapie medizinisch unbegründet auszuweiten. Zwar ist es plausibel, davon auszugehen, dass die in der Vergangenheit eingesetzten Vergütungsformen (Selbstkostendeckungsprinzip im stationären, Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor – und dies alles bei einem löchrigen oder gar vollständig fehlenden Finanzdeckel) zu bis in die Gegenwart fortwirkenden Versorgungsgewohnheiten und -strukturen geführt haben, die das Maß des medizinisch Notwendigen überschreiten. Daraus ließe sich die Schlussfolgerung ableiten, daß auch das gegenwärtig zur Verfügung gestellte Finanzvolumen für die Versorgung mit allem Notwendigen grundsätzlich ausreicht. Allerdings besteht das eigentliche Problem der Budgets – gleich, ob sie global, sektoral oder für die einzelnen Leistungsanbieter formuliert werden – darin, dass ihr Volumen nicht an einem zu ermittelnden Versorgungsbedarf, sondern mit der Beitragssatzstabilität an einer volkswirtschaftlichen Bestimmungsgröße ausgerichtet sind. Hinzu kommt, dass sie gleichsam als Heckenschnitt wirken und nicht mit adäquaten Instrumenten der Feinsteuerung versehen sind. Daher können sie – auch wenn das Ausgabenvolumen für eine notwendige Versorgung ausreichen mag – auch nicht gewährleisten, dass genau auf diejenigen Leistungen verzichtet wird, die aus guten Gründen als nicht notwendig gelten können (Kühn 2001).

Ob und in welchem Umfang Ärzte Patienten medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten ist gesundheitspolitisch sehr umstritten und überdies eine außerordentlich schwer zu beantwortende Frage, denn die Intimität der Arzt-Patient-Beziehung und die Definitionsmacht des Arztes

im Hinblick auf die Diagnose und Therapie von Krankheit stellen methodisch nur schwer zu überwindende Hürden bei deren empirischer Untersuchung dar. Ungeachtet dessen gibt es harte Hinweise darauf, dass medizinisch nicht indizierte Leistungsverweigerungen mittlerweile in einem durchaus beträchtlich zu nennenden Umfang vorkommen. So gaben bei einer Befragung einer repräsentativen Stichprobe von knapp 10 000 Versicherten einer großen Krankenkasse 27,4% der antwortenden Befragten an, dass ihnen im 4. Quartal 1999 in der ambulanten Behandlung mindestens eine Leistung vorenthalten worden sei (Braun 2000: 78). Bei der Hälfte von ihnen geschah dies unter ausdrücklichem Hinweis auf vorhandene Budgetgrenzen (Braun 2000: 98; siehe auch: Köcher 2002). Im Zusammenhang mit der Einführung von Budgets und Pauschalen im stationären Sektor seit Mitte der 90er Jahre ist gezeigt worden, dass Ärzte und Krankenhausleitungen Entscheidungen über die medizinische Versorgung verstärkt an ökonomischen Nutzenerwägungen ausrichten. Dies äußert sich u.a. in der vorzeitigen Entlassung von Patienten, in der Weigerung, Patienten aufzunehmen, und in der Verschiebung von Operationen (Simon 2001).

Ob die skizzierte Ausweitung der gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung diesen Tendenzen ausreichend entgegenwirken kann, lässt sich aus gegenwärtiger Perspektive nicht abschließend beurteilen – allein schon deshalb nicht, weil sie bisher kaum oder gar nicht Eingang in den Versorgungsalltag gefunden haben. Ungeachtet dessen ist hier eine starke Skepsis angebracht. Als grundsätzlich problematisch erscheint es, ein Finanzierungs- und Vergütungssystem so auszurichten, dass starke finanzielle Anreize zu einer Qualitätsminderung entstehen, um diesen anschließend auf dem Wege der administrativen Kontrolle begegnen zu wollen. Denn gerade die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung und die ärztliche Definitionsmacht im Hinblick auf den Behandlungsbedarf schaffen günstige Bedingungen für eine Vielzahl von Ausweichreaktionen, mit denen das Leistungsgeschehen an den eigenen finanziellen Interessen ausgerichtet werden kann.

3.4 Zur Finanzentwicklung der GKV

Ihr erklärtes Ziel, die GKV-Beitragssätze stabil zu halten, hat die rot-grüne Bundesregierung nicht erreicht. Lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz 1998 – und dies bis weit in das Jahr 2001 hinein – noch bei 13,6%, so belief er sich am 1.1.2002 auf 14,0%. Ein weiterer Anstieg im Jahr 2003 gilt als sicher; Schätzungen gehen von einem Beitragssatz von 14,2% bis 14,3% aus (Frankfurter Rundschau v. 28.11.2002).

Der Beitragssatzanstieg ist – wie in den vorangegangenen Jahren zu-
meist auch – in erster Linie auf eine Erosion der Einnahmen und nur
zum Teil auf die Ausgabenentwicklung in der GKV zurückzuführen. Der
Ausgabenanstieg in der GKV fällt auch zwischen 1998 und 2001 insge-
samt moderat aus, liegt allerdings in den Jahren 2001 mit 3,7% und wohl
auch in 2002 – hier wird mit einem Ausgabenanstieg von 3,0% gerech-
net – deutlich über dem der Vorjahre. Der weitaus größte Teil dieses Zu-
wachses entfällt auf die Arzneimittelversorgung, die nach der Aufhebung
der Budgets im Jahr 2001 einen Ausgabenzuwachs von 10,4% gegen-
über dem Vorjahr verzeichnete. Die Steigerungsraten bei den anderen
quantitativ bedeutenden Leistungsarten (ambulante Versorgung, station-
näre Versorgung, zahnärztliche Versorgung) blieben zwischen 1998 und
2001 insgesamt recht deutlich hinter denen des Arzneimittelsektors
zurück. In diesem Zeitraum lag der Zuwachs der GKV-Ausgaben
geringfügig über dem des Bruttoinlandsprodukt (BIP). Gemessen am
BIP sind die Gesamtausgaben der GKV zwischen 1998 und 2001 von
6,61% auf 6,73% gestiegen – dabei waren es 1996 auch schon einmal
6,98% gewesen.

Tabelle 1

*Ausgaben, beitragspflichtige Einnahmen und Beitragssatzentwicklung in der
Gesetzlichen Krankenversicherung sowie Veränderung des Bruttoinlandsprodukts
1998-2002*

Jahr	GKV- Ausgaben insgesamt	Beitrags- pflichtige Einnahmen in der GKV	Brutto- inlands- produkt	GKV-Ausgaben als Anteil am Bruttoinlands- produkt	Durchschnittl. allgemeiner Beitragssatz zur GKV
	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %			in %	in %
1998	1,74	0,99	3,09	6,61	13,54
1999	2,70	2,14	2,33	6,63	13,54
2000	2,22	2,07	2,59	6,61	13,52
2001	3,71	1,33	1,85	6,73	13,50 ¹
2002	–	–	–	–	14,00 ¹
1998-2001 (Ø)	2,88	1,85	2,26	–	–

¹ Jeweils am 1.1. des Jahres

Berechnungsbasis: Jeweilige Preise.

*Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von: BMG 2002; Statistisches
Bundesamt 2002.*

Der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV hinkte in den zurückliegenden vier Jahren nicht nur hinter den Ausgaben, sondern auch hinter der Entwicklung des BIP her. Die Einnahmeschwäche der Kassen wird sich auch 2002 mit einem erwarteten Anstieg von nur etwa 1 % fortgesetzt haben. Neben der lahmen Konjunktur wirkt sich hier vor allem der Verlust von Mitgliedern an die PKV negativ auf die Finanzsituation der Kassen aus. Allein zwischen dem 1.1.1998 und dem 31.12.2001 verzeichnete die PKV bei den Vollversicherten per Saldo einen Wanderungsgewinn von knapp 740 000 Personen aus der GKV (PKV 2002: 14) – dies sind mehr als 1 % des gesamten Versichertenbestandes der gesetzlichen Krankenkassen. Im Jahr 2002 dürfte sich dieser Trend sogar noch verstärkt haben. Diese Abwanderung trifft die GKV vor allem deshalb empfindlich, weil die Wechsler nicht nur gut verdienen, sondern zumeist auch jung sind und im Durchschnitt einen geringen Behandlungsbedarf aufweisen.

5. *Anmerkungen zum Verhältnis rot-grüner und konservativ-liberaler Gesundheitspolitik*

Oben ist gezeigt worden, dass sich in der konservativ-liberalen und der rot-grünen Gesundheitspolitik unterschiedliche Leitbilder identifizieren lassen. Allerdings bedeutet diese Feststellung nicht, dass nicht auch Übereinstimmungen zwischen den beiden Handlungsstrategien bestünden. Diese sind sogar durchaus größer, als es die mediale Inszenierung politischer Kontroversen oft glauben machen will. Insgesamt betrachtet weist rot-grüne Gesundheitspolitik im Verhältnis zur Politik der Vorgängerregierungen sowohl Kontinuitätselemente als auch neue Akzente auf.

Kontinuität existiert nicht nur im Hinblick auf das Ziel der Beitragssatzstabilität, sondern auch im Hinblick auf die Wahl der Steuerungsinstrumente. Ebenso wie der konservativ-liberalen Koalition gelten auch der rot-grünen Regierung die freie Kassenwahl der Versicherten und der damit institutionalisierte Kassenwettbewerb als unverzichtbare Instrumente für die Gewährleistung einer kostengünstigen und qualitativ hochwertigen Versorgung. Auch die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungsanbieter und die Stärkung der Kassenseite gegenüber den Leistungsanbietern wurde fortgesetzt. Die strategische Entscheidung, die individuellen Handlungsanreize von Finanzierungsträgern und Leistungserbringern am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung auszurichten, zu diesem Zweck die Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungserbringern stärker an marktwirtschaftlichen Mustern zu orientieren, dabei aber – und dies nicht nur als Konzession

an die gewachsenen Strukturen und Machtverhältnisse in der GKV, sondern vor allem auch mit dem Ziel der Korrektur wahrgenommener oder antizipierter Fehlsteuerungen, die mit privatwirtschaftlichen Wettbewerbsmechanismen sowie Budgets und pauschalierter Vergütung einher gehen – kollektivvertragliche Steuerungselemente keinesfalls aufzugeben (hierzu: Gerlinger 2002), ist im Grundsatz zwischen ehemaligen und jetzigen Regierungsparteien nicht wirklich umstritten.

Der sicherlich bedeutendste Unterschied zwischen konservativ-liberaler und rot-grüner Gesundheitspolitik besteht in der Frage, ob der Patient als Steuerungsinstante in das System individueller ökonomischer Handlungsanreize integriert werden soll oder nicht – also: ob der Rechtsanspruch auf einen alles medizinisch Notwendige umfassenden Leistungskatalog aufrecht erhalten oder die Patienten stärker an ihren individuellen Behandlungskosten beteiligt werden sollen. Sie ist nicht nur versorgungspolitisch überaus relevant, sondern kann auch erhebliche Rückwirkungen auf das Beziehungsgeflecht von Kassen, Leistungserbringern und Versicherten haben, weil sie den Versorgungsbereich einengt, für den die Kassen gleichsam in Vertretung ihrer Versicherten verbindliche, kollektivvertragliche Regelungen mit den Leistungsanbietern treffen.

Neue Akzente bestehen zum einen in der Stärkung von Solidarelementen, die in der erwähnten Rücknahme von Maßnahmen zur Kostenprivatisierung zum Ausdruck kommt, zum anderen aber auch in den verstärkten Bemühungen, die Versorgungsstrukturen durch die gesetzliche Schaffung zielführender Handlungsanreize und durch die Erweiterung von Handlungskompetenzen zu verbessern sowie den Leistungsanbietern auf dem Gesetzeswege neue Pflichten zur Verbesserung der Versorgungsqualität aufzuerlegen. Zwar waren Maßnahmen zur Modernisierung von Versorgungsstrukturen, etwa zur Integration von ambulanter und stationärer Versorgung sowie zur Stärkung des Hausarztes bereits im GSG und in der »dritten Stufe« der Gesundheitsreform auf den Weg gebracht worden, allerdings wurden sie nun spürbar forciert.

5. *Ein Ausblick auf die 15. Legislaturperiode*

Der Koalitionsvertrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen für die 15. Legislaturperiode (2002) lässt erste Konturen künftiger Reformpolitik im Gesundheitswesen deutlich werden. Zwar müssen sich die politischen Akteure daran nicht unbedingt orientieren, denn ihre Handlungsprogramme können sich in der Zeit ändern, und auch wenn dies nicht der Fall ist, ist nicht ohne weiteres davon auszugehen, dass sich die dort formulierten Vorhaben verwirklichen lassen – wofür es in der jüngeren

Geschichte der Gesundheitspolitik im Übrigen auch genügend Beispiele gibt. Dennoch ist der Koalitionsvertrag insofern von Interesse, als er – wenn auch in groben Zügen – den Stand der konzeptionellen Überlegungen zum Ausdruck bringt.

Zieht man also dieses Papier heran, so ist mit einem hohen Maß an Kontinuität gegenüber der bisherigen Gesundheitspolitik von Rot-Grün zu rechnen (Koalitionsvertrag 2002: 53ff.). Es enthält ein Bekenntnis zum Wettbewerb nicht nur zwischen den Finanzierungsträgern, sondern auch zwischen den Leistungserbringern in der GKV. Die Regierungsparteien wollen an der solidarischen Finanzierung der GKV und an einem einheitlichen Leistungsanspruch der Versicherten festhalten; gleichzeitig betonen sie, dass die Beitragssatzstabilität ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik bleibt. Die Reform von Vertragsbeziehungen und Versorgungsstrukturen soll fortgesetzt werden und sich vor allem auf die ambulante Versorgung konzentrieren. Hier will man den Abschluss von Einzelverträgen zwischen Kassen und niedergelassenen Ärzten erleichtern sowie den Sicherstellungsauftrag der KVen und den Kontrahierungszwang der Kassen entsprechend modifizieren. Im Klartext bedeutet dies, dass das Vertragsmonopol der KVen weiter durchlöchert und in den Vertragsverhandlungen die Position der Kassen gegenüber den KVen weiter gestärkt werden soll.

Gleichzeitig sollen die hausärztliche Versorgung durch neue Anreize und Bonussysteme gefördert und die Handlungsmöglichkeiten der Hausärzte innerhalb der KVen erweitert werden. Bemerkenswert ist insbesondere, dass neben niedergelassenen Ärzten künftig auch Gesundheitszentren in der ambulanten Versorgung tätig werden sollen. Schließlich wird im Koalitionsvertrag auch deutlich, dass bei den Regierungsparteien eine Neigung vorhanden ist, Steuerungsaufgaben, die bisher an die in der gemeinsamen Selbstverwaltung tätigen Verbände delegiert wurden, vereinzelt auch neuen (para)staatlichen Institutionen zu übertragen – und zwar dort, wo die Interessen der Selbstverwaltung die adäquate Wahrnehmung von Steuerungskompetenzen zu verhindern scheinen. So soll für die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung künftig ein »Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin« zuständig sein.

Als kurzfristige Antwort auf die Finanzierungskrise der GKV haben SPD und Bündnis 90/Die Grünen unmittelbar nach Abschluss der Koalitionsverhandlungen zwei Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht, mit denen kurzfristig der Ausgabenüberhang in der GKV vermindert und der erwartete Anstieg der Beitragssätze begrenzt werden soll (Bundestagsdrucksache 15/27 u. 15/28). Bemerkenswert ist, dass diese Maßnahmen

nicht die Leistungsansprüche der Versicherten beschneiden – sieht man einmal von der Halbierung des Sterbegeldes ab, das allerdings ohnehin nur noch für einen eingeschränkten Kreis der Versicherten gewährt wird und bei dem es sich ohne Frage um eine versicherungsfremde Leistung handelt. Berücksichtigt man die in der Diskussion über die Zukunft des Sozialstaates zu Tage tretenden Hegemonieverhältnisse und die Entwicklungstrends in anderen Sozialversicherungszweigen, namentlich der Rentenversicherung, so hätte es nicht verwundern können, wenn die Regierungsparteien das Kassendefizit zum Anlass genommen hätten, auch die GKV-Finanzierung in stärkerem Maße zu privatisieren. Statt dessen ziehen die beiden Vorschaltgesetze in erster Linie die Leistungserbringer und die Krankenkassen selbst zur Reduzierung des Defizits heran. Ärzten und Krankenhäusern – letzteren allerdings mit recht weit formulierten Ausnahmeregelungen – wird für 2003 eine Nullrunde verordnet. Im Arzneimittelsektor sollen die Ausgaben durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen, die zu Lasten der pharmazeutischen Industrie, des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheken gehen, gesenkt werden. Den Krankenkassen schließlich wird eine Anhebung der Beitragssätze bis Ende 2003 untersagt, es sei denn, dass auf anderem Wege eine Finanzierung der medizinisch notwendigen Leistungen nicht möglich ist. Auf der Finanzierungsseite schließlich wird durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 3 375 € auf 3 825 € einem Teil der Besserverdienenden der Weg in die PKV versperrt. Allerdings wird die grundsätzliche Trennung des Krankenversicherungssystems in GKV und PKV nicht in Frage gestellt und auch eine weitergehende Verschiebung der Friedensgrenze zwischen beiden Systemen wohl nicht in Betracht gezogen.

Legt man die mit den Vorschaltgesetzen eingeschlagene Richtung zu Grunde, so scheint es so, als würde die Privatisierung von Krankheitsbehandlungskosten auch weiterhin der gesundheitspolitisch am meisten umstrittene Punkt bleiben. Allerdings waren während der vergangenen Legislaturperiode sowohl bei der SPD als auch bei Bündnis 90/Die Grünen und aus dem Bundeskanzleramt auch andere Stimmen zu hören (dazu: Gerlinger 2001). Außerdem deuten auch die politischen Rahmenbedingungen eher in Richtung auf weiter gehende Einschnitte in das GKV-Leistungsrecht. Die Einnamenschwäche der Krankenkassen dürfte auf Grund der konjunkturellen Krise und aufgrund von Einnahmeausfällen, die in Folge der auf den Weg gebrachten Arbeitsmarktreformen zu erwarten sind (Paquet 2002), bis auf weiteres anhalten. Zudem werden – wie bisherige Erfahrungen mit der Reform von Versorgungsstrukturen zeigen – die in der medizinischen Versorgung vorhandenen

Wirtschaftlichkeitspotenziale kurzfristig kaum in größerem Umfang zu erschließen sein und damit auch kaum Entlastung bei den GKV-Ausgaben bringen. Darüber hinaus droht bei einer Fortsetzung der Budgetierung eine Verschärfung des Konflikts mit den Ärzten und möglicherweise auch ein Zustimmungsverlust bei den Wählern. Schließlich liegt die Privatisierung sozialer Risiken ohnehin im politischen Trend. Man darf also darauf gespannt sein, ob Rot-Grün auch weiterhin an den Grundsätzen einer solidarischen Finanzierung der GKV einschließlich des alles medizinisch Notwendige umfassenden Leistungskatalogs festhalten wird. Die anhaltende und mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit wieder verstärkte geführte Debatte um die Krise der sozialen Sicherungssysteme, die in diesem Zusammenhang erfolgte Einsetzung der Rürup-Kommission wie auch zahlreiche Äußerungen aus dem Kreis der Regierungsparteien und der politikberatenden Wissenschaft deuten darauf hin, dass diese Prinzipien doch wieder zur Disposition gestellt werden könnten.

Korrespondenzadresse:
Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Arbeitsgruppe Public Health
Reichpietschufer 50
10785 Berlin

Anmerkung

- 1 Dazu zählt vor allem die den verordnenden Ärzte eingeräumte und von ihnen häufig genutzte Möglichkeit, die Aut-Idem-Regelung außer Kraft zu setzen. Auch die Pharma-Unternehmen beteiligten sich an den Versuchen, die beabsichtigten Steuerungswirkungen zu unterlaufen, und erwiesen sich dabei als außerordentlich versiert. So griffen sie bei einzelnen Präparaten zu exorbitanten Preissteigerungen, um die das untere Preisdrittel markierende Schwelle anzuheben und es auf diese Weise den Ärzten und Apothekern zu ermöglichen, vergleichsweise teure Präparate auszuwählen (Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 2.4.2002).

Literatur

- Altgeld, Th. (2002): Die Präventionspolitik in Deutschland bleibt symbolisch! Neue Diskussionen, Strukturen und die bestehende Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. *Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 2: 2-5
- Bandelow, N.C. (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen. Opladen: Leske + Budrich
- Bausch, F.; Stock, J. (2000): Arztnetze: Team ist Trumpf. *Gesundheit und Gesellschaft* 3, 3: 22-28

- Beuser, A. (2001): Diabetikerbehandlung in einer Allgemeinarztpraxis, vor und nach Implementierung der KV-Diabetes-Verträge. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 77, 4: 168-174
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bonn: BMG
- Braun, B. (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? St. Augustin: Asgard
- Bundestagsdrucksache 15/27 vom 05.11.2002: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Zwölften Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz – 12. SGB V-Änderungsgesetz). Berlin: Deutscher Bundestag
- Bundestagsdrucksache 15/28 vom 05.11.2002: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragsicherungsgesetz – BSSichG). Berlin: Deutscher Bundestag
- Deppe, H.-U.; Burkhardt, W. (Hrsg.) (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg: VSA
- Engelhardt, M. v.; Herrmann, C. (1999): Humanisierung im Krankenhaus. Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung. Weinheim und München: Juventa
- Freytag, A. (2001): DRGs, die Qualität von Krankenhausleistungen und Vertragsfreiheiten für Krankenkassen: Ein vernachlässigter Zusammenhang. *Arbeit und Sozialpolitik*, 55, 5-6: 14-21
- Gerlinger, Th. (2001): Die Gesetzliche Krankenversicherung vor dem Systemwechsel? Gesundheitspolitik am Scheideweg. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 46, 3: 345-354
- Gerlinger, Th. (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204). Berlin: WZB
- Häussler, B.; Bohm, St. (2000): Praxisnetze auf dem Weg zur integrierten Versorgung. *Sozialer Fortschritt* 49, 6: 127-130
- Jacobs, K.; Reschke, P.; Cassel, D.; Wasem, J. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht, o.O.: Typoskript
- Koalitionsvertrag (2002): Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie (Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen für die 15. Legislaturperiode). Berlin: Typoskript
- Köcher, R. (2002): Angst vor der Zwei-Klassen-Medizin. Wachsende Sorgen über das Gesundheitssystem. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 17. April 2002
- Korenke, Th. (2001): Innovativer Wettbewerb infolge integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung? *Sozialer Fortschritt* 50, 11: 268-277
- Lauterbach, K.W.; Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm »Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung« unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Köln, Mannheim: Typoskript
- Lenhardt, U. (1997): Zehn Jahre »Betriebliche Gesundheitsförderung«. Eine Bilanz (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, Arbeitsgruppe Public Health, WZB-Paper P97-201). Berlin: WZB