Michael Simon

Von der Koalitionsvereinbarung bis Ende 2010: Eine Zwischenbilanz schwarz-gelber Gesundheitspolitik

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Beitrag wird eine Zwischenbilanz der Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Regierungskoalition bis Ende 2010 gezogen. Zunächst werden die zentralen gesundheitspolitischen Inhalte des Koalitionsvertrages vorgestellt und daran anschließend die wesentlichen Inhalte der bis Ende 2010 beschlossenen Gesetze. Der Beitrag soll in erster Linie über die gesundheitspolitische Agenda der Koalition und den Stand der Umsetzung informieren. Tiefer gehende Analysen und Bewertungen finden sich in den anderen Beiträge dieses Bandes.

Einleitung

Vom Antritt der CDU/CSU/FDP-Koalition sind bis zum Erscheinen des vorliegenden Bandes knapp zwei Jahre vergangen. Damit ist die ‚Halbzeit' der Legislaturperiode fast erreicht und es erscheint sinnvoll eine erste Zwischenbilanz zu ziehen. Die allerdings – vor allem wegen der Zeitverzögerung vom Schreiben eines Beitrags bis zum Erscheinen einer Zeitschrift – nur für den Zeitraum bis Ende 2010 erfolgen kann. Auch wenn es keine Halbzeit-Bilanz sein kann, so wird mit dem Zeitraum von Oktober 2009 bis Ende 2010 doch ein wichtiger Teil der gesundheitspolitischen Aktivitäten und Entscheidungen der schwarz-gelben Koalition erfasst, der ausreichend Stoff für eine erste Zwischenbilanz bietet. Immerhin hat die Koalition bis Ende 2010 bereits vier Gesetze zum Gesundheitswesen verabschiedet, darunter zwei mit weit reichender Bedeutung: das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) und das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG). Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz brachte nicht nur die Einführung eines Systems direkter Preisverhandlungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen, sondern auch ein Verfahren der Nutzenbewertung für neue Arzneimittel. Zudem enthält das AMNOG den Einstieg in die Anwendung des Kartellrechts auf die Krankenkassen, die dadurch in Teilbereichen wie private Wirtschaftsunternehmen behandelt werden.

Der Anwendung des Kartellrechts kann zumindest für die FDP durchaus programmatische Bedeutung beigemessen werden, da die Forderung nach einer Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen zum Kernbestand der gesundheitspolitischen Programmatik der FDP gehört (FDP 2004). Das GKV-Finanzierungsgesetz leitet mit der Einführung ausschließlich einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge den Umstieg von der bisherigen einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung auf ausschließlich einkommensunabhängige Beitragspauschalen der Mitglieder ein (Kopfpauschalen bzw. ‚Gesundheitsprämien').

Im nachfolgenden Beitrag wird zunächst die im Koalitionsvertrag formulierte gesundheitspolitische Agenda der Koalition kurz vorgestellt und auf die darin enthaltenen zentralen Zielorientierungen eingegangen. Daran schließt sich ein Überblick über die Inhalte der vier 2010 beschlossenen Gesetze zum Gesundheitsbereich an, der jeweils mit einer kurzen Einschätzung und Bewertung der Gesetze verbunden wird. Der Beitrag schließt mit einer zusammenfassenden Bewertung der bisherigen gesundheitspolitischen Entscheidungen.

1. Zentrale gesundheitspolitische Inhalte des Koalitionsvertrages

Die gesundheitspolitische Agenda der schwarz-gelben Koalition findet sich im Koalitionsvertrag im Kapitel „Gesundheit und Pflege" (CDU/CSU/FDP 2009: 84-93), dessen zentrale Inhalte im Folgenden kurz vorgestellt werden. Der Versuch, die im Koalitionsvertrag enthaltene gesundheitspolitische Agenda aufzuzeigen, steht allerdings vor dem Problem, dass es sich beim Koalitionsvertrag um ein „Dokument der Unschärfe" (Gerlinger/Urban 2010: 55) handelt. Das Kapitel „Gesundheit und Pflege" besteht überwiegend aus allgemeinen Wertbekenntnissen und globalen Ankündigungen, und auch Ankündigungen für einzelne Teilbereiche bleiben zumeist nur vage und uneindeutig. Nur wenige Passagen sind so eindeutig formuliert, dass aus ihnen relativ sicher auf konkrete Gesetzesvorhaben geschlossen werden kann. Aber auch diese Aussagen sind vorwiegend nur auf Grundlage von Kenntnissen sowohl der Funktionsweise des Gesundheitssystems als auch der gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre zu verstehen. Insofern handelt es sich bei diesem Kapitel des Koalitionsvertrags letztlich um ein ‚verschlüsseltes' Dokument, dessen Inhalt sich erst erschließt, wenn man die entsprechenden ‚Kodes' entziffern kann. Die nachfolgende Darstellung ist Ergebnis einer solchen „Dechiffrierung", sie beschränkt sich weitgehend auf diejenigen Aussagen, aus denen relativ eindeutig konkrete gesetzgeberische Maßnahmen abgeleitet werden können.

1.1 Vorhaben zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Koalitionsvertrag enthält Reformvorhaben sowohl zur zukünftigen Ausgestaltung der Organisation als auch zur Finanzierung, der Ausgabenentwicklung und zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (CDU/CSU/FDP 2009: 85-92).

Organisation
- Wettbewerbsrecht: Das allgemeine Wettbewerbsrecht soll „als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden“ (ebd.: 87).
- Spitzenverband Bund: Die Aufgaben und Kompetenzen des Spitzenverbandes Bund der GKV sollen beschränkt werden.

Finanzierung
- Kurzfristige Maßnamen: „Krisenbedingte Einnahmeausfälle“ sollen „nicht alleine“ durch die Versicherten getragen, sondern auch durch kurzfristig wirkende „gesamtstaatliche flankierende Maßnahmen“ ausgeglichen werden (ebd.: 86).
- Gesundheitsprämie/Kopfpauschale: Langfristig wird angestrebt, dass Arbeitnehmerbeiträge ausschließlich einkommensunabhängig erhoben werden und Geringverdiener einen ‚sozialen Ausgleich’ erhalten.
- Arbeitgeberbeitrag: Der Arbeitgeberbeitrag soll festgeschrieben werden.
- Risikostrukturausgleich: Der Risikostrukturausgleich soll reduziert und vereinfacht werden.
- Verhältnis von Beitrag und Leistung: Beitrag und Leistung sollen in der GKV in einem „adäquaten Verhältnis“ stehen (ebd.: 86).

Ausgaben
- Vermeidung unnötiger Ausgaben: Als Teil der vereinbarten kurzfristigen Maßnahmen wurde vereinbart, „unnötige Ausgaben“ zu vermeiden (ebd.: 86).

Leistungskatalog
- Individualisierung des Leistungskatalogs: Die Versicherten sollen ihren Krankenversicherungsschutz so weit wie möglich selbst gestalten.
- Kostenerstattung: Die „Möglichkeiten der Kostenerstattung“ sollen ausgeweitet werden (ebd.: 88).

Verhältnis von GKV und PKV

– Wahltarife und Zusatzversicherungen: Bei den Wahltarifen soll es eine klare Abgrenzung zwischen GKV und PKV geben und die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen GKV und PKV bei Wahl- und Zusatzleistungen sollen erweitert werden.
– Zusammenarbeit von GKV und PKV: Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und PKV bei Wahl- und Zusatzleistungen sollen erweitert werden.
– Wechsel von der GKV zur PKV: Der Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung in die PKV soll wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein.

1.2 Vorhaben zur Reform der Leistungserbringung im Gesundheitswesen

Zur zukünftigen Gestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen enthält der Abschnitt „Gesundheit" Vorhaben für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung und der Krankenhausversorgung.

Ambulante ärztliche Versorgung

– Vergütungssystem: Das Vergütungssystem soll zukünftig regionale Besonderheiten berücksichtigen und die Honorarreform soll Korrekturen unterzogen werden. Die Anbindung der vertragszahnärztlichen Vergütungen an die Grundlohnsummenentwicklung soll aufgehoben werden.
– Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ): Die beiden für Privatpatienten geltenden Gebührenordnungen sollen überarbeitet und an den Stand der Kostenentwicklung angepasst werden.
– Medizinische Versorgungszentren (MVZ): MVZ sollen nur noch zugelassen werden, wenn ihre Geschäftsanteile von zugelassenen Vertragsärzten oder Krankenhäusern gehalten werden und die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte bei Ärzten liegt.

Arzneimittelversorgung

– Mittelstandsfreundliche Gestaltung: Die „Überregulierung" soll abgebaut und der Arzneimittelmarkt unter „mittelstandsfreundlichen" Kriterien neu geordnet werden.
– Versandhandel: Der Versandhandel soll restriktiver geregelt werden.
– Pick-up-Stellen: Pick-up-Stellen für Arzneimittel, bspw. in Drogeriemärkten, sollen verboten werden.

– Innovative Arzneimittel: Die Chancen innovativer Arzneimittel sollen zukünftig besser genutzt werden.
– IQWiG: Die Arbeit des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen soll dahingehend geändert werden, dass sie mehr Akzeptanz insbesondere bei den Arzneimittelherstellern findet.

Krankenhausversorgung
– Ambulante Behandlung: Die vorhandenen Möglichkeiten der Krankenhäuser zur ambulanten ärztlichen Versorgung sollen eingeschränkt und restriktiver gefasst werden. Genannt werden die Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V.
– Belegarztsystem: Das Belegarztsystem soll gestärkt werden.
– Bundeskonvergenz: Die nach geltendem Recht vorgesehene schrittweise Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen bundesweit einheitlichen Wert soll gestoppt werden.

1.3 Eckpunkte für eine Reform der sozialen Pflegeversicherung

Dem Thema „Pflege“ ist ein eigenes Unterkapitel gewidmet, in dem es vorrangig um die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung geht. Neben allgemeinen Wertbekenntnissen bietet das Unterkapitel folgende konkrete Ankündigungen:
– Kapitaldeckung: Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung soll um eine verpflichtende individuelle Kapitaldeckung ‚ergänzt’ werden.
– Wahl zwischen Sach- und Geldleistungen: Pflegebedürftige sollen zukünftig verstärkt zwischen Sach- und Geldleistungen wählen können.
– Pflegebedürftigkeitsbegriff: Der noch im Auftrag der großen Koalition erarbeitete neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll gesetzlich verankert werden. Allerdings wird auch klargestellt, dass dies erst nach Prüfung der finanziellen Auswirkungen und Änderungen der Finanzierung der Pflegeversicherung (Kapitaldeckung) erfolgen soll.
– Pflegestützpunkte: Die Förderung der Pflegestützpunkte soll auslaufen.
– Pflegeausbildung: Die verschiedenen Pflegeausbildungen soll durch ein neues Berufsgesetz zusammengeführt werden.
– Ausländische Hilfskräfte: Ausländischen Hilfskräften soll es zukünftig erlaubt sein, nicht nur hauswirtschaftliche, sondern auch pflegerische Leistungen zu erbringen.

1.4 Zusammenfassende Bewertung

Betrachtet man die im Koalitionsvertrag erkennbaren gesundheitspolitischen Vorhaben, so sind aus ihnen zwei grundlegende Zielrichtungen ablesbar. Die erste und wichtigste ist eine grundlegende Reform der GKV-Finanzierung. Das bisherige System einkommensbezogener Beitragsfinanzierung soll ersetzt werden durch ein System bestehend aus einkommensunabhängigen Beitragspauschalen, einem durch dauerhafte Festschreibung langfristig reduziertem Arbeitgeberanteil und einem steuerfinanzierten ‚Sozialausgleich' für Geringverdiener. Dieses Vorhaben ist langfristig angelegt und kann sicherlich als das zentrale gesundheitspolitische Projekt der gegenwärtigen schwarz-gelben Koalition gelten, auch wenn es nur mit einem Satz im Koalitionsvertrag erscheint.

Als zweite grundlegende Zielorientierung ist die Absicht deutlich zu erkennen, gesundheitspolitische Regelungskompetenzen im Interesse vor allem der „Freiberufler" und mittelständischen Unternehmen im Gesundheitswesen einzusetzen. Diese Absicht wird im Koalitionsvertrag ihrer zentralen Stellung entsprechend auch an mehreren Stellen mit Hinweisen auf die besondere und ‚tragende' Rolle der freiberuflichen Apotheker und Ärzte versucht zu legitimieren (CDU/CSU/FDP 2009: 87-89). Freiberufler – so die Botschaft – sichern eine gute Arzneimittelversorgung und ärztliche Behandlung, und darum sei es von zentraler Bedeutung, Freiberufler zu unterstützen.

Zu den Vorhaben zur Stärkung der Position der niedergelassenen Ärzte und Apotheker können insbesondere gerechnet werden: die Ankündigung einer stärkeren Berücksichtigung ärztlicher Interessen bei der Ausgestaltung der Vergütungssysteme für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung, eine Reform der privatärztlichen Gebührenordnungen, die Stärkung des Einflusses niedergelassener Ärzte auf Medizinische Versorgungszentren, die Einschränkung von Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Behandlung durch Krankenhäuser, die Zurückdrängung des Arzneimittelversandhandels, das angestrebte Verbot von Pick-up-Stellen und die Stärkung der belegärztlichen Versorgung in Krankenhäusern.

Betrachtet man die zweite sehr deutlich zutage tretende Zielorientierung, so erscheint eine Charakterisierung als „unverblümte Klientelpolitik" (Gerlinger/Urban 2010: 61) durchaus angemessen. So deutlich wie in diesem Koalitionsvertrag wurden wirtschaftliche Interessen von Ärzten und Apothekern in den letzten Jahrzehnten vermutlich von keiner anderen Regierung zum Beginn der Legislaturperiode in den Mittelpunkt ihrer gesundheitspolitischen Agenda gestellt.

Allerdings sollte sich in den folgenden Monaten zeigen, dass die Bedienung von Klientelinteressen nicht nur mit übergeordneten eigenen politischen Zielen kollidieren kann, sondern auch zu dem Problem führen kann, dass die Befriedigung der einen Klientel zur Verärgerung der anderen führt. Das erste Problem zeigte sich in den Gesetzen des Jahres 2010, die an mehreren Stellen im Interesse einer Begrenzung der GKV-Ausgaben wirtschaftliche Einbußen und Vergütungskürzungen für verschiedene Gruppen von Leistungserbringern brachten. Diese Maßnahmen waren im Hinblick auf das zentrale und übergeordnete Projekt einer Reform der GKV-Finanzierung insbesondere deshalb notwendig, weil kurzfristige starke Ausgabenzuwächse die Wahrscheinlichkeit erhöht hätten, dass zunehmend mehr Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben. Zwar sollten Zusatzbeiträge erhoben werden und steigen, aber noch nicht in dem wichtigen Landtagswahljahr 2010 und vor allem auch nicht, bevor die angestrebten gesetzlichen Neuregelungen zu Zusatzbeiträgen und Sozialausgleich in Kraft treten konnten. Die Aussicht auf mehrere und darunter auch sehr wichtige Landtagswahlen musste zudem auch eine zu offene Befriedigung der wirtschaftlichen Interessen einzelner Leistungserbringergruppen riskant erscheinen lassen. Eine solche Politik birgt das Risiko von Stimmenverlusten, die nicht nur die Landesparteien treffen, sondern auch den Handlungsspielraum der Bundesregierung einengen können, vor allem durch entsprechende Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat.

Das zweite Problem trat besonders deutlich an dem Vorhaben einer Reform der privatärztlichen Gebührenordnungen zutage. Während die Ärzte sich davon eine deutliche Anhebung der Honorarsätze versprachen, musste die PKV bestrebt sein, die ohnehin in den letzten Jahren stark gestiegenen Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung nicht nur nicht weiter steigen zu lassen, sondern möglichst zumindest in Teilbereichen abzusenken.

2. Die bis Ende 2010 beschlossenen Gesetze

Im Folgenden wird ein Überblick über die wichtigsten Inhalte der bis Ende 2010 beschlossenen Gesetze gegeben. Insgesamt wurden vier Gesetze verabschiedet.

2.1 Das Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz (SozVersStabG)

Am 1.01.2010 wurde der Entwurf für ein *Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz* (SozVersStabG) eingebracht und am 5.03.2010 im Bundesrat

verabschiedet. Es trat zum 1.04.2010 in Kraft und enthielt als wichtigste Regelung für die GKV die Zahlung eines einmaligen Bundeszuschusses in Höhe von 3,9 Mrd. Euro für 2010 (§ 221a SGB V). Der einmalige Bundeszuschuss war Teil der angekündigten kurzfristigen Maßnahmen zur Kompensation krisenbedingter Einnahmeausfälle. Mit der Intervention sollte sowohl eine ansonsten absehbar notwendige Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes als auch die Erhebung von Zusatzbeiträgen auf breiter Front verhindert werden. Zwar wollte die schwarz-gelbe Koalition eine Ausweitung der Zusatzbeiträge, aber nicht innerhalb des damals geltenden Regelwerks und vor allem noch nicht in dem Umfang, der angesichts eines vom Schätzerkreis erwarteten Defizits in Höhe von 7,5 Mrd. Euro zu erwarten war (BVA 2009). Der Ausbau der Zusatzbeiträge sollte mit kleinen Schritten beginnen und auf keinen Fall zu Beginn des Jahres 2010, in dem mehrere Landtagswahlen anstanden, darunter auch die für die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat entscheidende Landtagswahl in NRW im Mai 2010.

2.2 Das GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG)

Als zweites Gesetz wurde das GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG) am 31.03.2010 eingebracht und am 18.06.2010 im Bundestag beschlossen. Es trat am 30.07.2010 in Kraft und enthält vor allem technische Anpassungen bestehender Gesetze insbesondere an das EU-Recht sowie erforderliche Klarstellungen, die jede Regierung unabhängig von der jeweiligen politischen Ausrichtung hätte vornehmen müssen.

In das Artikelgesetz mit eingefügt war – ebenfalls als Teil der angekündigten kurzfristigen Maßnahmen – eine Erhöhung des Herstellerabschlags für Arzneimittel ohne Festbetrag. Er wurde von 6 % auf 16 % heraufgesetzt, und zugleich erfolgte ein Ausschluss von Preiserhöhungen für die Zeit vom 1.08.2010 bis Ende 2013. Die Regierung schätzte das Entlastungsvolumen auf ca. 1,2 Mrd. Euro pro Jahr.

Die Maßnahme sollte eine kurzfristig wirkende Entlastung der Krankenkassen bewirken. Die Notwendigkeit einer solchen Intervention ergab sich aus Sicht der Koalition dadurch, dass der einmalige Bundeszuschuss für 2010 in Höhe von 3,9 Mrd. Euro nicht ausgereicht hätte, das erwartete Defizit in Höhe von 7,5 Mrd. Euro zu decken.

Nach dem GKV-ÄndG verblieb noch eine Deckungslücke, die im Hinblick auf die geplante Neuregelung der GKV-Finanzierung kurzfristig geschlossen werden musste. Die entsprechenden Regelungen wurden in zwei weiteren Gesetzen vorgenommen.

2.3 Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurde am 6.07.2010 in den Bundestag eingebracht, am 11.11.2010 im Bundestag beschlossen und trat am 1.01.2011 in Kraft. Im Zentrum des AMNOG stehen vier Regelungsbereiche: Preisabschläge für Arzneimittel, ein neues Verfahren der Nutzenbewertung für neue Arzneimittel, die Einführung direkter Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Arzneimittelherstellern sowie die Anwendung des allgemeinen Wettbewerbsrechts auf die Krankenkassen.

Waren im GKV-ÄndG bereits erste ‚Notfallmaßnahmen' zur Entlastung der Krankenkassen bei den Arzneimittelausgaben beschlossen worden, so folgten mit dem AMNOG weitergehende Vorgaben wie die Absenkung der Großhandelszuschläge sowie erhöhte Rabatte der Apotheken gegenüber den Krankenkassen. Die Regierung schätzte das Entlastungsvolumen auf insgesamt ca. 400 Mio. Euro pro Jahr (BMG 2010a). Zudem werden die Preise für Impfstoffe auf internationale Vergleichspreise begrenzt (ca. 300 Mio. Euro Entlastung pro Jahr).

Die langfristig bedeutsamsten Neuregelungen durch das AMNOG waren aber sicherlich die Vorgabe eines neuen Verfahrens zur Nutzenbewertung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sowie die Einführung von Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und Arzneimittelherstellern. Das neue System der Nutzenbewertung kann in seinen Grundzügen wie folgt zusammengefasst werden (zur Kritik des 'Sozialausgleichs' im GKV-FinG vgl. u.a. Fuchs 2010; Greß/Jacobs/Schulze 2010; Jacobs/Schulze 2010; Steffen 2010):

– Bringt ein pharmazeutisches Unternehmen ein Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen auf den Markt, so kann der Hersteller dafür nur dann einen Preis verlangen, der über dem eines bereits verfügbaren Medikaments liegt, wenn das neue Arzneimittel gegenüber dem bereits verfügbaren Arzneimittel einen Zusatznutzen bietet. Dieser Grundsatz gilt auch für die Ausweitung von Anwendungsgebieten für bereits zugelassene Arzneimittel.
– Den Zusatznutzen muss der Hersteller durch ein Dossier gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nachweisen. Hierzu hat er insbesondere alle Ergebnisse der zu diesem Arzneimittel durchgeführten klinischen Studien dem G-BA zu übermitteln (§ 35a Abs. 1 SGB V).
– Der G-BA nimmt auf Grundlage dieser Unterlagen eine Nutzenbewertung vor oder beauftragt damit das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) oder Dritte (§ 35a Abs. 2 SGB V). Das Nähere zur

Nutzenbewertung hat das BMG in einer Rechtsverordnung zu regeln (§ 35a Abs. 1 SGB V). Dies ist mittlerweile durch eine am 1.01.2011 in Kraft getretene Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV) geschehen.

– Die Ergebnisse der Nutzenbewertung hat der G-BA innerhalb von drei Monaten auf seiner Internetseite zu veröffentlichen, und dem Hersteller ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 35a Abs. 2 SGB V).
– Innerhalb weiterer drei Monate hat der G-BA einen Beschluss auf Basis der Nutzenbewertung zu treffen.
– Entscheidet der G-BA, dass ein erwiesener Zusatznutzen vorliegt, vereinbaren der GKV-Spitzenverband und das betreffende pharmazeutische Unternehmen innerhalb weiterer sechs Monate einen Erstattungsbetrag für die GKV (Rabatt auf den Abgabepreis).
– Kommt der Hersteller seiner Pflicht zur Übermittlung des Dossiers und der erforderlichen Unterlagen innerhalb einer definierten Frist nicht oder nicht vollständig nach, oder kommt der G-BA zur Bewertung, dass ein Zusatznutzen nicht vorliegt, gilt der Zusatznutzen als nicht belegt (§ 35a Abs. 1 SGB V).
– Wurde für ein Arzneimittel kein Zusatznutzen festgestellt, ist es einer Festbetragsgruppe mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln zuzuordnen und auch nur ein entsprechender Preis zu zahlen (§ 35a Abs. 4 SGB V).
– Der G-BA kann auch für bereits zugelassene und im Verkehr befindliche Arzneimittel eine Nutzenbewertung veranlassen. Dies soll aber vorrangig nur bei Arzneimitteln erfolgen, die für die Versorgung der GKV-Versicherten von Bedeutung sind (§ 35a Abs. 6 SGB V).
– Für die Preisverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und Arzneimittelherstellern gelten folgende Grundsätze:
– Hat der G-BA für ein Arzneimittel einen Zusatznutzen festgestellt, ist innerhalb von sechs Monaten nach Beschluss des G-BA auf Grundlage der Nutzenbewertung ein Erstattungspreis (als Rabatt auf den Abgabepreis) einheitlich für alle Krankenkassen zwischen dem Spitzenverband Bund der GKV und dem jeweiligen Hersteller zu vereinbaren (§ 130b SGB V).
– Zur Vorbereitung der Verhandlungen ist der Hersteller verpflichtet, dem Spitzenverband die Höhe seines tatsächlichen Abgabepreises in anderen europäischen Ländern zu übermitteln (§ 130b Abs. 1 SGB V).
– Kommt innerhalb von sechs Monaten keine Preisvereinbarung zustande, setzt eine Schiedsstelle die Inhalte der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten fest.

– Abweichend von bestehenden Vereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes können auch einzelne Krankenkassen oder ihre Verbände Preisvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen (§ 130c SGB V).
– Da der zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Pharmaunternehmen vereinbarte Preis zukünftig auch für die PKV gelten soll, muss sich der PKV-Verband an den Kosten des Verfahrens der Nutzenbewertung beteiligen (§ 130b Abs. 10 SGB V).

Bemerkenswert ist weiterhin, dass mit dem AMNOG ein deutlicher Schritt in Richtung Veröffentlichungspflicht für alle klinischen Studien in Deutschland vollzogen wurde. Pharmazeutische Unternehmen haben zukünftig Berichte über alle Ergebnisse klinischer Studien spätestens sechs Monate nach Erteilung der Zulassung der zuständigen Bundesoberbehörde (DIMDI) zur Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen (§ 42b AMG). Das DIMDI soll die Ergebnisse in aufbereiteter Form auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Auf die im Koalitionsvertrag angekündigten Restriktionen des Arzneimittelversandhandels wurde verzichtet, und ein Verbot von Pick-up-Stellen wurde wegen verfassungsrechtlicher Bedenken gar nicht erst in den Gesetzentwurf aufgenommen.

Insgesamt betrachtet gehen die Neuregelungen zur Nutzenbewertung und zu Preisverhandlungen deutlich über das hinaus, was vorherige Regierungen bereit oder in der Lage waren, im Interesse einer Begrenzung der GKV-Ausgaben durchzusetzen. Vergleicht man die im GKV-ÄndG und AMNOG enthaltenen Regelungen zur Arzneimittelversorgung mit dem Koalitionsvertrag, so weichen sie erheblich davon ab. Zum einen waren die meisten Neuregelungen offensichtlich nicht geplant da nicht im Koalitionsvertrag vorgesehen, zum anderen steht die Grundorientierung dieser Neuregelungen im Gegensatz zu einer im Koalitionsvertrag deutlich erkennbaren Klientelorientierung zu Gunsten der Pharmaindustrie und auch der selbständigen Apotheker.

Die Gesamtschau der angesprochenen Neuregelungen legt eher die Schlussfolgerung nahe, dass die wirtschaftlichen Interessen der Pharmaunternehmen wie auch der Apotheker dem Interesse an einer Ausgabenbegrenzung sowohl in der GKV als auch der PKV untergeordnet wurden. Dies dürfte insbesondere auf den über mehrere Monate währenden öffentlichen Druck sowie entsprechende erfolgreiche Interventionen der GKV zurückzuführen sein. Es hätte sich kaum als verantwortungsvolle Regierungstätigkeit darstellen lassen, wenn die Koalition deutliche Ausgabensteigerungen der GKV für Arzneimittel tatenlos hätte geschehen lassen und darüber hinaus auch noch Vergütungszuwächse für nieder-

gelassene Ärzte und Maßnahmen zur Einkommensverbesserung von Apothekern beschlossen hätte. Die politischen Kosten wären – nicht nur im Hinblick auf den Ausgang der anstehenden Landtagswahlen – voraussichtlich hoch gewesen. Insbesondere die FDP musste – als für das Gesundheitsressort verantwortlicher Teil der Koalition – damit rechnen, dass sie einen Großteil der politischen Kosten würde tragen müssen. Sie befand sich seit Anfang 2010 ohnehin im Umfragetief und musste befürchten, in den folgenden Landtagswahlen an der 5 %-Hürde zu scheitern.

Das AMNOG beinhaltet jedoch nicht nur Neuregelungen zur Arzneimittelversorgung, sondern auch eine Änderung, die für den zukünftigen Rechtsstatus der Krankenkassen von weit reichender Bedeutung sein kann. Krankenkassen sind gegenwärtig Träger der staatlichen Sozialversicherung und als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert. Sie sind Teil der öffentlichen Verwaltung und üben „der Sache nach mittelbare Staatsverwaltung" aus (BVerfGE 39, 302 [314]). Mit dem AMNOG wurde die Ankündigung des Koalitionsvertrages umgesetzt, die Krankenkassen dem allgemeinen Wettbewerbsrecht zu unterstellen (§ 69 SGB V). Allerdings wurde von dem ursprünglichen Vorhaben einer ‚grundsätzlichen' Anwendung des Kartellrechts Abstand genommen.

Im ersten Gesetzentwurf des AMNOG war vorgesehen, das Kartellrecht „umfassend" auf alle einzelvertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern anzuwenden (BT-Drs. 17/2413: 26). Begründet wurde dies damit, dass Krankenkassen im Verhältnis zu Leistungserbringern über eine „erhebliche Marktmacht" verfügen können, die insbesondere „zum Schutz der meist mittelständischen Leistungserbringer" begrenzt und kontrolliert werden müsste (ebd.). Die Koalitionsfraktionen brachten aber im Verlauf der Gesetzesberatungen eigene Änderungsanträge ein, die eine Beschränkung der Anwendung des Kartellrechts vor allem auf Rabattverträge vorsehen (Kingreen 2010).

Rückblickend hat es den Anschein, dass den Beteiligten der Koalitionsverhandlungen wie auch den Auftraggebern des AMNOG-Entwurfes die Tragweite einer grundsätzlichen Anwendung des Kartellrechts auf die Krankenkassen nicht bewusst war und erst im Verlauf der Gesetzesberatungen deutlich wurde. Zudem bestanden über ein solches Vorhaben koalitionsintern erhebliche Differenzen. Als das Bundeskartellamt Anfang 2010 ankündigte, gegen acht Krankenkassen wegen der gemeinsamen Ankündigung von Zusatzbeiträgen ein Verfahren einzuleiten, löste dies sehr unterschiedliche Reaktionen in der Koalition aus. Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion, Singhammer

(CSU), kritisierte das Bundeskartellamt und vertrat die Position, die Einbeziehung der GKV in das Wettbewerbsrecht habe „erhebliche Auswirkungen, es trifft das Herz des deutschen Gesundheitswesens (...) Die Nebenwirkungen wären kaum übersehbar" (Singhammer, zit.n. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 8.03.2010: 15). Ulrike Flach (FDP) hingegen begrüßte das Verfahren als „folgerichtig", es müsse sich nun zeigen, ob Krankenkassen normale Unternehmen seien (Die Welt, 22.02.2010: 9).

Auch wenn das ursprüngliche Vorhaben deutlich zurückgenommen wurde, bleibt die Neuregelung von weit reichender und grundsätzlicher Bedeutung. Die hinter ihr stehende Intention ist offenbar zumindest bei Teilen der Koalitionsparteien (v. a. FDP) darauf gerichtet, den Charakter der GKV als einer körperschaftlich verfassten mittelbaren Staatsverwaltung in Frage zu stellen. Wenn Krankenkassen mit privaten Wirtschaftsunternehmen im Rahmen des Wettbewerbsrechts gleichgestellt werden, so ist dies vor allem vor dem Hintergrund der FDP-Programmatik, die eine Umwandlung der Krankenkassen in private Unternehmen fordert, letztlich als Vorstoß in Richtung eines grundsätzlichen Systemwechsels zu deuten.

Die mit dem AMNOG beschlossenen Regelungen sind auf erhebliche Kritik auch aus juristischer Sicht gestoßen, insbesondere weil sie Unklarheiten sowohl zum Anwendungsbereich und den Grenzen des Kartellrechts als auch zur Zuweisung des Gerichtswegs zu Sozial- oder Zivilgerichten enthalten (zur Kritik des 'Sozialausgleichs' im GKV-FinG vgl. u.a. Fuchs 2010; Greß/Jacobs/Schulze 2010; Jacobs/Schulze 2010; Steffen 2010). Waren bislang grundsätzlich die Sozialgerichte zuständig, sollen es zukünftig in Teilbereichen die für das allgemeine Wirtschaftsrecht zuständigen Zivilgerichte sein.

Vor allem aber wird kritisiert, dass die Anwendung des Kartellrechts im Widerspruch zum EU-Recht stehe. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) sind die deutschen Krankenkassen keine Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts, sondern Sozialversicherungen, auf die das Wettbewerbsrecht keine Anwendung finde (EuGH 2004). Wenn der deutsche Gesetzgeber sie dennoch seinem nationalen Kartellrecht unterstelle, sei dies „mit höherrangigem Unionsrecht unvereinbar" (Kingreen 2010: 394), denn eine Abweichung des deutschen Kartellrechts vom Wettbewerbsrecht der EU sei „unionsrechtlich nicht zulässig" (ebd.). Es bleibt somit abzuwarten, ob die mit dem AMNOG beschlossene Anwendung des deutschen Kartellrechts auf Dauer Bestand haben wird. Unabhängig vom Ausgang etwaiger Rechtsstreitigkeiten ist aber davon auszugehen, das die in diesem Vorhaben

enthaltene politische Intention einer Angleichung der Krankenkassen an private Versicherungsunternehmen fortbesteht und weitere Vorstöße insbesondere von der FDP zu erwarten sind.

2.4 Das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

Das gesundheitspolitische Kernprojekt der Koalition wurde mit einem vierten Gesetz in Angriff genommen, dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG). Die Eckpunkte des GKV-FinG konnten erst nach monatelangem Ringen und teilweise öffentlich ausgetragenem koalitionsinternem Streit kurz vor der parlamentarischen Sommerpause 2010 vorgelegt worden. Der darauf aufbauende Gesetzentwurf wurde am 28.09.2010 in den Bundestag eingebracht und dort am 12.11.2010 verabschiedet. Das Gesetz trat zum 1.01.2011 in Kraft. Die zentralen Inhalte des GKV-FinG werden im Folgenden kurz zusammengefasst (zu weitergehenden Erläuterungen vgl. BMG 2010b).

Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes: Der allgemeine Beitragssatz wurde zum 1.01.2011 von zuvor 14,9 % auf 15,5 % angehoben (§ 241 SGB V). An dem bereits bestehenden, allein von den Mitgliedern zu zahlenden Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 %, der Teil des allgemeinen Beitrags ist, wird festgehalten. Deshalb sind nur 14,6 % (nicht 15,5 %) paritätisch von Mitgliedern und Arbeitgebern zu finanzieren. Ab dem 1.01.2011 beträgt der Arbeitgeberbeitrag somit 7,3 % und der Arbeitnehmerbeitrag 8,2 % (7,3 % + 0,9 %).

Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags: Eine ‚Festschreibung' des Arbeitgeberbeitrags ist in keinem Paragraphen ausdrücklich geregelt, sie ergibt sich vielmehr aus der Änderung bestimmter Rechtsvorschriften und ist letztlich weiterhin nur eine politische Absichtserklärung. Zuvor galt eine Regelung, nach der der allgemeine Beitragssatz zu erhöhen war, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Kassen im laufenden und im folgenden Jahr nicht zu mindestens 95 % decken (§ 220 Abs. 2 SGB V alte Fassung). Diese Regelung wurde aufgehoben. Somit ist die gesetzliche Verpflichtung der Bundesregierung zur Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes – und damit auch den Arbeitgeberanteils – entfallen. Es besteht aber weiterhin die Option, den allgemeinen Beitragssatz zu erhöhen. Bei ansonsten gleichbleibenden Regelungen würde dies zugleich eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils einschließen. Eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils kann in dem jetzt geltenden Regelungssystem somit nur erreicht werden, wenn der allgemeine Beitragssatz nicht mehr erhöht wird und Defizite der Krankenkassen zukünftig über kassenindividuelle

Zusatzbeiträge ausgeglichen werden (oder durch eine Erhöhung des Bundszuschusses).

Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge: Zusatzbeiträge dürfen ab dem 1.01.2011 nur noch einkommensunabhängig erhoben werden (§ 242 SGB V). Die vorherige Begrenzung auf maximal 1 % des beitragspflichtigen Einkommens wurde gestrichen, so dass Zusatzbeiträge zukünftig in unbegrenzter Höhe erhoben werden können. Damit ist der Einstieg in eine langfristig vollständige Umstellung des einkommensbezogenen Arbeitnehmerbeitrags in einkommensunabhängige Pauschalen vollzogen. Wird zukünftig weder der allgemeine Beitragssatz noch der Bundeszuschuss erhöht, müssen alle Ausgabensteigerungen, die nicht durch den allgemeinen Beitragssatz zu decken sind, allein durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge durch die Mitglieder finanziert werden.

Überforderungsgrenze und Sozialausgleich: Übersteigt der „durchschnittliche" Zusatzbeitrag 2% der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds, hat das Mitglied Anspruch auf einen so genannten „Sozialausgleich" (§ 242b Abs. 1 SGB V). Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der einkommensabhängige Beitragsanteil des Mitglieds in dem Maße verringert wird, wie der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt. Die Reduzierung des einkommensabhängigen Beitragsanteils ist von der den Beitrag abführenden Stelle vorzunehmen (§ 242b Abs. 2 SGB V). Für 2011 ist der Sozialausgleich abweichend davon von der zuständigen Krankenkasse durchzuführen (§ 242b Abs. 8 SGB V). Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass für den Anspruch auf einen ‚Sozialausgleich' nicht der tatsächlich von der jeweiligen Krankenkasse erhobene und vom Mitglied zu zahlende Zusatzbeitrag maßgeblich ist, sondern der „durchschnittliche" Zusatzbeitrag. Dieser wird auf Grundlage der Prognose des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt vom BMG Ende des Jahres für das jeweilige Folgejahr festgelegt ((§ 242a SGB V).

Ob ein Anspruch auf Sozialausgleich besteht und in welcher Höhe, richtet sich allein nach diesem durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Somit erhält ein Mitglied beispielsweise auch dann einen Sozialausgleich, wenn die betreffende Kasse keinen Zusatzbeitrag verlangt aber der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V höher ist als 2 % des beitragspflichtigen Einkommens des betreffenden Mitglieds. Ist der zu zahlende tatsächliche Zusatzbeitrag dagegen höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, so besteht Anspruch auf einen Sozialausgleich nur in dem Umfang wie der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % des beitragspflichtigen Einkommens des einzelnen Mitglieds über-

schreitet. Dazu ein Beispiel: Verdient ein Mitglied 1.000 Euro, so liegt die Überforderungsgrenze bei 20 Euro. Beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 10 Euro und verlangt die betreffende Krankenkasse aber 30 Euro, so hat das Mitglied keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich und muss die vollen 30 Euro zahlen, da allein der durchschnittliche Zusatzbeitrag maßgeblich ist, der mit 10 Euro in diesem Beispiel die Überforderungsgrenze nicht übersteigt (zur Kritik des 'Sozialausgleichs' im GKV-FinG vgl. u.a. Fuchs 2010; Greß/Jacobs/Schulze 2010; Jacobs/Schulze 2010; Steffen 2010).

Wechsel von der GKV zur PKV: Durch das GKV-WSG 2007 war die Frist zum Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung von zuvor einem Jahr auf drei Jahre heraufgesetzt worden. Entsprechend der Ankündigung im Koalitionsvertrag setzte die schwarz-gelbe Koalition diese Frist wieder auf ein Jahr herab. Die Versicherungspflicht endet ab dem 1.01.2011 wieder mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Einkommensgrenze überschritten wird (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Durch diese Entscheidung werden der GKV Beitragseinnahmen verloren gehen, nach Schätzung des BMG pro Jahr ca. 200 Mio. (BMG 2010b) , nach Einschätzung der GKV hingegen ca. 500 Mio. Euro (Fuchs 2010).

Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung: Die zentrale Kennziffer zur Ermittlung der ‚morbiditätsorientierten Gesamtvergütung' einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der voraussichtliche Behandlungsbedarf je Versicherten, wurde 2011 um 1,25 % erhöht (geschätztes Volumen laut BMG: ca. 300 Mio. Euro) (BMG 2010b).. Darüber hinaus wurden die Gesamtvergütungen derjenigen KVn, die bei der letzten Honorarreform nur geringe Zuwächse erhielten (v.a. Bayern, Baden-Württemberg) um einen „regionalen Anpassungsfaktor" zusätzlich angehoben (geschätztes Volumen laut BMG: ca. 500 Mio. Euro).

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV): Die in HzV-Verträgen vereinbarten Vergütungen werden zukünftig auch dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterworfen. Sie dürfen nicht stärker steigen als die Grundlohnsumme und nicht über dem Vergütungsniveau der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der jeweiligen KV liegen (§ 73b Abs. 5a SGB V). Überschreitungen sind nur zulässig, wenn sie durch Einsparungen an anderer Stelle ausgeglichen werden.

Vertragszahnärztliche Versorgung: Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen 2011 nur um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder steigen (2012 nur um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Rate) (§ 85 Abs. 2d, 3f SGB V).

Krankenhausversorgung: Auch für die Krankenhäuser gilt – wie für

die Zahnärzte – für 2011 die um 0,25 Prozentpunkte verminderte und für 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate (§ 10 Abs. 3 KHEntG). Auf Mehrleistungen gegenüber 2010 wird in 2011 ein Vergütungsabschlag von 30 % vorgenommen. Ab 2012 ist der Vergütungsabschlag zwischen Krankenhaus und Krankenkassen zu vereinbaren (§ 4 Abs. 2a KHEntG). Die von der großen Koalition beschlossene Bundeskonvergenz – die Angleichung der Landesbasisfallwerte auf ein einheitliches Bundesniveau – wurde aufgehoben.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz setzte die Koalition zentrale Vorhaben ihres Koalitionsvertrages um. Nicht nur die Regelungen zur Reform der GKV-Finanzierung folgen dem Koalitionsvertrag, sondern auch die Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung, mit denen – deutlich erkennbar – insbesondere die Einkommensinteressen der bayrischen und baden-württembergischen Ärzte befriedigt wurden. Die Deckelung der vertragszahnärztlichen Vergütungen wurde hingegen – anders als im Koalitionsvertrag versprochen – nicht abgeschafft. Und mit der Fortsetzung der Grundlohnsummenanbindung der Krankenhausvergütungen wurde der von der großen Koalition bereits beschlossene Umstieg auf einen neuen kostenorientierten Richtwert ausgesetzt. Auch der Vergütungsabschlag für Mehrleistungen verstößt eindeutig gegen die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser und dient der Ausgabenbegrenzung der GKV. Lediglich die Streichung der Bundeskonvergenz folgt für diesen Bereich dem Koalitionsvertrag. Schließlich wandte sich die Koalition mit ihrem Beschluss zu Hausarztverträgen offen gegen die Interessen der Hausärzteverbände und entsprach den Interessen der Krankenkassen.

3. Schlussbetrachtung

Vergleicht man die Liste der gesundheitspolitischen Vorhaben im Koalitionsvertrag mit den Inhalten der 2010 beschlossenen Gesetze, so ist zunächst einmal festzuhalten, dass das zentrale gesundheitspolitische Projekt, der Einstieg in die Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen vollzogen wurde. Dem Gesetzentwurf gingen allerdings monatelange koalitionsinterne Auseinandersetzungen zwischen den Gesundheitspolitikern der FDP und CDU auf der einen und der CSU-Führung auf der anderen Seite voraus. Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils am Krankenkassenbeitrag ist noch eine politische Willenserklärung, die in den nächsten Jahren erst eingelöst werden muss. Bisher hat die Koalition den Arbeitgeberbeitrag nicht stabil gehalten, sondern im Gegenteil – durch ihren Beschluss zur Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes – angehoben.

Der verbleibende Rest der eingangs vorgestellten Agenda wurde bis Ende 2010 nur zu einem geringen Teil umgesetzt. Zudem beinhalten die beschlossenen Gesetze Entscheidungen, die durchaus als Widerspruch zu den Ankündigungen des Koalitionsvertrages gedeutet werden können.

Vollständig umgesetzt wurden bis Ende 2010:
– die Kompensation ‚krisenbedingter Einnahmenausfälle' der GKV durch Mittel des Bundeshaltes,
– die Vermeidung ‚unnötiger Ausgaben' durch verschiedene Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung im Bereich der Arzneimittelversorgung aber auch der ambulanten ärztlichen Versorgung (Kürzung der Veränderungsrate) und Krankenhausversorgung (Kürzung der Veränderungsrate, Mehrleistungsabschläge),
– die Rücksetzung der Wartefrist für einen Wechsel von der GKV zur PKV auf ein Jahr,
– Korrekturen der Honorarreform und die
– Streichung der Bundeskonvergenz für das DRG-Fallpauschalensystem.

Teilweise umgesetzt wurde:
– die Anwendung des Kartellrechts auf die Krankenkassen, allerdings letztlich nur für den Bereich der Rabattverträge,

Von den insgesamt eingangs aufgelisteten 24 Vorhaben im Bereich Gesundheit (ohne Pflege) wurden somit bis Ende 2010 lediglich sechs Vorhaben vollständig oder teilweise umgesetzt. Von den verbleibenden 18 Vorhaben wurden offenbar zwei aufgegeben (Pick-up-Stellen, Einschränkung des Arzneimittelversandhandels).

Sieht man vom Einstieg in ein System einkommensunabhängiger Beitragspauschalen ab, so bieten die vier beschlossenen Gesetze eher das Bild einer Fortsetzung traditioneller Kostendämpfungspolitik verbunden mit der auch bereits in den letzten Jahren zu verzeichnenden Ausweitung des steuerfinanzierten Teils des GKV-Haushaltes. Die wichtigsten Maßnahmen des Jahres 2010 waren in diesem Zusammenhang die Gewährung eines einmaligen Bundeszuschusses, die Erhöhung des – von den Arbeitgebern mit zu tragenden – allgemeinen Beitragssatzes und ein Bündel von Maßnahmen zur Begrenzung der GKV-Ausgaben, die zu Lasten von Leistungserbringern gingen.

Im Koalitionsvertrag war weder von einer Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes – und damit auch des Arbeitgeberanteils – noch von einer Fortsetzung der Budgetierung und Kürzung der dafür verwendeten Veränderungsrate die Rede. Dieser Typ von Maßnahmen diente offensichtlich zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenkassen. Dass

zu diesen Maßnahmen gegriffen wurde, ist sicherlich auch damit zu erklären, dass mit der Regierungsübernahme im Bund auch die Verantwortung für die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Dieser Auftrag hat Verfassungsrang (Art. 74, 120 GG), und folglich muss auch ein Gesundheitsminister, der einen ‚Systemwechsel' anstrebt, zunächst einmal das bestehende System stabilisieren.

Wie bereits erwähnt, sollten Maßnahmen dieser Koalition, die eher den Mustern traditioneller Kostendämpfungspolitik folgen, vor allem im Lichte des angestrebten Systemwechsels gedeutet werden. So betrachtet erscheinen sie als Maßnahmen, die einen schrittweisen und erst nach 2011 einsetzenden Einstieg in ein System immer weiter steigender einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge absicherten. Ohne diese Maßnahmen wäre damit zu rechnen gewesen, dass Zusatzbeiträge bereits 2010 und zwar auf breiter Linie und in erheblichem Umfang hätten erhoben werden müssen.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Michael Simon
Fachhochschule Hannover
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
Email: michael.simon@fh-hannover.de

Literatur

Bechtold, R.; Brinker, I.; Holzmüller, T. (2010): Rechtliche Grenzen der Anwendung des Kartellverbots auf die Tätigkeit gesetzlicher Krankenkassen. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Online unter: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/politik/reformaktuell/gutachten_kartellrecht_amnog.pdf (5.08.2010).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2010a): Reform des GKV-Arzneimittelmarktes. Information vom 11. November 2010. Online unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_169/nn_1946082/SharedDocs/Standardarti kel/DE/AZ/A/Glossar-Arzneimittel/amnog-basistext.html?__nnn=true (23.11.2010).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2010b): Wesentliche Regelungen des GKV- Finanzierungsgesetzes. Online unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar- Gesundheitsreform/GKV-FinG.html (26.11.2010).

BVA, Bundesversicherungsamt (2009): Schätztableau des GKV-Schätzerkreises vom 09. Dezember 2009. Online unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046648/DE/Risikostrukturausgleich/Sch aetzerkreis/Schaetztableau__09.12.2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Schaetzta bleau_09.pdf (4.01.2009).

CDU/CSU/FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Online unter: http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf (17.11.2009).

EuGH (2004): Urteil des Gerichtshofs vom 16. März 2004 in den verbundenen Rechtssachen C-264/01, C- 306/01, C-354/01 und C-355/01 (AOK-Bundesverband).

FDP (2004): Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Beschluss des 55. Bundesparteitages der FDP, Dresden 5. und 6. Juni 2004. Online unter: http://www.fdp-bundespartei.de/files/1410/KrankenversicherungBPT2004.pdf (5.01.2010).

Fuchs, H. (2010): GKV-Finanzierungsgesetz: Versicherte sollen den Sozialausgleich 2012 bis 2014 selbst zahlen. Eine Bewertung des Entwurfs des Bundesgesundheitsministers. Soziale Sicherheit 59 (9): 294-299.

G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V. Online unter: http://www.g- ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/nutzenbewertung35a/#footer (31.01.2011).

Gerlinger, T.; Urban, H.-J. (2010): Auf dem Weg zum Systemwechsel: Gesundheitspolitik schwarz-gelb. Blätter für deutsche und internationale Politik (1): 55-63.

Graalmann, J. (2010): Schädliche Kartellrechtsinjektionen aus dem AMNOG streichen! Forum für Gesundheitspolitik: 17-24.

Greß, S.; Jacobs, K.; Schulze, S. (2010): GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen. Gesundheits- und Sozialpolitik (4): 16-29.

Jacobs, K.; Schulze, S. (2010): Wie gerecht ist der Sozialausgleich? Gesundheit und Gesellschaft 13 (7-8): 14-15.

Kingreen, T. (2010): Zur Bindung der Krankenkassen an das Kartellrecht. Soziale Sicherheit 59 (11): 391-396.

Mühlhausen, K.-H. (2010): Kartellrechtsinjektionen im Schatten der Arzneimittelreform. Kartellrechtlich verboten, was sozialrechtlich geboten? Gesundheits- und Sozialpolitik (4): 30-34.

Neumann, M.J. (2010): Die Reform der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik 64 (3):23-26.

Selke, G. W. (2010): Arzneimittelschnellbewertung – ein Ansatz zur Bewältigung des Arzneimittelausgaben-Problems. G+G Wissenschaft 10 (3): 7-15.

Steffen, J. (2010): Die "Rösler-Prämie" – Einstieg in die Kopfpauschale. Online unter: http://www.ak-sozialpolitik.de/dukumente/2010/2010-07-12%20Roesler-Praemie.pdf (10.02.2011).