

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P02-205

**Rot-grüne Gesundheitspolitik –
eine Zwischenbilanz**

von

Thomas Gerlinger

Berlin, November 2002

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Die konservativ-liberale Bundesregierung hatte seit der ersten Hälfte der 90er Jahre darauf gesetzt, die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung durch neue finanzielle Anreize für die Individualakteure im Gesundheitswesen (Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, Patienten) zu begrenzen. Zu den einschlägigen Steuerungsinstrumenten zählten die Verschärfung des Kassenwettbewerbs durch die Einführung der freien Kassenwahl, die durch die Ausrichtung des Vergütungssystems auf Budgets und Pauschalen herbeigeführte Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungserbringer sowie eine durchgreifende Privatisierung von Krankenbehandlungskosten.

Rot-grüne Gesundheitspolitik weist im Verhältnis zur Politik der konservativ-liberalen Koalition sowohl Kontinuitätselemente als auch neue Akzente auf. Sie hielt am Kassenwettbewerb sowie an Budgets und Pauschalen fest, machte aber einen erheblichen Teil der kurz zuvor getroffenen Maßnahmen zur Kostenprivatisierung rückgängig. Statt dessen legte sie ein stärkeres Gewicht auf die Reform von Versorgungsstrukturen. Hervorzuheben sind insbesondere die Bemühungen um die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung und um die Stärkung der hausärztlichen Versorgung sowie die finanzielle Unterstützung für die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Darüber hinaus wies sie den Krankenkassen erneut Kompetenzen bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu. Ziel und Leitbild rot-grüner Gesundheitspolitik war es, mit Hilfe von Reformen der Versorgungsstrukturen und Vertragsbeziehungen Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die es gestatten sollen, das Ziel der Beitragssatzstabilität und das Festhalten an einem einheitlichen, alles medizinisch Notwendige umfassenden GKV-Leistungskatalog miteinander zu verknüpfen.

Allerdings haben sich die skizzierten Reformen bisher kaum im Versorgungsalltag niedergeschlagen. Die Implementationsprobleme sind nicht einfach nur auf die Macht der Verbände im Gesundheitswesen zurückzuführen, sondern – so die hier vertretene These – vor allem auf eine Inkompatibilität von Steuerungszielen und Steuerungsinstrumenten. Insbesondere die Anreize des Kassenwettbewerbs und die sektorale Budgetierung der GKV-Ausgaben erwiesen sich als Hindernisse für die Implementation wünschenswerter Innovationen in der Versorgungs- und Präventionspolitik.

Bisher hat Rot-Grün an den gewachsenen Grundsätzen einer solidarischen Krankenversicherung festgehalten und eine weitergehende Privatisierung von Krankenbehandlungskosten abgelehnt. Darin besteht der markanteste Unterschied zur Gesundheitspolitik der konservativ-liberalen Regierungskoalition. Die wieder verstärkt geführte Debatte um die Krise der sozialen Sicherungssysteme deutet allerdings darauf hin, dass diese Prinzipien doch wieder zur Disposition gestellt werden könnten.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Abstract..... | 3 |
| 1. Einleitung..... | 7 |
| 2. Die Ausgangssituation: Gesundheitspolitischer Wandel unter der CDU/CSU- FDP-Koalition..... | 7 |
| 3. Rot-grüne Gesundheitspolitik: Gesundheitspolitisches Leitbild und legislative Maßnahmen | 8 |
| 3.1 Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 | 9 |
| 3.2 Zwischen Schadensbegrenzung und politischer Gestaltung: Reform des Risikostrukturausgleichs und Arzneimittelpolitik..... | 15 |
| 4. Implementation und Praxiswirksamkeit von Reformvorhaben | 20 |
| 4.1 Die Implementation von Innovationen – eine kursorische Bestandsaufnahme.. | 20 |
| 4.2 Innovationshemmnisse | 22 |
| 4.3 Mit Budgets und Pauschalen auf dem Weg in die implizite Rationierung? | 28 |
| 4.4 Zur Finanzentwicklung der GKV | 30 |
| 5. Ein neuer Steuerungstyp? Anmerkungen zum Verhältnis rot-grüner und konservativ-liberaler Gesundheitspolitik | 32 |
| 6. Ein Ausblick auf die 15. Legislaturperiode | 33 |
| Literatur | 37 |

1. Einleitung

Im deutschen Gesundheitswesen lässt sich eine Vielzahl von Defiziten konstatieren, die die WHO (2000) und der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG 2000/2001) zu dem Befund bündeln, dass im OECD-Länder-Vergleich hierzu-lande mittelmäßige Ergebnisse bei hohen Ausgaben zu verzeichnen sind. Diese Defizite sind nicht neu. Da auch nach 16 Jahren konservativ-liberaler Koalition viele Probleme des Gesundheitswesens 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 (siehe hierzu z.B. auch: Reiners 2002; Knieps 2002; Burkhardt 2002). Der folgende Text geht zunächst in knapper Form auf die gesundheitspolitische Ausgangssituation bei der Regierungsübernahme im Jahr 1998 ein. Es folgt eine Charakterisierung des Leitbilds rot-grüner Gesundheitspolitik und eine Erläuterung der wichtigsten gesetzgeberischen Maßnahmen während der 14. Legislaturperiode. Hierbei sollen die Steuerungsbemühungen nicht im Detail nachgezeichnet werden, sondern die grundlegenden Entwicklungslinien im Mittelpunkt stehen. Sodann werden die Auswirkungen der skizzierten Interventionen auf die gesundheitliche Versorgung und die Gründe für deren geringe Innovationskraft analysiert. Schließlich wird auf die Frage eingegangen, ob sich unter Rot-Grün ein neuer Typ gesundheitspolitischer Steuerung herausgebildet hat und in welchem Verhältnis rot-grüne und konservativ-liberale Gesundheitspolitik zueinander stehen. Abschließend folgt ein Ausblick auf sich abzeichnende Entwicklungstrends in der Gesundheitspolitik.

2. 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 (Budgets) 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 Krankheitskosten, mit dem Kernelemente der privaten Krankenversicherung in die GKV eingeführt wurden und die weit über die bisherige Praxis der – sukzessiven und insgesamt eher moderaten – Anhebung von Zuzahlungen hinausging.¹

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 Versorgungsleistungen am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren. Auf diese Weise sollte eine Kohärenz zwischen dem gesundheitspolitischen Globalziel der Kostendämpfung – genauer: der Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge zur GKV – und den individuellen Handlungsrationitäten 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. Die skizzierten Maßnahmen waren sektorspezifischer Ausdruck eines übergreifenden Umbaus sozialstaatlicher Sicherung und zugleich eine Antwort auf spezifische Steuerungsprobleme in der GKV.

3. 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 gesundheitspoliti-

¹ Zu den Privatisierungsmaßnahmen zählten u.a. neue Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Einführung von Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen und Kostenerstattung; eine kräftige Anhebung und Dynamisierung sämtlicher Zuzahlungen; die Ausgliederung des Zahnersatzes für alle damals unter 18jährigen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen, also die vollständige Ausgliederung einer relevanten Leistungsart für einen wachsenden Teil der Bevölkerung; die Einführung der Kostenerstattung an Stelle des Sachleistungsprinzips für die kieferorthopädische Behandlung und den Zahnersatz bei gleichzeitiger Umwandlung der prozentualen Zuschüsse in Festzuschüsse.

schen 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; Perschke-Hartmann 1994; Manow 1994). 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 die willkommene Gelegenheit, die konservativ-liberale Politik der sozialen Kälte zu bezichtigen und sich als soziale Alternative zu präsentieren. Im Wahlkampf hatten sie die Rücknahme dieses Pakets angekündigt, und mit dem bereits im Dezember 1998 verabschiedeten Solidaritätsstärkungsgesetz (BGBl. I: 3853) setzten sie ihr Wahlversprechen auch weitgehend um, so dass die erwähnten Maßnahmen keine nachhaltige Wirkung im Versorgungsalltag entfalten konnten.² 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 Wirtschaftlichkeitspotentiale 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.

3.1 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?

2 Allerdings war Gesundheitsminister Seehofer aus Wahlkampfgründen zuvor bereits ein Stück zurückgerudert und hatte einige der zuvor beschlossenen Maßnahmen ausgesetzt.

Grundsatz der Beitragssatzstabilität

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. Der mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 eingeführte und bis zum Ende der konservativ-liberalen Koalition unverändert gebliebene § 71 Abs. 1 SGB V hatte den Krankenkassen und den Leistungserbringern lediglich vorgeschrieben, dass sie „in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu *beachten*“ hatten (Hervorh. T.G.); gleichzeitig war der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen der Auftrag erteilt worden, ihre jährlichen Empfehlungen so auszugestalten, „daß Beitragssatzerhöhungen *vermieden* werden“ (§ 141 Abs. 2 SGB V – Hervorh. T.G.). Das GKV-GRG 2000 bestimmt nunmehr, dass die „Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer (...) die Vereinbarungen über die Vergütungen (...) so zu gestalten [haben], dass Beitragssatzerhöhungen *ausgeschlossen* werden (...)“ (§ 71 Abs. 1 SGB V – Hervorh. T.G.). Auch die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (§ 141 Abs. 2 SGB V) und die Vergütungsvereinbarungen im stationären Sektor (§ 71 Abs. 1 SGB V, § 17 Abs. 1 KHG) wurden explizit in diese restriktivere Fassung einbezogen. Grundsätzlich gilt allerdings nach wie vor für alle Versorgungsbereiche, dass ein Abgehen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität dann möglich sein soll, wenn „die notwendige medizinische Versorgung (...) auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (...)“ ist (§ 71 Abs. 1 SGB V).

Sektorale Budgetierung

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, die ihre Zustimmung zu diesem Vorhaben verweigerten, weil sie jegliche Form der Budgetierung ablehnten. Das Scheitern des Globalbudgets stellte insofern eine durchaus schwerwiegende Beeinträchtigung des rot-grünen Reformkonzepts dar, als es gegenüber sektoralen Ausgabenobergrenzen eine größere Flexibilität des Leistungsgeschehens hätte ermöglichen sollen und damit eine wichtige Voraussetzung für die Etablierung integrierter Versorgungsstrukturen gewesen wäre. Allerdings waren im Gesetzgebungsverfahren von unterschiedlicher Seite auch Zweifel an der Praktikabilität der Globalbudgetierung laut geworden, die vor allem mit der Schwierigkeit begründet wurden, die Vielzahl von Akteuren und Handlungsebenen in der Vertragspolitik zu koordinieren.

Freie Kassenwahl und Kassenwettbewerb

Das GKV-GRG 2000 ließ die Eckpunkte der 1992 vereinbarten Organisationsreform – die freie Kassenwahl der Versicherten, den damit institutionalisierten Kassenwettbewerb und den kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA)³ – unverändert. Ebenso wie der Vorgängerregierung gelten sie auch SPD und Grünen als unverzichtbare Instrumente für die Gewährleistung einer kostengünstigen und qualitativ hochwertigen Versorgung. 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 eingeschlagenen Weg grundsätzlich in Frage zu stellen.

Weitere Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungsanbieter

Ebenso wurde unter Rot-Grün auch die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungsanbieter fortgesetzt. Dafür steht die Wiedereinführung der Praxisbudgets⁴ 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 wichtigstes Vorhaben 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 erfasst der pauschalierte Anteil nur etwa 25 % der Krankenhauskosten. 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). Nicht mehr wie in der Vergangenheit auf dem Wege der Mengenexpansion, sondern – bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall – dem der Leistungsminimierung können die Krankenhäuser ihren Gewinn erhöhen, denn dieser ergibt sich nun aus der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten.

3 Beim RSA handelt es sich um ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassenarten, das die unterschiedlichen finanziellen (und damit beitragsatzrelevanten) Risiken, die sich aus der spezifischen Zusammensetzung ihrer Versichertenklientel ergeben, ausgleichen soll. Kassen mit günstigerer Berücksichtigung wurden dabei zunächst die Parameter Einkommen, Alter, Geschlecht und Familienlastquote sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente Versichertenstruktur müssen an Kassen mit ungünstiger Versichertenstruktur einen Teil ihrer Einnahmen abführen. Der RSA sollte die Startbedingungen der Kassen im Wettbewerb angleichen und die Anreize zur Selektion „guter Risiken“ abschwächen. Da aber der Faktor „Krankheit“ nicht in das Ausgleichsverfahren eingeht, konnte der RSA – wie sich bald herausstellen sollte – diese Aufgabe nicht erfüllen.

4 Praxisbudgets definieren für den einzelnen Arzt eine Obergrenze für die Menge der abrechenbaren Leistungen. Sie ist im wesentlichen abhängig von der Fachrichtung des Arztes und von der Zahl seiner Patienten.

Neue Anreize und erweiterte Optionen zur Etablierung innovativer Versorgungsformen

Das GKV-GRG 2000 sah eine Reihe von Bestimmungen vor, die die Etablierung innovativer Versorgungsformen ermöglichen bzw. erleichtern sollten. Auch diese Maßnahmen zielten 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 Beteiligung 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 – seit 1997 – 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 Einnahmen 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.).

Aufwertung von Qualitätssicherung

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 Berücksichti-

gung 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.

Primärprävention und Gesundheitsförderung als Aufgabenfeld der Krankenkassen

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 Gesundheits-

förderung zu beschließen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik der Maßnahmen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Auf diese Weise will der Gesetzgeber sicher stellen, dass sich der in der ersten Hälfte der 90er Jahre gelegentlich anzutreffende – in der Öffentlichkeit allerdings auch stark überzeichnete – Missbrauch von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Marketing-Zwecke der Krankenkassen nicht wiederholt und nur zielführende und qualitätsgesicherte Maßnahmen durchgeführt werden. 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.; Niemann 1997: 72; Priester 1999: 138). Zudem verzichtete der Gesetzgeber auf die Wiederaufnahme eines Rechtsanspruchs der Versicherten auf Leistungen zur Gesundheitsförderung (hierzu: Priester 1999). Auch bei der Aufwertung von Primärprävention und Gesundheitsförderung stand die Erwartung im Hintergrund, auf diesem Wege zumindest langfristig Ausgaben für die Krankenbehandlung vermeiden zu helfen.

Erweiterung der vertragspolitischen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Das GKV-GRG 2000 setzte 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 in die Lage versetzt werden, stärker auf die Bedingungen der Leistungserbringung Einfluss zu nehmen (vom „payer“ zum „player“) und sich dabei vor allem gegenüber den KVen, die in der Vergangenheit Innovationen häufig blockiert hatten, durchsetzen zu 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.

Handlungsmotive

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 man die Effizienz im Versorgungssystem steigern wollte. Dabei schwang stets die Hoffnung mit, auf diesem Wege nicht nur eine bessere Versorgung gewährleisten, sondern auch unnötige Kosten vermeiden 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, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehen. Die verbindliche Formulierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung soll im rot-grünen Modernisierungskonzept den von den finanziellen Steuerungsinstrumenten ausgehenden und politisch sehr wohl erkannten 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; Lünen/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 (hierzu: s.u.).

Schließlich stehen die skizzierten Bemühungen um innovative Versorgungsformen und eine verbesserte Versorgungsqualität aber auch im Zusammenhang mit dem machtpolitischen Interesse der politischen Entscheidungsträger. Denn sind die Vorzeichen erst einmal auf eine rigide Ausgabenbegrenzung gestellt, wächst damit auch die Gefahr von Versorgungsmängeln bzw. Rationierungen; wenn derartige Entwicklungen von der Bevölkerung wahrgenommen werden, kann sich ihr Unmut sehr schnell gegen die politisch Verantwortlichen richten und zu einem politischen Zustimmungsverlust führen. Aus deren Perspektive kommt Maßnahmen zur Effizienzsteigerung in der gesundheitlichen Versorgung stets auch die Funktion zu, die mit Einsparungen verbundenen Legitimationsrisiken zu vermeiden bzw. zu verringern.

3.2 Zwischen Schadensbegrenzung und politischer Gestaltung: Reform des Risikostrukturausgleichs und Arzneimittelpolitik

Nach der Verabschiedung der GKV-Gesundheitsreform 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. Viel-

mehr 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 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 geführt hatte, die schließlich die Funktionsweise des gesamten GKV-Systems und dessen Legitimation in Frage zu stellen drohten. Dem nunmehr verstärkten Druck, die Beitragssätze niedrig zu halten, versuchten die Kassen in erster Linie durch das Umwerben „guter Risiken“ – also gesunder, und dies heißt wiederum: besser verdienender Versicherter mit hohem formalem Bildungsabschluss – Rechnung zu tragen, denn die Morbidität und damit der Behandlungsbedarf der Versicherten wurde beim RSA nicht berücksichtigt. Weil einige Krankenkassen, insbesondere einige Betriebskrankenkassen, dabei besonders erfolgreich waren, die Ortskrankenkassen und auch einige große Ersatzkassen hingegen auf ihren „schlechten Risiken“ sitzen blieben, klafften die Beitragssätze zwischen Kassen wieder zunehmend auseinander (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) verfolgte 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 gemeinsam und nicht mehr von der versichernden Krankenkasse allein getragen; außerdem erhalten die Kassen aus dem Finanzausgleich zusätzliche Mittel, wenn sie ihre chronisch kranken Versicherten im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMPs)⁵ 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 für chronisch Kranke zu lenken. Treten die erhofften Wirkungen ein, so dürften sich auch die sozialpolitisch unververtretbaren 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 von diesen wiederum nur ein Teil 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 Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen zu rechnen sein.

Allerdings kann auch nicht ohne weiteres davon ausgegangen, dass die erwarteten versorgungspolitischen und finanziellen Wirkungen der Reform tatsächlich eintreten werden. Eine Vielzahl von Unwägbarkeiten birgt vor allem die Verknüpfung von DMPs und RSA. 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 be-

5 Disease-Management-Programme sind strukturierte Programme zur Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen, die sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren. Da für sie der sich aus den Patientenproblemen ergebende Behandlungsbedarf und nicht die sektorale Kompetenzverteilung zwischen den Leistungsanbietern Bezugspunkt für die Gestaltung der Versorgungsverläufe ist, sind sie in aller Regel sektorübergreifend konzipiert. Disease-Management-Programme sollen auf diese Weise dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern.

rücksichtigt 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 es 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 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 zunächst mit einem Ausgabenanstieg im Rahmen dieser strukturierten Behandlungsprogramme zu rechnen ist. Zudem wird der Kontrollaufwand zur Vermeidung unerwünschter Ausweichreaktionen beträchtlich zunehmen.

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 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 Um-

stellung 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 fand – wie zuvor auch – das Instrument der arztindividuellen Richtgrößen für die Arzneimittelversorgung Anwendung. Sie sollen auf der Grundlage von bundesweiten Rahmenvorgaben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Landesverbänden der KVen für die einzelnen Arztgruppen vereinbart werden (§ 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. Wenn sie den wirtschaftlichen Bestand der Praxis gefährden, können sie dem Arzt erlassen oder gestundet werden. 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-Begrenzungs-gesetz (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.⁶ Überdies zeigte sich bei der Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen durch die gemeinsame Selbstverwaltung, dass die Vertragsärzte sich nicht an die von den KVen gemachten Zusagen hielten, ihr Ordnungsverhalten an den vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen auszurichten. Insgesamt kann die Auseinandersetzung um die Arzneimittelversorgung als Paradebeispiel dafür gelten, wie es Leistungsanbietern mit ihrem lobbyistischen Einfluss gelingen kann, Gesetzesvorhaben aufzuweichen und die verbliebenen Bestimmungen in der Umsetzung zu umgehen. Vor diesem Hintergrund wundert es nicht, dass das anvisierte Einsparvolumen nicht realisiert werden konnte. Die in diesem

6 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 (Frankfurt Allgemeine Zeitung v. 2.4.2002).

Zusammenhang gemachten Erfahrungen dürften kaum das Vertrauen des Gesetzgebers in die Problemlösungsfähigkeit und -bereitschaft der gemeinsamen Selbstverwaltung und insbesondere der Leistungsanbieter gestärkt haben.

4. Implementation und Praxiswirksamkeit von Reformvorhaben

4.1 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 (Hildebrandt/Hesselmann 2000; Hildebrandt/Rippmann/Seipel 2000) 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.⁷ 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-Konzept⁸ verpflichteten Versorgungsformen auf den Weg gebracht worden.

7 Diese Handlungsoptionen für die Weiterentwicklung der Versorgung waren der Selbstverwaltung noch 1997 unter der konservativ-liberalen Regierung eingeräumt worden. Sie werden im Folgenden als Bestandteil rot-grüner Gesundheitspolitik behandelt, weil sie an ihnen festhielt und ihre Umsetzung weitgehend in die Regierungszeit von Rot-Grün fiel.

8 Die Teilnahme an derartigen Vorhaben ist sowohl für Patienten als auch für Ärzte freiwillig, jedoch müssen sich beide Gruppen an einen eigenen Verhaltenskodex halten. Für Patienten besteht er in der Regel darin, sich nur in Einrichtungen des jeweiligen Netzes bzw. von den am Modellvorhaben oder Strukturvertrag beteiligten Ärzten behandeln zu lassen, bei Hausarztmodellen zusätzlich, sich beim Erstkontakt an den Hausarzt zu wenden. Auch Ärzte binden sich an bestimmte Verhaltensmaßregeln. Zu den wichtigsten Instrumenten zur Steuerung ärztlichen Handelns zählen:

- die Definition von Behandlungsleitlinien für das diagnostische und therapeutische Handeln, von zumeist an medizinischen Parametern orientierten Regeln für die Weiterleitung von Patienten an andere Versorgungseinrichtungen (Hausarzt – Facharzt – Krankenhaus) und von Regeln für eine verbesserte Kommunikation zwischen diesen Institutionen;
- Qualifikationsmaßnahmen für die beteiligten Ärzte, d.h. die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen sowie der Besuch von Schulungen und anderen Weiterbildungsveranstaltungen;
- eine standardisierte ärztliche Dokumentation, um Transparenz über die Behandlungsschritte und den Behandlungserfolg herzustellen;
- ein Qualitätsmanagement, das die Einhaltung der Behandlungs- und Dokumentationsstandards sicherstellen soll;

Allerdings haben sich gerade die in die Etablierung von *Praxisnetzen* gesetzten Hoffnungen auf eine Qualitätsverbesserung bei ausgabenneutraler oder sogar kostengünstigerer 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; Richard 2001; Hellmann 2001: 181ff.; Bohm/Häussler/Reschke 2002; Roth 2002; Preuß/Räbiger/Sommer 2002). Zwar lassen sich gewisse Nutzeffekte durchaus feststellen – vor allem eine Verbesserung der Präsenzzeiten, 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. Bausch/Stock 2000: 26; März 2003: 5f.). Insgesamt zeichnet sich ab, dass die in Modellvorhaben erprobten Praxisnetze nicht die Inseln sind, von denen die Modernisierung des gesamten Versorgungssystems ausgeht.

Die Bilanz *indikationsbezogener Versorgungsformen* v.a. zur Versorgung chronisch Kranker fällt im Vergleich zu denen 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 indika-

-
- finanzielle Anreize für die beteiligten Ärzte, die das gewünschte Verhalten unterstützen bzw. eine erreichte Verbesserung von Behandlungsergebnissen honorieren soll (ergebnisorientierte Vergütung).

tionsbezogener 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 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. Die Beschlüsse der Spitzenverbände der Krankenkassen über die prioritären Handlungsfelder und Kriterien der Leistungen nach § 20 SGB V (Spitzenverbände 2001) deuten jedenfalls nicht darauf hin, vermitteln sie doch den Eindruck, dass sich die Kassen einseitig auf verhaltenspräventive Handlungskonzepte konzentrieren und integrierten kontextbezogenen Ansätze einen lediglich geringen Stellenwert zuweisen. Eine solche Orientierung liefe darauf hinaus, die Präventionspolitik primär an den Bedürfnissen von Mittelschichtangehörigen und nicht an denen sozial schwacher Bevölkerungsgruppen auszurichten (hierzu: Rosenbrock 2001).

4.2 *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 und nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen ist (Engelhardt/Herrmann 1999; Kühn 2001; Wanek/Heinrich/Chavet 2002). Allerdings ist der schleppende Fortschritt damit allein nicht zu erklären. Auch der häufige 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 Zuschuss der GKV-Wettbewerbsordnung schafft für die Kassen einen Anreiz, ihre Konkurrenz in erster Linie auf dem Wege der Selektion „guter Risiken“ auszu-

tragen. Bedenkt man, dass in der GKV 1998 und 1999, bezogen auf die Leistungsarten „Krankenhausbehandlung“, „Krankengeld“ und „Arzneimittel“, die teuersten 10 % der Versicherten 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 wirksamer 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. Mittlerweile gibt es eine Reihe von Beispielen dafür, dass Kassen Initiativen für derartige Projekte unterlassen, ihr Zustandekommen zu blockieren versuchen oder, wenn es sie denn gibt, nicht mehr für sie werben (z.B. Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 14.12.2000; Tagesspiegel v. 12.3.2001). 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).⁹ Zugleich beklagt der Sachverständigenrat, dass – umgekehrt – 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

9 Auch einige der Schwierigkeiten beim Aufbau von Praxisnetzen stehen im Zusammenhang mit dem Anreizsystem des wirtschaftlichen Wettbewerbs. Wenn Krankenkassen darauf verzichten, ihre Versicherten zur Einhaltung von einschlägigen Verhaltensmaßregeln zu veranlassen, so ist dies auch ein Hinweis darauf, dass Marketing-Überlegungen Krankenkassen davon abhalten können, gesundheitspolitisch sinnvolle Maßnahmen auf den Weg zu bringen, wenn sie befürchten müssen, damit auf Skepsis oder Ablehnung bei ihren Mitgliedern oder bei umworbenen Zielgruppen zu stoßen (Knieps 1997: 61).

zwischen den Wettbewerbsinteressen der Kassen und einer sozialkompensatorischen Präventionspolitik (Wanek/Heinrich/Chavet 2002: 164). Unter den Bedingungen des Kassenwettbewerbs 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 Prävention 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 sektoralen Budgetierungsregelungen zurückzuführen, die zusätzlich von Individualbudgets für die einzelnen Institutionen der Leistungserbringung, also 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. Dies gilt um so mehr, als – in Aussicht gestellte, aber keineswegs sichere – Einsparungen even-

tuell noch mit den Versicherten und den Krankenkassen geteilt werden müssten. Darüber hinaus ist der finanzielle Ertrag, der sich bei Beteiligung an der integrierten Versorgung für die einzelnen Ärzte ergibt, mit nur schwer überschaubaren Risiken verbunden, während die geltenden Vergütungs- und Budgetregeln im ambulanten Sektor ihnen zumindest ein einigermaßen kalkulierbares, wenn auch aus ihrer Sicht zu niedriges Einkommen sichern.

- 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 begrenzt, 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. Zudem ist mit der Einführung der DRGs die Umwälzung ganzer Organisationsstrukturen und Behandlungsabläufe verknüpft. Alle anderen Aspekte, darunter eben auch die integrierte Versorgung, rücken unter diesen Bedingungen bis auf weiteres in den Hintergrund. Für die *Krankenkassen* richtet sich das Interesse bis auf weiteres auf die 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 die Existenz unterschiedlicher Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung. Die pauschalierte, diagnosebezogene Vergütung, wie sie umfassend im stationären Bereich eingeführt werden soll, setzt andere An-

reize als die in weiten Teilen noch an Einzelleistungen orientierte Vergütung ambulanter Leistungen und ist mit deren Systematik nicht vereinbar. Gerade die mit § 140c SGB V beabsichtigte Übernahme von sektorenübergreifender Budgetverantwortung durch Leistungserbringer bzw. Gruppen von Leistungserbringern verlangt eine – an der Morbidität orientierte – Vereinheitlichung der Entgeltsysteme. Die Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung stellt für alle anderen Gruppen, die im Rahmen von integrierten Versorgungsformen mit niedergelassenen Ärzten kooperieren könnten, ein unkalkulierbares wirtschaftliches Risiko dar.

4. Hinzu kommt als erhebliches Innovationshemmnis das mit § 140a-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.¹⁰ Dies hat für den Abschluss einschlägiger Versorgungsverträge zweierlei Konsequenzen: Erstens sind die KVen beim Abschluss solcher Vereinbarungen nun wieder „im Boot“. 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. Zweitens ist das Verfahren zur Budgetbereinigung derart kompliziert und aufwendig, dass es zu einer eigenständigen Hürde für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 140a-h SGB V wird.

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 verfol-

¹⁰ Die KVen sind an einer solchen Bereinigung auch überaus interessiert, denn anderenfalls würden die Krankenkassen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung – möglicherweise in der Absicht, auf diesem Wege „gute Risiken“ an sich zu binden – großzügigere Vergütungsregelungen treffen können, was bei einer budgetierten Gesamtvergütung zur Folge hätte, dass die unter dem Dach der KVen weiterhin in der Regelversorgung tätigen Ärzte für die Versorgung ihrer Patienten mit einem entsprechend geringeren Finanzvolumen auskommen müssten (Stillfried 2000).

gen 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 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 das Verhalten der Netzteilnehmer in die gewünschte Richtung lenken zu können.
- 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 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). Den Kassen sind hier weitgehend die Hände gebunden: Sie verfügen über keine Möglichkeit, das Recht der freien Arztwahl einzuschränken. Allerdings haben sie unter den Bedingungen des Wettbewerbs auch kein Interesse daran, mit ihren Versicherten in dieser Frage einen Konflikt zu riskieren – zumindest dann nicht, wenn es sich um „gute Risiken“ handelt (s.o., Fußnote 9). Was ihnen bleibt, ist die Option, monetäre Druckmittel einzusetzen, also den Patienten im Falle eines vertragswidrigen Verhaltens den in Aussicht gestellten Bonus vorzuenthalten. Jedoch handelt es sich auch dabei um ein eher schwaches Instrument, weil die Frage, ob ein Bonus überhaupt gezahlt wird und wie hoch er ausfällt, von den im Versorgungsmodell insgesamt erzielten Einsparungen abhängt und für den Patienten die Aussicht auf einen finanziellen Nutzen daher ohnehin mit vielen Unsicherheiten behaftet ist.¹¹

Insgesamt besteht ein verbreitetes Problem bei der Steuerung der Praxisnetze darin, dass es den eingerichteten Leitstellen nicht in dem erforderlichen Maß gelingt, die Ärzte zu einer Anwendung von Behandlungsleitlinien und die Patienten zu einer Leistungsanspruchnahme ausschließlich im Praxisnetz zu veranlassen. Gerade die von den Netzinitiatoren vielfach an-

11 Dieser Umstand begründet darüber hinaus auch Zweifel daran, ob ein solcher Bonus tatsächlich ein wirksamer Anreiz für die Beteiligung an innovativen Versorgungsmodellen ist.

gestrebte 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. Es 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 (D. Braun 1997: 45ff.; 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. Insofern wird man die durch dieses Ressourcenverteilungsinstrument hervorgerufenen Steuerungsprobleme auch nicht der Regierungskoalition anlasten können.

4.3 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 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 un-

begründet auszuweiten. Insofern gibt es zu derartigen Finanzierungs- bzw. Vergütungsformen wohl keine Alternative. 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.¹² Allerdings besteht das grundsätzliche Problem der bereits unter der konservativ-liberalen Koalition verfügt und erst gegen deren Ende partiell wieder aufgehobenen 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 Gesamtvolumen für eine notwendige Versorgung ausreichen mag – auch nicht gewährleisten, dass Leistungserbringer genau auf diejenigen Leistungen verzichten, die aus guten Gründen als nicht notwendig gelten können (Kühn 2001).

Ob und in welchem Umfang Ärzte Patienten medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten, also Rationierungen vornehmen, 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 (B. Braun 2000: 78). Bei der Hälfte von ihnen geschah dies unter ausdrücklichem Hinweis auf vorhandene Budgetgrenzen (B. Braun 2000: 98). Dem Allensbacher Institut für Demoskopie zufolge mussten 24 % der Gesamtbevölkerung bereits erleben,

12 So lassen sich dem regionalen und internationalen Vergleich von Versorgungsdaten auch eine Reihe von Hinweisen auf eine partielle Überversorgung entnehmen (z.B. im Hinblick auf die Vorhaltung von Kapazitäten oder auf die Häufigkeit bestimmter Leistungen). Beispielsweise wurden bei Arzneimitteln im Jahr 2000 in Mecklenburg-Vorpommern 602 Tagesdosen, in Nordwürttemberg 347 Tagesdosen verordnet (Bundesdurchschnitt 448) (Nink/Schröder 2001: 379). Zum einen können diese Differenzen nur zu einem kleinen Teil durch Morbiditätsunterschiede erklärt werden, zum anderen wird man kaum davon ausgehen können, dass die Unterschiede allein auf eine Unterversorgung in den Regionen mit durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Tagesdosen zurückzuführen sind.

dass ihnen wegen überschrittener Budgets ein Medikament oder eine Behandlung verweigert wurde (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 äußert (Simon 2001).

Ob die skizzierte Ausweitung der gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung diesen Tendenzen ausreichend entgegenwirken können, 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 –, allerdings ist diesbezüglich eine große Skepsis angebracht. Als grundsätzlich problematisch erscheint es, ein Finanzierungs- und Vergütungssystem so auszurichten, dass starke finanzielle Anreize zu einer Qualitätsminderung entstehen¹³, 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, um das Leistungsgeschehen an den eigenen finanziellen Interessen auszurichten. In jedem Fall wird die bürokratische Kontrolle ärztlichen Handelns im Zuge der fortschreitenden Unterwerfung von Versorgungsentscheidungen unter finanzielle Erwägungen weiter zunehmen.

4.4 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 trotz des verfügbaren Verbots von Beitragssatzanhebungen als sicher; Schätzungen gehen von 14,2 % bis 14,3 % aus (Frankfurter Rundschau v. 28.11.2002).

Der Beitragssatzanstieg ist auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen. Er hat vor allem etwas mit der konjunkturellen Krise und der steigenden Arbeitslosigkeit und nur zum Teil etwas mit der Ausgabenentwicklung in der GKV zu tun. Der Ausgabenanstieg in der GKV fällt auch zwischen 1998 und 2002 insgesamt moderat aus, liegt allerdings in den Jahren 2001 mit 3,7 % und wohl auch in 2002 – hier wird mit einem Ausgabenanstieg von 3,0 % gerechnet – deutlich über dem der Vorjahre. Der weitaus größte Teil dieses Zuwachses entfällt auf den Arzneimittelsektor und wurde hier durch die erwähnte Aufhebung der Budgets möglich. Die

13 So liegt etwa das Problem der Vergütungsreform im Krankenhaussektor gerade darin, dass die diagnoseorientierten Fallpauschalen die unterschiedliche Qualität erbrachter Leistungen gerade *nicht* abbilden können (Simon 2002).

Steigerungsraten bei den anderen quantitativ bedeutenden Leistungsarten (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, zahnärztliche Versorgung) bleiben insgesamt deutlich hinter denen des Arzneimittelsektors zurück. Insgesamt liegt 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 | Beitragspflichtige Einnahmen in der GKV | Bruttoinlandsprodukt | GKV-Ausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt | Durchschnittlicher 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 ($\bar{}$) | 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 hinkt hinter den Ausgaben, aber auch hinter der Entwicklung des BIP hinterher. Die Einnamenschwäche wird sich auch 2002 mit einem erwarteten Anstieg von nur 1 % fortsetzen. 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. 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. Ein neuer Steuerungstyp? 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.

Der Bereich, in dem wohl der größte Vorrat an Gemeinsamkeiten besteht, ist das weite Feld der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in der ambulante und stationären medizinischen Versorgung. Die strategische Grundentscheidung, die individuellen Handlungsanreize von Finanzierungsträgern und Leistungserbringern am Ziel der Ausgaben- und Mengengrenzung auszurichten, zu diesem Zweck die Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungserbringern stärker an marktwirtschaftlichen Mustern auszurichten, dabei aber – und dies nicht nur als Konzession an die gewachsenen Strukturen 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 zwischen ehemaligen und jetzigen Regierungsparteien nicht wirklich umstritten.¹⁴

Der sicherlich bedeutendste Unterschied zwischen konservativ-liberaler und rot-grüner Gesundheitspolitik besteht in der Frage, ob der Patient als Steuerungsinstanz 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 begrenzt, für den die Kassen gleichsam in Vertretung ihrer Versicherten verbindliche Regelungen mit den Leistungsanbietern treffen. Eine Privatisierung von Krankenbehandlungskosten würde somit auch den Geltungsbereich kollektivvertraglicher Regelungen einengen.

Insgesamt betrachtet, weist rot-grüne Gesundheitspolitik im Verhältnis zur Politik der Vorgängerregierungen sowohl Kontinuitätselemente als auch neue Akzente auf. Kontinuität exis-

14 Ob die FDP von dieser grundsätzlichen Übereinstimmung auszunehmen ist, lässt sich nicht eindeutig sagen. Zwar vertritt sie in der Gesundheitspolitik wie keine andere Bundestagspartei eine strikte Marktideologie, allerdings wird ihre Positionsbestimmung immer dann unscharf, wenn es um die Zukunft der verfassten Ärzteschaft geht. Offenkundig ist dieser Widerspruch auf klientelpolitische Rücksichtnahmen zurückzuführen.

tiert nicht nur im Hinblick auf die Steuerung der Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern, sondern auch im Hinblick auf das Ziel der Beitragssatzstabilität in der GKV. 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.

Neue Akzente bestehen vor allem in der Stärkung von Solidarelementen, die in der erwähnten Rücknahme jener Maßnahmen zur Kostenprivatisierung sichtbar wird, die in der Spätphase der konservativ-liberalen Koalition eingeführt worden waren. Daneben sind bei der rot-grünen Gesundheitspolitik verstärkte Bemühungen zu beobachten, 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. Dabei 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, wurden nun aber spürbar forciert. Allerdings haben sich – wie gezeigt – auch die rot-grünen Innovationsbemühungen kaum im Versorgungsalltag bemerkbar gemacht.

6. Ein Ausblick auf die 15. Legislaturperiode

Der Koalitionsvertrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen für die 15. Legislaturperiode (2002) macht erste Konturen künftiger Reformpolitik im Gesundheitswesen sichtbar. Zwar muss 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 Versorgungs-

strukturen 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.¹⁵ Zu den beabsichtigten Veränderungen von Versorgungsstrukturen zählt auch eine Liberalisierung der Arzneimittelversorgung, eine Formulierung, die andeutet, dass man den Internet-Handel mit Arzneimitteln zulassen will.¹⁶ Darüber hinaus sollen der Patientenschutz und die Patientenrechte ausgebaut werden. 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 wollen SPD und Grüne Verantwortung für die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung künftig auf ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ verlagern. Außerdem soll im Zuge des Ausbaus von Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens das „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ als präventionspolitische Koordinations- und Steuerungseinrichtung gestärkt werden.

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 einem eingeschränkten Kreis der Versicherten gewährt wird und bei

15 Im Hinblick auf die ambulante Versorgung ist auch damit zu rechnen, dass Rot-Grün die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen dazu drängen, wenn nicht darauf verpflichtet wird, das Vergütungssystem in Richtung auf eine morbiditätsorientierte Pauschalvergütung weiterzuentwickeln. Eine derartige Absicht wird zwar nicht im Koalitionsvertrag formuliert, ist aber vor der Wahl wiederholt vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bekundet worden (z.B. BMG 2001) und läge im Übrigen auch in der Logik der bisher ergriffenen Reformmaßnahmen.

16 Darüber hinaus steht – nach einem außerordentlich zähen Fortgang der Dinge – die im GKV-GRG 2000 vorgesehene Einführung einer Positivliste der verordnungsfähigen Arzneimittel bevor. Im April 2002 hatte eine unabhängige Sachverständigenkommission dafür einen Entwurf erarbeitet, und nun liegt ein Gesetzentwurf vor, der es ermöglichen soll, dass die Positivliste im Jahr 2003 in Kraft treten kann.

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 Krankenbehandlungskosten 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 Einnahmenausfällen, 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 Wirtschaftlichkeitspotentiale 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 verstärkt 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.

Literatur

Altgeld, Thomas (2002): Die Präventionspolitik in Deutschland bleibt symbolisch! Neue Diskussionen, Strukturen und die bestehende Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung, H. 2, S. 2-3

Altgeld, Thomas/Laser, Ina/Walter, Ulla (Hrsg.) (1997): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim und München: Juventa

Bandelow, Nils C. (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen, Opladen: Leske + Budrich

Bausch, Frank/Stock, Johannes (2000): Arztnetze: Team ist Trumpf. In: Gesundheit und Gesellschaft, 3. Jg., H. 3, S. 22-28

Benz, Arthur/Seibel, Wolfgang (Hrsg.) (1997): Theorieentwicklung in der Politikwissenschaft – eine Zwischenbilanz, Baden-Baden: Nomos

Beuser, Arndt (2001): Diabetikerbehandlung in einer Allgemeinarztpraxis, vor und nach Implementierung der KV-Diabetes-Verträge. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 77. Jg., H. 4, S. 168-174

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2001): Presseerklärung Nr. 133 vom 5. Dezember 2001: Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich der Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung „Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens“ am 5. Dezember 2001 in Berlin: Typoskript

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn: BMG

Bohm, Steffen/Häussler, Bertram/Reschke, Peter (2002): Evaluationskonzept für das Praxisnetz Nürnberg Nord. In: Preuß/Räbiger/Sommer (Hrsg.): Managed Care, S. 65-79

Braun, Dietmar (1997): Handlungstheoretische Grundlagen in der empirisch-analytischen Politikwissenschaft. Eine kritische Übersicht. In: Benz/Seibel (Hrsg.): Theorieentwicklung in der Politikwissenschaft, S. 45-73

Braun, Bernard (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. SGV ÄndG), 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 (Beitragssicherungsgesetz – BSSichG), Berlin: Deutscher Bundestag

Burkhardt, Wolfram (2002): Gesundheitspolitik unter Rot-Grün II: Zwischen Solidarität und Markt. In: Gewerkschaftliche Monatshefte (i.E.)

Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.) (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg: VSA

Engelhardt, Michael von/Herrmann, Christa (1999): Humanisierung im Krankenhaus. Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung, Weinheim und München: Juventa

Freytag, Antje (2001): DRGs, die Qualität von Krankenhausleistungen und Vertragsfreiheiten für Krankenkassen: Ein vernachlässigter Zusammenhang. In: Arbeit und Sozialpolitik, 55. Jg., H. 5-6, S. 14-21

Gerlinger, Thomas (2001): Die Gesetzliche Krankenversicherung vor dem Systemwechsel? Gesundheitspolitik am Scheideweg. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, 46. Jg., H. 3, S. 345-354

Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204), Berlin: WZB

Häussler, Bertram/Bohm, Steffen (2000): Praxisnetze auf dem Weg zur integrierten Versorgung. In: Sozialer Fortschritt, 49. Jg., H. 6, S. 127-130

Hellmann, Wolfgang (Hrsg.) (2001): Management von Gesundheitsnetzen. Theoretische und praktische Grundlagen für ein neues Berufsfeld, Stuttgart: Kohlhammer

Heyder, Ulrich/Menzel, Ulrich/Rebe, Bernd (Hrsg.): Das Land verändert? Rot-grüne Politik zwischen Interessenbalancen und Modernisierungsdynamik, Hamburg: VSA

Hildebrandt, Helmut/Hesselmann, Hildegard (2000): Patientenrechte und Partizipation: Wahl- und Abwahlmöglichkeiten der Patienten und Versicherten im Zusammenhang mit integrierten Versorgungsformen. Neue Optionen für Patienten, Krankenkassen und integrierte Anbietersysteme. In: Sozialer Fortschritt, 49. Jg., H. 6, S. 130-137

Hildebrandt, Helmut/Rippmann, Konrad/Seipel, Peter (2000): Revolutioniert die Integrierte Versorgung das Gesundheitssystem? In: f&w, 17. Jg., H. 2, S. 150-154

- Jacobs, Klaus/Reschke, Peter/Cassel, Dieter/Wasem, Jürgen (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht, o.O.: Typoskript
- Knieps, Franz (1997): Die gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und Wettbewerb – Koordinierung und Konkurrenz im deutschen Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik, 51. Jg., H. 11-12, S. 58-63
- Knieps, Franz (2002): Von großen Plänen und kleinen Schritten. In: Gesundheit und Gesellschaft, 5. Jg., H. 9, S. 22-29
- 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, Renate (2002): Angst vor der Zwei-Klassen-Medizin. Wachsende Sorgen über das Gesundheitssystem. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 17. April 2002
- Korenke, Thomas (2001): Innovativer Wettbewerb infolge integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung? In: Sozialer Fortschritt, 50. Jg., H. 11, S. 268-277
- Kühn, Hagen (2001): Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, Arbeitsgruppe Public Health, WZB-Paper P01-202), Berlin: WZB
- Lauterbach, Karl W./Wille, Eberhard (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht, Köln, Mannheim: Typoskript
- Lenhardt, Uwe (1997): Zehn Jahre „Betriebliche Gesundheitsförderung“. Eine Bilanz (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, Arbeitsgruppe Public Health, WZB-Paper P97-201), Berlin: WZB
- Lüngen, Markus/Lauterbach, Karl W. (2002): Qualitätssicherung auf der Basis der DRG-Finanzierung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 48. Jg., H. 2, S. 133-163
- März, Markus (2003): Praxisnetze – eine wettbewerbsfähige Angebotsstruktur für niedergelassene Ärzte? In: Tophoven/Lieschke (Hrsg.): Integrierte Versorgung, S. 1-10
- Manow, Philip (1994): Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Discussion Paper 94/5). Köln: MPIfG

- Neubauer, Günter (2002): Auswirkungen eines DRG-basierten Vergütungssystems auf den Wettbewerb der Krankenhäuser. In: Wille (Hrsg.): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, S. 159-176
- Niemann, Jörg (1997): Wettbewerb der Krankenkassen: Bremse oder Motor für die Gesundheitsförderung? In: Altgeld/Laser/Walter (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? S. 69-77
- Nink, Katrin/Schröder, Helmut (2001): Auf der Suche nach Qualität und Rationalität. In: Soziale Sicherheit, 50. Jg., H. 11, S. 376-382
- Paquet, Robert (2002): Neue Löcher im Etat. In: Soziale Sicherheit, 51. Jg., H. 10, S. 346-348
- Perschke-Hartmann, Christiane (1994): Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer. Opladen: Leske + Budrich
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2002): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2001/2002, Köln: PKV
- Preuß, Klaus-Jürgen/Räbiger, Jutta/Sommer, Jürg H. (Hrsg.) (2002): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA, Stuttgart, New York: Schattauer
- Priester, Klaus (1999): Gesundheitsförderung light? Zur gesetzlichen Neuregelung von Gesundheitsförderung und Primärprävention im Rahmen der >Gesundheitsreform 2000<. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 31: Chronische Erkrankungen, Hamburg: Argument-Verlag, S. 128-143
- Reiners, Hartmut (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Discussion Paper P93-210). Berlin: WZB
- Reiners, Hartmut (2002): „The same procedure as every year“. Die Gesundheitsreform als Daueraufgabe. In: Heyder/Menzel/Rebe (Hrsg.): Das Land verändert? S. 60-69
- Richard, Sabine (2001): Integrierte Versorgung: Chancen und Perspektiven. In: Arbeit und Sozialpolitik, 55. Jg., H. 1/2, S. 8-13
- Rosenbrock, Rolf (2001): Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die Selbstverwaltung der GKV. In: Die Betriebskrankenkasse, 89. Jg., H. 1, S. 22-27
- Roth, Andrea (2002): Erfolgsrechnung und -bewertung vernetzter Praxen in Schleswig-Holstein. In: Preuß/Räbiger/Sommer (Hrsg.): Managed Care, S. 80-99
- Rüschmann, Hans-Heinrich/Roth, Andrea/Krauss, Christian (2000): Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care? Aufbau – Ergebnisse – Zukunftsvision, Berlin u.a.: Springer

- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health Discussion Paper P01-205), Berlin: WZB
- Simon, Michael (2002): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Das neue DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zum Konzept einer Steuerung über den Preis. In: Deppe/Burkhardt: (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik, S. 145-158
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2001): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001, o.O.: Ms.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002): Statistisches Jahrbuch 2002. Für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Stillfried, Dominik Graf von (2000): Integrationsversorgung – Innovationspotenzial und Risiken. In: Sozialer Fortschritt, 49. Jg., H. 8-9, S. 175-184
- SVRKAiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, 3 Bde., Baden-Baden: Nomos
- Tophoven, Christina (2000): Entwicklungsperspektiven integrierter Anbieterstrukturen und ärztlicher Selbstverwaltung. In: Arbeit und Sozialpolitik, 54. Jg., H. 11-12, S. 24-33
- Tophoven, Christina/Lieschke, Lothar (Hrsg.) (2003): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Wanek, Volker/Heinrich, Siegfried/Chavet, Alfons (2002): Gesundheitspolitik zur Verringerung der „sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen“. Ansatzpunkte und Notwendigkeiten im Feld der Prävention. In: Deppe/Burkhardt (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik, S. 159-170
- Wille, Eberhard (Hrsg.) (2002): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos
- Winkelhake, Olaf/Miegel, Ulrich/Thormeier, Klaus (2002): Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. In: Sozialer Fortschritt, 51. Jg., H. 3, S. 58-61

World Health Organization (WHO) (2000): World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva: WHO

Worms, Carola/Sicker, Peter (2000): Hand in Hand für den Patienten. In: Gesundheit und Gesellschaft, 3. Jg., H. 3, S. 18-19