

Selbstverwaltung oder Markt?

von Harry Fuchs, Düsseldorf

Eine wirksame Reform des Gesundheitswesens muss nicht nur seine nachhaltige Finanzierung sicherstellen, sondern insbesondere dafür sorgen, dass die verfügbaren Mittel bedarfsgerecht und wirksam eingesetzt werden. Dazu bedarf es keiner Millionen verschlingenden Neugestaltung des Beitragseinzugs, des Verteilungssystems oder der Verbändeorganisation. Überfällig ist vielmehr die systematische und nachhaltige Klärung, welche Versorgungsinhalte für welche Leistungsbedarfe wirklich wirksam sind, und die Sicherstellung, dass ausschließlich Versorgungsangebote organisiert und bezahlt werden, die das gewährleisten. Im Gegensatz dazu beschränkt sich das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) zur Reform des Gesundheitswesens im Kern auf folgende zwei Lösungsansätze:

- Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden noch stärker wettbewerblich ausgestaltet.
- Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der Kassen erhöht.

Die Bundesregierung legt damit keine umfassende Reform des Gesundheitswesens vor, sondern setzt – wie es die Bezeichnung des Gesetzes schon verdeutlicht – allein auf Wettbewerb.

Wettbewerb setzt gleiche Rahmenbedingungen voraus

Schon nach den Eckpunkten soll der Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Privatversicherungen „fairer“ werden. Diese Zielsetzung unterstellt man selbstverständlich der CDU/CSU. Weniger bekannt ist, dass auch die gesundheitspolitischen Beschlüsse der SPD seit ihrem Bochumer Parteitag das Ziel eines „fairen Wettbewerbs“ zwischen PKV und GKV enthalten.

Es ist eine immanente Eigenschaft des Wettbewerbs, den Wettbewerber im Markt zu überflügeln oder gar aus dem Markt zu drängen. Wettbewerb ist seiner Natur nach alles andere als „fair“. Ein offener Wettbewerb nur denkbar, wenn die Rahmenbedingungen für die Wettbewerber gleich oder zumindest weitgehend gleich sind. Nicht ohne Grund beinhaltet das deutsche und europäische Vergaberecht zur Gewährleistung eines gleichberechtigten Wettbewerbs eine Reihe von Regelungen, die allein dazu dienen, den Wettbewerbern gleiche Rahmenbedingungen zu sichern.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist Element des öffentlichen Sozialrechts, die Privatversicherung bewegt sich im Rahmen des Privatrechts. GKV und PKV haben nicht nur unterschiedliche Organisations-, Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen sowie unterschiedliches Bewirtschaftungsrecht, sie bewegen sich vor allem in verschiedenartigen rechtlichen Regelungskreisen, die völlig unterschiedliche Rahmenbedingungen setzen. Ein auch nur annähernd gleichberechtigter Wettbewerb zwischen PKV und GKV wäre nur denkbar, wenn diese – rechtlich gravierend unterschiedlichen – Rahmenbedingungen aufgehoben würden.

Da einer Verstaatlichung der Privatversicherung das Grundgesetz entgegensteht, könnte die Angleichung der Rahmenbedingungen nur durch die Privatisierung der GKV erreicht werden. In diese Richtung enthalten die Eckpunkte elementare Schritte.

Wettbewerb erfordert Anforderungen und Maßstäbe

Wettbewerb setzt voraus, dass die Leistung, um die der Wettbewerb geführt werden soll, eindeutig und so erschöpfend beschrieben sind, dass alle Wettbewerber die Beschreibung im gleichen Sinn verstehen müssen und ihre Preise sicher und ohne umfangreiche Vorarbeiten berechnen können.

Bisher richtet sich die Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Welche Leistungen jedoch aus gegebenem Anlass regelhaft zu erbringen sind, ist nirgendwo so eindeutig und erschöpfend beschrieben, dass darüber ein Wettbewerb geführt werden könnte. Wettbewerb muss um Wirksamkeit und Qualität der Leistungen geführt werden. Dazu ist aber die unabhängige und konsentrierte Definition der Leistungsinhalte und ihrer Qualität unverzichtbar. Derartige Leistungsverzeichnisse müssten erst noch mit wissenschaftlicher Unterstützung anbieter- und kostenträgerunabhängig entwickelt und von allen Beteiligten konsentriert werden (sogen. lex-artis-Regelungen). Mit der Entwicklung könnte z.B. das Kölner Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt werden, was allerdings im GKV-WSG nicht vorgesehen ist.

Das Gesetz setzt zwar vornehmlich auf Wettbewerb, ohne jedoch die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Marktwirtschaftliche Ausrichtung der GKV

Wenn die GKV wirklich – mit einer langfristigen und nachhaltigen Existenzperspektive – marktwirtschaftlich ausgerichtet werden soll, setzt das Beeinflussbarkeit der Einnahmen und Ausgaben, Entscheidungs- und Gestaltungsverantwortung für den überwiegenden Teil der Ausgaben in der Verantwortung der Kassen und ihrer Selbstverwaltung sowie vergleichbare Rahmenbedingungen im Haushalts- und Bewirtschaftungsrecht voraus.

Der Referentenentwurf geht jedoch den entgegengesetzten Weg, der das GKV-System bereits kurzfristig weiter destabilisieren und damit mittelfristig die Voraussetzungen für den Systemwechsel zu ausschließlich privat organisierter Risikovorsorge schaffen wird.

Die im Wettbewerb stehende Einzelkasse hat künftig nämlich weder Einfluss auf ihre Einnahmen (Ausnahme: Zusatzbeitrag), noch auf rund 90 v.H. ihrer Ausgaben.

Die Krankenkassen haben künftig institutionell keinen eigenen unmittelbaren Zugang mehr zu ihren Finanzierungsquellen und auch keinen Einfluss mehr auf die Gestaltung ihrer Finanzierung. Damit gleichen die Krankenkassen halbtoten Mumien, denen man das Herz als Lebensquelle herausgenommen hat und deren Lebensdauer davon abhängt, dass der Tropf, der sie mit Lebenssaft versieht, zureichend gespeist und nicht irgendwann ganz abgeschnitten wird. Dies ist ein ziemlich einmaliger Vorgang, weil keine Organisation ohne eigene – auch institutionell – nachhaltig gesicherte Finanzierungsgrundlage auf Dauer lebensfähig ist. Diese Entwicklung stellt zudem einen eindeutigen Zielkonflikt mit der politischen Zielsetzung der Herstellung eines „fairen Wettbewerbs“ zwischen GKV und PKV dar. Während die PKV weiterhin ihre Einnahmeseite uneingeschränkt selbst gestaltet und im Übrigen auch über das Instrument der Mischkalkulation von Basis- und Zusatzleistungen verfügt, bleibt der GKV im Wettbewerb mit der PKV allein mit der Zusatzprämie ein sehr reduziertes Gestaltungsinstrument auf der Einnahmeseite. Vor allem kann sie keine Mischkalkulationen vornehmen. Diese Rahmenbedingungen stellen für die GKV im Verhältnis zur PKV ein massives Handicap dar, das einen „fairen Wettbewerb“ zwischen den Systemen weitgehend ausschließt.

Die Ausgabenmenge können die Krankenkassen nur marginal beeinflussen. Es ist unverändert richtig, dass der Arzt als einziger Unternehmer in Deutschland im Einzelfall gleichzeitig über Nachfrage und Angebot entscheidet. Es gibt im bestehenden System nur wenige Leistungen, über deren Erbringung die Krankenkasse im Einzelfall selbst entscheiden kann. Der Masse der Leistungen liegt eine ärztliche Verordnung zugrunde, auf die die Kasse faktisch keinen Einfluss hat.

Auch auf die Höhe der Ausgaben haben die einzelnen Krankenkassen nach der künftigen Aufgabenstellung des neuen Spitzenverbandes und der Landesverbände faktisch keinen unmittelbaren Einfluss mehr, da ihnen die Entscheidung über die Leistungsinhalte (Kollektivverträge auf Landesebene) und deren Vergütung (bundeseinheitliche Honorierung) entzogen wird.

Die Höhe der Ausgaben wird im Übrigen maßgeblich durch die Risikostruktur der Kassen geprägt wird. Bisher bestand für die einzelne Kasse ein mehr oder weniger kleiner Gestaltungsspielraum insoweit, als über den Mitgliederwettbewerb sowohl hinsichtlich der Grundlohnsumme (Werbung einkommensstarker Versicherter in gesichert erscheinenden Beschäftigungsverhältnissen), als auch der Ausgabenrisiken (Risikoauslese) gezielt Akquisition betrieben werden konnte. Diese am Beitragssatz orientierte, als wesentliches Element des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen verstandene Möglichkeit entfällt künftig durch die Fondsfinanzierung auf der Basis eines staatlich definierten Einheitsbeitrags.

Es kann kein Zweifel bestehen, dass die einzelne Kasse heute und in Zukunft faktisch nicht über Gestaltungsspielräume und von ihr unmittelbar beeinflussbare Kostenvolumina verfügt, die beitragsatzrelevant sind. Selbst wenn man in diesem Zusammenhang die Individualverträge (DMP, IV-Verträge, Hausarztverträge usw.) mit einer hohen Relevanz versieht, dürfte es Jahre bis Jahrzehnte dauern, bis diese bei den einzelnen Kassen eine Größenordnung mit Beitragssatz- und Wettbewerbsrelevanz erreicht haben.

Auf diesem Hintergrund zeugt die – meist mit einem negativen Zungenschlag – versehene Betonung der „Managementqualitäten“ der Kassen als Ursache für künftige negative Beitrags-/Prämienentwicklungen sowohl in den Begleitmaterialien¹ der Eckpunkte, wie auch den öffentlichen Stellungnahmen der Politik² von einer gefährlichen Realitätsferne. Ob eine Kasse Zusatzbeiträge benötigt, mit Basisfinanzierung und Zusatzbeiträgen die Gesamtausgaben finanzieren kann oder nicht, hängt künftig noch weniger als heute mit der Managementqualität der Kassen, sondern noch unmittelbarer mit der Risikostruktur der Kasse zusammen.

Das Fondsmodell³ soll das Management der Kassen zwingen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen, wenn sie ihre Versicherten nicht verlieren wollen. Nach de Maizière „verschwindet dann auch mal eine Krankenkasse vom Markt...es gibt doch Lösungen in einer Marktwirtschaft“. Eben, sie wird durch die neu eingeführte Insolvenzfähigkeit insolvent. Im Zweifel haften dann alle Mitglieder für den von der Politik durch ihre Gesetzgebung bei der Kasse verursachten Schuldenberg. Es ist schon bemerkenswert, wie die Politik bereits vor der Reform die Kassenmanager für die – offensichtlich auch von ihr abzusehenden – negativen Folgen ihrer Reform verantwortlich zu machen sucht. Wie jemand für etwas die Verantwortung tragen können soll, auf das er – abgesehen von wenigen Ausnahmen – so gut wie keinen Einfluss hat, wird sich selbst dem wohlmeinenden Betrachter nicht erschließen.

Selbstverwaltung verliert an Bedeutung

Die Verantwortung für die Beitragssatzentwicklung tragen künftig nicht mehr die durch die Sozialwahlen dazu legitimierten Selbstverwalter, sondern die Bundesregierung. Diese lässt in Ihren Bekundungen keinen Zweifel daran, dass sie die Beiträge auf absehbare Zeit nicht anheben will⁴. Abgesehen von der damit drohenden permanenten Unterfinanzierung der GKV hat dies unzweifelhaft auch zur Folge, dass die Kassen Ermessensleistungen wie z.B. Vorsorgeleistungen, die als Satzungsleistungen bezeichnet werden, nur noch selektiv oder gar nicht mehr erbringen werden, um neben den Beiträgen keine Zusatzbeiträge erheben zu müssen⁵.

¹ z.B. Fragen und Antworten, S. 8; Wesentliches im Überblick, S. 4: „Diese Kasse arbeitet nicht so erfolgreich wie andere. Andere wiederum wären in der glänzenden Lage, ihren Mitgliedern sogar Beiträge zurückzuerstatten. Gute Arbeit zahlt sich für die Mitglieder der Kassen aus“

² z.B. Kanzleramtminister de Maizière, Handelsblatt vom 18.7.2006, Seite 3

³ Fragen und Antworten zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2006, Seite 8

⁴ vergl. Fußnote 9

⁵ Dem Verfasser liegt die Kopie des Schreibens einer großen Ersatzkasse an einen Leistungserbringerverband vor, in dem es wörtlich heißt: „droht die Gefahr, dass durch die Einführung des Fonds eine Unterfinanzierung der GKV entsteht mit der Folge, dass die Kassen zur Vermeidung der Einführung eines Zusatzbeitrages zu Leistungskürzungen (z.B. Reha-Leistungen) gezwungen werden“. Die Kasse hat dabei allerdings – ebenso wie die Bundesregierung in den Eckpunkten – übersehen, dass nach § 11 Abs. 2 SGB V auf Reha-Leistungen ein Rechtsanspruch besteht, der nicht ohne weiteres gekürzt werden kann.

Die Selbstverwaltung, die sich bisher mit allen Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Kassen und ihre Mitglieder zu befassen hat, verliert faktisch alle Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Leistungsinhalte, die weitgehend bei den neuen Spitzenverbänden auf Bundesebene sowie den Landesverbänden der Krankenkassen angesiedelt werden. Die Einzelkasse degeneriert damit weitgehend zum Verwalter von Leistungsverfahren.

Zugleich nimmt der Einfluss der Selbstverwaltung auch auf Bundesebene ab. Mit Ausnahme des Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern stehen die übrigen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses künftig hauptamtlich in den Diensten des Gemeinsamen Bundesausschusses. Damit sind sie *in ihrem Handeln weisungsunabhängig*. Es handelt sich offensichtlich um eine Art von den Kassen vorgeschlagene, unabhängige „Staatskommissare“, die von der Selbstverwaltung weder kontrolliert noch beeinflusst werden können. In diesem Zusammenhang künftig noch von Beschlüssen der „Gemeinsamen Selbstverwaltung“ zu reden, ist abwegig.

Man fragt sich, was eigentlich außer der Organisation und Aufsicht über die Leistungsverwaltung der einzelnen Kassen noch Aufgabe der in Sozialwahlen gewählten Selbstverwaltung bleibt. Alles deutet darauf hin, dass die gewählte Selbstverwaltung nicht mehr als tragendes Element des deutschen Sozialversicherungssystems gesehen wird.

Mit Blick darauf, dass die Selbstverwaltung kaum eine geeignete Organisationsform für privatisierte Krankenkassen darstellt, ist die Deregulierung der Selbstverwaltung schlüssig, wenn man mittelfristig die Privatisierung anstrebt. In dieses Konzept passen als weitere Mosaiksteine die vorgesehene Insolvenzfähigkeit und die Wiedereinführung der Prüfungen durch den Bundesrechnungshof. Letztere ist nämlich weder rechtlich noch inhaltlich zu begründen, weil die Prüfaufträge des Bundesversicherungsamtes (BVA) und des Bundesrechnungshofes weitgehend übereinstimmen und der – gemessen am gesamten Ausgabevolumen – auch dauerhaft eher gering bleibende Anteil der Steuerfinanzierung mit Blick auf den Prüfauftrag des BVA eine Prüfung durch den Bundesrechnungshof nicht zwingend erfordert.

Ausblick

Als Folge des GKV-WSK wird sich in der GKV eine Finanzierungs- und Leistungsstruktur, entwickeln, die dem System der PKV mit Basis- und Zusatzversicherungen entspricht. Bezieht man in diese Betrachtung das Faktum ein, dass die PKV künftig einen Basistarif anzubieten hat, dessen Leistungsumfang dem der GKV-Leistungen entspricht, erschließt sich das Interesse der PKV, zur Entwicklung von Zusatzversicherungspotentialen politisch Einfluss auf die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV im Sinne einer systematischen Reduzierung der Basisleistungen zu nehmen. Die Erfolgsaussichten dazu sind nicht gerade gering, da die Inhalte des Basistarifs durch einfache Rechtsverordnung gestaltet werden können.

Für die Zielsetzung, das Solidarsystem auf eine Basissicherung zurückzufahren und durch weitgehende Eigenvorsorge abzulösen ist es konsequent, die Gesundheitsreform 2006 zu nutzen, die bestehenden Strukturen der GKV weitgehend zu deregulieren – mindestens aber zu destabilisieren -, um der Bevölkerung in einer künftigen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages den dann „unumgänglichen“ vollständigen Systemwechsel vom öffentlich-rechtlich organisierten Solidarsystem zur Privatversicherung besser vermitteln und diesen Wechsel - vergleichbar der Entwicklung in den Niederlanden – auch rechtlich vollziehen zu können.

Der Referentenentwurf dokumentiert insoweit die „Geländegewinne“, die die Koalitionsparteien im Sinne ihrer jeweiligen politischen Zielvorstellung erreichen oder nicht erreichen konnten. Während die CDU/CSU mit den Elementen zur Deregulierung und Destabilisierung (u.a. Markt- und Wettbewerbsorientierung, Abbau von Selbstverwaltung) erhebliche systemverändernde Entwicklungen einleiten konnte, ist es der SPD mit Blick darauf nicht einmal

gelingen, „alles offen zu halten“, wie Ulla Schmitt im Gespräch mit den Krankenkassen am 2.8.06 ihre Zielsetzung bekundete.

Dabei ist es kaum bemerkenswert, dass CDU/CSU dafür sogar Elemente der Zentralisierung von Verantwortung und Entscheidung sowie Organisationsstrukturen in Kauf nehmen, die nicht nur wettbewerbsfeindlich sind, sondern sogar staatsmonopolistische Züge tragen. Können sie dies doch dem Koalitionspartner SPD anlasten und damit gleichzeitig strategisch die Notwendigkeit weiterer Deregulierungsschritte in der Zukunft begründen.