

RPG

Band 21 | Heft 2 | 2014

2 | 2014

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung**
Gerecht, effizient, nachhaltig.
Zur Diskussion um eine integrierte Krankenversicherung
- **Die Dualität von PKV und GKV:**
weltanschauliches Reizthema und gesundheitspolitisches Erfolgsmodell
- **Transferis – Leadership in Healthcare**
Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt:
Blockade oder Entwicklungschance?
- **Zur Diskussion**
Plädoyer für ein Mischsystem
- **Aus der Rechtsprechung/ Vertragsarztrecht**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes

Alexander Ehlers
Stefan Etgeton
Timm Genett
Sonja Graßl
Andreas Meusch
Günther Schneider
Michael Wey

Editorial

Das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist ein Dauerbrenner in den gesundheitspolitischen Diskussionen. Und so mancher hatte deshalb erwartet, dass sich dieses Thema im Koalitionsvertrag der Großen Koalition widerfinden würde. Dass es dann doch nicht dazu gekommen ist, liegt sicher auch an den weit auseinander liegenden Vorstellungen von Union und Sozialdemokraten, sodass das Thema am Ende gänzlich ausgeklammert wurde. Gleichwohl bleibt die duale Krankenversicherung auf der gesundheitspolitischen Agenda.

Im Januar hatte die GRPG in Dresden dazu ein eigenes Symposium veranstaltet, bei dem das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – wie könnte es auch anders sein – durchaus kontrovers diskutiert wurde. In diesem Heft finden Sie zwei Beiträge mit unterschiedlichen Standpunkten und Perspektiven, die beim GRPG-Symposium vorgetragen wurden, und die auch bei künftigen Diskussionen eine Rolle spielen dürften. Der Koalitionsvertrag von Union und SPD ist auch Gegenstand eines Symposiums, zu dem die GPG am 2. Juni nach Berlin einlädt. Unter der Überschrift „Pacta sunt servanda. Und was nicht im Koalitionsvertrag steht“ werden ausgewiesene Experten nicht nur die Absichten der Großen Koalition im Bereich Gesundheit und Pflege analysieren. Zur Diskussion steht auch, was jenseits des Koalitionsvertrags von der Gesundheitspolitik der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode möglicherweise zu erwarten ist.

Das Präsidium der GRPG würde sich daher sehr freuen, Sie am 2. Juni in den Räumen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Berlin begrüßen zu können.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung

Gerecht, effizient, nachhaltig.

Zur Diskussion um eine integrierte Krankenversicherung
Stefan Etgeton 35

Die Dualität von PKV und GKV:
weltanschauliches Reizthema und
gesundheitspolitisches Erfolgsmodell
Timm Genett 43

Transferis – Leadership in Healthcare

Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat
und Markt: Blockade oder Entwicklungschance? 53

Zur Diskussion

Plädoyer für ein Mischsystem
Michael Wey 60

Aus der Rechtsprechung/Vertragsarztrecht

Günther Schneider 61

Buchbesprechung

42, 62, 63, 64

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. iur. Dr. med.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuberraße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2014 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Stefan Etgeton

Gerecht, effizient, nachhaltig: Zur Diskussion um eine integrierte Krankenversicherung

1. Die duale Krankenversicherung und ihre Herausforderungen

1.1 Die Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Herausforderungen

Das Grundprinzip der Verbindung von Risiko- und Einkommensausgleich, das die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) prägt, wird von der großen Mehrheit der Bevölkerung als gerecht empfunden, und zwar auch von denen, die aufgrund höherer Einkommen einen höheren Beitrag zu seiner Finanzierung leisten (Zok, 2010 S. 7ff). Gerade der Einkommensausgleich innerhalb der Krankenversicherung genießt mit über 85 Prozent die höchsten Zustimmungsraten (Braun, et al., 2010 S. 306) (Böcken, et al., 2013 S. 148). Diese insgesamt positive Gesamtbewertung der GKV darf indes nicht den Blick für die Herausforderungen verstellen, vor denen sie und das deutsche Gesundheitswesen insgesamt stehen:

- Offensichtlich und vielfach diagnostiziert ist die Tatsache, dass die aus der Akutmedizin erwachsenen, **stark segmentierten Versorgungsstrukturen** den epidemiologischen Anforderungen der Zukunft, nämlich einer deutlichen Zunahme vor allem chronisch degenerativer Erkrankungen, nicht mehr entsprechen. Hier liegen nicht nur Qualitäts-, sondern auch erhebliche Wirtschaftlichkeitspotenziale.

- Ob die **Alterung der Gesellschaft** zu einer Kostenexplosion führt (Medikalisierungsthese) oder die Phase der Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen nur nach hinten verschoben wird (Kompressionsthese), ist wissenschaftlich nicht abschließend geklärt.

- Klar ist allerdings, dass die demografische Besonderheit des unmittelbaren Aufeinandertreffens einer geburtenstarken („Babyboomer“) auf eine kinderarme Generation („Pillenknicke“) auch Auswirkungen auf die **Einnahmeseite** der Krankenversicherung haben wird. Mit dem steigenden Anteil von Rentnern, also Beziehern eher geringerer Einkommen, sinken die Gesamteinnahmen.

- Hinzu kommt der rückläufige Anteil sozialversicherungspflichtiger Erwerbseinkommen an der gesellschaftlichen Wertschöpfung. Dadurch geht die Schere zwischen einer der gesamtwirtschaftlichen Dynamik entsprechenden Ausgabenentwicklung und einer vergleichsweise **stagnierenden Einnahmeseite** immer weiter auseinander.

Insbesondere mit Blick auf die zuletzt genannte Herausforderung sind die Effekte der Heranziehung anderer Einkommensarten (z. B. Kapital-, Mieteinkünfte) bereits im Zuge der letzten großen Reform der GKV (2003–2006) berechnet und diskutiert worden (Albrecht, et al., 2006), allerdings ohne durchgreifende Konsequenzen. Eine nachhaltige Paral-

lelführung der Einnahmen mit der der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung folgenden Ausgabendynamik der Krankenversicherung ist bislang nicht erreicht worden. Vielmehr hat der Staat die Lücke bei den Beitragseinnahmen der GKV in den letzten Jahren durch einen **Zuschuss aus dem Bundeshaushalt** geschlossen: dies und die Anhebung des Beitragsatzes haben in Verbindung mit der positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt zu einer vorläufigen finanziellen Konsolidierung der GKV geführt. Der kurzfristig ansteigende Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt – von 10,6 Prozent (2008) auf 11,8 Prozent (2009) – hat sich im Verlauf der Wirtschaftskrise sogar als Stabilisierungsfaktor mit wiederum positiven Rückwirkungen auf dem Arbeitsmarkt erwiesen.¹

Seit den neunziger Jahren noch bis in die Diskussion um die „Agenda 2010“ hinein wurde die gesamtwirtschaftlichen Aspekte der GKV-Umlagefinanzierung vor allem kritisch, nämlich unter den Gesichtspunkten der demografisch ungünstigen Entwicklung und steigender „Lohnnebenkosten“ betrachtet. Während

¹ So hat die Bundesregierung 2009 „den eben erst eingeführten Gesundheitsfonds genutzt, um zusätzlich zur ohnehin geplanten Ausweitung des Steueranteils in 2010 kurzfristig 3,9 Milliarden an Steuermitteln zum Ausgleich krisenbedingter Einnahmeausfälle zuzuschießen – für Befürworter des Fonds ein Zeichen dafür, dass er in Krisenzeiten stabilisierend wirkt und deshalb positiv zu bewerten ist.“ (HealthPolicyMonitor, 2010, S. 11) Damit standen den Krankenkassen 2010 Steuermittel in Höhe von insgesamt 15,7 Mrd. Euro zur Verfügung.

damals das Prinzip der Kapitaldeckung in Renten-, Pflege-, aber auch in der Krankenversicherung quasi als Patentrezept für Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit angepriesen wurde, hat gerade die Krise der Finanzmärkte die **Vorteile des Umlageprinzips** in der Sozialversicherung wieder ins Bewusstsein gehoben. Dessen Stärken sind in der – allerdings im europäischen Vergleich eher untypischen – ökonomischen Situation in Deutschland, mit einem trotz Finanzkrise robusten Arbeitsmarkt und sogar wachsender Beschäftigung, besonders deutlich zum Tragen gekommen. Auch in volkswirtschaftlicher Perspektive ist daher der Beitrag der GKV zum gesellschaftlichen Zusammenhalt – trotz aller Probleme im Detail – nicht zu unterschätzen. Folgerichtig hat der Vorschlag für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt nach den Regeln der GKV an Zustimmung gewonnen – und zwar unabhängig vom eigenen Versicherungsstatus (Zok, 2010 S. 11).

1.2 Private Krankenvollversicherung – ein Geschäftsmodell in der Krise

Die Behauptungen, wonach die private Krankenversicherung (PKV) gegenüber der GKV erfolgreicher, nachhaltiger und generationengerechter sei, haben nicht zuletzt durch die beträchtlichen Prämiensteigerungen der letzten Jahre und die von einigen Versicherungsunternehmen betriebene „Politik der Risikoseparierung“ (IGES-Institut, et al., 2010 S. 4) an Überzeugungskraft verloren. Für die Erhaltung des Zwei-Säulen-Modells in der Krankenversicherung werden vor allem folgende Argumente ins Feld geführt:

- Trotz eines deutlich geringeren Anteils an den Privatpatienten trage die PKV durch die im Durchschnitt 2,6-fach höhere Vergütung ärztlicher

Leistungen überproportional zu den Einnahmen der ambulanten Praxen bei. Diese sogenannte **Quersubventionierung** der GKV durch die PKV führt in der ambulanten Versorgung allerdings dazu, dass Regionen und Stadtteile mit einem hohen Anteil an privat versicherter Bevölkerung tendenziell über- und solche ohne PKV-Versicherte eher unterversorgt sind. Das Argument für die Existenz der PKV, die manchen Ärzten ein Zubrot nach der privaten Gebührenordnung erlaubt, kehrt sich unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten somit gegen die duale Finanzierung. Zu berücksichtigen ist ferner die Tatsache, dass der Anteil der privat Versicherten in der Regel kaum ausreichen würde, um die Infrastruktur der ambulanten Versorgung insgesamt zu sichern. Die PKV bedient sich gleichsam des von der GKV zur Verfügung gestellten Netzes von Ärzten und Einrichtungen, ohne sich an dessen Finanzierung – wie in anderen (netzgebundenen) Versorgungsbranchen – durch eine Art „Netzgebühr“ zu beteiligen. Die duale Honorarstruktur sorgt für eine ungleiche Verteilung der ärztlichen Einkommen. So hat jüngst das Statistische Bundesamt die Bedeutung der privat abgerechneten Leistungen von Vertragsärzten noch einmal mit aktuellen Daten untermauert. Während der Reinertrag einer durchschnittlichen Kassenpraxis im Jahr 2011 bei 235.000 Euro lag, erzielten Praxen mit einem höheren Anteil an Privateinnahmen (25 bis 50 Prozent) durchschnittlich 280.000 Euro. Bei Privateinnahmen von mehr als der Hälfte steigt der Reinertrag sogar auf 321.000 Euro. „Demgegenüber erzielten Praxen ohne Einnahmen aus ambulanter und stationärer privatärztlicher Tätigkeit im Jahr 2011 einen deutlich niedrigeren durchschnittlichen Reinertrag in Höhe

von 163.000 Euro.“ (Pressemitteilung vom 4. Dezember 2013) Da somit die Abrechnung von Privatleistungen vor allem für PKV-Patienten mit dazu beiträgt, den Ertrag einer Praxis faktisch zu verdoppeln, tut sich hier eine innerärztliche Gerechtigkeitslücke auf, die bisher allerdings wenig Beachtung gefunden hat.

- Ein weiteres Argument für den Erhalt der dualen Krankenversicherung besteht darin, dass die PKV mit ihrem weiten Leistungsversprechen dem Wirtschaftlichkeitsgebot weniger streng unterliege, weshalb neue Verfahren und Methoden über die PKV leichteren Eingang in die Versorgung fänden. Diese Funktion als **Innovationsbeschleuniger** erfüllt die PKV vor allem bei Verfahren und Methoden im ambulanten Sektor – allerdings um den Preis fehlender Nutzenbewertung. Im stationären Bereich und bei Arzneimitteln gilt auch für die GKV der Verbotsvorbehalt, sodass hier alle Leistungen erbracht werden können, die nicht explizit ausgeschlossen sind. Über die Qualität der medizinischen Versorgung ist damit freilich noch nichts gesagt. Der Nachweis, dass die Versorgung von PKV-Versicherten qualitativ besser ist als die der so genannten Kassenpatienten, dürfte schwer zu erbringen sein. Nahe liegt vielmehr die Vermutung, dass privat Versicherte geringere Untermit einer höheren Überversorgung bezahlen und somit erhöhten Risiken ausgesetzt sind.² Auch die Großzügigkeit mancher Krankenkassen gegenüber ihren freiwillig Versicherten, geboren aus der Furcht, sie an die PKV zu verlie-

² So stellt etwa eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV mit Blick auf radiologische Untersuchungen fest: „Im Ergebnis bleiben beträchtliche Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten, die vor allem unter dem Aspekt der ökonomischen Anreizstruktur von Bedeutung sind. Insbesondere bei PKV-Versicherten stellt sich die Frage, ob und inwieweit die vergleichsweise sehr hohe Vergütung für radiologische Leistungen mengensteigernd wirkt.“ (Kebler, 2009, S. 8)

ren, ist daher nicht mit einer per se besseren Versorgung gleichzusetzen.

- Die Kapitaldeckung in der PKV Sorge für mehr **Demografiefestigkeit** in der Krankenversicherung, da hier im Prinzip jede Alterskohorte für sich Sorge und auf eine Kohärenz der Generationenfolge nicht angewiesen sei. Die demografische Entwicklung spiele somit für die PKV praktisch keine Rolle, eine verdeckte Verschuldung via Umlage durch Belastung künftiger Generationen finde nicht statt. Angesichts der zum Teil deutlichen Beitragssteigerungen insbesondere für ältere Versicherte muss diese Behauptung allerdings mit einem Fragezeichen versehen werden. Zumindest erscheinen die Alterungsrückstellungen in einer erheblichen Zahl von Tarifen nicht ausreichend, um die demografischen und vor allem medizinischen Ausgabenrisiken zu kompensieren.³ Wegen stetig steigender Prämien sehen sich daher insbesondere ältere Versicherte gezwungen, in einen Tarif mit weniger Leistungen oder einem höheren Selbstbehalt zu wechseln. So geben über ein Drittel (35,2 Prozent) der PKV-Versicherten an, einen Tarifwechsel zu planen oder bereits vollzogen zu haben, bei den Rentnern sind es sogar 57 Prozent (Zok, 2012 S. 5). Dies belastet zwar nicht künftige Generationen, treibt etliche privat Versicherte aber in die Armutsfalle. Die Nachhaltigkeit des Kapitaldeckungsprinzips wird zusätzlich in Frage gestellt durch die Krisenanfälligkeit des Systems mit Blick auf die am Finanzmarkt erzielbaren Renditen. Im Jahr 2013 begründeten private Krankenversicherungsunterneh-

men erstmals auch Beitragserhöhungen für ihre Versicherten mit diesem Argument.

Demgegenüber nimmt die Kritik an der dualen Finanzierung der Krankenversicherung und am Geschäftsmodell der PKV spürbar zu – dabei geht es im Wesentlichen um folgende Aspekte:

- **Defizite der Versorgungsgerechtigkeit:** Die unterschiedlichen Vergütungssysteme von GKV und PKV führen dazu, dass privat Versicherte für Leistungserbringer in der Regel deutlich lukrativer sind als Kassenspatienten. „Allokative Verzerrungen resultieren aufgrund unterschiedlicher Vergütungsstrukturen von GKV und PKV auch im Bereich der Leistungserbringung. Die höheren Vergütungssätze im Bereich der PKV sowie die dort fehlende Mengenbegrenzung setzen vor allem im ambulanten Bereich finanzielle Anreize, Privatversicherte bei der Allokation medizinischer Leistungen zu bevorzugen. Folge können eine Fehl- und Überversorgung Privatversicherter und eine entsprechende Unterversorgung gesetzlich Versicherter sein. Tatsächlich ist der Ausgabenanstieg der PKV im Vergleich zur GKV bei den ambulanten Arztkosten besonders ausgeprägt.“ (Wasem, et al., 2010 S. 10) Damit sind für die Betroffenen aus der GKV nicht nur Unbequemlichkeiten, wie längere Wartezeiten oder geringere Servicequalität, verbunden. Vielmehr führt das Zwei-Säulen-System zu Fehlallokationen bis hin zu Niederlassung der Ärzte in der Fläche. „Bezüglich der Kapazitäten ist im niedergelassenen Bereich eine hohe Korrelation zwischen kleinräumiger Angebotsdichte und Anteil der PKV-Versicherten gezeigt“ (Wasem, 2013 S. 12). Nach jüngsten Berechnungen entspricht ein Prozent mehr PKV-Versicherte einer Erhöhung der

Ärztedichte um zwei Prozent (= 3–4 Ärzte/100.000 Einwohner). „Die Existenz von zwei Versicherungssystemen (GKV und PKV) mit einer unterschiedlichen Vergütungssystematik erschwert eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung aller Patienten.“ (Sundmacher, et al., 2013 S. 29)

- **Defizite der Verteilungsgerechtigkeit:** Schon 2004 hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung kritisch zur dualen Krankenversicherung geäußert: „Bezüglich der Abgrenzung des Versichertenkreises sieht der Sachverständigenrat ein Krankenversicherungssystem, in dem **alle Bürger versicherungspflichtig** sind, dem derzeitigen System mit seinem segmentierten Krankenversicherungsmarkt sowohl aus allokativer als auch aus verteilungspolitischer Sicht als überlegen an. Derzeit wird vor allem aufgrund der Existenz der Versicherungspflichtgrenze, die Gesetzliche Krankenversicherung und Private Krankenversicherung trennt, der Markt segmentiert, und es kommt zu einer ineffizienten Risikoentmischung zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem können sich Personen mit einem Einkommen jenseits der Versicherungspflichtgrenze sowie Beamte und Selbstständige der Umverteilung im Krankenversicherungssystem entziehen, weshalb auch aus verteilungspolitischer Sicht eine Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze und die Etablierung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes notwendig erscheinen.“ (Sachverständigenrat, 2004 S. 32) Die mit der Versicherungspflichtgrenze gegebene Option, wonach besser Situierte die Umlagesolidarität der GKV verlassen können, widerspricht zudem dem Gerechtigkeitsempfinden vieler Bürger, die die Prinzipien der GKV

³ Nach Berechnungen des AOK-Bundesverbandes müsste bei Einkalkulierung der demografischen und Morbiditätsrisiken ein kostendeckender PKV-Beitrag pro Jahr um etwa 2.700 Euro höher sein (http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/index_08244.html).

mehrheitlich bejahen und daher deren durch Einkommensgrenzen gesetzte Geltungsbeschränkung mehrheitlich nicht akzeptieren. Immerhin sprechen sich 84 Prozent dafür aus, Besserverdienende, Selbstständige und Beamte in die GKV einzubeziehen (Böcken, et al., 2013 S. 152).

- **Risikoselektion:** Als ungerecht wird ferner empfunden, dass eine Krankenversicherung Menschen aufgrund von Vorerkrankungen oder wegen des Alters ablehnen kann. Die dadurch im Gegensatz zur GKV ermöglichte Risikoentmischung führt zu einem im Durchschnitt besseren Risikoprofil der Versicherten in der PKV. „Das in der PKV im Grundsatz angewendete Äquivalenzprinzip kann eo ipso im Rahmen bestimmter ethischer Ansätze durchaus als verteilungsgerecht interpretiert werden, nicht aber in der Verbindung mit der Wahlmöglichkeit zwischen beiden Systemen“ (Wasem, 2013 S. 11). Der sogenannte Wettbewerb der Versicherungssysteme steht daher unter dem Vorbehalt ungleicher Rahmenbedingungen und ist daher als „überwiegend dysfunktional“ (Wasem, 2013 S. 16) zu bezeichnen. Vielmehr wäre die „Ablösung des dualen Systems durch ein einheitliches Versicherungssystem ... nicht identisch mit [einer] ‚Einheitsversicherung‘“ (ebd.). Durch gleiche Rahmenbedingungen würde der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen in einem integrierten System sogar gefördert.
- **Wettbewerbsdefizite:** Auch von einem Wettbewerb innerhalb der PKV kann nur sehr eingeschränkt die Rede sein, da dieser sich im Wesentlichen auf die Gewinnung von Neukunden und daher auf Anreize für Finanzberater konzentriert, neue Vertragspartner zu gewinnen oder bestehende zum Tarif- bzw. Anbieterwechsel zu motivie-

ren.⁴ Aufgrund der noch immer eingeschränkten Portabilität der Alterungsrückstellung und der bei einem Wechsel zum Teil deutlich höheren Prämien oder Selbstbehalte findet, abgesehen von jüngeren Versicherten, faktisch kein Bestandswettbewerb statt. „Daher fehlt die Grundlage für einen an den Nachfragepräferenzen orientierten und somit effizienten Wettbewerb. Der versicherungstechnische Fortschritt bleibt auf diese Weise stark gehemmt.“ (IGES-Institut, et al., 2010 S. 3)

- **Effizienzverluste:** Zwischen GKV und PKV existieren gravierende Effizienzunterschiede: „Die Verwaltungskosten je Vollversichertem in der PKV liegen rund drei Mal so hoch wie in der GKV“ (Paquet, 2013 S. 39). Besonders deutlich tritt das Effizienzgefälle im Personaleinsatz zutage: So kümmert sich ein in der GKV Beschäftigter um ca. 3,8mal so viele Versicherte wie in der PKV.⁵ Das liegt einmal an der zu geringen Versichertenzahl pro Versicherung: Von den 49 privaten Krankenversicherungsunternehmen übersteigt nur eine die Millionengrenze bei ihren Vollversicherten, bei 16 liegt diese Zahl sogar unter 100.000 (Stand: 01.01.2011). Hinzu kommt, dass die Abwicklung der Kostenerstattung zu einem überdurchschnittlichen Aufwand führt. Der Hauptgrund für den vergleichsweise ineffizienten Personaleinsatz dürfte

4 Die Suche nach attraktiven Neukunden hat einen regelrechten Verdrängungswettbewerb um die Gunst der Finanzdienstleister ausgelöst; hinter vorgehaltener Hand berichteten Branchenkenner vor der gesetzlichen Provisionsdeckelung, dass Anlageberater Maklerprovisionen von bis zu 18 Monatsbeiträgen für jeden neuen Vollversicherungsvertrag kassiert haben.

5 „Im Durchschnitt betreut ein GKV-Mitarbeiter mehr als 500 Versicherte“ (Paquet, 2013 S. 38) – in der PKV sind das nur etwa 130 Versicherte pro Mitarbeiter: „Zur PKV mit fast 9 Millionen Versicherten gehören rund 60.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und jedenfalls anteilig zehntausend und mehr selbstständige Versicherungsvermittler.“ (Paquet, 2013 S. 8)

indes darin liegen, dass durch die starke Akquiseorientierung der PKV erhebliche Ressourcen in den Vertrieb fließen: „Rund die Hälfte des Personals dient dem Neugeschäft; die ‚Abschlusskosten‘ betragen über zwei Drittel der gesamten PKV-Verwaltungskosten.“ (Paquet, 2013 S. 8) Für die Gestaltung der Versorgung – gesetzt den Fall, die PKV hätte dazu überhaupt die entsprechenden Instrumente – bleiben kaum Personalressourcen übrig. „Die einzelnen PKV-Unternehmen hätten auch mit Vertragsrechten nicht nur keine Marktmacht (im Verhältnis etwa zu den großen Ersatzkassen oder gar zur AOK), sondern vor allem keinerlei Erfahrung im Umgang mit den Leistungserbringern im korporativen System.“ (ebd. S. 82) Während also die gesetzlichen Krankenkassen „sich in ihrer Organisation auf die antrags- bzw. genehmigungspflichtigen Leistungen, bei denen ein Fallmanagement bzw. (teilweise) Leistungssteuerung betrieben werden kann“, konzentrieren, „gehört es zu den Charakteristika der PKV, dass sie bisher i.a. keine Leistungssteuerung betreibt und betreiben will (Stichwort: ‚budgetfreie Zone‘).“ (ebd. S. 45)

2 Integrierte Krankenversicherung – Eckpunkte und Szenarien

2.1 Eckpunkte einer integrierten Krankenversicherung

Der Vorschlag für eine Integration der Krankenversicherung ist nicht ohne Weiteres mit dem Konzept der Bürgerversicherung gleichzusetzen. Tatsächlich sieht auch die vom Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung vorgeschlagene „Bürgerpauschale“ als Gegenkonzept zur Bürgerversicherung die Integration der bisher getrennten

Krankenversicherungszweige vor: „Die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarkts und damit eine Intensivierung des Wettbewerbs werden dadurch ermöglicht, dass die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts in GKV und PKV aufgehoben wird. Alle Krankenversicherungen, sowohl die (bisher) gesetzlichen als auch die privaten, müssen dann die Bürgerpauschale als Vollversicherungstarif anbieten. Eine Versicherungspflichtgrenze gibt es nicht mehr. Zusatzversicherungen oder die Schaffung einer ergänzenden Kapitaldeckung zur Beitragsglättung sind weiterhin möglich. Dabei soll die private Krankenversicherung nicht abgeschafft, sondern das bisherige Geschäftsmodell aufgegeben werden.“ (Sachverständigenrat, 2006). Nicht zuletzt aus diesem Grund stieß der Vorschlag gerade bei der PKV auf deutliche Ablehnung.

Im Unterschied zum volkswirtschaftlichen Fachdiskurs scheint mit Blick auf die konkrete Ausgestaltung der integrierten Krankenversicherung jedoch ein **Pauschalprämien-Modell** in der Bevölkerung auf geringe Resonanz zu stoßen. Zwar mag die Idee einer für alle gleich hohen Gesundheitsprämie, die den Risiko- vom Einkommensausgleich abkoppelt, ordnungspolitisch stringenter sein, weil sie die soziale Komponente in das dafür vorgesehene Steuersystem überführt. Die komplette Verlagerung von ökonomischen Verteilungsfragen erhöht für die Steuersystematik allerdings die Beweislast hinsichtlich ihrer tatsächlichen Durchdringung und Zielgenauigkeit bei der Erhebung der Leistungsfähigkeit aller Bürger. Auch wenn sich die Integration der Krankenversicherung mit einem Prämienmodell fair und nachhaltig gestalten ließe, geht es doch am Gerechtigkeitsempfinden der Bevölkerung vorbei. Dass die große Mehrheit (72,3 Prozent) die Gesundheitsprämie

ablehnt (Zok, 2010 S. 10), hat vermutlich auch mit der Befürchtung zu tun, in der Krankenversicherung zum Transferempfänger staatlicher Leistungen zu werden. Für einen Steuerzuschuss zur Krankenversicherung kann sich hingegen eine Mehrheit durchaus erwärmen (Böcken, et al., 2013 S. 152).

Einig sind sich die Verfechter einer integrierten Krankenversicherung über die folgenden Anforderungen:

- Gewährleistung eines vom eigenen Beitrag und Einkommen unabhängigen **bedarfsbezogenen Leistungsanspruchs** auf dem Niveau der jetzigen GKV, der an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Versorgungsforschung angepasst wird,
- **Kontrahierungszwang** für Krankenversicherungen und freies Wahlrecht der Versicherten.

Strittig sind hingegen einige Aspekte der Finanzierung:

- Während eine Ausrichtung der **Beiträge bzw. Einnahmen** am individuellen Risiko (wie in der PKV) einhellig abgelehnt wird, wird diskutiert, ob sich deren Höhe am (sozialversicherungspflichtigen) Einkommen bzw. der **finanziellen Leistungsfähigkeit** orientieren oder der Beitrag in Form einer **Pauschalprämie** (s. o.) erhoben werden soll.
- Umstritten ist ferner die angemessene **Begrenzung der Beitragsbelastung** sowohl für hohe als auch für niedrige Einkommen, also die Frage einer Auf- oder Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach oben bzw. einer deutlichen Absenkung nach unten.
- Je nach Modell der „Bürgerversicherung“ würde **der Steuerzuschusses in die Krankenversicherung** zu einer eigenen gleichgewichtigen Finanzierungssäule ausgebaut oder auf dem Status quo eingefroren.
- Diskutiert wird schließlich das **Prinzip der paritätischen Finanzierung**

des Krankenversicherungsbeitrages durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und seine konkrete Ausgestaltung (Beitrags- oder Lohnsummenparität).

Obgleich die Integration der Krankenversicherung primär versorgungspolitische Ziele verfolgt, stehen dennoch Fragen der gerechten, effizienten und nachhaltigen Finanzierung meist im Zentrum der Diskussion.

2.2 Szenarien für eine gerechte, effiziente und nachhaltige Finanzstruktur

Seit Jahren wird eine Erweiterung der Einnahmehasis in der GKV gefordert, um die strukturelle Lücke zwischen den Ausgaben der Krankenversicherung und den auf sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung basierenden Beiträgen zu schließen. Die unterschiedlichen Vorschläge, die dazu auf dem Tisch liegen, wurden in einer Studie des IGES-Instituts im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbands und der Bertelsmann Stiftung zu **Reformszenarien** verdichtet, um sie mit Blick auf die Kriterien „Gerechtigkeit“, „Effizienz“ und „Nachhaltigkeit“ vergleichbar zu machen (Albrecht, et al., 2013). Methodische Grundlage dieses Vergleichs ist die Annahme einer bereits verwirklichten Integration von GKV und PKV. Dazu gehört auch ein integriertes Vergütungssystem, das hinsichtlich der ärztlichen Einkünfte mit Blick auf die Mehreinnahmen der PKV im Durchschnitt aufkommensneutral ausgestaltet wäre. Ferner wird davon ausgegangen, dass sich die integrierte Krankenversicherung an den oben beschriebenen grundsätzlichen Ausgestaltungsmerkmalen der heutigen GKV orientiert: ein Umlagesystem (anstatt Kapitaldeckung), das Verbot der Beitragsdifferenzierung nach individuellem Gesundheitsrisiko in Verbindung

Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung

mit einem allgemeinen Kontrahierungszwang für Versicherungsanbieter und einem Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungen.

Der inhaltliche Schwerpunkt der Szenarienbildung liegt in der Frage, auf welche Weise und in welchem Umfang neben den lohnbezogenen auch **weitere Einkommensarten** zur Finanzierung herangezogen werden. Grundsätzlich ist dies explizit im Rahmen der Beitragsbemessung oder implizit in Form von Steuerzuschüssen möglich. Steuerzuschüsse können wiederum der direkten Leistungsfinanzierung dienen oder aber der Subventionierung von Beitragszahlern im Rahmen eines Sozialausgleichs für einen einkommensunabhängigen Pauschalbeitrag („Gesundheitsprämie“). Folglich unter-

stärkte **Steuerfinanzierung ein deutlich progressiver verlaufendes Belastungsprofil** erreicht werden kann als durch eine Ausweitung der expliziten Beitragspflicht. Damit würden Mitglieder mit steigendem Einkommen relativ stärker zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems herangezogen. Sowohl bei einer stärkeren Steuerfinanzierung als auch bei einer Ausweitung der Beitragspflicht ergeben sich Spielräume für **finanzielle Entlastungen in unteren Einkommensbereichen**. Im Fall der Steuerfinanzierung und in Abhängigkeit von der zur Gegenfinanzierung herangezogenen Steuer profitieren hiervon Ruheständler relativ stärker als abhängig Beschäftigte, im Fall der Ausweitung der Beitragspflicht verhält es sich tendenziell umgekehrt.

gleichsweise starke **Belastung von unteren und mittleren (Lohn-) Einkommen** zeigt sich allerdings auch die Kehrseite des stärker progressiven Charakters der Steuerfinanzierung. Aus den Szenarien-Berechnungen – die anders als etwa im Konzept der SPD vorgesehen die Einkommenssteuer heranziehen – ergibt sich gerade für Arbeitnehmer bereits in mittleren Einkommensbereichen eine Erhöhung der Gesamtbelastung ihrer Einkommen mit Steuern und Sozialabgaben, wenn der Anteil der Steuerfinanzierung im Krankenversicherungssystem ausgeweitet wird. Für hohe Einkommen würde die durchschnittliche Belastungsquote unter den gemachten Annahmen um 4 bis 5 Prozentpunkte steigen und die 40 %-Schwelle (Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum

Heranziehung von Steuermitteln		Erweiterung der Beitragsgrundlage
indirekt	direkt	
steuerfinanzierter Sozialausgleich für einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag („Prämienmodell“)	pauschaler Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds zur direkten Leistungsfinanzierung	Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten bis zur bzw. ohne Beitragsbemessungsgrenze
Reformszenario 1	Reformszenario 2	Reformszenario 3

scheiden sich die untersuchten Szenarien in der Art bzw. dem Anteilsverhältnis der Beitrags- und Steuerfinanzierung in der Krankenversicherung:

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie anhand der genannten Kriterien kurz zusammengefasst.

2.2.1 Kriterium: Gerechtigkeit

Mit Blick auf den Aspekt der Gerechtigkeit bzw. der (In-)Konsistenz von personellen Verteilungswirkungen im Krankenversicherungssystem zeigt der Szenarien-Vergleich, dass durch eine ver-

Hinsichtlich der Umverteilungswirkung erweist sich also das **Reformszenario 2** wegen der Höhe des Steuerzuschusses und dessen progressiver Belastung höherer Einkommen als **am effektivsten**. An zweiter Stelle steht das Reformszenario 1 („Prämienmodell“), weil auch hier der Anteil aus Steuermitteln für den Sozialausgleich eine ähnliche Funktion erfüllt, wenn auch in abgeschwächter Form. Am geringsten sind die Umverteilungseffekte im Reformszenario 3, und zwar unabhängig davon, ob die Beitragsbemessungsgrenze an- oder aufgehoben wird. Im Hinblick auf die gegenwärtig ver-

Bruttoeinkommen) überschreiten. Entlastet würden allerdings ca. 45 Prozent aller Haushalte – da diese sich in den unteren Einkommensklassen befinden.

Geringer bleibt die **Belastung der Mitgliederinkommen** mit Steuern und Abgaben, wenn – wie bei der Ausweitung der expliziten Beitragspflicht und paritätischer Beitragsfinanzierung – ein größerer Finanzierungsanteil auf Dritte entfällt (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger u. a.). Auch eine stärkere Steuerfinanzierung könnte mit geringeren unmittelbaren Mehrbelastungen der Mitgliederinkommen verbunden sein, insoweit die

hierfür erforderlichen Steuermittel nicht (nur) durch höhere Einkommensteuerzahlungen aufgebracht werden, sondern z. B. aus (zusätzlichen) Mehrwertsteuereinnahmen. Ein vergleichbar progressiver Belastungsverlauf stellt sich in diesen Fällen jedoch nicht ein. Zudem ist davon auszugehen, dass Mehrbelastungen Dritter zumindest teilweise in mittelbarer Form auf die Versicherten bzw. Kunden umgewälzt werden.

2.2.2 Kriterium: Effizienz

Ein weiterer relevanter Aspekt sind die Kosten der Umsetzung der betrachteten Reformoptionen. Der vorliegende Szenarien-Vergleich konzentriert sich hierbei auf die **laufenden jährlichen Bürokratiekosten**, die mit veränderten Einkommensprüfungen und Beitragsfestsetzungen verbunden wären:

- **Referenzszenario (Status quo):** Hinsichtlich der Kosten der **Durchführung des Sozialausgleichs** bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen zeigen die Kostenschätzungen, dass der größere Teil (**173 Mio. Euro**) der Umsetzungskosten bereits im Status quo anfällt, obwohl der Sozialausgleich in der Praxis noch gar nicht durchgeführt wird.
- **Reformszenario 1:** Würde der Sozialausgleich entsprechend den Szenario-Berechnungen für 34 Mio. Anspruchsberechtigte durchgeführt, entstünden hierdurch zusätzliche Bürokratiekosten in Höhe von schätzungsweise rund **58 Mio. Euro**. Fast zwei Drittel der Bürokratiekosten des Sozialausgleichs entstehen bei den Arbeitgebern. Für die Durchführung des Sozialausgleichs fallen insgesamt also gut **231 Mio. Euro** an.
- **Reformszenario 2:** Bei einem **Steuerzuschuss zur Finanzierung** der integrierten Krankenversicherung

(Reformszenario 2) entstehen keine relevanten Bürokratiekosten, sodass im Vergleich sowohl zum Status quo als auch zum Reformszenario 3 **Einsparungen** in Höhe von rund 177 Mio. Euro, gegenüber Szenario 1 sogar von über 230 Mio. Euro erzielt werden können.

- **Reformszenario 3:** Die administrativen Zusatzkosten einer **Ausweitung der Beitragspflicht** auf weitere Einkommensarten wurden auf rund **177 Mio. Euro** geschätzt. Ihnen stünde jedoch eine Kostenentlastung in fast gleicher Höhe durch den Wegfall des Sozialausgleichs gegenüber. Dabei ist unterstellt, dass sich die Kostenbelastung vollständig von den Arbeitgebern auf die Krankenkassen verlagern würde. Der Aufwand für die Mitglieder wäre jedoch deutlich höher als in allen anderen Szenarien.

2.2.3 Kriterium: Nachhaltigkeit

Alle drei Szenarien erhöhen die Nachhaltigkeit der Finanzierung, weil in jedem die Einnahmehasis der Krankenversicherung auf andere als die bisher sozialversicherungspflichtigen Einkommensarten verbreitert wird. Allerdings schöpft das Reformszenario 3 die Potenziale zur **Streuung der zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogenen Einkommensarten** deutlich weniger aus als die Szenarien mit einem erhöhten Steuerzuschuss. Aufgrund der vorrangigen Verbeitragung von Erwerbseinkommen werden hier nur bis zu fünf Prozent der nicht sozialversicherungspflichtigen Einkommen überhaupt herangezogen. Auf der anderen Seite ist ein auf alle Einkommensarten erhobener Beitrag (Reformszenario 3) gegen Eingriffe der Finanzpolitik deutlich besser abgesichert als ein direkter oder indirekter Zuschuss aus dem Bundeshaushalt.

Mit Blick auf die Umsetzungsperspektiven der anderen Reformoptionen stellt sich für eine verstärkte Steuerfinanzierung vor allem die Frage der **fiskalischen Nachhaltigkeit**. Vor dem Hintergrund der bisherigen, in anderen Sozialversicherungszweigen schon wesentlich längeren Erfahrungen mit steuerfinanzierten Bundeszuschüssen lautet die Antwort hierauf zunächst, dass es einen gegenüber Eingriffen des Gesetzgebers immunen Bundeszuschuss in der Krankenversicherung in einem demokratisch verfassten Gemeinwesen nicht geben kann. Allerdings lässt sich eine **steuerliche Kofinanzierung** im Vergleich zum Status quo **zugriffsfester machen**. Hierzu schlägt Prof. Bert Rürup im Rahmen der genannten Studie (Albrecht, et al., 2013 S. 53–66) vor, sich von der Philosophie der versicherungsfremden Leistungen zu lösen und den derzeitigen Bundeszuschuss in einen „Bundesbeitrag“ umzuwandeln. Die Höhe dieses Bundesbeitrags wäre regelbasiert an das Aufkommen aus der lohnzentrierten Beitragsfinanzierung zu koppeln, sodass hier eine stabile dritte Finanzierungssäule etabliert würde.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, Martin, et al. 2013.** Bertelsmann Stiftung. *Projekt Integrierte Krankenversicherung*. [Online] 13. Mai 2013. https://krankenversicherung.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fckv/Dokumente/Studie_Integrierte_Krankenversicherung.pdf.
- Albrecht, Martin, et al. 2006.** *Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem*. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung. Berlin : Hans-Böcker Stiftung, 2006.
- Böcken, Jan und Albrecht, Martin. 2013.** *Finanzierungsreform in der Krankenversicherung: Einschätzungen der Bevölkerung im Spiegel konkreter Reformszenarien*. [Hrsg.] Jan Böcken, Bernard Braun und Uwe Repschläger. *Gesundheitsmonitor 2013*. Gütersloh : Verlag Bertelsmann Stiftung, 2013.
- Braun, Bernard und Marstedt, Gerd. 2010.** *Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand*. [Hrsg.] Jan Böcken, Bernard Braun und Juliane Landmann. *Gesundheitsmonitor 2010*. Gütersloh : Verlag Bertelsmann Stiftung, 2010.

Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung

IGES-Institut und Rürup, Bert. 2010. Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung – Kurzfassung. http://www.iges.de/leistungen/gesundheitspolitik/private_krankenversicherung/e11091/infoboxContent11092/Schlussbericht_WettbewerbPKV_Kurzfassung_ger.pdf. [Online] 2010.

Paquet, Robert. 2013. *Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.* Arbeit und Soziales, Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf : s.n., 2013.

Sachverständigenrat, gesamtwirtschaftliche Entwicklung. 2004. „Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland – Jahresgutachten 2004/05. Wiesbaden : s.n., 2004.

—, 2006. „Widerstreitende Interessen – ungenutzte Chancen“ – Jahresgutachten 2006/07 – Fünftes Kapitel – Soziale Sicherung: Licht und Schatten. Wiesbaden : s.n., 2006.

Sundmacher, Leonie und Ozegowski, Susanne. 2013. Ziehen Privatpatienten Ärzte an? [Hrsg.] AOK-Bundesverband. *Gesundheit und Gesellschaft.* Dezember 2013, 12.

Wasem, Jürgen. 2013. Die duale Finanzierung aus volkswirtschaftlicher und versorgungspolitischer Sicht. *Integrierte Krankenversicherung – Veranstaltung.* [Online] 13. Mai 2013. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-50EE53DC-A31F6DE3/bst/xcms_bst_dms_37894__2.pdf.

Wasem, Jürgen, et al. 2010. *Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm.* Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen : s.n., 2010.

Zok, Klaus. 2010. *Erwartungen an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung.* Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin : KomPart Verlagsgesellschaft mbH, 2010. WiDO monitor. 01/2010.

—, 2012. *GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten (Ergebnisse einer Umfrage unter GKV- und PKV-Versicherten).* Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin : KomPart Verlagsgesellschaft mbH, 2012. WiDO monitor. 02/2012.

Autor:

Dr. Stefan Etgeton

Senior Expert

Programm

„Versorgung verbessern –

Patienten informieren“

Bertelsmann Stiftung

E-Mail stefan.etgeton

@bertelsmann-stiftung.de

Neue Mitglieder

Böhm, Dr. Stefan	Stv. Vorsitzender des Vorstands der KZV Bayerns, München
Bornemann-Pietsch, Anja	Rechtsanwältin, Meerane
Dastyh, Frank	Vorstandsvorsitzender KV Hessen, Frankfurt/Main
Moritz, Dr. Susanne	Rechtsreferendarin, Trier
Mohr, Rebecca	Fachanwältin für Medizinrecht, Berlin
Vogel, Dr. Dirk	Direktor Strategie und Gesundheitspolitik, Chiesi GmbH, Hamburg

Buchbesprechung

Schlegel (Hrsg.); Musterverträge im Gesundheitswesen, 24. und 25. Aktualisierung; Stand: Oktober 2013; C.F. Müller

Die Musterverträge im Gesundheitswesen beinhalten alle wesentlichen Mustervertragswerke mit ausführlichen Kommentierungen rechtlicher und steuerlicher Art. Neben einer umfassenden Einführung in die jeweilige Thematik werden auch alternative Vertragsgestaltungen angeboten.

Die aktuellen Ergänzungslieferungen des Loseblattwerks mit CD-ROM enthalten

Aktualisierungen zum Praxisgemeinschaftsvertrag, zum Vertretervertrag für die Arztpraxis sowie ein den Entwicklungen angepasstes Muster eines Teilgemeinschaftspraxisvertrags und zum Chefarztvertrag (24. Lieferung) sowie eine umfangreiche Aktualisierung des Kapitels zum Medizinischen Versorgungszentrum (25. Lieferung). Es werden unter anderem sowohl die Neuerungen im Hinblick auf die durch Änderung des Vertragsarztrechts ermöglichte Waffengleichheit zwischen Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren dargestellt als auch

die zulässigen Rechtsformen erörtert. Ein umfangreiches Mustersortiment von möglichen Gesellschaftsverträgen bis hin zum Kooperationsvertrag mit nichtärztlichen Leistungserbringern findet sich am Ende des Kapitels.

Das Gesamtwerk stellt nach wie vor eine wertvolle Hilfe in der Praxistätigkeit dar und bereichert jede Bibliothek.

**Sonja Graßl, LL.M.,
München**

Timm Genett

Die Dualität von PKV und GKV: weltanschauliches Reizthema und gesundheitspolitisches Erfolgsmodell

1. Eine Leerstelle im Koalitionsvertrag

Die meisten Beobachter der Gesundheitspolitik hätten darauf gewettet, dass die Koalitionäre nach der Bundestagswahl Eckpunkte für ein PKV-Reformpaket beschließen würden, zumal mit Jens Spahn und Karl Lauterbach zwei Politiker die Koalitionsverhandlungen für den Gesundheitsbereich führten, die in den zwei Jahren zuvor durchaus öffentlichkeitswirksam Defizite der Privaten Krankenversicherung zum Thema gemacht hatten. Das Problem: SPD und CDU/CSU hatten für die Private Krankenversicherung (PKV) durchaus eine Agenda, allerdings jeweils eine andere – und in der Zielsetzung so diametral entgegengesetzt, dass eine Blockade am Ende eine Leerstelle im Koalitionsvertrag bewirkte. Insofern war auch 2013 – wie schon 2005f. – die PKV das Reizthema zwischen den beiden Koalitionspartnern, nur dass sie diesmal statt zäher monatelanger Verhandlungen sich auf ein Ausklammern der Thematik verständigten.

Diese koalitionspolitische Auseinandersetzung macht erneut deutlich: Nach dem Atomausstieg und dem Ende der Wehrpflicht scheint ausgerechnet die Gesundheitspolitik eines der letzten Themenfelder zu sein, in dem eine politische Fundamentaldebatte über das Pro und Contra einer Systemveränderung geführt wird. Dies verwundert regelmäßig dieje-

nigen, die auf die Ergebnisseite unseres Gesundheitssystems schauen und feststellen, dass mit dem internationalen Alleinstellungsmerkmal der Dualität von PKV und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) auch ein medizinisches Versorgungsniveau für alle einhergeht, das sich unter dem Maßstab des Zugangs zu medizinischen Leistungen und der individuellen Wahlfreiheit von der versorgungspolitischen Wirklichkeit anderer OECD-Länder positiv abhebt. Die Kritiker der Dualität haben freilich weniger ihre Ergebnis- als vielmehr ihre Konstruktionsseite im Blick:

- Die Zugangsregeln zu PKV und GKV sind historisch gewachsen und liegen in der Tradition berufsständischer Versorgung: Die meisten Bürgerinnen und Bürger sind in der GKV versicherungspflichtig. Prinzipielle Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV haben nur Beihilfeberechtigte und Selbstständige. Angestellte genießen sie nur ab einem Einkommen oberhalb der gesetzlichen Versicherungspflichtgrenze. – Die Versicherungspflichtgrenze ist allerdings auch keine Erfindung der PKV, die sich seit Jahren vergeblich für eine Senkung einsetzt.
- Mit Blick auf die gesetzliche Versicherungspflicht der Mehrzahl der Bürgerinnen und Bürger ist der Dualität von GKV und PKV immer wieder ein „Solidaritätsdefizit“ vorgeworfen worden: Die einen müssen einen Zwangsbeitrag

zugunsten der Einkommensumverteilung in der GKV leisten, die anderen dürfen sich davon emanzipieren. – Wer sich freilich für die PKV entscheidet, entscheidet sich damit auch gegen die für die GKV typischen einkommensabhängigen Beiträge und entsprechenden Subventionsansprüche. Er mutet sich lebenslange Eigenverantwortung zu und stärkt das Prinzip der Subsidiarität als Voraussetzung eines funktionierenden Sozialstaates.

- Da die GKV einen allgemeinen Kontrahierungszwang hat, die PKV dagegen, vom Basistarif abgesehen, in allen Normaltarifen Risikoprüfungen durchführt, wird der PKV „Rosinenpickerei“ vorgeworfen. – Dieses Argument übersieht freilich, dass die Jungen und Gesunden, also die „guten Risiken“, in der Regel alle versicherungspflichtig in der GKV sind.

Die Kritik an der Konstruktionsseite der Dualität ist fast so alt wie die Dualität selbst. So sahen sich die Konstrukteure des deutschen Sozialstaates im Kaiserreich schon um die Jahrhundertwende mit der Forderung nach Einbeziehung immer weiterer Bevölkerungsgruppen in die 1883 geschaffene GKV konfrontiert, erteilten aber der Vision einer Volksversicherung eine klare Absage, da ihnen zufolge eine private Säule für die Funktionalität des Sozialstaats unverzichtbar war. Das Subsidiaritätsprinzip war für die Väter des deutschen Sozialstaates wie Vizekanzler

Posadowsky-Wehner die Grenze, die im Sinne der langfristigen Existenzfähigkeit gesetzlicher Sicherungssysteme nicht überschritten werden dürfe. Und auch später hielt der Sozialgesetzgeber an der dualen Konstruktion der Krankenversicherung mit einer gesetzlichen und einer privaten Säule fest – trotz aller Zäsuren in der deutschen Geschichte, bei denen tatsächlich ein Neustart im Sinne einer Volksversicherung immer wieder erörtert worden, aber auch immer wieder verworfen worden ist. Zur Abschaffung der PKV kam es allein unter der SED-Herrschaft in der DDR.

In den vergangenen zwölf Jahren hat sich die Kritik an der Konstruktionsseite der Dualität freilich in einem Modell zur Überwindung der Dualität verdichtet: der „Bürgerversicherung“. Für die Vertreter dieses Konzepts, vor allem SPD, Grüne und Linke, war dies zunächst ein rhetorischer Schachzug. Denn allgemein weckt der Begriff Assoziationen wie Bürgerrechte, bürgerliche Freiheit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung – kurzum: Freiheit von staatlicher Bevormundung. Dass es mit der bürgerlichen Freiheit in der Bürgerversicherung nicht weit her sein kann, hat sich freilich längst herumgesprochen, zielt sie doch auf die lückenlose Zwangsmitgliedschaft aller Bürgerinnen und Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung, die faktische Abschaffung der PKV als privatwirtschaftlicher Alternative zum sozialstaatlichen Versicherungsschutz und damit schlicht auf „mehr Staat“.

Die Demaskierung ihrer etatistischen Antriebe allein konnte der Idee der Bürgerversicherung noch nicht viel anhaben, gilt ihren Befürwortern doch gerade der Staat als Garant der Solidarität. Nein, so richtig unbequem ist es für die Bürgerversicherung erst geworden, seit evident ist, dass sie keines ihrer Ziele erreichen kann und zugleich alles aufs Spiel setzen würde.

2. Die Krise der Bürgerversicherung

Die Entzauberung der Bürgerversicherungsidee begann mit dem Verlust ihrer Ziele und endete mit dem Austausch ihrer Begründungsmuster.

- **Verteilungsgerechtigkeit:** Ein ursprüngliches Ziel von Bürgerversicherung war die Optimierung der Umverteilungsgerechtigkeit im gesetzlichen Umlagesystem. Die bisherige Beitragsverschönerung höherer Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) sowie von Einkünften aus Kapitalanlagen und Vermietung galt als zu beseitigendes „Solidaritätsdefizit“. Seit dem Beschluss des SPD-Parteitag vom 6. Dezember 2011¹ ist diese Zielsetzung bekanntlich obsolet. Die BBG für Arbeitnehmer soll auf dem bisherigen Niveau beibehalten werden, die BBG für Arbeitgeber hingegen komplett entfallen. Damit entpuppen sich die Finanzierungsinstrumente der Bürgerversicherung als willkürliche Stellschrauben, die je nach koalitionspolitischen Opportunitäten bedient würden, aber keinen erkennbaren Bezug mehr zum einstigen Ziel der Belastungsgerechtigkeit haben.
- **Nachhaltigkeit:** Das Bürgerversicherungsziel einer nachhaltigen Finanzierung der GKV durch Einbeziehung vermeintlich „besserverdienender“ Privatversicherter ist schon seit Langem in seiner sozioökonomischen Grundannahme widerlegt. Die Hälfte der Privatversicherten hat ein Einkommen unter dem Durchschnittseinkommen; siebzig Prozent liegen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze. Dass die Bürgerversicherung keinen strukturellen Beitrag zur Senkung des Beitragssatzes der GKV zu leisten vermag, erkannte die

¹ http://www.spd.de/linkableblob/23182/data/beschlussbuch_bpt_2011.pdf

Hans-Böckler-Stiftung schon 2004, als sie eine Beitragssatzsenkung nach zehn Jahren um gerade einmal 0,2 Prozentpunkte prognostizierte.² Und blicken wir einmal über die kommenden Jahre hinaus auf die kommenden Jahrzehnte, dann ist die Überführung von Versicherten aus der kapitalgedeckten PKV in die umlagefinanzierte GKV angesichts des demografischen Wandels in jedem Fall ein Programm für Beitragserhöhungen zulasten der nachwachsenden Generationen.

- **Zwei-Klassen-Medizin:** Schließlich wollte die Bürgerversicherung eine angebliche „Zwei-Klassen-Medizin“ in Deutschland bekämpfen. Dabei dürfte gerade Deutschland unter dem Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit – also dem gleichberechtigten Zugang aller Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihren ökonomischen Mitteln zu einem gemeinsamen Versorgungssystem von Krankenhäusern und Ärzten sowie zum medizinischen Fortschritt – einen internationalen Spitzenplatz haben. Für die Akzeptanz der Bürgerversicherung muss es fatal sein, dass inzwischen sogar die Bundesärztekammer, namentlich Ärztepräsident Montgomery, den Spieß umgedreht hat und vor einer Zwei-Klassen-Medizin als zwingende Konsequenz der Bürgerversicherung warnt.³

Zu den drängenden Fragen der Gegenwart im deutschen Gesundheitssystem – Qualitätssicherung und flächendeckende medizinische Versorgung in einer alternden Gesellschaft – leistet die Bürgerversicherung ohnehin keinen Beitrag und hat dies auch nie beansprucht. Sie würde aber die medizinische Infrastruktur finanziell

² Vgl. Pressemitteilung der Hans-Böckler-Stiftung vom 25.8.2004; http://www.boeckler.de/1443_1477.htm

³ <http://www.sueddeutsche.de/politik/deutscher-aerztetag-in-hannover-aerztepraesident-wirft-krankenkassen-verleumdung-vor-1.1682800>

schwächen, da sie das Gesundheitssystem auf eine weniger stabile – konjunkturabhängige und nicht demografiefeste – Finanzierungsbasis stellt und ihm zugleich erhebliche Finanzmittel entzieht, da die heute privat Versicherten einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag von 11 Mrd. Euro jährlich leisten. Den Verlust dieses Beitrags im Umlageverfahren zu kompensieren, ist ein unglaubliches Versprechen, das im Übrigen bei der GKV längst auf klare Ablehnung gestoßen ist. Darüber hinaus würde die Bürgerversicherung mit der von ihr geplanten Erhöhung der Lohnzusatzkosten die deutsche Wirtschaft im internationalen Wettbewerb um die besten Köpfe benachteiligen. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass die Idee der Bürgerversicherung seit geraumer Zeit auch auf erheblichen gesellschaftspolitischen Widerstand – insbesondere seitens der Leistungserbringer und der Wirtschaft – stößt.

Die Bürgerversicherung ist vor dem Hintergrund dieser vor allem 2012/2013 geführten Diskussion längst in Begründungsnotstand. Prominentester Ausdruck hierfür ist Karl Lauterbachs Erklärung, mit der Bürgerversicherung werde es zwar insgesamt teurer, dafür aber für ältere Privatversicherte billiger.⁴ Ausgerechnet diejenigen, die sich jahrzehntelang der „Solidarität“ in der GKV entzogen haben, sollen sich im Alter von der Solidargemeinschaft der GKV subventionieren lassen? Nach dem Verlust der Ziele scheinen auch die Begründungen für die Bürgerversicherung immer willkürlicher zu werden.

3. Die neuen rhetorischen Figuren der Dualitätskritik

Parteilich mag die Bürgerversicherung nach wie vor ein wichtiges Mobilisierungs- und Integrationsvehikel sein.

4 ZDF-Sendung „Markus Lanz“, 25.7.2013

Davon kündigen Parteiprogramme und Fraktionsanträge. Politische Ideen währen innerparteilich am längsten – auch dann noch, wenn ihr gesellschaftliches Echo längst verhallt ist. Dass die Bürgerversicherung sich in diesem Stadium befindet, davon zeugt, dass sich einige ihrer Protagonisten – Seite an Seite mit anderen Gegnern der Privaten Krankenversicherung – seit geraumer Zeit alternativer Begriffe bedienen.

- **Konvergenz:** Der „Konvergenz“-These zufolge nähern sich die Systeme von GKV und PKV derart an, dass sie in absehbarer Zeit verschmelzen werden. Empirisch führen die Konvergenztheoretiker häufig das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und die Geltung der Rabatte gemäß § 130a und 130b SGB V für alle Versicherten an. Das abstrahiert dann doch völlig von den wesentlichen Systemunterschieden, von der Kalkulation der Beiträge bis hin zur Abrechnung der Leistungen. Ein Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse hat richtigerweise klargestellt: „Versuchen, hier einen erfolgsversprechenden Konvergenzprozess auf den Weg zu bringen, stehen die fundamentalen Unterschiede dieser beiden gewachsenen Systeme entgegen.“⁵

- **Einheitlicher Rechtsrahmen:** Den Fürsprechern des Einheitlichen Krankenversicherungsmarktes (EKVM) zufolge böte ein einheitlicher Rechtsrahmen die Möglichkeit, die heutige, am beruflichen Status ansetzende Zuordnung zu den Versicherungssystemen zu überwinden sowie in einem einheitlichen Rechtsrahmen von GKV und PKV dem Wettbewerb um die günstigsten Prämien und die beste Versorgung neue Impulse zu geben. Diese

5 Wille, Hamilton, Graf von der Schulenburg, Thüsing: Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen, a.a.O., S. 18.

Forderung nach vollständiger Wahlfreiheit der Versicherten sowie gleichen Angebotsbedingungen für die Versicherer stößt rhetorisch in ein anderes, eher marktwirtschaftlich klingendes Horn als das der Bürgerversicherungsparteien, wobei diese sich den neuen Diskurs längst zu eigen gemacht haben: „Wer einen einheitlichen Versicherungsmarkt will [...], der will die Bürgerversicherung“ (Karl Lauterbach)⁶.

- **Die Morbidität der PKV:** Diese rhetorische Figur will nahelegen, dass die PKV infolge vermeintlich unlösbarer Probleme (Beitragsentwicklung; Kapitalmarktkrise) ein Auslaufmodell sei, das sozialverträglich abgewickelt werden müsse.

Die drei Ansätze sind vor allem 2012 und 2013 häufig benutzt worden und haben den „Bürgerversicherungs“-Diskurs ein wenig in den Hintergrund gedrängt. Die politische Strategie dahinter ist aber ein und dieselbe: Die Existenz der PKV soll infrage gestellt werden.

Im folgenden sollen die rhetorischen Figuren „Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt“ und „Morbidität der PKV“ näher unter die Lupe genommen werden.

4. Ohne empirische Substanz: die These von der Morbidität der PKV

Wer ein Beispiel dafür sucht, wie der Mainstream der medialen Berichterstattung geradezu einmütig – bis auf wenige rühmliche Ausnahmen – die Realität auf den Kopf stellen kann, muss sich nur die PKV-Berichterstattung des ersten Halbjahres 2012 anschauen: vom Handelsblatt über den Spiegel bis zum Stern schaffte es die PKV nahezu wöchentlich auf den Titel bzw. auf eine erste Seite und immer war der Tenor ähnlich: Das Ende

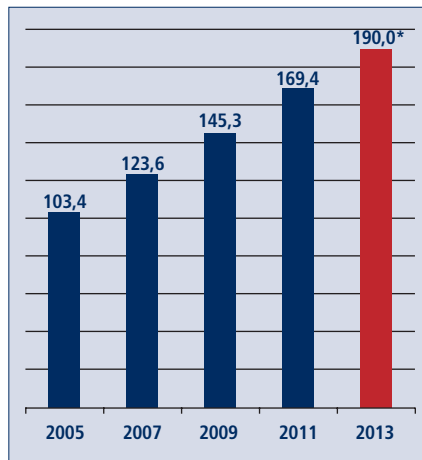
6 Rheinpfalz 15.3.2012.

Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung

naht! Die Dramaturgie der Artikel folgte der schieren Lust an einer komplett verkehrten Welt: Obwohl die PKV über dreißig Jahre kontinuierlich gewachsen ist und in diesem Zeitraum die Zahl der Vollversicherten mehr als verdoppelt hat; obwohl jeder diese Zahlen kennt und weiß, dass sie ohne Versicherungspflichtgrenze noch viel deutlicher zugunsten der PKV ausgefallen wären; kurzum: Obwohl alle objektiven Daten die Attraktivität der PKV belegen, kündeten die Artikel von einer wachsenden Unzufriedenheit Privatversicherter und von deren Wunsch nach einer Flucht zurück in die GKV. Andere Artikel wussten – ohne jeden Beleg – zu berichten, dass PKV-Unternehmen das Ende der Vollversicherung zur Unternehmensstrategie erhoben hätten. Der AOK-Bundesverband schließlich schaffte es mit der Behauptung an die Öffentlichkeit, dass die PKV zu wenig Alterungsrückstellungen gebildet habe.

Der Negativismus dieser Berichterstattung hat Folgen, insbesondere die Privatversicherten schauen auf die PKV als System, über das so viel Kritisches berichtet wurde, durchaus skeptisch. Zugleich ist aber im Zuge der Negativberichterstattung die Identifikation der Privatversicherten mit ihrem jeweiligen Unternehmen gestiegen, weil die persönliche Situation sich in der Regel von der medial beschriebenen Lage positiv unterscheidet. Die Substanzlosigkeit der Argumente des Morbiditätsdiskurses soll hier an ausgewählten Beispielen erläutert werden:

Dass die Kapitalreserven der Privaten Krankenversicherer im Zuge der Finanzmarktkrise angeblich wie das Eis in der Sonne schmelzen, mag als These zeitweise medialen Sensationswert gehabt haben. Tatsache ist: Die Alterungsrückstellungen für die Private Kranken- und Pflegeversicherung sind durch Zuführungen der Versicherten sowie durch Verzinsung im Jahr 2013 auf zuletzt 190 Mrd. Euro gestiegen.



Höhe der Alterungsrückstellungen (in Mrd. Euro)

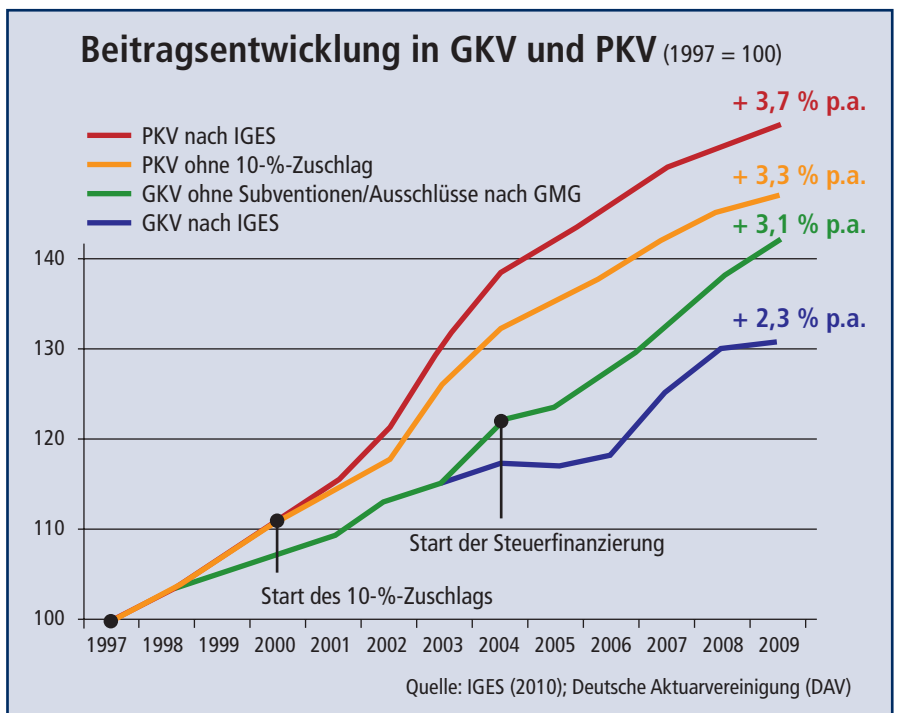
Die Niedrigzinsphase ist sicherlich für die Altersvorsorgesparer insgesamt ein Ärgernis. Sie mag allenfalls als kurzfristige Krisenstrategie funktional sein, muss aber mittelfristig wieder beendet werden. Daraus indes abzuleiten, das kapitalgedeckte Sicherungsmodell der PKV sei widerlegt, ist nicht nur falsch, sondern zugleich gefährlich, da derartiges Reden sich demotivierend auf die unverzichtbare private Altersvorsorge insgesamt auswirken kann. Tatsache ist, dass die

privaten Krankenversicherer zuletzt auf ihr Kapital eine Rendite von durchschnittlich 4,1 Prozent erzielt haben. Geheimnis dieses Erfolges ist schlicht, dass die Private Krankenversicherung eine lebenslange Bindung ist, die langfristige Kapitalanlagen ermöglicht, von deren Zinstiteln die Kunden gerade im aktuellen Umfeld profitieren.



Höhe des Rechnungszinses (in Prozent)

Ein beliebter Pseudoindikator im PKV-kritischen Diskurs für angeblich irreparable Systemprobleme ist die Bei-



tragsentwicklung. Vergleicht man indes die Beitragsentwicklung in GKV und PKV auf Basis einer IGES-Studie⁷ und berücksichtigt Systemspezifika wie Leistungskürzungen und Steuersubventionen in der GKV sowie den „Zehn-Prozent-Zuschlag“ für den Aufbau einer zusätzlichen Reserve für die Kosten des medizinischen Fortschritts, dann stellt man fest, dass sich beide Systeme vergleichbar stabil in der Beitragsentwicklung verhalten. Die Beispiele mögen genügen, um den Wert der These von der Morbidität der PKV zu illustrieren. Ihr Reiz ist eine Art Umwertung der Werte: Die PKV, die im allgemeinen Bewusstsein regelmäßig als leistungsstärker wahrgenommen wird und deshalb immer wieder als Privileg vermeintlich Besserverdienender skandalisiert worden ist, sollte nunmehr als marodes, sozialstaatlicher Rettungsschirm bedürftiges und damit gescheitertes System dargestellt werden. Die These von der unheilbaren Systemkrise ist durchschaubar ideologiegeleitet, zumal ihre Wortführer sich in der Regel der im Krisendiskurs implizit enthaltenen verbraucherpolitischen Agenda verweigern, solange sich Lösungsvorschläge im bestehenden dualen System bewegen, und exklusiv auf eine postduale Systemtransformation als Lösungsstrategie setzen. So etwa der Verbraucherzentrale Bundesverband in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung im Mai 2013⁸. Ein Verbraucherschutz, der nicht auf die Durchsetzung und Erweiterung bestehender Versichertenrechte, sondern auf ihre Beseitigung setzt, stellt sich indes selbst infrage.

7 Albrecht, de Millas, Hildebrandt, Schliwen, Rürup: Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, Berlin 2010.

8 Vgl. den „Zehnpunkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung“ vom 13.5.2013 unter <http://www.vzbv.de/11583.htm>

Der Hinweis auf unlautere Skandalisierungen soll somit auch keinesfalls suggerieren, dass es in der PKV keine verbraucherpolitisch relevanten Probleme gäbe. Im Gegenteil: Der PKV-Verband prüft bereits seit einiger Zeit auf Basis der Beschwerden beim Ombudsmann als auch mit Blick auf die gesellschaftspolitische Diskussion Verbesserungsbedarf. Dabei ist eine Reformagenda entstanden, deren Erfüllung teils von den Unternehmen selbst zu leisten ist, teils aber auch gesetzlicher Flankierungen bedarf.

5. Die PKV-Reformagenda

a) Sicherstellung einer stabilen Beitragsentwicklung

In den neunziger Jahren hatte die „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung steigender Beiträge Privatversicherter im Alter“ unter Vorsitz von Jürgen Wasem festgestellt, dass im damaligen Kalkulationsmodell der PKV zwar die Mehrkosten infolge der Alterung vorfinanziert werden, nicht aber die Mehrkosten des – unbekanntes und daher schwer zu kalkulierenden – medizinischen Fortschritts.⁹ Die damit regelmäßig notwendige Nachfinanzierung der Fortschrittskosten führte nach Erkenntnis der Kommission zu überproportional hohen Beitragsanpassungen gerade bei Älteren, weil hier kurzfristig der Topf mit den Alterungsrückstellungen aufgefüllt werden musste, um das Äquivalenzprinzip der PKV zu erfüllen, wonach die Summe aller Leistungsausgaben immer gleich der Summe aller Beitragseinnahmen zuzüglich der Alterungsrückstellung sein muss. Das sogenannte Altenproblem in Verbindung mit dem skizzierten Fortschrittsproblem ist durch gesetzliche Maßnahmen von SPD und Grünen 1999/2000 weitgehend gelöst bzw. gemildert worden.¹⁰

9 Vgl. BT-Drucksache 13/4945.

10 GKV-Gesundheitsreform 2000, BT-Drucksache 14/1977.

Rot-Grün setzte damals eine Reihe von Reformvorschlägen der Wasem-Kommission um:

- die Einführung eines 10-Prozent-Zuschlages auf den Beitrag zur Vorfinanzierung des medizinischen Fortschritts, der sich nach Einschätzung der Deutschen Aktuarvereinigung zwar erst in Zukunft, nämlich für die Versichertenbestände, die den Zuschlag über mehrere Jahrzehnte gezahlt haben werden, dann aber spürbar in seiner beitragsstabilisierenden Wirkung niederschlagen wird;
- die sofortige Verwendung von 90 Prozent der Überzinsen zugunsten der Beiträge der über 65-Jährigen zur Glättung der Beiträge im Alter, die auch tatsächlich das Altenproblem weitgehend gelöst hat, insofern die Prämien der über 65-Jährigen danach im Durchschnitt lediglich zwischen 1 bis 2 Prozent pro Jahr stiegen.¹¹

Es ist weitgehend Konsens, dass vierzehn Jahre nach der erfolgreichen rot-grünen Beitragsreform in der PKV einige problematische Stellen nachzujustieren sind: Ist der 10-Prozent-Zuschlag zur Vorfinanzierung des medizinischen Fortschritts ausreichend? Sollte er zugunsten der Bestände in den Altern 50 bis 65 Jahre flexibler eingesetzt werden? Reicht angesichts der Niedrigzinsphase der knapper gewordene Überzins oberhalb der Verzinsung von 3,5 Prozent (gesetzlicher Höchstrechnungszins) noch aus, um die Beiträge im Alter weiterhin wirkungsvoll zu glätten, oder sollte nicht in kleinen Schritten der Rechnungszins gesenkt werden, um so zu mehr Überzinsen zu gelangen? Diese Optionen bedürften ebenso der Flankierung durch den Gesetzgeber wie die überfällige Verstärkung der Beitragsanpassungen

11 Vgl. Roland Weber, Tania Owono: Zu den Altersbeiträgen in der Privaten Krankenversicherung, in G+S 3/2010.

in der PKV, deren Mechanismen häufig zu versichertenunfreundlichen Sprüngen führen.

b) Angebot bezahlbarer Tarifalternativen

Hilfebedürftige PKV-Versicherte haben einen Anspruch auf einen mit der GKV vergleichbaren Krankenvollversicherungsschutz ohne eigene Beitragslast: den Basistarif. Gerade die PKV als System der Eigenverantwortung muss aber auch Alternativen für Menschen anbieten, die von der Beitragshöhe überfordert, aber nicht hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches sind. Dazu hat sie zwei Instrumente: Erstens das Tarifwechselrecht nach § 204 VVG sowie individuelle tarifliche Vereinbarungen, wobei freilich die Umsetzung des Tarifwechselrechts durch die PKV-Unternehmen durch mehr Transparenz noch deutlich verbessert werden kann. Zweitens gibt es mit dem Standardtarif in der PKV einen funktionierenden Sozialtarif für langjährig Versicherte, die entsprechende Alterungsrückstellungen mitbringen und damit eine in der Regel deutliche Beitragssenkung erzielen. Er sollte auch für Versichertenzugänge seit dem 1.1.2009 wieder geöffnet werden.

Neben dem zentralen Versichertenanliegen eines bezahlbaren Versicherungsschutzes in allen Lebenslagen hat sich die Branche in ihrer Reformagenda mit weiteren verbraucherpolitischen Reformthemen auseinandergesetzt: Sie hat die Einführung der Unisex-Tarife Ende 2012 zu einer neuen Definition von Mindestschutz auf jeder Wahlleistungsebene genutzt, die den Versicherungsschutz insbesondere bei der Versorgung mit Hilfsmitteln und Psychotherapie verbessert. Sie hat sich 2012 für eine Deckelung der Provisionen stark gemacht, die dann auch vom Gesetzgeber umgesetzt wurde und in ihrer Wirkung noch zu evaluieren ist. Und

sie steht im konstruktiven Dialog mit der Ärzteschaft über eine Novellierung der veralteten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Kurzum: Es ist kein Problem der PKV erkennbar, das nicht systemimmanent gelöst werden kann. Gleiches gilt im Übrigen auch für die GKV. Grundsatz der Dualität muss nur weiter sein, dass beide Systeme ihre Probleme nicht zulasten des jeweils anderen lösen.

Eine andere und in jüngster Zeit intensiver diskutierte Frage ist, ob GKV und PKV einen vergleichbaren oder gar besseren Output für das deutsche Gesundheitssystem leisten könnten, wenn sie unter identischen Wettbewerbsbedingungen antreten müssten. Das versprechen ja die Vordenker eines „einheitlichen“ oder „integrierten Krankenversicherungsmarktes“, die die Dualität unter wettbewerbspolitischen Gesichtspunkten für untragbar halten. Die anhaltende Debatte über Wettbewerbspotenziale innerhalb der GKV, innerhalb der PKV sowie zwischen den Systemen hat aber einen blinden Fleck. Ihrem Fokus auf die Potenziale des Wettbewerbs geht der Blick auf die grundsätzlichen Wettbewerbsrestriktionen verloren, die jedes Gesundheitssystem – gerade auch freier Marktwirtschaften – aus guten sozialpolitischen Gründen prägen; strukturelle Wettbewerbsdefizite, an denen bislang alle Parteien, spätestens, wenn sie entsprechende Regierungsverantwortung haben, festhalten.

6. Die Illusion vom Wettbewerbspotenzial des einheitlichen Krankenversicherungsmarktes

Dem Wettbewerb werden zu Recht einige segensreiche Funktionen zugeschrieben: Die Konkurrenz der Anbieter um die Gunst der Käufer prämiert innovative

Ideen und kostengünstige Produktion und sorgt damit für die bestmögliche Versorgung. Optimaler Wettbewerb liegt aus Verbrauchersicht in der Regel dann vor, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind: Es gibt echte Angebotsalternativen mit einer Differenzierung von Preis und Leistung – und die Verbraucher können sich jederzeit frei entscheiden.

Gesundheitsmärkte sind indes von diesem Ideal differenzierter Angebote bei universaler Wahlfreiheit der Versicherten weit entfernt. Denn Gesundheitspolitik steht immer im Spannungsverhältnis von Wettbewerb und sozialpolitischen Zielen. Daher gibt es heute in beiden Systemen – in der GKV wie auch in der PKV – mehr Wettbewerbsrestriktionen als auf anderen Märkten.

- **Existenzminimum:** Die Krankenversicherung zählt in Deutschland zum Existenzminimum. Alle Bürgerinnen und Bürger haben einen Rechtsanspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung unabhängig von ihren ökonomischen Möglichkeiten.
- **Einheitliche Preise und Leistungen:** Das Leitmotiv einer ausreichenden Versorgung für alle zu bezahlbaren Preisen verträgt sich schlecht mit den Leistungs- und Preisdifferenzierungen eines freien Marktes. Vielmehr zeichnen sich die Gesundheitssysteme gerade auch marktwirtschaftlicher Länder durch kollektive Finanzierung und einheitliche staatliche Preisregulierung von in der Regel ebenso einheitlichen Leistungskatalogen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung aus. Es gibt keine Preisbildung in Abhängigkeit von Angebot und Nachfrage.
- **Informationsasymmetrie und Patientenschutz:** Der Patient steht gegenüber dem medizinischen Leistungserbringer in einem asymmetrischen Verhältnis: Er hat in der Regel ein akutes Behandlungsbedürfnis, aber er kann die medizinischen Angebote nicht mit dersel-

ben Kompetenz beurteilen wie bspw. Produkte der elektronischen Unterhaltungsindustrie. Die Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringer und Patient erschweren den Qualitätswettbewerb.

Spezifisch für die GKV gilt:

- **Gesetzliche Versicherungspflicht:** Die gesetzliche Versicherungspflicht (nicht identisch mit der „Pflicht zur Versicherung“) in der GKV erzwingt einkommensabhängige Pflichtbeiträge an eine Krankenkasse. Der damit verbundene Einkommensausgleich sowie der Risikostrukturausgleich führen – zumal angesichts des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes – dazu, dass die gesetzlichen Krankenkassen einen gesetzlich regulierten Einheitstarif anbieten.
- **Kartellrechtsausnahmen:** Vom Kartellrecht ist die GKV weitgehend ausgenommen. Unter normalen Wettbewerbsbedingungen wäre der Marktanteil einiger Kassen kartellrechtswidrig.
- **Kein privates Vertragsrecht:** In der GKV gibt es keine privaten Träger und Verträge. Vielmehr wird die GKV durch Staatsnähe geprägt: durch staatsmittelbare öffentlich-rechtliche Körperschaften und durch die staatliche Definition des Leistungsrahmens.
- **Kaum kassenindividuelle Spielräume:** Der Spielraum für Wettbewerb reduziert sich auf besondere Versorgungsformen und Rabattverträge. Die marktbeherrschenden großen Kassen können so bis zu zehn Prozent ihrer Leistungsausgaben selbst beeinflussen, bei den anderen geht der Gestaltungsspielraum meist nicht über fünf Prozent hinaus. Mehr Möglichkeiten bei der eigenständigen, selektivvertraglichen Gestaltung der Versorgung fordern die Kassen bislang vergeblich.
- **Systemgrenzen des Leistungswettbewerbs:** Dem viel beschworenen Leistungswettbewerb sind im Übrigen

in der GKV systematische Grenzen gesetzt, da die Preisbildung im Umlageverfahren nicht imstande ist, der Gefahr von Selektionseffekten wirkungsvoll zu begegnen. Die Erfahrung mit GKV-Wahlтарifen zeigt, dass der höherwertige Schutz dann gewählt wird, wenn die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kurz bevorsteht, dass also umlagefinanzierte Wahlleistungen zur individuellen Nutzenmaximierung zulasten des Versichertenkollektivs einladen.

Dass das Gesundheitswesen ein systemisch verwurzelt, aber tendenziell eben immer auch mit dem Argument der Absicherung des Existenzminimums sozialpolitisch begründbares Wettbewerbsproblem hat, belegt im Übrigen auch die PKV in Deutschland:

- Es gibt auch in der PKV **einheitliche Preisvorgaben** (Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte), weil in der Praxis dem Patienten keine Preisverhandlung zuzumuten ist.
- Abweichend vom normalen Vertragsrecht macht die PKV eine **lebenslange Leistungszusage ohne Kündigungsrecht**.
- Es gibt spezifische **Sozialtarife**, von denen der Basistarif sogar von der Versichertengemeinschaft subventioniert wird. Dieser Eingriff in das private Vertragsrecht aus sozialpolitischen Gründen ist vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) bestätigt worden.
- Die prominenteste Wettbewerbsrestriktion indes ist die **mangelnde Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen** beim Unternehmenswechsel. Die Alterungsrückstellungen werden in der PKV im Kollektiv kalkuliert; d. h. das Wesensmerkmal jeder Krankenversicherung – die Solidarität von Gesunden mit Kranken – gilt auch für das angesparte Kapital, das nur für den Schadensfall reserviert ist.

Solange es keine Lösung für diese strukturellen und zugleich keinesfalls beliebigen, sondern sozialpolitisch gewollten Wettbewerbsdefizite innerhalb von GKV und PKV gibt, kann eine Konvergenz der Systeme auch nicht zu mehr Wettbewerb führen. Im Gegenteil: Die Verschmelzung beider Systeme würde immer zu einer Reduzierung von Unterschieden und Vielfalt im Gesundheitswesen und damit zu einer Senkung des vorhandenen Wettbewerbsniveaus führen. Es gibt kein Indiz, dass der unter diesen Bedingungen entstehende einheitliche Krankenversicherungsmarkt zu einem höheren Versorgungsniveau, mehr Qualität, mehr Wahlfreiheit und einer effizienten Mittelverwendung führte. Es gibt aber genügend Indizien, dass der einheitliche Krankenversicherungsmarkt das Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitssystems verschlechtern und dem Entstehen einer echten Zwei-Klassen-Medizin den Weg bereiten würde.

7. Gut für die Versorgung: der Systemwettbewerb von GKV und PKV

Der sozialpolitische Grundkonsens mehr oder weniger aller Länder der OECD-Welt lautet, allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig vom sozioökonomischen Status eine ausreichende medizinische Versorgung bereitzustellen. Diese gesundheitspolitische Zielsetzung führt zum Verzicht auf die marktwirtschaftliche Steuerung von Angebot und Nachfrage über den Preis. Daraus folgt ein massives Problem: Die natürliche Tendenz der Leistungserbringer, das medizinische Angebot zu erweitern, sowie die tendenziell grenzenlose Nachfrage nach Leistungen durch die Patienten würden unter diesen Bedingungen die finanziellen Ressourcen des Systems überfordern. Infolge des fehlenden Preismechanismus müssen Ange-

Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung

bot und Nachfrage daher durch gesetzliche Steuerung zur Deckung gebracht werden. Dies geschieht durch unterschiedliche Formen der Rationierung:

- Wartezeiten von Wochen und Monaten auf eine Behandlung, oft organisiert über offizielle Wartelisten.
- Einschränkung der freien Arztwahl durch Hausarztssysteme sowie Zuweisung zu einem „Gatekeeper“.
- Explizite Streichung von Leistungen wie Zahnersatz oder von Medikamenten auf Basis von Positivlisten.
- Implizite Leistungseinschränkung durch Budgetierung.
- Verweigerung von Behandlungen gerade von älteren Menschen, wenn der finanzielle Aufwand zu hoch, der Nutzen zu gering erscheint (Großbritannien, Schweden).

Eine Studie des Wissenschaftlichen Institutes der PKV (WIP)¹² hat unlängst empirisch belegt, was wir immer schon geahnt haben und was zugleich viel zu selten gesagt wird: Deutschland ist von diesen realen Rationierungsszenarien unserer unmittelbaren Umwelt weit entfernt. Im OECD-Vergleich treten vielmehr die Besonderheiten Deutschlands als ein Land mit sehr geringem Rationierungsniveau umso deutlicher hervor. Egal, ob gesetzlich oder privat versichert, können sich Patienten in Deutschland über den umfangreichsten Leistungskatalog, die geringsten Wartezeiten, die größte Patientenautonomie bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern und sehr maßvolle Zuzahlungen freuen.

Der internationale Vergleich widerlegt zugleich die These, dass einheitliche Krankenversicherungssysteme eine Prophylaxe gegen „Zwei-Klassen-Medizin“ sein könnten. Das Gegenteil ist der Fall:

¹² Verena Finkenstädt, Frank Niehaus: Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick, Köln 2013.

mit dem hohen Rationierungsniveau korrespondieren in allen OECD-Staaten mit Einheitssystemen ebenso hohe Versorgungsunterschiede, da die vorenthaltenen Leistungen privat dazu gekauft werden oder in privaten Zusatzversicherungen abgesichert werden. Das staatliche Versorgungssystem wird umgangen, um sich in der reinen Privatpraxis oder in Privatkliniken behandeln zu lassen.

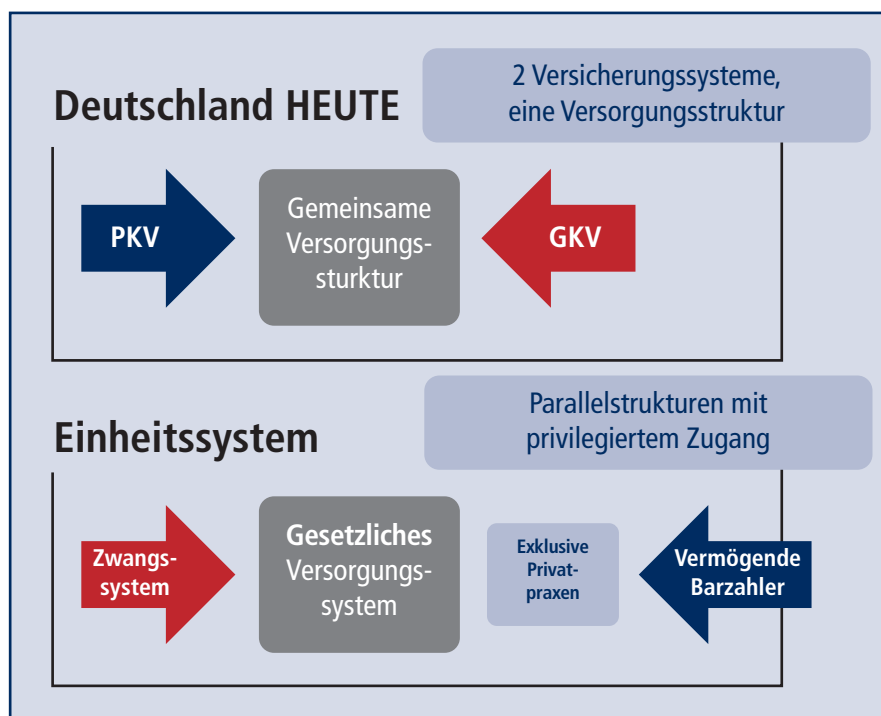
Dabei kommt es sogar zu Doppelversicherungen. Ebenfalls spielen Zusatzversicherungen eine große Rolle bei der Übernahme der oft hohen Zuzahlungsverpflichtungen im staatlichen Gesundheitssystem. Folge: Der Gesundheitszustand von Personen ohne private Zusatzversicherung ist schlechter als der von Personen mit Zusatzversicherung, weil Arztkontakte wegen der finanziellen Belastungen vermieden werden. Eine weitere Reaktion finanzkräftiger Patienten auf Rationierung in Einheitssystemen ist der „Medizin-Tourismus“.

In Deutschland erweist sich indes der Systemwettbewerb von PKV und GKV in einem gemeinsamen Versorgungs-

system als echte Prophylaxe gegen Leistungseinschränkungen in der GKV und gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“. Von Serviceaspekten abgesehen, gibt es in der Grundversorgung von PKV- und GKV-Versicherten keinen substanziellen Versorgungsunterschied. Unterschiede existieren vielmehr in Segmenten, die GKV- und PKV-Versicherte über Zusatzversicherungen (Zahnersatz; Wahlleistungen) gleichermaßen offen stehen. Kurzum: Ausländische Gesundheitssysteme kennen in der Regel ein gesetzliches Sicherungssystem für alle – aber mit parallelen Versorgungsstrukturen in Abhängigkeit von den finanziellen Möglichkeiten. In Deutschland hingegen gibt es zwei Versicherungssysteme – aber ein weitgehend gemeinsames Versorgungssystem für alle.

8. Gute Gründe für den Systemwettbewerb von PKV und GKV

Es gibt viele gute Gründe, von einer Transformation des dualen Systems in



einen einheitlichen Rechtsrahmen die Finger zu lassen – auch im Namen des Wettbewerbs:

- **Wettbewerb und Systemoptimierung dank Dualität:** Der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV impliziert mehr Wettbewerb als in einem einheitlichen Rechtsrahmen denkbar ist. In keinem anderen Land der Welt gibt es beim Krankenversicherungsschutz vergleichbare Unterschiede und echte Wahlmöglichkeiten wie im deutschen dualen System aus PKV und GKV. Millionen freiwillig Versicherte setzen mit ihrer Wahlfreiheit die Systeme unter permanenten Druck, an ihren Mängeln zu arbeiten und ihre Stärken auszubauen. Denn beide Systeme haben Licht- und Schattenseiten – nur an völlig unterschiedlichen Stellen. Der Systemwettbewerb erfüllt eine permanente wechselseitige Korrektivfunktion. Davon profitieren am Ende alle Versicherten, egal ob PKV- oder GKV-versichert.
- **Hohes Versorgungsniveau dank Dualität:** Das im internationalen Vergleich (insbesondere mit Einheitssystemen der OECD-Welt) ausgezeichnete Versorgungsniveau in Deutschland verdankt sich der Dualität. Das hat nicht zuletzt die GKV-Chefin Doris Pfeiffer auf den Begriff gebracht: „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“¹³ Man darf hinzufügen: es wäre auch leichter, die Beiträge in der GKV anzuheben. Das Preis-Leistungs-Verhältnis in der GKV wäre also schlechter.
- **Prophylaxe gegen Zwei-Klassen-Medizin:** Das deutsche Modell einer

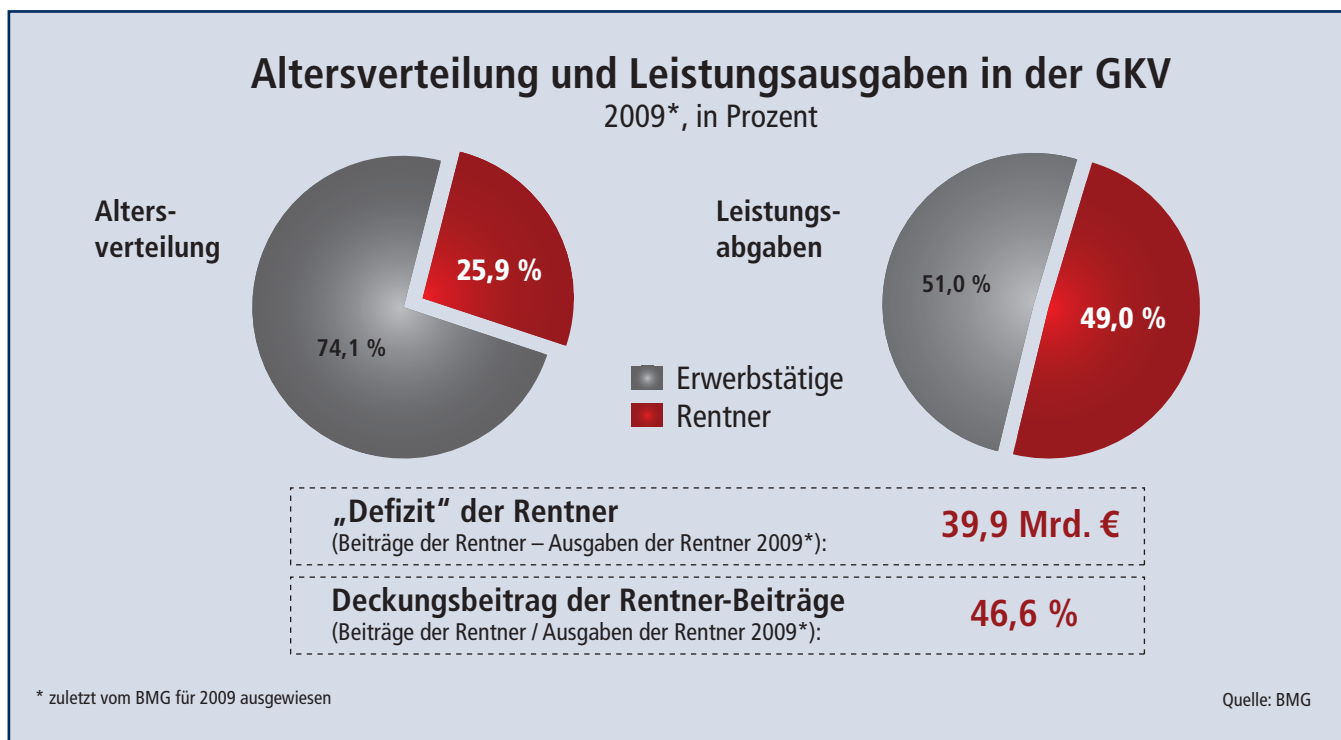
Dualität zweier Krankenversicherungssysteme in einem gemeinsamen Versorgungssystem hat sich als echte Prophylaxe gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“ erwiesen, zumal so Versorgungsunterschiede möglich und zugleich transparent sind – und damit begründungspflichtig werden. Für die im OECD-Ausland typische Variante eines einheitlichen gesetzlichen Sicherungssystems gilt das Gegenteil, weil dort die Tendenz zur Versorgung in rein privaten Parallelstrukturen massiv zutage tritt.

- **Stärkung der Eigenverantwortung:** Die Wahlmöglichkeit einer substitutiven Krankenversicherung in der PKV stärkt zugleich das Prinzip der kollektiven und individuellen Eigenverantwortung (generationengerechte Finanzierung, Verzicht auf Subvention, Selbstbehalttarife) und somit Prinzipien, die mit Blick auf die zukünftige Leistungsfähigkeit des Sozialstaates Schlüsselfunktionen haben.
- **Ideenwettbewerb:** Systemwettbewerb heißt aber auch Ideenwettbewerb. Ideenwettbewerb dient der Optimierung des Gesamtsystems, wie das Beispiel der von der PKV realisierten „aufsuchenden Pflegeberatung“ zeigt. Das Potenzial des Ideenwettbewerbs wird bislang aber nur unzureichend ausgeschöpft, zum Beispiel bei der Qualitätssicherung: Hätte die PKV Vertragskompetenzen, käme es zu einer produktiven Konkurrenz mit der GKV um die beste Lösung.
- **Stabile Finanzierung:** Der Systemwettbewerb sorgt für eine stabile Finanzierung. So hat sich gerade in der jüngsten Wirtschaftskrise gezeigt, dass zwei Finanzierungssäulen bei weitgehend gemeinsamen Versorgungsstrukturen das Gesamtsystem finanziell besser stabilisieren als eine Säule allein, zumal eine konjunktur-

anfällige, das niemals könnte. Wer den Systemwettbewerb in der Krankenversicherung hingegen wegen seiner historisch gewachsenen, berufsständischen Konstruktion überwinden will, stellt mit dieser Argumentation zugleich auch das Nebeneinander von gesetzlicher Rentenversicherung und berufsständischen Versorgungswerken in der Altersvorsorge infrage. Auch hier widersprechen exklusive Zugangsregeln dem formalen Egalitarismus. Dennoch führt hier wie dort das Festhalten an der historisch gewachsenen Pluralität von Sicherungssystemen zu mehr finanzieller Stabilität. Eine Egalisierung der Altersvorsorge, die auf die obligatorische Umlagefinanzierung für alle hinausläufe, würde das Demografiedefizit in der sozialen Sicherung, die implizite Staatsverschuldung zulasten der jungen Generation, verschärfen.

- **Mehr Kapitaldeckung im demografischen Wandel:** Der Systemwettbewerb vermehrt die Gestaltungsoptionen im demografischen Wandel: Die Ausgaben für Gesundheit und Pflege sind stark altersabhängig. Heute stellt die „Krankenversicherung der Rentner“ ein Viertel aller GKV-Versicherten. Für dieses Viertel werden 50 Prozent der Leistungsausgaben aufgewendet. Gleichzeitig finanziert dieses Viertel aller GKV-Versicherten aber mit den einkommensabhängigen Beiträgen auf die Alterseinkünfte weniger als ein Viertel der Leistungsausgaben der GKV. Die defizitäre „Krankenversicherung der Rentner“ in der GKV wird daher von den erwerbstätigen Versicherten der GKV quersubventioniert – mit derzeit rund 40 Milliarden Euro pro Jahr. Die Zahl der Erwerbsfähigen zwischen 20 und 66 Jahren wird bis Mitte dieses Jahrhunderts aber von heute 51 Millionen Menschen auf 34 Millionen Menschen sinken – also um 17 Mil-

¹³ Tagesspiegel, 1.7.2008.



tionen abnehmen. Ein Erwerbstätiger wird dann auf einen Rentner kommen. Dieser demografische Wandel ist programmiert. Das Umlageverfahren wird dann an Grenzen stoßen. Die Existenz einer kapitalgedeckten Vollversicherungssäule ermöglicht es der Politik, im demografischen Wandel jederzeit ohne Systembrüche das Verhältnis von Umlage und Kapitaldeckung neu auszutarieren – eine Option, die es in anderen Ländern nicht gibt, die aber angesichts des demografischen Wandels von immer größerer Bedeutung ist.

Ein einheitlicher Markt von GKV und PKV indes würde nach Maßgabe des politischen Realismus per Mehrheitsanpassung die Strukturen der GKV von heute neunzig auf dann hundert Prozent der Bevölkerung erweitern. Die Einbeziehung der PKV in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) aber kann der GKV keinen einzigen Wettbewerbsimpuls geben, da eine „siebte Kassenart“ nichts an den Spielregeln der GKV ändern kann, ja nicht einmal den Konzentrationsprozess infolge

des GKV-WSG beeinflussen würde. Der einheitliche Markt von GKV und PKV nach dem Vorbild des SGB V würde nur die privatwirtschaftliche Säule schleifen und die „GKV für alle“ kreieren. Die Funktionen des heutigen Systemwettbewerbs würden dann unwiederbringlich verloren gehen – und mit ihnen der spezifische Beitrag der PKV für eine stabile Finanzierung der medizinischen Versorgung, für Qualitätswettbewerb, Pluralität und Freiheit. „Mehr Staat“ wäre also die zwingende Konsequenz eines einheitlichen Rechtsrahmens in der Krankenversicherung. Dies wäre gleichsam die Bedingung der Möglichkeit, die Beiträge zur GKV anzuheben, ihr neue Beitragsquellen zu erschließen und gleichzeitig die Leistungen stärker zu rationieren. Diese Entkopplung von Preis und Leistungsniveau der GKV setzt nämlich voraus, dass es die PKV als Exit-Option nicht mehr gibt.

Autor:

Dr. Timm Genett
Geschäftsführer
Verband der privaten Kranken-
versicherung e. V.
Friedrichstraße 191
10117 Berlin
E-Mail Timm.Genett@pkv.de

Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt: Blockade oder Entwicklungschance?

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch hohe Komplexität und eine Vielfalt von Akteuren und Interessenlagen gekennzeichnet. Dies erschwert belastbare nachhaltige Lösungen oder blockiert sie sogar durch einseitige lobbyistische Zielverfolgung von Institutionen und Unternehmen. Deshalb

braucht das System neue sektorenübergreifende Kommunikationsformen und Lösungen. Voraussetzung dafür ist, dass die Partner ein besseres Wissen voneinander besitzen und gegenseitiges Verständnis füreinander aufbringen.

Hier setzt TRANSFERIS – Leadership in Healthcare an. TRANSFERIS – Leadership in Healthcare qualifiziert Führungskräfte für ein besseres gegenseitiges Verständnis der maßgeblichen gestaltenden Institutionen, Unternehmen und Einrichtungen im Gesundheitssektor. Ziel ist es, eine über den eigenen Arbeitsbereich hinausgehende Systemkompetenz und -verantwortung zu erzeugen. Das Projekt erfolgt in Kooperation mit der GRPG, wird wissenschaftlich von der Universität Bayreuth evaluiert und von der BMW Stiftung Herbert Quandt gefördert. Zielgruppe sind Führungskräfte und Führungskräftenachwuchs aus:

- Institutionen des öffentlichen Rechts wie Ministerien, Ausschüssen, Instituten, gesetzliche Krankenkassen, Verbände der Leistungserbringer
- Unternehmen der Leistungserbringer

und Leistungsträger wie MVZ und Managementgesellschaften

- Krankenhausverbänden: privat & kommunal, konfessionell
- REHA- und Pflege-Einrichtungen
- medizinischen Fachberufen
- Industrie: z. B. Pharma, Medizinproduktehersteller, Heil- und Hilfsmittelhersteller
- Dienstleistern aus den Bereichen: Finanzen, Recht, Beratung, IT, Management und Organisation

Ein Kernelement des Programms sind Projektbesuche bei maßgeblichen Gestaltern und Akteuren im Gesundheitswesen:

- Einrichtungen wie Gesetzliche Krankenversicherungen (GKVn), Kassenärztliche Vereinigungen (KVN), Industrie, Krankenhaus oder Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

- Diskussion der Teilnehmer mit Führungspersönlichkeiten dieser Einrichtungen

Die Teilnehmer erarbeiten aus den Erkenntnissen des Programms und aus dem Blickwinkel ihres persönlichen Arbeitsalltags Anregungen für sektorübergreifendes Handeln.

Über das TRANSFERIS-Forum wird ein wachsendes Netzwerk gebildet, das dem bereichsübergreifenden Austausch sowie der Projekt- und Perspektivenbildung dient.

Ergebnisse und Zusammenfassungen aus der ersten Runde von TRANSFERIS – Leadership in Healthcare, die unter dem Motto stand: „Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt: Blockade oder Entwicklungschance?“ finden Sie auf den folgenden Seiten. Weitere Berichte folgen in den nächsten Ausgaben.

Teilnehmer/Autoren 2012:

Doris Glaser, Servier; Nadine Heinemann, Sanofi Pasteur MSD; Annette Heusgen, Medtronic; Dr. Kristian Langenberg, GlaxoSmithKline; Dr. Cornelia Lechner, Amgen; Friederike Löser, Klinikum St. Georg gGmbH; Dr. Maximilian Miserok, AOK Bayern; Jens Naumann, Mediatixx; Thorsten Quellmalz, Novartis; Florian Saur, GlaxoSmithKline; Holger Scheffler, Servier; Doris Steinkamp, Deutscher Bundesverband der Diätassistenten e. V.; Dr. Holger Storcks, Medtronic; Dr. Christian Tidona, BioRN; Frank Ziegler, ERGO AG

Der Krankenhaus-Sektor: Medizinische Hochschule Hannover

Krankenhäuser als Versorgungspartner: Zukunftsfähig aufgestellt?

Steuerung, Wirtschaftlichkeit, Qualität
Aufzeichnungen der Gespräche mit Dr. Andreas Tecklenburg, Vorstand und Vizepräsident der MHH und Andreas Kohlhasse, Leiter des Geschäftsbereichs Logistik der MHH

Darstellung des Gastgebers

Die MHH als Bestandteil des KH-Sektors

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) ist eines von deutschlandweit 2000 Krankenhäusern und eine von 33 deutschen Universitätskliniken.

Gegründet wurde die MHH 1961 als zweite Medizinische Fakultät in Niedersachsen - neben der Universität Göttingen. Die MHH ist die einzige integrierte Medizinische Hochschule in Deutschland, eine medizinische Universität mit Klinik und allen Zusatzinstitutionen für Forschung und Lehre („Medical University“).

Mit ca. 1500 Betten zählt die MHH zu den größten Häusern in Deutschland. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt 8,09 Tage, was nur leicht über dem Bundesdurchschnitt liegt. Bei einer Bettenauslastung von 90,2 % liegt die MHH ganz deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Prinzipiell ist festzustellen, dass die MHH als Uniklinikum vergleichsweise sehr strukturiert und prozessorientiert aufgestellt ist. Gerade in Hinblick auf die wirtschaftlichen Entwicklungen des Krankenhausesektors in den letzten 10–20 Jahren ist eine effiziente und ökonomisch sinnvolle organisatorische Aufstellung ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Heute ist die MHH in drei organisatorische Bereiche aufgeteilt:

- Forschung und Lehre
- Krankenversorgung/ Klinikkonferenz
- Wirtschaftsführung und Administration

Die MHH und die Forschung

Herausragende Wissenschaft

Eine bedeutende Säule der MHH bildet der Bereich Forschung. Zielsetzung der MHH ist es, auf dem Gebiet internationale Forschungsexzellenz zu erreichen. Zum einen bedeutet das eine Steigerung der Reputation, auf der anderen Seite bedeutet dies aber auch die Sicherung weiterer Fördergelder. Und diese Gelder sind wiederum essenziell für die Fortführung der Forschung und letztendlich für die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Medizin und Patientenversorgung.

Hierzu trägt die Lehre mit besonderen Qualifizierungsmöglichkeiten bei z. B. zum PhD oder im Studiengang Bevölkerungsmedizin, Public Health. Was in den 1960ern mit 41 Studenten begann, wird heute mit knapp 3000 Studenten fortgeführt.

Strategische Ausrichtung in der Krankenversorgung der MHH

Supramaximalversorgung

Die MHH positioniert sich als „Supramaximalversorger“. Dabei spezialisiert sie sich auf die schwer Erkrankten. Ziel ist es, ein Image aufzubauen, das der Bevölkerung vermittelt: „Wenn Du krank bist, gehst Du in das Krankenhaus XY, wenn Du richtig krank bist, gehst Du zur MHH“. Die strategische Überlegung dahinter ist, sich langfristig durch den Fokus auf stationäre Behandlung klar von der Ambulan-

zierung abgrenzen und auch in Zukunft als Klinik bestehen zu können.

Eines dieser hoch spezialisierten, stationären Versorgungsfelder ist die Transplantationsmedizin: Hier hat sich die MHH weltweit einen Namen gemacht. Die MHH ist Deutschlands größtes Transplantationszentrum. Im Jahr 2012 wurden 423 Transplantationen durchgeführt. Darüber hinaus liegen die Schwerpunkte in folgenden Bereichen:

- Brustzentrum
- Kompetenzzentrum Bewegungssysteme (CEB)
- Perinatalzentrum
- Schlaganfallzentrum
- Traumazentrum
- Tumorzentrum
- Zentrum für Schwerbrandverletzte

Überregionale/Internationale Reputation in Patientenversorgung

Nicht nur in der Transplantationsmedizin verfolgt die MHH das Ziel, international anerkannt zu sein. Auch in der Forschung und der Ausbildung genießt sie international hohes Ansehen.

Entsprechende Beziehungen und Kooperationen werden kontinuierlich ausgebaut.

Attraktiver Arbeitgeber

Bereits bei Gründung der MHH standen Reformideen für die Ausbildung neuer Ärztinnen und Ärzte im Fokus. Wie bundesweit alle Krankenhäuser, so sieht sich auch die MHH heute einem Fachkräftemangel gegenübergestellt. Daher nimmt sowohl die Ausbildung von jungen Ärzten als auch die Bewerbung der MHH als attraktiver Arbeitgeber einen hohen Stellenwert in der strategischen Ausrichtung ein. Um z. B. Pflegekräfte zu gewinnen und zu halten, wurde ein Bachelor-Studiengang für leitende und Management-Funktionen in der Pflege eingerichtet.

Heute beschäftigt die MHH rund 1300 Ärzte und 1500 Pflegekräfte.

Die Logistik als Erfolgsfaktor der MHH

Um die Versorgung von täglich über 1000 Patienten gewährleisten zu können, ist ein reibungsloser Ablauf von ganz unterschiedlichen Prozessen zwingend notwendig.

Obwohl für den Patienten meist nicht spürbar, richtet sich die Logistik am Patienten aus. Bemerkt der Patient etwas von diesen Prozessen, ist es meist zu einem Fehler gekommen. Denn wenn die Logistik nicht reibungslos funktioniert, drückt sich das immer in der Patientenzufriedenheit aus. Und das hat am Ende auch Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit.

Im Gegensatz zum allgemeinen Trend und zu anderen Krankenhäusern erbringt die MHH viele der logistischen Prozesse in Eigenleistung und hat keine Töchterunternehmen ausgegründet.

So verfügt die MHH z. B. über eine eigene Wäscherei. Das Vorgehen der MHH führt auch beim Patienten ganz unmittelbar zu Vorteilen: Die eigene Küche und frisch zubereitete Speisen steigert enorm die Patientenzufriedenheit. Darüber hinaus erlaubt die Logistik-Struktur der MHH viel mehr Flexibilität, wie z. B. eine günstigere Verschiebung der Lieferlogistik von Vormittags auf Nachmittags.

An der Stelle könnten noch etliche Beispiele für die Logistik-Exzellenz der MHH genannt werden. Wichtiges Fazit ist jedoch, dass die Logistik hinter den Kulissen äußerst komplex ist und ebenso bedeutsam zu dem Erfolg eines Krankenhauses beiträgt, sowohl im wirtschaftlichen wie im qualitativen Sinn.

Mit der eigenen Logistik behält die MHH eine zentrale Stellschraube für Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit in der Hand und erkennt darin auch einen Wettbewerbsvorteil.

Das Finanzierungssystem

Sicherstellung der Finanzierung

Die Trennungsrechnung von Forschung/Lehre und Krankenversorgung bringt für

Uni-Kliniken eher Defizite und Leistungseinschränkung.

Anschaffungen aus dem Wissenschaftsetat müssen für die Regelversorgung verwendet werden (Bsp. 128 Zeiler-Gerät, aus Drittmitteln finanziert, fährt 90 % der Zeit für die Patientenversorgung, 10 % für Forschungsarbeiten).

Wie alle Krankenhäuser in Deutschland sieht sich auch die MHH mit einem ständig wachsendem ökonomischen Druck konfrontiert. Ein wesentlicher Aspekt bei der Betrachtung der wirtschaftlichen Situation ist das duale Finanzierungssystem der Krankenhäuser in Deutschland.

In Deutschland werden die Krankenhäuser über das duale System finanziert, d. h.

- über Bund und Länder werden Investitionen finanziert
- über das GKV-System wird die Patientenversorgung finanziert. Dabei bilden die DRGs (Diagnosis Related Groups) die kalkulatorische Grundlage.

Einführung in die Systematik des DRG-Systems:

Der Kern der 2003 eingeführten DRG-Systematik ist die Zuordnung von Fallpauschalen zu Diagnosen. Dabei werden Hauptdiagnose und die darauf bezogenen Leistungen einbezogen, und im Resultat entsteht ein Wert für den Durchschnittspatienten. Unterschiedliche Diagnosen werden aufgrund ihrer ökonomischen Ähnlichkeit in Gruppen klassifiziert.

Die Einordnung einer Erkrankung in die entsprechende Diagnose-Gruppe basiert zusätzlich auf medizinischen Daten, sogenannten Leistungsbezeichnern (Haupt- und Nebendiagnosen, Prozedurenkodes, demografische Variablen).

Die monetäre Höhe der Fallpauschale wird vom InEK (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus) als Verrechnung- und Verteilungsstelle definiert. Grundlage der Verteilung ist das verfügbare Gesamtbudget. Die Fallgruppen werden nach dem für die Behandlung im

Vorjahr ermittelten durchschnittlichen betrieblichen Aufwand bewertet und abgerechnet. Für Uni-Kliniken entsteht das Problem, dass grundsätzlich eine höhere Fallschwere vorliegt und kleine Fallzahlen für besonders schwere Verläufe auftreten können, was beides vom InEK nicht berücksichtigt wird.

Das Krankenhaus hat die Möglichkeit, über die DRG-Pauschale hinaus zusätzliche Gelder zu beantragen. Mit Unterstützung von sogenannten Zusatzentgelten können teure Behandlungen finanziert werden. Auch neue, meist teure, innovative Behandlungsmethoden, die noch nicht in der DRG-Klassifizierung berücksichtigt sind, können so eingesetzt werden.

Die MHH ist zusätzlich darauf angewiesen, Fördermittel, z. B. Geräte für die Forschung auch für die Krankenversorgung einzusetzen. (s. oben)

Anbei einige wirtschaftliche Kenndaten im Überblick (2001; in Mio Euro):

- Betriebserträge (ohne Landeszuschuss): 611,2
- Personalaufwand: 427,9
- Landeszuschuss Forschung und Lehre: 138,8

Äußere Zwänge und Anreizgeber

Vergleichbar mit den anderen 32 Universitätskliniken in Deutschland bewegt sich auch die MHH in einem komplexen Geflecht aus unterschiedlichsten externen Ansprüchen und Anreizen wie auch Zwängen. Der Uniklinik als solcher ist inhärent, dass sie neben einer effizienten und versorgungsgerechten Krankenbehandlung auch die Bereiche „Forschung“ und „Lehre“ vorzuhalten hat. Hieraus resultiert eine deutlich höhere Managementkomplexität: Die Anzahl der zu koordinierenden Aufgaben und Prozesse ist deutlich höher als in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Basie-

rend auf der Positionierung als Maximalversorger behandelt die MHH regelmäßig komplexere, kostenintensivere Fälle als ein durchschnittliches Akutkrankenhaus. Weiterhin wurde bereits darauf eingegangen, dass die MHH – wie auch andere Universitätskliniken – bestimmte Versorgungsleistungen eher regional erbringt (Hannover/Niedersachsen), insbesondere bezogen auf die Angebote der eingerichteten Zentren aber auch einen landesweiten bis internationalen Aktionsradius. In Kombination mit dem Forschungs- und Lehrauftrag als Bildungseinrichtung ergeben sich hieraus u. a. die folgenden Zwänge und Anreize:

Personalausstattung

Überdurchschnittlich hohe Leistungsfähigkeit und Fachkompetenz der praktizierenden Klinikärzte notwendig, insbesondere in den leitenden und ausbildenden Funktionen (Oberärzte, leitenden Oberärzte, Chefärzte); Akquise und Bindung von High-Potential Mitarbeitern zur Absicherung der geforderten Höchstleistungen in den Bereichen Krankenversorgung, Forschung und Lehre; gleichzeitig Forderung nach mehr Managementkompetenz im ärztlichen Bereich.

Veränderte Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt:

- Durch die Veränderung des Arbeitszeitgesetzes (Reduktion von Überstunden und Schichtdiensten) kommt es zu einem relativen Arbeitskräftemangel.
- Der allgemeine Wertewandel innerhalb der Bevölkerung wirkt sich auch auf die Einstellungen von Ärzten und Pflegepersonal aus: Von Arbeitgebern wird zunehmend das Respektieren der sogenannten „Work-Life-Balance“ eingefordert; wird diese nicht gewährleistet, kommt es zu Unzufriedenheit, Demotivation, innerer Kündigung, Fluktuation – mit den entsprechenden negativen Konsequenzen für den Leistungsbe-

trieb. Arbeitgeber müssen hierauf mit geeigneten Maßnahmen reagieren, um ein mitarbeiterorientiertes, familienfreundliches Arbeitsumfeld schaffen.

- Die Universitätsklinik als forschende und ausbildende Organisation muss darüber hinaus sicherstellen, dass ausreichende Freiräume und Zeitkontingente für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung geschaffen werden ebenso wie für die klinische Forschung (Planung und Durchführung klinischer Studien, Teilnahme an internationalen Kongressen, Verfassen von Publikationen, etc.).

Die steigenden Personalkosten bedingen in großen Teilen, dass die Kostenentwicklung im stationären Bereich deutlich steiler als die DRG-basierte Erlösentwicklung verläuft; hieraus resultiert eine dramatische Kosten-Erlös-Schere, die sich zwischen 2010 und 2012 auf ca. 8 Mio Euro belief.

Mit der Abnahme der Verweildauern in der stationären Versorgung ist zeitgleich eine Arbeitsverdichtung in der Pflege zu beobachten: Immer weniger Pflegenden zeichnen sich für immer mehr Patienten verantwortlich. Gemäß einer aktuellen OECD-Studie versorgt so eine Pflegekraft in Deutschland aktuell durchschnittlich 21,5 Patienten gleichzeitig. Ähnlich wie bei den Medizinerinnen ergibt sich auch hier die Forderung nach einer verbesserten Work-Life-Balance sowie attraktiveren Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf.

Patienten und zuweisende Leistungserbringer

Sicherstellung eines ausgewogenen Case-Mix zu Zwecken der ganzheitlichen Studentenausbildung (komplexe UND einfache Fälle).

Überregionale Positionierung der eingerichteten medizinischen Zentren gegenüber sonstigen Leistungserbringern (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte)

sowie Patienten; Wettbewerb um den Patienten.

Entlastung der Zentralen Notfallambulanzen: Vielzählige der anfallenden Behandlungen könnten wirtschaftlicher im regulären ambulanten Sektor erbracht werden als in der Zentralen Notfallambulanz einer Universitätsklinik; das Einzugsgebiet der entsprechenden Patienten ist dabei zumeist regional bis überregional (Beispiel MHH: Ein Drittel der Patienten stammt aus Hannover, ein Drittel aus der Region Hannover und ein Drittel aus überregionalen Gegenden).

Bundesland

Sicherstellung von Re- und Neuinvestitionen im Austausch mit dem Bundesland. Hintergrund: Die Bundesländer ziehen sich allgemein mehr und mehr aus der Finanzierungsverantwortung zurück, da eine Neu- bzw. Weiterverschuldung der Länder politisch in den nächsten Jahren nicht vorgesehen ist; gegenläufig hierzu wollen die Länder aber weiterhin Einfluss auf die Krankenversorgung nehmen; gefordert wird von den Kliniken die Gewährleistung qualitativ hochwertiger Medizin bei gleichzeitiger Verknappung der finanziellen Ressourcen; die aktuelle Investitionsquote der deutschen Unikliniken liegt bei 7,8 %, die ökonomisch notwendige Investitionsquote bei 12 % und das internationale Benchmark bei 15 %. Je nach Bezugsgröße ergibt sich entsprechend eine Investitionslücke in Höhe von 4,2 % bis 7,2 %.

Innovationen sind häufig nur mittels Industriekooperationen, in deren Rahmen Industrieunternehmen den Kliniken z. B. medizin-technische Geräte zur Verfügung stellen (Beispiel: Betreibermodelle); weitere Ansatzpunkte bieten „Quersubventionierungen“ aus dem Bereich „Wissenschaft und Forschung“ über entsprechende Drittmittelwerbung und Investitionen in technische Ausstattung.

Krankenkassen

Erprobung und frühe Etablierung innovativer diagnostischer und therapeutischer Verfahren; hierfür wird häufig in einer frühen Phase keine unmittelbare Kostenerstattung über die Kostenträger übernommen, hierfür müssen die innovativen Verfahren zunächst in den offiziellen Leistungskatalog übernommen werden.

Von Universitätskliniken wird traditionell die Rolle eines Pioniers und Fortschritts-treibers innerhalb des Gesundheitswesens erwartet; um diese Rolle füllen zu können, müssen Universitätskliniken häufig in Vorleistung gehen und auf zukünftige, mittelfristige Kostenerstattung hoffen; das unternehmerische Risiko verlagert sich hier somit auf die Universitätskliniken.

Ansatzpunkte für eine zwischenzeitliche Leistungsvergütung bietet die Beantragung beim NUB-Ausschuss (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) mit entsprechendem administrativem Aufwand.

Abschließen von Verträgen über extrabudgetäre Leistungen § 116b SGB V.

Abschließen von IV- und Selektivverträgen, Gründungen von MVZ; Cave: Mit diesen Sonderformen der Leistungserbringung entsteht zusätzlicher administrativer Aufwand.

Weitere Zwänge und Herausforderungen für die MHH sowie Unikliniken im Allgemeinen

Hochspezialisiert tertiäre Ambulanzversorgung in der Universitätsmedizin: Viele Angebote werden nur oder ausschließlich durch die Universitätsmedizin bereitgestellt. Zum finanziellen Ausgleich werden von den Ländern Quartalspauschalen bereitgestellt, die jedoch den tatsächlich entstehenden Aufwand nicht vollständig abbilden.

Betreiben interdisziplinärer Behandlungszentren: Viele medizinische Spezialisten

der unterschiedlichen Fachkliniken nehmen an den entsprechenden Konferenzen und Fallbesprechungen teil. Hierdurch entsteht regelmäßig ein relevanter Mehraufwand. Dieser Mehraufwand ist laut Gesetz durch Zuschläge durch die Krankenkassen zu vergüten. Diese Vergütung findet jedoch in der Regel nicht oder nicht in ausreichender Höhe statt.

Behandlung seltener Erkrankungen: Bedürfen besonders zeitintensiver Zuwendung und aufwendiger Spezialdiagnostik; die jeweiligen Fallzahlen sind in der Regel gering, Economies of Scale und Scope lassen sich entsprechend nicht oder nur wenig entwickeln; realistische DRGs können aufgrund der geringen Fallzahlen nicht realistisch kalkuliert werden.

Probleme und Herausforderungen – Ergebnisse der Diskussion mit Dr. Tecklenburg

In seinem Vortrag beschreibt Herr Dr. Tecklenburg die Erlös- und Investitionsproblematik der Universitätskliniken in Deutschland als zentrales Problem. In Folge der beschriebenen Zwänge prognostiziert er, dass „jedes Krankenhaus in Deutschland in die roten Zahlen kommen wird“. Rüdiger Strehl, Michael Albrecht und Heyo Kroemer vom Verband der Universitätskliniken Deutschland teilen diese Prognose in ihrem Artikel „Finanzierung der Universitätsmedizin: An der Grenze der Belastbarkeit“ (erschienen in: DÄB, 2013, 110(3), A-65 B-60 / C-60).

Innerhalb der Diskussion der Ursachen für die „Finanzmisere“ innerhalb der Universitätsmedizin ist die Schuldfrage vermeintlich schnell geklärt. Angeführt wurden insbesondere die im vorausgehenden Kapitel diskutierten Argumente. Zusammengefasst geht es um externe Rahmenbedingungen, Fehlsteuerungen und Marktverzerrungen: Kostensteigerungen im Personalbereich,

Kostensteigerungen verursacht durch die Umweltpolitik, Defizite im DRG-System, zu wenig Mittel der Länder. Entsprechend entsteht in der Diskussion der Eindruck, als können nur die vermeintlichen Verursacher der Misere, i. e. die Länder und die gesetzlichen Krankenversicherungen sowie der Haushalt des Bundesministeriums Bildung und Forschung (BMBF) Abhilfe schaffen: Durch Zuzahlungen, höhere Pauschalen und höhere Investitionsquoten. Folgt man dieser Einschätzung, droht das Einsetzen von Resignation in der Managementszene der deutschen Universitätskliniken – gemäß dem Motto: „Es lässt sich mit Eigeninitiative ja sowieso nicht in den Griff bekommen.“ Diese Entwicklung wäre fatal, wurde doch zumindest das DRG-System vor Jahren im festen Willen einer leistungsgerechteren Vergütung in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt. Letztlich sollten hierdurch auch Rahmenbedingungen für einen „gesunden“, nicht für einen ruinösen Wettbewerb im Krankenhaussektor geschaffen werden. Insofern muss die Frage gestellt werden, ob die externen Faktoren als Erklärungsansatz für die finanzielle Situation in der Universitätsmedizin ausreichen. Zusätzlich sind sämtliche weiteren erlös- und kostenrelevanten Einflussfaktoren auf den Prüfstand zu stellen oder mit anderen Worten: die internen Stärken und Schwächen der jeweiligen Klinik. In der Diskussion mit Hr. Dr. Tecklenburg wurden bezogen auf interne Schwächen und den sich ergebenden Handlungsbedarf nur wenige Aspekte adressiert. Hierzu zählten unter anderem:

- Codierungsproblematik: Anzahl diagnostischer und therapeutischer Prozeduren ist massiv angestiegen; bei der Einführung der DRGs waren es 660 Prozeduren, heute sind es 1200; hieraus resultiert die Gefahr einer fehlerhaften Leistungsdokumentation mit den Gefahren einer inadäquaten Leis-

tungsvergütung sowie fehlerhaften Informationsgrundlagen für zukünftige Managemententscheidungen.

- Nicht aufeinander abgestimmte interne Prozesse, Strukturen und IT-Systeme („Insellösungen“), Abteilungen optimieren sich isoliert intern, hieraus ergeben sich Schnittstellenproblematiken und Ineffizienzen (die Uniklinik als „fraktales Gebilde“), die sich unter anderem negativ auf die durchschnittlichen Verweildauern der Patienten auswirken; hierzu zählen auch Themen wie „Entlassungsmanagement“ und „Logistik“.
- Absicherung bzw. Steigerung der Patientenfallzahlen, insbesondere in den „angestammten“ stationären Bereichen, denen nicht eine „Ambulantisierung“ droht.
- Konsequente Erhöhung der Arbeitgeberattraktivität für High-Potenzial-Mitarbeiter, dem Beispiel von Harvard, Stanford und Johns Hopkins folgend; Pflege und Weiterentwicklung der eigenen Unternehmenskultur.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass die individuelle wirtschaftliche Lage der einzelnen Universitätsklinik in Deutschland immer ein Produkt der externen Rahmenbedingungen sowie der internen Managementleistung sein wird. Die Pluralität der unterschiedlichen Trägerschaften, Organisationsformen, Leistungsschwerpunkte in der Universitätsmedizin zeigt, dass durchaus kreative Gestaltungsoptionen bestehen, die nachweislich auch zu unterschiedlichem ökonomischem Erfolg führen.

Dennoch ist die insgesamt negative Prognose von Hr. Dr. Tecklenburg nicht substanzlos und auch das DRG-System bedarf in Teilen weiterer Anpassung. So gilt immer noch: Kleine Fallzahlen fließen zu geringeren Anteilen in die Kalkulationen des InEK ein. Gerade diese kalkulatorischen „Ausreißer“ fallen aber in den Universitätskliniken relativ gesehen häufig an, die durch sie verursachten hohen Kosten (z. B. bei Behandlung

mehrfach Voroperierter) werden nicht ausreichend durch die DRG abgebildet.

Ökonomisch wird in diesem Zusammenhang auch von einer Rechtsverschiebung der Durchschnittskostenkurve im Bereich der Universitätskliniken gesprochen. Die ökonomische Konsequenz: Universitätskliniken machen gemäß Hr. Dr. Tecklenburg durchschnittlich (Ausnahmen bestätigen die Regel!) pro Fall ein Defizit in Höhe von 25.000 bis 30.000 Euro. Dies führt in der Gesamtbilanz zu einer Unterdeckung in Höhe von 6,5 Mio. Euro, es werden weniger als 50 % der Kosten durch DRGs vergolten. Trotz diverser Weiterentwicklungen des DRG-Systems in den vergangenen Jahren wurde den Spezifika der Universitätsmedizin nicht in ausreichendem Maße begegnet. Insofern ist die Aussage nachzuvollziehen, dass Lösungen nicht allein vom Gesundheitswesen ausgehen können.

Ein stärkeres Eingehen auf den Patienten hätte man sich in beiden Referaten gewünscht.

Besonders hervorzuheben ist gleichwohl das Bemühen um höchste Qualität, besonders auch bei der Patientenversorgung. Laut Dr. Tecklenburg: „Unterdeckung wird akzeptiert, um Spitzenmedizin gut zu machen.“

Erfahrungen, Eindrücke und Folgerungen der Teilnehmer

Äußere Bedingungen:

Die Teilnehmer waren sehr angetan von der hervorragenden reibungslosen Organisation und der entgegenkommenden Betreuung seitens der MHH.

Sie haben es etwas bedauert, dass keiner der Referenten beim Arbeitessen am Abend dabei sein konnte, zumal hier ein Impulsreferat mit ganz und gar innovativen Vorstellungen zur Gestaltung des Gesundheitssystems und des Krankenhauswesens gehalten wurde.

Referate Dr. Andreas Tecklenburg, Andreas Kohlhasse einschließlich Diskussion und Besprechung am Folgetag:

Sachgrundlagen

Insgesamt konnten die Teilnehmer einen guten Überblick über den Ist-Zustand der Krankenhäuser, besonders auch der Uni-Kliniken vor allem hinsichtlich der Finanzierungsproblematik gewinnen.

Die leitende Vision als Krankenhaus der Supramaximalversorgung bei guter Versorgungsqualität und Ausbildungs- sowie wissenschaftlicher Leistungsfähigkeit und damit die zentralen Herausforderungen der Institution MHH wurde sehr gut deutlich.

Problem-Management

Überzeugende Fakten und Entwicklungen

- Priorität der (u. a. Spitzenversorgungs-) Qualität, auch unter Inkaufnahme finanzieller Überlastung.
- Aufrechterhaltung von Ambulanzen, obwohl finanziell nicht lohnend.
- Die Konzentration auf die Supramaximalversorgung und damit Sicherung eines auch künftig nur stationär behandelbaren Patientengutes.
- Als Arbeitgeber auch künftig attraktiv zu sein.
- Anhaltende Innovationsbereitschaft und -freudigkeit.
- Intensivierte interne fachliche Zusammenarbeit, z. B. gemeinsame Entscheidung von Chirurgen und Internisten über den optimalen Behandlungsbereich eines Patienten im Hause.
- Einsatz des CIRS (Critical Incident Reporting System).
- Ausweitung von speziellen Programmen der Kooperation mit den Kassen für besondere Zielgruppen.

- Als Patienten- und Mitarbeiter-orientiert überzeugte beim Thema Logistik die Entscheidung zur „Eigenversorgung/Campus-Idee“ mit eigener Küche und Wäscherei, womit sich die MHH positiv vom Vorgehen der meisten Krankenhäuser abhebt.
- Die Verschiebung der Zeittakte in der Lieferlogistik vom Vormittag auf den Nachmittag oder Abend wird als hervorragende Leistung des Managements gewertet.

Probleme bzw. Herausforderungen (hinsichtlich Darstellung und in der Sache):

- Es wurden zwar Probleme dargestellt, aber zu wenige Lösungsansätze sichtbar.
- Es wurde nicht deutlich, wodurch die Finanzierungslücken entstanden sind, z. B. sei fraglich, ob die Geräte optimal ausgelastet sind, und das Prinzip der Trennungsrechnung angewendet und genutzt wird.
- Für die Probleme werden überwiegend die Verhältnisse „außen“ herangezogen, wie Kostensteigerung durch Tarif- oder Energiepolitik oder das DRG-System.
- Es fehlt eine Auseinandersetzung mit möglichen eigenen Anpassungen an die Verhältnisse. Stattdessen wird das Land als „Retter“ und „Problemlöser“ gesehen.
- In wie weit eine monistische Finanzierung die Probleme löst, ist zweifelhaft, da unklar bleibt, wie die durch das Land gezahlten Investitionsbeträge durch die Kassen kompensiert werden könnten.
- Insgesamt enthielten beide Referate sehr viele – wenn auch wichtige – Detailinformationen. Wünschenswert wäre es gewesen, noch mehr über die Chancen, Möglichkeiten und entwicklungsfähigen Punkte zu erfahren. Wie kann heute eine Vision der (Uni-) Klinik von morgen aussehen? Auf

welche Veränderungen müssen wir uns einstellen?

Sektorenübergreifende Lösungen aus Sicht der Gruppe

- Engere Zusammenarbeit mit Industrie in Versorgung und Forschung.
- Eine engere Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor kann zu gezielteren Einweisungen der „passenden“ Patienten und zu einer Reduktion der Liegezeiten führen.
- Dazu kann auch eine engere Verzahnung mit dem regionalen Krankenhausesektor beitragen.
- Auch sollte die Kooperation mit Lehrkrankenhäusern intensiviert werden.
- Angesichts der hohen Reputation der MHH könnte eine vermehrte Behandlung ausländischer Patienten angestrebt werden.
- Wichtig scheint, auf den Kassenbedarf zugeschnittene Angebote zu entwickeln und verstärkt die Zusammenarbeit mit den Kassen zu suchen.
- Im MVZ (Medizinischen Versorgungszentrum) können außerbudgetäre Leistungen entwickelt (z. B. die Behandlung mit neuen, noch nicht eingeführten Verfahren) und angeboten werden.
- Hinsichtlich Logistik und Controlling scheint eine Trennung zwischen den Kategorien „Wirtschaftlichkeit“ und „Qualität“ nicht sinnvoll. Die Qualität muss verbunden werden mit einer gesamtgesellschaftlichen auf Nachhaltigkeit gerichteten wirtschaftlichen Perspektive (z. B. nachhaltige Qualität von Implantaten).

Systembezug

Eine Universitätsklinik ist mit der Vielfalt ihrer Aufgaben wie studentische Ausbildung, Forschung und Krankenversorgung ein hochkomplexes Gebilde. Die grundlegenden Wertmaßstäbe und strukturellen

Voraussetzungen kommen aus verschiedenen gesellschaftlichen Aktionsfeldern, die nicht in einem unmittelbaren inneren Zusammenhang zueinander stehen, wie Anforderungen an die akademische Lehre, Qualitätskriterien und Bewertungen in der Forschung, Ziele einer stets innovativen Supramaximalversorgung und nicht zuletzt einer patientenbezogenen medizinischen Behandlung. Darüber hinaus handelt es sich um Arbeitgeber, die als solche attraktiv sein müssen, um besonders hinsichtlich der Krankenversorgung ausreichend qualifizierte Mitarbeiter gewinnen zu können.

Uni-Kliniken bilden in besonderem Maße im Gesundheitssektor das Ineinandergreifen von Staat und Markt und den erheblichen Einfluss gesellschaftlicher/politischer Veränderungen aus anderen Sektoren ab. Steigen z. B. die Löhne und Gehälter, so ändern sich deshalb keineswegs die Einnahmen, und es entstehen finanzielle Dysbalancen. Eine Uni-Klinik, so Dr. Tecklenburg, kann nicht mit dem Ziel einer Rendite geführt werden.

Uni-Kliniken können nur überleben, wenn ihr Bestand einem gesellschaftlichen Willen mit vorrangiger Priorität entspricht. Die Kernaufgaben sind vorgegeben und lassen sich nur in engen Grenzen an die äußeren Bedingungen anpassen. Selbst bei Einsatz eines hoch qualifizierten Managements, bedarf eine Klinik vom Status einer Uni-Klinik mit den von der Gesellschaft erwarteten Leistungen einer flexiblen Unterstützung aus Steuer-, meist Landesmitteln, die ihre auf wissenschaftlichen und Leistungsfortschritt hin orientierte Entwicklung ermöglicht.

Die enge Verflechtung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung mit anderen gesellschaftlichen Sektoren und der politischen Willensbildung wird am Beispiel des Krankenhauses und speziell einer Universitätsklinik besonders deutlich.

Michael Wey

Plädoyer für ein Mischsystem

Vor 20 Jahren wurden etwa zeitgleich die GRPG und der Verein „Frischer Wind“ e. V. gegründet. Von der GRPG wurden viele hervorragende Veranstaltungen und wissenschaftliche Symposien durchgeführt. In der gleichen Zeit entwickelte der Verein Frischer Wind mit allen Beteiligten des Gesundheitswesens insbesondere den Patienten ein neues Versorgungsmodell.

In den monatlichen Sitzungen des Vereins Frischer Wind wurde mit Leistungserbringern aller Bereiche des Gesundheitswesens, wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Apothekern, Ärzten aller Fachrichtungen, Pflegedienstleistenden, Krankenkassenvorständen und sogar Mitarbeitern von Gesundheitsministerien, sowie Soziologen, Ökonomen, Juristen und in vorderster Front den Patienten ein völlig neues Versorgungsmodell entwickelt, welches zukunftsfähig, einigermaßen gerecht, bezahlbar und sogar europafähig wäre und weltweit ausgebaut werden könnte.

In den vergangenen Jahren wurde immer deutlicher, dass im Gegeneinander der politischen Parteien eine vernünftige Lösung nicht zustande kommt. Aber auch im Nebeneinander der vielen Verbände im Gesundheitswesen ist es zu keiner vernünftigen Lösung der vorhandenen Probleme gekommen. Offensichtlich sind sowohl die umlageorientierte Entwicklung der GKV wie auch die kapitalgedeckte Variante der PKV nicht zukunftsfähig. In unserem Verein wurde deshalb ein Mischsystem zwischen diesen beiden extremen Elementen gesucht und gefunden.

Dieses Versorgungsmodell wurde von der Basis her, also bottom up, entwickelt und

verspricht die Lösung vieler anstehender Probleme. Alle bisherigen Versuche top down zur Erhaltung eines vernünftigen Gesundheitssystems müssen nach GRG, GSG, NOG, GMG und einem befürchteten GTG (Gesundheitstotalitätsgesetz) als gescheitert gelten. Die immer noch vorgesehene Bürgerversicherung oder ein Prämienmodell sind ebenso zum Scheitern verurteilt und würden nur das Siechtum unseres Gesundheitswesens verlängern.

Im Verein Frischer Wind wurde ein Versorgungssystem im Sinne einer sich selbst steuernden Balance erarbeitet, welche die immer wieder geforderten Kriterien der Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität in einem völlig neuen Kontext zusammenführt. Im Modell der Zukunft erreichen wir die geforderte Eigenverantwortung durch ein Patientenkonto, welches jeden Mitbürger zum Privatpatienten macht. Innerhalb dieser Krankenversorgung erreichen wir die Subsidiarität als Hilfe untereinander ohne Eingriff staatlicher Strukturen durch einen Dreijahresdispositionscredit und der Möglichkeit der Übertragung von Guthaben von einem zum anderen Patientenkonto. Erst an dritter Stelle wird ein Solidarfonds als Ausdruck der Solidarität mit den sehr schwer erkrankten Mitmenschen aufgebaut, in den jeder Versicherte 30 % seiner eingezahlten Beiträge einbringt. Aus diesem Solidarfonds wird jedem Versi-

cherten dieser Versorgungsgemeinschaft eine Basismedizin garantiert. Niemand kann angesteuert werden. Die Begriffsbestimmung einer Basismedizin ergibt sich aus dem täglichen Handeln und nicht aus irgendwelchen Vorgaben von Politik, Krankenkassen, Ärzteverbänden oder Patientenvereinigungen. Aus dem Solidarfonds wird jedem Behandler mindestens der einfache Satz als Bezahlung für seine Leistung garantiert.

Politisch gesehen sind Modellprojekte nach den Paragraphen 63–65 SGB V jederzeit möglich und werden von uns auch mit Betriebskrankenkassen verhandelt. Grundsätzlich sammeln wir im Verein Frischer Wind die interessierten Bürger, mit denen wir dieses Versorgungsmodell in die Realität umsetzen werden, sobald genügend Mitmenschen dies wollen. Im neuen Versorgungsmodell gelten wie bisher die gleichen gesetzlichen Vorgaben, indem jeder Bürger derzeit 15 % seines Einkommens auf sein Patientenkonto einbezahlt und aus 30 % dieser Einzahlungen ein Solidarfonds aufgebaut wird. Dadurch wird jeder zum Privatpatient, der mit seinem Behandler den Preis innerhalb einer staatlichen Gebührenordnung mit entsprechendem Steigerungsfaktor festlegen kann. Der Wettbewerb unter den Ärzten wird zu einer gehaltvollen Medizin führen und der Preis der Leistungen wird in einer marktwirtschaftlichen Art und Weise zum

Vorteil aller Bürger gefunden werden. Vermutlich werden bis zu 40 % der heutigen Ausgaben durch die verminderte Bürokratie und ein zunehmendes Kostenbewusstsein für alle medizinischen Leistungen eingespart werden, welche dann wieder für die gewünschte Behandlung und eine gerechte Bezahlung der Leistungserbringer zu Verfügung stehen werden.

Die Rückmeldungen von Patienten und Kennern des deutschen Gesundheitswesens bestärken uns in der Annahme, dass eine zukunftsfähige und bezahlbare medizinische Versorgung mit den bisherigen Strukturen sowohl der GKV wie der PKV nicht zu erreichen ist. Aus rein demografischen Gründen ist die Zukunftsfähigkeit der umlageorientierten Systeme nicht mehr gegeben.

Dr. med. Michael Wey
Vorsitzender „Frischer Wind“ e. V.
Am Stadtgarten 28
77855 Achern
friwind@t-online.de

Aus der Rechtsprechung/ Vertragsarztrecht

LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 15.05.2013 - L 7 KA 3/10 KL

1. Bei den Regelungen der AMRL gem. §§ 92 Abs. 1 Satz 1, 2 Nr. 6 SGB V und ihren Anlagen handelt es sich um verbindliche untergesetzliche Normen.

2. Mit der fachgerichtlichen Feststellungsklage kann nicht nur die Unwirksamkeit einer untergesetzlichen Rechtsnorm, sondern auch deren fehlerhafte Auslegung oder Anwendung sowie ein Anspruch auf deren Änderung oder Ergänzung geltend gemacht werden.

3. Beim Anwendungsgebiet „zur Zusatzbehandlung bei entzündlichen Atemwegserkrankungen wie COPD und Asthma mit schwerwiegendem Verlauf“ handelt es sich um „schwerwiegende Erkrankungen“ i.S. von § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V, zu deren Behandlung Soledum® Kapseln auch zugelassen sind; Soledum® Kapseln können insoweit aber nicht als „Therapiestandard“ gelten.
 NZS 2013, 782

BSG Urteil vom 06.02.2013 – B 6 KA 6/12 R

Die Leistungen der Fachambulanzen waren auch im Jahr 2003 nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus den Gesamtvergütungen zu vergüten.
 SozR 4-2500 § 311 Nr. 1 = NZS 2013, 596 = KHE 2013/29

BSG Urteil vom 28.08.2013 – B 6 KA 41/12 R

1. Klage einer KV gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

2. Zum West-Ost-Ausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Gesamtvergütung der Vertragsärzte.

SozR 4 (vorgesehen)

BSG Beschluss vom 31.01.2013 – B 6 KA 49/12 B

Die Grundsätze der Interpretation der Leistungstatbestände des EBM-Ä sind in der Rechtsprechung geklärt. Ihre richtige oder falsche Anwendung auf einzelne Leistungstatbestände kann im Regelfall keine grundsätzliche Bedeutung ergeben.
 SozR 4 (vorgesehen)

BSG Urteil vom 06.02.2013 – B 6 KA 13/12 R

1. Mit der seit 2005 bestehenden Vorgabe, für die Honorarverteilung arztgruppenspezifische Grenzwerte vorzusehen, waren - auch nach den abgeschwächten Anforderungen der Übergangsregelung vom 29.10.2004 - Regelungen über Individualbudgets nicht vereinbar.

2. Die Vorgabe arztgruppenspezifischer Grenzwerte konnte auch im Fall fachübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften erfüllt werden. Fachgruppenzuordnungen konnten durch pauschale Honoraraufteilungen nach Kopfteilen und Ansätzen von Mittelwerten erfolgen.
 SozR 4-2500 § 85 Nr. 73 = NZS 2013, 514

BSG Urteil vom 05.06.2013 – B 6 KA 32/12 R,

Berücksichtigung abweichender Praxisstrukturen bei der Bemessung arztgruppenbezogener Regelleistungsvolumina durch Bildung fallwertbezogener Untergruppen im Rahmen der Honorarverteilung.

BSGE und SozR 4 (vorgesehen)

BSG Urteil vom 05.06.2013 – B 6 KA 47/12 R

Vertragsärztliche Vergütungsverteilung (Regelleistungsvolumina, Ausgleichzahlungen an Arztpraxen, überproportionaler Honorarverlust).

SozR 4 (vorgesehen) = ZMGR 2013, 407

BSG Urteil vom 17.07.2013 – B 6 KA 44/12 R

Anerkennung einer Berufsausübungsgemeinschaft als Aufbaupraxis im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung (Anspruch einer unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis; Erreichung des Fachgruppendurchschnitts binnen fünf Jahren; Vorliegen eines Härtefalls).

SozR 4 (vorgesehen) = NZS 2013, 952 = GesR 2013, 739

**Mitgeteilt von Prof. Günther
Schneider, Dresden**

Johannes Köbberling: Diagnoseirrtum, Diagnosefehler, Befunderhebungsfehler – Bewertungen und Vermeidungsstrategien; Juristische Beratung: Rainer Rosenberger, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe, 2013

Ärzte müssen sich in Ihrer Berufsausübung zunehmend mit Vorwürfen über tatsächliche oder vermeintliche Fehler bei diagnostischen Maßnahmen und damit zusammenhängenden Haftungsfragen befassen. Dies führt nicht selten zu großer Verunsicherung. Aus verschiedenen Gründen nehmen Verfahren, in denen Ärzten oder Kliniken Behandlungsfehler vorgeworfen werden, deutlich zu. Medienberichte über die moderne Medizin führen zu Fehleinschätzungen über das medizinisch Machbare und zu einer steigenden Erwartungshaltung bei Patienten. Die breiten Darstellungen von Leitlinien, die von jedermann im Internet aufrufbar sind, können leicht zu einer Fehleinschätzung der Verbindlichkeit von medizinischen Standards im Einzelfall führen. Komplikationen und Misserfolge werden ohne kritische Hinterfragung auf Behandlungsfehler zurückgeführt. Hinzu kommen steigende Erwartungen an einen möglichen Schadensersatz, eine gegenüber früher deutlich verminderte Hemmschwelle für Klagen und in vielen Fällen ein fehlendes Prozesskostenrisiko durch bestehende Rechtsschutzversicherungen oder Prozessfinanzierungen. Fast ein Viertel aller Vorwürfe über Behandlungsfehler beziehen sich auf Diagnosefehler. Den meisten Ärzten sind die rechtlichen Aspekte, die sich im Zusammenhang mit möglichen Diagnosefehlern ergeben, nur unzureichend bekannt. Mit dem vorliegenden Buch soll hier eine Lücke geschlossen werden.

In einem einleitenden Kapitel zum Thema „Der diagnostische Prozess“ werden die theoretischen Grundlagen des diagnos-

tischen Prozesses dargestellt. Neben den Begriffserklärungen für Sensitivität, Spezifität und prädiktiver Wert wird die Bedeutung der Ausgangswahrscheinlichkeit für jede diagnostische Aussage hervorgehoben. Großer Wert wird auf die Erkenntnis gelegt, dass Diagnosen immer mit einer Wahrscheinlichkeitsaussage verbunden sind, also probabilistischer Natur sind. Damit unterscheidet sich der Begriff Diagnose von dem deterministischen Begriff Krankheit.

In einem Kapitel über „Rechtliche Bewertungen“ wird der grundsätzliche Unterschied zwischen Straf- und Zivilrecht bei der Beurteilung von Behandlungsfehlern dargestellt. Ausführlich wird die Bedeutung der Beweislast erklärt, und es wird auf die Aufklärungsobliegenheiten hingewiesen, die auch für diagnostische Maßnahmen gelten.

Die beiden Kapitel über „Diagnoseirrtum“ und „Diagnosefehler“ beginnen jeweils mit den Definitionen und mit den wichtigen Fragen der Abgrenzung voneinander. Während ein „noch verständlicher“ Diagnoseirrtum nicht zu einer Haftung führt, ist ein nicht mehr verständlicher Diagnosefehler haftungsbegründend, wenn er zu einem Schaden bei dem Patienten führt. Diese in der Rechtsprechung entwickelten und in das Patientenrechtegesetz vom Februar 2013 übernommenen Definitionen lassen jeweils breite Deutungs- und Ermessensspielräume zu. Dies war Anlass für die Erstellung der Fallsammlung aus Gutachten oder Bescheiden der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler und aus gerichtlichen Urteilen. Alle aufgeführten 54 Beispiele sind authentisch und mit Aktenzeichen versehen. Nach einer kurzen Schilderung des Krankheitsverlaufs wird jeweils eine Einordnung als Diagnoseirrtum, also kein Behandlungsfehler, bzw. als Diagnosefehler und damit als einfacher oder grober Behandlungs-

fehler vorgenommen. Der Autor, selbst Arzt, lässt dabei ein profundes Verständnis der diagnostischen Situation mit all ihren Unsicherheiten erkennen. Moralische Bewertungen werden konsequent vermieden.

Ausführlich wird in einem gesonderten Kapitel auf die dritte Kategorie, den „Befunderhebungsfehler“ eingegangen, der dazu führen kann, dass ein einfacher Diagnosefehler zu einem groben Behandlungsfehler mit Beweislastumkehr wird. Dieses komplizierte Konstrukt mit mehrstufiger Beweiswürdigung ist ebenfalls in das Patientenrechtegesetz aufgenommen worden. Leider verbleiben, wie an Beispielen erläutert wird, in diesem Zusammenhang nicht unerhebliche Rechtsunsicherheiten.

An Hand vieler Beispiele wird deutlich gemacht, dass die meisten Diagnosefehler nicht durch medizinische Inkompetenz, sondern durch organisatorische Versäumnisse entstehen. Genannt werden u. a. ein Nicht-Abwarten der Ergebnisse erhobener Befunde, eine fehlende Dokumentation oder ein Verlust von Befunden, eine mangelnde Beachtung externer Hinweise, eine mangelnde Überwachung bzw. fehlende Verlaufsbeobachtung. Hingewiesen wird auch auf die Verpflichtung des Arztes, zufällig erhobene Untersuchungsergebnisse diagnostisch und ggf. therapeutisch zu berücksichtigen.

Noch wichtiger als eine richtige Fehlerbewertung ist natürlich die Fehlervermeidung. In einem gesonderten Kapitel über „Hilfen zur Vermeidung von Diagnosefehlern“ werden entsprechende Strategien geschildert. Neben einigen Hinweisen auf wichtige organisatorische Obliegenheiten werden die Bedeutung der Regelkonformität und das ständigen Bemühungen um Erhaltung der Fachkompetenz genannt. Darüber hinaus werden eine Bereitschaft zum Zweifel an eigenen diagnostischen Konzepten und eine grundsätzliche

Akzeptanz der eigenen Fehlerhaftigkeit gefordert. Dies leitet über zu dem Schlusskapitel „Der „Umgang mit dem eigenen Fehler“, in dem die moderne offene Fehlerkultur, bei der die Frage nach Schuld oder die Androhung von Sanktionen fast keine Rolle spielen, hervorgehoben wird.

Dem gegenüber wird herausgestellt, wie schädlich für alle Seiten sich eine Null-Fehler-Mentalität auswirkt. Es werden deshalb ausführliche Hinweise zum Verhalten im Schadensfall gegeben. Dies dient auch dazu, dass der Arzt bei Aufdeckung eines eigenen Behandlungsfeh-

lers nicht in eine psychologische Krise gerät und damit zum „zweiten Opfer“ wird.

**Prof. Alexander Ehlers,
München**

Klauber, Jürgen; Günster, Christian; Gerste, Bettina; Robra, Bernt-Peter; Schmacke, Norbert (Hrsg.): Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression – Mit Online-Zugang zum Internet-Portal: www.versorgungs-report-online.de, Stuttgart, Schattauer 2014; 348 Seiten, 54,99 Euro; ISBN 978-3-7945-2929-2

350 Millionen Menschen leiden an Depressionen, jährlich bringen sich eine Million Menschen um. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht deshalb eine Pandemie kommen und spätestens seit dem Freitod des Nationaltorhüters Robert Enke gibt es auch in Deutschland ein öffentliches Verständnis für das Gefahrenpotenzial dieser Krankheit.

Es ist deshalb so naheliegend wie verdienstvoll, dass der aktuelle Versorgungsreport dieses zu seinem Schwerpunktthema macht. Er bietet dabei auf der Grundlage der verfügbaren Literatur und der Analyse der Routinedaten von 24 Millionen AOK Versicherten einen validen Überblick auf den Status quo der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland und beschreibt Defizite wie Handlungsoptionen für die Verbesserung der Versorgung. Ernüchternd ist die Erkenntnis, dass die leitlinienkonforme Arzneimittelbehandlung von depressiven Störungen noch nicht erreicht ist. Auch wenn die Autoren sich von der pauschalen Annahme distanzieren, dass es bei den Hausärzten strukturelle Defizite bei

der Versorgung von Depressionskranken gibt, indirekt machen die Autoren doch Defizite bei den Hausärzten verantwortlich, die 64 Prozent der Depressionskranken ausschließlich versorgen und sogar 37,8 Prozent der schweren Fälle. Dies zeigt sich im Plädoyer für Stepped Care, einer krankheitsangemessenen, schrittweisen Intensivierung der Behandlung, wie in der Skepsis, durch die Fortbildung von Hausärzten die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Sie plädieren stattdessen für eine intelligente Kombination von Selbsthilfe, Schulungsansätzen und Case-Management (S. 91f).

Die Datenanalyse aus dem Jahr 2010 – also bereits nach Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA) - ist aber auch relevant vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen über Anpassungen dieses Umverteilungsinstruments von Versichertengeldern. So wird man für die Folgejahre beobachten können, ob und wie sich der hohe Anteil von unspezifischen (64,9 %) und leichten Fällen (5,3 %) verändert, wenn das System gelernt hat, dass es nur für schwerere Fälle zusätzliche Mittel aus dem Gesundheitsfonds gibt. Nicht überraschend (es gibt in Deutschland keine verbindlichen Kodierrichtlinien für die niedergelassenen Ärzte), aber für die Diskussion über die Anreizwirkungen des M-RSA höchst relevant ist die Erkenntnis, dass die niedergelassenen Ärzte Kodierungen zum Teil anders einsetzen als dies die Leitlinien fordern. Die „zu vermutenden

Einschränkungen der Diagnosevalidität“ (S. 51) führen die Autoren Bettina Gerste vom Wissenschaftlichen Institut der AOK und Christiane Roick vom AOK-Bundesverband zu der Forderung, bei künftigen Studien ausdrücklich zu prüfen, ob auch Überdiagnosen vorkommen (S. 52). Defizite in der leitliniengerechten Diagnosestellung und Klassifizierung hat ebenfalls das Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verbesserung der Versorgungsorientierung bei Depressionen zu Tage gefördert (S. 69).

Die bestehenden Defizite bei Diagnosestellung und Klassifizierung haben nicht nur Auswirkungen auf die Debatte über Upcoding und Rightcoding im RSA, sondern auch auf die Versorgungspraxis. So zeigt die Analyse der Pharmakotherapie bei Depressionen einen hohen Anteil von Schlafmittelverordnungen (S. 117f). Eine Bewertung ist aufgrund der fehlenden Differenzierung nach Schweregraden aber kaum möglich.

Neben dem Schwerpunktthema widmet sich der Versorgungsreport Fragen von Diagnosehäufigkeit, Komorbiditäten und der Arzneimitteltherapie weiterer Volkskrankheiten: Bei Diabetes mellitus Typ 2 zeigt die Auswertung von Routinedaten noch immer ein Ost-West-Gefälle und die höchste Prävalenz im Alter von 80 bis 84 Jahren. Auch hier weisen die Autoren darauf hin, dass die Prävalenz für Folgeerkrankungen „aufgrund unterschiedlicher Erfassungsmethoden“ (S. 153) die Analyse erschwere.

Keine qualitative Verbesserung der Versorgung durch mehr Operationen: Das ist das Ergebnis der Analyse der Daten von Patienten mit Rückenschmerzen. Die durch Vergütungsstrukturen induzierte Nachfrage wird als eine von mehreren Gründen als Ursache genannt. Außerdem wird die Polypragmasie ausdrücklich als „massives Problem“ bewertet. (S. 180).

„Gerade die älteren Menschen erhalten offenbar deutlich mehr Arzneimittel als angezeigt wäre“. Das Zitat stammt nicht aus dem aktuellen Versorgungsreport, sondern aus dem Arzneiverordnungsreport aus dem Jahr 1987 (S. 472). Es ist in Armutszeugnis für das deutsche Gesundheitswesen, dass Petra A. Thürmann und Gisbert W. Selke bei der Analyse der Arzneimittelversorgung älterer Patienten jetzt zu dem ernüchternden Ergebnis kommen,

dass „die Reduktion der Polypharmakotherapie bzw. die sichere Überwachung der Multimedikation eine Aufgabe (ist), für die bislang Erfolgsrezepte und Evidenz fehlen“ (S. 204).

Die Forderung nach flächendeckenden Case-Management-Programmen im hausärztlichen Sektor steht am Ende der Analyse von Routinedaten zur Herzinsuffizienz. Die Autoren ziehen mit dieser Forderung die Schlussfolgerung aus den Defiziten der bestehenden Disease Management Programme für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die sich nach Meinung der Autoren kaum von der Regelversorgung unterscheiden und „offensichtlich verbesserungsbedürftig“ sind (S. 227f).

Aus den relevanten regionalen Unterschieden in der Herzkathederversorgung in Deutschland leiten die Autoren dieser

Analyse die Forderung nach regionalen Kapazitätsplanungen ab, um einer Über- und Unterversorgung entgegenzuwirken (S. 253).

Abgerundet wird der aktuelle Versorgungsreport von 50 Seiten Daten und Analysen zur Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die auf den Daten der über 24 Millionen AOK-Versicherten aus dem Jahr 2010 beruhen. Man kann hier der Auffassung der Herausgeber zustimmen, dass dies umfänglicher ist als die Primärerhebungen, die der Mikrozensus oder der Bundesgesundheits-Survey zur Verfügung stellen.

Dr. Andreas Meusch, Hamburg

Gerhard Mehrtens/Stephan Brandenburg Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), Ergänzungslieferung 1/13; Stand: Mai 2013; Erich Schmidt Verlag

Berufskrankheiten werden in der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) abschließend aufgezählt. Welche Krankheiten hier aufgenommen werden, entscheidet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Für die betroffenen Versicherten ist eine rechtlich verbindliche Berufskrankheitenliste von großem Vorteil: Denn alle Unfallversicherungsträger und Gerichte müssen sich nach dieser Liste richten und davon ausgehen, dass Einwirkungen, die

in dieser Liste genannt werden, generell dazu geeignet sind, bestimmte Erkrankungen zu verursachen.

Die aktuelle Ergänzungslieferung des Handkommentars zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) enthält die wissenschaftliche Begründung der am 06.06.2012 im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlichten Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die „Gefäßschädigung der Hand durch stoßartige Krafteinwirkung (Hypothenar-Hammer-Syndrom und Thenar-Hammer-Syndrom)“ als neue Berufskrankheit in die BKV aufzunehmen.

Darüber hinaus wurden die Anmerkungen zu § 9 SGB VII, der die Definition der Berufskrankheit enthält und die Ermächtigungsgrundlage der BKV darstellt sowie die jeweilige Kommentierung zu den BK-Nrn. 1201, 4114, 4301, 4302 und der Vereinbarung über die Zuständigkeit überarbeitet und aktualisiert.

Das Gesamtwerk des Handkommentars stellt nach wie vor durch seine klare Gliederung und die systematische Kommentierung der Berufskrankheitenverordnung eine wertvolle Hilfe in der Praxistätigkeit dar.

Sonja Graßl, LL.M., München