

RPG

Band 18 | Heft 2 | 2012

2 | 2012

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ **Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit**

■ **Innovationskraft der Kassen und ihrer Vertragspartner aus Sicht einer Flächen-KV**

■ **Was bringen Individualverträge den Krankenkassen und Ihren Versicherten**

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

Florian Pfister
Ralph Ennenbach
Helmut Platzer

Editorial

Gut ein Jahr vor der nächsten Bundestagswahl ist in der Gesundheitspolitik wieder eine Diskussion um das duale Krankenversicherungssystem und die Zukunft der privaten Krankenversicherung entflammt. Während die Sozialdemokraten für eine Bürgerversicherung eintreten, sind aus der Union in jüngster Zeit einzelne Stimmen zu hören, die für eine Konvergenz der beiden Systeme plädieren.

In diesem Heft finden Sie ganz aktuell dazu eine gesundheitsökonomische Analyse der Allokation des dualen Krankenversicherungssystems, in welcher der Autor – Träger des Wissenschaftspreises 2012 der *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)* – insbesondere auch Fragen der Gerechtigkeit und der Nachhaltigkeit in den Fokus seiner Betrachtungen rückt. Fragen, die für die weitere politische Diskussion sicher noch von Bedeutung sein werden.

Ein weiteres Thema, das die gesundheitspolitische Diskussion seit geraumer Zeit beschäftigt, betrifft die Sicherheit von Medizinprodukten. Ausgangspunkt waren Skandale um fehlerhafte Silikonbrustimplantate und Hüftgelenksprothesen. Dazu veranstaltet die GRPG am 28. Juni in Berlin eine exklusive Gesprächsrunde, bei der Sie das Präsidium der GRPG gerne begrüßen möchte.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Wissenschaftspreis

Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit

Florian Pfister 39

Die Situation der GKV 3 Jahre nach Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Innovationskraft der Kassen und ihrer Vertragspartner aus Sicht einer Flächen-KV

Ralph Ennenbach 42

Was bringen Individualverträge den Krankenkassen und Ihren Versicherten

Helmut Platzer 49

Das GRPG-Gespräch

52

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-Jägerhuber-Straße 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
Ges. für Kommunikation GmbH
Holmblick 10
24857 Fahrdorf
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: Mainz • 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.

© 2012 PLANIMED
Ges. für Kommunikation

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

Florian Pfister

Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit¹

1. Motivation, Untersuchungsfrage und Arbeitsmethodik

Das *deutsche Krankenversicherungssystem* ist in seiner spezifischen parallelen Ausprägung zweier substitutiver Versicherungstypen ausgesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) *weltweit einmalig*. Zwar existieren in vielen Ländern private Krankenversicherungen und gesetzliche respektive staatliche Versicherungen nebeneinander, jedoch sind diese bis auf in Deutschland, den USA und Chile ausschließlich komplementär zueinander. Komplementär bedeutet, dass sich die Bürger privat Zusatzversichern können. Die USA differieren von Deutschland in der stärkeren Gewichtung der privaten Absicherung des Krankheitsrisikos gegenüber staatlicher Absicherung, während Chile anders als in Deutschland ein Wahlrecht aller Bürger zwischen privatem und gesetzlichem Schutz gewährt. Unterscheidet man weiter, bspw. nach dem zentralen regulierenden Element *Finanzierungsverfahren*, so wird die Alleinstellung des deutschen Krankenversicherungssystems noch deutlicher. Nur in Deutschland gab und gibt es zwei unterschiedliche Finanzierungsverfahren nach Versicherungstyp. Während die PKV

das Kapitaldeckungsverfahren anwendet, herrscht in der GKV das Umlageverfahren vor.

Mit den Schlagworten GKV und PKV wurden in den letzten 10 Jahren alleine in Deutschland über hundert wirtschaftswissenschaftliche Dissertationen veröffentlicht. *Kaum* eine Veröffentlichung thematisierte *GKV und PKV zusammen*. Die PKV ist wenn dann oft nur ein Addendum. Dem unbenommen ist die Dualität nicht nur als Fachdiskussion ein präsent Thema. Je nach Medium und Autorenschaft wird mehr oder minder balanciert heftig um Positionen gerungen. Angesichts der bevorstehenden *Bundestagswahl 2013* dürfte die Systemdiskussion noch stärker in den Vordergrund rücken, man denke nur an die Spielarten der Bürgerversicherung der Parteien SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. Pressemeldungen über *stark steigende Prämien mehrerer PKV-Unternehmen* promoten das Thema zusätzlich.

Mit dieser Arbeit wird eine *umfassende Analyse* des dualen Krankenversicherungssystems gegeben. Durch die *besondere Berücksichtigung der Dualität* können *tiefer Erkenntnisse über Vor- und Nachteile* des deutschen Systems gewonnen werden. Dabei geht es um eine *ergeb-*

nisoffene, das Gesamtsystem optimierende gesundheitsökonomische Analyse. In letzter Zeit kam es mit den beiden großen Gesundheitsreformen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und besonders dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zu gewichtigen Änderungen, so dass alleine deshalb eine Untersuchung der Dualität gewinnbringend ist.

Dies schließt gerade nicht eine *genaue Analyse der GKV und PKV für sich* aus. Ein Beispiel für die Notwendigkeit der Detailbetrachtung ist der Vertragsmarkt zwischen Versicherung und Leistungserbringer, auf dem die GKV durch direktes Verhandeln mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen letztlich das Ausgabenwachstum dämpft. Die deutsche PKV hat hier kaum Möglichkeiten, so dass die nur durch die Einzelanalyse der Versicherungstypen zu verstehende Asymmetrie zu größeren Ausgabensteigerungen in der PKV als bei einer Situation mit ebenso nicht vorhandenem Vertragsmarkt in der GKV führt. Da auch Vollversicherungen nicht alle Risiken abdecken und durch Zusatzversicherungen ergänzt werden können, werden letztere soweit relevant in die Untersuchung eingeschlossen.

¹ Publiziert unter dem Titel: „Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG - Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“, Peter Lang, 2010.

Der *Untertitel* der Dissertation wurde bewusst gewählt. Allokativ effiziente Teilsysteme der Volkswirtschaft benötigen die Unterstützung der öffentlichen Meinung, um dauerhaft Bestand zu haben. Eine *ökonomistische* Gestaltung eines Krankenversicherungssystems läuft Gefahr, gegen die *Menschenwürde zu verstoßen*. Der Mensch ist ein homo oeconomicus, als homo sociologicus aber auch ein homo ethicus. Der Untertitel „unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ drückt ferner die *Breite der Untersuchung* bereits aus und ist Ergebnis eines langen Reflexionsprozesses über die Vorteilhaftigkeit der Begriffe Allokation versus Wettbewerb sowie Solidarität versus Gerechtigkeit. Allokation wurde schließlich gewählt, weil Wettbewerb ein Instrument zu einer effizienten Allokation darstellt und nicht ein Ziel an sich. Solidarität ist ein umfassender Begriff, jedoch liegen der Bewertung von Solidarität Gerechtigkeitsvorstellung auf einer tieferen Ebene zugrunde.

Nur die detaillierte Untersuchung beider Versicherungstypen auf der Finanzierungs- und Leistungsseite erlaubt letztlich die Identifikation vorteilhafter Elemente eines optimalen Krankenversicherungssystems, sei es in Form von größerer Effizienz, Gerechtigkeit oder Nachhaltigkeit. Die Überlegenheit einer Vollversicherung in einem Teilgebiet führt zur Inferiorität der anderen. Hat man Vorteile oder auch Nachteile beider Versicherungstypen identifiziert, so muss man diese gegeneinander abwägen. Durch die holistische Perspektive respektive *Totalanalyse* kommen als zusätzliche Bewertungsmöglichkeiten Vorteile sowie Nachteile allein aufgrund der Dualität des Systems hinzu. Gerade letztere Dimension geht in *Partialanalysen* in der Regel verloren.

In der Arbeit werden also folgende Ziele verfolgt:

- Darstellung und Untersuchung des dualen Krankenversicherungssystems

- nach dem GKV-WSG,
- mit gesundheitsökonomischen Methoden
- bei Fokus auf Allokationseffizienz unter
- besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit sowie
- darauf basierend die Entwicklung eines Reformmodells und
- politökonomische Analyse der Umsetzung.

Auf diese Weise kann die *Untersuchungsfrage* „Stellt das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland ein Optimum dar?“ beantwortet werden. Da die Untersuchungsfrage verneint wird, ergibt sich als Anschlussfrage: „Was ist das optimale Krankenversicherungssystem?“. Die deutsche Sondersituation erlaubt die Gegenüberstellung zweier realer Institutionen, was in der ökonomischen Wissenschaft nicht so oft möglich ist. Diese Fragen werden in den *Dimensionen Allokation, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit* behandelt. Allokation und Gerechtigkeit sind wiederum jede für sich notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzungen für Nachhaltigkeit. Zu einer umfassenden Analyse gehört schließlich die Berücksichtigung des *rechtlichen und politischen Rahmens*. Jeder Reformvorschlag und gerade dessen Umsetzbarkeit muss sich an der Realität messen lassen, sollen die Erkenntnisse den Praxistest bestehen.

Auf dem Krankenversicherungsmarkt als funktionelles Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage stehen sich nicht einfach Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen direkt gegenüber, sondern es gibt drei Paarbeziehungen:

1. Versicherte und Krankenversicherungen (*Finanzierungsmarkt*).
2. Patienten und Leistungserbringer (*Leistungsmarkt*).
3. Krankenversicherungen und Leistungserbringer (*Vertragsmarkt*).

Dabei sind immer Erstgenannte Nachfrager und Zweitgenannte Anbieter. Die Ver-

sicherten fragen von den Krankenversicherungen das Produkt „Versicherung gegen finanzielle Folgen von Krankheit“ nach. Die Leistungserbringer erbringen Gesundheitsleistungen am Patienten. Schließlich fragen die gesetzlichen Krankenkassen Versorgungspakete bei den Leistungserbringern nach. Die Aufspaltung des Marktes für Krankenversicherungen in den Finanzierungsmarkt, den Vertragsmarkt und den Leistungsmarkt dient der besseren Strukturierung und bietet sich in der Versicherungsbranche an. Die Untergliederung in drei Teilmärkte ist nicht so zu verstehen, dass die Märkte nichts miteinander zu tun hätten. Im Gegenteil bestehen vielfältige interdependente Beziehungen. Im Vorgriff auf die spätere Analyse hat der Versichertenstatus privat oder gesetzlich im ambulanzärztlichen Sektor Auswirkungen auf das Verhalten der Leistungserbringer. Noch klarer wird die Interdependenz der Märkte über die weitgehende Identität der Einnahmen der Krankenkassen aus Versichertenbeiträgen mit den Ausgaben der Kassen für die Leistungserbringer. Kostendämpfungsmaßnahmen in der GKV haben so unmittelbare Folgen für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer.

Im *methodischen* Mittelpunkt steht die gesundheitsökonomische Analyse auf Basis der mikroökonomischen Verhaltenstheorie und Wettbewerbstheorie. Berücksichtigt werden in Abkehr vom rationalen homo oeconomicus und vom vollkommenen Markt ebenso die Theorie des Marktversagens und die Politische Ökonomie. Weiteres methodisches Gegensatzpaar ist neben Partialanalyse der Versicherungstypen und Totalanalyse des dualen Systems die Kombination von positiver und normativer Analyse. Vom dualen System wird via positive Analyse eine Bestandsaufnahme vorgenommen. Dem schließt sich eine im Kern normative, positiv fundierte Analyse an, mit der im bestehenden System existie-

rende Marktunvollkommenheiten identifiziert werden mit der Benchmark neoklassischer vollkommener Markt bei vollkommener Konkurrenz. Eine prinzipiell positive ökonomische Analyse wird im Kapitel Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit durchgeführt. Die Optimierung des Krankenversicherungssystems ist wiederum normativ.

2. Allokation im dualen Krankenversicherungssystem

Für die Allokationseffizienz entscheidend sind *Art und Ausmaß des Wettbewerbs* sowie *Verhaltensanreize* bei Versicherern, Versicherten und Leistungserbringern. Die Marktunvollkommenheiten des dualen Systems in Gänze sowie der Subsysteme werden detailliert Teilmarkt für Teilmarkt untersucht, bevor in einem Fazit die Allokation im dualen System insgesamt bewertet wird. Der Systemwettbewerb wird anhand der Entscheidungssituation eines potenziellen Neukunden der PKV dargestellt. Marktunvollkommenheiten beruhen maßgeblich auf der Intensität des Wettbewerbs sowie Moral Hazard und Angebotsinduktion. Mit der normativen Analyse geht die Beschreibung der Versicherungstypen einher.

Weder die GKV noch die PKV sind in allen Teilmärkten effizient. Bei beiden Versicherungstypen herrscht Preiswettbewerb vor. Auf dem Finanzierungsmarkt weist die PKV jedoch eine geringe Wettbewerbsintensität auf, die maßgeblich durch die geringe Portabilität von Alterungsrückstellungen bedingt ist. Einen Wettbewerb gibt es eigentlich nur um Neukunden. Die Nachteile der GKV wegen Rent-Seeking durch Attrahieren guter M-RSA Risiken werden mehr als ausgeglichen durch einen scharfen Preiswettbewerb in der GKV wegen dem homogenen Leistungskatalog und dem Zusatzbeitrag als transparentem Preissignal.

Ein Vertragsmarkt kommt quasi nur in der GKV vor, wo idealtypisch eine ausgeprägte Anbietersteuerung und damit -kontrolle stattfindet. Die Krankenkassen als gewichtige Marktpartner drängen über kollektive und zunehmend selektive Verträge auf Prozessinnovationen. Selektive Verträge ergänzen die kollektive Versorgung um innovative Versorgungsmodelle, die wiederum Impulse für den kollektivvertraglichen Bereich und das System insgesamt haben. Ob eine Verbesserung der Allokationseffizienz gelingt, hängt entscheidend von Spielräumen bei der Vertragsgestaltung, dem Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem und der Einbeziehung der Versicherten ab. Ein in Zukunft wohl noch wachsender Vorteil der GKV ist auch das Potenzial einer besseren Abstimmung des Behandlungsprozesses.

Privatversicherte profitieren über Qualitätssicherungsmaßnahmen oder Prozessinnovationen in der GKV. Die PKV ist insofern eine Art Trittbrettfahrer, die positive externe Effekte des Qualitätsmanagements der GKV nutzen kann. Ein positiver externer Effekt sind für die PKV auch Festbeträge. Es gibt für GKV und PKV nur einen gemeinsamen Listenpreis, der für Festbetragsarzneimittel i. d. R. dem Festbetrag entspricht.

Umgekehrt ist bei Ausgabendämpfung in der GKV von negativen Effekten bei der PKV auszugehen, wenn Leistungserbringer über Privatpatienten ihre Einkommen via Angebotsinduktion zu sichern suchen. Angesichts eines auch dadurch bedingt steigenden Ausgabendrucks in der PKV wird es mittelfristig wahrscheinlich zur Etablierung eines Vertragsmarkts in der PKV kommen müssen.

Punkten kann die PKV im Leistungsmarkt, da Privatpatienten eine präferenzengerechtere Versorgung genießen. Dafür spricht z. B. die größere Wahlfreiheit der Leistungserbringer. Ferner ist die

Gefahr von Moral Hazard durch Selbstbeteiligung reduziert. Die GKV hat hier einen Nachteil, da z. B. der Selektionseffekt stärker zum tragen kommt und Steuerungseffekte gefährden würde. Ein Qualitätswettbewerb mit der Grundvoraussetzung von Transparenz ist generell im dualen System kaum ausgeprägt und noch in den Kinderschuhen.

Ein Nettonutzen aus dem Systemwettbewerb ist nicht zu erkennen, da die beiden Versicherungstypen zu verschieden sind. Effizienzvorteile durch den Systemwettbewerb sind angesichts fehlender gleicher Spieße, gerade im Vertragsmarkt, nicht zu erwarten. Der Systemwettbewerb gilt ohnedies nur für alleinstehende, junge, gutverdienende gesunde Personen. Nur diese haben durch die Wahlalternative die Chance auf größere Präferenzengerechtigkeit, was eine weitere Ungerechtigkeit ist. Nach der Entscheidung für das ein oder andere System, die nur ein geringer Teil der Bevölkerung treffen kann, gibt es zwei Krankenversicherungstypen nebeneinander ohne Systemwettbewerb. Er würde wahrscheinlich eh nicht funktionieren, da die beiden Systeme zu verschieden sind.

Die *Transaktionskosten* konnten wegen großer und vielfältiger Unterschiede zwischen den Versicherungstypen nicht abschließend quantifiziert werden, sind in einem dualen System durch zwei Bürokratien von Natur aus aber höher. In der PKV erfordert z. B. die Verwaltung des Kapitalstocks Aufwand, während im GKV-System die Kassenärztlichen Vereinigungen administrative Aufgaben übernehmen. Ein Exempel für eine Doppelung sind die zwei Abrechnungsverfahren Kostenerstattung und Sachleistung. Die GKV ist insgesamt das allokativ effizientere System, wofür v. a. erhebliche Nachteile der PKV im Finanzierungs- und Vertragsmarkt sprechen. Damit ist noch keine Aussage über die Gerechtig-

keit und Nachhaltigkeit des dualen Systems getroffen.

Mit der Effizienzbetrachtung ist noch keine Aussage über die Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit des dualen Systems getroffen. Die allokative Überlegenheit der GKV könnte bei Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit verloren gehen. Beide Aspekte werden im nächsten Kapitel behandelt. Erst dann kann die Notwendigkeit und Richtung der Neujustierung des dualen Systems oder eine Abschaffung fundiert begründet werden.

3. Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit im dualen Krankenversicherungssystem

Dieses Kapitel dient zur Überprüfung der für eine Optimalität *nötigen Nebenbedingungen Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*. Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit hängen eng miteinander zusammen, deutlich am Begriff Generationengerechtigkeit. Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit sind im Begriff Generationengerechtigkeit vereint. Ohne diese kündigen Benachteiligte den Generationenvertrag auf. Der Mindestleistungskatalog darf nicht zu groß sein, die Finanzierung nicht zu weit vom Äquivalenzprinzip entfernt.

Analog zum vorangegangenen Kapitel wird die Finanzierungs- und die Leistungsseite daraufhin untersucht, inwiefern es im dualen System zu Ungerechtigkeiten kommt. Im Fokus steht der Versicherte respektive der Patient. Gerechtigkeit ist ein von Polysemantik geprägter, vielschichtiger Begriff. Das zentrale Begriffspaar ist Bedarfs- und Leistungsfähigkeitsgerechtigkeit.

Bedarfsgerechtigkeit liegt vor, wenn der Patient eine medizinisch adäquate Behandlung erhält. Für ein Krankheitsbild gibt es oftmals mehrere Behandlungsalternativen. Solange die medizinische Versorgung adäquat ist, sind Unterschiede im

ökonomischen Aufwand der Behandlung für die Bedarfsgerechtigkeit ohne Belang. Nicht bedarfsgerecht sind Unter-, Über- und Fehlversorgung. Unterversorgung und Fehlversorgung sind schädlich, während Überversorgung ineffizient ist, aber nicht notwendigerweise medizinisch nachteilig. Für die Analyse kann angenommen werden, dass der GKV-Leistungskatalog bedarfsgerecht ist. Dies ist Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses und Recht der gesetzlich Versicherten.

Bedarfsgerechtigkeit im dualen System ist weitestgehend heute noch gegeben, wenn auch regional Unterversorgung droht. Eine Ausweitung der Unterversorgung in der GKV ist regional zu erwarten und wird durch die Existenz von Privatversicherten erhöht. Besserer Service wie geringere Wartezeiten in der Praxis und auf einen Termin sowie größere Wahlfreiheit in der PKV sind leistungsgerecht. Eine Zweiklassenmedizin ist insofern akzeptabel.

Leistungsfähigkeitsgerechtigkeit heißt im Finanzierungsmarkt: „Wer mehr hat, soll mehr zahlen“. Gerechtheit im Finanzierungsmarkt bedeutet also, dass finanziell potentere Versicherte mehr zahlen als weniger Wohlhabende. Dabei dürfen weitere Umverteilungssysteme nicht vergessen werden, in denen in der Regel von Wohlhabenderen absolut und relativ mehr abgeschöpft wird. Reichere Personen zahlen bspw. über ihre Steuern Kapital- und Bauinvestitionen von Krankenhäusern mit.

Innerhalb der GKV wird dem Leistungsfähigkeitsprinzip grundsätzlich über einkommensabhängige Beiträge entsprochen. Viele zahlen gar keine Beiträge. Eine Beitragsbemessungsgrundlage hat zwar regressive Wirkungen, jedoch muss immer die Gesamtbelastung aus Steuer und Sozialabgaben betrachtet werden. Das Leistungsfähigkeitsprinzip ist kein Anliegen der PKV. Ohne die GKV wäre die Ausblendung des Leistungsfähig-

keitsprinzips in der PKV nicht möglich. Verstärkend ausgedrückt, gäbe es keine GKV, dann müsste die PKV schlechte Risiken versichern, was das Geschäftsmodell Privatversicherung zusammenbrechen ließe. Während die GKV ohne PKV existieren könnte, ist vice versa eine sich selbst tragende PKV heutigen Zuschnitts unrealistisch.

Fiskalische Äquivalenz ist nicht gegeben, weil die Subventionen an die PKV, z. B. durch Risikoselektion und den Abgang der leistungsfähigsten Personen mit oft höchstem Beitrags-Leistungs-Saldo von der GKV zur PKV, größer sind als vor allem die für die Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung anzurechnenden Mehrumsätze. Mehrumsätze sind höhere Preise für gleiche Leistungen. Die Analyse basiert auf mehreren Annahmen und Schätzungen, was nicht zuletzt bedingt durch die Intransparenz der Ermittlung der einzelnen Subventionen ist.

Eindeutige Vorteile besitzt die PKV im Hinblick auf die *Generationengerechtigkeit*, die gleichzeitig Kondition für Nachhaltigkeit ist. Kapitaldeckung ist nichts anderes als intergenerative Äquivalenz. Jeder Privatversicherte sorgt für sich selbst vor, während die im Verbund mit dem medizinisch-technischen Fortschritt (MTF) Ende der 2010er Jahre stark zunehmende doppelte Alterung für die GKV existenzgefährdend zur Auflösung des Generationenvertrags führen kann. Prognostizierte Beitragssätze von ca. 25 % im Jahr 2050 erhöhen die Gesamt- und Grenzbelastung von beitragszahlenden Mitgliedern auf ein Maß, das die Exit-Option attraktiver macht und / oder starke negative Arbeitsanreize auslöst. Prospektiv ergäben sich Beitragssätze für Sozialversicherungen inklusive der GKV von über 50 % noch ohne Steuern. Die GKV und damit das duale System, da ohne GKV auch keine PKV heutigen Zuschnitts Zukunft hat, drohen zu scheitern.

Die GKV hat auf der Finanzierungs- und Leistungsseite größere systemkonforme Möglichkeiten zur Steigerung der Nachhaltigkeit. Die Analyse der Handlungsoptionen im Rahmen des GKV-Systems hat jedoch ergeben, dass von einer *Nachhaltigkeit der GKV* und damit des *dualen Systems*, da *ohne GKV auch keine PKV* heutigen Zuschnitts Zukunft hat, *nicht ausgegangen* werden kann.

Der große Vorteil der GKV ist eben die Angebotssteuerung samt Kontrolle der Leistungserbringung. Die geringeren Wachstumsraten der Ausgaben in der GKV sind auch in Zukunft realistisch und dürften durch bedarfsgerechte Steuerung des MTF, z. B. via treffsichere Ausgestaltung der Kosten-Nutzen-Bewertung, zu keinen Nachteilen für die Patienten führen. Für sich genommen kann die PKV ein stärkeres Ausgabenwachstum gegenüber der GKV schultern. Dies ist unproblematisch, weil der Preis der PKV, bei garantierten höheren Leistungen, auch langfristig für viele Berufsanfänger niedriger als in der GKV sein wird. Die Bezahlbarkeit der Prämien im Alter ist durch die dynamischen Elemente in der Kalkulation, den Tarifwechsel innerhalb eines Unternehmens und den Basistarif anzunehmen. Durch die Verknüpfung von einkommensabhängigen Beiträgen in der GKV und hohen Einkommen von alleinstehenden Personen mit Wechselmöglichkeit bleibt die PKV noch lange attraktiv. Eingerechnet zugunsten der PKV werden müssen die Alterungsrückstellungen, die zwar die Ausgabensteigerungen aus der Kombination von Demographie und MTF nicht ausgleichen, aber leichter finanzieren lassen.

4. Reformnotwendigkeit und -modell des deutschen Krankenversicherungssystems

Die Untersuchung in den Dimensionen Allokation, Gerechtigkeit und Nach-

haltigkeit zeigt *innerhalb der Versicherungstypen* und im *dualen Gesamtsystem Verbesserungsbedarf* auf. Alle drei Ziele müssen möglichst optimal erreicht und somit simultan angestrebt werden, will man eine den zukünftigen Herausforderungen gerecht werdende, bezahlbare bedarfsgerechte Versorgung bei Partizipation am MTF sicherstellen.

Seit ca. 20 Jahren ist Konvergenz von GKV und PKV zu beobachten. Das GKV-WSG verstärkte diese Entwicklung, klar erkennbar durch die Ausweitung der monetären Wahltarife in der GKV und die Einführung des Basis-Tarifs in der PKV. *Eine konsistente Strategie des Gesetzgebers zur Ordnung des dualen Krankenversicherungssystems ist bisher allerdings nicht feststellbar.* Eine wohlüberlegte Reform des deutschen Krankenversicherungssystems ist angezeigt, ja imperativ! An der Grenze von der GKV zur PKV können gegenüber vielen unklaren Wirkungen anderer Reformvorschläge echte Verbesserungen erreicht werden.

Der Zeitpunkt des Systembruchs ist unklar. Abzusehen ist jedoch, dass der Wandel mit jedem verlorenen Reformjahr umso dramatischer ausfällt. Alleine deswegen ist ein baldiger Umstieg zu rechtfertigen. Die Generationenbilanz weist für Ältere einen Nettotransfer von mehreren Tausend Euro aus. Jede jüngere Kohorte hat eine schlechtere Lebensverzinsung im Umlagesystem. Daher ist es nur fair, dass zumindest ein Teil der Überschüsse für die Abfederung des demographischen Übergangs verwendet wird. Ob natürlich ein Politiker durch Appelle an größere Solidarität zwischen den Generationen seine Wiederwahlchancen erhöht, darf bezweifelt werden. Zwischen Skylla einer intergenerativen Gerechtigkeit überfordernden Beitragssatzerhöhung und Charybdis Rationierung führt nach Ansicht des Autors kein sicherer Weg hindurch. Eine hohe Steuer- und Abgabenbelastung konfligiert

mit dem Wachstumsziel. In der Zuspitzung der Dramatik liegt eine Chance auf Systemänderung.

Das Kapitel ist *bewusst nicht mit dual überschrieben*, da eine Auflösung des dualen Systems zweier Vollversicherungen durch die Integration beider Versicherungstypen eine wichtige Reformoption darstellen kann. Das auf Basis der Best-Of-Elemente der Versicherungstypen entwickelte Reformmodell wird schließlich politökonomisch bewertet und auf Umsetzbarkeit untersucht. Entweder werden identifizierte Mängel im dualen System behoben, wie z. B. durch eine Eingliederung der PKV in den RSA der GKV plus Finanzkraftausgleich. Allokative Verzerrungen in den Teilmärkten und die Notwendigkeit der Bestimmung eines fairen Ausgleichbetrags werden dadurch jedoch nicht gelöst. Oder das duale System wird überführt in ein Schichtensystem auf Basis einer einheitlichen bedarfsgerechten Grundversorgung analog zur Rentenversicherung. Neben den beiden Extremansätzen sind Kombinationen denkbar.

Nach Meinung des Autors lässt sich feststellen, dass *nur eine einheitliche Grundversorgung* bei Vereinigung der Vorteile der Versicherungstypen eine *transparente, effiziente, gerechte und zukunftssichere Gesundheitsversorgung* der Bevölkerung ermöglichen kann. Ein System für alle erübrigt z. B. Abgrenzungsprobleme von Schutzbedürftigkeit und eine Feinjustierung des Finanzausgleichs zwischen zwei Systemen. Darüber hinaus werden Transaktionskosten minimiert.

Eine durch den Ausbau von Selbstbeteiligung und durch Steuerfinanzierung in Krisenzeiten allmählich von selbst entstehende Zweiteilung des Marktes in Basis- und Zusatzversorgung und der zunehmend unter Druck geratende Generationenvertrag wird schließlich unabhängig von der politischen Couleureine Systemänderung induzieren. Je länger jedoch

eine einheitliche Wettbewerbsordnung aufgeschoben wird und je später ein Einstieg in die Kapitaldeckung erfolgt, umso schmerzhafter werden die Reformen.

Kompass der Optimierung des deutschen Krankenversicherungssystems sind nicht ordnungspolitische Vorgaben verstanden als Wahrung idealtypischer Elemente, sondern *klare Ziele*: Fairer, intensiver Wettbewerb auf allen Teilmärkten zur Effizienzsteigerung, Vermeidung von Risikoselektion, Angebotsinduktion und Moral Hazard, Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung für alle und eine Finanzierung der Grundversorgung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Dadurch wird letztlich Nachhaltigkeit erreicht.

Zum *Modell*: Kernelemente auf der Finanzierungsseite sind ein verpflichtender einheitlicher bedarfsgerechter Leistungskatalog mit Aufnahme sinnvoller Innovationen, ein zweistufiger externer Sozialausgleich und risikoäquivalente Prämien bei Portabilität individueller prospektiver Alterungsrückstellungen. Wird die Prämie bei Geburt unabhängig von Geschlecht, Genetik etc. bestimmt, wird lebenslang niemand überfordert. Die Kombination vereint ein soziales System mit optimaler Effizienz.

Der Finanzierungsmarkt hat direkte Auswirkungen auf die Leistungsseite, erkennbar bei der Ausgestaltung von Selbstbeteiligung zur Stärkung von Eigenverantwortung. Ebenso werden Einschränkungen und Weiterungen durch risikoäquivalente Prämien leichter und fairer kalkulierbar. Der MTF wird im dynamischen Leistungskatalog abgebildet. Über Zusatzversicherungen und Selbstzahlung können Leistungen, die außerhalb des bedarfsgerechten Leistungskatalogs sind, abgesichert werden. Mit dezentralen Vertragslösungen, einem dynamischen bedarfsgerechten Leistungskatalog und schließlich der Betonung der Eigenverantwortung werden Best-Of

Elemente des dualen Systems kombiniert. Entsprechendes gilt für Serviceleistungen, die nicht mit den Leistungen der Grundversorgung zusammenhängen sowie Wohlfühlleistungen. Die Folge ist ein Dreischichtensystem. Durch Tarifvielfalt in der Basisversorgung, freiwilligen Zusatzversicherungen und Selbstzahlerleistungen wird damit auch Präferenzen- und Leistungsgerechtigkeit erreicht.

5. Umsetzungschancen bei gegebenem rechtlichen und politischen Rahmen

Ausgangspunkt der **Politischen Ökonomie** ist die Maximierung von Wählerstimmen durch Parteien, verkörpert durch Spitzenpolitiker, die die Richtung vorgeben können und hauptsächlich durch Wiederwahl motiviert sind. Die Politiker sind durch dieses Ziel geeint, wogegen die Wähler durch Heterogenität aufgrund unterschiedlicher Einkommen und Morbidität gekennzeichnet sind.

Die Analyse der Wähler ergibt bei einem Sofortumstieg eine Mehrheit für die Beibehaltung des dualen Systems. Profitieren würden die zukünftigen Generationen, die im Kalkül der Politiker en gros kaum eine Rolle spielen. Alleine die Gruppe der Rentner und Bald-Rentner in Koalition mit dem Gros der Privatversicherten reicht für die Nichteinführung des Referenzmodells. Zwar werden Wahlversprechen oft nach Wahlen gebrochen und schmerzhaft Eingriffe auch Mehrheiten zugemutet, ein drastischer sofortiger Umstieg auf das Referenzmodell dürfte den Wählern im kollektiven Gedächtnis bleiben.

Die Situation wird durch das föderale System erschwert. Entscheidend ist die Fähigkeit der Bundesländer als Vetospieler durch Verweigerung der Zustimmung bei zustimmungspflichtigen Gesetzen Reformen zu stoppen. Da das Referenzmodell alle Märkte massiv berührt, müssen

die Länder zustimmen, was selbst bei gleichzeitiger Mehrheit in Bund und Bundesrat der Regierungskoalition schwierig ist. Die Länder unterscheiden sich in Flächenländer und Stadtstaaten, wirtschaftskräftig und wirtschaftsschwach, starker Pharmaindustrie und Absenz, Häufung von Privatversicherungen etc., so dass die Parteifarbe nachrangig ist. Mit Verlust der doppelten Mehrheit in Bundestag und Bundesrat ist die Einführung des Referenzmodells noch unwahrscheinlicher geworden. Um ein Veto des Bundesrates zu vermeiden, wird darüber hinaus für eine geschickte Bündelung und Ausgestaltung der einzelnen Reformelemente plädiert.

Eine *sofortige Einführung ist politisch nicht durchsetzbar*. Daher wird eine *mehrstufige Umstellung* auf das Referenzmodell vorgeschlagen. Am einfachsten bei der GKV ist die Umwandlung der Rechtsform der Krankenkassen in dann privatwirtschaftliche Krankenversicherungen. Der Widerstand ist dabei geringer, wenn gleichzeitig immer nur wenige Personengruppen verlieren.

Die Stärkung der Eigenverantwortung und der Ausbau selektiver Verträge können ohne Widerstand der Wählerschaft durch eine gute Informationspolitik erfolgen, da in Besitzstände der Bürger nicht eingegriffen wird. Mehr Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt durch die Verbesserung der Qualitätssignale ist ebenso unproblematisch. Unterstützung für Reformschritte auf dem Leistungsmarkt und v. a. dem Vertragsmarkt ist durch den europäischen Einigungsprozess zu erwarten, der aufgrund der vier Grundfreiheiten und der wettbewerblichen Tendenz mittelfristig die Politik zum Handeln zwingt. Ein Ausbau von Selbsthalten und Beitragsrückerstattung in der GKV ist wegen des Finanzierungseffekts und Selektionseffekts trotz mutmaßlich positiver Gesamteffekte für die GKV sensibler zu kommunizieren. Vorschriften zu der Ausgestaltung von

Selbstbehalten bzgl. Risiko und Einkommen können Abhilfe schaffen.

Auf dem Finanzierungsmarkt können Neugeborene sofort ins Referenzmodell überführt werden. In die PKV wird die individuelle prospektive Portabilität der Alterungsrückstellungen direkt eingeführt. Parallel sollten alle GKV-Versicherten auf Wunsch ebenfalls ins neue System eingeschlossen werden. Frauen und Kranke, Ältere und alle anderen haben Pauschalen zu entrichten, durch die beschriebene Vorteile realisiert und gleichzeitig die politische Opposition gegen den Systemwechsel gemindert werden. Alterungsrückstellungen sollten unabhängig davon für jetzt Erwerbstätige aufzubauen sein, da hier noch keine Überforderung vorliegt. Die Einführung der Pauschale mit Sozialausgleich steigert gleichzeitig die Attraktivität der GKV gegenüber der PKV, da Vielverdiener, die eine Wahlmöglichkeit haben, weniger in der GKV zahlen müssen. Politökonomisch bröckelt der Widerstand der Privatversicherten, jedoch nicht der PKV, deren Geschäftsmodell in Gefahr gerät wegen geringeren Zugängen aus der GKV.

Jede Reform des deutschen Krankenversicherungssystems erfordert neben politischem Willen die Beachtung des rechtlichen *Bezugsrahmens*. Dabei gilt es, die nationale und zunehmend wichtigere europäische Dimension einzubeziehen. National hat das BVerfG am 10.06.2009 zu Neuerungen durch das GKV-WSG wie den Basistarif zwar die Verfassungsbeschwerde zurückgewiesen, eine grundsätzliche Neujustierung des dualen Krankenversicherungssystems erfolgte damit nicht. Letztlich hat das BVerfG nicht über die Existenz des dualen Systems entschieden, sondern Regelungen zur Ausgestaltung zweier Vollversicherungen beurteilt. Die Parallelität zweier Vollversicherungen war nicht das zu Überprüfende und wurde vom BVerfG auch nicht beanstandet, was

jedoch eine grundlegend andere Organisation von Krankenversicherung nicht ausschließt. In der Frage des Finanzierungsmarktes werden im Kern also zwei grundlegende Systeme diskutiert. Ergebnis nach Einschätzung verschiedener Fachrichter und Juraprofessoren ist, dass alles juristisch möglich sei.

Juristische Detailprobleme gilt es intelligent zu lösen. Erstens besteht Eigentumsschutz (Art. 14 GG) bei bereits aufgebauten Alterungsrückstellungen von PKV-Versicherten. Durch die Etablierung der Kapitaldeckung bei allen Versicherten im Dreischichtenmodell ist dies kein Problem: die individuell zuordenbaren Alterungsrückstellungen bleiben bestehen. Schwieriger ist eine mögliche Einschränkung der Berufsfreiheit (Art. 12 GG), die in diesem Kontext im Wesentlichen besagt, dass private Versicherungsunternehmen auch in Zukunft ihre geschäftliche Tätigkeit ausüben können. Dies ist in der ersten Schicht der bedarfsgerechten Grundversorgung weiterhin möglich, ebenso bleibt der Markt der Zusatzversicherungen für Privatversicherungen nach wie vor aufgrund der Expertise privater Unternehmen in der versicherungsmathematischen Kalkulation zentrales Betätigungsfeld ebendieser.

Private Krankenversicherungen haben heute einen geringen Marktanteil und könnten aufgrund des Adressmonopols der großen gesetzlichen Krankenkassen ungerechtfertigte Wettbewerbsnachteile erfahren. Selbst ein gemeinsames Handeln aller Privatversicherungen, z. B. koordiniert durch den PKV-Verband, ist wegen des geringen Marktanteils eher unzureichend. Dem ist entgegenzuhalten, dass bereits heute innerhalb des GKV-Systems große Kassen mit kleinen konkurrieren. Schon jetzt gibt es Klagen auch innerhalb des GKV-Systems, die sich auf den Missbrauch von Größenvorteilen beziehen. Angesichts eines stetig größer wer-

enden Anwendungsbereichs des Wettbewerbsrechts gegenüber dem Sozialrecht wird dem Rechnung getragen. Speziell die Ausweitung von Selektivverträgen erfordert einen wirksamen Schutz kleinerer Einheiten vor Missbrauch marktbeherrschender Stellungen.

Ein europäischer Trend ist das Zusammenwachsen der EU, obschon die Sozial- und Gesundheitssysteme weitgehend der Souveränität der Nationalstaaten obliegen. Ein Anzeichen für die europaweite Gestaltungsfreiheit ist die große Vielfalt an Gesundheitssystemen: Sozialversicherung, Steuerfinanzierung oder Privatsysteme sind alle anzutreffen. Das erarbeitete Reformmodell ist national und europäisch rechtlich und politökonomisch umsetzbar und möge als Kompass in der bald zu erwartenden politischen Diskussion dienen.

Unterstützung kommt von dem zunehmenden Verständnis des *Gesundheitswesens als Wirtschaftsfaktor* im Gegensatz zur rein ausgaben- und kostenzentrierten Betrachtung. Die Schaffung von Arbeitsplätzen oder Wirtschaftswachstum ist ein oft gebrauchtes Argument für politische Entscheidungen. Da das dreischichtige Referenzmodell die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erweitern dürfte, kann eine Verknüpfung der Einführung des Referenzmodells mit der Zukunftsbranche Gesundheit politisch gewinnbringend kommuniziert werden.

Autor:

Dr. Florian Pfister

Rosenkavalierplatz 2

81925 München

flopfmiral@googlemail.com

Ralph Ennenbach

Innovationskraft der Kassen und ihrer Vertragspartner aus Sicht einer Flächen-KV

Ist die Innovationskraft der Krankenkassen gestiegen? Diese Frage war im Kontext der GPRG-Tagung im engeren Sinne für den Vertragsbereich zu beantworten. Die Antwort fällt aus meiner Sicht eindeutig aus und lautet nein. Das hat zum einen damit zu tun, dass die Angst vor Zusatzbeiträgen nachhaltig ist. Zwar wäre die Finanzsituation aus heutiger Sicht Anlass für eine entspanntere Grundhaltung. Jedoch kann diese Situation wohl kaum als nachhaltig angesehen werden. Da eine Vertragsinnovation aber einerseits Vorlaufkosten erfordert, eine Refinanzierung kurzfristig erfolgen sollte und im Falle des Ausbleibens das Vertragswerk möglicherweise träge im Auslaufen ist, stimmt das Chance/Risikoprofil nicht.

Überhaupt darf man fragen, welche Verträge mit großen Einsparchancen und vertretbarem Aufwand durch einzelne Kassen zu entdecken wären. Als Vertreter einer Kassenärztlichen Vereinigung enge ich diese Frage auf Verträge ein, die eine aktive Mitarbeit von Ärzten voraussetzen und komme zu dem Fazit, dass die Aussichten auf Innovation in diesem Bereich sehr mau sind, jedoch passen die Vorstellungen und Rahmenbedingungen nicht zu denen des anderen, was keineswegs an der Ideenlosigkeit der Ärzteseite liegt.

Warum sind die Spielräume für kassenindividuelle Verträge mit Ärzten so gering?

Die größte Fehlannahme beruht auf der Erwartung, dass Vertragsärzte den Praxisbetrieb kassenspezifisch ausrichten könnten. Zwar mag dies beim Ange-

bot einer einzelnen Leistung (die von einer Kasse finanziert wird, nicht jedoch von anderen) noch der Fall sein, geht es jedoch um das Bedienen und Auslösen einer kassenspezifischen Prozesskette, schmälert sich die Umsetzungschance drastisch. Die Prozesskette A für die eine Kasse, eine Prozesskette B für die zweite, bei einer anderen Indikation die Prozesskette C für eine dritte Kasse ...; dieses Prinzip ist bei sehr spezialisierten Praxen denkbar, bei Breitbandversorgern mit hoher Leistungsabforderung aber reine Theorie. Dieses Problem würde sich weniger stellen, je mehr Spielräume und Anreize es für ein kassenübergreifendes Handeln geben würde. Faktisch haben die Kassenverbände aber in Zeiten des Wettbewerbs massiv an Einfluss verloren.

Ein weiteres entscheidendes Hindernis sind die unterschiedlichen Erwartungshaltungen. Für die Kasse muss es um Einsparungen zumindest dynamischer

Art gehen, für den Arzt geht es um Abbau von Bürokratie und in aller Regel um eine Verbesserung der Einnahmesituation. Dabei ist die Bereitschaft sich auf eine Vorleistung beiderseits einzulassen gering. Aus ärztlicher Sicht passt diese nicht zu einer jahrhundertealten Prägung zur Form der Entlohnung der Ärzteschaft, die ich unter „Quid pro Quo“ zusammenfassen würde. Es gibt aber auch andere Begründungen für derlei Zurückhaltung. Komplexe oder intransparente Beteiligungsalgorithmen lösen genauso Skepsis aus, wie es die geringe Erwartung an die Stabilität des Systems als solches tut. Und viele Erwartungen zu Einsparungen gehen mit Annahmen zur Beteiligung Dritter einher, die vom einzelnen Beteiligten nicht beeinflusst werden können. Im Ergebnis fordern die Ärzte aus Sicht der Kassen eine Vorleistung, was das Risiko bei Verträgen erst einmal erhöht.

Die Reaktion der Kassen auf die Trägheit im Vertragsgeschäft

Wenn es also kaum kreative und gewinnverheißende Verträge im klassischen Vertragsgeschäft gibt, so bleibt die Frage der Reaktion darauf zunächst offen. Die Variante, diese Wahrheit öffentlich zu vertreten, wählt niemand, denn dafür ist das Mantra des wettbewerblichen Gesundheitswesens zu stark. Wer riskiert es schon, in der politischen Reaktion als ideenloser Kassenvertreter angesehen zu werden? Für mich zeichnen sich vier verschiedene Verhaltensweisen der Kassen ab.

A) Die stillen Praktiker

Da kleinere Kassen sich nie mit der Erwartungshaltung einer weltverbessernden Rolle auseinandersetzen mussten und diese infolgedessen auch von sich nicht entwickeln, kommen diese mit der Situation am besten zurecht. Im Zweifel beteiligen diese sich gerne an Vorhaben Dritter, eigene Vorschläge bringt man nicht hervor und niemand vermisst diese.

B) Die Machtbewussten

Für das Biotop eigentlich absolut untypisch sind Kassen, die auch größere ökonomische Risiken eingehen vor allem, wenn es um einen Richtungswechsel vom „Payer zum Player“ geht. Diese Art der Eigenmotivation ermöglicht Ausflüge, die rein rational nicht begangen würden. Ich kenne eine einzige relevante Kasse, für die dieses Bild zutrifft und überlasse es Ihrer Fantasie sich vorzustellen, wen ich meinen könnte.

C) Die podiumsorientierten Scheinreformer

Dieser Kassentypus fordert lautstark Veränderung und Wettbewerb und lebt diesen podiumsgerecht. Will heißen, man benötigt zum Beleg für die eigene Schaffenskraft Vorzeigeverträge, die geeignet sind, das nach außen gezeigte Profil zu belegen. Nach innen verfolgen derlei Kassen jedoch eine absolut konservative Strategie, die sehr genau darauf achtet, dass die finanziellen Risiken sehr überschaubar bleiben. Im Ergebnis suchen Kassen dieses Typs gerne sogenannte „Scheinriesen“ des bei Jim Knopf angelegten Musters: „Je näher man kommt umso irrelevanter erscheinen die Produkte.“ Absolut typische Vertreter dieses Musters sind große bundesweite Kassen.

D) Die regionalen Größen

Es verbleibt der Typus, der sich mit den vom Gesundheitsfonds ausgelösten Fakten

am schwersten tut. Das sind oder waren die regionalen Großkassen, die neben der Verantwortung den Finanzen sehr wohl ein reales Interesse an Versorgungsverbesserung vor Ort gelebt haben und aufgrund ihrer Größe auch Chancen hatten, derlei zu bewirken. Die ortsnahe Selbstverwaltungsstruktur tat ein Übriges, um der Kasensphilosophie immer auch das Odium von direkter Verantwortung mit zu geben. Dieser Typus ist aber zunehmend in einer Fusionswelle begriffen, welche der Regionalität entgegenläuft. Eine fusionierte AOK entwickelt möglicherweise schneller eine Regionsferne, als es den Versorgern recht sein kann.

Wie reagiert eine KV?

Wenn es Möglichkeiten zu einem (ggf. weniger umfangreichen) innovativen Vertrag gibt, wird man diesen naturgemäß nicht ausschlagen. Die Chance auf größere Verträge ist aber gering geworden, obwohl es nicht an innovativen systemverbessernden Vorschlägen mangelt, die gerade aus dem Lager der KV geboren werden. Diese erfordern typischerweise jedoch einen größeren Anteil der Kassen mit der Bereitschaft sich zu beteiligen, eben weil die Realisierung in den Praxen davon abhängt. Hier erlebt man regelhaft, dass die Vorschläge auf der Kassenebene durchaus positiv kommentiert werden, aber am Ende kein Interessensverbund entsteht. Der Wettbewerb fordert Kassenindividualität, eine Bundeskasse pflegt ihre kassenweite Homogenität und die Angst vor Zusatzbeiträgen lähmt alle. Im Fazit läuft nichts zusammen.

Nun darf das für eine KV keine Ausrede sein, ebenfalls nichts zuwege zu bringen. Es stehen im Beritt der Sicherstellung genug Probleme an, für die man als KV zunächst der Erstverantwortliche ist. War eine KV früher überwiegend im Bereich der Vertragsoptimierung aktiv engagiert und handelte der Bereich Zulassung eher

als passiver Gewährleister, so wandelt sich dies grundlegend.

Die Anforderungen an die ambulante Versorgung sind grundsätzlicherer Art als noch vor wenigen Jahren erwartet wurde. Gerade in einem Flächenland geht es um Verfüg- und Erreichbarkeiten. Sicherstellung bedeutet aktives Management, was die KV als einzig verbliebenen kollektiven Spieler – nolens volens – in den Dreh- und Angelpunkt des Geschehens setzt. Daher werden sich KVen stark mit der Substanzerhaltung – und das durchaus mit neuen Instrumenten – auseinandersetzen. Der Großteil der Handlungsimpulse der KVen gehen in diese Richtung.

Was tut die KV konkret?

Die Herausforderung der KV Schleswig-Holstein ist der Erhalt der wohnortnahen ambulanten Versorgung, wobei als Randbedingungen neben einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung auch die Hinwendung der Jüngeren (Ärzte wie Bevölkerung) zur städtischen Umgebung erschwerend hinzukommen. Dem steigenden Behandlungsbedarf steht damit ein drohender lokaler Ärztemangel gegenüber. Zur Verdeutlichung sei die Situation am Beispiel des Kreises Ostholstein im Vergleich zur Stadt Lübeck in der nachstehenden Tabelle dargestellt.

So hat die KV verschiedene Maßnahmen ergriffen, um der kommenden Problematik entgegenzuwirken. Ein Strukturfonds wurde initiiert, welcher u. a. die Stützung der Landarztpraxen mit überdurchschnittlich vielen Patienten durch die Aussetzung der Abstaffelung vorsieht. Hierzu gab es Vereinbarungen zwischen der KVSH und den Krankenkassen. Eine dem sehr ähnliche Regelung ist unterdessen innerhalb des Versorgungsstrukturgesetzes verankert worden.

Die KVSH-Kampagne „Land.Arzt.Leben“ zielt mit einer zielgruppengerechten Ansprache der Studierenden und Ärzten in

Entwicklung Altersstruktur
 zugelassener und angestellter Ärzte im Vergleich
 Stadt Lübeck/Kreis Ostholstein

Fachgebiet	Alter 60 bis 65			
	Stadt Lübeck		Kreis Ostholstein	
	absolut	proz.	absolut	proz.
Augenärzte	2	6,9	4	40,0
Chirurgen	3	18,8	4	28,6
Frauenärzte	7	18,0	4	18,2
HNO-Ärzte	3	18,8	2	25,0
Hautärzte	1	6,3	3	60,0
Hausärzte	29	19,4	37	26,0

13.01.2012 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Weiterbildung (z. B. durch ein Informationsportal im Internet, Werbung an Unis oder auch in Form von Uni-Sprechstunden, wo Landärzte den Medizinstudenten Rede und Antwort stehen) darauf, schon den zukünftigen Ärzten einen positiven Einblick auf einen Einsatz im ländlichen Umfeld zu geben. In diesem Zusammenhang steht der „Runde Tisch Medizinstudium“ wie die arztinterne Werbung für Lehrpraxen. Auf diesem Wege konnten 20 neue Lehrpraxen geworben werden, von denen sich 18 auf dem Lande befinden.

Auch im Bereich der Fort- und Weiterbildung hat sich einiges getan. Die KVSH finanziert neben der bundesweiten Förderung der Weiterbildung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ mit der Strukturierter Weiterbildung ein eigenes Programm. Die Schwerpunkte liegen gezielt in der Zusatzförderung der hausärztlichen Weiterbildung in Landarztpraxen sowie der Förderung der Weiterbildung in fachärztlichen Arztgruppen mit relativer Überalterung. Hinzu treten Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern zur

Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Damit wurde die Weiterbildung „aus einer Hand“ gesichert. Während sich der Arzt in Weiterbildung bislang für jede Station im Krankenhaus und den ambulanten Weiterbildungsabschnitt einzeln bewerben musste, gibt es jetzt einen verlässlichen Rotationsplan für die Krankenhausphase (3 Jahre) und ambulante Weiterbildungsphase (2 Jahre). Die KVSH-Koordinierungsstelle organisiert dabei, dass der ambulante Teil bei einem Vertragsarzt in Krankenhausnähe absolviert werden kann.

Weiterhin gibt es finanzielle Unterstützungen für Famulanten, Medizinstudenten mit Wahlfach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr oder auch Studierende, die ihr Blockpraktikum im Fach Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis außerhalb der Universitätsstädte absolvieren, aus dem Sicherstellungsstatut.

Soweit ein Überblick über innovative Aktivitäten in der Frage der Gewinnung ärztlichen Nachwuchses. Hinsichtlich der Erhaltung bestehender Praxissitze bildet

das Zweigpraxismanagement der KVSH das Rückgrat aller Bemühungen. Ziel ist der partielle Erhalt von Praxen, welche im üblichen Verfahren keinen Nachfolger finden, um somit den Erhalt einer dezentralen, wohnortnahen Versorgung sichern. Auch hier besteht die Möglichkeit der finanziellen Förderung aus dem Sicherstellungsstatut. Zielgruppe sind dabei Praxen aus Städten, die motiviert werden sollen, eine Mitversorgung im Land zu übernehmen. Durch eine Kooperation mit der KV Hamburg wird dieses Modell auch auf diese Metropole des Nordens ausgedehnt. Die übernehmende Praxis erhält dabei eine finanzielle Kalkulierbarkeit, indem bisherige Honorare der übernommenen Praxis anteilig garantiert werden. Es handelt sich um ein Erfolgsmodell: In Schleswig-Holstein gibt es mittlerweile 153 Zweigpraxen, davon befindet sich der Großteil im ländlichen Raum.

Fazit

Während die KV ihre Energie in Aufbaustrukturinnovationen mit dem Ziel der Erhaltung der Verfügbarkeit investiert, suchen die Kassen – jedenfalls grundsätzlich – kassenindividuelle Verbesserungspotenziale auf der Prozesskette mit dem Fokus auf der Gesamtkostenseite. Letzteres ist häufiger Fiktion als allgemein zugegeben wird, wäre jedoch durch ein kassenübergreifendes Zusammenspiel lösbar. Im Ergebnis arbeiten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen nebeneinander her, wobei die Kassenaktivitäten mitunter einer Selbstbeschäftigung gleichen.

Autor:

Dr. Ralph Ennenbach
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Helmut Platzer

Was bringen Individualverträge den Krankenkassen und Ihren Versicherten

Drei Thesen vorab führen zu drei Stichworten, mit denen sich die Interessenslage der Krankenkassen präzise umreißen lässt.

1. These

Erklärtes Ziel des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes war und ist die wettbewerbsrechtliche Ausrichtung des GKV-Systems. Dies hatte und hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung auch innerhalb des Bereichs der Player zur Folge. Die Krankenkassen werden auch künftig selektive Vertragsmöglichkeiten nutzen (müssen), um am Markt bestehen zu können. Das Stichwort heißt hier: „**Unterscheidbarkeit**“.

2. These

Innovative Selektivverträge dienen – weit mehr als Kollektivverträge es leisten können – dazu, einen echten Mehrwert für die Patienten darzustellen. Ob diese dann Bestandteil der Regelversorgung werden, ist primär vom gemeinsamen Nutzen der Vertragspartner abhängig. Nur eine innovative Krankenkasse mit attraktiven Angeboten für Versicherte und Leistungserbringer wird diesen Herausforderungen gerecht. Dabei spielen Produkt und Preis neben fairen Wettbewerbsbedingungen natürlich die entscheidenden Rollen. Hier heißt das Stichwort: „**Qualitätsverantwortung**“.

3. These

Selektivverträge sind als Werkzeuge des Versorgungsmanagements unverzichtbar, um unter MRSA-Bedingungen auf Dauer die Finanzierbarkeit hochentwickelter Versorgungsqualität unter Berücksichtigung der epidemiologischen Bedarfslage

zu garantieren. Das Stichwort hierzu lautet: „**Versorgungsmanagement**“.

Die angeführten Thesen und Stichworte bilden einen hilfreichen Rahmen für die Frage nach dem Nutzen von Individualverträgen. Die AOK Bayern hat die Möglichkeiten der Ausgestaltung von Selektivverträgen im Rahmen der verschiedenen Vertragsmöglichkeiten von Beginn an begrüßt und den Auftrag des Gesetzgebers nachhaltig aufgegriffen und umgesetzt. Wohl wenige andere Krankenkassen haben so viel Energie in dieses Thema eingebracht, wie die AOK Bayern, ausgedrückt durch Zahl und Variationsbreite der Projekte. Zahlreiche innovative Verträge wurden auf den Weg gebracht. Der Gedanke, dass viele Versuche mit unterschiedlichen Gestaltungsansätzen ausreichend Erkenntnisse liefern, um für den weiteren strategischen Umgang mit dem Thema Aufsetzpunkte zu haben, geht auf: Dies führt parallel nebeneinander zur Beendigung von Versuchen ebenso wie zu Variationen und Verstetigungen.

Die einzelvertragliche Ausgestaltung sektoraler und sektoral verknüpfter Leistungsangebote ist meines Erachtens der richtige Weg, um sich im verbliebenen Vertragswettbewerb mit Mehrwertstrategien von anderen Krankenkassen abzusetzen. Hinzu kommt, dass im kollektivvertraglichen Sektor die Vertragshoheit in Form von Rahmenvorgaben im Wesentlichen auf die Bundesebene den GKV-Spitzenverband übergegangen ist. Kassen mit einer auf Individualität und Vielfalt der Versorgungsangebote ausgerichteten Unternehmensstrategie müssen die Spielräume auch im Rahmen einer „Anti-

Zentralisierungs-“ und „Anti-Verstaatlichungs-Strategie“ einsetzen.

Auf Landesebene hingegen können die Krankenkassen durch selektive Vertragsgestaltung das regionale Versorgungsgeschehen formen. Die Qualität der Versorgung wird dabei zunehmend als Unterscheidungskriterium zwischen den Kassen an Bedeutung gewinnen, im übrigen durchaus auch zwischen Ländern und Regionen.

Daneben besteht die Möglichkeit, vertraglich auf landesspezifische Besonderheiten reagieren zu können, wie dies in Bayern stets angestrebt wurde. Einzelverträge können helfen, Sektorengrenzen zu überwinden und so die aus gesundheitsökonomischer Sicht seit langem als notwendig angesehene ordnungspolitische Weiterentwicklung in der Gesundheitsversorgung voranzutreiben.

Bei den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu den Selektivverträgen ist klar zu differenzieren – sie unterscheiden sich in ihrer Ausrichtung auf Versorgungsmanagement und Vertragspartner. Zugespitzt stellt sich auch die Frage, ob die Struktur „patientenorientiert“ oder „versorgungsorientiert“ zu charakterisieren ist.

Das bringt durchaus Vorteile. Bei gleichen Rahmenbedingungen und Vertragsvoraussetzungen ist Wettbewerb möglich und erwünscht, um

- Strukturierte Behandlungspfade für bestimmte Versichertengruppen (Mitgliederbindung) anbieten zu können
- zusätzliche gezielte Leistungsförderung als Add On zur Regelversorgung, zu ermöglichen

- Innovationsförderung (z. B. Netzverträge) eine Basis zu geben. (z. B. elektronische Patientenakte als Nebenprodukt, das Hauptprodukt werden kann)
- eine besondere Qualitätsförderung bei bestimmten Behandlungsmethoden oder Dokumentationsverfahren vorzusehen
- Versorgungsforschung zum Erkennen effizienterer Behandlungsmethoden einzusetzen
- Effektivere Versorgungsmöglichkeiten sektorenübergreifend im Sinne klassischer integrierter Versorgung zu erreichen.

Mehrere Vertragspartner sind möglich, was Wettbewerb auf Versorgerseite indiziert. Regionalität im Versorgungsgeschehen bleibt erhalten, trotz massiver politischer Zentralisierungstendenz und es entwickelt sich gezieltes Versorgungsmanagement.

Selektivverträge sind also gerade im sektorenübergreifenden Behandlungs- und Therapieverfahren sinnvoll – sie verbessern die Effektivität, dienen regionalen Anforderungen und können vermehrt zum besseren Verständnis der Patienten beitragen. Die Überwindung der Sektorengrenzen bei gleichzeitiger Umsetzung vertragswettbewerblicher Freiheiten wird aus gesundheitsökonomischer Sicht seit langem als notwendige ordnungspolitische Weiterentwicklung in der Gesundheitsversorgung angesehen.

Das Fazit kann also lauten: **Selektivverträge stehen für Qualitätsentwicklung und Wirtschaftlichkeit.**

Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet können Selektivverträge jedoch auch dafür stehen:

- Hoher Bürokratie- und Verwaltungsaufwand mit steigenden Kosten
- Heterogene Vertragslandschaft mit Schwierigkeiten, den Gesamtüberblick zu behalten. Man denke nur an eine

Region mit 100 Verträgen unterschiedlichster Kassen.

- Rechtliche Grenzen und Vorgaben
- aufwändige Verfahren bei Ausschreibung und Nichteinigung
- Verunsicherung der Patienten bei Angebotsvielfalt als Kehrseite der Unterscheidbarkeit
- Zusätzliche Erhöhung der Komplexität des Systems
- Hoher Koordinierungsaufwand kollektiv – selektiv

Dennoch: Ein wettbewerbsorientiertes und föderales Gesundheitswesen mit ausgeprägten individuellen Gestaltungsmöglichkeiten ist effizient und leistungsfähig. Wird Wettbewerb reduziert oder gar nicht erst ermöglicht, erhalten dirigistische Regulationsmechanismen immer mehr Rückenwind und das Niveau der medizinischen Versorgung droht absehbar abzusinken.

Der Gesundheitsfonds einerseits und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) andererseits haben bei vielen Grundannahmen zu einem Paradigmenwechsel bei den Krankenkassen geführt. So ist z. B. der starke Anreiz, nur gesunde Versicherte zu gewinnen und kranke Versicherte zu vermeiden, einerseits zwischenzeitlich beträchtlich gesunken, andererseits gilt nach wie vor, dass der günstigste Versicherte immer noch der Gesunde ist. Der Fonds nivelliert die Deckungsbeitragsunterschiede zwischen Gesunden und Kranken und macht Risikoselektion deutlich uninteressanter. Und dies ist auch gut so! Demgegenüber sind der Verlust der Beitragsautonomie der Krankenkassen, die Abhängigkeit von Zuweisungen auf der Basis eines bundesdurchschnittlichen Preisniveaus und die völlig unzureichende Kalkulierbarkeit der Einnahmehasis nach wie vor Kritikpunkte der letzten Reformschritte.

Die grundlegenden Erfolgsfaktoren einer Krankenkasse haben sich verändert und

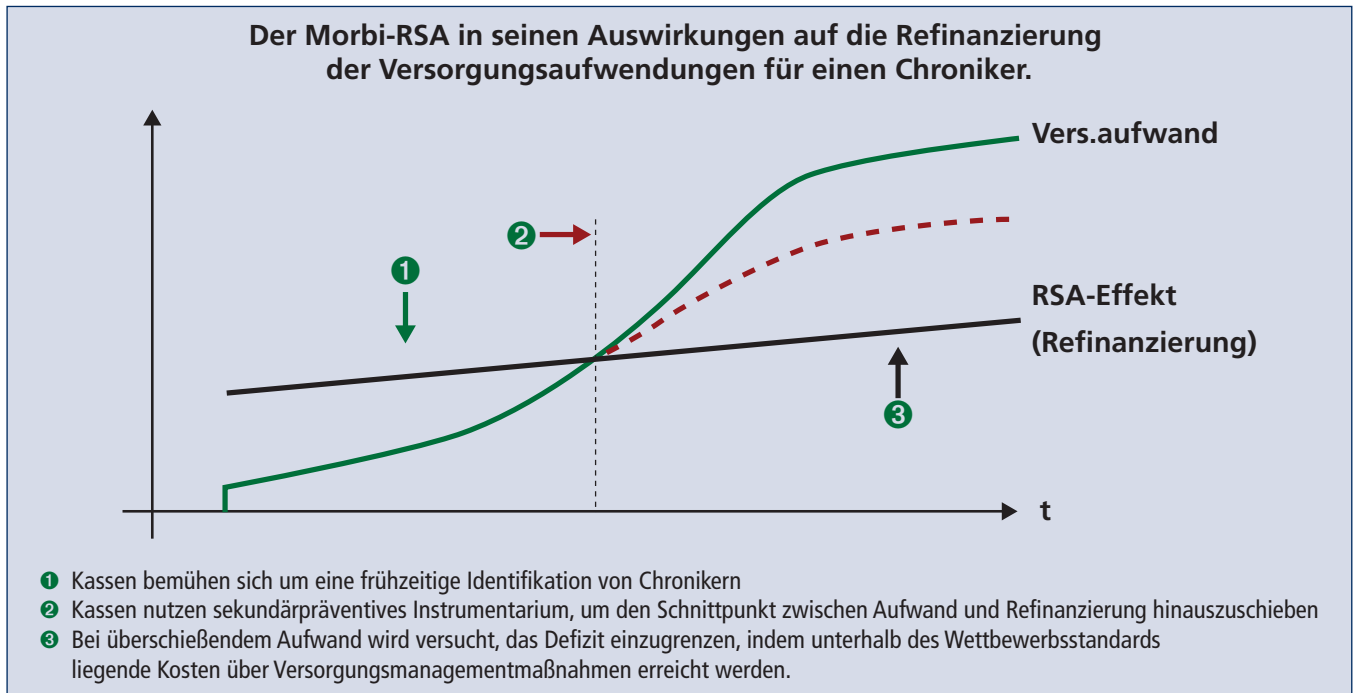
bedingen neue strategische Herangehensweisen beim Bemühen um die bestmögliche Versorgung für die Versicherten bei gleichzeitig wirksamem Kostenmanagement der Krankenkassen.

Durch den Morbi-RSA werden Versicherte erstmals definierten Kostengruppen zugeordnet, die sich an der Morbidität dieser Versicherten orientieren. Für die Krankenkassen ist es eine Herausforderung, die Versorgung dieser Versicherten in diesen Kostengruppen zu managen, obwohl sie weder einen direkten Einfluss auf die Gruppenzuordnung haben noch auf die Kosten unmittelbar einwirken können. Genau hier setzt die Idee der steuernden Begleitung von Versicherten und Leistungserbringern ein. Bei einem im Regelfall nach wie vor sektoral aufgebautem Leistungsgeschehen weist die hierfür nötige übergreifende Steuerung mit Blick auf die jeweiligen Handlungsfelder allerdings eine hohe Komplexität auf.

Zum einen gilt es, den Versorgungsaufwand bei hoher Qualität für ein bestimmtes Krankheitsbild ohne Qualitätsverluste zu optimieren. Die Finanzierungsmechanismen der Krankenkassen bedingen es, dies möglichst unterhalb des Wettbewerbsstandards der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erreichen.

Schließlich können Krankenkassen nur das Geld zur Versorgung ihrer Versicherten ausgeben, das sie über den Gesundheitsfonds zugewiesen bekommen. Nicht umsonst gilt heute unter Krankenkassen die Vermeidung von Zusatzbeiträgen als „kategorischer Imperativ“.

Für Krankenkassen muss es sich auszahlen, sich der Versorgung Kranker zu widmen, anstatt im Wettbewerb um Gesunde zu stehen. Gleichzeitig müssen sie mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommen. Damit wird Versorgungsmanagement zu einer Zentralaufgabe zukünftiger strategischer Ausrichtungen von Krankenkassen. Auch die medizinischen



und technischen Voraussetzungen für Unterstützung von Patienten beim Eigenmanagement machen rasch Fortschritt. Noch viel stärker besteht in Zukunft die Notwendigkeit einer aufeinander und miteinander abgestimmten Versorgung. Zugang, Qualität, Information und Finanzierung müssen zwischen unterschiedlichen Ebenen reibungslos ineinandergreifen, um eine materiell optimale und wirtschaftliche Versorgung zu realisieren!

Bei einer abschließenden Bewertung muss ich noch einmal auf den Exkurs zur bayerischen Honorierungs- und Gestaltungshistorie vor 2009 zurückkommen. Er zeigt exemplarisch die Charakteristik stark selektivvertraglich gestalteten Versorgungsgeschehens.

Die bayerische Erkenntnis dieser Zeit lautet: Hohem finanziellen Input der Beitragszahler steht bei kluger Verteilung zu-

gunsten hohen Outcomes für Leistungserbringer eine überdurchschnittliche empfundene Versorgungsqualität für die Patienten zur Verfügung.

Autor:
Dr. Helmut Platzer
AOK Bayern
Carl-Wery-Straße 28
81739 München

Buchbesprechung

Amelung, Volker Eric: Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl. 2012, 368 S. Geb., Gabler Verlag/ Springer Fachmedien Wiesbaden, ISBN: 978-3-8349-3359-1, 49,95 Euro

Managed Care ist keine in sich geschlossene Theorie, sondern vielmehr ein Bündel ganz unterschiedlicher Organisationsmodelle und Management-Instrumente, die in vielfältigen Kombinationen eingesetzt werden. Genau aus diesem Grund ist es auch nicht möglich, „für“ oder „gegen“

Managed Care zu sein. Dies kann ausschließlich auf der Ebene der einzelnen Organisationsformen oder Management-Instrumente stimmen.

Managed Care hat sich in den letzten Jahren deutlich weiter entwickelt und neue Themen sind hinzugekommen. Diesen Entwicklungen hat der Autor in dieser Auflage Rechnung getragen. Neu aufgenommen hat er beispielsweise Kapitel zu Consumer Driven Health Plans (CDHP), Accountable Care Organizations (ACO), Medical Homes, Pharmaceutical Benefit Management, Bundled Payments, Pay-for-Performance, Public Reporting und

Patienten Coaching sowie eine Vielzahl neuer Fallstudien.

Inhaltlich gliedert sich das Buch in vier Teile, in denen es um Grundideen von Managed Care, Managed Care-Organisationen und -Produkte, Managed Care-Instrumente sowie um die Bewertung von Managed Care geht.

Das Buch wendet sich vor allem an Manager im Gesundheits- und Versicherungswesen, an ökonomisch interessierte Mediziner sowie an Studenten und Dozenten der Gesundheitsökonomie und des Gesundheitsmanagements.

Jürgen Stoschek, Starnberg

Brustimplantate, Gelenkersatz und Co. – Wo bleibt die Patientensicherheit?

Nach den Skandalen um fehlerhafte Silikonbrustimplantate und Hüftgelenksprothesen sind Medizinprodukte ins Gerede gekommen. Diskutiert wird, ob die gesetzlichen Vorgaben reichen, um Patienten wirksam zu schützen. Oder brauchen wir neue Qualitätskriterien und eine Nutzenbewertung bei der Zulassung von Medizinprodukten?

Aus aktuellem Anlass laden wir Sie daher zu einem GRPG-Gespräch der beiden betroffenen Seiten am 28.06.2012 ab 18.00 Uhr in Berlin ein. Nach einer wissenschaftlichen Einführung in das Thema sollen die Standpunkte dargelegt und diskutiert werden. Ein anschließendes Abendessen im exklusiven Rahmen der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft rundet diese Veranstaltung ab.

Bitte melden Sie sich frühzeitig an, die Teilnehmerzahl ist beschränkt.

Programm

Begrüßung	Dr. Rolf Koschorrek, MdB Mitglied der GRPG
Moderator	Dr. med. Dierk Heimann Medizinjournalist, Mainz
Einleitung in das Thema	Prof. Dr. Gerd Glaeske Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
Statements und Diskussion	Die Sicht der Verbraucher Susanne Mauersberg Referentin Gesundheitspolitik, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Die Sicht der Hersteller Joachim M. Schmitt Geschäftsführer und Mitglied des Vorstands des Bundesverbands Medizintechnologie e.V. (BVMed)
Abendessen	Im Anschluss ist für die Teilnehmer ein gemeinsames Abendessen in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft vorbereitet.
Tagungsort	Deutsche Parlamentarische Gesellschaft, Eingang Dorotheenstraße 100, 10117 Berlin
Termin	28. Juni 2012 von 18.00 bis 21.00 Uhr