

Problematische Umsetzung der Gesundheitsreform

Als ein wesentliches Element der Gesundheitsreform wird am 1. Januar 2009 ein Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Derzeit werden wichtige Weichen für die Gesundheitsreform gestellt. Wie ist es zu der Entscheidung für einen Gesundheitsfonds gekommen? Welche Probleme können durch die Gesundheitsreform gelöst werden und welche werden neu geschaffen? Wird der Wettbewerb im Krankenversicherungssystem gestärkt? Welche Anreiz- und Budget-Wirkungen hat die Honorarreform? In welche Richtung zeigen die Strukturwandlungen im Sozialversicherungssystem?

Wolfram F. Richter*

Countdown beim Gesundheitsfonds

Der Countdown läuft: Im Oktober hat sich die Bundesregierung für einen einheitlichen Beitragssatz entschieden. Noch vor dem 1. November wird eine entsprechende Verordnung verabschiedet. Weihnachten werden die Kassen endlich wissen, mit welchen Fondszuweisungen sie 2009 rechnen können. Wenige Tage später, am 1. Januar 2009, wird dann die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf den Gesundheitsfonds umgestellt. Obwohl der Countdown läuft, verstummen die Stimmen derjenigen nicht, die vor den Folgen warnen und wenigstens für einen einjährigen Aufschub plädieren. Die Zeit der Vorbereitung sei zu kurz und eine seriöse Haushaltsplanung für 2009 unter den gegebenen Umständen für die Kassen nicht möglich gewesen.

Aber nicht nur unmittelbar Betroffene, Kassen und Leistungserbringer, sehen sorgenvoll in die Zukunft. Auch die Wissenschaft bleibt reserviert. Sie war gleich zu Beginn

auf Distanz gegangen, als die Bundesregierung im Juli 2006 in einem Eckpunktepapier die Grundlinien der Reform skizzierte. 18 prominente Mitglieder des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik brauchten nur acht Tage, um sich auf eine Stellungnahme zu verständigen, in der sie die Einführung des Gesundheitsfonds als Einstieg in eine staatliche Einheitsversicherung mit zentraler Beitragseinzugsbürokratie brandmarkten und ablehnten. Noch im März dieses Jahres meinte Karl Lauterbach in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung, keinen Wissenschaftler zu kennen, der für die Einführung des Gesundheitsfonds eintrete. Das entsprach zwar nicht den Fakten, schließlich hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen schon 2005 einmütig für das Fondskonzept geworben,¹ aber der öffentliche Eindruck konnte dennoch leicht entstehen. Angesichts der artikulierten breiten Ablehnung von Öffentlichkeit und

Wissenschaft soll hier zunächst noch einmal eine Lanze für die Reform gebrochen werden. Allerdings müssen dabei auch mögliche Probleme zur Sprache kommen.

Das Konzept und seine Geschichte

Das Fondskonzept kam im Herbst 2005 ins Gespräch. Bekanntlich blockierten sich die großen Parteien nach der Bundestagswahl 2005 wechselseitig mit unversöhnlichen Vorstellungen zur Reform der Finanzierung der GKV. Das Fondskonzept wurde der Politik in dieser Phase als ein möglicher Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und pauschaler Gesundheitsprämie nahegebracht.² Es war jedoch immer mehr als ein Kompromiss. Vielmehr war das Konzept schon vor der Bundestagswahl als Lösung für die erkannten Funktionsdefizite des Wettbewerbs

² Siehe hierzu im Einzelnen K.-D. Henke: Der Gesundheitsfonds: Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument, in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich, Asgard, St. Augustin 2007, S. 45-69.

¹ Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme, 2005.

* Der Autor dankt Klaus-Dirk Henke für verschiedene hilfreiche Hinweise.

der gesetzlichen Kassen entwickelt worden.³

Ausdruck der gravierenden Funktionsdefizite war und ist, dass sich die gesetzlichen Kassen in organisatorischen Fragen der Gesundheitsversorgung niemals durch besondere Innovationen hervorragen haben. Erkennbar wird die Innovationsschwäche daran, dass es in Deutschland hinsichtlich der Leistungen keine Rolle spielt, in welcher Kasse man Mitglied ist. Bis auf Randbereiche, in denen es oft um schulmedizinisch Zweifelhafte oder noch nicht Bewährte geht, leisten alle Kassen das Gleiche. Das sollte deswegen verwundern, weil man vom Wettbewerb eigentlich erwartet, dass er Vielfalt hervorbringt. Nun werden die Kassen in weiten Leistungsbereichen aus gutem Grund daran gehindert sich zu differenzieren. Diese Bereiche betreffen den Katalog der Pflichtleistungen, der mehr und mehr vom gemeinsamen Bundesausschuss erstellt wird.⁴ Er soll gewährleisten, dass jeder gesetzlich Versicherte in den Genuss des medizinisch Notwendigen kommt.

Zum medizinisch Notwendigen können und dürfen aber nicht Regelungen gezählt werden, die die reine Organisation der Leistungserstellung betreffen und in deren Zentrum die freie Arztwahl steht. Überall auf der Welt spielen Einschränkungen der freien Arztwahl bei der Suche nach Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen eine

³ Das Konzept wurde erstmals öffentlich im Rahmen eines Vortrages vorgestellt, den der Autor auf der 30. Jahrestagung der Deutschen Steuerjuristischen Gesellschaft am 19./20. September 2005 in Freiburg hielt. Siehe W. F. Richter: Wirkungen von Steuern und Sozialbeiträgen, in: R. Mellinshoff (Hrsg.): Steuern im Sozialstaat, Deutsche Steuerjuristische Gesellschaft, Band 29, Köln 2006, S. 215-248.

⁴ F. Buchner, J. Wasem: Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system, in: Health Policy, 65, 2003, S. 21-35, beziffern den Ausgabenanteil, der keine Pflichtleistungen darstellt, auf unter 5%.

Schlüsselrolle. Von einem funktionierenden Wettbewerb müsste man folglich erwarten dürfen, dass er in der organisatorischen Gestaltung von Arzt-Patientenbeziehungen Innovationen hervorbringt und den Versicherten die Wahl zwischen konkurrierenden Modellen eröffnet. Das Hausarztmodell belegt die Kritik. Es ist in Deutschland nicht aus dem Wettbewerb der Kassen hervorgegangen, sondern wurde den Kassen von der Politik aufgezungen.

Die Suche nach den Ursachen der Funktionsdefizite im Wettbewerb der gesetzlichen Kassen lenkt den Blick auf die Finanzierung durch einkommensabhängige Beiträge mit paritätischer Beteili-

Die Autoren
unseres Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Wolfram F. Richter, 59, lehrt Öffentliche Finanzen an der Technischen Universität Dortmund und ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.

Dr. Klaus Jacobs, 51, ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Berlin.

Prof. Dr. Jürgen Wasem, 49, ist Leiter des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen; Anke Wälendzik, 52, Dipl.-Volkswirtin, ist dort wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, 50, ist Direktor des Seminars für Sozialpolitik und Dekan an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.

gung der Arbeitgeber.⁵ Diese Art Wettbewerb über Beitragssätze ist für eine Marktwirtschaft nicht nur ungewöhnlich, sie verzerrt auch massiv die Nachfrage nach Kassenleistungen. Die Verzerrungswirkung wird dann am deutlichsten, wenn man fragt, was ein Mitglied persönlich spart, wenn es einen Wahltarif akzeptiert, der im Durchschnitt aller Mitglieder der Kasse annahmegemäß 20 Euro weniger Kosten verursacht. Im herkömmlichen System wären die 20 Euro in eine Beitragssatzminderung zu übersetzen, und das Mitglied würde in Abhängigkeit von seinem abgabepflichtigen Einkommen mehr oder weniger sparen. Darüber hinaus käme die Hälfte der Beitragsminderung dem Arbeitgeber zugute, ohne dass dieser von der Leistungseinschränkung betroffen wäre. Im Endeffekt sieht sich das Mitglied mit der Frage konfrontiert, ob es einen Wahltarif akzeptieren soll, bei dem es auf Leistungen im Wert von 20 Euro verzichtet, aber nur wenige Euro spart. Die Abwägung fällt dabei umso ungünstiger aus, je kleiner das Einkommen des Versicherten ist. Das ist deshalb disfunktional, weil von Menschen mit kleinem Einkommen normalerweise besonders kostenbewusste Entscheidungen zu erwarten sind.

Das ganze System hat sich darauf eingestellt, dass die paritätische Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge die sozialen Kosten der Gesundheitsleistungen verschleiert und dass von den Versicherten Maximalversorgung nachgefragt wird. Entgegen der zitierten Diagnose der 18 Gesundheitsökonominnen des Vereins für Socialpolitik droht Deutschland nicht erst mit der Gesundheitsreform die staatliche Einheitsversicherung. Das Problem ist vielmehr,

⁵ Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Schriftenreihe des Bundesministeriums der Finanzen, Bd. 77, 2004.

dass sich die Deutschen an eine Einheitsversorgung auf höchstem Niveau gewöhnt haben und dass diese Versorgung nicht ihren wahren Bedürfnissen zuzuschreiben ist, sondern einem falsch organisierten Wettbewerb der Kassen. Die Ineffizienz des deutschen Gesundheitswesens mag hierin ihre Ursachen haben.⁶ Sie kommt auch in internationalen Vergleichsstudien zum Ausdruck.

Der Gesundheitsfonds verändert die wettbewerblichen Instrumente der Kassen. Unter den Regeln des Fonds wird das Mitglied 20 Euro sparen, wenn es auf Leistungen verzichtet, die die Kasse erwartungsgemäß 20 Euro kosten. Technischer ausgedrückt, wird der Wettbewerb mit Beitragssätzen durch einen mengenmarginalen Preiswettbewerb ersetzt. Das heißt, dass die Einkommensabhängigkeit der Verbeitragung auf das medizinisch Notwendige eingeschränkt wird und dass bei Zusatzleistungen Euro-Preise gelten. Verbriefte man das Recht, sich zu Lasten des Fonds bei einer Kasse eigener Wahl gegen das medizinisch Notwendige abzusichern, würde deutlich, dass die Umstellung auf den Fonds der Einführung eines Systems mit steuerfinanziertem Voucher gleichkommt.

Zwar ist die Finanzierung im formal-rechtlichen Sinne keine steuerliche, die lohnabhängige Verbeitragung lässt sich aber hinsichtlich ihrer Effizienzwirkungen mit einer Lohnsteuer vergleichen. Steuerfinanzierte Voucher wer-

⁶ Nach OECD-Gesundheitsdaten 2007 rangiert Deutschland 2005 bei der Lebenserwartung auf Platz 18 unter 30 verglichenen Ländern. Dabei ist der Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung nur in den Vereinigten Staaten, der Schweiz und Frankreich höher. Nach einer differenzierteren portugiesischen Studie ist die Nutzen-Kostenrelation bei insgesamt 26 verglichenen Ländern nur in Ungarn und den Niederlanden noch ungünstiger. Vgl. A. Afonso: A Note on Public Spending Efficiency, in: CESifo DICE Report 2, Frühjahr 2004, S. 35-39.

den in der Literatur als Instrument propagiert und in einigen Ländern sogar eingesetzt, um im Bildungswesen Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern zu generieren. Im Gesundheitswesen hat man noch keine vergleichbaren Erfahrungen sammeln können.⁷ Aber seit letztem Jahr gibt es für die USA einen konkreten Reformvorschlag von Laurence Kotlikoff mit steuerfinanzierten Vouchers.⁸ Das Wettbewerbsmodell des Gesundheitsfonds entspricht also strukturell einem Standardmodell der Ökonomie.

Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung lässt sich die Reform indessen nicht auf die Einführung des Fonds reduzieren. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist ein Werk, das die Strukturen des Gesundheitswesens in bisher nie erreichtem Maße verändert und insbesondere für die verschiedenen Akteure Vertragsfreiheiten gewährt. Der Vertrag, der in Baden-Württemberg zwischen AOK und Hausärzten ohne die Mitwirkung einer Kassenärztlichen Vereinigung zustande kam, ist Ausdruck der neuen Freiheit.⁹

Vermeintliche und echte Probleme

Ein so weit reichendes Reformwerk wie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist naturgemäß nicht endgültig und abschließend.

⁷ Allerdings kann man die Niederländische Krankenversicherungsfinanzierung als Mischform zwischen Gesundheitsprämie und Voucher-Modell begreifen. Vgl. S. Greß, M. Manoguian, J. Wasem: Krankenversicherungsreform in den Niederlanden. Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland? Diskussionsbeitrag, Universität Duisburg-Essen 2006.

⁸ L.J. Kotlikoff: The Healthcare Fix: Universal Insurance for All Americans, MIT Press, Cambridge 2007.

⁹ Weitere Beispiele sind der Honorarvertrag für die ambulante medizinische Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und den IKKEN in Bayern sowie die Kassenarten übergreifende Fusionswelle, die die gesetzlichen Versicherungen erfasst hat.

Es schafft selbst auf der Ebene der Gesetzgebung bereits bei der Umsetzung zusätzlichen Regelungsbedarf. Ein Beispiel ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG). Mit ihm wird die Insolvenzfähigkeit aller gesetzlichen Kassen zu gleichen Bedingungen hergestellt, worin eine notwendige Voraussetzung für fairen Wettbewerb zu sehen ist.¹⁰ Ein weiteres Beispiel ist der Krankenhausbereich. Hier haben sich Bund und Länder erst jüngst auf den Einstieg in eine neue Finanzierung verständigt. Zwar bleibt es bei der dualen Finanzierung, die von vielen als Ursache für extreme Überkapazitäten angesehen wird,¹¹ aber wenigstens sollen die Länder künftig über Investitionen nicht länger unabhängig entscheiden können. Stattdessen wird es nach 2012 vereinheitlichte Pauschalen geben. Die Reform von 2007 löst also nicht nur Probleme, sie schafft auch neue. Dabei gilt es vermeintliche Probleme von echten zu unterscheiden. Zu den vermeintlichen kann man die Beförderung von Staats- bzw. Einheitsmedizin und die Zunahme von Bürokratie rechnen.

Was den Vorwurf der Beförderung von Staats- bzw. Einheitsmedizin anbetrifft, so spricht der äußere Schein für seine Richtigkeit.¹²

¹⁰ Bereits zum 1. Januar 2009 entfällt die Haftung der Länder für Versorgungsansprüche und Ansprüche auf Insolvenzgeld nach dem SGB III der Beschäftigten von bisher insolvenzunfähigen landesunmittelbaren Krankenkassen. Ab 2010 werden alle Kassen verpflichtet, für ihre Versorgungsverpflichtungen ausreichendes Deckungskapital zu bilden. Siehe Gesetzentwurf der Bundesregierung.

¹¹ Den OECD-Gesundheitsdaten 2007 ist zu entnehmen, dass in Deutschland 2005 für die Akutversorgung im Krankenhaus 6,4 Betten je 1000 Einwohner zur Verfügung standen und damit deutlich mehr als die 3,9 Betten des OECD-Durchschnitts.

¹² Vgl. im Weiteren W. F. Richter: Der Gesundheitsfonds als Kernstück einer Reform, in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich, Asgard, St. Augustin 2007, S. 71-95.

Den Kassen wird das einnahmeseitige Instrument der Beitragsatzdifferenzierung genommen. Es gibt nur noch den einheitlichen, politisch festzulegenden Satz. Dieser Darstellung¹³ muss man indessen entgegenhalten, dass das Instrument der Beitragssatzdifferenzierung nicht einfach entfällt, sondern durch das Instrument der mengenmarginalen Prämiendifferenzierung ersetzt wird. Ob der Gesundheitsfonds in die Staatsmedizin führt oder von dieser eher weg, lässt sich folglich nicht durch das Zählen von Instrumenten beantworten, sondern nur durch eine Analyse differentieller Anreizwirkungen. Die entscheidende und allenfalls zukünftig im Rückblick fundiert zu beantwortende Frage ist dabei, ob die herkömmliche Beitragssatzdifferenzierung oder die mengenmarginale Prämiendifferenzierung den Wettbewerb der Krankenkassen stärker belebt.

Was den Bürokratievorwurf betrifft, so ist es um ihn still geworden. Man hat allgemein verstanden, dass der Fonds eine virtuelle Veranstaltung ist. Rückblickend muss man sagen, dass es wohl ein politischer Fehler war, im Eckpunktepapier mit Rücksicht auf vermeintliche Länderinteressen einen regional organisierten Beitragseinzug vorzusehen. Nach einer späteren Einigung bleibt er nun bis 2010 bei den Krankenkassen und damit alles beim Alten. Danach sollen kassenartenübergreifende Weiterleitungsstellen eingerichtet und den Arbeitgebern die Möglichkeit eröffnet werden, ihren Verwaltungsaufwand zu reduzieren. In dieser Regelung zeichnet sich ab, was in der ganzen Diskussion um den Bürokratievorwurf kaum gewürdigt wurde, dass nämlich die Verwirklichung des Fondskonzepts

¹³ Vgl. stellvertretend A. Börsch-Supan: Torpedo für einen guten Zweck, in: Süddeutsche Zeitung vom 8. Januar 2007.

zum Abbau von Bürokratie genutzt werden kann.

Nach ursprünglichen Vorschlägen aus der Wissenschaft¹⁴ sollte die Beitragsfinanzierung des Fonds auf einer zweiten Reformstufe mit der Besteuerung verschmolzen werden. Beitrags- und Lohnsteuerabführung könnten dann eins werden. Solange weder Zusatzbeiträge noch Boni¹⁵ gezahlt werden, wird unzweifelhaft Bürokratie abgebaut. Soweit Zusatzbeiträge und Boni in einkommensunabhängiger Form gestaltet werden, entsprechen diese Zahlungsvorgänge lediglich der Entrichtung bzw. Rückerstattung von Versicherungsprämien und sind als unverzichtbarer Bestandteil marktwirtschaftlicher Transaktionen nicht weiter zu beanstanden. Kritischer sind dagegen einkommensabhängige Zusatzbeiträge zu sehen. Ihre Erhebung ist nicht nur verwaltungsaufwendig, sie ist mit dem Fondskonzept auch nur schlecht vereinbar.

Überforderungsklausel

Die Einkommensabhängigkeit ist eine Folge der politisch motivierten Überforderungsklausel. Nach dieser sind Zusatzbeiträge auf 1% der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds begrenzt, sofern sie monatlich 8 Euro übersteigen. Mit dieser Bestimmung will der Gesetzgeber die Beitragszahler vor finanzieller Überforderung schützen.¹⁶ Das Schutzbedürfnis wird

¹⁴ W. F. Richter: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 85. Jg. (2005), H. 11, S. 693-697; Wissenschaftlicher Beirat: Zur Reform ..., a.a.O.

¹⁵ Das Gesetz spricht von Prämien.

¹⁶ Vgl. im Weiteren W. F. Richter: Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Ein Ausblick, in: H. Adam, C. Behrens, D. Göpfarth, B. Jochimsen (Hrsg.): Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, Festschrift für K.-D. Henke, Baden-Baden 2007, S. 267-277.

allerdings zu Recht angezweifelt.¹⁷ Schließlich haben die Beitragszahler ein Sonderkündigungsrecht für den Fall, dass ihre Kasse einen Zusatzbeitrag einführt, ihn anhebt oder eine Rückzahlung senkt. Sie können in solchen Fällen ungehindert zu einer günstigeren Kasse wechseln. Die Bundesregierung muss lediglich darauf achten, dass die Mittelausstattung des Fonds stets einzelnen Kassen erlaubt, Boni auszahlten. Bei Sozialhilfeempfängern und Empfängern der Mindestsicherung im Alter übernimmt ohnehin der zuständige Träger die Zahlung des Zusatzbeitrages. Es besteht also keine Notwendigkeit, Versicherte mit Hilfe einer speziellen Regelung vor finanzieller Überforderung zu schützen.

Die Überforderungsklausel wird auch deswegen kritisch gesehen, weil die Notwendigkeit, einkommensabhängige Zusatzbeiträge zu erheben, stark von der Einkommensstruktur der Mitglieder abhängt, ohne dass die einzelne Kasse darauf Einfluss nehmen könnte. Daraus resultiert ein wettbewerbsverzerrender Effekt,¹⁸ der vermutlich nach Ablauf des ersten Quartals 2009 sichtbar wird und im Vorfeld der Bundestagswahl zu hochgespielten Diskussionen Anlass geben könnte.

Trennung von Wettbewerbs- und Einkommenswirkungen

Das Fondskonzept basiert auf dem Gedanken, Wettbewerbs- und Einkommenswirkungen zu trennen. Die erste Stufe der angestrebten Reform sollte allein auf eine Stärkung des Wettbewerbs der Kassen um Versicherte zielen. Einkommenswirkungen, die aus einer grundlegenden Umgestaltung der

¹⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen, Jahresgutachten 2006/07, Wiesbaden 2006.

¹⁸ Sachverständigenrat, a.a.O., 5. Kapitel, I.

Beitragsfinanzierung zwangsläufig resultieren, sollten erst auf der zweiten Stufe die Reformbestrebungen überschatten dürfen. Auf der ersten Stufe sollten dagegen die Einkommenswirkungen auf das Unvermeidliche beschränkt bleiben. Als unvermeidlich haben all diejenigen Einkommenswirkungen zu gelten, die aus der Vereinheitlichung der Beitragssätze resultieren. Da die Beitragssatzdifferenzen in den Extremen drei Prozentpunkte übersteigen, liegt in der Vereinheitlichung gleichwohl politische Brisanz. Diese wird zusätzlich dadurch verschärft, dass der Einstieg in die Fondsfinanzierung genutzt wird, um die Finanzausstattung der Krankenhäuser und die Vergütung der niedergelassenen Ärzte zu verbessern.¹⁹ Zu den unvermeidlichen Einkommenswirkungen sind auch länderspezifische Verteilungswirkungen zu zählen. Diese wurden von einigen Ländern, vor allem Bayern, zum Thema gemacht. Dagegen wurde von wissenschaftlicher Seite eingewandt, dass das Regionalprinzip dem Sozialversicherungsrecht fremd ist.²⁰ Zudem ist nach vorläufigen Berechnungen davon auszugehen, dass die länderspezifischen Belastungen die kritische 100 Mill. Eurogrenze nicht wesentlich übersteigen.²¹

Gesundheitspolitik wird zukünftig zu einem wesentlichen Teil Wettbewerbspolitik sein. Die neuen Vertragsfreiheiten, die das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz einräumt, können schließlich auch zur Verhinderung von Wettbewerb und zur Ausübung von Marktmacht missbraucht werden. Zwar hat der

¹⁹ Um 0,47 Prozentpunkte sollen die beiden Maßnahmen den durchschnittlichen Beitragssatz in die Höhe treiben.

²⁰ B. Rürup, E. Wille: Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Gutachten 2007.

²¹ B. Augurzyk et al.: Finanzielle Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Projektbericht des RWI, Essen 2006; B. Rürup, E. Wille, a.a.O.

Gesetzgeber die Gefahr erkannt und die einschlägigen Regelungen §§ 19 bis 21 GWB für anwendbar erklärt, das mit der Missbrauchskontrolle befassete Bundesversicherungsamt wird aber in die neue Aufgabe erst hineinwachsen müssen. Auch scheinen die Beziehungen zwischen fondsfinanzierter Grundsicherung und freiwilliger Zusatzversicherung in ihrer wettbewerblichen Dimension noch nicht richtig erkannt zu sein und auch theoretisch ungeklärte Fragen aufzuwerfen.

Unklar ist insbesondere, ob bei Grund- und Zusatzversicherung eine wirtschaftliche Anbieteridentität im Ideal anzustreben oder eher abzulehnen ist. Kotlikoff hält sie für notwendig, um Risikoselektion der Versicherer zu unterbinden.²² Die Grundversicherer sammeln im Zeitablauf Informationen über ihre Versicherten, die sie nutzen könnten, auf schlechte Risiken bei Zusatzverträgen mit unattraktiven Angeboten zu reagieren. Kotlikoff vermag allerdings nicht überzeugend zu erklären, warum das Problem überwunden wird, wenn Grund- und Zusatzgeschäft in einer Hand liegen. In der Schweiz scheint man auch ganz andere Erfahrungen zu machen. Hier beklagt man eine zu geringe Wechselbereitschaft der Versicherten, und man vermutet, dass die Wechselhemmnisse ihre Ursache in der Zusatzversicherung haben und auf die Grundversicherung ausstrahlen.²³ Vor diesem Hintergrund würde man eher da-

²² L. J. Kotlikoff, a.a.O., S. 80.

²³ So jedenfalls Andreas Balthasar von Interface – Institut für Politikstudien in einer mündlichen Erläuterung. Bekanntlich wurde in der Schweiz die Grundversicherung schon 1996 auf Pauschalprämien mit Sozialausgleich umgestellt. Vgl. S. Greß, R. Kocher, J. Wasm: Wettbewerbsorientierte Reformen im Gesundheitssystem der Schweiz – Vorbild für regulierten Wettbewerb in der deutschen GKV?, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 2004, 5, S. 59-70. Selbst Geringverdiener haben in der Schweiz häufig eine Zusatzversicherung, für die risikoorientierte Marktprämien erhoben werden.

für plädieren, Grund- und Zusatzgeschäft strikt zu trennen und die Weitergabe von versicherungsrelevanten Daten zu verbieten.

Wechselprobleme bei Zusatzversicherungen

Die Wechselproblematik bei den Zusatzversicherungen erinnert an die private Krankenversicherung. Bekanntlich beschränkt sich der Wettbewerb in der PKV auf das Neugeschäft, und ein späterer Wechsel des Versicherers wird durch die mangelnde Portabilität der Altersrückstellungen erschwert. Man könnte meinen, dass allein der Wunsch, altersbedingte Erhöhungen von Versicherungsprämien zu vermeiden, die Wechselprobleme schafft. Der Begriff der Altersrückstellungen nährt diesen Verdacht. Die Probleme liegen aber tiefer und wurzeln in dem so genannten kollektiven Prämienrisiko.²⁴ Wichtigster Faktor dieses Risikos ist der medizinisch-technische Fortschritt. Dieser bewirkt, dass zukünftige Gesundheitskosten individuell, aber auch kollektiv nur mit großer Unsicherheit prognostiziert werden können. Veränderungen werden daher in der Praxis erst dann prämienerksam und ohne individuelle Differenzierung verrechnet, wenn sie sich bei den Versicherungen in steigenden Kosten niedergeschlagen haben. Da die Verrechnung bei wachsenden Informationen über individuelle Erkrankungen stattfindet, bewirkt sie aus Sicht der Versicherten in nicht vernachlässigbarem Umfang Umverteilung ex post und nicht Versicherung ex ante. Daher macht es sich die Politik auch zu einfach, wenn sie von den privaten Krankenversicherungen schlicht per Gesetz verlangt, Por-

²⁴ Vgl. M. Nell, S. Rosenbrock: Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 9, 2008, S. 173-195.

tabilität bei den Altersrückstellungen herzustellen.

Umverteilung ist eine originär staatliche Aufgabe, und solange die Politik den privaten Versicherungen nicht eindeutig und zwingend vorgibt, nach welchen Maßstäben das kollektive Prämienrisiko auf die Individuen eines Versicherungs-kollektivs umzulegen ist (und zwar mit

allen Konsequenzen für einen möglichen Versicherungswechsel), droht als Ergebnis freien Wettbewerbs eine Ausdifferenzierung der Risiken. Nun kann man entsprechende Sorgen mit dem Hinweis übergehen wollen, dass das Geschäft der PKV eh auf Risikoselektion beruht. Der Hinweis wäre indes zynisch, weil die Leidtragenden aller Wahr-

scheinlichkeit nach die schlechten privat versicherten Risiken sein dürften. Wenn das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu kritisieren ist, dann in erster Linie in den Teilen, die die PKV betreffen. Hier scheinen ideologische Positionen die Reformbestrebungen deutlich stärker beeinflusst zu haben als in anderen Bereichen.

Klaus Jacobs

Am Vorabend des Gesundheitsfonds – Kaum ein Problem gelöst, aber neue geschaffen

Stabiler, nachhaltiger, gerechter sowie wettbewerbs- und arbeitsmarktfreundlicher sollte die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden. Diese anspruchsvolle Zielsetzung hatte sich die Große Koalition zu Beginn ihrer Regierungszeit auf die Agenda geschrieben. Übrig geblieben ist davon allerdings kaum etwas. Zum Jahresbeginn 2009 tritt mit dem Gesundheitsfonds ein neues Finanzierungsmodell für die GKV in Kraft, das im Hinblick auf die meisten dieser Ziele keinerlei erkennbaren Beitrag leistet. Stattdessen wird das System unter der irreführenden Überschrift „Wettbewerbsstärkung“ in Wirklichkeit weiter zentralisiert und aller Voraussicht nach wiederholten direkten Eingriffen des Staates ausgesetzt.

Ehe in diesem Beitrag wesentliche Facetten der „neuen GKV“ betrachtet werden, sei zunächst ein kurzer Blick zurückgeworfen. An Reformvorschlägen für eine zukunftsfeste, gerechte sowie wettbewerbs- und arbeitsmarkt-kompatible Ausgestaltung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung herrschte bekanntlich kein Mangel, als die Große Koalition vor

drei Jahren ihre Arbeit aufnahm. Rürup-, Herzog- und weitere Kommissionen, Sachverständigenräte und Gutachter hatten eine ganze Palette von Vorschlägen ausgearbeitet.

Die vormaligen Regierungsparteien SPD und Grüne favorisierten Modelle einer „Bürgerversicherung“. Deren Kernidee besteht darin, die Marktsegmentierung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch die Schaffung eines gemeinsamen Krankenversicherungsmarktes aufzuheben und möglichst alle Bürger auf Basis eines umfassenden Einkommensbegriffs an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Dazu sahen die konkreten Reformmodelle zumeist weiterhin einkommensabhängige Beiträge vor.

Einkommensunabhängige, „pauschale“ Krankenversicherungsbeiträge standen dagegen im Zentrum des Reformkonzepts der Unionsparteien, der so genannten „Gesundheitsprämie“. Dabei wird insbesondere die Aufgabe des Einkommensausgleichs aus dem Krankenversicherungssystem

ausgegliedert und – in Form von Beitragszuschüssen für Einkommensschwache – in das allgemeine Steuersystem überführt. Keine Änderungen wollten CDU/CSU dagegen am weithin unverbundenen Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung vornehmen.

Wie nicht zuletzt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung mit seiner „Bürgerpauschale“ gezeigt hat,¹ hätte man beide Reformansätze – der politisch und medial immer wieder betonten vermeintlichen Unvereinbarkeit zum Trotz – durchaus miteinander verbinden können. Stattdessen wurde jedoch das Modell „Gesundheitsfonds“ geboren, das eigentlich niemand wollte und das – zumindest in seiner jetzigen Ausgestaltung – keines der drängenden Finanzierungsprobleme löst, wohl aber neue Probleme schafft.

Weil die Beiträge zur GKV weiter von denselben Menschen (und ihren Arbeitgebern bzw. der Renten-

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004/2005, Bundestags-Drucksache 16/4300 vom 18.11.2004, Ziff. 485 ff.

und Arbeitslosenversicherung) auf Basis derselben Einkommen wie heute entrichtet werden, wird die Finanzierung kein Stück stabiler, nachhaltiger und gerechter. Wenn die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder selbst in einer ausgesprochenen Wachstumsphase mit deutlich rückläufigen Arbeitslosenzahlen – wie erst kürzlich vom Bundesgesundheitsministerium für den Zeitraum Juli 2007 bis Juni 2008 „amtlich“ festgestellt – gerade einmal +1,41% erreicht, kann von stabilen Finanzierungsgrundlagen wohl keine Rede sein, von Nachhaltigkeit ganz zu schweigen. Ob sich diese Einschätzung angesichts des in Aussicht gestellten Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds merklich verändert, ist einstweilen völlig ungewiss. 2009 beträgt dieser Zuschuss zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen gerade 4,0 Mrd. Euro. Damit liegt er noch unter dem Betrag, der bereits vor drei Jahren gezahlt wurde, ehe ihn die jetzige Bundesregierung wieder reduzierte (und die GKV-Beitragszahler mit der 2007 erfolgten Erhöhung der Mehrwertsteuer – die auf Arzneimittel mit dem vollen Satz erhoben wird – gleich noch ein zweites Mal zur Konsolidierung der Staatsfinanzen zur Kasse bat).

Neue Reformdevise „Wettbewerb“

Vor diesem Hintergrund kann es kaum überraschen, dass von den ursprünglichen Zielen in der politischen Begleit-Rhetorik zur Gesundheitsreform keine Rede mehr ist. „Mehr Wettbewerb“ lautet jetzt die Reformdevise des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes“. Mit dem Gesundheitsfonds – so die Gesetzesbegründung – würden „die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und

mehr innovative Angebote der Kassen erhöht“ und würde „die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung gelegt“. Wird wenigstens diese Ankündigung erfüllt?

Ein wichtiges Wettbewerbsziel war schon im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses auf der Strecke geblieben: der noch im Koalitionsvertrag im November 2005 proklamierte „faire Wettbewerb“ zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Die bestehende Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes – nach Auffassung des Sachverständigenrats „sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht (...) ökonomisch nicht begründbar“² – bleibt dank erfolgreicher Lobbyarbeit der privaten Versicherungswirtschaft und ihrer tatkräftigen Helfer in Politik und Wissenschaft im Grundsatz unangetastet – von „fairem Wettbewerb“ (und größerer Verteilungsgerechtigkeit) also keine Spur. Inwieweit es innerhalb der privaten Krankenversicherung künftig zu mehr Wettbewerb kommt, von dem auch Bestandsversicherte profitieren können, bleibt vorerst abzuwarten; auch hier erscheint Skepsis geboten.³

Doch zurück zur GKV. Damit das Wettbewerbskonzept des Gesundheitsfonds aufgeht, müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein, die einerseits unmittelbar mit der konkreten Ausgestaltung des neuen Finanzierungskonzepts selbst und andererseits mit der Wirksamkeit der wettbewerblichen Handlungsspielräume von Krankenkassen

² Ebenda, Ziff. 494.

³ Vgl. dazu K. Jacobs: Die Gesundheitsreform und die PKV: von „fairem Wettbewerb“ keine Spur, in: D. Göppfarth et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds, St. Augustin 2007, S. 249-272.

und Leistungserbringern zu tun haben. Denn schließlich geht es – siehe die oben zitierte Passage aus der Gesetzesbegründung – nicht um möglichst viel Wettbewerb „an sich“, sondern um mehr „Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung“.

Ausstattung des Fonds

Zurzeit fragen sich die Kassenmanager vor allem, wie viel Geld sie im kommenden Jahr aus dem Gesundheitsfonds erhalten und ob dies ausreicht, die zu erwartenden Ausgaben zu decken. Die Antwort auf diese Fragen hängt von zwei Faktoren ab: der Finanzausstattung des Fonds und dem Schlüssel zur Verteilung der Fondsmittel.

Die Bundesregierung hat wiederholt angekündigt, dass der Gesundheitsfonds zum Start über ausreichende Finanzmittel verfügen soll, um die Ausgaben der GKV insgesamt zu decken. Ob der soeben bekannt gegebene allgemeine Beitragssatz von 15,5% – 8,2% für die Versicherten und 7,3 für die Arbeitgeber – dies tatsächlich leistet, lässt sich derzeit naturgemäß nicht absehen. Genau hierin liegt aber ein generelles Problem des neuen Systems, in dem zwar die Verantwortung für den allgemeinen Beitragssatz von den einzelnen Krankenkassen auf die Bundesregierung übergegangen ist, das Ausgabenrisiko aber vollständig bei den Kassen verbleibt.

Dass in jedem Herbst geschätzt werden muss, wie sich Ausgaben und Einnahmenbasis im Folgejahr entwickeln, kennt jede Krankenkasse aus ihrer Haushaltsplanung. Wenn diese Schätzung nun aber für die gesamte GKV vorgenommen wird, und zwar durch einen „Schätzerkreis“ mit Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesversicherungsamts

und des neuen GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen, erscheint zweifelhaft, ob die „Grundsätze kaufmännischer Vorsicht“ gebührend zum Zuge kommen. Die Bundesregierung ist daran interessiert, sowohl die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder als auch der Leistungsausgaben positiv zu zeichnen – würde sie andernfalls die Wirkungen ihrer eigenen Politik doch selbst in Frage stellen. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Einkommensentwicklung eher überschätzt und die Ausgabenentwicklung eher unterschätzt werden dürfte – mit der Folge eines von Anfang an zu niedrigen Beitragssatzes (was sich jedoch mit dem Ziel einer möglichst niedrigen Abgabenquote träfe und den Beifall der Arbeitgeber fände). Da zudem nicht vorgesehen ist, den Beitragssatz zeitnah anzupassen, sofern sich abzeichnet, dass die ursprüngliche Schätzung von der Wirklichkeit überholt wird, werden Fehlbeträge nicht lange auf sich warten lassen. Perspektivisch soll der Gesundheitsfonds ohnehin nur 95% der GKV-Ausgaben decken.

Pluspunkt „Morbi-RSA“

Die Zuweisungen an die Kassen werden zum Großteil durch den Risikostrukturausgleich (RSA) bestimmt, der ab 2009 direkt morbiditätsorientiert ausgestaltet ist. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es mittlerweile unstrittig, dass jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung (also ohne risikoäquivalente Prämien) ein Ausgleichssystem benötigt, um Anreize zur Risikoselektion zu mindern, Chancengleichheit im Wettbewerb zu sichern und Marktstabilität zu gewährleisten. Diese Erkenntnis hat auch das Bundesverfassungsgericht 2005 in einem viel beachteten Urteil bestätigt und

dabei ausgeführt, dass der Krankheitszustand der Versicherten im bisherigen Risikostrukturausgleich unzureichend erfasst werde und der Beitragssatz der Kassen nach wie vor großenteils vom Anteil ihrer gut verdienenden und gesunden Versicherten abhängt. Deshalb lohnten die in aller Regel aufwändigen Aktivitäten des Vertrags- und Versorgungsmanagements für kranke Versicherte meist weniger als Risikoselektion und drohten zudem, weitere kranke Versicherte und damit schlechte Risiken anzulocken.⁴

Der Gesetzgeber ist dieser Kritik gefolgt: zum einen durch die Vollständigung des Finanzkraftausgleichs, indem die Kassen künftig auch (standardisierte) Zuweisungen für Verwaltungsausgaben erhalten, und zum anderen durch die direkte Morbiditätsorientierung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs in Form von Risikozuschlägen für kranke Versicherte. Diese grundsätzlich zielführende Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – zu der es allerdings keines Gesundheitsfonds bedurft hätte – weist aber auch Schwachstellen auf. Eine liegt darin, dass der Gesetzgeber die Zahl der Krankheiten, für die Risikozuschläge gezahlt werden, willkürlich auf maximal 80 begrenzt hat. Dadurch gibt es drei Gruppen von Versicherten: Gesunde, Kranke mit „richtigen“ (weil mit Risikozuschlägen versehenen) Krankheiten und Kranke mit „falschen“ (weil nicht berücksichtigten) Krankheiten. Das sorgt zwangsläufig für verzerrte Handlungsanreize bei den Kassen und sollte tunlichst rasch korrigiert werden.

⁴ Bundesverfassungsgericht, Gründe zum Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – im Verfahren zur Feststellung der Verfassungswidrigkeit von §§ 266 f. und 313a SGB V.

Weil der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich vom Grundsatz her ein „lernendes System“ ist, das ständig weiterentwickelt wird, können erkannte Unzulänglichkeiten Schritt für Schritt beseitigt werden. Dazu zählen auch Verbesserungen bei der Zielgenauigkeit und der Stabilität des nunmehr verwendeten Versichertenklassifikationsmodells, das (zu?) stark auf ambulanten Diagnosen basiert, die bekanntermaßen eine relativ geringe Validität aufweisen.

Schwachstelle Zusatzbeitrag

Die größte Schwachstelle im neuen Finanzierungskonzept liegt jedoch in der Konstruktion des Zusatzbeitrags, den eine Krankenkasse direkt von ihren Mitgliedern erheben muss, wenn die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen. Dabei begrenzt eine Überforderungsklausel einen kassenspezifischen Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro auf maximal 1% der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds. Neben dem beträchtlichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand durch die Erhebung des Zusatzbeitrags mit individueller Einkommensprüfung kommt es zu einer Reihe von Anreizproblemen. Wenn ein Großteil der Kassen einen Zusatzbeitrag erheben muss und ein nennenswerter Teil ihrer Mitglieder unter die Überforderungsklausel fällt, haben diese Mitglieder keinerlei finanziellen Anreiz zum Kassenwechsel mehr – schließlich müssten sie mehr oder weniger überall denselben, auf 1% ihres Einkommens begrenzten Zusatzbeitrag entrichten. Zumindest für diese Mitglieder hätte der Zusatzbeitrag damit die ihm zugeordnete Signalfunktion verloren.

Aber auch für die Kassen gibt es gravierende Anreizprobleme, die aus der „Überforderungsfalle“

des Zusatzbeitrags resultieren: Die wegen der Überforderungsklausel entgangenen Zusatzbeiträge werden nämlich nicht „von außen“ erstattet – sei es als steuerfinanzierte Zuschüsse (wie bei der „Gesundheitsprämie“ der Unionsparteien) oder als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – sondern müssen kassenintern kompensiert werden. Das kann aber nur über höhere Zusatzbeiträge geschehen, wodurch weitere Mitglieder von der Überforderungsklausel erfasst werden und abermalige Einnahmefälle entstehen, die wiederum ausgeglichen werden müssen, usw. usf. Am Ende einer solchen „Spirale“ steht relativ schnell die Handlungsunfähigkeit einer – keinesfalls zwangsläufig „unwirtschaftlichen“ – Kasse, die ihre Ausgaben nicht mehr decken kann, weil schließlich alle ihre Mitglieder unter die Überforderungsklausel fallen und sie keine Einnahmen im erforderlichen Umfang mehr generieren kann.

Auf diesem Mechanismus fußt die Kritik, dass die Kassen mit dem neuen Finanzierungskonzept der GKV ihre Finanzautonomie verlieren. Weil eine Kasse umso eher in die „Überforderungsfalle“ gerät, je mehr einkommensschwache Mitglieder und (zusatz-)beitragsfreie Familienangehörige sie versichert, wird Risikoselektion nach Einkommen und Mitversichertenquote zwingend erforderlich – die positive Weiterentwicklung des RSA wird dadurch in geradezu grotesker Weise konterkariert. Deshalb muss der Gesetzgeber hier dringend nachbessern, ehe die ersten Kassen insolvent werden, ohne selbst etwas dagegen tun zu können.

Vertragswettbewerb als Fragment

Was können die Krankenkassen künftig überhaupt tun, um ihre Ausgaben zu steuern? Regie-

rungspolitikern erscheint das nicht sonderlich schwierig; Originalton Horst Seehofer in einem ZEIT-Interview vom 11.9.2008: „Wenn der bundesweite Einheitsbeitrag nicht ausreicht für die Finanzierung der Kosten, müssen die Kassen wirtschaftlicher arbeiten.“ Bloß wie? Auf den Großteil ihrer Leistungsausgaben – also knapp 95% der Gesamtausgaben – haben die Kassen auch in Zukunft kaum Einfluss. Weil die Verpflichtung aller Kassen, „gemeinsam und einheitlich“ zu handeln, im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung auf Landesebene noch verschärft wurde und hochspezialisierte ambulante Leistungen im Krankenhaus vollständig aus dem Vertragsgeschäft ausgegliedert und einem Regime der reinen Plan- und Kollektivwirtschaft unterstellt wurden, sind die wettbewerblichen Handlungsoptionen mit der jüngsten Reform keineswegs nur erweitert, sondern stellenweise sogar noch beschnitten worden.

Doch auch dort, wo es Selektivvertragsoptionen gibt, ist deren Wirksamkeit begrenzt. Das flächendeckende Angebot zur hausarztzentrierten Versorgung ist den Kassen per Gesetz obligatorisch vorgeschrieben. So kommen auf der Ärzteseite als Vertragspartner faktisch nur große Verbände zum Zug, denen ihre Gewerkschaftsfunktion („mehr Geld für alle Mitglieder“) naturgemäß wichtiger ist als flexible, dezentrale Entwicklungen von innovativen Organisations- und Betriebsstrukturen mit Potenzial für echte Produktivitätsfortschritte. Auch bei der integrierten Versorgung – bislang der Kernbereich des vertragswettbewerblichen Leistungsgeschehens – gibt es bis heute keine klare Vorschrift, die verbindlich ausschließt, dass Krankenkassen selektivvertraglich vereinbarte Versorgungsleistungen

ein zweites Mal im Rahmen der sektoralen Kollektivvergütungen bezahlen müssen. Für deren „Bereinigung“ sind nämlich die Kollektivvertragsparteien zuständig, die naturgemäß kein ausgeprägtes Interesse an möglichst vielen erfolgreichen Selektivverträgen haben können.

Das markanteste Beispiel für das eklatante Auseinanderklaffen zwischen Wettbewerbs-Rhetorik sowie Plan- und Kollektivwirtschafts-Realität stellt allerdings der Krankenhausbereich dar, der bis heute ein vollständiger wettbewerblicher Ausnahmehereich geblieben ist. Das wird vorerst auch so bleiben, denn nach Abschluss der Konvergenzphase zur Einführung des diagnosebasierten Fallpauschalensystems zur Leistungsvergütung („G-DRGs“) gibt es im kommenden Jahr ein Einheitspreissystem ohne die geringsten vertragswettbewerblichen Öffnungsoptionen. Wenn aber nicht einmal die Große Koalition entsprechende Öffnungen bewirken kann, dürfte der an den überholten Sektorengrenzen ambulant/stationär orientierte Zuständigkeits-Verhau zwischen Bund und Ländern vermutlich noch geraume Zeit jedwede Herausbildung funktionaler Wettbewerbsstrukturen im Krankenhausbereich blockieren und damit bestehende Überkapazitäten und Ineffizienzen fortschreiben.

Da erscheint es nur passend, wenn die Politik – anstatt endlich auch die Leistungserbringer in den Wettbewerb zu stellen – Milliarden geschenke an ambulant tätige Ärzte und Krankenhäuser verteilt wie gerade aktuell in selten erlebter Großzügigkeit. Dies geschieht bei einer Versorgungslandschaft, die bei der Zahl der Krankenhausbetten einen internationalen Spitzenplatz einnimmt und im ambulanten Bereich seit 1990 durch einen

Zuwachs an Ärzten um fast 50% gekennzeichnet ist (während die öffentliche Wahrnehmung – bundesweit – zunehmend vom „Uckermark-Syndrom“ eines drohenden Ärztemangels bestimmt wird).

Dass eine hochwertige Gesundheitsversorgung tendenziell eher mehr Geld kostet, zumal bei einer alternden Bevölkerung, wird – allen unausgeschöpften Produktivitätsreserven zum Trotz – kaum jemand rundweg abstreiten. Dass

aber mittlerweile auf diese Weise jährliche Ausgabensteigerungen im hohen einstelligen oder gar im zweistelligen Prozentbereich begründet werden, ist in der Sache vollkommen verfehlt und allein polit-ökonomisch zu erklären. Bei dem unausgegorenen Konzept des Gesundheitsfonds mit seiner desaströsen Überforderungsklausel und ohne ausreichende Handlungsparameter der Kassen zur selektivvertragsbasierten Leistungs- und Ausgabensteuerung

wird dies zwar zu einer gründlichen Marktberäumung unter den Krankenkassen führen, am Ende aber den Versicherten aller verbliebenen Kassen – als Beitragszahler oder als Patienten – spürbare Zusatzbelastungen aufbürden. Den „schwarzen Peter“ für diese Entwicklung wird die Politik nicht los – deshalb wird die nächste Reform kaum lange auf sich warten lassen. Bleibt nur zu hoffen, dass die GKV bis dahin nicht allzu viel von ihrer Substanz verloren hat.

Jürgen Wasem, Anke Walendzik

Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung: Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung?

Ein Schwerpunkt der Gesundheitsreform 2007¹ stellt die Reform des kollektivvertraglichen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems dar. Die bisher gültigen Vergütungsregelungen wurden von Politik, Wissenschaft, aber auch den Ärzten selber vielfach kritisiert: Da die Vergütungen im Wesentlichen auf Entscheidungen aus dem Jahr 1992 aufsetzen, führen sie zu Verteilungsungerechtigkeiten und disfunktionalen Steuerungswirkungen; auch wurden fehlende Transparenz und Planungssicherheit bemängelt. Bereits in der Gesundheitsreform von 2004 war ein Versuch einer Neugestaltung des Vergütungssystems unternommen worden – das seinerzeit beschlossene Regelungsgefüge erwies sich jedoch als so komplex, dass es nicht umgesetzt werden konnte. In

¹ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26.3.2007 (BGBl. I S. 378).

der Gesundheitsreform 2007 fördert der Gesetzgeber zwar auch wettbewerbliche Elemente, indem er das selektive Kontrahieren durch Einzelverträge stärkt und ausbaut. Der Bereich der Kollektivverträge macht jedoch wie bisher bei weitem den Hauptanteil an der ambulanten ärztlichen Vergütung aus. Daher unternimmt der Gesetzgeber auch einen nochmaligen Versuch, durch Zentralisierung und rationale Gestaltung des Ordnungsrahmens angemessenere Ermittlungs- und Verteilungsmechanismen zu finden.

Bisheriges System: gewollte und ungewollte Wirkungen

Das Kollektivvertragssystem in der ambulanten Versorgung basiert bislang auf Vergütungsverträgen, die die Landesverbände einer Krankenkassenart (AOK, BKK, IKK, Ersatzkassen) für ihre Mitglieds-kassen mit der jeweils in einem Bun-

desland errichteten Kassenärztlichen Vereinigung² abschließen. Die Krankenkassen zahlen hierbei „mit befreiender Wirkung“ eine sogenannte Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Gesamtvergütung besteht im Wesentlichen aus quartalsbezogenen Kopfpauschalen pro beitragszahlendem Mitglied und ist insoweit budgetiert. Die Höhe der Kopfpauschalen der verschiedenen Krankenkassen stand bei Einführung dieser Vergütungsform Anfang der 90er Jahre in einem engen Zusammenhang zu den von den Ärzten gegenüber den Versicherten der jeweiligen Krankenkassen erbrachten Leistungen. Seitdem wurden sie aber unabhängig von der Veränderung der Versichertenstruktur und dem Leistungsbedarf in den jährlichen Verhandlungen fortgeschrieben, so dass sich er-

² Nur in Nordrhein-Westfalen bestehen für das Rheinland und Westfalen jeweils eigene Kassenärztliche Vereinigungen.

hebliche Ungleichgewichte zwischen gezahlten Gesamtvergütungen und abgerufenen Leistungen zwischen den Krankenkassen ergeben haben. Dies schlug sich auch in beträchtlichen regionalen Unterschieden nieder.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen die Gesamtvergütungen, die sie von den Krankenkassen erhalten, an die Ärzte im Wesentlichen nach dem Umfang der von diesen erbrachten Leistungen. Dafür besteht auf der Bundesebene ein Gebührenverzeichnis der abrechenbaren Leistungen, der sogenannte Einheitliche Bewertungsmaßstab. Dieser weist jeder Gebührenordnungsposition eine Punktzahl zu. Der Preis der einzelnen ambulanten ärztlichen Leistung ergibt sich allerdings erst dadurch, dass ihre Punktzahl mit einem „Punktwert“ in Eurocent multipliziert wird. Nachdem bis Anfang des Jahrzehnts der Punktwert erst ex post durch die nachträgliche Division der budgetierten Gesamtvergütungen durch die Punktzahl der insgesamt erbrachten Leistungen errechnet wurde, haben die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten Jahren sehr unterschiedliche Mechanismen angewandt, wie sie ex ante budgetierte Gesamtvergütung und Verteilung der Mittel auf die Ärzte nach Leistung miteinander in Einklang bringen.

Die Entwicklung der Gesamtvergütung orientierte sich am Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten (sogenannte „Grundlohnsumme“), nicht aber an der Entwicklung der Morbidität – d.h. das Morbiditätsrisiko³ lag im Wesentlichen bei den ambulan-

³ Das Risiko einer Veränderung der Morbidität der versicherten Personen. Im Falle einer alternden Bevölkerung ist es höchstwahrscheinlich, dass eine im Zeitablauf wachsende Morbidität vorliegt.

ten Ärzten. Gleichzeitig schreibt die Methode der Fortschreibung der Gesamtvergütung über die Grundlohnsummensteuerung regionale Versorgungsunterschiede zum Startzeitpunkt des Systems fort. So basiert die Fortschreibung des Leistungsbedarfs in den neuen Bundesländern auf dem Leistungsangebot im Jahre 1991. Zu diesem Zeitpunkt war in die dortigen Arztpraxen noch unterdurchschnittlich viel investiert worden, was verglichen mit dem Standardangebot der alten Bundesländer zu einem deutlich geringeren Leistungsangebot führte.

Beträchtliche Ungleichheiten ergaben sich auch durch die Ausweichmöglichkeiten aus dem System der budgetierten Gesamtvergütung. Bis zu 35% der erbrachten Leistungen wurden in einzelnen Bundesländern KV-spezifisch außerhalb der durch den Grundlohnsummenanstieg begrenzten Gesamtvergütung gezahlt, so dass hier eine stärkere Mengenausweitung für die Ärzte möglich war. Gleichzeitig wurden die Punktwerte für diese Leistungen gesondert bestimmt, so dass über diesen Mechanismus eine gesonderte Förderung bestimmter Leistungsarten auch per Preisanreiz möglich war. Insgesamt ergab sich bundesweit daraus eine fast unübersehbare Preisvielfalt für gleiche Leistungen, ohne dass diese systematisch etwa durch unterschiedliche Kostenstrukturen bedingt wären.

Die Aufgabe, mengenbegrenzende Mechanismen des Vergütungssystems auf der Ebene der einzelnen Ärzte zu implementieren, lag bis 2004 in der alleinigen Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, seitdem wird die Mengensteuerung in Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den regionalen Kassenverbänden

vereinbart. Das Ziel des Gesetzgebers, die Verteilungsgrundsätze zu vereinheitlichen, scheiterte jedoch an regionalen Eigenaktivitäten, so dass auch hier große Uneinheitlichkeit zu verzeichnen war.

Zusammengefasst also: Das bisherige Vergütungssystem hat zwar in Teilen (und zwar im intrabudgetären Bereich durch die mit befreiender Wirkung gezahlte Gesamtvergütung) einen politisch gewünschten mengenbegrenzenden Effekt in einem Markt erzielt, in dem es – auch – angebotsinduzierte Nachfrage gibt.⁴ Dieser Erfolg wurde jedoch begleitet von

- fehlender Differenzierung zwischen Steigerung des Leistungsbedarfs durch Morbiditätsveränderung und Leistungsausdehnung durch angebotsinduzierte Faktoren (und eventuell durch medizinischen Fortschritt), dadurch die Überwälzung des Morbiditätsrisikos auf die Ärzte und gleichzeitig eine Tendenz zu Rationierung,
- „wilder“ Preisdifferenzierung auf sowohl regionaler als auch Kassenebene, die nur in einigen Fällen gewollt steuernde Wirkung entfaltet,

⁴ Die Leistungsnachfrage der Patienten wird durch die asymmetrische Informationssituation stark von den Behandlungsentscheidungen der Ärzte als Anbieter bestimmt. So liegt die Vermutung nahe, dass ein Teil der Nachfrageerhöhungen nach ambulanter ärztlicher Behandlung vom Interesse der Anbieter induziert ist, also z.B. nicht Ergebnis von höherer Morbidität oder medizinischem Fortschritt ist (vgl. etwa F. Breyer: Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1984; J. Guggisberg, S. Spycher: Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Eine methodenkritische Literaturübersicht, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Forschungsprotokoll 3, 2005; R. Labelle, G. Stoddart, T. Rice: A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand, in: Journal of Health Economics, 13, (2005), S. 347-368.

- Fortschreibung zufällig historisch entstandener regionaler Versorgungsunterschiede.

Die Reformziele

Im Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Gesetzesentwurf des GKV-WSG⁵ sind als übergeordnete Ziele der Reform Transparenz, Flexibilität und eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung für die Kassen und Leistungserbringer genannt.

Für die Reform des kollektivvertraglichen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems werden im Gesetzesentwurf des GKV-WSG folgende Leitlinien vorangestellt:⁶

- Ablösung der bisherigen Budgetierung,
- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung,
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen,
- Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten,
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung,
- Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize.

Während also einerseits im GKV-WSG neue Möglichkeiten des

⁵ Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzesentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Drucksache 16/3100 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, BT-Drucksache 16/4247.

⁶ Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, BT-Drucksache 16/3100.

selektiven Kontrahierens im Sinne des Wettbewerbes eröffnet werden sollen, steht die Reform des kollektiven Vergütungssystems eher im Kontext von verbesserter Transparenz (gerade für die Leistungserbringer in Gestalt fester Preise) und der Aufhebung nicht begründbarer und nicht zielführender Vergütungsunterschiede. Zielrichtung in diesem Segment ist also Vereinheitlichung, Zentralisierung und Straffung. Selektive Vergütungsformen sollen also mit einem rationaleren kollektiven Vergütungssystem konkurrieren, während der Wettbewerb im Kollektivvertragssystem, der bisher zwischen den Kassenarten herrschte, herausgenommen wird. Die Entscheidungskompetenzen auf der Bundesebene durch den paritätisch besetzten Bewertungsausschuss – bzw. wenn keine Verständigung möglich ist: durch den um eine ungerade Zahl neutraler Mitglieder ergänzten „Erweiterten“ Bewertungsausschuss – werden ausgebaut. Die Spielräume der Landesebene im Verhältnis zu Entscheidungen auf zentraler Ebene werden verringert. Auch dort sind außerdem künftig die Entscheidungen im Kollektivvertrag über alle Krankenkassen und Kassenarten einheitlich zu fällen.

Zeitlicher Ablauf der Vergütungsreform

Die Umgestaltung des ambulanten ärztlichen Vergütungssystems verläuft schon von den Gesetzesvorgaben her in mehreren Stufen. Zum Januar 2008 trat zunächst der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab in Kraft, der eine stärkere Pauschalierung besonders im hausärztlichen Bereich verbindet mit einer durchschnittlichen Erhöhung der Punktzahlen um etwa 9,7%. Um den hausärztlichen Bereich zu stärken, ist die Punktzahlerhöhung

hier wesentlich stärker ausgeprägt als im fachärztlichen.

Im Januar 2009 erfolgt die Erst-einführung des neuen Gesamtsystems. Wesentliche neue Systemelemente werden sein: der bundesweit einheitliche Orientierungspunktwert, die Umsetzung in Euro-Gebührenordnungen auf regionaler Ebene, die Bestimmung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung unter erster Berücksichtigung der Morbiditätsveränderungen in der Bevölkerung sowie die Regelleistungsvolumina zu Festpreisen (siehe unten).

Damit ist dieses Reformelement allerdings noch nicht abgeschlossen: Insbesondere ein differenziertes Instrumentarium zur Messung der Morbiditätsveränderung wird erst 2010 einsatzbereit sein. Auch erst ab dem Jahr 2010 wird es regional differenzierte Punktwerte für Über- und Unterversorgung in den Euro-Gebührenordnungen geben, die gezielte preisliche Anreize zu einer bundesweit angemessenen ambulanten Versorgungssituation geben sollen.

Kontext der Begehrlichkeiten und politische Rahmenbedingungen

Betrachtet man den Gesetzestext, so wird deutlich, dass sowohl die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für 2008 als auch die Einführung des neuen Vergütungssystems für 2009 vom Gesetzgeber nicht als Anlässe für kräftige Vergütungszuwächse intendiert waren.

Auf Ärzteseite und speziell auch von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) jedoch wird die Erhöhung der EBM-Punktzahlen im neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab 2008 um knapp 10% verbunden mit der Forderung, diese 2009 in entsprechend er-

höhtes Honorar umzusetzen.⁷ Im Laufe des Jahres 2008 wird diese Perspektive – unabhängig von der ursprünglichen Gesetzesintention – zusehends gestützt seitens des Gesundheitsministeriums; es werden konkrete Zuwächse genannt, die sich in etwa an den beschworenen 10%, also rund 2,5 Mrd. Euro, orientieren.⁸ Hintergrund ist sicher auch der zunehmende Druck der Kassenärztlichen Vereinigungen in Ostdeutschland, in der Honorarangleichung voranzukommen. Will man die dazu nötigen Mittel nicht den westdeutschen ambulant tätigen Ärzten entziehen, sondern diese mindestens auf gleichem Vergütungsniveau belassen, so ergibt sich im neuen Vergütungssystem quasi „automatisch“ ein Zuwachsbedarf in etwa dieser Größenordnung.

Offizielles Ziel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Beginn der Verhandlungen ist ein Zuwachs von 4,5 Mrd. Euro, wohingegen die Kassen auf weitgehende Budgetneutralität und die ursprüngliche Konstruktion des Gesetzes pochen. Nicht überraschend kommt es daher nicht zu einer Einigung im Bewertungsausschuss, so dass erst Beschlüsse des Erweiterten Bundesausschusses im August und Oktober 2008 die Weichen für das neue Vergütungssystem stellen.

Die Gesamtvergütung im neuen Honorarsystem

Das zweistufige Vergütungssystem mit Gesamtvergütung der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Honorarverteilung durch die Kas-

senärztlichen Vereinigungen an die Ärzte bleibt auch im neuen System bestehen. Die Gesamtvergütung soll sich zwar nunmehr „morbidityorientiert“ entwickeln, wird aber weiterhin ex ante mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen gezahlt; Nachbesserungen kann es allenfalls im Rahmen eines eng definierten „nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs“ geben. Die Mengenkomponekte der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) ergibt sich künftig aus dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf, die Preiskomponekte bestimmt sich aus der den Leistungen gegenüberstehenden Punktzahl und dem Punktwert. Hatte die Bundesebene bislang schon die Punktzahlen der einzelnen Leistungen festgelegt, zentralisiert das Gesetz nunmehr auch bei der erstmaligen Festlegung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und dem Punktwert; es sind wesentlich weniger regionale Abweichungen als bislang möglich.

Preiskomponekte: der Orientierungswert

Die Bundesebene soll einen „Orientierungswert“ genannten bundeseinheitlichen Punktwert für alle Leistungen festlegen. Von diesem darf in den einzelnen KV-Bereichen insbesondere in Fällen einer abweichenden regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur per Zu- oder Abschlag abgewichen werden. Die Indikatoren zur Messung der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur werden wiederum auf zentraler Ebene bestimmt. Der vom Orientierungswert abgeleitete regionale Punktwert wird sodann auf alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in einer sogenannten regionalen „Euro-Gebührenordnung“ angewendet und führt zu ex ante

einheitlich bestimmten Eurocent-Preisen, unabhängig davon, ob die Leistungen innerhalb oder außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden. Es kommt also sowohl zu einer regionalen Vereinheitlichung als auch zu einer Vereinheitlichung der Punktwerte zwischen den verschiedenen Leistungen.

Für den Orientierungswert sieht das Gesetz zwar vor, dass sich beide Seiten einvernehmlich auf jeden beliebigen Wert verständigen könnten; sobald eine Lösung jedoch durch Mehrheitsentscheid im Erweiterten Bewertungsausschuss zu treffen ist, sind die beschriebenen gesetzlichen Vorgaben relativ strikt: Danach ergibt sich der Orientierungswert für 2009 durch Division des prognostizierten Ausgabenvolumens für die Ärzte 2008 durch die ebenfalls zu prognostizierende Leistungsmenge in abgerechneten Punkten des gleichen Jahres, erhöht um die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten von 2007 nach 2008, die 2009 auch im alten Vergütungssystem zu Honorarerhöhungen geführt hätte. Soweit Punkte aufgrund der (beschriebenen) Anwendung honorarbegrenzender Regelungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nur abgestaffelt vergütet wurden, ist dies entsprechend zu berücksichtigen. Es handelt sich also beim Orientierungswert quasi um einen bundesdurchschnittlichen Punktwert, der heute bereits vergütet wird.

Mengenkomponekte: morbidityorientierter Behandlungsbedarf

Ausgangspunkt für den morbiditätsorientierten Behandlungsbedarf für 2009 sind die – zu schätzenden – 2008 in einem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung

⁷ Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein EBM 2008: Neuer EBM zum 1. Januar 2008 – höhere Honorare ab Anfang 2009, KV-NO aktuell online. www.kvno.de (Zugriff: 17.12.2007).

⁸ Kassenärzte fordern mehr Geld, in: Süddeutsche Zeitung vom 15.9.2008.

erbrachten Leistungsmengen (in Punkten). Dabei sind wiederum die in einer Region angewendeten honorarbegrenzenden Regelungen zu berücksichtigen. Die Leistungsmengen 2008 sind für 2009 um eine bundeseinheitliche Veränderungsrate zu erhöhen.

Die Veränderungsrate soll „insbesondere“ Veränderungen von Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten, Veränderungen im Leistungsspektrum der GKV, Leistungsverlagerungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie Produktivitätsveränderungen bei der Erbringung der ambulanten ärztlichen Leistungen abbilden. Sie unterliegt damit einer Vielzahl von zu schätzenden Parametern.

Stellschrauben für den Bewertungsausschuss

Für den (Erweiterten) Bewertungsausschuss ergeben sich im Rahmen dieser Systematik nur wenige Stellschrauben für die Höhe der gesamten ambulanten ärztlichen Vergütung. Da die Interessensgegensätze zwischen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und Krankenkassen eine einvernehmliche Regelung für den Orientierungswert verhinderten, waren die relativ strikten gesetzlichen Vorgaben zur Berechnung anzuwenden. Daraus resultierte ein Punktwert von rund 3,50 Cent. Vorstellungen, die teilweise in der Ärzteschaft bestanden, hier könnte qua normativer Setzung ein deutlich höherer Punktwert beschlossen werden als derzeit im Bundesdurchschnitt gezahlt wird, waren von Beginn an Wunschdenken.

Allerdings hätte der (Erweiterte) Bewertungsausschuss die Möglichkeit gehabt, den Vertragspartnern in den Bundesländern mit Blick auf regionale Besonderheiten der Kosten- und Versorgungs-

struktur KV-spezifische Abweichungen vom Orientierungswert zu ermöglichen. Dazu vom Institut des Bewertungsausschusses durchgeführte Untersuchungen führten aber zu dem Befund, dass zwar etwa zwischen städtischen und ländlichen Regionen Kostenunterschiede bestehen, diese sich jedoch innerhalb der an den Ländergrenzen orientierten Kassenärztlichen Vereinigungen weitgehend ausgleichen. Auch für die Versorgungsstrukturen stellte der Erweiterte Bewertungsausschuss fest, dass keine Unterschiede zwischen den Bundesländern bestünden. Insgesamt hat damit der Erweiterte Bewertungsausschuss den regionalen Vertragspartnern insoweit keinen Korridor für eine abweichende Festsetzung der regionalen Punktwerte eröffnet.

Demgegenüber bestand – aufgrund der Vielzahl zu berücksichtigender Kriterien, für die überwiegend keine zwingende Operationalisierung vorliegt – erheblicher Ermessensspielraum bezüglich der Bestimmung der bundesweiten Veränderungsrate für den morbiditätsorientierten Behandlungsbedarf. Allerdings darf diese nicht regional differenziert festgelegt werden und erlaubt insofern für 2009 nur Veränderungen per „Gießkannenprinzip“ in Bezug auf die KV-Bezirke. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat die Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009 gegenüber der voraussichtlich 2008 erbrachten Menge mit 5,1% festgelegt⁹ und damit ein vergleichsweise starkes potenzielles Wachstum der Honorare der Vertragsärzte ausgelöst, das bei Erbringung entsprechender Leistungsmengen realisiert werden kann.

⁹ Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008.

Eine weitere Stellschraube ist die Behandlung der honorarwirksamen Verteilungswirkungen der Vergangenheit, die bei der Ermittlung der Ausgangsbasis (Leistungsmenge 2008) zu berücksichtigen sind. Hätte der Erweiterte Bewertungsausschuss hier die jeweiligen empirisch vorfindlichen regionalen Honorarverteilungsquoten¹⁰ zugrunde gelegt, hätte sich insbesondere für die neuen Bundesländer aufgrund des geringen Ausgangs-Behandlungsbedarfs eine niedrige Basis für die Anwendung der Veränderungsrate ergeben. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat daher grundsätzlich beschlossen, nicht die jeweiligen regionalen Abstufungsquoten zugrunde zu legen, sondern mit einer bundesdurchschnittlichen Quote zu arbeiten. Darüber hinaus hat er insbesondere berücksichtigt, in welchen Regionen die abgerechneten Punktmengen je Versicherten besonders gering sind – dies führte dazu, dass er für die neuen Bundesländer, aber auch für einige westdeutsche Bundesländer die Quote normativ nach oben und – zur Gegenfinanzierung – für andere Länder nach unten korrigiert hat.

Feinsteuerung im neuen System?

Das neue einheitliche Vergütungssystem auf der Basis gleicher Punktwerte baut auf einen schlüssig aufgebauten Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Idealtypisch sind die Leistungen zueinander so bewertet, wie ihr jeweiliger Kostenaufwand im Verhältnis zueinander steht. Dies soll über die Anwendung eines sogenannten Standardbewertungssystems (STABS), das ärztliche Arbeitszeit und laufende technische Kosten sowie

¹⁰ Die Honorarverteilungsquote ist der gewichtete Durchschnitt des Verhältnisses aller, auch der abgestaffelten Preise zum vollen bzw. vereinbarten Preis.

Abschreibungen berücksichtigt, geschehen.¹¹

Das Standardbewertungssystem wird seit 2004 für die Kalkulationen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab eingesetzt. Allerdings gibt es auch im Falle der konsequenten Anwendung von Standardbewertungssystemen eine Reihe von Problemen.

Das Standardbewertungssystem selber baut in seinen Preiskalkulationen auf einem Punktwert von 5,11 Cent auf. Das heißt, zu diesem Punktwert kann der durchschnittlich produktive Arzt seine Leistungen so erbringen, dass ein als angemessen vereinbarter Arztlohn entsteht. Liegt der faktische Punktwert darunter, so reduziert sich entweder der Arztlohn oder es besteht die Möglichkeit, die Kosten durch Produktivitätssteigerung zu reduzieren. Dies führt jedoch zur Ungleichbehandlung von solchen Ärzten, die typischerweise Leistungen mit wenig bis keinen Produktivitätsreserven erbringen. Ein besonders auffälliger Fall sind hier die psychotherapeutischen Leistungen, die als Gesprächsleistung eine klare Zeitbindung haben. Dies führt, geht man von einer generellen positiven Produktivitätsentwicklung in der gesamten Ärzteschaft aus, ohne weitere Anpassungen zu einem systematischen Vergütungsabfall der psychotherapeutischen Leistungserbringer. Bisher konnte eine angemessene Vergütung hier über einen erhöhten Punktwert garantiert werden, der innerärztlich sowie gegen die Krankenkassen von den Psychotherapeuten mithilfe der Sozialgerichte in den einzelnen Regionen durchgesetzt werden musste.

¹¹ A. Köhler: EBM 2000 plus: Zukunftssicherung für die vertragsärztliche Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, 97(50) 2000, S. A3388-3391.

Es gibt außerdem eine Reihe von Leistungen, deren Erbringung bewusst gesundheitspolitisch gefördert werden soll. Dies geschah in der Vergangenheit über Preisanreize. Bei gleichbleibender EBM-Punktzahl wurde der Punktwert dieser Leistungen in vielen Regionen selektiv angehoben, wie z.B. bei bestimmten präventiven Leistungen oder im Falle des ambulanten Operierens.

In einem System zentral angeglichener Punktwerte steht dieser Steuerungsmechanismus nicht mehr zur Verfügung. Um die obigen Zielsetzungen trotzdem zu erreichen, wurde die jeweilige Punktzahl im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen, aber auch für eine Reihe bisher besonders geförderter Leistungsgruppen angehoben. Dies geschieht jedoch außerhalb der Systematik des Standardbewertungssystems und verzerrt auf dieser Ebene die auf betriebswirtschaftlicher Ebene ermittelte Preiskomponente zumindest im Falle der besonders förderungswürdigen Leistungen.

Regelleistungsvolumina als Instrumente der Mengensteuerung

Die Regelleistungsvolumina der einzelnen Ärzte sind die eigentliche Stellgröße der Mengensteuerung. Über sie wird die budgetierte Gesamtvergütung auf die Leistungsersteller verteilt und die Menge der von diesen abrechenbaren Leistungen begrenzt. Das Regelleistungsvolumen definiert die Menge an Punkten, die ein Arzt mit dem festen Punktwert vergütet bekommt. Nachdem bisher die Regelleistungsvolumina regional sehr unterschiedlich ausgestaltet waren, sind nunmehr die Vorgaben der Bundesebene ver-

bindlich, wobei die Ausgestaltung vom Gesetz dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss überlassen wurde. Es werden arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina festgelegt, die auf der Vorjahresfallzahl des entsprechenden Arztes aufbauen. Diese Fallzahl ist mit dem arztgruppenspezifischen und nach drei Altersgruppen der Patienten differenzierten Fallwert zu multiplizieren. Dabei berechnet sich der Fallwert aus dem für eine Arztgruppe für die Regelleistungsvolumina zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumina, dividiert durch seine Fallzahlen des Vorjahresquartals. Überschreitet der Arzt mit seinen abgerechneten Leistungen das Regelleistungsvolumen, bekommt er auch in Zukunft hierfür nur noch einen deutlich abgestaffelten Punktwert vergütet. Eine Mengenbegrenzung ergibt sich auch dadurch, dass die historische Fallzahl des Arztes ins Verhältnis gesetzt wird zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Überschreitet der Arzt nämlich um mehr als 50% die arztgruppenspezifische Fallzahl, so werden die überschießenden Fälle nur noch degressiv vergütet.

Bei der Bestimmung der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina für die Regelleistungsvolumina stand der Gesichtspunkt im Vordergrund, den hausärztlichen Sektor weiter zu fördern, ein politischer Wille, der sich ja schon in der ersten Reformphase im Einheitliche Bewertungsmaßstab 2008 in der stärkeren Anhebung der Punktzahlen für hausärztliche Leistungen ausdrückte. Deshalb hat der (Erweiterte) Bewertungsausschuss vor die Verteilung der Regelleistungsvolumina auf die einzelnen Arztgruppen die Bildung zweier Versorgungsbereiche, des hausärztlichen und des fachärztlichen,

Gesamtvergütungsvolumen nach der neuen Honorarordnung

	Veränderungen gegenüber 2007	
	in Mio. Euro	in %
GKV insgesamt		
Gesamtvolumen	2481	9,06
Mengeneffekt	1547	
Preiseffekt	934	
Neue Länder ¹		
Gesamtvolumen	687	17,40
Mengeneffekt	358	
Preiseffekt	329	
Alte Länder ¹		
Gesamtvolumen	1795	7,66
Mengeneffekt	1190	
Preiseffekt	605	

¹ Alte Länder inklusive Berlin; neue Länder ohne Berlin.

gesetzt. Der Verteilungsschlüssel ist hier der bisherige Anteil der Versorgungsbereiche am monetären Vergütungsvolumen 2007, korrigiert um den unterschiedlichen Faktor für das Wachstum der Punktzahlen im Einheitliche Bewertungsmaßstab 2008. So kann garantiert werden, dass der im Einheitliche Bewertungsmaßstab 2008 ausgedrückte Wille zur Steuerung der ambulanten Versorgung zugunsten der hausärztlichen Versorgung sich auch weiterhin in den Vergütungen auswirkt.

Finanzielle Ergebnisse

Das Finanzvolumen der Beschlüsse kann letztlich nicht eindeutig bestimmt werden. Dies liegt daran, dass für über 4 Mrd. Euro Leistungen nicht in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung enthalten sind, sondern „ausgedeckt“ wurden und damit nicht an der vereinbarten Veränderungsrate partizipieren sondern sich nach angefallenen Leistungsmengen entwickeln. Nimmt man an, dass sich die ausgedeckelten Leistun-

gen genau wie Leistungen in der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung entwickeln, ergibt sich das in der Tabelle dargestellte Bild.

Das Gesamtergebnis liegt also mit knapp 2,5 Mrd. Euro im Rahmen des politisch anvisierten Vergütungsanstieges. Der Vergütungsanstieg in den neuen Bundesländern fällt – beabsichtigt – 2008 mit 17,40% im Vergleich zu 2007 deutlich höher aus als in Westdeutschland mit 7,66%.

Bei der Aufteilung des Ergebnisses in einen Mengen- und einen Preiseffekt zeigt sich, dass insgesamt der Mengeneffekt den Preiseffekt deutlich überwiegt. Dabei ist der Preiseffekt in den neuen Bundesländern wesentlich höher, da dort die bundesweite Preisangleichung über den neuen bundeseinheitlichen Orientierungswert von 3,5058 Cent stärker wirkt. Auch hier konnte aber über die gezielte Erhöhung der Honorarverteilungsquote ein deutlicher Mengeneffekt erzielt werden. In den alten Bundesländern überwiegt der Mengeneffekt sichtlich. Dabei gibt es einzelne Bundesländer (in der Tabelle nicht dargestellt) mit in der Vergangenheit besonders hohen Punktwerten, die einen negativen Preiseffekt nur über den Mengeneffekt ausgleichen können. Am deutlichsten betroffen hiervon ist Baden-Württemberg, ähnlich gilt dies aber auch für Nordrhein und für Schleswig-Holstein. Insgesamt aber gilt: Keine Kassenärztliche Vereinigung verliert durch die Honorarreform gegenüber dem Gesamtvergütungsvolumen im Jahr 2007.

Fazit und Ausblick

Das neue Vergütungssystem in der kollektivvertraglichen Versorgung führt zu einer Angleichung der Vergütungen zwischen den Re-

gionen. Auch wird die Vergütungssituation für die Ärzte transparenter gestaltet. Gleichzeitig wurde – für 2009 allerdings nur überschlägig – die Bindung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsummenentwicklung ersetzt durch eine morbiditätsorientierte Fortentwicklung, die ab 2010 durch den Einsatz differenzierter Messverfahren professionalisiert wird. Das Morbiditätsrisiko liegt damit nunmehr bei den Kassen – was angesichts einer alternden Bevölkerung steigende Krankenkassenbeiträge bedeutet. Dagegen bleibt das Risiko steigender Arztzahlen weiterhin bei den Leistungserbringern. Die Frage, inwieweit es gelingt, künftig „echte“ Morbiditätsentwicklung von reinen Kodiereffekten (mehr bereits bestehende Morbidität wird aufgeschrieben, weil sich dies nun rechnet) sowie von Upcoding-Effekten (die Krankheiten werden aus vergütungstechnischen Gründen als schwerwiegender eingeschätzt als real) zu unterscheiden, wird eine der zentralen Herausforderungen bei der Weiterentwicklung des Systems 2009 und in den Folgejahren.

Die Beschlüsse auf der Bundesebene haben zwar zu sehr unterschiedlichen Zuwächsen auf der regionalen Ebene geführt, die zu regen Diskussionen Anlass gegeben haben – jedoch hat es in keiner Region Verluste im Vergleich zu 2007 gegeben.

Das 2009 höhere Vergütungsniveau ist nur zum geringeren Teil auf die Preiskomponente überwiegend darauf zurückzuführen, dass mehr Menge bezahlt wird. Dies führt – vereinfacht gesprochen – dazu, dass ein erhöhtes Honorarvolumen nur dann erreicht wird, wenn die Ärzte verstärkt Freizeit durch Arbeitszeit substituieren, die in jüngerer Zeit nach anekdotischer

Evidenz zunehmenden „Budgetferien“ also reduziert und daraus (z.B. über Wartezeiten für Termine) resultierende Rationierungseffekte für die Versorgung der Versicherten abgebaut werden.

Die hausärztliche Versorgung konnte durch die Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina gestärkt werden. Es wurde eine angemessene Vergütungslösung gefunden sowohl für die Vergütung der stark zeitgebundenen Leistungen der genehmigten Psychotherapie als auch für besonders förderwürdige Leistungen. Allerdings bedeutet dieses Ergebnis für die Kassen eine erhebliche Zusatzbelastung, und dies im Rahmen einer Situation schwer kalkulierbarer Risiken durch die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und des Gesundheitsfonds.

„Erkauft“ wird die sicherlich höhere Rationalität des neuen Vergütungssystems durch eine stärkere Zentralisierung auf die Bundesebene und eine deutliche Vereinheitlichung auf der Landesebene, also die Herausnahme wettbewerblicher Elemente. Diese sollen sich vielmehr nach dem Willen der Politik nur noch in den Selektivverträgen abspielen, die durch die Gesundheitsreform 2007 teilweise auch gestärkt wurden. Allerdings laufen nach wie vor über 98% des Vergütungsvolumens in der ärztlichen Versorgung über die Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Insoweit kann die Gesundheitsreform in diesem Bereich insgesamt auch als ein

¹² D. Cassel, I. Ebsen, S. Greß et al.: Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Bonn 2006, AOK-Bundesverband.

Zentralisierungsschub interpretiert werden.¹²

Hinzu kommt, dass die wettbewerblichen Einzelverträge zum Jahreswechsel 2009 erheblich geschwächt werden: Die bisherige pauschale Anschubfinanzierung solcher Verträge über eine 1%ige Kürzung der Budgets von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen entfällt. Außerdem werden die Krankenkassen mit einer gerade im Bundestag beschlossenen Ergänzung zur Gesundheitsreform verpflichtet, mit den Hausarztverbänden obligatorische Selektivverträge – quasi also eine neue Art von Kollektivverträgen – über Hausarztmodelle abzuschließen. Die Geduld der Politik abzuwarten, wie sich die Versorgung über wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse entwickelt, reicht also nicht sehr weit.

Frank Schulz-Nieswandt

Widerspruchsvolle und ambivalente Strukturwandlungen bei noch nicht völlig absehbarer Trendrichtung

Wissenschaftliche Betrachtungen zur Reform von Sozialschutzsystemen stellen normativ-explikative Mischgebilde dar. Einerseits benötigt man human- und verhaltenswissenschaftlich fundierte Kenntnisse zur empirischen Abschätzung der Wirkungen von Reformen, andererseits sind die Reformen, die die Strukturen im morphologischen Sinne (z.B. Körperschaftsveränderungen) sowie die prozesssteuernden Anreiz-Settings (z.B. Vergütungsformen) betreffen, werturteilsgeladene Politikmaßnahmen, die in ihrer Nor-

mativität nicht in intransparenter Weise kryptisch bleiben dürfen, sondern explizit gemacht werden müssen. Eine Ökonomik der Sozialreformen ist hier in einem unausweichlich fundamentalen Sinne Gesellschaftspolitik aus normativen Urteilen heraus. Hier fließen anthropologische und rechtsphilosophische Axiomatisierungen ein, über die man streiten kann, begrenzt auch wissenschaftlich, da natürlich z.B. Gerechtigkeitskonzepte Gegenstand explizierender wissenschaftlicher Analysen sind, die Werturteile selbst aber nicht wahr-

heits-, sondern nur geltungsfähig sind. Die wissenschaftliche Prüfung des argumentativen Aufbaus von (mehr oder weniger impliziten) Philosophemen in der Reformpolitik kann aber sicherlich helfen, sich politisch für eine bestimmte normative Basis zu entscheiden. Um den letztendlich politischen Charakter der Entscheidung für eine transzendente Wert-Basis, wie es Max Weber unter Einfluss neukantianischer Wissenschaftsphilosophie formuliert hat, kommt man aber nicht herum. Diese Einsichten sind wissenschaftstheoretisch

eher trivial; aber es mag wohl nicht schaden, an diese auch wissenschaftsethischen Grundlagen zu erinnern, wenn die Wissenschaft zu normativ gehaltvollen Stellungnahmen aufgefordert wird.

Reformen und ihre Diskussion benötigen also normative Referenzsysteme. Die nachfolgenden Ausführungen werden vom Autor auf anthropologisch und rechtsphilosophisch fundierter Grundlage einer Sozialpolitiklehre¹ expliziert, die wiederum auf der Basis eines freiheitlichen Personen-Verständnisses deutlich die soziale Bindung und kulturelle Einbettung des Individuums in seinem personalen Existenzmodus betont und daher eine deutlich gemeinschaftlich akzentuierte² Balance zwischen Selbstsorge, sozialer Mitsorge und gesamtgesellschaftlicher Solidarität (hier ganz im Sinne des § 1 SGB V, aber auch im Lichte von § 1 SGB I) bei der Gewährleistung existenzieller Grundgüter der Daseinsvorsorge anstrebt. Dies wird in den Darlegungen deutlich werden.

Ein zweiter Vorbemerkungsblock ist wichtig. Gegenstandsbezogen muss bei der Reform des SGB V der Wirkbereich desselben verlassen werden. Die Interdependenz der Sozialgesetzbücher ist zu beachten. Daher wird eine rechtliche und institutionelle Sektorüberschreitung analytisch notwendig. Dem entspricht eine gewisse Eigenheit des Gegenstandsgebietes. Das Gesundheitswesen ist auf SGB V-geregelte klinisch-medizinische und medizinisch-rehabilitative sowie krankenpflegerische Handlungsfelder nicht zu

¹ F. Schulz-Nieswandt: Chancengleichheit und Sozialstaat, in: Archiv für Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 37 Jg. (2006), H. 4, S. 4-18.

² F. Schulz-Nieswandt: Paul Tillichs Onto(theo)logie der Daseinsbewältigung und die Fundierung der Wissenschaft von der Sozialpolitik (erscheint in: Internationales Jahrbuch für die Tillich-Forschung, Bd. 4, 2008).

reduzieren. Vielmehr ist angesichts der realen Patientenpfade der Blick auf transsektorale und Sozialgesetzbuch-überschreitende Zusammenhänge zu richten, die aus dem sozio-demographischen Wandel und der korrelierten, epidemiologisch definierbaren Transition (Krankheitspanorama der Bevölkerung) resultiert. Insofern ist die Interdependenz von ambulanter und stationärer Akutmedizin, (geriatrischer) Rehabilitation, Langzeitpflege, komplementärer sozialer Dienstleistungen etc. zu beachten. Auch das wird in den Darlegungen zum Ausdruck kommen. Greift man mit versorgungspolitischer Evidenz den nosologischen Schnittbereich zwischen chronischen Erkrankungen, funktionellen Beeinträchtigungen (Hilfe- und Pflegebedürftigkeit) und Behinderungsformen³ ins Auge, so wird die analytische Grenzüberschreitung unter anderem zwischen den Sozialgesetzbüchern SGB V, IX, XI, XII und Teilen von SGB II auf der Basis von SGB I überaus deutlich.

Im Lichte dieser Vorbemerkungen können die nachfolgenden Darlegungen verstanden werden.

Reform des institutionellen Settings der Sozialversicherung

Die fiskalische Nachhaltigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ein ungelöstes Problem. Die empirische Analyse der Ursachen ist relativ gut aufgestellt. Die Arbeitsmarktabhängigkeit ist angesichts der Erwerbsarbeitszentriertheit der parafiskalischen Konstruktion bekannt. Zukünftig wird

³ F. Schulz-Nieswandt: Alternsformen, Lebenserwartung und Altersstruktur behinderter Menschen – unter besonderer Berücksichtigung angeborener Formen geistiger Behinderung, in: F. Krüger, J. Degen (Hrsg.): Das Alter behinderter Menschen, Freiburg i. Br. 2006, S. 147-19; sowie E. Driller, S. Alich, U. Karbach, H. Pfaff, F. Schulz-Nieswandt: Die INA-Studie. Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe, Freiburg i. Br. 2008.

der auch in der GKV implizite Generationenvertrag demographiebedingt stärkeren Belastungen ausgesetzt, wenngleich die empirische Befundlage so zu lesen ist, dass die Dynamik der Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung wohl stärker dem medizinisch-technischen Fortschritt geschuldet ist bzw. sein wird, woraus wiederum schwierige Rationierungsdebatten resultieren.⁴

Meine Auffassung hinsichtlich der Reform des SGB V durch das GKV-WSG bleibt hier mit Blick auf die Systemfinanzierung skeptisch. Die Bildung des Finanzintermediärs des Gesundheitsfonds⁵ in Verbindung mit der Auslagerung des GKV-internen „Familienlastenausgleichs“⁶ der beitragslosen Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienangehöriger löst das Problem der fiskalischen Nachhaltigkeit wohl nicht. Denn an dem institutionellen Setting der Grundlohnsummen- und Ersatzeinkommensbindung in Verbindung mit der Pflichtversicherungsgrenze sowie der Beitragsbemessungsgrenze und der Beitragsbemessungsgrundlage im Rahmen eines Proportionaltarifs ändert sich nichts. Angesichts der alles andere

⁴ F. Schulz-Nieswandt: Rationierung in der Gesundheitsversorgung zwischen Ethik und Ökonomik, in: Th. Klie, A. Buhl, H. Entzian, u.a. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Frankfurt am Main 2005, S. 110-121; sowie F. Schulz-Nieswandt: Kulturelle Ökonomik des Alterns. Zum Umgang mit dem Alter im Generationengefüge zwischen archetypischer Ethik und Knappheitsökonomik, in: M. Teising u. a. (Hrsg.): Alt und psychisch krank. Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen, Stuttgart 2007, S. 31-54.

⁵ C. Kurscheid, F. Schulz-Nieswandt: Gesundheitsfonds. Auswirkungen auf Leistungserbringer absehbar, in: Sozialwirtschaft, 18. Jg. (2008), H. 5, S. 13-15.

⁶ Zu Begrifflichkeiten und zur externalitätsökonomischen Debatte F. Schulz-Nieswandt: Geschlechterverhältnisse, die Rechte der Kinder und Familienpolitik in der Erwerbsarbeitsgesellschaft, Münster 2004, S. 97 ff.

als eindeutigen Ergebnislage der Modellanalysen hinsichtlich (wie bekannt: auch verfassungsrechtlich strittigen) Bürgerversicherungs-ideen oder in Richtung auf GKV-PKV-Integrationen unter dem Gesichtspunkt der fiskalischen Ergiebigkeit bleibt die Frage nach Lösungen, die die Solidarlogik der GKV nicht erodieren, weiterhin offen.

Dabei dürfte jedoch an das Setting von Versicherungszwang und kassenseitigem Kontrahierungszwang, Kassenwahlfreiheit und Risikostrukturausgleich wohl festzuhalten sein, wenn man auf der Basis der Meritorisierung der Mindererschätzung von Zukunftsgütern (Gesundheitsrisiken) einerseits Wahlfreiheiten möchte, andererseits eine dem Solidaritätsprinzip widersprechende Risikoselektion durch die Kassen (weitgehend) unterbinden will und versichertenorientiert einschlägige Prinzipal-Agenten-Probleme im Versicherungsmarkt minimieren möchte. Hinsichtlich der Reform des Risikostrukturausgleichs bleibt es jedoch strittig, ob damit der richtige technisch-administrative Weg hin zu einer stärkeren direkten Morbiditätsorientierung beschritten wird. Diese Frage wird nur durch weitere empirische Forschung zu beantworten sein. Innerhalb einer stärker auf Kassenwettbewerb setzenden Ordnung ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich aber unausweichlich notwendig.

Strittig muss auch die Festlegung eines einheitlichen Beitragsatzes bleiben. Er dient als Instrument der Wettbewerbssteigerung in der Kassenlandschaft. Nun werden kassenindividuelle Varianten eintreten, die wiederum zu Selbstselektionen (Exit-Verhalten) der Versicherten auf der Basis der

Wahlfreiheit führen werden, die wiederum die Fiskalsituation von Kassen mit schlechter Risikostruktur (trotz Risikostrukturausgleich) beitragsatzbezogen kumulativ unter Druck setzen. Das längerfristige Ergebnis wird eine weitere Fusionswelle und ein Betriebsgrößenwachstum der Kassen sein. Mag sein, dass genau dies gewollt ist (parallel zur Neuordnung der Spitzenverbände im GKV-Bereich): die Herausbildung einer Oligopol-situation. Es wird von der Ausdifferenzierung der wählbaren Versorgungsformen auf der Grundlage eines (noch) gemeinsamen und einheitlichen (evidenzgestützten) Leistungskataloges abhängen, ob hier ein funktionsfähiger Wettbewerb eines weiten Oligopols bei mäßiger Produktdifferenzierung entsteht, der für Innovationen offen ist. Auf dieses Problem der Herausbildung einer oligopolistischen Einzelkassenlandschaft wird gleich nochmals zurückzukommen sein, wenn es um die Frage der Mindestgrößen von Kassen geht, die auf der Basis selektiven Kontrahierens („Einkaufsmodele“) im Wettbewerb stehen. Das betrifft nicht nur, aber insbesondere die Verlagerung des Sicherstellungsauftrages auf die Einzelkassen.

Morphologisch darf noch angemerkt werden, dass auch die Auslagerung des oben genannten Familienlastenausgleichs in der GKV in den Steuerhaushalt eine deutliche Veränderung des Sozialversicherungsscharakters bedeutet. Aus wertgebundener morphologischer Perspektive ist die implizite Familienpolitik nicht sozialversicherungsfremd, sondern nur atypisch für die Privatversicherung. Der stark ausgeprägte genossenschaftsartige⁷

(auf Mutualität bzw. Reziprozität⁸ basierende) Solidaritätscharakter der GKV als Versichertengemeinschaft löst sich partiell auf. Die Inzidenz quer- und längsschnittlicher solidarischer Austauschprozesse zwischen Nettozahler- und Nettoempfänger-Personen oder -Gruppen wird durch die partielle Steuerfinanzierung nicht transparenter. Der Weg in Richtung auf einen dem SGB VI verwandten Bundeszuschuss zur GKV bleibt natürlich im Gegensatz zur Zweckbindung der (allerdings strukturell erodierenden) Grundlohnsummen der parafiskalischen Körperschaften des öffentlichen Rechts gemäß SGB IV politisch unsicher: Sehr groß ist die Konkurrenz der Verwendungszwecke des Steueraufkommens des Bundes auf der Basis des Non-Affektations-Prinzips der öffentlichen Finanzwirtschaft. Insofern hat sich auch sehr schnell eine verfassungsrechtliche Debatte um die Sicherung der Steuerfinanzierung des Familienlastenausgleichs in der GKV im Bundeshaushalt ergeben.

Die Verstetigung der Parallelsteuerlogik

Die Integrationsversorgung gemäß § 140a-d SGB V wird fortgesetzt (auf Gesetzbuch übergreifende Aspekte ist gleich nochmals einzugehen). Damit bleibt die strittige, vor allem technisch-administrativ schwierige Parallelsteuerlogik (der sogenannte Vertragssystemwettbewerb⁹) zwischen kollektivvertraglicher Steuerung in der ambulanten Regelversorgung und der Krankenhausbedarfs- und Investitionsförderungs politik der

⁸ U. Köstler: Seniorengenossenschaften – Selbsthilfegruppen mit Entwicklungspotenzial, in: Zeitschrift für das gesamte Genossenschaftswesen, 57. Jg. (2007), H. 4, S. 257-269.

⁹ F. Schulz-Nieswandt: Neue vertragliche Steuerungen als Beitrag zu einer neuen Medizinkultur, in: Die Krankenversicherung, 56. Jg. (2004), H. 10, S. 210-316.

⁷ F. Schulz-Nieswandt: Zur Genossenschaftsartigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung, Weiden-Regensburg 2002.

Länder einerseits und einer Selektivvertragslogik mit Verlagerung des Sicherstellungsauftrages allein auf die Kassen im Wettbewerb (im Wirkungsbereich des § 140a-d SGB V, wenn man von den §§ 73 b und c absieht) andererseits erhalten. Die Frage bleibt, wie die (politische) Zukunft dieser Parallelsteuerung zu beurteilen ist. Einerseits hängt die Antwort von der Marktentwicklung der Integrationsversorgung ab. Denn theoretisch (also im Lichte institutionen- und evolutionsökonomischer Erwägungen¹⁰) könnte dieser Markt als ökonomische Steuerungsdomäne der Einzelkassen derart anwachsen, dass der Marktanteil der berufständisch geplanten Regelversorgung schlicht erodiert. Hier kommt das oben dargelegte Szenarium der weiteren Fusionen und Betriebsgrößenwachstumsprozesse zur Wirkung: Es bilden sich oligopolartige Einkaufskassen heraus, die auf relevante Versichertenmärkte zurückgreifen können und nunmehr durch selektives Kontraktmanagement regionale Versorgungslandschaften konstruieren. Der sich abzeichnende Wandel der Integrationsversorgung von der auf das Disease Management Programm bezogenen, also indikationsbezogenen (nach § 11 [4] SGB V) zur flächenorientierten Regelversorgung würde in dieses szenarische Bild passen.

Die Verlagerung des Sicherstellungsauftrages auf die Einzelkassen im Wettbewerb gehört zum

¹⁰ H.-R. Hartweg: Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland. Eine Analyse der Selektivvertragsmöglichkeiten gemäß der Regelungen der §§ 140a-d SGB V unter Aspekten der Neuen Institutionenökonomik und der Evolutionsökonomie, Berlin 2007; oder H.-R. Hartweg: Ein evolutions- und transaktionskostenökonomischer Beitrag zu den Entwicklungspotenzialen der integrierten Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 30 Jg. (2007), H. 3, S. 317-331.

Kernargumentbestand der Theorie der „solidarischen Wettbewerbsordnung“. Gegenüber noch stärker liberalen Konzeptrichtungen wird hier am Setting, bestehend aus Versicherungszwang, Kontrahierungszwang, einheitlichem Leistungskatalog und Risikostrukturausgleich, und somit an der internen Solidarlogik weitgehend festgehalten. Mit liberalen Theorien verbindet diese Konzeptrichtung jedoch die längerfristig das jetzige duale Steuerungssystem des Vertragssystemwettbewerbs übersteigende Idee der Auflösung der berufständischen Zulassungssteuerung einerseits und der dualen Finanzierung zugunsten einer Monistik im Bereich der Krankenhauspolitik, womit auch die Planungshoheit der Länder überflüssig werden würde. Eine Landesregulierungsbehörde würde dieses System der Selektivverträge überwachen. An diesem Zukunftsmodell hängen eine Reihe von gewichtigen transaktionskostenökonomischen und regulierungstheoretischen Problemen, die hier nicht im Detail erörtert werden können.¹¹

In rechtsvergleichender Perspektive scheint ein solcher Aufbau von Parallelsteuerungspfaden aber der deutschlandspezifische Weg einer inkrementalen Modernisierung des traditionellen Korporatismus zu sein. Auch im Bereich der Implementierung des persönlichen Budgets im SGB XI und im SGB IX, aber auch trägerübergreifend, werden die im Quasi-Markt tätigen Sozialunternehmen in diese „Sandwich“-Situation zwischen dem klassischen sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis als „Steuerungszentrum Kostenträger“ einerseits und dem Kunden (plus Case

¹¹ Ansatzweise in F. Schulz-Nieswandt: Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung – Wie viel Differenzierung braucht die GKV?, in: Die Krankenversicherung, 58. Jg. (2006), H. 10, S. 274-277.

Manager) als Steuerungszentrum andererseits gedrängt.¹²

Das GKV-Reformgesetz führt die bisherige duale Steuerungslogik fort; längerfristig benötigen wir jedoch eine ordnungspolitisch klare Linie. Falls man den Weg in eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ gehen will, bleibt die körperschaftliche Frage¹³ nach funktionalen Äquivalenten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ländern bestehen. Darauf ist in europarechtlicher Perspektive gleich nochmals kurz zurückzukommen.

Notwendige Voraussetzungen einer transsektoralen Integrationsversorgung

Wie unter steuerungstheoretischen Aspekten bereits dargelegt, wird der Weg in die Integrationsversorgung¹⁴ weiter beschritten. Unter sozio-demographischen und epidemiologischen Gesichtspunkten¹⁵ scheint eine Überwindung der sektoralen, funktionalen und professionellen Fragmentierungen auch unabdingbar notwendig.¹⁶ Eine Ausdifferenzierung der Betriebsformen (etwa der Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95, auch in Verbindung mit § 311 SGB V) und eine hochgradig ver-

¹² F. Schulz-Nieswandt: Behindertenhilfe im Wandel. Zwischen Europarecht, neuer Steuerung und Empowerment, Berlin 2007.

¹³ T. Klenk: Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung, Frankfurt am Main, New York 2008.

¹⁴ F. Schulz-Nieswandt, C. Kursescheid: Integrationsversorgung, Münster 2004.

¹⁵ F. Schulz-Nieswandt: Versorgungslage und Versorgungsbedarf chronisch kranker Menschen, in: www.PrinterNet.info, Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege, 6. Jg. (2004), H. 7+8, S. 396-406; sowie F. Schulz-Nieswandt: Zur Zukunft der gesundheitlichen Versorgung von alten Menschen, in: Sozialer Fortschritt, 53. Jg. (2005), H. 11+12, S. 310-319.

¹⁶ F. Schulz-Nieswandt: Viel Zeit bleibt nicht, weil die Bevölkerung altert, in: Competence (3), 2008, S. 12-13.

netzte Versorgungslandschaft ist demnach erforderlich.¹⁷ Vor allem ist die Integrationsversorgung im Lichte der Anreizwirkungen pauschaler Vergütungsformen (insbesondere der Fallpauschalen im Krankenhaussektor¹⁸) eine angemessene strategische Reaktion, um Gefahren der Risikoselektion (bei kurzen Verweildauern) und des Qualitätsdumpings (durch Implementation von klinischen Behandlungspfaden innerhalb von Krankenhäusern) vorzubeugen.

Die praxisbegleitende Forschung¹⁹ zeigt jedoch, dass rechtliche Rahmenbedingungen und ökonomische Anreizbedingungen, die paretianische Win-Win-Situationen ermöglichen sollen, zwar notwendige Voraussetzungen, aber keine hinreichenden Bedingungen darstellen, um die transsektorale und multidisziplinäre Vernetzung und Integration angemessen zu entwickeln. Blockaden entstehen vor allem auch aus dem „Autismus“ der selbstreferentiellen professionellen Handlungslogiken, die nicht nur ökonomische Domänen verteidigen (St. Florians-Prinzip), sondern berufskulturell weit davon entfernt sind, multidisziplinär und teamorientiert eine patientenzentrierte Medizinkultur zu entfalten. Hinzukommen, mit Blick auf Medizin und Pflege, erhebliche Gender-Hierarchie-Probleme. Die Probleme können hier nur angedeutet werden; sie bedürften einer um-

fangreicheren Explikation.²⁰ Überaus deutlich wird jedoch, dass der Weg in die Integrationsversorgung schwierige Probleme der Organisationsentwicklung, vor allem der Überwindung unternehmenskultureller Blockaden aufwirft.

Dennoch gehen wir davon aus, dass die Entwicklung voranschreiten wird. Die Reform des SGB V durch das GKV-WSG hat dabei nicht nur (wenn auch wenig hinreichende) monetäre Anreize zur Stärkung der geriatrischen Rehabilitation angesichts der vielfach beklagten budgetären und somit wenig anreizkompatiblen Trennung von Kranken- und Pflegekassen gebracht; hervorzuheben ist vor allem der Anspruch auf schnittstellen- und sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement als adäquate Anschlussversorgung mit der dabei notwendigen Kooperation für die Leistungserbringer gemäß § 11 (4) SGB V. Von großer Bedeutung ist der § 92b SGB XI, der es den Pflegekassen ermöglicht, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach 140b (1) SGB V Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen. Damit werden die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, die fachwissenschaftlich schon lange beklagte mangelnde Integration von SGB V und SGB XI im Bereich des transsektoral integrierten Leistungs- und Versorgungsgeschehens zu überwinden. Mehr als ein rahmenrechtlicher Anfang ist damit aber nicht gemacht.

Ein Blick über den Medizinsektor hinaus:

Verschiedene Neuerungen des Sozialrechts sind aufzuführen: das

Übergangsmanagement des § 11 (4) SGB V sowie das Case Management gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI, unter Umständen in Verbindung mit dem des § 17 SGB IX sowie des § 57 SGB XII mit Bezug auf die Eingliederungshilfe, nun auch in Verbindung mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten gemäß § 92c Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), das Fallmanagement aus der (alten)pflegerischen Perspektive in Verbindung mit der Pflegeberatung gemäß § 7 SGB XI, aber konzeptionell (nämlich als Methode der sozialen Arbeit) darüber hinausgehend (und sich zum Teil sogar mit dem Beratungsgeschehen im SGB II verknüpfend). Diese Neuerungen machen überaus deutlich, wie einerseits das Bewusstsein von der Bedeutung des Case-Managements in einem gegliederten (ja geradezu infolge des Kausalprinzips fragmentierten) Sozialrecht gestiegen ist, andererseits angesichts der vielfachen transsektoriellen Schnittstellen ein polyzentrisches System von Case-Management-Verankerungen zu beobachten ist. Hinzu kommen ja noch leistungsrechtliche Case Manager der Kassen und leistungsanbieterseitige Case Management-Verankerungen wie etwa die Sozialdienste im Krankenhaus (die nun aber wohl unter den § 11 (4) SGB V fallen werden).

Hier muss der Blick auf die Interdependenz beider zeitlich relativ synchronisierter Sozialgesetzbuchreformen – des GKV-WSG und des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes – deutlich machen, wie sehr es in der Praxis der Versorgungswirklichkeit zur Optimierung der Versorgung komplexer Bedarfslagen (etwa im angesprochenen nosologischen Schnittbereich chronischer Erkrankungen, funktioneller Beeinträchtigungen und von Behinderungen) eines

¹⁷ F. Schulz-Nieswandt: Integrationsversorgung zwischen Wandel der Betriebsformen und neuer Steuerung, in: G. E. Braun, F. Schulz-Nieswandt (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2006, S. 47-64.

¹⁸ C. Kurscheid, F. Schulz-Nieswandt (Hrsg.): Das Krankenhaus im Wandel der Versorgungslandschaft, Baden-Baden 2007.

¹⁹ F. Schulz-Nieswandt: Innovationen in der Gesundheitsversorgung in der Stadt Zürich – richtige Fragen stellen, Notwendigkeiten definieren, aber auch die Pfade der Veränderung managen können, in: Sozialmedizin, 34 Jg. (2007), H. 4, S.19-22.

²⁰ F. Schulz-Nieswandt: Wandel der Medizinkultur? Anthropologie und Tiefenpsychologie der Integrationsversorgung als Organisationsentwicklung, Berlin 2009.

moderierten Meta-Case-Managements als individualisiertes Spiegelbild des institutionell-sektoralen Care Managements eines sich nun auch auf die Pflege ausdehnenden § 140a-d SGB V bedarf. Folgen wir den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management²¹, so bietet sich aus Effektivitätsgründen eine deutliche kommunale Verankerung im Schnittbereich zu den Kranken- und Pflegekassen an. Im SGB-XI-Bereich besteht keine dem SGB V vergleichbare Bedarfsplanung; der Sicherstellungsauftrag der Kassen bezieht sich nur auf den Einzelfall. Will man in der Altenpflege wohnquartiersbezogene, also sozialräumliche Vernetzung der sozialen Netzwerke mit professionellen, abgestuften Diensten und Einrichtungen realisieren helfen, so müssen die Kommunen einen Sprung in der organisationellen Aufstellung schaffen, eine „Agentur für regionale Sozialkapital-Entwicklung“ ausbilden, sich in der Personentwicklung entsprechend aufstellen und integrierte regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen moderationskompetent nutzen, um die komplexen Bedarfslagen der vor Ort wohnenden und lebenden Personen durch entsprechende Komplexleistungen zu befriedigen. Dazu bedarf es aber eine Stärkung der kommunalen Daseinsvorsorgekompetenz durch entsprechende Landesgesetzgebung.

An dieser Schilderung der Problemlage wird deutlich, wieso eine strukturelle Gesundheitsreform versorgungspolitisch nicht im SGB-V-Bereich stecken bleiben kann.

²¹ M. Frommelt u.a.: Pflegeberatung und Pflegestützpunkte, in: Case Management, 5. SH Pflege, 2008, S. 5-17; oder ausführlicher M. Frommelt u.a.: Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management, Freiburg 2008.

EU-rechtliche Perspektiven

Abschließend sind noch einige europarechtlich orientierte Anmerkungen zu machen. Die Rückwirkungen des Europäischen Rechts, insbesondere des Wettbewerbs-, vor allem des Vergabe- und Beihilfenrechts, auch mit Blick auf die Patientenmobilitätsrechte im Lichte der Grundfreiheiten des gemeinsamen Binnenmarktes, sind bekannt.²² Bedeutsam ist die Frage, wie sich die Relevanz des rückkoppelnden EU-Rechts weiter dynamisieren wird, wenn die Gesundheitsreform den Weg in die solidarische Wettbewerbsordnung beschreitet.

Die geltende Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, wonach die GKV-Kassen keine wirtschaftlichen Unternehmen sind, da sie keinen hinreichenden Marktbezug aufweisen (funktionale Sichtweise), wird immer mehr hinfällig, wenn die interne Umverteilung rückläufig ist (die neuen Tarifzonen könnten hier einen Einstieg bedeuten – vgl. auch § 137f SGB V). Allerdings war es vor allem der Risikostrukturausgleich, der den Europäischen Gerichtshof zu dieser Einschätzung geführt hat. Daher ist es eher wahrscheinlich, dass der Weg in das selektive Kontrahieren die Bedeutung des europäischen Regulationsregimes der transparenten obligatorischen Ausschreibungen von Versorgungsnetzen vorantreiben wird. Der § 140e SGB V des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes erweist sich bereits als nicht europatauglich in der Regelung der grenzüberschreitenden Einzelvertragsbildung. Das

²² F. Schulz-Nieswandt, R. Maier-Rigaud: EU-Harmonisierung im Gesundheitswesen? Der Wandel der Umwelt der betrieblichen Organisationen im Gesundheitswesen, in: W. Greiner, J.-M. Graf v. d. Schulenburg, C. Vauth (Hrsg.): Gesundheitsbetriebslehre. Management von Gesundheitsunternehmen, Bern 2008, S. 515-533.

GKV-WSG wird sich als Etappe in eine europäisierte Einkaufsoligopollandschaft von Krankenkassen erweisen, in der auch der Unionsbürger²³ in der Rolle des Versicherten/Patienten die Grundfreiheit der transnationalen Mobilität vermehrt nutzen wird. Damit wird die eingangs wertgebundene Perspektive auf die Solidarlogik immer mehr zu einer Frage des freien Zugangs zu den Sozialschutzsystemen und zu den sozialen Diensten (von allgemeinem [wirtschaftlichem] Interesse²⁴), der nicht zuletzt auch in der Grundrechtscharta von Nizza geregelt und von quasi-konstitutioneller Bedeutung ist.²⁵ Zugleich, hierbei den Zielen der Offenen Methode der Koordinierung folgend²⁶, ist eine hohe Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität²⁷ und die Nachhaltigkeit der Systeme geboten.

Kurzum, wir stehen mitten in einem langwierigen Prozess der Strukturwandlungen durch permanente Reformen. Das GKV-WSG ist nur eine Etappe. Es handelt sich dabei um widerspruchsvolle und ambivalente Strukturwandlungen im Rahmen eines noch nicht völlig absehbaren Trends.

²³ F. Schulz-Nieswandt u.a.: Die Genese des europäischen Sozialbürgers im Lichte der neueren EU-Rechtsentwicklungen, Münster 2006.

²⁴ F. Schulz-Nieswandt: Public-Private Partnership im Sozialsektor, in: Sozialer Fortschritt, 56. Jg. (2007), H. 3, S. 51-56.

²⁵ F. Schulz-Nieswandt: Der Vertrag über eine Europäische Verfassung, in: Sozialer Fortschritt, 56. Jg. (2007), H. 5, S. 113-116.

²⁶ F. Schulz-Nieswandt, R. Maier-Rigaud: Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, die Offene Methode der Koordinierung und die EU-Verfassung, in: Sozialer Fortschritt, 54 Jg. (2005), H. 5/6, 2005, S. 136-142.

²⁷ F. Schulz-Nieswandt, R. Maier-Rigaud: Gesundheits- und Verbraucherpolitik, in: W. Weidenfeld, W. Wessels (Hrsg.): Jahrbuch der Europäischen Integration 2007, Baden-Baden 2008, S. 145-148.