

# Vorwärts – und nicht vergessen...!

## Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

von Wolfgang Wodarg

Das gemeinsame Interesse aller gesetzlich Krankenversicherten und aller Arbeitgeber an möglichst effizienten Strukturen ohne Über- oder Unterversorgung und bester Kooperation im Sinne aller Hilfsbedürftigen wird von den hierfür zuständigen etwa 370 gesetzlichen Krankenkassen nicht ausreichend wahrgenommen.

Obschon politisch erwünscht und gesetzlich weitgehend ermöglicht, entstehen keine neuen Leistungselemente und Strukturen, mit denen die Effizienzreserven unseres Gesundheitswesens für Versicherte und Kranke endlich mobilisiert werden könnten.

Die Nachfrageseite, das gemeinsame Interesse der Solidargemeinschaft aller Versicherten, ist im Kassenwettbewerb zersplittert!

Vom Gesetzgeber werden auf öffentlichen Druck immer wieder detaillierte Vorschläge ausformuliert und mühsam durchgeboxt, weil die Krankenkassen, obwohl Sachwalter der Versicherteninteressen, wichtige strukturelle Veränderungen mit ihrer zersplitterten Marktmacht entweder gar nicht erst entwickeln oder zumindest nicht umsetzen.

Selbst unstrittig sinnvolle und bereits gesetzlich abgesegnete Elemente werden nicht praktisch in Angriff genommen. „Integrierte Versorgung“, „systematische Prävention“, „Positivlisten“, Preisverhandlungen für Arznei- oder Hilfsmittel oder das international bewährte „Hausarztmodell“, alles Möglichkeiten, die mühsam mit oder ohne Zustimmung des Bundesrates über die gesetzlichen Hürden gebracht wurden, werden verschleppt oder einfach ignoriert.

Jede der etwa 370 deutschen Krankenkassen rechnet erst einmal mit einschlägiger Software durch, wie sich eine neue Maßnahme, ein Strukturvertrag, ein Präventionsprogramm oder eine Reha-Vereinbarung auf ihr Beitrags- und Morbiditätsprofil und damit auf ihre finanzielle Wettbewerbssituation auswirken würde. Und weil jede Kasse um ihr Überleben kämpft, kann sie tendenziell nur solchen Maßnahmen zustimmen, die ihr Wettbewerbsvorteile eröffnen.

Zum Wettbewerb um Versicherte mit gutem Einkommen und geringem Krankheitsrisiko gezwungen, wäre eine Krankenkasse zur Zeit „mit dem Klammerbeutel gepudert“, wenn sie im Vertrauen auf einen irgendwann gerechteren Risikostrukturausgleich sich besonders intensiv um die Versorgung chronisch hilfsbedürftiger, „teurer“ Versicherte kümmern würde (vgl. Paetow, spw 125, S. 17-21).

Jede Kasse, die sich z.B. der Kranken mit Multipler Sklerose (MS) besonders annähme, würde nach kurzer Zeit hierfür finanziell abgestraft, weil natürlich auch MS-Kranken aus anderen Kassen zu ihr wechseln würden, um ein optimiertes Case Management für sich zu nutzen.

Noch ein Beispiel: Die Rheuma Liga bietet ihren Mitgliedern ein kostengünstiges Funktionstraining an, welches bisher von fast allen Kassen mitfinanziert wurde. Einige Ersatzkassen, wie z.B. die DAK verweigern jetzt die Kostenübernahme, sodass die dort versicherten Rheumakranken, wenn sie nicht aufwendige Widerspruchs- und Klageverfahren durchstehen wollen, in jene Kassen wechseln, die diese notwendigen Maßnahmen verantwortungsbewusst aber wettbewerbswidrig weitertragen. Kein Risikostrukturausgleich würde das besondere Engagement dieser Kassen belohnen.

Heute werden nach Aussagen vieler Selbsthilfeverbände immer häufiger sogar notwendige Leistungen bei chronisch kranken Versicherten abgelehnt. Die ablehnende Kasse profitiert hiervon in jedem Fall: Ein Widerspruchsverfahren entmutigt viele Patienten, streckt die Ausgaben und fördert damit die Liquidität. Kommt es, wie im Falle der Rheumakranken, gar zum Kassenwechsel der enttäuschten Mitglieder, wäre das aus der derzeitigen Wettbewerbsperspektive ein Glücksfall für die abgebende Kasse.

Der bisher von der rot-grünen Koalition geplante morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich nimmt das Rosinenpicken durch die Krankenkassen als gegeben hin und versucht durch aufwendig zu ermittelnde Risikoprofile des jeweiligen Versichertenklientels ein finanztechni-

sches Nachbessern zu ermöglichen. Das bläht die Verwaltungsapparate auf allen Seiten auf und erfreut höchstens die Anbieter von spezieller Versicherungssoftware. Außerdem bietet jedes erfasste Morbiditätsmerkmal Ansatzpunkte für weitere Diskriminierungen. Die Einschätzung der Morbidität ist eigentlich systemfremd in einer Solidargemeinschaft, die bisher nur darauf geachtet hat, wie viel Beiträge ein einzelnes Mitglied zahlen muss, damit jede/jeder die ggf notwendige Versorgung in möglichst guter Qualität erhalten kann. Solidarisch kann unsere GKV nur bleiben, wenn vor allem das Wohlergehen der hilfsbedürftigsten Versicherten, das heißt der armen chronisch Kranken wichtigster Indikator für die Qualität unserer Versorgung ist.

Der Karren der GKV steckt tief im Dreck ehrgeiziger Partikularinteressen. Die Kassen als Vertreter der Versicherten- und der Patienten sollten mit ihrer geballten Beitragsmacht die Kraft haben, ihn wieder flott zu machen. Sie sind jedoch derzeit im Wettbewerb gelähmt, ihnen fehlen die notwendigen Strukturen, Verantwortlichkeiten und Anreize um ohne dauernde staatliche Interventionen das Richtige für alle Versicherten und Patienten zu tun.

Die von der SPD aus dem Kassenwettbewerb „herausgenommenen“ Disease-Management-Programme erscheinen angesichts dieser Zusammenhänge als ein „Schrittchen“ in die richtige Richtung. Als Element des Risikostrukturausgleiches sind sie jedoch administrativ nur recht aufwendig umzusetzen. Deshalb werden sie von fast allen Beteiligten mehr widerwillig bzw. halbherzig oder gar nicht vorangebracht. Ihnen droht vermutlich ein gleiches Schicksal wie der „Integrierten Versorgung“ oder dem „Hausarztmodell“.

Existierende Modell-Inseln und Vorzeigeprojekte erscheinen im derzeitigen Wettbewerbsszenario mehr als Alibis zum Verbergen einer systematischen Verweigerung, als Feigenblätter einzelner Kassen angesichts hoher politischer Erwartungen. Präventionsangebote nützen als Marketing-Instrument zum Einfangen junger Besserverdienender. Investitionen, die nicht zeitnah zu beitragsentlastenden Effekten führen, schwächen die Kasse im Wettbewerb. Die Versichertenströme folgen derzeit fast ausschließlich

dem niedrigsten Beitragssatz und Investitionen, wie Präventionsprogramme für chronisch Kranke, kosten jetzt und sparen erst später – wer weiß für wen!

Die unerwünschten Auswüchse dieses „elastischen“ Systems schaffen oft neue Probleme, die dann ihrerseits durch weitere gesetzliche Vorschriften und Korrekturen nachgebessert werden müssen. Was bleibt, ist ein wachsender administrativer Wust bei allen Beteiligten. Qualitätssicherungsgesetze, morbiditätsorientierte Risikostrukturanpassungsgesetze, Beitragsstabilitätssicherungsgesetze und Anderes bleiben jedoch Flickwerk.

Jeder formalisierte Qualitätsnachweis muss nicht nur gemessen und dokumentiert werden, er soll dann anschließend durch spezialisierte Kassenmitarbeiter natürlich auch gelesen und ausgewertet werden. Die Verwaltungskosten bei den Krankenkassen schlucken hierdurch immer größere Beitragsanteile während in den Praxen und Krankenhäusern den Ärztinnen und Pflägern angesichts der Berichts- und Formularflut die Freude an der Arbeit vergeht.

Aber nicht den vielen tüchtigen Kassenmanagern muss dieses Drama zum Vorwurf gemacht werden, sondern dem Gesetzgeber, der diese endlose Geschichte inszeniert und den Akteuren ihre Rollen zuweist: Ärzte und Kassen – jeder gegen jeden! Patienten bleiben Statisten und die Versicherten schauen zu und zahlen teuren Eintritt.

Es ist ein Trauerspiel, doch für die gesetzlichen Krankenkassen im Wettbewerb um gut zahlende Versicherte und um möglichst geringe Ausgaben gilt in Bezug auf notwendige strukturelle Veränderungen unter den gegebenen Rahmenbedingungen: Wer sich zuerst bewegt verliert! Es wird aber höchste Zeit, dass sich etwas bewegt!

Die Krankenkassenbeiträge steigen derzeit vor allem aufgrund wachsender Arzneimittelausgaben. Sie scheinen besonders mit sogenannten medizinischen Innovationen immer weiter unter Druck zu geraten. Das ist befremdlich, denn prinzipiell gilt auch im Bereich von Dienstleistungen die Regel, dass technische Neuerungen die Produktivität steigern und somit die Kosten senken. Nicht so in der Medizin in Deutschland: Das Neue wird überteuert angeboten und das Alte trotzdem noch so lange wie möglich gleichzeitig verkauft.

Über 50.000 Arzneimittel in Deutschland, darunter zahlreiche patentgeschützte und deshalb weit überteuerte Scheininnovationen ohne echten Zusatznutzen (Weshalb legt eigentlich keine Kasse Widerspruch gegen solche „Erfindungen“ beim Patentamt ein?) sowie sinnlose oder gar gefährliche Doppeluntersuchungen, oder Diag-

nostik ohne therapeutische Konsequenzen verursachen schädliche Nebenwirkungen und Mehrausgaben in Milliardenhöhe.

Das alles wird von unseren gesetzlichen Krankenkassen zulasten der Beschäftigten und der Lohnnebenkosten mit kaum spürbarem Widerstand immer wieder hingenommen und bezahlt.

Es ist genug Geld im System – mehr als in jedem anderen europäischen Land – und dieses Geld ist Macht! Warum wird diese Macht nicht wie sonst marktgerecht und üblich eingesetzt, um das Benötigte gemeinsam, möglichst preisgünstig und von optimaler Qualität einzukaufen? Weshalb wird der Einkauf nicht rationeller gestaltet, indem sich die Kassen weit mehr als bisher zusammenschließen? Das würde nicht nur Verwaltungskosten bei den Kassen sparen, sondern auch zu einem für die Kranken und die Versicherten gleichermaßen vorteilhaften Konzentration auf das Gute und Sinnvolle führen können.

Durch gesetzliche Privilegierung lässt sich hier wie in Ländern mit staatlichem Gesundheitswesen das Versichertenmonopol auch nach europäischem Recht absichern und im öffentlichen Interesse nutzbar machen. Dieser Trumpf sollte gegenüber den Anbietern endlich ausgespielt werden um das zu gewinnen, was die Hilfsbedürftigen in der Versicherten-gemeinschaft wirklich benötigen! Nicht mehr und nicht weniger!

Es gilt, die Nachfrageseite, die Solidargemeinschaft gegenüber den Anbietern zu stärken! Die paralyisierende Angst der Politikerinnen und Politiker vor dem Totschlagargument „Einheitskasse“ wirkt angesichts des gesamteuropäischen Szenarios vorgeschoben und standortschädigend! Ein stärkeres gemeinsames Auftreten der zersplitterten Solidargemeinschaft wird nunmehr auch bei uns zu

einer zwingenden gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Notwendigkeit. Wir können uns einen Wettbewerb der Käufer – wie man ihn sonst nur bei Auktionen kennt – nicht mehr leisten. Er treibt tendenziell die Kosten in die Höhe ohne die Qualität der eingekauften Waren bzw. Leistungen zu verbessern.

Eine Trendwende ist durch den Gesetzgeber so schnell wie möglich einzuleiten. Die Politik sollte sich nicht weiter mit gesetzlichem Flickwerk oder mit Ersatzvornahmen zum Büttel machen lassen. Durch eine Strukturreform der Krankenkassen müssen dezentralisierte, kompetente und schlagkräftige Zusammenschlüsse, die mit der notwendigen Gestaltungs- und Budgetverantwortung ausgestattet sind, geschaffen werden.

Alle Kassen sollten gesetzlich verpflichtet werden, sich zu jeweils einer Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene zusammenzuschließen. Sie sollten hier mit Ihrem gemeinsamen Budget als Einkaufsgemeinschaft die Nachfrageseite stärken. Dazu gehört eine gemeinsam getragene Vertragsagentur, welche mit großer Fach- und Detailkenntnis dafür sorgt, dass erwünschte Versorgungsstrukturen und Leistungen definiert und ausgeschrieben werden. Hier können auch regionale Unterschiede berücksichtigt und gute Angebote genutzt bzw. angereizt werden.

Die im Lande aktiven gesetzlichen Kassen sind im Vorstand dieser Arbeitsgemeinschaft vertreten. Die bisher bundesweit organisierten Kassen haben Ihre Strukturen zu verändern und wie derzeit z.B. die AOKs als Gebietskassen präsent zu sein. Die Kassenaufsicht sollte für alle Kassen jeweils auf Landesebene stattfinden. Die Bundesebene hätte dann die Funktion, spezielle neue Produkte, interregionale Best Practice- oder Benchmarkingverfahren (Ver-



Foto: Christian Kiel (Berlin)

gleiche) und weitere Optimierungswerkzeuge zu entwickeln und für alle nutzbar zu machen. Auch die gemeinsamen Interessen der dezentralisierten Kassen gegenüber anderen nationalen oder internationalen Akteuren könnten hier wahrgenommen werden.

Es gibt ja bereits wichtige andere Versorgungsbereiche, in denen eine konsequente problemnahe Delegation der Gestaltungs- und der Budgetverantwortung zu einer erheblichen Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven führt: Seit die Bundesländer z.B. die Verantwortung für den eigenen Personennahverkehr vom Bund übernommen haben, gibt es dort Landesverkehrs-servicegesellschaften, welche im öffentlichen Interesse den Wettbewerb unter Leistungsanbietern nutzen, um für jeden Winkel des Landes die Mobilität der Einwohner zu verbessern. Hier klappt es bereits: Die Kombination von Kundennähe und geballter Nachfragemacht führt zu einem Erlühen des ÖPNV, zu besseren Leistungen und günstigeren Preisen für die Nutzer.

Wenn – wie besonders von betriebswirtschaftlich konsequent denkenden Kassenvertretern immer wieder gefordert – jede Kasse mit eigenen Verhandlungsführern jeweils mit einzelnen Leistungserbringern eigene Versorgungsverträge abschließen könnte (vgl. das Konzept von Wasem, spw 125, S. 22-23), wäre ein neues Feld des Rosinenpickens für den Kassenwettbewerb eröffnet (so auch die Kritik von Rosenbrock, spw 125, S. 24-26). Welche Kasse würde wohl nicht bemüht sein jede Attraktivität für unliebsame „teure“ Versicherte bei Vertragsabschlüssen zu vermeiden! Seehofers unsittliches Angebot an die Kassen, sie könnten ja bestimmte „Gestaltungsleistungen“

streichen, wenn das Geld nicht mehr reiche, war dagegen plump und vordergründig.

Auch ist eine marktradikale Strategie volkswirtschaftlich nicht zu verantworten und politisch kontraproduktiv, die den Kassenwettbewerb sich solange austoben lassen will, bis nur noch eine oder zwei große Kassen übrig bleiben.

Andererseits bliebe bei den vorgeschlagenen Landesarbeitsgemeinschaften noch genug Raum für Wettbewerb zwischen den Kassen. Dieser könnte sich zum Wohle der Versicherten bei der Betreuung, im Service, bei Aufklärung, Beistand und in der Prävention austoben. Im Bereich der Vertragsabschlüsse aber brauchen die Kassen möglichst wenige, hochqualifizierte Profis, um gegenüber den Leistungserbringern das einzufordern, was den Versicherten aller Kassen gleichermaßen zugute kommt. Diese müssen ihre „Pappenheimer“ im Versorgungsraum kennen und mit der zusammengeführten Budgetmacht für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur die Verantwortung übernehmen.

Dann wäre es auch nach einiger Zeit möglich, den Sicherstellungsauftrag an eine solche Krankenkassen-Landesarbeitsgemeinschaft zu übertragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten sich dann als Verhandlungspartner und Interessenvertreter für Vertragsärzte profilieren und wären von der undankbaren Verwaltung der Honorarverteilung weitgehend entlastet.

Es ist klar, dass diese Reformen einen Schritt in Richtung einer zusammengeführten Gebietskassen darstellen und dass der Kassenwettbewerb zwischen den Regionen wichtiger werden wird als der Kassenwettbewerb in der Region.

Härter und für die Patienten nutzbringender wird allerdings der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern werden. Dieses ist politisch sinnvoll und entspricht dem Prinzip in anderen dem öffentlichen Interesse dienenden Wirtschaftsbereichen.

Eine gute „Gebietskasse“ wäre dann auch ein wichtiger Standortfaktor und ähnlich wie beim ÖPNV würde das Interesse der Öffentlichkeit an einer effizienten Versorgung steigen. (vgl. R. Rosenbrock, spw 125, S. 26-28 und passim)

Grundsätzliche Ansprüche der Versicherten sind weiterhin als Versorgungsziele und durch geeignete Indikatoren bundesweit einheitlich zu definieren. Wie diese Ziele regional umgesetzt werden, das kann naturgemäß sehr unterschiedlich aussehen. (Es läuft auch jetzt in ländlichen Regionen anders als in der Großstadt.)

Um die besten Lösungen („best practice“) erkennbar und nachahmbar zu machen, sollte eine Dokumentation der regional unterschiedlichen Wege, der damit verbundenen Kosten und der Ergebnisse erfolgen. Sie sollten anhand geeigneter verbindlicher Indikatoren dokumentiert und nachprüfbar gemacht werden.

Durch die gemeinsame Vertragsverantwortung auf Landesebene wäre ein RSA zwischen den Kassen nur noch für die leicht überschaubare Einnahmeseite notwendig (Einkommen und Zahl der mitversicherten Familienangehörigen). Die bundesweiten Kassen, Betriebskrankenkassen und die korrespondierende Kassenaufsicht wären per Gesetz so umzugestalten, dass sie auf der maßgeblichen Landesebene ihre Funktion ggf wahrnehmen können.

Fazit: Wenn wir unser bisher vorbildliches und leistungsfähiges Gesundheitssystem erhalten und verbessern wollen, kommen wir um Reformen auf beiden Seiten des „Runden Tisches“ nicht herum. Auf der einen Seite des Tisches muss die Leistungserbringung auf das effizient erbrachte medizinisch Notwendige konzentriert werden. Damit das Versicherteninteresse wirklich zum Maßstab werden kann, bedarf es auf der anderen Seite dringend einer organisatorischen Modernisierung, d.h. einer Krankenkassenstrukturreform.

Die rot-grüne Koalition hat mit dem Beitragsstabilitätssicherungsgesetz versucht sich angesichts drohender Beitragsatzsteigerungen etwas Luft für grundsätzlichere Reformen zu schaffen. Ihr wird die Luft trotzdem ausgehen wenn sie nicht die „zum Jagen“ bringt, die eigentlich für geeignete Versorgungsstrukturen zuständig wären: Die Organisation der Beitragszahler, die gesetzlichen Krankenkassen!

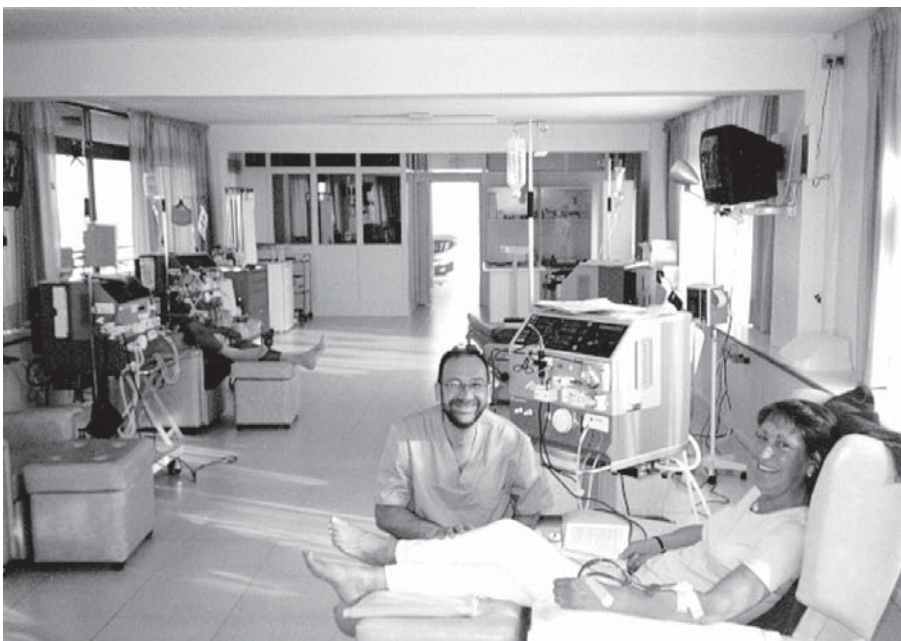


Foto: Christian Kiel (Berlin)