

# Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“

## Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform

von Hartmut Reiners<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Die Forderung nach einer GKV-Reform** aus einem Guss, die alle Probleme dauerhaft löst, geht an der Realität vorbei. Angesichts der komplexen Strukturen des Gesundheitswesens und der Komplexität der wirtschaftlichen und politischen Interessen, die auf entsprechende Gesetzgebungen einwirken, können immer nur einige Probleme angepackt werden. Dabei besteht die politische Kunst in der Implantierung von „Reformviren“, die die nächste Reform bereits in sich tragen. Dieser Inkrementalismus der Gesundheitspolitik wird am Beispiel der Reformen zum Risikostrukturausgleich und zur ärztlichen Vergütung illustriert.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitspolitik, GKV-Reformen, Risikostrukturausgleich, Gesundheitsfonds, vertragsärztliche Vergütung, Budgetierung, Regelleistungsvolumina

*The call for a SHI reform all of a piece to permanently solve all problems is out of touch. Given the complex structure of the health care system and the complexity of economic and political interests influencing the relevant legislation, only so many issues can be addressed at a time. However, the art of politics is all about implanting "reform viruses" which already carry the next reform within themselves. The article illustrates this incrementalism of health policy, using as examples the reforms of the risk structure compensation scheme (RSA) and of the reimbursement of physicians.*

**Keywords:** health policy, SHI reforms, risk structure compensation scheme, health care stock, reimbursement of SHI authorised physicians, budgeting, standard service volumes

## 1 Einleitung

Seit mehr als 20 Jahren wird die Republik regelmäßig mit GKV-Reformen konfrontiert. In den Medien wird dieses Phänomen oft als Unfähigkeit der Politik gewertet, mit den Problemen im Gesundheitswesen fertig zu werden. Statt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) grundlegend zu reformieren, einige man sich immer wieder auf halbherzige und widersprüchliche Kompromisse, die den Keim des nächsten „Reförmchens“ schon in sich tragen. Erforderlich sei eine GKV-Reform aus einem Guss, die die Probleme auf Dauer löse. Diese oft mit Polemik („Tollhaus“, „kollektive Verantwortungslosigkeit“, „Missgeburt“) garnierte Kritik ist ein sicherer Indikator dafür, dass ihre Protagonisten entweder von den komplexen Strukturen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik keine Ahnung haben oder sich auf Oppositionsbänken, in Redaktionsbüros beziehungsweise im Wissenschaftsbetrieb politischer Verantwortungsfreiheit erfreuen. Oft fallen beide Eigenschaften auch in einer Person zusammen.

## 2 Eine Politik des schrittweisen Reformierens

Bei GKV-Reformen geht es um die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen und damit um elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes und um mehr als 4,5 Millionen Jobs. Dieser Wirtschaftszweig wird aus guten Gründen in allen Zivilgesellschaften weitgehend nicht vom Markt gesteuert (Rice 2004, 231 ff.). Anpassungen an sich verändernde Angebots- und Nachfragebedingungen laufen über Entscheidungen von Parlamenten und Regierungen. Dabei treffen zahlreiche Akteure aufeinander, die widersprüchliche Interessen verfolgen und spezifischen Entscheidungsmechanismen unterliegen, die die Sachprobleme überlagern (Tabelle 1).

Diesem vom Bürger schwer zu durchschauenden Geflecht von wirtschaftlichen und politischen Interessen stehen komplexe Sachfragen gegenüber, für die es nicht immer klare

<sup>1</sup> Hartmut Reiners, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg · Heinrich-Mann-Allee 103 · 14473 Potsdam  
Telefon: 0331 866-5411 · Telefax: 0331 866-5409 · E-Mail: hartmut.reiners@masgf.brandenburg.de

Antworten gibt. Die Vorstellung, dass „es ein Gemeinwohl als sichtbaren Leitstern der Politik gibt, und das jedem normalen Menschen mittels rationaler Argumente sichtbar gemacht wird“, verspottete bereits Schumpeter als naive Vorstellung aus dem vordemokratischen Zeitalter (*Schumpeter 1950/1972, 397*). Es geht um meist mühselige Aushandlungsprozesse unterschiedlicher Interessen und nicht um die Realisierung von Patentrezepten, die doch so einfach zu haben wären, wenn Politiker und Verbandsfunktionäre ihren Job anständig machen würden. Der Inkrementalismus von GKV-Reformen ist nicht das Resultat von Politikversagen, sondern entspricht dem viel zitierten Postulat Max Webers, wonach Politik „ein starkes langsames Bohren von harten Brettern“ bedeutet (*Weber 1919/2006, 610*).

Vor diesem Hintergrund besteht die professionelle Kunst in der Gesundheitspolitik nicht in der Umsetzung in sich geschlossener Reformkonzepte mit einem „big bang“, sondern in der gezielten Reduzierung auf wenige Themen. GKV-Reformen, die in guter Absicht viele Probleme auf einmal anpacken wollen, sehen sich einer mindestens ebenso großen Zahl von Betroffenen gegenüber, die wirkungsvolle Koalitionen bilden können mit nur einem gemeinsamen Ziel: die Reform zu verhindern. Daher sollte zum einen die Zahl der Reformgegner überschaubar und deren Einfluss kalkulierbar sein. Zum anderen besteht die Kunst der Gesundheitspolitik darin, in den unvermeidlichen politischen Kompromissen „Reformviren“ zu implantieren, die zwar einer bestimmten politischen Konzeption folgen, von denen man aber nicht

immer weiß, ob, wann und wie sie wirken. Auf diese Weise entsteht eine im Prinzip endlose Kette von GKV-Reformen, die jeweils die Keime der folgenden Reform in sich tragen. Dieser Prozess lässt sich beispielhaft anhand der beiden großen Themen der letzten GKV-Reform darstellen: Gesundheitsfonds und Vergütungen für Vertragsärzte.

## 2.1 Risikostrukturausgleich (RSA) und Gesundheitsfonds

Noch mehr als hundert Jahre nach der 1883 erfolgten Gründung der GKV wurden fast alle Arbeiter ihrer jeweiligen Pflichtkasse (AOK, BKK, IKK, Knappschaft) zugewiesen, während Angestellte und Arbeiter ausgewählter Berufe die Alternative einer für sie jeweils reservierten Ersatzkasse hatten. Dieses eher dem mittelalterlichen Zunftwesen als einer Zivilgesellschaft entsprechende Gliederungsprinzip widersprach nicht nur verfassungsrechtlichen Grundsätzen (*Brunkhorst 1987*), sondern führte in den 1980er Jahren auch zu bis dato nicht gekannten Verwerfungen im GKV-System (*GKV-Enquête 1990, 310 ff.*). Alle Kassen hatten die gleichen gesetzlichen Leistungsverpflichtungen, aber unterschiedliche Risikostrukturen und Finanzierungspotenziale. Während 1988 die Grundlohnsumme der AOKs bei 94,4 Prozent des GKV-Durchschnitts lag, hatten die BKKs eine Quote von 120,0 Prozent und die Angestellten-Ersatzkassen von 101,5 Prozent (*GKV-Enquête 1990, 400*). Dem standen große Unterschiede bei den Ausgabenrisiken gegenüber. So versicherten zum Beispiel die AOKs 61,1 Prozent der Arbeitslosen sowie

TABELLE 1

### Warum es so schwer ist, das System der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend zu reformieren

- In der Politik geht es nicht nur um Sach-, sondern auch um Machtfragen, die zwischen und in den Parteien ausgetragen werden.
- Bund und Länder haben in der Gesundheitspolitik unterschiedliche Kompetenzen, was zu komplizierten Abstimmungsprozessen zwischen Bundestag und Bundesrat führen kann.
- GKV-Beiträge sind unverzichtbare Lebenshaltungskosten und berühren als solche die Lohnkosten.
- Um das GKV-Budget streiten sich viele Berufsgruppen, Versorgungseinrichtungen sowie Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Sie unterhalten einen aufwendigen Apparat von Lobbyisten und PR-Agenturen, die auf die Politik und die Medien Einfluss nehmen. Nach Angaben des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ (Nr. 30/2006) arbeiten 433 der knapp 2.000 beim Bundestag registrierten Lobbyisten allein im Bereich Gesundheitspolitik.
- Der Gesetzgeber gibt im Sozialgesetzbuch in wichtigen Bereichen (Leistungsgewährung, Vergütungen, Qualitätssicherung) den allgemeinen Rahmen vor, den die Selbstverwaltungsorgane des GKV-Systems zu konkretisieren und umzusetzen haben. Dabei ergeben sich immer wieder Spannungen und Handlungsblockaden.
- GKV-Reformen betreffen komplexe soziale und ökonomische Systeme, die nicht überfordert werden dürfen, wenn die angestrebten Strukturveränderungen funktionieren sollen.

TABELLE 2

## Gesetze zum Risikostrukturausgleich (RSA)

Gesetz	Inhalt
Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 18.12.1992	Einführung eines kassenartenübergreifenden, nach Ost und West getrennten Risikostrukturausgleichs (RSA) ab 1.1.1994 mit Finanzausgleich (92 % der Beitragseinnahmen) und Beitragsbedarfsausgleich (standardisierte Behandlungsausgaben nach Alter und Geschlecht sowie für Erwerbsunfähigkeitsrenten).
GKV-Finanzstärkungsgesetz vom 24.03.1998	Gesamtdeutscher Finanzausgleich im RSA.
GKV-Gesundheitsreform 2000 vom 22.12.1999	Die Rechtskreistrengung zwischen Ost und West wird aufgehoben. Der RSA wird bundesweit durchgeführt.
Gesetz zur Reform des RSA vom 10.12.2001	Berücksichtigung von DMP-Programmen im Beitragsbedarfsausgleich. Einführung eines RSA mit direktem Morbiditätsbezug (Morbi-RSA) ab 2007. Bildung eines Hochrisikopools.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007	Einführung eines Gesundheitsfonds mit 100 % der Beitragseinnahmen. Umsetzung des Morbi-RSA ab 2009.

Quelle: Reiners 2009

67,4 Prozent der Behinderten und Rehabilitanden (*GKV-Enquête 1990, 410 und 416*). Unabhängige Fachleute fordern Ende der 1980er Jahre eine grundlegende Organisationsreform der GKV mit zwei Kernpunkten:

- Freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten und
- Einführung eines bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (RSA).

Nach zähen politischen Auseinandersetzungen sowohl zwischen als auch innerhalb der Union und der SPD einigten sich die Bundesregierung und die Länder im Oktober 1992 im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) auf eine Reform, die diesen Kriterien mit gewissen Einschränkungen entspricht (*Reiners 2006*). Seit 1996 haben alle Versicherungsberechtigten die freie Wahl der Krankenkasse. Die Kassen unterliegen der Kontrahierungspflicht. BKKs und IKKs verfügen dabei über das Sonderrecht, zwischen einer Beschränkung des Mitgliederkreises auf Betriebs- beziehungsweise Innungsangehörige und einer Öffnung für alle GKV-Mitglieder wählen zu können. Der freien Kassenwahl wurde 1994 ein RSA vorgeschaltet, der gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen unabhängig von ihrer Risikostruktur bringen sollte. Damit wurde faktisch ein Gesundheitsfonds eingeführt, ohne dass dies von den meisten Akteuren im GKV-System auch so wahrgenommen wurde. Daher basiert auch die Aufregung über den Verlust der Finanzautonomie der Kassen durch den Gesundheitsfonds auf einem „Phantomschmerz“ (*Knieps 2007, 23*). Bereits der RSA umfasste 92 Prozent der Beitragseinnahmen und ließ den einzelnen Kassen nur den Rest für Verwaltungsaufgaben

und Satzungsleistungen zur eigenen Verfügung. Überstieg der Beitragsbedarf einer Kasse ihre Finanzkraft, erhielt sie die Differenz aus dem RSA. War die Finanzkraft höher als der Beitragsbedarf, musste Geld in den RSA abgeführt werden. Auf diese Weise entstand das falsche Bild von „Geber-“ und „Empfänger“-Kassen. Eigentlich ging es doch darum, das im Paragraph 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V festgehaltene Prinzip umzusetzen, wonach die GKV eine Solidargemeinschaft ist und keine Assoziation von nur in sich solidarischen Krankenkassen.

Mit dem GSG von 1992 wurde mit einer neuen Wettbewerbsordnung politisches Neuland betreten (Tabelle 2). Der RSA bestand aus dem Finanzausgleich und dem Morbiditätsausgleich. Letzterer wurde mangels GKV-Daten zur direkten Morbiditätsmessung mit dem Mut zur Lücke gestaltet. Der Morbiditätsausgleich beruhte auf den Indikatoren Alter, Geschlecht sowie Erwerbsunfähigkeit. Man wusste zwar, dass die Morbiditätsrisiken innerhalb eines Jahrgangs unterschiedlich sind, hielt diesen Mangel aber für erträglich, zumal es seinerzeit weder praktikable Alternativen, noch eine politische Mehrheit für einen RSA mit direktem Morbiditätsbezug gab. Es kam aber bald zu neuen Wettbewerbsverzerrungen, weil Kassen mit einer relativ guten Risikostruktur Selektionsstrategien entwickelten und so diese Lücke im RSA für sich nutzten. Das war allemal leichter, als sich über das mühselige Vertragsgeschäft mit Ärzten und Krankenhäusern im Wettbewerb zu profilieren. Hinzu kam, dass die Beschränkung des Finanzausgleichs auf 92 Prozent der Beitragseinnahmen Kassen mit vielen gut verdienenden Mitgliedern begünstigte.

Mehrere von der Bundesregierung und Kassenverbänden in Auftrag gegebene Gutachten konstatierten im Jahr 2001 Handlungsbedarf und forderten eine RSA-Reform mit einem direkten Morbiditätsbezug (Morbi-RSA) (vgl. zusammenfassend Bundesregierung 2001). Unterstützt wurden sie vom Wirtschafts-Sachverständigenrat, dessen Vorsitzender Bernd Rürup klarstellte, dass der Morbi-RSA eine „zwingende Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb und somit auch auf Dauer unverzichtbar (ist)“ (Rürup 2001, 4). Ende 2001 zog die rot-grüne Koalition die Konsequenz und führte mit dem RSA-Reformgesetz einen Morbi-RSA sowie einen Hochrisikopool ein. Die Umsetzung dieses Gesetzes war allerdings an Rechtsverordnungen des Bundes gebunden, die der Zustimmung des Bundesrates bedurften. Da dort die Union die Mehrheit und damit ein Vetorecht hatte, war das Gesetz praktisch wirkungslos. Die Landesregierungen von Baden-Württemberg, Bayern und Hessen beantragten sogar beim Bundesverfassungsgericht ein Normenkontrollverfahren gegen das Gesetz, holten sich dort aber im Juli 2005 eine Abfuhr (*Bundesverfassungsgericht 2005*). Das Gericht stellte nicht nur die Verfassungskonformität des Morbi-RSA fest, sondern bezeichnete ihn explizit als eine notwendige Grundlage des Kassenwettbewerbs.

Dieses Urteil war für die Durchsetzung des Morbi-RSA im Rahmen der GKV-Reform 2006/2007 sehr hilfreich. Die SPD machte ihrem Koalitionspartner von vornherein klar, dass man ohne die Umsetzung des Morbi-RSA zu keiner Einigung kommen würde. Man einigte sich schließlich auf den Gesundheitsfonds, der sich vom alten RSA wie folgt unterscheidet:

- Er umfasst sämtliche Beitragseinnahmen (RSA: 92 Prozent).
- Während der RSA auf einem Transfersystem zwischen den Kassen beruhte, wird der Gesundheitsfonds vom Bundesversicherungsamt (BVA) treuhänderisch verwaltet.
- Die Zuweisungen des BVA an die Kassen orientieren sich nicht nur an den Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung, sondern erhalten durch die Berücksichtigung von 50 bis 80 Krankheitsarten einen direkten Morbiditätsbezug.
- Die Verwaltungskosten werden in standardisierter Form in den RSA einbezogen.
- Bis 2016 werden die Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt stufenweise auf 14 Milliarden Euro angehoben.
- Kommt eine Kasse mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht aus, muss sie einen Zusatzbeitrag erheben, der bis zu acht Euro pro Monat als Fixbetrag erhoben wird und ein Prozent des Haushaltseinkommens der Versicherten nicht übersteigen darf.

Der wesentliche Fortschritt des Gesundheitsfonds besteht in der endgültigen Institutionalisierung des Morbi-RSA. Dahinter stehen die auch von seinen Protagonisten nicht bestrittenen Probleme zurück, die Ausgangspunkte für Reformen in den nächsten Jahren sein werden (*Greif et al. 2008*):

- Die Begrenzung des Morbi-RSA auf maximal 80 Krankheiten verkennt, dass der RSA kein Ausgabenausgleich ist, sondern ein Instrument zur Risikomessung für alle Versicherten.
- Die Begrenzung des Zusatzbeitrags auf ein Prozent der Einkommen benachteiligt Kassen mit vielen Geringverdienern.
- Die Steuerzuschüsse machen die GKV-Finanzierung vom Bundeshaushalt und damit stärker von politischen Konjunkturen abhängig.

## 2.2 Das permanente Reformieren der vertragsärztlichen Vergütung

Auf keinem anderen gesundheitspolitischen Terrain wird die Unvermeidbarkeit permanenter Reformen so deutlich wie bei der Honorierung der Vertragsärzte. Jedes Vergütungssystem steht in einem Spannungsverhältnis von Mengen- und Preiseffekten. Die Ärzteschaft reagiert auf monetäre Anreize wie andere Menschen auch: Sie sucht ihren Vorteil und richtet Art und Umfang ihrer Leistungen nach dem jeweiligen Entgeltsystem. Sie hat hier wegen des ihnen aus guten Gründen verliehenen Monopols in der Definition und Behandlung von Krankheiten ausgeprägte Möglichkeiten. Weltweit sind sich Gesundheitsökonominnen weitgehend einig, dass die Begrenzung dieser angebotsinduzierten Nachfrage ein zentrales Steuerungsproblem im Gesundheitswesen ist (*Rice 2004, 151 ff.*). Brian Abel-Smith, Nestor der britischen Gesundheitsökonominnen, beantwortete angesichts dieses Sachverhalts in einer Diskussion mit deutschen Experten Anfang der 1990er Jahre die Frage nach dem optimalen Vergütungssystem mit britischem Humor so: „Alle paar Jahre ein neues, damit es sich niemand darin bequem machen kann.“

In Deutschland versucht man seit dem Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955, dieses Problem durch ein Mischsystem aus Einzelleistungs- und Pauschalvergütungen in den Griff zu bekommen. Seither haben die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtvergütungen gezahlt, die sich aus der Multiplikation der Mitgliederzahl einer Kasse mit einer Kopfpauschale ergeben. Da zugleich das Abrechnungssystem der Ärzte von Kopfpauschalen auf Einzelleistungsvergütungen umgestellt wurde, entstand der Effekt, dass Mengenausweitungen über die Budgetgrenze hinaus zu einer Abwertung der Punktwerte für die einzelnen Leistungen führten. Bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ergab eine Bestandsaufnahme, dass die Honorarauszahlungsquoten bis zu 50 Prozent der sich aus der Zahl der Einzelleistungen eigentlich ergebenden Summe ausmachten (*Grünwald 1957, 193*).

In den 1960er Jahren entwickelte dieses System aber eine ganz andere Dynamik. Die Reichsversicherungsordnung (RVO) schrieb zwar eine Anbindung der ärztlichen Vergütung

an die Einnahmeentwicklung der Kassen vor (Grundlohnorientierung). Diese wurde jedoch nicht die Richtschnur für die Gesamtvergütung, sondern für die Punktwerte der Einzelleistungen. Diese weiteten sich quantitativ wie qualitativ aus, wodurch die Ärzteeinkommen deutlich stärker stiegen als die Grundlöhne der Versicherten (*Thiemeyer 1970*). Diese Entwicklung war auch das Ergebnis eines verzerrten Kassenwettbewerbs. Die in der RVO verfügte Budgetierung galt nur für die Pflichtkassen (AOK, BKK, IKK), während die Ersatzkassen ein weitgehend ungedeckeltes Honorierungssystem mit festen D-Mark-Preisen hatten, das erst 1989 endgültig dem Pflichtkassen-System angeglichen wurde. Die KBV verhandelte daher erst mit den finanzstärkeren Ersatzkassen und setzte mit dem Ergebnis anschließend die Pflichtkassen unter Druck. Allein zwischen 1963 und 1971 stieg der durchschnittliche GKV-Umsatz einer Kassenarztpraxis um 126 Prozent, ein auch in Zeiten des Wirtschaftswunders ungewöhnlicher Zuwachs.

Das Kostendämpfungsgesetz der sozialliberalen Koalition bremste von 1978 an diese Entwicklung mit einer Begrenzung der Gesamtvergütung, deren Anhebung danach jährlich zwischen KBV und Kassenverbänden vereinbart wurde (*Thiemeyer 1985, 47 ff.*). Diese Regelung verschärfte Gesundheitsminister Seehofer (CSU) von 1993 an durch eine strikte grundlohnorientierte Budgetierung der Gesamtvergütung. Da in den nachfolgenden Jahren die Beitragseinnahmen der Kassen hinter der Wirtschaftsentwicklung zurückblieben, die Leistungsmenge der Ärzte aber weiter stieg, kam es zur Abwertung der Punktwerte für die einzelnen Leistungen. Um die so entstehenden Einnahmeverluste pro Leistung auszugleichen, erhöhten viele Ärzte ihre Leistungsmenge, was zu einem weiteren Sinken der Punktwerte führte. Dieser „Hamsterradeffekt“ machte eine verlässliche wirtschaftliche Kalkulation einer Arztpraxis immer schwieriger (*Gerlinger 1997*). Hinzu kamen seit Mitte der 1980er Jahren permanente, unterm Strich unergebige Konflikte um eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die sowohl eine bessere Bewertung zuwendungsintensiver gegenüber medizinisch-technischer Leistungen und damit der hausärztlichen gegenüber den fachärztlichen Leistungen bringen sollte (*Pannen 1995*).

Das wollte die seit 2001 im Amt befindliche Gesundheitsministerin Ulla Schmidt ändern. Sie führte im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2003 das System der „morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina (Morbi-RLV)“ ein (*Radtke 2005*). Kassen und KVen sollten arztgruppenspezifische, an den tatsächlichen Behandlungskosten orientierte Grenzwerte festlegen, bis zu denen die Leistungen mit festen Punktwerten vergütet werden. Alle darüber hinausgehenden Abrechnungen sollten mit wachsender Punktzahl immer weiter abgewertet werden, sofern keine signifikante Änderung der Morbiditätsstruktur der Patienten vorlag. Das führte dazu, dass Ärzte entweder ihre Fallzahlen passgenau zum vorgegebenen Praxisbudget steuerten oder bestimmte Leistungen nur

noch teilweise vergütet bekamen. Hinzu kamen erhebliche regionale Unterschiede und methodische Probleme bei der Erfassung von Daten für den Morbi-RLV, die die Umsetzung der Vorgabe des Gesetzgebers erschwerten, den Versorgungsbedarf angemessen zu berücksichtigen und ein dafür erforderliches Patienten-Klassifikationssystem zu entwickeln (*Stilfried und Ryll 2004; Dräther et al. 2006*).

Mit dem GKV-WSG wurde 2007 der Umsetzungsprozess des Morbi-RLV mit konkreten zeitlichen Vorgaben für die gemeinsame Selbstverwaltung beschleunigt (*Schauenburg et al. 2007*). Ab 2009 werden die vertragsärztlichen Leistungen mit bundeseinheitlichen Euro-Preisen vergütet, wobei Hausärzte ein stärker pauschaliertes Honorar und Fachärzte eine Mischung aus arztgruppenspezifischen Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen erhalten. Das führt im Ergebnis zu einer Angleichung der Arzthonorare in den KV-Bezirken, was vor allem den Vertragsärzten in den neuen Ländern zugute kommt. Deren Fallwerte haben bislang nur 80 Prozent dessen betragen, was ihre Kolleginnen und Kollegen in Westdeutschland einnehmen. Dieses neue System bedeutet aber nicht das Ende der RLV. Nach wie vor gibt es für die KV-Bezirke eine Gesamtvergütung, die sich jedoch am Versorgungsbedarf und nicht länger an den Einnahmen der Krankenkassen orientiert. Damit wird zwar das Morbiditätsrisiko auf die Kassen übertragen, aber es bleibt die letztlich unvermeidbare Auseinandersetzung zwischen den Arztgruppen um die Verteilung des KV-Budgets.

Dieser Konflikt erhält mit Paragraph 73 b SGB V, in dem die hausarztzentrierte Versorgung geregelt ist, eine neue Dimension. Er koppelt nicht nur die hausärztliche Versorgung aus der Gesamtvergütung aus, sondern verpflichtet auch im Absatz 4 die Krankenkassen, mit Verbänden Verträge zur hausärztlichen Versorgung abzuschließen, die mehr als die Hälfte der Allgemeinmediziner in einem KV-Bezirk organisiert haben. Diese Bestimmung drückte die CSU im Herbst 2008 in das GKV-Organisations-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG), um die in Bayern besonders stark organisierten Hausärzte im Wahlkampf ruhigzustellen. Geholfen hat es der CSU und dem zur Wiederwahl angetretenen Ministerpräsidenten Beckstein bekanntlich nichts. Aber dem GKV-System wurde damit ein faules Ei ins Nest gelegt, das allmählich zu stinken beginnt. Damit wird der Sicherstellungsauftrag der KVen ausgehöhlt. Das kann man politisch wollen, aber dann muss auch die Verantwortung für diesen wichtigen Bereich der medizinischen Versorgung neu geordnet werden.

### 3 Fazit und Ausblick

Das GKV-WSG hat zwei wichtige Weichenstellungen gebracht, deren paradigmatische Bedeutung in der allgem-

nen politischen Debatte nicht angemessen gewürdigt wird. Zum Einen hat der wachsende Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds einen wachsenden Einfluss der Bundesregierung auf das operative Geschäft der GKV zur Folge. Zum Zweiten bewirken die Hausarztverträge nach Paragraf 73 b eine Erosion des gemeinsamen Sicherstellungsauftrages von GKV und KV. Daraus ergeben sich für die kommende Legislaturperiode zwei zentrale Themen einer GKV-Reform:

- Wenn es nicht gelingt, die PKV in das GKV-System zu integrieren und Ansätze einer Bürgerversicherung voranzutreiben, ist der Weg in eine weiter wachsende Steuerfinanzierung der GKV vorprogrammiert. Anders lässt sich dann die chronische Unterfinanzierung der GKV nicht beseitigen.
- Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen muss geklärt werden: Das ist mit einer Neuordnung des Sicherstellungsauftrages verbunden, aber auch mit einer neuen Aufgabenverteilung zwischen dem GKV-System und den Aufsichtsbehörden.

Auf die Gefahr hin, als Bote für die Botschaft bestraft zu werden: Bei nüchterner Betrachtung der Dinge läuft alles auf eine wachsende Steuerfinanzierung der GKV und einen gemeinsamen Sicherstellungsauftrag von Ländern und Krankenkassen hinaus. Ob die nächste Bundesregierung die Kraft hat, sich diesen Problemen wirklich zu stellen, ist freilich eine andere Frage.

## Literatur

- Brunkhorst J (1987):** Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung. Berlin: Duncker & Humblot
- Bundesregierung (2001):** Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundestags-Drucksache 14/5681 vom 28.03. 2001
- Bundesverfassungsgericht (2005):** Beschluss vom 18. Juli 2005: 2 BvF; www.bverfg.de → Entscheidungen → Juli 2005
- Dräther H, Gerste B, Schwinger A (2006):** Empirische Untersuchungen zu morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina in regionaler Perspektive. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 60, 11–19
- Gerlinger T (1997):** Punktlandungen im Hamsterrad. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungs-

reform. Jahrbuch für kritische Medizin 28. Hamburg: Argument, 99–124

**GKV-Enquête (1990):** Enquête Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Endbericht Band 1. Bonn: Deutscher Bundestag

**Greß S, Manougiann M, Walendzik A, Wasem J (2008):** Gesundheitsfonds und Finanzierungsreform im GKV-WSG. G+G-Wissenschaft, Jg. 8, Heft 3, 16–23

**Grünewald A (1957):** Zur Stellung des Arztes in der modernen Gesellschaft. In: Boettcher E (Hrsg.). Sozialpolitik und Sozialreform. Tübingen: Mohr-Siebeck, 191–200

**Knieps F (2007):** Der Gesundheitsfonds aus Sicht der Politik. Göppfahrd D et al (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard, 9–26

**Pannen C (1995):** EBM-Reform als Richtungsänderung in der Vergütungspolitik? Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 49, Heft 1–2, 22–31

**Radtke S (2005):** Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), der Regelungen zur Mengensteuerung und zur Abrechnungsprüfung zum 1. April 2005. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 59, Heft 5–6, 34–38

**Reiners H (2006):** Der „Lahnstein“-Mythos: Die schwere Geburt des RSA. Göppfahrd D et al. (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. Sankt Augustin: Asgard, 13–34

**Rice T (2004):** Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn: Kompart

**Rürup B (2001):** Die Reform des Risikostrukturausgleichs im Rahmen der Vorstellungen der „Fünf Weisen“ zur Gesundheitspolitik. Bonn: G+G-Sonderdruck

**Schauenburg B, Behrend C, Staffeldt T (2007):** Honorare ohne Grenzen: die ärztliche Vergütung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 61, Heft 1–2, 54–59

**Schewe D, Schenke K et al. (1977):** Übersicht über die soziale Sicherung. Bonn: BMAS

**Stillfried D Graf von, Ryll A (2004):** Umsetzbarkeit morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumina in der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 58, Heft 11–12, 36–50

**Schumpeter JA (1950/1972):** Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie. München: Francke/UTB

**Thiemeyer T (1970):** Sozialpolitische und ökonomische Probleme ärztlicher Honorargestaltung. Sozialer Fortschritt, Jg. 19, Heft 4, 101–108

**Thiemeyer T (1985):** Honorierungsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland. In: Ferber C v et al. (Hrsg.). Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München: Oldenbourg, 35–58

**Weber M (1919/2006):** Politik als Beruf. Max Weber: Politik und Gesellschaft (Sammelband). Neu-Isenburg: Melzer, 565–610

## DER AUTOR



**Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners,** ist seit 1992 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MAGS) des Landes Brandenburg; zuvor in gleicher Funktion im MAGS Nordrhein-Westfalen. In dieser Eigenschaft an der Erarbeitung aller GKV-Reformgesetze seit 1988 betei-

ligt. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquête-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Von 1985 bis 1988 Referent im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Zahlreiche Veröffentlichungen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie.