

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Die Verwirklichung der normativen Grundlagen der GKV erfordert einen ständigen Balanceakt

DR. FLORIAN STAECK

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland stellt sich als Balanceakt zwischen Solidarität und dem Versuch dar, durch wettbewerbliche Elemente Effizienz zu implementieren. Dabei ist es wenig hilfreich, Solidarität und Wettbewerb als unvereinbare Pole für die Gestaltung der Versorgung hinzustellen. Aus der Tatsache, dass marktwirtschaftliche Strukturen allein keine Versorgungsgerechtigkeit herstellen können, dürfe nicht gefolgert werden, dass diese Elemente generell untauglich im Gesundheitswesen seien. Vielmehr komme es auf die konkrete Ausgestaltung an. In dieser Position zeigte sich das 12. Frankfurter Forum in seiner Plenums-tagung am 17./18. April 2015 in Fulda überwiegend einig.

Versorgungsgerechtigkeit als Ziel: Die Entwicklung des Gesundheitswesens in den vergangenen Jahren sei nicht allein durch eine Zunahme wettbewerblicher Elemente geprägt gewesen, gaben Teilnehmer zu bedenken. Gleichmaßen seien zusätzliche Elemente der staatlichen Steuerung (z.B. der Gesundheitsfonds) und der korporatistischen Steuerung (etwa größere Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses) etabliert worden. Eine undifferenzierte Gegenüberstellung von „Ethik“ und „Monetik“ führe nicht weiter, mahnten Teilnehmer. Vielmehr bestehe die Herausforderung darin, Versorgungsgerechtigkeit unter der Bedingung der Knappheit zu definieren. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass wettbewerbliche Elemente nicht zu einer sozialen Differenzierung beim Zugang zu Gesundheitsleistungen führen. Entsolidarisierung durch Wettbewerb könne nicht zielführend sein.

Ebenso gelte es zu berücksichtigen, dass konkrete Maßstäbe des Verfassungsrechts für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung kaum existieren. Als Grundidee des

sozialen Rechtsstaats wurde vor diesem Hintergrund postuliert, alle Bürger müssten an der Normalversorgung teilhaben können. Ein Vorschlag zur Operationalisierung, der in die Debatte eingebracht wurde, lautete, wenn Leistungen in der GKV von Angehörigen der Mittelschicht in größerem Umfang privat hinzugekauft werden, sei dies ein starkes Indiz dafür, dass der Leistungskatalog angepasst werden müsse. Allerdings, so wurde eingewandt, erfolge der Zukauf solcher Leistungen allzu häufig auf Basis einer ärztlichen Angebotspalette, deren Validität sehr kontrovers diskutiert werde.

Auch aus diesem Grund wurde gegen diesen Vorschlag von verschiedener Seite Kritik erhoben. So würden beispielsweise jüngere Versicherte das Risiko der späteren Pflegebedürftigkeit chronisch unterschätzen, hieß es. Hätte der Gesetzgeber vor 20 Jahren nicht ein sozialstaatliches Arrangement geschaffen, die soziale Pflegeversicherung, dann gäbe es diese Versicherungssäule bis heute nicht.

Andere Teilnehmer betonten, gesetzlich Krankenversicherte erhielten ein umfassendes Leistungsangebot auf „Chipkarte“, allenfalls im Krankenhaus bestehe aus Sicht der Versicherten die Bereitschaft, für zusätzliche Leistungen – wie etwa für ein Einzelzimmer – den Versicherungsumfang zu erweitern. Als weiteres Gegenargument zur Maxime, erst das umfangreiche Hinzukaufen von Leistungen der Mittelschicht solle Indikator für eine Erweiterung des Leistungskatalogs sein, wurden seltene Erkrankungen angeführt. Patienten mit einer der weltweit rund 8000 seltenen Erkrankungen hätten nach dieser Maxime eine geringere Chance, am medizinisch-technischen Fortschritt teilzuhaben, wurde moniert.

Ausgestaltung von Wettbewerb: Besonderes Augenmerk legten die Diskussionsteilnehmer auf die Frage, in welcher

Form und mit welchem Ziel Wettbewerb im Gesundheitswesen ausgestaltet werden soll. Wettbewerb solle Suchprozesse beispielsweise nach besseren Versorgungslösungen in Gang setzen, ohne aber die normative Grundlage der sozialen Krankenversicherung zu gefährden. Dies verlange zugleich die Bereitschaft, temporäre Ungleichheiten für Versicherte etwa im Zugang zu bestimmten Versorgungsarrangements zu akzeptieren.

Suchprozesse seien insbesondere nötig für eine bessere Organisation der Behandlungsabläufe von Patienten. Denn angesichts der demografischen Entwicklung nehme die Zahl der Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen zu, die oftmals gut behandelbar sind. Als „geronnene Idee des Wettbewerbs“ hätten sich in den vergangenen Jahren vielerorts Selektivverträge etabliert. Hier müsse der Gesetzgeber viel konsequenter als bisher fordern, dass die Ergebnisse besonderer Versorgungsformen zwingend evaluiert und publiziert werden. Wenn ein Selektivvertrag zu überzeugenden Ergebnissen führt, sollte dieser in die Kollektivversorgung implementiert werden, wurde argumentiert. Erinnerung wurde in diesem Zusammenhang daran, dass die „Vollversorger“-Selektivverträge in Baden-Württemberg – im Gegensatz zum Kollektivvertrag – inzwischen zweimal wissenschaftlich evaluiert wurden.

Kritisch wurde weiterhin angemerkt, es gebe in der GKV viele Wettbewerbselemente auf der Preis- und Mengenebene, hingegen sei der Qualitätswettbewerb bisher nur schwach ausgeprägt. Und Qualitätsindikatoren, betonten Teilnehmer, werde man nicht im Wettbewerb organisieren können. Aktuelle Versuche des Gesetzgebers, neue Anreize für die Etablierung von Versorgungsinnovationen zu schaffen, wurden skeptisch beurteilt. Dies gelte

beispielsweise für die Ausgestaltung des Innovationsfonds im Versorgungsstärkungsgesetz. Die Dominanz der Exekutive im Entscheidungsgremium mit gleich drei Vertretern bei der Mittelverteilung spreche stärker für Kameralistik als für Wettbewerb, bemerkten Teilnehmer.

Kontrovers wurden die Folgen der Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus debattiert. Einzelne Teilnehmer merkten an, mit den DRG sei das „Hamsterrad“ etabliert worden, das Krankenhäuser zu einem beständigen Mengenwachstum bei den erbrachten Leistungen zwingt. Dem wurde entgegengehalten, man möge die Verhältnisse vor Geltung der Fallpauschalen nicht schön reden. Ein zentrales Ziel der DRG sei die Schaffung von mehr Leistungstransparenz in Krankenhäusern gewesen – und dieses sei der überwiegenden Ansicht nach erreicht worden, wurde erklärt. Nun gelte es aber, Transparenz in der Mittelverwendung und Qualität zusammenzuführen. Hierbei stellten sich nach wie vor ungelöste Fragen hinsichtlich der Messung und Messbarkeit von Qualität, ergänzten Teilnehmer. Und selbst wenn sie gelöst würden, bliebe der „Hamsterradefekt“ des DRG-Systems bestehen.

Dualer oder integrierter Versicherungsmarkt: Aus einer idealen wissenschaftlichen Perspektive sollten alle Akteure im Gesundheitswesen in fairem Wettbewerb miteinander stehen. Als ein Instrument gilt dafür ein einheitlicher, integrierter Krankenversicherungsmarkt, über dessen Für und Wider seit Jahren gestritten wird. Tatsächlich gehe der Status quo des dualen Systems von GKV und PKV mit ungelösten ordnungspolitischen Problemen einher, betonten Teilnehmer. Dies gelte beispielsweise für die gegenwärtig willkürliche und nicht begründbare Abgrenzung des Pflicht-

versichertenkreises in der GKV. Zugleich habe der Staat die eigenen Beamten aus der Solidarität der GKV-Versicherten herausgenommen, für Freiberufler insbesondere der niedrigeren Einkommensklassen mit der Künstersozialkasse und der Versicherung für Landwirte dagegen eigene Optionen der GKV-Versicherung geschaffen. Die Widersprüche gingen noch weiter, betonten Teilnehmer: Für die PKV gilt mit der GOÄ eine staatlich festgesetzte Vergütungsstruktur, in der GKV hingegen ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab Ergebnis eines Verhandlungsprozesses.

Die seit mehr als einer Dekade geführte Diskussion über Modelle wie die Bürgerversicherung oder die Gesundheitsprämie sei inzwischen abgeflaut, resümierten Teilnehmer. Dies verdanke man einerseits der Stilllegung dieses Grundkonflikts im Rahmen der großen Koalition. Andererseits habe sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass politische Entscheidungen der Vergangenheit eine Pfadabhängigkeit produzieren. Das gelte auch für die PKV und das Verfahren der Kapitaldeckung.

Alle bisher bekannten Modelle einer Konvergenz oder gar „Abwicklung“ der PKV gingen mit ungelösten (verfassungs-)rechtlichen, ökonomischen und praktischen Problemen einher. Es gebe gegenwärtig schlichtweg nicht den politischen Willen zu solchen Modellen, resümierten Teilnehmer. Gäbe es sie, dann hätte ein Bundesland längst im Rahmen eines Modellversuchs seinen Beamten das Wahlrecht für PKV oder GKV einräumen können. Im letzteren Fall müsste den GKV-versicherten Beamten dann der Arbeitgeberanteil ausbezahlt werden.

Zentraler Trigger für das Fortbestehen der dualen Krankenversicherungsstruktur seien die unterschiedlichen Vergütungssysteme von GOÄ und EBM für Ärzte, wurde betont. Eine Angleichung auf GOÄ-Niveau, die auch die Bevorzugung von PKV-Patienten bei der Terminvergabe obsolet machen könnte, zöge jährliche Mehrausgaben von vier bis sechs Milliarden Euro in der GKV nach sich. Hierzu gebe es gegenwärtig keine Bereitschaft – weder bei den Parteien, noch bei den gesetzlichen Krankenkassen, hieß es.

Neuere Denkansätze gehen daher auch von einem Fortbestehen der dualen Struktur aus, proklamieren aber für PKV- und für GKV-Versicherte umfassende Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den Systemen: PKV-Versicherte sollen individualisierte, prospektive Altersrückstellungen im Falle eines Wechsel mit auf den Weg bekommen, gleiches gelte für fiktiv erworbene Ansprüche, die GKV-Versicherte

im Falle eines Wechsels in die PKV geltend machen können. Über akademische Zirkel hinaus haben diese Konzepte bislang aber nicht Platz gegriffen, betonten Teilnehmer.

Auch die Impulse für eine Konvergenz der Versicherungssysteme, die der Gesetzgeber gegeben hat, wurden als überwiegend nicht erfolgreich angesehen. Dies gelte etwa für den Basistarif in der PKV, der so unattraktiv konzipiert ist, dass er nur von Versicherten mit finanziellen Schwierigkeiten gewählt werde. Umgekehrt wurden auch Wahltarife in der GKV – ein typisches Element der PKV – überwiegend zwiespältig bewertet. Es handele sich beispielsweise bei Bonusmodellen nur um „Vorteilshopping“, die der Selbstselektion dienten, wurde kritisiert. Dennoch hielten alle gesetzlichen Krankenkassen aus Marketinggründen an diesen Angeboten fest, obwohl das Prinzip der solidarischen Krankenversicherung massiv verletzt werde.

Kontrovers beurteilten Teilnehmer die Vor- und Nachteile des Umlageverfahrens und der Kapitaldeckung. Einvernehmlich wurde festgehalten, dass beide Verfahren verschiedene Generationen auf unterschiedliche Weise miteinander verketten. Das Umlageverfahren, wurde argumentiert, benötige eine stabile Bevölkerungsstruktur. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sei es daher sinnvoll, es durch Kapitaldeckung zu ergänzen. Denn eine alternde Bevölkerung müsse kapitalintensiver werden, um den erreichten Stand der Produktivität zu sichern oder zu erhöhen. Dem wurde entgegengehalten, in der GKV richte sich die implizite Schuld der erworbenen Versicherungsansprüche an ein laufendes Volkseinkommen – das sei immer stabiler als eine implizite Schuld, die wie im PKV-System individualisiert angelegt ist. Die Gegenthese dazu lautete, es handele sich im Fall des Umlageverfahrens um eine unverbriefte Schuld, bei der PKV hingegen seien die Ansprüche der Versicherten vertraglich geregelt.

Patienten in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen: Die Position der Versicherten respektive Patienten in einem zwischen Sozialstaatsgebot und Wettbewerb gestalteten Gesundheitswesen wurde als situativ sehr unterschiedlich beschrieben. So träten Patienten mit landläufigen Beschwerden in der ambulanten Versorgung mitunter als Nachfrager auf, die den Wettbewerb zwischen Ärzten nutzen, um bestimmte Leistungen zu erhalten, berichteten mit dem Versorgungsalltag Vertraute. Hingegen seien schwer kranke Patienten im Krankenhaus das schwächste Glied in der Kette – dies insbesondere vor dem

Hintergrund des Spardrucks, der in der Vergangenheit zu einem Abbau beim nicht-ärztlichen Personal geführt hat.

Für die Gesundheitsversorgung typisch sei darüber hinaus eine Marktsplaltung: 20 Prozent der Versicherten, die rund 80 Prozent der Leistungen benötigten und im Gegensatz dazu 80 Prozent der Versicherten, die die übrigen 20 Prozent der Leistungen nachfragen. Letztere Gruppe sei überwiegend preisreagibel und bereit, für sie günstige Angebote zu wählen – um sie werde ein Preiswettbewerb geführt. Insbesondere mit Blick auf diese Mehrheit erhoben Teilnehmer die Forderung nach mehr Eigenverantwortung. Hingegen sei die Gruppe der chronisch Kranken in der Regel weder preissensitiv noch wechselbereit. Für diese rund 20 Prozent der Versicherten umfassende Gruppe gehe es darum, die aufwändige Versorgung effizient zu koordinieren und organisieren.

Insbesondere bei chronisch Kranken trügen Selbsthilfegruppen durch intensive Nutzung des Internets dazu bei, die Informationsasymmetrie im Vergleich zu Ärzten zu reduzieren. Für jüngere Versicherte sei „Consumer Dri-

ven Healthcare“ längst Realität, wurde angemerkt. Diese Vorstellung von einem Gesundheitswesen, in dem Patienten in zunehmendem Maße auch als ‚Konsumenten‘ wahrgenommen werden, zeige sich beispielsweise in der Nutzung von Apps. Jüngere Menschen seien eher bereit, ihre Gesundheitsdaten Dritten zu überlassen. Ein erstes PKV-Unternehmen habe diesen „Trend zur Selbstoptimierung“ aufgegriffen und biete den Kunden entsprechend günstigere Konditionen. Diese von den Versicherten selbst ermöglichte Transparenz über ihre Daten werde ökonomische Konsequenzen haben, wurde gewarnt.

Die Ausgestaltung des Gesundheitswesens zwischen Sozialstaatsgebot und Wettbewerb wirft beständig neue und sich verändernde Herausforderungen auf. Das „Frankfurter Forum“ wird im Herbst 2015 in einer weiteren Tagung die Folgen wieder aus interdisziplinärer Perspektive beleuchten.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Prof. Dr. med. Helmut Buchner

Eugen Brysch

Dr. med. Rosa-Adelinde Fehrenbach

Dr. rer. nat. Liane Fickler

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer

Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke

Dr. med. Jan Geldmacher

Magda Geldmacher

Dr. med. Kay Großmann

Prof. Dr. rer. oec. Friedhelm Hengsbach SJ

Eike Hovermann

Prof. Dr. jur. Stefan Huster

Thomas Keck

Claudia Korf

Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong

Prof. Dr. med. Norbert Niederle

Dietmar Preding

Prof. Dr. h.c. rer. pol. Herbert Rebscher

Gudrun Schaich-Walch

PD Dr. med. Jan Schildmann

Dr. med. Hubert Schindler

Rechtsanwalt Gerhard Schulte

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ

Dr. phil. Florian Staeck

Oliver Stahl

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Michael Weller

Katharina Werner



Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

Philosophie / Theologie :	Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moraltheologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigungen :	Dr. med. Jürgen Bausch, Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., Hanau Dr. med. Margita Bert, Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin
GKV-Spitzenverband :	Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin
Krankenkassen :	Eva Walzik, DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin
Krankenhaus :	Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) :	Claudia Korf, Geschäftsführerin Wirtschaft, Soziales und Verträge, Berlin
Politik :	Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt, stellvertretende Vorsitzende Frankfurter Forum e. V., Hanau
Ökonomie / Gesundheitsökonomie :	Prof. Dr. rer.pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth
Gesundheitsmanagement :	Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
Kommunikation :	Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Direktor Nachrichten und Politik, Chefredakteur ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg Dr. phil. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft, ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg
Projektmanagement :	Dietmar Preding, stellvertretender Vorsitzender, Frankfurter Forum e. V. , Hanau
Forschende Pharmaindustrie :	Oliver Stahl, Direktor Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H.